

II. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung

1. Einleitung*

Innerhalb der angewandten Sozialforschung ist die Evaluation von Reformprogrammen ein zunehmend bedeutsam werdender Bereich, der nach *Lange* (1983) ungefähr 20 % aller sozialwissenschaftlichen Projekte ausmacht. Die theoretischen und methodischen Überlegungen der Evaluation hinken jedoch den Anforderungen aus dem politischen Raum hinterher, wobei zwischen den anglo-amerikanischen und bundesrepublikanischen Ansätzen zusätzlich eine Diskrepanz besteht.

Kritisch wird hierzu von *Lange* (1983) angemerkt, daß „derzeit so gut wie keine Mehr-Ebenen-Theorien mit allgemeiner Geltung vorliegen, die, gegenstandsbezogen formuliert, mögliche Ursachen und Wirkungen kausal miteinander verknüpfen oder auch nur Ableitungen gestatten“. System- und Handlungstheorien stellen Ansätze zur Verfügung und bieten ein heuristisches Feld, „aus dem die für die verschiedenen Ebenen benötigten Bedingungsdimensionen möglicher Wirkungen herausgesucht und miteinander verknüpft werden können.“

Eine Zusammenfassung der Evaluationsforschung bis Mitte der 60iger Jahre gibt *Suchmann* (1967). *Coursey* (1977) und *Cooley* und *Lohnes* (1976) setzen sich mit Design- und methodischen Problemen auseinander. Einen Überblick der Evaluationsforschung der Sozialwissenschaften in der BRD gibt *Lange* (1983). Nach Auflegung des Modellverbundes und des Modellprogramms durch die Bundesregierung und die Länder erschienen für den Bereich der psychosozialen Versorgung und der Psychiatrie Übersichtsarbeiten bei *Biefang* (1980), *Cooper* et al. (1985) und *Holler* (1985).

Der Anlaß einer Evaluation der psychosozialen Einrichtung „Die Brücke“ in Lübeck ergab sich durch den Zusammenzug des Tageszentrums (Tagesstätte, Club, beschütztes Wohnen) mit der Tagesklinik in einem renovierten Speicher in der Lübecker Innenstadt.

Hierdurch wurde es möglich, die Effekte einer solchen Zusammenlegung zu beschreiben, wobei es schwerfällt, diese Evaluation in die Klassifikation von *Scriven* (1972) (formativ versus summativ) einzuordnen. Mit dem Umzug der Einrichtungen wurden Ansätze und Ziele neu entwickelt und operationalisiert (formativ) als auch bereits laufende Angebote aufrecht erhalten (summativ).

* Im folgenden wird bei Verweisen innerhalb dieses Kapitels die Bezeichnung II zur Vereinfachung fortgelassen.

Konkret stellte das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit folgende Erprobungsfragen:

- a) Welche Kooperationsmöglichkeiten zugunsten der ambulanten und teilstationären Versorgung psychisch Kranker aus dem Bereich der Allgemeinpsychiatrie eröffnen sich zwischen den Institutionen Tagesklinik, Tagesstätte, Club und beschützendes Wohnen, wenn diese unter einem Dach konzentriert sind?
- b) Inwieweit können gemeinsame Zielsetzungen und Aufgabenwahrnehmungen in organisatorischer und inhaltlicher Hinsicht zu einer solchen Verschmelzung von Einrichtungen führen, daß sich eine gemeinsame Nutzung sachlicher Ressourcen und der einrichtungsübergreifende Einsatz der Mitarbeiter empfiehlt? Welche Einschränkungen der Eigenständigkeit der einzelnen Einrichtungen sind die Folge?
- c) Welche neuen Gesichtspunkte ergeben sich für die Fort- und Weiterbildung aller Mitarbeiter einschließlich der Laienhelfer?
- d) Welches Gewicht kommt unter den verschiedenen Versorgungsaspekten des psychosozialen Zentrums der Einbindung der Laienhilfe zu? Inwieweit stellt sie ein eigenständiges Hilfsangebot dar? In welcher Hinsicht ergänzen und entlasten die Laienhelfer die hauptamtlich Tätigen?
- e) Führen die Leistungsverbesserungen, die durch die Zentrierung der eng verknüpften ambulanten Hilfsangebote in einem Haus und der Tagesklinik erwartet werden dürfen, auch zu finanziellen Auswirkungen im Sinne einer Kosteneinsparung?
- f) Ergeben sich durch die große Zahl aller Mitarbeiter Vorteile bei der Krisenintervention?
- g) Wie wirkt sich der Aufbau eines psychosozialen Zentrums auf den Wirkungsgrad der Versorgungsstruktur für Patienten des Bereiches der Allgemeinpsychiatrie insgesamt aus?

2. Durchführung der wissenschaftlichen Begleitung

Die Arbeit der wissenschaftlichen Begleitung begann im Mai 1983, ein Jahr vor dem Umzug in das renovierte Altstadthaus. Sie wurde unter der Leitung der Klinik für Psychiatrie der Medizinischen Universität zu Lübeck durchgeführt.

Das Problem einer zu großen oder zu geringen Distanz zur beforschten Einrichtung (Holler, 1985) konnte einerseits durch die Externalität der wissenschaftlichen Begleitung und andererseits durch Hospitationen in der Einrichtung sowie durch das Zurückmelden der Forschungsergebnisse an die Mitarbeiter entschärft werden.

Das Handlungsfeld der wissenschaftlichen Begleitung umfaßt jedoch nicht nur diese beiden Pole, sondern hat zudem, da es in einem konkreten Versorgungsfeld stattfindet, auch die Interessen anderer Institutionen dieses Feldes zu berücksichtigen. Zu Problemen kann es u. U. dabei kommen, wenn – wie im vorliegenden Fall – die die wissenschaftliche Begleitung durchführende Institution gleichzeitig in diesem Versorgungsfeld tätig ist. Dieser Gefahr ist im vorliegenden Fall dadurch begegnet, daß die unmittelbar am Evaluationsprozeß beteiligten Forscher nicht im Versorgungsfeld mitarbeiten. In diese Betrachtung ist auch der Auftraggeber (die Bundesregierung) und die koordinierende Instanz im Modellverbund (Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforchung, Hannover) mit ihren eigenen Interessen einzubeziehen, so daß es ein hohes Maß an Information und ein jeweiliges erneutes Einschätzen der unterschiedlichen Interessen bedarf, um einer Bewertungsaufgabe gerecht zu werden.

Die Vielfalt der Erprobungsfragen machte es notwendig, für die verschiedenen Zielgruppen in der beforschten Einrichtung (hauptamtliche Mitarbeiter, Laien, Besucher) unterschiedliche Erhebungsinstrumente und Vorgehensweisen auszuwählen.

Zum Kennenlernen der Einrichtung, zur Spezifizierung der Ziele und bei entstehenden inhaltlichen Unklarheiten wurde eine teilnehmende Beobachtung der Tagesroutine, der Team- und Wochenendsitzungen durchgeführt. Außerdem wurden mit ausgewählten Mitarbeitern Sitzungen zu bestimmten Themen anberaunt. Gesamtteamsitzungen wurden zu den Themen „Krisenintervention“ und „Kooperation der Brücke-Einrichtungen“ durchgeführt. Zu diesen Bereichen wurden die Mitarbeiter außerdem einzeln interviewt. Hierbei wurden teilstrukturierte Interview-Leitfäden verwendet.

Darüberhinaus wurden folgende Erhebungen durchgeführt:

– eine Klientendokumentation

Die Erarbeitung eines Klientendokumentationsbogens ging von der Empfehlung einer Basisdokumentation von Dilling, Balck et al. (1983) und den Klientendokumentationsbögen vergleichbarer Einrichtungen des Modellverbundes aus. Im Tageszentrum wurde die Dokumentation zweimal, 1983 und 1985, in der Tagesklinik fortlaufend bis Juli 1985 angewandt (s. Anhang).

- eine Anwesenheitserhebung der Klienten:
Über einen Zeitraum von 14 Tagen wurden dreimal von den Mitarbeitern des Tageszentrums alle Besucher erfaßt, die die Einrichtung aufsuchten. Dadurch war es möglich, Besucher mit verschiedenen Besucherverhalten zu identifizieren.
- eine Klientenbefragung zur Akzeptanz der Einrichtung:
In teilstrukturierten Interviews mit den Klienten wurden vier Aspekte erfragt:
 - ein allgemeiner Vergleich zwischen „neuer“ und „alter“ Brücke zur Gesamtbewertung
 - das Erleben der neuen Räumlichkeiten, der Angebote, der anderen Klienten und der Mitarbeiter
 - Bewertung des Zusammenseins mit der Tagesklinik
 - Veränderungsvorschläge für die Arbeit in der Einrichtung

Befragt wurde eine Besucherkerngruppe, unregelmäßig Kommende, neue und weggebliebene Klienten.

- eine Tätigkeitsanalyse der haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter der Brücke:
Hierzu wurde ein Tätigkeitsdokumentationsbogen entwickelt, in einem Vorlauf erprobt und in einer 40 Arbeitsstunden umfassenden Zeit-Budget-Studie den Mitarbeitern vorgegeben (n = 24). Die Antworten wurden anschließend katalogisiert.
- eine Laienhelfer-Befragung:
Von 23 aktiv in der Brücke tätigen Laienhelfern wurden 21 mit einem teilstrukturierten Leitfaden zu den Themen Motive ihrer Tätigkeit, Tätigkeitsbereiche, Zusammenarbeit mit den hauptamtlichen Mitarbeitern, Anleitung und Einflußnahme auf die Einrichtung interviewt.

In den folgenden Abschnitten werden die Durchführung der Befragungen im einzelnen, hierbei aufgetretene Probleme und die Ergebnisse dargestellt.

3. Die Besucher der Brücke

Einige Erprobungsfragestellungen beziehen sich auf die Besucher der Brücke. Es ist zu fragen, wer diese Besucher sind, welche Einrichtungen (Tagesstätte, Club, Tagesklinik) von wem benutzt werden und schließlich, wie die Besucher die Brücke nach dem Umzug in die Engelsgrube, d. h. nach der Zusammenlegung des Tageszentrums und der Tagesklinik, akzeptieren.

Das Kapitel gliedert sich somit in drei Abschnitte:

- die Auswertung der Besucher-Anwesenheits-Erhebung (Kap. 3.1),
- der Vergleich der Tageszentrums- mit den Tagesklinikpatienten (Kap. 3.2) und
- die Akzeptanz der „neuen“ Brücke bei den Besuchern (Kap. 3.3).

3.1 Auswertung der Besucher-Anwesenheits-Erhebung

3.1.1 Zielsetzung und Vorgehensweise

Die quantitative Veränderung der Besucherzahl wurde von uns als eine mögliche Veränderung, einhergehend mit dem Umzug in den Speicher, angenommen. Ausgehend von vereinzelt geäußerten Erwartungen waren dabei beide Richtungen denkbar:

Einige Mitarbeiter, Besucher und Laienhelfer hatten die Befürchtung geäußert, daß nach dem Umzug in die Engelsgrube Besucher wegbleiben könnten, die sich von der Größe des Hauses, der möglicherweise sterileren und anonymeren und mehr an Klinik erinnernden Atmosphäre abgestoßen fühlen würden. Eine andere Erwartung ging in die Richtung, daß möglicherweise durch die Vergrößerung und die Steigerung der Attraktivität der Angebote – einmal die räumliche Vergrößerung der „alten“ Brücke-Einrichtungen, dann die Hinzufügung einer „neuen“ Einrichtung, der Tagesklinik – auch die Nachfrage steigen könnte, die Besucherzahl also noch zunehmen würde.

Zur Beantwortung dieser Fragen planten wir Ende 1983 die Durchführung von Anwesenheitserhebungen. Dies kam zusätzlich dem Interesse des Brücke-Teams entgegen, die tatsächlich betreute Besucherzahl zu ermitteln.

In die Erhebung sollte kommen, wer „als Besucher den Fuß über die Schwelle der Brücke in der Mengstraße setzt“ – so die Operationalisierung des Begriffs „Anwesenheit“. Eine einzelne Erhebung sollte 10 repräsentative Arbeitstage (also zwei Kalenderwochen) umfassen. Es wurden – zunächst – drei Erhebungszeiträume geplant:

Erste Erhebung: 7.–18. November 1983

Zu diesem Zeitpunkt befand sich die Brücke noch in der Mengstraße. Der Umzug lag noch in einiger Entfernung.

Zweite Erhebung: 12.–23. März 1984

Der Umzug in die Engelsgrube stand unmittelbar bevor (Anfang April 1984). Die alltägliche Arbeit wurde zum Teil von Umzugsvorbereitungen überlagert.

Dritte Erhebung: 22. November–5. Dezember 1984

Seit ca. 7 Monaten befand sich die „alte“ Brücke zusammen mit der Tagesklinik unter einem Dach in der Engelsgrube. Die Eingewöhnungsphase war weitgehend abgeschlossen.

Praktische Durchführung der Erhebungen:

Sämtliche hauptamtlichen Mitarbeiter (auch die Praktikantinnen und Zivildienstleistenden) schrieben über jeden Tag hinweg alle Besucher auf, die sie in der Brücke zu Gesicht bekamen. Jeweils am Ende eines Untersuchungszeitraumes wurden dann alle Namen in einer Liste zusammengefaßt. Nicht aufgenommen wurden somit die Besucher, die zu Hause oder in der Klinik betreut wurden. Wir erhielten also über die Anwesenheitserhebungen lediglich eine Schätzung der Zahl der Besucher, die in einem bestimmten Zeitraum aktiv die Brücke aufsuchten.

3.1.2 Ergebnisse:

In Tabelle 1 ist jeweils die Anzahl der Besucher, die bei den drei Erhebungen festgestellt wurden, dargestellt. Aus der Tabelle geht weiterhin hervor, wieviele von diesen Besuchern ihren Erstkontakt zur Brücke weniger als sechs Monate vor der jeweiligen Erhebung hatte. Diese haben wir „Erstmalige“ genannt, in Abgrenzung zu den „Neuen“, die erst nach dem Umzug zur Brücke gekommen sind.

1. Erhebung: 7.–18. 11. 83:	106, davon 13 Erstmalige
2. Erhebung: 12.–23. 3. 84:	97, davon 4 Erstmalige
3. Erhebung: 22. 11.–5. 12. 84:	126, davon 17 Erstmalige

Tabelle 1: Anzahl der Besucher pro Erhebungszeitraum

3.1.2.1 Untergruppen von Besuchern

Ausgehend von den drei Erhebungen bildeten wir vier Untergruppen von Besuchern:

- a) **Kerngruppe:** die Besucher, die in allen drei Erhebungen erfaßt wurden (n = 56):

Die Besucher der Kerngruppe stellen das „Stammpublikum“ der Brücke dar. Sie kommen seit mehreren Jahren regelmäßig zur Brücke (durchschnittliches Jahr des Erstkontaktes: 1980 – Median –). Für sie ist die Brücke ein fester Bestandteil ihres Lebens geworden. Akute Krisen sind selten. Diese Besucher haben – u. a. auch mithilfe der regelmäßigen Einnahme von Psychopharmaka – gelernt, mit ihrer Krankheit zu leben.

- b) **Ab und zu Kommende:** Besucher, die in einer oder zwei der Erhebungen erfaßt wurden und die den Erstkontakt vor dem Umzug in den Speicher hatten (n = 70):

Die Gruppe der Unregelmäßig Kommenden ist ebenfalls in der Brücke schon seit längerer Zeit bekannt (mittlerer Wert Erstkontakt war das Jahr 1981). Sie kommen jedoch im Gegensatz zur Kerngruppe unregelmäßiger in die Brücke, abhängig davon, wie es ihnen gerade geht. Akute Krisen und damit auch Klinikaufenthalte sind häufiger. Wenn es ihnen gut geht, bleiben sie oft mehrere Wochen oder Monate weg, kommen aber bei Wiederauftauchen einer Krise wieder in die Brücke, dann oft regelmäßig jeden Tag über einen bestimmten Zeitraum. Für diese Personen stellt die Brücke eine Stütze dar, auf die sie im Notfall zurückgreifen. Sie versuchen jedoch häufiger, ohne die Brücke zu leben, „von ihr loszukommen“.

- c) **Neue:** Besucher, die nur in der dritten Erhebung erfaßt wurden und die den Erstkontakt nach dem Umzug hatten (n = 17).
- d) **Nicht mehr Kommende:** Besucher, die in der ersten und/oder zweiten Erhebung erfaßt wurden, nicht in der dritten, und bei denen auch nach Angaben der Brücke-Mitarbeiter der Kontakt abgebrochen ist (n = 27):

Die Nicht-mehr-Kommenden-Gruppe besteht aus Personen, die die Brücke nicht mehr brauchen, weil sie soweit stabilisiert sind, daß sie wieder allein zurechtkommen können; dann aus solchen Personen, die nicht zur Zielgruppe der Brücke gehörten und aus diesem Grund den Kontakt abgebrochen haben. Sicher auch aus Personen, deren Bedürfnisse in der Brücke nicht oder nur unzureichend erfüllt wurden. (Im Rahmen der Besucherbefragung haben wir versucht, diese Weggebliebenen über ihre Gründe zu befragen, s. Kap. 3.3).

Faßt man die Besucher der ersten drei Gruppen zusammen, so erhält man eine Zahl von 143. Diese Zahl ergibt eine recht gute Schätzung für die Größe der zu einem bestimmten Zeitraumes – 1984 – bestehenden Gesamtklientel der Brücke, bestehend aus aktiven und passiven Besuchern. Legt man diese Zahl zugrunde, wären ca. 39% der Klientel der Kerngruppe zuzuordnen und ungefähr die Hälfte der Gruppe der Unregelmäßig Kommenden.

3.1.2.2 Betrachtung der Besucherzahlen über die drei Erhebungszeiträume hinweg

Wie aus Tab. 1 hervorgeht (s. auch Anhang), ist in der zweiten Erhebung die Zahl der aktiven Besucher etwas gesunken im Vergleich zur ersten (von 106 auf 97). Sieht man sich die Zahl der „Erstmaligen“ zu diesem Zeitpunkt an – diese machen lediglich 4% der Gesamtzahl der Besucher aus im Gegensatz zu 12% in Erhebung 1 und 13% in Erhebung 2 –, kann angenommen werden, daß zur Zeit der Vorbereitungen für den Umzug in die Engelsgrube und der damit verbundenen geringeren Verfügbarkeit der Mitarbeiter in erster Linie bei der „Neuenwerbung“ und nicht bei der Betreuung der schon bekannten Besucher Zeit und Energie „eingespart“ wurde.

In der dritten Erhebung – also nach dem Umzug – ist die Besucherzahl merklich auf 126 gestiegen. Dieses Ergebnis unterstützt diejenige Vermutung, daß nach dem Umzug die Nachfrage eher steigen würde. Von den gezählten 126 Besuchern waren 17 „Neue“; 56 Besucher waren der Kerngruppe zuzurechnen (waren also in allen drei Erhebungen präsent), und 53 der Gruppe der Unregelmäßig Kommenden. Diese 53 Besucher setzten sich wie folgt zusammen:

- 16 hatten im ersten Erhebungszeitraum die Brücke aufgesucht,
- 12 hatten im zweiten Erhebungszeitraum die Brücke aufgesucht,
- 25 Besucher waren weder während der ersten noch der zweiten Erhebung in der Brücke gewesen. Sie hatten jedoch als „alte Bekannte“ seit Jahren mit der Brücke, z. T. unregelmäßig, Kontakt.

Es sieht so aus, als hätten die neuen Räumlichkeiten für einige dieser Besucher einen Anreiz dargestellt, wieder einmal die Brücke aufzusuchen.

Die Steigerung der Zahl der aktiven Besucher widerspricht dem von einzelnen Mitarbeitern, Laienhelfern und Besuchern geäußerten Eindruck, daß im Speicher weniger Besucher seien als vorher in der Mengstraße. (s. dazu auch Kap. 3.3) Für das Zustandekommen dieses Eindruckes gibt es verschiedene Erklärungsmöglichkeiten:

- Der Eindruck, daß nun weniger Besucher da seien, wurde besonders häufig in den ersten Monaten nach dem Umzug geäußert. Zusätzlich zu den Effekten einer Eingewöhnungsphase ist es möglich, daß die Brücke im Sommer weniger genutzt wird, da dann die Besucher auch stärker eigene Aktivitäten entwickeln. Um die Existenz eines solchen „Sommerlochs“ überprüfen zu können, wäre es notwendig gewesen, im Sommer 1985 eine nochmalige – vierte – Erhebung durchzuführen. Aufgrund der Personalknappheit zu diesem Zeitpunkt mußte jedoch auf eine solche Erhebung verzichtet werden.
- Die Besucher kommen gezielter zu bestimmten Angeboten, bleiben nicht mehr so oft über längere Zeiten, z. B. den ganzen Tag, in der Brücke „sitzen“.
- Durch die Größe des Hauses „verlaufen“ sich die Besucher mehr. Dieselbe Anzahl wirkt dort geringer als in den engen Räumen der Mengstraße.
- Die Kerngruppen hat ab- und die Gruppe der Unregelmäßig Kommenden hat zugenommen.

Diese Erklärung scheint auf den ersten Blick durch die offensichtliche Veränderung bei der Zusammensetzung der Besucher von der zweiten zur dritten Erhebung erhärtet zu werden (s. Tab. A): So beträgt der Anteil der Kerngruppe an der Gesamtzahl der Besucher in der zweiten Erhebung ca. 71 %, in der dritten Erhebung

nur noch 44%; und der Anteil der Unregelmäßig Kommenden wächst von 25% in der zweiten Erhebung auf 42% in der dritten Erhebung an. Zu einem – nicht genau zu definierenden – Teil ist dieses Ergebnis jedoch auf ein methodisches Artefakt zurückzuführen: je mehr Erhebungen durchgeführt werden, umso kleiner wird zwangsläufig die Anzahl derjenigen, die in allen Erhebungen erfaßt werden (können).

Leider lassen die Ergebnisse dieser Untersuchung keine Erklärung zu. Hier wäre eine genauere Analyse z. B. auch der Anwesenheitsdauern und -frequenzen notwendig gewesen. Da es sich schon als unrealistisch herausgestellt hat, zu versuchen, die Besucher eindeutig den Bereichen Club oder Tagesstätte zuzuordnen, ist es jedoch fraglich, ob ein solches Unterfangen – bei dem ständigen Kommen und Gehen der Besucher – überhaupt durchzuführen gewesen wäre.

3.1.2.3 Ausblick

Im Gesamterhebungszeitraum (dieser entspricht etwas mehr als einem Jahr) – wurden 160 verschiedene Personen erfaßt,
– kamen 34 neue Besucher zur Brücke (Gesamtzahl der „Erstmaligen“),
– brachen 27 Besucher den Kontakt zur Brücke ab.

Es kamen also mehr neue Besucher zur Brücke als daß Besucher den Kontakt abbrachen. Da auch von den Weggebliebenen, wie deren Befragung gezeigt hat (s. Kap. 3.3), die meisten unter bestimmten Umständen, vor allem aber, wenn es ihnen einmal schlechter gehen sollte, wieder in die Brücke kommen würden, sind diese zu einem gewissen Anteil zu der Gruppe der Unregelmäßig Kommenden zu zählen.

Es ist somit insgesamt eine steigende Tendenz bei den Besucherzahlen zu konstatieren. Diese Steigerung ist im wesentlichen darauf zurückzuführen, daß die Brücke als einzige Nachsorgeeinrichtung für Personen mit chronischen Psychosen im Lübecker Raum im Lauf der Jahre mit immer mehr Betroffenen in Kontakt gerät und dabei die Weiterverweisungs- und Entlassungsquote recht niedrig ist. Da es bisher nur bei sehr wenigen Besuchern möglich ist, diese entweder an andere Einrichtungen weiterzuvermitteln, ihnen einen Arbeitsplatz zu besorgen oder sie auf sonstige Art und Weise soweit zu rehabilitieren, daß sie allein auf Dauer ihr Leben bewältigen könnten, stellt die Brücke für den Großteil der Besucher ein jahrelanges, oft lebensbegleitendes Hilfsangebot dar. Ein zweiter Grund mag in dem Rehabilitationskonzept der Einrichtung liegen. Die Notwendigkeit der Absicherung einer solchen psychosozialen Nachsorgeeinrichtung begünstigt bei den Mitarbeitern eher unspezifische Rehabilitationskonzepte. Die Unspezifität

bezieht sich dabei auf eine fehlende differenzielle Indikation, Kriterien des Rehabilitationserfolges oder Therapieendes.

Es bleibt abzuwarten, inwiefern die Brücke diesem wachsenden Andrang gewachsen ist, – im Bereich der Krisenintervention zeigen sich auf Mitarbeiterseite bereits die ersten Grenzen der Kapazität und der persönlichen Kräfte –, oder inwiefern sich die Gründung neuer Einrichtungen, entweder durch denselben Träger oder aber auch durch andere, als notwendig erweisen wird.

Zu fragen ist außerdem, inwieweit das Rehabilitationskonzept der Mitarbeiter in Wechselbeziehung zu diesen steigenden Besucherzahlen steht. Ein wesentliches Element dieses Konzeptes ist die Haltung, die Besucher in die Gemeinschaft der Betreuten aufzunehmen und an diese Gemeinschaft zu binden.

3.2 Ein Vergleich des Tageszentrums mit den Tagesklinikpatienten

In diesem Kapitel wollen wir der Frage nachgehen, ob sich die Klientel der einzelnen Einrichtungen der Brücke unterscheidet. Dazu wird die Klientel des Tageszentrums und der Tagesklinik miteinander verglichen.

Andererseits ist zu fragen, ob sich einhergehend mit dem Umzug der Brücke die Klientel des Tageszentrums verändert hat.

Diese Vergleiche stützen sich auf eine Klientendokumentation, die seit November 1983 mit einem zu diesem Zweck konstruierten Erhebungsbogen durchgeführt wurde.

3.2.1 Vorgehensweise

Um vergleichbare Daten über die Klienten zu erhalten, wurde die Dokumentation in analoger Weise zu zwei Zeitpunkten: vor (1983) und nach dem Umzug (1985) durchgeführt.

Die Mitarbeiter hatten jeweils 14 Tage lang alle Klienten der Brücke zu registrieren. Dabei war die Aufenthaltsdauer in der Einrichtung ohne Belang. Zusammen mit einem Mitarbeiter, der den besten Kontakt zu dem Klienten hat, wurde der Klientendokumentationsbogen aufgefüllt.

1983 wurden 106 Personen gezählt, von denen bei 81 Angaben erhältlich waren. Daß 25 Personen nicht befragt werden konnten, hat verschiedene

Gründe: einige waren nicht erreichbar, einige waren in stationärer Behandlung, anderen war es nicht zuzumuten, wieder andere besuchten die Brücke inzwischen nicht mehr. Nur wenige Besucher weigerten sich, Angaben zu ihrer Person zu machen.

1985 nach dem Umzug sollten nur für die registrierten Besucher Klientendokumentationsbögen ausgefüllt werden, die zum ersten Mal mit der Brücke Kontakt hatten. Leider konnten nur die Daten von 14 „neuen“ Besuchern erhoben werden, weshalb die Ausgangsbasis für einen Vergleich mit den „alten“ Besuchern recht schmal ist.

Im Gegensatz zu diesem Vorgehen im Tageszentrum, wo nur über einen begrenzten Zeitraum dokumentiert wurde, wählten wir für die Tagesklinik eine fortlaufende Dokumentationsform. Dies vor allem deshalb, da in der Tagesklinik zu ein- und derselben Zeit weniger Patienten behandelt werden. Es wurden aus diesem Grund von Beginn der Tagesklinikzeit bis Mitte Juli 1985 Klientendokumentationen von möglichst allen Klienten durchgeführt.

Zum Vergleich liegen uns somit vor:

Aus dem Tageszentrum der Brücke (Mengstraße, Ende 1983):	81 Besucher
Aus dem Tageszentrum der Brücke (Engelsgrube, 1985):	14 Besucher
Aus der Tagesklinik (in der Med. Universität und in der Engelsgrube, 1983 bis 1985):	64 Patienten.

Da die Zahl der „neuen“ Tageszentrumsbesucher recht gering ist, werden wir bei der Darstellung der Ergebnisse die Angaben aus dem Tageszentrum von 1983 und 1985 zusammenfassen und gemeinsam interpretieren. Es sollen jedoch auch die Variablen, bei denen sich diese beiden Gruppen sehr deutlich unterscheiden, getrennt dargestellt werden.

Zwischen den Besuchern des Tageszentrums und den Patienten der Tagesklinik erwarteten wir größere Unterschiede. Die im folgenden kurz dargestellten Konzepte der beiden Einrichtungen unterscheiden sich deutlich (s. Anhang 2). Tageszentrum und Tagesklinik haben das gemeinsame Ziel, Personen mit Psychosen zu betreuen. Das Tageszentrum konzentriert seine Arbeit dabei in erster Linie auf Personen mit chronischen Psychosen; dagegen wendet sich die Tagesklinik mit ihrem Angebot primär an Patienten, die erst- oder zweiterkrankt sind. Die therapeutische Zielsetzung der Tagesklinik zielt entsprechend darauf, eine Heilung oder Besserung des gesundheitlichen Zustandes herbeizuführen und eine Chronifizierung zu verhindern. Dagegen

ist es gerade Ziel des Tageszentrums, den Besuchern beim „Leben lernen mit chronischer Krankheit“ behilflich zu sein. Auch bezüglich der Aufnahmemodalitäten, der Behandlungsdauer sowie der therapeutischen Angebote unterscheiden sich die Einrichtungen deutlich.

Aus der Unterschiedlichkeit der Konzepte erwarteten wir in den Daten zur psychiatrischen Vorgeschichte und in den Sozialdaten Unterschiede zwischen den Patientengruppen. Patienten der Tagesklinik müßten kürzere kumulative Verweildauern in psychiatrischen Einrichtungen, eine kürzere Zeit seit der Ersterkrankung und eine geringere Anzahl stationärer psychiatrischer Aufnahmen aufweisen. Wir nehmen an, daß diese Patientengruppe jünger ist.

Außerdem ist anzunehmen, daß sie aufgrund der Ersterkrankung wahrscheinlich noch berufstätig und seltener berentet sind und in geringerem Maße über einen Status als „Schwerbehinderter“ verfügen. Darüber hinaus interessierte uns jedoch auch die Frage, ob sich die Klientel der beiden Einrichtungen noch in anderen Variablen unterscheiden.

Um die erwarteten Unterschiede zwischen den beiden Klientengruppen auf ihre statistische Signifikanz zu überprüfen, berechneten wir für alle Variablen statistische Tests (Chi-Quadrat-Test, Trend-Test und U-Test; *Pfanzagl, 1978*).

Die statistische Bearbeitung der Daten erfolgte mit dem Programm K-micro-Stat von *Kleiter (1982)* an einem APPLE-2e-Computer der Psychiatrischen Poliklinik an der Medizinischen Universität zu Lübeck.

3.2.2 Ergebnisse

Im folgenden werden die Ergebnisse der Klientendokumentation der Besucher des Tageszentrums aus den Jahren 1983 und 1985, die Ergebnisse der zusammengefaßten Gruppe der Besucher des Tageszentrums von 1983 bis 85 und die Ergebnisse der Patienten der Tagesklinik aus den Jahren 1983 bis 85 dargestellt.

3.2.2.1 Gruppenunterschiede der Klienten von Tageszentrum und Tagesklinik

Im folgenden sollen die Klienten der beiden Einrichtungen hinsichtlich ihrer soziodemographischen Angaben (Geschlecht, Alter, Familienstand, Wohnverhältnisse, Wohnort, Staatsangehörigkeit) dargestellt werden. Es wird auf den schulischen und beruflichen Ausbildungsstand, die jetzige berufliche Situation, den Grad der Behinderung sowie das Vorliegen einer Vormundschaft oder Pflegschaft eingegangen.

Geschlecht:

In der Tagesstätte sind deutlich mehr Männer als Frauen; dagegen ist es in der Tagesklinik genau umgekehrt. Dort sind 58 % der Patienten Frauen; der Unterschied ist signifikant ($p = 0,05$) (s. Tabelle 2).

Tabelle 2: Geschlechtsverteilung der Klientel der Brücke

Geschlecht	Tageszentrum 1983 – 85		Tagesklinik 1983 – 85	
	abs	%	abs	%
weiblich	40	42	37	58
männlich	55	58	27	42
Gesamt	95		64	

Erklärungsmöglichkeiten für diese unterschiedliche Verteilung könnten in dem unterschiedlichen geschlechtsspezifischen Umgang mit psychischer Krankheit und Krankheit allgemein (*Beckmann*, 1976) oder in der unterschiedlichen Einbindung in das soziale Netz (s. *Badura*, 1981) liegen. So gibt es Hinweise in der Literatur, daß Männer häufig eine andere Patientenrolle einnehmen als Frauen: *Coser* (1975) wies darauf hin, daß Männer in der Patientenrolle passiver sind und erwarten bzw. es voraussetzen, versorgt zu werden. In Anlehnung an diese Konzepte läßt sich vermuten, daß das Angebot des Tageszentrums dem Versorgungswunsch der Männer stärker entgegenkommt. Eine weitere Vermutung wurde von den Mitarbeitern der Tagesstätte geäußert, nämlich daß sich Frauen durch anzügliche Bemerkungen und „Anmache“ einiger männlicher Besucher im Dielenbereich abgeschreckt fühlen und deshalb nicht so gern zur Brücke kommen könnten.

Alter:

Auch in der Verteilung auf die Altersgruppen unterscheiden sich Tagesklinikpatienten und Tageszentrumsbesucher signifikant ($p = 0,01$) (s. Tabelle 3):

Tabelle 3: Altersverteilung der Brücke-Klienten

Altersgruppe	Tageszentrum 1983 – 85		Tagesklinik 1983 – 85	
	abs	%	abs	%
unter 18	0	0	2	3
18 – 20	4	4	4	6
21 – 30	29	31	34	53
31 – 40	37	39	15	23
41 – 50	20	21	6	9
51 – 60	4	4	3	5
61 – 70	0	0	0	0
über 70	1	1	0	0
Gesamt	95		64	

Die Tagesklinikpatienten sind signifikant ($p = 0,01$) jünger als die Besucher des Tageszentrums. Ein Vergleich der Altersverteilungen zwischen Tageszentrum 1983 und 1985 ergab ebenfalls ein signifikantes Ergebnis ($p = 0,01$). Auch die neuen Besucher des Tageszentrums sind jünger als die Besucher, die 1983 in die Klientendokumentation kamen. Eine mögliche Erklärung für den letzten Tatbestand könnte sein, daß – wie in Kap. 3.2.1 dargestellt – beide Einrichtungen unterschiedliche Konzepte verfolgen. Die meisten Besucher des Tageszentrums bleiben mehrere Jahre lang in der Brücke und verlassen diese nicht z. B. nach einer Übergangszeit von ein oder zwei Jahren automatisch wieder. Dieser Tatbestand wurde auch durch die Auswertung der Anwesenheitserhebungen (s. Kap. 3.1.2) festgestellt. Es gibt einen großen Teil der Brücke-Besucher, die zusammen mit der Einrichtung älter werden.

Daß die Tagesklinikpatienten durchschnittlich jünger sind, könnte damit zusammenhängen, daß sich Erkrankungen von Psychosen in jüngerem Alter (zwischen 20 und 30 Jahren) häufig zum ersten Mal manifestieren. Jedoch ist auch ein Selektionseffekt der zuweisenden Stellen nicht auszuschließen.

Familienstand:

Im Familienstand unterscheiden sich die Gruppen der Klienten nicht. Es fällt jedoch sowohl bei Tageszentrumsbesuchern als auch bei Tagesklinikpatienten der außerordentlich hohe Anteil an ledigen und geschiedenen Personen auf (s. Tab. 4).

Tabelle 4: Familienstand der Brücke-Klienten

Familienstand	Tageszentrum 1983 – 85		Tagesklinik 1983 – 85	
	abs	%	abs	%
ledig	67	71	46	72
verheiratet	7	7	8	12
getrennt lebend	0	0	0	0
geschieden	19	20	9	14
verwitwet	2	2	1	2
Gesamt	95		64	

Lebensverhältnisse und Wohnsituation:

Bei den Lebensverhältnissen fällt auf, daß von den Tagesklinikpatienten deutlich mehr bei ihren Eltern wohnen als im Tageszentrumsbereich. Die Unterschiede zwischen den Lebensverhältnissen insgesamt sind jedoch nicht signifikant. Auffallend ist in allen Gruppen, wie viele Personen allein und wie wenige zusammen mit einem Partner wohnen (s. Tab. 5). Bei den eigenen Kindern, bei den Geschwistern oder nahen Verwandten wohnt keiner der Klienten.

Tabelle 5: Lebensverhältnisse der Brücke-Klienten

Lebensverhältnisse	Tageszentrum 1983 – 85		Tagesklinik 1983 – 85	
	abs	%	abs	%
allein	54	59	25	39
mit Partner	14	15	15	23
bei Eltern	12	13	20	31
bei Kindern	0	0	0	0
bei Geschwistern	0	0	0	0
bei anderen Verwandten	0	0	0	0
bei sonst. Personen	12	13	4	6
Gesamt	92		64	

Die meisten Klienten wohnen in einer Privatwohnung. 13% der Tageszentrumsbesucher und 6% der Tagesklinikpatienten wohnen im Beschützten Wohnen der Brücke. Vergleicht man die Zahlen des Tageszentrums von 1983 und 1985, zeigt sich, daß der Prozentsatz der beschützt Wohnenden von 12 auf 21% gestiegen ist. Dies entspricht der zwischenzeitlich durchgeführten Erhöhung der Plätze im Beschützten Wohnen auf 18 Plätze (s. Tab. 6).

Tabelle 6: Wohnsituation der Brücke-Klienten

Wohnsituation	Tageszentrum 1983 - 85		Tagesklinik 1983 - 85	
	abs	%	abs	%
Privatwohnung	65	71	56	87
Zimmer (auch in WG)	7	8	2	3
Beschütztes Wohnen	12	13	4	6
Therapeutische WG	2	2	—	—
psychiat. Krankenhaus	1	1	1	2
Altenwohnheim/-pflegeheim	2	2	—	—
anderes Heim	1	1	1	2
ohne festen Wohnsitz	2	2	—	—
Gesamt	92		64	

Wohnort:

Die Verteilung der Klienten auf die verschiedenen Wohnorte in und um Lübeck geht aus einer Tabelle im Anhang hervor (s. Anhang). Auch bezüglich der Wohnsituation unterscheiden sich Tageszentrums- und Tagesklinikpatienten signifikant ($p = 0,01$): in der Tagesklinik wohnen weniger Patienten direkt in der Innenstadt von Lübeck. Es kommen bedeutend mehr Patienten aus den peripheren Stadtteilen Lübecks und aus Wohnorten, die außerhalb von Lübeck liegen (s. Tab. 7).

Tabelle 7: Wohnorte der Brücke-Klienten

Wohnort	Tageszentrum 1983 – 85		Tagesklinik 1983 – 85	
	abs	%	abs	%
Lübeck Innenstadt	31	33	6	9
Stadtteile Lübecks	51	54	43	67
Wohnorte außerhalb von Lübeck	13	14	15	23
Gesamt	95		64	

Diese Ergebnisse zeigen, daß die Patienten der Tagesklinik zum Teil größere Anfahrtswege zur Einrichtung in Kauf nehmen. Möglicherweise kommt jedoch auch hier ein Selektionseffekt zur Wirkung; seitdem die Besucher der Brücke nicht mehr alle mit ihrem Schwerbehindertenausweis umsonst Bus und Bahn benutzen können, ist es einigen weiter außerhalb wohnenden Tageszentrumsbesuchern aus finanziellen Gründen nicht mehr möglich, die Brücke aufzusuchen. Jedoch ist der berichtete Unterschied unter Umständen kein Hinweis auf eine unterschiedliche Motivation der Besucher bzw. Patienten, das Tageszentrum oder die Tagesklinik aufzusuchen. Einhergehend mit der Überweisung in die Tagesklinik verpflichtet sich der Patient, am Tagesklinikprogramm teilzunehmen. Bemerkt das Tagesklinikteam eine nachlassende Motivation des Patienten, wird dies angesprochen und bei Bedarf der Patient von zuhause abgeholt.

Schulabschluß:

Bezüglich des höchsten erreichten Schulabschlusses unterscheiden sich Tagesklinikpatienten und Tageszentrumsbesucher nicht. In beiden Einrichtungen sind vor allem die mittleren Schulabschlüsse besonders stark vertreten. Ca. 20 % der Klienten beider Einrichtungen hat Abitur oder einen höheren Schulabschluß erreicht. Nur 7 % im Tageszentrum und 5 % in der Tagesklinik haben entweder keinen Abschluß oder nur einen Sonderschulabschluß (s. Tab. 8).

Tabelle 8: Höchster Schulabschluß der Brücke-Klienten

Höchster Schulabschluß	Tageszentrum 1983 – 85		Tagesklinik 1983 – 85	
	abs	%	abs	%
kein Abschluß	3	3	2	3
Sonderschule	4	4	1	2
Hauptschule	43	48	25	39
Mittelschule	23	26	23	36
Abitur	10	11	8	12
Fachhochschule	5	6	3	5
Hochschulabschluß	2	2	2	3
keine Angaben	–	–	–	–
Gesamt	90		64	

Staatsangehörigkeit:

Zur Staatsangehörigkeit ist zu sagen, daß fast alle Besucher und Patienten die deutsche Staatsangehörigkeit haben. Lediglich ein Besucher des Tageszentrums ist staatenlos. Drei Patienten der Tagesklinik kommen aus dem Ausland. Es sind jedoch keine Staatsangehörigen aus der Türkei oder Jugoslawien unter den Klienten.

Beruf:

Bezüglich des gegenwärtigen oder zuletzt ausgeübten Berufes lassen sich wiederum signifikante Unterschiede ($p = 0,05$) zwischen Tageszentrum und Tagesklinik erkennen. Es gibt zwar im Tagesklinikbereich mehr (8) Patienten, die überhaupt keinen Beruf ausgeübt haben, als im Tageszentrum. Dort sind es nur drei Besucher. Vergleicht man jedoch die Personen, die einmal berufstätig waren, miteinander, zeigt sich, daß die Schicht der Tagesklinikpatienten signifikant höher ($p = 0,01$) lag als bei den Besuchern des Tageszentrums. Die Schichtzugehörigkeit ermittelten wir aufgrund des zuletzt ausgeübten Berufes mit der Skala SSE: Soziale Selbsteinstufung (Kleining und Moore, 1968) (s. Tab. 9).

Tabelle 9: Schichtzugehörigkeit der Klienten der Brücke nach SSE, ermittelt über den gegenwärtigen bzw. zuletzt ausgeübten Beruf

Berufsschicht nach SSE	Tageszentrum 1983 – 85		Tagesklinik 1983 – 85	
	abs	%	abs	%
kein Beruf ausgeübt	3	3	8	13
untere Unterschicht	27	29	6	9
obere Unterschicht	29	32	18	28
untere Mittelschicht	27	29	25	39
mittlere Mittelschicht	6	7	5	8
obere Mittelschicht	–	–	–	–
Oberschicht	–	–	–	–
Gesamt	92		64	

Einen Beruf hatten drei Viertel der beiden Klientengruppen erlernt, und zwar im Tageszentrum 78 % der Besucher und in der Tagesklinik 75 % der Patienten.

Berufstätigkeit:

Im Tageszentrum gibt es eine ganze Reihe von Besuchern (30), die schon seit fünf und mehr Jahren nicht mehr berufstätig sind. Dagegen überwiegen in der Tagesklinik deutlich die Patienten, bei denen die letzte Berufstätigkeit nur bis zu einem Jahr zurückliegt (59). Die letzte Berufstätigkeit liegt durchschnittlich (Median) in der Tagesklinik sechs Monate zurück, im Tageszentrum 39 Monate.

Es bestätigt sich damit die Hypothese, die auf die unterschiedlichen Konzepte der Einrichtungen rekurriert.

Entsprechend unterscheidet sich deutlich ($p = 0,01$) die aktuelle berufliche Situation der Besucher in Tageszentrum und Patienten in der Tagesklinik: Von den Besuchern des *Tageszentrums* üben nur noch 7 % eine Berufstätigkeit aus (davon 4 % als Teilzeittätigkeit), weitere 4 % sind in einer Ausbildung oder Umschulung. In der *Tagesklinik* dagegen ist genau die Hälfte der Patienten berufstätig (davon 5 % Teilzeit), 5 % befinden sich in der Ausbildung. Im Tageszentrum sind 38 % der Besucher arbeitslos. Auch in der Tagesklinik fällt der sehr hohe Anteil an arbeitslos gemeldeten Personen auf, nämlich 32 %. Im Tageszentrum sind 42 % der Besucher Rentner. Bis auf zwei Ausnahmen

beziehen diese Besucher sämtlich eine Frührente im Sinne einer Erwerbsunfähigkeitsrente. Dagegen ist die Zahl der berenteten Patienten in der Tagesklinik vergleichsweise gering mit 10% (s.Tab. 10).

Lebensunterhalt:

Eng mit der aktuellen beruflichen Situation hängt auch die Gestaltung des Lebensunterhaltes zusammen. Auch hier gibt es signifikante ($p = 0,01$) Unterschiede zwischen Tageszentrum und Tagesklinik. Die meisten (43%) der Tageszentrumsbesucher beziehen ihren Lebensunterhalt aus einer Rente. Ein fast ebenso großer Anteil von insgesamt 38% bezieht entweder Sozialhilfe oder Arbeitslosenunterstützung. Sowohl Rente als auch Arbeitslosenunterstützung sind in einigen Fällen so niedrig, daß die Besucher noch zusätzlich auf die Sozialhilfe oder auf die Unterstützung durch die Familie angewiesen sind. Dies betrifft vier Rentner und fünf Empfänger von Arbeitslosenunterstützung.

Tabelle 10: Jetzige berufliche Situation der Klienten der Brücke

Berufliche Situation	Tageszentrum 1983 – 85		Tagesklinik 1983 – 85	
	abs	%	abs	%
berufstätig (vollz.)	3	3	27	45
berufstätig (teilz.)	4	4	3	5
mithelfender Familienangehöriger	–	–	–	–
Hausfrau/-mann	5	5	2	3
in der Ausbildung/ Umschulung	4	4	3	5
Wehr-/Zivildienst	–	–	–	–
beschützt beschäftigt	2	2	–	–
arbeitslos gemeldet	21	23	19	32
Rentenverfahren, Frührentner	37	40	6	10
Altersrente, Pension, Witwenrente	2	2	–	–
anderweitig, ohne berufl. Beschäftigung	14	15	–	–
Gesamt	92		60	

In der Tagesklinik sind vergleichsweise weniger Patienten auf Unterstützung durch die Sozialhilfe oder Arbeitslosenunterstützung angewiesen (zusammen 22 %). Dagegen werden in der Tagesklinik etwas mehr Patienten (11 %) durch ihre Familie unterstützt als im Tageszentrum. Mehr als die Hälfte der Tagesklinikpatienten kann den Lebensunterhalt durch die eigene Berufstätigkeit, meist in Form von Krankengeld bzw. Lohnfortzahlung, bestreiten. 14 % erhalten ihren Lebensunterhalt durch Rente oder Pension. Dieser Prozentsatz ist höher, als in der „Jetzigen beruflichen Situation“ als Rentner angegeben waren. Dort gab es jedoch vier fehlende Angaben, so daß möglicherweise die Anzahl der Rentner in der Tagesklinik doch bei ca. 14 % liegen könnte.

Schwerbehinderung:

Die Besucher des Tageszentrums sind durchschnittlich – wie erwartet – schwerer behindert als die Patienten der Tagesklinik ($p = 0,01$). Es konnte auch ein signifikanter Unterschied ($p = 0,01$) zwischen den Besuchern des Tageszentrums von 1983 und 1985 festgestellt werden, in dem Sinne, daß die Besucher von 1983 stärker behindert waren als die Besucher 1985 (s. Tab. 11).

Tabelle 11: Grad der Behinderung der Brücke-Klienten

Grad der Behinderung	Tageszentrum 1983 – 85		Tagesklinik 1983 – 85	
	abs	%	abs	%
0 %	39	43	50	78
50 %	6	7	3	5
60 %	3	3	2	3
70 %	2	2	1	2
80 %	20	22	1	2
90 %	1	1	1	2
100 %	20	22	6	9
Gesamt	91		64	

Vormundschaft und Pflegschaft:

Bezüglich des Vorliegens einer Vormundschaft und Pflegschaft gibt es keine Unterschiede zwischen den Klienten von Tageszentrum und Tagesklinik (s. Tab. 12).

Tabelle 12: Anzahl der Klienten der verschiedenen Brücke-Einrichtungen, bei denen entweder eine Vormundschaft oder eine Pflegschaft vorliegt.

	Tageszentrum 1983 – 85		Tagesklinik 1983 – 85	
	abs	%	abs	%
Vorliegen einer Vormundschaft oder Pflegschaft				
Vormundschaft	4	4	3	5
Vermögenspflegschaft	10	11	4	6
Aufenthalts- bestimmungsrecht	5	6	5	8
Gesamt	19		12	

Zusammenfassung der Gruppenunterschiede:

Wir wollen kurz versuchen, die Ergebnisse zur sozialen Herkunft der Klienten der Brücke zusammenzufassen. In der Tagesklinik gibt es mehr weibliche Patienten als im Tageszentrum, die Patienten sind durchschnittlich jünger und sie kommen aus einer etwas höheren Schicht. Sie sind zur überwiegenden Mehrheit nicht behindert, stehen zu einem großen Teil noch im Berufsleben und können somit überwiegend ihren Lebensunterhalt selbst bestreiten. Einige wohnen außerhalb von Lübeck und legen eine weitere Strecke zurück, um zur Tagesklinik zu kommen.

Bei den Tageszentrumsbesuchern überwiegen eindeutig die Männer. Die Tageszentrumsbesucher sind durchschnittlich etwas älter als die Tagesklinikpatienten. Mehr als die Hälfte von ihnen hat einen Schwerbehindertenausweis. Sie sind zu einem großen Anteil Frührentner oder arbeitslos gemeldet. Die letzte Berufstätigkeit liegt meist schon mehrere Jahre zurück. Von daher leben die meisten Besucher von einer Rente, Arbeitslosenunterstützung oder Sozialhilfe; nur ein sehr kleiner Teil kann seinen Lebensunterhalt aus einer Berufstätigkeit bestreiten. Die Schicht der Besucher des Tageszentrums liegt etwas niedriger als bei den Patienten der Tagesklinik. Sehr viele der Tageszentrumsbesucher leben allein. Die meisten von ihnen wohnen in der Innenstadt von Lübeck oder in peripheren Stadtteilen von Lübeck.

Die Tagesklinikpatienten sind somit im Vergleich zu den Besuchern des Tageszentrums noch weitaus stärker in das gesellschaftliche Leben und den Produktionsprozeß integriert. Diese Ergebnisse entsprechen den Erwartun-

gen, die wir aufgrund der Konzeption der Tagesklinik hatten. Nicht vorherzusagen war jedoch das Überwiegen der weiblichen Patienten und der Patienten aus einer höheren Berufsschicht. Hier könnten möglicherweise Selektionseffekte der zuweisenden Stellen zur Wirkung kommen*; z. B. in dem Sinne, daß die zuweisenden Ärzte bei bestimmten Patienten eher einen Rehabilitationserfolg durch die Behandlung in der Tagesklinik erwarten als bei anderen. Dies sei jedoch nur als vage Hypothese formuliert. Es wäre aber sicher interessant, in einer eigenen Untersuchung die subjektiven Indikationskriterien von zuweisenden Stellen zur Tagesklinik zu erheben.

3.2.2.2 Psychiatrische Vorgeschichte der Klienten

Stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken:

Fast alle Besucher des Tageszentrums (91 %) und Klienten der Tagesklinik (98 %) haben stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Einrichtungen hinter sich. 9 % der Tageszentrumsbesucher waren noch nie in stationären Einrichtungen. An stationären psychiatrischen Einrichtungen, in denen die Klienten untergebracht waren, wurden an erster Stelle die Psychiatrische Klinik der Medizinischen Universität Lübeck genannt, an zweiter Stelle das Landeskrankenhaus in Neustadt und an dritter Stelle kamen andere psychiatrische Einrichtungen (s. Tab. 13)

Tabelle 13: Verteilung der früheren stationären Aufenthalte in psychiatrischen Einrichtungen bei den Klienten der Brücke, (Mehrfachnennungen)

	Tageszentrum 1983 – 85	Tagesklinik 1983 – 85
Psychiatrische Einrichtungen	abs	abs
Medizinische Universität zu Lübeck	60	61
Landeskrankenhaus Neustadt	47	21
andere	30	13
n =	91	64

* Ein Selektionseffekt, der erst bei der Aufnahme-prozedur in die Tagesklinik auftritt, ist unwahrscheinlich, da die Mitarbeiter der Tagesklinik bisher von sich aus noch keinen Patienten als ungeeignet abgewiesen haben.

Es gibt keine Unterschiede in den Verteilungen auf die verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen zwischen Besuchern des Tageszentrums und Patienten der Tagesklinik. Dagegen unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant in der Anzahl der stationären Aufnahmen ($p = 0,05$), und zwar haben die Besucher des Tageszentrums erwartungsgemäß mehr stationäre Aufnahmen hinter sich als die Patienten der Tagesklinik. Der mittlere Wert (Median) der Anzahl liegt bei der Tagesklinik bei zwei stationären Aufenthalten, beim Tageszentrum bei drei (s. Tab. 14).

Letzte Entlassung:

Die letzte Entlassung aus einer stationären Behandlung liegt bei den Tageszentrumsbesuchern erwartungsgemäß länger zurück als bei den Tagesklinikpatienten ($p = 0,01$). Die Tagesklinikpatienten befinden sich zur Zeit der Dokumentation alle durchweg noch in teilstationärer Behandlung. Es wurde auch ein signifikanter Unterschied zwischen Tageszentrumsbesuchern aus den Jahren 1983 und 1985 festgestellt ($p = 0,05$). Bei den Tageszentrumsbesuchern aus dem Jahre 1983 liegt die letzte Entlassung durchschnittlich 25 Monate zurück (der Median liegt bei 12 Monaten). Im Vergleich dazu sind die Tageszentrumsbesucher aus dem Jahr 1985 durchschnittlich vor 14 Monaten entlassen worden (der Median liegt bei vier Monaten). Da es sich bei den Tageszentrumsbesuchern aus dem Jahr 1985 durchweg um neue Besucher handelt, also um solche Besucher, die vorher noch keinen Kontakt zur Brücke hatten, war dieser Unterschied zu erwarten.

Tabelle 14: Anzahl stationärer Aufnahmen bei Klienten der Brücke

Anzahl stationärer Aufenthalte	Tageszentrum 1983 – 85		Tagesklinik 1983 – 85	
	abs	%	abs	%
0	7	8	1	2
eine Aufnahme	10	12	20	33
zwei Aufnahmen	17	21	11	18
drei Aufnahmen	11	13	9	15
vier Aufnahmen	9	11	6	10
fünf Aufnahmen	6	7	3	5
mehr als fünf Aufnahmen	23	28	8	13
Gesamt	83		60	

Psychiatrische Vorbehandlung:

Auch bezüglich ihrer psychiatrischen Vorbehandlung unterscheiden sich Tageszentrumsbesucher und Tagesklinikpatienten sehr deutlich ($p = 0,01$): Sowohl die erste nervenärztliche Behandlung als auch die erste stationäre Aufnahme in eine Klinik liegt bei den Besuchern des Tageszentrums durchschnittlich länger zurück (nämlich zehn bzw. neun Jahre) als bei den Patienten der Tagesklinik (sieben bzw. drei Jahre).

Kumulative Verweildauer:

Die kumulative Verweildauer in psychiatrischen Einrichtungen geht aus Tabelle 15 hervor. Die Patienten des Tageszentrums unterscheiden sich von jenen der Tagesklinik durch eine längere Verweildauer.

Tabelle 15: Kumulative Verweildauer in psychiatrischen Einrichtungen der Klienten der Brücke

kumulative Verweildauer	Tageszentrum 1983 – 85		Tagesklinik 1983 – 85	
	abs	%	abs	%
0	7	8	–	–
1 – 6 Monate	34	40	40	69
7 – 12 Monate	11	13	9	16
bis zu zwei Jahren	11	13	5	9
bis zu fünf Jahren	14	16	1	2
mehr als fünf Jahre	8	9	3	5
Gesamt	85		58	

Mehr als zwei Drittel der Tagesklinikpatienten haben eine kumulative Verweildauer von weniger als einem halben Jahr. Insgesamt 85 % der Tagesklinik- und 61 % der Tageszentrumspatienten waren weniger als ein Jahr in stationärer Behandlung. Der Unterschied wird bei den längeren Verweildauern besonders deutlich.

Während in der Tagesklinik 16 % eine kumulative Verweildauer von mehr als einem Jahr ausweisen, sind dies 38 % der Tageszentrumsbesucher.

Zusammenfassung der psychiatrischen Vorgeschichte der Klienten

In der Tagesklinik werden überwiegend Patienten behandelt, deren Ersterkrankung noch nicht so lange zurückliegt, die noch nicht so viele stationäre

Aufenthalte hatten und die insgesamt weniger Zeit in psychiatrischen Einrichtungen verbracht haben (im Mittel 10,6 Monate). Dagegen entsprechen die Besucher des Tageszentrums zum großen Teil dem Bild eines „typisch“ chronisch psychisch kranken Menschen, mit einer Ersterkrankung, die schon viele Jahre zurückliegt, mit mehreren stationären Aufenthalten, mit einer langen kumulativen Verweildauer in psychiatrischen Einrichtungen (im Mittel bei 21,4 Monaten).

Daß in der Tagesklinik jedoch nicht ausschließlich erst- und zweiterkrankte Patienten behandelt werden, kann man an allen Angaben, die sich auf die psychiatrische Vorgeschichte beziehen, erkennen. So wurden auch in der Tagesklinik einzelne Patienten behandelt, die eher zu der Gruppe der chronisch psychisch Kranken zu rechnen wären*.

3.2.2.3 Zugang zu Tagesklinik und Tageszentrum

Die Patienten der Tagesklinik sind alle aufgrund einer ärztlichen Überweisung in die Tagesklinik eingewiesen worden. Der größte Teil (81 %) stammt aus der Psychiatrischen Klinik der Medizinischen Universität Lübeck. Der Anteil der Patienten, die aus dem Landeskrankenhaus Neustadt überwiesen wurden, ist dagegen mit 14 % recht niedrig. Lediglich drei, das entspricht 5 % der Tagesklinikpatienten, wurden direkt von einem Nervenarzt ohne vorherige stationäre Behandlung in die Tagesklinik eingewiesen. Es ist im Augenblick noch nicht abzuschätzen, woran diese niedrige Quote von Direkteinweisungen liegt. Zum Vergleich sind die Überweisungsquoten der von *Bosch* und *Steinhart* (1983) befragten Tageskliniken angeführt. Die Direktaufnahmen „von außen“ lagen zwischen 30 und 45 %. Möglich wäre, daß nach dem § 184 der Reichsversicherungsordnung die Krankenkassen von Lübeck sich gegen eine Direkteinweisung ohne vorherige stationäre Behandlung sträuben würde. Es ist abzuwarten, ob sich nach der Änderung dieses Paragraphen die Überweisungszahlen durch die niedergelassenen Nervenärzte ändern werden. Eine andere Erklärung wäre die, daß die Möglichkeiten einer Tagesklinik bei den Lübecker Nervenärzten noch zu wenig bekannt ist. Auch gewisse Konkurrenzprobleme zwischen niedergelassenen Nervenärzten und Tagesklinik sind nicht endgültig auszuschließen.

* Nach Aussage der Ärztin der Tagesklinik ist dieser Tatbestand jedoch nicht z. B. auf eine nachträgliche Erweiterung des Konzeptes auf Patienten mit chronischen Psychosen, sondern eher auf die teilweise schlechte Belegungssituation der Tagesklinik zurückzuführen.

Im Gegensatz zur Tagesklinik werden die Besucher, die zum Tageszentrum kommen, nicht eingewiesen, sondern kommen meist auf Empfehlung des behandelnden Nervenarztes (20) oder des Personals der psychiatrischen Kliniken (27). Andere Besucher erhalten die Anregung von Angehörigen oder Bekannten (17). Ein ebenfalls recht großer Teil kommt aufgrund eigener Initiative (14). Für die Besucher des Tageszentrums ist der Zugang durch nicht-ärztliche Instanzen ungefähr ebenso häufig wie Zugänge durch eine ärztliche Empfehlung. Die Zugänge aus der Medizinischen Universität und dem Landeskrankenhaus Neustadt unterscheiden sich im Gegensatz zu den Zugängen in der Tagesklinik kaum (15 bzw. 12 Zugänge). Sechs Besucher des Tageszentrums sind durch einen niedergelassenen Psychologen zur Brücke gekommen. Dagegen fällt auf, daß vom Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes 1983 und 1985 nur jeweils ein Besucher kam. Aufgrund der Aufgabenstellung und der zum Teil ähnlichen Klientel eines Sozialpsychiatrischen Dienstes hätte man durchaus höhere Zahlen erwarten können. Folgende Einrichtungen und Personen kamen überhaupt nicht als zuweisende Stellen vor: Praktischer Arzt; sonstiger Facharzt, Ambulanz; stationäre Einrichtung für Suchtkranke; nicht-psychiatrisches Krankenhaus; ärztlicher Notdienst; Suchtberatungsstelle; Selbsthilfegruppe; allgemeine soziale Dienste; Werkstatt für Behinderte; Heim; Polizei, Ordnungsamt (s. Anhang). Teilweise ist dies nicht überraschend, da sich von den Konzeptionen der Einrichtungen her keine Überschneidungen ergeben, z. B. bei der Suchtberatung oder bei den stationären Einrichtungen für Suchtkranke.

Neben diesen Zuweisungen von außen hat sich im Gegensatz zum Jahre 1983 1985 die Zahl derjenigen Besucher deutlich erhöht, die aus einer anderen Einrichtung der Brücke, nämlich dem Therapeutischen Wohnen in der Travemünder Allee, in die Brücke kommen. 1985 waren dies von den 14 dokumentierten Klienten immerhin sechs. Hieran wird deutlich, daß Tagesstätte, Club und Beschütztes Wohnen der Brücke – neben der Nachsorge von einigen Tagesklinikpatienten – zunehmend auch Aufgaben der Nachsorge für ehemalige Bewohner des Therapeutischen Wohnens übernehmen.

3.2.2.4 Diagnosen und Problembereiche

Bezüglich der Diagnosen gibt es keine bedeutsamen Unterschiede zwischen dem Tageszentrum und der Tagesklinik. In Tageszentrum wie in Tagesklinik sind am häufigsten Klienten mit einer schizophrenen Psychose vertreten (62 bzw. 83). Im Tageszentrum liegt der Anteil an affektiven Psychosen mit 15% sowie der Neurosen (8%) etwas höher als in der Tagesklinik (5%, 5%). Andere Diagnosen wie z. B. Epilepsie oder Alkoholabhängigkeit betreffen nur Einzelfälle (s. Anhang).

In unseren Klientendokumentationsbögen hatten wir neben der ICD-Klassifikation die Kategorien „Zuordnung zu Problemkategorien“ und Beeinträchtigung anderer Lebensbereiche durch psychische Krankheit“ vorgesehen. Diese Kategorien erwiesen sich als nicht reliabel. Hauptgründe dafür sind, daß die Kategorien sich zum Teil überschneiden und daß verschiedene Ausfüllende die Kategorien unterschiedlich definierten und von daher keine Ausfüllerobjektivität vorlag. Des weiteren gab es große Unterschiede, je nachdem, ob man die Fremdeinschätzung der Mitarbeiter oder die Selbsteinschätzung der Besucher erfragte. Wir verzichteten aus diesem Grund auf die Darstellung dieser Ergebnisse. Solange keine aussagekräftigen Kategorisierungsmöglichkeiten gefunden worden sind, die auch ausreichend operationalisierbar sind und eine hohe Übereinstimmungsobjektivität besitzen, ist zur Beschreibung der Klientel einer Einrichtung nach wie vor auf bewährte diagnostische Einteilungsschemata zurückzugreifen (z. B. *Degkwitz et al., 1980; Koehler und Saß, 1984*).

3.2.2.5 Mitbetreuung durch andere Einrichtungen in der Region

Die Patienten der Tagesklinik erhalten in der Regel keine weitere Behandlung durch andere Einrichtungen oder Personen der psychosozialen Versorgung. Eine Ausnahme bestand bei drei Patienten in unserem Erhebungszeitraum. Ein Patient wurde gleichzeitig von einem Nervenarzt behandelt. Zwei Patienten waren in der Psychiatrischen Klinik der Medizinischen Universität stationär untergebracht und für eine Probezeit in die Tagesklinik gekommen.

Dagegen werden über 90 % der Besucher des Tageszentrums von einem Arzt behandelt; und zwar 77 % von einem niedergelassenen Nervenarzt und 16 % von einem praktischen Arzt. Dieser Prozentsatz ist für Personen mit chronischen Psychosen möglicherweise sehr hoch, wenn man ihn mit Angaben über die nervenärztliche Nachbetreuung bei Klinik-Entlassenen psychiatrischen Patienten vergleicht. So werden z. B. in der Psychiatrie-Enquête (*Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland 1975*) Untersuchungen von *Dilling und Weyerer* aus Oberbayern und *Bosch, Leipert und Pietzker* aus Berlin zitiert, in denen die Quote der Patienten mit schizophrenen Psychosen, die nach ihrer Entlassung in eine regelmäßige Nachbehandlung bei einem Nervenarzt kamen, bei 28 bzw. 24 % lagen. Dementsprechend wurde auch in der Psychiatrie-Enquête festgestellt, daß die Nachbehandlung von Patienten, die aus psychiatrischer Behandlung entlassen werden, ein besonderes Problem darstelle, „weil es im Gegensatz zu den meisten Patienten anderer medizinischer Fächer zu den Eigenarten eines Teiles psychisch Kranker gehört, sich aus mangelnder Einsichtsfähigkeit der Behandlung zu entziehen.“ Zu bedenken ist, daß sich die o. a. Quote von 77 %

lediglich auf die Gesamtzahl der Brücke-Besucher bezieht und nicht auf *alle* in einem bestimmten Zeitraum aus psychiatrischer Klinik entlassenen Patienten mit schizophrenen Psychosen. Von daher stellt diese Zahl eine Überschätzung für die nervenärztliche Nachbetreuung aller Psychoseerkrankten in Lübeck dar.

Da zwischenzeitlich eine Reihe von Untersuchungen (z. B. *Hogarty et al.*, 1975; *Meyer*, 1984) gezeigt haben, daß das Beibehalten einer Psychopharmakotherapie Rückfälle verhindern kann, wird es in der Nachsorge von Patienten mit schizophrenen und affektiven Psychosen als ein vorrangiges Ziel angesehen, eine regelmäßige medizinische Betreuung zu gewährleisten. So berichtet *Kunze* (1981), daß es bei Schizophrenen in Heimen eine schwach-korrelative Beziehung zwischen Gestörtheit und Arztkontakt gibt: diese waren um so stärker gestört, je weniger Kontakt zum Nervenarzt sie hatten. Außerdem berichtet er aus seiner Untersuchung, daß nur 32 % einer Heimgruppe im Vergleich zu 91 % der Patienten von Übergangseinrichtungen in den letzten sechs Monaten nach der Entlassung aus dem PKH mindestens einen Kontakt zu einem Nervenarzt gehabt hätten.

Der Prozentsatz der Besucher der Brücke, die einen solchen Kontakt zum Nervenarzt haben, liegt somit genauso hoch wie bei den Patienten von Übergangseinrichtungen aus der Untersuchung von *Kunze*. Bedenkt man, daß die Besucher der Brücke zum größten Teil nicht in der Einrichtung wohnen (bis auf drei Besucher, die in einem Hintertrakt des Brücke-Speichers wohnen), und daß viele Besucher nur sehr unregelmäßig in die Brücke kommen, ist dieser Prozentsatz doch erstaunlich hoch. Leider können wir aufgrund des von uns verwendeten Dokumentationsbogens keine Aussagen darüber machen, wie regelmäßig bzw. wie häufig diese Besucher ihren Arzt sehen. Des weiteren ist nicht auszuschließen, daß gerade die Besucher, die gar nicht oder selten zu einem Nervenarzt gehen, auch nicht dokumentiert wurden, da sie möglicherweise auch sehr unregelmäßig in die Brücke kommen.

3.2.2.6 Teilnahme an den Angeboten der Brücke

Im folgenden wird der Frage nachgegangen, welche Angebote der Brücke in welchem Umfang und Kontinuität wahrgenommen werden. Von den Tagesklinikpatienten wohnen zwei im Beschützten Wohnen der Brücke, einer nimmt regelmäßig am Club teil. Ansonsten wurden keine weiteren Teilnahmen an anderen Einrichtungen der Brücke dokumentiert. Von den Besuchern des Tageszentrums nehmen die meisten am Club (77 %), gefolgt von der Tagesstätte (53 %) teil. 37 % der Besucher nehmen die Möglichkeit der Beratung in

der Brücke wahr. 20 % nehmen an Gesprächsgruppe, Hobbygruppen, Ladengruppe teil. 15 % der Brücke-Besucher wohnen im Beschützten Wohnen.

Auch bezüglich der Kontinuität der Teilnahme ergibt sich für die Tagesklinik ein recht einheitliches Bild; dies ist nicht verwunderlich, da die ganztägige Teilnahme vorgeschrieben ist. Nur für drei Patienten der Tagesklinik wurde angegeben, daß sie entweder nur vier Stunden täglich oder mehrmals wöchentlich zur Tagesklinik kämen (s. Tab. 16).

Anders sieht das Bild im Tageszentrum aus. Die Quoten der unregelmäßig, ein- oder mehrmals die Woche oder täglich kommenden Besucher sind ungefähr 20, 50 und 30 %. Dabei dominieren jene Besucher, die mehrmals in der Woche in das Tageszentrum kommen. Die Verweildauer bei den 29 % Besuchern, die täglich die Brücke aufsuchen, erstreckt sich sehr selten über den ganzen Tag (2 %), zumeist wird die Einrichtung nach vier Stunden wieder verlassen.

Der von der Einrichtung unternommene Versuch der finanziellen Absicherung der Tagesstätte über Pflegesätze für einzelne ganztägig anwesende Besucher erscheint vor dem Hintergrund dieser Zahlen unrealistisch. Eine Anmeldung einzelner Besucher für halbe Tage beim überörtlichen Sozialhilfeträger steht deutlich besser im Einklang mit dem vorliegenden Verhalten der Besucher.

Tabelle 16: Kontinuität der Teilnahme an den Angeboten der Brücke

Kontinuität der Teilnahme	Tageszentrum 1983 – 85		Tagesklinik 1983 – 85	
	abs	%	abs	%
täglich ganztägig	2	2	59	95
max. 4 Stunden	18	20	1	2
täglich bis zu 1 Stunde	6	7	–	–
mehrmals wöchentl.	35	38	1	2
1 × in der Woche zu bestimmten Angeboten	11	12	–	–
unregelmäßig, ab und zu	19	21	1	2
Gesamt	91		62	

3.2.3 Zusammenfassung des Vergleichs der Tageszentrums- und Tagesklinikpatienten

Die Erwartungen bezüglich der Unterschiedlichkeit der Klientel zwischen Tageszentrum und Tagesklinik der Brücke haben sich voll bestätigt: obwohl in beiden Einrichtungen überwiegend Personen, die an einer Psychose erkrankt sind, behandelt bzw. betreut werden, zeigt sich eine deutliche Differenzierung zwischen den Patientengruppen dieser Einrichtungen. Im Tageszentrum werden fast ausschließlich Personen mit chronischen Psychosen betreut, in der Tagesklinik dagegen überwiegend Erst- oder Zweiterkrankte. Chronisch psychisch Kranke sind dort die Ausnahme.

Durch diese Patientenmerkmale unterscheidet sich die Lübecker Tagesklinik deutlich von anderen Tageskliniken in der BRD, die ebenfalls in erster Linie schizophrene Patienten behandeln. Wir beziehen uns zum Vergleich auf die Ergebnisse einer Erhebung von *Bosch* und *Steinhart* (1983) aus dem Jahre 1982, in der 58 Tageskliniken in der BRD befragt wurden. Sie stellten zwei Typen von Tageskliniken fest, und zwar solche, die ein *relativ isoliertes* Angebot machen ($n = 29$) und solche, die Teil eines teilstationären und komplementären *Verbundsystems* sind ($n = 19$). Diese zwei „Typen“ unterschieden sich auch in der diagnostischen Zusammensetzung der Klientel, und zwar waren in den Tageskliniken im Verbundsystem Psychotiker deutlich im Vordergrund stehend, in den „Nur“-Tageskliniken dagegen häufiger Neurotiker- oder Borderline-Patienten. „Die deutlichen Unterschiede in der diagnostischen Zusammensetzung der Klientel könnten aber auch in Richtung divergierender Intentionen weisen. Dann müßten solche Tageskliniken im Verbundsystem mit ihrer ganz im Vordergrund stehenden Psychotikerklientel... und mit ihrem sehr starken Akzent auf Übernahmen aus dem stationären Bereich sowie dem häufigeren Selbstverständnis vor allem im Sinne eines Rehabilitationsinstrumentes, in keinem einzigen Falle eines solchen zur Krisenintervention, als Teil eines Systems zur Wiedereingliederung, zumindest modernen Versorgung chronisch psychotischer Patienten verstanden werden.“ Und: „Tageskliniken stellen ja oft zeitlich erste Realisierungsstufen bei Öffnungsversuchen in Richtung einer gemeindenahen Psychiatrie dar.“

Auch in Lübeck wird die Tagesklinik als Rehabilitationsinstrument verstanden. Sie kann aber nicht als zeitlich erste Realisierungsstufe in Richtung einer gemeindenahen Psychiatrie angesehen werden, da die Tagesklinik zwar auch hier neben der Anbindung an die Klinik einen Teil eines Verbundsystems darstellt, aber Club, Beschütztes Wohnen und Tagesstätte der Brücke als frühere Schritte zu einer gemeindenahen Versorgung von chronischen Psychotikern etabliert wurden. Die – erst zehn Jahre später gegründete –

Tagesklinik konnte sich auf Klienten mit Erst- und Zweitmanifestationen konzentrieren.

Dieses Verbundsystem von Tageszentrum und Tagesklinik scheint der Überweisungspraxis der Psychiatrischen Klinik der Universität mehr entgegenzukommen als der des LKH Neustadt, da aus dieser Einrichtung nur neun (14 %) aller Tagesklinikpatienten überwiesen wurden. Die Ursache hierfür könnte einerseits in dem unterschiedlichen Verhältnis behandelter akut bzw. chronisch Kranker, andererseits in der Verantwortlichkeit der Psychiatrischen Klinik der Universität für die Tagesklinik zu suchen sein (s. Kap I 2.7).

Aus dem oben gesagten ergibt sich, daß die Zusammensetzung der Klientel einer Tagesklinik sehr stark von den regionalen Gegebenheiten abhängig ist und sich möglicherweise durch das Vorhandensein oder Hinzukommen von anderen komplementären und ambulanten Einrichtungen verändert. Hieraus resultieren dann auch unterschiedliche Konzeptionen für Tageskliniken, da diese sich u. a. auf die besondere regionale Versorgungsstruktur und die einweisenden Instanzen beziehen müssen. In Lübeck hatte z. B. die schon länger bestehende Tagesstätte Teilfunktionen einer Tagesklinik übernommen – und diese auch dann behalten, als die Tagesklinik etabliert wurde. Da die Erhebung von *Bosch* und *Steinhart* inzwischen drei Jahre zurückliegt, wäre es interessant festzustellen, ob sich inzwischen in noch mehr Städten eine solche Hinwendung von „Verbund“-Tageskliniken zu akut Kranken vollzogen hat.

Mit den unterschiedlichen Konzepten von Tageszentrum und Tagesklinik konnten eine Reihe der vorgelegten Befunde erklärt werden, so z. B. Differenzen im Alter, der Krankheitskarriere und der beruflichen Situation. Darüber hinaus fanden wir jedoch auch unerwartete Unterschiede zwischen den beiden Klientengruppen, für die wir einige Erklärungsansätze reflektiert haben, deren Überprüfung nachzuholen wäre. Der höhere Anteil an Frauen und die durchschnittlich höhere Schicht der Tagesklinikpatienten im Vergleich zu den Besuchern des Tageszentrums seien hier genannt.

3.3 Die Akzeptanz der „neuen“ Brücke bei den Besuchern

In der Brücke hatten sich durch den Umzug von der Mengstraße in die Engelsgrube, durch das Hinzunehmen der Tagesklinik und die damit einhergehende Vergrößerung eine Reihe von Veränderungen ergeben. Viele Besucher hatten sich vor dem Umzug auf das schöne große, neue Haus gefreut. Einige hatten jedoch auch Ängste vor dem Unbekannten und vor der Größe geäußert, andere die Befürchtung, durch das Hinzukommen der Tagesklinik werde die Brücke einer Klinik ähnlicher werden.

Da die Zufriedenheit der Benutzer einer Einrichtung ein wichtiges Evaluationskriterium ist und

- das Ansehen eines Dienstes in der Gemeinde
- die Zuweisungsrate zu diesem Dienst
- das Aufrechterhalten einer therapeutischen Beziehung (s. z. B. *Ihilevich* u. *Gleser*, 1982; *Biefang*, 1980) beeinflusst, war es wichtig, die Akzeptanz der neuen Brücke bei den Benutzern zu erfassen. Hierzu wurde folgenden Fragen nachgegangen:

- Wie wird die „neue“ Brücke im Vergleich zur „alten“ Brücke in der Mengstraße wahrgenommen?
- Wie erleben die Besucher die neuen Räumlichkeiten, die Angebote, die anderen Besucher, die Mitarbeiter, die Besuche von „Offiziellen“ in der neuen Brücke*?
- Was halten die Besucher von dem Zusammensein unter einem Dach mit der Tagesklinik?
- Welche Veränderungsvorschläge haben die Besucher?

Da die Veränderungen nicht nur zu einer Einstellungsänderung führen, sondern bis zum Abbruch des Besuchs der Einrichtung gehen können, sollten die nicht mehr in die Einrichtung kommenden Besucher gesondert nach ihren Motiven befragt werden. Zu diesem Zweck unterteilten wir – unter Rückgriff auf die drei Anwesenheitserhebungen von 1983 und 1984 – die Gesamtgruppe der Besucher in vier Gruppen (s. Kap. 3.1) nach ihrem Besuchsverhalten:

eine Kerngruppe (n = 56)

Unregelmäßig Kommende (n = 70)

„Neue“ Besucher (Erstkontakt nach Umzug, n = 17)

Nicht mehr Kommende (n = 26).

Da aus personellen und zeitlichen Gründen nicht alle Besucher befragt werden konnten, wurden aus den ersten drei Gruppen nach einem Zufallsprinzip vorher ausgewählte Personen mit einem teilstandardisierten Interview befragt. Für die vierte Gruppe wurde ein kürzerer Interviewleitfaden verwandt. Es konnten aus der Kerngruppe 18, aus den anderen beiden Gruppen jeweils 12 Besucher interviewt werden. Die Tagesklinikpatienten wurden nur insofern miterfaßt, als 4 von ihnen in der Gruppe der „Neuen“ enthalten sind.

* Hiermit sind Vertreter von Stadt, Sozialministerium und Mitarbeiter anderer Einrichtungen gemeint, die seit Einzug in die Engelsgrube vermehrt die Brücke besichtigt haben.

3.3.1 Befragung der nicht mehr Kommenden

Von den 26 nicht mehr kommenden Besuchern konnten 10 telefonisch oder schriftlich erreicht werden (= 38 %). Zwei von ihnen wollten jedoch keine Angaben machen.

Nicht erreicht werden konnten 16 Besucher: von diesen waren zwischenzeitlich drei unbekannt verzogen, einer hatte Suizid begangen. Von den restlichen 12 wohnten drei mehr als 20 km außerhalb Lübecks. Die anderen wohnten wohl noch in Lübeck. Sie waren jedoch trotz mehrfacher Versuche weder telefonisch noch schriftlich zu befragen.

Acht Besucher konnten somit über die Gründe ihres Wegbleibens befragt werden (eine Rücklaufquote von 30 %). Trotz dieser recht kleinen Anzahl sollen hier die Antworten wiedergegeben werden, da sie Aufschlüsse über die Motive der Weggebliebenen geben.

Bei mehr als der Hälfte dieser ehemaligen Besucher waren die Gründe für das Wegbleiben durchaus erfreulich: so gaben vier Besucher an, wieder zur Schule zu gehen bzw. eine Arbeit aufgenommen zu haben. Eine Besucherin war inzwischen in eine andere Stadt gezogen. Diese fünf Besucher gaben an, daß es ihnen wieder recht gut gehe, so daß sie die Betreuung der Brücke nicht mehr bräuchten.

Bei den restlichen drei Besuchern war die Situation unverändert: zwei lebten ziemlich isoliert allein, eine mit ihrer eigenen Familie. Von ihnen gaben zwei Besucher an, von den Angeboten der Brücke enttäuscht zu sein. Dieses führten sie auf die mangelnde Eigeninitiative der Besucher zurück. Die fanden es in der Brücke zu langweilig: „es passiere nie etwas“. Die Besucher würden zu viel herumsitzen und über Krankheit reden. Die Mitarbeiter hätten zu wenig Zeit für die Besucher. Eine Besucherin benannte als Hauptgrund für ihr Wegbleiben, daß ihr die neue Brücke zu groß und zu unpersönlich sei. Sie kenne kaum noch Leute dort.

Außerdem äußerte sie Bedenken gegen das Zusammensein mit der Tagesklinik: „Die Tagesklinik schreckt mich ein wenig ab. Wenn es einem mal nicht so gut geht, wird man da oben wohl gleich verarztet.“

Trotz der Kritik an Teilaspekten der Brücke wurde bei den acht „Weggebliebenen“ eine insgesamt positive Einschätzung der Brücke deutlich. So konnten sich alle vorstellen, wieder in die Brücke zu kommen, insbesondere dann, wenn es ihnen wieder einmal schlechter gehen sollte (4), wenn sie mehr Zeit und Lust hätten (2), wenn sie wieder in Lübeck wohnen würden (1) oder wenn es in der Brücke mehr Beschäftigungsmöglichkeiten gäbe (1).

Drei ehemalige Besucher formulierten keine Veränderungswünsche an die Brücke, während die Wünsche der anderen Besucher in unterschiedliche Richtungen weisen: drei wünschten sich mehr Zeit von den Hauptamtlichen und Laienhelfern; zwei würden die Brücke – wenn es ginge – wieder verkleinern; einer wünschte sich mehr Beschäftigungsmöglichkeiten. Dies sind insgesamt Veränderungswünsche, die denen der anderen Besuchern recht ähnlich sind (s. Kap. 3.3.2.4).

3.3.2 Ergebnisse der Befragung der Kerngruppe (KG), Unregelmäßig Kommenden (UK) und Neuen (N)

Im folgenden wird zunächst auf eine Gesamtschätzung der neuen und alten Brücke eingegangen. Dann werden Stellungnahmen der drei befragten Gruppen zu Einzelaspekten, wie den Räumlichkeiten, den Angeboten, der Fluktuation und dem Kontakt der Besucher untereinander, zu den Mitarbeitern und den Besuchen „Offizieller“ referiert.

3.3.2.1 Die Gesamtschätzung der „neuen“ Brücke im Vergleich zur „alten“ in der Mengstraße

Der Kenntnisstand der befragten Besucher differierte. Die Besucher der Kerngruppe kannten alle noch die alte Brücke in der Mengstraße, während dies bei den Unregelmäßig Kommenden nur zu $\frac{1}{3}$ der Fall war. Da definitionsgemäß die „Neuen“ erst nach dem Umzug zum ersten Mal in die Brücke gekommen waren, kannten diese die alte Brücke meist nicht.

Auf die Frage, was sie sich unter der alten Brücke vorstellen würden, gab es keine nennenswerten Unterschiede zwischen Kerngruppe und Unregelmäßig Kommenden – bis auf die Tatsache, daß von den Besuchern der Kerngruppe insgesamt mehr und detailliertere Angaben gemacht wurden. Dies gilt im übrigen auch für alle anderen Punkte der Befragung. Fast alle Besucher verglichen bei dieser Frage die alte mit der neuen Brücke.

Daß die alte Brücke gemütlicher, persönlicher und überschaubarer gewesen sei, war der am häufigsten geäußerte Eindruck (12 Nennungen von 18 bei der Kerngruppe, 9 von 12 bei den Unregelmäßig Kommenden). Lediglich 1 Besucher der Kerngruppe fand die alte Brücke ungemütlicher.

Weiterhin wurde angegeben, daß es in der alten Brücke mehr Solidarität und Verantwortung gegeben habe (3 aus KG, 1 aus UK), daß der Kontakt unter den Besuchern besser gewesen sei (3 KG, 1 UK), daß die Mitarbeiter und Laienhelfer mehr Zeit für die Besucher gehabt hätten (3 KG), obwohl es weniger Helfer gegeben hätte (2 KG).

Aus diesen Angaben könnte man schließen, daß die Besucher insgesamt der „guten alten“ Brücke nachtrauern würden. Bei einigen ist das sicher auch der Fall. Dennoch antworteten auf die Frage, wie sie die „neue“ Brücke im Vergleich zur „alten“ fänden, fast $\frac{2}{3}$ der Besucher der Kerngruppe (11) und knapp die Hälfte der Unregelmäßig Kommenden (5) mit „Besser“ (s. Abb. 1). Zwei Besucher der Unregelmäßig Kommenden fanden die neue und die alte Brücke gleich gut. Immerhin jedoch auch 7 Besucher der Kerngruppe und 5 Besucher der Unregelmäßig Kommenden fanden die neue Brücke schlechter als die alte.

Tabelle 17: Beantwortungshäufigkeiten auf die Frage: Wie finden Sie die „neue“ im Vergleich zur „alten“ Brücke?

	besser	gleich	schlechter
Kerngruppe	11	0	7
Unregelmäßig Kommende	5	2	5

Ablehnung wie auch Zustimmung beziehen sich in erster Linie auf die Größe und das Erscheinungsbild der Einrichtung. Für die neue Brücke wurde angeführt, daß sie größer, vielseitiger und moderner sei (6 KG, 3 UK). Ein Besucher fand es auch in der neuen Brücke gemütlicher. Die Besucher, die die alte Brücke besser fanden, kritisieren an der „neuen“ gerade, daß sie zu groß und unpersönlich sei (6 KG, 3 UK), daß hier die Laienhelfer zu viel in der Küche beschäftigt seien (1 KG) und daß die Konkurrenz unter den Besuchern größer sei (1 KG). Als Beispiel sei eine Besucherin aus der Gruppe der Unregelmäßig Kommenden zitiert. Sie formuliert ihr Unbehagen an der Größe und Schönheit der neuen Brücke so: „In der Mengstraße, das war doch mehr ein Übergang. Hier ist jetzt extra ein Gebäude dafür (für die Besucher). Hier bleiben die doch.“

In dieser Äußerung wird die Kritik an dem Erscheinungsbild der Einrichtung mit dem Charakter des Vorläufigen, des Überganges der alten Brücke und dem Statischen der neuen Brücke auch auf den Entwicklungsgang der Besucher übertragen. Während das Vorläufige der alten Brücke synonym für ein rehabilitatives Durchgangsstadium steht, wird befürchtet, daß das „extra Gebäude“ den Status der Besucher festschreibt. Die Besucher der „Neuen“-Gruppe fanden ausnahmslos die Brücke in der Engelsgrube sehr gut. Falls die Mengstraße bekannt war, wurde sie von ihnen abgelehnt.

3.3.2.2 Die Beurteilung von Einzelaspekten der „neuen“ Brücke

Die Räumlichkeiten

Bei der Beurteilung der Räumlichkeiten zeigte sich ein ähnliches Bild wie bei der Gesamteinschätzung der neuen Brücke: $\frac{2}{3}$ der Besucher der Kerngruppe und ca. die Hälfte der Unregelmäßig Kommenden fällen ein positives, $\frac{1}{3}$ der Besucher beider Gruppen ein negatives Urteil. Die erste Gruppe findet die neuen Räumlichkeiten vielseitiger, ansprechender und moderner. Man könne sich in der neuen Brücke besser zurückziehen, habe mehr Bewegungsfreiheit, und man könne auch besser Feste feiern. Trotzdem weisen einige von denen, die die neuen Räumlichkeiten besser finden, auf die veränderte Atmosphäre hin:

„Das Klima hat sich verschlechtert. Das liegt wohl daran, daß die Mitarbeiter zu viel zu tun haben.“

„Die familiäre Atmosphäre, das Gefühl der Zusammengehörigkeit ging verloren.“

Die zweite ablehnende Gruppe findet die Räumlichkeiten zu groß und zu unpersönlich. Die schärfste Kritik wird an der Diele geäußert, die ein zu großer und zu hoher Raum sei. Sie wird von vielen Besuchern als zu kalt und ungemütlich wahrgenommen. Man sitze in dem Großraum wie in einem „Wartesaal“. Ein Besucher der Kerngruppe kommt sich in der Diele, die vom Zentralbüro der Mitarbeiter aus durch Glasfenster zu übersehen ist, vor wie auf einem Präsentierteller:

„Es ist zwar für Euch ganz gut, wenn Ihr vom Büro aus alles überblicken könnt. Aber ich wünsche mir eine Abtrennung, damit nicht jeder gleich alles mitkriegt, was man sagt.“

Die oberen Räume seien zwar schöner, würden aber zu wenig genutzt, u. a. wohl deshalb, wie die Teilnehmer der Club-Nichtrauchergruppe beklagen (die sich an den Clubnachmittagen in einem oberen Raum treffen), daß man oben „ab vom Schuß sei“, daß oben der Kontakt zu den anderen Besuchern, Laienhelfern und Mitarbeitern verloren gehe.

Ein Besucher der Kerngruppe sagt:

„Die 1. Etage wird zuwenig genutzt. Da traut sich wohl keiner hoch. Alle sitzen in der Diele rum. Wer keinen Kontakt findet, geht nach Hause.“

Aus dieser Äußerung wird exemplarisch deutlich, was auch an anderer Stelle der Befragung („Warum kommst Du in die Brücke?“) als das *Hauptbedürfnis* fast aller Besucher in den Vordergrund tritt: das Bedürfnis nach Kontakt, nach

Freundschaften und Bekanntschaften. Darüber hinaus die Möglichkeit, mit anderen Menschen gleichen Schicksals sowie mit ehren- und hauptamtlichen Mitarbeitern über ihre Probleme reden zu können.

Hauptkontakt- und Kommunikationszentrum ist zweifellos die Diele: Hier bekommt man mit, wer kommt und geht, hier halten sich fast alle Besucher und die meisten Mitarbeiter auf. Gleichzeitig entsteht durch ständiges Kommen und Gehen jedoch eine recht betriebsame und unverbindliche Atmosphäre. Kontakte werden zwar schnell geknüpft, bleiben oft jedoch an der Oberfläche, da intensivere Gespräche nicht möglich sind.

Die Beurteilung der Angebote der Brücke

Der Umfang des Angebotes der „neuen“ Brücke in der Engelsgrube wird von der Kerngruppe und den Unregelmäßig Kommenden im Vergleich zur alten Brücke sehr unterschiedlich wahrgenommen. Während die Kerngruppe überwiegend eine Zunahme des Angebotes sieht (10 von 18 Personen), registrieren etwas mehr als die Hälfte der Unregelmäßig Kommenden (7 von 12 Personen) eine Abnahme der Angebote.

Als Beispiel für die Vergrößerung des Angebotes wurden die Handarbeits- und die Malgruppe, die Musiktherapie und die Ladengruppe angeführt.

Eine Erklärung für diese unterschiedliche Wahrnehmung der Angebote mag in dem differierenden Kenntnisstand der Besuchergruppen zu finden sein: Fünf Besucher der Unregelmäßig Kommenden gaben an, die Angebote zu wenig zu kennen. In der Kerngruppe äußerte dies nur ein Besucher.

Die Bewertung des Angebotes bezog sich auf verschiedene Teilaspekte. Vermißt wurden mehr Angebote in den Nachmittagsstunden, mehr Arbeitsmöglichkeiten und mehr Zeit, mit den hauptamtlichen Mitarbeitern zu reden. So ein Besucher aus der Kerngruppe:

„Die Hobbygruppen und beschäftigungstherapeutischen Angebote gehen an meinen Interessen vorbei. Ich will arbeiten können.“

Die Neuen fanden die Angebote überwiegend sehr gut. Es war in dieser Gruppe eine höhere Erwartungshaltung zu bemerken. So spricht eine ehemalige Tagesklinikpatientin von „Kursen“, die sie in der Tagesstätte mitmachen will.

Fluktuation und Kommunikation der Besucher

Die Kerngruppe und die Unregelmäßig Kommenden wurden nach ihrem Eindruck befragt, ob sich die Besucherzahlen verändert haben und welche

Gründe das haben könnte. Die Antworten auf diese Frage müssen auf dem Hintergrund eines Anstiegs der Besucherzahlen interpretiert werden (s. Kap. 3.1.2).

Die Hälfte der Kerngruppe (9) und der Unregelmäßig Kommenden (6) sehen eine Zunahme der Besucherzahlen, während die jeweilig andere Hälfte keine Veränderung (2 KG, 1 UK) oder eine Abnahme (7 KG, 5 UK) wahrzunehmen meint. Die meisten haben keine weitere Vermutung darüber, woher dieser Eindruck einer Verringerung der Besucherzahl kommen könne. Zwei überlegen, ob es einigen Besuchern vielleicht nun zu groß und zu unpersönlich geworden sei. Vier Besucher der Kerngruppe monieren, daß aufgrund der Größe und größeren Anonymität die Besucher untereinander unzugänglicher geworden seien, daß sich nun mehr Gruppen bilden würden als früher – was sich allein schon durch die Anordnung der Sitzmöbel ergebe –, daß es von daher weniger Solidarität unter den Besuchern gebe und sie sich auch insgesamt weniger für die Brücke verantwortlich fühlten.

Im Kap. 3.1.2.2 wurden einige Hypothesen hierzu diskutiert, die sich auf die Eingewöhnungsphase nach dem Umzug, auf einen „Sommerloch-Effekt“, auf das gezielte Wahrnehmen von Angeboten, auf die Räumlichkeiten der Brücke und eine Zunahme der Gruppe der Unregelmäßig Kommenden bezogen.

Die Integration neuer Besucher in die Brücke scheint gut zu funktionieren, da von den Neuen ungefähr die Hälfte angaben, bereits guten Kontakt zu den anderen Besuchern zu haben, während dies von zwei Besuchern verneint wurde.

Beurteilung der Mitarbeiter

Zu den Fragen nach den Mitarbeitern kamen von den drei befragten Besuchergruppen (KG, UK, N) wenig Antworten. So äußerten sich von den Unregelmäßig Kommenden (12) nur fünf Personen.

Eine Bewertung dieser Einzeläußerungen oder ein Vergleich zwischen den drei Besuchergruppen ist deshalb nicht möglich. Andeutungsweise zeigt sich in den Antworten folgender Trend:

In der Kerngruppe äußern sechs Besucher (= $\frac{1}{3}$), daß die Mitarbeiter weniger Zeit für sie hätten und mehr mit Büro- und anderen Arbeiten beschäftigt seien. Eine ähnliche Äußerung wird von den Unregelmäßig Kommenden nicht gemacht, während von den 12 neuen Besuchern vier die Meinung vertraten, die Mitarbeiter kaum zu kennen. Gründe für diesen fehlenden Kontakt werden von diesen Besuchern aber nicht angegeben.

Besuche von „Offiziellen“

Jeweils 2 Besucher aus allen drei Gruppen gaben an, daß ihnen bisher solche Besuche nicht aufgefallen seien. Ansonsten unterschieden sich die Gruppen: Die Besucher der Kerngruppe fanden es überwiegend gut (stört mich nicht: 3, finde ich gut: 5), daß die Brücke von auswärts besichtigt wird. „Ich finde das gut, daß die das hier mal kennenlernen.“ Nur 2 Besucher dieser Gruppe fühlten sich gestört. Dagegen fühlte sich ein Drittel (= 4 Besucher) der Unregelmäßig Kommenden durch solche Besuche gestört: „ich komme mir vor wie im Zoo“. Nur 2 stört es nicht, keiner findet es gut. Die Neuen nehmen hinsichtlich dieser Frage eine Art Mittelposition ein (stört mich nicht: 3, gut: 1, stört: 1).

3.3.2.3 Zusammensein unter einem Dach mit der Tagesklinik

Die Antworten zu dieser Frage fielen in ihrer Einheitlichkeit recht überraschend aus, gerade da ja vor dem Umzug zum Teil Befürchtungen geäußert worden waren, durch die Tagesklinik könne die ganze Brücke „klinifiziert“ werden.

Fast alle Befragten, aus allen drei Gruppen, fanden das Zusammensein unter einem Dach gut (15 KG, 9 UK, 9 Neue). Nur jeweils ein Besucher der Kerngruppe und der Unregelmäßig Kommenden fanden das Zusammensein nicht gut. Die Gründe hierfür waren: zu starke Erinnerung an Klinik und eigene negativ bewertete Erfahrungen in der Tagesklinik. Die übrigen Personen hatten keine Meinung.

Während einige wenige für ihre positive Einschätzung keinen weiteren Grund angeben konnten („ich bin froh, daß ich da nicht rein muß, aber an sich finde ich das gut“), nannten die anderen Besucher eine Vielzahl von Gründen, die für das Zusammensein mit der Tagesklinik unter einem Dach sprechen. Diese beziehen sich auf die Möglichkeit der gestuften Rehabilitation (d. h. den Übergang von der Klinik zur Tagesklinik zur Tagesstätte), auf die interne Organisation der Einrichtung und die eigenen Vorteile durch diese neue Organisationsform.

Einige – v. a. die Kerngruppenbesucher – dachten dabei in erster Linie an das „Wohl“ der Tagesklinikpatienten. So müßten diese nicht mehr in der Klinik sein, die Tagesklinik sei besser als ein Krankenhaus (4 KG, 1 UK); die Patienten könnten stufenweise über Tagesstätte und Club wieder in die Gesellschaft eingegliedert werden. Hierauf verweisen am häufigsten die

Neuen (4), die ja zum Teil auch über die Tagesklinik in die Tagesstätte gekommen sind:

„Hier wird einem die Möglichkeit gegeben, sich langsam abzuseilen von der Tagesklinik ins öffentliche Leben. Das öffentliche Leben ist in der Tagesstätte mehr vertreten als in der Tagesklinik.“

Auch die räumliche Nähe zu Tagesstätte und Club wird als wichtig angesehen. So ein ehemaliger Tagesklinik-Patient:

„Der Kontakt zu Tagesstätte und Club wird schon von der Tagesklinik aus hergestellt. Wenn die noch auf dem Gelände der MHL gewesen wäre, wäre ich bestimmt nicht so regelmäßig hierher gekommen.“

Interessant ist die Einschätzung von 3 Unregelmäßig Kommenden, die die Tagesklinik als ein Angebot klassifizieren für Leute, die „wirklich“ krank seien.

Andere Besucher hatten die Organisation der Gesamt-Brücke im Auge, wenn sie meinen, nun könnten die Aufgaben aus mehreren Bereichen besser koordiniert werden (3 KG, 1 N).

Eine dritte Gruppe dachte an die Vorteile, die sie selbst von dieser Organisationsform haben könnten. V. a. die Unregelmäßig Kommenden nannten die Möglichkeit, mehr neue Leute kennenzulernen (4, 2 KG, 1 N), unabhängig von der Tatsache, daß die meisten bisher noch keine konkreten Kontakte zu Tagesklinikpatienten hatten knüpfen können. Einige Kerngruppenbesucher (3) fanden es hilfreich, daß sie nun eine Ärztin im Haus hätten, wo sie medizinischen Rat bekommen könnten und daß sie vielleicht, wenn sie wieder kranker würden, in die Tagesklinik könnten. Besucher und Patienten könnten sich gegenseitig helfen, und, nicht zu vergessen, jetzt müßten die Tagesklinikpatienten auch mal spülen! Von 2 Besuchern der Kerngruppe kam auch der Wunsch nach mehr gemeinsamen Unternehmungen.

3.3.2.4 Änderungsvorschläge der Besucher

Vergleicht man die drei befragten Besuchergruppen miteinander, finden bei den „Neuen“ die meisten Besucher die Brücke, so wie sie ist, in Ordnung (7 von 12). Diese Meinung vertreten bei den Unregelmäßig Kommenden fünf (von 12) und bei der Kerngruppe nur zwei Besucher (von 18). Umgekehrt läßt sich somit sagen, daß die Änderungswünsche von den Neuen über die Unregelmäßig Kommenden bis zur Kerngruppe zunehmen.

Die Änderungswünsche der Neuen zielten v. a. darauf ab, mehr „Normalität“ in die Brücke zu bringen: sie wünschten sich Kontakt zu mehr jüngeren und

„gesunden“ Besuchern, mehr Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten, Zeitschriften und Bücher in der Diele. Von einzelnen wurde auch das Bedürfnis nach mehr Therapie und mehr Zeit zu Gesprächen mit hauptamtlichen Mitarbeitern geäußert. Räumliche Veränderungen schlug keiner der Neuen vor.

Von den Unregelmäßig Kommenden würden zwei die Diele unterteilen, drei wünschten sich in der Brücke mehr Kontakt zu „Gesunden“. Weitere Wünsche zielten auf mehr Außenaktivitäten, mehr Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten, mehr gemeinsame Unternehmungen von Tagesstätte und Tagesklinik sowie längere Öffnungszeiten (jeweils 1 Nennung). Ein Besucher wünschte sich bei den Besuchern mehr Verantwortlichkeit für die Brücke:

„Man müßte versuchen, die Besucher zu motivieren, Engagement wecken, daß sie die Brücke mehr als ihre Institution empfinden.“

Dieses Anliegen wurde auch von drei Besuchern der Kerngruppe geteilt. Drei würden ebenfalls die Diele unterteilen und machten dazu zum Teil praktische Vorschläge, wie ein Netz einspannen, um die Höhe abzumildern oder eine Blumenwand in der Mitte aufzubauen, damit man nicht mehr durch den ganzen Raum gucken könne. Mehr Zeit von den Mitarbeitern wünschten sich 3 Besucher, und weniger Bürokratie (2), mehr Außenaktivitäten (2), mehr gesunde Leute in die Brücke (2), mehr Kontakte zu den anderen Besuchern (2). Zwei Besucher wünschten sich, von den Mitarbeitern „wie gleichwertige Menschen“ behandelt zu werden. Weiterhin gab es noch eine Vielzahl von Einzelanliegen wie „das Rauchen verbieten“ oder „einen Kochkurs anbieten“. Von den Besuchern der Kerngruppe kamen auch zu dieser Frage die meisten Veränderungsvorschläge.

3.3.3 Zusammenfassung der Akzeptanz der „neuen“ Brücke

Zur Untersuchung der Akzeptanz der „neuen“ Brücke wurden die Besucher in vier Gruppen eingeteilt,

- die Kerngruppe,
- die Unregelmäßig Kommenden,
- die „neuen Besucher“ und
- die nicht mehr Kommenden.

Diese Einteilung beruhte auf der Annahme, daß das Besuchsverhalten auch auf unterschiedliche Einstellungen zur Einrichtung hindeutet.

Aus diesen Personengruppen wurden zufallsmäßig Stichproben ausgewählt und anhand eines teilstandardisierten Interviews befragt.

Im folgenden werden die Meinungen der Neuen, der Kerngruppe, der Unregelmäßig Kommenden und Weggebliebenen jeweils zusammengefaßt dargestellt. Anschließend werden die wichtigsten Kritikpunkte und Änderungsvorschläge referiert.

Insgesamt wird die neue Brücke von der Mehrzahl der Besucher positiv aufgenommen:

Die „*Neuen*“, die die alte Brücke in der Mengstraße nicht kannten, äußern fast überhaupt keine Kritik. Sie fühlen sich in der Engelsgrube sehr wohl, vergleichen – wenn überhaupt – die Brücke eher mit der Klinik und empfinden sie als weniger steril und unpersönlich.

Anders ist die Situation bei der *Kerngruppe*: Die Besucher dieser Gruppe kennen die alte Brücke z. T. schon seit ihren Anfängen in Kupferschmiede-/Alf- und Mengstraße. Hier spürt man häufiger eine gewisse Wehmut, ein Nachtrauern der familiären Atmosphäre, als sich alle Besucher, Laienhelfer und Mitarbeiter untereinander noch besser gekannt, die Kontakte besser gewesen seien und sie mehr Solidarität und Verantwortung gespürt hätten. Aus dieser Gruppe wird die meiste Kritik an den Mitarbeitern geäußert: diese hätten nun weniger Zeit für sie, seien zu viel mit Büro- und anderen Arbeiten beschäftigt. Die neuen Räumlichkeiten kritisiert ca. $\frac{1}{2}$ dieser Gruppe. Trotz dieser Kritik identifizieren sich die Kerngruppenbesucher am stärksten mit „ihrer“ Brücke. Dies zeigt sich einmal in ihrer positiven Sicht der Öffentlichkeitsarbeit (Besuche von Offiziellen), aber auch in der Breite und Vielfalt der Antworten zu allen Fragen. Es ist deutlich zu spüren, daß sich die Mitglieder dieser Gruppe viel Gedanken um das Wohl der Brücke machen.

Davon hebt sich die Gruppe der *Unregelmäßig Kommenden* ab: häufiger als bei den anderen beiden Gruppen antworteten Besucher dieser Gruppe auf Fragen nicht oder nur sehr wenig. Einige kannten die alte Brücke nicht mehr, aber auch von den Aktivitäten der neuen Brücke war vieles unbekannt. Diese Besucher lehnten Besuche von auswärts eher ab. An den Räumlichkeiten äußerten sie ähnliche Kritik wie die Kerngruppe.

Bei den *Weggebliebenen* waren überwiegend positive Veränderungen in der Lebenssituation der Betroffenen Gründe für das Nicht-mehr-Kommen. Die Kritik der restlichen Weggebliebenen war der von anderen Besuchern geäußerten ähnlich und betraf die gleichen Punkte. Auch die Weggebliebenen hatten eine positive Einstellung zur Brücke und würden unter bestimmten Umständen die Hilfe der Brücke wieder in Anspruch nehmen.

Versuchen wir noch einmal, die wichtigsten Kritikpunkte und Änderungsvorschläge der Besucherbefragung zusammenzufassen:

1. Die Diele ist zu groß / zu kalt / zu unpersönlich

Da sich durch die räumlichen Gegebenheiten im unteren Bereich der Brücke möglicherweise auch Ursache für Beeinträchtigungen im Verhältnis der Besucher untereinander sowie zwischen Besuchern und Mitarbeitern sind, wäre zu überlegen, hier über die bereits vorgenommenen Änderungen hinaus noch weitergehende Maßnahmen durchzuführen. Hier könnte man z. B. an die Änderungsvorschläge der Besucher anknüpfen und so vielleicht zumindest Teile der von vielen „alten“ Besuchern vermißten Intimität und familiären Atmosphäre wieder herstellen.

Zu überlegen wäre darüber hinaus, wie den oberen zu wenig genutzten Räumen zu mehr Attraktivität zu verhelfen wäre. (Interessant mag es in diesem Zusammenhang sein zu erwähnen, daß auch das Tagesstätten-Mitarbeiter-Büro, das sich im ersten Stock befindet, recht wenig genutzt wird.)

2. Die Mitarbeiter haben zu wenig Zeit für die Besucher

Dieses Ergebnis deckt sich mit dem recht hohen Anteil an organisationsbezogenen Tätigkeiten der hauptamtlichen Mitarbeiter, der in der Tätigkeitsdokumentation gefunden wurde. Wie in der „Tätigkeitsanalyse...“ dargestellt, basiert dieser Anteil z. T. auf den zur Zeit noch notwendigen Bestrebungen zur Absicherung der Einrichtung nach Ablauf der Modellförderung Ende 1985. Es ist von daher zu hoffen, daß die Verhandlungen um die Anschlußfinanzierung möglichst erfolgreich demnächst abgeschlossen werden können, damit der dafür benötigte Zeit- und Energieaufwand wieder den Benutzern der Einrichtung zukommen kann.

3. Der Kontakt unter den Besuchern ist schlechter geworden, es gibt nun weniger Solidarität und Verantwortung

Zu diesem Punkt kann man nur sehr schwer etwas sagen: es stimmt ja, daß die Einrichtung größer und zwangsläufig anonymer geworden ist. Dagegenzuhalten wäre, daß eine Vielzahl von neuen Angeboten und Betreuungsmöglichkeiten in der Engelsgrube hinzugekommen sind, die in der ursprünglichen kleinen Einrichtung nicht realisierbar gewesen wären. Optimistisch stimmen die Einschätzungen der Neuen, die durchweg mit der Brücke und dem Kontakt zu anderen Besuchern zufrieden sind.

4. Als eine neue Anregung, die von Besuchern aller drei Gruppen angesprochen wurde, ist die Idee, die Brücke auch für sogenannte „gesunde“ oder „normale“ Menschen zu öffnen. So ist es zwar für viele Besucher außerordentlich hilfreich, in der Brücke Menschen mit gleichem Schicksal treffen zu

können. Die Situation, nur noch mit Brücke-Besuchern zusammen zu sein – „hier sind alles nur Kranke“ – und die abnehmenden Möglichkeiten, noch andere „normale“ Menschen kennenzulernen, stellt aber auch für einige Besucher eine nicht zu unterschätzende Belastung und Stigmatisierung dar. Zwar stellen die Laienhelfer in der Brücke schon ein solches „Bindeglied“ zur normalen Gesellschaft her. Einigen Besuchern scheinen diese Kontaktmöglichkeiten – verständlicherweise – jedoch nicht auszureichen. Gerade der Wunsch nach privaten Freundschaften oder auch Beziehungen läßt sich meist von Seiten der Laienhelfer nicht erfüllen. Hier könnte man überlegen, ob nicht noch über den Einsatz der Laienhelfer hinaus weitere Bevölkerungskreise in die Einrichtung einbezogen werden könnten, und die Brücke dadurch noch ein Stück „gemeindenaher“ gemacht werden könnte.

4. Die Mitarbeiter der Brücke

Nach der Charakterisierung der Besucher der Brücke, dem Vergleich der Tagesklinik- und Tageszentrums-Patienten und der Darstellung der Meinungen dieser Besuchergruppen zur „neuen Brücke“ wird im folgenden Kapitel die zweite wichtige Personengruppe, die Mitarbeiter, befragt. Im Blickfeld stehen hierbei Fragen nach den Tätigkeitsprofilen bestimmter Mitarbeitergruppen, nach der internen Kooperation in der Einrichtung sowie der externen zu anderen psychosozialen Einrichtungen.

Eine detaillierte Analyse der Tätigkeitsfelder einzelner Berufsgruppen in den Einrichtungen konnte nicht vorgenommen werden, da einzelne Berufsgruppen (Psychologen, Beschäftigungstherapie) nur jeweils durch eine Person repräsentiert werden. In den nachfolgend berichteten Ergebnissen wird aber deutlich, daß die einzelnen Berufsgruppen neben gemeinsamen Tätigkeiten hauptsächlich in ihren berufsspezifischen Feldern tätig sind. Dem manchmal in psychosozialen Einrichtungen vertretenen Grundsatz „Jeder macht alles“ wird damit in dieser Einrichtung nicht gefolgt (s. Kap. 4.1.4.2).

Die Themen „Kooperation und Koordination“ werden im Anschluß an die obigen Überlegungen, die aus der Tätigkeitsanalyse der Mitarbeiter folgen, erneut aufgenommen und vertieft. Dieses Vorgehen wurde gewählt, da die Vor- und Nachteile der Zusammenlegung der Einrichtung in einem Haus sich an dieser Thematik gut aufzeigen lassen.

4.1 Die Tätigkeitsanalyse der haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter

Durch eine Tätigkeitsanalyse der Mitarbeiter ist es möglich, neben der Identifizierung allgemeiner Arbeitsschwerpunkte zu einer Reihe von gestellten Erprobungsfragen* Stellung zu nehmen:

1. Unterscheiden sich die Tätigkeitsprofile der Mitarbeiter in Tageszentrum und Tagesklinik?
Welche für die Einrichtungen spezifischen Arbeitsschwerpunkte lassen sich erkennen? (Erprobungsfrage b)
2. Inwieweit unterscheidet sich die Tätigkeit von haupt- und nebenamtlichen Mitarbeitern? Gibt es Tätigkeitsbereiche, die ausschließlich von Laienhelfern abgedeckt werden?
3. Welchen zeitlichen Raum nimmt die interne Kooperation und Koordination der Mitarbeiter der Tagesstätte und Tagesklinik ein? (Erprobungsfragen a und b)
4. Inwiefern finden die Konzepte der Einrichtungen ihren Niederschlag in der konkreten Tätigkeit der Mitarbeiter?
5. Wie mobil sind die Mitarbeiter der verschiedenen Brücke-Einrichtungen?
Wie hoch liegt der Anteil an externen Aktivitäten?
6. Mit welchen externen Einrichtungen aus der psychosozialen Versorgung in Lübeck wird kooperiert? (Erprobungsfrage g)

4.1.1 Planung und Vorlauf

Die Tätigkeitsdokumentation wurde in Form einer *Zeit-Budget-Studie* geplant, d. h. es sollte erfragt werden, wie sich die Gesamt-Arbeitszeit eines jeden Mitarbeiters auf die verschiedenen Tätigkeiten verteilt. Zu diesem Zweck sollte jeder Mitarbeiter über den ganzen (Arbeits-)Tag hinweg seine Tätigkeiten in chronologischer Reihenfolge mit Zeitangaben dokumentieren.

In diesem Zusammenhang stellte sich die Frage, ob standardisierte Dokumentationsbögen mit vorgegebenen Kategorien oder eine freie Dokumentationsform verwendet werden sollte.

* In Klammern sind jeweils die korrespondierenden Erprobungsfragen des BMJFG angegeben.

Ein Beispiel für ein Vorgehen mit standardisierten Dokumentationsbögen ist die von Prognos im Modellprogramm Psychiatrie durchgeführte Tätigkeitsdokumentation. Dort erhielten die Mitarbeiter mehrere standardisierte Dokumentationsbögen mit bis zu 40 vorgegebenen Kategorien. So gab es u. a. einen Tagesbogen, einen Kontaktbogen und einen Bogen für Gruppenaktivitäten.

Wir kennen nicht die Erfahrungen von Prognos mit diesen Bögen, halten ihre Anwendung – zumindest für die von uns geplante Erhebung – jedoch für schwierig. Die Benutzung stellt an den ausfüllenden Mitarbeiter eine äußerst hohe Anforderung dar. Er muß bei jeder Tätigkeit überlegen, welchen Bogen er jetzt zur Hand zu nehmen und in welche Kategorie er diese Tätigkeit einzuordnen hat. Daraus kann ein hoher Kodierungsfehler und eine niedrige Motivation der Mitarbeiter zur Dokumentation ihrer Tätigkeiten resultieren. Hätte man die hauptamtlichen Mitarbeiter vielleicht noch dazu verpflichten können, interessierte uns auch die Tätigkeit der Laienhelfer, die mit Sicherheit von so einem Aufwand abgeschreckt worden wären.

So entschlossen wir uns, den Mitarbeitern einen möglichst wenig vorstrukturierten Bogen an die Hand zu geben, auf dem sie jede Tätigkeit sofort mitprotokollieren können. Die Kategorisierung sollte dann erst anschließend vorgenommen werden.

In dem Dokumentationsbogen wird gefragt

- nach der Uhrzeit („Wann?“, Von ... bis),
- nach der Art der Tätigkeit? („Was?“),
- nach Beteiligten („Mit wem?“),
- nach der Art und Weise („Wie?“: Anruf, Brief, Hausbesuch, etc.) und
- nach dem Teilbereich der Brücke, dem diese Tätigkeit zugeordnet werden kann (z. B. Club, Tagesstätte).

In einer Vorlaufphase von drei Tagen durch zwei Mitarbeiter wurde die Praktikabilität dieser Bögen getestet.

Die Dokumentationsbögen erwiesen sich für die Mitarbeiter als leicht handhabbar. Die dokumentierten Tätigkeiten ließen sich in einer Probeauswertung eindeutig voneinander abgrenzen und verschiedenen Kategorien zuordnen.

Die Frage nach dem „Wie“ der Tätigkeit war redundant, da die Antworten aus der Beschreibung des „Was“ hervorgingen. Stattdessen erwies es sich als sinnvoll, zusätzlich die Frage nach dem Ort der Aktivität („Wo?“) zu stellen. Für die Tagesklinik erstellten wir eine leicht veränderte Fassung, in der die Frage nach diesem Teilbereich der Brücke fehlt.

4.1.2 Durchführung

Der Dokumentationszeitraum erstreckte sich über 40 Arbeitsstunden. Dies entspricht bei den meisten Hauptamtlichen ungefähr einer Arbeitswoche, bei teilzeitbeschäftigten Mitarbeitern entsprechend mehr Arbeitstagen. Bei den Laienhelfern reichte der 40-Stunden-Zeitraum von zwei Wochen bis mehrere Monate.

Die Untersuchung begann im August 1984. In diesem Monat führten die meisten hauptamtlichen Mitarbeiter ihre Tätigkeitsdokumentation durch. Die letzten Tätigkeitsdokumentationsbögen gingen im Januar 1985 von den Laienhelfern und zwei neu zum Tagesklinikteam hinzugekommenen Mitarbeitern (1 Psychologe, 1 Praktikant) ein.

Zur Auswertung lagen uns schließlich an Tätigkeitsdokumentationen vor:

Tageszentrum: 1 Psychologe, 3 Sozialarbeiter, 1 Zivildienstleistender, 1 Mitarbeiterin (angestellt über das Sozialamt, § 19 BSHG), 2 Praktikantinnen, insgesamt 8.

Tagesklinik: 1 Beschäftigungstherapeutin, 1 Krankenpfleger, 1 Ärztin, 1 Psychologe, 1 Praktikant, 1 Sozialarbeiterin, insgesamt 6.

Laienhelfer: Insgesamt 10 (von 23).

Von den beiden Verwaltungsangestellten wurden ebenfalls Tätigkeitsdokumentationen durchgeführt. Da diese jedoch keine therapeutischen Aufgaben in der Einrichtung wahrnehmen, sollen diese Tätigkeitsdokumentationen gesondert ausgewertet werden.

4.1.3 Auswertung

4.1.3.1 Vorgehensweise bei der Klassifikation der Tätigkeiten

Ausgehend von den Arbeitsfeldbeschreibungen der Einrichtungen der Brücke sowie den Erhebungsinstrumenten für Tätigkeitsdokumentationen von Prognos (Modellprogramm Psychiatrie) und dem Projekt des Modellverbundes Mönchengladbach (Veltin und Dimmek, 1983) entwickelten wir ein Kategoriensystem, in das die Tätigkeiten *nachträglich* eingeordnet werden sollten.

Um die Reliabilität dieser Einordnungen zu erhöhen, wurde für die Auswertung eine Mitarbeiterin aus dem Tagesstättenteam hinzugezogen. So konnten bei unklaren Beschreibungen durch Rekonstruktion des jeweiligen Arbeitstages die Tätigkeiten fast immer doch noch eindeutig zugeordnet werden.

Wir unterteilten zunächst die Tätigkeiten grob in folgende Bereiche:

- A. Institutionsbezogene und unspezifisch klientenbezogene Tätigkeiten (25 Unterkategorien)
 - B. Klientenbezogene Tätigkeiten (23 Unterkategorien) und
 - C. Einrichtungsübergreifende Aktivitäten (5 Unterkategorien)
- (Einteilungsschema im Anhang)

Zur besseren Übersicht wurden verschiedene Bereiche zusammengefaßt und zum Teil neu geordnet.

Die sich ergebende Untergliederung lautet:

- A. Klientenbezogene Tätigkeiten
 - (a) unspezifisch
 - (b) spezifisch
- B. Institutionsbezogene Tätigkeiten und
- C. Einrichtungsübergreifende Aktivitäten

Für jeden Mitarbeiter wurde

- jede dokumentierte Tätigkeit anhand des Kategoriensystems eingeordnet und die zeitliche Dauer der Tätigkeit in Minuten festgehalten. Außerdem wurde bei jeder Tätigkeit mitnotiert, ob sie intern (im Hause) oder extern stattgefunden hat.
- die dokumentierte Gesamtarbeitszeit ermittelt, und, davon ausgehend, die relativen Anteile der verschiedenen Tätigkeiten an der Gesamtarbeitszeit bestimmt. Genauso wurde der relative Anteil von internen und externen Tätigkeiten bestimmt.

Somit sind alle Ergebnisse Prozentangaben.

Dieses Vorgehen gründet sich darin, daß nicht bei allen Mitarbeitern die dokumentierte Zeit genau 40 Stunden entsprach und bei der Auswertung keine Kürzungen oder Hochrechnungen vorgenommen werden sollten. Damit verzichteten wir auf die Weiterverwendung absoluter Zeitangaben.

Wir erhielten auf oben beschriebene Weise für jeden Mitarbeiter ein Tätigkeitsprofil, anhand dessen sich erkennen läßt, wie sich die Gesamtarbeitszeit dieses Mitarbeiters auf die verschiedenen Arbeitsfelder verteilt.

Über diese Einzelprofile wurden dann drei Gesamtprofile* errechnet, und zwar

- für die Mitarbeiter des Tageszentrums (TZ)
- für die Mitarbeiter der Tagesklinik (TK)
- für die Laienhelfer (LH).

* In die Gesamtprofile von TZ, TK und LH gingen dann jedoch wieder die absoluten Tätigkeitszeiten ein.

4.1.3.2 Auswertung der „externen Kooperationspartner“

Da es sich anhand der Tätigkeitsdokumentationen meist nicht ermitteln ließ, wie lange ein Kontakt zu einem externen Kooperationspartner gedauert hat (bei Telefongesprächen z. B. handelt es sich ohnehin oft nur um wenige Minuten), fertigten wir eine Strichliste an, auf der jeder dokumentierte Kontakt eines Mitarbeiters mit einem externen Kooperationspartner der psychosozialen Versorgung in Lübeck notiert wurde. Wir hofften, so eine grobe Schätzung der relativen Bedeutung der verschiedenen Kooperationspartner zu erhalten.

4.1.3.3 Einschränkende Bemerkungen

Bevor auf die Untersuchungsergebnisse eingegangen wird, sollen einschränkend kritische Anmerkungen zum Dokumentationszeitraum, zu individuellen Differenzen beim Ausfüllen und zu „schwachen“ Kategorien des Dokumentationsbogens gemacht werden.

Der begrenzte Dokumentationszeitraum

Um die Motivation der Mitarbeiter hochzuhalten und auch möglichst genaue Beschreibungen der Tätigkeiten zu erhalten, hatten wir einen Dokumentationszeitraum von 40 Stunden gewählt.

Diese Vorgehensweise birgt einige Fehlermöglichkeiten in sich, die die Interpretation in einigen Bereichen einschränkt: Aktivitäten, die nicht mindestens einmal in der Woche stattfinden, fallen entweder ganz aus der Dokumentation heraus oder sind übermäßig stark repräsentiert, wenn sie gerade zufällig in der dokumentierten Woche stattgefunden haben. Die Aktivitäten, bei denen dies der Fall ist, wurden bei den Ergebnissen entsprechend markiert. Zum Teil ausgleichend wirkte sich hier die Tatsache aus, daß nicht alle Mitarbeiter dieselbe Arbeitswoche dokumentiert hatten. Trotzdem haben wir diese Ergebnisse nicht interpretiert. Mitarbeiter, die nur eine halbe oder eine Dreiviertel-Stelle haben, dokumentierten dementsprechend $1\frac{1}{2}$ bis 2 Wochen. Gerade bei $1\frac{1}{2}$ Wochen ist – aufgrund bestehender Wochenpläne z. B. – eine gewisse Verzerrungsgefahr gegeben.

Trotz dieser Nachteile halten wir einen Dokumentationszeitraum von 40 Stunden für angemessen. Wie man an einigen Dokumentationsbögen erkennen kann, werden im Laufe der Zeit die Beschreibungen immer allgemeiner. Würde man die dokumentierte Zeit verlängern, hätte man womöglich mehr, aber ungenauere Angaben.

Interindividuelle Differenzen beim Ausfüllen der Bögen

Trotz der allgemeinen Anweisung, die Tätigkeiten so genau wie möglich zu dokumentieren, zeigten sich doch einige Unterschiede in der Handhabung. Vor allem die Praktikanten, Zivildienstleistenden und Laienhelfer wählten öfter größere Zeiträume (z. B. „Teilnahme am Clubnachmittag“), während andere Mitarbeiter sehr genau auch sehr kurze Gespräche festhielten.

Die Zuordnung war hierdurch nicht erschwert. Es ist nur wichtig, im Auge zu behalten, daß auch während solcher – unspezifisch klientenbezogenen – Tätigkeiten, wie z. B. der Teilnahme am Clubnachmittag, am Bürodienst auch eine Unzahl von direkt klientenbezogenen Aktivitäten stattfindet.

„Schwache“ Kategorien

Bei einigen Kategorien waren aufgrund der vorliegenden Dokumentationen nur unzureichende Zuordnungen möglich. Diese Kategorien sind:

A.10: „Allgemeine Planung und Initiierung von Aktivitäten und neuen Förderangeboten“

Eine solche spielt sich entweder im Kopf eines Mitarbeiters ab oder wird innerhalb von Teamsitzungen, Konzeptdiskussionen etc. diskutiert, taucht aber als Extra-Tätigkeit nicht auf.

A.13: „Bürodienst, Schreib- und Verwaltungstätigkeiten, die sich auf einzelne Klienten beziehen“

Diese Kategorie wurde nachträglich unterteilt in: „Allgemeiner Büro- und Telefondienst“ (A.13.1) und „Schreib- und Verwaltungstätigkeiten, die sich auf einzelne Klienten beziehen“ (A.13.2). Diese Kategorie gehört dann auch zu den klientenbezogenen Tätigkeiten.

A.20: „Öffentlichkeitsarbeit“

Diese Kategorie ist z. T. in den C.Kategorien enthalten und überschneidet sich mit „Erstellen/Lesen von Berichten, Protokollen etc.“ (A.24)

B.16: „Außenaktivitäten (Kino, Museum, Schwimmen, Sport, etc.)“

Hierunter fielen auch die mehr therapeutisch angelegten Aktivitäten der Tagesklinik. Bei einer gemeinsamen Nennung mit „Ausflügen“ entstehen möglicherweise Mißverständnisse.

B.20: „Krisenintervention“

Diese findet oft in Einzel- und Gruppengesprächen, bei Haus- und Klinikbesuchen statt, von daher war ihr Anteil über diese Dokumentation nicht zu ermitteln (s. Kap. 6).

4.1.4 Ergebnisse

Das ursprüngliche, sehr ausführliche Kategorisierungsschema und die Verteilung der Tätigkeiten bei Tageszentrum, Tagesklinik und Laienhelfern sind im Anhang zu finden. Die Ergebnisse des neuen Einteilungsschemas sind in Abb. 2 dargestellt.

4.1.4.1 Tätigkeitsprofile und Arbeitsschwerpunkte der Mitarbeiter

Im folgenden wird gefragt, ob sich die Tätigkeitsprofile der Mitarbeiter in Tageszentrum und Tagesklinik unterscheiden und welche Arbeitsschwerpunkte sich erkennen lassen. Dabei wird auf die klienten- und institutionsbezogenen sowie einrichtungsübergreifenden Tätigkeiten eingegangen und diese gegenübergestellt.

Arbeitsschwerpunkte des Tageszentrums:

Innerhalb der klientenbezogenen Tätigkeiten nahmen die unspezifischen Klientenkontakte mit 22 % den größten Raum ein, innerhalb derer jedoch eine Vielzahl von Einzelkontakten, -gesprächen und -beratungen stattfinden. Danach folgen – in der Rangfolge der Arbeitsanteile – Hilfen im sozialen Bereich der Besucher (10%), Einzel- und Gruppengespräche (6%) sowie Haus- und Klinikbesuche (5%). In der Arbeit der Hauptamtlichen nahmen während dieser Tätigkeitsdokumentation wenig Raum ein: Hobbygruppen, medizinische Betreuung und private Kontakte zu Besuchern.

Oben wurde darauf verwiesen, daß die Zahlen zur Angehörigenarbeit (2 x im Monat Angehörigengruppe, ansonsten öfter kurze Kontakte, z. B. am Telefon), zur Vollversammlung und Krisenintervention verzerrt wiedergegeben sind.

Abbildung 2 Ergebnisse der Tätigkeitsdokumentation

	Angaben in %		
	TS	TK	LH ⁵⁾
A. Klientenbezogene Tätigkeiten			
a) unspezifisch			
1. Gemeinsames Kaffeetrinken, Mittagessen mit Besuchern, Patienten (A 23) ⁶⁾	10	15	–
2. „Dielendienst“, zwangloses Beisammensein mit Besuchern (A 21)	9	–	2
3. Teilnahme am Clubnachmittag (A 22)	3	1	27
4. Teilnahme an Feiern, Bazaren ¹⁾ (A 25)	–	–	2
	<u>22</u>	<u>16</u>	<u>31</u>
b) spezifisch			
1. Einzelgespräch mit Besucher, Patient (B 1, 2)	4	6	2
2. Therapeutische Gesprächsgruppe, einschl. Vor- und Nachbesprechung (B 18, 22)	2	7	7
3. Haus- und Klinikbesuche (B 11, 19)	5	3	5
4. Musik-, Mal-, Beschäftigungs-therapie (B 14, 15, 23)	–	6	–
5. Außenaktivitäten, Ausflüge ²⁾ (B 13, 16)	2	5	–
6. Teilnahme an Hobbygruppen (B 3)	1	1	9
7. Hilfen im sozialen Bereich des Klienten (B 5–9)	10	2	3
8. Arbeit mit Angehörigen ¹⁾ (B 4)	–	–	2
9. Medizinische Betreuung, Visite (B 10, A 5)	–	5	–
10. Vollversammlung, Plenum ¹⁾ (B 21)	–	2	–
11. Krisenintervention ³⁾ (B 20)	1	–	2
12. Private Kontakte zu Besuchern/Patienten (B 12)	–	–	2
13. Schreib- und Verwaltungstätigkeiten, die sich auf einzelne Klienten beziehen (A 13.2)	2	5	–
	<u>27</u>	<u>42</u>	<u>32</u>

1) Aktivität, die nicht regelmäßig jede Woche stattfindet

2) Außenaktivitäten haben innerhalb der Tagesklinik einen mehr therapeutischen Aspekt als im Tagesstättenbereich

3) Krisenintervention findet i. d. Tagesklinik auch im Rahmen von Einzelgesprächen und der Gesprächsgruppe statt, das gleiche gilt für die Tagesstätte

4) bedingt durch Rundungsfehler = 100

5) TS = Tagesstätte, TK = Tagesklinik, LH = Laienhelfer

6) In Klammern angegeben sind jeweils die Item-Nummern nach der ersten Kategorisierung (im Anhang)

Abbildung 2 Ergebnisse der Tätigkeitsdokumentation (Fortsetzung)

	Angaben in %		
	TS	TK	LH ⁵⁾
B. Institutionsbezogene Tätigkeiten			
1. Dienstbesprechungen, Teamgespräche, Mitarbeiterkontakte insgesamt (A 1, 2)	16	16	–
2. Interne Fortbildung, Anleitung und Supervision (A 3, 4, 5, 6)	3	3	2
3. Laienhilfe: Organisation u. Informationsaustausch (A 7, 8, 9) ¹⁾	–	–	10
4. Vorbereitung von Aktivitäten (A 10, 16)	2	–	8
5. Instrumentelle Tätigkeiten und deren Organisation, Wegzeiten (A 14, 15, 19)	13	7	4
6. Vereinsarbeit, Vorstandsarbeit ¹⁾ (A 11)	2	–	6
7. GmbH-Arbeit (A 12)	2	3	1
8. Büro- und Telefondienst (A 13.1)	4	4	1
9. Konzeptdiskussionen, Öffentlichkeitsarbeit, Teilnahme an wissensch. Begleitung (A 17, 18, 20, 24)	<u>6</u>	<u>2</u>	<u>3</u>
	48	35	35
C. Einrichtungübergreifende Aktivitäten			
Tagungen, Fortbildungen extern, Informationsaustausch mit anderen Einrichtungen etc. (C 1, 2, 3, 4, 5)	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>1</u>
	99	96 ⁴⁾	98

Die institutionsbezogenen und einrichtungsübergreifenden Tätigkeiten nehmen genau die Hälfte der Arbeitszeit der Tageszentrumsmitarbeiter in Anspruch. Einerseits entspricht dieses Ergebnis dem zuweilen von Mitarbeitern wie Besuchern geäußerten Unmut, daß viel zu wenig Zeit für die Besucher da sei, andererseits ist dieser Anteil – zumindest verglichen mit den Ergebnissen der Tätigkeitsdokumentation an der psychiatrischen Klinik Mönchengladbach aus dem Jahre 1977 (s. *Veltin* und *Dimmek* 1983) – auch nicht ungewöhnlich hoch. Dort lag der Anteil an „organisationsbezogenen“ Tätigkeiten zwischen 39 und 70 %. Leider liegen uns zur Zeit keine weiteren Zahlen zum Vergleich vor.

An dieser Stelle sei daran erinnert, daß die Brücke nach wie vor nicht in allen Aspekten ihrer Arbeit finanziell abgesichert ist. Es ist unverändert viel Zeit aufzuwenden bei dem Versuch, diese seit Jahren bestehende Einrichtung überhaupt erst zu etablieren. Gespräche und Verhandlungen mit potentiellen Kostenträgern z. B. sind solche für das Fortbestehen der Einrichtung existentiell notwendigen Aktivitäten. Sie fallen hauptsächlich in den Aufgabenbereich

der beiden Geschäftsführer – und damit auch des einzigen Psychologen des Tageszentrums, dessen Möglichkeiten zu klientenbezogenen Tätigkeiten (wie z. B. intensivere Einzelgespräche zu führen) dadurch zum Teil drastisch eingeschränkt werden.

Jedoch auch die Arbeit der anderen hauptamtlichen Mitarbeiter des Tageszentrumsbereiches wird durch eine Reihe von solchen „institutionserhaltenden“ Aktivitäten bestimmt (z. B. Erstellen von immer neuen Konzepten, Selbstdarstellungen, Berichten über Klienten).

So ist der Anteil z. B. an Öffentlichkeitsarbeit und Konzeptdiskussionen recht hoch (6% gegenüber 2% in TK). Hinzu kommt, daß gerade im Bereich Öffentlichkeitsarbeit TZ-Mitarbeiter meist Belange der „ganzen“ Brücke wahrnehmen. Der an Projekte des Modellverbundes formulierte Anspruch, „neue Arbeits- und Organisationsformen zu erproben“, müßte für die Brücke allein unter diesem zeitlichen Gesichtspunkt stark relativiert werden.

Bei den institutionsbezogenen Tätigkeiten fallen weiterhin die instrumentellen Tätigkeiten mit 13% der Gesamtarbeitszeit ins Auge. Dies sind fast doppelt so viele wie in der Tagesklinik (dort 7%). Dieser hohe Anteil, der v. a. von Zivildienstleistenden und Praktikanten, jedoch auch in nicht unerheblichem Maße von Hauptamtlichen geleistet wird, könnte verschiedene Ursachen haben:

Einhergehend mit dem Bezug der Engelsgrube vergrößerte sich die Gesamteinrichtung „Brücke“ wesentlich. Viele praktische und organisatorische Dinge, die in der Mengstraße noch kurzfristig und gewissermaßen „am Rande“ miterledigt werden konnten, bekamen im neuen Haus nun ein neues Gewicht: z. B. Reinigung, Hausmeistertätigkeiten, Wartung der Geräte und des Hauses, Abnahme von Handwerkerarbeiten. Es gibt jedoch im Speicher nach wie vor weder einen geregelten Putzdienst noch einen Hausmeister. Entsprechend dem Ziel der Brücke, Besucher in die Verantwortung für die Einrichtung soweit wie möglich einzubeziehen, wird z. B. versucht, diese die anfallenden Reinigungsarbeiten – zum Teil gegen ein geringes Entgelt – erledigen zu lassen. Dies läuft jedoch insgesamt mehr schlecht als recht, und so kommt es immer wieder vor, daß hauptamtliche Mitarbeiter bei diesen Tätigkeiten einspringen müssen.

Ein weiterer Punkt ist erwähnenswert. Die Mitarbeiter des Tageszentrums fühlen sich für das ganze Haus und dessen Organisation, die Mitarbeiter der Tagesklinik sich aber ausschließlich für „ihre“ Etage verantwortlich. Dieser Tatbestand wird z. B. daran deutlich, daß die TZ-Mitarbeiter 36 Stunden in der Woche den allgemeinen Telefondienst wahrnehmen, die TK-Mitarbeiter dagegen nur 4 Stunden. Von daher ist der prozentuale Anteil der TZ-Mitarbeiterzeit am Büro- und Telefondienst eine evtl. zu niedrige Schätzung.

Diese Einteilung ist sicher aus der Tradition erklärbar. Das Tageszentrum verkörperte ursprünglich ja die „alte“ Gesamt-Brücke, während die Tagesklinik sich als eine neue Einrichtung recht unabhängig davon entwickelte, ist bisher diese Arbeitsteilung noch nicht abschließend problematisiert oder besprochen worden. Lediglich in Einzelanliegen wie z. B. der Organisation eines Festes wurde bisher die Hilfe der Tagesklinik angefragt.

Auch die Frage, ob es überhaupt sinnvoll ist, die Tagesklinik – von ihrer Konzeption und ihrer Arbeitsweise her – stärker in die Gesamtorganisation des Hauses einzubeziehen, ist noch nicht geklärt.

Abschließend sei zur Gewichtung der instrumentellen Tätigkeiten jedoch noch erwähnt, daß zumindest ein Teil dieser Tätigkeiten direkt Besuchern zugute kommt, z. B., wenn ihnen von Mitarbeitern die Wohnung geputzt wird.

Arbeitsschwerpunkte der Tagesklinik:

Die krankenbezogenen Tätigkeiten der Tagesklinikmitarbeiter lassen sich in Einzel- und Gruppengespräche (13%), Beschäftigungstherapie (7%), Außenaktivitäten (5%), medizinische Betreuung und Visite (5%) sowie Schreib- und Verwaltungstätigkeiten, die sich auf einzelne Patienten beziehen (5%) unterteilen.

Bis auf die Einzel- und Gruppengespräche gibt es keine Arbeitsschwerpunkte, die die TK mit dem TZ teilt. Diese nehmen zudem einen deutlich größeren Raum in der Gesamtarbeitszeit ein. Beschäftigungstherapie und medizinische Betreuung gehören wie auch die Außenaktivitäten zum Konzept der Tagesklinik. Auffallend ist der relativ große Raum, den die Schreib- und Verwaltungstätigkeiten, die sich auf einzelne Patienten beziehen, einnehmen. Die Krankenakten, Arztbriefe und das Gruppenbuch zu schreiben sind hierfür „typische“ Tagesklinikaktivitäten.

Im Gegensatz zum Tageszentrum findet eine Vollversammlung einmal wöchentlich statt (verbindlich).

Wenig Raum nahmen die Hilfen im sozialen Bereich mit 2% ein. Im dokumentierten Zeitraum gab es keine explizit dokumentierte Angehörigenarbeit.

Ein Vergleich der spezifischen und unspezifischen krankenbezogenen Tätigkeiten in TZ und TK zeigt, daß der Gesamtanteil an *spezifisch krankenbezogenen Tätigkeiten* mit 42% deutlich höher als im TZ mit 27% ist (entspricht dem mehr therapeutischen Vorgehen in der Tagesklinik). Der Anteil an *unspezifisch krankenbezogenen Tätigkeiten* ist mit 16% gegenüber 22% im TZ

geringer. An dieser Stelle wird der Einfluß der in der Tagesklinik weitaus günstigeren Mitarbeiter-Klienten-Relation deutlich. (Tagesklinik 1:4; Tagesstätte 1:25–30).

Die institutionsbezogenen Tätigkeiten nehmen mit 35% einen deutlich geringeren Raum ein als im Tageszentrum. Es fällt auf, daß die Tagesklinikmitarbeiter (zur Zeit der Dokumentation) weder mit Vereins- oder Vorstandsarbeit noch mit der Laienhilfe etwas zu tun haben.

Als Fazit der detaillierten Gegenüberstellung der Arbeitsschwerpunkte von Tageszentrum und Tagesklinik läßt sich sagen, daß sich die Tätigkeitsprofile der Mitarbeiter deutlich voneinander unterscheiden.

Fortbildung und Mitarbeiterkontakte in Tageszentrum und Tagesklinik

Nimmt man interne Fortbildung und einrichtungsübergreifende Aktivitäten (einschließlich externer Fortbildung) zusammen, ist dieser Bereich (TZ: 5%, TK: 6%) im Vergleich zu den Ergebnissen von Mönchengladbach doch recht niedrig repräsentiert: dort lag der prozentuale Anteil an Fortbildung zwischen 6% (Mitarbeiter eines Wohnheimes) und 22% (Pflegedienstleitung). Für Ärzte und Psychologen betrug der Anteil 20%.

Dies entspricht dem im Zwischenbericht festgehaltenen Tatbestand, daß zwar viele – auch externe – Fortbildungsmöglichkeiten bestehen, daß aber aufgrund der Arbeitsbelastung die Mitarbeiter diese nur selten wahrnehmen können.

Jedoch ist einschränkend zu bedenken, daß in diese Tätigkeitsdokumentation keine längerdauernde externe Fortbildung oder Tagung eingeflossen ist.

Auch ein anderer Punkt ist gegenüber Mönchengladbach deutlich unterrepräsentiert, und zwar die *Mitarbeiterkontakte*. Hiermit sind Teamsitzungen und klientenbezogene Gespräche zwischen Mitarbeitern innerhalb eines Teams gemeint.

Mögen sie mit 16% der Gesamtarbeitszeit bei TZ und TK zunächst recht hoch erscheinen, nahmen in Mönchengladbach Team-Sitzungen und Therapeuten-Kontakte zwischen 15% (Wohnheim) und 48% (Pflegedienstleitung) ein (Ärzte und Psychologen: 30%).

4.1.4.2 Unterschiede der haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter Schwerpunkte der Laienhilfe

Im folgenden befassen wir uns mit der Frage, inwieweit sich die Tätigkeit von haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitern unterscheidet. Weiter wird gefragt, ob es Tätigkeitsbereiche gibt, die ausschließlich von Laienhelfern abgedeckt werden.

Zur Untersuchung des Vergleiches der Tätigkeit von Hauptamtlichen und Laienhelfern beschränkten wir uns auf den Tagesstätten-/Clubbereich, da in der Tagesklinik keine Laienhelfer arbeiten. Zur Verdeutlichung des Unterschiedes zu den Hauptamtlichen stellen wir im Folgenden die Arbeitsschwerpunkte der Laienhelfer dar, und zwar ihre klienten- und institutionsbezogenen Tätigkeiten.

Zunächst möchten wir eine Bemerkung zu den berufsspezifischen Tätigkeitsdifferenzierungen der hauptamtlichen Mitarbeiter machen. Es wäre über den momentanen Projektauftrag hinaus wünschenswert, die Frage, ob alle hauptamtlichen Mitarbeiter in einer sozialpsychiatrischen Einrichtung „das Gleiche machen“ oder ob es berufsbezogene Tätigkeiten und Schwerpunktsetzungen gibt, zu überprüfen. Eine solche Notwendigkeit leitet sich auch aus den kürzlich formulierten Leitlinien der Beraterkommission des Modellprogramms Psychiatrie (*Beraterkommission* 1985) ab. Im Rahmen der Tätigkeitsdokumentation einer einzelnen Einrichtung wie der „Brücke“ ist eine solche Analyse jedoch nicht aussagekräftig.

Klientenbezogene Tätigkeiten:

Der Club stellt den Hauptarbeitsbereich der Laienhelfer dar. So verwenden diese 27 % ihrer Arbeitszeit für die Clubnachmittage (Hauptamtliche: 3 %) und 9 % für die Hobbygruppen (Hauptamtliche: 1 %). Die Organisation von und Teilnahme am Clubnachmittag nimmt zwar fast ein Drittel der Gesamtarbeitszeit ein, entspricht aber längst nicht dem häufig geäußerten Eindruck, daß Laienhelfer nur für Kaffee und Kuchen da seien.

So ist der Anteil an Einzel- und Gruppengesprächen mit 9 % recht groß: 2 Laienhelferinnen nehmen regelmäßig 1 x wöchentlich als Co-Therapeuten an den Gesprächsgruppen teil. Haus- und Klinikbesuche sind mit 5 % prozentual ebenso stark vertreten wie bei den TZ-Mitarbeitern.

Auch bei der Arbeit mit Angehörigen (2 %), in der Krisenintervention (2 %), bei Hilfen im sozialen Bereich (3 %) sind Laienhelfer zu finden.

Institutionsbezogene Tätigkeiten

Diese nehmen insgesamt einen geringeren Raum ein als bei den Tageszentrums-Mitarbeitern, jedoch immerhin noch 35%. Ein großer Anteil hiervon, nämlich 10% der Arbeitszeit, verbraucht sich für die Organisation und den Informationsaustausch unter den Laienhelfern.

Acht Prozent ihrer Zeit verwenden die Laienhelfer für die Vorbereitung von Aktivitäten. Unter dieser – meist unsichtbar bleibenden – Arbeit ist zu verstehen: Material einkaufen für die Hobbygruppen, Produkte aus den Hobbygruppen zuhause fertigstellen, Kuchen backen für die Clubnachmittage. Diese Arbeit ist ein eigener Bereich im Vergleich zur Arbeit der Hauptamtlichen. Bedenkt man, daß auch in der „Teilnahme an Clubnachmittagen“ noch ein großer – nicht mehr identifizierbarer – Anteil von Vorbereitungsarbeiten enthalten ist, wird deutlich, wieviel Zeit und Mühe die Laienhelfer, zum Teil auch bei sich zuhause, aufwenden, um die verschiedenen Aktivitäten gemeinsam mit den Besuchern erst zu ermöglichen.

4.1.4.3 Die interne Kooperation der Mitarbeiter

Es wird gefragt, welchen zeitlichen Raum die interne Kooperation und Koordination der Mitarbeiter des Tageszentrums und der Tagesklinik einnehmen.

Auf die interne Kooperation bezogen sich die Kategorien A.2.0 – A.2.5 der ursprünglichen Kategorisierung. Hierauf entfielen bei den Tagesklinikmitarbeitern 2%, bei den Tageszentrumsmitarbeitern 1% der Gesamtarbeitszeit. Rein zeitlich gesehen, nimmt die interne Koordination und Kooperation also einen ziemlich geringen Raum ein. Hierdurch allein läßt sich jedoch nicht auf die „Güte“ der Kooperation schließen. So ist es möglich,

- daß die Kooperation so gut funktioniert, daß nur so wenig Kontakte notwendig sind;
- daß die Notwendigkeit der Kooperation nicht so dringend gegeben ist, da es nur wenig Berührungspunkte zwischen Tageszentrum und Tagesklinik gibt;
- daß es einfach an Zeit zu mehr Kooperationskontakten fehlt.

Zu beachten ist außerdem, daß all die kurzen informellen Kontakte, die „quasi nebenbei“ auf der Treppe oder beim Mittagessen erfolgen, meist nicht mitdokumentiert, aber nichtsdestotrotz oft sehr wichtig sind.

Zur Einschätzung der Kooperationsbeziehungen zwischen Tagesklinik und Tageszentrum sind zusätzlich andere Informationsquellen (z. B. Befragung der Mitarbeiter) heranzuziehen.

4.1.4.4 Vergleich der Arbeitsfeldbeschreibungen

Inwiefern finden die Konzepte der Einrichtungen ihren Niederschlag in der konkreten Tätigkeit der Mitarbeiter? Basierend auf den Konzepten der Einrichtungen waren vor einiger Zeit Arbeitsfeldbeschreibungen erstellt worden. In diesen Arbeitsfeldbeschreibungen haben Mitarbeiter die Tätigkeiten zusammengestellt, mit denen sie die Ziele der Einrichtung wie Hilfe zur Selbsthilfe, Bieten von Schutz und Geborgenheit und Reintegration in die Gemeinde zu erreichen suchten.

Es ist ausgesprochen schwierig, wenn nicht unmöglich, bei so allgemein formulierten Zielen zu überprüfen, inwiefern sie erreicht werden. Eine Möglichkeit des Zugangs stellt sich uns jedoch über den Vergleich der – aus den allgemeinen Zielen abgeleiteten – Aktivitäten, die in den Arbeitsfeldbeschreibungen dargestellt werden, mit den Ergebnissen der Tätigkeitsdokumentation, in denen die „realen“ Tätigkeiten der Mitarbeiter ihren Niederschlag finden.

a) Tageszentrum

Läßt man die durch die Kürze der Dokumentationsdauer entstandenen Verzerrungen bei ganz bestimmten Aktivitäten, wie z. B. der Angehörigenarbeit außer acht, erscheinen folgende Ergebnisse erwähnenswert:

Beschäftigungstherapeutische Gruppenangebote waren in der Tätigkeitsdokumentation nicht vertreten. Es wurden in der Vergangenheit zwar immer wieder einmal solche Gruppen angeboten, das Interesse bei den Besuchern war meist jedoch so gering, daß diese Gruppen bald wieder „einschliefen“. Beschäftigungstherapie ist somit bisher kein Arbeitsschwerpunkt der „alten“ Brücke.

Die *Hausgruppe*, die an sich einmal wöchentlich stattfinden sollte, fällt oft mangels Interesse aus.

Diese Gruppe war ursprünglich einmal ins Leben gerufen worden als eine Art „Demokratisches Forum“, wo auch Kritik an der Arbeit und Organisation in der Brücke geübt werden sollte. Ein zwischenzeitlich durchgeführter Versuch, die Verantwortung für diese Gruppe den Besuchern zu übergeben, scheiterte: dann fand sie nämlich gar nicht statt.

Inzwischen (Mai 1985) findet diese Gruppe wieder – unter Leitung von Hauptamtlichen – regelmäßig statt, ist aber mehr zu einer Art Veranstaltungskalender geworden, wo der Wochenplan durchgesprochen wird und neue Angebote vorgestellt werden.

Ansonsten entspricht jedoch die durch die Tätigkeitsdokumentation festgestellte Tätigkeitsstruktur der Mitarbeiter weitgehend den in der Arbeitsfeldbeschreibung formulierten Aktivitäten.

b) Tagesklinik

Auch bei der Tagesklinik findet sich im großen und ganzen zwischen der Arbeitsfeldbeschreibung und der Tätigkeitsstruktur eine Entsprechung. Hier gibt es lediglich Abweichungen in einigen Bereichen der Sozialarbeit. Diese ist in den Arbeitsfeldbeschreibungen sehr detailliert aufgeführt, jedoch nehmen Kontakte mit Ämtern, Hilfe bei der Arbeitsplatzsuche und Vermittlung in weitergehende Reha-Formen in der Tätigkeit der Tagesklinikmitarbeiter nur einen Anteil von 2% an der Gesamtarbeitszeit ein. Hierfür gibt es zwei Erklärungsmöglichkeiten:

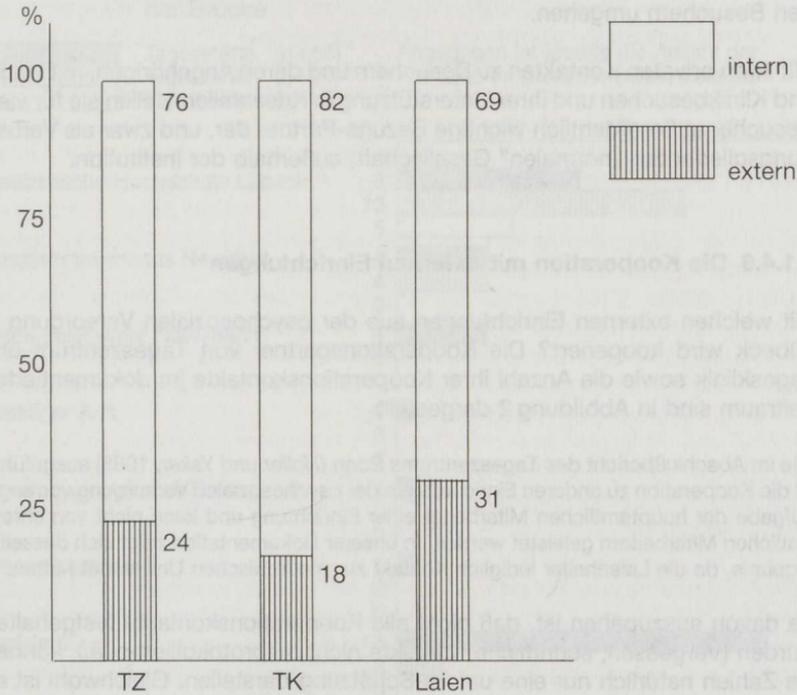
- Die Patienten der Tagesklinik benötigen weniger Hilfen in sozialen Belangen als die Besucher der Tagesstätte, da sie noch stärker in ihren sozialen Bezügen verankert sind.
- Der Stellenwert und der Inhalt von Sozialarbeit ist bisher im Team der Tagesklinik unklar. Auch ist nicht geklärt, ob Aktivitäten wie Kontakte zu Ämtern etc. Aufgaben nur der Sozialarbeiterin oder des gesamten Teams sind. Diese Aufgabendiffusion könnte möglicherweise dazu führen, daß dieser Bereich vernachlässigt wird.

4.1.4.5 Die Mobilität der Mitarbeiter

Im folgenden wird gefragt, wie mobil die Mitarbeiter der verschiedenen Brücke-Einrichtungen sind und wie hoch der Anteil an externen Aktivitäten liegt (s. Abb. 3).

Will die Brücke auch „Schutz und Geborgenheit“ liefern, kann es doch nicht Ziel sein, ein Ghetto für psychisch kranke Menschen zu schaffen. Als Einrichtung mit den Zielen der Reintegration in die Gemeinde und der Hilfe zur Selbsthilfe ist es wichtig, daß sich die Aktivitäten nicht alle auf die Einrichtung konzentrieren. Entscheidend sind darüber hinaus die Hilfen vor Ort, ansetzend an der aktuellen Lebenssituation der Klienten, und der Versuch, diese – wieder – mehr in der Gemeinde zu „verankern“. Daß die Brücke diesem Ziel gerecht wird, ergibt sich aus dem hohen Anteil an externen Aktivitäten:

Abbildung 3: Prozentualer Anteil an internen und externen Aktivitäten der Mitarbeiter von Tageszentrum und Tagesklinik und der Laienhelfer



Bei der Tagesklinik ist der Anteil an externen Aktivitäten mit 18% am geringsten. Stehen auch hier Außenaktivitäten auf dem Programm (bzw. im Konzept), ist es eben doch eine *Klinik*, die – während einer begrenzten Zeit – den Patienten einen Schutzraum bieten will zur weitmöglichen Gesundung und Stabilisierung, damit anschließend die Auseinandersetzung mit der Umwelt umso effektiver möglich ist.

Etwas anders sieht die Situation im Tageszentrum aus. Da sich hier die Betreuungszeit meist über einen viel längeren Zeitraum erstreckt, ist es notwendig, Schutz und Geborgenheit einerseits, Auseinandersetzung mit der Umwelt und Integration in die Gemeinde andererseits gleichzeitig anzustreben und sinnvoll zu kombinieren. Mit einem Außenaktivitäten-Anteil von einem Viertel der Gesamtarbeitszeit wird dieser Notwendigkeit ausreichend entsprochen.

An diesem Punkt rückt wieder die besondere Bedeutung der Laienhelfer ins Auge. Ihr Anteil an Außenaktivitäten liegt eindeutig am höchsten. Sie sind am wenigsten an die Einrichtung gebunden und können freier mit ihrer Zeit und den Besuchern umgehen.

Mit ihren privaten Kontakten zu Besuchern und deren Angehörigen, mit Haus- und Klinikbesuchen und ihrer Unterstützung in Krisenfällen stellen sie für viele Besucher außerordentlich wichtige Bezugs-Partner dar, und zwar als Verbindungsglieder zur „normalen“ Gesellschaft, außerhalb der Institution.

4.1.4.6 Die Kooperation mit externen Einrichtungen

Mit welchen externen Einrichtungen aus der psychosozialen Versorgung in Lübeck wird kooperiert? Die Kooperationspartner von Tageszentrum und Tagesklinik sowie die Anzahl ihrer Kooperationskontakte im dokumentierten Zeitraum sind in Abbildung 2 dargestellt.

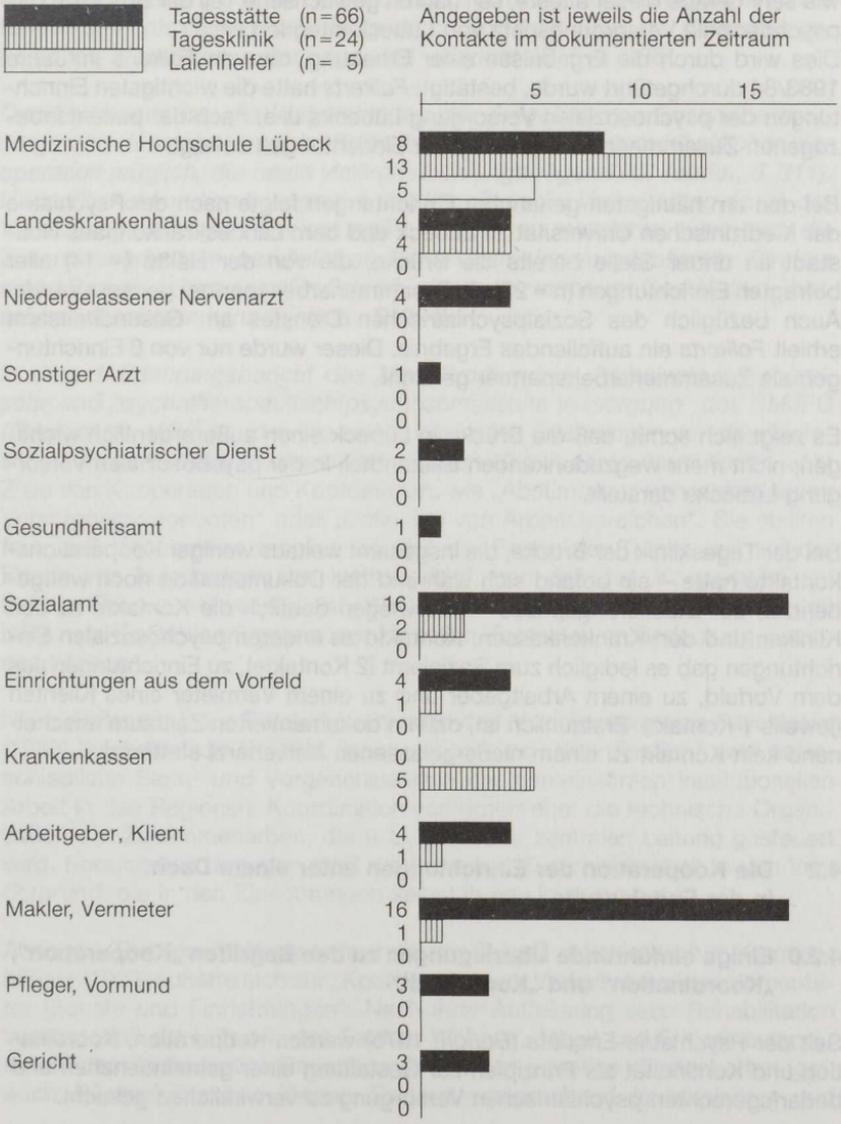
Wie im Abschlußbericht des Tageszentrums *Bonn* (Holler und Ysker, 1985) ausgeführt, ist die Kooperation zu anderen Einrichtungen der psychosozialen Versorgung vorrangig Aufgabe der hauptamtlichen Mitarbeiter einer Einrichtung und kann nicht von ehrenamtlichen Mitarbeitern geleistet werden. In unserer Dokumentation zeigt sich dasselbe Ergebnis, da die Laienhelfer lediglich Kontakt zur medizinischen Universität hatten.

Da davon auszugehen ist, daß nicht alle Kooperationskontakte festgehalten wurden (Vergessen, schriftliche Kontakte nicht mitprotokolliert o. ä.), können die Zahlen natürlich nur eine untere Schätzung darstellen. Gleichwohl ist es möglich, auf diesem Weg die wichtigsten Kooperationspartner in ihrer relativen Bedeutung für die Brücke zu identifizieren.

Bei dem Tageszentrum nehmen die Kontakte zu stationären Einrichtungen einen großen Raum ein, hier vor allem zur Psychiatrischen Klinik der MUzL. Als Nachsorgeeinrichtung sind diese Kontakte sehr wichtig für die Brücke. Kontakte zu niedergelassenen Nervenärzten und zu Einrichtungen aus dem Vorfeld sind gleich häufig. Auffallend gering ist die Zahl der Kontakte zum Sozialpsychiatrischen Dienst; auffallend deshalb, weil es zu dieser Einrichtung Überschneidungen sowohl im Klientel als auch in den Aufgabenwahrnehmungen gibt. Eine Erklärung hierfür scheint die Nichtbesetzung der Leiterstelle und mehrerer Sozialarbeiterstellen zu sein.

Sehr hoch ist dagegen die Anzahl der Kontakte zu Einrichtungen, die für die sozialen Belange der Besucher zuständig sind. Hier wird die Brücke ihrer Aufgabe gerecht, den Besuchern zu ihrem Recht zu verhelfen (z. B. Sozial-

Abbildung 4: „Kooperationspartner“
 Ergebnisse der Tätigkeitsdokumentation
 Kooperationspartner der Tagesstätte und der Tagesklinik
 der Brücke



hilfe, Wohngeld u. a. zu erhalten), und ihnen wieder einen „Platz in der Gemeinde“ zu vermitteln (z. B. eine Wohnung).

Die Vielzahl der Kooperationsbeziehungen zu anderen Einrichtungen zeigt, wie sehr gerade dieser älteste, seit Jahren gewachsene Teil der Brücke in das psychosoziale Versorgungsnetz von Lübeck integriert ist.

Dies wird durch die Ergebnisse einer Erhebung, die von *Folkerts* im Jahre 1983/84 durchgeführt wurde, bestätigt: *Folkerts* hatte die wichtigsten Einrichtungen der psychosozialen Versorgung Lübecks u. a. nach der patientenbezogenen Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen befragt.

Bei den am häufigsten genannten Einrichtungen folgte nach der Psychiatrie der Medizinischen Universität zu Lübeck und dem Landeskrankenhaus Neustadt an dritter Stelle bereits die Brücke, die von der Hälfte (= 14) aller befragten Einrichtungen (n = 28) als Zusammenarbeitspartner genannt wurde. Auch bezüglich des Sozialpsychiatrischen Dienstes am Gesundheitsamt erhielt *Folkerts* ein auffallendes Ergebnis. Dieser wurde nur von 6 Einrichtungen als Zusammenarbeitspartner genannt.

Es zeigt sich somit, daß die Brücke in Lübeck einen außerordentlich wichtigen, nicht mehr wegzudenkenden Bestandteil in der psychosozialen Versorgung Lübecks darstellt.

Bei der Tagesklinik der Brücke, die insgesamt weitaus weniger Kooperationskontakte hatte – sie befand sich während der Dokumentation noch weitgehend in der Etablierungsphase – überwiegen deutlich die Kontakte zu den Kliniken und den Krankenkassen. Kontakte zu anderen psychosozialen Einrichtungen gab es lediglich zum Sozialamt (2 Kontakte), zu Einrichtungen aus dem Vorfeld, zu einem Arbeitgeber und zu einem Vermieter eines Klienten (jeweils 1 Kontakt). Erstaunlich ist, daß im dokumentierten Zeitraum anscheinend kein Kontakt zu einem niedergelassenen Nervenarzt stattfand.

4.2 Die Kooperation der Einrichtungen unter einem Dach in der Engelsgrube

4.2.0 Einige einführende Überlegungen zu den Begriffen „Kooperation“, „Koordination“ und „Kontinuität“

Seit der Psychiatrie-Enquête (*Bericht* 1975) werden Kooperation, Koordination und Kontinuität als Prinzipien zur Gestaltung einer gemeindenahen und bedarfsgerechten psychiatrischen Versorgung zu verwirklichen gesucht.

In der Enquête wurde eine mangelnde Kontinuität der Versorgung psychisch Kranker festgestellt. Es wurde auf die Gefahr aufmerksam gemacht, „daß die nachfolgende Behandlung die vorangegangene unberücksichtigt läßt, oder überhaupt Behandlungs- und Betreuungslücken auftreten“. „Es sollte daher als Leitlinie gelten, daß entsprechende psychiatrische Versorgungseinrichtungen den betroffenen Patientengruppen eine Kontinuität der Behandlungspersonen anzubieten in der Lage sind“ (*Bericht 1975, S. 206*).

Darüber hinaus ist „die Wahrnehmung der Aufgaben von Gesundheitsvorsorge und -fürsorge... nur im Rahmen einer engen, partnerschaftlichen Kooperation möglich, die heute vielfach noch ungenügend ist“ (ebda., S. 311). Und: „Die notwendige kooperative und konsiliarische Verknüpfung der an der Versorgung beteiligten Einrichtungen... ist nur zu realisieren, wenn sich die Zusammenarbeit im persönlichen Kontakt an der vorgegebenen Struktur eines Gemeindebezirkes (Großstadt), einer oder mehrerer Gemeinden übersehbar orientieren kann.“ (ebda., S. 204).

In dem 1. Erfahrungsbericht des Modellverbundes „Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung“ des BMJFG (Daub et al., 1982) wurden die ersten konkreten Erfahrungen von psychiatrischen Modellprojekten zusammengetragen. Die Autoren formulierten acht Ziele von Kooperation und Koordination, wie „Abstimmung von vorhandenen Versorgungsangeboten“ oder „Definition von Arbeitsbereichen“. Sie stellten fest, daß Kooperation möglich ist „auf der Ebene der Träger und auf der Ebene von Mitarbeitern von Institutionen“, und daß die „Kooperation auf beiden Ebenen notwendig“ ist. Weiterhin nannten sie die Erfahrung, daß informelle Kontakte oft gegenüber formellen Kontakten an Bedeutung gewinnen können.

Nach Auffassung der Beraterkommission des Modellprogramms Psychiatrie (1983) beinhalten die Begriffe „Kooperation“ und „Koordination“ zwei unterschiedliche Sicht- und Vorgehensweisen der gemeinsamen institutionellen Arbeit in den Regionen: Koordination verkörpert eher die technische Organisation der Zusammenarbeit, die u. U. von einer zentralen Leitung gesteuert wird. Kooperation dagegen stellt die freiwillige Zusammenarbeit in den Vordergrund, die in den Einrichtungen selbst ihren Ursprung hat.“

Auch die Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser (1983) äußerte sich zur „Koordination und Verknüpfung komplementärer Dienste und Einrichtungen“. Nach ihrer Auffassung setzt Rehabilitation voraus, „daß die Hilfen in den Feldern Wohnen, Arbeit und Freizeit entsprechend dem individuellen Bedarfsprofil und den jeweiligen Fortschritten (ggf. auch Rückschritten) in diesen Feldern entsprechend kombinierbar und

„dosierbar“ sind.“ Auch sie betonen in diesem Zusammenhang die große Bedeutung einer therapeutischen Kontinuität und beschreiben es als „großen Vorteil“, „wenn unter dem Dach einer Einrichtung möglichst viele verschiedene Funktionen im Sinne eines Rehabilitationskontinuums angeboten werden...“.

Dieses Zusammensein unter einem Dach ist in dem Modellprojekt „Die Brücke“ in Lübeck praktiziert. Durch die Kooperation (auf Mitarbeiterebene) und die Koordination (auf Ebene der Verwaltung und technischen Organisation) der Einrichtungen Patientenclub, Tagesstätte und Beschütztes Wohnen (Tageszentrum) und Tagesklinik unter einem Dach soll eine effizientere Betreuung und Behandlung von Personen mit Psychosen erreicht werden.

Der folgende Abschnitt versucht die praktische Gestaltung der Zusammenarbeit zu beschreiben.

4.2.1 Die Situation beim Umzug in die Engelsgrube

Bevor die Einrichtungen (Tagesstätte, Club, Organisationsstelle für das Beschützte Wohnen sowie die Tagesklinik) (s. Kap. I 2) unter einem Dach untergebracht wurden, fand ein Tagesklinik-Vorlauf mit 8 Behandlungsplätzen in angemieteten Räumen der Psychiatrischen Poliklinik der Medizinischen Hochschule Lübeck statt. Der Vorlauf dauerte ein knappes Jahr und sollte dem Ziel dienen, daß bei dem Zusammenkommen mit den anderen Einrichtungen die Tagesklinik als solche sich schon in ihrer Arbeit konsolidiert haben sollte.

Die andern Einrichtungen waren schon vor dem Umzug zusammen, bzw. stellten die Gesamteinrichtung „Brücke“ in der Mengstraße dar. Innerhalb dieser Bereiche änderte sich durch den Umzug relativ wenig: lediglich die Zahl der Plätze im Beschützten Wohnen wurde aufgestockt, und eine neue Mitarbeiterin (Sozialarbeiterin) wurde eingestellt. Die Planung, die „Tagesstätte“ als eigenständiges Angebot noch stärker dadurch zu verankern, daß eigene Finanzierungsmöglichkeiten (über Pflegesätze des überörtlichen Sozialhilfeträgers) erschlossen werden sollten, ergab sich in erster Linie aus Problemen der Anschlußfinanzierung nach Auslaufen der Förderung durch das BMJFG und bestimmte erst gegen Ende des Modellzeitraumes konzeptionelle und strukturelle Veränderungen in der Arbeit.

Die Tagesklinik war dagegen sowohl vor als auch nach dem Umzug in die Engelsgrube sehr stark mit ihrer eigenen Entstehung und Entwicklung

beschäftigt, wodurch auch Fragen der Kooperation mit den anderen Einrichtungen tangiert wurden. Es soll aus diesem Grund kurz darüber berichtet werden.

4.2.2 Die Entwicklung der Tagesklinik vor und nach dem Umzug in die Engelsgrube

In der Vorlaufphase waren eine Reihe von Dingen aufzubauen bzw. zu klären. Die Einstellung der Mitarbeiter zog sich bis in den Oktober des Jahres 1983 hinein. Organisatorische Abläufe und die Zusammenarbeit mit der MUzL mußten geklärt werden. Die Tagesklinik mußte sich auf den psychiatrischen Stationen der MUzL und des LKH Neustadt bekannt machen und um die ersten Patienten werben. Die – bis auf zwei Ausnahmen – psychiatrienerfahrenen Mitarbeiter mußten sich erst in die völlig neue Arbeit einfinden und sich zu einem Team zusammenfinden. Über die Ausarbeitung und Entwicklung des Konzeptes ergaben sich bereits erste Teamkonflikte.

In dieser schwierigen Phase wurde die verbleibende Energie voll den ersten zu betreuenden Patienten gewidmet. Die Notwendigkeit wie auch die Möglichkeiten einer Kooperation mit den anderen Einrichtungen der Brücke waren damit äußerst gering.

Einhergehend mit dem Umzug in die Engelsgrube ergaben sich bei dem Team der Tagesklinik eine Reihe von personellen Veränderungen. Die Sozialarbeiterin, die Psychologin und die Ärztin schieden aus, und als ein paar Monate später auch noch die beiden Krankenpflegekräfte das Team verließen, war von dem ursprünglichen Team nur noch die Beschäftigungstherapeutin übrig geblieben. Es mußte praktisch ein ganz neues Team zusammengestellt werden. Dies bedeutete wiederum langwierige Einstellungsgespräche, die sich bis zum Ende des Jahres 1984 hinzogen.

Die Gründe für diesen so massiven Personalverlust waren unterschiedlicher Art. Die Arztstelle war von der Klinik für Psychiatrie zunächst für ein Jahr mit einer Assistenzärztin besetzt worden. Bei zwei Mitarbeitern waren es private Gründe, die zu einer Kündigung führten, zwei Mitarbeiter gingen aufgrund von Teamkonflikten.

Die Hoffnung, daß in der Engelsgrube ein bereits aufeinander eingespieltes Team seine Arbeit weiterführen könnte, war damit nicht überfüllt worden, und die Tagesklinik mußte in der Engelsgrube – zumindest was das Personal anging – noch einmal von vorn anfangen.

Eine gewisse Kontinuität der Arbeit war trotz personeller Veränderungen im Team jedoch über die ärztliche Leitung gewährleistet. Eine Oberärztin der

Klinik für Psychiatrie hält seit Bestehen der Tagesklinik die wöchentliche Visite ab. Einmal monatlich wird eine Chefvizite mit dem Direktor der Psychiatrischen Klinik durchgeführt.

Die personellen Veränderungen waren jedoch nicht die einzige Schwierigkeit, mit der die Tagesklinik konfrontiert wurde. Die in der Engelsgrube auf 18 aufgestockten Behandlungsplätze konnten nur zögernd besetzt werden. Da die Tagesklinik wie jede andere Klinik auch über Pflegesätze abrechnen muß, geriet sie gerade in den ersten Monaten in der Engelsgrube in einen starken Belegungsdruck. Die unzureichende Anfangsauslastung sowie die nicht kostendeckenden Pflegesätze (bis zum August 1985 zahlten die Krankenkassen lediglich einen Abschlag) führte zu einem erheblichen Defizit*.

Es war noch eine Menge an Aufklärungs- und Informationsarbeit zu leisten, denn die Tagesklinik wurde zu diesem Zeitpunkt vom LKH Neustadt und den niedergelassenen Nervenärzten praktisch nicht genutzt.

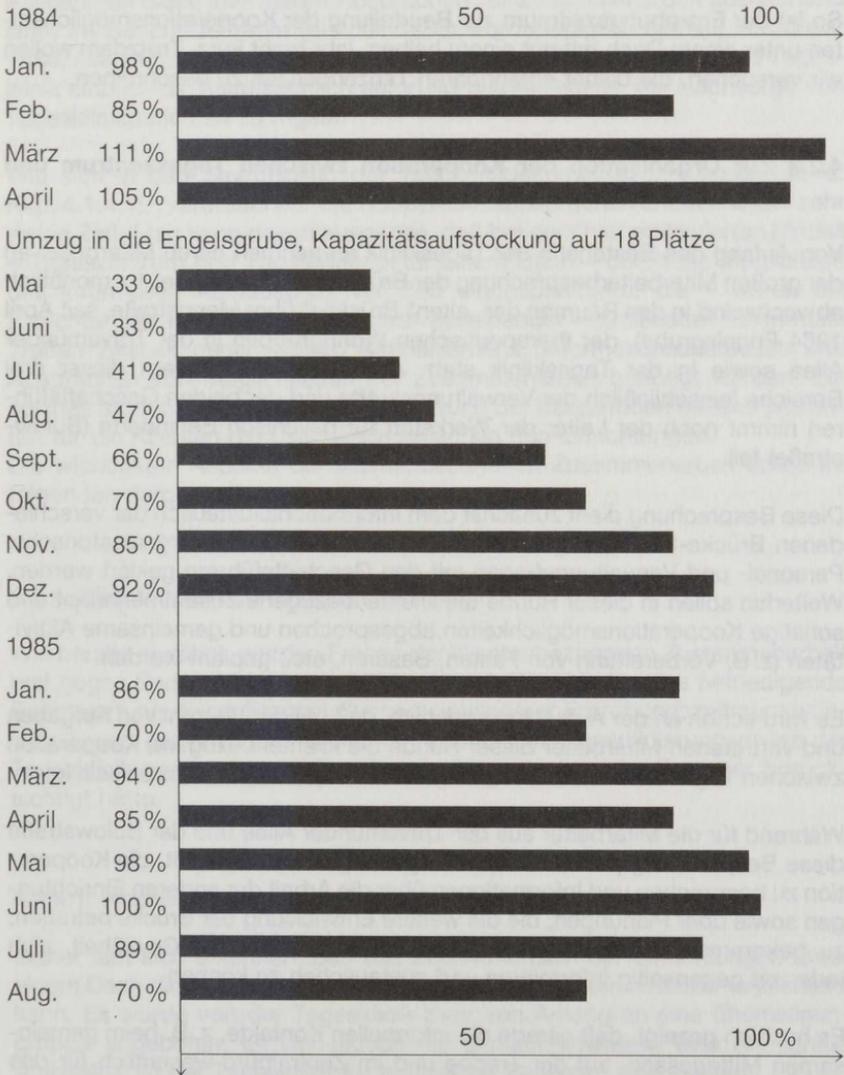
Aus diesem Grund wurden verschiedene Informationsveranstaltungen angeboten: für die niedergelassenen Nervenärzte sowie für die ärztlichen und psychologischen Mitarbeiter der Psychiatrischen Klinik der MUzL und des LKH Neustadt, die alle sehr zahlreich besucht waren. Im Anschluß an diese „Aufklärungskampagne“ besserte sich die Situation und seit ca. November 1984, also ca. ein halbes Jahr nach dem Umzug, war eine ausreichende Belegung der Tagesklinik gewährleistet; zwischenzeitlich gab es auch schon Wartelisten. Die Auslastung der Tagesklinik geht aus Abb. 5 hervor.

Man sieht an der graphischen Darstellung deutlich, daß es nach dem Umzug in die Engelsgrube und der damit verbundenen Kapazitätsaufstockung auf 18 Plätze ungefähr ein halbes Jahr dauerte, bis eine ausreichende Belegung wiederhergestellt war. Im ersten halben Jahr nach dem Umzug (Mai – Oktober 84) betrug die durchschnittliche Auslastung der Tagesklinik 48 %, sie stieg jedoch stetig und beträgt seitdem (November 84 – August 85) durchschnittlich 87 %. Vergleicht man diese Quote mit der Schätzung von *Bosch* und *Steinhart* (1983), wonach die „durchschnittliche Auslastung“ einer Tagesklinik in der BRD nach einer Erhebung an 58 Tageskliniken bei „etwa zwei Drittel der durchschnittlichen Platzzahl liegt“, ist die Auslastung der Brücke-Tagesklinik recht hoch. Es sind in unsere Berechnung jedoch nur die administrative Belegung und keine in einer Tagesklinik häufig zusätzlich anfallenden Fehlzeiten, „Teilanwesenheiten und ad-hoc-Beurlaubungen“ (*Bosch* und *Steinhart*, ebda.) eingegangen.

* Inwiefern die Anfang September 1985 erfolgreich abgeschlossenen Verhandlungen mit den Krankenkassen, die auch für 1984 rückwirkend einen Pflegesatz von DM 125,- erbrachten (ab 1985: 130,- DM), dieses Defizit ausgleichen können, ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht abzusehen.

Abbildung 5: Auslastung der Tagesklinik in den Jahren 1984 und 1985 (bis August)

\bar{x} von Mai – Oktober 1984 (6 Monate): 48,0 %
 \bar{x} von November 1984 bis August 1985: 87,4 %



Es wird durch diese Ausführungen deutlich, daß auch in den ersten Monaten nach dem Umzug die Tagesklinik sich noch in ihrer Konsolidierungsphase befand und hauptsächlich mit der Sicherung ihrer eigenen Existenz beschäftigt war. Fragen der Zusammenarbeit mit dem Tageszentrum gewannen erst gegen Ende 1984 an Bedeutung.

So ist der Erprobungszeitraum zur Beurteilung der Kooperationsmöglichkeiten unter einem Dach mit gut einem halben Jahr recht kurz. Trotzdem wollen wir versuchen, die bisher erkennbaren Tendenzen zu beschreiben.

4.2.3 Zur Organisation der Kooperation zwischen Tageszentrum und Tagesklinik

Von Anfang des Bestehens der Tagesklinik an nahmen deren Mitarbeiter an der großen Mitarbeiterbesprechung der Brücke teil. Diese findet 1 x monatlich abwechselnd in den Räumen der „alten“ Brücke (früher Mengstraße, seit April 1984 Engelsgrube), der therapeutischen Wohngruppen in der Travemünder Allee sowie in der Tagesklinik statt. Außer den Mitarbeitern dieser drei Bereiche (einschließlich der Verwaltungskräfte und der beiden Geschäftsführer) nimmt noch der Leiter der Werkstatt für psychisch Behinderte (Bülowstraße) teil.

Diese Besprechung dient zunächst dem Informationsaustausch der verschiedenen Brücke-Einrichtungen untereinander. Dann können organisatorische, Personal- und Verwaltungsfragen mit den Geschäftsführern geklärt werden. Weiterhin sollen in dieser Runde die klientenbezogene Zusammenarbeit und sonstige Kooperationsmöglichkeiten abgesprochen und gemeinsame Aktivitäten (z. B. Vorbereitung von Festen, Basaren, etc.) geplant werden.

Es wird schon an der Aufzählung deutlich, daß bei der Vielzahl von Aufgaben und vertretenen Mitarbeiter dieser Runde die klientenbezogene Kooperation zwischen Tageszentrum und Tagesklinik nur ein Punkt unter vielen sein kann.

Während für die Mitarbeiter aus der Travemünder Allee und der Bülowstraße diese Besprechung praktisch die einzige Möglichkeit darstellt, die Kooperation zu besprechen und Informationen über die Arbeit der anderen Einrichtungen sowie über Planungen, die die weitere Entwicklung der Brücke betreffen, zu bekommen, haben Tageszentrum und Tagesklinik die Gewißheit, sich jederzeit gegenseitig informieren und austauschen zu können.

Es hat sich gezeigt, daß gerade die informellen Kontakte, z. B. beim gemeinsamen Mittagessen, auf der Treppe und im Zentralbüro wesentlich für das

Entstehen einer guten Zusammenarbeit war. Durch das Zusammensein unter einem Dach war es gewissermaßen „beiläufig“ möglich, die Mitarbeiter der anderen Einrichtung sowie einen Teil ihrer Arbeit kennenzulernen. Alte Vorurteile konnten abgebaut und zunehmend mehr Fragen der klientenbezogenen Zusammenarbeit besprochen werden. Es hat sich gezeigt, daß bis auf wenige Ausnahmen diese informellen Absprachen zur Zusammenarbeit ausreichend sind. Im Berichtszeitraum (bis Juli 1985) wurde lediglich einmal, im Januar 1984, eine offizielle Kooperationsitzung zwischen Tageszentrum und Tagesklinik einberufen, hauptsächlich aufgrund des Anliegens, die Nachsorge von Tagesklinikpatienten zu regeln.

Wie sich in den Ergebnissen der Tätigkeitsdokumentation gezeigt hat (s. Kap. 4.1.4.1), „verbrauchen“ die Kooperationsabsprachen untereinander sehr wenig Zeit. Man kann davon ausgehen, daß bei dem hier praktizierten Modell – Tageszentrum und Tagesklinik unter einem Dach – durch die Möglichkeit des informellen Austausches viel Zeit eingespart wird, die – wären die Einrichtungen nach wie vor räumlich auseinander – ansonsten für formale Treffen zwecks gegenseitigen Kennenlernens, Informationsaustausch und Absprachen von Möglichkeiten der Zusammenarbeit benötigt würden. Ein solches Modell trägt zur Entbürokratisierung der Kooperation bei und erleichtert für die Klienten die Übergänge zwischen den Einrichtungen. Die wichtigsten Aspekte der klientenbezogenen Zusammenarbeit sollen im folgenden dargestellt werden.

4.2.4 Klientenbezogene Zusammenarbeit

Wie bereits erwähnt, wurden Fragen der klientenbezogenen Zusammenarbeit erst gegen Ende 1984/Anfang 1985 relevant. Es wäre für eine befriedigende Beantwortung dieser Fragestellungen ein längerer Erprobungszeitraum wünschenswert gewesen, der auch eine Aufbau- und Konsolidierungsphase der Tagesklinik sowie eine gewisse Eingewöhnungsphase im Speicher berücksichtigt hätte.

4.2.4.1 Nachbetreuung von Tagesklinik-Patienten

Bisher läßt sich erkennen, daß das Zusammensein der Einrichtungen unter einem Dach die Nachsorge für die Tagesklinik-Patienten erheblich erleichtern kann. Es wurde von der Tagesklinik zwar von Anfang an eine Ehemaligen-gruppe angeboten, es war jedoch nie geplant gewesen, eine Art „graue Ambulanz“ in der Tagesklinik für entlassene Patienten einzurichten.

Auf der Kooperationsitzung zwischen Tageszentrum und Tagesklinik im Januar 1985 wurde überlegt, inwiefern diese Nachsorge über Tagesstätte, Club und Beschütztes Wohnen der Brücke laufen könne, wobei hauptsächlich an die soziale Nachsorge gedacht wurde. Die medizinische Betreuung nach der Entlassung sollte wieder von dem behandelnden (Nerven-)Arzt übernommen werden. Die „alte“ Brücke hatte von sich aus ebenfalls ein Interesse an der Übernahme von Tagesklinik-Patienten. Kurzzeitig hatten deren Mitarbeiter den Eindruck, sie würden „nur noch“ „alte“ (d. h. schon bekannte) und wiedererkrankte Besucher betreuen, während die Aufnahme der „Neuen“ überwiegend über die Tagesklinik lief. Einzelne Mitarbeiter befürchteten deshalb, sie könnten von den „Neuen“ ganz abgeschnitten werden.

Als Ergebnis dieser Sitzung wird nun die Ehemaligengruppe der Tagesklinik seit Anfang 1985 gemeinsam von einem Mitarbeiter der Tagesklinik und einer Mitarbeiterin des Tageszentrums geleitet. Ansonsten laufen die Absprachen über nachzubetreuende Tagesklinikpatienten in der Weise, daß die Tagesklinikmitarbeiter den Tageszentrumsmitarbeitern mitteilen, welche Patienten zur Entlassung anstehen und bei wem sie eine Nachsorge/-betreuung durch das Tageszentrum für sinnvoll oder notwendig halten.

Die Patienten ihrerseits können schon während ihres Aufenthaltes in der Tagesklinik den unteren Bereich zwanglos kennenlernen. Durch das gemeinsame Mittagessen sind ihnen die Räumlichkeiten und einige Besucher und Mitarbeiter – zumindest vom Sehen her – bekannt. Außerdem können sie von der Tagesklinik aus am Clubnachmittag oder an Gruppen teilnehmen. Bei einigen Patienten wurde auch eine Übernahme ins Beschützte Wohnen besprochen.

Durch das zwanglose Kennenlernen der „anderen“ Brücke kann bei vielen Patienten das Entstehen einer Hemmschwelle und eine Ablösungskrise von der Tagesklinik vermieden werden.

Die Notwendigkeit einer Nachbetreuung ergibt sich aus der Betrachtung der Patientenzahlen, die nach ihrer Entlassung wieder in ihren alten Beruf gehen können: von 80 insgesamt bis Juli 1985 behandelten Patienten nahmen lediglich 19 = 24% im Anschluß an die Tagesklinikbehandlung ihre Arbeit bzw. eine Umschulung, ein Praktikum oder den Schulbesuch wieder auf. Somit gibt es viele Patienten, die auch nach ihrer Entlassung – evtl. nur für eine begrenzte Zeitspanne – noch strukturierende Hilfen bei ihrer Tagesgestaltung und die Kontakte zu Anderen brauchen. Hier gilt es auch bei nicht wenigen zu verhindern, daß sie nach den voll ausgefüllten Tagen in der Tagesklinik zu Hause, womöglich noch allein lebend in ein „Nichts“ fallen.

1984 wurden von insgesamt 61 in der Tagesklinik behandelten Patienten 4 in die Betreuung des Tageszentrums übernommen (10 war es empfohlen worden). Bis zum Juli 1985 waren es weitere 6 (empfohlen: 9).

Auch für Tagesstätte, Club und Beschütztes Wohnen bringt die Übernahme von „Neuen“ aus der Tagesklinik Vorteile: Früher hatten die Mitarbeiter „neue“ Patienten, die zur Zielgruppe der Brücke gehörten – also Menschen mit chronischen Psychosen – hauptsächlich in den Kliniken kennengelernt. Dort machten sie sich dem Betroffenen bekannt, stellten das Konzept der Brücke vor und luden sie in die Brücke ein. Es wurde die Erfahrung gemacht, daß die Patienten meistens während oder kurz nach ihrem Klinikaufenthalt in die Brücke kommen. Zu einem späteren Zeitpunkt ist möglicherweise die Hemmschwelle dann zu hoch.

Durch die Möglichkeit, von der Tagesklinik aus unverbindlich die Angebote in Tagesstätte, Club und Beschütztem Wohnen kennenzulernen, kann diese Hemmschwelle abgebaut werden, so daß es den Patienten dann leichter fällt, diese verschiedenen Angebote wahrzunehmen.

4.2.4.2 Nutzung der Tagesklinik durch Brücke-Besucher

Nicht wenige der in der Brücke betreuten Besucher geraten von Zeit zu Zeit in psychotische Krisen.

Konnte zwar ein bestimmter Teil dieser Krisen immer auch mit verstärkter Unterstützung ambulant durchstanden werden, war bei vielen Besuchern ab einem gewissen Punkt eine Klinikeinweisung unumgänglich. Alternativen zur vollstationären Behandlung gab es praktisch keine. Seit Bestehen der Tagesklinik war es nun mehrfach möglich, Besucher, deren Krankheitsverlauf sich zuspitzte, mithilfe der teilstationären Behandlung in der Tagesklinik zu halten: 1984 bis Juli 1985 waren bereits 11 Besucher des Tageszentrums in der Tagesklinik behandelt worden. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Tagesklinik lag bei den Brücke-Besuchern deutlich unter der der übrigen Tagesklinik-Patienten, denn sehr häufig entließen sich diese Besucher nach wenigen Tagen selbst wieder. 5 Besucher verbrachten bis zu 10 Tagen in der Tagesklinik, 2 bis zu 20, nur 4 blieben zwischen 45 und 63 Tagen in der Tagesklinik.

Durch das Zusammensein unter einem Dach war es bei diesen Besuchern möglich, sich frühzeitig über eine geeignete Behandlung zu verständigen. Hier hat es sich als besonders hilfreich erwiesen, daß die Mitarbeiter des Tageszentrums den Tagesklinikmitarbeitern schon viele wichtige Vorinformationen über einen Besucher geben konnten.

Tabelle 18: durchschnittliche Verweildauer von Brücke-Besuchern und anderen Patienten in der Tagesklinik.

	durchschnittliche Verweildauer
Brücke-Besucher:	23 Tage
andere Patienten:	34 Tage

Vergleicht man diese Zahlen mit den Angaben von *Bosch* und *Steinhart* (1983), so ist die durchschnittliche Verweildauer der Tagesklinik-Patienten mit 34 Tagen nur halb so hoch wie in 49 anderen bundesdeutschen Tageskliniken ($\bar{x} = 67,3$ Tage), die für Erwachsene zuständig sind.

Die Besucher, die normalerweise in die Betreuung des Tageszentrums eingebunden sind, verließen meist sehr selbständig die Tagesklinik dann wieder, wenn sie den Eindruck hatten, daß sie deren Hilfe nun nicht mehr bräuchten, oder daß die Tagesklinik ihnen „nun nichts mehr bringe“.

Einschränkend ist hier allerdings anzumerken, daß bei einzelnen Besuchern sich deren starkes Eingebundensein in den „unteren“ Bereich auch als hinderlich erwiesen hat. So blieb eine Besucherin laufend dem Programm der Tagesklinik fern, um in der Diele mit ihrem Freund und sonstigen Bekannten zusammensein zu können. Obwohl die Mitarbeiter der Tagesklinik den Eindruck hatten, daß diese Patienten die Behandlung in der Tagesklinik noch gut gebrauchen könnte, mußte sie schließlich entlassen werden.

Zeitweise bereitete auch die Doppelbetreuung einzelner Patienten durch Tageszentrum und Tagesklinik Schwierigkeiten. Es wurde deshalb auf einer Mitarbeitersitzung im Juli 1983 beschlossen, die Patienten, die in der tagesklinischen Behandlung sind, im Tageszentrum nicht noch zusätzlich zu betreuen, sondern sie bei Problemen an die Tagesklinik zu verweisen. Der Zeitpunkt dieser Verabredung (im Juli 83 war die Tagesklinik noch in den Räumen der Med. Universität) zeigt, daß solche Probleme der Doppelbetreuung sich unabhängig von der räumlichen Nähe ergeben können.

Die bisherigen Erfahrungen insgesamt zeigen jedoch, daß durch das Hinzu kommen der neuen teilstationären Einrichtung, der Tagesklinik, Klinikeinweisungen vermieden werden konnten, wobei die Aufenthaltsdauern der Besucher in der Tagesklinik noch deutlich unterdurchschnittlich waren. Es werden hier Kosten gespart, die sonst entstanden wären, wenn die Besucher in die vollstationäre Behandlung hätten eingewiesen werden müssen.

Für die Versorgung im Lübecker Raum bedeutet das Hinzukommen der Tagesklinik einen Schritt bei der Verwirklichung von mehr Gemeindenähe. Da

die Betten der psychiatrischen Klinik der Medizinischen Universität oft alle belegt waren, mußten viele Besucher in psychotischen Krisen in das ca. 30 km entfernte Landeskrankenhaus Neustadt eingewiesen werden. Durch die Möglichkeit der Teilnahme an der teilstationären Behandlung in der Tagesklinik konnte so ein Teil der Besucher auch in der Krise weitgehend in ihren normalen Lebenszusammenhängen in Lübeck bleiben.

4.2.4.3 Gemeinsame Aktivitäten des Tageszentrums und der Tagesklinik

Sowohl für die Besucher des Tageszentrums als auch für die Patienten der Tagesklinik ergibt sich durch das Zusammensein der Einrichtungen unter einem Dach die Möglichkeit, neue Menschen kennenzulernen und so ihren Bekannten- und Freundeskreis zu erweitern. Dieses gegenseitige Kennenlernen ergibt sich zum Teil zwanglos, meist in der Diele, beim Mittagessen, beim gemeinsamen Geschirrspülen oder beim Clubnachmittag.

Darüber hinaus werden in unregelmäßigen Abständen gemeinsame Aktivitäten organisiert, Ausflüge, Sommerfest, etc., an denen dann die Besucher und Patienten beider Bereiche teilnehmen können. Im Sommer 1985 wurde z. B. von Patienten der Tagesklinik ein Discoabend organisiert, zu dem sie auch die Besucher des Tageszentrums einluden.

Erweitert wird durch das Zusammensein auch das Angebot für die Patienten beider Einrichtungen: so können z. B. interessierte Besucher an der Musiktherapie und der Theatergruppe teilnehmen, die von Mitarbeitern der Tagesklinik angeboten wird. Eine Schwimmgruppe im Bereich des Tageszentrums, die von einer Laienhelferin organisiert wird, soll auch für die Tagesklinikpatienten offenstehen.

Es hat sich bisher jedoch gezeigt, daß diese wechselseitige Teilnahme an den Angeboten der „anderen“ Einrichtungen von den Besuchern und Patienten recht wenig genutzt wird.

4.2.5 Einrichtungsübergreifender Einsatz von Mitarbeitern

Möglich ist eine gegenseitige Vertretung: alle 2 Wochen während der Teamsupervision des Tagesklinik-Teams leitet ein Zivildienstleistender des Tageszentrums die Sportgruppe der Tagesklinik. Auch bei Personalknappheit z. B. aufgrund von kurzfristiger Krankheit oder Urlaub ist es vereinzelt vorgekommen, daß Mitarbeiter des Tageszentrums (meist ebenfalls Zivildienstleistende) einzelne Aktivitäten der Tagesklinik verstärkten. Schwieriger ist die umgekehrte Vertretung, zumindest, wenn sie sehr kurzfristig erfolgen soll. Die

Arbeit und das Programm in der Tagesklinik sind weitaus stärker strukturiert als im Tagesstätten- und Clubbereich. Für die verschiedenen Programmpunkte sind die Mitarbeiter fest eingeplant und aus diesem Grund nicht „eben mal“ kurzfristig anderweitig einzusetzen.

Insgesamt hat sich gezeigt, daß die Möglichkeiten eines einrichtungsübergreifenden Einsatzes von Mitarbeitern äußerst beschränkt sind. Bei länger dauerndem Ausfall von Mitarbeitern beider Bereiche war bisher immer die Einstellung von Ersatzkräften notwendig. Als Beispiel sei die Arbeit der Beschäftigungstherapeutin angeführt. Sie arbeitete jeweils 20 Stunden in Tagesklinik und Tagesstätte. Dieses Modell des Job-Splittings scheiterte jedoch. Die Mitarbeiterin war durch den ständigen Wechsel in Mitarbeiter-team, Klientel und Örtlichkeiten und die sehr unterschiedlichen Arbeitsweisen und -möglichkeiten (so fanden sich in der Tagesstätte nur sehr wenig Besucher, die überhaupt Interesse an beschäftigungstherapeutischen Angeboten zeigten und kontinuierlich an den Gruppen teilnahmen) überfordert und verblieb nach einigen gescheiterten Alternativversuchen (Schwerpunkt Tagesklinik, nur noch gezielte Gruppenangebote in der Tagesstätte, oder 4 Tage Tagesklinik und 1 Tag Tagesstätte) schließlich ganz im Tagesklinik-Team.

Es haben sich zwei eigenständige Teams entwickelt, das Tagesklinik- und das Tageszentrums-Team, die bis auf die Mitarbeiterbesprechung und informelle Kontakte keine formalen Berührungspunkte miteinander haben. Auch Überlegungen von Seiten der Tageszentrums-Mitarbeiter, für einen begrenzten Zeitraum 1 oder 2 „alte“ Mitarbeiter in die Tagesklinik rotieren zu lassen und umgekehrt, um etwas von dem Brücke-„Geist“ in die Tagesklinik zu importieren, wurden nie in die Tat umgesetzt.

Besonders deutlich in der Vorlaufphase bestätigte sich jedoch auch nach dem Umzug in die Engelsgrube, daß die Tagesklinik eine eigenständige Einrichtung innerhalb der Brücke darstellt. Aus diesem Grund ist ein einrichtungsübergreifender Einsatz von Mitarbeitern – zumindest der therapeutischen – in großem Maße nicht zu praktizieren. Das Bezugstherapeutensystem, das in beiden Einrichtungen verwirklicht wird, bezieht sich immer nur auf die „eigenen“ Klienten. Die Zuständigkeit der Einrichtung und auch der Bezugstherapeuten endet immer dann, wenn ein Klient in der anderen Einrichtung betreut wird.

Anders sieht es für Verwaltungs- und Wirtschaftspersonal aus. Die seit Einzug in den Speicher angestellte Hauswirtschafterin ist sowohl für die Tagesklinik als auch für die „unteren“ Bereiche der Brücke zuständig. Das Gleiche gilt für den Verwaltungsgeschäftsführer und die Verwaltungskräfte (siehe Kap. 4.2.6).

Auch die Öffentlichkeitsarbeit und die Darstellung der Einrichtungen nach außen wird häufig gemeinsam wahrgenommen. So machen z. B. die Mitarbeiter des Tageszentrums bei ihren 2-wöchentlichen Besuchen im LKH Neustadt auch „Werbung“ für die Tagesklinik.

Manche Patienten wurden aus Neustadt bevorzugt dann in die Tagesklinik entlassen, wenn die behandelnden Ärzte wußten, daß diese zusätzlich eine flankierende Betreuung im Beschützten Wohnen erhalten würden.

4.2.6 Gemeinsame Nutzung von Räumlichkeiten und sachlichen Ressourcen

Obwohl in dem Bereich der gemeinsamen Nutzung von Räumlichkeiten und sachlichen Ressourcen einer der offensichtlichsten Vorteile des Modells „alles unter einem Dach“ zu liegen scheint, stellt es sich als gar nicht so einfach dar, einzelne Aspekte herauszufiltern:

Gemeinsam nehmen Tagesklinikpatienten und -mitarbeiter sowie Besucher und Tageszentrums-Mitarbeiter das Mittagessen in der großen Diele im unteren Bereich der Brücke ein. Auch die große Zentralküche und das Zentralbüro ist für beide Einrichtungen gedacht. Ein Raum für die Beschäftigungstherapie, der Hinterhof mit Bänken und Tischtennisplatte werden gemeinsam genutzt. Dies gilt auch für den VW-Bus, den Fotokopierer und die Wachmaschine.

In Einzelfällen konnte die Tagesklinik bei Raumnot auf Räume des Tageszentrums ausweichen. Insgesamt wird geschätzt, daß in der Tagesklinik durch das Zusammensein mit den anderen Einrichtungen ungefähr ein Raum eingespart wird, da sie so keine eigenen Räumlichkeiten für den Eingangs- und Essensbereich oder einen Außenbereich für sportliche Betätigung benötigt.

Trotzdem sind nach wie vor in der Tagesklinik die Räumlichkeiten zu eng: es fehlt z. B. ein eigener Ruheraum; bisher sind die Liegen der Tagesklinikpatienten eher provisorisch in einem etwas größeren Gang aufgestellt.

Als ein herausragendes Motiv für die Zusammenführung ist auf jeden Fall der restaurierte Speicher in der Engelsgrube zu nennen. Dieser wäre für jede der Einzeleinrichtungen zu groß gewesen, und zwar sowohl von den räumlichen als auch den finanziellen Möglichkeiten her gesehen. Durch die Bindung der verschiedenen Angebote zu einem sozialpsychiatrischen Tageszentrum war es möglich, dieses Objekt in Angriff zu nehmen und so die daran geknüpften unterschiedlichen Förderungsgelder (z. B. die Altstadtspende des Jahres 1981) in Anspruch zu nehmen.

Alle Bereiche der Brücke, die Nutzer wie die Mitarbeiter in der Engelsgrube können von einer insgesamt höheren Einrichtungsqualität profitieren, die für jede Einrichtung einzeln nicht zu verwirklichen gewesen wäre.

4.2.7 Kosteneinsparung durch Zusammenführung unter einem Dach?

Die Erprobungsfrage e des BMJFG (s. Kap. 1) zielt darauf ab, inwiefern durch die Zentrierung der Einrichtungen unter einem Dach Kosteneinsparungen zu erwarten sind. Es wird somit die Frage einer ökonomischen Evaluation des Projektes „Sozialpsychiatrisches Zentrum“ aufgeworfen. Eine solche geschieht üblicherweise auf dem Weg entweder einer Kosten-Nutzen-Analyse (cost-benefit-analysis), oder einer Kosten-Effektivitäts-Analyse (cost-effectiveness-analysis).

4.2.7.1 Exkurs: Über die Problematik von Kostenanalysen im psychosozialen Bereich

Während bei einer Kosten-Nutzen-Analyse die Effekte eines Programms – der sogenannte Input und Output – in monetären Einheiten ausgedrückt und miteinander verglichen werden, wird bei einer Kosten-Effektivitäts-Analyse versucht, die relativen Kosten verschiedener Ansätze zur Erreichung derselben Leistung, desselben „Outcome“, zu bestimmen. Diese Kosten können, müssen aber nicht in monetären Einheiten ausgedrückt werden. Eine dritte, weniger relevante Methode, ist die sogenannte Kosten-Nützlichkeits-Analyse, bei der ein Entscheidungsträger die Ergebnisse verschiedener Strategien nach subjektiven Kriterien beurteilt.

Kosten-Nutzen- und Kosten-Effektivitäts-Analysen wurden in erster Linie für den militärischen Bereich entwickelt. Als Techniken zur Evaluation von Maßnahmen im Sektor „psychosoziale/psychiatrische Versorgung“ sind sie nach wie vor unterentwickelt und werden selten angewendet; ihre Verwendung in diesem Bereich gestaltet sich meist als sehr schwierig (siehe z. B. *Biefang*, 1980).

Zu den Kosten-Nutzen-Analysen:

Die Hauptschwierigkeit liegt darin, daß eine stringent durchgeführte Kosten-Nutzen-Analyse die Operationalisierung sowohl der Kosten als auch des Nutzens in monetären Einheiten voraussetzt. Es ist jedoch unwahrscheinlich, daß alle Kostenpunkte eines Programms in monetären Einheiten quantifiziert werden können. Wie sollten z. B. Veränderungen in Einstellungen, Testwerten oder eine verbesserte seelische Gesundheit in einen monetären Nutzen

übersetzt werden? Weiterhin ist es äußerst selten, daß ein Programm lediglich eins oder nur singuläre Ziele (= Nutzen) hat (s. Walker, 1984). Probleme gibt es, will man auch die Zeitstruktur der Effekte berücksichtigen, bei der Identifizierung von Langzeit-Nutzen und -Kosten. So kann ein Programm zwar auf kurze Sicht gesehen sehr teuer sein; auf lange Sicht hingegen kann der Nutzen die Kosten – z. B. aufgrund eines hohen Präventionseffektes – übersteigen (s. Hogarty et al., 1975).

Zu Kosten-Effektivitäts-Analysen:

Hier stellt sich zusätzlich das Problem nur unzureichender Kriterien. Wann ist ein Programm effektiv, wie kann man z. B. Verbesserung der psychischen Gesundheit messen? Gerade Programme aus dem psychosozialen Bereich sind meist charakterisiert durch sehr breite Ziele, die reflektiert werden können in einer großen Zahl von meßbaren und nicht meßbaren Ergebnissen (s. Levin, 1975). Konzentriert man sich nur auf ein einzelnes Kriterium (z. B. Vermeidung von stationären Aufenthalten), werden andere Effekte des Programms ignoriert. Versucht man dagegen mehr als einen „Output“ zu berücksichtigen, ist man mit dem Problem konfrontiert, wie man diese in den Kosten-Effektivitäts-Rahmen integriert.

Cooper et al. (1985) weisen darauf hin, daß „nur klinisch-medizinische“ (z. B. „Indizes der klinischen oder sozialen Besserung“) und „epidemiologische Indikatoren“ (z. B. Morbiditäts- oder Mortalitätsraten) „direkte Maßstäbe für die Effektivität sind, da sie die einzigen sind, die sich unmittelbar auf Gesundheit und Morbidität beziehen.“ Andere Indikatoren wie z. B. „Maße für die Aktivität“ oder „Akzeptanz des Dienstes“ „können mit Effektivität zusammenhängen, tun es aber nicht notwendigerweise.“ Außerdem machen sie darauf aufmerksam, daß die Effektivität eines psychiatrischen Versorgungssystems von einer Reihe unterschiedlicher Standpunkte aus betrachtet werden kann. Unterschiedliche Schwerpunkte ergeben sich danach z. B. aus der Sicht eines Klinikers, eines Politikers oder der Verwaltung.

Ethische Fragen spielen bei der Bestimmung der Ziele eines Programms und somit der Effektivität eine große Rolle. Reicht es z. B. aus, psychisch kranke Menschen davor zu bewahren, wieder in eine psychiatrische Klinik eingewiesen zu werden sowie eine medikamentöse Behandlung sicherzustellen? Oder wird es darüber hinaus als notwendig angesehen, auch eine soziale Rehabilitation zu gewährleisten? Welcher Wert wird den verschiedenen anzustrebenden Zielen beigemessen? Nach Levin (1975) gibt es die Möglichkeit der subjektiven Gewichtung verschiedener Alternativen bei der Durchführung von Kosten-Effektivitäts-Analysen, gerade dann, wenn sich die Effektivität nicht in monetären Einheiten ausdrücken läßt, aber: „this approach forces to make an explicit *ethical decision* about the values of the outcomes and enables him

(den Entscheidungsträger) to see the cost-effectiveness implications of his value choices.“

Die – subjektive oder politische – Festlegung der anzustrebenden Ziele bestimmt also maßgeblich, welche Programme/Maßnahmen/Einrichtungen im Bereich der psychosozialen Versorgung etabliert werden. Die dabei zu treffenden Entscheidungen sind – wie es z. Zt. bei der angespannten Lage der Sozialhaushalte zu spüren ist – nicht unabhängig von den insgesamt zur Verfügung stehenden Ressourcen und den bereits etablierten Programmen/Maßnahmen/Einrichtungen. Das im gesamten Gesundheitsbereich geltende Postulat der mittel- bis langfristigen Kostenneutralität fordert bei der Ausweitung psychiatrischer Leistungen entweder einen Ausgleich durch Leistungsabbau an anderer Stelle im gleichen Bereich (z. B. durch Bettenabbau in psychiatrischen Krankenhäusern) oder durch sonstige Einschränkungen in anderen Bereichen des Gesundheitssystems.

Die Ausführungen lassen erkennen, wie schwierig die Anwendung von Kosten-Analysen in der psychosozialen Versorgung ist. Für die Projekte, die durch das BMJFG im Rahmen des Modellverbundes „Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung“ gefördert werden, um neue Organisationsformen und Arbeitsweisen zu erproben, scheint noch ein weiterer Gesichtspunkt wichtig:

Von diesen neuen ambulanten, komplementären und teilstationären Einrichtungen werden im Vergleich zur herkömmlichen Psychiatrie qualitative Verbesserungen bei der Versorgung psychisch kranker Menschen erwartet. Es kann nicht Ziel dieser Einrichtungen sein, auch noch „billiger“ als die „traditionellen“ sein zu wollen.

4.2.7.2 Kosteneinsparungsüberlegungen beim Modellprojekt „Die Brücke“

Es soll im folgenden versucht werden, im Rahmen einer Kosten-Effektivitäts-Analyse der Frage nachzugehen, ob sich durch die Zentrierung der Einrichtungen unter einem Dach Kosteneinsparungen ergeben. Da wir zu dem in Lübeck praktizierten Modell kein Kontrollprojekt erproben können und uns auch keine echt vergleichbaren Einzeleinrichtungen bekannt sind, können wir nur auf ein Denkmodell zurückgreifen. Um das Rechenexempel zu erleichtern, setzen wir im folgenden die Effektivität der beiden Alternativen

- a) die Einrichtungen Tagesstätte, Club, Beschütztes Wohnen und Tagesklinik arbeiten unabhängig voneinander an verschiedenen Örtlichkeiten, und
- b) die Einrichtungen sind alle unter einem Dach untergebracht,

gleich und versuchen, die Kosteneinsparungen durch die Realisierung der 2. Möglichkeit zu identifizieren. Es sollen also nicht die Gesamtkosten der Alternativen berechnet werden, sondern wir beschränken uns auf mögliche Einsparungen und konzentrieren uns dabei auf folgende Bereiche:

1. gemeinsames Personal
2. gemeinsame Nutzung von sachlichen Ressourcen und Räumlichkeiten.

Wir gehen davon aus, daß einige Kosten, die in der gemeinsamen Einrichtung einfach entfallen, vervielfacht dann auftreten würden, wenn die Einrichtungen getrennt untergebracht wären (Mindestbedarf an Personal, Raum und Ausstattung, um die Bedingungen für ein reibungsloses Arbeiten erst zu ermöglichen). Daß alle Einrichtungen völlig autonom und räumlich getrennt arbeiten würden, wäre sicher eine unrealistische Annahme. Wie in vielen anderen Städten hatten sich auch in Lübeck aus einem Angebote – dem Club – die anderen Einrichtungen – entsprechend dem Bedarf – entwickelt. Tagesstätte, Club und Beschütztes Wohnen waren ja auch schon in der Mengstraße unter einem Dach untergebracht bzw. wurden von dort aus organisiert. Von daher gehen wir v. a. von der Überlegung aus, was es kosten würde, wenn die Tagesklinik autonom arbeiten würde.

Gemeinsames Personal

Wenn eine Tagesklinik autonom arbeiten würde, bräuchte sie auf jeden Fall einen Verwaltungsleiter mit ungefähr 20 Wochenstunden. Seine Aufgaben wären u. a. Aufbau und Planung der Einrichtung, Verhandlung mit Kostenträgern über Pflegesätze. In der Brücke hat der Verwaltungsleiter diese Aufgaben mit übernommen, d. h. er bekam zu seinen ursprünglichen Verwaltungsaufgaben in der Brücke (Therapeutisches Wohnen, Beschütztes Wohnen, Modellverbund) noch neue Arbeitsbereiche hinzu, ohne daß seine Stelle aufgestockt worden wäre, nämlich die Bereiche Tagesklinik, Tagesstätte und Club. Bei den letzten beiden handelt es sich vor allem um die Verhandlungen bezüglich der Anschlußfinanzierung mit den verschiedenen potentiellen Kostenträgern.

Hier wird jetzt zwar Geld gespart, diese Einsparung kommt jedoch aufgrund – an sich wenig zumutbarer – persönlicher Überanspruchung und unbezahlter Mehrarbeit (und damit auch indirekter Kosten) zustande. Es wäre von daher zu überlegen, wie es möglich wäre, diese Stelle aufzustocken, als die bestehende Situation als „Einsparungsmöglichkeit“ anzupreisen (s. Tab. 19).

Tabelle 19: Kostenaufstellung bei einer Trennung bzw. Zusammenlegung von Tagesklinik und Tageszentrum

	Ist	Wenn Tagesklinik getrennt wäre	Geschätzte Kosteneinsparung pro Jahr in DM
Verwaltungsleiter	0,5 BAT III 33 000,-	1 BAT III 66 000,-	max. 33 000,-
Hauswirtschafterin	0,5 BAT VII 22 000,-	1 BAT VII 44 000,-	max. 22 000,-

Im Tagesstätten- und Clubbereich wurde zwar bis zum Umzug in die Engelsgrube das Essen in der Regel unter Anleitung einer ehemaligen Besucherin von Besuchern hergestellt. Es hatten sich aber mit steigender Esserzahl zunehmend Schwierigkeiten u. a. bei der Organisation und der Wahrung gesundheitlicher Vorschriften gezeigt, weshalb von einigen Mitarbeitern die Einstellung einer hauptamtlichen Wirtschafterin als unabdingbar angesehen worden war. Da das Mittagessen von Patienten der Tagesklinik und Besuchern gemeinsam eingenommen werden sollten, war es überdies notwendig geworden, geregelte Essenszeiten einzuführen, da die Tagesklinik an einen festen Tagesablauf gebunden ist. Die Besucherin, die in der Mengstraße das Essen organisiert hatte, wäre auf jeden Fall mit der Essenszubereitung für so viele Menschen überfordert gewesen (täglich 40 bis 50 Essen). Es ist im nachhinein nicht zu beurteilen, wie lange das „Essen in Selbsthilfe“ in der Form, wie es in der Brücke Mengstraße organisiert war, hätte weiterlaufen können.

Auf jeden Fall gilt für die Wirtschafterin das gleiche wie für den Verwaltungsleiter: Sie ist nur durch die Leistung von unbezahlten Überstunden in der Lage, den zahlreichen Aufgaben wie Einkaufen, Zubereiten, Essen kochen und der Anleitung von Besuchern, die ihr dabei „helfen“ sollen, nachzukommen. Auch eine solche mit hohen persönlichen Kosten verbundene Lösung kann nur mit Einschränkung als Einsparungsmöglichkeit empfohlen werden (s. Tab. 19).

Als weiteres gemeinsames Personal wären die Verwaltungskräfte zu nennen. Hier ist zwar nicht davon auszugehen, daß Personal eingespart werden kann, jedoch können die Arbeitsbereiche unter den Verwaltungskräften aufgrund des zusammengefaßten Arbeitsaufwandes effektiver verteilt und so auch eine gewissen Spezialisierung erreicht werden.

Gemeinsame Nutzung von Räumlichkeiten und sachlichen Ressourcen

Für die Nutzung gemeinsamer Räumlichkeiten und Einrichtungen werden vier Aspekte betrachtet: der Beschäftigungstherapieaum und die in diesem Rahmen anfallenden Materialien, die Nutzung sonstiger Räume wie Diele, Eßraum, Eingangsbereich, Büro- und Verwaltungsräume, der VW-Bus und der Fotokopierer. Die entstehenden Kosten sind in Tab. 20 aufgeführt.

Tabelle 20: Kostenaufstellung verschiedener Modelle des Zusammengehens von Tageszentrum und Tagesklinik

	Ist	Wenn Tagesklinik getrennt wäre	Geschätzte Kosteneinsparung pro Jahr in DM
a) Beschäftigungs- therapieraum	10 000	20 000	10 000
Kosten für Material, Abschreibung, Energie, Reinigung, etc.			
b) gemeinschaftlich genutzte sonst. Räume			ca. 10 000 – 20 000
c) gemeinsam genutzter VW-Bus	12 000	20 000	max. 8 000
d) gemeinsam genutzter Fotokopierer	2 400	3 400	max. 1 000

Da in dem Tageszentrum zunehmend beschäftigungstherapeutische Aspekte an Wichtigkeit gewinnen, wäre die Einrichtung einer eigenen Beschäftigungstherapie notwendig geworden. Hier handelt es sich also um eine echte jährliche Einsparung.

Durch die gemeinschaftlich genutzten sonstigen Räume ergeben sich echte Einsparungsmöglichkeiten, da bei getrennter Führung der Einrichtungen

jeweils eigene Räumlichkeiten dafür notwendig gewesen wären. Der Einsparungseffekt ist jedoch nicht genau zu berechnen und wurde deshalb über eine Pauschalsumme geschätzt.

4.2.7.3 Nicht quantifizierbare Einsparungen

Wie bereits bei der Darstellung der klientenbezogenen Zusammenarbeit vereinzelt angedeutet, ergeben sich durch die Möglichkeiten der Zusammenarbeit unter einem Dach und der optimalen Nutzung der Einrichtungen Einsparungsmöglichkeiten, wobei es sich als schwierig herausgestellt hat, das Ausmaß dieser Einsparungsmöglichkeiten zu schätzen. Es seien hier nur noch einmal die wichtigsten Punkte genannt:

- a) Durch das Zusammensein unter einem Dach ergibt sich für die Mitarbeiter aller Einrichtungen die Möglichkeit kurzfristiger und informeller Kooperationsabsprachen. Es konnte gezeigt werden, daß für die Kooperationsabsprachen nur sehr wenig der „teuren“ Arbeitszeit der hauptamtlichen Mitarbeiter benötigt wird.
- b) Durch die Nachsorge von Tagesklinikpatienten in Tagesstätten- und Clubbereich kann deren schrittweise Wiedereingliederung in ihre alten Bezüge erleichtert werden. Es ist davon auszugehen, daß bei einer solchen erfolgreichen Reintegration Rückfälle, die z. B. einen erneuten Klinikaufenthalt erforderlich gemacht hätten, vermieden werden können.
- c) Besonders eindrucksvoll scheint die Möglichkeit zu sein, in Krisen geratene Besucher aus dem Tagesstätten- und Clubbereich für eine kürzere Zeit in die Tagesklinik aufzunehmen. So konnte schon in einigen Fällen ein stationärer Klinikaufenthalt vermieden werden. Damit werden Kosten, die ansonsten den Krankenkassen entstanden wären, eingespart.

4.2.7.4 Mehrkosten im Speicher?

Bei der Suche nach möglichen Einsparungsmöglichkeiten im Speicher in der Engelsgrube stießen wir auf verschiedene Aspekte, wo wir ursprünglich angenommen hatten, daß Kosten eingespart würden. Bei genauerer Kalkulation kamen wir jedoch oft zu dem Schluß, daß keine Kosten eingespart werden und daß in einigen Fällen die Lösungen im Speicher möglicherweise sogar teurer sind als wenn die Einrichtungen getrennt wären.

Ein solches Beispiel war – wie bereits beschrieben – die Organisation des Essens im Speicher. Wären die Einrichtungen weiterhin getrennt geblieben, wäre auch die Einstellung einer hauptamtlichen Wirtschafterin unter Umständen nicht nötig gewesen. Möglicherweise sind Selbsthilfepotentiale der

Benutzer eher zu aktivieren, wenn eine Einrichtung kleiner und überschaubarer ist. Je größer und anonymere die Einrichtung wird, desto mehr verlieren die Benutzer zwangsläufig den Überblick, fühlen sich vielleicht weniger für die Einrichtung verantwortlich. Eine Vermutung, die durch die Ergebnisse unserer Besucher-Befragung gestützt wird.

Ein weiterer Bereich, der durch die Vergrößerung der Einrichtung möglicherweise neu organisiert werden muß, ist die Hausmeistertätigkeit. Bisher gibt es keinen angestellten Hausmeister im Speicher. Es fällt jedoch auf, daß zunehmend Aufgaben, die in diesen Bereich fallen, liegenbleiben bzw. letztendlich von Hauptamtlichen des Tagesstätten- und Clubbereiches übernommen werden müssen. Hier ist aufgrund der fehlenden Finanzierbarkeit bisher niemand eingestellt worden. Jedoch wäre eine solche Einstellung mit Sicherheit sinnvoll. Das gleiche gilt für den Bereich der Reinigung des Hauses. Wie in der Tätigkeitsanalyse der haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter dargestellt (s. Kap. 4.1.4.2), wird bisher ein Teil der Zeit der Hauptamtlichen für solche Tätigkeiten „verbraucht“.

Ein drittes Beispiel bezieht sich auf die Nutzung von sachlichen Ressourcen. So wurde z. B. für den Speicher eine Telefonanlage angeschafft. Versucht man jedoch für eine solche Telefonanlage die Kosten zu kalkulieren, und diese mit den Kosten für drei oder vier Einzelanschlüsse, mit denen die Einrichtungen als getrennte Einrichtungen zurechtkommen könnten, zu vergleichen, fällt auf, daß die Kosten für die zentrale Telefonanlage bedeutend höher liegen. Bedenkt man außerdem noch die Arbeitszeit, die für die Handhabung dieser Telefonanlage gebraucht wird, erscheint auch diese neue Anschaffung eher im Licht der Verteuerung „denn der Einsparung“.

Diese drei Beispiele sollen hier genügen, um aufzuzeigen, daß das Zusammenfassen vieler Einrichtungen zu einer großen Einheit nicht nur Einsparungsmöglichkeiten mit sich bringt. Je größer eine Einrichtung wird, desto mehr Zeit und Energie braucht sie zu ihrer eigenen Organisation. Es entstehen neue Kosten, die mit dem qualitativen und quantitativen Wachstum der Einrichtung assoziiert sind.

4.2.8 Zusammenfassung

Da wir zum Schluß den Versuch unternommen hatten, Kosteneinsparungsmöglichkeiten durch das Modell „alles unter einem Dach“ aufzuzeigen, wollen wir mit den Kosten beginnen: Aus Kostengesichtspunkten allein ließe sich eine solche Zusammenführung unter einem Dach sicher nicht befürworten. Wie unsere Ausführungen gezeigt haben, gibt es zwar an verschiedenen

Stellen Möglichkeiten, Kosten einzusparen. Rechnet man die in unserem Denkmodell aufgeführten Kosteneinsparungen zusammen, kommt man auf eine Summe von ca. DM 84 000,- Einsparung jährlich. Dies entspricht immerhin ungefähr der Bezahlung eines Arztes, Diplom-Psychologen oder von 1,5 Sozialarbeitern. Nicht berücksichtigt sind dabei allerdings indirekte Kosten, die durch Überforderung und unbezahlte Mehrarbeit von Mitarbeitern zustande kommen. Deren Höhe zu beziffern ist jedoch fast unmöglich. Auch ist nicht auszuschließen, daß durch die Vergrößerung der Einrichtung auch Mehrkosten entstehen.

Neben den im Exkurs genannten Schwierigkeiten, Kosten-Analysen im psychosozialen Bereich durchzuführen, stellten sich für uns bei der Überlegung, welche Kosten möglicherweise eingespart werden können, weitere Probleme.

Das Hauptproblem ist das, daß wir nicht von sogenannten Fixkosten für die verschiedenen Einrichtungen ausgehen können. So gibt es nicht eine Standard„ausrüstung“ für eine Tagesklinik, eine Tagesstätte etc., sondern es handelt sich hier um sogenannte variable Kosten, die je nach den regionalen Gegebenheiten gestaltet werden können. So ist es z. B. unwahrscheinlich, daß für eine unabhängig existierende Tagesklinik überhaupt ein Gebäude gekauft worden wäre. Auch bezüglich der personellen und räumlichen Ressourcen gibt es einen gewissen Planungsspielraum. Folglich sind die Kosten, je nach dem, wie man sich Alternativrechnungen vorstellen würde, bei der jetzt praktizierten Form entweder höher oder niedriger angesiedelt.

Den Versuch, die Kostenersparnis, die sich durch Vermeidung und Verkürzung von stationären Aufenthalten ergibt, zu quantifizieren, haben wir nicht unternommen (die Schwierigkeiten solcher Quantifizierungsversuche beschreiben v. *Hagen* et al., 1983).

Für die Zusammenführung unter einem Dach sprechen auf jeden Fall die verbesserten Möglichkeiten der klientenbezogenen Zusammenarbeit. Wie in Kap. 4.2.4 dargestellt, trägt das Zusammensein unter einem Dach zur Verbesserung der Versorgung der psychisch kranken Menschen bei, und zwar sowohl für die Besucher des Tageszentrums als auch für die Patienten der Tagesklinik. Für beide Klientengruppen erweitert sich der Personenkreis, aus dem heraus sie Kontakte und Freundschaften schließen können. Für Besucher von Tagesstätte und Club stellt die Tagesklinik in Krisen eine Anlaufstelle dar, für Patienten der Tagesklinik erschließt sich über Tagesstätte, Club und Beschütztes Wohnen die Möglichkeit, langsam wieder in ihr Alltagsleben eingegliedert zu werden. Auch für die Mitarbeiter der verschiedenen Einrichtungen ist das Modell vorteilhaft, so können sie die Arbeit der anderen

Einrichtungen zwanglos kennenlernen, es können Kooperationsabsprachen informell und kurzfristig getroffen werden.*

Eine gewisse Gefahr eines solchen Modells würde sicherlich darin bestehen, daß die Klienten nahtlos von einer Einrichtung in die andere rutschen würden, ohne daß nach dem Durchlaufen einer Einrichtung für sie die Möglichkeit bestehen würde, auch wieder selbst zu versuchen, „auf eigenen Füßen zu stehen“. Unsere Ausführungen haben gezeigt, daß dies jedoch nicht der Fall ist. So nimmt nur ein verhältnismäßig kleiner Teil der Tagesklinikpatienten das Nachsorgeangebot des Tageszentrums in Anspruch, und auch die Besucher des Tageszentrums gehen nicht automatisch bei jeder Krise in die Tagesklinik.

Ein weiterer Gesichtspunkt sei noch erwähnt. In der Erprobungsfrage des Bundes wird auch gefragt, wo die Eigenständigkeit der Einrichtungen durch das Zusammensein unter einem Dach gefährdet wird. Für die Besucher des Tagesstätten- und Clubbereiches hat sich eine gewisse Einschränkung dadurch ergeben, daß sie die unteren Bereiche des Speichers nutzen, vor allem also die große Diele. Diese Diele dient jedoch gleichzeitig als Eingang- und Durchgangsbereich für alle Mitarbeiter und auch die Patienten der Tagesklinik, das heißt, die Besucher haben keinen eigenen für sich abgeschlossenen Raum mehr. Man könnte vielleicht sagen, daß ihre Intimsphäre ein wenig verletzt ist. Wie auch in der Befragung der Besucher deutlich wurde, fühlen sich manche Besucher in der Diele wie auf dem Präsentierteller. Sie beschrieben die Diele als eine Art Wartesaal. Natürlich hat dieser offene Charakter auch seine Vorteile. So sind z. B. Kontakte recht schnell zu knüpfen, und die Übersichtlichkeit der Diele wird dem Wunsch vieler Besucher gerecht, das Kommen und Gehen beobachten und an allem Geschehen teilhaben zu können.

Eine weitere Veränderung hat sich in den Clubnachmittagen ergeben. Auch hier ist die familiäre Atmosphäre des Clubs, so wie sie noch in der Mengstraße möglich war, verändert. Es sind inzwischen nicht nur mehr Besucher da, sondern auch die Patienten der Tagesklinik nehmen zum Teil an den Clubnachmittagen teil. Auch hier ist für die Besucher ein Stück ihres ursprünglichen eigenen Bereiches öffentlicher geworden.

Bedenkt man noch das Ergebnis der Tätigkeitsdokumentation, in der deutlich wurde, daß die Mitarbeiter des „unteren Bereiches“, also von Tagesstätte,

* Gegen Ende des Jahres 1985 hat sich nach einigen Schwierigkeiten und Mißverständnissen jedoch gezeigt, daß doch häufigere formelle Kooperationstreffen zwischen Tageszentrum und Tagesklinik notwendig sind. Leider konnten wir diese jüngste Entwicklung nicht mehr in diesem Bericht berücksichtigen.

Club und Beschütztes Wohnen, vermehrt für die Belange der ganzen Einrichtung sich zuständig fühlen, also für organisatorische, bürokratische und Verwaltungsaufgaben, ist auch in diesem Punkt zu vermuten, daß durch das Zusammensein unter einem Dach und die damit verbundene größere Organisation ein Teil der Zeit der Mitarbeiter den Besuchern des Tageszentrums verlorengegangen ist (s. Kap. 4.1.4).

Zum Schluß wollen wir noch eine weitere Überlegung erwähnen, die für das Zusammensein unter einem Dach spricht. Durch die Konzentration verschiedener Einrichtungen, die gemeinsam organisiert und verwaltet werden, entsteht bei den hauptamtlichen Mitarbeitern, vor allem aber den leitenden Geschäftsführern im Lauf der Zeit ein größeres Wissen, wie eine solche Einrichtung zu betreiben ist. Der Verwaltungsgeschäftsführer der Brücke kann sich um rechtliche Möglichkeiten und Finanzierungsbedingungen kümmern, wozu ein einzelner Sozialarbeiter oder Arzt einer kleinen Einrichtung nicht die Zeit und auch nicht die fachliche Kompetenz hätte. Eine Einrichtung, die nicht alle bestehenden gesetzlichen Möglichkeiten ausschöpfen kann, die zu ihrer Finanzierung möglich sind, muß zwangsläufig größere Schwierigkeiten haben, die Arbeit auf eine solide Grundlage zu stellen. In der Brücke zeigen sich teilweise solche Unterschiede in der Planung und Verwaltung zwischen den Bereichen, die der GmbH zugeordnet sind (therapeutisches und Beschütztes Wohnen, Tagesklinik) und dem Bereich, der dem Verein zugeordnet ist (Club). So ist bisher für den Clubbereich keine ausreichende Finanzierungsform gefunden worden. Der Vorstand, der für die Arbeit im Club zuständig ist, hat allerdings wenig Zeit (die Vorstandsmitglieder arbeiten ehrenamtlich neben ihrer eigentlichen Berufstätigkeit), sich ausgiebig in irgendwelche Finanzierungsverhandlungen einzulassen.

Eine gemeinsame Verwaltung verschiedener Teilbereiche einer Einrichtung wäre auch dann möglich, wenn diese Einrichtungen nicht alle unter einem Dach untergebracht sind. Dieses Modell wurde und wird mit einem anderen Teilbereich der Brücke, dem therapeutischen Wohnen, seit Jahren erfolgreich praktiziert.

5. Die Laienhilfe in der Brücke

5.1 Theoretische Einführung in das Problemfeld Laienhilfe

5.1.1 Laienhilfe und professionelle Hilfe

Der Begriff „Laienhilfe“ läßt fast automatisch die „professionelle Hilfe“ mitdenken, wobei Laienhilfe dann als das weniger Qualifizierte, das Nachrangige, der Ersatz erscheint. Dabei wird oft vergessen, daß es die professionelle Hilfe ist, die es noch nicht lange gibt. So verweist *Badura* (1983) darauf: „Jahrtausendlang gelingt der Gattung Mensch das Überleben ohne professionalisierte medizinische Versorgungssysteme. Selbst noch im letzten Jahrhundert starben Menschen vorzeitig, weniger weil sie medizinisch unterversorgt, sondern weil sie vor allem schlecht ernährt und unter zum Teil höchst ungesunden Verhältnissen zu wohnen und zu arbeiten gezwungen waren.“ (S. 2). Er beschreibt Selbsthilfe und Laienaktivitäten als „eine in der Regel verlässliche, leistungsfähige und jedermann zugängliche Gesundheitsressource. Gesundheitsselfhilfe in der Familie beispielsweise ist die älteste und... immer noch verbreitetste Form der Gesundheitsversorgung.“

Nach Darstellung von v. *Ferber* (1985) werden auch heute noch drei Viertel aller Krankheitsereignisse in Sozialbeziehungen bewältigt, die schon vor der Krankheit bestanden, ohne daß professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird. Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche Hilfe und freiwillige soziale Arbeit sind nach seiner Einteilung solche Sozialbeziehungen, die – genauso wie die professionelle Hilfe – durch die Krankheit entstanden sind.

Jede dieser Hilfsarten stößt dabei an eigene, spezifische Leistungsgrenzen: „Hilfen zur Überwindung der sozialen Benachteiligung unterscheiden sich wesentlich von den medizinisch-ärztlichen Hilfen zur Überwindung der Krankheitsfolgen in den Dimensionen „Impairment“ (morphologisch erkennbare Veränderung/Schädigung) und „Disability“ (funktionale Veränderung/Einschränkung).“ Das „Handicap“, die soziale Beeinträchtigung, führt zu einer Veränderung des Selbstwertgefühls des Kranken. Es kann zu einer existentiellen Verunsicherung kommen. Hilfen, die auch an dieser Dimension ansetzen, fehlen häufig im ärztlichen Setting; sie sind im Rahmen des „social support“ möglich.

Eine Reihe von Untersuchungen (in *Badura*, 1981) haben gezeigt, daß das Ausmaß an „social support“, welches ein Erkrankter erhält, einen wesentlichen Einfluß auf Krankheitsverlauf und Gesundungsprozeß hat. Nach Auffassung von *Caplan* (1974) sorgen dabei nicht nur Beziehungen zur Primärgruppe für das Wohlbefinden, sondern jedwede soziale Beziehung. Er unterscheidet „spontane“ oder „natürliche“ Unterstützungssysteme und organi-

sierte Laienhilfe oder Selbsthilfegruppen; religiöse Gemeinschaften oder Kirchen und schließlich Formen professionalisierter oder bürokratisierter Hilfe. Selbsthilfe, ehrenamtliche Hilfe und freiwillige soziale Arbeit setzen nach v. Ferber (1985) gerade da an, wo ein primäres Netzwerk nicht oder nur bruchstückhaft vorhanden war.

Nach einer Einteilung von Behrendt et al. (1983) gehören Laienhelfergruppen zu den „Selbstorganisationen als Teilbereich des ‚autonomen‘ (‚dritten‘, ‚voluntary non-profit‘) Bereiches neben staatlichem und privatwirtschaftlichem Bereich.“ Sie halten die Unterscheidung zwischen Laien-Fremdhilfe und Selbsthilfe für künstlich: „In Selbsthilfegruppen befinden sich oft Personen, die anderen gleichartig Betroffenen helfen wollen und sich selbst gar nicht als hilfsbedürftig erleben; in Laienhelfergruppen wird oft eingestanden, daß die Betreuung anderer aus dem Motiv der Selbsthilfe erfolgt, z. B. um die eigene Isolation aufzuheben, seinem Leben einen neuen Sinn zu geben und ähnlichem.“

Die in den letzten Jahren stark anwachsende Diskussion über Selbst- und Laienhilfe in der Gesundheitsversorgung (Hampel, 1985, spricht von der „neuen“ Selbsthilfediskussion) wird von vielen Seiten (s. z. B. von Müller, 1983) darauf zurückgeführt, daß sich vermehrt Defizite der professionellen Gesundheitssicherung gezeigt haben, die „ebenso wichtige Krankheitsgruppen wie chronisch Kranke und Behinderte auch chronisch vernachlässigt haben, wie relevante Versorgungsprinzipien, z. B. das Präventionsprinzip vernachlässigt haben zugunsten des kurativen Prinzips der naturwissenschaftlich dominierten Medizin und ihrer „Blindheit gegenüber psychosozialen Entstehungs- und Verlaufsfaktoren“, der „Konzentration auf Krankheit anstatt Krank-Sein“.

Im historischen Zusammenhang ist die Laien- und Selbsthilfe ein Rückbesinnen auf eine private Hilfsform, die ursprünglich bei Auftreten von Krankheiten in der Familie, nahen Verwandtschaft oder Dorfgemeinschaft geübt wurde, bis mit der zunehmenden Veränderung kommunalen Lebens durch die Industrialisierung und der damit einhergehenden Verkleinerung der zusammen lebenden Verwandtschaft diese Funktion teilweise oder gänzlich an kommunale Gesundheitssysteme überging.

Bei der wachsenden Unzufriedenheit mit diesen Diensten wird nun versucht, diese Delegation zurückzunehmen. Dabei steht die Familie, die nahe Verwandtschaft oder das Nachbarschaftsgefüge als Auffangnetz aber nicht mehr zur Verfügung, so daß neue Formen sozialer Netze geschaffen werden müssen.

Ist es also ein Hauptziel der Laien- und Selbsthilfebewegung, Defizite der medizinischen Behandlung zu erkennen und in diesen Bereichen aktiv zu werden, so können sie weder Lückenbüßerfunktion für notwendige professionelle Hilfe einnehmen, noch können sie das professionelle System ersetzen. *Hampel* (1985) fordert die Zusammenarbeit dieser komplementären Funktionen in einem „Verbundsystem“, das er beschreibt als: „Partnerschaft, Zusammenarbeit von Verschiedenem, Unterschiedlichem, das verschieden bleiben will und soll. Partner müssen nicht gleich und auch nicht gleich-berechtigt sein, aber – was viel wichtiger ist – gleichrangig, gleichwertig und ebenbürtig.“

5.1.2 Zum Begriff „Laienhelfer“

Ursprünglich aus der Theologie kommend und dort den Unterschied zu denen markierend, die die höheren Weihen empfangen haben, vergrößert dieser mit negativen Bewertungen assoziierte Begriff nach Meinung von *Schöck* (1981) den Abstand zum positiv bewerteten Begriff „Fachmann“ bzw. „Experte“. Auch v. *Ferber* (1983) weist auf die „relationale Begriffsbildung“ hin: „Selbsthilfe bestimmt sich im Unterschied zu Fremdhilfe. Laienhilfe hebt sich von den professionellen Dienstleistungen ab. Selbsthilfe und professionelle Dienstleistungen sind Selbstdefinitionen bzw. akzeptierte Fremddefinitionen.“

Gegen diese künstliche Polarisierung plädiert *Hampel* (1984) für ein gleitendes Kontinuum und verweist auf die breiten Felder sozialer Dienste, „in denen hauptamtliche und ehrenamtliche Mitarbeiter in wechselseitiger Verbundenheit sich jeweils ergänzend betätigen oder tätig werden können.“

„Ehrenamtliche Helfer“ oder „freiwillige Helfer“ sind Definitionsversuche, die dem negativen Beigeschmack des „Laienhelfers“ abhelfen wollen. Jedoch auch hier können sich, worauf *Schöck* (1981) hinweist, Abgrenzungsschwierigkeiten ergeben. So gibt es – gerade bei der z. Zt. hohen Arbeitslosigkeit bei Vertretern psychosozialer Berufsgruppen – zunehmend Professionelle, die sich ehrenamtlich betätigen. Man kann außerdem fragen, ob jemand, der sich jahrelang in einem Gebiet engagiert und mitgearbeitet hat, noch ein Laie ist.

Man sieht, der Begriff des „Laien“ ist unglücklich und eher aus den Abgrenzungsbedürfnissen der „Professionellen“ heraus zu verstehen als die konkrete Tätigkeit und Funktion einer solchen Personengruppe abdeckend. Interessanterweise kennen wir diese Abgrenzung nicht nur aus der Theologie, sondern auch aus der Psychoanalyse: dort werden solche (ausgebildeten) Psychoanalytiker als „Laientherapeuten“ bezeichnet, die keine Mediziner sind (s. *Peters*, 1984).

5.1.3 Wo gibt es Laienhilfe?

Neben ehrenamtlicher Tätigkeit im Bereich der Öffentlichen Gewalt (Vormund, Pfleger, Bewährungshilfe) dominiert Laienhilfe eindeutig in der sozialen Arbeit. Telefonseelsorge, Besuchsdienste in Krankenhäusern, Randgruppenarbeit sind typische Aufgaben von Laienhelfern. Wir wollen uns im folgenden auf Laienhelfer in der Psychiatrie konzentrieren.

5.1.4 Laienhelfer in der Psychiatrie

Die Geschichte der Laienhilfe in der Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik Deutschland stellt *Thebrath* (1981 b) dar. Danach gibt es organisierte Tätigkeit von Laienhelfern in der Psychiatrie in der Bundesrepublik erst wieder seit Ende der 60iger Jahre, da im Jahre 1935 der „Verband Deutscher Hilfsvereine für Geisteskranke“ aufgelöst worden war. Es folgte die unheilvolle Zeit der „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ durch die Nationalsozialisten. Nach Ende des 2. Weltkrieges wurden in der Zeit des Wiederaufbaus und des beginnenden „Wirtschaftswunders“ die psychisch Kranken „vergessen“. Die ersten Laienhelfervereinigungen in der BRD, die sich für psychisch Kranke einsetzten, waren einzelne christlich-religiös motivierte Gruppierungen. Die „eigentliche“ Entwicklung der Laienhelferbewegung in der Psychiatrie begann jedoch erst mit der Studentenbewegung Ende der 60iger Jahre und den ungefähr zur gleichen Zeit entstehenden sozialpsychiatrischen Reformansätzen in der Bundesrepublik.

1975 wurde dann wieder ein Dachverband für Laienhelfer gegründet: „Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen in der BRD“. *Thebrath* beschreibt sehr anschaulich, daß dieser Dachverband schon ein Jahr vorher fast von einer Reihe von Psychiatern auf dem „Sechsten Weinsberger Kolloquium“ gegründet worden wäre, hätten sich nicht die betroffenen Hilfsvereine noch erfolgreich zur Wehr gesetzt. Er zitiert einen freiwilligen Helfer: „Hier sagen uns mal wieder die Psychiater, was wir als Laien zu tun haben.“

5.1.5 Möglichkeiten der Laienhelfer in der Psychiatrie

Welche Defizite sind es in der psychiatrischen Versorgung, die von Laienhelfern abgedeckt werden können? Wo wird ihr Hauptbetätigungsfeld gesehen? Dazu sei aus einer Forderung des Dachverbandes (1981) zitiert: „Der Laienhelfer kann dem Patienten durch sein spontanes Handeln oft besser und gezielter helfen als der berufliche Mitarbeiter. Diese private, persönliche Beziehung ist eine notwendige Ergänzung zur professionellen Arbeit. Deshalb

sind Laienhelfer nicht Ersatz für fehlende hauptberufliche Mitarbeiter, sondern haben ihre eigenständige Funktion.“

Von den Laienhelfern in der Psychiatrie wird eine Menge erhofft und erwartet: Öffentlichkeitsherstellung, Klimaverbesserung in Kliniken, Auslöser für Diskussionen über den Umgang mit psychisch Kranken, Brücke zwischen Behandlung und Rückkehr in die Gemeinschaft, Solidarität mit psychisch Kranken, politische Arbeit, Bezugspersonen für psychisch Kranke, partnerschaftliche Beziehung im Gegensatz zu Helfer-/Patient-Gefälle, Abbau von Vorurteilen in der Öffentlichkeit vorbeugende Möglichkeiten durch Sensibilisierung der Umwelt (*Thebrath*, 1981 a); Vermittler zwischen Selbsthilfe und Fremdhilfe (*Hampel*, 1984).

Als Schwerpunkte der Tätigkeit der Laienhelfer in der Psychiatrie werden u. a. genannt: Besuch auf Stationen, Nachsorge (*Schöck*, 1981); individuelle Betreuung, Alltagshilfe und Geselligkeit (*Kluge*, 1981).

5.2 Befragung der Laienhelfer der Brücke

5.2.1 Zielsetzung

Die Laienhilfe stellt in der Brücke ein wichtiges Element dar. Seit nunmehr fast zwölf Jahren arbeiten Laienhelfer in dieser Einrichtung. Lange bevor der erste hauptamtliche Sozialarbeiter 1978 eingestellt wurde, hatten Laienhelfer – z. T. unter der Mithilfe einer ehrenamtlich tätigen Sozialarbeiterin – in der Brücke Clubnachmittage, Hobbygruppen und z. T. auch Beratungstätigkeit angeboten. Seit 1978, parallel zu der Erweiterung der Angebote der Brücke und der wachsenden Zahl der Besucher, kamen nach und nach mehr festangestellte Fachkräfte hinzu. Die Zahl der Laienhelfer wuchs parallel zu dieser Entwicklung mit an, stagniert jedoch seit einigen Jahren und liegt seit 1983 bei 20 bis 25 Laienhelfern.

Uns interessierte die Frage, welchen Stellenwert die Laienhilfe heute in der Brücke hat, welche Tätigkeitsbereiche in der Brücke von Laienhelfern abgedeckt werden und welche Motive die Laienhelfer hatten, in der Brücke zu arbeiten. Außerdem wollten wir in Erfahrung bringen, wie sich die Zusammenarbeit der Laienhelfer mit den Hauptamtlichen gestaltet und ob sie die Anleitung, die sie erhalten, ausreichend finden. Der Grad der Einbindung der Laienhilfe läßt sich eventuell am Ausmaß der Verantwortungsübernahme für Teilbereiche durch die Laienhelfer ablesen. Deshalb interessierte uns, ob die Laienhelfer das Gefühl haben, in der Brücke verantwortlich zu sein, Einfluß nehmen und mitbestimmen zu können. Die quantitative und qualitative Vergrößerung der Brücke durch den Umzug in die Engelsgrube und die damit

einhergehende stärkere Bürokratisierung der Arbeit könnte ja möglicherweise ein weiteres Zurückdrängen der Laienhilfe zugunsten der professionellen Tätigkeit in der Brücke mit sich bringen.

Durch diese Fragestellungen besteht die Möglichkeit, den Stellenwert der Laienhilfe in einer Einrichtung der ambulanten Versorgung von Personen mit chronischen Psychosen beispielhaft zu beleuchten. Die Einsatzmöglichkeiten, die institutionelle Verankerung, jedoch auch die Grenzen der Tätigkeit von nicht professionellen Helfern können so deutlich gemacht werden.

Einen ersten Zugang zu den Tätigkeitsbereichen der Laienhelfer hatten uns die Ergebnisse der Tätigkeitsanalyse (s. Kap. 4.1.4.2) geliefert*. Zur Beantwortung der darüber hinaus gehenden Fragen schien es uns am sinnvollsten zu sein, die Laienhelfer einzeln zu interviewen. Wir entwickelten zu diesem Zweck einen teilstrukturierten Interview-Leitfaden zu den Fragenkomplexen: Motive für die Tätigkeit als Laienhelfer in der Brücke, Tätigkeitsbereiche und zeitliches Engagement, Zufriedenheit mit der Tätigkeit, Zusammenarbeit mit den Hauptamtlichen und Anleitung.

An dieser Stelle sollen vor allen Dingen die Ergebnisse dieser Laienhelferbefragung im Vordergrund stehen, Ergebnisse der Tätigkeitsdokumentation, teilnehmenden Beobachtungen (z. B. der Laienhelfer-Besprechungen) sollen soweit berücksichtigt werden, als sie Ergebnisse der Befragung weiter erhellen können.

5.2.2 Vorgehensweise und Beschreibung der Stichprobe

Grundlage unserer Laienhelferbefragung war die Liste der Ende 1983 aktiven Laienhelfer. Läßt man von dieser Liste die Laienhelfer weg, die ausschließlich Vorstandsarbeit betreiben, bleiben 23 aktive Laienhelfer übrig (Dezember 1983). Wir nahmen diese Liste als Grundlage, da wir Laienhelfer befragen wollten, die schon länger in der Brücke sind, und die auch schon vor dem Umzug in die Engelsgrube in der Brücke mitgearbeitet haben. Aus diesem Grund wurden in die Laienhelferbefragung keine neuen Laienhelfer** aufgenommen.

* Durch die Ergebnisse der Tätigkeitsanalyse konnten die Arbeitsschwerpunkte der Laienhelfer identifiziert werden, die überwiegend nicht von den Hauptamtlichen abgedeckt wurden: Organisation und Gestaltung der Clubnachmittage und die Anleitung von Hobbygruppen.

** Neue: Laienhelfer, die erst nach dem Umzug in die Engelsgrube zur Brücke gekommen sind.

Alle befragten Laienhelfer sind Frauen. Es lassen sich zwei Altersgruppen identifizieren: berufstätige Frauen zwischen 30 und 40 Jahren, die im wesentlichen sozialen Berufen nachgehen, und Frauen um das 60. Lebensjahr, die für sich eine neue Aufgabe neben ihrer Hausfrauentätigkeit suchen. Diese Frauen sind lange als Laienhelferinnen tätig, sehr engagiert und fühlen sich aufgrund ihrer gesellschaftlichen Stellung zu einem sozialen Engagement verpflichtet.

Die Laienhelferbefragungen fanden von Juni bis September 1985 statt. Von 23 Ende Dezember 1983 aktiven Laienhelfern konnten 21 befragt werden, davon waren 16 Laienhelfer nach wie vor in der Brücke aktiv, fünf Laienhelfer waren zwischenzeitlich ausgeschieden. Sie wurden telefonisch über die Gründe ihres Ausscheidens befragt. Die Ergebnisse dieser Befragung sind unter Punkt 5.4 dargestellt. Die anderen 16 Laienhelfer konnten persönlich im ausführlichen Gespräch zu den verschiedenen Fragestellungen interviewt werden. Die Ergebnisse dieser Befragung werden im folgenden vorgestellt und diskutiert.

5.3 Ergebnisse der Befragung der aktiven Laienhelfer

5.3.1 Motivation der Laienhelfer

Die meisten der befragten Laienhelfer sind schon mehrere Jahre bei der Brücke, durchschnittlich seit 1981 (Median). Am längsten sind zwei Laienhelferinnen (zehn Jahre) dabei. Nach ihren Motiven befragt, warum sie in der Brücke als Laienhelfer angefangen haben, gaben ein Drittel (6) der Laienhelfer an, daß sie „irgendetwas“ Sinnvolles außer Haus machen wollten, daß sie sich um „irgendjemand kümmern wollten“. Stellvertretend sei eine Laienhelferin zitiert: „Ich hatte das Gefühl, Kapazitäten über zu haben; ich wollte mich um irgendetwas oder irgendjemanden kümmern. Es war ziemlich unbestimmt, was ich machen wollte.“

Fünf Laienhelfer gaben ausdrücklich an, daß es eher Zufall war, daß sie mit dieser Zielsetzung gerade bei der Brücke „gelandet“ sind, es hätte auch irgendeine andere Einrichtung aus dem psychosozialen Bereich sein können. Drei Laienhelfer sagten, daß sie ein besonderes Interesse an Psychiatrie, pädagogischer oder psychologischer Arbeit gehabt hätten, und vier Laienhelfer hatten schon früher einmal Erfahrungen mit psychisch Kranken oder anderen Randgruppen der Gesellschaft gemacht. Vier Laienhelfer wollten nach ihrer Pensionierung noch etwas sinnvolles Neues anfangen. Eine Laienhelferin wollte über die Tätigkeit in der Brücke (sie arbeitet im Büro) wieder in das „Arbeitsleben“ hineinkommen.

Wie wurden die Laienhelfer auf die Brücke aufmerksam? Zwei Laienhelfer waren von einem Mitarbeiter bzw. einem Vorstandsmitglied der Brücke angesprochen worden, sieben kamen über die Zeitung oder andere Öffentlichkeitsarbeit. Recht viele (6) kamen über die Ansprache von anderen Laienhelfern zur Brücke.

5.3.2 Tätigkeitsbereiche der Laienhelfer

Die Verteilung der Laienhelfer auf die verschiedenen Tätigkeitsbereiche in der Brücke geht aus Tabelle 21 hervor.

Tabelle 21: Tätigkeitsbereiche der Laienhelfer in der Brücke 1985
(n = 16, Mehrfachnennungen)

Tätigkeitsbereiche	Anzahl der Laienhelfer
Clubnachmittag	7
Telefonate mit Besuchern	6
Einzelbetreuung	5
Vorstandsarbeit	5
Besuche bei Besuchern	4
Krisenintervention	3
Gesprächsgruppe	2
Besuche in Neustadt	2
Aktivitäten mit Besuchern außerhalb der Brücke	2
Besuche beim Laienhelfer zuhause	2
Hilfe bei sozialen Problemen	2
Kontakt zu Angehörigen von Besuchern	2
Schwimmgruppe	1
Kräutergruppe	1
Ladengruppe	1
Malgruppe	1
Holzgruppe	1
Frauengruppe	1
Bastelgruppe	1
Büroarbeit	1
Pflegschaft für Besucher	1
Urlaubsfahrt mit Besuchern	1

Fast alle (14) Laienhelfer nehmen außerdem an den Laienhelfertreffen teil*. Es lassen sich als Schwerpunkte in den Aktivitäten der Laienhelfer erkennen: die Organisation und Gestaltung der Clubnachmittage und die Anleitung von Hobbygruppen mit je sieben Laienhelfern, sowie die Einzelbetreuung der Besucher mit fünf Laienhelfern. Zu der Einzelbetreuung wären auch die Telefonate mit Besuchern (6), die gegenseitigen Besuche außerhalb der Brücke zwischen Laienhelfern und Besuchern (4 bzw. 2 Laienhelfer), die Aktivitäten mit Besuchern außerhalb der Brücke (2 Laienhelfer) und die Kontakte zu Angehörigen von Besuchern zu zählen.

5.3.2.1 Laienhilfe als soziale Beziehung

Deutlicher noch als in den Ergebnissen der Tätigkeitsanalyse zeigt sich in diesen Angaben, wie sehr die Laienhelfer sich außerhalb der Brücke für die Besucher einsetzen, private Kontakte zu Besuchern und deren Angehörigen haben und zusammen mit den Besuchern etwas unternehmen. Über dieses Beziehungsangebot vermitteln die Laienhelfer den Besuchern ein Stück „social support“, der es erleichtern kann, mit den Beeinträchtigungen durch die Krankheit leben zu lernen. Dies ist eine Arbeit, die von den hauptamtlichen Mitarbeitern der Brücke schwerlich geleistet werden kann. Damit zeichnen sich typische Tätigkeitsbereiche für die Laienhilfe ab. In diesen Bereichen funktionieren die Laienhelfer tatsächlich als „Bindeglieder“ zwischen „normaler“ Gesellschaft und psychiatrischer Institution. Für einige Besucher sind die Laienhelfer wohl sogar eine Art Familienersatz geworden: „Der Besucher kommt zu uns ca. alle zwei Wochen zum Essen, wir kaufen für ihn zusammen ein, kochen manchmal zusammen. Ich wasche ihm seine Sachen und mache sie ihm heil. Ich gehe mit ihm bei Bedarf zum Nervenarzt.“ Diese Laienhelferin hat für „ihren“ Besucher auch die Pflegschaft übernommen. Eine andere Laienhelferin, die schon sehr lange bei der Brücke tätig ist, erinnert sich:

„Ich weiß noch, daß ich ziemliche Schwierigkeiten hatte, als ich das erste Mal die Idee hatte, zu jemand nach Hause zu gehen. Ich habe das dann ziemlich im Alleingang gemacht. Mein Schwerpunkt heute ist es, die Leute zuhause, in ihrer gewohnten Umgebung, zu besuchen. So konnte ich schon öfters auch Vorurteile der Angehörigen gegen die Krankheit und die Brücke abbauen.“

Zu den Hausbesuchen bei den Besuchern und der Mithilfe im Beschützten Wohnen ist jedoch festzustellen, daß nicht alle Laienhelfer gleichermaßen gut

* Hierbei handelt es sich um monatliche Treffen, bei denen organisatorische Fragen besprochen, Informationen und Erfahrungen ausgetauscht und zukünftige Planungen diskutiert werden. Es nehmen regelmäßig auch hauptamtliche Mitarbeiter daran teil.

damit zurechtkommen. Neuere und unerfahrenere Laienhelfer scheinen in diesem Bereich mehr Schwierigkeiten zu haben, vor allem die Besucher zu gemeinsamen Aktivitäten zu motivieren.

5.3.2.2 Der Clubnachmittag

Der Clubnachmittag ist mit sieben Laienhelfern ein Schwerpunkt der Laienhelfertätigkeit in der Brücke. Über den Clubnachmittag wird auf den Laienhelfertreffen viel diskutiert; die Organisation des Clubnachmittages wird immer wieder neu besprochen, und es wird überlegt, ob nicht mehr Besucher aktiviert werden können, sich an der Organisation des Clubnachmittages zu beteiligen.

Zum Verständnis sei kurz erklärt, wie ein Clubnachmittag abläuft: Aus der Tradition entwickelt kochen die Laienhelfer Kaffee, bringen Kuchen mit und verteilen dienstags und donnerstags Kaffee und Kuchen an die Besucher, die an diesen Tagen besonders zahlreich in die Brücke strömen, um sich, wie es ein Besucher in der Besucherbefragung ausdrückte, „mal so richtig verwöhnen zu lassen.“

Während dieses „Verwöhnen“ in Kupferschmiede-, Alf- und Mengstraße noch bei einer relativ überschaubaren Besucherzahl zu leisten war, kamen die Laienhelfer in der Engelsgrube zunehmend in Schwierigkeiten. So waren einige Laienhelfer ausgeschieden und die Zahl der Laienhelfer, die für den Clubnachmittag zuständig waren, war klein geworden. Gleichzeitig waren die Räumlichkeiten größer und unübersichtlicher. Es kamen mehr Besucher zum Clubnachmittag; z. T. mußten zusätzlich zu den Clubbesuchern auch noch Patienten der Tagesklinik, die z. B. den Club kennenlernen wollten, mit versorgt werden.

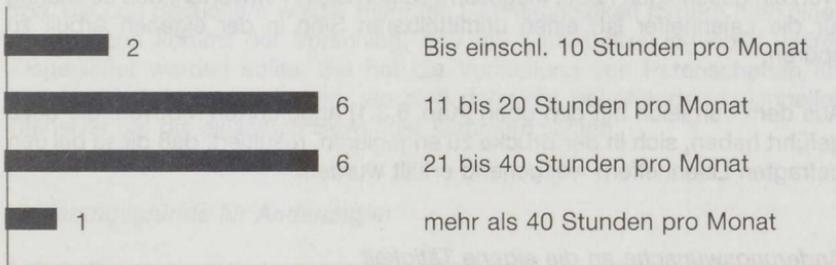
Hier waren die Laienhelfer gegen ein geringes Entgelt vermutlich überfordert, so daß auf mehreren Laienhelfertreffen über dieses Problem diskutiert wurde. Es wurde überlegt, ob vielleicht ein Clubnachmittag in der Woche gestrichen werden müßte, es wurden die hauptamtlichen Mitarbeiter um mehr Unterstützung gebeten und mehrfach überlegt, wie die Besucher zum Mitmachen aktiviert werden könnten.

Die „Hilfe zur Selbsthilfe“ sahen einige Laienhelfer nicht gewährleistet, wenn man den Besuchern zuviel abnehmen würde, da dann das „Versorgungsdanken der Besucher gefördert werde.“ Diese Laienhelfer äußerten ihre Enttäuschung über die Gestaltung dieser Nachmittage, während andere gerade die Atmosphäre im Club schätzten.

5.3.2.3 Zeitliches Engagement

Der durchschnittliche Zeitaufwand für die Tätigkeit in der Brücke streute sehr stark und lag zwischen sechs und 48 Stunden monatlich. Im Durchschnitt wurden 24 Stunden im Monat aufgewandt (s. Abbildung 6).

Abbildung 6: Durchschnittlicher Zeitaufwand der Laienhelfer pro Monat in Stunden (letzten drei Monate), n = 15



Wie man aus diesen Zahlen ersehen kann, ist das Engagement der Laienhelfer für die Brücke z. T. ganz beträchtlich und reicht in Einzelfällen zeitweise fast an eine Halbtagsbeschäftigung heran. Diese letztgenannten Laienhelfer fühlen sich teilweise überfordert. Es scheint, daß für die berufstätigen Laienhelfer ein gewisser Zeitaufwand pro Woche nicht überschritten werden sollte.

5.3.3 Zufriedenheit mit der Tätigkeit als Laienhelfer

Um einen Eindruck von der Zufriedenheit der Laienhelfer zu erhalten, haben wir diese befragt, was ihnen besonders an ihrer Tätigkeit gefällt. Außerdem erfaßten wir Änderungswünsche an die eigene Tätigkeit bzw. an die Tätigkeit der Laienhelfer überhaupt und fragten sie, ob sie schon einmal daran gedacht haben, aufzuhören.

Was gefällt den Laienhelfern an ihrer Tätigkeit?

Auf die Frage, was ihnen besonders an ihrer Tätigkeit in der Brücke gefällt, antworteten sechs Laienhelfer, daß sie den Umgang mit Menschen und den Kontakt zu Besuchern besonders schätzen würden, weitere sechs nannten den Eindruck, jemandem helfen zu können und daß die eigene Arbeit als

effektiv erlebt wird. Vier Laienhelfer hatten den Eindruck, bei den Besuchern anzukommen und zwei, gebraucht zu werden.

Einige gingen auch auf die Atmosphäre in der Brücke ein, die sie als menschlicher und offener als z. B. in einem normalen Arbeitsbetrieb empfanden (3), oder sie nannten die Abwechslung der Arbeit in der Brücke. Zwei Laienhelfer, die eine Gruppe anbieten, fanden es besonders schön, daß sie in ihrer Gruppe selbständig mit einigen wenigen etwas machen können. Ein Laienhelfer gab an, daß er ein Gefühl von Heimat in der Brücke verspüre, Wurzeln geschlagen habe. Insgesamt zeigen diese Antworten, daß es wichtig für die Laienhelfer ist, einen unmittelbaren Sinn in der eigenen Arbeit zu spüren.

Aus dem Vergleich mit den oben (Kap. 5.3.1) angeführten Motiven, die dazu geführt haben, sich in der Brücke zu engagieren, resultiert, daß diese bei den befragten Laienhelfern weitgehend erfüllt wurden.

Änderungswünsche an die eigene Tätigkeit

Die Laienhelfer wurden befragt, ob sie etwas an ihrer jetzigen Tätigkeit in der Brücke ändern wollten. Die überwiegende Mehrheit (9 Laienhelfer) gaben an, daß sie im Moment nichts ändern wollten, daß sie so mit ihrer Tätigkeit zufrieden sind.

Sieben Laienhelfer wollten etwas an ihrer Tätigkeit ändern, wobei sie meist mehrere Vorstellungen über eine mögliche Änderung nannten. So sagten drei Laienhelfer, daß sie gerne eine kleine Gruppe anbieten würden. Zwei Laienhelfer sagten, daß sie sich gern noch mehr in der Brücke engagieren würden. Zwei Laienhelfer würden gern aktiv zusammen mit Besuchern etwas machen, auch außerhalb der Brücke. Weitere Einzelnennungen zielten auf: mehr Einzelbetreuung, mehr kulturelle Angebote für die Besucher erschließen, mehr Zeit für die Besucher haben.

Während die bisher genannten Änderungswünsche eher in die Richtung gingen, die Arbeit mit den Besuchern eher noch zu vertiefen, waren drei Laienhelfer in Bezug auf Änderungsvorschläge unschlüssig.

Die Laienhelfer wurden darüberhinaus befragt, ob sie etwas ändern möchten an der Tätigkeit der Laienhelfer in der Brücke insgesamt. Wiederum zehn Laienhelfer (davon 7, die auch an ihrer eigenen Tätigkeit nichts ändern wollten) wollten nichts an der Tätigkeit der Laienhelfer insgesamt verändern. Von diesen Laienhelfern sagten vier, daß sie zu wenig Überblick hätten, um

sagen zu können, was sie ändern wollten. Eine Laienhelferin meinte sogar „Das steht mir nicht zu“. Als stellvertretend für die Einstellung dieser Laienhelfer sei folgende Äußerung genannt:

„Ich hab Irgendetwas übernommen und mach das, so gut ich kann. Ich hab keinen Überblick, daß ich sagen könnte, das und das möchte ich verändern. Ich versuche, da zu sein, wo man mich braucht. Ich habe nicht das Gefühl, verantwortlich zu sein, z. B. für Laienhilfe.“

Zwei Laienhelfer möchten die Organisation des Clubnachmittages ändern bzw. bei den Besuchern wieder mehr die Eigenständigkeit fördern. Von einer Laienhelferin kommt der Vorschlag, daß die Einzelbetreuung noch weiter ausgeweitet werden sollte. Sie hat die Vorstellung von Patenschaften für einzelne Wohngemeinschaften, wo sich dann die betreffenden Laienhelfer intensiver um die einzelnen Bewohner kümmern sollten.

Hinderungsgründe für Änderungen

Auf die Frage, was Hinderungsgründe für eine Änderung sowohl der eigenen Tätigkeit als auch der Tätigkeit der Laienhelfer insgesamt sein könnten, gaben die Laienhelfer, die Änderungswünsche hatten, zum größten Teil Zeit- und Energieprobleme als Begründung an. Eine Minderheit formulierte gruppendynamische Probleme bzw. die Schwierigkeit, gefaßte Beschlüsse in Taten umzusetzen.

Bei zehn Laienhelfern entfiel die Frage nach Hinderungsgründen, da sie keine Änderung für notwendig gehalten hatten.

Gründe für potentiellles Ausscheiden

Sieben, also fast die Hälfte der befragten Laienhelfer, haben schon einmal daran gedacht, mit der Tätigkeit aufzuhören. Zum Teil untermauern die Gründe die vorhergehenden Aussagen. Drei Laienhelfer gaben an, daß sie sich überfordert gefühlt hätten, vor allem, als zu wenig Laienhelfer zur Verfügung standen und z. B. die Clubnachmittage ganz allein „auf ihren Schultern lasteten.“ Zwei Laienhelfer gaben Anfangsschwierigkeiten an. Eine sagte z. B., daß sie sich anfangs sehr alleingelassen gefühlt habe, als sie noch keinen Kontakt zu den Besuchern und den Mitarbeitern gehabt habe. Ein Laienhelfer gibt an, daß er mit der neuen Situation im Speicher nicht gut zurechtkomme: „Je größer der Betrieb wird, je weniger ich kenne, je mehr sich alles verläuft, desto mehr stelle ich mir die Frage, inwiefern es sinnvoll ist, daß ich komme.“

Zwei Laienhelfer gaben auch Schwierigkeiten mit hauptamtlichen Mitarbeitern als Grund an, warum sie schon einmal daran gedacht haben „auszusteigen“. Bei einer Laienhelferin, die schon sehr lange Jahre bei der Brücke ist, ist es dagegen eher umgekehrt: „Wenn ich merke, daß das hier Schwierigkeiten gibt, würde ich lieber daran teilnehmen, diesen abzuhelpfen als „auszusteigen“.

Zusammenfassung zur Zufriedenheit

Insgesamt zeigt sich die Mehrzahl der Laienhelfer recht zufrieden mit ihrer Tätigkeit, vor allem dann, wenn sie es geschafft haben, sich einen eigenen Tätigkeitsbereich aufzubauen, in dem sie sich kompetent fühlen und in dem sie den Überblick haben. Dies entspricht einer Erfahrung des Tageszentrums Bonn (Holler u. Ysker, 1985). Auch sie betonen die Wichtigkeit „eigener Handlungsräume“ für die Laienhelfer. Deutlich wird dies bei Laienhelfern, die eine Hobbygruppe leiten: diese sind in ihrem überschaubaren Bereich durchweg sehr zufrieden mit ihrer Tätigkeit.

Schwieriger scheint es für neue Laienhelfer zu sein und für solche Laienhelfer, die recht wenig Zeit für die Brücke aufwenden können. Diese Laienhelfer haben Probleme, sich in der Brücke zurechtzufinden und wenigstens einen kleinen Überblick zu bekommen. Sie sind leichter enttäuscht und springen möglicherweise dann auch schneller ab. Wenn die Laienhelfer jedoch das Gefühl haben, daß sie in einem eigenen Bereich den Überblick haben, scheint es relativ gleichgültig zu sein, für welchen Bereich sie sich entscheiden, ob sie also den Clubnachmittag organisieren, eine Hobbygruppe anbieten, Einzelbetreuung machen oder sonstige Aktivitäten in der Brücke entfalten*.

5.3.4 Die Situation der „alten“ und „neuen“ Laienhelfer in der Brücke

Recht viele Laienhelfer beschäftigen sich mit der Frage, warum einige Laienhelfer abgesprungen sind und wie man neue Laienhelfer in die Brücke einbinden kann.

„Es sind verschiedene abgesprungen, und ich weiß nicht, aus welchen Gründen. Ich wüßte gern, was ihnen hier nicht gefallen hat. Ich nehme an, es ist ihnen einfach zu groß und unübersichtlich geworden. Vielleicht war es bei einigen auch ein zu großer Anspruch an sich selbst, so Großes leisten zu wollen.“

* Um einen solchen Überblick erhalten zu können, ist sowohl eine gewisse Dauer als auch ein zeitliches Engagement der Tätigkeit vorauszusetzen.

Eine andere Laienhelferin beschreibt die Situation der „zurückgebliebenen“ Laienhelfer:

„Es sind eine ganze Menge weggegangen. So entstand eine Trennungssituation: Die Zurückbleibenden haben das Gefühl, verlassen zu werden. Die Atmosphäre wird beeinflusst. Wir sind nur noch so ein kleiner Haufen. Das ist bedrückender als die Tatsache, daß ich vielleicht einmal mehr Club machen muß als vorher.“

Auf Schwierigkeiten, die neue Laienhelfer möglicherweise in der Brücke haben, geht eine Laienhelferin ein:

„Es gibt offenbar eine große Scheu, in den Clubbereich zu gehen. „Neue“ wollen lieber etwas Handfestes machen, eine Gruppe leiten oder etwas Ähnliches. Dieses Auf-sich-gestellt sein in der großen Gruppe verunsichert.“

Eine andere Laienhelferin macht einen Vorschlag, wie neue Laienhelfer besser in die Brücke integriert werden können, indem ihnen von Anfang an eine feste Gruppe angeboten wird:

„Ich glaube, es ist nicht das Problem, neue Laienhelfer zu werben. Wir haben genug Laienhelfer auf der Liste. Die Frage ist, wie wir sie halten können. So hatten wir zwar 25 Leute auf der Liste stehen, trotzdem hatten wir in den letzten Monaten immer Schwierigkeiten, den Club vollzuzukriegen. Ich finde es nicht gut, wenn einige dann mehr machen, als sie eigentlich wollen, weil eben nicht mehr zur Verfügung stehen. Man muß die Motivation der Laienhelfer halten, mit der sie herkommen. Wenn sie in einer Gruppe zusammen wären, wäre die Motivation vielleicht größer, für Neue wäre eine solche Gruppe sicher alle 14 Tage wichtig. Eine solche Gruppe verbindet ja auch sehr stark.“*

5.3.5 Laienhelfer im Kontakt mit den Hauptamtlichen

5.3.5.1 Zusammenarbeit zwischen Laienhelfern und Hauptamtlichen

Nach ihrer Zusammenarbeit mit den hauptamtlichen Mitarbeitern in der Brücke befragt, gaben recht viele Laienhelfer als Antwort an (6), daß man „das“ nicht als Zusammenarbeit im engeren Sinne bezeichnen könne. So ergäben sich Kontakte zu hauptamtlichen Mitarbeitern meist eher zufällig, z. B. beim Club oder wenn ein Hauptamtlicher in die jeweilige Gruppe des Laienhelfers hineinguckte, oder auch nur mittels des Telefons. Zwei Laienhelfer meinten sogar, daß sie überhaupt nicht mit hauptamtlichen Mitarbeitern

* Seit Mitte des Jahres 85 wird versucht, nach diesem Prinzip neue Laienhelfer einzuarbeiten. So wurden nach einer größeren Werbungsaktion zwei Gruppen von neuen Laienhelfern gebildet, die unter Anleitung von erfahrenen Laienhelfern und hauptamtlichen Mitarbeitern sich über einen längeren Zeitraum kontinuierlich trafen.

zusammenarbeiten würden. Zwei Laienhelfer bezeichnen die Zusammenarbeit als gut. Möglicherweise können viele Laienhelfer mit dem Begriff „Zusammenarbeit“ gar nicht so viel anfangen, wie es an Äußerungen deutlich wird: „Direktes Hand-in-Handarbeiten gibt es doch gar nicht.“ oder „Wenn man sich zufällig trifft oder etwas Spezielles bereden will, sonst gibt es eigentlich keine Zusammenarbeit.“

In den Äußerungen der Laienhelfer wird deutlich, daß die Kontakte zwischen Hauptamtlichen und Laienhelfern sich häufig einseitig gestalten in dem Sinne, daß Laienhelfer auf Hauptamtliche zugehen, wenn sie etwas haben wollen, z. B. Informationen oder Hilfen in bestimmten Situationen.

Da die hauptamtlichen Mitarbeiter meist in ihren täglichen Betrieb sehr eingespannt sind, liegt es wohl in der Hauptsache an den Laienhelfern, auf Hauptamtliche zuzugehen und sich das zu holen, was sie brauchen. Die Laienhelfer, die eine höhere Erwartungshaltung an die Hauptamtlichen haben, in dem Sinne, daß diese mehr auf sie zukommen sollten, scheinen leichter enttäuscht zu werden. Dagegen wissen „ältere“ und „eingefleischtere“ Laienhelfer der Brücke, daß sie sich um ihre Belange selber kümmern müssen: „Wenn ich etwas will, rufe ich an und gucke, daß ich jemanden kriege, von dem ich den Eindruck habe, daß er mir dabei hilft.“

Jedoch finden nicht nur zufällige Treffen und Kontakte zwischen Laienhelfern und Mitarbeitern statt. Hierfür gibt es die Vorstandssitzungen und das Laienhelfertreffen. Dieses wird von zwei Laienhelfern als Forum genannt, auf dem Fragen der Zusammenarbeit zwischen Laienhelfern und Hauptamtlichen besprochen werden könnten. Außerdem geben zwei andere Laienhelfer an, daß bei wichtigen Angelegenheiten gegenseitig Kontakt z. B. durchs Telefon aufgenommen würde.

Wichtig scheint in der Zusammenarbeit zwischen Laienhelfern und Hauptamtlichen das Weitergeben von Information zu sein. Es gaben sechs Laienhelfer an, daß sie sich von den Hauptamtlichen Informationen „holen“ würden; weitere drei berichteten, daß sie ihrerseits Informationen auch an die Hauptamtlichen weitergeben würden bzw., daß sie sich von den Hauptamtlichen Hilfe holen können, wenn sie sie brauchen, z. B. in schwierigen Situationen mit Besuchern.

5.3.5.2 Verbesserungsvorschläge für die Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit, so wie sie im Moment läuft, fanden drei Laienhelfer zufriedenstellend und äußerten keine Verbesserungsvorschläge. Von den anderen kam jedoch eine Reihe von Verbesserungsvorschlägen, die im folgenden unter vier Aspekten aufgelistet sind.

- der Wunsch nach mehr Information

Bei der Frage nach Verbesserungsmöglichkeiten in der Zusammenarbeit und nach den Erwartungen an die hauptamtlichen Mitarbeiter wurde ein sehr großes Informationsbedürfnis deutlich. Sieben Laienhelfer wünschten sich mehr Informationen, und zwar sowohl über allgemeine Belange der Einrichtung, Fortbildung etc., als auch über einzelne Besucher.

- der Wunsch nach mehr Halt und Anleitung

Neben dem Wunsch nach fachlicher Information wünschen sich zwei Laienhelfer mehr Fortbildungsmöglichkeiten. Drei andere Laienhelfer wünschen sich von den Hauptamtlichen einen Halt bzw. klare Anweisungen, vor allem für neue Laienhelfer, z. B. in Form fester Gruppen. Drei Laienhelfer wünschen sich die Hilfe und Unterstützung der Hauptamtlichen im Notfall: „Daß die Hauptamtlichen mir in einer Situation, in der ich hilflos dastehe, zur Seite stehen, daß ich Auskunft und Hilfe bekomme, das ist bisher immer so gewesen. Ich wundere mich, daß dafür immer Zeit war.“

- der Wunsch nach mehr Partnerschaft

Fünf Laienhelfer wünschen sich von den Hauptamtlichen, daß diese sie mehr an den Geschehnissen in der Brücke teilhaben lassen und daß sie als Mitarbeiter der Hauptamtlichen akzeptiert werden. Eine Laienhelferin drückt dies so aus:

„Ich erwarte, daß die Hauptamtlichen uns als gleichberechtigte Nichtprofessionelle ansehen, daß sie uns auch teilnehmen lassen an Entscheidungen, daß sie uns als eigene Institution ansehen und nicht nur als Entlastung für ihre Tätigkeit.“

Darüberhinaus wird der Wunsch nach mehr Mitbeteiligung der Laienhelfer bei konzeptionellen Diskussionen und Planungen deutlich und mit dem Hinweis versehen, daß die Laienhelfer oft aufgrund ihres Informationsmangels sich an solchen Entscheidungen nicht beteiligen können. Als Beispiel wird ein von den Geschäftsführern der Brücke geplantes Projekt Kleinwohnheim in einem ehemaligen Gut angeführt:

„Davon ist den Laienhelfern so gut wie gar nichts bekannt. Vielleicht könnte da rechtzeitig einmal drüber diskutiert werden, auch mit Laienhelfern, aber bevor es fertig geplant ist. Dann würden Laienhelfer das Gefühl bekommen, daß sie auch an irgendetwas teilnehmen, beeinflussen können.“

Jedoch auch der umgekehrt – von Seiten der Laienhelfer – notwendige Prozeß wird angesprochen. Vier Laienhelfer sprechen das Selbstverständnis

der Laienhelfer in der Brücke an: „Die Laienhelfer sollten mehr Selbstvertrauen und Verständnis in sich selbst als Gruppe in der Brücke bekommen. Sonst laufen wir Gefahr, fünftes Rad am Wagen zu werden und unterzugehen.“

Manche Laienhelfer bedauern es, daß die Hauptamtlichen oft nicht genug Zeit haben, um über Anliegen der Laienhelfer zu sprechen. Mit der Vergrößerung der Zahl der hauptamtlichen Mitarbeiter ergeben sich auch Schwierigkeiten für die Laienhelfer, die Kontakte zu den Mitarbeitern aufrechtzuerhalten: „Man kriegt das nicht mehr so mit, was die so machen. Es ist nicht mehr so persönlich wie früher.“ Ein anderer Laienhelfer meint:

„Der Kreis der hauptamtlichen Mitarbeiter ist zu groß geworden, auf den Laienhelfersitzungen kommt man zuwenig zu Wort, wenn ständig Hauptamtliche dabei sind. Deshalb wurde auch das Bedürfnis geäußert, daß Hauptamtliche erst später dazukommen sollten.“

Dieser Laienhelfer appelliert daran, daß die Laienhelfer sich notwendigerweise auch ein Stück abkapseln müßten, um zu überleben. Er erwartet von den Laienhelfern wie von den Mitarbeitern, daß sie sich des Faktors Laienhilfe bewußt sind und beide Gruppen besser kooperieren.

– der Wunsch nach besserer Organisation

Einige Laienhelfer kritisieren die Organisation der Arbeit in der Engelsgrube. So wünscht sich eine Laienhelferin, „daß die ein bißchen forscher alles gestalten, besser organisieren. Daß Besucher und Laienhelfer genauer wissen, woran sie sind.“

Bei der Organisation des Clubnachmittages wünschen sich zwei Laienhelfer, daß sie mehr Unterstützung durch die Hauptamtlichen bekommen. So z. B., daß die Hauptamtlichen dafür sorgen, daß die Voraussetzungen für das Abhalten eines Clubnachmittages auch erfüllt sind (z. B. daß genügend Kaffee und Kaffeetassen etc. vorhanden sind).

5.3.6 Schwierigkeiten im Kontakt zu den Besuchern

Die Hälfte der Laienhelfer hat keine Schwierigkeiten im Umgang mit Besuchern. Dies sind überwiegend Laienhelfer, die schon längere Zeit bei der Brücke sind.

5.3.7 Anleitung der Laienhelfer

Die Anleitung der Laienhelfer scheint sich im Moment der Befragung in einer Umbruchsituation zu befinden, da sich eine Betreuungsgruppe auflöste. Somit befanden sich nur ca. ein Drittel der Laienhelfer in einer Anleitungsgruppe. Die Notwendigkeit einer Anleitung wird von allen Laienhelfern gesehen, so daß die Wiedereinführung einer Anleitungsgruppe gewünscht wird. Über die Schwerpunkte der Anleitung gehen die Meinungen etwas auseinander, wobei eine Gruppe mehr in Richtung Balintgruppenarbeit, eine andere mehr zu fachlicher Fortbildung neigt. Die Einsetzung eines externen gegenüber eines internen Anleiters wird von den Laienhelfern favorisiert.

5.3.8 Einflußnahme auf die Belange der Brücke

Auf die Frage, ob sie den Eindruck hätten, daß sie auf die Brücke Einfluß nehmen könnten, sagte genau die Hälfte der Laienhelfer „Nein“, während die andere Hälfte die Frage bejahte. Die Laienhelfer, die die Frage verneinten, gaben durchweg an, daß sie zu wenig Überblick über die Einrichtung als Ganzes hätten und daß sie sich zeitlich sehr viel stärker engagieren müßten, wenn sie etwas verändern wollten. Zur Illustration seien hier einige Äußerungen genannt: „Ich habe irgendetwas übernommen und mach das, so gut ich es kann. Ich habe keinen Überblick, daß ich sagen könnte, das und das möchte ich verändern. Ich versuche, da zu sein, wo man mich braucht.“ Bei manchen Laienhelfern tritt in diesem Abschnitt des Interviews ein Stück Resignation hervor. An Äußerungen wie: „Wenig. Weil man manchmal Vorschläge macht, irgendetwas sagt, und es wird dann doch gemacht, wie es programmiert war.“ oder „Es kam zwar eine interessierte Reaktion, aber es wurde dann wohl als nicht so dringlich angesehen.“ wird dies deutlich.

5.3.9 Freie Bemerkungen zur Brücke

In den Abschlußbemerkungen der Laienhelfer spiegeln sich noch einmal wie in einem Kaleidoskop die unterschiedlichen Schwierigkeiten, vor denen die Brücke nach dem Umzug in die Engelsgrube und dem dadurch bedingten Anwachsen der Besucherzahlen und der Organisation steht. Die von einem Drittel der Laienhelfer (6) geäußerte Kritik an der neuen Brücke in der Engelsgrube richtet sich zum einen auf die Größe der Einrichtung und zum anderen auf organisatorische Schwierigkeiten. Dies sei an zwei längeren Äußerungen von Laien illustriert:

„Aufgrund der Größe läßt sich vieles nicht mehr so gestalten, wie es meiner Meinung nach besser wäre. Die vertrautere Atmosphäre, ein bißchen wie in einer Großfamilie, das läßt sich nicht zurückrufen. Es verläuft sich zu sehr alles. Jedoch, man kann die Brücke ja auch nicht einfach halbieren.“

„Die vor dem Umzug geäußerten negativen Vermutungen sind zu einem großen Teil eingetreten. Es haben sich eine Reihe von Alltags- und Strukturveränderungen aufgrund der Größe ergeben: 1. Clubnachmittag, dieser spielt sich nun auf zwei Ebenen ab, die Nichtrauchergruppe im ersten Stock sitzt gänzlich abgeschottet oben. 2. Beziehung Mitarbeiter zu den Besuchern und zu den Laienhelfern: die Trennung der Mitarbeiter durch nur sechs Stufen von dem Dielenraum ins Zentralbüro hat ganz klar Folgen für die Beziehungen sowohl zu den Besuchern als auch zu den Mitarbeitern und stellt eine ganz klare Schwelle dar. Jedoch auch ohne diese räumliche Distanz wäre eine Abschottung der Mitarbeiter notwendig geworden durch die Masse der Arbeit. 3. Ich stelle bei der Brücke Maßnahmen fest, die sich der Arbeit einer Behörde nähern (Kassenstunden etc.). 4. Weitere Vergrößerungsbestrebungen von seiten der Brücke würden der Einrichtung sicher nicht gut tun, z. B. die Arbeitszeit des therapeutischen Geschäftsführers geht der Einrichtung verloren.“

Einige Laienhelfer beklagten sich über die Organisation in der Brücke, so z. B. über die mangelnde Sauberkeit und Ordnung vor allen Dingen im unteren Dielenbereich. Sie wünschen sich eine straffere Führung durch die hauptamtlichen Mitarbeiter. Diese Delegation von Verantwortung wird an einer Äußerung besonders deutlich: „Früher habe ich das Gefühl gehabt, die Verantwortung für die Brücke liegt auf meinen Schultern. Jetzt habe ich das Gefühl, da sind die Hauptamtlichen dafür verantwortlich, das stellt ja auch eine gewisse Erleichterung dar.“

Zwei Laienhelfer betonen abschließend, daß für sie die Brücke eine „absolut prima Sache“ sei. Es gäbe vielleicht Dinge, die man selber anders machen würde, aber bei der Größe der Einrichtung und der Vielzahl der beteiligten Mitarbeiter, Laienhelfer und Besucher sei es eben auch nicht immer ganz einfach, Lösungen zu finden, die allen Beteiligten gefallen würden.

5.4 Befragung der ausgeschiedenen Laienhelfer

Von insgesamt neun Laienhelfern, die zwischen Ende des Jahres 1982 und Anfang des Jahres 1985 aus der Brücke ausgeschieden waren, konnten fünf Laienhelfer telefonisch erreicht und über die Gründe ihres Ausscheidens befragt werden. Im folgenden sind die Äußerungen dieser Laienhelfer wiedergegeben, um einen Eindruck von den Beweggründen beim Ausscheiden und von den Erwartungen wiederzugeben.

5.4.1 Die Gründe für das Ausscheiden

Als Grund für das Ausscheiden gaben zwei Laienhelfer rein persönliche Gründe (gesundheitlich oder beruflich), die drei anderen Enttäuschung über ihre Tätigkeit in der Brücke an. Zwei von ihnen, die hauptsächlich im Clubbereich einige Zeit tätig gewesen waren, hielten diese Tätigkeit für nicht besonders sinnvoll: „Ich war nicht zufrieden mit Kaffeekochen und nur Dabeisitzen, das war mir zu wenig. Ich kam mir vor wie jemand, dem es gut geht, und der seine Freundlichkeit unter die Leute streut.“ oder „Ich fand es nicht gut, daß wir die Bedienung gemacht haben, das hätte man mehr mit Besuchern zusammen machen müssen, mehr die Verantwortung auf die Besucher übertragen.“

Diese Unzufriedenheit dieser Laienhelfer war zudem mit dem Eindruck gekoppelt, daß sie durch ihre Mitarbeit wenig bewirken könnten.

Der dritte Laienhelfer gab einerseits als Hauptgrund eine größere berufliche Anspannung an, andererseits beklagte er, daß da unterschiedliche Ansichten über die konzeptionelle Ausgestaltung der Arbeit zwischen Hauptamtlichen und Laienhelfern nicht ausgeräumt werden konnten, die ursächlich auf die Entwicklung der Brücke zurückgeführt werden.

„Die Laienhelfer haben keinen festen Arbeitsvertrag, man ist lieb und nett zueinander, Konflikte wurden nicht offen ausgetragen. Viele Dinge wurden besprochen, es wurde gesagt, wir werden versuchen, das unterzubringen. Weiterhin geschah dann nichts.“

„Mit dem Größerwerden der Brücke hat sich ihr Konzept „gemeindenaher Psychiatrie“ in Frage gestellt. Ich fände kleinere Einheiten besser, die Aufblähung der Brücke hätte verhindert werden müssen, dies führt zu patientenferner Arbeit. Vielleicht hätte man lieber andere Bereiche an andere Träger abgeben sollen, das Gründen neuer Vereine fördern sollen. Mir scheint die Arbeit nicht mehr so sinnvoll zu sein, auch wenn jetzt mehr Klienten dort betreut werden. Ich bin traurig, wenn ich alte Besucher treffe, die sagen, ‚ich gehe da zwar hin, aber es ist nicht mehr so schön, alle haben keine Zeit, ich gehe eigentlich nur noch hin, weil ich nichts anderes weiß.‘

Dieser Laienhelfer wurde an dieser Stelle so ausführlich zitiert, da er durch seine Mitarbeit in verschiedenen Bereichen der Einrichtung über längere Zeit einen guten Einblick in die alte und neue Brücke erhielt.

5.4.2 Erwartungen an die Tätigkeit als Laienhelfer

Auf die Frage nach ihren Erwartungen als Laienhelfer kamen ähnliche Antworten wie bei den in der Einrichtung verbliebenen Laienhelfern. So wurde geantwortet, daß man „ein wenig anderen und sich helfen wollte“, daß man in seiner Freizeit etwas Sinnvolles tun möchte.

Als Gründe, wieder in der Brücke als Laienhelfer anzufangen, gaben die beiden, die aus persönlichen Gründen ausgeschieden waren, an, daß sie bei besserer Gesundheit bzw. mehr Zeit wieder in der Brücke anfangen würden. Die drei anderen Laienhelfer müßten den Eindruck haben, wirklich gebraucht zu werden oder für einen ganz bestimmten Aufgabenbereich zuständig zu sein.

5.5 Zusammenfassung

Im folgenden wollen wir versuchen, die Ergebnisse der Laienhelferbefragung zusammenzufassen, indem wir eine Reihe von Empfehlungen für die Einsatzmöglichkeiten von Laienhelfern in einer sozialpsychiatrischen Einrichtung wie der „Brücke“ skizzieren und die Grenzen der Laienhilfe darstellen. Anschließend sollen einige Thesen speziell zur Diskussion über die Laienhilfe in der Brücke formuliert werden.

5.5.1 Empfehlungen für die Tätigkeit von Laienhelfern in einer sozialpsychiatrischen Einrichtung

1. Der zeitliche Aufwand ihrer Tätigkeit sollte ein bestimmtes Stundenlimit pro Woche nicht überschreiten.

Die Laienhelfer in der Brücke, die pro Woche 10 Stunden und mehr aufwandten, fühlten sich überfordert und äußerten das Bedürfnis nach mehr Distanz.

2. Es sollte ein regelmäßiges Engagement möglich sein.

Die Laienhelfer, die nur selten in die Einrichtung kamen, konnten keinen Einstieg finden, bekamen weder einen richtigen Kontakt zu den Besuchern noch zu den hauptamtlichen Mitarbeitern. Der Aufbau, die Arbeitsweise und die Struktur der Einrichtung bleiben ihnen unklar. Für solche Laienhelfer ist es schwierig, überhaupt ein Arbeitsgebiet für sich zu entdecken, in dem ihre Mithilfe auch nützlich ist.

3. Die Laienhelfer sollten einen eigenständigen und überschaubaren Tätigkeitsbereich für sich haben, der ihren Interessen und Fähigkeiten entspricht.

In der Brücke ist das für den einen die kleine Hobbygruppe mit wenigen Besuchern, für den anderen ist es der Clubnachmittag, wo sie konkret etwas für die Besucher tun können, für den dritten Laienhelfer sind es die Aktivitäten mit Besuchern außerhalb der Brücke.

Die Organisation und Verantwortung sollte in diesem Bereich von den Laienhelfern übernommen werden. Sie sollten jedoch spüren, daß sie sich jederzeit auf die Hilfe und die Unterstützung der Hauptamtlichen verlassen können.

4. Die Hilfe der Laienhelfer muß freiwillig bleiben, sie dürfen nicht „in die Pflicht“ genommen werden, wenn Freude und Spontaneität ihrer Tätigkeit erhalten bleiben soll. Eine Überforderung durch die Übertragung von therapeutischen oder übergeordneten (z. B. Kooperation mit anderen Einrichtungen) Aufgaben ist auf jeden Fall zu vermeiden.
5. Sind auch die Laienhelfer in einer Einrichtung in ihren Persönlichkeiten, Alter, sozialer Herkunft und Interessen sehr heterogen zusammengesetzt, gilt es besonders, eine Vereinzelung der Laienhelfer zu vermeiden. Das „Wir“-Gefühl innerhalb einer Gruppe von Laienhelfern befriedigt das Bedürfnis nach Kontakt und Geselligkeit, unterstützt den Aufbau eines gesunden Selbstverständnisses und -bewußtseins als eigenständige und einflußnehmende Kraft und weist dem einzelnen Laienhelfer einen bestimmten – „seinen“ – Platz in der Einrichtung zu.
6. Laienhelfer brauchen Anleitung, Fortbildung innerhalb der Einrichtung in einer festen, sich kontinuierlich treffenden Gruppe. Auch Kontakte nach „draußen“ zu anderen Einrichtungen und die Teilnahme an Seminaren sind wichtig. Dies soll nicht dazu dienen, aus ihnen „kleine Therapeuten“ zu machen, sondern ihnen die Möglichkeit geben, sich während und begleitend zur Tätigkeit weiterzuentwickeln und etwas dazuzulernen. Wie *Schöck* (1981) schreibt, sind beide Extreme „Minitherapeut“ versus „naive Laienhilfe“ fragwürdig. Laienhelfer bringen zwar qualitativ andere Kompetenzen und Möglichkeiten in ihre Arbeit mit psychisch Kranken als Professionelle ein. Es gilt, dieses qualitativ Andere zu sehen und bewußt neben dem Professionellen zu fördern.

Nach *Kluge* (1981) ist Supervision für Laienhelfer, „je nach dem, was gemacht wird“, „unumgänglich, z. B. bei individueller Betreuung.“

7. In der Zusammenarbeit mit Hauptamtlichen ist zu beachten, daß Laienhelfer in problematischen Situationen Hilfe von Hauptamtlichen anfordern können. Die Hauptamtlichen sollten die Laienhelfer als eigenständige Gruppe in der Einrichtung ansehen und sie nicht als „Notpfropfen“ für „übriggebliebene“ Tätigkeiten mißbrauchen.
8. Hauptamtliche sollten den Laienhelfern einerseits Raum lassen, eigene Interessen und Vorstellungen über die Tätigkeit zu entwickeln, sie ander-

rerseits aber nicht ohne Anleitung und Unterstützung lassen. Dabei sind vor allem die individuellen persönlichen Unterschiede der Laienhelfer, z. B. in ihren Motiven, zu berücksichtigen.

9. Ein wichtiger Punkt ist die Informationsweitergabe an Laienhelfer. Die Hauptamtlichen haben meist den Hauptzugang zu den Informationen und sind von daher immer wieder neu gefordert, diese an die Laienhelfer weiterzugeben. Die Klage über fehlende Informationen von Seiten der Laienhelfer könnte natürlich noch andere Gesichtspunkte enthalten, wie z. B. die Suche nach mehr Kontakt oder das Gefühl von Machtlosigkeit und Alleingelassensein.
10. In einer sozialpsychiatrischen Einrichtung wie der Brücke haben sich folgende Tätigkeitsbereiche der Laienhelfer bewährt, die sie überwiegend *ergänzend* zu den Hilfen der Hauptamtlichen anbieten können:
 - a) Gestaltung von Clubnachmittagen
 - b) Hobbygruppen
 - c) Einzelbetreuung
 - d) Aktivitäten mit Besuchern außerhalb der Einrichtung
 - e) Feste, Urlaubsfahrten etc.
 - f) Klinikbesuche
 - g) Vorstandsarbeit
11. Unterstützen können die Laienhelfer die hauptamtlichen Mitarbeiter:
 - a) in Einzelfällen bei der Krisenintervention
 - b) bei der Durchführung von therapeutischen Gesprächen
 - c) bei sozialen Hilfen für einzelne Besucher.
12. Nicht übernehmen können Laienhelfer:
 - a) therapeutische Aufgaben im engeren Sinne
 - b) Kriseninterventionen im engeren Sinne
 - c) Gewährleistung einer kontinuierlichen Erreichbarkeit, z. B. tägliche Öffnungszeiten innerhalb der Einrichtung
 - d) Kooperationsaufgaben mit anderen Einrichtungen
 - e) konkrete soziale Beratung und Hilfe (z. B. nach BSHG)
 - f) Aufgaben, die die Einrichtung als Ganzes betreffen: wie Organisatorisches, Verwaltung, Planung, Finanzierung, etc.

Über die Grenzen der Laienhilfe soll abschließend noch einmal in einem eigenen Punkt Stellung genommen werden.

5.5.2 Grenzen der Laienhilfe

In letzter Zeit wird von Politikern vermehrt auf „Gestaltungsprinzipien der Sozialpolitik“ wie Selbsthilfe, ehrenamtliche Hilfe und das Subsidiaritätsprinzip verwiesen (s. Schuster, 1985). Mit der Argumentation, daß die sozialen Leistungen des Staates nicht länger bezahlbar seien, wird eine Rückbesinnung auf traditionelle Werte wie Nachbarschafts-, Selbst- und ehrenamtliche Hilfe gefordert. So Frau Schuster: „Die Selbsthilfearbeit ist eine spürbare und notwendige Alternative zum Wohlfahrtsstaat.“

Obwohl von den verschiedensten Seiten darauf hingewiesen wird, daß Selbsthilfe und ehrenamtliche Hilfe (s. z. B. Tagungsbericht Paritätisches Bildungswerk, 1985) immer nur *komplementär* seien und keine professionelle Hilfe ersetzen können, muß doch sehr sorgfältig darauf geachtet werden, daß die Diskussion um mehr Menschlichkeit und Nächstenliebe im Gesundheitswesen nicht zur Legitimation eines Abbaus von Sozialleistungen benutzt wird. Ein solches Zurückziehen des Staates aus der Verantwortung trifft zuerst benachteiligte Randgruppen, wie sie z. B. chronisch psychisch kranke Menschen darstellen.

Auch in der ambulanten psychiatrischen Versorgung von Personen mit chronischen Psychosen können Laienhelfer nicht als Ersatz für bezahlte Fachkräfte eingesetzt werden. Die Erfahrungen der Brücke haben gezeigt, daß – solange es lediglich Clubnachmittage und wenige Besucher gab – Laienhelfer mit etwas professioneller Hilfe in der Lage sind, diese Aufgabe durchzuführen. Sobald aber die Angebote sich – dem Bedarf entsprechend – ausweiten in Richtung auf Tagesstätte, Beratungsstelle, Betreuung im beschützten Wohnen, war zur Gewährleistung von Kontinuität, Koordination und Effektivität der Hilfsangebote sowie zur Verhinderung einer Überforderung der Laienhelfer die Anstellung von hauptamtlichen Fachkräften dringend erforderlich. Die Aufgabenstellung der Brücke, sich um die Nachsorge von Menschen mit chronischen Psychosen im Lübecker Raum zu kümmern, bedeutet eine enorme Verpflichtung, die dem Prinzip der Freiwilligkeit von Laienhilfe konträr entgegensteht.

Öffentlichkeitsarbeit, Kooperation mit anderen Einrichtungen der Region, Verhandlungen mit potentiellen Kostenträgern, Planung und Organisation sind weitere Aufgaben, die nur von Hauptamtlichen erfüllt werden können.

In der Betreuung psychisch kranker Personen können täglich schwierige Probleme und Krisen auftreten, die therapeutische und sozial kompetente Hilfen erforderlich machen. In einer Tagesstätte oder in einem Club geht es eben nicht „nur“ um die Strukturierung des Tages. Hier gehen die Erfahrun-

gen der inzwischen erprobten Tagesstätten über die Vorstellungen der Psychiatrie-Enquête (*Bericht* 1975) hinaus. Dort wird den Tagesstätten lediglich ein „sinnvoll strukturiertes Angebot“ von „Tätigkeit, Spiel und Erholung“ zugeschrieben. Auch für die Koordination der Arbeitsbereiche von Laienhelfern und Fachkräften sowie die Werbung und Anleitung von Laienhelfern sind hauptamtliche Mitarbeiter unentbehrlich.

Wie die Erfahrungen im Tageszentrum Bonn *Holler* und *Ysker* 1985 gezeigt haben, ist die Arbeit in einem solchen Zentrum nicht durch Laienhelfer zu leisten. Dies kann durch die inzwischen 12-jährigen Erfahrungen der Brücke untermauert werden. In Bonn, ebenfalls in einem Projekt des Modellverbundes „ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung“ des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit, scheiterte der Versuch, ein Tageszentrum für chronisch psychisch kranke Menschen mit Hilfe von nur einem hauptamtlichen Mitarbeiter und ansonsten ausschließlich Laienhelfern aufzubauen.

Laienhelfer können in einer solchen Einrichtung außerordentlich wichtige Partner der Hauptamtlichen darstellen. Sie decken in der Regel jedoch ergänzende Tätigkeitsbereiche ab, die durch ein stabiles Gerüst von professioneller Hilfe* gehalten werden müssen. In den Leitlinien der Beraterkommission im Modellprogramm Psychiatrie (*Prognos* 1985) wird empfohlen, daß „Tagesangebote... so weit wie möglich von den Benutzern und von Laienhelfern gestaltet werden“ sollten (s. S. 41 ebenda). Es sollte hinzugefügt werden, daß in der Regel bei Tagesangeboten die Zusammenarbeit mit Professionellen notwendig ist. Diese müssen ja oft erst die Bedingungen schaffen, damit Nutzer – vor allem aus benachteiligten Gruppen – überhaupt die Chance erhalten, „mitzugestalten“. Hierzu soll noch einmal *Hampel* (1985) zitiert werden: „Selbsthilfe darf kein Ersatz für Fremdhilfe sein, weil das bloße Setzen auf die Selbsthilfe der Bürger deren sozial unterschiedliche Selbsthilfe-Fähigkeit und -Willigkeit übergeht und damit möglicherweise die soziale Ungerechtigkeit verschärft.“

5.5.3 Thesen zur Laienhilfe in der Brücke

Obwohl die meisten aktiven Laienhelfer insgesamt recht zufrieden mit ihrer Tätigkeit in der Brücke sind – dies wird ja auch an ihrem zum Teil schon jahrelangen Engagement deutlich – erscheinen doch einige Punkte diskussionswürdig:

* Über die multiprofessionelle Zusammensetzung der hauptamtlichen Mitarbeiter sollen an dieser Stelle keine Aussagen gemacht werden.

1. Die Laienhelfer scheinen zur Zeit der Befragung nur sehr wenig Identität und Selbstbewußtsein in ihrer Rolle und Funktion in der Brücke zu besitzen. Ein Zusammengehörigkeitsgefühl in einer Gruppe, die auch Einfluß nehmen kann, gibt es nicht. Der „Faktor Laienhilfe“, wie einer von ihnen das ausdrückte, ist den meisten Laienhelfern möglicherweise genauso wenig bewußt, wie sie es zum Teil den Hauptamtlichen vorwerfen. Dementsprechend hat auch die Hälfte der Laienhelfer nicht den Eindruck, auf die Belange der Brücke Einfluß nehmen zu können.
2. Fast die Hälfte der befragten aktiven Laienhelfer hat schon einmal daran gedacht, „auszusteigen“. Gründe dafür waren in erster Linie das Gefühl der Überforderung und das Gefühl, alleingelassen zu sein. Letzteres wurde häufig über die erste Zeit als Laienhelfer berichtet.
3. Die Laienhelfer wünschen sich, besonders stark in der ersten Zeit, aber auch darüber hinaus, eine kontinuierliche Anleitung und Fortbildungsmöglichkeiten.
Zum Zeitpunkt der Befragung hatten jedoch 11 von 16 aktiven Laienhelfern keine Anleitung.
4. Eine Zusammenarbeit zwischen Hauptamtlichen und Laienhelfern findet eher zufällig, „nebenbei“ statt. Nur 2 Laienhelfer nannten die Laienhelfertreffen und die Vorstandssitzungen als Forum, auf dem Fragen der Zusammenarbeit besprochen werden können.
Eine Reihe von Laienhelfern wünschen sich von den Hauptamtlichen mehr Information und daß man sie an den Geschehnissen der Brücke mehr teilnehmen läßt.
5. Ähnlich wie bei der Besucherbefragung (s. Kap. 3.3) fühlen sich einige Laienhelfer im neuen Speicher nicht wohl. Kritisiert werden die Größe und die Organisation in der Engelsgrube. Möglicherweise hängen damit die Schwierigkeiten einiger Laienhelfer zusammen, für sich ein überschaubares Tätigkeitsfeld zu entdecken, in dem ihre Hilfe nützlich sein kann.
6. An konkreten Änderungsvorschlägen für die Betreuung von Besuchern wurden geäußert:
 - a) mehr die Einzelbetreuung für die Besucher, eventuell Übernahme von Patenschaften, und
 - b) das eigene Engagement der Besucher zu fördern.

6. Über den Umgang mit Krisen

Der Erprobungsauftrag an die Brücke schließt auch die sogenannte „Krisenintervention“ ein (s. Erprobungsfrage im Kap. II.1). Da die Begriffe „Krise“ und „Krisenintervention“ gerade bezogen auf psychisch kranke Menschen in letzter Zeit zwar immer häufiger gebraucht werden, über ihren Inhalt jedoch recht unterschiedliche Auffassungen existieren, soll in diesem Abschnitt versucht werden, eine kurze Einführung in dieses Thema zu geben. Anschließend stellen wir dar, was die Mitarbeiter von Tageszentrum und Tagesklinik unter Krisen verstehen, wie sie auf solche aufmerksam werden, welche „typischen“ Krisen es in den beiden Arbeitsbereichen gibt und wie sie damit umgehen. Über die Vorteile, die sich beim Umgang mit Krisen durch das Zusammensein unter einem Dach ergeben, soll abschließend eingegangen werden. Diese Abschnitte sind das Ergebnis teilnehmender Beobachtung vor Ort sowie von mehreren Teamdiskussionen, die sowohl im Tageszentrums- als auch Tagesklinikteam zum Thema „Krise und Krisenintervention“ unter Leitung der wissenschaftlichen Begleitung geführt wurden.

Um deutlich zu machen, daß es hier um einen Umgang mit Krisen bei dem schon betreuten Klientel geht und nicht z. B. um einen Kriseninterventionsdienst für die Stadt Lübeck oder für alle psychisch Kranken Lübecks, wäre vielleicht der Begriff „Krisenmanagement“ anstelle von -Intervention sinnvoller. Wir haben uns trotzdem entschlossen, den Begriff „Intervention“ zu verwenden, da gerade die Verbform „intervenieren“ uns angemessener erschien als „managen“.

6.1 Einführende Bemerkungen zu „Krise“ und „Krisenintervention“ bei psychisch Kranken

Krise wird nach *Caplan* (1964) definiert als die Konfrontation eines Individuums mit einer problematischen Situation, in der seine üblichen Problemlösungsstrategien und Hilfsmöglichkeiten für eine Bewältigung nicht ausreichen. Nach der Psychiatrie-Enquête lassen sich Krisen als zeitlich begrenzte Ausnahmesituationen definieren, die dadurch ausgezeichnet sind, daß die gewohnten Reaktions-, Adaptions- und Abwehrmechanismen in Frage gestellt werden und deshalb mit einem erhöhten Risiko für psychische Störungen zu rechnen ist.

Während Krisen jeden Menschen auf seinem Lebensweg begleiten (Reifungs- und Entwicklungskrisen; Krisen, ausgelöst durch bestimmte Situationen wie Tod eines Angehörigen), und neben einem erhöhten Risiko von psychischen Störungen immer auch die Chance vermehrten psychischen Wachstums

durch ihre erfolgreiche Bewältigung in sich bergen (*Minsel et al., 1980*), werden Krisen im Bereich der Psychiatrie, oder besser gesagt, Krisen bei psychisch kranken Menschen, häufig als etwas ausschließlich Bedrohliches, potentiell Schädigendes angesehen, das es zu verhindern gilt. So definiert *Häfner (1978)* Krise als einen Zustand, der „sofortiges therapeutisches oder präventives Handeln – Krisenintervention oder Notfallversorgung genannt – erfordert.“ *Bick und Nouvertne (1984)* benennen solche Lebenskrisen, bei denen ihrer Meinung nach Hilfestellung angezeigt ist: schwere psychosoziale Krisen mit stark reaktivem Charakter, tiefe Lebenskonflikte, die zu einem Suicidversuch führen, seelische Notstände, ohne daß die Betroffenen deren Ursachen genau benennen könnten, aber auch – bei psychisch kranken Menschen – Zuspitzung des jeweiligen Krankheitsgeschehens, die psychotischen Krisen.

Psychisch kranke Menschen weisen eine besonders hohe Vulnerabilität auf, bei ihnen sind Krisen z. T. schon durch die Krankheit selbst „vorprogrammiert“. Wie zahlreiche Untersuchungen gezeigt haben (z. B. *Häfner 1978* für Mannheim, *Götte und Saleh 1981* für Berlin), stehen Menschen mit schizophrenen und anderen Psychosen als Notfallpatienten in Krisendiensten mit an erster Stelle.

Schizophrene sind in weit stärkerem Maße als die Normalbevölkerung suizidgefährdet, besonders nach der Entlassung aus der Klinik.

Die bei Psychosekranken stark erhöhte Krisenanfälligkeit wird von *Brenner (1978)* darauf zurückgeführt, daß gerade bei chronisch Schizophrenen ein optimales Erregungsniveau leicht verfehlt werden könne: drohe bei einem Mangel an sozialer Erregung In-sich-Zurückziehen und Apathie, könne es bei zu großer sozialer Beanspruchung zu Kommunikationsstörungen und einem Wiederaufflackern schizophrener Symptome kommen. Situative Belastungen erhielten so ein dementsprechend großes Gewicht und könnten im Sinne einer Krise zur erneuten psychotischen Erkrankung führen.

Wie *Gastager (1982)* beschreibt, bestand die althergebrachte Methode der „Intervention bei Krisen in Familie und Gesellschaft eigentlich nur in der Einweisung von Menschen mit störendem Verhalten in eine geschlossene Abteilung.“ Einhergehend mit den Bestrebungen um den Abbau der gemeindefernen psychiatrischen Großlandeskrankenhäuser und dem Aufbau von gemeindenahen ambulanten und komplementären Einrichtungen wuchs (in den USA nach Verabschiedung des Community Mental Health Act von 1963, in der BRD nach Diskussion um die Ergebnisse der Psychiatrie-Enquête) auch die Bedeutung von Krisenintervention. *Krisenintervention* ist nach Auffassung vieler Autoren, z. B. *Minsel et al. (1980)* in die Mental-Health-Bewegung einzugliedern und fällt schwerpunktmäßig dem Bereich primärer Prävention zu. Auch *Keupp und Rerrich (1982)* sowie *Gastager (1982)* sehen in präventiver Krisenintervention die Möglichkeit, stationäre Aufnahmen und die damit

verbundene Ausgrenzung aus den sozialen Bezügen soweit wie möglich zu vermeiden und eine Prophylaxe psychischer Erkrankungen zu betreiben. Während über solche allgemeinen Zielsetzungen von Krisenintervention noch weitgehend Übereinstimmung zu herrschen scheint, ist die inhaltliche Füllung des Begriffs „Krisenintervention“ außerordentlich schwierig und, worauf *Friessem* (1979) hinweist, abhängig sowohl vom jeweils zugrundegelegten Krisen- als auch Krankheitsverständnis. Ein Beispiel mag dies illustrieren.

Bochnik und Richtberg (1978) beschränken ihren Krisenbegriff auf „jene lebensgeschichtlichen Entscheidungs- und Wendepunkte, die zu ärztlichem Handeln auffordern“.

Auch *Häfner* (1978) bezeichnet Krisenintervention als einen programmatischen Begriff, der, „nicht eindeutig definiert, von verschiedenen Gruppen unterschiedlich ausgelegt, eine neue Art von Denken und Handeln anregen will“. *Bick und Nouvertne* (1984) haben sich aus diesem Grund entschlossen, für ihre Arbeit einen neuen Begriff, die „Notfallhilfe“ einzuführen. Sie sind der Auffassung, daß Krisenintervention eben nicht nur die Entgiftung, Beratung und Behandlung von Suicidenten umfaßt, sondern sie fassen darunter alle Hilfeleistungen zusammen, die notwendig sind, um einen Menschen in einer Lebenskrise Hilfestellung zu geben.

Bei der Unklarheit darüber, was eigentlich unter Krisenintervention zu verstehen ist, und wie man die Unterstützung in Krisen eigentlich nennen soll – neben Krisenintervention und Notfallhilfe gibt es noch eine Reihe anderer Begriffe wie z. B. Krisenmanagement, Krisenberatung, Krisentherapie – ist es nicht verwunderlich, daß sowohl die Organisationsform von Krisenintervention als auch deren Vorgehen im einzelnen umstritten ist.

Geht man von den Ergebnissen einer Untersuchung von *Engelmeier* (1978) in Essen aus, zeigt sich, daß ein Großteil von Hilfen (64%), die durch Persönlichkeitskrisen mobilisiert werden, am Ort der Krise, im „individuellen Solidarbereich“, individuell, informell und unregistriert, v. a. von Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn und Kollegen geleistet wird. 32% der Hilfen erfolgten in Institutionen „erster Linie“ wie Arztpraxen, Beratungsstellen, Krankenhäusern, Ämtern und nur 4% der Hilfen fanden in psychiatrischen Kliniken statt: „Die Spitze des Eisbergs“ wie *Engelmeier* es nennt.

So faßte auch *Haase* (1978) die Ergebnisse eines Psychiatrie-Symposiums zum Thema „Krisenintervention in der Psychiatrie“ mit den Worten zusammen, daß in „den weitaus meisten Fällen, in denen Menschen ihr inneres Gleichgewicht im Sinne einer Krise verlieren und auf Hilfe und Behandlung angewiesen sind, diese Kriseninterventionen außerhalb der Psychiatrie stattfinden.“ Nach *Häfner* ist die Kompetenz der Psychiatrie im Rahmen der

stationären Intervention „in der Regel durch die unmittelbare Gefährdung des Lebens, der körperlichen oder der psychischen Gesundheit des Betroffenen oder seiner Umgebung begründet.“ Die Kompetenz im ambulanten Bereich sei jedoch viel schwieriger zu definieren, vor allem aufgrund des uneinheitlich verwendeten Krisenbegriffes. *Bick* und *Nouvertne* (1984) versuchen ebenfalls eine Indikationsstellung vorzunehmen. Danach ist stationäre Notfallhilfe dann gefragt, „wenn eine starr medizinisch orientierte und überwachte Kontrolle notwendig ist, z. B. in der Entgiftungsphase nach einem Suicidversuch“. „Ambulante Notfallhilfe meint die Bereitstellung von Hilfsangeboten und Hilfsmöglichkeiten, um eine Krise außerhalb von klinischen Institutionen abfangen zu können.“

Wie soll nun Krisenintervention bei psychisch Kranken, bei denen die Hilfen des individuellen Solidarbereiches nicht mehr ausreichend sind, eine stationäre Unterbringung jedoch (noch) nicht notwendig ist, aussehen?

Folgende allgemeine Prinzipien für Kriseninterventionsprogramme in der Gemeinde sind, entsprechend den Anforderungen an gemeindenah ambulante Versorgung überhaupt, allgemein anerkannt:

1. Nähe zur Gemeinde und überschaubare Versorgungsgebiete
2. Therapeutische Kontinuität und Kette
3. Sofortige Verfügbarkeit der Versorgungsdienste
4. Mobilität der Versorgungseinrichtung
5. Arbeit in einem multiprofessionellen Team
6. Verflechtung mit bereits bestehenden Einrichtungen der psychosozialen Versorgung
7. Einbeziehung der natürlichen Hilfspotentiale (s. z. B. *Haase*, 1978; *Häfner*, 1978; *Minsel* et al., 1980).

Über die konkreten Organisationsformen einer solchen Krisenintervention gibt es jedoch sehr unterschiedliche Vorstellungen.

Eher die Ausnahme bleiben werden nach *Häfner* (1978) wohl selbständige psychiatrische Krisenzentren, die v. a. in Gebieten unzureichender Versorgung in Frage kämen. So berichtet auch *Gastager* aus Salzburg (1982), daß dort eine Kriseninterventionsstelle v. a. aus dem Grund eingerichtet wurde, daß es außerhalb der Landesnervenklinik sonst keinerlei Beratungsstellen gab.

Während *Häfner* und *Haase* (1978) die Einrichtung von psychiatrischen Intensivstationen, Notfallstationen und Ambulanzen, angebunden an psychiatrische Kliniken, fordern, halten z. B. *Keupp* und *Rerrich* (1982) Krisenintervention als vorrangige Aufgabe der ambulanten sozialpsychiatrischen Ein-

richtungen. *Bick* und *Nouvertne* (1984) haben kürzlich ihre Erfahrungen beim Umgang mit psychotischen Krisen beschrieben und bezüglich der Organisation von Krisenintervention einen Forderungskatalog aufgestellt.

Sie verweisen auf die Erfahrung, daß gerade Menschen, die bereits in eine akute psychotische Krise geraten sind, auf ambulantem Weg kaum geholfen werden kann und daß dann fast immer der stationäre Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik oder Abteilung notwendig wird. Sie lehnen aus diesem Grund jede Art von reinem Krisendienst – sei dieser dem ambulanten oder stationärem Bereich zugehörig – ab. Dieser Spezialdienst könne die Betroffenen sowieso nur noch in die stationäre Behandlung einweisen. Sie fordern stattdessen das Vorhandensein einer ambulanten Basisversorgung als Voraussetzung dafür, „daß ambulante Notfallhilfe nicht nur reaktiv auf eine Krise tätig wird, sondern auch schon präventiv im Vorstadium von Krisensituationen tätig werden kann“.

Für einen solchen ambulanten Basisdienst, innerhalb dessen auch eine so verstandene präventive Notfallhilfe möglich ist, fordern *Bick* und *Nouvertne*:

1. daß er eine hohe Mobilität („Geh-Struktur“) aufweist, die es erlaubt, betroffene Menschen zu Hause, in ihrem sozialen Umfeld aufzusuchen,
2. daß er komplementäre Angebote in Form von Clubs und offener Arbeit zur Verfügung hat, die als ständige Anlauforte benutzt werden können,
3. daß er mit einem Bereitschaftsdienst rund um die Uhr zur Verfügung steht,
4. daß er die Möglichkeit bereithält, den Betroffenen für eine begrenzte Zeit aus dem Spannungsfeld herauszunehmen (Bereithalten von Krisenbetten) und zwar in einer möglichst vertrauten und beschützenden Umgebung.

Sie gehen sogar davon aus, „daß, wenn einer dieser Punkte als nicht gegeben erscheint, eine ambulante Notfallhilfe nicht möglich ist, sondern lediglich Zubringerdienst für die jeweilige stationäre Einrichtung sein kann“. Und weiter: „Ambulante Notfallhilfe sollte ja in der Regel gerade darin bestehen, daß durch ein dichtes ambulantes Versorgungssystem, das eine hohe persönliche Kontinuität aufweist, Krisen relativ frühzeitig erkannt, abgefangen und durch Kooperation der verschiedenen Dienste bewältigt werden können.“

6.2 Krisen und Krisenintervention in Tagesstätte/Club und Beschütztes Wohnen der „Brücke“

6.2.1 Umgang mit Krisen

Eine Krise wird von den Mitarbeitern als Verhaltensänderung des Besuchers wahrgenommen. Es ist dann nur durch ein persönliches Gespräch zu entscheiden, ob eine Krise vorliegt und Hilfe nötig ist. Hier ermöglicht die

Kontinuität der Betreuung innerhalb der verschiedenen Angebote sowie die enge Zusammenarbeit und der Erfahrungsaustausch in einem Team meist ein frühes Erkennen von „Warnsignalen“, die auf eine mögliche Wiedererkrankung oder Verschlechterung des Zustandes hinweisen. Dabei hilft es den Mitarbeitern, daß sie viele Besucher seit Jahren kennen und sie zum Teil schon durch frühere Krisen begleitet haben. Erleichternd ist es, daß die Besucher in der Regel selbst auf die Krise aufmerksam machen, Mitarbeiter ansprechen oder anrufen und manchmal auch von sich aus den Wunsch äußern, in eine Klinik zu gehen.

Eine Besucherin, der es seit einigen Tagen sehr schlecht ging, saß eines Tages in der Diele der Brücke mit gepacktem Koffer und äußerte den Wunsch, in die Klinik gebracht zu werden.

Oft kommt es auch vor, daß andere Besucher die Mitarbeiter auf jemanden aufmerksam machen. Dies ist besonders wichtig bei solchen Besuchern, die nicht (mehr) in die Brücke kommen. Bei der großen Anzahl betreuter Besucher und der unterschiedlichen Inanspruchnahme der Brücke wäre es den Mitarbeitern unmöglich, bei allen Besuchern, die nicht kommen, nachzuforschen, was der Grund für das Wegbleiben sein mag (hier ist die Situation z. B. grundlegend anders als in der Tagesklinik). Das Verantwortungsgefühl der Besucher füreinander stellt hier ein wichtiges ergänzendes Selbsthilfe-Potential dar, das schon Leben gerettet hat.

Ein Besucher rief in der Brücke an und machte sich Sorgen um einen Freund. Er habe am Telefon so eigenartig gesprochen, seit ein paar Stunden ginge er überhaupt nicht mehr ans Telefon. Ein Mitarbeiter fuhr sofort in dessen Wohnung und fand ihn mit einer Überdosis Tabletten kurz vor dem Koma. Mit Notarzt auf die Intensivstation gebracht, konnte der Mann gerettet werden.

Auch die Laienhelfer haben in der Erkennung von Krisen eine wichtige Unterstützungsfunktion. Dadurch, daß mancher Besucher zu einem Laienhelfer ein vertrauensvolleres und engeres Verhältnis hat als zu einem hauptamtlichen Mitarbeiter, sind diese in schwierigen Situationen oft auch erste Ansprechpartner.

6.2.2 Auslösende Faktoren

sind häufig psychisch oder sozial stark belastende Situationen wie Tod eines Angehörigen, Trennung von einem Partner, Veränderungen in der Wohnumgebung, z. B. bei dem Zusammenziehen mit einem neuen Partner. Dieser letzte Punkt ist recht bedeutsam, da viele Besucher große Schwierigkeiten haben, auf Dauer eine Wohnung zu finden, in der sie sich wohlfühlen sowie

einen oder mehrere Wohnpartner, mit denen sie sich gut verstehen. Folge davon ist ein ständiges „Umzugskarussell“, was für die Betroffenen belastend ist.

Darüber hinaus werden häufig sogenannte finanzielle Krisen beobachtet, wo Besucher durch finanzielle Not in eine Krise geraten oder sogar – ohne eigentlich eine „richtige“ Krise zu haben – keinen anderen Ausweg mehr sehen, als in die Klinik zu gehen.

Ein Besucher hatte schon Anfang des Monats kein Geld mehr. Seine Sozialhilfe hatte er ausgegeben. Er kam mit einem Einweisungsschein seines Nervenarztes für das Landeskrankenhaus in die Brücke mit den Worten: „Ich muß nach Neustadt!“

Die Armut vieler Besucher trägt nicht unwesentlich dazu bei, daß ihre – durch die Krankheit ohnehin schwierige Situation – weiter verschärft wird. Ein Besucher drückt es so aus: „Ich bin sowieso schon krank und dann hab ich nur so wenig Geld. Wenn ich mir wenigstens mal etwas Schönes kaufen oder einmal essen gehen könnte, dann ginge es mir schon besser.“ Bei manchen Besuchern scheint auch eine angespannte Familiensituation in Zusammenhang mit einem Rückfall zu stehen. Es ist dabei eine Wechselwirkung von emotionalem Überengagement der Angehörigen, sich Zurückziehen der Betroffenen, erstes Aufflackern von psychotischen Symptomen mit seltsamem, bizarrem Verhalten der Betroffenen, Nicht Verstehen-Können von Seiten der Angehörigen anzunehmen, wobei nicht zu erkennen ist, welcher Faktor dominiert bzw. als Auslöser fungiert. Die Erkenntnis solcher komplexen Prozesse, die zueinanderpassend sich entwickeln und nicht selten eskalieren, wurde durch die Angehörigenarbeit erleichtert und führte auf Mitarbeiter-Seite dazu, nicht mehr uneingeschränkt parteilich nur den Schilderungen und Wünschen der Besucher nachzugehen, sondern zu versuchen, das ganze (Familien-)System im Auge zu behalten und auch entsprechende Hilfen zu finden.

Mitunter werden Rückfälle beobachtet, nachdem ein Besucher seine Medikamente von sich aus abgesetzt hat. Zwar ist die recht große prophylaktische Wirkung einer Psychopharmakondauertherapie auch den meisten Besuchern bekannt. Trotzdem ist es für einige von ihnen – gerade auch bei oft erheblichen Nebenwirkungen – eine angsteinflößende Perspektive, das ganze Leben lang Psychopharmaka nehmen zu müssen. Deshalb versuchen es immer wieder einzelne, zum Teil auch ohne Absprache mit dem behandelnden Arzt, ihre Medikamente abzusetzen.

Manche Besucher scheinen ohne äußere Anlässe, rein krankheitsbedingt, in eine Krise zu geraten und erneut zu dekompensieren. Es ist jedoch anzuneh-

men, daß auch solche Rückfälle bei genauerer Erforschung der Umstände zumindest „verstehbar“ würden.

Abschließend wäre noch festzuhalten, daß es – vielleicht bis auf wenige Einzelfälle – praktisch keine Rückfälle gibt, die sich eindeutig auf bestimmte Faktoren zurückführen lassen. Da oft durch das Wiederaufflackern psychotischer Symptome viele Schwierigkeiten im sozialen Bereich erst entstehen, ist insgesamt eine Kreisbewegung – wie schon bei der familiären Situation beschrieben – anzunehmen, die sich aus den Komponenten psychischer Krankheit und psychosozialem Streß zusammensetzt.

6.2.3 Krisen in Tagesstätte, Club und Beschütztes Wohnen

Anders als in der Tagesklinik sind die meisten Besucher, die Angebote von Tagesstätte, Club oder Beschütztem Wohnen wahrnehmen, über einen längeren Zeitraum mit der Brücke verbunden und durchlaufen nicht eine „typische“ Behandlungsform. Es hängt in erster Linie von ihnen selbst ab, wieviel Zeit sie in der Brücke verbringen, an welchen Angeboten sie teilnehmen, wann sie kommen oder zuhause bleiben und wieviel Hilfe sie in Anspruch nehmen. Aus diesem Grund sind Gewöhnungs- und Ablösungskrisen, wie sie in der Tagesklinik beobachtet werden, nicht zu erkennen. Krisen scheinen mehr mit der individuellen Situation und Krankheit des jeweils Betroffenen zusammenzuhängen.

Gleichwohl sind Krisen im Tageszentrum ständig „auf der Tagesordnung“: allein an einem Stichtag im Juli 1985 befanden sich 20 der Brücke-Besucher in der Klinik*, und in dem Zeitraum von Januar bis Juli 1985 hatten ca. 15% der Besucher eine – meist psychotische – Krise durchlebt.

6.2.4 Krisen-Intervention

6.2.4.1 Verständnis von Kriseninterventionen

Darunter wird von den Mitarbeitern verstanden, den Betroffenen so zu unterstützen, daß er die Krise schneller oder komplikationsloser bewältigen kann.

Es wird nicht automatisch bei jeder Krise reagiert, sondern zunächst versucht, die Grenzen und die Eigenständigkeit des Besuchers zu respektieren und ihm die Chance zu lassen, die Krise eigenständig bewältigen zu können.

* 8 in der MHL, 12 im LKH Neustadt

Auf Seiten der Mitarbeiter zeigt sich in letzter Zeit eine Veränderung im Verständnis über den Umgang mit Krisen. Anfänglich mehr wie die Feuerwehr auf Krisensituationen reagierend, wollen sie sich heute mehr als Krisen„begleiter“ verstehen, deren Anspruch es nicht sein kann, jede Krise direkt aus der Welt schaffen zu müssen. Ziel ist es vielmehr, die Situation mit dem Besucher zusammen zu klären und ein gemeinsames Krisenmanagement zu planen. An einer finanziellen Notlage läßt sich dieses sich ändernde Verständnis ganz gut veranschaulichen:

„Wenn jemand kein Geld hat, kann man ihm natürlich etwas geben. Man kann aber auch sagen: ‚Gut, Du hast kein Geld, wie gehen wir mit der Situation um?‘“

Daß Krisen nicht nur etwas darstellen, was bereinigt werden muß, zeigt auch die Erfahrung, daß in Krisen zu einigen Besuchern der Zugang viel leichter ist. Diese zeigen in einer Krise manchmal auch Persönlichkeitszüge, die sie ansonsten unterdrücken, z. B. Schwäche. Andere Aspekte ihrer Persönlichkeit treten in einer Krise besonders verstärkt hervor. Durch die größere Aufgeschlossenheit der Besucher ist es dann besser möglich, mit ihnen in einen Kontakt zu treten, über problematische oder belastende Situationen zu sprechen, Bewältigungsstrategien gemeinsam zu erarbeiten und präventive Maßnahmen zu überlegen. Die Begleitumstände und Inhalte einer Krise sollten mit dem Besucher aufgearbeitet werden, um zukünftigen Krisen vorzubeugen.

6.2.4.2 Ablauf und Organisation von Krisenintervention

Wird eine Krisensituation so wahrgenommen, daß der Betroffene damit allein nicht fertigwerden kann, besteht der *erste Schritt* darin, sich einzumischen, d. h. den Betroffenen nicht allein zu lassen. Wann dieser Zeitpunkt gekommen ist, läßt sich allerdings gerade bei sogenannten „schleichenden“ Verschlechterungen des Zustandes über einen langen Zeitraum, bei denen eine dramatische Zuspitzung fehlt, oft schwer abschätzen.

Wie eben geschildert, wird eine Intervention in Gang gesetzt entweder durch den Betroffenen selbst, andere Besucher, Angehörige, Mitarbeiter oder durch Laienhelfer, die nicht selten auch selbst in die Krisenintervention einbezogen sind.

Eine Laienhelferin ließ über mehrere Tage hinweg eine sehr depressive selbstmordgefährdete Besucherin, die sie aus der Gesprächsgruppe kannte, bei sich zu Hause wohnen. Sie brachte sie zur Arbeit und holte sie dort abends wieder ab, fuhr mit ihr in die Klinik und besprach zusammen mit den behandelnden Ärzten die Situation. Es konnte eine Klinikeinweisung vermieden werden, die Besucherin konnte ihre Arbeit aufrecht erhalten.

Laienhelfer und andere Besucher sind oft am Beginn einer Krise erste Ansprechpartner. So versuchen Besucher sich untereinander zu stärken, Rat zu geben, sich zu Hause zu besuchen, unter Umständen auch in die Klinik zu begleiten. Wenn sich eine Krise jedoch verschlimmert, ist fast immer die Hilfe der hauptamtlichen Mitarbeiter gefragt. Dadurch, daß diese in einem Haus zusammenarbeiten und sich bei entstehenden oder zuspitzenden Krisensituationen schnell untereinander absprechen können, wird ihre Arbeit sehr erleichtert.

Manchmal entsteht die Notwendigkeit zur Krisenintervention auch durch die Belastung oder Gefährdung von Mitbetroffenen, z. B. anderen Besuchern. Hier sind die Rechte des Betroffenen und der Mitbetroffenen gegeneinander abzuwägen.

Ein Besucher wurde in einer psychotischen Krise zunehmend aggressiv, v. a. den weiblichen Mitbesucherinnen gegenüber. Anfangs noch beschränkt auf anzügliche Bemerkungen, wurde er schließlich handgreiflich. Nach einigen Vorfällen in der Diele wurde schließlich eine Klinikeinweisung veranlaßt. Es konnte im letzten Moment noch eine Zwangseinweisung verhindert und der Besucher von der Notwendigkeit eines Klinikaufenthaltes überzeugt werden.

Im *zweiten Schritt* versuchen die Mitarbeiter, gemeinsam mit dem Besucher die Situation zu analysieren und abzuschätzen, ob der Besucher die Krise ambulant – mit entsprechender Unterstützung – überstehen kann, oder ob es notwendig ist, sich um einen Platz in der Klinik zu bemühen. Obwohl es ein Ziel der Krisenintervention in der Brücke ist, Klinikeinweisungen soweit wie möglich zu vermeiden, bleibt oft keine andere Lösung, z. B. dann, wenn ein Besucher über kein soziales Bezugssystem verfügt, das ihn eine Zeitlang vermehrt stützen könnte.

Ist eine Klinikeinweisung nicht erforderlich, werden mit dem Besucher gemeinsam Maßnahmen überlegt, wie die Krise zu durchstehen ist. Beispielsweise begleitet ein Mitarbeiter den Besucher zu seinem Nervenarzt, sorgt dafür, daß eine medikamentöse Behandlung sichergestellt ist; sucht den Besucher – z. T. täglich – zu Hause auf, hilft ihm bei der Organisation des Haushaltes, kauft ein und spricht mit besorgten oder beunruhigten Angehörigen und Nachbarn.

Umfangreiche Kriseninterventionen außerhalb der Dienstzeit sind relativ selten. Zum einen nehmen die Besucher die Kriseninterventionsdienste anderer Einrichtungen in Anspruch (Telefonseelsorge, psychiatrische Poliklinik und Klinik der MUL) zum anderen reicht oft ein Telefongespräch mit einem Mitarbeiter zur momentanen Entlastung aus. Dann kann die Entscheidung

über notwendige Maßnahmen meist auf den nächsten Tag aufgeschoben werden.

Die Besucher haben jedoch die Gewißheit, auch außerhalb der Dienstzeit in Notfällen einen Mitarbeiter ihres Vertrauens erreichen zu können. Es gibt zwar keinen Bereitschaftsdienst, doch sind die Privat-Telefonnummern der Mitarbeiter über den Anrufbeantworter der Brücke zu erfahren.

Reicht in einem solchen Notfall ein Gespräch nicht aus, fährt der Mitarbeiter zu dem Betroffenen nach Hause und versucht, die Situation vor Ort zu klären. Im Einzelfall begleitet er ihn auch in die Klinik. Hier ist das Nicht-allein-gelassen-sein in der Aufnahmesituation der Klinik ein wichtiger Unterstützungsfaktor.

Kriseninterventionen werden dann erschwert, wenn die Einschätzungen über das Vorliegen einer Krise von Mitarbeitern und Betroffenen divergieren. In einigen Fällen konnte erst im letzten Moment eine Zwangseinweisung vermieden und dem Besucher klargemacht werden, daß es für ihn besser sei, freiwillig in die Klinik zu gehen. Bei dieser Verständigung über die notwendige Maßnahme hat es sich als hilfreich erwiesen, daß eine lange Beziehung zwischen betroffenem Besucher und Mitarbeiter besteht.

Das Wissen, daß sie in der Klinik nicht vergessen oder abgeschoben sind, sondern von den Mitarbeitern besucht werden, läßt vielen Besuchern einen eventuellen Klinikaufenthalt weniger abschreckend erscheinen, v. a., wenn es möglich ist, ein Bett in der Psychiatrischen Klinik der Medizinischen Universität Lübeck zu bekommen. Eine andere Situation ergibt sich bei einer Einweisung in das LKH Neustadt. Dort sind die Besucher recht weit von ihrem Wohnort entfernt, so daß sie zwangsläufig weniger Besuch von Mitarbeitern und anderen Besuchern und Freunden erhalten. Außerdem hat sich bei den Besuchern die Erfahrung breitgemacht, daß der Aufenthalt in Neustadt länger dauert.

Da manche Besucher schon bei kleineren Schwierigkeiten in die Klinik gehen wollen, überlegen die Mitarbeiter, ob sie nicht bei diesen Besuchern etwas stärker „gegensteuern“ sollten, d. h., sie etwas mehr darin zu unterstützen, eine schwierige Situation ohne Klinik weitgehend eigenständig durchzustehen.

6.2.5 Die Bedeutung der vorbeugenden Hilfen zur Vermeidung von Krisen

Einen besonderen Stellenwert nehmen in der Brücke die *vorbeugenden Hilfen* ein, die das Entstehen von Krisen vermeiden können: So haben Besucher mit Geld- oder auch z. B. Alkoholproblemen die Möglichkeit, sich in

der Brücke das Geld verwalten und tage- oder wochenweise auszahlen zu lassen. Tritt dennoch eine finanzielle Notlage ein, wird dem Besucher manchmal das Angebot gemacht, sich durch Hausarbeit etwas dazu zu verdienen; manchmal springt die Brücke auch mit kurzfristigen Darlehen ein. So sollen zumindest die rein finanziellen Krisen abgemildert und eine stationäre Aufnahme, die allein auf Geldnot zurückzuführen ist, vermieden werden.

Durch die vielfältigen Hilfen in den sozialen Angelegenheiten der Besucher: bei der Wohnungssuche, beim Stellen von Sozialhilfe-, Renten- und Wohngeldanträgen, bei der Wiederbemündigung, der Aufhebung von Pflegschaften, wird versucht, so weit wie möglich soziale Notlagen zu vermeiden und dem Besucher zumindest zu seinem rechtlich zustehenden Existenzminimum zu verhelfen.

Im Einzelgespräch und in den drei therapeutischen Gruppen gibt es die Möglichkeit, komplexere Probleme zu besprechen und Bewältigungsstrategien zu erarbeiten.

Nicht zu vergessen ist der präventive Aspekt der Gemeinschaft in der Brücke. Durch das Gefühl der Verbundenheit mit den anderen Besuchern, den Laienhelfern und Mitarbeitern, die ein Besucher durch die Teilnahme am Club oder in der Tagesstätte kennengelernt hat, und durch die Anteilnahme, die er von ihnen spürt, kann er sich ein wenig aufgehoben fühlen. Es ist zweifellos so, daß die Brücke einigen Besuchern die – nicht oder nicht mehr – vorhandene Familie ersetzt und zu einem wichtigen sozialen Unterstützungssystem geworden ist. Das Vorhandensein bzw. Fehlen eines solchen Unterstützungssystems – dies haben zahlreiche Untersuchungen gezeigt (in *Badura*, 1981) – hat einen maßgeblichen Einfluß auf die psychische Gesundheit eines Menschen. In diesem Zusammenhang wäre möglicherweise auch die Bedeutung des „Du“ im Tagesstätten- und Clubbereich zu sehen, das im Gegensatz z. B. zur Tagesklinik von den meisten als besonders wichtig für die Brückengemeinschaft angesehen wird. Andererseits ist zu überlegen, ob dieses Ersetzen des familiären Netzes durch ein institutionell geschaffenes nicht auch Risiken in sich birgt. Denkbar wäre auch ein modifizierter Ansatz, nämlich die vorhandenen Stützungssysteme in die Arbeit mit einzubeziehen oder diese neu aufzubauen.

6.2.6 Grenzen der Krisenintervention im Tageszentrum

In der Brücke gibt es keine Möglichkeit, jemanden, der in eine Krise geraten ist, der nicht mehr allein zuhause zurechtkommt, der vielleicht in der Krise seine Wohnung verloren hat, oder mit dem seine Angehörigen nicht mehr

zusammenleben können, zur Entlastung für eine kürzere Zeit unterzubringen. In solchen Fällen muß nach wie vor häufig auf eine Klinikeinweisung zurückgegriffen werden, obwohl der Betreffende mit entsprechender Unterstützung ansonsten die Krise auch ambulant überstehen – oder wie es im englischen Sprachgebrauch heißt („to survive“) überleben könnte.

Bei manchen Besuchern haben die Mitarbeiter den Eindruck, daß diese lediglich für ein paar Tage oder Wochen die „Nähe eines lieben Mitmenschen“ bräuchten, um eine Krise durchstehen zu können. Fehlt eine solche Bezugsperson, ist häufig eine Klinikeinweisung in Krisenzeiten nicht zu vermeiden. Die Brücke kann hier auch nicht – trotz ihres „Familien-Charakters“ – einen Partner ersetzen.

Ein zunehmend größer werdendes Problem stellt die Personalknappheit im Tageszentrum dar, die zum Teil daher rührt, daß für einen Teil der geleisteten Arbeit (v.a. die ambulante Betreuung) keine Kostenträger gefunden werden.

Es ist immer weniger möglich, präventiv zu arbeiten; immer häufiger werden Krisen zu spät bemerkt, und die Mitarbeiter können – wider besseren Wissens – dann doch wieder nur eine Feuerwehrfunktion ausüben.

Dabei wäre es wichtig, zu den Besuchern, auch wenn es ihnen gut geht, eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen. So berichtet eine Sozialarbeiterin:

„Wenn ich einen Besucher besuche, dem es relativ gut geht, ist unsere Beziehung gleichwertiger, da hat derjenige auch mehr Vertrauen in einer Krise. Bin ich immer nur dann aktiv, wenn es dem Besucher schlecht geht, entsteht ein ungleiches Verhältnis: „Du mußt mir helfen.“

Bei einer ständig wachsenden Besucherzahl – inzwischen sind ca. 150 Besucher in der Betreuung des Tageszentrums – und der weitgehend stagnierenden Mitarbeiterzahl (5 hauptamtliche Mitarbeiter) sind die Mitarbeiter zeitweise fast nur noch mit Krisenmanagement beschäftigt. Durch den Anspruch, sich als erstes um die Besucher zu kümmern, denen es schlecht geht, werden die Besucher vernachlässigt, denen es gerade gut geht. Auch die wichtige Arbeit *nach* einer Krise, die Aufarbeitung der dabei gemachten Erfahrungen, kommt einfach zu kurz. Eine andere Sozialarbeiterin formuliert:

„Man hat schon ein schlechtes Gewissen, wenn man mal einen Hausbesuch bei jemandem macht, dem es gut geht und keine Krisenintervention.“

Das Ausmaß dieses Ungleichgewichts wird deutlich, wenn man beispielhaft sich an eine Situation im Juli 1985 erinnert: 20 Besucher der Brücke waren in der Klinik, 12 im LKH Neustadt und 8 in der MUL. Weitere ca. 10 Besucher befanden sich außerhalb des Krankenhauses in einer akuten Krise und

beanspruchten praktisch die Gesamtarbeitszeit des Teams, das durch die Urlaubszeit noch reduziert war. An der Arbeitsbelastung der verbleibenden Mitarbeiter, die sich u. a. in ersten psychosomatischen Beschwerden und Selbstbeschuldigungen niederschlägt („Ich mache eine schlechte Arbeit“), wird inzwischen immer deutlicher, daß das Tageszentrum der Brücke mit den vorhandenen Kapazitäten überlastet ist.

Soll die Brücke nicht ein reines Kriseninterventionszentrum werden, ist es notwendig, daß wieder mehr Zeit und Energie für die stabilisierende und vorsorgende Betreuung aufgewendet werden kann. Kleinere Lösungen werden zur Zeit darüber erhofft, daß z. B. durch den im Gang befindlichen Aufbau einer über Pflegesätze zu finanzierenden Tagesstätte über die Gruppenangebote wieder mehr Besucher erreicht werden können.

Als weiterer wichtiger Schritt wird von den Mitarbeitern angesehen, sich gegen die Besucher besser abzugrenzen, nicht ständig für alle dasein zu wollen, zu lernen – so schwer das auch im Einzelfall ist – solche Menschen wegzuschicken bzw. an andere Organisationen weiterzuleiten, die nicht direkt zur Zielgruppe der Brücke gehören oder nicht aus Lübeck kommen.

Weitergehende Maßnahmen wären ein „Aufnahmestopp“ für neue Besucher, der auch von einigen Mitarbeitern angeregt wurde, jedoch nicht realisiert wurde. Eine weitere personelle Verstärkung könnte ebenfalls zu einer Entlastung führen, wobei bislang unklar ist, wie eine solche finanziert werden sollte.

6.2.7 Zusammenfassend zur Krisenintervention im Tageszentrum

Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, daß die Kontinuität der Betreuung in einem gemischten Angebot aus Tagesstätte, Club und Beschütztem Wohnen eine wichtige Voraussetzung für den erfolgreichen Umgang mit Krisen – bei dem betreuten Personenkreis – ist. Die Erfahrungen der Brücke-Mitarbeiter untermauern weitgehend die von *Bick* und *Nouvertne* (1984) aufgestellten Forderungen bezüglich des Umgangs mit Krisen bei psychisch kranken Menschen. Die Brücke hat keine Möglichkeit, einen in eine Krise geratenen Besucher für eine begrenzte Zeit „aus dem Spannungsfeld“ herauszunehmen. Aufgrund der guten Zusammenarbeit mit der Psychiatrischen Klinik der Medizinischen Universität ist jedoch häufig eine kurzfristige Unterbringung (manchmal nur für wenige Tage) möglich. Den meisten Besuchern sind die Stationen und die Mitarbeiter der Psychiatrischen Klinik ebenfalls bekannt, und die Aufnahme dort wird in der Regel nicht als ein solcher Bruch erlebt, wie *Bick* und *Nouvertne* (1984) ihn beschreiben. Aus diesem Grund stellt sich

für die Brücke die Frage nach „Krisenbetten“ oder -wohnungen nicht. Als unbefriedigend wird von Seiten der Brücke dagegen die Situation angesehen, daß oft die Psychiatrische Klinik der Medizinischen Universität voll belegt ist und in die Krise geratene Besucher dann ins 30 km entfernte Landeskrankenhaus Neustadt gebracht werden müssen.

Die Möglichkeit, auch in krisenfreien Zeiten die Brücke aufsuchen zu können, erschließt den Besuchern die Chance, sich ein soziales Unterstützungssystem – bestehend aus anderen Besuchern, Laienhelfern und Mitarbeitern – aufzubauen. Die Existenz eines solchen Unterstützungssystems trägt nicht nur dazu bei, das Entstehen von Krisen überhaupt erst zu vermeiden, sondern gibt dem Besucher, gerät er dennoch einmal in eine Krise, die Gewißheit, nicht allein gelassen zu werden.

Die Selbsthilfe und gegenseitige Verantwortung der Besucher untereinander stellen hierbei mit das wichtigste Potential dar. Hierbei hilft es, daß die Besucher durch eigene Krankheitserfahrungen für Krankheitsanzeichen – auch bei anderen Besuchern – sensibilisiert sind.

Die Laienhelfer sind nicht selten als Agenten in die Krisenintervention involviert. Zu ihnen nehmen Besucher in Krisensituationen Kontakt auf. Sie können ihre Informationen dann an Hauptamtliche weitergeben. In einigen Fällen haben sich Laienhelfer auch selbst mit großem Aufwand um Besucher gekümmert, die in einer Krise waren.

Neben der Selbsthilfe der Besucher werden somit in der Brücke über die Laienhelfer „natürliche Hilfspotentiale der Gesellschaft“ aktiviert.

Die Hilfe der Hauptamtlichen wird immer erst dann benötigt, wenn Selbst- und Laienhilfe nicht mehr ausreichen, d. h. wenn es offensichtlich ist, daß ein Besucher nicht mehr allein zurechtkommt. Bei der Planung der dann notwendigen Maßnahmen hat es sich als hilfreich erwiesen, daß die Mitarbeiter, die die Besucher zum Teil von verschiedenen Betreuungsangeboten her kennen, sich entweder in der Teambesprechung oder informell schnell untereinander absprechen können.

Die Kontinuität der therapeutischen Beziehung und das Vertrauen zum Mitarbeiter erleichtert es dem Besucher, die angebotenen Hilfen anzunehmen und in schwerwiegendere Maßnahmen, wie z. B. eine Klinikeinweisung, einzuwilligen.

Ansonsten hat es sich gezeigt, daß die bisherige Organisation des Krisenmanagements im Tageszentrum, was Verfügbarkeit von Informationen, Mobilität, Erreichbarkeit der Mitarbeiter angeht, vollkommen ausreichend ist. Auch die

oben beschriebenen Prinzipien einer gemeindenahen Krisenintervention (Multiprofessionalität etc.) werden erfüllt.

Als eine schwierigere Tatsache ist es dagegen anzusehen, daß durch die laufend zunehmende Besucherzahl (bei weitgehend stagnierender Mitarbeiterzahl) der prozentuale Anteil von Kriseninterventionen an der Gesamtarbeitszeit der Hauptamtlichen ständig steigt und die anderen Betreuungsaufgaben, die gerade wegen ihrer präventiven Wirkung so wichtig sind, zu kurz kommen. Es ist eine gewisse Gefahr zu konstatieren, daß ein Mißverhältnis von Kriseninterventionen und „Alltagsbetrieb“ in der Brücke entsteht. Dieses würde die gesamte Arbeit der Brücke stark belasten. Aus diesem Grund scheint es notwendig zu sein, möglichst bald über sinnvolle Strategien zur Bewältigung dieser Situation nachzudenken.

6.3 Krisen und Krisenintervention in der Tagesklinik der „Brücke“

6.3.1 Verständnis von Krise

Krise wird von den Tagesklinik-Mitarbeitern definiert als eine plötzliche Änderung des Verhaltens, eine plötzliche Notlage. Damit ist eine Änderung gemeint, die von den Mitarbeitern als nicht einschätzbar oder kritisch angesehen wird.

Um eine Krise bei einem bestimmten Patienten erkennen zu können, wird es als notwendig angesehen, zu wissen, wie dieser Patient sich normalerweise verhält. Hinweise für das Vorliegen einer Krise können sein:

- Nichterscheinen in der Tagesklinik
- Wiederauftauchen von Krankheitssymptomen
(Beispiel: eine Patientin fängt wieder an zu „trippeln“; die Mitarbeiter wissen, daß der Entmündigungstermin bevorsteht); in Zusammenhang mit diesem Beispiel auch:
- Wissen um äußere kritische Veränderungen und Spannungen in der Umwelt des Patienten
- allgemeine Verschlechterung des Befindens
- depressiver Rückzug, erschwerte Kontaktaufnahme
- plötzliche Gefühlsausbrüche.

Manchmal fühlt ein Patient sich so gequält, daß er von sich aus die Mitarbeiter anspricht und um ein Gespräch bittet.

Gelegentlich werden die Mitarbeiter auch von Mitpatienten aufmerksam gemacht, die oft untereinander mehr voneinander wissen.

Trotzdem ist es oft schwierig zu erkennen, wann eine Krisensituation vorliegt. Hier sei ein Mitarbeiter zitiert:

„Eine Patientin steht in der Küche mit einem Messer in der Hand und ritzt sich am Unterarm. Sie ist akut suizidal. Das ist klar, da haben wir eine Krise. Schwieriger ist die Situation, wenn sie wochenlang sagt, ‚ich habe keinen Lebensmut‘, aber angibt, sie glaube nicht, daß sie sich selbst das Leben nehmen könne. Wir wissen nie, wann die Krise möglicherweise da ist.“

6.3.2 Auslösende Faktoren:

Krisensituationen in der Tagesklinik ergeben sich häufig durch äußere Faktoren wie Wohnsituation, Familie, etc. Seltener werden Krisen durch emotionale Spannungen, die mit der Krankheit einhergehen, ausgelöst. Jedoch werden krankheitsimmanente Verschlechterungen, die sich meist über einen längeren Zeitraum entwickeln und nicht plötzlich auftreten, weniger als Krisen empfunden. Abgehoben davon und als Krise „an sich“ angesprochen wird die Suizidalität eines Patienten, die häufig im direkten Bezug zu einer psychotischen Erkrankung steht.

Als äußere Faktoren, die zu Krisensituationen führten, wurden besonders häufig Probleme im Arbeitsbereich beobachtet. Kündigung und drohender Verlust des Arbeitsplatzes, aber auch Wiederaufnahme der Arbeit stellten für viele Patienten der Tagesklinik hochgradige Belastungssituationen dar.

Ein 34-jähriger Patient wollte von der Tagesklinik aus zwei Probetage an seinem ursprünglichen Arbeitsplatz machen. Schon am 1. Tag merkte er, daß er sich nicht konzentrieren konnte, sich nicht verstanden fühlte, daß er es einfach nicht schaffte. Er tauchte am nächsten Tag weder am Arbeitsplatz noch in der Tagesklinik auf und irrte in der Stadt umher, tief depressiv verstimmt, mit Selbstmordgedanken beschäftigt. Zufällig wurde er dort von einer Tagesklinikmitarbeiterin getroffen.

Finanzielle Probleme, Räumungsklagen, Entmündigungsanträge und Schwierigkeiten mit Partnern und Familienangehörigen sind weitere Faktoren, die zur Auslösung von Krisen führten.

Es gibt zwar Krisen, bei denen äußere Faktoren klar lokalisierbar sind, meist gehen jedoch äußere und krankheitsbedingte Faktoren miteinander einher und beeinflussen sich gegenseitig. So wird z. B. häufig durch äußere Faktoren eine Verschlimmerung der Krankheit beobachtet (und umgekehrt).

Eine 65-jährige Patientin mit einer depressiven Symptomatik erlebte, daß sie noch nicht in der Lage war, in der Gruppe der überwiegend jüngeren Mitpatienten

Kontakt aufzunehmen. Sie fühlte sich zunächst „anders“ als die anderen, reagierte mit Wahnbildung auf ihre Isoliertheit. Sie meinte zunächst, ein Tier zu sein, was ihr das „Anderssein“ erklärte, war schließlich wahnhaft überzeugt, der Teufel zu sein.

6.3.3 Krisen – Zusammenhang mit tagesklinischer Behandlung

Es haben sich im Zusammenhang zur Tagesklinikbehandlung 4 häufige Krisenpunkte herauskristallisiert:

1. Bei einigen Patienten wurde eine Ablösungskrise von der Klinik festgestellt. Losgelöst von Schutz und Versorgung auf der Station finden sie sich in der Tagesklinik und abends zu Hause einer Vielzahl neuer Kontakte und Situationen ausgesetzt, die ihnen Angst machen und denen sie sich nicht gewachsen fühlen.
2. Eine andere Gruppe kommt in die Tagesklinik mit gerade im Vergleich zur Klinik sehr hohen Erwartungen sowie einer gewissen Euphorie. Aufgrund zunehmender Konfrontation mit dem Alltagsleben zu Hause und in der Tagesklinik, aufgrund zunehmender Bewußtwerdung ihrer eigentlichen Probleme sowie einer realistischeren Einschätzung ihrer Besserungsmöglichkeiten, können im späteren Verlauf Krisen auftreten.
3. Eine dritte Gruppe von Patienten lebt sich in der Tagesklinik gut ein, kommt die ganze Zeit der Tagesklinikbehandlung gut zurecht und dekomponiert, wenn es um die Ablösung von der Tagesklinik geht. Die Perspektive, die viele Patienten, v. a., wenn sie keine Arbeit (mehr) haben, nach ihrer Entlassung erwartet, bereitet ihnen Angst. Gerade nach dem ausgefüllten Tagesablauf in der Tagesklinik erscheint ihnen die zu erwartende Leere besonders schmerzhaft.
4. Seltener vorgekommen ist es, daß Patienten einige Tage nach ihrer – gut verlaufenen – Entlassung aus der Tagesklinik erneut dekomponierten.

Die tagesklinische Behandlung ist in erster Linie ein Angebot für Patienten, die nicht mehr in der Klinik sein müssen, aber noch nicht allein leben können. Die Patienten begeben sich in einen Grenz- oder Übergangsbereich: losgelöst von dem Schutz und der Vollversorgung in der Klinik müssen sie erst wieder lernen, eigenständig zu leben. Ziel der Tagesklinik ist es dabei, Anforderungen an die Patienten zu stellen, Grenzbereiche auszutesten. Wieweit kann man gehen, welchen Belastungen kann der Patient ausgesetzt werden? Von daher muß ständig mit Krisen gerechnet werden, da sie zu einem gewissen Teil durch die Konzeption der Tagesklinikbehandlung vorprogrammiert sind. Dies ist jedoch kein Argument gegen eine tagesklinische Behandlung.

Davon abgesehen, daß der Übergang von der Klinik ins Alltagsleben ohne eine solche Hilfe für viele Patienten noch schwieriger oder überhaupt nicht möglich wäre, stellt jede Krise eine Situation erhöhter Gefahr psychischer

Verletzlichkeit *oder* einer erhöhten Chance für persönliches Wachstum dar. Gerade wenn Krisen rechtzeitig erkannt und aufgefangen werden können, bietet eine Intervention die Möglichkeit zur Aufdeckung und Bearbeitung von lange verborgenen Konflikten.

6.3.4 Krisen-Intervention

Es wird interveniert in der Tagesklinik, sobald eine Krise wahrgenommen wird. Es sind verschiedene Arten des Herangehens oder des Umganges möglich, je nach den besonderen Erfordernissen der jeweiligen Situation. Meistens reicht ein Gespräch mit dem Patienten, in dem gemeinsam überlegt wird, was zu ändern ist, damit er wieder besser mit der Situation umgehen kann. Bei Bedarf werden mit den Patienten telefonische Kontakte außerhalb der Tagesklinikzeit vereinbart.

„Eine 21-jährige Patientin wurde kurz vor Weihnachten suizidal. Die Frage, was mit ihr über die Feiertage gemacht werden sollte. Wir führten Gespräche, erst mit ihr allein, dann zusammen mit ihrem Freund und ihr. So war es möglich zu erreichen, daß sie ihre Situation positiver einschätzte und nicht mehr so hoffnungslos war. Es wurde mit ihr ein telefonischer Kontakt über die Feiertage hinweg vereinbart. Es konnte so die akute Suizidalität abgebaut und ein stationärer Aufenthalt vermieden werden.“

Hausbesuche und Abholung von zu Hause werden erforderlich, wenn ein Patient nicht mehr von sich aus die Tagesklinik aufsuchen kann, z. B. bei Vorliegen von Antriebsstörungen, schweren Depressionen oder Ängsten. Weitere praktizierte Formen der Krisenintervention sind Gespräche mit den Angehörigen, z. B. um eine zugespitzte Situation zu Hause zu entspannen, sowie eine Erhöhung der Medikation.

Bei einer Krisenintervention werden zwei Schritte unterschieden. Zunächst einmal die Absprache im Team, wie mit der Krise umzugehen ist, und dann die Handlung, das Gespräch mit dem Patienten, also die eigentliche Krisenintervention. Prinzipiell wird angestrebt, jede Krisenintervention, die meist von der Bezugsperson des Patienten ausgeführt wird, zuvor mit dem Gesamtteam zu besprechen. Manchmal erfordert eine Situation jedoch schnelles Handeln. In einem solchen Fall wird nach einer durchgeführten Intervention das Team informiert und gemeinsam überlegt, ob noch weitere Schritte in Angriff genommen werden müssen.

Es wird in der Regel versucht, wenn es zu verantworten ist, die Patienten in der Tagesklinik zu behalten und in Krisensituationen nicht automatisch in die Klinik zu verlegen. Eine Klinikverlegung wird als „letzter Schritt“ angesehen,

der allen Mitarbeitern unangenehm ist, wie an Äußerungen der Mitarbeiter abzulesen ist:

„Es ist schon ein Eingestehen der eigenen Hilflosigkeit, wenn ich jemanden in die Klinik schicke.“

„Man hat das Gefühl, besser zu arbeiten, wenn keiner in der Klinik erscheint.“

„Ja, es ist so etwas wie eigene Schuld, das Gefühl, nicht gut genug gearbeitet zu haben.“

Diese Äußerungen lassen auch den Druck erkennen, den die Tagesklinik-Mitarbeiter als Vertreter einer recht neuen und sich in Lübeck erst – in Ergänzung und zum Teil sicher auch als Alternative zu den Kliniken – etablierenden und um Anerkennung ringenden Einrichtung verspüren.

Wie schon beschrieben, gibt es in der Tagesklinik häufig Krisensituationen, die sich erst langsam entwickeln. Die Wahrnehmung solcher Krisen erfolgt nicht punktuell, sondern verläuft über einen längeren Zeitraum. Dann ist es notwendig, ein bestimmtes Thema, eine bestimmte Situation immer erneut aufzugreifen, um zu sehen, wie es dem Besucher geht.

Ein 22-jähriger Patient kam von Anfang an mit viel Widerstand in die Tagesklinik. Mehrfach schon war er davongelaufen. Er wurde täglich sichtlich erregter und verschwand wieder eines Tages. Die Ärztin der Tagesklinik suchte ihn zu Hause auf, wo er in einem sehr angespannten Zustand im Bett lag. Seine Mutter hatte Angst, er könne ihr etwas tun, er war suizidal. Er wurde wieder in die Klinik gebracht.

In diesem Fall hatten die Mitarbeiter zunächst angenommen, daß die Situation gar nicht so ernst sei. Der Zustand des Patienten verschlechterte sich erst nach und nach. Es wird im Nachhinein überlegt, ob an dieser Verschlechterung auch die Tagesklinik einen Anteil gehabt haben könnte, da der Patient dem Tagesklinik-Besuch sehr ambivalent gegenüber gestanden hatte, während die Mitarbeiter ursprünglich gedacht hatten, daß die Tagesklinik das Beste für ihn wäre.

6.3.5 Grenzen der Krisenintervention in der Tagesklinik

Das Erkennen von Krisen und damit der Notwendigkeit einer Intervention ist oft schwierig. Darüber hinaus zeigen sich in tagesklinischer Arbeit noch einige weitere Grenzen der Krisenintervention. Diese Grenzen hängen eng mit der Konzeption der Tagesklinik zusammen, die keinen vollkommenen Schutz anbietet, sondern die Patienten in der eigenständigen Wiedergewinnung ihres Alltagslebens unterstützen will.

Eine erste Schwierigkeit ist es, daß die Tagesklinikmitarbeiter die Patienten in der Regel nur in der Tagesklinik sehen. So ist es eine nicht einfache Aufgabe, entscheiden zu müssen, wann ein Patient nicht mehr zu Hause leben kann.

Eng damit zusammen hängt die Erreichbarkeit eines Patienten: wenn die Patienten in der Tagesklinik sind, können mit ihnen eventuelle Probleme und Krisen besprochen und angegangen werden. Häufig ist es jedoch gerade in Krisensituationen der Fall, daß Patienten dann nicht in die Tagesklinik kommen und u. U. auch nicht zu Hause erreichbar sind, wie bei einem Tagesklinik-Patient, der jeden Morgen seine Wohnung verließ und abends zurückkehrte. Er ging jedoch nicht in die Tagesklinik und war damit für die Mitarbeiter nicht erreichbar.

Weitere Situationen, bei denen die Mitarbeiter nicht wissen, inwieweit ihr Eingreifen erforderlich ist, liegen dann vor, wenn die Krisendefinition vom Patienten nicht geteilt wird: wenn die Tagesklinikmitarbeiter z. B. aufgrund der Kenntnis der Umstände glauben, daß ein Patient eine bestimmte Situation als Krise erleben müsse, er dies jedoch ablehnt.

Ein Patient war sehr auf seine Mutter fixiert und hatte außer ihr keine andere Bezugsperson. Als die Mutter für einige Zeit zur Kur ging, nahmen die Mitarbeiter an, daß dies für ihn eine sehr schwierige Situation sein müßte. Da sie wußten, daß der Patient schon öfter Suizidversuche gemacht hatte, wurde versucht, mit ihm darüber zu sprechen. Er wehrte diese Versuche mit dem Hinweis ab, für ihn wäre das kein Problem, es wäre alles in Ordnung.

Welche schwerwiegenden Folgen eine unterlassene Krisenintervention u. U. haben kann – z. B. ein vollzogener Selbstmord – ist bekannt und stellt ein ständig gegenwärtiges Druckmittel sowohl für den einzelnen Mitarbeiter als auch für die Einrichtung als Ganzes dar. Oft werden aus diesem Grund präventive Maßnahmen ergriffen, um einer Selbst- oder Fremdgefährdung eines Patienten vorzubeugen. Hierbei bewegen sich die Mitarbeiter in einem Spannungsfeld zwischen dem Verantwortungsgefühl für den Patienten und einem Nicht-zu-sehr-eingreifen-wollen in sein Leben:

Ein 28jähriger Patient mit der Diagnose neurotische Entwicklung war enttäuscht von der Tagesklinikbehandlung. Er wollte die Behandlung abbrechen und äußerte öfter Suizidgedanken. Eines Tages rief er an und sagte, er hätte am Abend vorher etliche Tabletten genommen. Fragen nach der akuten Suizidalität wich er aus. Es bestand der Verdacht der akuten Suizidgefährdung. Mitarbeiter der Tagesklinik fuhren zu ihm nach Hause und hörten laute Musik, vom Patienten selbst kamen keine Reaktionen, obwohl die Mitarbeiter versuchten, auf verschiedene Weisen Kontakt aufzunehmen. Dadurch wurden die Mitarbeiter in ihrer Befürchtung bestärkt und alarmierten den Schlüsseldienst der Feuerwehr. Die kamen leider mit Löschzug und Blaulicht. Während der Bemühungen der Feuerwehrleute, die Tür zu öffnen, hörte man auf einmal den Patienten aus der Wohnung rufen: „Das könnt Ihr nicht mit mir machen, laßt mich in Ruhe, ich zeige Euch an.“ Die inzwischen eingetroffenen Polizeibeamten wiesen die Mitarbeiter an, das nun zuständig gewordene Gesundheitsamt zu benachrichtigen. (Da der Patient inzwischen ein Lebenszeichen von

sich gegeben hatte, ging es nunmehr um die Entscheidung, ob eine Einweisung in die Klinik nach dem PsychKG notwendig war.) Als die Ärztin vom Gesundheitsamt bereits eingetroffen war, kam der Patient plötzlich aus dem Haus herausgerannt. Es war jedoch trotz intensiver Bemühungen der TK-Mitarbeiter nicht möglich, Kontakt zu ihm herzustellen.

Es ist im Nachhinein nicht festzustellen, wie suizidgefährdet der Patient in dieser Situation tatsächlich war. Fest steht, daß für ihn die Situation in seinem sozialen Umfeld durch diese Intervention schwieriger geworden ist.

Dieses Beispiel verdeutlicht in aller Drastik – und deshalb haben wir es so ausführlich geschildert – wie heikel und diffizil der Bereich der präventiven psychiatrischen Betreuung sein kann, und daß es eines enormen Finger-spitzengefühls und Einfühlungsvermögens bedarf, um durch gutgemeinte „Interventionen“ nicht zu sehr den Lebensraum einer Person zu verletzen.

Es kann, wie schon in der Klinik, dann erst recht in der Tagesklinik, nicht den totalen Schutz des Patienten geben. Die Achtung vor der Selbstbestimmung der Person und der Schutz des individuellen Lebensraumes beinhalten immer auch ein gewisses „Rest“-Risiko, das auch durch noch so ausgeklügelte und umfassend organisierte Kriseninterventionsdienste nicht abgefangen werden kann – und soll.