

Die Nachtambulanz – ein Dinosaurier der Reformpsychiatrie?

Ergebnisse einer 2-Jahres-Katamnese nach einem Nachtambulanzaufenthalt¹

■ M. Hofecker-Fallahpour^a, A. Eichenberger^b, W. Rössler^c

^a Psychiatrische Universitätsambulanz Basel

^b Sozialpsychiatrische Forschungsgruppe der Psychiatrischen Universitätsambulanz Zürich

^c Sektor West und Zentrale Sozialpsychiatrische Dienste der Psychiatrischen Universitätsambulanz Zürich

Summary

Hofecker-Fallahpour M, Eichenberger A, Rössler W. [Aspects of vocational rehabilitation in a night partial hospitalisation programme.] Schweiz Arch Neurol Psychiatr 2001;152:5–10.

A night hospital serves as a partial hospitalisation programme for psychiatric patients who are qualified for vocational rehabilitation. In order to detect predictors for a successful rehabilitation, we investigated 60 patients of a night hospital by means of a retrospective study design covering the period from 1980 to 1994. 26 clients who were not rehospitalised within 2 years of discharge were compared with 34 clients who were rehospitalised. We found that the most important predictors for preventing further hospitalisations were the state of employment before entering the night hospital and at discharge from the night hospital. Coping behaviour, previous working performance, diagnosis, number of previous hospitalisations and compliant behaviour were less important to predict rehospitalisations. Further analysis showed that the marked economic decline in the late 80s and early 90s had less influence than expected on patients who were not rehospitalised. On the other hand we could show that the rehospitalised patients were strongly effected by the economic crisis. In addition, the latter could not derive benefit from the increasing supply of vocational training programmes.

Keywords: night partial hospitalisation; vocational rehabilitation; predictors of rehospitalisation; economic decline

Zusammenfassung

Um die Prädiktoren für eine erfolgreiche Inanspruchnahme der Nachtambulanzen zu identifizieren, wurden 60 Patienten, die zwischen 1980 und 1994 in einer Nachtambulanz hospitalisiert waren, retrospektiv untersucht. 26 Patienten wurden innerhalb von 2 Jahren nach dem Nachtambulanzaustritt nicht mehr hospitalisiert und mit den verbleibenden 34 rehospitalisierten Patienten verglichen. Als wichtigste Prädiktoren für Rehospitalisationen erwiesen sich die Arbeitssituation vor Nachtambulanzaustritt und bei Nachtambulanzaustritt. Daneben zeigten das individuelle Verhaltensmuster, die bisherige Arbeitsfähigkeit, die Anzahl vorangegangener Hospitalisationen, die Diagnose und die Kooperationsfähigkeit Einfluss auf das Rehospitalisationsmuster. Die erhebliche Verschlechterung der Wirtschaftslage in den späten 80er Jahren zeigte nach erfolgter Nachtambulanzbehandlung kaum Auswirkungen auf die nicht rehospitalisierten Patienten. Die rehospitalisierten Patienten dagegen verloren Ende der 80er Jahre ihre Arbeitsplätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und konnten zudem nicht vom erweiterten Angebot an Arbeitstrainingsprogrammen profitieren.

Schlüsselwörter: Nachtambulanz; Arbeitsrehabilitation; Rehospitalisationsprädiktoren; Konjunkturkrise

Einleitung

Nachtambulanzen nahmen im Zuge der Psychiatriereformen in den deutschsprachigen Ländern in den 70er Jahren eine wichtige Übergangszone zwischen kürzer werdenden Klinikaufenthalten und ambulanten Nachsorge ein. Insbesondere sollten sie in

Korrespondenz:

Dr. Maria Hofecker-Fallahpour
Psychiatrische Universitätsambulanz
Kantonsspital
Petersgraben 4
CH-4031 Basel

¹ Der vorliegende Beitrag beruht auf der Dissertation der Erstautorin: Hofecker-Fallahpour M. Teilstationäre Rehabilitation: Eine 2-Jahresuntersuchung nach einem Nachtambulanzaufenthalt. Inaugural-Dissertation. Medizinische Fakultät: Universität Zürich; 1998.

den Abendstunden einen therapeutischen Rahmen für bereits wieder im beruflichen Reintegrationsprozess stehende psychisch Kranke bieten. Angesichts der desolaten Beschäftigungssituation vieler ehemals hospitalisierter psychisch Kranker verloren die Nachtkliniken jedoch an Bedeutung und wurden zugunsten anderer Einrichtungen geschlossen.

Dem Trend der 70er Jahre folgend wurde 1975 auch in Winterthur (Industriestadt, etwa 90 000 Einwohner) eine Nachtklinik eröffnet. Dies geschah im Zuge des Aufbaus gemeindenaher ambulanter und teilstationärer Einrichtungen in der Stadt, in Ergänzung zur 30 km entfernten, in ländlicher Umgebung liegenden Psychiatrischen Klinik Rheinau. Ende der 80er und Anfang der 90er Jahre wurde etwas verspätet auch die Schweiz von der weltweiten Rezession erfasst. Die Arbeitslosenrate erhöhte sich seit Ende der 80er Jahre kontinuierlich, die Situation in Winterthur verschlechterte sich mit geringer zeitlicher Verzögerung. So betrug die Anzahl der Ganztzeitarbeitslosen in der Region Winterthur 1980 415, 1990 730 und 1993 4706 Personen (Winterthurer Jahrbuch 1995). Die Mehrzahl der psychiatrischen Patienten schien konjunkturbedingt keinerlei Aussicht auf eine Rückkehr in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu haben, weswegen geschützte Arbeitsmöglichkeiten für psychisch Kranke im Raum Winterthur erheblich ausgebaut wurden. Die Klinik Rheinau richtete eine geschützte Werkstätte in unmittelbarer Nähe der Tages- und der Nachtklinik ein. Eine andere geschützte Werkstätte entstand am Stadtrand auf privater Basis. Zusätzlich wurde ein nicht staatliches Taglohnprojekt eingerichtet. Damit standen vorerst ausreichend Arbeitsmöglichkeiten für die Nachtklinikpatienten zur Verfügung, so dass die Institution ihren Betrieb weiterführen konnte.

Nachtkliniken waren bisher kein Gegenstand intensiver Forschungstätigkeit. Aktuelle speziell auf die Behandlung in Nachtkliniken ausgerichtete Untersuchungen gibt es kaum. Umfangreichere Studien liegen lediglich von Gmür [1–4] aus den 80er Jahren aus der Schweiz vor. Einzelne Studien zur Rehabilitation im ambulanten und komplementären Bereich erfassten Nachtkliniken mit [5, 6]. Zwei Studien untersuchten Übergangwohnheime, die konzeptuell eine gewisse Nähe zur Nachtklinik aufweisen [7, 8].

Um die Frage nach dem aktuellen Stellenwert von Nachtkliniken zu beantworten, untersuchten wir Patienten, die in der Nachtklinik in Winterthur behandelt worden sind. Einerseits wollten wir anhand von Erfolgsprädiktoren eine geeignete Klientel für die Behandlung in Nachtkliniken

bestimmen, andererseits den Einfluss der Wirtschaftsentwicklung auf deren Rehabilitation überprüfen.

Methodik und untersuchte Stichprobe

In einem retrospektiven Studiendesign wurden 60 Männer untersucht, die zwischen 1980 und 1994 in der Nachtklinik in Winterthur mindestens 3 Monate behandelt wurden. Die 3-Monats-Grenze wurde daher gewählt, weil Effekte kürzerer Aufenthalte kaum als spezifisch nachtklinikbedingt beurteilt werden können. Frauen, die $\frac{1}{5}$ aller Eintritte ausmachten, wurden aus Gründen der Unterrepräsentation aus der Stichprobe ausgeschlossen. Bei Patienten, die im genannten Untersuchungszeitraum mehrmals in die Nachtklinik eingetreten waren, wurde der jeweils letzte Nachtklinikaufenthalt evaluiert. Alle Angaben wurden den umfangreichen und systematisch geführten Patientendossiers entnommen.

Die untersuchten Patienten waren im Mittel 33jährig (Range: 21–50 Jahre), zu 80% ledig oder wieder alleinstehend (17%). In 8% bestand eine Partnerschaft, in 23% lag eine Vaterschaft vor. Unterschichtverhältnisse in der Ursprungsfamilie waren bei 53% der Patienten zu finden. Grösstenteils war der obligatorische Schulabschluss (85%) erreicht worden und häufig eine abgeschlossene Berufsausbildung (58%). Vor dem Nachtklinikeintritt verfügten 27%, nach dem Nachtklinikaustritt 35% über eine reguläre Arbeits- oder Ausbildungsstelle auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Diagnostisch fanden sich 83% schizophrene und 10% persönlichkeitsgestörte Patienten. Die Hälfte der untersuchten Personen wies keine Zweitdiagnose auf, die andere Hälfte eine Suchterkrankung (43%). Durchschnittlich waren die Patienten seit 8,7 Jahren manifest und erstmals mit 24,1 Jahren erkrankt. Zudem waren sie vor dem Nachtklinikeintritt im Mittel schon 4mal vollhospitalisiert gewesen.

Anhand der Krankengeschichten der Klinik Rheinau und mittels eines Rundschreibens an die anderen psychiatrischen Kliniken der deutschen Schweiz wurden die Anzahl und Dauer der Rehospitalisationen innerhalb von 2 Jahren nach Nachtklinikaustritt ermittelt. 26 Patienten erfuhr keine Rehospitalisation innerhalb der genannten Dauer von 2 Jahren nach Nachtklinikaustritt und wurden der Gruppe A («erfolgreiche Behandlungen») zugeteilt, während 34 Patienten die genannten Kriterien erfüllten und rehospitalisiert werden mussten. Diese wurden der Gruppe B («erfolglose Behandlungen») zugeteilt.

Tabelle 1 Arbeitssituation der Patienten und Outcome-Gruppen bei Nachtklinikeintritt und -austritt.

	bei Eintritt		bei Austritt	
	Gruppe A	Gruppe B	Gruppe A	Gruppe B
Vollzeitarbeit	12 (86%)	2 (14%)	14 (78%)	4 (22%)
Taglohn	2 (50%)	2 (50%)	1 (100%)	0 (0%)
beschützte Arbeit (allgemeiner Arbeitsmarkt)	1 (25%)	3 (75%)	1 (50%)	1 (50%)
geschützte Werkstätten	0 (0%)	2 (100%)	6 (67%)	3 (33%)
therapeutische Tagesstruktur	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	26 (100%)
Ausbildung (allgemeiner Arbeitsmarkt)	2 (100%)	0 (0%)	3 (100%)	0 (0%)
keine Arbeit, keine Tagesstruktur	9 (27%)	24 (73%)	1 (100%)	0 (0%)
Total	26 (43%)	34 (57%)	26 (43%)	34 (57%)

Gruppe A: gutes Outcome (keine Rehospitalisation, «erfolgreich»)

Gruppe B: schlechtes Outcome (Rehospitalisation, «erfolglos»)

Für die Beantwortung unserer Fragestellungen verglichen wir beide Gruppen miteinander. Bei der Suche nach der geeigneten Klientel für Nachtkliniken untersuchten wir, ob sich erfolgreiche Verläufe (Gruppe A) von erfolglosen Verläufen (Gruppe B) durch bestimmte Prädiktoren unterscheiden lassen. Zudem überprüften wir, inwiefern der Rehabilitationsverlauf durch die Konjunkturlage beeinflusst worden ist. Konkret wollten wir wissen, ob die sich verschlechternde Arbeitsmarktentwicklung zwischen 1980 und 1994 in den Verläufen der Gruppen A und B sichtbar werden und wie sich ein verbessertes Angebot an geschützten Arbeitsplätzen auswirkt.

Zur statistischen Berechnung wurde das Computerprogramm StatView (Abacus Concepts, Berkeley, CA, USA, 1992) verwendet. Neben deskriptiver Statistik wurden 2×2 und 3×2 Kontingenztafeln berechnet. Für Variablen mit 2 Merkmalsausprägungen wurde als Zusammenhangsmass der Phi-Koeffizient ab 0,20 interpretiert. Für Variablen mit 3 Ausprägungen wurde Cramer's V berechnet und ebenfalls ab 0,20 interpretiert. Mittels einfacher Regression wurden Prädiktoren in Abhängigkeit vom Rehospitalisationsmuster von den Gruppen A und B berechnet. Auf die Berechnung von multivariaten Modellen musste wegen der relativ kleinen Stichprobe verzichtet werden.

Ergebnisse

Als wichtigste Prädiktoren für erfolgreiche Verläufe erwiesen sich die Arbeitssituation vor Nachtklinikeintritt ($p = 0,006$) und bei Nachtklinikaustritt ($p < 0,0001$). In Gruppe A fanden sich deutlich mehr Patienten mit Arbeits- oder Ausbildungsplätzen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als in Gruppe B (Tab. 1). Patienten aus Gruppe B waren in der Regel vor Nachtklinikeintritt arbeitslos und auch kaum in geschützten Werkstätten oder Tageszentren zu finden. Bei Nachtklinikaustritt gelang es den Patienten aus A, ihre Position bezüglich Arbeit und Ausbildung zu halten oder auszubauen (Tab. 1). Patienten aus B dagegen vermochten sich diesbezüglich kaum zu verbessern. 41% von ihnen beendeten den Nachtklinikaufenthalt mit einer erneuten Vollhospitalisation, 35% traten in eine als Tageszentrum geführte Tagesklinik über. Lediglich 12% der Patienten aus Gruppe B fanden eine reguläre Arbeitsstelle, weitere 12% fanden Stellen im geschützten Arbeitsbereich. Diese arbeitsbezogenen Prädiktoren begannen sich bereits nach der Ersthospitalisation im Krankheitsverlauf abzuzeichnen, indem mehr Patienten aus Gruppe A als aus B das vor der Krankheit bestehende Arbeitsniveau wieder erreichten ($p = 0,007$).

Weiter erwies sich das individuelle Verhaltensmuster im Krankheitsverlauf als Prädiktor hinsichtlich Rehospitalisation. Ausgehend von der Vorstellung, dass grundsätzlich aktive Menschen trotz krankheitsbedingten Beeinträchtigungen im Rehabilitationsprozess durch ihre Fähigkeit zur Eigeninitiative ihre Krankheit besser bewältigen können, wurden anhand der beschreibenden Angaben der Krankengeschichten die Patienten inhaltsanalytisch 3 Verhaltenstypen zugeordnet (Tab. 2). Aktives Verhaltensmuster herrschte in

Tabelle 2 Verhaltensmuster im Krankheitsverlauf: Gruppe A und B.

	Gruppe A	Gruppe B
dynamisch, initiativ: n = 14 (23%)	12 (86%)	2 (14%)
apathisch, passiv: n = 20 (33%)	7 (35%)	13 (65%)
persistierend psychotisch: n = 26 (43%)	7 (27%)	19 (73%)

Tabelle 3 Arbeit bzw. Tagesstruktur bei Nachtklinikeintritt der Gruppe A und B von 1980 bis 1989 und von 1989 bis 1994.

Situation bei Eintritt	1980–1989		1989–1994	
	Gruppe A	Gruppe B	Gruppe A	Gruppe B
Vollzeitarbeit	8 (62%)	1 (6%)	4 (31%)	1 (6%)
Taglohn	1 (8%)	1 (6%)	1 (8%)	1 (6%)
beschützte Arbeit (allgemeiner Arbeitsmarkt)	1 (8%)	1 (6%)		2 (12%)
geschützte Werkstätten		1 (6%)		1 (6%)
Ausbildung (allgemeiner Arbeitsmarkt)	1 (8%)		1 (8%)	
therapeutische Tagesstruktur				1 (6%)
keine Arbeit	2 (15%)	13 (76%)	7 (54%)	11 (65%)

Tabelle 4 Arbeit bzw. Tagesstruktur bei Nachtklinikaustritt der Gruppe A und B von 1980 bis 1989 und von 1989 bis 1994.

Situation bei Austritt	1980–1989		1989–1994	
	Gruppe A	Gruppe B	Gruppe A	Gruppe B
Vollzeitarbeit	8 (62%)	4 (24%)	6 (45%)	
Taglohn			1 (8%)	
beschützte Arbeit (allgemeiner Arbeitsmarkt)	1 (8%)	1 (6%)		
geschützte Werkstätten	3 (23%)	2 (12%)	3 (23%)	1 (6%)
Ausbildung (allgemeiner Arbeitsmarkt)	1 (8%)		2 (15%)	
therapeutische Tagesstruktur		10 (59%)		16 (94%)
keine Tagesstruktur			1 (8%)	
Total	13 (100%)	17 (100%)	13 (100%)	17 (100%)

A vor, passives und persistierend psychotisches dagegen in B ($p = 0,001$).

Als prädiktiv ebenfalls bedeutsam erwies sich schlechtere Kooperationsfähigkeit ($p = 0,008$) bei den Patienten der Gruppe B im Vergleich zu A. Das Ersterkrankungsalter war in Gruppe B tendenziell niedriger als in A, signifikante Unterschiede ergaben sich jedoch nicht.

Hinsichtlich der Anzahl der Hospitalisationen vor dem Nachtklinikeintritt zeigte sich lediglich eine Tendenz von A zu weniger Vorhospitalisationen ($p = 0,06$).

Das berufliche Qualifikationsniveau, das Ausmass der Selbständigkeit, die Nebendiagnose Sucht und die Aufenthaltsdauer in der Nachtlinik erwiesen sich dagegen nicht als Prädiktoren für Rehospitalisationen.

Zur Prüfung der zweiten Fragestellung nach dem Einfluss der wirtschaftlichen Entwicklung auf den Rehabilitationsverlauf wurde die Stichprobe in eine 1. Hälfte von 30 Patienten, die von 1980 bis 1989, und in eine 2. Hälfte von 30 Patienten, die von 1989 bis 1994 in der Nachtlinik behandelt wurden, unterteilt. Wegen der kleinen Fallzahlen wurde auf eine Signifikanzprüfung verzichtet.

Bei Nachtklinikeintritt (Tab. 3) überwogen in der konjunkturrell bevorzugten 1. Hälfte von 1980 bis 1989 in der Gruppe A deutlich die arbeitenden, in der Gruppe B dagegen die arbeitslosen Patienten. 1989 bis 1994 war bei Nachtklinikeintritt in A der Anteil Berufstätiger zugunsten Beschäftigungsloser zurückgegangen. Die Patienten aus B waren nach wie vor bei Nachtklinikeintritt in hohem Ausmass ohne Beschäftigung.

Bei Nachtklinikaustritt (Tab. 4) wurden von 1980 bis 1989 die Patienten aus der Gruppe B vorwiegend in Richtung therapeutische Tagesstruktur (d.h. Übertritt in die Tagesklinik oder Rückverlegung in die Klinik) rehabilitiert, einzelne fanden jedoch noch einen Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Die Patienten aus der Gruppe A dagegen hielten und verbesserten ihre Präsenz an regulären Arbeits- und Ausbildungsplätzen. Ausserdem fanden Patienten aus A mittels Nachtklinikaufenthalt Arbeitsplätze in geschützten Werkstätten. 1989 bis 1994 waren die Patienten aus B bei Nachtklinikaustritt gänzlich vom allgemeinen Arbeitsmarkt verschwunden und, abgesehen von einer Person in einer geschützten Werkstätte, nur mehr im therapeutischen

Bereich zu finden. Den Patienten aus A gelang es dagegen auch während der konjunkturell deutlich angespannteren 2. Hälfte der Untersuchung, ihre Präsenz auf dem freien Arbeitsmarkt zu halten und auszubauen. Erneut nützten mehr Patienten aus A als aus B das Angebot der geschützten Werkstätten. Dadurch wiesen immerhin 6 der bei Eintritt 7 arbeitslosen Patienten aus A bei Austritt eine Arbeitsstelle auf. Beschützende Arbeitsplätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt waren in dieser Stichprobe 1989 bis 1994 gegenüber 1980 bis 1989 vollständig verlorengegangen.

Diskussion

Nachtkliniken sind heutzutage eine Rarität unter den Rehabilitationseinrichtungen. Macht es nach wie vor Sinn, Nachtkliniken zu betreiben, vielleicht sogar neue zu gründen, oder stellen sie lediglich ein kurzlebiges Kuriosum der Reformzeit dar, und werden sie – wie seinerzeit die Dinosaurier – wieder untergehen?

Betrachten wir dazu zunächst die Ergebnisse der ersten Fragestellung. Angesichts der Schwere der Krankheitsbilder, die sich unter anderem aus der Häufigkeit der Diagnose schizophrener Erkrankungen, des frühen Ersterkrankungsalters, der langen Erkrankungsdauer und der hohen Zahl an unfreiwilligen Hospitalisationen ergibt, ist es bemerkenswert, dass mehr als die Hälfte aller untersuchten Patienten bei Nachtklinikaustritt über eine nichttherapeutische Beschäftigung verfügte und ein etwa gleich hoher Anteil innerhalb von 2 Jahren nicht rehospitalisiert werden musste. Dazu kommt, dass der untersuchte Nachtklinik-aufenthalt mindestens 3 Monate gedauert hatte und in der Regel eine längere Vollhospitalisation vorausgegangen war, was zu langen krankheitsbedingten Abwesenheiten vom Arbeitsplatz geführt hatte. Gesamthaft, besonders aber die 57% «erfolglosen» Patienten aus Gruppe B mit zumindest einer Rehospitalisation, muss die Stichprobe an den sogenannten «neuen Langzeitpatienten» gemessen werden. Auf diesem Hintergrund darf der in der vorliegenden Studie gefundene Verlauf auch im Vergleich mit anderen teilstationären Behandlungsprogrammen [9–11] als zufriedenstellend bezeichnet werden.

In Fallregisterstudien von Eaton et al. [12] und Haro et al. [13] erwies sich frühes Ersterkrankungsalter als sicherster Prädiktor für Rehospitalisationen. In unserer Stichprobe zeigten sich diesbezüglich jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen. Reker und Eikermann [14] fanden in ihrer Studie zur psychia-

trischen Arbeitsrehabilitation, dass jene kleine Personengruppe, die einen Wechsel vom geschützten Arbeitsplatz auf den allgemeinen Arbeitsmarkt anstrebte, sich von den anderen untersuchten Personen durch jüngeres Alter, höhere Schulbildung, signifikant kürzere Krankheitsdauer, bessere soziale Integration, aktiveres Verhalten und grössere Unabhängigkeit im Wohnen unterschied. Unsere «erfolgreichen» nicht rehospitalisierten Patienten aus Gruppe A verfügten hingegen nicht über vergleichbare Ausgangsressourcen. Angenommen werden darf, dass die gelungene berufliche Rehabilitation bei den A-Patienten zur Stabilisierung und Verhinderung von Rehospitalisationen beitrug. Die Ergebnisse anderer Studien [8, 12, 13] lassen darüber hinaus hoffen, dass die Patienten der Gruppe A nach dem mindestens 2jährigen hospitalisationsfreien Intervall nur mehr eine geringe Gefährdung für weitere Hospitalisationen aufweisen.

Die Variable Verhaltensmuster im Krankheitsverlauf zeigt, dass aktive Patienten unter den nicht rehospitalisierten Personen überwogen. Die Ausprägung «aktiv» ist dabei nicht mit «symptomfrei» oder «problemlos» gleichzusetzen. Reker und Eikermann [8] verwendeten in ihrer Untersuchung zur Arbeitsrehabilitation ähnliche Kriterien mittels Darstellung nach Syndromen gemäss AMDP. Sie fanden die Mehrzahl ihrer Patienten im apathischen oder depressiven Syndromenbereich. Hofmann et al. [15] zeigten, dass Untersuchte mit vielfachen Rehospitalisationen einen dynamisch bewegten Krankheitsverlauf aufwiesen. Neue Langzeitpatienten dagegen wurden als überwiegend produktiv-psychotisch beschrieben und Patienten in Übergangswohnheimen als häufig depressiv-apatich.

In der zweiten Fragestellung gingen wir von einer die nicht rehospitalisierten und die rehospitalisierten Patienten gleichmässig betreffenden Abnahme an Beschäftigungsmöglichkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aus. Das war nicht der Fall. Vielmehr erwiesen sich die Ressourcen der erfolgreichen A-Patienten im Bereich Arbeit auch noch bei verschlechterter Konjunktur als nutzbar. Die B-Patienten dagegen trugen die volle Last des Konjunkturreinbruchs und wurden völlig vom Arbeitsmarkt in den therapeutischen Bereich verdrängt. Während aus der Gruppe A in beiden Zeitabschnitten ein gleichbleibender Anteil von Personen in geschützten Werkstätten Beschäftigung fand, konnte dieses Angebot von B-Patienten nicht in grösserem Umfang genutzt werden. Die Studie zeigt auch, dass niedrigschwellige Taglohnprojekte hauptsächlich von A-Patienten beansprucht wurden und keine Beschäftigungsalter-

native für die Gruppe B darstellten. Hier wäre es wünschenswert, dass schwerst erkrankte Patienten die Nachtambulanz zum Eingewöhnen in eine niedrigschwellige Tagesstruktur oder in eine ambulante Arbeitstherapie mit permanentem Charakter nützen könnten. Denn unrealistische Ziele in der Rehabilitation wie Reintegrationsversuche von schwerst Erkrankten in den allgemeinen Arbeitsmarkt sollten vermieden werden [7].

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse unserer Studie weisen trotz vielschichtiger ungünstiger Voraussetzungen auf bemerkenswerte Erfolge der Nachtambulanzrehabilitation hin. Sollte also der vom Aussterben bedrohte Dinosaurier zu neuem Leben erweckt werden? Die Frage kann nicht allgemeingültig mit einem klaren «Ja» oder «Nein» beantwortet werden. Unsere Studie vermag nicht, die differenzielle Wirksamkeit von Nachtambulanzen gegenüber anderen Behandlungen nachzuweisen. Ausserdem beziehen sich unsere Aussagen ausschliesslich auf Männer. Sicher kann aber festgehalten werden, dass der Behandlungserfolg der untersuchten Nachtambulanz durchaus mit anderen teilstationären Programmen verglichen werden kann. Wir würden daher davon abraten, bestehende Nachtambulanzen dem Trend der Zeit folgend oder aus Kostengründen vorschnell zu schliessen. Vielmehr sollte bei zu wenig geeigneten Patienten im jeweiligen Umfeld einer Nachtambulanz überprüft werden, ob genügend Beschäftigungsmöglichkeiten für psychisch Kranke vorhanden sind. Sie stellen zweifelsohne die Grundlage für eine erfolgreiche Rehabilitation in der Nachtambulanz dar.

Literatur

- 1 Gmür M. Die Nachtambulanz – eine sozialpsychiatrische Einrichtung. Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 1983;132:117–29.
- 2 Gmür M. Schizophrenieverlauf und Entinstitutionalisierung. Stuttgart: Enke; 1986.

- 3 Gmür M. Die Prognose der Schizophrenie unter sozialpsychiatrischer Behandlung. Langjährige Katamnese von Nachtambulanz- und Klinikpatienten. Stuttgart: Enke; 1987.
- 4 Gmür M. Die Wandlung der Hospitalisierungsdauer und Hospitalisierungshäufigkeit von Schizophrenen. Eine Überprüfung an einer älteren und einer jüngeren Generation sozialpsychiatrisch behandelter Patienten. Sozial- und Präventivmedizin 1987;32:137–9.
- 5 Steinhart I, Bosch G. Rehabilitation in einer gemeindepsychiatrischen Versorgungsstruktur – Erfolg und Misserfolg während eines Jahres. Rehabilitation 1990;29:246–53.
- 6 Vaitl P, Bender W, Hubmann W, Kröner A, Kröner M. Vollstationäre versus halbstationäre psychiatrische Anschlussbehandlung. Eine vergleichende retrospektive Studie. Psychiatrische Praxis 1989;16:214–7.
- 7 Leclerc-Springer J. Rehabilitationsziele in einem psychiatrischen Übergangwohnheim. Sozialpsychiatrische Informationen 1992;2:21–3.
- 8 Eikermann B, Reker T. Ergebnisse der extramuralen Rehabilitation chronisch psychisch Kranker: 5-Jahres-Follow-up. Rehabilitation 1993;32:171–6.
- 9 Elbelt U, Müller P, Schaefer E. Zur beruflichen Integration schizophrener Patienten unter derzeitigen Behandlungsbedingungen. Psychiatrische Praxis 1998;25:33–7.
- 10 Reker T, Eikermann B, Schonauer K, Folkerts H. Arbeitsrehabilitation chronisch psychisch Kranker. Ergebnisse einer prospektiven Untersuchung über 3 Jahre. Psychiatrische Praxis 1998;25:76–82.
- 11 Thompson CM. Characteristics associated with outcome in a community mental health partial hospitalization program. Community Ment Health J 1985;21:179–88.
- 12 Eaton WW, Mortensen PB, Herrman H, Freeman H, Bilker W, Burgess P, et al. Long-term course of hospitalization for schizophrenia: part I. Risk for rehospitalization. Schizophr Bull 1992;18:217–28.
- 13 Haro J, Eaton W, Bilker W, Mortensen P. Predictability of rehospitalization for schizophrenia. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1994;244:241–6.
- 14 Reker T, Eikermann B. Die gegenwärtige Praxis der psychiatrischen Arbeitsrehabilitation: Ergebnisse einer repräsentativen Untersuchung in beschützten Arbeitsverhältnissen in der Region Westfalen. Psychiatrische Praxis 1993;20:95–101.
- 15 Hofmann W, Gougleris G, Panzer M, Tigiser E, Warken R, Zimmer FP. Mehrfachaufnahmen im psychiatrischen Krankenhaus – eine Untersuchung zur Situation sogenannter «Drehtür-Patienten». Psychiatrische Praxis 1992;19:217–24.