



Rahmenempfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für psychiatrische und psychotherapeutische Tageskliniken (SGPPT) zur Beschreibung von geeigneten Strukturen und Prozessen in Schweizer Tageskliniken

Stand: 02.11.2020 - Im Auftrag der SGPPT durch Kunigunde Pausch und Andrea Weiss - unter Mitwirkung von Daniela Gamper, Maximilian Buschner, Lea Hulka, Florian Hotzy, Andrea Eisenhut, Marco Tulinski, Thomas Zbinden. Überarbeitete Version der Rahmenempfehlungen von 2013 (Erstautoren: Patrick Jeger, Sonja Flick, Karsten Heekeren, Selina Frei, Andrea van Elslande, Florian Hug).

Autoren 2020: Andrea Weiss und Dr. med. Kunigunde Pausch.

Präambel

Dieses Dokument beinhaltet Empfehlungen zur Definition, Struktur und zur Wirkungsweise von psychiatrischen und psychotherapeutischen Tageskliniken. Es wurde im Auftrag der SGPPT (Schweizerische Gesellschaft für psychiatrische und psychotherapeutische Tageskliniken) erstellt. Die SGPPT will mit diesen Rahmenempfehlungen einen Beitrag zur Definition einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Tagesklinik leisten und praxisrelevante inhaltliche und strukturelle Gegebenheiten beleuchten. Die Rahmenempfehlungen sollen als allgemeine Information sowohl für Fachpersonen als auch für PatientInnen dienen. Sie bilden den aktuellen Stand in der Schweiz ab. Die Landschaft der Tageskliniken in der Schweiz unterliegt einer grossen Diversität. Dies ist auch auf die unterschiedlichen Regelungen auf Kantonsebene zurückzuführen. Flexiblere Behandlungsmodelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung - auch mit dem Einsatz einer vermehrten Digitalisierung - werden notwendig werden.

Tageskliniken sind Teil einer institutionellen medizinischen Versorgung. In der Schweiz richten sie sich nach den jeweiligen kantonalen Vorgaben zu Leistungs- und Versorgungsaufträgen und nach den Grundsätzen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien)¹. Sie fungieren häufig auch als Aus- und Weiterbildungsstätten. Die Institutionen werden von Personen mit ausreichender Professionalität (mit entsprechenden eidgenössischen oder

eidgenössisch anerkannten Abschlüssen und entsprechender fachlicher Erfahrung) geleitet. Es wird eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutisch Untersuchungen für eine hinreichende Diagnosestellung erbracht bzw. geprüft, aus welcher eine interprofessionelle Therapieplanung gemeinsam mit den PatientInnen erarbeitet wird, auf deren Grundlage eine adäquate Behandlung durchgeführt wird. Diese erfolgt gemäss den strukturellen und prozeduralen Möglichkeiten. Bei Tageskliniken handelt es sich um eigenständige Behandlungssettings. Sie sind ein wesentlicher Bestandteil in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungslandschaft von PatientInnen^{1,2,3} neben stationären und ausschliesslich ambulanten Angeboten. Die Tageskliniken stellen für die Diagnostik und Behandlung von PatientInnen mit einer akuten, subakuten oder chronischen psychischen Erkrankung und deren Folgen eine spezialisierte Versorgung sicher. Insbesondere bei PatientInnen mit komplexen multimorbiden Störungsbildern bietet die engmaschige und längerfristig angelegte tagesklinische Behandlung zusätzliche Möglichkeiten in Bezug auf Diagnostik, Therapie und Wiedereingliederung, was insgesamt mit einer allgemeinen Senkung der direkten und indirekten Kosten einer Erkrankung einhergeht. Das Therapieprogramm wird entsprechend dem Behandlungsauftrag je nach Schwerpunkt der Tagesklinik aufgebaut. In der Regel wird ein interprofessioneller, multimodaler und intensiver Behandlungsansatz verfolgt, bei welchem eine konkrete Zielformulierung im Fokus steht. Die tagesklinische Behandlung schliesst die Förderung von Kompetenzen der Alltagsbewältigung, die Steigerung der Aktivität und der sozialen Kompetenzen ein.

Für die Art der Behandlung einer psychiatrischen Patientin/eines psychiatrischen Patienten gilt je nach Schweregrad der Erkrankung der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Tagesklinische Behandlungen sollen durchgeführt werden, wenn eine ambulante Behandlung nicht ausreichend ist oder nicht gewährleistet werden kann und wenn eine stationäre Behandlung nicht notwendig ist bzw. durch die Behandlung in der Tagesklinik ersetzt werden kann.

Die vorliegenden Rahmenempfehlungen beschreiben grundlegende und allgemeine Merkmale psychiatrischer und psychotherapeutischer Tageskliniken.

Die detaillierten Anforderungen an spezialisierte Einrichtungen können in einzelnen Punkten von den Rahmenempfehlungen abweichen bzw. sind im Einzelnen weiter



zu spezifizieren (z.B. akut-psychiatrische, gerontopsychiatrische, kinder- und jugendpsychiatrische Tageskliniken, forensische und suchtspezifische Tageskliniken, Tageskliniken für Traumafolge- oder Essstörungen etc.). Neben den inhaltlich-fachlichen Aspekten für eine gute Behandlungsqualität müssen auch die jeweiligen spezifischen klinikinternen Vorgaben sowie kantonale oder tarifliche Vorgaben für Tageskliniken eingehalten werden⁴. Im Anhang ist exemplarisch für detaillierte Anforderungen an spezialisierte Einrichtungen ein Überblick zu suchtspezifischen tagesklinischen Angeboten aufgeführt.

Eine weitere sehr gute Übersicht über die detaillierten Anforderungen an Strukturen und Prozesse in Tageskliniken bietet das Praxishandbuch von Dr. med. Herald Hopf⁵.



Inhaltsverzeichnis

1. Strukturen in Tageskliniken.....	5
1.1 Zielsetzung	5
1.2. Behandlungsauftrag.....	5
1.3. Behandlungskonzept	6
1.4. Behandlungsprogramm	6
1.5. Indikation	6
1.6. Behandlungsdauer.....	6
1.7. Präsenz	6
1.8. Anzahl Behandlungsplätze	7
2. Prozesse in Tageskliniken	8
2.1. Grundsätzliches zur Behandlung.....	8
2.1.1. Indikationsstellung	8
2.1.2. Therapieplanung.....	8
2.1.3. Wochenplan.....	8
2.1.4. Therapiebestandteile	9
2.1.5. Ärztliche und psychologische Abklärung und Behandlung	10
2.1.6. Evaluation der Therapie.....	10
2.2. Interprofessionelle Zusammenarbeit.....	10
2.3. Personelle Ressourcen.....	11
2.3.1. Zusammensetzung des Teams	11
2.3.2. Supervision.....	11
2.3.3. Aus- Fort- und Weiterbildung.....	11
2.3.4. Teamentwicklung.....	12
3. Räumliche Voraussetzungen.....	13
4. Qualitätsanforderungen	14
4.1. Dokumentation	14
4.2. Qualitätsmanagement (QM)	14
4.3. Behandlungsqualität und Forschung	15
4.4 Vernetzung	15
4.5. Risikomanagement.....	15
5. Öffentlichkeitsarbeit	17
6. Kostenträger	18
7. Literaturverzeichnis.....	19
Anhang	22

1. Strukturen in Tageskliniken

1.1. Zielsetzung

Das Ziel tagesklinischer Behandlung ist je nach Auftrag eine Diagnostik und/oder Behandlung einer psychiatrischen Erkrankung mit Symptomreduktion, Linderung des durch die Erkrankung verursachten Leidens und Verhinderung bzw. zumindest Reduktion schwerwiegender sozialpsychiatrischer Folgen (auch „Recovery-Gedanke“) (wie z.B. Verlust des Arbeitsplatzes) nach Art.3 Abs. 1 ATSG⁶.

Aufgrund des tagesklinischen Settings bleibt die Eingliederung in die bestehenden Alltagsumstände bei einem intensiven psychiatrischen-psychotherapeutischen Behandlungsprogramm erhalten. Hierdurch ist die Übernahme des in der Behandlung erlernten Wissens in der realen Lebenssituation gewährleistet bzw. wird zumindest ermöglicht.

1.2. Behandlungsauftrag

Die tagesklinische Behandlung erfolgt dort, wo eine ambulante Behandlung nicht mehr greift und eine stationäre Behandlung nicht benötigt wird. Sie kann einer stationären oder rein ambulanten Behandlung vor- oder nachgeschaltet sein. Die Behandlung kann entweder allgemeinpsychiatrisch oder nach einem bestimmten Schwerpunkt erfolgen. Entsprechend werden verschiedene Tageskliniken unterschieden, z.B. allgemein psychiatrische Tageskliniken, Akut-Tageskliniken, Tageskliniken für affektive Erkrankungen, psychotherapeutische Tageskliniken, suchtspezifische Tageskliniken, Tageskliniken für Traumafolge- und Tageskliniken für Essstörungen, gerontopsychiatrische, forensische und kinder- und jugendpsychiatrische Tageskliniken^{2,3,4}. Die Tagesklinik bietet gegenüber einer Behandlung im ambulanten Einzelsetting durch die längere Präsenzzeit der PatientInnen im therapeutischen Raum und durch ein multiprofessionelles Behandlungsteam mit auch verschiedenen Gruppentherapien die Möglichkeit zu einer intensiven psychiatrisch-psychotherapeutischen Abklärung und der Behandlung einer psychiatrischen Erkrankung. Der Therapieerfolg wird fortlaufend evaluiert und die Behandlungsziele sowie das Behandlungsprogramm entsprechend modifiziert. Gemäss dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ kann so ein stationärer Aufenthalt verhindert werden.



1.3. Behandlungskonzept

Behandlungsschwerpunkte mit Ausrichtung der einzelnen Tagesklinik, Behandlungsdauer und Patientenpräsenzzeiten sollten ebenso wie das inhaltliche Therapieangebot und die dafür notwendigen räumlichen, finanziellen und personellen Ressourcen in einem Behandlungskonzept festgelegt sein.

1.4. Behandlungsprogramm

Das Therapieprogramm ist multimodal ausgerichtet und die einzelnen Therapiemodule aufeinander abgestimmt und richten sich nach dem jeweiligen Schwerpunkt der Tagesklinik. Das Behandlungsangebot berücksichtigt die jeweils neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse und evidenzbasierten Wirkfaktoren. In diesem Zusammenhang wird auf spezifische Behandlungsangebote verwiesen, so beispielsweise auf suchtspezifische Behandlungsangebote (siehe Anhang 1.4.1).

1.5. Indikation

Voraussetzung für die Behandlung in einer Tagesklinik ist die Behandlungsindikation. Des Weiteren ist es erforderlich, dass die Patientin/der Patient für eine derartige Behandlung motiviert ist und sich auf das Behandlungssetting samt den Bedingungen (z.B. wie Absprachefähigkeit) einlassen kann. Die mit den PatientInnen formulierten Behandlungsziele bilden die Grundlage der Behandlung.

1.6. Behandlungsdauer

Die Behandlungsdauer ist abhängig vom Behandlungsauftrag und von der jeweiligen Konzeption der Tagesklinik sowie von etwaigen Begrenzungen der Kostenträger. Die Behandlungsdauer ist limitiert und wird regelmässig überprüft. Sie sollte im Bereich von wenigen Wochen und maximal sechs Monaten liegen. Begründete Ausnahmen sind möglich.

1.7. Präsenz

Die Häufigkeit der Teilnahme am Therapieprogramm richtet sich nach der Indikation, dem Behandlungsauftrag und nach dem Konzept der jeweiligen



Tagesklinik. Im akut-tagesklinischen Setting liegt die erforderliche Behandlungspräsenz in der Regel höher (bis zu sieben Tage die Woche) als in überwiegend psychotherapeutisch orientierten Tageskliniken.

1.8. Anzahl Behandlungsplätze

Die Tagesklinik verfügt über eine definierte Anzahl Behandlungsplätze, die sich nach den baulichen Gegebenheiten und konzeptionellen Möglichkeiten richtet. Die Plätze können in der Regel halb- oder ganztags belegt sein. Die Tagesklinik führt keine Betten.



2. Prozesse in Tageskliniken

2.1. Grundsätzliches zur Behandlung

Die Behandlung der Tagesklinik sollte ausreichend intensiv, multimodal und interdisziplinär und - sofern es sich nicht um eine Akut-Tagesklinik handelt - auf die störungsspezifischen Besonderheiten ausgerichtet sein. Sie sollte sich nach den WZW-Kriterien¹ richten und auf den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren. Es wird mit einer konkreten Zielformulierung gearbeitet. Die Behandlung umfasst die Zusammenarbeit mit internen und externen Disziplinen (z.B. internistischer Dienst, akute Krisenintervention etc.) sowie dem sozialen Netz der Patientin/des Patienten. Das rechtzeitige Planen des Austritts, sowie eine regelmässige Überprüfung der Behandlungsbedürftigkeit, gehört zum ordentlichen Abschluss der Behandlung.

2.1.1. Indikationsstellung

Ob eine tagesklinische Behandlung geeignet ist, wird in einem Vorgespräch bzw. Assessment geprüft. Neben der Klärung des Auftrags, der Behandlungsmöglichkeiten durch die Tagesklinik, der Erfüllung der spezifischen Voraussetzungen für die tagesklinische Behandlung wird auch die Aufnahmedringlichkeit (akut, subakut, regulär) überprüft und festgelegt^{7,8}.

2.1.2. Therapieplanung

Zusammen mit der Patientin/dem Patienten wird bei Eintritt in die Tagesklinik die Behandlung besprochen. Hierzu gehören konkrete Präsenzzeiten, das detaillierte Behandlungsprogramm (Einzel- und/oder Gruppentherapien), das Besprechen diagnostischer Abklärungen und ggf. das Festlegen eines Austrittszeitpunktes bzw. Zeitraumes. Therapieziele werden zusammen mit der Patientin/dem Patienten formuliert und fixiert. Verbindlichkeit kann durch eine schriftliche Behandlungsvereinbarung gewährleistet werden.

2.1.3. Wochenplan

Die Behandlung in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Tagesklinik richtet sich nach einem strukturierten Wochenplan, an welchem sich sowohl PatientInnen wie auch das Behandlungsteam verbindlich orientieren sollen. Die einzelnen

Therapieelemente sollen aufeinander abgestimmt sein. Die Behandlung sollte an mehreren Tagen pro Woche stattfinden. Im Kanton Zürich sollte die Behandlung gemäss der aktuellen Rahmenvereinbarung für spitalgebundene psychiatrische Tageskliniken der Gesundheitsdirektion⁴ bei mindestens zwei Stunden (Halbtagesprogramm) bzw. mindestens vier Stunden (Ganztagesprogramm) liegen. Je nach Angebot der Tagesklinik und Bedarf der PatientInnen kann der Wochenplan im Verlauf angepasst werden. Störungsspezifische Behandlungsansätze werden bei der Therapieplanung berücksichtigt. Beispielsweise kann es bei PatientInnen mit Abhängigkeitserkrankungen und/oder Dualdiagnosen sinnvoll sein, mit einem niedrigeren Pensum zu beginnen und dies bei zunehmender Stabilisierung stetig zu steigern.

2.1.4. Therapiebestandteile

Die Therapie in den psychiatrisch-psychotherapeutischen Tageskliniken setzt sich aus verschiedenen Elementen zusammen. Sie unterscheidet sich je nach Schwerpunkt der Tagesklinik. Es können spezifisch psychotherapeutische Behandlungsmassnahmen wie z.B. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy/CBASP⁹, Dialektisch-Behaviorale Therapie/DBT¹⁰ IPT/ Interpersonelle Psychotherapie¹¹, MBT/Mentalisierungsbasierte Therapie¹² oder körperpsychotherapeutische Massnahmen angewandt werden. Ebenso können sozialpsychiatrische Themen geklärt werden. Der Einbezug von Angehörigen, Arbeitgeber, Ämtern kann notwendig und sinnvoll sein. Für die einzelnen PatientInnen sind meist eine oder mehrere Fachpersonen fallführend verantwortlich. Dadurch wird der Therapieprozess verantwortlich koordiniert.

Der überwiegende Teil der Behandlung findet in der Gruppentherapie statt. Die Gruppengrösse sollte in der Regel zwischen drei bis maximal zwölf Patienten liegen. Das Gruppensetting bietet ein gemeinsames Lern- und Übungsfeld.

Die therapeutischen Gruppen können je nach Thematik offen, halboffen oder geschlossen geführt werden. Je nach therapeutischer Ausrichtung der Tagesklinik variiert das Angebot der Gruppentherapien; die Gruppentherapien können diagnoseübergreifend und diagnosespezifisch sein. Die Wirksamkeit von psychotherapeutischen Gruppentherapien ist wissenschaftlich erwiesen¹³.



Einzeltherapiegespräche dienen der individuellen Problemklärung und -bewältigung, sowie der Planung der konkreten Therapieschritte. Je nach Ausrichtung der Tagesklinik kann die Einzeltherapie auch in einem tiefgreifenden psychotherapeutischen Prozess münden.

2.1.5. Ärztliche und psychologische Abklärung und Behandlung

Je nach Fragestellung können eine umfassende Diagnostik mit Somato- und Psychostatus sowie eine erweiterte Abklärung mit Laborwertuntersuchungen, EKG, zerebraler Bildgebung, EEG, Lumbalpunktion und testpsychologischer Untersuchung veranlasst werden. Entsprechend dem Ergebnis dieser Abklärungen kann sich die weiterführende Behandlungsempfehlung (z.B. medikamentöse Therapie bzw. spezifische Psychotherapie etc.) ergeben. Eine bedarfsgerechte Zusammenarbeit mit dem/der HausärztIn kann bei tagesklinischen PatientInnen wichtig sein.

2.1.6. Evaluation der Therapie

Die Evaluation prüft in einem definierten und strukturierten Prozess mit reliablen und validen Instrumenten, z.B. mit standardisierten Patientenbefragungsbögen und mit dem Vergleich weiterer Testinstrumente zum Ein- und Austrittszeitpunkt, die Wirkung, Zumutbarkeit und Sinnhaftigkeit der eingeleiteten und durchgeführten Behandlungsschritte. Die Evaluation betrifft zum einen die Patientenzufriedenheit und zum anderen interne Auswertungen.

2.2. Interprofessionelle Zusammenarbeit

Innerhalb der Tageskliniken stellen Teamrapporte die interprofessionelle Zusammenarbeit mit Fallbesprechung, Planung, Umsetzung und Überprüfung von therapeutischen Interventionen sicher. Hierzu gehören der interprofessionelle Rapport und sonstige regelmässige Besprechungen. Mehrpersonengespräche (z.B. Standortgespräche) nutzen die spezifischen Vorteile dieses Settings zur Bewältigung von Patienten Anliegen und zur Förderung des Therapieprozesses. Die Gespräche können z.B. zwischen HausärztIn, ambulant behandelndem PsychiaterIn/PsychotherapeutIn, Angehörigen, Arbeitgeber, SachbearbeiterIn der SVA/IV, Case-Manager und Job Coach etc. erfolgen und dienen der Vernetzung¹⁴.



2.3. Personelle Ressourcen

2.3.1. Zusammensetzung des Teams

Die Tagesklinikleitung entwickelt die Konzeption, vermittelt zwischen Anliegen der Gesamtorganisation und der Tagesklinik und leitet die Tagesklinik in fachlicher und/oder betrieblicher/organisatorischer Hinsicht. Eine duale Führung z.B. mit einer Person aus dem Bereich Pflege/Psychologie und mit einer ÄrztIn ist u.U. sinnvoll. Das Tagesklinik-Team setzt sich je nach Schwerpunkt aus mehreren fachlich qualifizierten Personen unterschiedlicher Berufsgruppen (ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, Pflegefachpersonen, medizinische PraxisassistentInnen, ErgotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen, ErnährungsberaterInnen und LogopädInnen und weitere Berufsgruppen wie Kunst- und MusiktherapeutInnen, SozialarbeiterInnen⁵) zusammen. Dadurch kann eine qualitativ hochwertige, intensive und multimodale Behandlung angeboten werden. Das Alters- und Geschlechter Verhältnis sollte ausgewogen sein.

2.3.2. Supervision

Für die MitarbeiterInnen der Tagesklinik müssen Möglichkeiten zur Supervision bestehen. Die Supervision kann zum einen Teamfragen und zum anderen patientenspezifische Anliegen betreffen. Sie kann intern oder extern durchgeführt werden. Sie sollte als fester Bestandteil in der Tagesklinik implementiert sein.

2.3.3. Aus- Fort- und Weiterbildung

Die Tagesklinik kann zum einen selbst Aus- und Weiterbildungsstätte sein. Zum anderen sollte das Personal sich regelmässig fort- und weiterbilden. Aus-, Fort- und Weiterbildung wird von der Leitung der Tagesklinik unterstützt.

Die Mitarbeiterförderung ist ein wichtiger Bestandteil und dient der Sicherung und Weiterentwicklung der Behandlungsqualität sowie der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit. Regelmässig sollte eine Mitarbeiterbeurteilung gemäss den betriebsinternen Vorgaben erfolgen.



2.3.4. Teamentwicklung

Die Teamentwicklung dient der Optimierung der teaminternen Kommunikation, der Verbesserung von Abläufen und der Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit auch im Hinblick auf Personalengpässe im Fachbereich Psychiatrie. In Tageskliniken arbeiten Mitarbeitende aus verschiedenen Berufen des Gesundheitswesens zusammen. Sie bringen unterschiedliche berufliche Qualifikationen, Zielsetzungen, Methoden und Wirkfaktoren mit. Es ist wichtig, dass sie eine gemeinsame Arbeitshaltung entwickeln. Instrumente hierfür sind unter anderem Retraiten, Arbeitsgruppen und Mitarbeiterschulungen.



3. Räumliche Voraussetzungen

Die psychiatrisch-psychotherapeutische Tagesklinik sollte über ausreichende Räumlichkeiten für Einzel, Gruppen- und Spezialtherapien (bspw. für Ergo-, Kunst- und Bewegungstherapie) verfügen, um den Behandlungsauftrag zu erfüllen. Es sollten ausreichende Räume für die Arbeitsplätze der MitarbeiterInnen zur Verfügung stehen (Teambesprechungen/Dokumentation etc.). Idealerweise gibt es Räume der Begegnung und des Rückzugs. Charakteristisches Inventar der Tagesklinik ist ein Schliessfach oder Spind. Hier erfolgt der Übergang von der Privat- in die Gruppensphäre.

4. Qualitätsanforderungen

4.1. Dokumentation

Die Patientendokumentation erfolgt nach den klinikinternen Standards und Dokumentationssystemen. Dabei sollte sie die Anforderungen an rechtliche Rahmenbedingungen erfüllen. Bei der Dokumentation sind unterschiedliche Adressaten zu berücksichtigen. Diese können zum einen der Einsicht nehmende Patient/die Einsicht nehmende Patientin oder die nachfolgende Kollegin/der nachfolgende Kollege sein. Auch für die Krankenkassen oder bei gerichtlichen Auseinandersetzungen kann die Dokumentation entscheidend sein.

4.2. Qualitätsmanagement (QM)

Das QM ist ein Steuerungs- und Führungsinstrument. Vorschriften zur Einhaltung von Qualitätsprüfungen gelten auch in Tageskliniken. Im Wesentlichen besteht das QM aus den Elementen Planung, Lenkung, Sicherung und Verbesserung. Somit dient es dem Festlegen sowie der Optimierung von Abläufen, Prozessen, Verantwortlichkeiten, Zielen und Ergebnissen. Auch das Lernen aus Fehlern und deren künftige Vermeidung gehören dazu. Je nach klinikinternen Vorgaben stehen hierfür standardisierte Instrumente zur Selbst- oder Fremdbewertung nach einem definierten Ablauf zur Verfügung. Des Weiteren sind die rechtlichen, gesetzlichen und kantonalen Vorgaben einzuhalten bzw. zu berücksichtigen. Die spitalgebundene Tagesklinik sollte regelmässig Qualitätsmessungen und Patientenbefragungen (Patientenzufriedenheit) durchführen. Outcome-Messungen sollen ebenfalls erfolgen⁴. QM-Parameter können sein: Das Monitoring auf Nebenwirkungen der Therapie, Vollständigkeit der dokumentierten körperlichen Diagnostik und Funktionsdiagnostik, die Zahl der Suizide und Suizidversuche, der Grad des Einbezugs der Angehörigen, die Häufigkeit der Angebote ambulanter Nachbehandlung oder Vermittlung beruflicher Rehabilitation und der Verzicht auf Polypharmazie. Einen anderen Blickwinkel liefert die Mitarbeiterbefragung, die sich auch sehr gut zur Einschätzung der Struktur der Tagesklinik und der Leitung eignet⁵.

Als einfache Messinstrumente für den Behandlungserfolg sind gut geeignet der GAF-Wert (Global Assessment of Functioning¹⁵) und der CGI-Wert (Clinical Global Impression¹⁶). Beide Fremdbeurteilungs-Messinstrumente werden bereits häufig



stationär eingesetzt, sind leicht zu erheben und damit gut zu vergleichen (stationär/ambulant). Es handelt sich jeweils um ein Messinstrument, das nicht symptomorientiert und differenziert ist. Für die Selbstbeurteilung eignet sich beispielsweise der umfassende BSCL-53 Wert (Brief Symptom Checklist¹⁷), insbesondere für psychotherapeutisch orientierte Tageskliniken. Perspektivisch wird die tatsächliche Funktionalität der Patientin/des Patienten mit einer psychischen Erkrankung immer mehr im Vordergrund stehen. Ein hierfür geeigneter Test, der bereits von einigen Tageskliniken durchgeführt wird, ist das Mini-ICF Rating¹⁸. Instrument der Qualitätssicherung ist auch die externe Supervision. Das Milieu in der Tagesklinik sollte vertrauensvoll sein, in dem Fehler oder ungünstige Verläufe offen diskutiert werden.

4.3. Behandlungsqualität und Forschung

Die Behandlungsqualität wird durch die obengenannten Prozesse gewährleistet. Sie sollte auf den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren. Je nach Ausrichtung der Tagesklinik und je nach institutioneller Einbettung der Tagesklinik können Forschungsprojekte im Bereich Versorgung der Tagesklinik anhängig sein. Dadurch wird eine Weiterentwicklung der Behandlungsqualität erreicht.

4.4 Vernetzung

Tageskliniken vernetzen sich sowohl innerhalb der Institution als auch ausserhalb mit den verschiedensten für sie relevanten Playern. Untereinander pflegen Tageskliniken auf nationaler und internationaler Ebene einen regelmässigen fachlichen Austausch. Dabei werden Themen zur Qualitätssicherung und Behandlungsempfehlung bearbeitet. Im Weiteren findet ein jährliches Tageskliniksymposium in der Schweiz und den Nachbarländern statt.

4.5. Risikomanagement

Die Tagesklinik bzw. deren übergeordnete Institution sollte über ein ausreichendes Krisenmanagement verfügen. Konzepte und Richtlinien können in den Tageskliniken ein sicheres Krisen- und Risikomanagement unterstützen, z.B. ein Konzept zum Umgang mit Aggressionen (Deeskalation), ein Konzept zu somatischen und psychiatrische Notfallmassnahmen, ein Erfassungssystem kritischer Ereignisse



(Critical Incident Reporting System/CIRS^{19,20} - ein Sicherheitskonzept welches massgeblich vom englischen Psychologen James Reason geprägt wurde), Hygienerichtlinien und z.B. standardisierte Prozeduren und Verfahrensanweisungen (sog. Standard Operating Procedures (SOP)) für die Abgabe von Psychopharmaka.



5. Öffentlichkeitsarbeit

Die Öffentlichkeitsarbeit ist Teil des Gesamtkonzeptes der jeweiligen Klinik. Sie kann aus Vorträgen, Medienberichten oder Beteiligung an anderen öffentlichen Veranstaltungen sein. Sie kann auch durch gezielte Fort- und Weiterbildungen, die der Öffentlichkeit zugänglich sind, erfolgen. Ziel ist es, extern Interessierten Fachwissen und Informationen zum Behandlungsspektrum zu vermitteln und dadurch auf die Behandlungsangebote aufmerksam zu machen. Zudem kann dadurch Aufklärungsarbeit in Bezug auf psychiatrische Erkrankungen erfolgen.



6. Kostenträger

Die Tageskliniken werden überwiegend über ausgehandelte Tarife, welche mit dem zuständigen kantonalen Gesundheitsdepartement und den Krankenkassen festgelegt werden, finanziert. Die Tagesklinik verfügt über ein entsprechendes Leistungsabrechnungssystem. Nicht alle erbrachten Leistungen sind abrechenbar. Die zukünftige Entwicklung wird zeigen, in welcher Form Tageskliniken auch vor finanziellen Aspekten in der Versorgungslandschaft vertreten sein werden. Wissenschaftlich ist belegt, dass Behandlungen in Tageskliniken in Bezug auf Kosten und Behandlungs-Outcome effizient sind^{21,22,23}. Sie können eine kostengünstige Alternative zu stationärer Behandlung sein²⁴.

7. Literaturverzeichnis

1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG vom 18. März 1994 (Stand am 1. Januar 2018), Art. 32.
2. Böker H, Hell D, Teichmann D, Teilstationäre Behandlung von Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen: Tagesklinik für Affektkranke. Stuttgart: Schattauer Verlag, 2009.
3. Heekeren K Tageskliniken. In Rössler W, Kawohl W; Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis- Band 2 Stuttgart: Kohlhammer, 2013.
4. Rahmenvereinbarung ab 1. Januar 2018 für spitalgebundene psychiatrische Tageskliniken – Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich.
5. Hopf H, Praxishandbuch Tageskliniken – Teilstationäre Behandlung in Psychiatrie und Psychosomatik, Urban und Fischer in Elsevier, 2018.
6. Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 06. Oktober 2000 (Stand am 1. Oktober 2019), Art.3. Abs.1.
7. Zeeck A, Lau I, Flösser K, Behandlung in psychosomatisch psychotherapeutischen Tageskliniken, Psychotherapeut Ausgabe 3/2020.
8. Eikelmann B, Tagesklinische Behandlung in der Psychiatrie, Day hospital treatment in psychiatry. Der Nervenarzt Volume 81, S.355-365 (2010).
9. <https://www.cbasp-network.de/index.php/cbasp/definition>.
10. <https://www.dachverband-dbt.de/index.php/dbt>.
11. <http://www.dg-ipt.de/>.
12. Juul S, Lunn S, Poulsen S, et al. Short-term versus long-term mentalization-based therapy for outpatients with subthreshold or diagnosed borderline personality disorder: a protocol for a randomized clinical trial. *Trials*. 2019; 20(1):196. Published 2019 Apr 5. doi:10.1186/s13063-019-3306-7.
13. Strauß B, Barkowski S, Schwartze D, Rosendahl J. Aktueller Stand der Gruppenpsychotherapieforschung- Psychotherapeut, 2016 – Springer.
14. Gühne U., Weinmann S., Riedel-Heller S.G., Becker, Th. (Hrsg.) S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, dgppn (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) 2019.

15. Sass H, Wittchen HU, Zaudig M, Houben I. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. Textrevision – DSM-IV-TR 4. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Aufl. Hogrefe (2003).
16. Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. CGI Clinical Global Impression. US Department of Health, Education, and Welfare Public Health Service Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration. Rockville, MD: U.S. Dept. of Health (1976) p. 217–22.
17. G.H. F. Brief-Symptom-Checklist BSCL. Hogrefe-Verlag 2017.
18. Linden M., Baron S. Muschalla B., Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen : ein Kurzinstrument zur Fremdbeurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen in Anlehnung an die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation. Bern Huber, 2009.
19. Reason J.: The Contribution of Latent Human Failures to the Breakdown of Complex Systems. In: Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences. 327, Nr. 1241, 12. April 1990, S. 475–484.
20. Ertl-Wagner B et al. Qualitätsmanagement und Zertifizierung. Heidelberg. Springer 2012.
21. Kallert TW, Priebe S, McCabe R, Kiejna A, Rymaszewska J, Nawak P, Ocvár L, Raboch J, Stárková-Kalisová L, Koch R, Schützwohl M (2007) Are day hospitals effective for acutely ill psychiatric patients? A European multicenter randomized controlled trial. J Clin Psychiatry 68 :278-287.
22. Kallert TW, Schönherr R, Schnippa S, Matthes C, Glöckner M, Schützwohl M. Direkte Kosten akutpsychiatrischer tagesklinischer Behandlung. Ergebnisse aus einer randomisierten kontrollierten Studie. Psychiatrische Praxis 32:132-141, 2005.
23. Marshall, M., Crowther, R., Sledge, W. H., Rathbone, J., & Soares-Weiser, K. (2011). Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. The Cochrane database of systematic reviews, 2011(12), CD004026. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004026.pub2>.



24. PauschK, Carlos N, Pichler E-M, Warnke I, Seifritz E, Kawohl W. Akut-Tagesklinik als kosteneffiziente Alternative zu stationärer Behandlung. Neuropsychiatrie 02/2017.

Anhang:

1.4.1. Spezialisierte Behandlungsangebote

Bei einigen spezifischen Behandlungsangeboten bestehen klinische Faktoren der Patientenversorgung, die Abweichungen bzw. Erweiterungen von einzelnen Punkten der Rahmenempfehlungen erfordern.

1.4.1.1. Substanzgebrauchsstörungen

Substanzgebrauchsstörungen (SGS) sind weit verbreitet und generieren hohe sozioökonomischen Kosten¹. Das Kernmerkmal von SGS ist der anhaltende oft zwanghafte Konsum von Substanzen trotz negativer Konsequenzen; SGS sind oftmals durch einen chronischen Verlauf mit wiederholten Rückfällen gekennzeichnet². Zudem weisen Menschen mit SGS häufig komplexe Krankheitsbilder auf mit hohen Komorbiditätsraten für psychiatrische und somatische Erkrankungen (Dualdiagnosepatienten)^{3,4}. Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) kommen bei PatientInnen mit SGS mit 25-51% deutlich häufiger vor als in der Normalbevölkerung⁵⁻⁷ und die zugrundeliegenden Traumatisierungen sind in der Regel schwerwiegender⁸. PatientInnen mit Traumata und SGS haben häufiger Rückfälle und Therapieabbrüche und sind aufgrund der SGS oft von traumaspezifischen Behandlungen ausgeschlossen^{9,10}. Ein Einbezug der Traumafolgestörung in die Behandlung der SGS ist aber anzustreben, was in einer Übersichtsarbeit unter Einbezug der aktuellen Behandlungsansätze für SGS und Dualdiagnosen und unter Einbezug von konkreten Fallbeispielen detailliert ausgeführt wurde¹¹. Es zeigt sich, dass ein integrativer, multiprofessioneller Behandlungsansatz, der neben SGS auch die zusätzlichen psychischen und somatischen Störungen berücksichtigt, nichtintegrierten Behandlungen überlegen ist¹². Zudem sollte das Behandlungsangebot individuell auf die/den einzelne/n Patientin/Patienten zugeschnitten werden^{13,14}. Idealerweise besteht sowohl stationär als auch teilstationär ein individuell kombinierbares, modular aufgebautes und multiprofessionell gestaltetes Behandlungsangebot, welches vom Inhalt und Pensum her bedarfsgerecht angepasst werden kann.

Eine grosse Herausforderung in der suchtmmedizinischen Behandlung stellen die häufig auftretenden Rückfälle und Ambivalenz gegenüber der Sistierung des Konsums sowie die oben beschriebene Multimorbidität dar. Diese Faktoren führen oft zu Fehlzeiten

und Therapieabbrüchen. Zudem sind schwer kranke PatientInnen mit Dualdiagnosen oftmals auch nach einer stationären Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung nicht sofort in der Lage an einem hochstrukturierten teilstationären Programm teilzunehmen und brauchen häufig eine gewisse „Anlaufzeit“, um die dafür notwendigen Kompetenzen und Motivation aufzubauen. Hier kommt der sogenannten „motivierenden Gesprächsführung“, einer Technik und Grundhaltung, die den Aufbau intrinsischer Motivation für Verhaltensänderungen fördert, eine grosse Wichtigkeit zu¹⁵. Darüber hinaus fällt es traumatisierten PatientInnen besonders schwer, sich auf neue Settings und BehandlerInnen einzustellen, sodass in einer ersten Phase die Etablierung einer tragfähigen, vertrauensvollen Beziehung zentral ist. Ein individuell anpassbarer modularer Ansatz, der initial auch ein geringes Zeitpensum ermöglicht und auf den Aufbau basaler Kompetenzen ausgerichtet ist und mit der Zeit auf vertiefende therapeutische Prozesse wie z.B. expositionsbasierte Traumatherapie ausgerichtet ist, kommt diesem Klientel entgegen. Er ist jedoch mit hohem administrativem Aufwand verbunden, erfordert längere Behandlungszeiten und ist kurzfristig mit geringeren Einnahmen für die Tagesklinik verbunden. Längerfristig können jedoch Kosten eingespart werden, da durch die bessere Behandlungskontinuität stationäre Behandlungen vorgebeugt und die Chancen für Genesung und Reintegration erhöht werden können. Somit sind für die teilstationäre Behandlung von Menschen mit SGS und Dualdiagnosen gewisse Aspekte hinsichtlich der Abrechnung schwierig mit den inhaltlichen Konzepten zu verbinden.

1.4.1.2. Abrechnungsrelevante Besonderheiten bei Substanzgebrauchsstörungen

Gegenwärtig liegen die Halbtages- und Tagespauschalen der Suchttageskliniken in manchen Kantonen deutlich tiefer als für andere Tageskliniken. Wie weiter oben ausgeführt, würden die besonderen Anforderungen von PatientInnen mit Dualdiagnosen und komplexen SGS ein höheres Mass an zeitlicher Flexibilität, u.a. die Präsenz- und Ausfallzeiten betreffend, erfordern. Das gegenwärtige Finanzierungsmodell mit Halbtages- bzw. Tagespauschalen geht für suchtmedizinische Tageskliniken daher mit einem erheblichen finanziellen Risiko einher und erzwingt vorzeitige Behandlungsabbrüche während der oft längeren Stabilisierungsphase aus ökonomischen Gründen.



Sofern die Medikation bereits in der Pauschale enthalten ist und nicht zusätzlich vergütet wird, so verschärft sich das Missverhältnis zwischen der tiefen Pauschale und der dafür zu erbringenden Leistung.

Die vorgegebene Präsenzzeit von zwei Stunden für die Auslösung einer Halbtagespauschale (analog vier Stunden für die Tagespauschale) schränkt die Tageskliniken in ihrer Flexibilität und der Möglichkeit zum individuellen Treatment Matching erheblich ein. Bspw. können mit diesem Abrechnungsmodell zusätzlich zu einer Gruppenteilnahme am gleichen Tag stattfindende Einzeltermine zur Koordination der tagesklinischen Behandlung nicht verrechnet werden. Zudem werden die gerade bei PatientInnen mit Dualdiagnosen regelhaft zu erbringenden zusätzlichen Leistungen (komplexes Berichtswesen, sozialpsychiatrische Unterstützung, Absicherung und Versorgung über den institutionellen Notfalldienst und weitere Leistungen in Abwesenheit der PatientInnen) nicht in den entsprechenden Pauschalen abgebildet.

Literaturverzeichnis Anhang

1. UNODC. World Drug Report 2012: (United Nations publication, Sales No. E.12.XI.1).
2. Volkow ND, Koob GF, McLellan AT: Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. *N Engl J Med* 2016; 374 (4): 363–371.
3. Regier DA, Farmer ME et al.: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990; 264 (19): 2511–2518.
4. Farrell M et al.: Substance misuse and psychiatric comorbidity. *Int Rev Psychiatry* 2003; 15 (1–2): 43–49.
5. Reynolds M, Mezey G, et al.: Co-morbid post-traumatic stress disorder in a substance misusing clinical population. *Drug Alcohol Depend* 2005; 77 (3): 251–258.
6. Ouimette P, Read J, Brown PJ: Consistency of retrospective reports of DSM-IV criterion A traumatic stressors among substance use disorder patients. *J Trauma Stress* 2005; 18 (1): 43–51.
7. Kok T, de Haan HA et al.: Screening of current post-traumatic stress disorder in patients with substance use disorder using the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS- 21): a reliable and convenient measure. *Eur Addict Res* 2015; 21(2): 71–77.
8. Houry L, Tang YL, et al.: Substance use, childhood traumatic experience, and Posttraumatic Stress Disorder in an urban civilian population. *Depress Anxiety* 2010; 27 (12): 1077–1086.
9. Westermeyer J, Wahmanholm K, Thuras P: Effects of childhood physical abuse on course and severity of substance abuse. *Am J Addict* 2001; 10 (2): 101–110.
10. Hien DA, Nunes E, et al.: Posttraumatic stress disorder and short-term outcome in early methadone treatment. *J Subst Abuse Treat* 2000; 19 (1): 31–37.
11. Hulka L, Conradi J, Buschner M, Herdener M: Psychische Störungen und Substanzgebrauchsstörungen: Psychotherapeutische Behandlungsformen. *InFo Neurologie & Psychiatrie* 2017; 15(6): 3-8.



12. Worley MJ et al.: Service utilization during and after outpatient treatment for comorbid substance use disorder and depression. *J Subst Abuse* 2010; 39 (2): 124-131.
13. Brunette MF, Mueser KT: Psychosocial interventions for the long-term management of patients with severe mental illness and co-occurring substance use disorder. *J Clin Psychiatry* 2006; 67 Suppl 7:10–17.
14. Moggi F, Donati R: *Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen*. Göttingen: Hogrefe, 2004.
15. Schmidt O, Fehr S.: Behandlung von Suchtpatienten mittels Motivational Interviewing. *Psychiatrie & Neurologie* 2016; (3): 4-7.