

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
des Vivantes Klinikums Neukölln - Berlin

DISSERTATION

Tagesklinische Behandlung -
Eine empirische Untersuchung zur Patientenzufriedenheit

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Anna Klosterhuis

aus Berlin

Gutachter: 1. Prof. Dr. med. E. Fähndrich
2. Prof. Dr. med. A. Heinz
3. Prof. Dr. med. H.-J. Haug

Datum der Promotion: 4. 8. 2008

Inhaltsverzeichnis:

1	Einleitung.....	5
1.1	Ausgangspunkt und Fragestellung der Untersuchung	5
2	Literaturübersicht.....	8
2.1	Die psychiatrische Tagesklinik	8
2.1.1	Begriffsdefinition	8
2.1.2	Geschichte der Tagesklinik	8
2.1.3	Psychiatrische Tagesklinik – Konzepte, Strukturen und Versorgungsrealität	12
2.1.4	Therapeutische Konzepte und Elemente des tagesklinischen Settings	16
2.1.5	Studien zur psychiatrischen Tagesklinik.....	19
2.1.6	Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung in der psychiatrischen Tagesklinik ..	22
2.2	Patientenbefragungen zur Behandlungszufriedenheit.....	23
2.2.1	Geschichte der Studien zur Patientenzufriedenheit	23
2.2.2	Patientenzufriedenheit – Begriff und Konstrukt	23
2.2.3	Ergebnisse bisheriger Forschung zur Patientenzufriedenheit	25
2.2.4	Patientenzufriedenheit und Versorgungsqualität.....	27
3	Material und Methoden.....	29
3.1	Regionale Versorgungsbedingungen	29
3.2	Psychiatrische Tageskliniken des Vivantes Klinikums Neukölln	29
3.3	Ausstattung und therapeutische Angebote.....	30
3.4	Untersuchungsgruppe	33
3.5	Interview	33
3.5.1	Fragebogen für das semistrukturierte Interview	33
3.5.2	Ablauf des Interviews	36
3.6	Basisdokumentation der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Klinikum Neukölln.....	37
3.7	Statistische Auswertung	39
4	Ergebnisse.....	40
4.1	Die Patienten	40
4.1.1	Soziodemographische Merkmale	40
4.2	Gesundheitliche Situation der Patienten	42
4.2.1	Subjektiver Gesundheitszustand	42
4.2.2	Krankheitskonzept der Patienten.....	42
4.2.3	Diagnosen	43
4.3	Versorgungsablauf	44
4.4	Gründe für den Entschluss zur Tagesklinik.....	46
4.4.1	Erwartungen der Patienten an die Behandlung in der Tagesklinik.....	47
4.4.2	Ziele der Behandlung in der Tagesklinik	48
4.5	Therapeutische Versorgung der Patienten.....	50
4.5.1	Verordnete Therapien.....	50
4.5.2	Weitere therapeutische Aktivitäten	52
4.6	Patientenurteil über die Mitarbeiter.....	53
4.6.1	Bewertung der fachlichen Kompetenz.....	54
4.6.2	Freundlichkeit des Verhaltens	55

4.6.3	Erreichbarkeit	56
4.6.4	Gab es eine wichtige Person im Team?	57
4.7	Patientenurteil über die Therapieangebote	58
4.8	Patientenurteil über Organisation, Ablauf und Ausstattung	62
4.8.1	Bewertung von Erreichbarkeit und Ausstattung der Tagesklinik	62
4.8.2	Bewertung des Konzeptes der Tagesklinik und der Organisation des Aufenthaltes ..	63
4.9	Patientenurteil über Aufenthaltsdauer und Vorbereitung der Entlassung.....	64
4.10	Pläne der Patienten für die Zukunft	64
4.11	Globalurteil über die Tagesklinik	66
4.12	Änderungs- und Verbesserungsvorschläge der Patienten	67
5	Diskussion	69
5.1	Methodische Aspekte	69
5.2	Ergebnisse im Vergleich mit der Literatur.....	71
5.2.1	Soziodemographische Struktur der Patientengruppe	72
5.2.2	Diagnosen und Krankheitskonzept der Patienten	73
5.2.3	Versorgungsablauf	75
5.2.4	Gründe für den Besuch der Tagesklinik, Erwartungen und Ziele der Patienten.....	77
5.2.5	Patientenurteil über das Personal	80
5.2.6	Patientenurteil über die Therapien	81
5.2.7	Urteil über Mitpatienten und Strukturmerkmalen	84
5.2.8	Bewertung des Einflusses auf die Behandlung, der Hausordnung und der Organisation des Aufenthaltes.....	85
5.2.9	Die Zeit nach der Tagesklinik – Integrierte Angebote und Pläne der Patienten	86
5.2.10	Verbesserungsvorschläge der Patienten.....	88
5.3	Grenzen der Untersuchung und Nutzen einer derartigen Untersuchung	88
6	Zusammenfassung	92
7	Literaturverzeichnis	93
8	Anhang	102

1 Einleitung

1.1 Ausgangspunkt und Fragestellung der Untersuchung

Tagesklinische Behandlung gibt es bereits seit Mitte der dreißiger Jahre (s. Kap. 2.1.2). Die erste Tagesklinik (TK) wurde in der Sowjetunion in Zeiten großer allgemeiner Not als preiswerte Variante klinischer Behandlung konzipiert. Im Gegensatz zu den USA fand diese Behandlungsform in Deutschland zunächst keinen Widerhall. Dies änderte sich erst durch die Enquête zur Lage der Psychiatrie in Deutschland (Deutscher Bundestag 1975). Hier wurde die Situation in den vollstationären Versorgungskliniken als derartig katastrophal beschrieben („menschenunwürdige Zustände“), dass eine grundlegende Umorientierung notwendig wurde. Die Autoren der Enquête schlugen vor, „wo immer möglich“ Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zu etablieren, wo die stationäre Versorgung zukünftig stattfinden sollte. Im Zuge dieser Entwicklung „weg von der psychiatrischen Großklinik hin zur psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus“ wurde auch die Tagesklinik als Element der regionalen Pflichtversorgung neu entdeckt. Diese Entwicklung, die Anfang der 80er Jahre begann und noch immer nicht abgeschlossen ist, fiel zusammen mit den finanziellen Problemen in der medizinischen Versorgung. Die Personalverordnung Psychiatrie von 1991, die erstmals eine Mindestausstattung mit Personal im Krankenhaus vorschrieb, führte zwangsläufig zu Kostensteigerungen. Die Tagesklinik war zweifellos, da weniger personalintensiv, eine Möglichkeit, Kosten einzusparen. Somit wurde die Tagesklinik mindestens aus zwei Gründen attraktiv: Sie ist als Element der Gemeindepsychiatrie konzeptuell erwünscht (ambulant vor teilstationär, teilstationär vor vollstationär) und sie ist kostengünstiger als vollstationäre Behandlung. Heute gehört die Tagesklinik zu jeder pflichtversorgenden Klinik (Engfer 2004). Diskutiert wird nicht mehr ihr „Wert“ für die Behandlung, sondern eher die Frage, ob tagesklinische Behandlung weiter ausgedehnt werden kann – also ob (kostenintensive) vollstationäre Betten in teilstationäre (weniger kostenträchtige) Behandlungsplätze umgewandelt werden können.

Infolge der hier skizzierten Veränderungen der psychiatrischen Versorgung und der Rolle der Krankenhäuser hat sich auch die Rolle der Patienten gewandelt. War der Patient früher eher Objekt bzw. passiver Empfänger der ärztlichen Verordnungen, ist er heute (auch) Kunde, der sich z.B. per Internet gut informiert, dasjenige Krankenhaus aussucht, von dem er die beste Behandlung für sich erwartet. Im Zuge dieser Entwicklung hat sich auch die Stellung des psychisch Kranken verändert. Trotz aller Unterschiede zu somatisch Kranken, die häufig die Krankenhausbehandlung planen können, hat sich auch der psychisch Kranke hin zum selbstverantwortlichen Partner entwickelt. Besonders deutlich kommt diese neue Sicht im „persönliches Budget“ (§ 17 SGB IX) zum Ausdruck, das anstelle von Sachleistungen jetzt entsprechende Geldzuwendungen an den Patienten ausdrücklich zulässt. Wenn also der Pa-

tient heute teilweise als Kunde gesehen wird, der eine Dienstleistung, ähnlich einem Hotelkunden, einkauft, ist es nur folgerichtig, wenn er wie ein Hotelkunde danach gefragt wird, wie er die Leistung des Anbieters beurteilt. Qualitätssicherung, auch bezogen auf derartig subjektive Evaluationskriterien, ist mittlerweile Standard in Krankenhäusern und ist vom Gesetzgeber auch so vorgesehen (§ 137 SGB V). Gerade in der Psychiatrie wird seit langem gefordert, den Patienten mehr als handelndes Subjekt zu betrachten und seine aktive Rolle im therapeutischen Prozess zu stärken (Gruyters, 1995). Die Frage, wie die Patienten ihre Behandlung beurteilen, was sie von ihren Therapeuten halten, wie zufrieden sie sind mit der erfahrenen Therapie, usw. hat aus all diesen Gründen an Bedeutung gewonnen. Es werden zunehmend auch Studien zum Thema publiziert (Eichler et al., 2006; Gigantesco et al., 2002; Gutknecht, 2005; Holloway, 1988; Ruggeri et al., 2003), die wissenschaftliche Diskussion über Begrifflichkeit, Entwicklung von Untersuchungsinstrumenten, methodischer Probleme und den Einfluss des therapeutischen Settings wurde im Laufe der Jahre immer lebhafter (Gruyters u. Priebe, 1994; Längle et al., 2002; Leimkühler, 1996; Ruggeri, 1994a; Sitzia u. Wood, 1997). Obwohl die Relevanz dieses Themas mittlerweile unumstritten ist, geraten die „weichen“ Evaluationskriterien immer wieder in die Kritik (Leimkühler, 1996). Die Methodik bereitet eine Reihe von Problemen (Gruyter u. Priebe, 1994). Die genaue Definition der Settingeigenschaften und die Vergleichbarkeit verschiedener Einrichtungen sind Anforderungen, die in der Psychiatrie schwer zu erfüllen sind. Es findet sich kein einheitliches Konzept von Zufriedenheit. Allein die Differenzierung von Zufriedenheit und nichtvorhandener Zufriedenheit, bzw. Unzufriedenheit bereitet in der theoretischen Diskussion Schwierigkeiten. Die „positive Antworttendenz“ (Leimkühler, 1996) ist ein gewichtiges Argument gegen Patientenbefragungen und auch die Frage, ob die Patienten überhaupt in der Lage sind, gewisse Aspekte der Behandlung zu bewerten, wird immer wieder aufgeworfen. Andererseits liegt es auf der Hand, dass der Ruf eines Krankenhauses nicht unwesentlich davon abhängt, wie die Patienten über ihren Aufenthalt dort sprechen – ihn bewerten. Die Auskunft der Patienten ist der einzige Weg, diese subjektive Bewertung der Behandlung durch die Patienten zu erfahren.

Auch wurde inzwischen die Bedeutung von Patientenzufriedenheit für die Behandlung in der Psychiatrie selbst und den Therapieerfolg nachgewiesen (Gruyters, 1995). Das gilt in besonderer Weise für die Tagesklinik, die eine eigene Rolle im psychiatrischen Versorgungssystem einnimmt. Mehr noch als die vollstationären Einrichtungen sind Tageskliniken auf die Motivation und Mitarbeit der Patienten angewiesen. Gerade die teilstationären Angebote sollten deshalb ein Interesse an der Meinung ihrer Patienten haben, da sie, um effektiv sein zu können, auf die Kooperation ihrer Patienten in besonderem Maße angewiesen sind. Allein die Tatsache, dass solche Befragungen durchgeführt werden, beeinflusst das Klima einer Einrichtung. Plötzlich steht nicht mehr ein Abstraktum wie der „therapeutische Erfolg“, wie

immer dieser definiert sein mag, sondern die Einrichtung mit ihrem Team „auf dem Prüfstand“. Das Personal muss sich einer Bewertung durch die Patienten stellen. Die Patienten erleben sich selbst als „Experten“, werden in ihrer Rolle und Bedeutsamkeit für den therapeutischen Prozess ernst genommen. Die Kritik der Patienten wird Anlass zu möglichen Veränderungen und Verbesserungen sein. All das trägt zu einem Klima von Gleichberechtigung und gegenseitigem Respekt bei. Um die Befragungsergebnisse besser einordnen zu können, wird zunächst die Versorgungsrealität der Tageskliniken dargestellt, in denen die Untersuchung durchgeführt wurde. Folgende Fragen wurden untersucht:

1. *Wie viele Patienten wurden im Untersuchungszeitraum entlassen, welche Charakteristika weisen diese auf, welche Diagnosen wurden gestellt und wie sehen die Patienten selbst ihren momentanen Zustand und ihre Erkrankung?*
2. *Aus welchen Versorgungsstrukturen kamen die Patienten in die Tagesklinik, wie oft waren sie schon in der Tagesklinik behandelt worden, wie lange dauerte der Aufenthalt und wo wurden die Patienten weiterbehandelt.*
3. *Was waren die Gründe der Patienten für die tagesklinische Behandlung, was waren ihre Erwartungen und Ziele?*
4. *Welche therapeutischen Angebote wurden von den Patienten in Anspruch genommen?*
5. *Wie bewerten die Patienten die verschiedenen Aspekte ihrer Behandlung und wie zufrieden sind sie mit der Tagesklinik?*
6. *Was würden die Patienten an der Tagesklinik ändern und verbessern?*

2 Literaturübersicht

2.1 Die psychiatrische Tagesklinik

2.1.1 Begriffsdefinition

Tageskliniken sind teilstationäre Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung. Sie bieten ein klinisches Behandlungsangebot, das nicht an das Krankenbett gebunden ist (Veltin, 1986). Die Sachverständigenkommission der Bundesregierung definierte 1975 eine psychiatrische Tagesklinik wie folgt: „Die Tagesklinik ist eine halbstationäre Einrichtung zur Behandlung vorwiegend akut oder subakut psychisch Kranker mit ausreichend stabilem sozialen Hintergrund, die sich für eine begrenzte Zeit nur tagsüber dort aufhalten, während sie den Abend und die Nacht im gewohnten häuslichen Milieu verbringen.“ (Deutscher Bundestag (Psychiatrie-Enquete), 1975 S. 222) Dem Kranken stehen im Rahmen der Behandlung die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten zur Verfügung, die auch in einer vollstationären Einrichtung bereitstehen. Das unterscheidet die Tagesklinik (engl.: day hospital) von den Tagesstätten (engl.: day care, day center), die vor allem chronisch Kranke betreuen. Sonderformen der psychiatrischen Tagesklinik bieten spezielle Therapieprogramme für Kinder und Jugendliche, psychisch Alterskranke, Suchtkranke und Patienten mit Neurosen oder psychosomatischen Erkrankungen (Veltin, 1986). Tageskliniken findet man heute auch in anderen Fachgebieten der Medizin, wie z.B. der Augenheilkunde, der Onkologie oder der Dermatologie.

2.1.2 Geschichte der Tagesklinik

Die erste Beschreibung einer Tagesklinik für psychisch kranke Erwachsene stammt von M.A. Dzhagarov aus dem Jahr 1937. Er berichtet über den Versuch, einen „Halbstationar für Geisteskranke“ einzurichten (Dzhagarov, 1937). Diese erste Tagesklinik wurde 1932 in Moskau am Don-Kloster gegründet. Ursprünglich aus Bettenmangel eingerichtet, wurde die Tagesklinik zu einem zentralen Bestandteil des psychiatrischen Versorgungssystems in der Sowjetunion (Babayan, 1957, nach Finzen, 2003). Jede ambulante Versorgungseinheit, das sogenannte „Neuro-psychiatrische Dispensaire“, verfügte über eine eigene Tagesklinik (Kulenkampff, 1967).

Die ersten Tageskliniken in den westlichen Ländern entstanden ungefähr zehn Jahre später zeitgleich in London und Montreal. Joshua Bierer gründete 1946 oder 1947, die Angaben in der Literatur sind an diesem Punkt uneinheitlich, das Londoner Marlborough Day Hospital (Bierer, 1959; Farndale, 1961). In Montreal wurde die Tagesklinik am Allan Memorial Institute of Psychiatry von D.E. Cameron gegründet (Cameron, 1947). Cameron verstand die Tagesklinik als spezialisierte Behandlungsform, klar abgegrenzt von psychiatrischen Krankenhäu-

ern: „The day hospital is different. The day hospital demands that the individuals make choices, do things, make appointments, keep appointments, exercise decisions, and use freedom.“ (Cameron, 1967). Er sah die Tagesklinik im Versorgungssystem als Erweiterung und Unterstützung der vollstationären Einrichtungen. Sein Engagement richtete sich vor allem auf eine Reform des Krankenhauswesens. Bierer hingegen sah die Tagesklinik als Vorläufer einer Neuordnung der psychiatrischen Versorgung im Rahmen einer sozialpsychiatrischen Reform. Er definiert sie als Ort, wo der Versuch gemacht wird, jene Behandlungsformen bereitzustellen, die eine moderne Klinik einsetzt und diese mit den Vorteilen zu verbinden, die die Patienten während der ambulanten Behandlung haben (Bierer, 1951). Bierer vertrat die Auffassung, Tageskliniken könnten vollstationäre Einrichtungen überflüssig machen (Bierer, 1959). Beide Autoren standen also schon damals für verschiedene Konzepte und Positionen dieser Behandlungsform im Versorgungssystem.

Sowohl in England, als auch in den USA verlief die Entwicklung tagesklinischer Ansätze im Rahmen grundlegender Reformen der psychiatrischen Versorgung. In den 40er und 50er Jahren wurden die großteils katastrophalen Lebensbedingungen psychisch kranker Menschen in den psychiatrischen Anstalten und die fehlende Umsetzung grundlegender Menschenrechte zum Thema der öffentlichen Diskussion. Die Ablehnung der „totalen Institution“ (Goffmann, 1961) und die Forschung zu Hospitalismusschäden bei Langzeitaufenthalten in diesen Einrichtungen führten ebenfalls zu einer veränderten Sichtweise der gängigen Versorgungspraxis. Zusätzlich unterstützt wurde die Wendung von der kustodialen, d.h. verwahrenden Psychiatrie, zur therapeutischen Psychiatrie durch die Entwicklung von wirksamen Psychopharmaka, mit denen akute psychische Störungen medikamentös behandelt werden konnten (Engfer, 2004). Gesetzliche Konsequenzen folgten in den USA 1963 in der Kennedy-Botschaft mit dem Community Mental Health Center Act, der die Notwendigkeit, Teilhospitalisierungsprogramme einzurichten, gesetzlich verankerte (Marshall et al., 2003).

Die Reformbewegung in England wurde zusätzlich gestützt von den Erfahrungen, die die Psychiater während des Krieges gemacht hatten. Unter den oftmals improvisierten Bedingungen hatte man festgestellt, dass Psychiatrie auch ohne Abschottung der Erkrankten und ohne große Einrichtungen möglich ist. Hinzu kamen neue theoretische Impulse von Psychiatern aus Deutschland und Österreich, wie zum Beispiel Joshua Bierer, die nach England ins Exil geflüchtet waren und sich Arbeit vor allem außerhalb der großen Anstalten suchten (Finzen 2003). Bierer selbst betrachtete seine tagesklinische Tätigkeit als „Kampfansage“ an die orthodoxe Psychiatrie (Finzen, 2003, S.35). Farndale bemerkt dazu, die „orthodoxe englische Psychiatrie kämpfte nicht mit Bierer, sie übernahm seine Idee“. (Farndale,1961) Zu nennen ist hier auch Douglas Bennett, Leiter des Maudsley Day Hospitals in London. Er begründet die Möglichkeit von Tageskliniken damit, dass die Zwänge der vollstationären Be-

handlung nicht mehr nötig wären (Bennett, 1969). Bennett hatte entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung der Sozialpsychiatrie in Deutschland, u.a. durch den Austausch mit jungen Psychiatern aus Deutschland (Finzen, 1977).

Die Tagesklinik entspricht in ihrem Ansatz den Grundsätzen der „offenen Tür“ und der therapeutischen Gemeinschaft (Jones, 1976), die zum Kernstück der neuen Versorgungsphilosophie in Großbritannien gehörten. Die Einführung des nationalen Gesundheitssystems 1948, das u.a. eine Gleichstellung von psychisch und körperlich Kranken beinhaltete, unterstützte die Reformbemühungen. Mit der Verkündung des Mental Health Act von 1959 wurde die Einrichtung von teilstationären Angeboten zum offiziellen Programm des Gesundheitswesens. Die Tagesklinik erfuhr in England eine schnelle Verbreitung. Farndale, der in den Jahren 1958 und 1959 65 Tageskliniken untersuchte, sprach vom „Day Hospital Movement“ (Farndale, 1961). Auch die WHO nahm 1953 die Idee der Tagesklinik in ihren Report zur psychischen Gesundheit auf, als „wichtige Erweiterung der Mittel zur psychiatrischen Versorgung“ (WHO, 1953, zitiert nach Farndale, 1961).

In der Bundesrepublik Deutschland begann die Reformbewegung zu einem späteren Zeitpunkt als in England und den USA. Die psychiatrische Versorgung der 50er Jahre war anstaltszentriert und beschränkte sich auf die Landeskrankenhäuser. Die Situation in diesen Einrichtungen war größtenteils katastrophal. Die sanitären, baulichen und personellen Verhältnisse waren häufig unzumutbar (Finzen u. Schädle-Deiningner, 1979). Im Rahmen der Studentenbewegung von 1968 und der Änderung des gesellschaftlichen und politischen Klimas, rückte das Thema der Versorgung von psychisch Kranken und geistig Behinderten in den Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit. Verbände, wie z.B. die „Aktion Psychisch Kranke“ wurden gegründet, und auch der Deutsche Ärztetag befasste sich 1970 mit dieser Problematik.

Schließlich konstituierte sich nach zwei Anhörungen im Deutschen Bundestag auf Antrag aller Fraktionen eine Sachverständigenkommission, die einen Bericht zur Lage der Psychiatrie in Deutschland, die sogenannte Psychiatrie-Enquete, ausarbeiten sollte. Darin wurden, neben einer Bestandsaufnahme der aktuellen Versorgungssituation, Grundprinzipien der psychiatrischen Versorgung formuliert, die sich durch das gesamte Konzept der Neuordnung ziehen: Bedarfsgerechte und dezentrale Versorgung, Gemeindenähe, Prävention, Förderung von Selbsthilfe, Gleichstellung von psychisch Kranken mit körperlich Kranken, Vernetzung der versorgenden Dienste und interdisziplinäre Organisation der Einrichtungen (Finzen u. Schädle-Deiningner, 1979). Halbstationäre Einrichtungen, wie Tages- und Nachtkliniken werden als wichtige Glieder der Behandlungskette und als entscheidende Voraussetzung für eine gestufte Rehabilitation psychisch Kranker betrachtet. (Deutscher Bundestag (Psychiatrie-Enquete), 1975)

Die älteste Tagesklinik im deutschsprachigen Raum ist die Tagesklinik der Heckscher Klinik in München, einer Fachklinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, gegründet 1929 (Heinhold, 1983). Die erste allgemeinspsychiatrische Tagesklinik in West-Deutschland wurde 1962 von Caspar Kulenkampff an der Universitätsklinik in Frankfurt am Main gegründet (Bosch u. Steinhart, 1983). Etwa zeitgleich entstanden auch die ersten Tageskliniken in der DDR. Zu diesem Zeitpunkt existierten bereits 153 Tageskliniken in Großbritannien und 114 Tageskliniken in den USA. Bis 1969 kamen in der damaligen BRD neun weitere Tageskliniken hinzu, im Jahr 1982 wurden bei einer Erhebung der Aktion Psychisch Kranke 60 Tageskliniken gezählt (Finzen, 1986) und 1985 waren nach einer vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung bei den Ländern durchgeführten Umfrage 122 Tageskliniken in Betrieb. Im Gegensatz zu einer Tagesklinik-Bewegung, wie es sie beispielsweise in Großbritannien gab, schritt die Entwicklung in Deutschland eher zögerlich voran. Tageskliniken hatten lange den Status von Modellprojekten (Engfer, 2004; Finzen, 1974).

Es werden in der Literatur verschiedene Gründe dafür angegeben, warum es die Tagesklinik in Deutschland schwer gehabt hat, sich durchzusetzen: Sie bricht mit den alten Grenzen zwischen ambulanter, stationärer Behandlung und Rehabilitation und gerät dadurch „zwischen extramurale Fürsorgedienste und intramurale Stationsdienste oder zwischen Krankenkassen und Rentenversicherung“ (Dörner u. Plog, 1999 S. 43). Eine Situation, in der Patienten tagsüber im Krankenhaus und abends zuhause sind, war versicherungstechnisch nicht vorgesehen, bzw. sogar verboten. Zusätzlich erschwerte die föderale Organisation des Gesundheitssystems in der BRD eine einheitliche Planung und Umsetzung von Veränderungen.

Lange Zeit spielten Tageskliniken in Deutschland kaum eine Rolle bei der Versorgung psychisch Kranker. Finzen schätzt 1974 ihren Anteil auf etwa 2-3 ‰ der stationären Behandlungsplätze (Finzen, 1974). Das Phänomen der geringen Nutzung der teilstationären Angebote ist auch aus anderen Ländern bekannt und wird mit dem Schlagwort der „paradoxical underutilization“ belegt (Fink et al., 1978). Die vermuteten Gründe dafür sind vielfältig: Es werden institutionelle und ökonomische Zwänge, so wie die Notwendigkeit zur Bettenauslastung der Krankenhäuser angeführt. Weiterhin spielen Bedenken von Patienten und Angehörigen eine Rolle, z.B. Angst vor der Überforderung durch Verbleiben des Patienten im familiären Umfeld während der akuten Krankheitsphase. Auch bei den Behandlern führen die Vorstellung, der Patient müsse zur Entlastung bzw. zur Diagnostik abgeschirmt werden, häufige Unkenntnis über Effektivität des tagesklinischen Settings und Unsicherheit, vor allem bei jungen tagesklinik-unerfahrenen Therapeuten zur zurückhaltenden Nutzung (Eikermann, 2004a; Engfer, 2004; Fink et al., 1978). Kritiker bemängelten jedoch auch, dass noch viele

Fragen bezüglich der Indikationsstellung, Überweisungspraxis und Sicherheit tagesklinischer Behandlung, ungeklärt seien (Tantam, 1985).

Die Auseinandersetzung um tagesklinische Ideen hatte durchaus produktive Seiten. Die Tagesklinik-Bewegung hatte großen Einfluss auf die Differenzierung der institutionellen Psychiatrie. Sie hat deutlich gemacht, dass auch chronisch und schwerkranke Patienten außerhalb der Klinik behandelt werden können. Auch hat sie die öffentliche Diskussion und damit auch die Präsenz von psychisch Kranken im gesellschaftlichen Bewusstsein gefördert und durch ihre Nähe zur Familie die Beteiligung der Angehörigen am therapeutischen Geschehen verstärkt (Eikermann, 1999a). Doch die Verbreitung tagesklinischer Ansätze lag sicherlich auch an den Vorteilen, die diese Versorgungsform bot. Finzen nennt in seiner „Kurzen Geschichte der psychiatrischen Tagesklinik“ mögliche Motive für die Entwicklung tagesklinischer Ideen: Die Tagesklinik bot ein Mittel zur Überbrückung der Übergangszeit zwischen Krankenhaus und Gemeinde. Man war auf der Suche nach einer Behandlungsform, die keine „ganztägige Internierung“ beinhaltete, auch als „Antithese zur jahrhundertealten Idee, dass Menschen mit abweichendem psychischem Verhalten aus der Gemeinschaft der Gesunden herausgenommen werden müssen“ (Finzen, 2003). Hinzu kamen die Argumente der sozialpsychiatrischen Diskussion für eine gemeindenahere Versorgung. Auch das vermehrte Interesse an Psychotherapie und die Anfänge der Psychopharmakotherapie kamen der Tagesklinik zugute. Zusätzlich werden ökonomische Vorteile, wie die geringeren Kosten genannt, die diese Behandlungsform auch gesundheitspolitisch attraktiv machen.

Heute, fast 60 Jahre nach dem Beginn des „day hospital movements“, ist die Tagesklinik eine anerkannte und etablierte Versorgungsform und nicht mehr, wie Finzen schreibt, eine „mehr oder weniger unrealistische Utopie notorischer Systemveränderer“, wie noch vor drei Jahrzehnten (Finzen, 2003 S. 8).

2.1.3 Psychiatrische Tagesklinik – Konzepte, Strukturen und Versorgungsrealität

Douglas Bennett schrieb 1976, die einzige Gemeinsamkeit von Tageskliniken sei, dass sie sich unterscheiden (Bennett, 1976). Sie lassen sich allerdings auf verschiedenen Ebenen bestimmten Kategorien zuordnen (Veltin, 1986). Zum einen spielt das Verhältnis zum Krankenhaus oder Kostenträger eine Rolle. Die verbundene Tagesklinik ist Teil eines Krankenhauses. Sie ist den Stationen administrativ gleichgestellt oder hat einen Sonderstatus. Meist wird bei diesem Typ die Mehrzahl der Patienten aus dem stationären Bereich übernommen. Bei integrierten Tageskliniken werden einzelne Patienten oder Patientengruppen in der vollstationären Einrichtung tagesklinisch mitbehandelt. Diese Form ist häufiger z.B. in dünnbesiedelten Gebieten. Beide Tageskliniktypen sind an größere Krankenhäuser angeschlossen. In einer Befragung von 237 Tageskliniken traf das auf 191 Tageskliniken (81%) zu (Diebels et al., 2004). Der dritte Typus ist die unabhängige Tagesklinik. Diese Form ist in Deutschland

eher selten (Engelke, 1989). Diese Tagesklinik arbeitet in eigenständiger Trägerschaft, ohne Teil eines Krankenhauses zu sein. In der oben genannten Untersuchung gaben 46 Tagesklinien (19%) an, alleinstehend zu arbeiten. Weiterhin lassen sich Tagesklinien nach ihrer primären Aufgabenstellung unterscheiden:

1. Tagesklinik als Alternative zur stationären Behandlung

Schene et al. fanden bei einer Untersuchung zu verschiedenen Funktionen von Teilhospitalisierungsprogrammen viele ambulante Einweisungen und eine relativ kurze Behandlungsdauer bei diesem Tageskliniktyp (Schene et al., 1988). Bei Studien zur Selbsteinschätzung des Personals bezüglich der Funktion der Tagesklinik liegt in Deutschland und England diese Funktion auf dem ersten Platz (Kallert et al., 2004b). Sie dominiert inhaltlich auch die Forschung zu Tagesklinien (Engfer, 2004). Empirisch lässt sich allerdings diese Einschätzung nicht halten (Engfer, 2004; Kallert, et al. 2004b; Schene, et al. 1988). Allerdings zeigt der Vergleich von Untersuchungen aus den 80er Jahren (Bosch u. Steinhart, 1983) mit neueren Untersuchungen tatsächlich eine Verschiebung des Schwerpunktes von rehabilitativ arbeitenden Tagesklinien, mit längerer Aufenthaltsdauer hin zu Tagesklinien für akut Kranke mit deutlich kürzerer Aufenthaltsdauer (Engelke, 1989; Kallert, et al. 2004b).

2. Tagesklinik als Übergangseinrichtung nach stationärer Behandlung

Dieser Tageskliniktyp übernimmt meist einen Großteil seiner Patienten aus dem stationären Rahmen und erfüllt eine Art Brückenfunktion zwischen dem stationären und dem ambulanten Versorgungsrahmen. In der Untersuchung von Schene et al. (1988) waren die meisten der Tagesklinien, die sich eindeutig für einen Programmschwerpunkt entschieden, dieser Funktion zuzuordnen.

3. Tagesklinik zur Intensivierung der ambulanten Therapie und zur Diagnosesicherung

Ähnlich häufig wie die Tagesklinik zur Akutbehandlung findet sich dieser Typus. Meistens werden hier vor allem Angst-, Persönlichkeits- und depressive Störungen behandelt (Engfer, 2004). Die Zahl der Patienten mit einer Psychose ist geringer als in den anderen Tageskliniktypen (Schene et al., 1988). Die Aufenthaltsdauer ist hier signifikant länger ($p < 0.001$) und der Vorteil dieser (teuren) Behandlung vor ambulanter Behandlung ist umstritten (Mbaya et al., 1998).

4. Tagesklinik zur Rehabilitation chronisch Kranker

Diese Funktion ist in Deutschland auch aus kostentechnischen Gründen, der getrennten Vergütung von Therapie und Rehabilitation durch verschiedene Kostenträger, umstritten, auch wenn die strikte Trennung zwischen diesen beiden Versorgungsformen fachlich nicht haltbar ist (Engfer, 2004). Auch hier finden sich längere Aufenthaltsdauern und die Behand-

lung ist weniger psychotherapeutisch ausgerichtet als bei den anderen Tageskliniktypen (Schene et al., 1988).

Auch übergeordnete Denk- und Handlungsmodelle, die das therapeutische Handeln bestimmen, lassen eine Differenzierung der verschiedenen Tageskliniken zu. Man unterscheidet u.a. verhaltenstherapeutische ausgerichtete, tiefenpsychologisch orientierte und Tageskliniken mit einem systemisch-sozialpsychiatrischen Schwerpunkt. In der Regel liegen der Behandlung vorwiegend biopsychosoziale Krankheitsmodelle zugrunde. 90% der Einrichtungen bieten Psycho-, Pharmako-, Ergo-, Körper-, bzw. Bewegungstherapie und soziales Kompetenztraining an (Diebels et al., 2004).

Bei einer Einordnung in ein Versorgungssystem grenzt sich die Tagesklinik von anderen Einrichtungen durch verschiedene Eigenschaften ab: Klinisch-psychiatrische Aspekte mit dem Ziel der Symptombeseitigung haben große Bedeutung. Es findet eine intensive Behandlung in einer selektiven Einrichtung statt, bei begrenzter Verweildauer (Finzen, 2003). Allen Tageskliniken gemeinsam ist auch ihre Position „dazwischen“, in zeitlicher, sachlicher und sozialer Dimension (Engfer, 2004; Reker, 2004a). Die Stellung der Tagesklinik im Versorgungssystem liegt zwischen dem psychiatrischen Krankenhaus, ambulanter Therapie, den komplementären Einrichtungen der psychosozialen Versorgung und dem rehabilitativen Bereich. Die Tagesklinik füllt also, zusammen mit dem sozialpsychiatrischen Dienst, die Mitte des „traditionellen Bett-Lücke-Sprechstundensystems“ (Seidel, 1983). Diese spezifische therapeutische Struktur verbindet scheinbar widersprüchliche Elemente:

- Intensive Therapie bei gleichzeitigem Verbleiben im vertrauten Umfeld
- Schutz und Struktur, dabei Förderung von Eigenverantwortlichkeit und Autonomie
- Fest strukturiertes Therapieprogramm, aber auch eine individuelle Kombination von pharmako-, psycho- und soziotherapeutischen Maßnahmen

Auch der Patient steht zwischen vollstationärer und ambulanter Behandlung. Er pendelt zwischen privatem und therapeutischem Milieu, zwischen Normalisierung und der Notwendigkeit der Unterstützung. (Reker, 2004a)

Was genaue Zahlen zu Anzahl, Auslastung etc. von Tageskliniken betrifft, differieren die Angaben in der Literatur. Laut der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser gab es 2003 in der BRD 353 Tageskliniken mit 8439 Plätzen. Die Planungsempfehlung der Expertenkommission der Bundesregierung sah 1988 20 Tagesklinikplätze auf 100.000 bis 150.000 Einwohner vor. Dies entspräche bei der heutigen Bevölkerung einem Bedarf von 11.000 bis 16.000 Tagesklinikplätzen. Zwischen den einzelnen Bundesländern gibt es enorme Unterschiede in der Umsetzung. Als einziges Bundesland hat das Saarland die Empfehlung annähernd realisiert (Engfer, 2004). Dort gibt es, wie auch in Berlin, mehr Tageskliniken als vollstationäre Einrichtungen und die meisten teilstationären Plätze im Ver-

hältnis zu vollstationären Betten. Dieses Verhältnis liegt für die gesamte BRD bei einem Tagesklinikplatz auf 7,8 Betten, wobei die Spannweite von 3,6 Betten im Saarland, bzw. 4,6 Betten in Berlin und 18 Betten pro Tagesklinikplatz in Baden-Württemberg reicht. Insgesamt ist im Saarland und den östlichen Bundesländer, wo in Berlin, Thüringen, Sachsen-Anhalt und Sachsen jede vollstationäre Einrichtung mindestens eine Tagesklinik betreibt, die tagesklinische Versorgung am weitesten ausgebaut (Bramesfeld, 2003).

Bundesdeutsche Tageskliniken haben im Durchschnitt 20 Plätze und eine Personalausstattung von 3 Pflegepersonal-Stellen, 1,8 Arzt-Stellen, 1,4 Ergotherapeuten-Stellen, 1 Psychologen-Stelle, und 1 Sozialarbeiter-Stelle. Die Patienten- und Diagnosegruppen verteilen sich etwa gleich mit je knapp 20% auf schizophrene Störungen, affektive Störungen, Angst-, Zwangs- und Belastungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen. Abhängigkeitserkrankungen und Essstörungen liegen je bei circa 10% der Patienten vor. (Diebels et al., 2004)

Alle Formen psychischer Krankheit sind in der Tagesklinik behandelbar, jedoch nicht in allen Schweregraden. Die Tagesklinik bietet aufgrund ihres spezifischen Therapierahmens nur begrenzt Hilfe und Schutz, zwar intensiver als im ambulanten Rahmen, aber auch nicht so umfassend, wie bei einer vollstationären Behandlung. Auch lebt der tagesklinische Patient weiterhin in seinem gewohnten Umfeld, seinen sozialen Strukturen und ist dementsprechend nur teilweise entlastet von Pflichten und sozialer Verantwortung.

Voraussetzungen beim Patienten für eine tagesklinische Behandlung sind unter anderem (Heigl-Evers et al., 1986; Reker, 1999; Veltin, 1986):

- Einverständnis und Motivation des Patienten
- Maximaler Anfahrtsweg von 30-40 Minuten
- Soweit remittierte Symptomatik, dass sich der Patient abends und am Wochenende zuhause aufhalten kann
- Belastung durch die permanente Aufnahme-, Entlassungssituation, und das „in zwei Welten“ Leben muss für den Patienten erträglich sein
- Ausreichende Belastbarkeit der Angehörigen

Weitgehende Einigkeit herrscht in der Literatur über die Kontraindikationen tagesklinischer Behandlung. (Creed et al., 1991; Dick et al., 1985 b; Hauth, 2003; Reker, 1999; Veltin, 1986) Dazu gehören:

- schwerste und hochakute Krankheitsgrade, manische Zustände, Desorientiertheit
- akute Suizidalität
- erhebliche hirnorganische oder andere körperliche Erkrankungen
- Alkohol-, Drogen- oder Substanzmissbrauch/ -abhängigkeit
- im Umfeld nicht tolerable Verhaltensstörungen, z.B. aggressives Verhalten
- soziale Faktoren (Wohnungslosigkeit, hochgradig konflikthafte Umgebung)

Bosch betont die Bedeutung der Haltung von Angehörigen und Bezugspersonen bei der Indikation tagesklinischer Behandlung. Ein gestörtes, ungeordnetes, durch Konflikte definiertes häusliches Milieu stelle eine Kontraindikation dar (Bosch, 1971).

2.1.4 Therapeutische Konzepte und Elemente des tagesklinischen Settings

Einige Konzepte der derzeitigen Psychiatrie sind auf besondere Weise mit der Tagesklinik verbunden, u.a. das der Sozialpsychiatrie, das der therapeutischen Gemeinschaft und der Soziotherapie. Eine ausführliche Darstellung würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, daher folgen hier nur kurze Begriffserläuterungen und ihr Bezug zur Tagesklinik als therapeutischer Einrichtung.

Sozialpsychiatrie zeichnet sich dadurch aus, dass das Interesse der Bedeutung sozialer Faktoren für den Verlauf, die Ausprägung und die Genese psychischer Störungen, sowie den Wechselbeziehungen zwischen dem psychisch Kranken und seiner Umwelt gilt (Finzen, 1977). Die Tagesklinik entspricht insofern dem Anliegen der praktischen Sozialpsychiatrie, als sie die soziale Bedingtheit von psychischer Krankheit betont (Heigl-Evers et al., 1986). „Die Tagesklinik ist auf die Erhaltung und Förderung der sozialen Bindungen der Kranken zur Erfüllung ihrer therapeutischen Aufgaben angewiesen. Die Einbindung in das soziale Bezugsfeld der Kranken gehört nicht nur zum therapeutischen Konzept. Sie ist Grundvoraussetzung für die Funktionsfähigkeit der Tagesklinik“ (Finzen, 1977 S. 320). Die Tagesklinik kann also gar nicht anders als gemeindeintegriert funktionieren. Sie fördert Selbsthilfeaktivitäten, erhält bestehende soziale Beziehungen und ist auf Wiedereingliederung in die Gemeinde und das Arbeitsleben ausgerichtet. Dadurch wird der Lebensalltag der Patienten zum integralen Behandlungsbestandteil. Die Wohnortnähe der Tagesklinik sorgt aber auch für einen Abbau von Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken und fördert die Entstigmatisierung (Engfer, 2004; Veltin, 1986).

In diesem Zusammenhang steht auch das Spezifikum dieser Behandlungsform: Kombination von intensiver psychiatrischer Therapie ohne Herauslösung aus dem angestammten Milieu, ohne Trennung von Freunden und Angehörigen und gleichzeitig die Möglichkeit zur täglichen Überprüfung der Behandlungsergebnisse (Eikermann, 1991; Finzen, 1986). Ebenfalls eine Besonderheit ist die völlige Offenheit der Tagesklinik. Man kann weder direkten noch indirekten Zwang ausüben, ist also auf die Mitarbeit der Patienten angewiesen. Neffinger (1981) nennt als weitere Vorteile der Tagesklinik u.a.: Erhalt der sozialen Fertigkeiten des Patienten, Verbleib in der Familie, Vermeidung einer Abhängigkeit vom Krankenhaus, geringe Stigmatisierung und Unmöglichkeit häusliche und andere Probleme zu verleugnen.

Wie bei keiner anderen Behandlungsform führt die Struktur der Tagesklinik zur Widerspiegelung beruflicher, familiärer und sozialer Probleme der Patienten in der Therapie, was eine

Möglichkeit zur Bearbeitung dieser Aspekte bietet. Starke regressive Tendenzen einzelner Patienten werden durch die tägliche Rückkehr ins „normale Leben“ verhindert, wie auch durch das Fehlen von regressionsfördernden Strukturen, wie z.B. Betten (Pildis et al., 1978). Die tägliche „Aufnahme-Entlassungs-Situation“ stärkt den Realitätsbezug und erleichtert die Nähe-Distanz-Regulation (Zeeck et al., 2002). Fragen von Autonomie und Abhängigkeit, Individuation und Symbiose werden durch diese Struktur angesprochen. Psychotherapeutische Herangehensweisen werden so zu einem Bestandteil des Behandlungskonzeptes als Ganzem. Allerdings können die spezifischen Eigenschaften des tagesklinischen Settings auch eine Überforderung für Patienten und Angehörige darstellen. Die Trennung des Lebens in Alltag und Therapie wird z.B. von schizophrenen Patienten nicht selten als belastend erlebt. Die Patienten verbringen einen Großteil ihrer Zeit außerhalb der Tagesklinik, wodurch sich auch die Angehörigen überfordert fühlen können (Eikermann, 1999b).

Alle Tageskliniken arbeiten mit einem multiprofessionelle Team und zielorientiertem Programm, das eine aktive Teilnahme der Patienten voraussetzt. Als organisatorischer Rahmen dient der Wochenplan (Engfer, 2004). Kallert et al. (2003) haben bei einer Untersuchung zum therapeutischen Angebot von bundesdeutschen Tageskliniken eine große Einheitlichkeit hinsichtlich des therapeutischen Programms festgestellt. Als therapeutische Basisvariablen gelten Aktivierung der Patienten, soziale Beratung, psychiatrisch-therapeutische Gespräche, medikamentöse Therapie und in den meisten Fällen eine soziotherapeutische Grundhaltung.

Die Tagesklinik gilt als der Idealtyp einer soziotherapeutischen Einrichtung. Die „Soziotherapie zielt auf die therapeutische Beeinflussung psychischer Krankheiten durch Interventionen im sozialen Umfeld des Patienten, bzw. auf eine Veränderung der Interaktion zwischen Patient und Umwelt“ (Reker, 2004b). Zur Soziotherapie gehören auch die Milieuthherapie, die eine bewusste, planmäßige Gestaltung und Beeinflussung von Umgebungsbedingungen, sozialen Regeln und Umgangsformen beinhaltet, die Ergotherapie, bei der kreative Gestaltung und das Training alltagspraktischer Fertigkeiten im Vordergrund stehen, und die Arbeitstherapie, die auf den Wiedereinstieg ins Berufsleben vorbereitet. Gleichzeitig trägt sie der Vorstellung Rechnung, dass Arbeitsunfähigkeit einen entscheidenden Anteil an der allgemeinen Desozialisierung vieler Patienten hat, und eine therapeutische Beeinflussung von Beziehungsstrukturen und persönlicher Autonomie auch indirekt über die sachbezogene Involvierung in den Arbeitsprozess möglich ist (Dörner u. Plog, 1999). Schon Bennett betonte die Notwendigkeit, die Bedingungen des alltäglichen Lebens in der Tagesklinik zu simulieren (Bennett, 1969).

Soziotherapie in der Tagesklinik funktioniert im Rahmen eines Teams. Bierer postulierte bereits 1959, dass es von Vorteil sei, wenn die Patienten Beziehungen zu mehreren Therapeuten zur gleichen Zeit eingehen, weil dadurch weniger Abhängigkeit von einem einzelnen The-

rapeuten entstünde (Bierer, 1959). Andererseits wird auch eine andere Form der Konstanz der Beziehungen möglich, wenn es nicht, wie auf der Station, ein wechselndes Schichtprinzip gibt. Bennett hielt das klassische hierarchische Prinzip des Krankenhauses für ungeeignet für die Tagesklinik. Jedes Mitglied des Teams müsse in der Lage sein, schnelle und autonome Entscheidungen zu treffen (Bennett, 1969). Das bedeutet auch eine vermehrte Belastung der einzelnen Mitarbeiter. Das Team muss sich daran gewöhnen, dass die Patienten einen Großteil der Zeit nicht in der Tagesklinik verbringen und damit „unter Kontrolle“ stehen. Andererseits bedeutet ein offener, teamorientierter und kooperativer Behandlungsstil auch meist ein besseres Arbeitsklima, die Möglichkeit, das therapeutische Potential aller verschiedenen Berufsgruppen zu nutzen, und eine höhere Motivation jedes Einzelnen (Eikelmann, 1991). Finzen beschreibt den Prozess als Abstimmung, Reflektierung und Kontrolle der verschiedenen therapeutischen Ansätze durch die wechselnden Gruppensituationen, die täglichen Personaltreffen und die Supervision (Finzen, 1986). Tatsächlich besteht in der Tagesklinik ein erhöhter Bedarf an Austausch zwischen den einzelnen Teammitgliedern, der der Aufrechterhaltung „der sozialen Struktur der Tagesklinik“ dient (Allen, 1981). Auch die regelmäßigen Patienten-Personal-Versammlungen sind notwendig, um eine Abstimmung innerhalb des komplexen Interaktionssystems zu ermöglichen (Bennett, 1976). Viele Tagesklinien funktionieren daher annähernd als therapeutische Gemeinschaft.

Das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft will den Patienten nicht mehr von der Gesellschaft abschirmen, sondern ihn, entsprechend seinen Möglichkeiten, weitgehend im Rahmen seiner sozialen Rollen und Funktionen halten (Dörner u. Plog, 1999). Es beruht auf Gruppenprozessen, das heißt, pathologisches Verhalten des Einzelnen wird in der Gruppe deutlich, diese schafft die Möglichkeit, korrigierende Erfahrungen zu machen (Napolitani nach Finzen, 1999). Lange Zeit war die Betonung der Bedeutung gruppentherapeutischer Methoden ein wichtiger Bestandteil des tagesklinischen Selbstverständnisses (Finzen, 1977).

Zur Frage, was das eigentlich Wirksame an der tagesklinischen Behandlung darstellt, fanden Hoge et al. (1988) bei Interviews mit Patienten und Personal, dass die Elemente „Struktur“, „interpersoneller Kontakt“ und „Medikation“ als therapeutisch entscheidende Bestandteile gesehen werden. „Struktur“ untergliedert sich inhaltlich in „Routine“, also die regelmäßige Teilnahme am Therapieprogramm, die darin „regelmäßig vorgegebenen Aktivitäten“ und das „Gefühl der Sinnhaftigkeit“ und die soziale Rolle, die die Tagesklinik vermittelt. Auch beim „interpersonellem Kontakt“ können einzelne Elemente unterschieden werden: „Akzeptanz“ und „Dazugehörigkeit“, das Entstehen einer „Kameradschaft“ zwischen den Patienten, sowie das „Teilen der eigenen Probleme mit anderen und deren Unterstützung erfahren“ (Deutsche Begriffe nach Kallert u. Schützwohl, 2002).

2.1.5 Studien zur psychiatrischen Tagesklinik

Die wissenschaftliche Beschäftigung mit psychiatrischen Tageskliniken umfasst ein breites Feld. So gibt es Untersuchungen zur Frage, für welche Patienten die Tagesklinik eine geeignete Alternative darstellt, zur Behandlungseffektivität (Dick et al., 1985a; Kallert et al., 2004a; Sledge et al., 1996a; Tyrer u. Remington, 1979; Wilder et al., 1966), zum therapeutischen Milieu, zu Wirkfaktoren und zu den Prädiktoren für eine erfolgreiche Behandlung (Gudemann et al., 1985; Hoge et al., 1988; Schene et al., 1988). Außerdem sind die Kosten tagesklinischer Behandlung erfasst und verglichen worden (Creed et al., 1997; Dickey et al., 1989; Sledge et al., 1996b). Ein Forschungszweig beschäftigt sich zudem mit subjektiven Evaluationskriterien und den Bedürfnissen der Patienten (Baker et al., 1986; Hsu et al., 1982; Holloway, 1988; Holloway u. Carson, 1999).

Im Rahmen der Bestrebungen, Tageskliniken als Alternative zu vollstationären Einrichtungen zu etablieren, war die Frage von großer Bedeutung, welcher Anteil von Akutpatienten tagesklinisch behandelt werden kann. Verschiedene Untersuchungen sind zu diesem Thema durchgeführt worden (Dick et al., 1985b; Kallert et al., 2004a; Kluitert et al., 1992; Sledge et al., 1996a; Weinberg et al., 1998). Übereinstimmend kommen diese Studien, wie auch die Cochrane-Metaanalyse zu dem Schluss, dass 20-40% der Akutpatienten tagesklinisch behandelt werden könnten (Marshall et al., 2003). Die bei diesen Studien notwendige Randomisierung, also zufällige Verteilung der Patienten bereitet jedoch Schwierigkeiten. Entweder wird ein Teil der Patienten durch Ausschlusskriterien vorher aus der Studie ausgeschlossen, es kann also nur ein Teil der Patienten randomisiert werden, oder alle Patienten werden in die Studie eingeschlossen, dann finden aber meist viele Überweisungen von der Tagesklinik ins Krankenhaus statt (Engfer, 2004). So gab es schon vor Jahrzehnten Zweifel, ob die Patientenpopulation der Tagesklinik repräsentativ für die Gruppe der akut behandlungsbedürftigen Patienten sei (Hogarty et al., 1968). Weinberg fand in einer Studie zu den Krankheitschweregraden der Patienten in verschiedenen Tageskliniken, dass diese stark variieren. Dafür ist vermutlich auch die Aufnahmepolitik der einzelnen Klinik verantwortlich (Weinberg et al., 1998). Meistens sind die Störungen bei Patienten einer Tagesklinik weniger akut, die Patienten sind jünger und zeigen mehr Krankheitseinsicht (Bowman et al., 1983; Creed et al., 1989).

Die Ergebnisse von Studien zur Effektivität tagesklinischer Behandlung, meist im Vergleich mit ambulanter oder vollstationärer Therapie, sind unterschiedlich (Horvitz-Lennon et al., 2001). Piper et al. kommen zu dem Ergebnis, dass die Tagesklinik der ambulanten Behandlung von affektiven und Persönlichkeitsstörungen in 7 von 17 Outcomeparametern signifikant überlegen ist (Piper et al., 1993). Allerdings ist der Vergleich tagesklinischer vs. ambulanter Behandlung problematisch. Die vielfältigen Einflüsse bei einer ambulanten Therapie lassen

sich nur ungenügend kontrollieren und das empirische Material reicht in der Regel nicht aus, um klare Ergebnisse zu produzieren (Marshall et al., 2001).

Beim Vergleich von Tageskliniken und vollstationärer Versorgung geht es meistens um die Versorgung akut psychisch Kranker. Betrachtet man die psychopathologischen Befunde, finden die meisten Studien jedoch keinen statistisch signifikanten Unterschied im Outcome (Creed et al., 1991; Kallert et al., 2004a; Schene et al., 1993; Sledge et al., 1996a; Tyrer u. Remington, 1979; Wilder et al., 1966). Auch die Cochrane-Metaanalyse kommt zu diesem Ergebnis, findet jedoch Hinweise auf eine schnellere Verbesserung des psychischen Befundes bei der Tagesklinikgruppe (Marshall et al., 2003). Bei der Ergebnismessung anhand der sozialen Kompetenz der Patienten differieren die Angaben in der Literatur. Lange galt die Überlegenheit der Tagesklinik auf diesem Feld als bewiesen (Creed et al., 1989; Eikermann u. Reker, 1993; Mosher, 1983). Neuere Arbeiten stellen diese Befunde jedoch in Frage und finden keine Hinweise auf eine bessere soziale Anpassung der Tagesklinikpatienten (Horvitz-Lennon et al., 2001; Marshall et al., 2003). Ebenfalls keine signifikanten Unterschiede fanden sich bei der Erhebung von Todesfällen, der Arbeitssituation und der Belastung der Angehörigen (Marshall et al., 2003). Die Wiederaufnahmerate scheint ebenfalls in beiden Gruppen gleich zu sein (Horvitz-Lennon et al., 2001; Marshall et al., 2003). Deutliche Unterschiede zeigen sich jedoch bei der Behandlungsdauer. Diese ist in der Tagesklinik signifikant länger (Marshall et al., 2003; Schene et al., 1993; Tyrer u. Remington, 1979; Wilder et al., 1966). Auch hier ein methodisches Problem: Betrachtet man die tatsächlich in der Tagesklinik verbrachte Zeit und setzt diese in Beziehung zur vollstationären Behandlungsdauer relativiert sich der Unterschied und es ergibt sich ein ähnlicher Behandlungszeitraum (Kallert et al., 2004a).

Ein wichtiger Aspekt der Tagesklinikforschung ist die Suche nach geeigneten Prädiktoren für einen erfolgreichen Aufenthalt des Patienten in der Tagesklinik, also Faktoren, anhand derer Patienten identifiziert werden können, die für eine tagesklinische Behandlung geeignet sind, beziehungsweise besonders von dieser profitieren. In einer Literaturübersicht von Kallert und Schützwohl wird ein niedriger Krankheitsgrad als bester Prädiktor genannt (Kallert u. Schützwohl, 2004). Kluitert et al. (1992) postulieren in einer Untersuchung vier mögliche prädiktive Faktoren:

- eine über die erste Woche abnehmende Intensität der vom Patienten benötigten therapeutischen Kontakte, beziehungsweise Überwachung
- Fehlen einer körperlichen Erkrankung
- fehlende Vorbehandlungen
- bei Aufnahme bestehendes depressives Syndrom

Bezüglich der Behandlungskosten kommen die Untersuchungen zu relativ einheitlichen Ergebnissen. Die tagesklinische Behandlung kostet weniger als die vollstationäre Behandlung (Creed et al., 1997; Kallert et al., 2005; Marshall et al., 2003; Sledge et al., 1996b). Bei der Frage nach den genauen Kostenunterschieden kommen die Studien zu unterschiedlichen Ergebnissen. Die fünf Studien, die in der Cochrane-Metaanalyse zur Frage der Kosten einbezogen wurden, kamen zu Einsparungen zwischen durchschnittlich $\frac{1}{3}$ bis $\frac{2}{3}$ der Kosten bei vollstationärer Behandlung (Marshall et al., 2003).

Marshall et al. kommen in ihrer Metaanalyse zu dem Fazit, dass die Tagesklinik für geeignete Patienten eine deutliche Reduktion der vollstationären Aufenthalte, allerdings ohne Senkung der Wiederaufnahmerate bewirken kann, allerdings bestanden lediglich moderate Kostenvorteile (Marshall et al., 2003).

Trotz der Fülle von Studien beklagen Forscher den Mangel an zufriedenstellendem empirischen Material (Creed et al., 1989). Ein Kommentar in der Zeitschrift *Lancet* urteilte sogar, die Entwicklung von Tageskliniken sei eher durch eine Mode begründet, als durch experimentelle Evidenz (Lancet, 1985). Kallert und Schützwohl fanden bei einer Literaturrecherche, dass bis 1995 fünf Studien durchgeführt wurden, bei denen die Patienten randomisiert zugewiesen wurden (Kallert u. Schützwohl, 2004). Prinzipiell ist das heute propagierte Konzept der Evidenzbasierten Medizin nur bedingt auf die Psychiatrie übertragbar, z.B. wegen der Schwierigkeit, Doppelblindstudien durchzuführen. Als häufigste methodische Mängel werden die meist kleinen Fallzahlen, die unzureichende Kontrolle der beeinflussenden Variablen und die schlechte Vergleichbarkeit der Studien aufgrund von unterschiedlichen Ein- und Ausschlusskriterien, verschiedener Outcomeindikatoren und Messinstrumente genannt (Creed et al., 1989; Horvitz-Lennon et al., 2001; Tantam, 1985).

Ein weiteres Problem stellt die große Variabilität in Bezug auf Angebote und Versorgungsschwerpunkt unter den einzelnen Tageskliniken dar (Eikermann, 2004a), die auch für die geringe Übertragbarkeit der Ergebnisse sowohl national, als auch international sorgt (Kallert u. Schützwohl, 2004). Eine Cochrane-Metaanalyse kommt zu dem Schluss, dass keine ausreichenden Daten für eine abschließende Beurteilung dieser Versorgungsform existieren und die Studien meist von geringer methodischer Qualität seien (Marshall et al., 2003). Das Problem der methodischen Mängel bei der Evaluation psychiatrischer Versorgung rückt jedoch zunehmend in den Fokus der Forschung. Der Schwerpunkt wird auf eine genaue Erfassung und Definition der therapeutischen Bedingungen, auf eine bessere Vergleichbarkeit auch im Rahmen von Multicenterstudien und auf die Suche nach Patientenvariablen, die sich als Prädiktoren für eine erfolgreiche Behandlung eignen, gelegt (Eikermann, 2004a; Kallert u. Schützwohl, 2004).

2.1.6 Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung in der psychiatrischen Tagesklinik

Die Bewertung der Behandlung in Tageskliniken durch die Patienten ist durchgängig positiv. In allen Untersuchungen finden sich Angaben hoher Zufriedenheit mit den therapeutischen Angeboten (Dick et al., 1985a; Holloway, 1988; Hsu et al., 1983; Macdonald u. Sheldon, 1997; Russell et al., 1996; Schene et al., 1993; Zeeck et al., 2002). Auch bei vergleichenden Untersuchungen gibt es Hinweise darauf, dass Patienten in Tageskliniken zufriedener sind als Patienten in vollstationären Einrichtungen (Gutknecht, 2005; Holloway, 1988; Horvitz-Lennon et al., 2001; Marshall et al., 2003; Schene et al., 1993), z.B. mit dem Grad an Freizügigkeit und Unabhängigkeit (Schene et al., 1993). In einer Studie gaben tagesklinische Patienten signifikant häufiger als Patienten in vollstationären Einrichtungen an, bei einem erneuten Aufenthalt das derzeitige Behandlungssetting vorzuziehen (Eichler et al., 2006)

Allerdings werden von Seiten der Patienten auch Kritikpunkte und Verbesserungsvorschläge angegeben (Holloway, 1988; Macdonald u. Sheldon, 1997). So schätzen Patienten ihren Einfluss auf die Behandlung häufig als gering bis unzureichend ein (Macdonald u. Sheldon, 1997; Ricketts u. Kirshbaum, 1994). Verbesserungsvorschläge betreffen meist eine Veränderung der angebotenen Aktivitäten und Therapien und eine Ausweitung des Angebots (Holloway, 1988).

Ebenfalls zu den subjektiven Evaluationskriterien gehört die Frage, wie „hilfreich“ die einzelnen Therapieangebote wahrgenommen werden, ohne den Begriff „hilfreich“ näher zu definieren. Als besonders hilfreich werden Einzelgespräche und Ergotherapie erlebt (Hsu et al., 1982; Ricketts u. Kirshbaum, 1994; Zeeck et al., 2002). Vor allem schätzen die Patienten die unterstützende Atmosphäre, die Struktur, welche die Tagesklinik bietet und die Möglichkeit, Kontakt zu anderen Menschen aufzubauen (Eichler et al., 2006; Holloway, 1988; Hsu et al., 1982). Auch die medikamentöse Therapie wird von einer Mehrzahl der Patienten als hilfreich erlebt (Hsu et al., 1982; Ricketts u. Kirshbaum, 1994). Werden sowohl Patienten als auch das Personal zu diesem Thema befragt, finden sich bei den oben genannten Elementen meist Übereinstimmung. Allerdings scheinen die Teammitglieder die soziale Bedeutung des tagesklinischen Aufenthaltes zu unterschätzen (Holloway, 1988; Ricketts u. Kirshbaum, 1994). Auch die Bewertung der Gruppentherapien fällt unterschiedlich aus. Diese werden vom Personal meist als hilfreicher eingeschätzt als von den Patienten (Hsu et al., 1982; Ricketts u. Kirshbaum, 1994).

2.2 Patientenbefragungen zur Behandlungszufriedenheit

2.2.1 Geschichte der Studien zur Patientenzufriedenheit

Die ersten Untersuchungen zur Zufriedenheit von psychiatrischen Patienten mit ihrer Behandlung wurden zu Beginn der 60er Jahre in den USA durchgeführt. In den folgenden Jahrzehnten kam es zu einem verstärkten Interesse am subjektiven Erleben der Patienten und ihrer Meinung über die Behandlung (Gruyters, 1995). Es finden sich verschiedene Erklärungsansätze für eine Zunahme des wissenschaftlichen Interesses an der Patientenmeinung (Gruyters, 1995; Mory, 2001): Einerseits nimmt man ökonomische Gründe an, also die Zunahme marktwirtschaftlicher Konkurrenz zwischen den verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen und einen Legitimationsanspruch, der an neuartige Versorgungstypen, wie die gemeindenahere Psychiatrie gestellt wurde. Andererseits lässt sich im Zuge der Reformbestrebungen in der psychiatrischen Versorgung die Veränderung der Patientenrolle weg vom passiven Objekt und hin zu einem aktiven „Konsumenten“ feststellen. Die Stärkung der Menschenrechte in der Psychiatrie und die Betonung der aktiven Rolle der Patienten auch in Therapieentscheidungen ist mittlerweile Konsens (WHO Regional Office for Europe, 2005). Diese Wandlung des Patientenbildes wurde unterstützt durch die zunehmende Bedeutung von Bewegungen zur Stärkung der Patientenrechte und von Angehörigenverbänden (Gruyters u. Priebe, 1994). Hinzu kommen klinische und wissenschaftliche Gründe, wie der Nachweis der Bedeutsamkeit der subjektiven Perspektive in der Medizinsoziologie und -psychologie und die Erkenntnis, dass allein die objektiven Kriterien der Evaluation für eine angemessene Beurteilung der Versorgung nicht aussagekräftig genug seien (Leimkühler u. Müller, 1996). Schließlich erhebt auch die WHO die Forderung, dass die Ansichten der „Konsumenten“ stärkere Beachtung erfahren sollten (McGrath, 2003), und nicht nur in Deutschland sind heute Patientenbefragungen als Teil der qualitätssichernden Maßnahmen gesetzlich vorgeschrieben (SGB V).

2.2.2 Patientenzufriedenheit – Begriff und Konstrukt

Wenn man Patientenzufriedenheit untersuchen will, stellt sich die Frage, was genau damit gemeint ist? In der Literatur finden sich verschiedene Definitionen, und gerade das Fehlen einer gemeinsamen Begriffsgrundlage wird von vielen Forschern kritisiert (Gruyters, 1995). Linder-Pelz definiert Zufriedenheit als „die positive Bewertung verschiedener Aspekte der gesundheitlichen Versorgung durch eine Person“ (zitiert nach Sitzia u. Wood, 1997). Ipsen sieht Zufriedenheit als „Ergebnis des Verhältnisses von Erwartungen zu der (wahrgenommenen) Realität des Objektes“ (zitiert nach Rentrop et al., 1999). Leimkühler schließlich nennt sie das „Produkt eines komplexen psychosozialen Regulationsprozesses, der stärker von subjektiven als von objektiven Kriterien geprägt wird“ (Leimkühler u. Müller, 1996)

Die Frage, wie Zufriedenheit entsteht und wie eine Bewertung der komplexen Zusammenhänge, wie sie in der psychiatrischen Behandlung gegeben sind, abläuft, wurde aus der Perspektive verschiedener Disziplinen untersucht. Im Folgenden werden aus der Fülle der vorhandenen Theorien nur einige Beispiele genannt: So stammt z.B. das Zufriedenheitsmodell nach Hofstätter aus der Sozialpsychologie. Nach diesem Modell fließen sowohl Bewertung und Erwartung, als auch soziale Normen, Motivation und die individuelle Lage des Patienten in den Prozess der Entstehung von Zufriedenheit oder Unzufriedenheit ein (Leimkühler u. Müller, 1996).

Auch die Theorien, Zufriedenheit als Produkt eines Vergleichsvorgangs zu betrachten, stammen aus dieser Forschungsrichtung. Man kann hier zwischen sozialen Vergleichstheorien, also „ich bin zufrieden, weil es jemand anderem schlechter geht“, und Adaptationstheorien, „ich bin zufrieden, weil es mir schon einmal schlechter ging“, unterscheiden. Abschließend bleibt noch die kognitive Dissonanztheorie zu erwähnen. Danach entsteht bei einer fehlenden Übereinstimmung von Erwartungen und Realität eine kognitive Dissonanz. Wenn diese zu Ungunsten der Realität erlebt wird, also die Erwartungen in der Realität nicht erfüllt wurden, entsteht Unzufriedenheit, die das Individuum als unangenehm erlebt. Um das zu verhindern, um eine solche Dissonanz nicht entstehen zu lassen, gleicht sich unbewusst die Erwartung an das Erlebte an. (Leimkühler u. Müller, 1996). Das Individuum tendiert also zur Zufriedenheit. Das breite Spektrum von Erklärungsmodellen macht deutlich, dass bis heute kein einheitlicher Begriff der Zufriedenheit existiert.

Gerade bei der Verwendung von Zufriedenheitsangaben im Rahmen von Versorgungsevaluation wird man mit dem Problem der Gültigkeit dieser Angaben konfrontiert. Häufig wird ungeprüft davon ausgegangen, dass die objektive Qualität einer Realität subjektiv auch so wahrgenommen wird und dann z.B. Zufriedenheit produziert (Leimkühler u. Müller, 1996). In der Praxis werden Zufriedenheitsangaben daher pragmatisch als Meinung über Versorgung behandelt. Diese ist „per definitionem schon dann gültig, wenn sie nur korrekt und angemessen dokumentiert wird“ (ebenda, S.767). Einigkeit besteht jedoch darüber, dass von einem mehrdimensionalen Konstrukt ausgegangen werden muss. Ware (1983) nennt als Aspekte von Zufriedenheit interpersonelles Verhalten, technische Qualität der Versorgung, Zugänglichkeit, Finanzen, Ergebnis, Kontinuität der Versorgung, Einrichtung und Ausstattung sowie Erreichbarkeit. Neuere Untersuchungen gehen von Globalzufriedenheit, Fähigkeiten und Verhalten des Personals, Information, Erreichbarkeit, Effektivität, Therapieformen und Einbeziehung der Angehörigen aus (Ruggeri u. dall`Agnola, 1993).

2.2.3 Ergebnisse bisheriger Forschung zur Patientenzufriedenheit

Trotz einer hohen Globalzufriedenheit in vielen Studien (Lebow, 1983; Möller-Leimkühler u. Dunkel, 2003; Ruggeri u. dall'Agnola, 1993) kommt es durchaus zu negativen Bewertungen von Einzelaspekten. Kritisch werden vor allem die medikamentöse Behandlung, Aufklärung, Information und Einbeziehung der Angehörigen gesehen (Gigantesco et al., 2002; Möller-Leimkühler u. Dunkel, 2003; Ruggeri et al., 2003).

Neben der globalen Zufriedenheit wurde auch der Einfluss einzelner Faktoren auf die Bewertung der Behandlung untersucht. Es zeigte sich, dass der psychosoziale Versorgungsanteil, das heißt interpersonelle Aspekte und eine positiv erlebte Beziehung für die Bewertung der Behandlung von Bedeutung ist (Möller-Leimkühler et al., 2002; Sitzia und Wood, 1997). Die Ergebnisse hinsichtlich der Bedeutung dieser Faktoren sind jedoch uneinheitlich. Folgende Trends und Hinweise lassen sich wiedergeben:

Art der Behandlung

So einleuchtend der Einfluss des therapeutischen Settings auch sein mag, die Erforschung genau dieser Komponente bereitet große Schwierigkeiten. Vor allem die mangelnde Vergleichbarkeit unterschiedlicher Settings behindert die Durchführung z.B. von klinisch kontrollierten Vergleichsstudien. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass die Patienten mit teilstationären psychiatrischen Einrichtungen zufriedener sind als mit vollstationärer Behandlung (Gruyters, 1995; Henderson et al., 1999; Ruggeri, 1994a). Ruggeri et al. (2003) fanden in einer europäischen Vergleichsstudie, dass das Patientenurteil über die Qualität der tagesklinischen Behandlung negativer ausfällt in Korrelation zur sozioökonomischen Situation der Patienten, bzw. des Versorgungsgebietes. Das heißt, je ärmer und je großstädtischer, desto negativer das Urteil. Erwartungsgemäß ist die negative Auswirkung von Zwangsmaßnahmen auf das Patientenurteil vielfach nachgewiesen worden (Barker, 1996; Henderson et al., 1999).

Soziodemographische Merkmale

Die soziodemographischen Merkmale der Patienten sind vielfach auf ihren Einfluss überprüft worden, scheinen aber eine eher geringe Rolle zu spielen (Kelstrup et al., 1993; Lebow, 1983). In der Literatur sind die Ergebnisse widersprüchlich. Allein für das Alter und das Geschlecht lässt sich fast durchgehend ein Einfluss auf die Behandlungsbewertung nachweisen, in dem Sinne, dass ältere und weibliche Patientinnen zufriedener sind. Auch hat sich zeigen lassen, dass Angehörige einer gesellschaftlichen Minderheit in der Regel unzufrieden mit ihrer Behandlung sind (Gigantesco et al., 2002; Gruyters und Priebe, 1994; Hoff et al., 1999; Kelstrup et al., 1993; Leimkühler, 1995).

Diagnose und Symptomatik

Ein durchgängiger Zusammenhang zwischen definierten Krankheitsbildern und der Patientenzufriedenheit konnte nicht nachgewiesen werden. Allerdings ist für psychotische Erkrankungen ein Zusammenhang zwischen Ausmaß der Symptomatik und höherer Unzufriedenheit in Untersuchungen belegt worden (Barker, 1996; Kelstrup et al., 1993; Lebow, 1983). Auch die Schwere der psychopathologischen Symptomatik scheint generell mit einer negativeren Bewertung zu korrelieren (Kelstrup et al., 1993; Priebe u. Polzer, 1992). Gruyters (1995) fand Hinweise darauf, dass vor allem Negativsymptome und Ängstlichkeit mit einer schlechteren Bewertung assoziiert sind. Die Krankheitsdauer spielt ebenfalls eine Rolle. Chronisch Kranke sind unzufriedener mit der Behandlung als Patienten mit kürzerer Krankheitsdauer (Barker, 1996).

Subjektiver Behandlungserfolg

Patienten, die den Erfolg einer Behandlung positiv bewerten, sind auch zufriedener mit der Behandlung selbst (Priebe u. Polzer, 1992). Die Zufriedenheit steigt auch, wenn die Patienten positive Veränderungen des eigenen psychischen Zustands und eine Besserung ihrer sozialen Probleme beschreiben (Lebow, 1983; Sheppard, 1993). Die subjektive Wirksamkeit der medikamentösen Behandlung und eine positive Haltung zur Psychopharmakotherapie korrelieren ebenfalls mit globaler Zufriedenheit (Möller-Leimkühler et al., 2002; Scope u. Baumann, 2004).

Subjektives Krankheitskonzept und Krankheitseinsicht

Bei der Untersuchung der Krankheitskonzepte von Patienten und Therapeuten stellte man fest, dass vor allem die Übereinstimmung der Konzepte von Patient und Therapeut mit höherer Zufriedenheit der Patienten einherging (Callan u. Littlewood, 1998; Scope u. Baumann, 2004). Auch waren Patienten, die nicht glaubten, dass sie eine psychische Krankheit hätten und für sich keine Notwendigkeit zur Therapie sahen, unzufriedener als diejenigen, bei denen das nicht der Fall war (Barker, 1996).

Von Bedeutung ist auch die allgemeine Lebenszufriedenheit von Patienten, die signifikant mit der Behandlungszufriedenheit korreliert (Berghofer, 2001; Holloway u. Carson, 1999; Ruggeri et al., 2003). Die subjektive physische Gesundheit wirkt ebenfalls als Prädiktor für Behandlungszufriedenheit (Hoff et al., 1999).

2.2.4 Patientenzufriedenheit und Versorgungsqualität

Welchen Nutzen hat nun die Kenntnis der Patientenzufriedenheit für die klinische Praxis? Es gibt Hinweise in der Literatur, dass die Zufriedenheit der Patienten mit ihrer Behandlung sowohl das konkrete Verhalten beeinflusst, als auch einen prädiktiven Wert für den Verlauf und das Ergebnis einer Behandlung hat. Je höher die Zufriedenheit, desto besser ist die Compliance der Patienten (Lebow, 1983). Zufriedenheit mit der Behandlung beeinflusst das „care-seeking behavior“ positiv, also die Kontaktaufnahme des Patienten mit der therapeutischen Einrichtung, z.B. bei einer Verstärkung der Symptome (Barker, 1996). Bei Behandlungsabbrüchen spielt Unzufriedenheit eine wichtige Rolle (Tehrani et al., 1996). Ruggeri et al. (1994a) gehen davon aus, dass die Zufriedenheit das Verhalten beeinflusst, und betonen damit die praktische Relevanz der Zufriedenheitsforschung. Auch Gruyters Ergebnisse zeigten, dass zufriedene schizophrene Patienten sich compliantere zeigten und es zu weniger Therapieabbrüchen kommt als bei unzufriedenen Schizophrenen, dass sich Behandlungsbewertungen also in konkretem Verhalten widerspiegeln (Gruyters, 1995). Außerdem hatten Patienten, die sich positiv zur Therapie äußerten, einen signifikant besseren Behandlungsverlauf als Patienten, die nicht zufrieden mit der Therapie waren. Priebe und Gruyters wiesen auch den Prädiktionswert der initialen positiven Bewertung einer Behandlung für ein günstiges Behandlungsergebnis nach (Gruyters u. Priebe, 1994; Gruyters, 1995).

Entgegen der immer wieder geäußerten Meinung, psychisch Kranke könnten kein ernstzunehmendes Urteil über ihre Behandlung abgeben, zeigt sich in der Literatur, dass psychisch Kranke durchaus in der Lage sind, überlegte Kritik zu äußern (Gruyters, 1995). Die Beurteilungen sind trotz hoher Zufriedenheitsraten differenziert und lassen sich z.B. nach Kliniken unterscheiden (Rentrop et al., 1999). Außerdem konnte ein Zusammenhang zwischen Patientenzufriedenheit und objektiven Qualitätskriterien, wie z.B. der Erfahrung der behandelnden Ärztin (Ruggeri, 1994a), und der technischen Qualität der Versorgung, gemessen an Leitlinien, nachgewiesen werden (Edlund et al., 2003). Somit ist auch die große Bedeutung von Patientenbefragungen in der Qualitätssicherung gerechtfertigt.

In der Qualitätssicherung gilt Patientenzufriedenheit als Teil der Ergebnisqualität (Satzinger, 2002). Sie kann unter verschiedenen Aspekten betrachtet werden. Erstens definiert man Patientenzufriedenheit als Qualitätskomponente. Das heißt, Zufriedenheit der Patienten ist eines von mehreren Behandlungszielen und wird als Element von Gesundheit betrachtet. Zweitens kann man Patientenzufriedenheit als Qualitätsindikator nutzen. Der Patient gibt ein wertendes Urteil ab, und seine Zufriedenheit gilt als Messwert für die Güte der Behandlung. Drittens wirkt Patientenzufriedenheit auch als Qualitätsfaktor. Der Patient wird als aktiv Handelnder im Therapieprozess gesehen. Die Compliance ist unmittelbar mit der Zufriedenheit verknüpft (Scope u. Baumann, 2004).

Wichtige Gründe für Patientenbefragungen sind also das Interesse an Beobachtungen und Urteilen der Patienten über die Qualität der Versorgung im Rahmen der Therapieevaluation (Satzinger, 2002; Gaebel, 1995). Außerdem dient es einer stärkeren Orientierung der Versorgung am Patienten, wenn die Erwartungen und Bedürfnisse der Patienten erfasst werden (Satzinger, 2002). Patientenbefragungen können so „Differenzen zwischen den institutionellen Zielvorstellungen sowie den Patientenerwartungen einerseits und der Krankenhauswirklichkeit sowie dem Patientenerleben andererseits“ (Spießl, 1997 S.765) aufdecken und Veränderungsperspektiven aufzeigen.

3 Material und Methoden

3.1 Regionale Versorgungsbedingungen

Die vorliegende Untersuchung wurde an den Tageskliniken der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Vivantes Klinikums Neukölln durchgeführt. Neukölln ist ein Bezirk im Süden von Berlin. Die Einwohnerzahl liegt bei gut 300.000. Neukölln hatte zum Zeitpunkt der Untersuchung eine Arbeitslosenquote von ca. 30% und einen vergleichsweise hohen Ausländeranteil von 22% (Statistisches Landesamt, 2004). Es lag in einem Sozialranking der Berliner Bezirke an 10. Stelle von 12 Bezirken und gilt als einer der sozialen Brennpunkte der Stadt (Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, 2004).

Das Vivantes Klinikum Neukölln ist ein Krankenhaus der Zentralversorgung. Es hat alle dafür notwendigen Fachrichtungen der Medizin. Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie verfügt über 170 vollstationäre und 40 teilstationäre Planbetten. Im Rahmen der regionalisierten Versorgung trägt die Klinik seit 1993 die Pflichtversorgung für den Bezirk Neukölln. Die vollstationäre Versorgung erfolgt auf sieben Stationen, wovon eine ihren Schwerpunkt in der Versorgung von Abhängigkeitserkrankten hat und eine Station mit 12 Betten als Kriseninterventionszentrum überregionale Aufgaben wahrnimmt. Die teilstationären Behandlungsplätze befinden sich in zwei außerhalb des Klinikums gelegenen Tageskliniken. Zusätzlich betreibt die Klinik eine Institutsambulanz, die eine in das Gesamtkonzept der Klinik integrierte ambulante Versorgung von chronisch Kranken bietet.

Die weitere ambulante Versorgung im Bezirk wird von niedergelassenen Nervenärzten und vom sozialpsychiatrischen Dienst gewährleistet. Zusätzlich existieren ein unabhängiger ambulanter Krisen- und Notdienst, sowie Tagesstätten, therapeutische Wohnmöglichkeiten und Zuverdiensteinrichtungen von verschiedenen Trägern.

3.2 Psychiatrische Tageskliniken des Vivantes Klinikums Neukölln

Die beiden Tageskliniken in der Emserstraße (Station 80) und in der Riesestraße (Station 87) sind Teil der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Beide bieten mit je 20 Plätzen eine teilstationäre Versorgung für psychisch kranke Erwachsene. Sie sind an Werktagen von 8.15 Uhr bis 16.15 Uhr geöffnet.

Die Tageskliniken veranstalten abwechselnd wöchentlich ein Informations-Café, bei denen interessierte Patienten die Tagesklinik kennen lernen können. Der Besuch dieser Veranstaltung ist eine Voraussetzung für die Aufnahme in die Tagesklinik. Die Anmeldung für die Tagesklinik erfolgt durch den behandelnden Arzt. Danach erfolgt die Aufnahme in die Tagesklinik entweder durch Verlegung aus dem vollstationären Bereich oder durch Einweisung des niedergelassenen Arztes. Die Indikation zur tagesklinischen Behandlung stellt in jedem Fall

der einweisende Arzt und nicht die Mitarbeiter der Tageskliniken. Im Rahmen der Aufnahmegespräche, die meist von zwei Teammitgliedern, darunter ein Arzt oder Psychologe, geführt werden, wird mit dem Patienten ein Therapieplan erstellt, der auch die Formulierung von Behandlungszielen umfasst.

3.3 Ausstattung und therapeutische Angebote

Die Räumlichkeiten gliedern sich in Personal-, Dienst-, und Untersuchungsraum, sowie Büros für Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter. Den Patienten stehen ein Garderobenraum, ein (unterteilbarer) Gruppenraum und ein Ruheraum zur Verfügung. Die Therapien finden in der Küche, dem Gruppenraum, mehreren Werkräumen und einem Musiktherapieraum statt. Die Teams der Tageskliniken bestehen jeweils aus zwei Krankenschwestern und einem Krankenpfleger, zwei Behandlerinnen (Ärztinnen und Psychologinnen), zwei Ergotherapeuten, einer Sozialarbeiterin und einem Musiktherapeuten, bzw. einer Musiktherapeutin. Die Tageskliniken werden von einem Oberarzt betreut.

Die therapeutischen Angebote der Tageskliniken ähneln sich, was die Bestandteile und die Struktur betrifft, unterscheiden sich jedoch in einzelnen Punkten. Zunächst soll hier ein Überblick über Gemeinsamkeiten gegeben werden, danach wird auf Unterschiede in Ausstattung und Therapieangebot eingegangen.

Die Behandlung wird strukturiert durch den Wochenplan (siehe Abbildungen 1 und 2). Den Vormittag verbringen die Patienten in einer der drei arbeitstherapeutisch orientierten Gruppen. In der Holz-, Ton- und Pappe/Papiergruppe wird handwerklich gearbeitet. Wie auch in der Kochgruppe, die das gemeinsame Mittagessen zubereitet, erlernen und trainieren die Patienten hier Fertigkeiten, gleichzeitig bringt die Gruppenarbeit sie in sozialen Kontakt und fördert die Kommunikation und soziale Kompetenz. Jeder Patient erhält regelmäßig psychotherapeutisch orientierte Einzelgespräche. An den Nachmittagen finden andere Therapien statt, wie die Gruppengesprächstherapie oder die Musiktherapie, die für Patienten mit Kommunikationsstörungen und Beziehungsstörungen gedacht ist und auch den Umgang mit Gefühlen thematisiert. Auch die Entspannungstherapie wird eher an den Bedürfnissen der Patienten als an Diagnosen orientiert verordnet. Im Gegensatz dazu ist die psychoedukative Gruppe hauptsächlich ein Angebot für die schizophrenen Patienten. Hier geht es um Wissensvermittlung und Erfahrungsaustausch unter den Patienten. Gearbeitet wird mit dem Arbeitsbuch Psychoedukation bei Schizophrenie (Bäumel et al., 2005). Die Morgenbesprechung und die Vollversammlung bieten einen Rahmen für organisatorische Angelegenheiten, Beteiligung der Patienten an der Gestaltung des Ablaufs in der Tagesklinik und Klärung von Konflikten. Zusätzlich finden gemeinsame Aktivitäten statt, wie z.B. der wöchentliche Ausflug oder Spaziergänge und Laufgruppen, die aktivierend und strukturierend wirken und soziale Erfahrung bedeuten. Zur tagesklinischen Behandlung gehört auch die medikamentöse Thera-

pie. Die Tageskliniken verfügen durch die Zugehörigkeit zum Vivantes Klinikum Neukölln über alle Möglichkeiten der weiterführenden Diagnostik, wie z.B. Labordiagnostik oder bildgebende Verfahren. Ebenfalls in Kooperation mit der Klinik findet die Angehörigengruppe statt, zu der die Angehörigen der Patienten eingeladen sind.

Die Tagesklinik Emserstraße liegt in einem belebten Teil von Neukölln und nutzt zwei Etagen eines Altbauwohnhauses. Zusätzlich wird hier eine Gestaltungstherapie (tiefenpsychologisch fundierte Gestaltungs- und klinische Kunsttherapie) angeboten. Sie richtet sich vor allem an Patienten mit einer Borderline-Störung, aber auch an Patienten mit anderen Persönlichkeitsstörungen oder Neurosen. Über das Gestalten eines Materials sollen hier unbewusste Vorgänge sichtbar gemacht und Entwicklungsprozesse angestoßen werden. Außerdem findet eine Sportgruppe statt.

Die Tagesklinik Riesestr. ist in einem zweistöckigen, freistehenden Neubau untergebracht. Sie bietet zusätzlich eine DBT-Gruppe (Dialektisch-behaviorale Therapie), ein spezielles Therapiekonzept für Patientinnen mit einer Borderline-Störung, was von Marsha M. Linehan entwickelt wurde (Linehan, 1996). Im Vordergrund steht hier das Erlernen von Fertigkeiten zum besseren Umgang mit Krisensituationen, innerer Spannung und Vermeidung von Selbstverletzungen. Außerdem finden eine Gruppe zum Training sozialer Kompetenzen, die sich an Patienten mit sozialer Phobie und Unsicherheit richtet, und ein Konzentrationstraining statt. Es gibt eine Fotogruppe, bei der Patienten eigenständig fotografieren und die Bilder selber entwickeln können. Außerdem gibt es eine Gartengruppe, die mit der Pflege des dazugehörigen Gartengrundstücks befasst ist.

Abb. 1: Wochenplan Tagesklinik Emserstraße (Stand März 2004)

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
8.00	Ankunft	Ankunft	Ankunft	Ankunft	Ankunft
8.30	Morgenrunde	Blutabnahme	Morgenrunde	Morgenrunde	
8.45	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück
9.15-10.45	Arbeitsgruppe: Papier/Pappe, Ton, Kochen	Arbeitsgruppe: Papier/Pappe, Ton, Kochen	Arbeitsgruppe: Papier/Pappe, Ton, Kochen	Arbeitsgruppe: Papier/Pappe, Ton, Kochen	Arbeitsgruppe: Papier/Pappe, Ton, Kochen
	10.00 Visite				
10.45 - 11.00	Pause	Pause	Pause	Pause	Pause
11.00 - 12.00	Arbeitsgruppe	Psychoedukative Gruppe Ge- sprächsgruppe	Arbeitsgruppe	Psychoedukative Gruppe Ge- sprächsgruppe	Arbeitsgruppe
12.00	Mittag	Mittag	Mittag	Mittag	11.45: Mittag
13.00 - 13.45		Entspannungs- training		Entspannungs- training	13.15-14.45 Gestaltungsthera- pie, Musiktherapie 13.30 Powerwal- king
14.00 - 15.30	Musiktherapie Gestaltungsthera- pie Powerwalking	Arbeitsgruppe: Papier/Pappe, Ton, Kochen: Planen etc.	Ausflug, Sport- gruppe	Arbeitsgruppe: Papier/Pappe, Ton, Backen	15.00 Vollversammlung mit anschließendem Kaffeetrinken
15.30	Ausklang	Ausklang	Ausklang	Ausklang	Ausklang
16.00	Feierabend	Feierabend	Feierabend	Feierabend	Feierabend

Abb.2: Wochenplan Tagesklinik Riesestraße (Stand: März 2004)

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
8.15	Ankunft	Ankunft	Ankunft	Ankunft	Ankunft
8.30-8.45	Morgenrunde	Blutabnahme	Morgenrunde	Morgenrunde	Blutabnahme
9.00-9.30	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück
9.30-10.45	Arbeitsgruppe: Holz, Ton, Kü- che	9.45-10.15 Voll- versammlung	Arbeitsgruppe: Holz, Ton, Kü- che	Arbeitsgruppe: Holz, Ton, Kü- che	Arbeitsgruppe: Holz, Ton, Kü- che
	10.00 Visite				
10.45-11.00	Pause	Pause	Pause	Pause	Pause
11.00-12.30	Arbeitsgruppe	Arbeitsgruppe	Arbeitsgruppe	Arbeitsgruppe	Arbeitsgruppe
12.30	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen
14.00-15.30	13.30-14.30 Psychoedukative Gruppe, Entspan- nungstraining, Spaziergang	Musiktherapie, Fotogruppe, Gartengruppe, Laufgruppe	14.00-16.15 Ausflug 14.15-15.15 DBT-Gruppe	Backen Training sozialer Kompetenzen, Konzentrations- training	14.00-14.50 Ge- sprächsgruppe 15.10 Gemeinsames Kaffeetrinken
16.15	Ende	Ende	Ende	Ende	Ende

3.4 Untersuchungsgruppe

Alle Patienten, die zwischen dem 1.10.2004 und dem 31.3.2005 aus den beiden psychiatrischen Tageskliniken des Klinikums Neukölln entlassen worden sind, wurden in die Untersuchung eingeschlossen. Voraussetzung war ihr Einverständnis an der Befragung teilzunehmen, eine Aufenthaltsdauer von mindestens einer Woche und ausreichende Deutschkenntnisse zur Durchführung des Interviews. Stand ein Entlassungstermin fest, wurde mit dem Patienten ein Termin für das Interview mit dem Patienten vereinbart, der maximal eine Woche vor dem geplanten Entlassungszeitpunkt lag. Dabei wurde auch sein Einverständnis erfragt und das Vorhaben erklärt. Aufklärung und Terminabsprachen erfolgten je nach Situation durch die Interviewerin oder die Teammitglieder der Tageskliniken. Wenn ein Patient zum verabredeten Gespräch nicht erschien, wurden bis zu zwei weitere Termine vereinbart. Bei wiederholtem Ausbleiben des Patienten wurde das als Ablehnung des Interviews behandelt.

3.5 Interview

3.5.1 Fragebogen für das semistrukturierte Interview

Als Interview wird eine zielgerichtete mündliche Befragung verstanden, bei der es in erster Linie darum geht, Informationen über das Verhalten und Erleben der befragten Person zu sammeln (Kessler, 1988). Man unterscheidet freie Interviews, bei denen Fragestellung und Gestaltung des Interviews dem Interviewer überlassen bleibt und zwischen verschiedenen befragten Personen variieren kann, von strukturierten Verfahren. Hierbei sind der Wortlaut der Fragen, die Reihenfolge und die Antwortkategorien festgelegt. Der Gestaltungsfreiraum des Interviewers ist bei dieser Befragungsform sehr reduziert. Verschiedene Interviewformen lassen sich zwischen diesen beiden Polen einordnen. Da im Rahmen der vorliegenden Untersuchung vergleichbare Daten zu festgelegten Fragen erhoben werden sollten, wurde dem strukturierten Verfahren der Vorzug vor einer freien Interviewform gegeben. Um andererseits eine situationsangepasste Befragung durchführen zu können, fiel die Wahl auf ein halbstrukturiertes Interview. Hierbei sind Form, Inhalt und Umfang der Fragen festgelegt, die Reihenfolge der Fragen ist variabel, eine Erläuterung von Fragen und Nachfragen ist möglich. Methodische Probleme, wie z.B. das positive Antwortverhalten von Patienten in der Interviewsituation, wurden in Kauf genommen für die Vorteile des Interviews gegenüber selbständig ausgefüllten Fragebögen, wie die Möglichkeit, Unklarheiten zu klären, nachzufragen, dabei aber die Sensibilität im Umgang mit den Sorgen der Patienten zu wahren (Fitzpatrick, 1991a; Gruyters u. Priebe, 1994).

Obwohl Instrumente zur Evaluation der gemeindepsychiatrischen Behandlung vorliegen (Ruggeri et al., 1993; Mory et al., 2001), wurde ein eigener Fragebogen entwickelt, um den spezifischen Gegebenheiten und therapeutischen Angeboten zu genügen. Für diesen Vorteil

wurden methodische Nachteile, wie eine geringere Vergleichbarkeit mit anderen Untersuchungen dieser Art und ungeprüfte psychometrische Eigenschaften in Kauf genommen. Hinweise in der Literatur sprechen für die Bedeutsamkeit der Anpassung des Untersuchungsinstrumentes an den lokalen Kontext (Callan u. Littlewood, 1998; Ruggeri et al., 1994a; b). Zur Entwicklung des Fragebogens wurde, nach einer ausführlichen Literaturrecherche, die entsprechende Literatur hinzugezogen (Gigantesco et al., 2002; Kelstrup et al., 1993; Längle et al., 2002; Mory et al., 2001; Rentrop et al., 1999; Ruggeri et al., 1993; Ruggeri et al., 1994a; b; Ruggeri et al., 2003; Sitzia u. Wood, 1997).

Die Literaturrecherche erfolgte zu allen Punkten in Medline, DIMDI und PsyIndex unter den Stichworten „Psychiatrische Tagesklinik“, bzw. „psychiatric dayclinic“ oder „psychiatric day-hospital“. Weiterhin wurde gesucht nach „Patientenzufriedenheit“, „patient satisfaction“ „consumer satisfaction“ und möglichen Verknüpfungen. Außerdem wurden die Literaturverzeichnisse einschlägiger Artikel und Bücher hinzugezogen.

Nach der Überprüfung des Fragebogens durch erfahrene Psychiaterinnen wurde ein Prätest mit zehn Tagesklinikpatienten durchgeführt. Die meisten Fragen sind geschlossene, direkte Urteilsfragen. Die Bewertung erfolgt anhand 5-stufiger Likert-Skalen, deren Nutzen belegt ist, und die bereits vielfach verwendet wurde (Blumenstock, 1998; Fitzpatrick, 1991b; Sitzia, 1999; Ware u. Hays, 1988). Zu Erwartungen und Zielen der Patienten, wie auch zu Verbesserungsvorschlägen zur Behandlung und zum Fragebogen finden sich auch offene Fragen. Die Antworten auf die offen gestellten, freien Fragen wurden stichwortartig protokolliert und im Rahmen der Auswertung inhaltlich zu Kategorien zusammengefasst.

Der Fragebogen besteht aus 91 Items zu neun Teilbereichen:

I. Aktuelle Situation und Vorgeschichte (Acht Items)

Hier wurde nach dem momentanen gesundheitlichen Zustand des Patienten gefragt. Als Einstieg vermittelte diese Frage gleichzeitig ein Bild der momentanen Stimmung. Außerdem wurden Fragen zu subjektivem Krankheitserleben, eigenem Krankheitskonzept und Beginn der Erkrankung gestellt. Weiterhin wurden Fragen zur Zeit vor dem Tagesklinikaufenthalt gestellt. Hierzu gehörten Fragen zu Vorbehandlung, die Frage, wie der Patient von der Tagesklinik erfahren hat und was seine persönlichen Gründe für die Entscheidung zur tagesklinischen Behandlung waren. Die letzten beiden Fragen wurden in offener, freier Form gestellt.

II. Erwartungen und Ziele des Patienten (Sechs Items)

Ebenfalls offene Fragen wurden zu den Erwartungen an die Tagesklinik und den Behandlungszielen des Patienten gestellt. Die jeweiligen Fragen, ob die Erwartungen erfüllt, bzw. die Ziele erreicht wurden, sollten mit Hilfe einer fünfstufigen Likert-Skala beantwortet werden. Im

Anschluss wurde auch gefragt, ob der Patient das Gefühl von ausreichendem Einfluss auf seine Behandlung gehabt habe.

III. Beurteilung des Personals (37 Items)

Am Anfang dieses Abschnitts wurden die Patienten zunächst gebeten, die einzelnen Berufsgruppen, die in der Tagesklinik tätig sind, zu den realen Personen zuzuordnen. So sollte eine Zuverlässigkeit der nachfolgenden Bewertung einzelner Mitarbeiter, bzw. Therapeuten gewährleistet werden. Es folgten jeweils drei Fragen zu den einzelnen Berufsgruppen in denen die fachliche Fähigkeit, die Freundlichkeit des Verhaltens und die Erreichbarkeit anhand der fünf Kategorien der Likert-Skala beurteilt werden konnte. Bei der anschließenden Auswertung dieser Items wurden teilweise mehrere Berufsgruppen zusammengefasst, um eine auf Einzelpersonen bezogen Bewertung zu verhindern. Im Anschluss wurde gefragt, ob bestimmte Personen im Team für den Patienten besonders wichtig waren, und falls die Frage bejaht wurde, welcher Berufsgruppe die Personen angehören.

IV. Teilnahme an Therapien und deren Beurteilung (30 Items)

Hier wurde zu Beginn um eine Beurteilung der Einzelgespräche, der „Morgenrunde“ und der Visite gebeten, die alle Patienten betraf. Dann wurde die Teilnahme an den einzelnen therapeutischen Angeboten, aufgeteilt nach verordneten Therapien und gewählten therapeutischen Aktivitäten, erfragt. Zu den vom Patienten angegebenen therapeutischen Angeboten sollten die Patienten angeben, wie hilfreich, bzw. belastend diese erlebt wurden.

Zusätzlich wurde zur medikamentösen Behandlung gefragt, ob und, falls ja, mit welchen Medikamenten die Behandlung erfolgt sei, für wie hilfreich der Patient die Medikamente halte, ob die Einnahme den Verordnungen entspreche und ob der Patient sich ausreichend über die Medikamente informiert fühle.

Ebenfalls ein eigener Abschnitt wurde den arbeitstherapeutischen Gruppen gewidmet. Die Bewertung der praktischen Arbeit in der Gruppe und die Bedeutung der Mitpatienten sollten hier ermittelt werden. Ebenso wurde die Frage gestellt, ob der Patient sich die Arbeitsgruppe aussuchen konnte oder ob er lieber in einer anderen Arbeitsgruppe gewesen wäre.

V. Ausstattung und Lage der Tagesklinik (Vier Items)

Die Erreichbarkeit der Tagesklinik spielt eine Rolle bei ihrer Bedeutung in der regionalen Versorgungsstruktur (Strukturqualität). Daher wurden die Patienten hier um eine Einschätzung ihres Anfahrtsweges gebeten. Außerdem wurde nach der Bewertung des Essens gefragt und ob die Einrichtung der Tagesklinik als angenehm oder unangenehm erlebt worden sei.

VI. Organisation des Aufenthalts und Tagesklinikkonzept (Drei Items)

Die Patienten wurden gebeten, die Länge ihres Aufenthalts und die Regeln, die in der Tagesklinik für Ablauf und Organisation gelten, zu bewerten. Außerdem interessierte die Einschätzung der Patienten, ob sie das spezielle tagesklinische Setting, d.h. am Abend und an den Wochenenden zuhause zu sein, eher als hilfreich oder belastend erlebt haben.

VII. Vorbereitung der Entlassung und Weiterbehandlung (Sechs Items)

Da das Interview kurz vor der Entlassung stattfand, wurden einige Fragen zu näheren Zukunftsplänen der Patienten gestellt. Einerseits gab es die Frage nach geplanter Weiterbehandlung, andererseits nach Therapieangeboten der Tagesklinik, welche die Patienten gern auch nach der Entlassung fortsetzen würden. Außerdem wurde in Form einer offenen Frage nach den konkreten Vorstellungen und Plänen des Patienten für die Zeit nach der Behandlung gefragt.

VIII. Globalurteil (Vier Items)

Abschließend wurden die Patienten um ein Gesamturteil über ihren Aufenthalt in der Tagesklinik gebeten. Außerdem wurde gefragt, ob sie die Tagesklinik weiterempfehlen würden, worauf, wenn diese Frage verneint wurde, sich zusätzliche Fragen nach den Gründen für diese Entscheidung und nach Alternativangeboten, die sie statt dessen empfehlen würden, anschlossen.

IX. Anmerkungen (Zwei Items)

Am Ende des Interviews wurden die Patienten nach Kritik und Verbesserungsvorschlägen gefragt und außerdem um Hinweise zu Aspekten des Aufenthalts, die nicht im Interview zu Sprache gekommen waren, gebeten.

Der Fragebogen deckt damit die Dimensionen Globalzufriedenheit, Fähigkeit und Verhalten des Personals, Therapieformen, Erreichbarkeit, Ergebnis und Ausstattung der Einrichtung ab, wie sie bei Ruggeri et al (1993) und Fitzpatrick (1991a) beschrieben werden.

3.5.2 Ablauf des Interviews

Die Interviews fanden in den Räumen der jeweiligen Tagesklinik meist im Zimmer der Ärzte oder der Sozialarbeiterin statt. Alle Interviews wurden im gleichen Ductus geführt. Die Interviewerin war kein Mitglied des Teams und stand auch in keiner anderen Beziehung zur Klinik. Zu Beginn stand die Begrüßung des Patienten, mit Vorstellung der Interviewerin und einer Erklärung des Vorhabens. Neben der Zusicherung der Anonymität und Hervorhebung der Schweigepflicht wurde dabei auch die Fragestellung der Untersuchung, der Ablauf des Interviews und die Skalen, anhand derer die Bewertung vorgenommen werden sollte, erläut-

tert. Den Patienten wurde zu den einzelnen Fragen die Karte mit der entsprechenden Skala vorgelegt, bei Leseschwierigkeiten wurden die Antwortmöglichkeiten zusätzlich vorgelesen. Die Interviews dauerten durchschnittlich 25 Minuten, das kürzeste 15 und das längste 45 Minuten. Nach Beantwortung der Fragen wurde dem Patienten für seine Mitarbeit gedankt und die Möglichkeit für Fragen oder Anmerkungen gegeben.

3.6 Basisdokumentation der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Klinikum Neukölln

Zusätzlich standen die Daten der Basisdokumentation (im folgenden BADO genannt) der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie zur Verfügung (Fähndrich, 2000). Dieses Dokumentationssystem erfasst seit dem 01.01.1993 jede Aufnahme eines Patienten in die Klinik. Es wurde aus Gründen der Qualitätssicherung entwickelt. Die Dokumentationsbögen werden von den behandelnden Ärzten zu Beginn und am Ende der Behandlung ausgefüllt und vom Oberarzt gegengelesen. In einem elektronischen Aufnahmebuch wird jede Aufnahme mit einer laufenden Nummer versehen. Die Bögen werden anonymisiert mit dieser Nummer versehen und lassen sich so im Nachhinein z.B. zur Überprüfung von Eingabefeldern wieder den einzelnen Patienten zuordnen. So war auch ein Zusammenführen der Daten der Basisdokumentation mit den Daten der Fragebögen möglich. Die Auswertung dieser Daten soll eine Beschreibung der Untersuchungsgruppe bezüglich soziodemographischer Merkmale und Versorgungsrealität ermöglichen und gleichzeitig zu den Ergebnissen der Befragung in Beziehung gesetzt werden. Im Folgenden werden die Items der Basisdokumentation, die in die Auswertung einbezogen wurden, genannt und näher erläutert:

Stammdaten

Die Basisdokumentation erfasst Geschlecht, Geburtsdatum und Nationalität der Patienten. Anhand des Geburtsdatums und des außerdem erfassten Jahres der Ersterkrankung werden das aktuelle Alter und das Alter bei Ersterkrankung bestimmt. Außerdem wird der aktuelle Wohnsitz erfasst. Hierbei wird unterschieden, ob ein Patient in der Versorgungsregion, also Berlin Neukölln wohnt, in Berlin, aber außerhalb der Versorgungsregion, in Deutschland außerhalb von Berlin, im Ausland oder ob der Patient nicht gemeldet ist.

Sozioökonomische Situation

Der berufliche Status wird unterschieden nach Berufstätigkeit auf dem Ersten Arbeitsmarkt, Tätigkeit an einem geschützten Arbeitsplatz, in Ausbildung, Wehr-, bzw. Zivildienst, geringfügiger Beschäftigung und keiner Beschäftigung. Bei der Auswertung wird hier unterschieden nach Beschäftigung, Ausbildung und keiner Beschäftigung. Die Einkünfte, von denen ein Patient seinen Lebensunterhalt bestreitet, werden nach eigenem Erwerbseinkommen, Arbeitslosengeld bzw. -hilfe, Sozialhilfe (vor Hartz IV), Rente, bzw. Pension, Unterhalt durch den

Partner, Verwandte oder Freunde und anderes (z.B. Krankengeld) unterteilt. Der Familienstand wird unterschieden in ledig, partnerschaftliche Beziehung mit gemeinsamem Haushalt, getrennte lebend, geschieden und verwitwet. Die Lebens- und Wohnsituation eines Patienten wird bei der Aufnahme und Entlassung erfragt. Bezüglich der Lebenssituation unterscheidet die Basisdokumentation allein lebend, mit Partner (oder Eltern, Kindern) lebend, mit anderen Verwandten oder nichtverwandten Personen lebend. Die Wohnsituation wird durch die Kategorien Privatwohnung, therapeutische Wohngemeinschaft, bzw. betreutes Einzelwohnen, verschiedenen Formen von Wohnheimen und ohne festen Wohnsitz beschrieben. Diese Items dienen der sozioökonomischen Einordnung der Patienten und der Überprüfung des Zusammenhangs, mit Zufriedenheit und Bewertung der therapeutischen Versorgung.

Zugang zur Tagesklinik

Hier wird erfasst, wer den Patienten in die Tagesklinik eingewiesen hat, das heißt, wer die Indikation zur tagesklinischen Behandlung gesehen hat und wo der Patient unmittelbar vor dem Tagesklinikaufenthalt in Behandlung war. Die BADO unterscheidet u.a. die eigene Institutsambulanz, die eigene psychiatrische Klinik, niedergelassene Nervenärzte, bzw. Psychotherapeuten, andere niedergelassenen Ärzte, andere psychiatrische bzw. nichtpsychiatrische Abteilungen / Kliniken. Es wurden nur die Kategorien, die eine Relevanz für die vorliegende Untersuchung haben, genannt.

Diagnosen

Die Diagnose wird am Ende des Aufenthalts nach ICD-10 verschlüsselt in die Basisdokumentation eingetragen. Es können zwei psychiatrische Diagnosen, zwei somatische Diagnosen, sowie Suizidalität bei Aufnahme kodiert werden. Anhand dieses Items kann eine diagnosespezifische Darstellung der Patienten erfolgen und eventuelle Unterschiede zwischen den einzelnen Diagnosegruppen beschrieben werden.

Anzahl der Voraufenthalte

Die Anzahl der Voraufenthalte gibt zum einen Aufschluss darüber, ob ein Patient die Klinik kennt, also eventuell vertrauter ist mit dem Umfeld und den Abläufen, und kann zum anderen als Schweregradindikator in Bezug auf die Erkrankung interpretiert werden. Auch stellt sich hier die Frage nach einem Zusammenhang mit der Bewertung der therapeutischen Angebote und des Settings.

Jahr der Ersterkrankung

Mit diesem Item kann sowohl die Dauer der Erkrankung, als auch das Alter bei Ersterkrankung bestimmt werden. Außerdem ist die Frage nach einem Einfluss der Erkrankungsdauer auf die Bewertung der Behandlung von Interesse.

Weiterbehandlung

Hier finden sich 15 Nach- und Weiterbehandlungsmöglichkeiten. In der vorliegenden Untersuchung sind die eigene Institutsambulanz, niedergelassener Nervenarzt, bzw. Psychotherapeut, andere niedergelassenen Ärzte und die eigene Klinik (vollstationär) als Weiterbehandlungsmöglichkeiten von Bedeutung.

3.7 Statistische Auswertung

Die Eingabe und Auswertung der Daten des Fragebogens erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS 12.0. Die Eingabe der Basisdokumentationsdaten erfolgte mit dem Datenbankprogramm dbase, die Auswertungen ebenfalls mit SPSS. Da keine Hypothesen geprüft werden sollten, erfolgte die Auswertung in erster Linie mit Hilfe der deskriptiven Statistik. Hierbei wurden absolute und relative Häufigkeiten der Merkmale, Mittelwerte mit Standardabweichung und Medianwerte verwendet. Bei der Auswertung der Bewertungen von Personal und Therapien durch die Patienten wurde aufgrund der besseren Vergleichbarkeit und der Fallzahlen vor allem mit Mittelwerten gearbeitet. Bei der Darstellung wurden Tabellen verwandt. Die bei der Auswertung entstehenden Fragen und Zusammenhänge wurden mit Hilfe von Kreuztabellen dargestellt und mit dem Chi-Quadrat-Test auf eventuelle Signifikanz geprüft. Das Signifikanzniveau wird mit $p < 0.05$ eher niedrig angesetzt, da es bei der Auswertung allenfalls um die Entwicklung hypothesengenerierender Fragen ging. Wurde in der Auswertung diese Signifikanz unterschritten, werden diese Hinweise in der Darstellung als „Zusammenhang“ beschrieben.

4 Ergebnisse

4.1 Die Patienten

Wie viele Patienten wurden im Untersuchungszeitraum entlassen, welche Charakteristika weisen diese auf?

Im Zeitraum vom 1.10.2004 bis zum 31.3.2005 wurden insgesamt 106 Patienten aus den beiden Tageskliniken entlassen. 9 Patienten wurden nicht in die Untersuchung eingeschlossen, 8 von ihnen weil ihr Aufenthalt kürzer als eine Woche dauerte, eine Patientin sprach nicht ausreichend Deutsch. Damit blieben 97 Patienten die in die Studie eingeschlossen wurden. Von diesen 97 Patienten konnten 59 (61%) befragt werden. Von den restlichen 38 Patienten (39%) lehnten zwei Patienten das Interview explizit ab. Mit den verbleibenden 36 Patienten kam kein Termin zustande, bzw. die Patienten waren zum Interviewzeitpunkt nicht in der Tagesklinik anzutreffen, was als Ablehnung der Befragung verstanden wurde. Zur Frage ob die interviewte Gruppe repräsentativ für die Gesamtgruppe ist, wurden die interviewten und die nicht interviewten Patienten in Bezug auf wichtige Merkmale verglichen (siehe 5.1 Methodische Aspekte). Es zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

4.1.1 Soziodemographische Merkmale

Bei der Beschreibung der Untersuchungsgruppe werden Informationen aus zwei Datenquellen verwandt. Zum einen stammen die Daten aus dem oben beschriebenen Fragebogen, dabei wird bei der Beschreibung der Ergebnisse jeweils die Nummer der entsprechenden Frage im Fragebogen in Klammern angegeben, zum anderen aus der genannten Basisdokumentation. Die folgenden soziodemographischen Daten wurden der Basisdokumentation entnommen.

Es wurden 59 Patienten befragt. Davon waren 58% (n = 34) Männer und 42% (n = 25) Frauen. Das mittlere Alter betrug 39 Jahre. Die Männer waren im Mittel 38 Jahre alt, die Frauen drei Jahre älter. Der jüngste Patient war 19 Jahre, der älteste 74 Jahre alt. Über die Hälfte der Patienten (58%, n = 34) war ledig, während lediglich 17% (n = 10) in einer partnerschaftlichen Beziehung mit gemeinsamem Haushalt lebten. Der restliche Teil der Patienten verteilte sich auf die Kategorien „getrennt lebend“ (12%, n = 7) und „geschieden“ (14%, n = 8). Jeder dritte Patient (34%, n = 20) lebte mit Eltern oder Partner zusammen. Es gab Hinweise darauf, dass die Patienten mit Migrationshintergrund zu einem größeren Teil verheiratet, bzw. in einer festen Beziehung waren und entsprechend auch weniger allein lebten ($p=0.003$). Die Mehrheit der Patienten (63%, n = 37) war zum Zeitpunkt der Untersuchung ohne Arbeitsplatz. Zehn (17%) gingen einer Tätigkeit nach. Sieben Patienten (12%) erhielten eine Rente oder Pension. Nur ein Zehntel (n = 6) bestritt seinen Lebensunterhalt mit eige-

nem Erwerbseinkommen. Etwa ein Drittel (31%, n = 18) erhielt Sozialhilfe, zehn Patienten (17%) erhielten Arbeitslosengeld bzw. -hilfe. 95% (n = 56) hatten ihren Wohnsitz in der Versorgungsregion, Berlin Neukölln. 51 (86%) Patienten hatten die deutsche Staatsbürgerschaft, fünf (9%) Patienten waren türkische Staatsbürger und drei (5%) Patienten gehörten anderen Nationalitäten an. Es fanden sich keine relevanten soziodemographischen Unterschiede zwischen den Patienten der beiden Tageskliniken (siehe 5.1 Methodische Aspekte).

Tabelle 1: Soziodemographische Merkmale

Merkmal	Häufigkeiten	Prozent
Geschlecht		
Männlich	34	58%
Weiblich	25	42%
Nationalität		
Deutsch	51	86%
Andere Staatsangehörigkeit	8	14%
Familienstand		
Ledig	34	58%
In fester Beziehung	10	17%
Getrennt lebend/geschieden	15	25%
Lebenssituation		
Alleine	32	54%
Mit Partner	10	17%
Mit Eltern	10	17%
Mit Kindern	3	6%
sonstiges	3	6%
Beruf		
Nicht berufstätig	37	63%
Berufstätig	8	14%
Rente/Pension	7	12%
Ausbildung	5	9%
sonstiges	2	3%
Alter		
Bis 29 Jahre	15	25%
30-44 Jahre	24	41%
>44 Jahre	20	34%
Mittelwert	Frauen: 41 Jahre	Männer: 38 Jahre
Gesamt	59	100%

4.2 Gesundheitliche Situation der Patienten

Welche Diagnosen wurden bei den Patienten gestellt und wie sehen die Patienten selbst ihren momentanen Zustand und ihre Erkrankung?

4.2.1 Subjektiver Gesundheitszustand

Die Eingangsfrage des Interviews war die Frage nach dem aktuellen Gesundheitszustand („Wie fühlen Sie sich im Moment?“, Frage Nr. 1), wobei bewusst nicht zwischen psychischer und körperlicher Gesundheit unterschieden wurde. Circa die Hälfte der Patienten antwortete mit „eher gut“ (41%, n = 24) oder „sehr gut“ (10%, n = 6). „Mittelmäßig“ fühlten sich etwa ein Drittel (34%, n = 20), und 15% (n = 9) fühlten sich „eher schlecht“ (14%, n = 8) oder „sehr schlecht“ (2%, n = 1). Deutsche Patienten machten hier deutlich positivere Angaben als Patienten anderer Staatsangehörigkeit (p=0.009). Nur 8% (n = 4) der deutschen Patienten fühlten sich „schlecht“, gegenüber 50% (n = 4) der Patienten mit einer anderen Staatsangehörigkeit. Patienten, die ihr momentanes Befinden schlechter einschätzten, hatten mehr Voraufenthalte in der Klinik (p=0.014).

4.2.2 Krankheitskonzept der Patienten

Da auch die Krankheitseinsicht mit der Zufriedenheit in Zusammenhang steht (Barker, 1996), wurde zum Selbstverständnis der Patienten in Bezug auf ihre Krankheit sowohl gefragt, ob der Patient sich selbst für krank halte (Frage Nr. 2), als auch, welche Krankheit er seiner Meinung nach habe (Frage Nr. 3). Die erste Frage beantworteten 83% (n = 49) der Patienten mit „ja“. 15% (n = 9) hielten sich nicht für krank, ein Patient antwortete mit „weiß nicht“. Auf die Frage welche Krankheit sie hätten, antworteten 39% (n=19) „Depression“ und 2 Patienten (3%) „manisch-depressive Erkrankung“. 27% (n=13) gaben an, eine „Psychose“ zu haben davon nannten zwei Symptome einer schwerwiegenden psychischen Störung, wie z.B. „Stimmen hören“. Jeweils zwei Patienten (je 4%) antworteten „paranoide Schizophrenie“, bzw. „schizophrene Psychose“. 6 Patienten (12%) meinten, sie hätten eine „Persönlichkeitsstörung“, wovon 4 (8%) eine „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ angaben. Ebenfalls 8% (n = 4) gaben an, sie hätten ein „Suchtproblem“, 12% (n=6) gaben an, sie hätten eine Angststörung und die Antworten von 8 Patienten (16%) konnten nicht zugeordnet werden, weil sie z.B. sehr allgemein gefasst waren, „psychische Labilität“ oder „nicht mehr klar kommen“. Die Patienten, die sich selbst nicht für krank hielten, wurden gefragt warum sie dann in der Tagesklinik seien. Fünf Patienten (50%) gaben daraufhin dann doch psychiatrische Diagnosen, wie z.B. „Ängste und Depression“ oder Symptome an. Die Antworten der anderen Patienten lauteten z.B., „ohne Tagesklinik wäre ich arbeitslos“, „sie gibt Struktur und sozialen Anschluss“, oder „man steckt meinen Bewusstseinszustand in eine Schublade, nennt ihn Psychose, ich halte mich nicht für krank“.

4.2.3 Diagnosen

21 Patienten (36%) hatten nur eine psychiatrische Diagnose, bei 64% (n = 38) der Patienten fand sich zusätzlich eine zweite. Diese Komorbidität war bei 77% (n = 26) der männlichen Patienten, und bei 48% (n = 12) der Frauen vorhanden. Bezüglich der ersten psychiatrischen Diagnose ergab sich folgende Verteilung (siehe Tabelle 2): Fast die Hälfte der Patienten (46%, n = 27) litt an einer Schizophrenie, 25% (n = 15) waren an affektiven Störungen erkrankt. Sieben (12%) Patienten hatten eine Borderline-Persönlichkeitsstörung. Fünf Patienten (9%) litten an einer Suchterkrankung und ebenfalls fünf Patienten (9%) hatten Erkrankungen aus dem Bereich der Neurosen oder eine Persönlichkeitsstörung, die nicht unter die Borderline-Störung fiel. Suizidalität bei Aufnahme war bei zwei Patienten (3%) vorhanden und ein Patient (2%) war während der Behandlung zeitweilig suizidal.

Tabelle 2: Diagnosen

Diagnose	Häufigkeit	Prozent
Schizophrenie	27	46%
Affektive Störungen	15	25%
Borderline-Störung	7	12%
Suchterkrankung	5	9%
Neurosen/andere Persönlichkeitsstörungen	5	9%

Hinweise auf einen Zusammenhang ergaben sich zwischen Geschlecht und Diagnose ($p=0.015$). Bei männlichen Patienten überwog die Schizophrenie (59%, n = 20), gefolgt von affektiven Störungen (24%, n = 8) und 12% (n = 4) litten an Abhängigkeitserkrankungen. Bei den Frauen fand sich die Diagnose Schizophrenie deutlich seltener als bei den Männern; Schizophrenie und affektive Störungen traten mit knapp 28% (n = 7) gleich häufig auf. Die Diagnose Borderline-Störung wurde bei 24% (n = 6) gestellt, sie trat bei den Männern nur ein einziges Mal auf 3% (n=1). Auch andere Persönlichkeitsstörungen und Neurosen waren bei Frauen häufiger als bei Männern. In diesem Zusammenhang zeigte sich auch, dass bei Männern eher eine psychiatrische Komorbidität verzeichnet wird ($p=0.024$).

Die Dauer der Erkrankung zum Zeitpunkt der Untersuchung zeigt sich ebenfalls in Abhängigkeit von der Diagnose ($p=0.006$). Die schizophrenen Patienten hatten kürzere Erkrankungszeiträume hinter sich, während die Patienten mit Suchterkrankungen längere Krankheitsgeschichten aufwiesen.

Bei den psychiatrischen Diagnosen war die häufigste Kombination zweier Diagnosen Schizophrenie plus Suchterkrankung bei 20% (n = 12), affektive Störungen wurden bei knapp

15% (n = 9) als zweite Diagnose angegeben. Das Vorhandensein einer psychiatrischen Komorbidität scheint insofern Einfluss zu haben auf die berufliche Situation, dass Patienten ohne eine zweite psychiatrische Diagnose eher in Beschäftigung oder Ausbildung sind ($p=0.038$). Eine zusätzliche körperliche Erkrankung hatte ca. ein Drittel der Patienten (34%, n = 20). Hier fand sich der - erwartete - Zusammenhang mit dem Alter. Ältere Patienten waren häufiger zusätzlich körperlich krank ($p=0.047$).

4.3 Versorgungsablauf

Aus welchen Versorgungsstrukturen kamen die Patienten in die Tagesklinik, wie oft waren sie schon in der Tagesklinik behandelt worden, wie lange dauerte der Aufenthalt und wo wurden die Patienten weiterbehandelt?

Im Rahmen des Interviews wurden die Patienten gefragt, welche Behandlung vor dem Aufenthalt in der Tagesklinik stattgefunden hatte (Frage Nr. 6). Drei Viertel waren in letzter Zeit auf einer psychiatrischen Station des Klinikums Neukölln behandelt worden. Von diesen gab etwa die Hälfte an, zusätzlich einen behandelnden Nervenarzt zu haben. Es fanden sich Hinweise darauf, dass weibliche Patienten vermehrt aus ambulanter Behandlung kamen, während bei den Männern die stationäre Behandlung überwog ($p=0.038$).

37 (63%) Patienten waren von Stationen des Klinikums Neuköllns in die Tagesklinik überwiesen worden, 12 (20%) von niedergelassenen Nervenärzten bzw. Psychotherapeuten. 5 Patienten (9%) wurden von niedergelassenen Ärzten anderer Fachrichtungen eingewiesen, 4 (7%) kamen aus der eigenen Institutsambulanz und ein Patient (2%) wurde aus einer anderen psychiatrischen Klinik eingewiesen. Hier zeigten sich Unterschiede in Abhängigkeit von der Diagnose ($p=0.003$). Patienten mit der Diagnose Schizophrenie kamen zu 78% (n = 21) direkt von der psychiatrischen Station, nur 15% (n = 4) wurden von einem niedergelassenen Nervenarzt eingewiesen. Dagegen wurden 33% (n = 5) der Patienten mit einer affektiven Störung von niedergelassenen Ärzten eingewiesen und 53% (n = 8) kamen von einer psychiatrischen Station. Dementsprechend waren die Antworten auf die Frage, wie es dazu gekommen sei, dass die Patienten sich für die Behandlung in der Tagesklinik entschieden haben, bzw. wie sie davon erfahren haben (Frage 7). Hier waren Mehrfachantworten möglich. 64% (n=38) der Patienten folgte einer Empfehlung von Ärztinnen der psychiatrischen Klinik des Vivantes Klinikums Neukölln. Acht Patienten (14%) kamen auf Empfehlung von niedergelassenen Nervenärzten und ebenfalls acht Patienten kannten die Tagesklinik schon von Voraufenthalten. Fünf Patienten (8%) waren durch Ärzte oder Sozialarbeiter anderer Kliniken auf die Tagesklinik aufmerksam gemacht worden, und wiederum fünf Patienten hatten die Information von Freunden oder Mitpatienten erhalten. Ohne fremde Information hatten sich vier Patienten (7%) für die Tagesklinik entschieden. Nicht zugeordnet werden konnten die Ant-

worten von vier Patienten, z.B. „Auflage des medizinischen Dienstes“ oder „letztes Jahr habe ich einen Tagesklinikaufenthalt abgelehnt“.

Im Mittel hatten die Patienten etwa einen (0,98) stationären Voraufenthalt, was einleuchtet, da die meisten Patienten aus der vollstationären Behandlung in die Tagesklinik kamen. Für 37% (n = 22) der Patienten war der Tagesklinikaufenthalt die erste, für 36% (n = 21) die zweite (teil-)stationäre Behandlung. 27% (n = 16) der Patienten hatten schon zwei oder mehr Aufenthalte in der Klinik hinter sich. (Siehe Tabelle 3) Schizophrene (MW = 1,3) und Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (MW = 1,4) hatten durchschnittlich mehr Voraufenthalte als Patienten mit einer affektiven Störung (MW = 0,5) (p=0.006).

Tabelle 3: Voraufenthalte

Voraufenthalte	Häufigkeiten	Prozent
0	22	37,3%
1	21	35,6%
≥ 2	16	27,1%
Gesamt	59	100%

Die mittlere Aufenthaltsdauer der Patienten in den Tageskliniken betrug 76 Kalendertage. Der kürzeste erfasste Aufenthalt dauerte definitionsgemäß 7 Tage, der längste 214 Tage. Die Verteilung stellte sich relativ gleichmäßig dar, wies aber eine Häufung im Bereich einer Aufenthaltsdauer von 60 Tagen auf. (Siehe Tabelle 4) Auch hier fanden sich Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen. Schizophrene Patienten waren mit 84 Tagen im Mittel am längsten in der Tagesklinik, Patienten mit einer Suchterkrankung mit 54 Tagen am kürzesten.

Tabelle 4: Aufenthaltsdauer

Aufenthaltsdauer	Häufigkeiten	Prozent
Bis 50 Tage	14	23,7%
51 – 70 Tage	15	25,4%
71 – 95 Tage	15	25,4%
Über 95 Tage	15	25,4%
Gesamt	59	100%

Ebenfalls untersucht wurde die Frage, welche Weiterbehandlung nach dem Tagesklinikaufenthalt geplant war, dabei wurden sowohl die Pläne des Patienten als auch die von ärztlicher Seite geplante Weiterbehandlung berücksichtigt. Hierbei standen zwei Informationen zur Verfügung. Die Patienten wurden im Rahmen des Interviews zu den Plänen zur Weiterbehandlung befragt (Frage Nr. 81 und 82) und die behandelnden Ärzte machten in der BADO Angaben zur geplanten Weiterbehandlung. Bei der Auswertung der Quellen fanden sich ähnliche Schwerpunkte. Laut BADO sollten 41% (n = 24) der Patienten anschließend in der Insti-

tutsambulanz der Klinik weiterbehandelt, und 42% (n = 25) an ambulante Nervenärzte und Psychotherapeuten vermittelt werden. Nach den Plänen der Patienten hatten sogar 51% (n = 30) vor, in die Institutsambulanz zu gehen. 43% (n = 26) wollten einen niedergelassenen Nervenarzt oder Psychotherapeuten aufsuchen. Der Basisdokumentation war außerdem zu entnehmen, dass 14% (n = 8) der Patienten während ihres Tagesklinikaufenthaltes in den vollstationären Bereich zurück überwiesen werden mussten.

4.4 Gründe für den Entschluss zur Tagesklinik

Was waren die Gründe der Patienten für die tagesklinische Behandlung, was waren ihre Erwartungen und Ziele?

Im Rahmen der Fragen nach den Zugangswegen zur Tagesklinik wurde gefragt, was ihre Gründe waren, sich für die Behandlung in der Tagesklinik zu entscheiden (Frage Nr.8). Bei der Auswertung der Antworten ließen sich zwölf Kategorien bilden, welche die verschiedenen Motive der Patienten, die Tagesklinik zu besuchen, abbilden. Es konnten hier mehrere Angaben gemacht, die gegebenenfalls auch unterschiedlich zugeordnet wurden.

Am häufigsten (37%; n = 22), wurden Gründe angegeben, die sich unter der Kategorie „Hilfe bekommen, Verbesserung des psychischen Zustandes“ zusammenfassen lassen. So wurde z.B. „weil ich wieder Hilfe brauchte“, „wollte gesund werden“ oder „Verschlechterung der Symptome“ als Motiv für die Behandlung angegeben. Ein ebenfalls häufig genannter Grund war die Vermeidung der stationären Behandlung. 20% (n = 12) der Patienten machten Aussagen wie z.B. „Nähe zur Wohnung, kein Abkapseln von der Außenwelt, Teilnahme am alltäglichen Leben“, „ich habe ein kleines Kind, wollte nicht ins Krankenhaus“ oder „allein hab ich es nicht geschafft, aber auf der Station halte ich es nicht aus“. 15% (n = 9) nannten die Möglichkeit „etwas positives zu tun“ und die Tatsache, dass die Tagesklinik „wie Arbeit, von 8 bis 16 Uhr“ sei, als Grund in die Tagesklinik zu gehen. Auch die Tagesstruktur, die die Behandlung bietet, wurde von 10% (n = 6) als Grund angegeben. 13% (n = 8) nannten den sozialen Kontakt, „weniger allein sein“ und „Erfahrungsaustausch“ als Motiv für die Behandlung. 12% (n = 7) folgten einem Vorschlag von Ärzten. Von fünf Patienten (8%) wurde die Tagesklinik als Übergang nach einem stationären Aufenthalt erlebt. So äußerten die Patienten: „Ich fühlte mich besser nach dem Krankenhaus, aber noch nicht sicher, habe Angst vor der Entlassung gehabt, Angst vor dem Loch“. „Man braucht eine Erholungsphase nach fünf Monaten Krankenhaus, man ist aus allem raus, muss sich wieder in den Alltag einfinden“. Weiterhin wurde die Möglichkeit, den Antrieb (8%, n = 5) und die Alltagskompetenz (8%, n = 5) zu steigern, der Wunsch nach Veränderung (5%, n = 3), Erholung, mehr Zeit für sich haben (7%, n = 4) und positive Erfahrung, sowohl eigene, als auch von Mitpatienten (5%, n = 3) als Gründe für die Entscheidung zur tagesklinischen Behandlung angegeben. 12 % (n = 7)

der Patienten nannten andere Gründe und zwei Patienten (3%) gaben „weiß nicht“ an. (Siehe Tabelle 5)

Tabelle 5: Gründe für die Behandlung in der Tagesklinik (Mehrfachnennungen möglich)

Grund	Häufigkeit	Prozent
Hilfe bekommen, Verbesserung des psychischen Zustandes	22	37%
Ablehnung des stationären Behandlung	12	20%
Beschäftigung, arbeitsähnliche Funktion der Tk	9	15%
Soziale Kontakte	8	13%
Tagesstruktur	6	10%
Übergang nach stationärem Aufenthalt	5	8%
Steigerung des Antriebs	5	8%
Steigerung der Alltagskompetenz	5	8%
Wunsch nach Veränderung, mehr Zeit für sich selbst	7	12%
Positive Erfahrungen	3	5%
Sonstiges	7	12%
Weiß nicht	2	3%

4.4.1 Erwartungen der Patienten an die Behandlung in der Tagesklinik

Für die Zufriedenheit mit der Behandlung spielen die Erwartungen an die Behandlung in der Tagesklinik eine zentrale Rolle. Daher wurde im Interview gefragt, welche Erwartungen die Patienten zu Beginn der Behandlung an die Tagesklinik hatten (Frage Nr. 9) und ob diese sich erfüllt hätten (Frage Nr. 10). Hier waren ebenfalls mehrere Antworten möglich.

Die Erwartungen deckten sich weitestgehend mit den Gründen für die Entscheidung zur Behandlung (siehe Tabelle 6): „Verbesserung des psychischen Zustandes“ war die Kategorie, unter der sich die meisten Antworten einordnen ließen. 44% (n = 26) der Patienten gaben Antworten wie, „dass es mir besser geht“, oder „dass ich stabiler werde“. Die Verbesserung sozialer Kontakte wurde von 12% (n = 7) der Patienten als Erwartung angegeben. Konkret äußerten die Patienten, „sicherer im Gespräch werden, „mehr Kontakt haben“. Einige Patienten (13%, n = 8) gaben bestimmte Therapieangebote an, z.B. „mit Ton arbeiten“. Ebenfalls mit der Beschäftigung hatten die Erwartungen von sechs Patienten (10%) zu tun, z.B. „Beschäftigung, kreativ sein“. Ähnlich wie bei den Gründen für die tagesklinische Behandlung ließen sich die Kategorie „Tagesstruktur“ (5%, n = 3) und die Kategorie „Alltagskompetenz, Hilfe bei Alltagsdingen“ (8%, n = 5) mit Aussagen wie, „Sachen erledigen können, Unterstützung bei belastenden Dingen“ oder „verschiedene Dinge, wie Einkaufen oder Kochen, wieder machen können“, bilden. Vier Patienten (7%) erwarteten eine neue Chance, ihr Leben zu ordnen und Entscheidungen zu treffen und antworteten z.B. „neues Leben beginnen, neue Entscheidungen treffen“ oder „klar werden, wie es mit mir weiter gehen soll“. Ebenfalls vier

Patienten (7%) hatten keine besonderen Erwartungen, „ich hab es mir so vorgestellt, wie es dann auch war, keine Überraschungen“. 6 Patienten (10%) gaben Erwartungen an, die sich nicht zu einer Kategorie zuordnen ließen. 18% (n = 11) der Patienten gaben „weiß nicht“ an. (Siehe Tabelle 6)

Weiterhin wurden die Patienten gefragt, ob sich die Erwartungen erfüllt hätten. Die Frage sollte auf einer fünf-stufigen Skala von „ja, total“ bis „überhaupt nicht“ beantwortet werden. 12% (n = 7) der Patienten antworteten mit „ja, total“. Die Mehrheit der Patienten (56%, n = 33) gab an, ihre Erwartungen hätten sich „zum großen Teil“ erfüllt. Dagegen antworteten neun Patienten (15%) mit „teils/teils“ und ein Patient (2%) hatte das Gefühl, die Erwartungen seien „eher nicht“ erfüllt worden. 15% (n= 9) der Patienten antworteten mit „weiß nicht“.

Tabelle 6: Erwartungen der Patienten an die Tagesklinik

Erwartung	Häufigkeit	Prozent
Verbesserung des psychischen Zustandes	26	44%
Verbesserung sozialer Kontakte	7	12%
Bestimmte Therapieangebote wahrnehmen	8	13%
Beschäftigung	6	10%
Steigerung der Alltagskompetenz	5	8%
Leben ordnen, Entscheidungen treffen	4	7%
Keine besonderen Erwartungen	4	7%
Tagesstruktur	3	5%
Sonstiges	6	10%
Weiß nicht	11	18%

4.4.2 Ziele der Behandlung in der Tagesklinik

Da die Formulierung von konkreten Therapiezielen zum Erstellen des Behandlungsplans in den Tageskliniken gehört, wurde im Interview auch danach gefragt. Erstens wurde gefragt, ob die Patienten im Gespräch mit ihrem Behandler Ziele für die Behandlung formuliert hätten (Frage Nr. 11), zweitens was diese Ziele gewesen seien (Frage Nr. 12) und drittens, ob die Patienten diese Ziele erreicht hätten (Frage Nr. 13).

39 Patienten (66%) gaben an, sie hätten zu Beginn der Behandlung mit ihrem Behandler Therapieziele für die Zeit in der Tagesklinik formuliert. Verneint wurde die Frage von 17 Patienten (29%). Drei Patienten wussten es nicht mehr (5%).

Die Frage nach den konkreten Zielen der Patienten wurde offen gestellt. Mehrere Antworten waren möglich. Auch hier wurde wieder versucht, zusammenfassende Kategorien zu bilden. Wie schon bei 3.4 und 3.4.1 ließ sich die Kategorie „Verbesserung des psychischen Zustandes“ bilden, die auch hier die Kategorie mit den meisten Antworten ist. 37% (n = 22) der Pa-

tienten formulierten Ziele wie, „Stabilisierung, ausgeglichener werden, dass es mir psychisch besser geht“, „Angstüberwindung, weniger Depression“, „mehr Antrieb“ oder „wieder Lust empfinden, wieder Spaß haben“. Für 20% (n = 12) der Patienten stand die Arbeitsfähigkeit im Vordergrund mit Zielen wie z.B., „fähig sein zu arbeiten“ oder „weiterstudieren können“. Die Fähigkeit soziale Kontakte zu pflegen war für 15% (n = 9) ein erklärtes Therapieziel. Sie antworteten auf die Frage z.B. „neue Kontakte knüpfen, wieder „gesellschaftsfähig“ werden“ oder auch „wieder am Leben teilnehmen“. 12% (n = 7) der Patienten gaben Therapieziele an, die sich mit ihrer Suchtproblematik beschäftigten, wie z. B. „trocken bleiben“ oder „Entwöhnung“. „Gesund werden“, oder auch „nicht wieder krank werden“ war das Ziel von 10% (n = 6) der Patienten. 8% (n = 5) der Patienten wollten mehr Selbstbewusstsein in der tagesklinischen Behandlung erreichen und antworteten z.B. „in der Lage sein, mich selbst zu mögen, eigene Selbstständigkeit stärken“. Weiterhin wurden Ziele genannt wie, „bessere Methoden für den Alltag, besser Situationen bewältigen können“ „Struktur für den Alltag“, was unter dem Begriff „Steigerung der Alltagskompetenz“ zusammengefasst wurde (12%, n = 7). Vier Patienten (7%) hatten das konkrete Ziel, sich keine Verletzungen mehr beizubringen und keinen Suizidversuch zu vollziehen („kein Suizidversuch, keine Selbstverletzung“). Drei Patienten gaben an, die Nutzung von weiteren Therapieangeboten, z.B. „Psychotherapie anfangen“ sei für sie Ziel der tagesklinischen Behandlung gewesen. Nicht zugeordnet werden konnten Antworten von 18% (n = 11) der Patienten und 15% (n = 9) antworteten mit „weiß nicht“. (Siehe Tabelle 7)

Tabelle 7: Behandlungsziele der Patienten

Therapieziel	Häufigkeit	Prozent
Verbesserung des psychischen Zustandes	22	37%
Arbeitsfähigkeit	12	20%
Fähigkeit, soziale Kontakte zu pflegen	9	15%
Suchtproblematik beherrschen	7	12%
Gesund werden und bleiben	6	10%
Mehr Selbstbewusstsein	5	8%
Steigerung der Alltagskompetenz	7	12%
Keine Selbstverletzungen, kein Suizidversuch	4	7%
Nutzung weiterer Therapieangebote	3	5%
Sonstiges	11	18%
Weiß nicht	9	15%

Die Patienten wurden zusätzlich gefragt, ob sie ihre persönlichen Ziele erreicht hätten. Die Frage sollte auf der fünf-stufigen Skala von „ja, total“ bis „überhaupt nicht“ beantwortet wer-

den. 12% (n = 7) der Patienten antworteten mit „ja, total“ und 22% (n = 13) gaben an, die Ziele „zum großen Teil“ erreicht zu haben. 39% (n = 23) antworteten mit „teils/teils“, waren also eher unentschieden, ob die Ziele erreicht waren oder nicht. „Eher nicht“ erreicht waren die Ziele von 9% (n = 5) und ein Patient (2%) hatte das Gefühl, seine Ziele „überhaupt nicht“ erreicht zu haben.

4.5 Therapeutische Versorgung der Patienten

Welche therapeutischen Angebote wurden von den Patienten in Anspruch genommen?

Die Informationen zur therapeutischen Versorgung beruhen auf den Angaben der Patienten während des Interviews (Frage Nr. 46 und 55). Die therapeutischen Angebote der Tageskliniken wurden in Kapitel 1.2 dargestellt. Hier soll auf die tatsächliche Nutzung der Angebote und eventuelle Unterschiede zwischen Diagnosegruppen bzw. den Tageskliniken etc. eingegangen werden. Die Darstellung der Diagnosegruppen wurde auf die erste psychiatrische Diagnose beschränkt. Wurde eine Therapie nur in einer der beiden Tageskliniken angeboten, bezieht sich die Prozentzahl nur auf diese Tagesklinik.

4.5.1 Verordnete Therapien

Mit jedem Patient wurde zu Beginn der Behandlung ein individueller Behandlungsplan erstellt. Er enthält stets obligate und fakultative Elemente. Die folgenden Therapien wurden, je nach Aufnahmeindikation, verordnet.

Einzelgespräche

Jeder Patient erhielt Einzelgespräche mit seiner behandelnden Ärztin oder dem Psychologen (im Folgenden „Behandler“). Die Gespräche fanden in der Regel zweimal pro Woche statt.

Gruppentherapie

Die TK Riesestr. bietet für alle Patienten eine Gesprächsgruppentherapie an, die wöchentlich unter der Leitung zweier Mitarbeiter stattfindet. 93% (n = 27) der Patienten nahmen daran teil. Die Patientengruppe wird so unterteilt, dass alle Patienten, die von einem Behandler betreut werden, in einer Gruppe sind. Diagnosespezifische Aufteilungen finden nicht statt.

Die TK in der Emserstr. bietet ebenfalls eine Gesprächsgruppentherapie an, die allerdings zeitgleich mit der psychoedukativen Gruppe stattfindet, wodurch es zu einer Aufteilung der Patienten nach diagnostischen Kriterien kommt. Patienten mit der Diagnose Schizophrenie nahmen an der Psychoedukation teil, die anderen Patienten an der Gesprächsgruppentherapie. Daher nahmen in der TK Emserstraße Nur 60% (n = 18) aller Patienten an dieser Therapie teil.

Psychoedukative Gruppe

Dieses Angebot findet in beiden Tageskliniken statt und ist speziell für die schizophrenen Patienten. Gelegentlich nahmen auch Patienten mit einer affektiven oder Borderline-Störung daran teil. In der TK Rieseestr. nutzten 38% (n = 11) der Patienten dieses Angebot, was 75% (n = 9) der schizophrenen Patienten entspricht. In der TK Emserstraße nahm etwa die Hälfte der Patienten (53%, n = 16) daran teil. Hier waren fast alle schizophrenen Patienten Teilnehmer (93%, n = 14).

Dialektisch-Behaviourale Therapie (DBT-Gruppe)

Diese Gruppenpsychotherapie findet nur in der TK Rieseestr. statt und ist eine spezielle Therapieform für Borderline-Störungen. Dementsprechend fanden sich hier nur Patienten mit einer Diagnose aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen (F6 nach der ICD 10). Von 5 Patienten mit einer Borderline-Störung nahmen 4 (14%) teil.

Entspannungstraining

Beide Tageskliniken bieten Entspannungstraining an. Es gibt keine diagnosespezifische Indikation. In der TK Rieseestr. besuchte fast die Hälfte aller Patienten (48%, n = 14) diese Therapie. Vor allem Patienten mit affektiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen wird diese Therapie empfohlen. Etwa ein Viertel der Patienten (27%, n = 8) der TK Emserstraße nahm am Entspannungstraining teil, wovon über die Hälfte (63%, n = 5) an einer schizophrenen Psychose litt, während der Rest der Gruppe sich auf die anderen Diagnosen verteilte.

Musiktherapie

Auch dieses Angebot ist fester Bestandteil des Wochenplans beider Tageskliniken. In der TK Rieseestr. nahmen 21% (n = 6), in der TK Emserstraße 33% (n = 10) der Patienten daran teil. Die Diagnosen waren in ersterer gleichmäßig vertreten, während in letzterer die schizophrenen Patienten 70% (n = 7) der Gruppe ausmachten.

Training sozialer Kompetenzen

Dieses Angebot existiert nur in der TK Rieseestr. 52% (n = 15) der Patienten nahmen daran teil. 40% (n = 6) der Gruppe bestanden aus Patienten mit affektiven Störungen, die restlichen 60% verteilten sich zu gleichen Teilen auf die Diagnosen „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ und „Neurosen/sonstige Persönlichkeitsstörungen“.

Konzentrationstraining

Auch diese Therapie wird nur in der TK Riesestr. angeboten. Insgesamt nahmen 24% (n = 7) der Patienten daran teil, in der Regel waren es schizophrene Patienten (n = 6).

Gestaltungstherapie

Dieses Angebot besteht nur in der TK Emserstraße. Ein Fünftel der Patienten (n = 6) nahm teil. Die Hälfte der Gruppe bestand aus Patienten mit affektiven Störungen, aber auch Patienten mit Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen waren beteiligt.

Arbeitstherapeutische Gruppen

Die Teilnahme der Patienten an diesen Gruppen ist ebenfalls obligatorisch. Die Wahl ist für die Patienten insofern eingeschränkt, als sie meistens auf die freierwerdenden Plätze verteilt werden. Je ein Drittel der Patienten nahm an der „Koch-“, bzw. der „Tongruppe“ teil, die in beiden Tageskliniken angeboten werden. Das letzte Drittel verteilte sich auf die „Holzgruppe“ in der TK Riesestr. und die „Pappe/Papiergruppe“ in der TK Emserstraße. Überraschenderweise gab lediglich ein Drittel der Patienten (34%, n = 20) an, es sei nicht möglich gewesen, sich die Arbeitsgruppe auszusuchen, 19% (n = 11) wären lieber in einer anderen Arbeitsgruppe gewesen.

Medikamentöse Behandlung

Zusätzlich zu Psycho- und Soziotherapie, beruht die Behandlung auch auf der medikamentösen Therapie. 95% (n = 56) der Patienten beider Tageskliniken wurden medikamentös behandelt. 73% (n = 43) wurden mit Neuroleptika behandelt, bei einem Drittel der Patienten (32%, n = 19) wurde zusätzlich eine antidepressive Medikation verordnet. 14% (n = 8) wurden allein mit Antidepressiva behandelt. Es gab Hinweise darauf, dass die Kombinationstherapie häufiger bei Patienten zum Einsatz kam, die mehr als einen Voraufenthalt in der Abteilung hinter sich hatten. Die Patienten wurden außerdem gefragt, ob sie die Medikamente auch so einnahmen, wie es der Behandler verordnet habe. 11% (n = 6) der Patienten antworteten hier mit „nein“, die übrigen 89% (n = 50) mit „ja“.

4.5.2 Weitere therapeutische Aktivitäten

Zusätzlich zu den obligaten verordneten Therapien findet sich im Angebot der Tageskliniken eine Reihe von therapeutischen Aktivitäten, die vor allem der Tagesstrukturierung und der generellen Aktivierung dienen. Dazu gehören Spaziergänge, sowie Sport- und Laufgruppen. Die Mehrzahl der Patienten nahm an einer dieser Gruppe teil. Außerdem wird einmal die Woche ein Ausflug veranstaltet, woran 73% (n = 43) der Patienten teilgenommen haben. Eine Besonderheit der TK Riesestr. ist die Fotogruppe, die von 31% (n = 9) der Patienten besucht wurde. Gemeinsam ist den Tageskliniken auch die Backgruppe, an der ebenfalls etwa

ein Drittel der Patienten (37%, n = 22) beteiligt war, sowie das gemeinsame Kaffeetrinken am Freitag, zu dem auch ehemalige Patienten kommen und an dem die Mehrheit der Patienten, etwa 86% (n = 51) regelmäßig teilnahm. (Siehe Tabelle 8)

Tabelle 8: Therapeutische Versorgung (Verordnete Therapien)

Therapie	Tk Riesestraße		Tk Emserstraße		Gesamt	
	Häufigkeit	Prozent von 29	Häufigkeit	Prozent von 30	Häufigkeit	Prozent von 59
Einzelgespräche	29	100%	30	100%	59	100%
Gesprächsgruppentherapie	27	93%	18	60%	45	76%
Arbeitsgruppen	29	100%	30	100%	59	100%
Psychoedukation	11	38%	16	53%	27	46%
Musiktherapie	6	21%	10	33%	16	27%
Entspannungstherapie	14	48%	8	27%	22	37%
DBT-Gruppe	4	14%	0	0	4	7%
Konzentrationstraining	7	24%	0	0	7	12%
Gestaltungsgruppe	0	0	6	20%	6	10%
Training soz. Kompetenzen	15	52%	0	0	15	25%
Medikamentöse Therapie	26	90%	30	100%	56	95%

Wie bewerten die Patienten die verschiedenen Aspekte ihrer Behandlung und wie zufrieden sind sie mit der Tagesklinik?

4.6 Patientenurteil über die Mitarbeiter

Da die Güte psychiatrischer Therapien neben der Therapieform sehr von der Person abhängig ist (Möller-Leimkühler et al., 2002; Sitzia und Wood, 1997), wurden die Patienten im Interview auch um eine Bewertung des Personals der Tageskliniken gebeten (Frage Nr. 17 bis 40). Hierbei wurde noch einmal besonders auf die Anonymität und Vertraulichkeit des Gesprächs hingewiesen.

Im Vorhinein sollte geprüft werden, ob die Patienten sich der Zuordnung der einzelnen Mitarbeiter zu den jeweiligen Berufsgruppen bewusst waren. Dabei wurde deutlich, dass die meisten Patienten nicht in der Lage waren, jedem Teammitglied den jeweiligen Beruf zuzuordnen. Nachdem die Zuordnung der einzelnen Mitarbeiter zur jeweiligen Berufsgruppe geklärt war, erfolgte die Bewertung des Personals nach Berufsgruppen getrennt und zu drei verschiedenen Aspekten. Zum einen wurde um die Einschätzung der fachlichen Kompetenz auf einer 5-stufigen Skala zwischen „sehr gut“ und „sehr schlecht“ gebeten. Es folgte die Frage, ob das Verhalten der Mitarbeiter freundlich genug gewesen sei. Drittens wurde gefragt, ob der Patient das Gefühl gehabt habe, die Mitarbeiter seien für ihn gut erreichbar gewesen. Die beiden

letzten Fragen sollten auf einer Skala von „ja, total“ über „zum großen Teil“, „weder noch“ und „eher nicht“ bis hin zu „überhaupt nicht“ beantwortet werden. Zusätzlich zu den einzelnen Berufsgruppen wurden die Patienten um eine Bewertung ihrer Behandlerin und der Arbeitsgruppenleiterin gebeten, da diese Personen einen besonders intensiven Kontakt mit dem Patienten haben.

Wie in 3.5.1 (Fragebogen für das semistrukturierte Interview) erwähnt, wurden bei der Auswertung dieser Daten einzelne Berufsgruppen zusammengefasst, um eine einzelpersonenbezogene Bewertung zu verhindern. Es ergeben sich folgende Gruppen:

„Behandler“ umfasst Ärzte und Psychologen. „Arbeitsgruppenleiter“, sind die Ergotherapeuten, oder Pflegekräfte, die die arbeitstherapeutischen Gruppen leiten. Auch das Pflegepersonal wurde als Gruppe ausgewertet. Da es nur eine Musiktherapeutin und eine Sozialarbeiterin gab, daher keine Gruppen aus den einzelnen Berufsgruppen gebildet werden konnten, wurde diese zusammengefasst. Zusätzlich umfasst die Gruppe „Musik-, Ergotherapeuten und Sozialarbeiter“ auch die Ergotherapeuten, die nicht als Arbeitsgruppenleiter des Patienten fungierten. Bei der Darstellung der beiden zusammengefassten Gruppen „Behandler“ und „Musik-, Ergotherapeuten und Sozialarbeiter“ können keine absoluten Zahlen angegeben werden, weil die Zahl der Antworten die Zahl der Patienten übersteigt, da hier pro Patient mehrere Antworten gegeben werden sollten. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl der Antworten. Aus den Antworten bezüglich einzelner Merkmale, wie „Fachliche Kompetenz“ und „Freundlichkeit“ wurden Mittelwerte gebildet. Bei der Darstellung der Ergebnisse steht eine 1 für „sehr gut“, bzw. „ja, total“ und eine 5 für „sehr schlecht“, bzw. „überhaupt nicht“.

4.6.1 Bewertung der fachlichen Kompetenz

Die Frage im Interview lautete „Wie beurteilen Sie das fachliche Können ihres Behandlers (des Pflegepersonals,...)“. Die generelle Bewertung der fachlichen Kompetenz fiel positiv aus. Bis auf eine Bewertung bewegten sich alle Antworten zwischen 1=„sehr gut“ und 3=„mittelmäßig“. Die einzelnen Berufsgruppen stellten sich wie folgt dar:

Pflegepersonal

Die Bewertung ergab einen Mittelwert von 1.8 ($\pm 0,7$). 35% (n = 20) bewerteten das fachliche Können des Pflegepersonals mit „sehr gut“. Über die Hälfte der Patienten (53%, n = 30) fanden es „gut“ und 12% (n = 7) fanden es „mittelmäßig“.

Behandler (Ärzte, Psychologen)

Der Mittelwert lag bei 1,9 (\pm 0.6). „Sehr gut“ wurde in 19% der Antworten genannt, „gut“ bei 51% und „mittelmäßig“ bei 17%. Im Vergleich mit den anderen Berufsgruppen wurde diese Gruppe bezüglich der fachlichen Kompetenz etwas schlechter bewertet. Die fehlenden 12% entfielen auf die Antwortkategorie „weiß nicht“.

Arbeitsgruppenleiter

Bezogen auf das fachliche Können wurde diese Personalgruppe am positivsten bewertet, mit einem Mittelwert von 1,5 (\pm 0.5). Über die Hälfte der Patienten (57%, n = 33) fanden das fachliche Können „sehr gut“, 41% (n = 24) fanden es „gut“ und nur ein Patient gab „mittelmäßig“ an.

Musik-, Ergotherapeuten und Sozialarbeiter

Hier urteilten die Patienten im Mittel mit 1,6 (\pm 0.6). 39% der Antworten waren „sehr gut“. „Gut“ wurde in 40% der Antworten genannt, „mittelmäßig“ in 3% und „schlecht“ in 1%. Auch hier wurde in 18% „weiß nicht“ angegeben, was damit zusammenhängen mag, dass zuvor alle Patienten mit Ergotherapeuten oder Sozialarbeiterin zu tun hatten, aber nur ein Teil der Patienten an der Musiktherapie teilgenommen hatte.

Die fachliche Kompetenz der Mitarbeiter wurde insgesamt von den Patienten hoch eingeschätzt. Zwischen den einzelnen Berufsgruppen zeigten sich dennoch Unterschiede, vor allem bei Betrachtung der Mittelwerte: Die fachliche Kompetenz von Arbeitsgruppenleitern (MW 1,5) und Musik-, Ergotherapeuten und Sozialarbeitern (MW 1,6) wurde etwas besser bewertet, als die von Pflegepersonal (MW 1,8) und Behandlern (MW 1,9).

4.6.2 Freundlichkeit des Verhaltens

Die Frage lautete: „Fanden Sie das Verhalten (ihres Behandlers, des Pflegepersonals, ...) Ihnen gegenüber freundlich genug?“ Auch hier war die generelle Bewertung sehr positiv.

Pflegepersonal

Im Mittel wurde das Verhalten mit 1,7 (\pm 0.7) bewertet. Fast die Hälfte der Patienten (47%, n = 27) beantwortete die Frage mit „ja, total“. Ähnlich viele Patienten (42%, n = 24) fanden das Verhalten „zum großen Teil“ freundlich genug. 9% (n = 5) antworteten mit „teils/teils“ und ein Patient fand das Verhalten „eher nicht“ freundlich genug.

Behandler (Ärzte, Psychologen)

Der Mittelwert der Bewertung lag bei 1,5 (\pm 0.6). „Ja, total“ wurde in 43% der Fälle, „zum großen Teil“ in 37% genannt, 8% der Antworten entfielen auf die Kategorie „teils/teils“. Die Möglichkeit „weiß nicht“ machte hier 11% aus.

Arbeitsgruppenleiter

Diese Gruppe wurde auch in der Frage der Freundlichkeit sehr positiv bewertet, der Mittelwert lag bei 1,3 (\pm 0.6). 69% (n = 40) der Patienten antworteten mit „ja, total“ und immerhin noch 28% (n = 16) mit „zum großen Teil“. Nur 3% (n = 2) entschieden sich für „teils/teils“.

Musik-, Ergotherapeuten und Sozialarbeiter

Es ergab sich ein Mittelwert von 1,3 (\pm 0.7). Fast die Hälfte der Antworten (48%) auf die Frage, ob das Verhalten freundlich genug gewesen sei, lautet „ja, total“. 25% entfielen auf „zum großen Teil“. 10% der Antworten liegen in der Mitte, bei „teils/teils“ und nur eine Antwort lautete „eher nicht“. In 16% wurde „weiß nicht“ angegeben.

Insgesamt wurde das Verhalten der Mitarbeiter von den Patienten als sehr freundlich erlebt. Die Mittelwerte zeigten einerseits wieder tendenzielle Unterschiede zwischen den einzelnen Berufsgruppen, andererseits wurde auch deutlich, dass die Bewertung des fachlichen Könnens insgesamt etwas schlechter ausfiel als die Einschätzung der Freundlichkeit des Verhaltens.

4.6.3 Erreichbarkeit

Die entsprechende Frage im Interview lautete: „War er/sie (der Behandler, das Pflegepersonal,...) für Sie gut zu erreichen?“. Generell wurde auch diese Frage positiv beantwortet.

Pflegepersonal

Im Mittel wurde die Erreichbarkeit mit 1,5 (\pm 0.7) bewertet. 63% (n = 36) der Patienten beantworteten die Frage mit „ja, total“. 26% (n = 15) hatten das Gefühl, der Pflegepersonal sei „zum großen Teil“ gut erreichbar gewesen. „Teils/teils“ antworteten 9% (n = 5) und ein Patient fand das Pflegepersonal „eher nicht“ gut erreichbar.

Behandler

Diese Personalgruppe wurde, mit einem Mittelwert von 1,7 (\pm 0.7), als weniger gut erreichbar erlebt als die anderen Berufsgruppen, was der klinischen Realität entspricht. Bei der Frage nach der Erreichbarkeit der Behandler entfielen 38% der Antworten auf „ja, total“ und 32% auf „zum großen Teil“. „Teils/teils“ wurde in 10% der Antworten angegeben. Ein Patient gab an, der Behandler sei „eher nicht“ erreichbar gewesen.

Arbeitsgruppenleiter

Die Arbeitsgruppenleiter wurden, wie schon bei den ersten beiden Teilaspekten der Bewertung, positiver bewertet. Der Mittelwert lag bei 1,3 (± 0.6). 74% (n = 43) antworteten „ja, total“. 17% (n = 10) erlebten diese Berufsgruppe als „zum großen Teil“ gut erreichbar und nur 7% (n = 4) beantworteten die Frage mit „teils/teils“.

Musik-, Ergotherapeuten und Sozialarbeiter

Im Mittel lag die Bewertung bei 1,4 (± 0.7). „Ja, total“ machte hier 41% der Antworten aus. 33% der Antworten entfielen auf „zum großen Teil“ und 5% auf „teils/teils“. Zwei Patienten gaben hier „eher nicht“ zur Antwort.

Bei Betrachtung der Mittelwerte zeigte sich, dass die Behandler als Berufsgruppe bei der Frage der Erreichbarkeit mit 1,7 negativer bewertet wurde als die anderen Personalgruppen. Diese wurden mit 1,5 für das Pflegepersonal, 1,3 für die Arbeitsgruppenleiter und 1,4 für die Musik-, Ergotherapeuten und Sozialarbeiter eher besser bewertet als in den anderen Teilaspekten. Der Eindruck, dass Behandler und Pflegepersonal im Schnitt negativer bewertet wurden als Musik-, Ergotherapeuten und Sozialarbeiter sowie die Arbeitsgruppenleiter bestätigte sich auch in diesem Bewertungsaspekt. Die Arbeitsgruppenleiter erhielten durchgängig die positivste Beurteilung. (Siehe Tabelle 8)

Tabelle 9: Bewertung des Personals in Mittelwerten

Berufsgruppe	Fachliche Kompetenz	Freundlichkeit des Verhaltens	Erreichbarkeit
Pflegepersonal	1,8 \pm 0.7	1,7 \pm 0.7	1,5 \pm 0.7
Behandler	1,9 \pm 0.6	1,5 \pm 0.6	1,7 \pm 0.7
Arbeitsgruppenleiter	1,5 \pm 0.5	1,3 \pm 0.6	1,3 \pm 0.6
Musik-, Ergotherapeuten und Sozialarbeiter	1,6 \pm 0.6	1,3 \pm 0.7	1,4 \pm 0.7

4.6.4 Gab es eine wichtige Person im Team?

Im Rahmen der Einschätzung des Personals wurden die Patienten gefragt, ob eine Person, bzw. mehrere Personen im Team für sie besonders wichtig gewesen seien (Frage Nr. 41 und 42). Wenn die Frage bejaht wurde, wurde zusätzlich gefragt, wer die Person, bzw. die Personen gewesen seien. 46% (n = 27) gaben an, es hätte eine wichtige Person gegeben, und 31% (n = 18) erklärten, es seien mehrere Personen im Team besonders wichtig gewesen. Die Frage war nicht als „Beliebtheitsskala“ gedacht, sondern es sollte geprüft werden, ob der Patient überhaupt eine Person benennen konnte, zu der er eine besondere Beziehung hergestellt hatte. Dies war bei 77% aller Patienten der Fall. Im Folgenden werden die Berufsgruppen wiedergegeben. Es waren Mehrfachnennungen möglich. Ein methodisches Problem

könnte die Tatsache darstellen, dass in einem Fall ein Mitglied des Pflegepersonals gleichzeitig als Arbeitsgruppenleiter tätig war. In diesem Fall wurde die Person als Arbeitsgruppenleiter behandelt. Etwa die Hälfte der Patienten (51%, n = 23) gab an, der Arbeitsgruppenleiter hätte eine besondere Bedeutung gehabt, 20% (n = 14) der Patienten erlebten ihn als wichtigste Person. Für 44% (n = 20) der Patienten war der Behandler eine wichtige Person, bei 12% (n = 7) die wichtigste. 38% (n = 17) der Patienten gaben an, ein Mitglied des Pflegepersonals sei für sie besonders wichtig gewesen. Für 12% (n = 7) war die eine wichtige Person ein Mitglied des Pflegepersonals. Die Sozialarbeiterin war für 11% (n = 5) von besonderer Bedeutung. Weiterhin wurden viele verschiedene Kombinationen genannt. Die häufigste Kombination war der Arbeitsgruppenleiter mit dem Behandler.

4.7 Patientenurteil über die Therapieangebote

Bei der Bewertung der Therapieangebote wurden die Patienten gebeten, jedes Therapieangebot an dem sie teilgenommen hatten auf einer Skala von „sehr hilfreich“, über „hilfreich“, „weder noch“ und „belastend“ bis „sehr belastend“ einzuordnen (Frage Nr. 43 bis 45, Nr. 47 bis 54 und Nr. 56 bis 62). Bei Einwänden von Seiten der Patienten, dass eine Therapie sowohl belastend, als auch hilfreich sein könne, wurde erläutert, dass mit „belastend“ eher kontraproduktiv, im Sinne von „nicht hilfreich“ oder sogar „schädigend“ gemeint sei. Außerdem wurde um eine resümierende Einschätzung, um einen rückblickenden Gesamteindruck gebeten. Bei den meisten Patienten gab es keine Verständnisprobleme, auftauchende Fragen konnten im Gespräch geklärt werden.

Morgendliche Vollversammlung

Die morgendliche Versammlung aller Patienten und der Mitglieder des Teams, die sogenannte „Morgenrunde“, wurde von den Patienten mit einem Mittelwert von 2,9 (\pm 1.0) am negativsten bewertet. Nur vier Patienten (7%) gaben „sehr hilfreich“ an, 24% (n = 14) der Patienten fanden diese morgendliche Versammlung „hilfreich“. „Weder noch“ gaben 34% (n = 20) der Patienten als Antwort an. 22% (n = 13) erlebten die „Morgenrunde“ als „belastend“, 5% (n = 3) sogar als „sehr belastend“, und 5 Patienten (9%) antworteten „weiß nicht“.

Visite

Das wöchentliche Visitengespräch zwischen dem Arzt, dem Patienten und einer Pflegekraft wurde im Mittel mit 2,4 (\pm 0.9) und von 9% (n = 5) als „sehr hilfreich“, von 44% (n = 26) der Patienten als „hilfreich“ bewertet. 22% (n = 13) antworteten auf die Frage mit „weder noch“. Als „belastend“ erlebten 7% (n = 4) die Visite, zwei Patienten sogar als „sehr belastend“. „Weiß nicht“ gaben hier 15% (n = 9) an, was auch damit zusammen hängen mag, dass einige Patienten nur selten an der Visite teilgenommen haben.

Einzelgespräche

Der Mittelwert lag bei 2,0 (\pm 0.7). 25% (n = 15) fanden die Einzeltherapie „sehr hilfreich“. Über die Hälfte der Patienten (54%, n = 32) bewertete sie als „hilfreich“. Unentschieden waren 14% (n = 8), zwei Patienten (3%) fanden die Einzelgespräche „belastend“, und ebenfalls zwei Patienten gaben „weiß nicht“ an.

Die arbeitstherapeutischen Gruppe

Die praktische Tätigkeit in den Arbeitsgruppen wurde im Mittel mit 1,8 (\pm 0.6) bewertet und von 29% (n = 17) der Patienten als „sehr hilfreich“ erlebt. Die Mehrzahl der Patienten (63%, n = 37) fanden sie „hilfreich“. Vier Patienten (7%) antworteten „weder noch“ und nur ein Patient (2%) gab „weiß nicht“ an.

Gruppentherapie

An der Gruppenpsychotherapie, der Mittelwert der Beurteilung lag bei 2,4 (\pm 0.9), haben 45 Patienten teilgenommen. Davon erlebten sie 18% (n=8) der Patienten als „sehr hilfreich“, 47% (n= 21) der Patienten als „hilfreich“. 9 Patienten (20%) antworteten mit „weder noch“. 4 Patienten (9%) erlebten die Gesprächsgruppe als „belastend“ und 3 Patienten (7%) als „sehr belastend“.

Psychoedukation

Es nahmen 28 Patienten teil. Sie urteilten im Mittel mit 2,8 (\pm 1.9). Von ihnen beurteilten zwei Patienten (7%) sie „sehr hilfreich“, 46% (n = 13) fanden die psychoedukative Gruppe „hilfreich“. „Weder noch“ gaben 14% (n = 4) an, „belastend“ wurde von 29% (n = 8) geantwortet und ein Patient (4%) fand die Psychoedukation „sehr belastend“.

Dialektisch-behaviorale Therapie

Die Therapie wurde im Mittel mit 1,3 (\pm 0.5) beurteilt, allerdings nahmen lediglich vier der im Untersuchungszeitraum entlassenen Patienten teil. Davon bewerteten es drei Patienten (75%) als „sehr hilfreich“ und ein Patient (25%) als „hilfreich“.

Training sozialer Kompetenzen

15 Patienten haben am Training sozialer Kompetenzen teilgenommen. Der Mittelwert lag bei 1,8 (\pm 0.9). Sieben Patienten (47%) erlebten es als „sehr hilfreich“, „hilfreich“ fanden es fünf Patienten (33%). Zwei Patienten (13%) gaben „weder noch“ an und ein Patient (7%) erlebt es als „belastend“.

Musiktherapie

An der Musiktherapie nahmen 16 Patienten teil. Sie wurde im Mittel mit 1,6 (\pm 0.6) bewertet. Sieben Patienten (44%) erlebten sie als „sehr hilfreich“. Die Hälfte (50%, n = 8) bewertete diese Therapie als „hilfreich“. Nur ein Patient (6%) gab „weder noch“ an.

Gestaltungstherapie

Von den sechs Patienten die an dieser Therapie teilnahmen, der Mittelwert lag bei 1,7 (\pm 0.8), fanden zwei Patienten (33%) sie „sehr hilfreich“, drei Patienten (50%) erlebten sie als „hilfreich“ und ein Patient (17%) gab „weder noch“ an.

Entspannungstraining

Dieses Therapieangebot wurde von 22 Patienten wahrgenommen und im Mittel mit 2,1 (\pm 0.8) bewertet. „Sehr hilfreich“ wurde es von 18% (n = 4) der Patienten erlebt. Über die Hälfte fanden es (55%, n= 12) „hilfreich“. Fünf Patienten (23%) antworteten „weder noch“ und „belastend“ antwortete ein Patient (5%).

Konzentrationstraining

Diese Therapie erhielt eine mittlere Bewertung von 2,0 (\pm 1.2). Insgesamt nahmen sieben Patienten am Konzentrationstraining teil. Drei Patienten (43%) urteilten „sehr hilfreich“, zwei (29%) Patienten fanden es „hilfreich“. Ein Patient (14%) antwortete „weder noch“ und ein Patient (14%) erlebte es als „belastend“

Mit Hilfe der Mittelwerte lassen sich die Einschätzungen der Patienten zu den verschiedenen Therapien vergleichen.

Wie oben erwähnt, erhielt die Morgenrunde mit einem Mittelwert von 2,9 die schlechteste Bewertung. Auch die Psychoedukation wurde mit einem Mittelwert von 2,8 deutlich negativer als die anderen Angebote bewertet. Die Visite und die Gruppengesprächstherapie lagen mit einem Mittelwert von 2,4 zwischen einer Einschätzung als hilfreich und einer neutralen Bewertung mit „weder noch“. Eindeutiger fiel die Bewertung des Entspannungstraining (2,1) und des Konzentrationstraining (2,0) aus. Diese Angebote wurden von den Patienten vor allem als hilfreich erlebt. Auch als hilfreich, sogar noch etwas positiver, wurde das Training der sozialen Kompetenzen bewertet. Der Mittelwert lag hier bei 1,8. Auch die praktische Tätigkeit in den arbeitstherapeutischen Gruppen wurde mit 1,8 bewertet. Die Gestaltungstherapie wurde mit einem Mittelwert von 1,7 noch etwas hilfreicher eingeschätzt. Die Musiktherapie wurde mit 1,6 im Mittel ebenfalls sehr positiv, zwischen hilfreich und sehr hilfreich, bewertet. Die dialektisch-behaviorale Therapie erhielt die beste Bewertung mit einem Mittelwert von 1,3. (Siehe Tabelle 10)

Tabelle 10: Bewertung der therapeutischen Angebote (1= sehr hilfreich, 5= sehr belastend)

Therapie	N	Mittelwert der Bewertung
Dialektisch-behaviorale Therapie	4	1,3 ± 0.5
Musiktherapie	16	1,6 ± 0.6
Gestaltungstherapie	6	1,7 ± 0.8
Tätigkeit in den Arbeitsgruppen	59	1,8 ± 0.6
Training sozialer Kompetenzen	15	1,8 ± 0.9
Einzelgespräche	59	2,0 ± 0,7
Konzentrationsstraining	7	2,0 ± 1.2
Entspannungstraining	22	2,1 ± 0.8
Medikamentöse Therapie	56	2,3 ± 1.2
Gruppengesprächstherapie	45	2,4 ± 1.1
Visite	59	2,4 ± 0.9
Psychoedukation	28	2,8 ± 0.9
Morgenrunde	59	2,9 ± 1.0

Die medikamentöse Therapie wurde von den Patienten ebenfalls bewertet. Dabei ging es einerseits um die Frage, als wie hilfreich die Medikamente erlebt wurden (Frage Nr. 66) und andererseits, ob der Patient das Gefühl hatte, ausreichend über die Medikamente informiert zu sein (Frage Nr. 67). Die erste Frage sollte auf einer Skala von „sehr hilfreich“ über „hilfreich“, „weder noch“, „schädigend“ bis „sehr schädigend“ beantwortet werden. Als mittlere Bewertung der Medikamente ergab sich ein Wert von 2,3 (± 1.2). 20% (n = 11) der Patienten, die medikamentös behandelt wurden, schätzten die Medikamente als „sehr hilfreich“ ein, etwa die Hälfte der Patienten (50%, n = 28) urteilte „hilfreich“. Sechs Patienten (11%) antworteten „weder noch“. Dagegen waren 13% (n = 7) der Meinung sie seien „schädigend“, drei (5%) Patienten bewerteten sie als „sehr schädigend“. Ein Patient (2%) antwortete „weiß nicht“ und drei Patienten (5%) erhielten keine Medikamente. Die zweite Frage bezog sich darauf, ob die Patienten sich über die Medikamente ausreichend informiert fühlten. Sie sollte anhand der Skala von „überhaupt nicht“ bis „ja, total“ beantwortet werden. 46% (n = 26) der Patienten gaben an, sie fühlten sich „zum großen Teil“ ausreichend informiert und 16% (n = 9) antworteten mit „ja, total“. „Teils/teils“ gaben 13% (n = 7) der Patienten an. 23% (n = 13) der Patienten fühlten sich „eher nicht“, und ein Patient (2%) fühlte sich „überhaupt nicht“ ausreichend informiert. Hier lag der Mittelwert bei 2,5.

Zusätzlich wurden die Patienten gefragt, wie sie ihre Mitpatienten erlebt hätte. Auch dabei ging es um die Frage, ob das tägliche Zusammensein „hilfreich“ oder „belastend“ gewesen sei. Der Mittelwert liegt hier bei 2,2 (± 0.8). 64% (n = 38) der Patienten gaben an, sie hätten die Mitpatienten als „hilfreich“ erlebt, 12% (n = 7) als „sehr hilfreich“. „Weder noch“ antwor-

ten 19% (n = 11) der Patienten. Als „belastend“ schätzten zwei Patienten (3%) ihre Mitpatienten ein. Ein Patient (2%) antwortete mit „sehr belastend“.

4.8 Patientenurteil über Organisation, Ablauf und Ausstattung

4.8.1 Bewertung von Erreichbarkeit und Ausstattung der Tagesklinik

Anfahrtsweg

Eine der Voraussetzungen für tagesklinische Behandlung, die in der Literatur wiederholt genannt wird, ist ihre Erreichbarkeit innerhalb von 30-40 Minuten (Veltin, 1986). Deshalb wurden die Patienten im Rahmen des Interviews auch nach der Länge ihres Anfahrtsweges gefragt (Frage Nr. 74). Der Mittelwert betrug 20 Minuten. 32% (n = 19) der Patienten brauchten zwischen 2 und 10 Minuten, 19% (n = 11) benötigten zwischen 11 und 15 Minuten für den Weg zu Tagesklinik. 37% (n = 22) waren zwischen 16 und 30 Minuten unterwegs und 7 Patienten (12%) hatten einen Anfahrtsweg von über 30 Minuten, wovon der längste 70 Minuten dauerte. Auf die Frage, wie die Patienten die Länge ihres Anfahrtsweges beurteilten (Frage Nr. 73), ob sie ihn zu lang, zu kurz oder genau richtig fänden, antworteten 54 Patienten (92%) „genau richtig“ und 5 Patienten (9%) fanden ihn zu lang.

Ausstattung

Zu den Strukturmerkmalen, welche die Patienten bewerten sollten, gehörte auch die Ausstattung und Einrichtung, also Räumlichkeiten, Mobiliar, etc. Diese Bewertung erfolgte auf einer fünf-stufigen Skala von „sehr angenehm“ über „angenehm“, „weder noch“, „unangenehm“ bis „sehr unangenehm“ (Frage Nr. 75). 22% (n = 13) fanden sie „sehr angenehm“. Der Großteil der Patienten (71%, n = 42) erlebte die Einrichtung als „angenehm“. Jeweils zwei Patienten (3%) gaben „weder noch“ und „unangenehm“ an. Bildet man einen Mittelwert aus den Bewertungen, erhält die Einrichtung eine Bewertung von 1,9 (± 0.6).

Essen

Wie die Einrichtung hat auch die Qualität des Essens für die Strukturqualität Bedeutung, daher wurden die Patienten auch danach gefragt (Frage Nr. 76). Die Antwortmöglichkeiten auf der fünf-stufigen Skala reichten von „sehr gut“ über „gut“, „mittelmäßig“, „schlecht“ bis „sehr schlecht“. Auch hier fiel das Urteil positiv aus. Insgesamt wurde dieses Item mit einem Mittelwert von 2,0 (± 0.7) bewertet. 20% (n = 12) fanden es „sehr gut“ und 58% (n = 34) fanden es „gut“. 22% (n = 13) der Patienten bewerteten das Essen mit „mittelmäßig“. Damit ergibt sich ein Mittelwert von 2,0.

4.8.2 Bewertung des Konzeptes der Tagesklinik und der Organisation des Aufenthaltes

Konzept der Tagesklinik

Einer der grundlegenden Aspekte tagesklinischer Behandlung ist der Wechsel zwischen Zeit, die in der Tagesklinik, und Zeit, die zu Hause verbracht wird. Mit dem „Konzept der Tagesklinik“ wurde erfragt, wie die Patienten dieses Spezifikum, d.h. am Abend und an den Wochenenden zuhause zu sein, erlebten. Die Frage danach (Frage Nr. 79) konnte mit „sehr belastend“, „belastend“, „weder noch“, „hilfreich“ oder „sehr hilfreich“ beantwortet werden. Es zeigte sich, dass 25% (n = 15) der Patienten die Tatsache, dass sie am Abend und den Wochenenden zuhause waren, als „sehr hilfreich“ erlebten und 44% (n = 26) als „hilfreich“. Fünf Patienten (9%) antworteten mit „weder noch“. Dagegen gaben 17% (n = 10) an, es sei „belastend“ gewesen, für zwei Patienten (3%) sogar „sehr belastend“. Diese Eigenart der tagesklinischen Behandlung wird damit im Mittel mit 2,3 (\pm 1.1) bewertet.

Regeln in der Tagesklinik

Der Tagesablauf in der Tagesklinik wird von verschiedenen Regeln strukturiert. Zum Beispiel sollten die Patienten nicht zu spät kommen, nicht während der Therapiezeiten mit dem Handy telefonieren und ähnliches. Da diese Regeln immer wieder Thema in den Gesprächsgruppen sind und auch hin und wieder für Probleme sorgen, sollte anhand einer offenen Frage die Meinung der Patienten über diese Regeln erkundet werden (Frage Nr. 78). Die Antworten wurden zu folgenden Untergruppen zusammengefasst: „Allgemeine Zustimmung“, „Regeln strukturieren“ und „Ablehnung“. Die Mehrzahl der Patienten stimmte den Regeln zu: 62% (n = 37) fanden die Regeln „ok“, bzw. „in Ordnung“ oder antwortete differenzierter, z.B. „fand es gut, Grenzen sind notwendig, keine Schwierigkeiten damit“ oder „Pünktlichkeit ist wichtig“. Zwei Patienten (3%) gaben explizit an, sie hätte die Regeln als „hilfreich“ erlebt. 12% (n = 7) der Patienten erlebten die Regeln strukturierend. Einer dieser Patienten antwortete er hätte die Regeln als „Alltagsfeeling, mehr im Leben stehen“ erlebt. Ablehnend standen 13% (n = 8) der Patienten den Regeln der Tagesklinik gegenüber. Sie gaben u.a. an, „schwierig“, „unangenehm, man muss lange erklären, wenn man zu spät kommt“.

Einfluss der Patienten auf ihre Behandlung

Im Rahmen der zunehmenden Patientenorientierung im Gesundheitssystem wird auch eine möglichst gleichberechtigte Arzt-Patienten-Beziehung gefordert, die den Patienten zum Partner im Behandlungsprozess werden lässt. Daher wurden die Patienten gefragt, wie sie ihren Einfluss auf ihre Behandlung, z.B. an welchen Therapien sie teilnehmen, etc. einschätzen (Frage Nr. 14). Die Beantwortung erfolgte wieder anhand der fünf-stufigen Skala von „überhaupt nicht“ bis „ja, total“. Im Mittel bewerteten die Patienten ihren Einfluss mit 2,4 (\pm 1.0). Sieben Patienten (12%) antworteten mit „ja, total“. 47% (n = 28) der Patienten antwortete sie

hätten „zum großen Teil“ Einfluss gehabt. Unentschieden waren 20% (n = 12) der Patienten, die „teils/teils“ angaben. 14% (n = 8) der Patienten hatten das Gefühl, „eher nicht“ zufrieden mit ihrem Einfluss gewesen zu sein und ein Patient (2%) gab an, „überhaupt nicht“ das Gefühl zu haben, ausreichend Einfluss gehabt zu haben. Drei Patienten (5%) antworteten „weiß nicht“. Bei der Auswertung ergaben sich Hinweise darauf, dass Männer häufiger als Frauen das Gefühl hatten, eher zu wenig Einfluss gehabt zu haben ($p= 0.042$).

4.9 Patientenurteil über Aufenthaltsdauer und Vorbereitung der Entlassung

Dauer des Aufenthaltes

Da die Beurteilung des Aufenthaltes auch damit zu tun hat, inwiefern der Patient mit der Entlassung einverstanden ist und ob er sich ausreichend und erfolgreich behandelt fühlt, und das Interview kurz vor der Entlassung stattfand, wurden die Patienten gefragt, wie sie die Länge ihres Aufenthaltes in der Tagesklinik bewerten würden (Frage Nr. 77). Möglich waren die Antworten „deutlich zu lang“, „eher zu lang“, „genau richtig“, „eher zu kurz“ und „deutlich zu kurz“. 53% (n = 31) der Patienten erlebten die Dauer ihres Aufenthaltes als „genau richtig“. 24% (n = 14) fanden den Aufenthalt „eher zu kurz“ und drei Patienten (5%) sogar „deutlich zu kurz“. 19% (n=11) waren dagegen der Meinung, dass ihr Aufenthalt „eher zu lang“ gewesen sei. Es fand sich kein signifikanter Zusammenhang zur tatsächlichen Aufenthaltsdauer der Patienten.

Entlassung

Ebenfalls in diesem Zusammenhang wurde gefragt, ob die Patienten sich ausreichend auf die Entlassung vorbereitet fühlten (Frage Nr. 80). Diese Frage sollte auf der Skala von „überhaupt nicht“ über „eher nicht“, „teils/teils“, „zum großen Teil“ bis „ja, total“ beantwortet werden. Im Mittel wurde die Entlassungsvorbereitung mit 2,3 (± 1.0) bewertet. „Zum großen Teil“ ausreichend vorbereitet fühlten sich 44% (n = 26), 19% (n = 19) antworteten mit „ja, total“. „Teils/teils“ gaben 22% (n = 13) der Patienten an. Vier Patienten (7%) fühlten sich „eher nicht“ ausreichend vorbereitet und zwei Patienten (3%) fühlten sich „überhaupt nicht“ ausreichend vorbereitet. Hier zeigten sich Hinweise auf einen Zusammenhang mit der Bewertung der Aufenthaltsdauer. Wurde diese als zu kurz, aber auch als zu lang erlebt, gaben die Patienten eher an, sich nicht ausreichend auf die Entlassung vorbereitet zu fühlen.

4.10 Pläne der Patienten für die Zukunft

Weitere Nutzung von Therapieangeboten der Tagesklinik

Ziel einer institutionellen Behandlung sollte immer eine gute Compliance des Patienten auch über den eigentlichen Aufenthalt hinaus sein, die sich z.B. auch in einer weiteren Behand-

lung nach Abschluss der teilstationären Therapie äußern sollte. Über die Institutsambulanz der Klinik können Patienten nach Entlassung bestimmte therapeutische Angebote der Tagesklinik auch weiterhin nutzen. Allerdings besteht diese Möglichkeit nicht für alle Angebote und betrifft nicht alle Patienten. Bei dieser Frage ging es mehr um das allgemeine Interesse der Patienten an der Fortführung von (tagesklinischen)Therapien auch über die Entlassung hinaus. Daher wurde im ersten Schritt gefragt, ob das der Fall sei (Frage Nr. 84), wurde diese Frage bejaht, wurde in einer zweiten Frage nach den entsprechenden Angeboten gefragt (Frage Nr. 85).

Die Mehrheit der Patienten (78%, n = 46) gab an, es gäbe in der Tagesklinik Therapieangebote, die Sie nach der Entlassung weiterhin gerne wahrnehmen würden. 12 Patienten (20%) verneinte die Frage und ein Patient (2%) antwortete mit „weiß nicht“. Bei der Frage welches Therapieangebot die Patienten gerne weiter nutzen würden, es waren Mehrfachnennungen möglich, wurden bis auf die „Morgenrunde“ und die Visite alle Therapieformen genannt. (Die Prozentangaben beziehen sich im Folgenden auf die Patienten, die angegeben hatte, Therapien fortführen zu wollen.) 22 Patienten (47%) nannten die arbeitstherapeutischen Gruppen. Musiktherapie wollten 10 Patienten (21%) gern fortführen. Ebenfalls 10 Patienten (21%) hätten gern weiterhin an einer der Sportgruppen, Volleyball, Powerwalking u.a. teilgenommen. 8 Patienten (17%) gaben an, sie hätten gerne weiterhin Einzelgespräche, und sieben Patienten (15%) würden gerne an den Gesprächsgruppentherapien teilnehmen. Alle vier Patienten (9%) gaben die DBT-Gruppe an, jeweils drei Patienten (6%) die Gestaltungstherapie, bzw. die Psychoedukation. Das Training sozialer Kompetenzen würden zwei Patienten (4%) gern weiterhin besuchen, ebenso die Entspannungstherapie. Ebenfalls zwei Patienten (4%) werden gerne weiterhin zum Kaffee trinken am Freitag kommen und ein Patient (2%) würde gerne mit auf die Ausflüge kommen. Ebenfalls ein Patient (2%) gab an, gerne weiterhin die Backgruppe besuchen zu wollen.

Allgemeine Pläne der Patienten für die Zeit nach dem Tagesklinikaufenthaltes

Zum Ende ihres Aufenthaltes in der Tagesklinik sollten die Patienten eine Perspektive haben, wie sie die nächste Zeit ohne die teilstationäre Behandlung und Tagesstruktur, die damit einhergeht, gestalten wollen. Daher wurden die Patienten gegen Ende des Interviews gefragt, wie es in ihrem Leben weiter gehen würde, wenn sie die Behandlung hier beendet hätten (Frage Nr. 83). Diese Frage wurde frei gestellt, die Antworten stichwortartig protokolliert und im Nachhinein zu Kategorien zusammengefasst. 10 der Patienten (17%) gaben an, sie würden wieder in den Arbeitsalltag zurückkehren. Für acht Patienten (13%) stand die Suche nach Arbeit im Vordergrund. Die Tätigkeit in einer Zuverdiensteinrichtung planten neun Patienten (15%). Ebenfalls neun Patienten (15%) gaben Antworten, die sich unter der Kategorie „Leben ordnen, Beschäftigung mit der Familie“ zusammenfassen lassen. Unter anderem

wurde hier geantwortet, „Sachen erledigen, in Ordnung bringen“ und „zu Hause sein, Haushalt regeln, regelmäßig kochen etc..., für Kind und Mann sorgen“. Sieben Patienten (12%) lebten in Rente oder wollten sie beantragen. Ebenfalls sieben Patienten gaben an, die Behandlung ambulant fortsetzen zu wollen. Sechs Patienten (10%) hatten Umzugspläne für die Zeit nach der tagesklinischen Behandlung, bzw. wollten sich eine Wohnung suchen. Die Suche nach einem Ausbildungsplatz stand für vier Patienten (7%) im Vordergrund und die Fortsetzung oder der Beginn des Studiums für drei Patienten (5%). Jeweils zwei Patienten hatten den Besuch einer Tagesstätte, oder eine Umschulung geplant. Nicht zugeordnet werden konnten die Antworten von vier Patienten (7%). 13% (n = 8) der Patienten antworteten mit „weiß nicht“.

4.11 Globalurteil über die Tagesklinik

Globalurteil

Zusätzlich zu den verschiedenen Einzelaspekten der Behandlung gehört zur Erfassung der Zufriedenheit mit einer Therapie auch ein Globalurteil, das alle Aspekte umfasst. Daher wurden die Patienten um eine Gesamtbewertung ihres Aufenthaltes in der Tagesklinik gebeten (Frage Nr. 86). Es ergab sich im Globalurteil der Patienten über die Tagesklinik ein Mittelwert von 1,8 (\pm 0.6). Die Bewertung erfolgte auf einer fünf-stufigen Skala von „sehr gut“ über „gut“, „mittelmäßig“, „schlecht“ bis „sehr schlecht“. 32% (n = 19) der Patienten fanden ihn „sehr gut“. Über die Hälfte der Patienten (58%, n = 34) beurteilte den Aufenthalt abschließend mit „gut“ und sechs Patienten (10%) antworteten „mittelmäßig“. Andere Bewertungen kamen nicht vor. Männer bewerteten den Aufenthalt tendenziell schlechter als Frauen ($p=0.043$) und Patienten mit eigenem Erwerbseinkommen bewerteten ebenfalls schlechter als Patienten mit anderen Einnahmequellen ($p=0.003$).

Weiterempfehlung der Tagesklinik

Ebenfalls zum Komplex der Globalzufriedenheit gehört die Frage, ob die Patienten die Tagesklinik z.B. einem Freund oder einer Freundin weiterempfehlen würden (Frage Nr. 87), da mit dieser Frage aus einer anderen Perspektive nochmals die abschließende Haltung der Patienten zur Behandlung deutlich wird. Hier antworteten 93% (n = 55) der Patienten mit „ja“ und vier Patienten (7%) mit „nein“. Letztere wurden weiterhin gefragt, warum sie die Tagesklinik nicht weiterempfehlen würden (Frage Nr. 89), bzw. was sie stattdessen empfehlen würden (Frage Nr. 88). Zu den Gründen wurden verschiedene Antworten gegeben. Zwei Patienten hatten den Eindruck, es wäre nicht die richtige Einrichtung für ihre Problematik („hier sind andere Schwerpunkte“, „hier freuen sich die Therapeuten, wenn die Leute so rausgehen, wie ich reingekommen bin, zu schwere Krankheitsbilder“). Es wurde auch Kritik geäußert an den Therapeuten („die Ärzte hier wissen zu wenig über Medikation und die Folgen, es

herrscht zu sehr Schubladendenken“) und an den Regeln der Tagesklinik („Regeln werden eingebläut“, „man wird den ganzen Tag bemuttert“, „man hat seine Pflichten als Patient, es wird nur gesagt, was man nicht machen darf“, „man muss sich für alles rechtfertigen“, „Umerziehungslager“). Zu der Frage, was sie stattdessen empfehlen würden, gaben drei Patienten an, sie würden andere Einrichtungen vorschlagen, wie z.B. „andere Klinik, was alternatives“ oder „Therapie, die sich mehr an den Bedürfnissen orientiert“. Ein Patient antwortete, „sich einen Arzt suchen und gemeinsam schauen ob es nötig ist“. Diese Kommentare machen allerdings deutlich, dass hier, trotz der Semistrukturierung des Interviews verschiedene Aspekte, die subjektive Problematik einerseits und eine davon unabhängige Bewertung der Tagesklinik andererseits angesprochen wurden.

4.12 Änderungs- und Verbesserungsvorschläge der Patienten

Im Rahmen der patientenorientierten Qualitätssicherung soll der Patient als „Experte“ seiner eigenen Behandlung wahr- und ernst genommen werden. Um dieses Expertenwissen nutzbar zu machen, wurden die Patienten zum Abschluss des Interviews gefragt, ob manche Dinge in der Tagesklinik anders oder besser gemacht werden könnten (Frage Nr. 91). Diese Frage wurde ebenfalls offen gestellt. Viele Patienten gaben dazu längere Kommentare und verschiedene Vorschläge, die teilweise verschiedenen Kategorien zugeordnet wurden. Insgesamt machten 75% (n = 44) der Patienten Änderungs- oder Verbesserungsvorschläge oder äußerten Kritik. 25% (n = 15) antworteten mit „weiß nicht“. (Siehe Tabelle 11) Es lassen sich allgemeine Änderungsvorschläge und Kommentare von konkreten Anmerkungen zu bestimmten therapeutischen Angeboten unterscheiden. So machten 25% (n = 15) der Patienten Vorschläge zur Änderung des therapeutischen Angebots, wie z.B. „Morgengymnastik“, „mehr Gespräche, mehr Diskussion“, „vielleicht noch eine Korbflechtgruppe zur Abwechslung, oder Seidenmalerei, mehr Kreativität“ oder „Arbeitsgruppen-Gesprächsrunden alle 14 Tage mit allen Therapeuten“. Konkret auf bestimmte Therapieangebote bezogen war z.B. die Forderung nach mehr Einzelgesprächen, die von acht Patienten (13%) geäußert wurde. So antwortete ein Patient: „Mehr Zeit für die einzelnen Patienten, mehr Einzelgespräche, diese könnten z.B. auch mit dem Pflegepersonal sein“. 12% (n = 7) der Patienten fanden die Pausenzeiten zu lang. Änderungen in der Psychoedukation schlugen fünf Patienten (8%) vor, z.B. „nicht so viele Wiederholungen in der Psychoedukation“ oder „in der Psychosegruppe sollten sich die Patienten mehr miteinander unterhalten können, sollte nicht so streng ablaufen, Patienten sollten mehr Entscheidungsrecht haben“. Vier Patienten (7%) würden sich eine Änderung in der Leitung der Gesprächsgruppe wünschen und antworteten z.B. „mehr Hilfe in der Gesprächsgruppe vom Leiter, ständiges Kommen und Gehen in der Gruppe, schwierig etwas aufzubauen, er lässt uns hängen mit dem Schweigen“. Ebenfalls vier Patienten (7%) äußerten sich kritisch über die medikamentöse Therapie. „Man sollte hinterfrage, ob

Neuroleptika die einzige Lösung sind“, wurde hier z.B. geantwortet. Zur Morgenrunde gaben vier Patienten einen Kommentar ab. Es wurde sowohl geäußert, „Morgenrunde abschaffen“, als auch „Morgenrunde muss sein, v.a. vor dem Wochenende“. Von neun Patienten (15%) wurde Kritik am Personal geäußert, wie z.B. „Pflegerkräfte sollten freundlicher sein“ oder „mehr Eingehen auf die Patienten, genauer hinschauen, mehr Rücksicht auf Patienten, nicht unter Druck setzen“. Drei (5%) Patienten hätten gerne eine spezifischere Patientenauswahl, z.B. „mehr Patienten im eigenen Alter“. Mehr Information über Therapien und Medikamente hätten sich zwei Patienten (3%) gewünscht.

13% (n = 8) der Patienten äußerte allgemeine Kritik. Diese bezog sich vor allem auf strukturelle Merkmale, z.B. „Räumlichkeiten sind zu eng, keinen eigenen größeren Schrank“, oder „Telefonieren dürfen, Raucherraum wieder aufmachen“. Auch allgemeines Lob wurde geäußert. 12% (n = 7) machen Angaben wie, „viel Austausch findet statt unter den Mitarbeitern, Atmosphäre ist nicht lustlos“ oder „gut war die Struktur und unter Menschen zu sein, Beschäftigung“.

Tabelle 11: Änderungs- und Verbesserungsvorschläge der Patienten

Änderungs- und Verbesserungsvorschläge	Häufigkeit	Prozent
Änderung des therapeutischen Angebots	15	25%
Kritik am Personal	9	15%
Mehr Einzelgespräche	8	13%
Kritik an strukturellen Merkmalen (Räumlichkeiten, etc..)	8	13%
Lob	7	12%
Pausenzeiten kürzen	7	12%
Änderungen in der psychoedukativen Gruppe	5	8%
Änderungen in der Gesprächsgruppe	4	7%
Änderungen in der medikamentösen Therapie	4	7%
Änderungen in der Morgenrunde	4	7%
Weiß nicht	15	25%

Ganz zum Schluss wurden die Patienten gefragt, ob über wichtige Aspekte ihres Aufenthaltes in der Tagesklinik bis jetzt noch nicht gesprochen worden sei (Frage Nr. 90). Hier wurden von 4 Patienten (7%) Angaben gemacht. Angesprochen wurden hier das „Gruppenklima unter den Patienten“, „Kontakt zu Mitpatienten“, und das „Vertrauensverhältnis zum Personal“.

5 Diskussion

5.1 Methodische Aspekte

Alle Patienten, die innerhalb eines halben Jahres aus der tagesklinischen Behandlung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Vivantes-Klinikums Neukölln entlassen wurden, wurden zu ihrer Zufriedenheit mit der Behandlung, zu den erhaltenen Therapien und anderen Aspekten ihres Aufenthaltes in der Tagesklinik befragt. Es wurden in diesem Zeitraum insgesamt 106 Patienten entlassen. 9 Patienten wurden nicht in die Studie eingeschlossen, da sie Ausschlusskriterien erfüllten: Bei 8 Patienten war die Aufenthaltsdauer kürzer als eine Woche. Sie wurden nicht befragt, da mindestens eine Woche Behandlungsdauer notwendig ist, um alle Therapien erlebt zu haben und überhaupt ein Urteil über eine therapeutische Einrichtung abgeben zu können. Eine Patientin sprach nicht ausreichend Deutsch für die Durchführung des Interviews. Es gingen aber 8 Patienten (14%) anderer Nationalität in die Untersuchung ein. Letztlich wurde nur eine einzige ausländische Patientin nicht befragt.

Somit blieben 97 Patienten, das entspricht 92% der Gesamtanzahl, die für die Untersuchung in Frage kamen. Von diesen 97 Patienten konnten 59 (61%) befragt werden. 38 Patienten (39%) wurden nicht interviewt. Zwei Patienten lehnten das Interview explizit ab. Mit den restlichen 36 Patienten kam kein Interview zustande, weil sie die verabredeten Termine nicht einhielten. Dieses Verhalten der Patienten wurde als Ablehnung der Befragung verstanden. Man kann nur spekulieren, was die Gründe für diese Verweigerung sind. Eventuell waren die Patienten unzufrieden mit Aspekten der Behandlung, wollten sich aber nicht in dieser Form äußern. Eine solche Selektion mit der „Tendenz zur positiven Antwort“ ist als Problem in der Zufriedenheitsforschung bekannt. Möglich wäre auch Angst vor Überforderung durch die Fragen und die Länge des Interviews, das mit einer Dauer von 30 Minuten angekündigt wurde. Denkbar ist auch ein Desinteresse der Patienten an der Untersuchung. Warum auch immer eine Ablehnung stattfand, in das generell gute Ergebnis der Untersuchung sollten die ablehnenden Patienten zumindest als möglicher negativer Aspekt einfließen und gewertet werden. Im Vergleich mit ähnlichen Untersuchungen, die Beteiligungen von ca. 85% aufwiesen (Gutknecht, 2005; Möller-Leimkühler, 2003) haben sich weniger Patienten an der Untersuchung beteiligt. Die genannten Befragungen fanden während der Behandlung statt, wodurch sich vermutlich weniger Probleme mit der Terminfindung ergaben. Die hier im Vergleich niedrigere Beteiligung war zum Teil sicherlich durch die Problematik bedingt, dass die Interviewerin nur zu festgesetzten Terminen im Haus war und, nachdem ein erstes Treffen nicht zustande gekommen war, ein Teil der Termine mit entlassenen Patienten vereinbart wurde. Bei diesen war die Beteiligungsrate allerdings entsprechend gering. Um die Frage zu prüfen, ob die Gruppe der interviewten Patienten repräsentativ für die tagesklinischen Pati-

enten des Untersuchungszeitraums war, wurde die Patienten, die das Interview ablehnten, mit denen, die interviewt wurden, in Bezug auf soziodemographische Daten und Krankheitsmerkmale verglichen. Es zeigten sich keine statistisch relevanten Unterschiede (siehe Tab. 11). Man kann also davon ausgehen, dass die Ergebnisse dieser Untersuchung auch für die Gruppe aller in dieser Zeit entlassenen Patienten gelten.

Tabelle 12: Vergleich interviewte und nicht-interviewte Patienten

Merkmal	Interviewte Patienten		Nicht-interviewte Patienten		Gesamt
Geschlecht					
Männer	34	61%	22	39%	56
Frauen	25	61%	16	39%	41
Alter					
Bis 29 Jahre	15	56%	12	44%	27
30 bis 44 Jahre	24	65%	13	35%	37
≥ 45 Jahre	20	61%	13	39%	33
Diagnose					
Schizophrenie	27	66%	14	34%	41
Affektive Störung	15	60%	10	40%	25
Persönlichkeits-St./ Neurosen	12	46%	14	54%	26
Suchterkrankung	5	100%	0	0%	5
Voraufenthalte					
0	22	55%	18	45%	40
1	21	66%	11	34%	32
≥ 2	16	64%	9	36%	25
Aufenthaltsdauer					
Bis 50 Tage	14	44%	18	56%	32
50 bis 70 Tage	15	71%	6	29%	21
71 bis 94 Tage	15	83%	3	17%	18
≥ 95 Tage	15	58%	11	42%	26

Die Methode des semistrukturierten Interviews wurde aufgrund der im Methodikteil (siehe 3.5.1) genannten Vorteile des Verfahrens ausgewählt. Sie bietet u.a. die Gewähr für vollständig ausgefüllte Erhebungsbögen und macht Nachfragen und Erklärungen möglich. Auch in anderen Untersuchungen zur Zufriedenheit in Tageskliniken wurde diese Methodik verwandt (Hsu et al., 1982; Holloway, 1988; Ricketts u. Kirshbaum, 1994). Es entstehen daraus allerdings auch Nachteile: In der Interviewsituation werden die Antworten der Patienten möglicherweise durch soziale Erwünschtheit beeinflusst (Gruyters u. Priebe, 1994). Auch die Tatsache, dass die Interviewerin, obwohl eindeutig Außenstehende, dennoch als dem Team zugehörig erlebt werden könnte, mag Einfluss auf die Patientenantworten gehabt haben. Allerdings spricht die differenzierte Bewertung der Patienten (nicht alles ist gleich gut, bzw. schlecht, deutliche Kritik z.B. an der Leitung der Gesprächsgruppe) für die Validität der Ergebnisse. Die inhaltliche Vollständigkeit und Relevanz der abgefragten Aspekte wird daran deutlich, dass nur 4 Patienten Aspekte nannten, die noch nicht im Interview behandelt wor-

den waren („Gruppenklima“, „Kontakt zu Mitpatienten“, „Vertrauensverhältnis zum Personal“). Alle Interviews wurden von der Untersucherin selbst in gleichem Ductus durchgeführt. Es fand allerdings keine Überprüfung der Retest-Reliabilität, also der Stabilität des Untersucherurteils statt. Auch die psychometrischen Eigenschaften des Fragebogens wurden nicht untersucht. Von den vorhandenen, validierten Instrumente zur Erhebung der Patientenzufriedenheit wurden zugunsten eines eigenen, den Versorgungsbedingungen der in Frage stehenden Tageskliniken angepassten Erhebungsbogens abgesehen (Callan u. Littlewood, 1998; Ruggeri et al., 1994a; b). Die Entwicklung des Fragebogens orientierte sich in Dimensionen und Begriffen eng an bestehenden, validierten Instrumenten (Mory et al., 2001; Ruggeri et al., 1993). Das Problem der vielfältigen Untersuchungsinstrumente in der Zufriedenheitsforschung ist mehrfach beschrieben worden (Gruyters, 1995; Längle et al., 2002). Dennoch ist immer wieder auf eigens entwickelte Instrumente zurückgegriffen worden, was sicherlich auch an dem generellen Problem der Konzeptualisierung der Begrifflichkeiten, Konzepte und Einflussfaktoren liegt. Die verschiedenen Erhebungsinstrumente erschweren allerdings den Vergleich der Ergebnisse.

Um über die sogenannten „humanistischen Parameter“, wie Lebensqualität und Zufriedenheit, stabile Aussagen treffen zu können, fordern Kallert u. Schützwohl (2004) mindestens eine Gruppengröße von 50 Patienten. Mit einer Fallzahl von 59 Patienten liegt die hier vorgestellte Studie deutlich über dieser Größenordnung.

5.2 Ergebnisse im Vergleich mit der Literatur

Im Folgenden sollen die hier erhobenen Daten mit den aus der Literatur bekannten Ergebnissen verglichen, Gemeinsamkeiten und Unterschiede diskutiert und mögliche Erklärungsansätze für unterschiedliche Befunde vorgestellt werden. Die Studien stammen etwa zur Hälfte aus Deutschland, die restlichen überwiegend aus England, einige aus den Niederlanden, Italien, USA und Kanada. Inhaltlich steht die Zufriedenheitsforschung im Mittelpunkt der untersuchten Literatur. Die meisten beforschten Einrichtungen lagen in städtischen Gebieten. Zwei Studien (Holloway, 1988; Ricketts u. Kirshbaum, 1994) untersuchten Patienten aus gemeindepsychiatrischen Tagesprogrammen, zu denen auch Tagesstätten gehörten, in den anderen Studien wurden nur Patienten aus psychiatrischen Tageskliniken untersucht. Die meisten Tageskliniken arbeiteten im Verbund mit einer vollstationären Einrichtung. Die Konzepte der Tageskliniken bewegten sich im genannten Rahmen von akutpsychiatrischen über psychotherapeutischen bis hin zur rehabilitativen Aufgabenstellungen. Der Schwerpunkt der Zielstellungen lag allerdings, soweit aus der Literatur zu entnehmen, in der „Alternative zur stationären Behandlung“ und „Abkürzung des stationären Aufenthaltes“. Die Untersuchungszeiträume der verschiedenen Studien liegen etwa zu gleichen Teilen in den 1980er, den 1990er Jahren und den Jahren nach 2000. Diese Tatsache, die damit verbundenen Unter-

schiede in den Gesundheitssystemen und der gesamten sozioökonomischen Situation, und vor allem die Unterschiede in den jeweiligen medizinischen Versorgungssystemen, in denen die einzelnen Kliniken funktionieren, relativiert in Teilen die Vergleichbarkeit der Daten. Die Fallzahlen in den Studien bewegen sich zwischen 17 und 151 Patienten. In den Studien wurden etwa zu gleichen Teilen Fragebögen und Interviews (meist semistrukturierte) verwendet.

5.2.1 Soziodemographische Struktur der Patientengruppe

In der vorliegenden Untersuchung fanden sich mehr Männer (58%) als Frauen. Im Gegensatz dazu geben andere Studien zu tagesklinischer Therapie bei Beschreibung der Studienpopulation meist mehr Frauen als Männer an. So fanden Kallert et al. (2004a) bei einer Untersuchung tagesklinischer Patienten 67% Frauen; bei Eichler, (2006) waren 69% der Patienten Frauen und Gutknecht (2005) fand ebenfalls 63% Frauen. Es kann ein Zusammenhang gesehen werden, zwischen der Geschlechter- und Diagnoseverteilung. Wie unten noch ausgeführt wird, war auch die Diagnose einer Schizophrenie in den untersuchten Tageskliniken häufiger als in anderen Studien angegeben. Da in klinischen Studien unter den Patienten mit der Diagnose einer schizophrenen Psychose in der Regel mehr Männern sind, ist die Geschlechterverteilung plausibel.

Das mittlere Alter von 39 Jahren entspricht dem in der Literatur, wo Mittelwerte zwischen 36 und 39 Jahren angegeben werden (Russell et al., 1996; Gutknecht, 2005; Eichler et al., 2006; Kallert et al., 2004a).

Unter den befragten Patienten waren 58% ledig, nur 17% lebten in einer partnerschaftlichen Beziehung. Der Anteil der ledigen Patienten war höher als z.B. bei Kallert et al. (2004a), die 49% ledige und 26% verheiratete Patienten oder bei Russell et al. (1996), die 33% ledige und 43% verheiratete Patienten angeben, wobei unklar ist, wie die Patienten gezählt werden, die zwar in einer festen Beziehung leben, jedoch unverheiratet sind. Passend dazu gaben 53% der Patienten in den hier untersuchten Tageskliniken an, allein zu leben. Auch hier sind die Zahlen in den meisten Studien niedriger, z.B. 38% allein lebend bei Baker et al. (1986) oder 27%, Kallert et al. (2004a) oder 43% bei Schene et al. (1993). Möglicherweise ist die Häufung schwerer psychischer Störungen, wie Schizophrenien, für diesen Unterschied (mit-)verantwortlich. Deutlich wird bei der Auswertung, dass unter den Patienten, die angaben ledig zu sein, prozentual mehr schizophrene Patienten waren ($p=0.002$). Allerdings spielt in Bezug auf feste Partnerschaften auch das im Durchschnitt jüngere Alter dieser Patienten eine Rolle. Ebenso fiel bei der Frage nach der Wohnsituation auf, dass vor allem schizophrene und suchterkrankte Patienten alleine lebten ($p=0.038$). Eine Erklärungsmöglichkeit wäre sicherlich die hohe Beeinträchtigung des sozialen Umfeldes bei einer Suchterkrankung, eben-

so die größere Beeinträchtigung der Beziehungsfähigkeit, die man bei Patienten mit einer Schizophrenie findet.

Die Tatsache, dass sich in den Neuköllner Tageskliniken mehr Arbeitslose finden, als in den meisten Studien, passt zum soziodemographischen Profil des Bezirks. Die Bedeutung dieses Themas für die psychiatrische Arbeit in Neukölln wurde schon in einer Studie aus derselben Klinik zur „Armut auf psychiatrischen Stationen“ (Mörchen et al., 2002) nachgewiesen. In der vorliegenden Untersuchung fanden sich 63% Arbeitslose. Bei Baker et al. (1986) waren lediglich 41% der Patienten arbeitslos, wobei man dabei auch die Veränderung des Arbeitsmarktes im Laufe der Jahre hin zu einer geringeren Beschäftigung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen berücksichtigen muss. In Neukölln waren wahrscheinlich 1986 auch deutlich weniger Patienten arbeitslos als heute, bei auch in der Bevölkerung deutlich höheren Arbeitslosenzahlen als damals. Gegenüber den in dieser Untersuchung erhobenen Zahlen waren in der Untersuchung von Kallert et al. (2004a) nur 25% arbeitslos. Allerdings betrug in der Studie von Kallert et al. der Anteil der Patienten, die staatliche Unterstützung bezogen, 63%, während in der vorliegenden Untersuchung nur 48% Sozialhilfe oder Arbeitslosengeld bekamen. In der Studie von Schene et al. (1993), die in einem ähnlichen städtischen und sozial schwachen Areal durchgeführt wurde, findet sich mit 71% sogar eine noch höhere Arbeitslosenrate. Allerdings muss beim Vergleich der Daten die Veränderung der sozialen Sicherungssysteme und der damit verbundenen Begrifflichkeiten vor allem in den letzten Jahren bedacht werden. Die Vergleichbarkeit ist somit eingeschränkt. Deutlich wird allerdings, dass das Patientenkontingent in Berlin Neukölln sich größtenteils aus Patienten der unteren sozialen Schichten zusammensetzt.

Abschließend lässt sich feststellen, dass die Studienpopulation überwiegend männlich, alleinstehend und arbeitslos war. Das lässt auf eine eher niedrige soziale Schicht schließen, was der Bevölkerungsstruktur des Bezirks Neukölln entspricht (Statistisches Landesamt Berlin, 2004).

5.2.2 Diagnosen und Krankheitskonzept der Patienten

Vergleicht man die Diagnoseverteilung in den Neuköllner Tageskliniken mit den Zahlen aus der Literatur, fällt auf, dass mit 46% schizophrenen Patienten diese Diagnose (F2 nach ICD 10) häufiger vorkommt, als z.B. bei Kallert et al. (2004a) mit 10% oder Eichler (2006) mit 13%. In einer Studie zu 163 bundesdeutschen Tageskliniken von Kallert et al. (2004b) werden im Durchschnitt 33% schizophrene Patienten angegeben, und in einer Umfrage unter 237 deutschen Tageskliniken kommen Diebels et al. (2004) sogar nur auf einen Anteil der schizophrenen Patienten von 18%. Ebenfalls abweichend ist der Anteil der Neurosen (F4 nach ICD 10), der in den hier untersuchten Tageskliniken nur 7% beträgt. Meist werden höhere Zahlen angegeben, wie 19% bei Diebels et al. (2004) und Kallert et al. (2003) oder so-

gar 27% bei Eichler (2006). Die restlichen Diagnosen verteilen sich ähnlich wie in der Literatur beschrieben.

Ein entscheidender Grund für diese Unterschiede liegt wahrscheinlich in der Aufnahmepraxis in Neukölln, auch wenn sich in der Literatur wenige Hinweise auf die Aufnahmepraxis der einzelnen Kliniken finden. Während üblicherweise „Aufnahmegespräche“ stattfinden, in welchen die Ärzte der Tageskliniken eine Indikation zur Behandlung stellen, und damit bewusst eine Selektion vornehmen, überlassen die Neuköllner Tageskliniken die Entscheidung über eine tagesklinische Behandlung allein dem zuweisenden Arzt. Die Teams der Tageskliniken haben also, anders als in anderen Tageskliniken üblich, keinen direkten Einfluss auf die überwiesene Patientenklientel. Da die Diagnoseverteilung im stationären Bereich der psychiatrischen Klinik des Klinikums Neukölln nur einen Anteil von ca. 30 % schizophrener Patienten verzeichnet (Jahresbericht, 2005), kann man rückschließen, dass die dortigen Ärzte bei schizophrenen Patienten eher die Indikation für die Tagesklinik sehen, wohl mit den Zielen der Verkürzung des stationären Aufenthaltes, einer weiterhin gesicherten medikamentösen Therapie und einer intensivierten Behandlung der Minussymptomatik. Da die meisten Patienten aus der Klinik zur Weiterbehandlung in die Tageskliniken verlegt werden, ist diese Verteilung, auch in Abweichung von den in der Literatur bekannten Ergebnissen, plausibel.

Die Klientel der Neuköllner Tageskliniken setzt sich damit fast zur Hälfte aus schizophrenen Patienten zusammen und weist außerdem einen geringeren Anteil an Neurosen aus, als allgemein in Tageskliniken üblich.

Krankheitskonzept und Krankheitseinsicht der Patienten

Die Frage nach übereinstimmenden Krankheitskonzepten von Arzt und Patient ist für die Zufriedenheitsforschung von Bedeutung. Es gibt Hinweise darauf, dass Patienten, deren Krankheitsmodell mit dem des Arztes übereinstimmt, zufriedener sind (Callan u. Littlewood, 1998). Auch wenn die Diagnose nur ein indirekter Hinweis auf ein Krankheitskonzept ist, soll sie hier als Hinweis auf Übereinstimmung, bzw. Unterschiede gewertet werden.

Die Patienten wurden daher gefragt, welche Krankheit sie ihrer Meinung nach hätten. Die Patienten-Antworten weichen von den Diagnosen der Ärzte erheblich ab. Es fällt auf, dass deutlich weniger Patienten angeben, sie litten an einer Schizophrenie, nämlich nur 28%, gegenüber den 46% diagnostizierter Schizophrenien. Ebenfalls etwas weniger geben an, suchterkrankt zu sein. Es kann vermutet werden, dass es die allgemeine Stigmatisierung gerade dieser Erkrankungen ist, die zu dieser Diskrepanz geführt hat. Affektive Erkrankungen, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen, also weniger stigmatisierende Diagnosen werden von den Patienten eher häufiger angegeben, als von den Ärzten diagnostiziert.

Krankheitseinsicht und subjektives Befinden

Barker et al. (1996) fanden, allerdings mit vollstationär behandelten Patienten, dass Patienten, die der Meinung waren, überhaupt nicht krank zu sein, unzufriedener waren und häufiger Schwierigkeiten in den Gesprächen mit den Ärzten angaben. In der vorliegenden Untersuchung waren immerhin 15% der Patienten der Ansicht, nicht krank zu sein, obwohl sie tagtäglich die Tagesklinik aufsuchten. Unterschiede in der Zufriedenheit zwischen diesen Patienten und den Patienten, die sich selbst für krank hielten, gab es nicht.

Ebenfalls erfragt wurde das subjektive Befinden zum Zeitpunkt des Interviews. In Übereinstimmung mit Semmler (1998), der in seiner Befragung von 40 Tagesklinikpatienten einen Mittelwert des subjektiven Befindens erhielt, der relativ genau in der Mitte der Skala lag, wurde hier ein Mittelwert von 2,6 erhoben. Es zeigte sich außerdem, dass Patienten anderer Nationalität ($p=0.009$) und Patienten mit mehreren Voraufenthalten in der Einrichtung ($p=0.014$) eher ein schlechteres momentanes Befinden angaben. Hinweise auf eine größere Unzufriedenheit von Angehörigen einer gesellschaftlichen Minderheit, z.B. Menschen anderer Nationalität, sind zwar mehrfach belegt (Gigantesco et al., 2002; Gruyters und Priebe, 1994), konnten in dieser Untersuchung sonst allerdings nicht gefunden werden. Dass Patienten, die zum wiederholten Mal in der Tagesklinik waren, schlechteres Befinden angeben, mag Ausdruck der Schwere der Erkrankung und der damit einhergehenden Beeinträchtigung z.B. durch eine Minussymptomatik sein, oder ist als Ausdruck einer zunehmenden Desillusionierung zu verstehen: Es ist nachvollziehbar, dass Patienten, die mehrfach eine Entlassung mit darauf folgender Wiederaufnahme bei erneuter Erkrankung oder Verschlechterung erlebten, weniger hoffnungsfroh der Entlassung entgegen sehen, als Patienten ohne diese Erfahrung.

5.2.3 Versorgungsablauf

Zugangswege

Die Frage des Zugangs der Patienten in die Tagesklinik hängt zusammen mit der Struktur, der Aufgabenstellung und dem Konzept der jeweiligen Tagesklinik. Bezüglich der Zugangswege weichen die Neuköllner Patienten deutlich von den in der Literatur berichteten ab. Während in Neukölln 63% aller Patienten von psychiatrischen Stationen der eigenen Klinik zugewiesen wurden, fanden Kallert et al. (2003) in einer großen Studie, die die Struktur- und Leistungsmerkmale von 191 bundesdeutschen Tageskliniken untersuchte, dass im Durchschnitt lediglich 39% direkt von den Stationen kamen. Folgerichtig kamen in Neukölln nur 29% der Patienten von Haus- oder Fachärzten, während es in der Untersuchung Kallerts 46% waren.

Eine Erklärung bietet, wie oben schon erwähnt, die Aufnahme- und Behandlungsstrategie der Kliniken. Kallert et al. (2003) nennen als Hauptausrichtungen: „Rehabilitation und Abkürzung einer stationären Behandlung“ und „Alternative zur stationären Behandlung und psychotherapeutische Orientierung“. So fand z.B. Hoge et al. (1988), in Übereinstimmung mit den hier erhobenen Daten, dass in einer Tagesklinik mit dem Ziel einer Übergangsvorsorgung nach dem stationären Aufenthalt, 70% der Patienten direkt von der Station in die Tagesklinik überwiesen wurde. Wenn demnach in dieser Untersuchung mehr als die Hälfte der Patienten direkt im Anschluss an den vollstationären Aufenthalt aufgenommen wird, kann man davon ausgehen, dass eine Hauptaufgabe der Tagesklinik in der Abkürzung der vollstationären Behandlung besteht. Zusätzlich zeigt sich diese Strategie der Klinik eines möglichst kurzen Aufenthaltes auf Station in der durchschnittlichen Liegedauer im vollstationären Bereich von lediglich 17 Tagen. (Jahresbericht, 2005).

Auch der Anteil der Patienten, die zum ersten Mal (teil-)stationär aufgenommen wurden, hängt mit dem Konzept einer Tagesklinik zusammen und liegt in Neukölln bei 37%. Sie liegt damit eher unter den entsprechenden Zahlen in der Literatur, die hier eine breite Spanne zeigen mit 60% bei Gutknecht (2005), 45% bei Kallert et al. (2004a) und 30% bei Eichler (2006). Die große Abweichung der Ergebnisse z.B. zu der Untersuchung von Gutknecht lässt sich auch anhand des Konzeptes, das bei Gutknecht (2005) eher psychotherapeutische Aspekte betont, erklären. Hier spielt auch die Frage eine Rolle, ob eine Klinik in die regionale Pflichtversorgung eingebunden ist und wie die Versorgungsbedingungen, z.B. Bettenzahl pro Einwohnerzahl beschaffen sind.

Die mittlere Aufenthaltsdauer betrug in der vorliegenden Untersuchung 76 Tage. Es werden hier alle Tage, auch das Wochenende gezählt, da man davon ausgehen kann, dass der therapeutische Prozess nicht nur in der direkt im Setting verbrachten Zeit wirkt. Kallert et al. (2004a) geben eine mittlere Behandlungsdauer von 88 Tagen an. Dabei wurden ebenfalls alle Tage gezählt. Andere Untersuchungen machen keine Angaben zur Frage, ob nur die Behandlungstage, also die im Setting verbrachten Tage, gezählt wurden, und kommen auf kürzere Behandlungen, wie 49 Tage bei Gutknecht (2005), 43 Tage bei Kallert et al. (2004b) oder ebenfalls 43 Tage bei Kallert et al. (2003). Errechnet man aus der Aufenthaltsdauer, die bei der vorliegenden Untersuchung erhoben wurde, die Anzahl der im Setting verbrachten Tage, kommt man auf einen Mittelwert von 54 Tage. Falls in den vorhergenannten Studien ebenfalls nur von den Behandlungstagen ausgegangen wurde, wäre die Aufenthaltsdauer ähnlich, wenn auch etwas länger. Da aber eine der Funktionen der Tagesklinik die Abkürzung des stationären Aufenthaltes ist, ist damit der etwas längere Aufenthalt gut erklärt. Hinzu kommt die Überlegung, dass Patienten, die direkt von Station in die Tagesklinik kommen, zu einem großen Anteil schizophren, also schwerer erkrankt sind, was ebenfalls die oben genannten Befunde erklären würde.

Zur Frage der Weiterbehandlung im Anschluss an die tagesklinische Behandlung finden sich wenig Zahlen in der Literatur. Bei 84% der Neuköllner Patienten wurde eine ambulante Weiterbehandlung konkret geplant, die bei 42% der Patienten von niedergelassenen Nervenärzten, und bei ebenfalls 42% von der Institutsambulanz übernommen werden sollte. Immerhin 14% der Patienten mussten in den vollstationären Bereich (zurück-)überwiesen werden. Russell et al. (1996) geben in ihrer kanadischen Studie ebenfalls an, dass 42% der tagesklinischen Patienten ambulant weiterbehandelt worden seien, allerdings nur 7% stationär.

Als Fazit lässt sich zusammenfassen, dass die Patienten der Neuköllner Tageskliniken, dem Konzept der Klinik (Abkürzung des stationären Aufenthaltes, u.a.) entsprechend, vor allem aus dem stationären Bereich kamen, der Anteil der Patienten, die zum ersten Mal psychiatrisch behandelt wurden eher gering war, die Aufenthaltsdauer im oberen Durchschnitt im Vergleich mit der Literatur lag und der größte Teil der Patienten in eine geplante ambulante Weiterbehandlung entlassen wurde.

5.2.4 Gründe für den Besuch der Tagesklinik, Erwartungen und Ziele der Patienten

In der Auswertung der Angaben zu Gründen, Erwartungen und Ziele der Patienten zeigten sich inhaltliche Überschneidungen bei den Antworten. Diese ist vermutlich in erster Linie durch die gegebene semantische Ähnlichkeit dieser Fragen bedingt. Eine schärfere konzeptionelle Trennung der Begrifflichkeiten wäre hier vorteilhaft.

Gründe für die Behandlung in der Tagesklinik

Nach Noble et al. (2001) können prozess- und ergebnisorientierte Erwartungen der Patienten an die Behandlung in der Tagesklinik unterschieden werden. Da die Gründe, sich für eine Behandlung zu entscheiden, eng mit den Erwartungen an diese verknüpft sind, und aufgrund der gegebenen inhaltlichen Überschneidungen, lassen sich diese Kategorien auch auf die Gründe der Patienten anwenden.

Bei den Neuköllner Patienten finden sich bei den ergebnisorientierten Gründen an erster Stelle „Verbesserung des psychischen Zustandes“, es folgen „Steigerung von Antrieb und Alltagskompetenz“, „Wunsch nach Veränderung“ und „mehr Zeit für sich selbst haben“. Weiterhin wird die früher bereits gemachte „positive Erfahrung“ mit der Tagesklinik genannt. Bei den prozessorientierten Gründen ist der meistgenannte Grund das tagesklinische Setting, also die Möglichkeit, abends und am Wochenende zuhause zu sein und vor allem „nicht auf Station“ bleiben zu müssen. Als nächste Punkte werden hier „Struktur“, Strukturierung von Alltag und Tagesablauf und (sinnvolle, produktive) „Beschäftigung“ genannt. Außerdem der „soziale Kontakt und Erfahrungsaustausch“. Diese Angaben finden sich zumindest teilweise in der Literatur wieder:

In einer Befragung durch Bock (1985) nannten die Patienten als Gründe, sich in die tagesklinische Behandlung zu begeben, ebenfalls Tagesstruktur und Beschäftigung (Bock, 1985 S.111 ff.). In einer Studie von Hoge et al. (1988) zur Frage der wirksamen Faktoren tagesklinischer Behandlung wurden von den Patienten ähnliche Elemente genannt. An erster Stelle stand die „Struktur“, als zweiter Punkt wurde der „interpersonelle Kontakt“ aufgeführt. Das entspricht den Kategorien „Struktur“, „Beschäftigung“ (s.o.) und „sozialer Kontakt und Erfahrungsaustausch“, die in der vorliegenden Untersuchung aus den Antworten der Patienten gebildet werden konnten.

Eine mögliche Schlussfolgerung wäre, dass die Patienten die Entscheidung für die tagesklinische Behandlung begründet treffen, und sich bewusst für dieses Setting und die darin enthaltenen Möglichkeiten entscheiden. Auch die Tatsache, dass sich die Patienten gegen die Station und für die Tagesklinik und damit für ein größeres Maß an Unabhängigkeit, bzw. Eigenverantwortung entscheiden, findet seine Entsprechung in der Untersuchung von Hoge et al., die als wirksamen Faktor auch die „größere Autonomie“ der Patienten in der Tagesklinik identifizierten.

Erwartungen der Patienten an den Aufenthalt in der Tagesklinik

Die Erwartungen der Patienten und die Frage, ob sie erfüllt wurden, sind eng mit der Zufriedenheit verknüpft. So versteht Leimkühler Zufriedenheit insbesondere als Produkt von Erwartungen und Bewertungen (Leimkühler, 1995). Immerhin 68% der Neuköllner Patienten gaben an, ihre Erwartungen seien „total“, oder „zum großen Teil“ erfüllt worden. Vor diesem Hintergrund ist die auch sonst hohe Zufriedenheit, die sich in guten Bewertungen für das Personal oder die Therapien und in einer hohen Globalzufriedenheit äußert, plausibel.

Es lassen sich wiederum ergebnis- und prozessorientierte Erwartungen unterscheiden. Die ergebnisorientierten Erwartungen ähneln stark den Gründen für den Tagesklinikaufenthalt. Auch hier steht an erster Stelle „Verbesserung des psychischen Zustandes“, danach „Verbesserung der sozialen Kompetenz“ und „Steigerung der Alltagskompetenz“. Als neuer Aspekt kommt hinzu, dass die Patienten erwarteten, Hilfe zu bekommen, um ihr „Leben zu ordnen“ und „Entscheidungen zu treffen“. Letztgenanntes entspricht wieder einem Faktor, den Hoge et al. (1988) „richtungsgebende Entscheidungsfindung“ nennen.

Die Prozesserwartungen richten sich in erster Linie auf die Teilnahme an bestimmten Therapieangeboten, die den Patienten schon vor ihrem Aufenthalt bekannt waren. Außerdem werden hier wiederum „Beschäftigung“ und „Tagesstruktur“ genannt.

Therapieziele der Patienten

Eikelmann (1991) nennt als wesentliche Ziele der tagesklinischen Behandlung die Reduktion von psychopathologischen Symptomen und den Aufbau von alltagspraktischen Kompeten-

zen. Die subjektiven Ziele der Patienten der untersuchten Tageskliniken können diesen beiden Kategorien gut zugeordnet werden. „Verbesserung des psychischen Zustandes“, „gesund werden“, „Beherrschung der Suchtproblematik“, „mehr Selbstbewusstsein“, „mehr Antrieb“ und „keine Selbstverletzungen“, „kein Suizidversuch“ waren die Ziele, die die Patienten am häufigsten nannten und die der Kategorie Eikelmans von der Reduktion der Psychopathologie entsprechen.

Bezogen auf die Alltagskompetenzen nannten die Patienten an erster Stelle die „Arbeitsfähigkeit“, weiterhin die Fähigkeit „Soziale Kontakte zu knüpfen“, um „wieder am Leben teilzunehmen“, und schließlich allgemeine „Alltagskompetenz“, „mehr Struktur“. Cueni (1998) beschreibt die Therapieziele von Patienten einer psychiatrischen Tagesklinik weniger im Hinblick auf die Psychopathologie, als auf bestimmte Rehabilitationsachsen, wie Arbeit und Sozialleben. Sie nennt ebenfalls die „Arbeitskompetenz“ als eines der wichtigsten Ziele, sowie „soziales Training“ und „Überwinden von Kontaktscheu“. Außerdem gaben diese Patienten als Ziel an, eine „feste Tagesstruktur“ einhalten zu lernen und „selbständig den Haushalt führen zu können“. In diesen Punkten entsprechen sich die hier diskutierten Ergebnisse und die von Cueni. Sie nennt als weitere Ziele noch „bessere Freizeitgestaltung“, „Veränderung der Wohnsituation“ und „Hygiene einhalten“. Trotz unterschiedlicher Diagnosen und Behandlungssettings, sind also die Ziele tagesklinischer Behandlung aus Sicht der Patienten offenbar sehr ähnlich.

Auf die Frage, ob sie ihre Ziele erreicht hätten, antworteten 34% der Patienten, „ja, total“ oder „zum großen Teil“. Das heißt, lediglich ein Drittel der Patienten hatte das Gefühl, den Tagesklinikaufenthalt erfolgreich beendet zu haben. Die restlichen Patienten waren unentschieden oder sogar der Meinung, sie hätten ihre Ziele nicht erreicht. In der oben genannten Arbeit von Cueni konnten 54% der formulierten Ziele als erreicht betrachtet werden. Allerdings ist diese Einschätzung von den Behandlern getroffen worden. Daher ist ein direkter Vergleich hier schwierig, wenn nicht unzulässig. Fraglich ist, wie dieses Ergebnis von immerhin zwei Dritteln der Patienten, die nicht das Gefühl hatten, ihre Ziele erreicht zu haben, mit der hohen globalen Zufriedenheitsrate zusammenpasst. Mögliche Erklärungsansätze bietet das Modell von Williams et al. (1998), das später vorgestellt werden soll (siehe Absatz 5.2.10, S. 81)

Zusammenfassend fallen bei den Erwartungen und Zielen der befragten Patienten neben dem nahe liegende Wunsch nach Verbesserung des psychischen Zustandes, vor allem die Bedeutung von Struktur und Arbeitsfähigkeit auf. Hier zeigt sich eine Übereinstimmung mit dem Personal der Tageskliniken, das diese Elemente in der Therapieplanung immer wieder als wichtige Teile der therapeutischen Ziele definiert.

5.2.5 Patientenurteil über das Personal

Bewertungen des Personals, bezüglich Kompetenz, Erreichbarkeit, Verhalten, durch Patienten sind meist positiv (Bock, 1985; Eichler et al., 2006; Gruyters, 1995; Gutknecht, 2005), obwohl in den Studien zu diesem Thema häufig unterschiedliche Skalen, Fragebögen und -stellungen verwendet werden. So sollten Patienten in einer Untersuchung (Semmler, 1998) das Personal auf einer Skala von 1 bis 6, im Sinne von Schulnoten, bewerten. Das Pflegepersonal wurde hier mit 2,1, die Ärzte und Psychologen mit 2,2, die Sozialarbeiter mit 2,1 und die Beschäftigungstherapeuten mit 2,7 bewertet. In einer anderen Untersuchung (Ruggeri et al., 1993) wurden Fähigkeit und Verhalten des Personals auf einer 5-stufigen Skala abgebildet, wobei 5 der Positivpol war. Im Durchschnitt lag hier die Bewertung bei 4,07. In einer großen Tagesklinikstudie in fünf europäischen Städten fanden Ruggeri et al. (2003) heraus, dass die Bewertung des Personals stark variiert, dass heißt, es war kein eindeutiger Trend, keine klare Verteilung der Bewertungen erkennbar. Allerdings fiel das Urteil über Ärzte und Psychologen etwas positiver aus, als über das Pflegepersonal und die Sozialarbeiter. Es gab Hinweise darauf, dass eine setting-spezifische und unterscheidbare Beurteilung stattfand.

In der vorgelegten Studie wurde eine Skala mit fünf Stufen, in Anlehnung an Semmler (1998) und Ruggeri et al. (1993), ausgewählt. Auf der 5-stufigen Skala von „sehr gut“ (1) bis „sehr schlecht“ (5) liegen alle Bewertungen zwischen „gut“ und „sehr gut“. Die hier erfassten Werte zu Fähigkeit und Verhalten des Personals liegen zwischen 1,8 und 1,3, fallen also noch etwas positiver aus als in der oben genannten Untersuchung. Es ergab sich in den Neuköllner Tageskliniken generell ein positives Urteil der Patienten über die Teammitglieder. Behandler und Pflegepersonal (MW jeweils 1,7) wurden etwas schlechter bewertet als die anderen Berufsgruppen (1,3 für die Arbeitsgruppenleiter, 1,4 für die anderen Berufsgruppen). Auch inhaltlich zeigten sich geringfügige Unterschiede. So wurde z.B. die Erreichbarkeit der Behandler mit 1,8 schlechter eingeschätzt, als die der anderen Teammitglieder (im Mittel 1,4). Das entspricht durchaus der Realität und kann als Zeichen eines differenzierten Patientenurteils angesehen werden. Außerdem entspricht es den Befunden in der Literatur. Barker et al. (1996) stellten in einer Befragung von tagesklinischen Patienten ebenfalls fest, dass die Möglichkeit, die Ärzte zu erreichen, von den Patienten als eher unzureichend eingeschätzt wurde. Dieses Urteil ist realistisch, da Ärzte im Vergleich mit anderen Berufsgruppen im Rahmen der Klinik noch viele andere Verpflichtungen haben. Auch die generell etwas schlechtere Bewertung der Behandler wird nachvollziehbar, wenn man die Rolle dieser Berufsgruppe innerhalb des Teams betrachtet. Die behandelnden Ärzte z.B. sind verantwortlich für die Medikation, die Auf- oder Abdosierung. Außerdem werden Ge- und Verbote auch meist von den Behandlern ausgesprochen. Auch auf diesen konfliktreichen Feldern spielt sich die Beziehung zwischen Patient und Behandler ab und bleibt dabei erfahrungsgemäß

nicht unbelastet, was die entsprechende Wertung der Patienten deutlich macht. Es konnten keine statistisch signifikanten Zusammenhänge zwischen Patientenmerkmalen und der Bewertung ausgemacht werden

Bezüglich der Frage, ob es für die Patienten eine besonders wichtige Person im Team gab und falls ja, wer diese Person war, fällt auf, dass immerhin etwa drei Viertel (76%) der Patienten angaben, mindestens ein Mitglied des Personal sei besonders wichtig gewesen. Personelle Kontinuität ist gerade in psychiatrischer Behandlung von besonderer Relevanz und die Bedeutsamkeit des zwischenmenschlichen, interaktionellen Aspektes bei der Bewertung der Behandlung wird in der Literatur immer wieder betont (Gerber u. Prince, 1999; Möller-Leimkühler et al., 2002; Sitzia und Wood, 1997). Eventuell liegt hier auch ein Erklärungsansatz für die oben erwähnte Diskrepanz zwischen hoher Zufriedenheit einerseits und der eher niedrigen Erfolgsrate, bzw. auch negativeren Urteilen über Einzelaspekte andererseits. Eine als positiv erlebte Beziehung zu Mitgliedern des Teams sorgt dafür, dass die Behandlungssituation als positiv wahrgenommen wird, auch wenn der Patient der Ansicht ist, nicht alle seine Ziele erreicht zu haben, oder auch dezidiert unzufrieden mit bestimmten Aspekten ist. Die Berufsgruppe, die die meisten Patienten als wichtigste Person empfanden, war die der Arbeitsgruppenleiterinnen, was sich auch in der Bewertung der Mitarbeiter zeigt, in der diese Berufsgruppe am besten beurteilt wird. Verantwortlich für dieses gute Urteil ist sicherlich die Bedeutung der AG-Leiter als primärer Ansprechpartner für den Patienten (meist besser erreichbar als der Arzt), als Anleiter und Helfer bei der praktischen Arbeit. Logisch in diesem Zusammenhang ist die ebenfalls sehr positive Bewertung der arbeitstherapeutischen Gruppen (siehe unten). All dies kann allerdings nur dann zum Tragen kommen, wenn personelle Kontinuität besteht und die persönliche Eignung der Mitarbeiter für diese Tätigkeit gegeben ist.

5.2.6 Patientenurteil über die Therapien

Das therapeutische Angebot der psychiatrischen Tageskliniken des Vivantes Klinikum Neuköllns entspricht dem vieler anderer bundesdeutscher Tageskliniken (Kallert et al., 2003; Diebels et al., 2004).

Die Bewertung der therapeutischen Angebote durch die Patienten ist, wie die des Personals, in der Literatur meist positiv (Hsu et al., 1983; Zeeck et al., 2002; Dick et al., 1985a; Schene et al., 1993; Russell et al., 1996; Macdonald u. Sheldon, 1997; Holloway, 1988; Eichler et al., 2006; Gutknecht, 2005). Auch in dieser Untersuchung wird von den therapeutischen Angeboten die Hälfte eindeutig positiv, mit Mittelwerten kleiner oder gleich 2,0 bewertet, und kein Angebot im Mittel schlechter als mit 3,0, „mittelmäßig“ eingeschätzt. Dennoch werden die verschiedenen Therapien deutlich unterschiedlich „benotet“.

Die Einzelgespräche werden, laut Literatur, meist sehr hoch bewertet (Hsu et al, 1982; Ricketts u. Kirshbaum, 1994; Zeeck et al., 2002). Das lässt sich hier ebenfalls zeigen (MW: 2,0), allerdings fällt das Urteil weniger eindeutig aus. Vielleicht spiegelt sich hier auch die anstrengende, gelegentlich auch konfrontative und belastende Seite von Einzelgesprächen wieder. Ebenfalls übereinstimmend mit der Literatur ist die im Vergleich zu Einzelgesprächen schlechtere Bewertung der Gruppentherapie (2,4) (Hsu et al., 1982; Ricketts u. Kirshbaum, 1994).

Laut Baker et al. (1986) werden eher kleine Gruppen als positiv erlebt. Vier Therapieangebote, die mit am besten bewertet wurden - die DBT-Gruppe mit 1,3, die Musiktherapie mit 1,6, die Gestaltungstherapie mit 1,8 und das Training der sozialen Kompetenzen mit ebenfalls 1,8 - fanden in solchen Kleingruppen statt.

Zeeck et al. fanden in einer Untersuchung, dass konflikt- und symptomorientierte Therapien von allen Therapien am hilfreichsten eingeschätzt werden (Zeeck et al., 2002). Auch in der vorliegenden Untersuchung sind mit der Musik- und der Gestaltungstherapie zwei Verfahren, die mit konfliktaufdeckenden Elementen arbeiten, mit am hilfreichsten eingeschätzt worden. Die Dialektisch-behaviorale Therapie und das Training sozialer Kompetenzen, die ebenfalls sehr positiv bewertet wurden, sind in ihrer Ausrichtung eher symptombezogen. Baker et al (1986) und Russell et al. (1996) geben an, dass Therapieangebote, in denen „Coping-Skills“, also Bewältigungsstrategien, vermittelt werden, als sehr hilfreich eingeschätzt werden, was auch auf die beiden eben genannten Therapien zutrifft. Allerdings sind das Konzentrations-training und die Entspannungstherapie als weniger hilfreich erlebt worden. Diese Aussagen sind nur von begrenztem Wert, weil die Gruppen nur 4-6 Personen umfassten. Auch die Psychoedukation, die in erster Linie Information vermitteln will und teilweise sehr strukturiert abläuft, wurde mit 2,8 deutlich negativer bewertet. Hier fanden sich Übereinstimmungen zur frei geäußerten Kritik, die sich vielfach auf die Psychoedukation richtete.

Die dritte therapeutische Aktivität, die mit 1,8 bewertet wurde, ist die am Produkt orientierte Arbeit in den Arbeitsgruppen. Dass diese sehr konkreten Tätigkeiten und Aufgaben von den Patienten als hilfreich erlebt werden, wird verständlich auch vor dem Hintergrund der Bedeutsamkeit von Arbeit generell, die in vielen Bereichen dieser Untersuchung immer wieder deutlich wird. So z.B. bei den Erwartungen und den Zielen der Patienten sowie den Plänen für die Zeit nach der Tagesklinik. Es finden sich auch entsprechende Hinweise in der Literatur, dass Patienten soziale und praktische Aktivitäten als besonders hilfreich bewerten (Holloway, 1988; Baker, 1986; Russell et al., 1996). Hierzu passt auch, dass die anderen therapeutischen Aktivitäten, wie die Sportgruppe (1,9), die Backgruppe (2,2) oder die anderen Angebote zwar im Mittel nicht so gut wie die „klassischen“ Therapien, aber durchgängig als hilfreich bewertet werden.

In der bereits erwähnten Untersuchung von Baker et al. (1986) gab die Mehrzahl der Patienten an, die Visiten und die Versammlungen aller Patienten und Mitarbeiter könnten abgeschafft werden. Auch damit stimmen die Befunde überein. Die Patienten in der vorliegenden Untersuchung urteilten zwar nicht so negativ, im Vergleich schneiden diese Angebote jedoch ebenfalls deutlich schlechter ab als die anderen Therapien. Besonders die Morgenversammlung ist unbeliebt (Visiten, 2,4; Morgenrunde, 3,0). Die besonders negative Bewertung dieser Runde zeigte sich auch schon bei einer ähnlichen Befragung aus dem stationären Bereich derselben Klinik (Fähndrich u. Smolka, 1998). Offenbar gibt es in der Bewertung hier einen deutlichen Unterschied zwischen Professionellen und den Patienten. Schon Douglas Bennett betonte die Bedeutsamkeit dieser Art von Versammlung für das tagesklinische Arbeiten (Bennett, 1976), die Patienten teilen diese Sicht offensichtlich nicht. Da die morgendliche Versammlung aber nicht abgeschafft werden soll, muss die Institution sich fragen, wie z.B. diese Veranstaltung für die Patienten attraktiver gestaltet werden könnte, da der (therapeutische) Sinn und Nutzen offenbar von den Patienten nicht deutlich genug wahrgenommen wird.

Die medikamentöse Therapie liegt in der Beurteilung der Patienten im gerade noch akzeptierten Bereich, bei einem Mittelwert von 2,3. In der Literatur wird die Medikation im Patientenurteil ebenfalls meist als mäßig hilfreich bewertet (Ricketts u Kirshbaum, 1994; Hsu, 1982; Semmler, 1998; Baker et al., 1986). Noch negativer wird meistens die Information über die Medikamente beurteilt (Ruggeri u. dall'Agnola, 1993; Gigantesco et al., 2002; Möller-Leimkühler u. Dunkel, 2003; Ruggeri et al., 2003). Auch hier stimmen die Befunde mit der Literatur überein; die Aufklärung über die Medikation wird mit 2,5 im Vergleich mit den anderen therapeutischen Angeboten schlechter bewertet.

Die insgesamt positive Bewertung der therapeutischen Angebote lässt allerdings darauf schließen, dass die Patienten diese Angebote als hilfreich einschätzen. Dennoch werden Unterschiede in der Einschätzung sichtbar. Die dargestellten Unterschiede entsprechen in weiten Teilen den Befunden aus anderen empirischen Studien. Auch in der vorliegenden Untersuchung erfolgte also eine differenzierte und in Grenzen kritische Bewertung der therapeutischen Aktivitäten.

Es gibt Hinweise darauf, dass eine vorhandene psychiatrische Komorbidität eher mit einer schlechteren Bewertung assoziiert ist. Sichtbar wird dies vor allem in der Bewertung der Gesprächsgruppe ($p=0.008$) und der Bewertung der Entspannungstherapie ($p=0.007$). Auch eigene Einkünfte als Einkommensquelle beeinflussen die Bewertung. Auch hier fällt sie eher negativer aus, z.B. bei der Bewertung der Psychoedukation ($p=0.024$), der Gesprächsgruppe ($p=0.003$) und der Bewertung von DBT, Training sozialer Kompetenzen und Konzentrations-training ($p=0.027$). Die psychiatrische Komorbidität ist sicherlich auch als Zeichen einer schwereren Erkrankung zu werten, die ja, wie oben dargelegt, mit einer schlechteren Bewer-

tung der Versorgung einhergeht. Spekulieren ließe sich, dass eigene Einkünfte auch mit einem anderen Selbstwert und –bild verbunden sind, was wiederum mit einem höheren Anspruch und höheren Erwartungen an die Einrichtung einhergehen mag.

5.2.7 Urteil über Mitpatienten und Strukturmerkmalen

Mitpatienten

Die Bedeutung der Mitpatienten ist bereits bei den Gründen und Erwartungen der Patienten mit den immer wieder auftauchenden Stichworten „sozialer Kontakt“, „mit jemandem reden können“, „Gemeinschaft finden“, deutlich geworden. Gruyters (1995) hat die zentrale Rolle der Mitpatienten betont. Bock (1985) fand, psychotische Patienten hätten ihre Mitpatienten eher als belastend, neurotische Patienten eher als hilfreich erlebt. Auch die hier befragten Patienten sollten einschätzen, welche Rolle ihre Mitpatienten während des Aufenthaltes für sie gespielt haben. Etwa zwei Drittel der Patienten gab an, ihre Mitpatienten als „hilfreich“ erlebt zu haben. Ein Zusammenhang im Sinne der Ergebnisse von Bock (1985) fand sich nicht.

Lage, Ausstattung und Verpflegung in der Tagesklinik

Der Anfahrtsweg der Patienten betrug im Mittel 20 Minuten und war damit unproblematisch zu bewältigen. Die meisten Patienten erlebten dementsprechend ihren Anfahrtsweg als weder zu lang noch zu kurz. Diese guten strukturellen Voraussetzungen werden vor allem durch die regionalisierte Versorgung erreicht. Dementsprechend stammten auch 95% der Patienten aus Neukölln. Allerdings hatten vier Patienten einen Anfahrtsweg von 45 Minuten oder mehr, eine Patientin gab sogar an, morgens 70 Minuten unterwegs zu sein. Allerdings stammten drei dieser Patienten nicht aus Neukölln. Sie waren jedoch aufgrund früherer Aufenthalte mit den Tageskliniken vertraut und bevorzugten deshalb eine Wiederaufnahme in diese Einrichtungen. Dennoch entsprechen diese Bedingungen nicht den allgemein akzeptierten Voraussetzungen für einen Tagesklinikaufenthalt, die den Anfahrtsweg auf maximal 45 Minuten begrenzen (Veltin, 1986).

Die Räumlichkeiten und das Mobiliar der Tagesklinik wurden mit 1,9 auf der 5-Punkte-Skala im Mittel positiv bewertet. Auch die Mahlzeiten bewerteten die meisten Patienten als gut (2,0), „schlecht“ oder „sehr schlecht“ fand niemand das (selbstgekochte) Essen. Allerdings wurde am Ende des Interviews wiederholt Kritik auch am Essen geäußert.

5.2.8 Bewertung des Einflusses auf die Behandlung, der Hausordnung und der Organisation des Aufenthalts

Urteil der Patienten über ihren Einfluss auf die Behandlung und die Regeln der Tagesklinik

Ausgehend von der Forderung nach Gleichberechtigung der Patienten, auch in Bezug auf die Therapieplanung (WHO Regional Office for Europe, 2005), wurden die Patienten gebeten, einzuschätzen, wie sie ihren Einfluss auf die Behandlung erlebt haben. In Studien, die sich dieser Frage widmen, bewerteten die Patienten ihren Einfluss auf die Behandlung meistens als nicht ausreichend (Ricketts u. Kirshbaum 1994; Macdonald u. Sheldon, 1997; Gerber u. Prince, 1999). Auch in der hier vorliegenden Untersuchung wurde der Einfluss im Mittel nur mit 2,4, als eher weniger ausreichend bewertet. 15,3% (n=9) der Patienten gaben an, „überhaupt nicht“ oder „eher nicht“ ausreichend Einfluss auf ihre Behandlung gehabt zu haben. Tendenziell hatten die männlichen Patienten eher das Gefühl, unzureichend Einfluss auf die Behandlung nehmen zu können (p=0.042).

Die Mehrheit der Patienten war einverstanden mit der „Hausordnung“, fand sie teilweise sogar hilfreich, was in Übereinstimmung mit einer Studie von Semmler (1998) ist, wo die „Hausordnung“ ebenfalls gut bewertet wurde. Bei Gruyters (1995) kritisierten die Patienten vor allem die Rigidität, mit der die Regeln angewandt wurden. Diese Einschätzung wurde auch bei den hier befragten Patienten deutlich, 13% (n=8) erlebten die Regeln eher negativ, und auch in den freien Kommentaren wurde mehrfach Kritik zu diesen Punkten geäußert. Dennoch bleibt im Ganzen (87% aller Patienten) eine positive Bewertung der Hausordnung.

Urteil über Organisation des Aufenthalts, die Behandlungsdauer und das Tagesklinikkonzept

Etwa die Hälfte der Patienten (53%) fand die Länge des Aufenthalts „genau richtig“. Die Entlassungsvorbereitung wurde im Mittel mit 2,3 eher negativ bewertet. Entsprechende Befunde gibt es in der Literatur nicht. Der hier deutlich werdende Zusammenhang zwischen unangemessener Aufenthaltsdauer und dem Gefühl nicht ausreichend auf die Entlassung vorbereitet worden zu sein, ist für Patienten, die meinten, zu kurz in der Tagesklinik gewesen zu sein nachvollziehbar. Dass allerdings Patienten, die gerne früher entlassen worden wären, sich nicht ausreichend auf die Entlassung vorbereitet fühlen, erscheint weniger plausibel. Es mag sein, dass die Patienten in dem Zeitraum, in dem ihnen die Entlassung sinnvoll erscheint, auch die Vorbereitung darauf als aufreichend wahrnehmen, und jede Über- oder Unterschreitung dieses Zeitfensters zu einem Gefühl der Unsicherheit bezüglich der Entlassung führt.

Das Spezifische am tagesklinischen Setting, also die Möglichkeit, nachmittags nach Hause gehen zu können und im gewohnten sozialen Umfeld zu verbleiben, wurde von den Patienten auf der 5-stufigen Skala im Mittel mit 2,4 bewertet. Im Vergleich mit der Gesamtbewertung der Tagesklinik ist das ein eher schlechter Wert. Auf der anderen Seite wurde gerade das tagesklinische Angebot von einigen Patienten als Grund dafür genannt, die Tagesklinik

aufzusuchen. Hier wird der in der Literatur beschriebene Zwiespalt deutlich, mit dem die Patienten dem tagesklinischen Setting oft begegnen. Am Wochenende und abends zuhause zu sein, wird vermutlich sowohl als hilfreich, als auch als belastend erlebt. Bei Eichler et al. (2006) gaben immerhin 82% der befragten Tagesklinikpatienten an, bei einem erneuten Aufenthalt wieder eine Tagesklinik zu bevorzugen. Als Grund wurden im Wesentlichen die oben genannten tagesklinikspezifischen Rahmenbedingungen genannt. Dazu passt, dass bei einer ähnlichen Befragung im vollstationären Bereich (Fähndrich u. Smolka, 1998) gerade die Trennung von der Familie als sehr belastend angegeben wurde. Hier wird die Bedeutung der sozialen Einbindung, auch während einer intensiven Behandlungsphase deutlich, was die generelle Präferenz teilstationärer Angebote verständlich macht.

5.2.9 Die Zeit nach der Tagesklinik – Integrierte Angebote und Pläne der Patienten

Ambulante Nutzung der Therapieangebote

Etwa drei Viertel der Patienten wünschte, bestimmte Therapien der Tagesklinik auch ambulant weiterhin nutzen zu können. Dies zeigt, dass die Mehrheit der Patienten das Angebot als positiv erlebte und dass ein Bedürfnis nach Fortführung und Kontinuität der Behandlung besteht. Außerdem zeigen sich darin auch eine Form der Zufriedenheit und gleichzeitig eine bestehende Anbindung an die jeweilige Institution, die für den weiteren Behandlungsverlauf von Nutzen sein kann. In den Antworten auf die Frage, welche Angebote die Patienten auch nach der Entlassung gerne nutzen würden, spiegelt sich die Bewertung des Angebots durch die Patienten wieder. Die arbeitstherapeutischen Gruppen, die Musiktherapie und die Sportgruppen wurden am häufigsten genannt, was den übrigen Befunden zur Bedeutung dieser strukturierenden und praxisorientierten Angebote entspricht. „Morgenrunde“ und Visite wurden erwartungsgemäß hier gar nicht angegeben. In der Literatur fanden sich keine Untersuchungen zu den Bedürfnissen oder Plänen der Patienten bezüglich einer ambulanten Nutzung therapeutischer Angebote in der Tagesklinik nach der Entlassung. Auch über die Vorstellungen der Patienten für die Zeit nach der Tagesklinik gibt es in der Literatur keine Daten.

Pläne der Patienten

In den Plänen der Patienten für die Zeit nach dem Aufenthalt in der Tagesklinik wurde wieder die zentrale Bedeutung einer, wie auch immer gearteten, sinnvollen und alltagsstrukturierenden Tätigkeit deutlich. Ähnliche Relevanz hatten Pläne, wie „Leben ordnen, Haushalt regeln“ oder ein Neubeginn, entweder in beruflicher Hinsicht oder auch bezüglich der Wohnsituation. Es wurde deutlich, dass die meisten Patienten konkrete Pläne für die nächsten Monate entwickelt hatten. Nur 5 Patienten (9%) hatten keine Vorstellung zu dieser Frage. Vergleichsmöglichkeiten zur Literatur bestehen nicht.

Globalurteil über die Tagesklinik

In der Literatur wird häufig die Diskrepanz zwischen negativer Bewertung von Einzelaspekten und der hohen Globalzufriedenheit diskutiert. Einen möglichen Erklärungsansatz liefert das bereits erwähnte Modell von Williams et al. (1998), das deutlich macht, dass kritische Einschätzungen und generelle Zufriedenheit durchaus miteinander vereinbar sind. Die Autoren gehen in ihrem Konzept von Zufriedenheit davon aus, dass bei der Bewertung einer Behandlungserfahrung zwei Aspekte bedeutsam sind, „Pflicht“ und „Schuldhaftigkeit“ („duty“ und „culpability“). Es spielt also eine Rolle, ob Patienten der Meinung sind, dass z.B. das, was ihnen gefehlt hat, gar nicht die Aufgabe der Mitarbeiter war, oder dass die Mitarbeiter zwar ihrer Pflicht nicht nachgekommen sind, dafür aber nicht verantwortlich gemacht werden können, weil es sozusagen „mildernde Umstände“, wie geringe personelle Besetzung o.ä. gab. Auch wenn also Einzelaspekte deutlich negativ bewertet werden, fließt in die Gesamtbewertung auch eine Einschätzung ein, wo die Verantwortung für diesen Mangel liegt. Hohe Zufriedenheitsangaben müssen daher nicht unbedingt nur gute Erfahrungen reflektieren, sondern können auch eine Haltung der Patienten, im Sinne von, „sie haben ihr Bestes getan“ ausdrücken.

Gemeinsam ist den meisten Studien zur Patientenzufriedenheit, dass die Globalzufriedenheit sehr hoch ist (Holloway, 1988; Kallert et al., 2004a; Hsu et al., 1982; Dick et al., 1985a; Ruggeri et al., 1993; Macdonald u. Sheldon, 1997; Gruyters, 1995; Gerber u. Prince, 1999). In der hier vorgelegten Untersuchung bewerteten die Patienten den Tagesklinikaufenthalt im Mittel mit 1,8 ebenfalls sehr positiv, obwohl nur 34 % der Patienten angaben, ihre persönlichen Ziele erreicht zu haben. Eine hohe Allgemeinzufriedenheit lässt sich also auch hier nachweisen. Ruggeri et al. (1993) stellten ebenfalls fest, dass die Anzahl der unzufriedenen Patienten in dieser Kategorie geringer war als in allen anderen, was sich hier ebenfalls zeigte. In einer Untersuchung von Dick et al. (1985a) wurden zu dieser Frage sogar ausschließlich positive Antworten gegeben. Auch die Patienten der Neuköllner Tageskliniken urteilten sehr positiv. Die „Note“ „mittelmäßig“ (3) wurde von lediglich 10% (n=6) der Patienten gegeben, und die negativen Antwortmöglichkeiten (4-5) wurden, wie bei Ruggeri et al. (1993), gar nicht genutzt.

Man könnte vermuten, dass die besondere Sozialstruktur des Bezirkes Berlin Neukölln, die sich in den Kliniken mit einem hohen Anteil an ärmeren, meist arbeitslose Patienten mit niedrigerem Bildungsstand widerspiegelt, Einfluss hatte auf das Urteil der Patienten. Hinweise aus der Literatur, die auf eine geringere Zufriedenheit der Patienten in Einrichtungen aus ärmeren städtischen Gegenden hindeuten (Ruggeri et al., 2003), konnten hier so nicht bestätigt werden.

Die Frage nach Weiterempfehlung der Tagesklinik hängt mit der generellen Bewertung der Behandlung zusammen und kann als weitere globale Zufriedenheitsangabe verstanden werden. Nur vier Patienten (7%) gaben hier an, die Tagesklinik nicht weiterzuempfehlen.

5.2.10 Verbesserungsvorschläge der Patienten

Die Antworten auf die Frage nach Änderungs-, bzw. Verbesserungsvorschlägen am Ende des Interviews zeigt, dass die Patienten durchaus zu einer kritischen, differenzierten Beurteilung und zu konstruktiven Vorschläge in der Lage sind. Ein großer Teil der Patienten (75%) machte hier konkrete Angaben. In einer Befragung durch Mac Donald u. Sheldon (1997) antworteten auf eine ähnliche Frage 59%, bei Holloway (1988) waren es allerdings nur 37%. Die hohe Rate von Patienten, die hier Kritik äußerten oder Änderungsvorschläge unterbreiteten, spricht dafür, dass trotz der sehr positiven Globalbewertung kritische Sichtweisen vorhanden sind und dass am Ende der Befragung, trotz der Interview-Situation und des dabei eventuell empfundenen sozialen Drucks, die Möglichkeit für negative Äußerungen bestand und genutzt wurde. Weiterhin kann es als Zeichen von Vertrauen angesehen werden und ist auch als eine Art „gelernte Offenheit“ zu sehen, die die Patienten in den diversen Gesprächs- und Gruppentherapien eingeübt haben.

Inhaltlich stimmen die Veränderungswünsche der Patienten mit den Angaben in der Literatur überein. So wurde Änderungsvorschläge zum therapeutischen Programm und Kritik an den Pausenzeiten auch von den Patienten geäußert, die bei Holloway (1988), Eichler (2006) und Gruyters (1995) befragt wurden. In der Untersuchung von Patienten einer Berliner Tagesklinik durch Gruyters (1995) wurde, wie auch in der hier vorliegenden Befragung, außerdem der Wunsch nach mehr Einzelgesprächen, d.h. Psychotherapie im weitesten Sinn deutlich. Dies entspricht auch dem Bedürfnis im team- und gruppentherapeutisch orientierten Setting der Tagesklinik nicht zu „verschwinden“ und wenigstens eine Vertrauensperson zu haben, und durch diese mehr Zuwendung und Aufmerksamkeit zu erleben.

5.3 Grenzen der Untersuchung und Nutzen einer derartigen Untersuchung

Zusätzlich zu den oben diskutierten Schwierigkeiten des methodischen Zugangs zu diesem Thema kommen die generellen Probleme der Zufriedenheitsforschung auch in der Einschätzung der vorliegenden Daten zum Tragen. Es bleiben offene Fragen nach dem theoretischen Konstrukt von Zufriedenheit und der unklaren Definition und Dimensionalität dieses Begriffs. Auch die immer wieder festgestellte hohe „Baseline“ der Zufriedenheit lässt Zweifel aufkommen an der Aussagekraft des Antwortverhaltens der Patienten. Der Deckeneffekt und die damit verbundene geringe Spannbreite, in der eine differenzierte Bewertung durch die Patienten stattfindet, erschweren eine Interpretation der Daten.

Dennoch muss für alle, die sich der kritischen Betrachtung medizinischer Versorgung widmen, sei es im Klinikalltag oder in der Versorgungsforschung und Qualitätssicherung, ein Interesse an der Meinung der Patienten zur Behandlung bestehen. Die deutsche Sozialgesetzgebung (SGB V, § 137), der World Health Report von 2001 oder die Mental Health Declaration for Europe (WHO, 2005), zeigen Einigkeit über die Relevanz einer stärkeren Patientenorientierung im Gesundheitssystem. So sollen Mitbestimmung, Wahrung der Menschenrechte und ein gleichberechtigtes Miteinander gefördert werden. Letztlich bleibt nur das direkte Befragen der Patienten, wenn man sich ein Bild von der Sicht der Betroffenen machen möchte. Die methodischen Schwierigkeiten müssen in Rechnung gestellt werden, sollten aber nicht dazu führen, Patientenbefragungen als wichtigen Bestandteil einer versorgungs- und qualitätsbezogenen Forschung zu vernachlässigen. Vor dem Hintergrund dieser Schwierigkeiten wird aber auch nachvollziehbar, dass sich einheitliche Messinstrumente bisher nicht durchgesetzt haben.

Aus all diesen Gründen sollte eine Interpretation der Ergebnisse mit Vorsicht und in erster Linie im Hinblick auf die eigene Untersuchungsgruppe erfolgen. Die weitgehende Übereinstimmung der hier vorgelegten Daten mit denen in der Literatur kann man im Sinne einer Validierung auffassen. Die differenzierte Beurteilung der Behandlung durch die Patienten spricht ebenfalls dafür, dass man die Urteile und Meinungen der Patienten als valide ansehen kann. Die Untersuchung hatte auch, im Sinne der deskriptiven Forschung und unabhängig von der Frage der Patientenzufriedenheit, die Darstellung bestimmter Aspekte der Versorgungsrealität der beschriebenen Einrichtungen zum Ziel. Jede weitere Planung und Veränderung von Versorgungsstrukturen muss sich an einem empirischen Ausgangswert orientieren, der hiermit auch vorgelegt werden soll.

Im Folgenden soll der Versuch unternommen werden, Handlungsimplicationen aus den Befunden abzuleiten:

Verbesserungsbedürftig erscheint generell die Vermittlung von Informationen im Rahmen der Aufklärung der Patienten über Sinn und Nutzen der Behandlung. Dies betrifft sowohl Informationen über die verordneten Medikamente, als auch über Sinn und Zweck z.B. von Regeln in der Tagesklinik. Die schlecht bewertete tägliche Morgenrunde und Visite können nicht abgeschafft werden, nur weil sie schlecht „benotet“ werden. Eventuell kann jedoch ihr Charakter modifiziert, ihre Bedeutung und Rolle im therapeutischen Konzept der Tagesklinik deutlicher gemacht werden. Auch die Länge der Pausen im Tagesablauf würde wohl auf weniger Kritik stoßen, wenn den Patienten besser vermittelt würde, dass auch diese freie Zeit „therapeutisch“ ist. Dass ein Teil der Patienten das Gefühl hat, keinen ausreichenden Einfluss auf die eigene Behandlung zu haben, sollte ein Anstoß sein, sowohl den Mitspracheteil der Patienten, als wiederum auch die Art und Weise, wie dieser vermittelt wird, kritisch zu reflektieren.

Hier bewegt man sich im Spannungsfeld der verschiedenen Patientenrollen vom „geduldig Leidenden“ im hierarchisch-paternalistisch geprägten Arzt-Patienten-Verhältnis bis hin zum modernen „Kunden“ im medizinischen Dienstleistungssystem. Vollständige Gleichberechtigung ist in manchen Situationen einer Arzt-Patienten-Interaktion nicht möglich und auch nicht immer sinnvoll. Manche Entscheidungen werden, gerade in der Psychiatrie auch gegen den momentanen Willen des Patienten getroffen werden müssen und „unbeliebte“ Therapieangebote müssen von den Patienten dennoch besucht werden. Hier zeigen sich auch die Grenzen der „Kundenrolle“ des Patienten. Umso wichtiger wird vor diesem Hintergrund die ausführliche und erschöpfende Aufklärung und Information des Patienten, die eine bewusste und notwendige Mitentscheidungsfähigkeit erst ermöglicht.

Die zahlreichen Vorschläge und Kritikpunkte der Patienten, wie auch die anderen Ergebnisse, sollten (und wurden auch) in den Teams der Tageskliniken intensiv diskutiert werden, um die Anregungen und Ideen der Patienten nutzbar zu machen. Die positive Resonanz der Patienten auf die Befragung lässt z.B. an die Möglichkeit eines erweiterten Abschlussgespräches denken, wo Kritik explizit gefordert wird und einen eigenen Raum bekommt. Denkbar wäre auch ein (anonymer) Fragebogen, wie er im stationären Bereich seit Jahren zur Routine gehört (Fähndrich u. Smolka, 1998; Fähndrich u. Pieters, 2001). Unabhängig von jedem Detailergebnis verändert die Befragung auch das Verhalten der Mitarbeiter in Richtung vermehrter Professionalität, Verbindlichkeit, etc. im Umgang mit den Patienten. Werden die Ergebnisse dann regelmäßig zurückgemeldet, entsteht ein Informationsfluss, der wiederum zum besseren Verständnis auf beiden Seiten beiträgt.

Im Rahmen der Qualitätssicherung können subjektive Parameter vielleicht nicht als hinreichend, aber in jedem Fall als notwendig gesehen werden (Leimkühler, 1995). Solche Befragungen stärken den gleichberechtigten Umgang von Patienten und Personal, bieten die Möglichkeit zum ausführlichen und differenzierten Feedback an die Mitarbeiter und können hilfreich sein beim Aufdecken von Mängeln. Außerdem wurde deutlich, dass die Patienten die Untersuchung ernst nehmen, und die Interviews in der Regel als positiv erlebt werden. Im Rahmen der Untersuchung wurde von einigen Patienten geäußert, es sei gut, den Aufenthalt noch einmal zu durchdenken, ein Fazit zu ziehen. Wünschenswert wäre, dass die hier vorgestellte Untersuchung als eine Art Pilot-Projekt in veränderter, gestraffter und spezifizierter Form als Routinebefragung in den klinischen Alltag übergeht.

Ein Fazit aus der hier vorgelegten Untersuchung ist, dass die Patienten sich zum großen Teil bereitwillig an solchen Befragungen beteiligen und sie ernst nehmen. Weiterer Forschungsbedarf besteht vor allem in der theoretischen Fundierung des Konzeptes von Zufriedenheit und der genauen Erfassung von Einflussfaktoren auf das Patientenurteil. Der internationale Trend geht im Moment zu großen Multicenterstudien, die durch veränderte Methodik versu-

chen, die Problematik der Zufriedenheitsforschung in den Griff zu bekommen (Ruggeri et al., 2003). Der Schwerpunkt weiterer Forschung sollte sicherlich mehr auf der Erfassung von Unzufriedenheit und Kritik als auf der ständigen Reproduktion von hohen Zufriedenheitswerten liegen.

6 Zusammenfassung

Ausgangspunkt der Untersuchung war die Frage, wie zufrieden die Patienten mit der tagesklinischen Behandlung am Vivantes Klinikum Neukölln in Berlin sind. Alle Patienten, die im Zeitraum eines halben Jahres aus den beiden psychiatrischen Tageskliniken des Klinikums entlassen wurden, sollten zu ihrer Zufriedenheit mit der Behandlung und anderen Aspekten ihres Tagesklinikaufenthaltes befragt werden. Zusätzlich wurden Aspekte der Versorgungsrealität abgebildet. Dazu wurde ein eigener Fragebogen entwickelt, der den Rahmen für ein semistrukturiertes Entlassungsinterview bot. Zielsetzung war die Erfassung der Behandlungsbewertung der Patienten, der Patientenmerkmale und der therapeutischen Versorgung.

Im untersuchten Zeitraum wurden 106 Patienten aus den Tageskliniken entlassen. Von den 97 in die Studie eingeschlossenen Patienten wurden 59 (61%) interviewt. Es fanden sich keine relevanten Unterschiede zwischen den interviewten und nicht interviewten Patienten. Unter den untersuchten waren etwas mehr Männer (58%) als Frauen, das Durchschnittsalter betrug 39 Jahre. Passend zum Sozialprofil des Bezirks Berlin Neukölln waren viele Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung ledig (58%), lebten allein (53%) und waren arbeitslos (75%). In der Diagnoseverteilung fand sich ein Schwerpunkt bei den Schizophrenien (46%), gefolgt von affektiven Störungen (25%) und Persönlichkeitsstörungen und Neurosen (21%). Die Mehrzahl der Patienten (63%) kam von einer der Stationen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Vivantes Klinikums Neukölln. Die mittlere Aufenthaltsdauer betrug 76 Kalendertage. Die Motivation der Patienten für die tagesklinische Behandlung liegt in erster Linie auf der Verbesserung ihres psychischen Zustandes, ihrer kommunikativen Fähigkeiten, und der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit.

Die Globalzufriedenheit war hoch. Verbesserungsvorschläge und Kritikpunkte der Patienten bezogen sich in erster Linie auf das therapeutische Programm, aber auch auf den Tagesablauf und das Personal. Das Patientenurteil über das Personal war im Ganzen sehr positiv. Die Behandler und das Pflegepersonal werden relativ gesehen etwas negativer bewertet als Ergotherapeuten und Sozialarbeiter. Tendenziell bewerten männliche, ältere Patienten mit einer Schizophrenie und längerer Erkrankungsdauer das Personal etwas schlechter. Die Therapien wurden ebenfalls positiv bewertet. Kleine Therapiegruppen wurden als besonders hilfreich erlebt, während die Visite, die psychoedukative Gruppe und die tägliche Morgenrunde die schlechtesten Bewertungen erhielten. Weitere Aspekte wie Lage und Ausstattung der Tagesklinik, Organisation des Aufenthaltes, Tagesklinikkonzept und Entlassungsvorbereitung wurden ebenfalls positiv bewertet. Die Pläne der Patienten für die Zeit nach der Tagesklinik zeigten nochmals die Wichtigkeit von sinnvoller, verantwortlicher Arbeit und Tagesstruktur.

7 Literaturverzeichnis

Allan, H. „Voices of concern“ – A study of verbal communication about patients in a psychiatric day unit. *Journal of Advanced Nursing* 1981;6:355-362.

Babayán, B.A. Special aspects of organization of psychiatric help in the USSR and the role of the medical nurse. Report at the seminar on the medical nurse in psychiatric institutions. World Health Organization. Northvig. Holland, Nov. 14-15 1957.

Bäumli, Josef; Pitschel-Walz, Gabi; Berger, Hartmut; et al. *Arbeitsbuch Psychoedukation bei Schizophrenie (APES)*. Stuttgart: Schattauer, 2005.

Baker, G.H.B.; Gardiner, B.M.; Perez-Gil, J.; Wood, R.J. Psychiatric day hospitals: The Patients and their Preferences in treatment. *Int J Soc Psychiatry* 1986;32:64-72.

Barker, Dave A.; Sukhwinder, S.Shergill; Higginson, Irene; Orell, Martin W. Patients` Views Towards Care Received From Psychiatrists. *British Journal of Psychiatry* 1996;168:641-646.

Barker, Dave A.; Orrell, M.W. The Psychiatric Care Satisfaction Questionnaire: a reliability and validity study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999;34:111-116.

Bennett, Douglas H. The Day-Hospital. *Bibl. Psychiat. Neurol.* 1969;142: 4-18.

Bennett, Douglas H. Towards a Family Approach in a Psychiatric Day Hospital. *British Journal of Psychiatry* 1976;129:73-81.

Berghofer, Gerlinde; Lang, Andrea; Henkel, Helga; et al. Satisfaction of Inpatients and Outpatients With Staff, Environment, and Other Patients. *Psychiatric Services* 2001;52:104-106.

Bierer, J. *The Day Hospital: an Experiment in Social Psychiatry and Synthoanalytic Psychotherapy*. London: H.K.Lewis, 1951.

Bierer, J. Theory and Practice of Psychiatric Day Hospitals. *The Lancet* 1959;2:901-902.

Blumenstock, G. Überlegungen zur Erhebung der Patientenzufriedenheit. In: Ruprecht, Thomas (Hrsg.) *Experten fragen – Patienten antworten*. Forum Sozial- und Gesundheitspolitik Bd. 12. Sankt Augustin: Asgardverlag, 1998:109-115.

Bock, T. *Möglichkeiten und Grenzen teilstationärer Psychiatrie: Einblick in eine Tagesklinik*. Rehburg-Loccum: Psychiatrie-Verlag, 1985.

Bosch, G. Zur Indikation tagesklinischer Behandlung. *Nervenarzt* 1971;42:457-466.

Bosch, Gregor; Steinhart, I. Entwicklung und gegenwärtiger Stand der tagesklinischen Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland. In: Bosch, Gregor; Veltin, A.; *Aktion Psychisch Kranke* (Hrsg.) *Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung*. Köln: Rheinland Verlag, 1983:11-36.

Bowman, E.P; Shelley, R.K.; Sheehy-Skeffington, A. et al. Day patient versus inpatient: factors determining selection of acutely ill patients for hospital treatment. *Br J Psychiatry* 1983;142:584-587.

Bramesfeld, A. Wie gemeindenah ist die psychiatrische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland? *Psychiat. Prax.* 2003;30:256-265.

Callan, Alyson; Littlewood, R. Patient Satisfaction: Ethnic Origin or Explanatory Model? *Int.*

Journal of Social Psychiatry 1998;44:1-11.

Cameron, E. The Day Hospital. An Experimental Form of Hospitalization for Psychiatric Patients. *The Modern Hospital* 1947;69:60-62.

Cameron, D.E. The Day Hospital, Proc. IV. World Congress of Psychiatry, Madrid, Part I, Amsterdam, 1967:377-379.

Creed, Francis; Black, Dawn; Anthony, P. Day-Hospital and Community Treatment for Acute Psychiatric Illness. A Critical Appraisal. *British Journal of Psychiatry* 1989;154:300-310.

Creed, Francis; Black, Dawn; Anthony, Phil; et al. Randomised Controlled Trial of Day and In-patient Psychiatric Treatment. 2: Comparison of Two Hospitals. *British Journal of Psychiatry* 1991;158:183-189.

Creed, Francis; Mbaya, Patrick; Lancashire, Stuart; et al. Cost effectiveness of day and inpatient psychiatric treatment: results of a randomised controlled trial. *British Medical Journal* 1997;314:1381 ff.

Cueni, C. Evaluation tagesklinischer Behandlung durch psychisch chronisch Kranker. Abhandlung zur Erlangung der Doktorwürde der Philosophischen Fakultät I der Universität Zürich. Zürich: Studentendruckereizentrum, 1998.

Deutscher Bundestag. 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, 1975.

Dick, Peter; Cameron, Lewis; Cohen, David; Barlow, Marion; Ince, A. Day and Full Time Psychiatric Treatment: A Controlled Comparison. *British Journal of Psychiatry* 1985 a;147:246-250.

Dick, Peter; Ince, Anne; Barlow, M. Day Treatment: Suitability and Referral Procedure. *British Journal of Psychiatry* 1985 b;147:250-253.

Dickey, Barbara; Binner, Paul R.; Leff, Stephen; Uyeda, Mary K.; Schlesinger, Mark J.; Gudeman, Jon E. Containing Mental Health Treatment Costs through Program Design: A Massachusetts Study. *Am J Public Health* 1989;79:863-867.

Diebels, Ernst; Tschuschke, Volker; Benz, Christian; Günther, Andreas; Schmitz, Hans-J. Aspekte einer aktuellen Bestandsaufnahme psychiatrisch-tagesklinischer Arbeit in Deutschland. In: Eikermann, Bernd; Reker, Thomas (Hrsg.) *Psychiatrie und Psychotherapie in der Tagesklinik. Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 2004:19-25.

Dörner, Klaus; Plog, U. Anfänge der Sozialpsychiatrie. Bericht über eine Reise durch die sozialpsychiatrischen Pioniereinrichtungen der Bundesrepublik im Jahre 1968. Bonn: Edition Das Narrenschiff, 1999.

Dzaghbarov, M.A. Experience in organizing a day hospital for mental patients. *Neuropathologi Psikiatri* 1937;6:137-146.

Edlund, Mark J.; Young, Alexander S.; Kung, Fuan Yue; Sherbourne, Cathy D.; Wells, Kenneth B. Does Satisfaction Reflect the Technical Quality of Mental Health Care? *Health Services Research* 2003;38:631-645.

Eichler, Tilly; Schützwohl, Matthias; Glöckner, Matthias; Matthes, Christiane; Kallert, Thomas, W. Patientenbewertungen tagesklinischer und vollstationärer akutpsychiatrischer Behandlung. Psychiat. Prax. 2006;33:184-190.

Eikelmann, B. Gemeindenahe Psychiatrie. Tagesklinik und komplementäre Einrichtungen. München, Wien, Baltimore: Urban&Schwarzenberg, 1991.

Eikelmann, Bernd; Reker, T. Die psychiatrische Tagesklinik – Übersicht bisheriger Erfahrungen und eigener Ergebnisse. Fortschr. Neurol. Psychiat. 1993;61:71-76.

Eikelmann, B. Sozialpsychiatrisches Basiswissen: Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Enke, 1997.

Eikelmann, B. Zur Geschichte der psychiatrischen Tagesklinik. In: Eikelmann, Bernd; Reker, Thomas; Albers, Matthias (Hrsg.) Die psychiatrische Tagesklinik. Stuttgart, New York: Thieme, 1999 a:35-40.

Eikelmann, B. Tagesklinische Behandlung als Organisationsrahmen moderner psychiatrischer Therapie. In: Eikelmann, Bernd; Reker, Thomas; Albers, Matthias (Hrsg.) Die psychiatrische Tagesklinik. Stuttgart, New York: Thieme, 1999 b:41-50.

Eikelmann, B. "A slow train is coming" – Die tagesklinische Behandlung als Beispiel moderner psychiatrischer Therapie. In: Eikelmann, Bernd; Reker, Thomas (Hrsg.) Psychiatrie und Psychotherapie in der Tagesklinik. Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 2004 a:1-10.

Eikelmann, B. Die psychiatrische und psychotherapeutische Tagesklinik – die organisatorische Perspektive. In: Eikelmann, Bernd; Reker, Thomas (Hrsg.) Psychiatrie und Psychotherapie in der Tagesklinik. Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 2004 b:25-37

Engelke, W. Die Funktion der unabhängigen Tagesklinik in der psychiatrischen Behandlung. Psychiat. Prax. 1989;16:218-221.

Engfer, R. Die psychiatrische Tagesklinik: Kontinuität und Wandel. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2004.

Fähndrich Erdmann u. Smolka, M. Die psychiatrische Abteilung im Urteil der Patienten. Psychiat. Prax. 1998;25:72-75.

Fähndrich, E. Erfahrungen mit der Basisdokumentation im klinischen Bereich. Psycho 2000;26:381-385.

Fähndrich, Erdmann; Pieters, V. Wie beurteilen gerontopsychiatrische Patienten ihren Aufenthalt in einer psychiatrischen Fachabteilung einer Allgemeinkrankenhauses. Psychiat. Prax. 2001;28:94-97.

Farndale, J. The Day Hospital Movement in Great Britain. London: Pergamon Press, 1961.

Fink, Edward, B.; Longabaugh, Richard; Stout, R. The Paradoxical Underutilization of Partial Hospitalization. Am J Psychiatry 1978;135:713-715.

Finzen, Asmus. Die Tagesklinik. München: R.Piper &Co, 1977.

Finzen, Asmus. Hat die Tagesbehandlung in der BRD eine Chance? Psychiat. Prax. 1974;1:33-35.

Finzen, Asmus; Schädle-Deining, Hilde. „Unter elenden menschenunwürdigen Umständen“. Die Psychiatrie-Enquete: begleitet, zusammengefasst und kommentiert. Werkstatt-schriften zur Sozialpsychiatrie Band 25. Rehburg-Loccum: Psychiatrie-Verlag Wunstorf, 1979.

Finzen, Asmus. Tags in die Klinik – abends nach Hause: die Tagesklinik. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1986.

Finzen, Asmus. Tagesklinische Behandlung – Modell psychiatrischer Therapie. In: Eikelmann, Bernd; Reker, Thomas; Albers, Matthias (Hrsg.) Die psychiatrische Tagesklinik. Stuttgart, New York: Thieme, 1999:19-26.

Finzen, Asmus. Kurze Geschichte der psychiatrischen Tagesklinik. Bonn: Edition Das Narrenschiff im Psychiatrieverlag, 2003.

Fitzpatrick, Ray. Surveys of patient satisfaction: I – Important general considerations. BMJ 1991 a;302:887-889.

Fitzpatrick, Ray. Surveys of patient satisfaction: II – Designing a questionnaire and conducting a survey. BMJ 1991 b;302:1129-1132.

Gaebel, W. Qualitätssicherung in der Psychiatrie. Nervenarzt 1995;66:481-493.

Gerber, Gary J.; Prince, Pamela N. Measuring Client Satisfaction With Assertive Community Treatment. Psychiatric Services 1999;50:546-550.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen. Heft 32. Berlin: Robert-Koch-Institut; Bonn: Statistisches Bundesamt, 2006.

Gigantesco, Antonella; Picardi, Angelo; Chiaia, Elvira; et al. Patients and relatives satisfaction with psychiatric services in a large catchment area in Rome. Eur Psychiatry 2002;17:139-147.

Goffmann, E. Asylums: essays on a social situation of mental patients and other inmates. New York: Anchor Books, 1961.

Gruyters, Thomas; Priebe, Stefan. Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten - Resultate und Probleme der systematischen Erforschung. Psychiat. Prax. 1994;21:88-95.

Gruyters, Thomas. Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten Hamburg: Dr. Kovac, 1995.

Gudeman, Jon E.; Dickey, Barbara ; Evans, April ; et al. Four-Year Assessment of a Day Hospital-Inn Program as an Alternative to Inpatient Hospitalization. Am J Psychiatry 1985;142:1330-1333.

Gutknecht, Hardy. Die Bewertung tagesklinischer Behandlung durch die Patienten – Aspekte der Behandlungserfahrungen und erlebten Veränderungen. Psychiat. Prax. 2005;32:342-348.

Hauth, Iris. Psychotherapie in der Tagesklinik. In: Wolfersdorf, M.; Ritzel, G.; Hocke, V. (Hrsg.) Psychotherapie als Haltung und Struktur in der klinischen Psychiatrie. Regensburg: Schriftenreihe der Bundesdirektorenkonferenz Psychiatrischer Krankenhäuser, 2003: 45-64.

Heigl-Evers, Annelise; Henneberg-Mönch, Ursula; Odag, Celal; et al. (Hrsg.) Die Vierzigstundenwoche für Patienten. Göttingen, Zürich: Verlag für Med. Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, 1986.

Heinhold, K.J. Die kinder- und jugendpsychiatrische Tagesklinik. In: Bosch, Gregor; Veltin, A.; Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.) Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung. Köln: Rheinland Verlag, 1983:129-136.

Henderson, Claire; Phelan, M.; Loftus, L.; Dall`Agnola, R.; et al. Comparison Of Patient Satisfaction With Community-based vs. Hospital Psychiatric Services. *Acta Psychiatr. Scand.* 1999;99:188-195.

Hoff, Rani A.; Rosenheck, Robert A.; Meterko, Mark; et al. Mental Illness as a Predictor of Satisfaction With Inpatient Care at Veterans Affairs Hospital. *Psychiatric Services* 1999;50:680-685.

Hogarty, Gerard E.; Dennis, Helen; Guy, William; et al. „Who Goes There ?” – A Critical Evaluation of Admissions to a Psychiatric Day Hospital. *Am J Psychiatry* 1968;124:934-944.

Hoge, Michael A.; Farrell, Sarah P.; Munchel, Mary E.; et al. Therapeutic Factors in Partial Hospitalization. *Psychiatry* 1988;51:199-210.

Holloway, Frank. Psychiatric Day Care: The Users Perspective. *Int. Journal of Social Psychiatry* 1988;35:252-264.

Holloway, Frank; Carson, Jerome. Subjective Quality of Life, Psychopathology, Satisfaction with Care and Insight: An Exploratory Study. *Int. Journal of Social Psychiatry* 1999;45:259-267.

Horvitz-Lennon, Marcela; Normand, Sharon-Lise T.; Gaccione, Peter; et al. Partial Versus Full Hospitalisation for Adults in Psychiatric Distress : A Systematic Review of the Published Literatur (1957-1997). *Am J Psychiatry* 2001;158: 676-685.

Hsu, L.K.George; Ridley, Caroline; Hinde, Ray. How psychiatric patients view their own treatment: A study of 50 day hospital patients. *Int J Soc Psychiatry* 1982;29:60-64.

Jones, Maxwell. Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft. Bern, Stuttgart, Wien: Huber, 1976.

Kallert, Thomas W.; Schützwahl, Matthias. Wirkfaktoren der Behandlung in psychiatrischen Tageskliniken aus Patientensicht. *Krankenhauspsychiatrie* 2002;13:46-53.

Kallert, Thomas W.; Schützwahl, Matthias; Matthes, Christiane. Aktuelle Struktur- und Leistungsmerkmale allgemeinpsychiatrischer Tageskliniken in der Bundesrepublik Deutschland. *Psychiat. Prax.* 2003;30:72-82.

Kallert, Thomas W.; Matthes, Christiane; Glöckner, Matthias; et al. Akutpsychiatrische tagesklinische Behandlung: Ein effektivitätsgesichertes Versorgungsangebot? *Psychiat. Prax.* 2004 a;31:409-419.

Kallert, Thomas W.; Glöckner, Matthias; Priebe, Stefan; et al. A comparison of psychiatric day hospitals in five European countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004 b;39:777-788.

Kallert, Thomas W.; Schützwahl, Matthias. Randomisierte kontrollierte Studien zur Effektivität tagesklinischer akutpsychiatrischer Behandlung: Eine Ergebnisübersicht. In: Eikelmann,

Bernd; Reker, Thomas (Hrsg.) *Psychiatrie und Psychotherapie in der Tagesklinik. Grundlagen und Praxis.* Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 2004:65-74.

Kallert, Thomas W.; Schönherr, Ralf; Schnippa, Susann; et al. Direkte Kosten akutpsychiatrischer tagesklinischer Behandlung: Ergebnisse aus einer randomisierten kontrollierten Studie. *Psychiat. Prax.* 2005;32:132-141.

Kelstrup, A.; Lund, K.; Lauritsen, B.; et al. Satisfaction with care reported by psychiatric inpatients. *Acta Psychiatr Scand* 1993;87:374-379.

Kessler, B.H. Daten aus dem Interview. In R.S. Jäger (Hrsg.) *Psychologische Diagnostik.* München: Psychologische Verlags Union, 1988:363-372.

Kluiter, Herman; Giel, Robert; Nienhuis, Fokko J.; et al. Predicting Feasibility of Day Treatment for Unselected Patients Referred for Inpatient Psychiatric Treatment: Results of a Randomized Trial. *Am J Psychiatry* 1992;149:1199-1205.

Kulenkampff, Caspar. *Psychiatrie in der Sowjetunion.* *Social Psychiatry* 1967;2:124-127.

Längle, Gerhard; Schwärzler, Frank; Eschweiler, Gerhard W.; et al. Der Tübinger Bogen zur Behandlungszufriedenheit (TÜBB 2000). *Psychiat. Prax.* 2002;29:83-89.

Lancet. Day hospitals for psychiatric care. *Lancet* 1985;2:1106-1107.

Lebow, Jay L. Research Assessing Consumer Satisfaction With Mental Health Treatment: A Review of Findings. *Evaluation and Program Planning* 1983;6:211-236.

Leimkühler, A.M. Die Qualität der klinischen Versorgung im Urteil der Patienten. In: Gaebel, W. (Hrsg.) *Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus.* Wien, New York: Springer-Verlag, 1995:163-172.

Leimkühler, A.M.; Müller, U. Patientenzufriedenheit - Artefakt oder soziale Tatsache. *Nervenarzt* 1996;67:765-773.

Linehan, M.M. *Dialektisch-behaviorale Therapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung.* München: CIP-Medien, 1996.

Macdonald, Geraldine; Sheldon, Brian. Community care services for the mentally ill: Consumers' views. *Int J Soc Psychiatry* 1997;43:35-55.

Marshall, M.; Crowther, R.; Almaraz-Serrano, A.M.; Tyrer, P. Day hospital versus out-patient care for psychiatric disorders. *The Cochrane Databank of Systematic Reviews, Issue 2.* Art. No.: CD003240. DOI: 10.1002/14651858.CD003240, 2001.

Marshall, M.; Crowther, R.; Almaraz-Serrano, A.; et al. Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1.* Art. No.: CD004026. DOI: 10.1002/14651858.CD004026, 2003.

Mbaya, P.; Creed, F.; Tomenson, B. The different uses of day hospitals. *Acta Psychiatr Scand* 1998;98:283-287.

McGrath, Brent M.; Tempier, Raymond P. Implementing Quality Management in Psychiatry: From Theory to Practice - Shifting Focus From Process to Outcome. *Can J Psychiatry* 2003;48:467-474.

Möller-Leimkühler, A. M.; Dunkel, R. Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit ihrem stationären Aufenthalt. *Nervenarzt* 2003;74:40-47.

Möller-Leimkühler, A.M.; Dunkel, R.; Müller, P. Determinanten der Patientenzufriedenheit: behandlungsbezogene und klinische Variablen, subjektives Krankheitskonzept und Lebensqualität. *Fortsch. Neurol. Psychiat.* 2002;70:410-417.

Mörchen, G.; Pieters, V.; Weickert, G. et al. Armut und soziale Unterversorgung bei stationär behandelten psychisch Kranken. *Psychiat. Prax.* 2002;29: 295-300.

Mory, Claudia; Matschinger, Herbert; Roick, Christiane; et al. Die deutsche Version der Verona Service Satisfaction Scale (VSSS-54). *Psychiat. Prax.* 2001;28,Sonderheft 2:S91-S96.

Mosher, Loren R. Alternatives to Psychiatric Hospitalization: Why has Research Failed to be Translated into Practice? *The New England Journal of Medicine* 1983;309:1579-1580.

Neffinger, G.G. Partial hospitalization: An overview. *Journal of Community Psychology* 1981;9:262-269.

Noble, Lorraine M.; Douglas, Brian C.; Newman, Stanton P. What do patients expect of psychiatric services? A systematic and critical review of empirical studies. *Social Science & Medicine* 2001;52:985-998.

Pildis, Martin J.; Soverow, Gary J.; Salzman, Carl; et al. Day Hospital Treatment of Borderline Patients: A Clinical Perspective. *Am J Psychiatry* 1978;135:594-595.

Piper, W.E.; Rosie, J.S.; Azim, H.F.A.; et al. A randomized trial of psychiatric day treatment for patients with affective and personality disorders. *Hospital and Community Psychiatry* 1993;44:757-763.

Priebe, Stefan; Polzer, U. Subjektive Bewertung psychiatrischer Behandlungen durch die Betroffenen. In: Brennecke, R. (Hrsg.) *Sozialmedizinische Ansätze der Evaluation im Gesundheitswesen*. Bd.1. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag, 1992:222-229.

Reker, Thomas. Die Tagesklinik in der psychiatrischen Versorgung. In: Eikermann, Bernd; Reker, Thomas; Albers, Matthias (Hrsg.) *Die psychiatrische Tagesklinik*. Stuttgart, New York: Thieme, 1999:27-35.

Reker, Thomas. Die Tagesklinik in der psychiatrischen Versorgung. In: Eikermann, Bernd; Reker, Thomas (Hrsg.) *Psychiatrie und Psychotherapie in der Tagesklinik. Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 2004 a:11-18.

Reker, Thomas. Soziotherapie in der Tagesklinik. In: Eikermann, Bernd; Reker, Thomas (Hrsg.) *Psychiatrie und Psychotherapie in der Tagesklinik. Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 2004 b:45-54.

Rentrop, Michael; Böhm, A.; Kissling, W. Patientenzufriedenheit mit stationär psychiatrischer Behandlung. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 1999;67:456-465.

Ricketts, Tom; Kirshbaum, Marilyn N. Helpfulness of mental health day care: client and staff views. *Journal of Advanced Nursing* 1994;20:297-306.

Ruggeri, Mirella; dall'Agnola, Rosa. The development and use of the Verona Expectations for Care Scale (VECS) and the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) for measuring expectations and satisfaction with community-based psychiatric services in patients, relatives and professionals. *Psychological Medicine* 1993;23:511-523.

Ruggeri, Mirella. Patients` and relatives` satisfaction with psychiatric services: the state of art of its measurement. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994 a;29:212-227.

Ruggeri, Mirella; Dall`Agnola, R.; Agostini, C.; et al. Acceptability, sensitivity and content validity of the VECS and VSSS in measuring expectations and satisfaction in psychiatric patients and their relatives. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994 b;29:265-276.

Ruggeri, Mirella; Lasalvia, Antonio; Bisoffi, Giulia; et al. Satisfaction With Mental Health Services Among People With Schizophrenia in Five European Sites: Results From the EPSILON Study. *Schizophrenia Bulletin* 2003;29:229-245.

Russell, Vincent; Mai, Francois; Busby, Keith; et al. Acute Day Hospitalization as an Alternative to Inpatient Treatment. *Can J Psychiatry* 1996;41:629-637.

Satzinger, Walter. Informationen für das Qualitätsmanagement im Krankenhaus: zur Funktion und Methodik von Patienten- und Personalbefragungen. *Medizinische Klinik* 2002;97:104-110.

Scope, Ambros; Baumann, Urs. Patientenzufriedenheit mit Psychopharmakotherapie *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 2004;33:218-229.

Schene, A.H.; van Lieshout, P.A.H.; Mastboom, J.C.M. Different types of partial hospitalization programs: results of a nationwide survey in the Netherlands. *Acta Psychiatr Scand* 1988;78:515-522.

Schene, A.H.; van Wijngaarden, B.; Poelijoe, N.W.; et al. The Utrecht comparative study on psychiatric day treatment and inpatient treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1993;87:427-436.

Seidel, R. Die Tagesklinik als Bestandteil einer gemeindepsychiatrischen Vollversorgungssysteme. In: Bosch, Gregor; Veltin, A.; Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.) *Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung*. Köln: Rheinland Verlag, 1983:153-166.

Semmler, W. Qualitätssicherung unter teilstationären Bedingungen. *Krankenhauspsychiatrie* 1998;9:120-124.

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz. *Sozialstrukturatlas* 2003. Berlin: Pressestelle, 2004.

Sheppard, Michael. Client satisfaction, extended intervention and interpersonal skills in community mental health. *Journal of Advanced Nursing* 1993;18:246-259.

Sitzia, John. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *International Journal for Quality in Health Care* 1999;11:319-328.

Sitzia, John; Wood, Neil. Patient Satisfaction: A Review Of Issues And Concepts *Soc. Sci. Med.* 1997;45:1829-1843.

SGB V. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Stand 1.4.2007; BPI Service GmbH Berlin

Sledge, William H.; Tebes, Jacob; Rakfeldt, Jaak; et al. Day Hospital/Crisis Respite Care Versus Inpatient Care, Part I: Clinical Outcomes. *Am J Psychiatry* 1996 a;153:1065-1073.

Sledge, William H.; Tebes, Jacob; Wolff, Nancy; et al. Day Hospital/Crisis Respite Care Versus Inpatient Care, Part II: Service Utilization and Costs. *Am J Psychiatry* 1996 b;153:1074-1083.

Spießl, Hermann; Cording, Clemens; Klein, Helmfried E. Qualitätssicherung durch Patientenbefragungen. *Z. ärztl. Fortbild. Qual. Sich.* 1997;91:761-765.

Statistisches Landesamt Berlin (Hrsg.) Statistisches Jahrbuch 2004. Berlin: Kulturbuch-Verlag, 2004.

Tantam, Digby. Alternatives to Psychiatric Hospitalization. *British Journal of Psychiatry* 1985;146:1-4.

Tehrani, E.; Krussel, J.; Borg, L.; et al. Dropping out of psychiatric treatment: a prospective study of a first-admission cohort. *Acta Psychiatr. Scand.* 1996;94:266-271.

Tyrer, P.J.; Remington, M. Controlled Comparison of Day-Hospital and Outpatient Treatment for Neurotic Disorders. *The Lancet* 1979;12:1014-1016.

Veltin, A. (Hrsg.) Leitfaden zur tagesklinischen Behandlung. Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer Verlag, 1986.

Ware, J.E.; Hays, RD. Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Med Care* 1988;26:393-402.

Ware, J.E.; Snyder, M.K.; Wright, R.; et al. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning* 1983;6:247-263.

Weinberg, A.; Greaves, J.; Creed, F.; et al. Severity of psychiatric disorder in day hospital and in-patient admission. *Acta Psychiatr Scand* 1998;98:250-253.

Wilder, Jack F.; Levin, Gilbert; Zwerling, Israel. A Two-Year Follow-Up Evaluation of Acute Psychotic Patients Treated in a Day Hospital. *Am J Psychiatry* 1966;122:1095-1101.

World Health Organisation. Expert Committee on Mental Health: third report. (Technical Report Series No. 73) Geneva, 1953.

Williams, Brian; Coyle, Joanne; Healy, David. The Meaning of Patient Satisfaction: An Explanation of high reported levels. *Soc. Sci. Med.* 1998;47:1351-1359.

World Health Organisation Regional Office for Europe. Mental Health. Facing the challenges, building solutions. Copenhagen: Report from the WHO European Ministerial Conference, 2005.

Zeeck, Almut; Herzog, Thomas; Kuhn, Klaus; et al. Teilstationäre Psychotherapie: Settingbesonderheiten und Indikationsstellung am Beispiel der Freiburger Tagesklinik. *Psychother Psych Med* 2002;52:492-499.

8 Anhang

Danksagung

Ich möchte mich vor allem bei den Patienten der psychiatrischen Tageskliniken bedanken, die mir ihre Zeit und ihr Vertrauen geschenkt haben und mit großer Offenheit über Ihre Erkrankung und Behandlung gesprochen haben. Weiterhin danke ich den Teams der beiden Tageskliniken der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Vivantes Klinikums Neukölln, die mit ihrer Mitarbeit und Hilfe diese Arbeit erst möglich gemacht haben.

Bei Herrn Prof. Dr. Fähndrich möchte ich mich herzlich für die Überlassung des spannenden Themas, sowie für seine engagierte, freundliche und lehrreiche Betreuung bedanken!

Meinen Eltern danke ich für ihren emotionalen und fachlichen Beistand, besonders meinem Vater für seine ausdauernde Unterstützung.

Anna Klosterhuis

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus Datenschutzgründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht mit veröffentlicht.

Eidesstattliche Erklärung

„Ich, Anna Klosterhuis, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertationsschrift mit dem Thema: „Tagesklinische Behandlung - Eine empirische Untersuchung zur Patientenzufriedenheit“ selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.“

7.4.2008

Anna Klosterhuis