

dieses System seit olims Zeiten. Welche Folgen würde ein puristisches Pauschalsystem für psychiatrische Tageskliniken haben? Behandlungen würden zeitlich enger limitiert, auch wenn sich über die ganze Spannbreite der Patienten eine unterschiedliche Verteilung der Verweildauern ergäbe. Die Bereitschaft, Patienten weiter zu betreuen, die sozusagen das für sie bereit gestellte Geld schon aufgebraucht haben, würde sich vermutlich als gering erweisen. Ähnliche Behandlungen würden ähnlich viel kosten, egal wo sie gemacht werden und wer sie macht. Großer Fortschritt, oder? Mehr Transparenz, mehr Kostengerechtigkeit. Vielleicht. Man darf auch denken: psychiatrische Angebote sind für viele Teile der Bevölkerung immer noch schlecht zu erreichen, besonders weil wenig stigmatisierte gemeindenaher Angebote wie Tageskliniken fehlen und die Schwellen nach wie vor hoch sind, ferner weil der gesamte ambulante Bereich (außer der ambulanten Psychotherapie) brutal unterfinanziert ist (Melchinger 2009).

In den Tageskliniken ist die Stimmung gelassen. Wer wie ich viel durch Deutschland reist und viele Tageskliniken kennt und besucht, hört und erlebt, wie unterschiedlich jeweils die Stimmung ist. Aber auch wie unterschiedlich solche Themen wie „Verweildauern“ und damit etwas allgemeiner „Kosten“ gehandhabt werden. Ist Tagesklinikbehandlung eigentlich billiger, lautet die allgemeine und immer wieder gestellte Frage. Die Antwort darauf ist, dass z. B. entsprechend einem Review der Cochrane Association von 2003 4 von 5 Studien belegten, dass teilstationäre Behandlung kostengünstiger ist. Auch die Untersuchungen der Eden-Study gehen in diese Richtung (Callert et al 2007).

Wem hilft diese Erkenntnis? Na ja, wer bei gleicher Ergebnisqualität billiger behandelt, wenn er gleichzeitig die Patienten zufriedener macht, dem sollte die Brust schwellen. Solche Details, wie z. B. die Frage, wird ein Ausfalltag ganz oder gar nicht in Rechnung gestellt, wie verrechnet man Tage, an denen der Patient lediglich zur Visite erscheint, oder solche Tage, bei denen er krankheitsbedingt zu Hause verbringt, die jedoch Hausbesuche vorsehen, erscheinen wie Lappalien. Es ist auch im Einzelfall schwer zu erkunden, wie die Mitarbeiter der Verwaltung oder der Kostenträger auf der anderen Seite das interpretieren. Mir hat immer die Richtschnur geholfen, dass ein halber oder dreiviertel Tag außerhalb der Tagesklinik eine Belastungserprobung sein kann, diese somit therapeutisch notwendig und erwünscht ist und somit auch die Kosten mit in den Genesungsprozess hinein gehören. Im übrigen fand ich zur Kostenthematik eine Aussage des amerikanischen Psychiaters Philip May hilfreich: die jeweils beste Behandlung ist am Ende die billigste. Tageskliniken sind die beste Therapie für Menschen mit Borderlinestörungen, postakute Psychotiker, für kooperative Suchtkranke, für

Interessant ist es ja, dass einzelne Tageskliniken monatelange, manchmal mehr als ein Jahr lange Behandlungen durchführen können. Aus der Sicht der Kostenträger sollten im Mittel 30-40 Tage ausreichen (van Treek, 2007, Archiv der DATPPP-Internet Seite) und hier sind wir geradezu wieder vorne angekommen: Für alle Patienten das

Gleiche, ist ´ne tolle Idee insbesondere aus der Industrie, verbietet sie jedoch im Falle von Kranken und im Falle der Thematik einer möglichen und dauerhaften sozialen Exklusion. Eines fernen schönen Tages wird ein Algorithmus gefunden sein, der es den Betriebswirten erlaubt, sich ohne Gesichtsverlust aus der Einmischung in die Praxis der medizinischen und insbesondere psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung wieder zurück zu ziehen. Danach sehne ich mich.

Ewen D. Cameron gründete 1947 am Allan Memorial Institute in Toronto die erste psychiatrische Tagesklinik der westlichen Welt. Auf ihn geht der Begriff Day-Hospital zurück. Cameron war eigentlich von Geburt Schotte, ist nach Kanada ausgewandert. Er hatte viele außergewöhnliche Ehrenämter inne, z. B. die Präsidentschaft der APA, der amerikanischen Fachgesellschaft für Psychiatrie. Eine seiner bekannteren Aktivitäten war die psychiatrische Begutachtung des Kriegsverbrechers Rudolf Hess vor den Nürnberger NAZI-Prozessen. Er ist aber sehr ins Gerede gekommen, weil er in den 60er Jahren mit der CIA zusammen gearbeitet haben soll und deren Depatterning-Experimente mitgestützt haben soll. Hier endet die traurige Moritat, weil Gehirnwäsche im engeren Sinne und Psychiatrie selbst im weiteren Sinne nichts miteinander zu tun haben.

Ein anderer Gründungsvater der psychiatrischen Tageskliniken wurde als Josef Bierer 1901 im nördlichen Rumänien geboren. Er nannte sich nach seiner Emigration nach Großbritannien Joshua Bierer und soll 1948 dort eine erste psychiatrische Tagesklinik aufgemacht haben. 1951 hat er das Buch geschrieben „The Day Hospital“. Ich empfehle allen Lesern dieser Zeilen die Buchbesprechung eines gewissen Daws, die es heute noch im Internet anzuschauen gilt, zu den Ausführungen von Bierer. Schöner lässt sich auch heute nicht beschreiben, was teilstationäre Behandlung in der Psychiatrie ausmacht.

Ist es denn möglich? Am 24.07.2009 wollte das Land Baden-Württemberg 14 neue „suchtmedizinische Tageskliniken“, nämlich in Balingen, Böblingen, Freiburg, Göppingen, Heilbronn, Karlsruhe, Moosbach, Pforzheim, Rastatt, Schwäbisch Gmünd, Schwäbisch Hall, Spaichingen, Villingen-Schwenningen und Winnenden beschließen. Dazu ist es an dem Termin nicht gekommen, u. a. weil die gesetzliche Krankenversicherung die hiermit verbundenen Kosten ängstlich auf sich zukommen sah und um Bedenkzeit gebeten hat. Vielmehr wurde ein anderer Modus gefunden, so dass ich mich persönlich der Hoffnung hingeebe, dass diese Tageskliniken eines nahen Tages beschlossen werden können. Immerhin sei Gerhard Längle Dank, der im Hintergrund viel Anschub gegeben hat.

In den dazugehörigen Papieren heißt es: „Eine teilstationäre Krankenhausbehandlung ist... dann initiiert, wenn für das Erreichen des Behandlungszieles eine vollstationäre Behandlung nicht erforderlich, eine ambulante Behandlung aber nicht ausreichend ist. Für die teilstationäre Behandlung von Suchtkranken kommt somit ein Teil der Patienten infrage, die bisher mangels Alternativen vollstationär versorgt wurden. Ferner können durch ein teilstationäres Angebot viele Suchtkranke für eine kausale Therapie überhaupt gewonnen werden, weil die Schwelle zur Tagesklinik erheblich niedriger liegt, als zur vollstationären Suchtbehandlung.“

„Gut gebrüllt, Löwe“. Sätze, wie sie klassisch zu nennen sind und in Stein gemeißelt werden können. Wenn man sie dann noch aus dem Ministerium für Arbeit und Soziales zu lesen bekommt, dann ist das so, als wenn Ostern, Pfingsten und Weihnachten zusammen fallen. Ich erinnere mich noch, wie ich das erste Mal all die Kredos und Plädoyers der Gemeindepsychiatrie aus den späten 70er und den frühen 80er Jahren des letzten Jahrhunderts mit zeitlicher Latenz von 5-10 Jahren von Kommunalpolitikern oder Verwaltungsleuten gehört habe. So ähnlich ergeht es mir, wenn ich an den Transfer des Wissens über Tageskliniken denke. Ein erstes Buch von mir wurde im Jahr 1988 publiziert zu dem Thema, 20 Jahre später stellt sich heraus, die „anderen“ denken das auch. Weiter geht es im Text: „Die Auswertung suchtmmedizinischer Tageskliniken hat auch in Baden-Württemberg eindeutig ergeben, dass die Behandlungsergebnisse ... hinter der vollstationären Behandlung Suchtkranker nicht zurückstehen. Im Interesse der Behandlungsqualität und der Wirtschaftlichkeit muss allerdings sicher gestellt sein, dass die Tageskliniken von einer ausreichenden Zahl geeigneter Patienten in angemessener Zeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreicht werden können...“

Schließlich werden die hier im Ländle zum Teil vollkommen überlaufenen Suchtstationen entlastet und – möglicherweise - entschließen sich Patienten zu einer Entgiftungs- und Motivationsbehandlung, die früher wie der „Teufel das Weihwasser“ eine psychiatrische Behandlung gemieden hätten. Laut Auskunft eines Arztes aus dem o. g. Ministerium, sind es vor allen Dingen die eher besser gestellten Mittelschichtpatienten, die eine „suchtmmedizinische“ Tagesklinik aufsuchen. Wäre schön, wenn diese Patienten es hoffentlich den anderen vormachen.. Tageskliniken differenzieren sich weiter und dringen in Domänen der stationären Therapie scheinbar mühelos ein, oder bewirken sie in der Hauptsache, dass andere Patienten kommen? Auch die früher bewusst gemeindeferne Entwöhnung (Rehabilitation) wird teilstationär erfolgreich ausgeführt; von der Wiese in die Stadt lautet mein Lieblingsmotto.

Tagesklinik – Quo stas?

Bei den Pflegesatzverhandlungen einer Klinik in Baden-Württemberg, die über mehrere Tageskliniken verfügt, wurde der Vorschlag gemacht, alle tagesklinischen Patienten zunächst zentral stationär aufzunehmen, um sie dann weiter in die „peripheren“ Tageskliniken zu verlegen, weil wirtschaftlich sinnvoll, Spezialisierung machbar usw.. Spätestens hier merkt man, dass das Wissen über teilstationäre Behandlung in der Psychiatrie in den Ministerien zwar, aber noch nicht bei den Kassen angekommen ist. Sie halten eine zentrale Aufnahme vor, hier wird ein Assessment durchgeführt, dann sagt ein einweisender Arzt, wie es weiter geht? Ein ehemaliger Geschäftsführer von Vivantes sagte mal auf einer entsprechenden Veranstaltung, dass alle externen Tageskliniken unwirtschaftlich seien....Vertragen sich Sozialpsychiatrie bzw. Psychotherapie und Ökonomie denn nie und gar nicht? Tk's sind kleine, dezentrale Einrichtungen, die ihre Patienten zum Großteil an Stelle einer vollstationären Aufnahme betreuen. Erst wenn der Patient aus der Ambulanz zunächst in die Tagesklinik und nicht direkt auf die Station gehe, formulierte einst der Zürcher Sozialpsychiater Ambros Uchtenhagen im Jahr 1988, befinde sich das Versorgungssystem in einem guten Zustand. Stationäre Therapie wäre in dieser Logik die ultima ratio; sind wir soweit?

Die diesjährige Jahrestagung der DATPPP im März in Soest war auch im Nachhinein ein voller Erfolg. Zwar ging die Zahl der Besucher gegenüber der Tagung im Vorjahr zurück, gleichwohl war die Zufriedenheit der Teilnehmer groß. Überdies war die Tagung in bescheidenem Umfang international, weil nicht zuletzt aus Österreich und der Schweiz Teilnehmer da waren. Schließlich gibt einen festen Kern von Teilnehmern, die man jährlich begrüßen kann, daneben aber einen wachsenden Kreis von Neuteilnehmern. Man kann deswegen für die nächstjährige Tagung in Friedrichshafen am Bodensee schon jetzt recht optimistisch sein.

Leider ist es in diesem Jahr wiederum nicht gelungen, ein Symposium bei der Jahrestagung der DGPPN in Berlin zustande zu bringen. Obwohl es hervorragende Beiträge waren, die von der medizinischen Hochschule Hannover, aus der Universitätsklinik für Psychiatrie in Zürich, aus der Universitätsklinik in Würzburg und hier aus Karlsruhe eingesandt wurden, wurde das Symposium von dem entsprechenden Auswahlkomitee abgelehnt. Mein enttäuschter Brief an den derzeitigen DGPPN Vorsitzenden Prof. Schneider aus Aachen machte jedoch Folgendes deutlich: Es besteht keine grundsätzliche Verstimmung, sondern Bereitschaft von der Seite der DGPPN mit der DATPPP zu sprechen. Es ist nicht gerade Begeisterung zu spüren, aber keine, wie ich zunächst befürchtet hatte, umfassende Ablehnung; wobei man nicht unterschätzen darf, dass Tageskliniken selbst, aber auch unsere DATPPP weiterhin sehr argwöhnisch beäugt werden.

„Hony soit qui mal y pense“. Es könnte ein Programmpunkt für die nächste Zeit sein zu prüfen, inwieweit eine solche Kooperation nicht geradezu notwendig ist. Die DGPPN hat für alles Referate, möglicherweise wäre auch irgendwann einmal ein Referat für die teilstationäre Behandlung in der Psychiatrie von Nöten. Immerhin, siehe oben, nimmt die Zahl der Nutzer und die Zahl der Connaisseure erheblich zu. Und wenn selbst Suchtkranke die Tagesklinik vorziehen, dann ist das Angebot mitten in der Bevölkerung angekommen.

Aus dem sonnigen Baden
Ihr
Bernd Eikelmann

P.S.
Seit Neuestem gibt es im Internet ein Diskussionsforum auf der DATPPP-Seite.
Starkes Exemplar! LESEN !