

Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR
– Bestandsaufnahme und Empfehlungen –

30.5.1991

im Auftrag des Bundesministers für Gesundheit

VORWORT

der Bundesministerin für Gesundheit

Die Psychiatrie-Enquête des Jahres 1975 hat in der Bundesrepublik Deutschland eine Reform eingeleitet, die einerseits zu erheblichen Fortschritten der psychiatrischen Versorgung geführt hat, andererseits längst nicht ihren Abschluß gefunden hat. Davon zeugt der Expertenbericht zum Bundesmodellprogramm "Psychiatrie" vom Jahre 1988.

Damals waren untragbare Verhältnisse in den Psychiatrischen Großkliniken das treibende Moment zur Reform. Es wurde aber alsbald sichtbar, daß die Probleme dieser Kliniken nicht allein durch Maßnahmen in diesen Kliniken zu lösen waren. So ergab sich ein eindeutiger Schwerpunkt für den ambulanten und komplementären Bereich. Dieser findet sich auch im großen Modellprogramm "Psychiatrie" der Bundesregierung wieder.

Eine ähnliche Situation ist nun in den neuen Ländern anzutreffen. Die Nöte in den großen Kliniken verlangen eigene Maßnahmen. Zusätzlich gilt es aber, ein ambulantes und komplementäres Netz zu entwickeln, um eine bedarfsgerechte moderne psychiatrische Versorgung sicherzustellen.

Das vorliegende Gutachten zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR – Bestandsaufnahme und Empfehlungen – beschreibt die vorgefundene Situation. Bei den ausgesprochenen Empfehlungen folgt es den Grundprinzipien der Enquête.

Der anhängende Bericht kann sicher eine gute Grundlage für Maßnahmen zur Verbesserung der Lage der psychisch Kranken sein.

Den beteiligten Fachleuten danke ich sehr herzlich für ihre zügige Arbeit.



Gerda Hasselfeldt

INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT

der Bundesministerin für Gesundheit I

VORBEMERKUNG 1

A. ALLGEMEINER TEIL	2
I. Einleitung	2
1. Aufgabe	2
2. Entwicklung der Psychiatrie in der DDR	3
3. Grundsätze der Psychiatriereform	5
II. Allgemeine Ergebnisse der Bestandsaufnahme und Empfehlungen	7
1. Ambulante Versorgung: Bestandsaufnahme und Empfehlungen	8
2. Stationäre Versorgung: Bestandsaufnahme	12
a) Psychiatrische Krankenhäuser	12
b) Psychiatrische Abteilungen	15
c) Universitätskliniken	16
3. Stationäre Versorgung: Empfehlungen	16
a) Psychiatrische Krankenhäuser	17
b) Psychiatrische Abteilungen	19
c) Universitätskliniken	21
d) Leitfragen zur Aufgaben- und Investitionsplanung für Psychiatrie Krankenhäuser und Abteilungen	21
e) Bettenmeßziffern für die klinisch-stationäre Psychiatrie	22
4. Komplementäre Versorgung: Heime, Anstalten und Arbeitsplätze: Bestandsaufnahme und Empfehlungen	24
5. Personal: Bestandsaufnahme und Empfehlungen	27
6. Hilfsvereine, Trägervereine, Angehörigenverbände: Bestandsaufnahme und Empfehlungen	30
7. Zum Problem der "Neuropsychiatrie"	31

III. Grundsätzliche Probleme in besonderen Bereichen	33
1. Allgemeine Probleme einzelner Zielgruppen	33
a) Chronisch psychisch kranke und behinderte Menschen	33
b) Geistig behinderte Menschen	33
c) Suchtkranke Menschen	34
d) Psychisch kranke alte Menschen (ca. ab 60 Jahre)	35
e) Psychisch kranke Kinder und Jugendliche	36
f) Freiheitsentzug in der Psychiatrie	37
g) Psychisch oder suchtkranke Rechtsbrecher	38
h) Psychiatrie und die Versorgung gesellschaftlicher Randgruppen	39
2. Versorgung und Rehabilitation behinderter Menschen	39
a) Funktionsbereich Wohnen	41
b) Funktionsbereich Arbeiten	42
c) Funktionsbereich Kontaktstiftung – Alltagsbewältigung/Tagesstrukturierung	43
d) Gemeindepsychiatrischer Verbund	43
3. Reform der komplementären Versorgung	44
a) Enthospitalisierung	44
b) Regionale komplementäre Versorgungsverpflichtung	46
4. Psychiatrie als Aufgabe des Landes sowie der Landkreise und kreisfreien Städte	48
a) Psychiatrieplanung	48
b) Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft	50
c) Das Land als (überörtlicher) Sozialhilfeträger	52
5. Systemwidriger Vorrang der Sozialhilfe	52

B. SPEZIELLER TEIL: LÄNDERBERICHTE	54
Vorbemerkung	54
I. Mecklenburg-Vorpommern	55
1. Östlicher Versorgungsraum	56
2. Nördlicher Versorgungsraum	58
a) Bereich Greifswald	59
b) Bereich Stralsund	60
c) Bereich Rostock	62
d) Bereich Wismar	64
3. Der westliche Versorgungsraum	65
a) Nervenlinik Schwerin	65
b) Langzeiteinrichtung Dobbertin	67
II. Brandenburg	69
1. Allgemeines	69
2. Die klinisch-stationären Einrichtungen	70
a) Brandenburg	70
b) Neuruppin	72
c) Teupitz	75
d) Lübben	77
e) Eberswalde-Finow	79
f) Psychiatrische Abteilung in Rüdersdorf	82
g) Weitere Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern.	83
3. Ambulante Versorgung	85
4. Komplementäre Versorgung	86
5. Zusammenfassung und weiterführende Überlegungen	88
III. Sachsen-Anhalt	92
1. Der nördliche Versorgungsraum	92
a) Psychiatrisches Krankenhaus Haldensleben	92
b) Psychiatrisches Krankenhaus Uchtspringe	93
c) Psychiatrisches Krankenhaus Jerichow	95
d) Stadt Magdeburg	97

2.	Der südliche Versorgungsraum	98
	a) Psychiatrisches Krankenhaus Bernburg	98
	b) Die Stadt Halle und der Saalkreis	99
	c) Empfehlungen zur Versorgung der südlichen und östlichen Regionen	101
	d) Größere Behinderteneinrichtungen	102
3.	Die ambulante psychiatrische Versorgung	104
4.	Zusammenfassende Beurteilung und Empfehlungen	105
IV.	Thüringen	108
	1. Allgemeines	108
	2. Ambulante Versorgung	109
	3. Krankenhaussektor	112
	4. Heimsektor	120
	a) Skizze der Einrichtungen	121
	b) Struktur- und Grundsatzprobleme des Heim-Sektors	126
V.	Sachsen	128
	1. Vorbemerkungen	128
	2. Zur Situation der stationären Psychiatrie	129
	3. Zur Situation der ambulanten Psychiatrie	134
	4. Bemerkungen zum komplementären Bereich	137
	5. Zusammenfassende Schlußfolgerungen und Empfehlungen für die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung im Freistaat Sachsen	138
	6. Ausgewählte Tabellen	144
VI.	Berlin (Ost)	150
	1. Die ambulante psychiatrische Versorgung in Berlin-Ost	150
	2. Die klinisch-stationäre Versorgung	153
	a) Fchkrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie Berlin-Lichten- berg	153
	b) Bereich Charité der Humboldt-Universität	154
	c) St. Joseph-Krankenhaus	156
	d) "Wilhelm Griesinger"-Krankenhaus	157
	e) Berlin-Buch, Haus 213	159
	3. Zusammenfassung	161

C.	DATEN-TEIL	164
I.	Allgemeine Ergebnisse des Fragebogen Rücklaufes und anderer Erhebungen	164
1.	Art und Umfang der Fragebogen-Erhebung; Problematik	164
2.	Allgemeine Ergebnisse des Fragebogen-Rücklaufes	166
3.	Ergebnisse anderer Erhebungen	170
a)	Datengrundlage	171
b)	Ergebnisse	174
II.	Tabellen	177
1.	Ergebnisse der Fragebogen-Erhebung	177
2.	Tabellen auf der Grundlage der Medizinalstatistik der ehemaligen DDR	182
D.	ANHANG: Projektbeschreibung	193
1.	Ausgangslage, Auftrag, Projektträgerschaft und Erhebungszeitraum	193
2.	Vorarbeiten	194
3.	Zusammensetzung der Arbeitsgruppe	195
4.	Sitzungen, Ablauf der Erhebungen	200

VORBEMERKUNG

Nach den entsprechenden notwendigen Vorbereitungen (s. Teil D., Anhang) konnte die Experten-Gruppe – bestehend aus Vertretern des westdeutschen und ostdeutschen Psychiatrie – ihre Arbeit Ende November 1990 aufnehmen. Am 30. Mai 1991 wurde der Bericht von der Experten-Gruppe abschließend beraten und in der vorliegenden Form verabschiedet. Somit wurden die gesamte Bereisung der neuen Bundesländer, die Beschaffung der Daten, erforderliche Rücksprachen und Abstimmungen sowie die Fertigstellung der Texte in gerade einem halben Jahr – also unter erheblichem Zeitdruck – zu Ende gebracht. Hauptsächlich diesen besonderen Bedingungen ist es anzulasten, daß die Abfassung der einzelnen Länderberichte durch jeweils verschiedene Autoren sehr heterogen ausgefallen ist. Sowohl die mit der Redaktion befaßten Mitarbeiter der AKTION PSYCHISCH KRANKE, als auch die hierzu ausgewählten Vertreter der Experten-Gruppe sahen sich außerstande, in Kürze eine stilistische Angleichung zu bewerkstelligen. Wichtiger erschien allen, den Bericht jetzt abzuschließen, weil durch weitere Verzögerungen die Chance verspielt werden könnte, in Gang gekommene Entwicklungen in den neuen Bundesländern noch zu beeinflussen. Überdies kann der jeweils erkennbare persönliche Duktus der einzelnen Kapitel der Lebendigkeit und Unmittelbarkeit des Gesamttextes eher zum Vorteil gereichen.

Bonn, den 30. Mai 1991

A. ALLGEMEINER TEIL

A.I. Einleitung

1. Aufgabe

Nachdem die ehemalige DDR am 03.10.1990 der Bundesrepublik beigetreten ist, gilt auch in bezug auf die psychiatrische Versorgung der im Grundgesetz Art. 72 Abs. 2 verankerte Auftrag, überall im Geltungsbereich vergleichbare Lebensverhältnisse zu schaffen. Der Einigungsvertrag vom 31. August 1990 greift diesen Auftrag in Art. 33 Abs. 1 für den Bereich des Gesundheitswesens auf und bestimmt – ausdrücklich für den Bereich der stationären Versorgung –, daß das Niveau der Versorgung in den neuen Bundesländern "zügig und nachhaltig verbessert und der Situation im übrigen Bundesgebiet angepaßt wird." Psychiatrie darf deshalb nicht ein Problem unter "ferner liefern" sein, sondern hat den gleichen Rang wie andere Bereiche der medizinischen Versorgung oder wie z.B. Verkehrswesen, Städtebau und andere Gebiete des öffentlichen Lebens.

Die vorliegende, im Auftrag der Bundesregierung erstellte Bestandsaufnahme mit Empfehlungen – Auftrag, Projektträgerschaft und Arbeitsablauf sind im Anhang (Teil D) dargestellt – will einen Beitrag zur dringend notwendigen Verbesserung der psychiatrischen Versorgung leisten. Die Verbesserung der Lage der psychisch Kranken und ihrer Angehörigen ist aber nicht allein Sache der beruflich mit Psychiatrie befaßten Personen, sondern kann nur gelingen, wenn Politiker aller Ebenen (Kommunen, Länder und Bund), Kostenträger, Verwaltungen, Einrichtungsträger einschließlich der Träger der freien Wohlfahrtspflege, Hilfsvereine, Angehörigen-Verbände und die Medien zu gemeinsamen Anstrengungen zusammenfinden.

Die skandalösen Verhältnisse von Waldheim wurden von den Medien in die Öffentlichkeit getragen. Sie sind jedoch, was den eklatanten Mißbrauch der Psychiatrie angeht, nicht zu verallgemeinern. Zur Möglichkeit des Psychiatrie-Mißbrauchs haben aber entscheidend beigetragen: die fehlende Öffentlichkeit und rechtsstaatliche Kontrolle einerseits und andererseits die Praxis besonders schwierige – und nicht nur forensische – Patienten aus der ganzen ehemaligen DDR in diese Institution zu konzentrieren. Die

Experten-Gruppe hat auch diese Probleme der Psychiatrie in den neuen Bundesländern zur Kenntnis genommen, sich jedoch aufgrund der bisher unzureichenden Aufklärung nicht speziell damit auseinandersetzen können.

Im übrigen war die Psychiatrie jedoch wie die übrige Medizin ein gesellschaftlicher Bereich, der im Vergleich zu anderen weniger stringent der politischen Kontrolle unterlag. Ärztliche Direktoren gingen mit Anweisungen von oben (z.B. mit der Maßgabe, bei Besuchen hoher Funktionäre am Ort Patienten nicht zu beurlauben oder zu entlassen) sehr verschieden um, in Einzelfällen bis hin zu offenem Protest. Parteimitgliedschaft darf nicht allein schon als Indiz für einen den Patienten nicht zuträglichen oder möglicherweise mißbräuchlichen Umgang mit der Psychiatrie gewertet werden.

2. Entwicklung der Psychiatrie in der DDR

Die Situation der psychiatrischen Versorgung in der ehemaligen DDR ist das Ergebnis vielfältiger und widersprüchlicher Zusammenhänge und Entwicklungstrends. Eine Schlüsselstellung hat dabei der Widerspruch zwischen zentralisierter, krankenhauserorientierter Betreuung in Richtung Klinifizierung und Spezialisierung einerseits und eher gemeindepsychiatrisch orientierten Formen der Versorgung vor Ort.

Bis in die Gegenwart besteht eine Dominanz des psychiatrischen Krankenhauses. Veränderungen, wie sie in den Rodewischer oder Brandenburger Thesen formuliert wurden, blieben in den Anfängen stecken und führten nur in wenigen Einrichtungen zu dauerhaften und tiefgreifenden Verbesserungen der Lage der psychisch Kranken.

Auf der anderen Seite entwickelten sich die Polikliniken als Hauptträger der ambulanten Versorgung. Damit ergab sich die Möglichkeit der Entwicklung multiprofessioneller ambulanter Behandlungszentren, die die Einheit von medizinischer Behandlung und psychosozialer Betreuung realisieren konnten. Wo diese Einrichtungen im Sinne einer qualifizierten multiprofessionellen Betreuung arbeiteten – dies war allerdings längst nicht überall in der ehemaligen DDR der Fall –, übernahmen sie aufgrund ihrer Versorgungspflicht integrative und koordinierende Funktionen einer bedarfsorientierten kommunalen psychosozialen Versorgung.

Die Bedingungen im Bereich der Wirtschaft mit ihren geringeren betriebswirtschaftlichen Effektivitätszwängen und die weniger ausgeprägten gesellschaftlichen Differenzierungen ermöglichten es, einen größeren Teil psychisch Kranker und Behinderter in die normalen Arbeits- und Wohnbereiche zu integrieren, ohne daß spezielle komplementäre Einrichtungen dafür erforderlich gewesen wären.

Der Sachverhalt, daß die Ergebnisse dieser Reformbemühungen zwar in verschiedenen Bereichen, vor allem in der ambulanten Versorgung und der beruflichen Rehabilitation bewahrenswerte Problemlösungen hervorbrachten, im Hinblick auf eine allgemeine Verbesserung der Situation der psychisch Kranken jedoch eher bescheiden waren, hat verschiedene Gründe.

Eine wesentliche Rolle spielten ökonomische Zwänge und eine Mangelsituation in der materiellen und personellen Ausstattung im stationären und ambulanten Bereich, die vor allem in den letzten Jahren zum Teil katastrophale Ausmaße annahmen. Der wichtigste Grund war jedoch das Fehlen einer demokratischen Öffentlichkeit, was dazu führte, daß das kritische Potential von Angehörigen, Betroffenen, der Bevölkerung und der Massenmedien sowie innerhalb der Psychiatrie selbst praktisch nicht zur Geltung kommen konnte.

Der im Laufe der Jahre zunehmende Trend, von offizieller Seite das Bestehende als das schon Vollkommene, Ideale hinzustellen, behinderte wie in vielen anderen gesellschaftlichen Bereichen auch in der Psychiatrie die Offenlegung der elenden und menschenunwürdigen Zustände in den Krankenhäusern und der Mängel im ambulanten Bereich und damit auch die Auseinandersetzung mit ihnen.

Die gleichen Zusammenhänge führten auch zur Stabilisierung traditioneller, einseitig naturwissenschaftlicher Sichtweisen mit der ideologischen Ausblendung der psychosozialen Dimension psychischen Krankseins und der dieser innewohnenden Verweise auf pathogene soziale Zusammenhänge.

Das überspitzte Sicherheits- und Kontrollbedürfnis des autoritären Systems führte auch in der Psychiatrie zu einer Akzentuierung ihrer sozialen Ordnungsfunktion und zu einer Förderung ausgrenzender und verwahrender Formen des Umgangs mit dem Problem psychischen Krankseins, die sich in der Stabilisierung der Rolle des psychiatrischen

Krankenhauses manifestierte und einseitig biologische Denkmuster favorisierte. Hier wirkte sich auch die Tatsache aus, daß die Aufarbeitung der Euthanasieverbrechen als Extremform der sozialen Ordnungsfunktion der Psychiatrie nur zögernd und gegen erhebliche Widerstände in Gang kam.

3. Grundsätze der Psychiatriereform

Die vier Hauptempfehlungen der Psychiatrie-Enquête (1975), die auch Grundlage der "Empfehlungen der Expertenkommission" (1988) sind, lauten:

- Gemeindenahe Versorgung
- Bedarfsgerechte und umfassende Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten
- Koordination aller Versorgungsdienste
- Gleichstellung von psychisch und somatisch Kranken.

Diese vier Hauptempfehlungen sind heute genauso aktuell wie 1975 (vgl. auch die Stellungnahme der Bundesregierung zu den Empfehlungen der Expertenkommission, BT-Drucksache 11/8494 vom 27.11.1990). Eine offene Zustimmung zu diesen Grundprinzipien war wohl in der Vergangenheit nicht ohne weiteres möglich, doch gab es unter den Fachleuten in der ehemaligen DDR einen weitgehenden Konsens in bezug auf die konzeptionellen Grundaussagen der Psychiatrie-Enquête von 1975 sowie der Empfehlungen der Expertenkommission von 1988, wenn auch die Praxis mehr oder weniger hinter diesen Zielvorstellungen zurückbleiben mußte.

Die "Empfehlungen" haben die Tragfähigkeit der gemeindepsychiatrischen Einrichtungen für chronisch psychisch Kranke und Behinderte mit komplexen Betreuungsbedürfnissen zum Prüfstein gemacht (Zusammenfassung, S. XI). Die zweite Hauptempfehlung ("Versorgung aller psychisch Kranken") meint in erster Linie diese relativ kleinere Zielgruppe im Unterschied zur viel größeren Zahl von Kranken mit überschaubarem Krankheitsverlauf, guter Prognose und guter sozialer Integration, die mit ihren Angehörigen aktiv für sich selber sorgen können.

In den neuen Bundesländern gibt es zahlreiche Ansätze für wohnortnahe, psychiatrische Hilfen im klinischen, ambulanten und komplementären Bereich. Ein entscheidendes strukturelles Problem besteht – wie in der alten BRD – darin, daß diese wohnortnahen Einrichtungen und Dienste meist *angebotsorientiert sind*: d.h. sie behandeln und betreuen Patienten, für die sie sich selbst für geeignet halten.

Um die Ausgrenzung der schweren und chronisch kranken Menschen durch ihrer Unterbringung in wohnortfernen Krankenhäusern und Heimen zu beenden, muß ein Konsens aller beteiligten Einrichtungen und Dienste, sowie der Verantwortlichen für Planung und Finanzierung erreicht werden: Ziel ist anstelle einer angebots- eine *bedarfsorientierte, wohnortnahe* psychiatrische Versorgung. Bedarfsorientiert heißt: für die in einer definierten, überschaubaren Region *lebenden* psychisch Kranken und Behinder- ten – also in erster Linie für die schwerer Kranken mit komplexen Problemen – psychiatrische Hilfen zu entwickeln, damit sie als Mitbürger in ihrer Heimatregion weiterleben können, anstatt für vorhandene Therapie- und Rehabilitationsprogramme geeignete Patienten auszuwählen und den Rest zu Lasten von überforderten Angehörigen leer ausgehen zu lassen oder Patienten in überregional aufnehmende Psychiatrisch Krankenhäuser oder Heime weiterzuschicken. Es geht somit um die:

- Verkleinerung der Versorgungsregionen auf überschaubare Dimensionen (in der alten Bundesrepublik in der Regel Kreise und kreisfreie Städte, in den neuen Ländern gegebenenfalls mehrere Kreise und Städte)
- Aufteilung der Versorgungsverpflichtung für eine überschaubare Region in
 - a) klinisch-stationäre Versorgungsverpflichtung
 - b) komplementäre Versorgungsverpflichtung
 - c) ambulante Versorgungsverpflichtung.

Versorgungsverpflichtung bindet die Einrichtung, den Dienst, nicht jedoch den Patienten, für den die Wahlfreiheit bestehen bleibt.

A.II. Allgemeine Ergebnisse der Bestandsaufnahme und Empfehlungen

Die Bereisung der Neuen Bundesländer durch psychiatrische Experten hat ergeben, daß eine ganze Reihe von versorgungsrelevanten Problemen länderübergreifend, wenn auch teilweise in unterschiedlicher Ausprägung festzustellen sind. Um fortdauernde Wiederholungen in den folgenden, auf einzelne Länder und die in ihnen untersuchten Einrichtungen bezogenen Kapitel, zu vermeiden, erscheint es sinnvoll, derartige allgemeine Versorgungsprobleme vorab zu kennzeichnen, Defizite zu benennen und generelle Vorschläge zu ihrer Beseitigung oder Milderung vorzubringen. In einem späteren Kapitel können dann im Rahmen der Schilderung von Einrichtungen und Diensten zur Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in den neuen Bundesländern Mängel und Mißstände aber auch nachahmungswertes an einzelnen Beispielen verdeutlicht werden.

Ziel der Psychiatriereform ist ein am regionalen Bedarf orientiertes Hilfeangebot, daß in vernetzter Form verschiedene Funktionen leistet (vgl. Empfehlungen, Abschnitt C.3., "Die Gemeindepsychiatrie in funktionaler Betrachtungsweise"), doch bei der Defizitbeschreibung muß aus den Gründen der praktischen Darstellung von der realen Strukturierung der Verhältnisse ausgegangen werden: deshalb sollen im folgenden die allgemeinen Versorgungsprobleme in der traditionellen Gliederung: ambulante Versorgung, klinisch stationäre Versorgung, komplementäre Versorgung dargestellt werden.

In dieser Bestandsaufnahme werden viele Defizite und zum Teil katastrophale und menschenunwürdige Verhältnisse beschrieben. Dies darf nicht als Vorwurf an die Mitarbeiter in den Einrichtungen und Diensten mißverstanden werden. Die in der konkreten Alltagsarbeit mit den Patienten stehenden Mitarbeiter haben am wenigsten die Bedingungen zu verantworten, unter denen sie arbeiten müssen. Trotz beklemmender Verhältnisse ist vielerorts immer wieder eine hohe Motivation und Einsatzbereitschaft der Mitarbeiter aufgefallen.

1. Ambulante Versorgung: Bestandsaufnahme und Empfehlungen

Die ambulante Versorgung der Bevölkerung wurde im Gebiet der ehemaligen DDR in erster Linie durch die Kreispolikliniken, Ambulatorien, staatlichen Arztpraxen, sowie vereinzelte Dispensaires für spezielle Patientengruppen gewährleistet. In der Regel war auf der Kreisebene jeweils eine Abteilung für Neuropsychiatrie (Poliklinik) eingerichtet. Das im Prinzip flächendeckend konzipierte System war jedoch vor allem in ländlichen Gebieten in den letzten Jahren zunehmend lückenhaft mit psychiatrischen Fachkräften besetzt gewesen zu sein. In den Polikliniken standen personell meist Teams zur Verfügung bestehend aus Psychiatern, Fürsorgerinnen, Psychologen, Arzthelferinnen und Krankenschwestern. Auch waren den Polikliniken vor Ort tätige Gemeindefürsorgerinnen zugeordnet. Im Aufgabenspektrum der ambulanten Einrichtungen bündelte sich ärztliche Behandlung mit Vor- und Nachsorge sowie sozialfürsorgerische Tätigkeiten nach der Art sozialpsychiatrischer Dienste und Pflege (wie sie etwa von Sozialstationen geleistet wird). Den poliklinischen Fachabteilungen in den Kreisen und Stadtbezirken oblag die Versorgungspflicht für die ihnen zugewiesenen Regionen. Sie waren damit für die psychiatrische Grundversorgung der Bevölkerung zuständig.

Sowohl in der Ausstattung mit Personal und Räumlichkeiten, als auch in der Nutzung der multiprofessionellen Möglichkeiten der Einrichtungen ergeben sich aufgrund des Fragebogen-Rücklaufes erhebliche Unterschiede: personell reicht die Spanne von einem einzelnen Arzt bis zu 23 angestellten Fachkräften. Die multiprofessionellen Möglichkeiten sind nach den Angaben der antwortenden Polikliniken jedenfalls in der Darstellung des Angebots- und Leistungsspektrums scheinbar nur vereinzelt intensiv genutzt worden: nahezu überall macht den Hauptteil der Arbeitsbelastung die "ärztliche Behandlung" und wenige "ärztliche Hausbesuche" aus. Doch wurde ambulant-aufsuchende Arbeit durch Fürsorgerinnen vielerorts in erheblichem Umfang geleistet, obgleich die Fragebögen dies zumeist nicht erkennen lassen.

Psychiatrische Krankenhäuser und Abteilungen betrieben einerseits Spezialambulanzen (Dispensaires) für spezielle Zielgruppen (incl. Neurologie), andererseits trugen sie in unterschiedlichem Maße zur neuropsychiatrischen Grundversorgung der Bevölkerung bei. In ländlichen Gebieten war diese Arbeit z.T. durch große Entfernungen behindert. Im Einigungsvertrag ist (§ 311 Abs. 2 SGB V) geregelt, daß ärztlich geleitete Ambulanzen

und Poliklinken zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung bei der Anwendung des § 72 SGB V bis zum 31.12.1995 zur ambulanten Versorgung zugelassen sind. Der Zulassungsausschuß kann die Zulassung widerrufen, "wenn eine ordnungsgemäße und wirtschaftliche ambulante Versorgung durch die Einrichtung nicht möglich ist". Schließlich entscheidet er über eine Verlängerung der Zulassung im Benehmen mit der Landesbehörde und insbesondere unter Berücksichtigung des Anteils der in freier Praxis niedergelassenen Ärzten.

Der Gesetzestext beabsichtigt offensichtlich, östliche und westliche Formen ambulanter Versorgung zunächst wenigstens befristet zu integrieren. Dabei wird allerdings deutlich, daß die östliche Form des durchgängig öffentlich organisierten und einheitlich finanzierten ambulanten Dienstes seitens der einschlägig interessierten Verbände unerwünscht ist. Versuche einer differenzierten und systematischen Betrachtung, ob sich wenigstens für Teilbereiche, so etwa im Sektor ambulanter psychiatrischer Versorgung wegen der ungeteilten Finanzierung aus einer Hand auch möglicherweise Vorteile ergeben könnten, sind jedenfalls auf Bundesebene unterblieben. Die vorgegebenen fünf Jahre erscheinen so im Grunde nicht als Bewährungs- oder Beobachtungsfrist, sondern als Galgenfrist, innerhalb derer die Polikliniken und Ambulatorien in Richtung freier Niederlassung von Ärzten einerseits und Aufbau von Gesundheits- und Sozialdiensten andererseits "abgewickelt" werden können.

Die Träger der ambulanten Einrichtungen in der ehemaligen DDR waren angesichts der durch die Vereinigung schlagartig auf sie zukommenden komplizierten und zunächst ungeklärten Finanzierungsmodalitäten und Kostenzuständigkeiten naturgemäß völlig überfordert, zumal sie sich mit Problemen dieser Art bis zu diesem Datum nicht zu befassen brauchten. Abschlagzahlungen wurden angekündigt, auch auf den Weg gebracht, erreichten aber infolge organisatorischen Durcheinanders nicht immer diejenigen, welche sie erwarteten. Zudem reichte die Summe häufig nicht aus, um die Kosten zu decken. Dabei wurde vergessen, daß nach geltendem Recht Kassen nur zugelassene Kassenleistungen bezahlen dürfen. Eine Vielzahl von Leistungen, die anderen Kostenträgern – meist den Kommunen – zuzuordnen sind, blieben so unbezahlt. Denn diese hatten kein Geld, oder wollten es anderswo ausgeben.

Manche Mitarbeiter, welche die entsprechende Bestimmung im Einigungsvertrag als eine Art Bestandsgarantie mißverstanden hatten, waren daher enttäuscht und verbittert, als sie das Kündigungsschreiben in den Händen hielten. In dieser von allseitiger Verunsicherung gekennzeichneten Situation erwogen viele Ärztinnen und Ärzte abzuspringen und sich niederzulassen. Für Menschen im mittleren Alter – und die meisten Betroffenen gehören in diese Lebensphase – ist es gewiß nicht einfach, auf einem völlig unbekanntem Terrain einen Neuanfang zu wagen und sich ohne Erfahrung in wirtschaftlichen Dingen bei zur Zeit in der Regel relativ hohen Zinsen zu verschulden.

Löst sich die Einrichtung auf, muß auch das nichtärztliche Personal – also Gesundheitsfürsorgerinnen, Psychologen/Innen, Schwestern und andere Mitarbeiter – versuchen, ein rettendes Ufer zu erreichen. Einige kommen in Krankenhauseinrichtungen unter, andere in Sozialstationen, Gesundheitsämtern oder sich bildenden sozialpsychiatrischen Diensten, nicht wenige bleiben arbeitslos. Diese Verhältnisse kommen einem Auflösungsprozeß nahe, Aus den Ergebnissen unserer Erhebungen kann man abschätzen, daß etwa 50% der neuropsychiatrischen Ambulatorien in Polikliniken ihre Arbeit in der früheren Form inzwischen eingestellt haben. Weitere 22% sind in ihrem Fortbestand gefährdet. Unter derartigen Umständen nimmt es nicht wunder, daß die ambulante Versorgung mancherorts nicht mehr sichergestellt werden kann.

Mit der Auflösung von Polikliniken verschlechtert sich auch die ambulante psychotherapeutische Versorgung. Diese wurde in erster Linie von Psychologen in enger Kooperation mit den Ärzten getragen, die berufliche Zukunft der Psychologen ist aber unter den neuen Finanzierungsbedingungen ungewiß geworden.

Um einem abrupt auftretenden Versorgungseinbruch entgegenzuwirken, werden vereinzelt (z.B. in Neubrandenburg) Polikliniken, die eine Vielzahl von Ärzten der verschiedensten Fachrichtungen beschäftigen, in GmbH's umgewandelt, welche – so scheint es – nach der Art einer großen Gemeinschaftspraxis von einer Verwaltungsstelle aus mit der Kassenärztlichen Vereinigung abrechnen.

Empfehlungen zur ambulanten Versorgung

1. Polikliniken und ambulante Dienste – soweit noch nicht aufgelöst – sind unter Nutzung des geltenden Finanzierungsrechtes, einschließlich der entsprechenden Paragraphen aus dem Einigungsvertrag, abzusichern. (Dies schließt nicht eine Überprüfung auf Wirtschaftlichkeit der Aufgabenstellung, der Personalstrukturen und Arbeitsformen aus.) Dabei geht es vor allem um die Fortsetzung der Hilfen für chronisch Kranke mit komplexen Störungen, während die größere Zahl anderer Patienten von niedergelassenen Ärzten gut versorgt werden können.

2. Einrichtungen zur ambulanten ärztlichen Behandlung und zur ambulanten psychosozialen Betreuung sowie Hilfen zur Tagesstrukturierung vor allem für chronisch psychisch Kranke und Behinderte sind in ausreichender Zahl, Verteilung und Qualität, d.h. bedarfsgerecht, Schritt für Schritt bereitzustellen: Niederlassung von Psychiatern/Nervenärzten, Aufbau von sozialpsychiatrischen Diensten, Kontaktstellen, Beratungsstellen, die gegebenenfalls bisher von Polikliniken wahrgenommene Funktionen weiterführen.

Institutsambulanzen sind nicht nur bei den psychiatrischen Landeskrankenhäusern (möglichst auch an Außenstellen mit Tageskliniken) sondern ebenso an psychiatrischen Abteilungen mit Versorgungsverpflichtung notwendig.

Die in der ehemaligen DDR bewährte Praxis der "stationsintegrierten" Nachsorgeambulanz (Patienten, für die die Kontinuität zwischen stationären und ambulanten Behandlungsphasen, gegebenenfalls nur übergangsweise, wichtig ist) kann auch mit dem "Instrument" der Institutsambulanz fortgesetzt werden: Verwaltungsmäßig können die Wochen- bzw. Jahres- Arbeitsstunden von Therapeuten einerseits und die aus ambulanten und (teil-) stationären Einnahmen finanzierten Stellen andererseits auseinandergehalten werden. Therapeuten verteilen ihre Wochen- bzw. Jahresarbeitszeit auf stationäre und ambulante Tätigkeiten. Die Organisationseinheit Institutsambulanz kann neben voll- auch teilzeit-beschäftigte Mitarbeiter haben.

3. Für Institutsambulanzen an psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung die selben rechtlichen Voraussetzungen wie bei psychiatrischen Krankenhäusern zu schaffen, ist in den Neuen Ländern ebenso dringend wie in den alten Bundesländern. Sozialpsychiatrische Dienste (als Teil des Gesundheitsamtes) sollten

unter den gegenwärtigen schwierigen Bedingungen mindestens für eine Übergangszeit mit Behandlungsrecht (an Facharzt gebunden) ausgestattet werden, insbesondere für solche Patienten, für die die Einheit von medizinischen und sozialen Hilfefaktoren für den Erfolg der Hilfe notwendig ist.

Die Finanzierung insbesondere ambulanter, offener und teilstationärer Hilfen, die nicht als medizinische Behandlung einzustufen sind, ist in den neuen wie in den alten Bundesländern unzureichend geklärt (vgl. Empfehlungen der Expertenkommission, S. 68ff., und Kap. E.4.).

4. Zur Sicherung der psychotherapeutischen Versorgung kommt der Weiterbildung in Psychotherapie und der Nutzung der rechtlichen Möglichkeiten zur Delegation an qualifizierte Psychologen große Bedeutung zu. Zur Verbesserung der Versorgungslage sind geeignete Übergangsregelungen zu schaffen.

5. Die Expertengruppe begrüßt ausdrücklich die Förderung von einschlägigen Projekten in Leipzig, Mühlhausen/Thüringen und Prenzlauer-Berg/Berlin im Rahmen des "kleinen Modellverbundes".

2. Stationäre Versorgung: Bestandsaufnahme

a) Psychiatrische Krankenhäuser

Ein globaler Überblick vermittelt den Eindruck, daß der jetzige Zustand der psychiatrischen Krankenhäuser in den fünf neuen Bundesländern den Verhältnissen ähnelt, wie sie in der Krankenhauspsychiatrie in den "alten" Bundesländern vor Beginn der großen Investitionswelle Anfang der 70er Jahre bestanden. Die Größe der Häuser ist sehr uneinheitlich und reicht selbst bei den "alten", also den vor oder um die Jahrhundertwende als psychiatrische Anstalten erbauten Häusern von 310 bis 1.800 Betten; wohl die Mehrzahl verfügt über 450 bis 800 Betten. Die Strategie der "Rekonstruktion" erinnert an das damalige Vorgehen: Verkleinerung großer Säle meist durch Holzeinbauten, Anstricherneuerung, sanitärtechnische Maßnahmen. durchgreifende Umbauten fanden sich nur vereinzelt, Abriß und Neubauten nirgends. Auch heute noch gibt es fast überall

Schlafräume mit 10 und mehr Betten, teilweise ohne dazwischengestellte Nachttische (sogenannte "Ehebetten"); dabei Stationsgrößen bis zu 60 und mehr Patienten. In den geschlossenen Wachsälen stehen und sitzen chronisch Kranke weitgehend unbeschäftigt herum. Bei einem viel zu geringen Personalbestand begegnen einem überall Anzeichen einer überwiegend verwahrenden Psychiatrie. An vielen Stellen kann die Situation bei heruntergekommener Bausubstanz durchaus als katastrophal und menschenunwürdig bezeichnet werden. Hinzukommt, daß zahlreiche weniger gestörte Kranke ganz offensichtlich für Arbeiten in den Wirtschaftsbetrieben des Krankenhauses zur Entlastung eingesetzt werden – Umgangsformen mit Kranken, die im Westen zugunsten einer patientenbezogenen und entsprechend ausgebauten Arbeits- und Beschäftigungstherapie in den 60er und 70er Jahren abgeschafft worden sind. Nach den Ergebnissen des Fragebogenrücklaufes gibt es nur noch wenig beschützte betriebliche Arbeitsplätze (vgl. Kap. A.II.3., Komplementäre Versorgung).

Es fällt auf, daß die für die stationäre akut- und allgemeinspsychiatrische Krankenhausbehandlung bisher ausgewiesenen Bettenkapazitäten oft außerordentlich niedrig liegen – Behandlung wird begrifflich in der Regel offenbar mit "akut" gleichgesetzt und dies wieder mit kurz, zeitlich begrenzt. Dagegen ist jedoch Krankenhausbehandlung so lange – im Einzelfall ggf. jahrelang – zu bezahlen, solange nur mit den Mitteln des Krankenhauses Aussicht besteht, die Behandlungsziele (Krankheit erkennen, heilen, bessern, Verschlechterung verhindern, lindern) konkretisiert auf den einzelnen Patienten besteht (vgl. die §§ 27 und 39 SGB V). In der stationären Psychiatrie hat die multiprofessionelle Betreuung, die aus zielgerichtet koordinierten Behandlungsbeiträgen der verschiedenen Berufsgruppen zum abschließend ärztlich verantworteten Behandlungsplan besteht, zentrale Bedeutung (vgl. Psych-PV), nicht so sehr z.B. die apparative Ausstattung wie in der somatischen Krankenhausmedizin.

Allerdings sind in den in den Angaben der einzelnen Häuser im Fragebogen-Rücklauf zur Zahl der akut- und allgemeinspsychiatrischen Betten bezogen auf die zu versorgende Bevölkerung deutliche Unterschiede zu finden: Während der diesbezügliche Bettenschlüssel im Fachkrankenhaus Arnsdorf bei 0,31 pro Tausend liegt, erreicht er in Altscherbitz 0,88 und im Fachkrankenhaus Jerichow 1,27 pro Tausend. Dieser Befund kann mehrere Ursachen haben: Patienten-Selektion. Unterversorgung im ambulanten Bereich oder anderes. Eine genauere Klärung könnte nur durch spezielle Untersuchun-

gen erzielt werden. Wie dem auch sei, die psychiatrischen Krankenhäuser imponieren insgesamt trotz ihrer nominell hohen Bettenzahlen eher als große Behinderteneinrichtungen, welche nur mit einem Teil für die Aufnahme und Behandlung (im kostentechnischen Sinne) psychisch Kranker in ihrem Versorgungsgebiet zu Verfügung stehen.

Diesem Katalog von Mängeln muß ferner die Tatsache hinzugefügt werden, daß durchgängig in den psychiatrischen Krankenhäusern eine sehr hohe Fehlplazierungsquote (nach in den alten Bundesländern geltenden Kriterien) festzustellen ist. Sie differiert regional zwischen 35 und 70 Prozent. Dies heißt, daß ein großer Teil hospitalisierter Patienten nicht krankenhausbearbeitungsbedürftig ist und in anderen, geeigneteren Einrichtungen behandelt und betreut werden könnte. Hiervon ist vor allem die große Gruppe chronisch Kranker betroffen, die zu einem beträchtlichen Anteil nur deswegen im Krankenhaus unter ungünstigen Bedingungen bleiben müssen, weil es keine dem jeweils vorliegenden Versorgungsbedarf angepaßten Institutionen im Aufnahmegebiet gibt.

Ein schwerwiegendes Defizit der stationären Krankenhausversorgung besteht in der völligen Durchmischung von Langzeitpatienten mit verschiedensten Erkrankungen und Behinderungen ohne problemspezifische Behandlung und Betreuung: geistig Behinderte, Psychose-Kranke, mehrfach geschädigte Alkoholiker, schwer orientierungsgestörte alte Menschen sind auf den Stationen gemeinsam untergebracht. In den kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen leben geistig behinderte und psychisch kranke Kinder und Jugendliche zusammen.

Die große Zahl von Langzeitpatienten sowohl in psychiatrischen Krankenhäusern wie auch in den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie führt zu erhöhten oder hohen Bettenzahlen bezogen auf die Bevölkerung. Wenn man nun westliche Aufgabendefinition für psychiatrische Einrichtungen und Kostentechnische Abgrenzungskriterien (Behandlungsfall/Nicht-Behandlungsfall) anwendet, so wird nur ein kleiner Teil dieser Langzeitpatienten als "krankenhausbearbeitungsbedürftig" einzustufen sein, viele (in der Größenordnung ein Drittel bis zwei Drittel) sind nach den jetzt gültigen Kriterien "fehlplaziert".

Bei der Verwendung des Begriffes "Fehlplazierung" ist jedoch zu berücksichtigen, daß bisher andere Aufgabendefinition und Kostenzuständigkeiten galten und die "Fehlplazierung" durch eine Veränderung der Kriterien entsteht. Bisher war das Psychiatrische

Krankenhaus nicht nur für Behandlung zuständig, sondern auch ein Ort zum Leben auf Dauer für Personen, die sonst (mit den vorhandenen Hilfen vor Ort) nicht auskamen: nicht nur chronisch psychisch Kranke und Behinderte Menschen, mehrfach geschädigte suchtkranke Menschen, psychisch gestörte alte Menschen, sondern auch in großer Zahl geistig behinderte Kinder und Erwachsene (bis hin zu schwerhörigen und gehörlosen Kindern ohne psychische Krankheiten im Psychiatrischen Krankenhaus Uchtspringe).

Die offenkundige Fehlplatzierung eines großen Teils der Patienten in den Psychiatrischen Krankenhäusern darf jedoch nicht dazu führen, diese Menschen aus der Betreuung des Krankenhauses zu entlassen, bevor qualifizierte Versorgungsalternativen realisiert sind (vgl. Kap. A.III.3.a), Enthospitalisierung).

b) Psychiatrische Abteilungen

Von ihrer Größe und ihrem Profil her sind die Psychiatrischen Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern in den neuen Bundesländern sehr unterschiedlich. Definierte psychiatrischen Versorgungsverpflichtungen für das jeweilige Einzugsgebiet nehmen nur wenige dieser Abteilungen wahr – einige rein psychiatrische Abteilungen, die eher klein (23 bis 40 Betten) sind, und daneben noch eine etwas größere Zahl neuropsychiatrischer Abteilungen, welche in der Regel über eine größere Bettenkapazität verfügen. Andere psychiatrische oder neuropsychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern behandeln nur leichtere psychische Erkrankungen und beteiligen sich nicht an der psychiatrischen Vollversorgung; ihr Profil ist zumeist eindeutig neurologisch bestimmt. Aber auch einzelne Abteilungen, bei denen es sich um reine Pflegeeinrichtungen handelt, und solche, die sich rein auf Suchtkrankheiten spezialisiert haben, sind anzutreffen; in der Regel verfügen diese Abteilungen nur über weniger als 30 Betten.

Insgesamt kann eingeschätzt werden, daß die Bedeutung dieser Abteilungen für die Versorgung psychiatrischer Patienten in den einzelnen Regionen sehr verschieden ist. Im Regierungsbezirk Chemnitz beteiligen sich z.B. drei Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern schon seit vielen Jahren, teilweise Jahrzehnten, an der Vollversorgung der Gesamtregion.

c) Universitätskliniken

Universitäts-Nervenkliniken in den neuen Bundesländern sind in die Versorgung eines definierten geographischen Gebietes eingebunden, aber oft ohne Versorgungsverpflichtung. Im Gegensatz dazu hat der häufig recht differenzierte Aufbau der westlichen Universitätskliniken Auswirkungen auf ihre Dimensionierung. Gemessen an diesen herkömmlichen Bedürfnissen der Lehre und Forschung erscheinen die meisten östlichen psychiatrischen Universitätskliniken zu groß. Die zuständigen Ministerien gehen daher daran oder fassen doch ins Auge, die Universitätskliniken von Versorgungsaufgaben zu entbinden und entsprechend zu verkleinern. Damit werden aber bestimmte Probleme der psychiatrischen Versorgung als nicht wichtige Felder für Lehre und Forschung eingestuft – dies betrifft insbesondere sowieso größtenteils vernachlässigten Patientengruppen z.B. die der chronisch Kranken. Darüber hinaus sollten Forschung und Lehre auch unter fachlichen Gesichtspunkten das gesamte Spektrum psychischer Erkrankungen als Erfahrungsbasis zugrundelegen können. Die Experten-Gruppe plädiert daher dafür, Universitätskliniken auch künftig zu Versorgungsaufgaben heranzuziehen.

Forschung und Lehre einerseits und Versorgungsverpflichtung andererseits müssen nicht im Widerspruch stehen, wenn Versorgungsforschung zum Interessenschwerpunkt des Lehrstuhls gehört. Darüber hinaus läßt eine eventuelle Verkleinerung von Universitätskliniken in den neuen Bundesländern regionale Versorgungslücken entstehen; sie sollte deshalb nicht vorschnell durchgeführt werden, ohne die angemessene Versorgung aller Patientengruppen rechtzeitig durch den Aufbau psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern im bisherigen Versorgungsgebiet der Universitätsnervenklinik sicherzustellen.

3. Stationären Versorgung: Empfehlungen

Der Umfang der Investitionsmittel für stationäre Psychiatrie muß so groß sein, daß ein qualifizierter Strukturwandel der psychiatrischen Krankenhäuser einerseits und gleichzeitig der Aufbau von Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern andererseits bewirkt werden kann. Nicht zu verantworten sind folgende Alternativen: bei insgesamt zu

geringen Mitteln konkurrieren psychiatrische Krankenhäuser und Abteilungen: nur Sanierung der PKH – ohne Strukturwandel, ohne Verkleinerung des Einzugsbereiches, ohne Enthospitalisierung; nur Förderung von Abteilungen – und im PKH bleiben die menschenunwürdigen Verhältnissen unverändert auf unabsehbare Zeit.

Die Verknüpfungen von Krankenhausplanung, Enthospitalisierung und regionaler komplementärer Versorgungsverpflichtung sind notwendig für eine Zielgruppenbezogenen Bündelung von disparaten, ja konkurrierenden Zuständigkeiten auf der kommunalen, Landes- und Bundesebene, sowie von Kostenträgern mit partikularen Interessen (vgl. Kap. A.III.4.).

a) Psychiatrische Krankenhäuser

- *Sofortprogramm* zur Beseitigung der brutalen baulichen, sanitären und ausstattungs-mäßigen Realitäten in Krankenhäusern: Auflösung von Bettensälen, Beseitigung von groben sanitären Mißständen, Befriedigung von minimalen persönlichen Grundbedürfnissen wie persönlicher Schrank usw. Solche Sofortprogramme dürfen keinesfalls unterbleiben, denn die Lebensverhältnisse eines Teils der Patienten können auf Jahre nicht weiter verantwortet werden. Andererseits dürfen solche Sofortprogramme nicht Fakten schaffen, die eine andere langfristige Planung verhindern.
- *Geistig Behinderte* sollen in eigenen Bereichen mit qualifizierter heilpädagogischer Förderung unter pädagogischer/psychologischer Leitung zusammengelegt werden. Dabei kommt der Außenorientierung große Bedeutung zu. Dieser ersten Stufe soll die Enthospitalisierung der geistig Behinderten folgen in Verbindung mit dem Aufbau wohnortnaher Einrichtungen, die in die regionale Versorgungsverpflichtung für geistig Behinderte eingebunden werden.
- Erforderlich ist ein *Enthospitalisierungsprogramm* für chronisch psychisch Kranke, mehrfach geschädigte Suchtkranke und psychisch kranke alte Menschen, die nicht mehr krankenhausbearbeitungsbedürftig sind und nur deshalb im psychiatrischen Krankenhaus leben, weil wohnortnahe ambulante offene Hilfen und komplementäre Einrichtungen für sie fehlen. Der Rechtsanspruch auf angemessene räumliche

Lebensverhältnisse ist für diese Menschen im Heimgesetz und in der Heimmindestbauverordnung verankert.

- Die *komplementären Hilfen* sind zielgruppenspezifisch zu entwickeln. Die Langzeitpatienten aus den Psychiatrischen Krankenhäusern schematisch als sogenannte "Pflegefälle" in Heime (mit unzureichender Personalausstattung) zu verlegen, wo immer Plätze sich finden, wäre eine Wiederholung von Fehlern, wie sie in den 70er Jahren in den Alt-Bundesländern verbreitet waren.

An der sinnvollen Gestaltung dieses Prozesses sollen sich die psychiatrischen Krankenhäuser aktiv beteiligen: über Hilfsvereine, aber auch indem sie komplementäre Bausteine dezentral selber betreiben. Für diese Aufgaben muß das Personal im PKH von der Anzahl wie der Qualifizierung befähigt werden (Fort- und Weiterbildung, Hospitation, tarifliche Eingruppierung usw.) Besonders zu unterstützen sind Lösungen, bei denen ggf. Personal zusammen mit den Langzeitpatienten in Lebensräume außerhalb des Psychiatrischen Krankenhauses umzieht. Von großer Bedeutung für diese Entwicklung sind Initiativen freier Träger in enger Kooperation mit Psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen.

- Die in den meisten Fällen notwendigen Finanzmittel für eine langfristige *Sanierung* allein auf die bisherige Aufgabenstellung der Psychiatrischen Krankenhäuser zu beziehen, wäre fatal, wenn dadurch Strukturen für die nächsten 50 Jahre "in Beton gegossen" werden, die dem Ziel einer wohnortnahen, differenzierten psychiatrischen Versorgung zuwiderlaufen (vgl. Kap. A.II.3.d), "Leitfragen").

- *Interne Reform-Schritte* der psychiatrischen Krankenhäuser

Die psychiatrischen Krankenhäuser stehen in einem Reformprozeß, der zum Teil noch in den Anfängen steckt, an einigen Orten schon weiter vorangekommen ist:

- Humanisierung der Unterbringungsverhältnisse
- Aufhebung der Geschlechtertrennung (betrifft nicht nur die Lebensverhältnisse der Patienten, sondern auch die Verantwortungsbereiche von leitenden Ärzten und leitendem Pflegepersonal; schafft Möglichkeiten für andere Differenzierungen)
- Verkleinerung der Stationen (16-18 Betten), Gestaltung des therapeutischen Milieus, Entwicklung gezielter therapeutischer Programme; Einbeziehung der

Angehörigen in den therapeutischen Prozeß, Ausrichtung der Behandlung und Rehabilitation auf die realen Lebensverhältnisse der Patienten.

- Abstufung der Behandlung in stationär, teilstationär, ambulant, und das auch in therapeutischer Kontinuität für solche Patienten, die darauf angewiesen sind (dies setzt Wohnortnähe voraus). Für nachtklinische Behandlung sind separate Stationen nicht erforderlich, der stationsintegrierte Nachtklinikstatus für einzelne Patienten reicht aus.
- Abteilungs-Differenzierung nach Zielgruppen (z. B. Psychosekranken, Suchtkranken, gerontopsychiatrisch Kranke), statt nach Verweildauer (Akut-, Reha- und Langzeitbereich getrennt) oder Betreuungs- und Beaufsichtigungserfordernissen.
- Zentral geleitete Therapie-Abteilungen (Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, Bewegungstherapie etc.), teils in eigenen Räumen, teils räumlich dezentral auf Stationen für schwerer gestörte Patienten.
- Innere Sektorisierung und Bildung von Außenstellen, die mittelfristig die Vollversorgung für einen Teil des Aufnahmegebiets übernehmen; Entwicklung von stabilen Kooperationsbeziehungen mit niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern, sozialpsychiatrischen Diensten, Diensten und Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, Diensten und Einrichtungen der Altenhilfen, Diensten und Einrichtungen für geistig Behinderte Menschen u. dgl.
- Verkleinerung bisher zu großer Einzugsbereiche durch:
 - a) Übernahme der klinischen Versorgungsverpflichtung für einen definierten Teil des bisherigen Einzugsbereiches durch eine Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus oder eine Außenstelle des Psychiatrischen Krankenhauses;
 - b) Übernahme der komplementären Versorgungsverpflichtung für einen definierten Teil des bisherigen Einzugsbereiches durch komplementäre Einrichtungen auch freier Träger.

b) Psychiatrische Abteilungen

Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sind weiterhin zu schaffen und so auszustatten, daß sie für eine definierte Bevölkerung alle klinisch- stationär behandlungsbedürftigen psychisch Kranken (einschließlich Abhängigkeitskranke und geronto-

psychiatrisch Kranke) behandeln können, auch die nach dem Landesunterbringungsgesetz bzw. dem (neuen) Betreuungsgesetz untergebrachten Personen sowie die (keine Zahl von) langfristig stationär behandlungsbedürftigen Patienten. Eine psychiatrische Abteilung ist aber kein verkleinertes Großkrankenhaus, das bisher innerhalb seiner Mauern auch komplementäre Versorgungsverpflichtung hatte bzw. noch immer hat.

Priorität haben Versorgungsregionen mit großer Entfernung zum bisher zuständigen PKH, um die Erreichbarkeit klinisch stationärer Behandlung für die Bevölkerung zu verbessern. Ballungsräume sind angemessen zu berücksichtigen. Ziel und Bedingung für Förderung ist die sofortige Übernahme der Versorgungsverpflichtung (klinisch stationäre Behandlung) für eine definierte Region, damit zu große Einzugsbereiche der bisher zuständigen Psychiatrischen Krankenhäuser wirksam verkleinert werden.

Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung können entstehen

- durch Ausbau einer vorhandenen, bisher zu kleinen Abteilung,
- durch eine neue Abteilung,
- durch Verlagerung von Kapazitäten des bisher zuständigen PKH's in die Versorgungsregion: Außenstelle wird zur Abteilung mit regionaler Versorgungsverpflichtung.

Gemischt neuropsychiatrische Abteilungen, die nur ausgewählte psychisch Kranke aufnehmen und die anderen ins entfernte PKH weiterverweisen, sollten nicht mehr zugelassen werden.

In den "Empfehlungen der Expertenkommission" wird als Abteilungsgröße die Zahl von 80 bis 90 Betten (plus Tagesklinik) empfohlen. Je größer, umso schwerer ist die Abteilung in ein Allgemeinkrankenhaus zu integrieren; je kleiner umso schwieriger wird die Realisierung von folgenden Anforderungen:

- regional definierte Versorgungsverpflichtung
- eigener fachärztlicher Dienst rund um die Uhr
- Personalstabilität bei Urlaub, Krankheit, Fluktuation usw.
- Weiterbildungsermächtigung für Psychiatrie

Miniabteilungen, die diese Anforderungen nicht erfüllen und nur betrieben oder eingerichtet werden, weil sonst Betten wegfallen würden oder weil der Pflegesatz des

gesamten Hauses durch unterdurchschnittlich aufwendige Psychatriebetten gesenkt werden soll, sind obsolet und sollten nicht mehr eingerichtet werden.

c) **Universitätskliniken**

Es wird empfohlen, zumindest einzelne Universitätskliniken in die Lage zu versetzen (entsprechende Größen belassen oder Bettenzahl erhöhen), aus einer definierten Versorgungsregion alle psychisch kranken stationär behandlungsbedürftigen Patienten aufnehmen zu können. Forschung und Lehre müssen sich auf das gesamte Spektrum psychischen Erkrankungen als Erfahrungsbasis stützen können. Vor allem Probleme der psychiatrischen Versorgung, insbesondere solche üblicherweise vernachlässigter Patientengruppen, sollten wichtige Felder für Forschung und Lehre sein.

d) **Leitfragen zur Aufgaben- und Investitionsplanung für Psychiatrische Krankenhäuser und Abteilungen**

In den länderspezifischen Berichten werden viele konkrete Einzelvorschläge gemacht, die jedoch für eine verbindliche Investitionsplanung sorgfältig untersucht werden müssen. Von der bisherigen Aufgabenstellung der Psychiatrischen Krankenhäuser kann nicht ohne weiteres auf die zukünftige geschlossen werden. Die folgenden Leitfragen sind zu stellen:

- In bezug auf welche Kreise und Städte liegt das PKH ausreichend wohnortnah? Und in bezug auf welche liegt es wohnortfern?
- Wieviele Betten/Plätze für wohnortnahe klinische Behandlung sind zukünftig notwendig? Welche Gebäude werden für diese Aufgabe benötigt unter Berücksichtigung von zeitgemäßen Standards: Wohn-, Aufenthalts- und Therapieräume für Patienten, Raumbedarf für Personal bei Umsetzung der neuen Psychiatriepersonalverordnung?
- Enthospitalisierung: Wieviele Patienten müßten nicht im PKH sein, wenn es für sie geeignete komplementäre Hilfen außerhalb gäbe? Und für wieviele Personen wird das Krankenhaus wie lange noch diese komplementäre Heim-Funktion wahrnehmen müssen (vgl. u. Kap. A.II.4.)? – Regionale komplementäre Versorgungsverpflichtung:

- wieviele Patienten kommen zukünftig nicht mehr ins PKH, wenn es ausreichend wohnortnahe komplementäre Einrichtungen für Psychose- und Neurosekranken, Suchtkranke sowie psychisch kranke alte Menschen und außerdem für geistig behinderte Menschen gibt (vgl. Komplementärbereich)?
- Wieviele Patienten kommen zukünftig in stationäre Behandlung, wenn die Unterbringungsverhältnisse und der Ruf des Krankenhauses sich normalisiert haben (bisher in somatischen Abteilungen fehlplazierte Kranke; zu Hause unbehandelt lebende Kranke, die zu einer freiwilligen Aufnahme nicht bereit sind)
 - Infrastruktursysteme der Psychiatrischen Krankenhäuser: Die Annahmen über die zukünftigen Kapazitäten/Leistungszahlen für Küche, Wäscherei, Heizung, Wasserversorgung, usw. der Krankenhäuser sind auf diese langfristige Planung zu beziehen, um Wirtschaftlichkeit auch bei erheblich weniger Patienten pro Tag zu ermöglichen und nicht durch Überdimensionierung dieser Infrastruktursysteme den Strukturwandel zu behindern.
 - Wenn für einzelne Gebäude oder ein ganzes Psychiatrisches Krankenhaus die Sanierung teurer wird als Neubau, ist zu prüfen, ob ein Standortwechsel (zur Verbesserung der Erreichbarkeit und der Kooperation mit der somatischen Medizin) möglich ist (Personal zieht mit um).
 - Bei langfristiger Planung kann sich ergeben, daß guterhaltene Gebäude oder ein ganzes PKH für Psychiatrie an diesem Standort nicht mehr benötigt werden. Dann sind Alternativ-Nutzungen zu prüfen: z. B. somatische Fächer ziehen ein – aus dem PKH wird ein Allgemeinkrankenhaus mit (kleiner) psychiatrischen Abteilung. Oder für welche andere nichtpsychiatrische Nutzung wären Gebäude und Standort geeignet?
 - Werden bei einem allgemeinen Krankenhaus geeignete Gebäude frei, soll geprüft werden, ob sie für eine Psychiatrische Abteilung oder eine Außenstelle eines Psychiatrischen Krankenhauses sinnvoll zu nutzen sind.

e) **Bettenmeßziffern für die klinisch-stationäre Psychiatrie**

Eine überall gültige Meßzahl, die nur rechnerisch auf die Bevölkerung zu beziehen wäre, gibt es nicht, weil viele verschiedene Einflußfaktoren zu berücksichtigen sind. Dies gilt

auch für die von der Experten-Gruppe empfohlene Bandbreite von 0,5 bis 0,8 Betten pro Tausend Einwohner. An planungsrelevanten Variablen sind hier insbesondere zu nennen:

1. Soziodemographische Faktoren: Städtisches/ländliches Aufnahmegebiet, Alterspyramide, soziale Schichten, Entfernungen und verkehrstechnische Infrastruktur im Aufnahmegebiet usw.
2. Unterscheidung zwischen den folgenden Aufgabenstellungen:
 - a) Aufgabe "Krankenhausbehandlung":
Zahlenmäßige Anteile verschiedener Zielgruppen (im Sinne der "Behandlungsbereiche" der Psych-PV): allgemeine Psychiatrie, Abhängigkeitskranke, Gerontopsychiatrie, einschließlich einer kleineren Zahl von langfristig behandlungsbedürftigen Patienten im Sinne der Ebenen 3 und 4 in der Psych-PV.
 - b) Aufgabe "Komplementäre Ersatzfunktion":
Welche unterschiedlichen Zielgruppen müssen hier aufgefangen werden? – Geistig Behinderte, psychisch Kranke (im engeren Sinne), Suchtkranke, psychisch kranke alte Menschen, psychisch Behinderte (vgl. Kap. A.III.3.)?
3. Soll die Meßzahl sich auf die Versorgungsregion oder die Institution beziehen? – Eine regionale Meßzahl faßt die für die Versorgung einer definierten Region in verschiedenen an der Versorgung beteiligten Krankenhäusern zur Verfügung stehenden Betten oder Plätze zusammen; beim Bezug auf die Institution gibt die Meßzahl die Betten/Plätze an, die in dieser Einrichtung für eine definierte Region zur Verfügung stehen. Desinformierend ist eine Meßzahl, wenn sie die Betten oder Plätze einer Institution auf eine definierte Region bezieht, viele Patienten jedoch von außerhalb dieser Region aufgenommen werden.
4. Zu unterscheiden sind Planbetten (maßgeblich für KHG-Investitionsmittel) und durchschnittlich belegte Betten/Plätze (maßgeblich für das Budget bzw. die Personalausstattung der Einrichtung). Bei Versorgungsverpflichtung geht man davon aus, daß die durchschnittliche Belegung 85% bis 90% der Planbetten beträgt. Bei höherer Auslastung kommt es zu erheblichen Engpässen, und die Versorgungsverpflichtung kann nicht immer gewährleistet werden.
5. In den "Empfehlungen der Expertenkommission" ist auf S. 291 sehr vorsichtig von 80 bis 90 Betten für eine psychiatrische Abteilung auf ca. 150.000 Einwohner die Rede, aber auf S. 278 heißt es auch "60 bis 80 Betten/Plätze pro 100.000 Einwohner und darunter ein Anteil von 15 Tagesklinikplätzen...". Wenn die (teil-)stationäre Kranken-

hausbehandlung auch für Abhängigkeitskranke und psychisch kranke alte Menschen so differenziert entwickelt werden soll, wie in den entsprechenden Kapiteln D.3. und D.2. der "Empfehlungen" formuliert, so erfordert dies ggf. eine Erweiterung der für die Krankenhausbehandlung insgesamt vorzuhaltenden Betten/Plätze. Die Expertenkommission rechnet darüber hinaus damit, "daß sich das Betten/Tagesklinikplätze-Verhältnis weiter zu Gunsten der Tagesklinikplätze verschieben wird."

Eine Bettenreduktion in den psychiatrischen Krankenhäusern in den neuen Ländern in bezug auf die in der Zukunft diesen verbleibenden Aufgaben der Einrichtungen darf nur erfolgen, wenn gleichzeitig die notwendigen Alternativen für die bisher im Sinne der "komplementären Ersatzfunktion" der Krankenhäuser versorgten Zielgruppen realisiert werden.

4. Komplementäre Versorgung: Heime, Anstalten und Arbeitsplätze: Bestandsaufnahme und Empfehlungen

Neben wenigen großen, überwiegend katastrophalen Pflegeheimen (vgl. hierzu Beispiele aus den Länderberichten, insbes. Thüringen) gibt es von Ausnahmen abgesehen kaum qualifizierte Wohnangebote (Wohnheime, Wohngruppen, ambulant betreute Wohngemeinschaften oder Einzelwohnungen). Dies ist einer der entscheidenden Gründe für die verwahrende Ansammlung von fehlplazierten psychisch Langzeitkranken (zum Problem der Fehlplazierungen vgl. u.) in den Krankenhäusern und einigen Abteilungen.

Bei den großen Pflegeheimen sind die Gebäude z.T. 100 bis 200 Jahre alt. Ein großes Heim war mitten im Winter tagelang ohne Heizung. Es gibt zwar keine großen Säle, aber z.B. eine Reihe Mehrbettzimmer hintereinander (Durchgangszimmer). Sicherheitsvorkehrungen für den Brandfall sind z.T. insbesondere unter Berücksichtigung der Hilflosigkeit schwer und mehrfach behinderter Bewohner (manche sind dauernd bettlägrig) und der schlechten Personalbesetzung, unzureichend bis unverantwortlich. Die Möblierung der Zimmer und die Bekleidung der Bewohner sind meist besonders ärmlich. In einem Heim wurden viele Bewohner nachts in ihren Zimmern eingeschlossen; der Flur zur Toilette war damit versperrt, stattdessen wurde ein Nachtstuhl in die Zimmer gestellt;

andere Bewohner wurden fixiert, einige befanden sich in Dauerfixierung. In einem anderen Heim mußte die einsame Nachtwache zusehen, wie sie mit den vom Kneipengang angetrunken heimkehrenden Alkoholikern allein über die Nacht kommen sollte. Für bettlägrige Patienten gab es außer der grundpflegerischen Versorgung keine weiteren gezielten Hilfen, mit dem Waschen wurde schon um 3.30 Uhr morgens begonnen – das Personal in diesen Heimen ist völlig überfordert und alleingelassen.

In solchen großen Heimen leben Menschen mit sehr verschiedenartigen Behinderungen: psychisch kranke, suchtkranke, hirnorgansich geschädigte, altersverwirrte und geistig behinderte Menschen aller Altersstufen – ohne spezifische Förderung, Tagesstrukturierung oder Arbeit. Immerhin gibt es in den meisten Heimen eine nervenärztliche Betreuung von einer benachbarten Poliklinik, einem Psychiatrischen Krankenhaus oder einer Psychiatrischen Abteilung aus; zuweilen ist auch ein Nervenarzt in diesen Heimen angestellt.

Bemerkenswert ist, daß die Mitarbeiter unter solchen unzureichenden bis katastrophalen Bedingungen immer wieder die sich bietenden Gelegenheiten nutzen, diesen oder jenen Bewohner in ein Gespräch einzubeziehen, und einen freundlichen Umgangston pflegen.

In den Großkliniken ist die Gruppe der geistig Behinderten leider noch in die allgemeinpsychiatrischen Bereiche integriert und macht hier bis zu einem Drittel der Patienten aus. Die geistig Behinderten sind überwiegend in Langzeitbereichen und in den überalterten Kinder- und Jugendpsychiatrischen Abteilungen untergebracht.

Wenn mit dem 18. Lebensjahr die Formen einer Erziehungshilfe abbrachen, mußte in vielen Fällen das psychiatrische Fachkrankenhaus ersatzweise die Funktion einer fehlenden entsprechenden heimatortnahen komplementären Einrichtung übernehmen. Bei den häufig mehrfach geschädigten Behinderten ist so eine angemessene Förderung und Hilfe in der Regel nicht gegeben.

Im Langzeitbereich haben die Stationen meist noch voll ausgeprägten Klinikcharakter. Wohngruppen sind nur wenig im Ansatz zu erkennen. Lebenstraining und Lebenshilfe kommen in der medizinischen Rehabilitation noch viel zu kurz. In den psychiatrischen Fachkrankenhäusern sind bis zu 50% der Patienten länger als 2 Jahre hospitalisiert.

Verhältnismäßig gut war in der ehemaligen DDR die Situation in bezug auf geschützte Arbeit für psychisch (und geistig) Behinderte. Viele Betriebe der Industrie und der Landwirtschaft hatten zahlreiche geschützte Arbeitsplätze (in Form von Einzelarbeitsplätzen und auch geschützten Abteilungen), wie auch die Wirtschaftsbetriebe der Krankenhauseinrichtungen. Bis 1984 war die Zahl dieser geschützten Arbeitsplätze ständig gestiegen; etwa 20% der Langzeitpatienten in Psychiatrischen Krankenhäusern gingen tagsüber zur Arbeit in Betriebe außerhalb. Im Krankenhaus gab es für diese Patienten sog. "Arbeitstherapie-Betten". Die Bereitschaft der Betriebe zur Integration wurde dadurch gefördert, daß die behinderten Mitarbeiter für sie zusätzliche Arbeitskräfte ohne Kosten für den Betrieb waren. Später wurde diese betriebsfreundliche Regelung verändert: die behinderten Arbeitskräfte waren seither Teil des regulären Stellenplanes, was zu einer gewissen Reduktion der entsprechenden Angebote führte. Inzwischen ist durch die veränderten rechtlichen Bedingungen und vor allem die ökonomische Situation nach der Vereinigung der Großteil dieser Arbeitsplätze verloren gegangen – entweder durch Schließung der Betriebe oder durch Entlassungen aus wirtschaftlichen Gründen. Möglichkeiten der Unterstützung durch die Hauptfürsorgestellen sind weithin noch völlig unbekannt und auch noch nicht praktisch einlösbar. Derzeit sind die meisten Behinderten ohne Arbeit, damit aber auch ohne die dadurch bewirkte Tagesstrukturierung und die im Arbeitsleben vermittelten sozialen Kontakte und ohne die bescheidenen Verdiensteinnahmen. Weil es so viele in Betriebe integrierte beschützte Arbeitsplätze gab, waren in der ehemaligen DDR kaum Werkstätten für Behinderte wie in der Alt-Bundesrepublik entstanden.

Empfehlungen zur komplementären Versorgung

Der bedarfsgerechte Aufbau komplementärer und rehabilitativer Versorgungsangebote in den kommunalen Regionen gehört zu den dringlichsten Aufgaben für die unmittelbare Zukunft – nicht nur wegen der gravierenden Defizite und z.T. menschenunwürdigen Verhältnissen, sondern auch als Voraussetzung für die notwendigen Reformen im Krankenhausbereich. Ohne das Heranwachsen dieses Versorgungssektors können weder Strukturverbesserung im Krankenhaus, noch im ambulanten Bereich durchgreifend erzielt werden. Für den Aufbau ist das Engagement der Krankenhäuser und Abteilungen sowie

der freien Wohlfahrtsverbände maßgeblich; ebenso ist die Beteiligung der Arbeitsverwaltung unerlässlich (s. auch Empfehlungen der Expertenkommission, Kapitel C.8.). Dies stellt besondere Anforderungen an die Koordination von Planung und Realisierung der einzelnen Reformschritte, die häufig in voneinander unabhängige Zuständigkeiten bei Ministerien, kommunalen Verwaltungen oder Kosten- und Einrichtungsträgern fallen.

Diese Empfehlungen und die notwendigen Reformschritte betreffen die Versorgung von Behinderten Menschen in allen Bereichen: die ohne (ausreichende) Hilfe zu Hause lebenden Behinderten (mit ihren oft überforderten Angehörigen), die behinderten Menschen in Heimen, aber auch die "fehlplazierten" Menschen in den Langzeitbereichen der Psychiatrischen Krankenhäuser – sofern es nicht um die kleine Zahl der Langzeit-Behandlungsfälle unter den vielen Dauerpatienten dort geht. (Näheres hierzu vgl. Kap. A.III.).

5. Personal: Bestandsaufnahme und Empfehlungen

Abgesehen von den Problemen, welche sich aus zwischen Ost und West differierenden Berufsbildern und Qualifikationsgrundlagen ergeben, ist für psychiatrische Krankenhäuser/Abteilungen, komplementäre Einrichtungen (einschließlich Heime) und ambulante Dienste in den neuen Bundesländern die schlechte Bezahlung der Mitarbeiter von erheblichem Belang. Nicht nur angesichts bedrückender Lebensbedingungen, sondern auch aus finanziellen Gründen sind vor allem Ärzte noch nach "Wende" in nicht geringer Anzahl in den Westen abgewandert. Dies hat dazu geführt, daß in den meisten psychiatrischen Krankenhäusern die auch die Durchsetzung von Reformen so wichtige "Mittelschicht" von erfahrenen Oberärzten und älteren Assistenten stark ausgedünnt ist oder überhaupt ganz fehlt.

Empfehlungen zur Personalsituation

Die neue Psychiatrie-Personalverordnung ist eine entscheidende Grundlage für den klinisch-stationären Teil der psychiatrischen Krankenhäuser einschließlich der Aufgabe.

Langzeitpatienten auf die Enthospitalisierung vorzubereiten. Die Länder sollten sich den vorbildlichen Entscheidungen einiger Krankenhausträger sowie überörtlicher Sozialhilfeträger in den alten Bundesländern anschließen und für die Nichtbehandlungsfälle ein dem Bemessungsprinzip der Psychiatrie-Personalverordnung analoges Verfahren anwenden. Die Erfahrung zeigt, und dies läßt sich auch rechnerisch belegen, daß eine schlechte Personalausstattung in den sozialhilfe-finanzierten Bereichen in psychiatrischen Krankenhäusern nicht nur eine schlechte Betreuung der Patienten sondern auch langfristig finanzielle Nachteile für den Sozialhilfeträger bedeuten. Denn nur mit einer guten Personalausstattung auch für die von den Sozialhilfeträgern finanzierten Patienten besteht Aussicht, den Teil dieser Patienten, die krankenhausbearbeitungsbedürftig sind, auch entsprechend als Behandlungsfälle bei den Krankenkassen durchzusetzen und sie in überschaubaren Zeiträumen so weit zu bessern, daß sie in komplementäre Einrichtungen entlassen werden können. (Vergleichsberechnungen des LWV-Hessen haben ergeben, daß bei einheitlichem Pflegesatz für Behandlungsfälle und Nichtbehandlungsfälle bei deutlichen Verbesserungen der Personalausstattung insgesamt die Belastung für den Sozialhilfeträger in den Krankenhäusern zurückging, weil die Kostenersparnis durch sinkende Fallzahlen die Kostensteigerung durch den erhöhten Pflegesatz überwog. Auch konnte gezeigt werden, daß Krankenhäuser mit der besten Personalausstattung den geringsten Anteil von sogenannten Pflegefällen hatten und umgekehrt.)

Aber auch in der überwiegenden Zahl der komplementären Einrichtungen, einschließlich der Heime, ist eine bessere Personalausstattung notwendig. Die in den alten Bundesländern üblichen Personalausstattungen von Alten- und altenpflegeheimen sowie Wohneinrichtungen für Patienten aus der Psychiatrie lassen die fachlich verantwortbare Betreuung nur eines Teils dieser Personengruppen zu. Dies ist einer der Gründe, warum psychiatrische Krankenhäuser bisher noch eine komplementäre Ersatzfunktion haben, d.h. auch solche Patienten weiter betreuen, die nicht mehr einer Behandlung im Krankenhaus bedürfen, weil nämlich eine Entlassung in eine völlig unzureichende Betreuung im komplementären Sektor nicht verantwortet werden kann. Deshalb kommt der Ausarbeitung von differenzierten bedarfsorientierten Personalanhaltswerten für den komplementären Bereich in Analogie zur Psych-PV eine zentrale Bedeutung zu.

Von entscheidender Bedeutung für die qualifizierte Personalausstattung in der Krankenhauspsychiatrie wie im ambulanten und komplementären Bereich ist der Ausbau der

Aus- und Weiterbildung sowohl für "traditionelle" Gruppen, als auch für die in der Psychiatrie "neuen" Berufsgruppen (mit der Psych-PV haben auch letztere ihren festen Platz in der Krankenhauspsychiatrie gefunden).

Es geht bei der Krankenpflege um eine dreijährige Ausbildung, auch an psychiatrischen Krankenhäusern im Verbund mit somatischen Krankenhäusern, und um die Überführung der bisherigen Weiterbildung zur "Fachschwester/pfleger Neurologie und Psychiatrie" in die zweijährige Weiterbildung "Fachkrankpflege Psychiatrie" (vgl. Länderverordnungen, orientiert an einer Richtlinie der Deutschen Krankenhausgesellschaft).

Der Psychotherapie als integralem Bestandteil jeder psychiatrischen Arbeit kommt – neben der biologischen und sozialpsychiatrischen Ebene – große Bedeutung in der Weiterbildung zum Arzt für Psychiatrie zu. Jeder sollte auch den Zusatztitel "Psychotherapie" erwerben. Darüber hinaus ist eine psychotherapeutische Basiskompetenz für alle helfenden Berufsgruppen unverzichtbar (vgl. Empfehlungen, Kap. E.1.). – Am regionalen Bedarf orientierte Konzepte sind hier wichtiger als Methodenspezialisierung.

Die Unterrepräsentation mittlerer und jüngerer Altersgruppen unter den Fachärzten macht gezielte Anstrengungen erforderlich, damit die fachärztliche Versorgung der Patienten in Zukunft nicht noch schlechter wird durch überproportionales Ausscheiden aus dem Arbeitsleben älterer Fachärzte sowie bevorzugte Niederlassung jüngerer Fachärzte.

Eine multidisziplinäre Personalausstattung (wie sie z.B. die Psych-PV für die stationäre Krankenhausbehandlung vorsieht) setzt voraus, daß entsprechende weitere Fachkräfte in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen: Psychologen; Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten; Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten; Sozialarbeiter und Sozialpädagogen.

Soll es nicht zu weiteren Abwanderung von Personal aus psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen der neuen Bundesländer kommen, ist es dringend erforderlich, die Gehälter beschleunigt den diesbezüglichen Verhältnissen in den alten Bundesländern anzupassen. Unter den obwaltenden Umständen laufen die Versuche einer deutlichen Aufbesserung der Personalausstattung im therapeutischen Bereich der Krankenhäuser ins Leere.

6. Hilfsvereine, Trägervereine, Angehörigenverbände: Bestandsaufnahme und Empfehlungen

In der ehemaligen DDR war die Vereinsgründung durch Privatpersonen nicht möglich. Alles, was für notwendig befunden wurde, oblag offiziellen staatlichen Stellen, Verbänden, Gesellschaften. Nach ihrem weitgehenden Fortfall ist ein Vakuum entstanden. Für die Mehrzahl der Bürger in den neuen Bundesländern ist es offensichtlich noch sehr ungewohnt, Angelegenheiten selbständig aufzugreifen, das damit verbundene Interesse zu definieren, organisatorisch umzusetzen und zum öffentlichen Thema zu machen. Erschwerend wirkte hier sicher ein, daß es in der ehemaligen DDR keine demokratisch organisierte Selbstverwaltung gab. Vielmehr herrschten auch hier eher Kommandostrukturen vor. Diese inzwischen allseits bekanntgewordene Zustände wirken sich auf die Entwicklung der Gemeindepsychiatrie besonders fatal aus. Denn tatsächlich lebt Gemeindepsychiatrie ganz wesentlich auch vom Engagement und der Initiative professioneller oder nichtprofessioneller Beteiligter und Betroffener, die, um eben eine Angelegenheit voranzutreiben, sich zusammenschließen, meist in der Form von Vereinen unter dem Dach eines der freien Wohlfahrtsverbände und in Abstimmung mit der kommunalen Administration sowie dem Rat, der ja in der Regel über die Fördermittel zu beschließen hat. Die Zweckbestimmung solcher Vereine oder Verbände ist naturgemäß sehr vielfältig und auch von der lokalen Bedarfslage abhängig: Hilfen für entlassene psychisch Kranke, Organisation von Besuchsdiensten in entfernter gelegene psychiatrischen Krankenhäusern, Vertretung von Interessen der Angehörigen gegenüber den Institutionen (Lobbyfunktion), aber auch Trägerschaft von Kontaktstellen. Wohngruppen, Wohnheimen, Beschaffung von Wohnraum und Organisation der Betreuung usw.

Empfehlungen zu Hilfs- und Trägervereinen sowie Angehörigenverbänden

Diese Vereine und Verbände haben wichtige Funktionen in der gemeindepsychiatrischen Versorgung:

- Interessenvertretung ("Lobby") für und durch Angehörige und Betroffene

- Brückenschlag zwischen Psychiatrie und "normalem" Leben: Bürgerinitiativen, Laienhilfe, ehrenamtliche Helfer usw.
- Einrichtungsträger im komplementären und ambulanten Bereich. Dabei geht es darum, die Vorteile der Selbständigkeit zu bewahren, aber auch verbindliche Beiträge zur regionalen komplementären Vollversorgung zu leisten.

Alle Beteiligten sollten sich von der Versuchung freimachen, daß Vereine oder Verbände sich auf Kosten der Krankenhäuser profilieren – und umgekehrt.

Die Arbeitsgruppe hält es für wichtig, Überlegungen anzustellen, auf welchem Wege und mit welchen Mitteln in Kommunen Initiativen gleichsam "gezündet" werden können. Sie gehen erfahrungsgemäß oft von Einzelpersonen aus, die ihre eigene Betroffenheit bewältigt haben und die daraus erwachsene Motivation mit großer sozialer Kompetenz nutzbar machen. Es wird vorgeschlagen, solchen Initiativen durch Modellförderung eine schnelle Verbreitung zu ermöglichen. Es wäre dabei an Vorgehensweisen zu denken, wie sie die Arbeitsgemeinschaft Fortbildung im Rahmen des Modellprojektes Psychiatrie der Bundesregierung an einigen Orten mit Erfolg praktiziert hat.

Bisher ist die Entwicklung in diesem Feld außerordentlich behindert durch enorme Schwierigkeiten: ins Vereinsregister beim Amtsgericht eingetragen zu werden, die Gemeinnützigkeits-Anerkennung zu erhalten usw.

7. Zum Problem der "Neuropsychiatrie"

Der Terminus "Neuropsychiatrie" war in der ehemaligen DDR weit verbreitet (z.B. Kinderneuropsychiatrie; neuropsychiatrische Abteilung etc.). Sowohl auf der Ebene der ärztlichen, als auch auf der Ebene der pflegerischen Weiterbildung zum Facharzt bzw. zur Fachschwester für Neurologie und Psychiatrie findet sich diese zusammenfassende Bezeichnung der beiden Teilgebiete. Der Begriff weist darauf hin, daß bis heute in den neuen Bundesländern Neurologie und Psychiatrie noch in einem engeren Zusammenhang gesehen werden, als das im Westen der Fall ist. In den alten Bundesländern hat die Neurologie seit Anfang der 50 Jahre gegenüber der Psychiatrie, von deren Lehrstuhlinhabern die Neurologie häufig in einer Person mitvertreten wurden, ihre Eigenständigkeit

erlangt. Seitdem gibt es an allen Universitäten psychiatrische und neurologische Lehrstühle bzw. Kliniken nebeneinander. Die gleiche Entwicklung hat sich auch bei den Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern durchgesetzt.

Empfehlung

Die Arbeitsgruppe empfiehlt, die Verhältnisse auf diesem Gebiet in den neuen Bundesländern denen in den alten anzugleichen. Die Trennung der beiden gebietsärztlichen Bereiche Neurologie und Psychiatrie macht ihre enge Kooperation umso wichtiger. Deshalb ist es prinzipiell auch zu befürworten, Neurologie im psychiatrischen Krankenhaus weiter zu betreiben, aber als gebietsärztlich eigenständige Abteilung.

A.III. Grundsätzliche Probleme in besonderen Bereichen

1. Allgemeine Probleme einzelner Zielgruppen

a) Chronisch psychisch kranke und behinderte Menschen

Die Bedeutung der verwendeten Begriffe ist nur klar unter Berücksichtigung des Zusammenhanges. "Psychisch krank" wird in einem engeren und einem weiteren Sinn verwendet: einmal für psychisch Kranke mit Psychosen, Neurosen und schweren Persönlichkeitsstörungen im Unterschied zu Abhängigkeitskranken oder gerontopsychiatrisch Kranken. Im weiteren Sinne des Begriffs sind diese beiden letzteren Gruppen auch enthalten, er umfaßt also die Zielgruppen der Psychiatrie insgesamt in Abgrenzung z.B. zu Menschen mit geistiger Behinderung.

Der langfristige Verlauf psychischer Erkrankungen ist in der Regel wechselhaft und auch bei längerem negativen Zustandsbild niemals endgültig. Aus *fachlicher* Sicht signalisiert die Verwendung der Worte "chronisch krank" die notwendige Fortdauer therapeutischer Anstrengung, die Verwendung des Begriffes "Behinderung" die Notwendigkeit differenzierter Unterstützung bei der Bewältigung der Folgen einer chronischen Erkrankung. – Im *sozialrechtlichen Feld* präjudizieren die Begriffe "Krankheit" und "Behinderung" unterschiedliche Zuständigkeiten für Hilfeleistungen.

b) Geistig behinderte Menschen

Zumeist infolge einer Hirnschädigung vor, während oder kurz nach der Geburt benötigen diese Menschen besondere Formen der Förderung zur Entwicklung ihrer Fähigkeiten und ihrer Persönlichkeit. ("Geistige Behinderung" und "Geisteskrankheit" sind ebenso zu unterscheiden wie z.B. die Begriffe "Geisteskrankheit" und "Geistesschwäche" im juristischen Zusammenhang jeweils eine spezielle Bedeutung haben.)

Sie sind eine zahlenmäßig große Gruppe in den psychiatrischen Krankenhäusern. Die Psychiatrie-Enquête und die Empfehlungen 1978 formulierten den Grundsatz: psych-

iatische Krankenhäuser sind kein Ort zum Leben für geistig behinderte Menschen. Die Psychiatrie ist nur für die (vorübergehende) Behandlung psychischer Erkrankungen geistig behinderter Menschen zuständig.

Aber auch erst in wenigen alten Bundesländern ist die Ausgliederung geistig behinderter Menschen aus den psychiatrischen Krankenhäusern mehr oder weniger weit realisiert. Die wohnortnahen Einrichtungen für geistig Behinderte werden nach wie vor erst ansatzweise in die Pflicht genommen, auch die schwerer und mehrfach Behinderten zu integrieren, statt sie in überregionale Großinstitutionen, sei es psychiatrische Krankenhäuser oder BehindertenAnstalten, auszugrenzen. In den neuen Ländern gingen die bisher vorhandenen geschützten Arbeitsplätze in Betrieben im Zuge der Umstellung auf die Marktwirtschaft fast völlig verloren. Werkstätten für Behinderte gibt es erst wenige, Wohneinrichtungen für geistig Behinderte sind die Ausnahme. Wenn jetzt wie in den alten Bundesländern freie Träger in dieses Aufgabenfeld einsteigen, so verstehen sie in der Regel ihre Freiheit meist auch als die Freiheit, sich die Aufgabe selber zu wählen, statt sich in eine regionale Versorgungsverpflichtung einbinden zu lassen. Das Land, die Städte und Kreise sowie die Sozialhilfe als Kostenträger müssen hier klare Vorgaben machen.

Eine besonders konflikträchtige Untergruppe sind Personen im Grenzbereich zwischen geistiger Behinderung und normaler Intelligenz mit schweren Verhaltensproblemen: Agressivität, Dissozialität, Suchtmittelmißbrauch, Zündeln, sexuelle Übergriffe oder ähnlicher Problematik.

c) Suchtkranke Menschen

Das Suchtproblem war in der ehemaligen DDR vorrangig auf Alkohol- und in geringerem Umfang auch auf Medikamentenabhängigkeit konzentriert. Die Behandlung und Rehabilitation Suchtkranker im Rahmen der Psychiatrie ist in den neuen Ländern sehr ungleich entwickelt. Einerseits war in der alten DDR diese Problemgruppe aus ideologischen Gründen bis vor wenigen Jahren völlig tabuisiert worden, auf der anderen Seite sind Suchtkranke traditionell – wie auch in den alten Bundesländern – "ungeliebte Kinder der Psychiatrie". Beide Bedingungen tragen dazu bei, daß die Suchtkrankenver-

sorgung im Rahmen der Gemeindepsychiatrie überwiegend noch sehr unterentwickelt ist. Neben einer differenzierten (teil-)stationären Behandlung (vgl. Psych-PV) sind insbesondere wohnortnahe differenzierte komplementäre Hilfen, einschließlich unbefristetes Wohnen und tagesstrukturierende Lebensräume sowie Arbeitsangebote zu entwickeln.

Die auf überregionale Großeinrichtungen für Entwöhnung (im Anschluß an eine klinischen Entgiftungsphase) ausgerichteten Planungen der Rentenversicherungsträger haben wenig mit gemeindenaher Suchtkrankenhilfe zu tun (vgl. Empfehlungen der Expertenkommission, Kap. D.3.).

Die Krankenkassen und die Rentenversicherungsträger haben mit ihrer sogenannten "Empfehlungsvereinbarung 1978" die Zuständigkeit der Versicherungsträger auf Entgiftung und Entwöhnung verkürzt. Sie sehen ihre Kostenzuständigkeit damit wesentlich enger, als das SGB V den Begriff der stationär behandlungsbedürftigen "Krankheit" faßt (vgl. auch § 39 in Verbindung mit § 27 SGB V). Die neue Psychiatrie-Personalverordnung trägt mit der Definition der Behandlungsbereiche "S 1" bis "S 6" auch in dieser Sache zur Klärung bei.

d) Psychisch kranke alte Menschen (ca. ab 60 Jahre)

Bei den psychisch kranken alten Menschen kann man zwei Gruppen unterscheiden: Solche, die im Alter erstmals erkranken (und deshalb auch erst kurze Zeit im Psychiatrischen Krankenhaus sind bzw. waren); und diejenigen, deren Krankheit sich über Jahrzehnte bis ins Alter hinzieht und die oft schon viele Jahre im Krankenhaus oder in einer Einrichtung leben.

Die Zuordnung dieser letzteren Gruppe wird uneinheitlich gesehen: Teils zur Gerontopsychiatrie, teils zur Erwachsenenpsychiatrie, die sich gegebenenfalls für diese Krankengruppe auch über den Altersschnittpunkt von 65 Jahren hinaus für zuständig hält. Wichtig für die Kranken ist, daß sie mit Erreichen der "Altersgrenze" nicht aus administrativen Gründen erneut entwurzelt werden: z.B. indem sie aus dem Wohnheim, in welchem sie ihre Heimat gefunden haben, in eine völlig andere Einrichtung verlegt werden, weil im Wohnheim nur "Werkstatt-fähige" Menschen wohnen dürfen. Bei

chronisch psychisch Kranken mit ihren oft behinderungsbedingt enormen psychischen Schwierigkeiten der Anpassung an einen Umgebungswechsel sollte sich die Institution gegebenenfalls den veränderten Lebens- und Betreuungsbedürfnissen der Bewohner anpassen statt umgekehrt.

Klinisch stationäre Geronto-Psychiatrie ist zuständig für die Behandlung psychisch kranker alter Menschen, sofern die psychische Störung nicht vorübergehender Natur im Zusammenhang mit somatischen Erkrankungen ist (Geriatric). Nach den "Empfehlungen" sollen komplementäre Hilfen für alte Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen und Behinderungen integriert im Rahmen der wohnortnahen Altenhilfe (stationär, teilstationär und ambulant) entwickelt werden, statt einen gesonderten komplementären Versorgungsbereich Gerontopsychiatrie neben der Altenhilfe aufzubauen. Gerade für diese Zielgruppe spielt die Wohnortnähe zur Vernetzung mit den ambulanten medizinischen Hilfen, mit Sozialstationen bzw. mit der Gemeindekrankenpflege sowie den offenen, teilstationären und stationären Komponenten der Altenhilfe eine besondere Rolle.

Das gegliederte System der sozialen Sicherung, insbesondere die Aufteilung der Sozialhilfe in örtliche und überörtliche Ebene führen zu einer Kluft zwischen ambulanten, offenen Hilfen auch für alte Menschen einerseits und Hilfen in Einrichtungen und Heimen andererseits. Aus der Sicht der Betroffenen wäre es aber sehr wichtig, ambulante und offene, teilstationäre und stationäre Elemente der Altenhilfe organisatorisch integriert und auf eine überschaubare Region bezogen aufzubauen (vgl. auch u., Kap. A.III.4.c)).

e) **Psychisch kranke Kinder und Jugendliche**

Geistig behinderte Kinder und Jugendliche sind in den neuen Ländern immer noch die größte Patientengruppe in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, aus der sie dann mit 18 Jahren – oder bislang nicht einmal dann – in die Erwachsenenpsychiatrie weitergereicht

werden.¹ Ähnlich wie bei Erwachsenen wird geistige Behinderung als ein primär neuropsychiatrisches Problem definiert, damit bleibt die Möglichkeit der gezielten pädagogischen Förderung der verbliebenen Fähigkeiten unterentwickelt. In bezug auf die Versorgung geistig behinderter Kinder und Jugendlicher wird in den "Empfehlungen der Expertenkommission" eine Position analog wie bei Erwachsenen geistig Behinderten eingenommen.

Es gibt keinen Konsens über das Aufgabengebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Verhältnis zur Erziehungshilfe. Für psychisch kranke Kinder und Jugendliche sollten nur ausnahmsweise eigene komplementäre Einrichtungen entwickelt werden; in der Regel hat Erziehungshilfe (in Verbindung mit Hilfen im Wohnbereich, Schule, Ausbildung, Freizeit die Funktion komplementärer Einrichtungen und Dienste) den Vorrang, sofern keine (teil-)stationäre Behandlungsbedürftigkeit vorliegt. Von großer Bedeutung in diesem Zusammenhang ist das neue "Kinder- und Jugendhilfe-Gesetz (KJHG).

Auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie muß das Konzept der regionalen Versorgungsverpflichtung institutionalisiert werden, um die wohnortferne Konzentration einer überregionalen Negativauslese schwieriger und prognostisch ungünstiger Kinder und Jugendlicher zu verhindern.

f) Freiheitsentzug in der Psychiatrie

Die Zahl der Einweisungen psychisch Kranker in stationäre Einrichtungen durch den Kreisarzt nach § 6 Einweisungs-Gesetz der DDR (EWG) von 1968 war in den neuen Ländern aus westlicher Sicht meist außerordentlich niedrig, differierte aber durchaus regional. Dies ist u.a. auf die Sechs-Wochen-Regelung des Unterbringungsrechtes der ehemaligen DDR zurückzuführen, die davon ausgeht, daß in diesem Rahmen ausschließlich ärztliche Entscheidungen zum Wohle der Kranken erfolgen und eine gerichtliche Entscheidung erst danach erforderlich sei. Ein Vorteil dieser Regelung ist

1 Zu Terminologie und Hilfesystem im Behindertenbereich der ehemaligen DDR vgl. D.-R. Schneider. Die Situation der Behinderten in der ehemaligen DDR. Nachrichtendienst des Deutschen Vereins Heft 3/1991. S. 83-88.

auch die geringere Stigmatisierung vieler gegen ihren Willen im Krankenhaus behandelten Patienten.

Aber diese weitgespannte Frist bis zur gerichtlichen Unterbringung ist nicht mit dem Grundgesetz vereinbar und muß daher in den zu erlassenden Länder-Unterbringungsgesetzen der sehr viel kürzeren grundgesetzlich vorgegebenen Norm angepaßt werden. Von den alten Bundesländern hat Baden-Württemberg dasjenige Landes-Unterbringungsgesetz, welches mit einer Frist von bis zu drei Tagen nach der Aufnahme des gegen seinen Willen im Krankenhaus behandelten Patienten den längsten Zeitraum für einen solchen Freiheitsentzug aufgrund ärztlicher Entscheidung einräumt, bevor ein entsprechender gerichtlicher Beschluß eingeholt worden sein muß.

Bei der Erarbeitung ihrer Unterbringungsgesetze sollten die neuen Bundesländer auch den Anspruch auf psychiatrische Hilfen zur Vermeidung bzw. Abkürzung freiheitsentziehender Maßnahmen verankern. Bis zum Erlaß dieser Unterbringungsgesetze gelten die Regelungen des alten DDR-Einweisungsgesetzes zur Unterbringung psychisch Kranker als Landesrecht fort, soweit sie nicht – wie insbesondere mit der genannten Sechs-Wochen-Frist –, gegen das Grundgesetz verstoßen. Neben den landesrechtlichen Regelungen über freiheitsentziehende Maßnahmen ist eine Unterbringung psychisch Kranker oder Behinderter auch auf der Grundlage der bundesrechtlichen Regelungen des Betreuungsgesetzes möglich, das im Beitrittsgebiet am 1.1.1991 in Kraft getreten ist.

g) Psychisch oder suchtkranke Rechtsbrecher

Es geht um Straftäter mit aufgehobener oder erheblich verminderter Schuldfähigkeit aufgrund einer psychischen oder Suchtkrankheit, die sich im Maßregelvollzug befinden. Der entsprechende Teil des Strafgesetzbuches stellt in der Überschrift programmatisch das Ziel der Besserung vor das der Sicherung (StGB, Dritter Abschnitt, Sechster Titel: "Maßregeln der Besserung und Sicherung") – der Maßregelvollzug ist deshalb ein Teil der Psychiatrie und nicht des Justizvollzuges.

In diesem Bereich sind Wohnortnähe und Intergration nicht im gleichen Maße wie in der übrigen Psychiatrie realisierbar. Dennoch sollte neben der Differenzierung nach

Zielgruppen (mindestens psychisch Kranke nach § 63 und Suchtkranke nach § 64 StGB) einerseits einer *dezentralen* Aufteilung auf mehrere Standorte im jeweiligen Bundesland vor einer landesweiten Zusammenfassung der Vorzug gegeben werden; andererseits sollte der Maßregelvollzug soweit wie möglich an bestehende Psychiatrische Krankenhäuser angegliedert und in die Regel-Psychiatrie *integriert* werden, anstatt einen oder mehrere, von der übrigen Psychiatrie isolierte Standorten aufzubauen. Personalgewinnung und -Qualifizierung, Gestaltung des therapeutischen Milieus und humaner Verhältnisse gelingen so eher als bei zentralen, isolierten Einrichtungen.

h) Psychiatrie und die Versorgung gesellschaftlicher Randgruppen

Psychiatrische Kliniken und Abteilungen sowie komplementäre Einrichtungen und ambulante Dienste stehen in der Gefahr, schwierige Patienten in die forensische Psychiatrie, in die Gefängnisse oder in die Obdachlosigkeit abzudrängen, wenn sie die Anforderungen an Motivation und Selbstkontrolle zu hoch ansetzen und nicht bereit sind, unter Berücksichtigung krankheitsbedingter Beeinträchtigung der Fähigkeit zur Selbststeuerung der Patienten auch Zwang, externe Strukturierung und aktiv aufsuchendes Zugehen zu praktizieren. Selbstkritisch muß die Frage immer wieder nach den Kriterien für die Grenze zwischen regionaler Versorgungsverpflichtung und Zuständigkeit von forensischer Psychiatrie bzw. Justiz sowie der Nichtseßhaftenhilfe überprüft werden.

2. Versorgung und Rehabilitation behinderter Menschen

Die Empfehlungen der Expertenkommission (1988) orientieren sich an einem umfassenden Rehabilitationsbegriff: jeder psychisch Behinderte soll befähigt werden, in einem so weit als möglich normalen sozialen Kontext den bestmöglichen Gebrauch von seinen verbliebenen Fähigkeiten zu machen (Empfehlungen, S. 114). Dies entspricht sinngemäß dem Rehabilitationsanspruch, wie er in § 39 SGB I formuliert ist. Dieser programmatische Paragraph ist jedoch zu unterscheiden von konkreten Rehabilitations-

Leistungsansprüchen entsprechend dem sehr differenzierten Rehabilitations-Leistungsrecht der Bundesrepublik.

Die kostentechnischen Begriffe "medizinische", "berufliche" und "soziale Rehabilitation" werden in der Verwaltungspraxis oft als von einander abgrenzbare Abschnitte in einer definierten einlinigen zeitlichen Reihenfolgen interpretiert. Diese Anwendung wird den Rehabilitationserfordernissen chronisch psychisch Kranker und Behinderter nicht gerecht. Ein bedarfsorientierter Rehabilitationsprozeß muß eine flexible Kombination von medizinischen, beruflichen und sozialen Komponenten der Rehabilitation in unterschiedlicher Gewichtung und Reihenfolge ermöglichen. Entweder übernimmt der in bestimmten Phasen des Rehabilitationsverlaufes dominante Kostenträger auch die anderen Komponenten, oder die Rehabilitationseinrichtungen integrieren personenbezogen die Komponenten verschiedener Leistungsträger.

Von grundsätzlicher Bedeutung für die Verwirklichung dieses Rehabilitations-Anspruches ist die *zielgruppenspezifische Differenzierung* der Angebote für die Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen:

Für *geistig behinderte* Menschen muß ein eigenes Versorgungsnetz aufgebaut werden, für das dieselben Prinzipien gelten sollten wie in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter: wohnortnahe, differenzierte, abgestufte Hilfen im Rahmen regionaler Versorgungsverpflichtung – statt angebotsorientierte wohnortnahe Hilfen mit der Konsequenz der Konzentration von Schwerst- und Mehrfachbehinderten und Problem-personen in überregionalen Großeinrichtungen (Psychiatrische Krankenhäuser, Heime, Anstalten).

Für *psychisch gestörte alte* Menschen müssen die ambulanten und offenen Dienste der Altenhilfe sowie die entsprechenden teil- und vollstationären Einrichtungen befähigt werden, auch psychisch gestörte alte Menschen und diese auch aus psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen heraus aufzunehmen und zu integrieren.

Das Konzept spezialisierter psychiatrischer Alten- und Altenpflegeheime wurde in der Psychiatrie-Enquête von 1975 und in den Empfehlungen der Expertenkommission von 1988 verworfen.

Für Menschen mit *seelischen Behinderungen* als Folge von a) Psychosen, schweren Neurosen und Persönlichkeitsstörungen, auch von hirnrorganischen Schädigungen oder b) Suchtmittelabhängigkeit sind jeweils getrennte, spezifisch auf die Bedürfnisse dieser Behinderten zugeschnittene komplementäre Hilfenetze notwendig.

Die Empfehlungen der Expertenkommission gehen auch für den Bereich der Versorgung und Rehabilitation Behinderter primär von einer *funktionalen* Betrachtungsweise der Hilfen aus: welche Hilfen benötigt ein psychisch behinderter Mensch, um entsprechend der Zielsetzung des oben formulierten Rehabilitations-Anspruchs leben zu können? Diese funktionale Betrachtungsweise durchbricht die fatale Praxis, daß ein behinderter Mensch eine Kette von Rehabilitationseinrichtungen und befristeter Maßnahmen durchläuft, um als Ergebnis rehabilitiert und selbständig zu sein oder – gleichermaßen häufig – als "Pflegefall" in einem Heim unbefristet versorgt zu werden.

a) Funktionsbereich Wohnen

Die in den Empfehlungen der Expertenkommission beschriebenen verschiedenen Bausteine der *Wohnachse* sowie der Arbeitsachse sind kostentechnisch definierte Elemente, die organisatorisch als Kontinuum entsprechend der beiden Achsen realisiert werden sollten. Dadurch soll dem Behinderten eine bedarfsgerecht flexible Abstufung und Kombination von Hilfen ermöglicht werden, damit er nicht bei jeder notwendigen Veränderung der Hilfe in eine andere Institution wechseln muß mit der Folge, daß seine bisherigen sozialen und therapeutischen Beziehungen unterbrochen werden.

Eine Einrichtung für Hilfen im Wohnbereich sollte für eine definierte Zielgruppe (Art der Behinderung, Region) *alle* Wohnhilfen integriert realisieren, vom ambulant betreuten Einzelwohnen bis zum Wohnheim mit Nachtwache, auch unbefristet.

Wenn multiprofessionelle ambulante Betreuung und (geschützter) Wohnraum als getrennte – aber auch kombinierbare – Hilfefunktionen zur Verfügung stehen, so können Aufnahmen in größere Wohneinrichtungen vermieden werden. Denn diese werden häufig erst dadurch notwendig, daß z.B. ambulant betreute psychisch Behinderte keine Wohnung finden oder daß sie zwar eine Wohnung haben, die für sie notwendige

aufwendigere multiprofessionelle Betreuung aber nur in Verbindung mit einer Wohnrichtung finanzierbar ist (vgl. Empfehlungen, S. 259-261).

b) Funktionsbereich Arbeiten

Wenn auch in den Neuen Ländern die allermeisten beschützten Arbeitsplätze in Betrieben nicht mehr existieren, so sind die Erfahrungen mit diesen integrierten Formen beschützter Arbeit sowohl bei Therapeuten wie auch bei Schlüsselpersonen in der Arbeitswelt noch nicht vergessen. An diese Tradition sollte möglichst schnell angeknüpft werden. Dabei sind das Instrumentarium und die Unterstützungsmöglichkeiten der Hauptfürsorgestellten eine wesentliche Handhabe: finanzieller Ausgleich für den Arbeitgeber für die Minderleistung eines schwerbehinderten Beschäftigten, beratende Unterstützung am Arbeitsplatz für Vorgesetzte und Kollegen u. dgl.

Solchen integrierten Formen beschützter Arbeit ist grundsätzlich der Vorzug zu geben; dennoch kommt dem flächendeckenden Aufbau von Werkstätten für Behinderte große Bedeutung zu. Die Werkstatt-Verordnung geht zwar von dem Konzept "alles unter einem Dach" aus, doch ist inzwischen die Differenzierung nach Zielgruppen allgemein als notwendig anerkannt: getrennte, möglichst auch räumlich eigenständige Abteilungen für psychisch Behinderte. Auch in den alten Bundesländern sind allerdings bisher beschützte Arbeitsangebote für chronisch Abhängigkeitskranke, die im ambulant betreuten Wohnheim oder in den eigenen vier Wänden leben, noch völlig unterentwickelt.

Werkstätten sind verpflichtet, für alle Behinderten einer Region offen zu sein; andererseits stehen sie in der Gefahr, sehr schwache und schwierige behinderte Klienten nicht aufzunehmen, weil sie die Produktivität des Betriebes beeinträchtigen.

Neben den Werkstätten kommt auch den Selbsthilfefirmen für psychisch Behinderte in diesem Zusammenhang große Bedeutung zu.

c) Funktionsbereich Kontaktstiftung – Alltagsbewältigung/Tagesstrukturierung

Viele behinderte Menschen können oder wollen nicht in einem Betrieb (einschließlich WfB) arbeiten – sei es, daß sie sich überfordert fühlen oder sich als Rentner mit Recht auf Ruhestand definieren. Gleichwohl besteht das Grundbedürfnis nach sinnvoll erlebten, kontaktstiftenden Aktivitäten. Dafür sind Tagesstätten, Kontaktstellen, Clubs mit geselligen Aktivitäten und gemeinsamen Aufgaben (Kaffee ausschenken, Mahlzeiten zubereiten, Abwaschen, Zuverdienstarbeiten etc.) von großer Bedeutung. Diese Angebote sind (wie beschützte Arbeit) insbesondere für (noch) zu Hause oder in ambulant betreuten Wohngemeinschaften lebende behinderte Personen wichtig. In den alten Bundesländern sind sie bisher noch völlig unterentwickelt, weil ihre Finanzierung zwischen überörtlichem und örtlichem Sozialhilfeträger lange strittig war bzw. dies noch immer ist.

d) Gemeindepsychiatrischer Verbund

Dem Konzept des *gemeindepsychiatrischen Verbundes* kommt eine zentrale Bedeutung für die Versorgung solcher behinderter Personen zu, die mit der Aufgabe überfordert sind, für sich die verschiedenen, von einander unabhängigen Hilfskomponenten selber zu koordinieren; sie wären daher ohne die koordinierten Hilfen des "Verbundes" auf eine vollstationäre Einrichtung angewiesen (Empfehlungen, Kap. C.5., S. 295ff.).

Die im normalen Leben in der Regel gültige Trennung der Lebensbereiche "Wohnen" "Arbeiten" und "Freizeit" sollte nur für solche behinderte Menschen aufgehoben werden, die davon überfordert wären. Differenzierte Komplexität sozialer Lebensräume ist eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung und Selbstbestimmung der Person auch behinderter Menschen; totale Institutionen, die alle Lebensbereiche umfassen, stehen in der Gefahr, behinderte Menschen unnötig unselbständig zu machen oder zu halten.

3. Reform der komplementären Versorgung

Die in den Psychiatrischen Krankenhäusern "fehlplazierten" Langzeitpatienten (vgl. Kap. A.II.4.) leben dort, weil die Behandlungsmöglichkeiten des Krankenhauses und/oder die komplementären Hilfen außerhalb der Anstalten unzureichend waren oder sind.

Die Expertenkommission empfiehlt die *qualifizierte Enthospitalisierung* der angesammelten Langzeitpatienten; damit ist nicht gemeint die unqualifizierte Verlegung von "Pflegefällen" in (wohntferne) Heime mit unspezifischer Grundversorgung. Um eine erneute Akkumulation dieser Behinderten in den Langzeitbereichen der Psychiatrischen Krankenhäuser oder in großen, wohntfernen Heimen und Anstalten zu verhindern, muß gleichzeitig auch die *regionale komplementäre Versorgungsverpflichtung* zum Ziel gemacht werden.

a) Enthospitalisierung

Wichtige Ansprüche auf Wohnraumqualität und Persönlichkeitsrechte für Heimbewohner ergeben sich aus dem Heimgesetz in Verbindung mit der Heim-Mindestbauverordnung. Leben nicht mehr krankhaus-behandlungsbedürftige Personen auf Dauer im Krankenhaus, so werden sie durch die Bezeichnung der Institution als "Krankenhaus" der Wirkung der Heimaufsicht entzogen. In einigen der alten Bundesländer ist man deshalb dazu übergegangen, Langzeitbereiche der bisherigen Krankenhäuser in Heimbereiche umzudefinieren. Eine Normalisierung und Qualifizierung der Wohnverhältnisse in der alten Bausubstanz – d.h. den Stationscharakter durch bauliche Veränderungen in normale Wohnungen umzugestalten – ist sehr aufwendig. Das Türschild nur der Form halber wechseln hieße jedoch, den Behinderten gesetzlich verbriefte Ansprüche vorzuenthalten.

Aber selbst wenn der Heimbereich auf dem Gelände des Psychiatrischen Krankenhauses gut ausgestaltet wird, stellt sich die Frage nach der möglichen Alternative: mit einem nicht höheren finanziellen Aufwand neu zu bauen (statt zu sanieren), aber *dezentral* in Wohngebiete eingestreut:

- im Geh- bzw. Nahverkehrsbereich um das Psychiatrische Krankenhaus herum für solche Patienten, deren Lebensmittelpunkt in Jahrzehnten der Ort des Krankenhauses geworden ist;
- in den jeweiligen Heimatregionen für solche Patienten, die noch einen (aktivierbaren) Bezug zu ihrem Herkunftsort haben.

Psychisch behinderte Menschen haben die gleichen Vorstellungen von Wohnräumen wie andere Menschen auch, sind aber verletzlicher als gesunde Menschen bei Wohnformen, die einander fremden Menschen eine gemeinsame Privatsphäre aufzwingen. Die Notwendigkeit einer besonderen Ausstattung des Wohnraums ergibt sich nur für körperbehinderte oder gebrechliche Personen; dauerhaft orientierungsgestörte Menschen werden allerdings auch weiterhin besondere Wohnformen benötigen.

Menschen mit unterschiedlichen psychischen Behinderungen benötigen entsprechend auch mehr oder weniger an Hilfe und Betreuung; diese Hilfen zu gewähren, ist ein Personalproblem, es begründet aber nicht die in der Praxis üblichen institutionalisierten Wohnformen. Denn ein Wohnheim muß kein räumlich geschlossener Komplex sein; vielmehr ist für ein "Heim" der organisatorische Zusammenhang – auch bei dezentral gelegenen Wohnungen – das ausschlaggebende konstituierende Merkmal.

Die Normalisierung der Wohnformen bei Enthospitalisierungsprogrammen hätte einen weiteren entscheidenden Vorteil, insbesondere in bezug auf die Wohnungen im Umfeld eines Krankenhauses: Wenn der Bedarf für solche Wohnplätze allmählich abnimmt, weil die hier lebenden Behinderten, die zu mehr als der Hälfte älter als 65 Jahre sind, irgendwann sterben und aus entfernteren Regionen der Zustrom aufhört, dann können auch andere, z.B. ältere Menschen in diese Wohnungen einziehen; d.h. die Institution "geschütztes Wohnen" verkleinert sich auf lange Sicht gleichsam von selbst.

Für hospitalismugeschädigte Langzeitpatienten ist die Veränderung der Lebenssituation, wie sie ein solches Enthospitalisierungsprogramm mit sich bringt, zunächst eine Überforderung, welche Ängste, Abwehr und Verweigerung auslöst. Deshalb ist eine behutsame, sorgfältige Vorbereitung notwendig, für die wiederum das Psychiatrische Krankenhaus personell ausgestattet sein muß (Anzahl, Qualifikation, Fortbildung des Personals, Hospitationsmöglichkeiten usw.). Die seit dem 1. Januar 1991 gültige Psych-PV soll u.a.

auch für qualifizierte Enthospitalisierungsprogramme die adäquaten personellen Voraussetzungen schaffen.

Die Enthospitalisierung erfordert umfangreiche Investitionen zum Bauen und Kaufen von Wohnungen. Die Finanzierung kann nicht nur aus dem Krankenhausbereich (KHG) kommen, sondern muß auch in den Landesinvestitionsprogrammen für behinderte oder alte Menschen berücksichtigt werden (über die Hälfte der zu enthospitalisierenden Langzeitpatienten sind älter als 60 Jahre). Eine Finanzierung über den Pflegesatz des aufnehmenden Heimes darf hier keine Lösung sein. – Auf die Pflegesatzgestaltung des abgebenden Krankenhauses werden sich dagegen durchaus Auswirkungen ergeben; vgl. dazu Kap. E.3. der Empfehlungen der Expertenkommission (S. 621-631).

Daneben sollten bei allgemeinen Wohnungsbauprogrammen des Bundes gewisse Anteile für Menschen vorgesehen werden, die in psychiatrischen Krankenhäusern leben, weil sie außerhalb wohnungslos wären.

b) Regionale komplementäre Versorgungsverpflichtung

Die Durchsetzung regionaler Versorgungsverpflichtungen auch im komplementären Bereich ist von elementarer Bedeutung für den Übergang von einer angebots-orientierten psychiatrischen Versorgung in Verbindung mit Großinstitutionen, die eine wohnortferne, überregionale Auffangfunktion haben (Psychiatrische Krankenhäuser, Heime, Anstalten, "Waldheim") zu einer *am regionalen Bedarf orientierten* Versorgung.

Dazu ist Voraussetzung, die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung am Bedarf derjenigen Personen zu messen und zu orientieren, die entweder unzureichend oder wohnortfern (oder beides) versorgt werden. Die Überschaubarkeit von Regionen ermöglicht die Kenntnis der unzureichend versorgten Personen in der jeweiligen Region; aber für die aus dieser Region "verschwundenen" Personen muß konsequent die Frage gestellt werden:

Wieviele Personen, mit welchen Erkrankungen oder Behinderungen, aus welchen Heimatkreisen fanden welche Hilfeart nur in welchen anderen, entfernt gelegenen Orten?

Von den Einrichtungen einerseits – Krankenhäuser, Heime, Anstalten – und den Kostenträgern andererseits – Sozialhilfeträger, aber auch Krankenkassen und Rehabilitationsleistungsträger – muß verlangt werden, ihre Dokumentation so zu organisieren, daß sie solche planungsrelevanten Übersichtsdaten (anonymisiert) zur Verfügung stellen können. Von diesem Ziel ist die Realität auch in den alten Bundesländern noch meist weit entfernt, obwohl dies im EDV-Zeitalter kein Problem sein dürfte.

Diese Fragen nachdrücklich zu stellen, wäre die politische Aufgabe des Landes (ggf. des Parlamentes) sowie der Kreise und Städte, die sich im Rahmen der "allgemeinen Daseinsvorsorge", die in den Gemeindeordnungen der Länder verankert ist, nicht nur um die gesunden oder die körperlich kranken, sondern auch um die psychisch kranken und behinderten Mitbürger kümmern sollen.

Unterschiedliche Interessen der hier verantwortlich Betroffenen konvergieren jedoch weithin im gleichen Ergebnis: der unspezifischen Grundversorgung von sog. "Pflegefällen" in vernachlässigten Großinstitutionen. Denn:

1. Therapeuten werden die Zuständigkeit für prognostisch ungünstige Patienten los, statt sie als therapeutische und konzeptionelle Herausforderung zu sehen;
2. Freie Träger wählen sich die Aufgaben "frei" (nach eigenen Prioritäten), statt sich in die regionale Versorgungsverpflichtung einbeziehen zu lassen;
3. Kostenträger kommen mit niedrigen Kosten für minimale Versorgung davon, statt Dienste und Einrichtungen bedarfsgerecht auszustatten;
4. Städte und Kreise belasten ihre Öffentlichkeit nicht mit auffälligen, störenden Personen, anstatt diese zu integrieren.

Eine politisch wirksame Lobby für chronisch psychisch Kranke entwickelt sich nur sehr verzögert im Vergleich zu anderen gesellschaftlichen Problemgruppen: Von der "Lebenshilfe", die die Interessen geistig behinderter Menschen und ihrer Angehörigen vertritt, können die Angehörigen psychisch Kranker viel lernen. – Daß Betroffene (Angehörige wie stabilisierte psychisch kranke Menschen) sich nicht in Scham und Schande verkriechen müssen, sondern sich gesellschaftlich und politisch wirksam artikulieren, dazu können u.a. auch Therapeuten entscheidend beitragen, wenn sie

Kranken und Angehörigen beim Verstehen und Bewältigen der psychischen Erkrankung gezielt helfen.

4. Psychiatrie als Aufgabe des Landes sowie der Landkreise und kreisfreien Städte

Ein wesentliches Ergebnis der Empfehlungen der Expertenkommission von 1988 war, daß unter der Zersplitterung des Systems der sozialen Sicherung sowie dem Zuständigkeitswirrwarr im Gesundheits- und Sozialwesen der alten Bundesrepublik insbesondere die chronisch psychisch Kranken und schwerer Behinderten zu leiden haben (vgl. Empfehlungen, S. VII u. S. 66-79). Es geht darum, daß die beschriebenen Systemfehler in den neuen Bundesländer nicht unbesehen eingeführt werden, deren spätere Korrektur sehr mühsam wird, wenn erst einmal Zuständigkeiten und Besitzstände wieder fest verankert sind.

Folgende Bereiche sind zu trennen:

- a) Psychiatrieplanung
- b) Einrichtungsträgerschaft
- c) Überörtlicher Träger der Sozialhilfe

Diese Aufgaben müssen voneinander unabhängig sein, um bei der Entwicklung der psychiatrischen Versorgung Interessenkonflikte zu minimieren: als Kostenträger im Verhältnis zu anderen Kostenträgern in der Psychiatrie; als Einrichtungsträger im Verhältnis zu anderen Einrichtungsträgern.

a) Psychiatrieplanung

Psychiatrieplanung ist Aufgabe des Landes sowie der Kreise und Städte; beide Ebenen nehmen gemeinsam entsprechend den gesundheits- und sozialpolitischen Zielsetzungen die Einrichtungsträger und die Kostenträger in die Pflicht.

In den Regierungsbehörden der alten Bundesländer ist das Psychiatriereferat in der Regel in einer Weise in die Zuständigkeiten eingebunden, die einer am regionalen Bedarf orientierten Psychiatriereform hinderlich ist. Die herkömmliche Gliederung von Ministerien spiegelt die Gliederung des Systems der sozialen Sicherung wider und verstärkt deren Zersplitterung statt sie zu überwinden. Psychiatrie-relevante Zuständigkeiten können sogar auf mehrere Ministerien verteilt sein. Das Psychiatriereferat ist traditionell Teil der Krankenhausabteilung und hat damit kaum Einfluß auf Entscheidungen, die psychisch Kranke z.B. als Behinderte betreffen oder in den Bereich der Sozialhilfe fallen. Psychiatrische Versorgung ist in den verschiedensten Zuständigkeiten immer nur ein je untergeordnetes Teilgebiet. Daraus folgt die übliche einrichtungsbezogene Landesplanung: Landesplan für Krankenhäuser, Landesplan für Werkstätten für Behinderte, Landesplan für Altenheime, Landesplan für Kontakt- und Beratungsstellen usw. – Ähnliche Verhältnisse können auch auf kommunaler Ebene vorliegen.

Die für je eine Versorgungsregion notwendigen verschiedenen Komponenten für eine bedarfsorientierte psychiatrische Versorgung kommen nirgends in ihrer regionalspezifischen Vernetzung in den Blick, geschweige denn in eine handlungsfähige Zuständigkeit. Eine die Kostenträgerarten und Einrichtungsarten übergreifende *regionalbezogene Zuständigkeit* ist nirgendwo institutionalisiert.

Es kommt darauf an, Psychiatrieplanung von den Zuständigkeiten und vom Gewicht her so zu institutionalisieren, daß die herkömmlich auf unterschiedliche Zuständigkeiten aufgeteilten Komponenten von Psychiatrie in ihrer Wechselwirkung regionalspezifisch vernetzt werden können. Dabei kommt den Kreisen und Städten im Rahmen ihrer Daseinsvorsorge auch für psychisch kranke Mitbürger eine große Bedeutung zu (vgl. regionale Versorgungsverpflichtung: klinisch, stationär, komplementär, ambulant, s.o.). Auf die Vorschläge der Expertenkommission zum Psychiatrie-Beirat sowie zur Stelle des Koordinators in der kommunalen Verwaltung im Kapitel C.6 der Empfehlungen sei ausdrücklich verwiesen (Empfehlungen, S. 317ff.). Darüber hinaus ist es empfehlenswert, wenn alle an der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in einer Region beteiligten Personen und Institutionen ihre jeweiligen Versorgungsbeiträge und Planungsvorhaben in einer regelmäßig tagenden "Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft" (PSAG) miteinander abstimmen.

Die politische Verantwortung der Kreise und Städte ist von ihrer Funktion als einer der Kostenträger (örtlicher Sozialhilfeträger) oder Träger von Diensten (z.B. Sozialpsychiatrischer Dienst) oder von Einrichtungen (z.B. Altenheime) zu unterscheiden.

b) Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft

Krankenhäuser sollen Eigenbetriebe sein, die nach kaufmännischen Prinzipien wirtschaften. Ihre Finanzierung ist dual: Investitionen entsprechend dem Landeskrankenhausplan; das Budget für die laufende Kosten nach Vereinbarung mit dem Kostenträgern. Wichtige Rechtsgrundlagen sind das Krankenhausfinanzierungsgesetz des Bundes und die Krankenhausgesetze der Länder, die Bundespflegesatzverordnung sowie die Krankenhaus-Buchführungsverordnung. Landeskrankenhäuser dürfen nicht außerdem – wie in einigen alten Bundesländern aus historischen Gründen immer noch – zusätzlich den Regeln und Anforderungen des Landeshaushaltsplanes unterworfen sein, denn dessen Anforderungen und Verabschiedungsmechanismen unterscheiden sich erheblich von denen eines kaufmännisch wirtschaftenden Krankenhauses. Gelten zugleich die Anforderungen des Landesfinanzministers und die genannten, das Krankenhaus betreffenden Gesetze und Verordnungen, so führt dies zu einer unsinnigen "zweigleisigen Buchführung", die – abgesehen von dem erheblichen Mehraufwand – aufgrund der Ungleichzeitigkeit von Haushaltsaufstellung und Budget-Verhandlungen auch noch zur Folge hat, daß vereinbarte und finanzierte Personalstellen oft nur sehr verzögert oder gar nicht realisiert werden können. Es muß genügen, wenn der Wirtschaftsplan des Eigenbetriebes "Krankenhaus" als Anlage zum Haushaltsplan des Landes genommen wird.

In den alten Bundesländern wird gegen diese Eigenbetrieblichkeit der Krankenhäuser oft eingewandt, daß ja das Land (gegebenenfalls ein Landschaftsverband/Landeswohlfahrtsverband) als (überörtlicher) Sozialhilfeträger einen wesentlichen Anteil der Pflegesätze zu tragen habe und deshalb auf die Höhe Einfluß nehmen müsse. Dieses Kontrollbedürfnis kann auch angemessen realisiert werden, indem sich der Sozialhilfeträger bei der Budgetverhandlung auf die Verhandlungsbank der übrigen Kostenträger begibt.

Eine alte Forderung der Psychiatrie-Enquête und der Empfehlungen ist, die Sonder-Trägerschaft psychiatrischer Krankenhäuser aufzugeben und sie in die Trägerlandschaft

somatischer Krankenhäuser zu integrieren. Insofern sind die Kreise und Städte ebenso wie für somatische Krankenhäuser auch als Krankenhausträger für psychiatrische Krankenhäuser angesprochen. Da die Kreise und kreisfreien Städte in den neuen Ländern in der Regel noch sehr klein und mit vielen anderen Problemen überlastet sind, wird dieser Schritt nur allmählich vollziehbar sein. Deswegen sollte nach Lösungen gesucht werden, die es ermöglichen, für eine angemessene Übergangszeit die psychiatrischen Krankenhäuser in eine gemeinschaftliche Trägerschaft des Landes mit den Kreisen und Städten des Einzugsbereiches zu bringen (Zweckverband).

Ob als Zweckverband von Kommunen und Land oder als reines Landeskrankenhaus, in jeden Falle empfiehlt es sich, alle Trägerzuständigkeiten in einem kleinen, aber hochkarätig besetzten und handlungsfähigen Trägerverwaltung zusammenzufassen. Für die Entwicklung der Krankenhäuser wäre es extrem hinderlich, wenn die verschiedenen Trägerfunktionen (Finanzen, Bauen, Personal, allgemeine Verwaltung usw.) gemäß der herkömmlichen funktionalen Kompetenzaufgliederung der Landes- oder Kommunalverwaltungen auf verschiedene Ministerien bzw. verschiedene Ämter der kommunalen Ebene verteilt wären. Bei all diesen verschiedenen, funktional und nicht inhaltlich definierten Zuständigkeiten ist Psychiatrie immer in der Minderheit, es überwiegen die jeweiligen disparaten Eigeninteressen. Diese auf konkrete inhaltlich definierte Entwicklungsziele der Krankenhäuser hin zu koordinieren, ist kaum zu bewerkstelligen, weil jeweils das auf die eigene Zuständigkeiten orientierte Partikularinteresse entscheidend bestimmd wirkt.

Jedes Krankenhaus sollte eine Betriebskommission erhalten, in der das Land und die kommunalen Gebietskörperschaften des Einzugsbereiches (ggf. Kostenträger usw.) angemessen vertreten sind. Der Träger ist zuständig für Aufgabenstellung des Krankenhauses, wesentliche Rahmenbedingungen struktureller, personeller und räumlicher Art, sowie die Besetzung der Stellen der Krankenhausleitung. – Für die laufende Betriebsführung innerhalb dieser Vorgaben ist allein die Krankenhausleitung verantwortlich.

c) Das Land als (überörtlicher) Sozialhilfeträger

In den alten Bundesländern hat sich die nur historisch noch verständliche Unterscheidung zwischen örtlichem und überörtlichem Sozialhilfeträger für die psychiatrische Versorgung als extrem hinderlich ausgewirkt, weil sie den allgemein beschworenen Grundsatz "ambulant vor stationär" in der Praxis auf den Kopf stellt. Wenn in den neuen Bundesländern diese Unterscheidung zwischen örtlichem und überörtlichem Sozialhilfeträger nicht vermieden werden kann, so sollte wenigstens nicht die maßnahmenbezogene Differenzierung der Zuständigkeiten (vgl. u.) auch noch kopiert werden.

Wenn der örtliche Sozialhilfeträger für offene und ambulante Hilfen, der überörtliche aber für Hilfen in Einrichtungen für ein und dieselbe Zielgruppe zuständig ist, so entsteht eine Interessenkonstellation, die die Entwicklung von wohnortnahen ambulanten und offenen Hilfen behindert. Wenn die örtliche Ebene Finanzmittel für ambulante und offene Hilfen spart, werden die Hilfebedürftigen in Einrichtungen aufgenommen und damit in die Kostenzuständigkeit der überörtlichen Ebene "befördert." Selbst wenn die örtliche Ebene per Umlage die Finanzmittel für diese Hilfen in Einrichtungen mit aufbringt, so sind die finanziellen Folgen der Unterlassungen im eigenen Bereich aber immer durch die Gesamtumlage "verdünnt".

Diese behindertenfeindliche Interessenkonstellation kann nur neutralisiert werden, wenn die Zuständigkeit zielgruppenbezogen definiert wird, d.h. die Kostenzuständigkeit für offene und ambulante wie für einrichtungsbezogene Hilfen je Zielgruppe in einer Hand zusammengefaßt bleiben. Wenn dies der örtliche Sozialhilfeträger ist, muß ein Mechanismus des Finanzausgleichs geschaffen werden, der einerseits die Unterschiede in der Finanzkraft der kommunalen Gebietskörperschaften und zum anderen die ungleiche Verteilung von Hilfebedürftigen berücksichtigt.

5. Systemwidriger Vorrang der Sozialhilfe

Die Forderung nach Gleichstellung der psychisch Kranken mit den körperlich Kranken ist vor allem im Bereich des Leistungsrechts nach wie vor weithin uneingelöst. (vgl.

Empfehlungen, S. LXII und S. 68ff.) Deñn im Rahmen der entwickelten Praxis der Finanzierung der Hilfen für psychisch Kranke und Behinderte nach dem gegliederten System der sozialen Sicherung in der Bundesrepublik wird nur ein kleiner Teil dieser Hilfen von den Versicherungen, der größere Teil dagegen von der Sozialhilfe getragen, die wiederum erhebliche Beträge im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Heranziehung von Hilfeempfängern und ihren Angehörigen einfordert. Dies ist eigentlich systemwidrig, weil die Sozialhilfe nur das letzte Netz, aber nicht die Regelfinanzierung der sozialen Sicherung sein soll. Einerseits wird der Schnitt zwischen "Behandlungsfall" und "Nicht mehr behandlungsbedürftig" noch z.T. falsch und zu restriktiv zu Lasten der Versicherten gezogen, wie zahlreiche einschlägige Gerichtsprozesse zeigen. Viele Patienten werden aber auch deshalb zu Sozialhilfeempfängern, weil die institutionelle und kostentechnische Praxis im Bereich der Rehabilitation die psychisch Kranken und Behinderten noch erheblich benachteiligt, obwohl diese Behindertengruppe seit 1974 (Reha-Angleichungsgesetz) grundsätzlich mit anderen Behindertengruppen gleichgestellt wurde.

In diesem Zusammenhang kommt auch der Absicherung des Lebensrisikos der Pflegebedürftigkeit große Bedeutung zu. Es muß sorgfältig darauf geachtet werden, daß chronisch psychisch Kranke und Behinderte nicht infolge restriktiver Definitionen von Alters- und Pflegebedürftigkeitskriterien sowie Anspruchsvoraussetzungen wieder leer ausgehen.

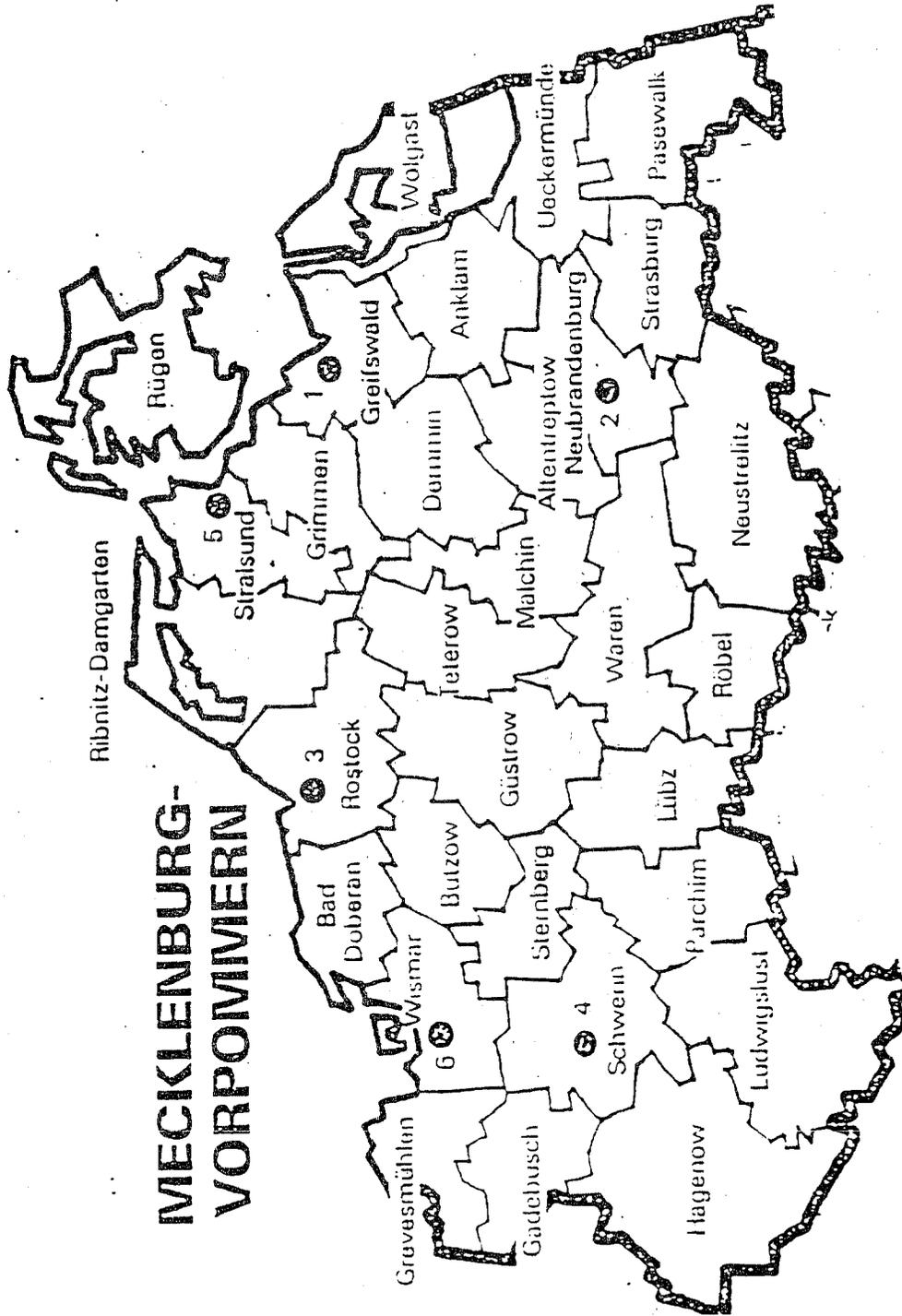
B. SPEZIELLER TEIL: LÄNDERBERICHTE

Vorbemerkung

Die Bestandsaufnahmen und Empfehlungen in den Länderberichten haben exemplarischen Charakter. Unter den gegebenen Bedingungen war es nicht möglich, alle Probleme der psychiatrischen Versorgung in den neuen Ländern gleichmäßig und detailliert aufzuarbeiten und in allen Bereichen konkrete Empfehlungen zu geben. Jeder der speziellen Länderberichte ist daher im Zusammenhang mit den im Allgemeinen Teil dargelegten allgemeinen Ergebnissen und Empfehlungen zu sehen.

Es bleibt also in der Verantwortung der für Psychiatrie zuständigen Politiker, Ministerien, Kommunalverwaltungen und Kosten- wie Einrichtungsträger, die Analyse der Probleme zu vervollständigen sowie die Empfehlungen auf der Grundlage der im Allgemeinen Teil dargelegten Grundprinzipien in verantwortliche konkrete Entscheidungen umzusetzen.

MECKLENBURG- VORPOMMERN



B.I. Mecklenburg-Vorpommern

Die stationär-psychiatrische Versorgung des Landes Mecklenburg-Vorpommern mit rund 2,3 Mio. Einwohnern ist dadurch gekennzeichnet, daß die sechs klinischen Einrichtungen zwischen Schwerin und Ueckermünde im Halbkreis an der Ostseeküste ziemlich regelmäßig verteilt lokalisiert sind (Wismar -Rostock – Stralsund – Greifswald). Der mittlere Teil des Landes und der Süden sind daher bislang unterversorgt. An einigen Stellen entstehen Anreisewege zu psychiatrischen Krankenhäusern von 100 bis zu 160 Kilometern, mit besonders im Osten (Ueckermünde) schlechter Verkehrserschließung. Bei Schwerin, Stralsund und Ueckermünde handelt es sich um konventionelle mittelgroße psychiatrische Krankenhäuser im Pavillionstil. Rostock und Greifswald haben ebenfalls Anstaltscharakter, sind aber als Universitätskliniken deutlich geringer dimensioniert; Wismar ist eine kleinere psychiatrische Abteilung am ehemaligen Bezirkskrankenhaus. Die psychiatrischen Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern verfügen über eine ausreichende Kapazität an stationärer Psychotherapie. Die entsprechenden Stationen sind, gemessen an dem übrigen Standard der Kliniken, unverhältnismäßig gut ausgestattet. Auf diesem Gebiet bedarf es, insbesondere angesichts der Defizite in den anderen Bereichen, z.Z. keiner dringenden Förderungsmaßnahmen.

Die *ambulante* nervenfachärztliche Versorgung ist zur Zeit unübersichtlich, scheint aber in den Grundzügen noch zu funktionieren. Die Polikliniken befinden sich in Auflösung, da die meisten Ärzte in diesen Einrichtungen sich niederlassen wollen. Noch immer sind einige Kreise ohne ambulant tätige Nervenärzte. Es ist aber damit zu rechnen, daß durch die Umorientierung auch älterer Kollegen in Richtung Niederlassung in absehbarer Zeit eine flächendeckende ambulante Versorgung erreicht werden kann. In den größeren Städten gibt es eine ausreichende Zahl ambulant tätiger Nervenärzte (etwa einen auf 25.000 Einwohner).

Mit der *komplementären* Versorgungssituation konnte sich die Reisegruppe nur punktuell vertraut machen. Die Verhältnisse in der Behinderteneinrichtung Dobbertin (vgl. dort) scheinen aber kein Einzelfall zu sein. – Auf die entsprechenden Kapitel in Teil A sei verwiesen.

1. Östlicher Versorgungsraum

Der östliche Versorgungsraum umfaßt das Gebiet des ehemaligen Bezirkes Neubrandenburg (530.000 Einwohner) mit Ausnahme der Kreise Greifswald und Wolgast. In Neubrandenburg befindet sich eine neuropsychiatrische Abteilung am Allgemeinen Krankenhaus mit 60 Betten, die stark neurologisch orientiert ist, aber auch psychisch leichter Erkrankte aufnimmt. Für die psychiatrisch-stationäre Versorgung des gesamten Raumes spielt sie nur eine untergeordnete Rolle. Praktisch die volle Versorgungslast¹ fällt dem *psychiatrischen Krankenhaus Ueckermünde* zu.

Das 1875 als preußische Provinzialanstalt in Ueckermünde eröffnete psychiatrische Krankenhaus war früher der Großstadt Stettin mit ihrer Umgebung zugeordnet. Jetzt liegt es extrem randständig, nur wenige Kilometer von der deutsch-polnischen Grenze entfernt, weit ab von den Kreisen Neu-Strelitz und Teterow, welche hier die südwestlich und westliche Begrenzung des Versorgungsgebietes ausmachen. Das Krankenhaus verfügt insgesamt über 525 Betten, davon 65 Betten Akutpsychiatrie, 304 Betten für Langzeitkranke mit einem hohen Anteil geistig Behinderter und Verweildauern bei ca. 80% der Patienten von über 10 Jahren. Ferner befindet sich im Krankenhaus eine kinder- und jugendpsychiatrische Klinik mit 60 Betten (davon etwa die Hälfte geistig Behinderte), eine Suchtklinik mit 40 Betten für Entwöhnungsbehandlung, eine neurologische Abteilung mit 28 Betten, sowie seit kürzerem eine psychotherapeutische Abteilung mit 28 Betten.

Das Krankenhaus unterhält ein nachbetreuendes Psychosen-Dispensaire, eine kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanz und eine Poliklinik mit 3.350 Zugängen 1989. Mit ca. 2.000 Aufnahmen pro Jahr kann in etwa gerechnet werden. Wie freilich ein Aufnahmegebiet mit 530.000 Einwohnern und langen Anreisezeiten durch 65 Akutbetten/Allgemeinpsychiatrie (0,1/1.000 Einwohner) auch nur ansatzweise versorgt werden kann, bleibt unerfindlich. Die Unterbringungsverhältnisse auf den Langzeitstationen sind undiskutabel. Etagen eines für dies Zwecke ungeeigneten ehemaligen Fertigbau-Wohnheimes für Bauarbeiter beherbergen die Akutpsychiatrie. Bezeichnenderweise sind die Psychotherapie 1986 und die neurologische Abteilung 1988 renoviert worden. Die

¹ Die Kreise Waren und Röbel werden bis auf weiteres noch vom psychiatrischen Krankenhaus Neuruppin versorgt.

personelle Ausstattung ist sowohl im ärztlichen wie im Pflegebereich unzureichend. 8 Sozialfürsorgerinnen (einschließlich Ambulanzen), 4 Psychologen, 10 teilweise angelernte Beschäftigungstherapeuten stehen zur Verfügung. Die Fehlbelegungsquote dürfte bei mindesten 60% liegen (vgl. Kap A.II.2.).

Zu vermerken ist, daß der Vorgänger des jetzigen ärztlichen Leiters, offenbar von gewissen Strömungen der italienischen Psychiatrie beeinflusst, in einer Art Radikalkur 300 bis 400 Patienten einfach nach Hause geschickt hat, was naturgemäß zu erheblichen Protesten führte. Die plötzliche Bettenreduzierung hatte zur Folge, daß auch heute noch ein ganzes Haus nicht belegt ist.

Empfehlungen zum östlichen Versorgungsraum

Die Arbeitsgruppe schlägt vor, das psychiatrische Krankenhaus Ueckermünde mittelfristig zu schließen. Die extrem ungünstige Lage, die miserablen Verhältnisse vor Ort, die hohe Fehlbelegungsquote, welche aus dieser entlegen. Ostecke der Bundesrepublik hinaus kaum abzarbeiten ist, die Schwierigkeit, qualifizierte Mitarbeiterfamilien – ganz abgesehen von den Problemen der Wohnraumbeschaffung – zum Umzug nach Ueckermünde zu bewegen, lassen Investitionen zum Erhalt einer Einrichtung in der gegenwärtigen Größenordnung, welche ganz gewiß in erheblichen Umfange notwendig wären, unwirtschaftlich und wenig zweckdienlich erscheinen. Gleichwohl sollte auf einen psychiatrisch-stationären Standort in den nordöstlichen Kreisen Mecklenburg-Vorpommerns (Anklam, Ueckermünde, Pasewalk, zus. rund 130.000 Einwohner) nicht gänzlich verzichtet werden, da die Verkehrsanbindung dieser Kreise nach Westen hin ebenfalls ungünstig ist. Zu denken wäre an den Aufbau einer kleineren psychiatrischen Abteilung am Kreiskrankenhaus Ueckermünde mit einer zur Versorgung der Nordost-Region ausreichenden Größe (ca. 80 Betten).

Die Schließung des Krankenhauses Ueckermünde muß zeitlich koordiniert werden mit der Neueinrichtung einer psychiatrischen Abteilung in *Neubrandenburg* mit ca. 120 Betten. Überlegungen im Umkreis der Leitung des ehemaligen Bezirkskrankenhauses gehen schon seit längerer Zeit in diese Richtung. Für die zur Zeit bestehende schon jetzt neurologisch akzentuierte neuropsychiatrische Abteilung am ehemaligen Bezirkskranken-

haus bedeutet dies, daß sie zu einer *rein* neurologischen Abteilung würde und *keine* psychisch Kranke mehr behandelte. Das Aufnahmegebiet einer neuen psychiatrischen Abteilung könnte folgende Kreise umfassen: Neubrandenburg (Kreis und Stadt), Strasburg, Altrentrepow, Demmin (210.000 Einwohner).

In zweiter Priorität wäre an eine psychiatrische Abteilung am Kreiskrankenhaus in *Güstrow* mit etwa 100 Betten zu denken. Des weiteren könnte sinnvoll eine etwas kleinere psychiatrische Abteilung mit ca. 80 Betten in *Waren* oder *Malchin* plaziert werden. Hierbei sind rechtzeitig freiwerdende Kapazitäten in Kreiskrankenhäusern in Folge sinkender Auslastung berücksichtigen (vgl. Kap. A.II.3.d), "Leitfragen").

2. Nördlicher Versorgungsraum

Der nördliche Versorgungsraum (909.000 Einwohner) umfaßt das Gebiet des ehemaligen Bezirkes Rostock. Es erstreckt sich halbkreisförmig an der Ostseeküste entlang. Die Kreise Wolgast und Greifswald in seinem östlichen Teil sind ihm hier zugeordnet worden. Nach Westen hin folgen: Kreis Grimmen, Kreis Stralsund, Kreis Rügen, Kreis Ribnitz-Damgarten, Stadt und Kreis Rostock, Kreis Bad Doberan, Kreis Wismar, Kreis Grevesmühlen. Im nördlichen Versorgungsraum finden wir

- die Universitätsnervenklinik Greifswald,
- das Psychiatrische Krankenhaus der "Johanna Odebrecht-Stiftung" Greifswald,
- das Psychiatrische Krankenhaus Stralsund,
- die Universitätsnervenklinik Rostock,
- die Neuropsychiatrische Klinik am städtischen Krankenhaus Wismar.

Daneben gibt es Pflegeeinrichtungen für Erwachsene und Kinder in Bartmannshagen (Kreis Grimmen), Graal-Müritz (Kreis Rostock Land), Velgast (Kreis Stralsund Land), Wolgast (Kreis Wolgast), Heringsdorf (Kreis Wolgast), sowie ein Rehabilitationszentrum mit Wohnheimen und Werkstätten für Behinderte des pommerischen Diakonievereins in Züssow.

a) Bereich Greifswald

Die Universitätsklinik in Greifswald verfügt insgesamt über 149 vollstationäre Betten (zusätzlich 15 Tagesbetten), davon
für Allgemein-/Akutpsychiatrie: 64 Betten,
für Kinder- und Jugendpsychiatrie: 26 Betten,
für Neurologie: 54 Betten,
für Psychotherapie: 20 Betten.

Die Klinik, im Pavillonstil um 1900 erbaut, liegt am Stadtrand. Der bauliche Zustand der Gebäude ist schlecht. Es finden sich noch Bettensäle. Die Klinik versorgt die Kreise Greifswald Stadt und Land, Wolgast, sowie Teile der Kreise Anklam und Demmin mit nach ihren eigenen Angaben insgesamt ca. 180.000 Einwohnern. Für die akut- und allgemeinspsychiatrische Versorgung bedeutet dies ein Bettenschlüssel von 0,35/1.000 Einwohner. Dieser Wert liegt sehr niedrig, und so nimmt es nicht wunder, daß bei 621 Aufnahmen (ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie) im Jahre 1989 die psychiatrischen Stationen stark überbelegt sind. Nur pflegebedürftige, chronisch psychisch Kranke und forensische Fälle können nach Stralsund verlegt werden. Die personelle Ausstattung der gesamten Klinik mit 21 Ärzten und 69 Pflegekräften ist nicht so schlecht wie andernorts. Hinzu kommen 3 beschäftigungs- und arbeitstherapeutische Kräfte, aber nur 1 Sozialarbeiter und 1 Erzieherin, obwohl es eine kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung gibt.

Die auf dem gleichen Gelände liegende neurologische Klinik wird in absehbarer Zeit ausziehen. Es ist vorgesehen, die Kapazität der Nervenklinik um 15 Betten zu erweitern und im übrigen den zugewonnenen Raum zur Auflockerung der überbelegten Stationen und Abschaffung der Bettensäle zu nutzen.

Die *Johanna-Odebrecht-Stiftung* der Diakonie liegt am Stadtrand von Greifswald und besteht aus einer Reihe von guterhaltenen mehrstöckigen Klinkergebäuden. Vor der Vereinigung mußte die Stiftung ihr Eigentum der Universität zur Nutzung überlassen. Aber schon seit Mitte der 80er Jahre wurde mit der Umstrukturierung des *Krankenhauses Bethanien* zu einem *psychiatrischen Krankenhaus* begonnen. Ab 1991 stehen 65 Betten

zur Verfügung, und es liegen bereits Baupläne vor, die Gesamtkapazität auf 150 Betten zu erweitern.

Empfehlungen

Die Universitäts-Nervenlinik Greifswald ist mit 64 Betten zu klein, um die von ihr angegebene Population von ca. 180.000 Einwohnern zu versorgen. Auch die nach dem Auszug der Neurologie zur Verfügung stehenden 79 Betten dürften noch nicht zureichend sein (0,43 Betten auf 1.000 EW). Erweitert sich das psychiatrische Krankenhaus der Johanna-Odebrecht-Stiftung tatsächlich in der beabsichtigten Weise, muß rechtzeitig für eine klare Abgrenzung der Versorgungsgebiete und entsprechende Aufnahmeverpflichtungen für Greifswald Stadt und Land sowie die umliegenden Kreise gesorgt werden.

b) Bereich Stralsund

Der *neurologisch-psychiatrische Bereich* im Bezirkskrankenhaus *Stralsund* (Zusammenschluß der städtischen Kliniken mit der ehemaligen preußischen Provinzialanstalt) umfaßt zur Zeit 604 Betten. Er gliedert sich in 5 Kliniken:

- psychiatrische Klinik mit 300 Betten
- neurologische Klinik mit 34 Betten
- kinderneuropsychiatrische Klinik mit 150 Betten
- Klinik für Alkohol- und Drogenabhängige mit 60 Betten
- Klinik für forensische Psychiatrie mit 60 Betten

Die Psychiatrische Klinik (300 Betten) versorgt die Kreise Ribnitz-Damgarten, Stralsund Stadt, Stralsund Land, Grimmen und Rügen mit insgesamt 250.000 Einwohnern. Die im roten Klinker errichteten Gebäude hinterließen den Eindruck, als ob seit ihrer Entstehung keine Renovierungsarbeiten mehr vorgenommen wurden. Auch die Binnenstrukturen der Gebäude befanden sich in einem miserablen baulichen Zustand. Die psychiatrische Klinik ist in Aufnahmestationen und Pflegestationen gegliedert. Eine Aufnahmestation wird

offen- und gemischt-geschlechtlich, die übrigen geschlossen und getrennt-geschlechtlich geführt. Die Stationen sind mit bis zu 55 Patienten völlig überfüllt. Es gibt Bettensäle mit 17 Betten, in denen Patienten schlafen, die 20 bis 30 Jahre ihres Lebens in der Klinik verbracht haben. Aufenthalts- und Essensräume sind meist nicht voneinander getrennt. Geistig Behinderte leben zusammen mit psychisch Behinderten auf einer Station. Eine Tagesstrukturierung ist nur im Ansatz vorhanden. Patientenorientierte Beschäftigungs- und Arbeitstherapie ist kaum vorhanden. Viele Patienten werden in den Wirtschaftsbetrieben der Klinik eingesetzt. 3 Patientenkolonnen sind im Klinikgelände tätig.

Mit 5 Ärzten und einem Chefarzt ist die Klinik erheblich unterbesetzt. Die Anwerbung qualifizierter Ärzte ist durch das völlige Fehlen von Wohnraum im Stralsunder Gebiet zur Zeit praktisch erfolglos. Die Klinik verfügt ferner nur über eine einzige Fürsorgerin, die befürchtet, ihren Arbeitsplatz zu verlieren beziehungsweise als Sozialarbeiterin nicht übernommen zu werden. Pädagogisch ausgebildetes Personal steht der Klinik nicht zur Verfügung, so daß insbesondere die geistig Behinderten keine Förderung erfahren können, zumal auch Pflegepersonal nicht in ausreichender Zahl vorhanden ist und allenfalls dafür sorgen kann, daß die Grundpflege und Verwahrung der Patienten abgesichert ist. Die personelle Unterbesetzung, die räumlichen Unzulänglichkeiten, insbesondere die beengten Verhältnisse, die überalterten und quantitativ unzulänglichen sanitären Einrichtungen, sowie die mangelhafte Innenausstattung (es fehlen z.B. Nachttische, Schränke, Stühle) vermitteln den Eindruck außerordentlich bedrückender, ja menschenunwürdiger Zustände.

Abgesehen vom Kreiskrankenhaus Grimmen, in dessen psychiatrischer Abteilung chronisch psychisch kranke Erwachsene und geistig Behinderte versorgt werden, gibt es sonst keine komplementären Einrichtungen im Aufnahmegebiet. Die Behandlungskapazitäten in der psychiatrischen Klinik sind infolgedessen weitgehend blockiert. Es wird geschätzt, daß 70 bis 80% der Patienten auf den chronisch-Kranken-Stationen – und diese umfassen zusammen mehr als 200 Betten – entlassen werden könnten, wenn es geeignete Alternativen für sie gäbe. Die restlichen 40-50 Betten stehen 250.000 Einwohnern mit 900 akut- und allgemeinspsychiatrischen Aufnahmen im Jahr gegenüber. Damit kann eine bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung nicht geleistet werden.

Erwähnt werden soll abschließend die Klinik für forensische Psychiatrie, welche mit 60 Betten in 2 Stationen und einem Überwachungsbereich seit kurzem in einem renovierten Gebäude unter vertretbaren Bedingungen untergebracht ist. Mit 8 bis 10 Aufnahmen pro Jahr ist sie für den gesamten Bereich Rostock zuständig, aber überhaupt die einzige Einrichtung dieser Art in Mecklenburg-Vorpommern.

Empfehlungen

Nach einer regionalen Planung, bedarfsgerechter Entwicklung komplementärer und ambulanter Dienste, sowie entsprechender Beseitigung der extrem hohen Fehlplatzierungsquote im psychiatrischen Krankenhaus Stralsund müssen dort gemäß der für dieses Krankenhaus gültigen Zielprojektion erhebliche Investitionsanstrengungen unternommen werden, um die dann noch benötigte Bettenkapazität auf einen angemessenen Standard zu bringen (vgl. o. Kap. A.II.3.d), "Leitfragen").

c) Bereich Rostock

Die *Universität-Nervenlinik Rostock* wurde 1896 als Anstalt mit 200-300 Betten für die Stadt errichtet. Ab 1946 ist die Einrichtung Universitätsklinik und seit 1958/59 gibt es 3 Lehrstühle für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Neurologie. Der Lehrstuhlinhaber der Psychiatrie ist geschäftsführender Direktor. Daneben gibt es noch eine Abteilung für klinische Psychologie mit 13 Psychologen im Stellenplan der psychiatrischen Klinik und eine Neuropathologie mit eigener Prosektur.

Die Universität-Klinik umfaßt insgesamt 320 Betten, die in einzelnen Pavillons nach Art einer kleinen Anstalt untergebracht sind. Davon verfügen die Kinder- und Jugendpsychiatrie über 50 Betten, die Neurologie über 112 Betten und die psychiatrische Klinik über 158 Betten.

Der Unterbringungsstandard in der psychiatrischen Klinik ist unterschiedlich. In 2 identischen Anbauten aus den 80er Jahren für jeweils 27 Patienten befinden sich

ordentlich ausgestattet Drei- bis Vierbettzimmer. Andererseits stößt man auf Wachsäle mit mehr als 10 Betten. Ein ganzes Haus befindet sich seit 6 Jahren im Umbau. Die Poliklinik ist in 2 Baracken untergebracht. Die ärztliche Besetzung ist mit 1 Arzt auf 25 Betten ausreichend. Dazu kommen 5 Psychologen und 2 Fürsorgerinnen. Mit einer durchschnittlichen Verweildauer von ca. 40 Tagen versorgt die Klinik nach eigenen Angaben die Stadt und den Landkreis Rostock, sowie Anteile aus den umgebenden Kreisen – insgesamt 380.000 Einwohner. Bei einer Kapazität von 158 Betten ist somit der Bettenschlüssel mit 0,42 Betten auf 1.000 Einwohner recht knapp. In der Stadt gab es 4 große ambulante Zentren, die sich wie überall auflösen und außer durch Praxen auch durch sozialpsychiatrische Dienste und Institutsambulanzen wenigstens teilweise ersetzt werden. Es gibt nur ein psychiatrisches Pflegeheim mit 60 bis 70 Plätzen.

Empfehlungen

Durch den Ordinarius für Psychiatrie wurde den Bereisern bekannt, daß der zuständige Minister die Rostocker Klinik als Universitätsklinik deutlich verkleinern möchte. Die Kapazität ist inzwischen schon von 158 auf 126 Betten reduziert worden. Da mit einer weiteren Minderung zu rechnen ist, entstehen ernsthafte Versorgungsprobleme in der Rostocker Region. Dem kann nur durch die Einrichtung einer psychiatrischen Abteilung am städtischen Krankenhaus begegnet werden. Ihre Dimensionierung wird von der Entscheidung über die Frage abhängen, ob die Universitätsnervenklinik umzieht und die dann freiwerdende Einrichtung die volle Versorgung übernimmt oder ob umgekehrt verfahren wird (vgl. die entsprechenden Abschnitte in Kap. A.II.2.c) und 3.c)).

Vor einiger Zeit ist der Universität ein sehr großes, mannigfaltig ausgestattetes Objekt in Waldeck zugefallen. Über die zukünftige Nutzung sind eine Reihe von Überlegungen angestellt worden. Eine Platzierung klinisch-psychiatrischer Abteilungen in diesem sehr großen gettohaften Komplex kommt nach Meinung der Arbeitsgruppe nicht in Betracht. Wohl aber wäre zu erwägen, Teile der gesamten Anlage als Abteilung und Institut für forensische Psychiatrie der Universität Rostock mit einem eigenen Lehrstuhl zu verwenden. Diesem schon an anderer Stelle formulierten Konzept wäre vor allen Dingen deswegen nachzugehen, weil es in der Bundesrepublik ganz ausgesprochen an Möglich-

keiten forensisch-psychiatrischer wissenschaftlicher Forschung mangelt. Ob freilich die Abgrenzung einer problematischen Patientengruppe gegen andere Nutzungsarten in Waldeck sinnvoll gelingen kann, müßte sorgfältig geprüft werden.

d) Bereich Wismar

Bei der *Nervenklinik Wismar* handelt es sich um eine Neurologisch-psychiatrische Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus (früher Bezirkskrankenhaus, jetzt städtisches Krankenhaus). Die Abteilung ist in einem ehemaligen Luftwaffenlazarett (Baujahr 1937) zusammen mit der Klinik für Innere Medizin und der Gynäkologischen Klinik untergebracht. Der großzügig angelegte Klinkerbau liegt jetzt in einem von 1978 bis 1990 errichteten Neubauviertel der Stadt Wismar. Die Bausubstanz ist gut erhalten.

Die Abteilung verfügt in diesem Gebäude über 4 Stationen: 2 neurologische Stationen mit insgesamt 48 Betten und 2 psychiatrische Stationen mit 54 Betten. Die psychiatrischen Stationen sind mit ihren Zwei- bis Vierbettzimmern gemischt-geschlechtlich und offen geführt. Die Abteilung hat die Pflichtversorgung der 131.000 Einwohner zählenden Kreise Grevesmühlen, Wismar-Land und Wismar-Stadt übernommen, was im wesentlichen bisher auch gelungen ist. Allerdings hat die viel zu geringe Bettenkapazität die Qualität der Betreuung herabgesetzt. Kranke, bei denen eine längere Behandlung angezeigt ist, werden in die zuständigen Pflegeheime verlegt, von denen es 6 im Einzugsgebiet der Abteilung gibt. Forensisch-psychiatrische Patienten werden, sowie von ihnen eine Gefahr ausgeht, in das psychiatrische Krankenhaus Stralsund überwiesen.

Zur psychiatrischen Abteilung in Wismar gehörte eine Alkoholiker-Rehabilitationsstation mit 28 Betten, die vor einiger Zeit aufgegeben werden mußte. Die noch zur Abteilung gehörende Rehabilitationsstation für 28 Kranke mit psychischer und geistiger Behinderung, die an einem landwirtschaftlichen Großbetrieb ca. 15 Kilometer entfernt angegliedert ist, wird aufgelöst, da dieser Betrieb geschlossen wird. Es ist damit zu rechnen, daß die Abteilung der von ihr übernommenen Pflichtversorgung nicht mehr wird nachkommen können, da komplementäre Einrichtungen nicht in ausreichender Anzahl vorhanden sind. Der Abteilung ist außerdem eine Schule für Arbeitstherapeuten angegliedert. Insgesamt stehen 12 Ärzte, 4 Psychologen, 70 Pflegekräfte, 1 Fürsorgerin

und 4 Arbeitstherapeuten zur Verfügung. Der Abteilung ist eine Ambulanz mit 4 Schwestern und 2 Ärzten sowie einer Psychologin angeschlossen. Jährlich werden 600 psychiatrische Patienten in der Abteilung aufgenommen.

Empfehlungen

Eine Aufstockung der psychiatrischen Abteilung in Wismar auf mindestens 75 bis 80 Betten wäre erstrebenswert, da sie dann im stationären Krankenhausesektor die Pflichtversorgung für Stadt- und Landkreis Wismar, sowie möglicherweise für den Kreis Grevesmühlen übernehmen könnte. Selbstverständlich ist eine Vollversorgung erst mit dem Aufbau bedarfsgerechter komplementärer Angebote zu gewährleisten.

3. Der westliche Versorgungsraum

Der westliche Versorgungsraum entspricht dem Bezirk Schwerin mit Ausnahme des Kreises Perleberg, der jetzt zum Lande Brandenburg gehört.

a) Nervenlinik Schwerin

Die *Nervenlinik Schwerin* liegt in der Hauptstadt des Landes Mecklenburg-Vorpommern. Sie hat sich aus der ältesten, bereits 1830 eröffneten deutschen Irrenanstalt entwickelt. 1969/70 wurde ein Haus für eine Kopfklinik (Hals-Nasen-Ohren, Augen, Kieferchirurgie) zur Verfügung gestellt. Dafür wurde ein Großteil der Langzeitkranken in Behinderteneinrichtungen, hauptsächlich nach Dobbertin (s.d.) verlegt; letzteres ist organisatorisch ein Teil der Klinik geblieben. Heute verfügt die Klinik über 1007 Betten (zusätzlich 10 Tagesklinikplätze), davon liegen 537 im BKH Schwerin, weitere 570 sind im Pflegebereich Dobbertin untergebracht (s.d.). Im BKH Schwerin gehören

- zur Akut-/Allgemeinpsychiatrie 140 Betten (incl. Tagesplätze),
- zur Kinder- und Jugendpsychiatrie 40 Betten.

- zur Gerontopsychiatrie 70 Betten zzgl. 10 tagesklinische Plätze,
- zur Neurologie 100 Betten,
- zur Suchtabteilung 57 Betten,
- zur Psychotherapie und Psychosomatik 30 Betten,
- zur psychiatrischen Rehabilitation 90 Betten.

Hinzu kommen 4 Ambulanzen für Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.

Zum Versorgungsgebiet gehören Stadt- und Landkreis Schwerin sowie die Kreise Gadebusch, Hagenow, Ludwigslust, Parchim, Lübz, Güstrow, Sternberg, Bützow und Teile von Perleberg mit insgesamt ca. 500.000 Einwohnern. Die Ausstattung mit ärztlichem Personal ist knapp, mit Pflegepersonal mäßig (1:2,7). Hinzu kommen 15 arbeits- und beschäftigungstherapeutische Kräfte, 10 Fürsorgerinnen, 16 Erzieher/innen, 10 Krankengymnasten. Die Klinik nimmt ca. 2.000 psychisch Kranke im Jahr (einschließlich Suchtkranke) sowie 250 psychisch Kranke Kinder und Jugendliche auf. Die Bausubstanz erscheint relativ gut. Die einzelnen Häuser der umfangreichen Anlage sind innen durchgängig, wenn auch teilweise bescheiden renoviert. Der Unterbringungsstandard hält sich auf mittlerem Niveau. Die Fehlplazierungsquote dürfte bei 50% liegen. Zur Zeit des früheren Direktors der Klinik Dr. Berthold (1955-69) ist die extramurale ambulante Versorgung systematisch ausgebaut worden. In jedem Kreis des Versorgungsgebietes waren 1 bis 2 Nervenärzte poliklinisch tätig. Ferner wurden 6 rehabilitative Außenstellen (Arbeitsstätten mit Wohnheimen für 15 bis 25 Patienten), meist mit einer landwirtschaftlichen Produktionsgenossenschaft (Tierproduktion) verbunden, geschaffen. Die Behandlung erfolgte außenfürsorgerisch durch Besuche eines Oberarztes und eines Oberpflegers der Klinik. Alle Patienten erhielten Grundrente sowie zusätzlich Entlohnung nach Leistung. Dieses sehr gut funktionierende rehabilitative System ist inzwischen aufgelöst worden. Die Arbeitsplätze gingen verloren, infolge eines Trägerwechsels hängen die Wohnheime in der Luft. Alle ehemals in den Polikliniken tätigen Ärzte lassen sich nieder.

Empfehlungen

Die Nervenlinik Schwerin ist zu groß. Trotz der Herausverlagerung von Behinderten in den 60er Jahren nach Dobbertin befindet sich noch eine erhebliche Anzahl von geistig behinderten Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen im Krankenhaus, die zumindest in einem eigenen heilpädagogischen Bereich zusammengefaßt werden müssen. Mit 300 Betten Allgemeinpsychiatrie kann die Klinik für ein Versorgungsgebiet mit 500.000 Einwohnern auskommen; die Behandlungsmöglichkeiten für Abhängigkeitskranke und psychisch Alterskranke sind noch unzureichend. Beseitigung und zukünftige Vermeidung von Fehlplazierungen hängen naturgemäß entscheidend von der Entwicklung von des extramuralen Versorgungssektors (komplementär und ambulant) ab.

b) Langzeiteinrichtung Dobbertin

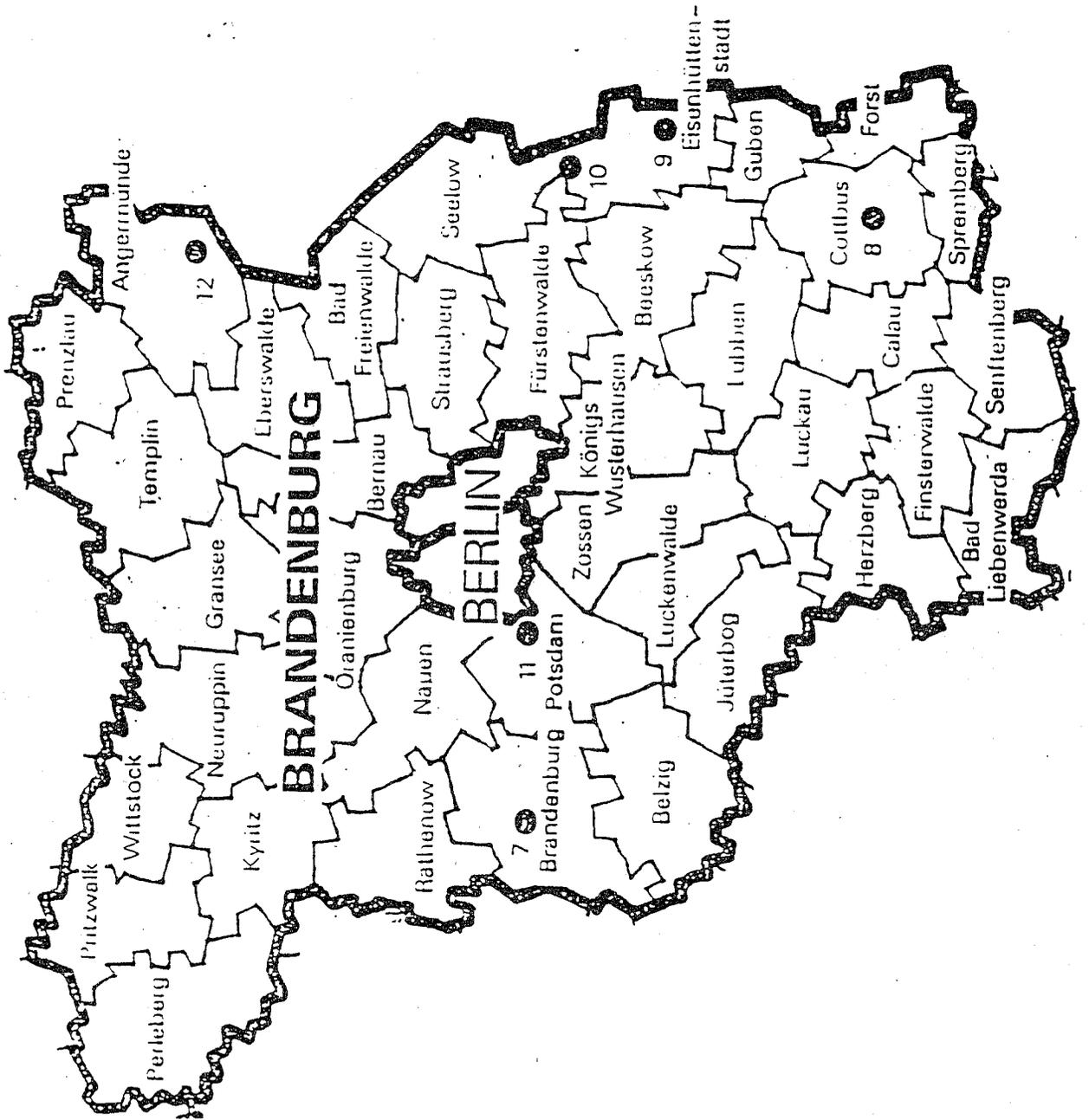
Der Behindertenbereich *Dobbertin* der Nervenlinik Schwerin ist ein altes Damenstift im Kreis Lübz, das 1969/70 übernommen wurde. In einer Reihe von kleineren Backsteinhäusern, welche früher von den Stiftsdamen bewohnt wurden, sind jetzt jeweils 50 bis 70 Behinderte untergebracht. Insgesamt verfügt die Einrichtung über 570 Betten, davon 384 für Erwachsene und 186 für Kinder und Jugendliche. Sie beherbergt derzeit laut Fragebogen-Rücklauf 370 Erwachsene (überwiegend geistig Behinderte) und 200 geistig behinderte "Kinder und Jugendliche" (davon ein Drittel über 18 Jahre). Bezogen auf seine Funktion als Langzeithereich einer Psychiatrischen Klinik muß beim Pflegeheim Dobbertin von einer Fehlbelegungsrate von 60 bis 70% ausgegangen werden.

Die Unterbringung ist katastrophal. In den heruntergekommenen Räumen drängen sich die Behinderten. Im Erwachsenenbereich sind ca. 20% der Behinderten über 60 Jahre alt, mit zum Teil jahrzehntelangen Aufenthaltsdauern. Die Personalausstattung ist völlig unzureichend: Bei den erwachsenen Behinderten sind 76 Pflegekräfte (1:4,8), davon 34 angelernte Hilfskräfte, bei den Kindern und Jugendlichen 74 Pflegekräfte (1:2,7) tätig, davon 29 angelernte Hilfskräfte. 13 Rehabilitations-Pädagoginnen versuchen Ansätze von Förderprogrammen bei den Kindern und Jugendlichen zu realisieren. Einige der Erwachsenen helfen bei Arbeiten im Gelände. Eine einzige Ärztin leitet die Einrichtung.

Nur zeitweise wird ein Kinder- und Jugendpsychiater tätig. Die gesamte Einrichtung hinterläßt einen trostlosen Eindruck.

Empfehlungen

Die katastrophale Lage der Behinderten in Dobbertin sollte so rasch wie möglich entsprechend den im Kapitel A.III.3 dargelegten Leitlinien verbessert werden. Zu erwägen ist, diesen Langzeitbereich der Nervenlinik Schwerin in die Trägerschaft eines der auf diesem Gebiet erfahrenen freien Wohlfahrtsverbände zu überführen, damit die notwendigen strukturellen und personellen Maßnahmen beschleunigt durchgeführt werden können.



B.II. Brandenburg

1. Allgemeines

Das Land Brandenburg umfaßt 38 Landkreise und 6 Kreisfreie Städte. Bei einer Gesamtbevölkerung von ca. 2,7 Mio. Einwohnern entfallen damit im Durchschnitt knapp 61.500 Einwohner auf eine kommunale Gebietskörperschaft. In den acht unmittelbar an Berlin angrenzenden Landkreisen Bernau, Strausberg, Fürstenwalde, Königs Wusterhausen, Zossen, Potsdam, Nauen und Oranienburg sowie in der Kreisfreien Stadt Potsdam, leben rund 980.000 Einwohner und damit mehr als ein Drittel der Landesbevölkerung. In diesen neun kommunalen Gebietskörperschaften ist die durchschnittliche Einwohnerzahl mit rund 110.000 mehr als doppelt so groß wie in den restlichen 35 kommunalen Gebietskörperschaften des Landes mit knapp 50.000.

Im Land Brandenburg werden derzeit insgesamt etwas mehr als 4.000 psychiatrische Betten (Akut und Langzeit; einschließlich Kinder- und Jugendpsychiatrie, aber ohne Neurologie) vorgehalten (= ca. 1,49 Betten pro Tausend Einwohner). Davon befinden sich rund 3.750 Betten in den fünf großen Fachkrankenhäusern Brandenburg (ca. 1.560 psych. Betten, davon rd. 370 Kinderneuropsychiatrie), Neuruppin (ca. 795 psych. Betten), Eberswalde-Finow (560 Betten Erwachsenenpsychiatrie und 36 kinderneuropsychiatrische Betten), Teupitz (rd. 460 psych. Betten) sowie Lübben (rd. 280 psych. Betten, davon ca. 60 Kinderneuropsychiatrie). Alle diese großen Krankenhäuser liegen in einem Abstand von ca. 35-45 km Luftlinie von der Stadtgrenze entfernt um Berlin herum.

Die übrigen rund 250 für Psychiatrie ausgewiesenen Betten verteilen sich auf die Einrichtung Lobetal (100 Betten; vorwiegend Anfallskrankheiten), die Abteilungen in Rüdersdorf (43 psych. Betten), Klettwitz (29 psych. Betten) und Forst (30 psych. Betten; vorwiegend Gerontopsychiatrie) sowie die Abteilungen am Militärkrankenhaus Bad Saarow und an den Bezirkskrankenhäusern Frankfurt/Oder und Cottbus, bei denen die Betten nicht getrennt nach Neurologie und Psychiatrie ausgewiesen sind. Hinzu kommt die Kinderpsychiatrische Rehabilitationsklinik in Fürstenwalde mit 50 Betten für schwer gestörte langzeitkranke Kinder und Jugendliche.

Die ambulante Versorgung der Bevölkerung wurde nominell durch die Neurologisch-psychiatrischen Abteilungen der Kreispolikliniken und durch wenige staatliche Nervenarztpraxen in allen Landkreisen und kreisfreien Städten gewährleistet. Nach Auskunft der brandenburgischen Gesprächspartner mußten jedoch schon bisher einige Landkreise über Jahre ohne einen Facharzt für Neurologie und Psychiatrie auskommen; inzwischen ist darüber hinaus die flächendeckende ambulante psychiatrische Versorgung durch Schließung der Polikliniken oder ihrer neurologisch-psychiatrischen Abteilungen vielerorts in hohem Maße gefährdet, zumal sich nicht in gleichem Maße parallel Versorgungsangebote durch niedergelassene Nervenärzte ergeben.

Die Bereisung führte am 17.12.1990 nach *Teupitz* und *Lübben*, am 18.12. nach *Rüdersdorf*, *Eberswalde-Finow* und *Neuruppin*; am 19.12. vormittags noch Neuruppin und nachmittags nach *Brandenburg*. Mit den bereisten sechs Einrichtungen wurden diejenigen Kliniken erreicht, die den Hauptanteil der stationären psychiatrischen Versorgung im Land Brandenburg zu tragen haben, da die oben erwähnten anderen Abteilungen allein schon aufgrund ihrer sehr geringen Größe, z.T. auch aufgrund der fachlichen Ausrichtung ihrer ärztlichen Leiter nur eine stark selektierte Klientel (z.B. Alterskranke, Anfallskranke oder neurologische Patienten) versorgen können. Auch die stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Akutversorgung wurde vollständig erfaßt, da außer den kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen in Lübben, Eberswalde-Finow und Brandenburg als stationäre Einrichtung in Brandenburg nur noch die schon genannte Langzeitabteilung in Fürstenwalde vorgehalten wird.

2. Die klinisch-stationären Einrichtungen

a) Brandenburg

1. *Lage und Größe:* Die Bezirksnervenklinik Brandenburg liegt wenige Kilometer vor den Toren der Stadt Brandenburg (ca. 95.000 Einwohner) mit eigener Haltestelle an der Straßenbahn nach Plaue, nahe der westlichen Landesgrenze zu Sachsen-Anhalt. Das riesige umfriedete Areal war ursprünglich als eigener, gleichsam autonomer Bereich angelegt, mit Personalwohnhäusern, (aufgelassener) Kirche, Friedhof, Kindergarten,

Klubhaus u. dgl. Mit ihren rund 1640 Betten (davon rund 80 Neurologie, ca. 370 Kinder- und Jugendpsychiatrie) ist sie die größte psychiatrische Einrichtung im Land Brandenburg. Das Aufnahmegebiet umfaßt die Kreise Nauen, Rathenow, Brandenburg Stadt und Land, Potsdam Stadt und Land, Belzig, Jüterbog und Bad Liebenwerda sowie die in Sachsen-Anhalt gelegenen Kreise Jessen und Wittenberg mit insgesamt ca. 700.000 Einwohnern (2,35/1.000). Detaillierte Angaben über Personalbestand und Bettenbelegung waren der Arbeitsgruppe nicht zugänglich, da kein Fragebogen eingegangen ist.

2. Baulichkeiten: Wie in den anderen großen psychiatrischen Kliniken im Lande stammen sämtliche Gebäude aus der Gründerzeit des Krankenhauses um die Jahrhundertwende und konnten den architektonischen Erfordernissen einer zeitgemäßen Unterbringung und Therapie nur minimal angepaßt werden. Offenbar war es in den vergangenen Jahren einfacher, Aufzugs-Türme von außen an die alten Gebäude anzusetzen – wie in Brandenburg mehrfach geschehen –, als einen vergleichbaren baulichen Aufwand zur inneren architektonischen Neugestaltung der Stationshäuser zu erwirken. Mit viel Einsatz und Improvisationsgeist mußte versucht werden, das Notdürftigste an baulichen Verbesserungen für die Patienten zu erreichen. Bei der gewaltigen Dimension der Anlage konnte das nur an einigen Stellen gelingen; Holzverschläge auf der kinder- und jugendpsychiatrischen Behindertenstation und relative Wärme und Annehmlichkeit im Haus der Rehabilitations-Abteilung stehen nebeneinander. Die sanitären Anlagen sind sehr veraltet und stammen z.T. bis hin zur Einrichtung mit Badewannen etc. noch aus dem letzten Jahrhundert. Die Räume der Arbeitstherapie, die uns vorgestellt wurden, waren klein und nur auf den "Rehabilitationsbereich" hin ausgelegt; eine zentrale BT/AT-Abteilung haben wir nicht gesehen.

3. Planungsperspektiven. Für die Nervenklinik Brandenburg ergibt sich die Notwendigkeit, die Bettenzahl zunächst von jetzt 1.638 auf etwa 800 bis 900 zu reduzieren. Es würden mit den Kliniken für Akutpsychiatrie, für psychiatrische Rehabilitation und Langzeittherapie, für Gerontopsychiatrie und einem Bereich für den Maßregelvollzug alle psychiatrischen Versorgungsaufgaben realisiert werden können. Neben diesen Abteilungen können auch die Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, für Neurologie und für Entwöhnungsbehandlung ihr derzeitiges Einzugsgebiet weiter versorgen. Der Bereich der neuropathologischen Prosektur sollte als in dieser Form einzigartiger Pathologie-Bereich weiter bestehen bleiben. Die Betreuung geistig Behinderter soll aus

dem Klinikverbund herausgelöst und in ein eigenständiges Heilpädagogisches Heim mit angemessener Personalausstattung überführt werden.

Angesichts des weiträumigen und z.T. dünn besiedelten Aufnahmegebietes im Westen und Südwesten des Landes Brandenburg sollte dort der Aufbau Psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mit Vollversorgungsauftrag vorangetrieben werden. Dies wird in der genannten Region zu besserer Erreichbarkeit der stationären psychiatrischen Angebote führen und zugleich eine weitere Bettenreduktion einer mit 800 bis 900 Betten noch immer sehr groß dimensionierten Psychiatrischen Klinik Brandenburg ermöglichen. Insbesondere wäre der Aufbau psychiatrischer Abteilungen mit Vollversorgungsauftrag in Potsdam (für den Stadt- und Landkreis) und an einem geeigneten Standort für die Kreise Jüterbog und Luckenwalde anzustreben. Eine nachhaltige Verringerung des Bettenbestandes wird sich jedoch nur erreichen lassen, wenn für die in Brandenburg sehr große Zahl von Behinderten angemessene komplementäre Versorgungsalternativen verwirklicht werden (vgl. Kap. A.III.3.).

b) Neuruppin

1. Lage und Größe: Die Bezirksnervenklinik Neuruppin liegt am Rande der gleichnamigen Kreisstadt und verhältnismäßig zentral innerhalb des Landkreises. Sie wies bisher ca. 940 Betten aus, davon sind rund 50 neurologische Betten. Ca. 90 Betten, die schon bisher als beschützte Wohnplätze in klinikeigenen Gebäuden geführt wurden, sind inzwischen organisatorisch aus dem Krankenhaus ausgegliedert worden und befinden sich in eigener Trägerschaft, so daß der derzeitige Bettenbestand ca. 850 beträgt. Zum bisherigen Aufnahmegebiet des Krankenhauses (ca. 400.000 Einwohner) gehören die Kreise Gransee, Kyritz, Neuruppin, Oranienburg, Pritzwalk, Wittstock und auch die beiden nun Mecklenburgischen Kreise Röbel und Waren. Hinzukommen wird der Kreis Perleberg, der bislang zum Aufnahmegebiet des Psychiatrischen Krankenhauses Schwerin gehört.

Die ursprüngliche Anlage wurde 1896 im Pavillion-Stil erbaut, der Grundplan ist streng symmetrisch um die Mittelachse der zentralen Wirtschaftsgebäude angelegt. Die Hälfte der ursprünglichen Anlage wird vom somatischen Bezirkskrankenhaus Neuruppin genutzt, wobei die Verteilung der Gebäude an beide Kliniken sich in etwa an der

Mittelachse orientiert; in jeder der beiden Hälften wird aber das eine oder andere Haus durch das jeweils andere Krankenhaus genutzt. Die organisatorisch unbefriedigende bisherige Situation ist inzwischen durch die Übernahme der Psychiatrischen Klinik in Landsträgerschaft und des Allgemeinkrankenhauses in die Trägerschaft des Kreises strukturell bereinigt. Ein Entflechtungsplan der beiden Krankenhäuser ist derzeit in Arbeit.

2. *Personal und Bettenbelegung:* In Neuruppin arbeiten laut Angaben im Fragebogen 24 Ärzte, davon 14 Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie. Das entspricht einem Verhältnis von 1 Arzt auf 40 Betten bzw. 1 Facharzt auf 67 Betten. Bei insgesamt 219 Pflegekräften kommen 4,3 Betten auf eine Pflegekraft; das entsprechende Verhältnis lautet für Psychologen 1:104 Betten und für die Berufsgruppen der Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten sowie Fürsorger 1:15 Betten.

Von den im Fragebogen angegebenen 940 Betten sind 623 als Langzeitbetten ausgewiesen (66%). Durch die organisatorische Ausgliederung der 90 Wohnheim-Plätze verringerte sich diese Quote auf rund 63%. Dieser hohen Zahl von Langzeitpatienten bzw. geistig oder seelisch Behinderten entspricht die vergleichsweise geringe Bettennutzungsquote von 2 Aufnahmen pro Jahr und Bett (knapp 2.000 Aufnahmen) in 1989, bei einer Auslastungsquote der Klinik von immerhin rund 90%.

3. *Baulichkeiten:* Die von der psychiatrischen Klinik genutzten Gebäude sind ausnahmslos nahezu 100 Jahre alt und kaum gründlich renoviert. Entsprechend veraltet sind auch die sanitären Anlagen und die Stationsküchen. Bemühungen, die Unterbringung der Patienten durch Verkleinerung der alten Schlafräume zu verbessern, standen vor großen Problemen: geringe Mittel mußten durch Initiative und Improvisation kompensiert werden, die entstandenen kleineren Schlafräume verfügen nicht alle über ein Waschbecken, die Betten stehen nach wie vor so dicht, daß häufig der Platz für Nachttische fehlt. In wenigen Fällen bestehen noch große Schlafräume mit 28 Betten; die in diesen Schlafräumen ursprünglich offen angebrachten Toiletten konnten z.T. erst vor wenigen Monaten entfernt werden.

In welchem Maße die psychiatrische Klinik hinsichtlich notwendiger Sanierungsmaßnahmen in der Vergangenheit gegenüber der prinzipiell baugleichen somatischen Klinik vernachlässigt worden sein muß, wurde bei einem Besuch dort deutlich: Ein Stationstrakt

befand sich gerade in aufwendigen Renovierungsarbeiten, in einer anderen, schon beendeten Renovierungsmaßnahme war es hier möglich gewesen, den architektonisch ungünstig gelegenen Stationsflur so zu verlegen, daß beiderseits normal große Zwei- und Dreibettzimmer entstehen konnten. Ähnlich durchgreifend praktische Baumaßnahmen konnten uns in der psychiatrischen Klinik nicht gezeigt werden.

Andererseits waren auch Stationen, die sich von den baulichen Gegebenheiten gar nicht dafür zu eignen schienen, durch Improvisationsmaßnahmen für eine gemischtgeschlechtliche Belegung hergerichtet (zwei Schrankwände teilen einen großen Schlafsaal in eine Männer- und eine Frauenseite etc.).

Die Klinik arbeitet im Akutbereich grob sektoriert, die beiden für jeweils vier Landkreise und ca. 200.000 Einwohner zuständigen Aufnahmekliniken sind mit 67 bzw. 81 Betten recht klein.

4. Planungsperspektiven. In der Nervenklinik Neuruppin ist die Bettenreduktion von jetzt ca. 850 auf zunächst 630 Betten beabsichtigt. Mit den beiden sektoriert arbeitenden psychiatrischen Akut-Abteilungen kann damit das gesamte Einzugsgebiet allgemeinpsychiatrisch voll versorgt werden; in der zweiten Versorgungslinie ist in der derzeitigen klinikinternen Planung ein spezialisiertes Betreuungsangebot mit den Bereichen Gerontopsychiatrie, Langzeittherapie und Rehabilitation, Entwöhnungsbehandlung sowie ein eigener Bereich für den Maßregelvollzug vorgesehen.

Ein planerisches Problem wird sich aus der Tatsache ergeben, daß das bisherige Aufnahmegebiet durch die neue Ländergrenze zu Mecklenburg-Vorpommern durchschnitten wird. Der Neuzuschnitt des Aufnahmegebietes durch die Abgabe der nun mecklenburgischen Kreise Waren und Röbel und die Einbeziehung des entfernt gelegenen Kreises Perleberg wird auch neue Planungsperspektiven notwendig machen; dabei ist auch an den Aufbau einer psychiatrischen Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus im Westteil des Versorgungsgebietes zu denken. Eine solche Abteilung könnte die Vollversorgung für die Kreise Perleberg, Pritzwalk und Kyritz übernehmen. Dadurch läge die Klinik in Neuruppin gemeindenäher für das ihr verbleibende Versorgungsgebiet und könnte weitere Betten abbauen.

c) Teupitz

1. Lage und Größe: Die Nervenklinik Teupitz liegt im südlichen, dünn besiedelten Teil des Landkreises Königs Wusterhausen. Formell war sie eine kommunale Einrichtung und wurde erst in jüngster Zeit in Landsträgerschaft übernommen. Der Ort Teupitz selbst ist sehr klein; die nächsten größeren Orte sind Königs Wusterhausen und Lübben, beide über die Autobahn innerhalb von 30 bis 40 Minuten zu erreichen. In Lübben liegt auch das nächste Fachkrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie, woraus sich geographische Ungereimtheiten in den jeweiligen Aufnahmegebieten ergeben haben: das Aufnahmegebiet von Teupitz umfaßt die Kreise Königs Wusterhausen, Zossen, Beeskow, Eisenhüttenstadt (Stadt und Land) sowie, getrennt durch den Kreis Lübben, den Kreis Calau mit insgesamt ca. 320.000 Einwohnern. Die Nervenklinik Teupitz liegt also weder inmitten ihres Aufnahmegebietes, noch ist dieses ein geographisch in sich geschlossenes Gebilde.

Das Krankenhaus ist mit 500 Betten ausgewiesen, wovon ca. 40 als rein neurologische Betten geführt werden (1,44/1.000 EW). Es umfaßt eine Akut- und Aufnahme-Abteilung von rund 60 Betten, eine poliklinische Ambulanz für den Südkreis Königs Wusterhausen mit Dispensaires für das gesamte Aufnahmegebiet, eine Sucht-Abteilung, Gerontopsychiatrie und eine Langzeit-Abteilung. Eine Kinder- und Jugendpsychiatrische Abteilung besteht nicht. Auf dem ursprünglich (1905 – 1912) als Psychiatrische Anstalt angelegten Gelände befindet sich ein sowjetisches Militär-Krankenhaus, welches nahezu zwei Drittel des gesamten Areals und nochmals rund 1.000 Betten umfaßt, die beim anstehenden Abzug der sowjetischen Truppen an die Nervenklinik zurückfallen werden. Diese absehbare Vergrößerung vor allem des baulichen Bestandes der Klinik wird zwar angesichts der derzeitigen Beengtheit der Patienten-Unterbringung und therapeutischen Räume einige Entlastung schaffen, aber auch aufgrund der ausgesprochen gemeindefernen Lage und des tendenziellen Bettenüberhanges im Lande Brandenburg erhebliche planerische Probleme aufwerfen.

2. Personal und Bettenbelegung: Zum Zeitpunkt der Erhebung waren 14 Ärzte, davon 9 Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie in Teupitz tätig, das entspricht einem Verhältnis von 1 Arzt auf 36 Betten bzw. 1 Facharzt auf 56 Betten. Die entsprechende Quote liegt für die Pflegekräfte bei 1:3,8 Betten, für Psychologen bei 1:125 Betten und für die Berufsgruppen der Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten sowie Fürsorger zusammen

bei 1:71 Betten. Mit 6,6 Aufnahmen pro Bett und Jahr (insgesamt ca. 3.300 Aufnahmen in 1989) ist die Bettennutzung für ein Großkrankenhaus außergewöhnlich hoch, was durch einen hohen Anteil an Kurzaufnahmen zu erklären ist, die aufgrund der großen Entfernungen und der schlechten Infrastruktur im Aufnahmegebiet notwendig werden; die Auslastung der Klinik liegt bei 96%.

Die Angaben im Fragebogen weisen die Anzahl der mit Langzeitpatienten oder auf Dauer untergebrachten Behinderten belegten Betten nicht aus; geistig behinderte Patienten sind nicht in einer eigenen Abteilung zusammengefaßt.

3. Baulichkeiten: Alle derzeit von der Klinik genutzten Gebäude stammen aus den Jahren 1905 bis 1912. Nicht zuletzt aufgrund der sehr viel großzügigeren ursprünglichen Planung und der Nutzungseinschränkung durch die Belegung von zwei Dritteln des Komplexes durch die Sowjetarmee sind die zur Verfügung stehenden Häuser überbelegt und für die Nutzung als Unterbringungs- und Therapie-Gebäude eher dysfunktional. Die Bauten scheinen zwar im Sinne einer zeitgemäßen Psychiatrie renovierungsbedürftig, aber nicht durch allzu schwere Schäden belastet.

Punktuell wurde in den Gebäuden mit großem Einsatz und Kreativität in Eigenregie Einiges verbessert. Dies reicht von dem Ausbau eines Kellergeschosses für gemeinsame Veranstaltungen und Therapiezwecke über die Erweiterung einzelner von Stationen belegter Geschosse durch geschickte Überdachung von Außenterrassen bis hin zu dem überall sichtbaren Bemühen, die ursprünglichen großen Wach- und Schlafsäle durch Unterteilungen und Nutzung architektonischer Gegebenheiten zu verkleinern. Die so entstandenen kleineren Schlafräume müssen aufgrund der herrschenden Enge zwar immer noch mit zu vielen Betten belegt werden; aber statt der alten Riesensäle hat nun der größte Schlafraum nur noch 14 Betten, die meisten Zimmer sind mit 3 bis 5 Betten belegt. Ein weiteres Zeichen der räumlichen Beengtheit ist auch die Tatsache, daß die Tagesräume der Stationen in vielen Fällen auch als Therapieräume für Gruppen o.ä. genutzt werden müssen.

Aufgrund der veralteten sanitären Infrastruktur und der mangelnden Sanierungsmittel gelang es nicht, in jedem Schlafraum eine Waschmöglichkeit zu schaffen, so daß den Patienten häufig nur zentrale sanitäre Anlagen (Badezimmer und Duschräume) in

ungenügender Zahl zur Nutzung zur Verfügung stehen. Getrenntgeschlechtliche Belegung der Stationen ist angesichts dieser Situation die Regel.

Die ambulante Arbeit wird im wesentlichen in der "Komm-Struktur" der Klinikambulanz (mit Dispensaire-Sprechstunden) geleistet. Die Nachbetreuung erfolgte im über die nominell in jedem Kreis vorhandenen Neurologisch-psychiatrische Abteilungen an den Kreispolikliniken.

4. Planungsperspektiven. Die Nervenlinik Teupitz steht mit 462 Betten – wie auch die übrigen Fachkrankenhäuser – vor der Aufgabe, aufzulockern die Betten entsprechend dem Bedarf zu reduzieren. Da das Fachkrankenhaus Teupitz derzeitig noch den wichtigsten Beitrag für die Versorgung des Südens und des Südostens des Landes zu erfüllen hat, wird diese sicherlich erforderliche Bettenreduktion nur unter Berücksichtigung neu zu schaffender Abteilungen im Einzugsgebiet zu verwirklichen sein. Vorrangig muß nach einer Lösung zur Versorgung des Landkreises Calau, für den Teupitz ausgesprochen gemeindefern liegt, durch eine andere Einrichtung gesucht werden.

Angesichts ihrer Lage in einer ländlichen und eher dünn besiedelten Region wie angesichts des nicht geschlossenen Aufnahmegebietes ergeben sich für die Nervenlinik Teupitz gewisse Probleme bezüglich der planerischen Vorgabe einer möglichst gemeindenahen stationär-psychiatrischen Versorgung. Einerseits weist die Klinik wohl die am besten erhaltene Bausubstanz aller großen brandenburgischen Nervenkliniken auf, andererseits ist sie trotz ihrer verhältnismäßig geringen Bettenzahl für die gemeindenahe Versorgung der direkt umliegenden Region auf mittlere Sicht zu groß – insbesondere wenn nach Abzug der Roten Armee noch weitere Bettenkapazitäten frei werden. Die Psychiatrie-Planung des Landes wird sich dieser Situation mit besonderer Sorgfalt und Behutsamkeit widmen müssen.

d) Lübben

1. Lage und Größe: Das Bezirksfachkrankenhaus Lübben liegt innerhalb der Kreisstadt Lübben in Randlage zum Stadtzentrum. Träger war der Landkreis Lübben, der auch Träger des wenige hundert Meter entfernten somatischen Kreiskrankenhauses ist,

inzwischen ist die Nervenklinik in Landesträgerschaft übernommen; beide Einrichtungen wurden jedoch auch früher als jeweils eigenständige Kliniken geführt. Die Klinik wurde in den 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts als große Anstalt erbaut und bis in die 40er Jahre als Psychiatrisches Krankenhaus mit ca. 1.000 Betten betrieben. Im Krieg wurde die Klinik als somatisches Krankenhaus genutzt; das jetzige psychiatrische Krankenhaus wurde 1962 in einem Teil der ehemaligen Gebäude wiedereröffnet und verfügt derzeit über rund 280 psychiatrische Betten (davon ca. 60 für Kinder- und Jugendpsychiatrie) sowie über ca. 40 neurologische Betten. Die anderen Gebäude des ursprünglichen Komplexes sind z.T. von Betrieben genutzt, z.T. sind Behörden der Stadtverwaltung in ihnen untergebracht. Das Aufnahmegebiet umfaßt derzeit die Kreise Lübben, Cottbus Stadt und Land, Luckau, Finsterwalde, Guben und Spremberg mit ca. 380.000 Einwohnern (0,58 Betten/1000 Einwohner).

2. Personal und Bettenbelegung: In Lübben arbeiteten zur Zeit der Fragebogen-Erhebung 12 Ärzte, davon 7 Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie. Auf 1 Arzt entfallen somit 26, auf 1 Facharzt 45 Betten. Auch bei den übrigen Berufsgruppen stellt sich hier die Situation etwas weniger prekär als in Neuruppin oder Teupitz dar: auf 1 Psychologen entfallen 45 Betten, auf 1 Pflegekraft knapp 3 Betten und auf 1 Angehörigen der Berufsgruppen Beschäftigungs- oder Arbeitstherapie sowie Fürsorger knapp 8 Betten.

Von den im Fragebogen angegebenen insgesamt 313 Betten werden 67 als mit Langzeitfällen belegt ausgewiesen. Das entspricht der eher niedrigen Quote von gut 21%. Die Bettennutzung liegt bei 4,8 Aufnahmen pro Bett und Jahr (insgesamt ca. 1.500 Aufnahmen in 1989); die durchschnittliche Auslastung der Betten bei 85%.

3. Baulichkeiten: Die genutzten Gebäude stammen alle aus der Zeit der Erbauung der Klinik. Aufgrund der überwiegenden Fremdnutzung der ursprünglichen Anlage herrscht in den der Klinik verbliebenen Gebäuden große Enge. Die Stationen umfassen 24 bis 34 Betten, die Schlafräume haben bis zu 14 Betten; oft fehlt der Platz für Nachttische. Auch die bislang unternommenen Verbesserungsversuche an den baulichen Gegebenheiten (Verkleinerung der Schlafsäle etc.) haben hier kaum Entlastung schaffen können. Die vorhandenen sanitären Anlagen sind unzureichend (ein Waschbecken pro Schlafsaal) und erzwingen getrenntgeschlechtliche Belegung der Stationen.

Auch die Kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung ist sehr beengt seitlich im oberen Stockwerk untergebracht. Die kinder- und jugendpsychiatrische Ambulanz des Krankenhauses liegt ebenerdig, aber in einem Seitengebäude, so daß ambulante Patienten zunächst durch das Haupt-Bettengebäude gehen müssen. Die allgemeinpsychiatrische Ambulanz des Krankenhauses liegt gegenüber dem Haupthaus auf der anderen Straßenseite in einem weiteren der Klinik noch erhalten gebliebenen Gebäude der ursprünglichen Anlage. Im selben Haus ist im Obergeschoß die Abteilung für Suchtkranke untergebracht. Eine zentrale Arbeits- und Beschäftigungstherapie kann nicht vorgehalten werden; Raum für ein Patientencafé oder ähnliche Freizeitangebote steht nicht zur Verfügung.

4. Planungsperspektiven. Die Klinik wird angesichts dieser Situation künftig nicht ihr gesamtes bisheriges Einzugsgebiet adäquat versorgen können. Eine Entlastung der beengten Räumlichkeiten durch die Wieder-Übernahme einiger noch fremdgenutzter Gebäude deutet sich derzeit an. Sie kann jedoch nur wirklich greifen, wenn das bisherige Versorgungsgebiet deutlich verkleinert wird. Genauere Planungen zu Bettenzahl und Einzugsgebiet sind aber noch nicht verbindlich ins Auge zu fassen. Ein Versorgungsplan für das gesamte derzeitige Aufnahmegebiet müßte die Profilierung von Psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern beispielsweise in Cottbus und Forst, ggf. auch in Spremberg ins Auge fassen, die dann für umschriebene Teilbereiche die Vollversorgung übernehmen sollten.

Mit den Kliniken für Kinderneuropsychiatrie und dem Bereich für Entwöhnungsbehandlungen wird das Fachkrankenhaus Lübben die bisherigen Versorgungsaufgaben weiter erfüllen können, wenn diese Bereiche anforderungsgerecht rekonstruiert worden sind. Die Klinik für Neurologie wird in der Perspektive, ebenfalls nach Rekonstruktion, den Kreis Lübben und das Umland versorgen können.

e) Eberswalde-Finow

1. Lage und Größe: Die Bezirksnervenklinik Eberswalde-Finow liegt am Rande der Kreisstadt Eberswalde-Finow (ca. 50.000 Einwohner). Sie versorgt mit ihren ca. 560 psychiatrischen Betten (zzgl. 36 kinderneuropsychiatrischer und 58 Betten Neurologie)

die Kreise Angermünde, Eberswalde, Bernau, Strausberg, Bad Freienwalde sowie die Städte Frankfurt/Oder und Schwedt mit ca. 500.000 Einwohnern – nominell zzgl. des von der Abteilung in Rüdersdorf versorgten Kreises Fürstenwalde 600.000 Einwohner (1,1 Betten/1.000 EW). Das Aufnahmegebiet hat sich durch die Neubildung des Landes Brandenburg verändert: die Kreise Prenzlau und Templin mit zusammen rund 80.000 Einwohnern müssen nun mit versorgt werden. Gut die Hälfte des ursprünglichen Anstalts-Areals ist wie in Teupitz von einer sowjetischen Militär-Klinik in Anspruch genommen, so daß beim absehbaren Abzug der russischen Truppen noch einmal ca. 500-600 Betten, vor allem aber die restlichen Gebäude nutzbar werden.

2. Personal und Bettenbelegung: Von den 22 zur Zeit der Erhebung in der Klinik tätigen Ärzten sind 17 Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie. Auf 1 Arzt entfallen somit 30, auf 1 Facharzt 39 Betten. Bei den anderen therapeutischen Berufsgruppen lautet dieses Verhältnis: 1 Pflegekraft auf 3,2 Betten, 1 Psychologe auf knapp 94 Betten und eine beschäftigungs- und arbeitstherapeutische oder Fürsorgekraft auf 33 Betten.

237 der angegebenen 656 Betten sind mit Langzeitpatienten oder Behinderten belegt, das sind ca 36%. Mit 2,6 Aufnahmen pro Bett und Jahr (rund 1.700 Aufnahmen in 1989) liegt die Bettennutzung etwa im Durchschnitt aller psychiatrischen Krankenhäuser in den neuen Bundesländern; zur durchschnittlichen Auslastung wurden keine Angaben gemacht.

3. Baulichkeiten: Die Gebäude dieser ältesten "Nervenheilanstalt" Brandenburgs stammen mit wenigen Ausnahmen alle aus den 60er Jahren des vorigen Jahrhunderts und sind von der damaligen Konzeption her im Pavillionstil großzügig angelegt. Für heutige Zwecke sind sie allerdings wie in Teupitz aufgrund ihrer Raumaufteilung ausgesprochen dysfunktional: die einzelnen Stockwerke sind ursprünglich in wenige sehr große Räume unterteilt; die baulichen Anpassungsversuche brachten zwar eine Verkleinerung der Schlafräume (bis höchstens 14 Betten, in der Regel zwei bis fünf), aber keine Entspannung der gedrängten Bettenaufstellung. Als Ergebnis bestehen viele Stationen aus einem oder zwei Dielen-artigen Eingangs- und Aufenthaltsräumen, von denen aus die Personal- und Funktionsräume und die Schlafräume für die Patienten zu erreichen sind.

Auch hier konnte bei den baulichen Verbesserungsmaßnahmen nicht in jedem Schlafraum ein Waschbecken geschaffen werden. Die zentralen sanitären Anlagen der

Stationen sind in schlechtem Zustand. Dennoch wurden uns hier mehrere gemischt-geschlechtlich belegte Stationen gezeigt.

In einem recht guten baulichen Zustand befinden sich der Intensivtrakt, die auf dem Klinikgelände gelegene Ambulanz – die Neurologisch-psychiatrische Poliklinik befindet sich im Stadtzentrum und ist organisatorisch nicht mit der Klinik verbunden – und die zentrale Arbeits- und Beschäftigungstherapie, die gerade renoviert wurde. Auch diese Gebäude sind vom Platzangebot nicht großzügig angelegt und entsprechen sicherlich auch nicht in allen Belangen modernen Ansprüchen, konnten aber funktionsgerecht in Raumaufteilung und Ausgestaltung renoviert oder neu errichtet werden.

Die gesamte Anlage ist für den Besucher zunächst unübersichtlich. Aufgrund der Nutzung des halben Klinikareals durch die Rote Armee mußte der Haupteingang zum Klinikgelände verlegt werden, und die Gebäude ordnen sich nicht mehr wie ursprünglich angelegt nach einem klaren architektonischen Gesamtplan. Die zentralen Wirtschaftseinheiten – Küche, Wäscherei, Heizung – sind nicht mehr in eigenen zweckentsprechenden Gebäuden untergebracht. Störungen des patientenbezogenen Klinikbetriebes sind dadurch unvermeidlich.

Schlecht ausgestattet ist auch die kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung, auf der wie in anderen kinderneuropsychiatrischen Kliniken ein großer Anteil schwer und mehrfach behinderter Kinder und Jugendliche untergebracht sind.

Die Zusammenarbeit mit der Neurologisch-Psychiatrischen Abteilung an der Kreispoliklinik in der Stadt scheint reibungslos vonstatten gegangen zu sein; die eigenen ambulanten Aktivitäten beschränkten sich wohl im wesentlichen auf das Vorhalten der Dispensaire-Ambulanz auf dem Klinik-Gelände mit reiner Komm-Struktur.

4. Planungsperspektiven. Das Fachkrankenhaus in Eberswalde wird sich zunächst von jetzt 656 Betten auf etwa 450 bis 500 Betten verkleinern. Durch die Umwandlung des Geistig-Behinderten-Bereiches in ein eigenständiges Heilpädagogisches Heim und die "Enthospitalisierung" entlassungsfähiger Langzeitkranker in gemeindenahe Wohnmöglichkeiten könnte der Bettenbestand verhältnismäßig rasch auf diese Größe reduziert werden. Diese Bettenreduktion soll mit der Herauslösung einzelner Kreise aus dem Aufnahmegebiet und die Übernahme von deren Vollversorgung durch Psychiatrische Abteilungen

ermöglicht und mittelfristig auch weitergeführt werden. Zu denken ist hierbei an den Ausbau der Abteilung in Rüdersdorf, aber auch an die Einrichtung einer Psychiatrischen Abteilung für die Kreise Prenzlau und Templin.

f) Psychiatrische Abteilung in Rüdersdorf

1. *Lage:* Die Psychiatrische Abteilung am Kreiskrankenhaus Rüdersdorf mit 43 Betten liegt in einem eigenen Gebäude im Ortskern der kleinen Gemeinde Rüdersdorf und ca. drei Kilometer von dem am Stadtrand gelegenen Hauptkomplex des Kreiskrankenhauses entfernt. Eine Straßenbahnhaltestelle befindet sich direkt vor dem Hauseingang. Rüdersdorf liegt im Westen des Landkreises Fürstenwalde (105.000 Einwohner; 0,4 Betten/1.000 EW), nahe der Landesgrenze zu Berlin. Im Kreisgebiet sind derzeit fünf Nervenärzte ambulant tätig.

2. *Personal und Bettenbelegung:* Mit 3 Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie entfallen nur 14,3 Betten auf einen Facharzt. Darüber hinaus verfügt die Abteilung über einen Psychologen. Das Verhältnis der Pflegekräfte zu Betten liegt bei 1:2,9; auf 1 Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten sowie Fürsorger entfallen 14,3 Betten.

Alle Betten werden als Akutbetten geführt. Die Bettennutzung liegt bei 7,4 Aufnahmen pro Bett und Jahr (knapp 320 Aufnahmen in 1989), die Auslastung ist aufgrund der umfangreichen tagesklinischen Arbeit der Abteilung mit 120% sehr hoch.

3. *Baulichkeiten:* Die psychiatrische Abteilung besteht seit 1960 und ist im ehemaligen Untersuchungsgefängnis Rüdersdorf untergebracht, welches Anfang des Jahrhunderts erbaut wurde. Auf drei Geschossen sind 43 Patienten untergebracht, der Keller wird für Sport sowie Arbeits- und Beschäftigungstherapie genutzt. Die Räumlichkeiten sind extrem beengt; aufgrund der Vornutzung des Gebäudes sind die Schlafzimmer allerdings klein. Der in der Art eines Club-Zimmers ausgebaute größte Raum im Dachgeschoß ist gleichzeitig Durchgangszimmer für einige Patienten-Zimmer und wird auch als Tages- und Therapie-Raum genutzt.

Im Keller befindet sich neben den schon genannten Räumen für Sport und BT/AT auch eine Küche, in welcher mit den Patienten gekocht und gebacken werden kann, und ein

Raucherzimmer. Die räumliche Enge zwingt dazu, daß der Sportraum nur durch den Werkraum betreten werden kann, auch die Umkleidemöglichkeiten sind beengt. Der Eßraum für Patienten und Personal (keine eigene Personalkantine) befindet sich zu ebener Erde und ist durch eine geringfügige bauliche Erweiterung ermöglicht worden. Weitere Erweiterungsvorhaben in kleinerem Umfang sind geplant. Wesentliche Entlastung würde die Möglichkeit schaffen, das ehemals zum Komplex gehörende Gebäude auf der gegenüberliegenden Straßenseite nutzen zu können, welches derzeit von einer Behindertenschule belegt ist.

Die Abteilung kann aufgrund der hohen Nervenarzt-Dichte im Landkreis (fünf ambulant tätige Nervenärzte auf 105.000 Einwohner) die stationäre Regelversorgung für das Kreisgebiet übernehmen; ein voll ausgebautes Netz an komplementären und flankierenden Einrichtungen ist im Kreis (noch) nicht vorhanden. Direkte ambulante (Nach-)Betreuungsarbeit scheint aufgrund der guten Ausstattung des Kreises mit ambulant tätigen Nervenärzten bisher nicht zum Aufgabenspektrum der Abteilung zu gehören, wohl aber die Betreuung von psychiatrischen Patienten in Alters- und Pflegeheimen.

4. Planungsperspektiven. Ein sicherlich großes Problem in der nahen Zukunft wird die mehrfach genannte räumliche Enge werden, da räumliche und bauliche Standards in dieser kleinen Einrichtung fast noch weniger erreicht werden als in den Großkliniken, die, über alles gerechnet, wesentlich mehr Raum pro Patient zur Verfügung stellen können. Derzeit ist ein Umzug der Abteilung in frei werdende Räumlichkeiten im etwas außerhalb gelegenen Hauptkomplex des Kreiskrankenhauses im Gespräch. Dadurch würde Entlastung geschaffen, und das bisherige Gebäude könnte als zusätzliche komplementäre Einrichtung genutzt werden.

g) Weitere Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern.

Abgesehen von der schon beschriebenen Abteilung in Rüdersdorf ergibt sich derzeit folgende Situation an den bestehenden fünf weiteren Neuropsychiatrischen Abteilungen im Land Brandenburg:

- Die Nervenlinik im Klinik-Komplex *Bad Saarow* (ehemals Krankenhaus der NVA) umfaßt derzeit 32 Betten, sollte aber auf mindestens 50 bis 60 Betten erhöht werden. Damit könnte sie die Vollversorgung für die Kreise Beeskow und Eisenhüttenstadt übernehmen (ca. 115.000 Einwohner) und die für diese Kreise äußerst gemeindefern gelegene Nervenlinik Teupitz in dieser Hinsicht entlasten. Der inzwischen für Bad Saarow zuständige Träger hat zu erkennen gegeben, daß die frühere Zusage zur Einbindung in die Vollversorgung zurückgezogen werden soll. Dies widerspricht einer sinnvollen und bedarfsgerechten Psychiatrieplanung für diese Region.
- Die Nervenlinik des Klinikums *Frankfurt/Oder* verfügt derzeit über 50 Betten, die sowohl psychiatrisch, als auch neurologisch genutzt werden. Die Vollversorgung im Einzugsbereich (Stadt Frankfurt, 87.000 Einwohner) ist damit nicht möglich. In der Perspektive sollten in Frankfurt/O. etwa 80 rein psychiatrische Betten zur Verfügung stehen, um die Stadt selbst und ggf. auch den Kreis Seelow (40.000 Einwohner) psychiatrisch voll versorgen zu können. Die strenge organisatorische Trennung der Disziplinen Neurologie und Psychiatrie ist für eine solche Planung Voraussetzung, da sonst die Vollversorgungsaufgaben in der Psychiatrie nicht zu erfüllen sind.
- Im Klinikbereich *Cottbus* ist derzeit die psychiatrische Vollversorgung bei 88 Betten, die als gemischt neuropsychiatrische Versorgungsbetten angesehen werden, nicht garantiert. Im Sinne der Profilierung zur Vollversorgung sollte hier eine rein psychiatrische Abteilung mit etwa 80 bis 100 Betten aufgebaut werden, die neben der Stadt Cottbus (ca. 130.000 Einwohner) evtl. auch wesentliche Bereiche des Umlandes (z.B. den Landkreis Cottbus, 43.500 Einwohner) versorgen könnte.
- Die Abteilung in *Klettwitz* (Kreis Senftenberg) verfügt derzeit über 27 Betten, zzgl. 20 Betten für Tagesbetreuung. Eine Erweiterung auf etwa 50 bis 60 Betten sollte angestrebt werden. Die Abteilung könnte dann als gemeindenahe Krankenhauseinrichtung die Vollversorgung für den Kreis Senftenberg (115.500 Einwohner), mit etwa 80 Betten auch noch für einen der angrenzenden Kreise Bad Liebenwerda (54.000 EW) oder Spremberg (43.400 EW) übernehmen.
- Die Abteilung am Krankenhaus *Forst* verfügt derzeit über 30 Betten, die fast ausschließlich gerontopsychiatrisch genutzt werden. Eine Vollversorgung des Einzugsgebietes ist unter Berücksichtigung dieser Umstände nicht möglich. Die künftige

Vollversorgung des Kreises Forst (39.000 EW) sollte von einer der umliegenden Abteilungen (z.B. Cottbus) mit übernommen werden, da eine Abteilung von 30 Betten trotz des rechnerischen Bettenschlüssels von 0,77/1000 EW organisatorisch zu klein erscheint, um das gesamte Diagnosespektrum angemessen versorgen zu können.

In mittelfristiger Perspektive sind für das Land Brandenburg die Schaffung von gemeindenah gelegenen Psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern in der Nordwestregion (Perleberg/Pritzwalk/Wittstock/Kyritz), im Nordosten (Raum Prenzlau/Templin), im mittleren Westen (Jüterbog/Luckenwalde), in Potsdam sowie im Süden und Südosten (Cottbus, Senftenberg, ggf. Spremberg) wünschenswert. Alle diese Abteilungen sollten rein psychiatrisch profiliert sein und vertraglich zur Vollversorgung der ihnen zugeordneten Regionen verpflichtet werden.

3. Ambulante Versorgung

Die ambulante psychiatrische Betreuung ist derzeit durch den zunehmenden Abbau von poliklinischen Arbeitsplätzen gefährdet, zumal sich nicht in gleichem Maße parallel Versorgungsangebote durch Niedergelassene Nervenärzte ergeben. Die Fachkrankenhäuser in Brandenburg, Neuruppin, Eberwalde, Lübben und Teupitz übernehmen mit ihren Institutsambulanzen wesentliche Aufgaben der ambulanten Betreuung, insbesondere auch unter Berücksichtigung der umliegenden Heime (s. Pkt. 4., Komplementäre Versorgung). Dabei verursacht die bezogen auf ihre weiträumigen Versorgungsgebiete extrem gemeindeferne Lage der Krankenhäuser nicht unerhebliche Probleme bei den Anstrengungen, eine flächendeckende ambulante Betreuung aufrecht zu erhalten. Da bisher auch nicht in allen Kreisen sozialpsychiatrische Dienste oder vergleichbare Betreuungsangebote geschaffen wurden, ist insbesondere die multiprofessionelle ambulante Betreuung nur noch sehr begrenzt gegeben.

Die Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern verfügen in Brandenburg bislang nicht über Institutsambulanzen, sondern sind – wie in Rüdersdorf oder Forst – durch Ermächtigungen oder über die noch bestehenden Polikliniken – z.B. Cottbus – an der kassenärztlichen Versorgung beteiligt. In verschiedenen Kreisen des Landes Brandenburg ist eine nervenärztliche ambulante Betreuung überhaupt nicht gegeben, da hier weder

Angebote durch Polikliniken, noch durch niedergelassenen Nervenärzte vorliegen. Angesichts dieser Situation ist die Errichtung von Institutsambulanzen an den Psychiatrischen Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern im Land Brandenburg dringend erforderlich.

Da sich die derzeitige Entwicklung namentlich im ambulanten Bereich recht stürmisch vollzieht, ist ein verbindlicher Überblick über die ambulante Betreuungssituation kaum zu geben. Auch der Rücklauf der Fragebogen-Aktion bei allen ambulanten Einrichtungen des Landes ist einerseits sehr lückenhaft (nur aus ca. einem Drittel der kommunalen Gebietskörperschaften sind Antworten eingegangen) und gibt andererseits nur eine Moment-Aufnahme der Situation um die Jahreswende wider, die sich inzwischen schon wieder völlig verändert hat. Auch ist zu prüfen, inwieweit die vom Gesundheitsministerium geförderte Umwandlung von Polikliniken in Gesundheitszentren im Bereich der psychiatrischen Versorgung greifen wird. Dringlich zu fordern ist die Einrichtung von kommunalen Sozialpsychiatrischen Diensten in allen Kreisen und kreisfreien Städten mit multiprofessioneller Personalausstattung und mindestens Teilermächtigungen zur ambulanten Behandlung zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung.

4. Komplementäre Versorgung

Für die komplementären Bereiche des Landes ergibt sich, daß nur in wenigen Bereichen überhaupt ein Überblick über die vorhandenen Strukturen und noch nutzbare bzw. dringend zu entwickelnde Angebote gegeben ist. Stabile Angebote werden eigentlich nur aus dem konfessionellen Bereich unterbreitet. Hier sind im Umfeld der *Nervenlinik Brandenburg* durch das Fliedner-Heim der Inneren Mission Angebote für Geistig Behinderte gegeben. Es stehen im Umfeld dieser Klinik außerdem eine Rehabilitationseinrichtung in Mögelin und Wohnheime in Elslaake mit 39 Plätzen zur Verfügung.

Im Umfeld der *Klinik Eberswalde* sind ein Wohnheim mit 20 Plätzen sowie eine psychiatrische Pflegeeinrichtung mit etwa 50 Plätzen für das Stadtgebiet von Eberswalde vorhanden. Es stehen daneben eine Tagesstätte sowie eine geschützte Werkstatt in der Stadt Eberswalde zur Verfügung. Durch Einrichtungen des Hilfswerkes der Inneren Mission sind im Umfeld der Klinik in den Kreisen Bernau (Hoffnungstaler Anstalten,

Lobetal) sowie Bad Freienwalde (Waldhaus) und Templin (Waldhof) umfangreiche Angebote für die Langzeitbetreuung von geistig Behinderten und chronisch psychisch Kranken gegeben.

Im Umfeld der *Nervenlinik Neuruppin* sind unter freigemeinnütziger Trägerschaft geschütztes Wohnen und geschützte Arbeit geschaffen worden. Auch im Kreis Oranienburg existiert eine kleine Einrichtung für geschütztes Wohnen. Im Aufnahmegebiet der Klinik übernimmt das psychiatrische Krankenpflegeheim Wittstock in der Trägerschaft des Kreises Wittstock mit insgesamt 605 Betten die psychiatrische Dauerpflege für den gesamten Einzugsbereich der Neuruppiner Klinik. Ca. 500 Betten sind dort in einer Einrichtung zusammengefaßt; 55 Plätze sind in einer Außenstelle untergebracht, und 44 Betten bilden ein ebenfalls separates Feierabendheim. Ein Facharzt für Neurologie und Psychiatrie sowie 1,5 Allgemeinärzte sind für die ärztliche Versorgung der Patienten zuständig.

Im Umfeld der *Fachklinik Lübben* bestehen derzeit noch ein Pflegeheim in Waltersdorf, eine geschützte Werkstatt in Lübben sowie ein Übergangsheim für chronisch Abhängigkeitskranke in Rietz-Neuendorf. Im Kreis Herzberg ist eine geschützte Werkstatt mit angeschlossenem geschützten Wohnplätzen vorhanden.

Im Umfeld der Abteilung in *Rüdersdorf* sind ein psychiatrisches Pflegeheim in Wernsdorf, die geschützte Werkstatt in Fürstenwalde, eine Tagesstätte für Oligophrene in Erkner sowie Betreuungsmöglichkeiten für geistig Behinderte im Marienhaus in Rüdersdorf sowie den Samariter-Anstalten in Fürstenwalde vorhanden.

Im Umfeld der Abteilungen *Bad Saarow*, *Cottbus* und *Forst* stehen keine wesentlichen komplementären Kapazitäten zur Verfügung.

Aus *Senftenberg* wird berichtet, daß dort demnächst acht Drei- bis Vier-Raum-Wohnungen in einem Neubau-Komplex für geschütztes Wohnen profiliert werden können.

Im Umfeld der Nervenklinik am Bezirkskrankenhaus *Frankfurt/O.* ist ein kommunales geschütztes Wohnheim für geistig Behinderte vorhanden. Außerdem werden im konfessionellen Bereich Plätze für geistig Behinderte im Wichern-Heim sowie 10 Plätze für therapeutisches Wohnen von chronisch Alkoholkranken angeboten.

Insgesamt stehen komplementäre Einrichtungen nicht in ausreichendem Maße und in ausreichender Qualität zur Verfügung. Die Situation verschärft sich durch den Zusammenbruch des Systems der betrieblichen geschützten Arbeitsplätze im Zuge des allgemeinen wirtschaftlichen Umbruchs. Die Hauptlast der Dauerunterbringung wird von (zu) großen Behinderten-Einrichtungen getragen; gemeindenahe und kleinere Einrichtungen mit Wohn- oder Arbeitsmöglichkeiten befinden sich erst in Ansätzen im Aufbau. Insbesondere im Zusammenhang mit der notwendigen Rückführung der in den Großkrankenhäusern massenhaft fehlplazierten geistig und psychisch Behinderten sind im Bereich des geschützten Wohnens und der Tagesstrukturierung landesweit enorme Aufbau-Anstrengungen erforderlich.

5. Zusammenfassung und weiterführende Überlegungen

Im Land Brandenburg existieren derzeit zur psychiatrischen Versorgung fünf psychiatrische Fachkrankenhäuser, welche bislang als einzige klinisch-stationären Einrichtungen die Verpflichtung zur stationären Vollversorgung des ganzen Landes hatten. Neben diesen großen Krankenhäusern existieren sechs Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, die mehr oder weniger in die Versorgung einbezogen sind (Rüdersdorf, Bad Saarow, Frankfurt/Oder, Cottbus, Klettwitz und Forst). Einzig die Abteilung in Rüdersdorf hat im Laufe der Zeit die Vollversorgung für den Landkreis Fürstenwalde übernehmen können. Während im Westen, Norden und Nord-Osten der Landes die stationäre psychiatrische Versorgung unter den gegebenen Umständen als zwar verbesserungsfähig, aber ausreichend angesehen werden kann, ergeben sich erhebliche Probleme im Süden und Süd-Osten des Landes Brandenburg. Hier ist das Fachkrankenhaus Lübben mit der Versorgung des umliegenden Einzugsgebietes – selbst unter Berücksichtigung der Abteilungen in Cottbus, Forst und Klettwitz – überfordert, so daß in diesem Bereich kurzfristig nach der Entwicklung neuer Strukturen gesucht werden muß.

1. Als vorrangige Planungsaufgaben steht im Bereich der *klinisch-stationären Versorgung* die Schaffung von *Psychiatrischen Abteilungen* an Allgemeinkrankenhäusern mit der Übernahme der Vollversorgung für geographisch definierte Gebiete an. Absolute Priorität muß hierbei der bislang deutlich unterversorgte Süden und Süd-Osten des

Landes haben. Hier sollten im Klinik-Komplex Cottbus sowie am Krankenhaus Finsterwalde Abteilungen mit zusätzlichen Komplementär-Bereichen geschaffen werden. Die bestehenden Abteilungen in Klettwitz, Rüdersdorf, Bad Saarow und Frankfurt/O. sollten so profiliert werden, daß sie im Sinne gemeindenaher Psychiatrie die Vollversorgung ihrer Aufnahmegebiet sichern können.

Die bestehenden *Fachkrankenhäuser* in Brandenburg, Eberswalde, Lübben, Neuruppin und Teupitz stehen vor der Erfordernis der Strukturanpassung bzw. der Bettenreduktion im Rahmen ihres Versorgungsauftrages. Dies betrifft vorrangig das Fachkrankenhaus in Brandenburg. Für die Fachkrankenhäuser in Eberswalde und Teupitz muß die Planung die mittelfristig freiwerdenden Teile des Krankenhausgeländes, die noch von der Sowjet-Armee genutzt werden, mit einbeziehen. Hier sind möglichst bald Entscheidungen zu treffen, um in diesen Krankenhäusern die erforderlichen Strukturveränderungen durchsetzen zu können (Auflockerung bei gleichzeitiger Bettenreduktion). Hierbei gilt für sie wie für alle Großkrankenhäuser im Lande, daß die Aufnahmegebiet im Rahmen eines Gesamtplanes der stationären Versorgung unter Einbeziehung der aufzubauenden Abteilungen neu definiert werden müssen. Den Binnenstrukturen der Kliniken (Sektorisierung, Spezialisierung) ist besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

2. Angesichts der beschriebenen Situation im *ambulanten Versorgungsbereich* muß der Auf- und Ausbau tragfähiger ambulanter Einrichtungen und Dienste erste Priorität haben, da ansonsten die sowieso schon bis an die Grenze der Belastbarkeit belegten Kliniken mangels ausreichender ambulanter Strukturen mindestens vorübergehend zusätzlich noch als Auffangbecken für die künftig ambulant nicht mehr zu betreuenden Patienten werden fungieren müssen. Dringend erforderlich zur Sicherung der ambulanten Versorgung ist es deshalb, die Institutsambulanzen an den Fachkrankenhäusern zu stabilisieren (kostendeckende Fallpauschalen!) und an allen Fach-Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern ebenfalls Institutsambulanzen einzurichten.

Des weiteren sollten an den kommunalen Gesundheitsämtern Sozialpsychiatrische Dienste eingerichtet werden, welche über eine multiprofessionelle Personalausstattung verfügen und mindestens eine eingeschränkte Behandlungsermächtigung erhalten sollten. Nervenärzte an Polikliniken oder Gesundheitszentren sollen ebenso wie sich in freier Praxis niederlassende Nervenärzte die Möglichkeiten eines multiprofessionellen Teams

zur sozialpsychiatrischen Behandlung nutzen können (Abrechnungsmöglichkeit für sozialpsychiatrische Betreuungsleistungen durch nichtärztliche Fachkräfte!).

3. Nicht allein die hohe Belegung der Krankenhäuser, sondern auch das unumstrittene gemeindepsychiatrische Ziel, entlassungsfähige Patienten in ihre Wohnortgemeinden zurückzuführen und nicht mehr krankenhausbearbeitungsbedürftige Patienten in geeignete gemeindenaher Einrichtungen zu verlegen, machen darüber hinaus den *Aufbau komplementärer Einrichtungen* und Dienste in den Bereichen Wohnen und Arbeiten sowie der Tagesstrukturierung zu einer vordringlichen Aufgabe. Gerade in diesen Bereichen wird es auch künftig zu verstärkten Engpässen kommen, nachdem schon jetzt eine drastische Verschärfung der Arbeitssituation für seelisch Behinderte eingetreten ist und sich eine vergleichbare Entwicklung in der Wohnsituation ambulant betreuter psychisch Kranker abzuzeichnen beginnt.

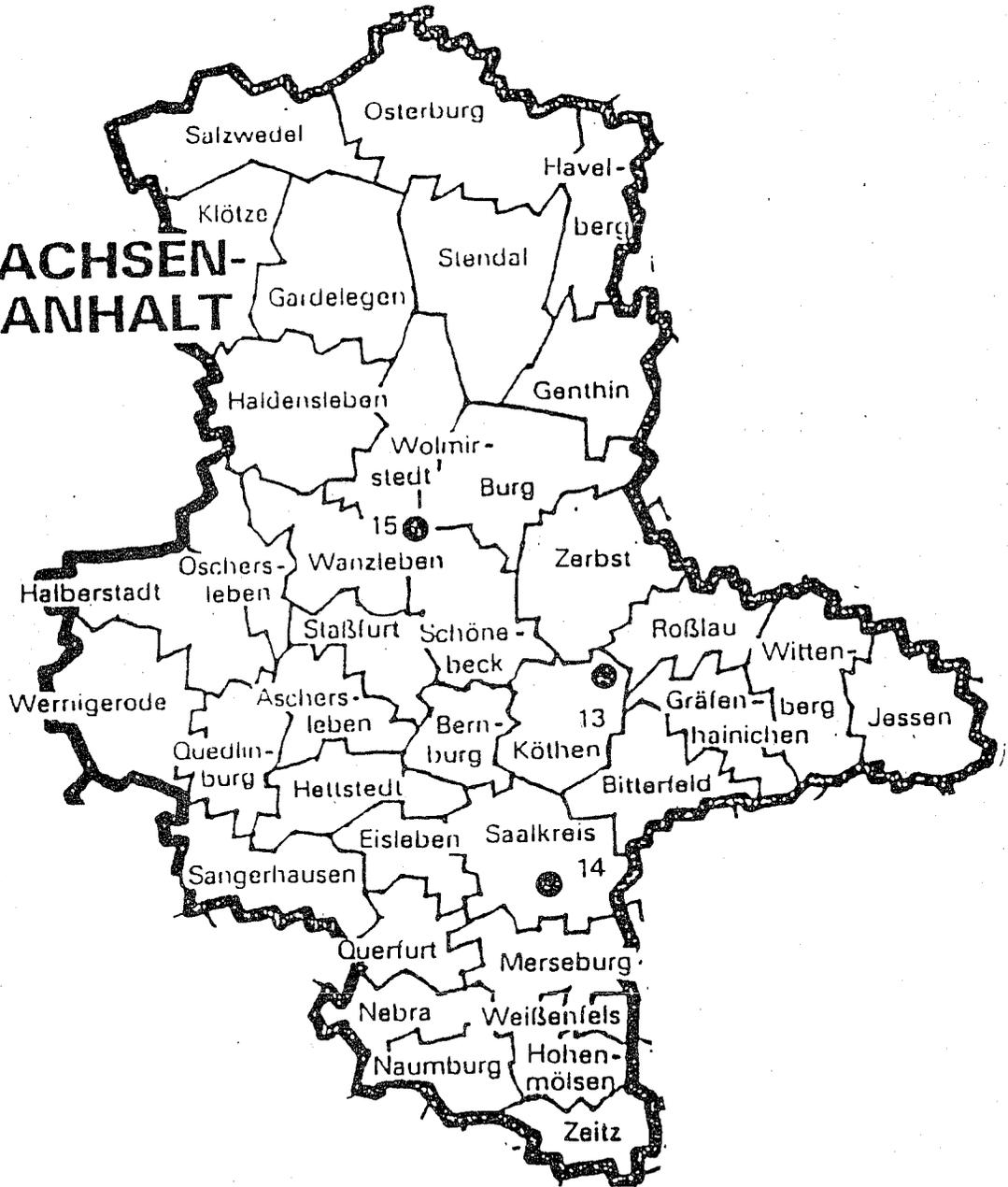
Der Aufbau und die Förderung kleiner komplementärer Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft unter Einbeziehung ihrer Versorgungsleistung in eine auch komplementär definierte regionale Versorgungsverpflichtung ist deshalb dringend geboten. In engem Zusammenhang hiermit stehen die erforderlichen Bemühungen der Fachkrankenhäuser, die erhebliche Fehlplazierungsrate durch die Entlassung nicht mehr krankenhauspflegebedürftiger chronisch psychisch kranker Patienten und geistig Behinderter in geeignete wohnortnahe Betreuungs- und Förderungseinrichtungen abzubauen.

4. Die sicherlich dringend erforderliche bauliche Sanierung und Modernisierung der stationären psychiatrischen Einrichtungen sollte deshalb von vornherein im Rahmen eines *Gesamt-Psychiatriepfleges* für die flächendeckende Versorgung des Landes eingebettet sein. Die Psychiatrie-Planung des Landes kann Rückwirkungen bis hin zu vergleichsweise kleinen Sanierungsmaßnahmen wie z.B. die allerdings dringliche Verbesserung der sanitären Anlagen in nahezu allen psychiatrischen Krankenhäusern haben, da auch hierfür die künftig erforderliche Kapazitätsauslegung der zu verkleinernden Kliniken eine Rolle spielt. Dadurch entsteht das nicht unbeträchtliche Problem eines Interessenkonfliktes, nämlich einerseits die teilweise unhaltbare bauliche und sanitäre Situation in den Krankenhäusern im Interesse der Patienten möglichst rasch und nachhaltig zu humanisieren, und andererseits den ebenfalls dem Wohle der Patienten dienenden Auf- und Ausbau auch im ambulanten und komplementären Bereich im Rahmen einer landes-

weiten Gesamtplanung mit Nachdruck voranzutreiben und umgehend in Angriff zu nehmen (vgl. Kap. A.II.3. und A.III.3. u. 4.).

In welcher Form die hier beschriebenen Aufgaben und Probleme planerisch sinnvoll angegangen werden können, hängt auch vom raschen Aufbau klarer Trägerstrukturen für die stationären und künftigen komplementären und ambulanten Einrichtungen und Dienste ab. Hierzu sind klare Vorgaben, Qualifikation und Kompetenz nicht nur im Bereich der öffentlichen Verwaltungen in Land und Gemeinden, sondern auch im Bereich der freigemeinnützigen Trägerschaft bis hin zu kleineren Trägervereinen erforderlich. Denn in die Planungsverantwortung sollten die für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter verantwortlichen administrativen Gremien und die an der Versorgung beteiligten oder zu beteiligenden Organisationen möglichst umfassend einbezogen werden. Wünschenswert ist hierfür eine klare gesetzliche Vorgabe der Planungsstrukturen im Rahmen eines bald zu erlassenden Psychisch-Kranken-Gesetzes des Landes.

SACHSEN- ANHALT



B.III. Sachsen-Anhalt

Das Land Sachsen-Anhalt mit rund 3,1 Mio. Einwohnern grenzt im Osten an Brandenburg, im Süden an Thüringen. Man kann von einem nördlichen und südlichen Versorgungsraum sprechen, wobei die Trennlinie in West-Ost-Richtung vom Kreis Wernigerode zum Kreis Wittenberg verläuft, was ungefähr mit der Grenze zwischen den früheren Bezirken Magdeburg und Halle übereinstimmt. Der südliche Landesanteil, besonders der Raum Halle, ist in bezug auf die klinisch-stationäre psychiatrische Versorgung erheblich benachteiligt.

1. Der nördliche Versorgungsraum

Im nördlichen Versorgungsraum mit rund 1,4 Mio. Einwohnern und der Hauptstadt des Landes, Magdeburg, befinden sich die psychiatrischen Krankenhäuser Haldensleben, Uchtspringe und Jerichow.

a) Psychiatrisches Krankenhaus Haldensleben

Mit einer früheren Kapazität von über 1.100 Betten verfügt das im Pavillonstil 1930 von Bonatz erbaute Krankenhaus heute über 882 Betten. Davon gehören

- 727 Betten zur Erwachsenenpsychiatrie,
- 40 Betten zur Neurologie,
- 100 Betten zur Kinder- und Jugendpsychiatrie und
- 15 Betten zur Psychotherapie.

Das Versorgungsgebiet umfaßt zur Zeit die Kreise Haldensleben, Wanzleben, Aschersleben, Schönebeck, Staßfurt, Halberstadt, Wernigerode, Quedlinburg und Zerbst mit ca. 650.000 Einwohnern. Im psychiatrischen Bereich sind 23 Ärzte, 5 Psychologen, 7 Fürsorgerinnen, 26 arbeits- und beschäftigungstherapeutische Kräfte und insgesamt 305 Pflegepersonen (1:2.89) tätig. 1989 wurden 2.140 Kranke aufgenommen. Es besteht eine neurologisch-psychiatrische Institutsambulanz, besetzt mit 2 Ärzten, 1,5 Psychologen, 4

Pflegekräften und 1 Sozialarbeiterin (4.107 Konsultationen 1989, davon ein hoher Anteil neurologischer Krankheiten).

In den alten Häusern finden sich noch Stationen mit 80 bis 90 Patienten und großen Wachsälen. Renovierte Häuser hinterlassen einen recht angenehmen Eindruck (20- bis 25-Bettenstationen). Auf den chronischen Stationen ist, wie überall, ein Sammelsurium von Langzeitpatienten mit den unterschiedlichsten Arten von Erkrankungen und Behinderungen aller Altersgruppen.

Die Arbeitsstätten im Versorgungsgebiet gehen zugrunde, Rehabilitationsarbeitsverträge mit Patienten (ein Drittel des Lohnes bis 400 DM plus Invalidenrente) werden gekündigt, die Ambulanzen in den Kreisen lösen sich auf. Komplementäre Einrichtungen fehlen.

Empfehlungen

Das psychiatrische Krankenhaus Haldensleben steht wie die meisten anderen dieser Einrichtungen zur Umstrukturierung an. Bei 65% der Patienten liegt die Verweildauer zwischen 2 und über 10 Jahre (letztere Gruppe fast 40%). Bei der gegebenen personellen Ausstattung sowie den räumlichen Verhältnissen kommt man über eine mehr oder weniger verwahrende Psychiatrie nur in Teilbereichen hinaus. Der Aufbau komplementärer extramuraler Angebote müßte bei entsprechenden Enthospitalisierungsmaßnahmen zu Bettenreduzierungen führen können. Auch wäre das Versorgungsgebiet mit dem psychiatrischen Krankenhaus Uchtspringe, wenn das psychiatrische Krankenhaus Jerichow aufgegeben wird (s.d.), abzugleichen. So könnten die Kreise Klötze und Wollmirstedt zu Haldensleben kommen. Zudem wäre anzustreben, daß die Kreise Wernigerode und Quedlinburg von der ausgebauten psychiatrischen Abteilung in Blankenburg zukünftig versorgt würden.

b) Psychiatrisches Krankenhaus Uchtspringe

Das psychiatrische *Krankenhaus Uchtspringe* liegt zwischen Gardelegen und Stendal in einer relativ menschenleeren Gegend (Truppenübungsplatz). 1894 erbaut verfügte es vor 20 Jahren noch über 1.830 Betten, jetzt sind es noch 1.370. Davon umfaßt

- die Erwachsenenpsychiatrie 857 Betten,
- die Kinder- und Jugendpsychiatrie 301 Betten,
- die Gerontopsychiatrie 110 Betten (2 Stationen),
- die Suchtabteilung 40 Betten,
- die Neurologie 42 Betten und
- die psychotherapeutische Abteilung 20 Betten.

In der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung gibt es eine eigene Spezialstation für schwerhörige und taube Kinder. Zudem besteht eine eigene Sonderschule mit 12 bis 14 Lehrern. Im psychiatrischen Bereich des Krankenhauses arbeiten 23 Ärzte, 7 Psychologen, 3 Sozialarbeiterinnen 21 Erzieher und 384 Pflegepersonen (davon 323 examiniert). Im Jahr werden rund 2.500 Kranken aufgenommen. Insgesamt zeigt sich ein veralteter, wenn auch an vielen Stellen renovierter Bauzustand. Allein in 41 Sälen stehen jeweils zwischen 10 und 20 Betten. Keine Geschlechtermischung auf den Stationen. Das Versorgungsgebiet umfaßt zur Zeit die Kreise Salzwedel, Osterburg, Gardelegen, Klötze, Stendal und Wolmirstedt (zus. rund 500.000 Einwohner). Außerdem werden aus Magdeburg Patienten nach Uchtspringe verlegt. Es gibt eine Ambulanz am Hause (Nachbetreuung) und eine sehr große "graue Ambulanz" auf den Stationen.

Relativ gut ausgestattet ist die neuropsychiatrische Abteilung an der Kreispoliklinik Stendal mit 1 Nervenarzt, 3 Pflegekräften und 3 Sozialarbeiterinnen. In Salzwedel arbeitet noch ein Nervenarzt; die Ambulanzen in Osterburg, Klötze, Gardelegen, Wolmirstedt sind eingegangen.

Empfehlungen

Auch dieses Haus ist stark überdimensioniert. Bei fast 70% der Patienten handelt es sich um Langzeitkranke. Bei einer schlechten ärztlichen Ausstattung (1:37) und einem

Pflegeschlüssel von 1:3,4 kann sich eine solche Einrichtung kaum aus eigener Kraft umstrukturieren, d.h. Initiative nach draußen, Programme, Tagesstrukturierung, Planungsphantasie entwickeln. Es wird auch darauf ankommen, Aktivitäten in Stendal und Gardelegen, also im kommunalen Bereich anzufachen. Vielleicht könnte sich eine psychiatrische Abteilung an einem der nördlich gelegenen Kreiskrankenhäuser etablieren.

c) Psychiatrisches Krankenhaus Jerichow

Nahe an der Grenze zu Brandenburg liegt das *Psychiatrische Krankenhaus Jerichow*. 1902 bis 1907 erbaut, war es ursprünglich auf 600 bis 800 Betten ausgelegt. Jetzt stehen nur noch 310 Betten zur Verfügung, der andere Teil ist von einem sowjetischen Militärhospital belegt, welches mitten im Krankenhausbereich durch einen halbverrotteten schmutzigen Zaun abgetrennt worden ist. Soldaten der Roten Armee bewachen den sowjetischen Bereich, dessen Häuser heruntergekommen, ungepflegt und teilweise unbenutzt aussehen.

Von den in verschiedenen Pavillons verteilten 310 Betten des Psychiatrischen Krankenhauses gehören

- 257 zur Akut- Allgemeinpsychiatrie,
- 26 zur Neurologie und
- 27 zu einer psychotherapeutischen Abteilung.

Das Krankenhaus wirkt mit seinen großen Stationen und Bettensälen etwas veraltet, wenn auch an relativ vielen Stellen ansehnlich renoviert. Sehr antiquiert erscheint das Heiz-System. Jedes einzelne Haus verfügt über eine eigene Ofenheizung, so daß 16 Heizungen und insgesamt 29 Kessel mit Kohle zu versorgen sind. Eine Besonderheit liegt darin, daß Jerichow die Aufgabe zugeteilt worden ist, psychisch kranke Tuberkulöse aus 7 Bezirken zu versorgen. Jeweils 12 bis 20 solcher Patienten befinden sich in der Regel noch in Behandlung. Sie sind aber nicht, was die Besucher verwunderte, in einer Station zusammengefaßt, sondern je nach ihrem psychischen Störungsgrad unter den anderen Kranken verteilt untergebracht. Im Krankenhaus arbeiten 4 ausgebildete und 2 weiterzubildende Ärzte (davon 1 Internist). Insgesamt sind 53 examinierte und 31 in Ausbildung befindlichen Pflegekräfte beschäftigt (1:3,6); ferner 9 arbeits- und beschäftigungs-

therapeutische Kräfte und 1 Sozialarbeiterin. Zu versorgen sind bei rund 1.000 Aufnahmen im Jahr die Kreise Burg, Genthin und Havelberg (zus. 130.000 Einwohner). In Genthin arbeiten noch 2 Nervenärzte in der Ambulanz, Burg und Havelberg sind unbesetzt. Eine eigene Poliklinik besteht nicht, wohl aber eine "Graue Ambulanz" (Depotinjektionen, Lithium).

Mit dem Abzug des sowjetischen Militärhospitals wird gerechnet.

Empfehlungen

Für die Versorgung von 130.000 Einwohnern ist das jetzige psychiatrische Krankenhaus Jerichow mit 310 Betten schon entschieden zu groß. Rund 80 bis 100 Betten wären für die zukünftige Versorgung angemessen. Wenn andererseits eines Tages das sowjetische Militärhospital hinzukäme, entstünde in der Region eine erhebliche Überkapazität an Baulichkeiten für diesen geringen Bettenbedarf, der ganz beträchtliche und, bei Erhalt der gesamten Baulichkeiten, wohl unangemessen hohe Renovierungskosten erforderlich machen würde. Die Arbeitsgruppe plädiert aus diesen Gründen dafür, die bisherige Bettenzahl am Psychiatrischen Standort Jerichow auf ca. 80-100 Betten zu reduzieren, die für eine Vollversorgung der Kreise Havelberg, Genthin und Burg ausreichend erscheinen. Ob diese 80-100 Betten wie bisher in einem Sonderkrankenhaus oder besser als Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus des Kreises Genthin vorzuhalten wären, ist nach Meinung der Arbeitsgruppe aufgrund der örtlichen Gegebenheiten zu prüfen. Berücksichtigung finden sollten dabei die Bedürfnisse der Bevölkerung, für die die Psychiatrische Klinik gut erreichbar sein soll, die Vorteile einer Integration in ein örtliches Allgemeinkrankenhaus sowie die jeweiligen Kosten von Rekonstruktion oder Neubau (vgl. Kap A. II.3.d), "Leitfragen").

Zu prüfen wäre auch, ob ein bedarfsgerecht zugemessener Restbestand des Krankenhauses für die forensische Psychiatrie, d.h. für den Maßregelvollzug verwendbar gemacht werden könnte. Eine solche bislang fehlende Einrichtung sollte dann für den nördlichen Teil von Sachsen-Anhalt zuständig sein. Dabei wären die Kostenvorteile gegen die Nachteile eines von der übrigen Psychiatrie isolierten Standortes für forensische Psychiatrie abzuwägen (vgl. Kap. A.III.1.g)).

Die zentrale Versorgung tuberkulosekranker psychiatrischer Patienten ist nicht mehr zeitgemäß. Bei den heutigen Möglichkeiten der medikamentösen Behandlung der Tuberkulose sollte die Behandlung – für die wenigen Wochen der Infektiosität der Patienten – in einer Lungenfachklinik erfolgen, mit Unterstützung durch einen psychiatrischen Konsiliarius.

d) Stadt Magdeburg

Die psychiatrische Versorgung der *Stadt Magdeburg* ist nicht zufriedenstellend. Hier stehen einerseits 80 Betten in der psychiatrischen Klinik der *Medizinischen Akademie*, andererseits steht seit 1990 eine *neurologisch-psychiatrische Abteilung* am Bezirkskrankenhaus mit 42 psychiatrischen und 21 neurologischen Betten zur Verfügung. Der Neubau des Bezirkskrankenhauses liegt in einem peripheren Stadtteil. Etwa 60 Patienten werden im Monat aufgenommen. Die durchschnittliche Verweildauer beträgt 20 bis 25 Tage im psychiatrischen Bereich. Die psychisch Kranken sind einfach auf einer Etage des Allgemeinkrankenhauses untergebracht, ohne daß den speziellen Erfordernissen eines therapeutischen Milieus sowie psychiatrischer Therapie mit entsprechenden Abwandlungen bei den konventionell für bettlägerige Patienten zugeschnittenen somatischen Stationen genüge getan worden wäre. Die Dreibettzimmer liegen an einem Flur – sonst ist nichts Zielgruppen-spezifisch ausgestaltet worden. Die Abteilung selektiert in ihren Aufnahmen: schwerer und langfristig zu behandelnde Patienten werden nach Uchtsprünge verlegt. Außer einem psychiatrischen Pflegeheim gibt es sonst keine komplementären Angebote in Magdeburg. 4 bis 5 Polikliniken gab es zumindestens in der Stadt. In der Poliklinik des Krankenhauses ist ein Nervenarzt tätig. Ein sozialpsychiatrischer Dienst soll sich entwickeln.

Empfehlungen

Mit zusammen 122 Betten ohne bedarfsgerechte extramurale ambulante und komplementäre Angebote läßt sich in einer Stadt mit 290.000 Einwohnern keine Vollversorgung erreichen. Die Folge sind unerwünschte Verlegungen von sogenannten Langzeit-

patienten in die umliegenden psychiatrischen Krankenhäuser, vor allem Uchtspringe, aber auch Haldensleben und Bernburg. Ziel muß es sein, diesen Zustand zu beseitigen und die sachgerechte Versorgung aller psychisch kranken und behinderten Magdeburger Bürger in *Magdeburg* selbst zu gewährleisten.

2. Der südliche Versorgungsraum

Der südliche Versorgungsraum mit 1,7 Mio. Einwohnern – dem ehemaligen Bezirk Halle (außer dem Kreis Artern, der jetzt zu Thüringen gehört), entsprechend – umfaßt 21 Kreise. In diesem Raum liegen das psychiatrische Krankenhaus Bernburg, die Universitätsnervenklinik Halle, sowie 4 kleinere psychiatrische Abteilungen in Hettstedt, Dessau, Aschersleben und Blankenburg.

a) Psychiatrisches Krankenhaus Bernburg

Das psychiatrische Krankenhaus *Bernburg* liegt unmittelbar am Stadtrand. Die im gelben Klinker errichteten Gebäude sind in einer Parkanlage gruppiert. Die Klinik wurde 1875 gebaut, 1900, 1909 und noch einmal 1983 wurden Erweiterungsbauten vorgenommen. An den Gebäuden sind keine groben Schäden erkennbar, der Träger der Klinik ist das Land Sachsen-Anhalt.

Die Klinik versorgt nach Angaben der Mitarbeiter die Kreise Köthen, Roßlau, Bernburg, Gräfenhainichen, Wittenberg, 40% des Kreises Dessau, 70% des Kreises Bitterfeld, 30% des Saalkreises, 70% des Kreises Merseburg, 70% des Kreises Weißenfels, 70% des Kreises Hohenmölsen und 70% des Kreises Zeitz. Das so definierte Einzugsgebiet umfaßt etwa 500.000 Einwohner. Die Angaben über prozentuale Versorgungsanteile einer ganzen Reihe von Kreisen lassen allerdings erkennen, daß es an klaren Abgrenzungen in weiten Bereichen des Aufnahmegebietes mangelt.

Im letzten Jahr hatte die Klinik 3.640 Zugänge, davon 1.255 psychiatrische und 1.894 neurologische. Sie verfügt über 654 Betten und ist in eine akut-/allgemeinpsychiatrische

Abteilung mit 163 Betten, eine Abteilung für Alkohol- und Drogenabhängige mit 70 Betten, eine gerontopsychiatrische Abteilung mit 84 Betten, eine Rehabilitationabteilung mit 80 Betten, eine Psychotherapieabteilung mit 25 Betten, eine kinderneuropsychiatrische Abteilung mit 108 und eine neurologische Abteilung mit 94 Betten gegliedert. Ferner ist der Klinik eine Spezialabteilung für Parkinson-Kranke mit 48 Betten angefügt, die aus allen Gebieten der ehemaligen DDR belegt worden ist. Dem Krankenhaus ist eine große Poliklinik angeschlossen. Im Krankenhaus arbeiten 25 Ärzte, 5 Psychologen, 2 Pädagogen, 5 Erzieherinnen und 420 Pflegepersonen. Die Verweildauer der Patienten beträgt durchschnittlich 130 Tage.

Ein hoher Anteil der Kranken ist den geistig oder psychisch Behinderten zuzuordnen. Die Stationsgrößen liegen zwischen 12 und 54 Betten. Im Durchschnitt befinden sich 29 Patienten auf einer Station. Die Stationen sind in der Regel nicht mehr nach Geschlechtern getrennt und werden bis auf eine Ausnahme offen geführt. Dem Krankenhaus standen 360 Arbeitsplätze im Rahmen der Arbeitstherapie zur Verfügung. Die Arbeitstherapie ist allerdings zur Zeit durch die fehlenden Aufträge von seiten der Industrie sehr eingeschränkt. Ansätze zu einer Beschäftigungstherapie sind vorhanden. Das Krankenhaus betreibt eine Tagesklinik mit 40 Plätzen.

Empfehlungen

Das mittelgroße psychiatrische Krankenhaus ist in seiner Binnenstruktur veraltet. Die übliche Fehlplazierungsquote und fehlende extramurale komplementäre Dienste erschweren eine Weiterentwicklung. Für 7 der 11 im Aufnahmegebiet liegenden Kreise werden (offenbar geschätzt) Anteile der Versorgung in Prozenten angegeben, was auf diesbezüglich ungeklärte Verhältnisse und Überlappungen mit anderen stationären Einrichtungen hinweist – ein Zustand, der alsbald zu beseitigen ist.

b) Die Stadt Halle und der Saalkreis

Die Stadt Halle (einschließlich Halle-Neustadt), sowie der Saalkreis werden allein von der *Universitätsnervenklinik Halle* versorgt. Die Klinik wurde 1891 im Pavillonstil gebaut. Die in Klinkerbauweise errichteten Gebäude machen einen äußerst verwahrlosten Eindruck. Die letzte Investition in die Klinik erfolgte 1964 (Hörsaalbau). Die Gesamtklinik ist gegliedert in eine psychiatrische, eine Rehabilitations- und eine neurologische Klinik, sowie eine Abteilung für medizinische Psychologie. Eine Poliklinik ist angeschlossen, die sich in besonderer Weise der Familientherapie verpflichtet fühlt. Der psychiatrische Bereich umfaßt 100 Betten, davon 20 Betten Kinder- und Jugendpsychiatrie, 12 Betten Psychotherapie. So bleiben der psychiatrischen Klinik im engeren Sinne 68 Betten, die nicht nur der Lehre und Forschung, sondern auch der Versorgung von ca. 400.000 Einwohnern zu dienen haben. Bei ca. 5.000 Aufnahmen pro Jahr erscheint es unvermeidlich, daß die Stationen völlig überfüllt sind. Die Unterbringung der Kranken erfolgt teilweise in Schlafsälen mit mehr als 12 Betten. Das Fehlen von ausreichenden Plätzen im extramuralen komplementären Bereich führt dazu, daß ständig ca. ein Drittel der wenigen Betten von chronisch Kranken (sogenannten Pflegefällen) blockiert werden. Das Abhalten von Lehrveranstaltungen unter den beengten Verhältnissen der Klinik ist unzumutbar.

Empfehlungen

Es ist selbstverständlich, daß eine Klinik mit 68 Betten einen Ballungsraum von ca. 400.000 Einwohnern auch nicht annähernd zureichend versorgen kann (0,17 Betten auf 1.000 Einwohner). Da offenbar am Standort der Klinik keine Erweiterung möglich ist (Ablehnung durch die Universitätsleitung, Denkmalschutz), schlägt die Arbeitsgruppe als erste Sofortmaßnahme die Angliederung einer *psychiatrischen Abteilung* mit mindestens 100 Betten am *Krankenhaus Halle-Dölau* vor. Auch damit ist die psychiatrische Bettenkapazität in der Stadt vermutlich noch nicht ausreichend. Für eine bedarfsgerechte Versorgung dieses Raumes ist aber nicht nur eine angemessene Ausstattung mit (teil-)stationären Behandlungsplätzen erforderlich, sondern auch der verstärkte Aufbau

regionalisierter komplementär-rehabitativer Angebote sowie sozialpsychiatrischer Dienste.

c) Empfehlungen zur Versorgung der südlichen und östlichen Regionen¹

Die stationäre psychiatrische Versorgung des südlichen und östlichen Landesgebietes ist völlig unzureichend.

Anzuknüpfen wäre an schon bestehende Einrichtungen:

- *neuropsychiatrische Abteilung* am Kreiskrankenhaus *Hettstedt*
die Abteilung verfügt über 70 psychiatrische und 10 neurologische Betten.
Vorschlag: Vergrößerung des psychiatrischen Bettenanteils auf 100 und Etablierung einer rein psychiatrischen Abteilung. Diese Abteilung könnte versorgen: die Kreise Hettstedt, Sangerhausen, Erfurt, Nebra (157.300 Einwohner).
- *psychiatrische Abteilung* am Kreiskrankenhaus *Aschersleben*
Die Abteilung verfügt über 60 Betten.
Vorschlag: Versorgung des Kreises Aschersleben (64.000 Einwohner).
- *psychiatrische Abteilung* am Bezirkskrankenhaus *Dessau*
Die Abteilung verfügt über 20 Betten.
Vorschlag: Vergrößerung der Abteilung auf 90 bis 100 Betten. Die Abteilung könnte versorgen: Stadt Dessau, Kreis Roßlau (140.000 Einwohner).
- *neuropsychiatrische Abteilung* am städtischen Krankenhaus *Blankenburg*
Gemischte neurologisch-psychiatrische Abteilung von 55 Betten. Im psychiatrischen Anteil neurotische und psychosomatische Patienten.
Vorschlag: Bildung einer rein psychiatrischen Abteilung und Vergrößerung der Kapazität auf ca. 90 Betten. Diese Abteilung könnte die Kreise Quedlinburg und Wernigerode versorgen.

¹ Die folgenden Empfehlungen lehnen sich an Vorschläge an, die Herr Prof. Dr. sc. med. H.F. Späte, Direktor der Psychiatrischen Klinik in Halle gemacht hat.

Als *neue* psychiatrische Abteilungen werden vorgeschlagen:

– *psychiatrische Abteilung* am Kreiskrankenhaus *Weißenfels*

Diese Abteilung könnte versorgen: die Kreise Weißenfels, Zeitz, Hohenmölsen, Merseburg, Naumburg (346.000 Einwohner). Zu prüfen wäre allerdings, ob bei der für diese Einwohnerzahl erforderlichen Größe auch zwei kleinere Abteilungen an verschiedenen Standorten vielleicht besser in Allgemeinkrankenhäuser integrierbar wären.

– *psychiatrische Abteilung* am Kreiskrankenhaus *Wittenberg*

Diese Abteilung könnte versorgen: die Kreise: Wittenberg, Gräfenhainichen, Jessen (167.000 Einwohner).

Bei dieser Aufteilung verblieben dem psychiatrischen Krankenhaus *Bernburg* als Versorgungsgebiet die Kreise: Bernburg, Köthen, Eisleben, Bitterfeld (354.100 Einwohner). Das würde eine Kapazität von ca. 250 Betten im Bereich Allgemeinpsychiatrie (akut- und mittelfristige Fälle) voraussetzen. – Zur Strukturplanung in dieser Situation vgl. Kapitel A.II.3.d), "Leitfragen", und A.III.3., "Reform der komplementären Versorgung".

Einer besonderen Erwähnung bedarf im Zusammenhang der Versorgung der südlichen Regionen des Landes Sachsen-Anhalt das psychiatrische Krankenhaus *Altscherbitz*, welches früher Halle und Umgebung zu versorgen hatte, jetzt aber zum Lande Sachsen gehört. Das Krankenhaus übernimmt zur Zeit nach Gutdünken Patienten aus Halle und Neustadt, dem Saalkreis und Merseburg.

d) **Größere Behinderteneinrichtungen**

1. *Pflegeheim für Psychiatrie in Hoym (Kreis Aschersleben)*

Das 1878 eröffnete Heim verfügt über 621 Betten, vorwiegend für geistig Behinderte. Personalausstattung: 1 Nervenarzt, 102 Pflegepersonen, davon 44 in Ausbildung, 15 angelernt, 1 Erzieher (einer!).

2. Neinstedter Anstalten

Die evangelische Einrichtung zur Rehabilitation, Förderung und Pflege geistig behinderter Menschen wurde 1850 im Kreis Quedlinburg gegründet. Von diesem Zeitpunkt an bis 1906 erfolgte der Aufbau der Anlage. 1982 wurden noch einmal Neubauten errichtet. In 23 Häusern leben 670 Frauen, Männer und Kinder mit geistiger Behinderung, meist mehrfach geschädigt, 60 davon sind förderungsfähige Kinder und Jugendliche. In der Förderpflege werden 60 Schwerstbehinderte mit Mehrfachschädigung betreut. Im offenen Heimbereich sind die Patienten zu Gruppen von 8 bis 15 Heimbewohnern zusammengefaßt. Außer Begleitung, Förderung, Versorgung und Pflege bietet das Heim Sportgruppen, Wandern, Urlaubsgemeinschaften, Malgruppen, Reiten, Behindertensportfeste, Sommerfeste, Instrumentalgruppen und Keramikgruppen. In der Werkstatt für Behinderte werden 360 Heimbewohner beschäftigt. Aus der nahen Umgebung kommen 11 Behinderte täglich zur Arbeit. In der Heimsonderschule werden 37 geistig Behinderte unterrichtet, außerdem kommen noch 5 Kinder aus der Umgebung.

470 Mitarbeiter betreuen die Patienten, davon sind 225 Mitarbeiter im pädagogisch-pflegerischen Dienst und im medizinisch-therapeutischen Bereich, 105 Mitarbeiter im Wirtschaftsbereich, 30 in der Verwaltung und 10 in den beiden Ausbildungsstätten der Kirchengemeinde tätig. 20 Heimbewohner haben ein Rehabilitationarbeitsverhältnis.

In den Neinstedter Anstalten ist im Verlaufe der letzten Jahre eine kleine psychiatrische Abteilung mit 35 Betten entstanden. Die Patienten werden von 2 Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie betreut. Eine Erweiterung auf 50 bis 60 Betten und die Einstellung eines dritten Arztes wird angestrebt. Ein EEG und ein Labor stehen den Patienten zur Verfügung. Ob diese Aktivitäten für die Versorgung der Region, gegebenenfalls zur Entlastung der psychiatrischen Abteilung in Blankenburg, Bedeutung gewinnen können, muß zur Zeit wohl offen bleiben.

3. Psychiatrisches Pflegeheim Schloß Detzel

Das Schloß, das in einer Parkanlage auf dem Lande liegt, wurde 1844 gebaut und ist seit 1860 als Heim für geistig Behinderte eingerichtet. Es dient vor allem zur Förderung und

Pflege geistig behinderter Menschen. Der Träger ist das Diakonische Werk der evangelischen Kirche. In dem Schloß sind 50 Patienten mit vorwiegend geistiger Behinderung leichter bis mittelschwerer Ausprägung untergebracht. Die Patienten werden von 12 Mitarbeitern betreut, 20 Patienten haben einen Arbeitsvertrag und arbeiten außerhalb der Einrichtung. Die Patienten erfahren eine umfassende Förderung mit tagesstrukturierenden Maßnahmen. Sie nutzen die Möglichkeiten, ihre Zimmer individuell auszugestalten, es herrscht im ganzen Haus eine warme, herzliche Atmosphäre. Einziger Nachteil schienen die großen Schlafräume (bis zu 6 Betten) zu sein.

Der größte Teil der Unterbrachten hat keine Angehörigen mehr, selten werden Patienten aus der Einrichtung entlassen.

4. Fachkrankenhaus für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Vitzenburg (Kreis Querfurt)

Das Krankenhaus (167 Betten) betreut langzeitkranke, behinderte "Kinder", die z.T. schon in der Einrichtung herangewachsen sind und trotz ihrer Volljährigkeit dort weiter untergebracht bleiben.

3. Die ambulante psychiatrische Versorgung

Die ambulante psychiatrische Versorgung in den größeren Städten war bisher im wesentlichen von den Polikliniken zufriedenstellend geleistet worden. Zur Zeit befinden sich die Polikliniken in Auflösung. Die jungen Ärzte der Polikliniken drängen in die Niederlassung, die älteren sind ratlos und fühlen sich existentiell gefährdet. Die Ursache des Verfalles der Polikliniken wird vor allem in dem rigorosen Vorgehen der Kassennäztlichen Vereinigung gesehen, die es auch nicht gescheut habe, unlautere Methoden anzuwenden. Unter den Kollegen hat sich eine allgemeine Unsicherheit, Ängstlichkeit und Unzufriedenheit ausgebreitet, wobei die große Gefahr gesehen wird, daß die gewachsenen poliklinischen Strukturen nicht so schnell durch die sich jetzt niederlassenden Ärzte sowie Institutsambulanzen und Sozialpsychiatrische Dienste ersetzt werden können, daß eine ernste Gefährdung der Patientenbetreuung verhindert wird.

Die Arbeitsgemeinschaft konnte in Erfahrung bringen, daß in den Kreisen Salzwedel, Stendal, Haldensleben, Wolmirstedt, Magdeburg, Bernburg, Sangerhausen, Querfurt, Naumburg, Weißenfels, Zeitz, Merseburg und Halle Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie tätig sind, und daß die Kreise Osterburg, Klötze, Gardelegen, Genthin, Havelberg, Burg, Aschersleben und Hohenmölsen keine Fachärzte haben. Von den übrigen Kreisen ist uns nicht bekannt, wie sie fachärztlich besetzt sind.

Allen psychiatrischen Kliniken ist eine Poliklinik angeschlossen, die nicht nur die stationär behandelten Patienten weiterbetreut, sondern auch die übliche ambulante Versorgung mit übernimmt. Die Kliniken bemühen sich alle zur Zeit um deren Anerkennung als Institutsambulanz.

In den Kreisen werden zur Zeit die sozialpsychiatrischen Dienste aufgebaut bzw. sie haben bereits ihre Tätigkeit aufgenommen wie z. B. in Stendal.

4. Zusammenfassende Beurteilung und Empfehlungen

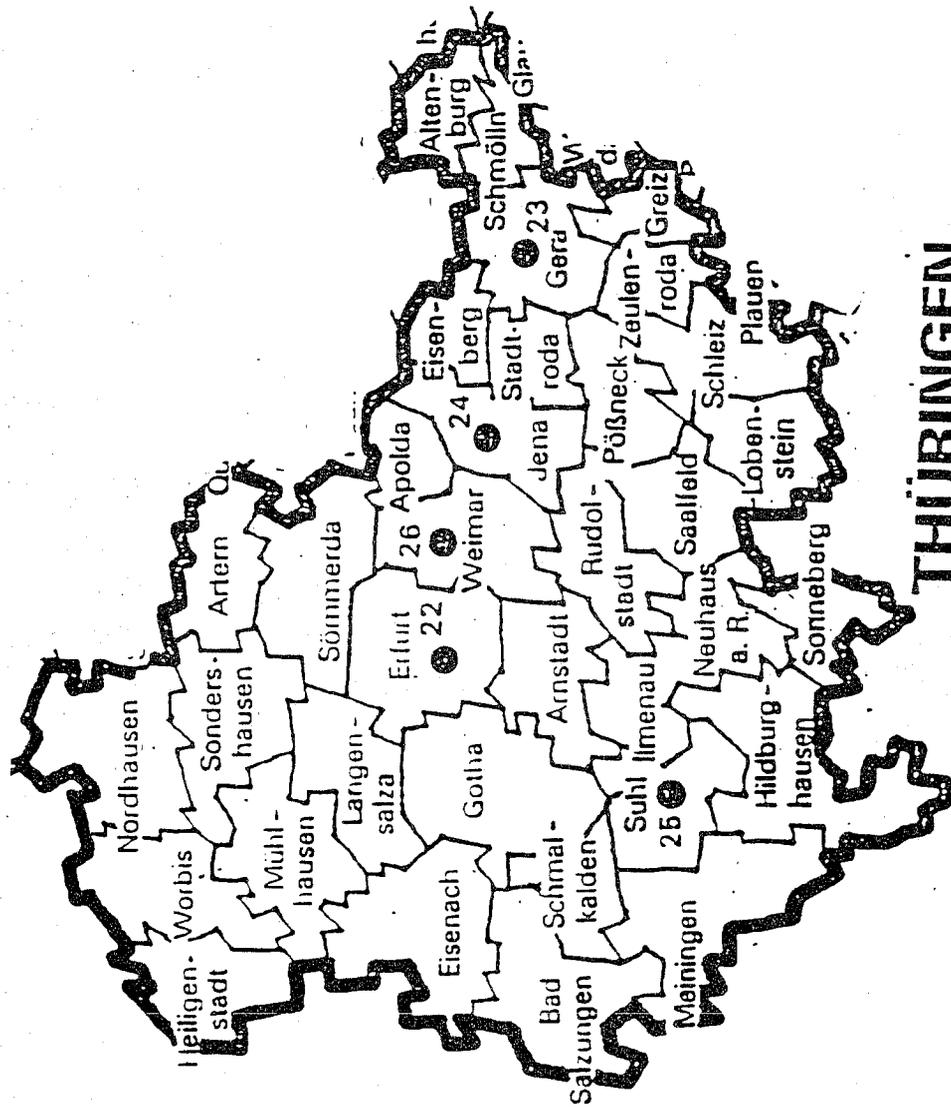
1. Unter Berücksichtigung einer gemeindenahen Psychiatrie reichen die stationären psychiatrischen Einrichtungen und zum Teil die in den Einrichtungen vorhandenen Bettenkapazitäten in Sachsen-Anhalt nicht aus. Diesbezüglich ist insbesondere der dichtbesiedelte Süden des Landes unterversorgt. Es wird empfohlen,
 - a) neue psychiatrische Abteilungen am Krankenhaus Weißenfels, am städtischen Krankenhaus Halle-Dölau und am Kreiskrankenhaus Wittenberg mit jeweils angemessener Bettenkapazität einzurichten sowie
 - b) die psychiatrischen Abteilungen am Bezirkskrankenhaus Dessau und am städtischen Krankenhaus Blankenburg so zu erweitern, daß sie in der Lage sind, Vollversorgungsaufgaben für umschriebene Einzugsgebiete zu übernehmen
2. Die Bausubstanz der psychiatrischen Einrichtungen ist im allgemeinen überaltert und zum Teil in einem desolaten Zustand. Die Gebäudestrukturen entsprechen mit dem hohen Anteil von Bettensälen, mangelhaften sanitären Einrichtungen, kleinen Aufenthaltsbereichen, dem Mangel an Essenräumen und dem Fehlen von Räumen

für die Beschäftigungstherapie nicht den Erfordernissen einer zeitgemäßen Psychiatrie. Es ist eine umfassende Renovierung und bauliche Umgestaltung dringend erforderlich. Zunächst einmal sollten kurzfristig Mittel zur Verfügung gestellt werden, um den rasch voranschreitenden Verfall der Gebäudesubstanz aufzuhalten, und außerdem sollte in einem ersten Schritt geprüft werden, welche Gebäude überhaupt noch erhaltenswert sind.

3. Dringend zu empfehlen ist, daß von vornherein eine ausreichende Kapazität von komplementären Einrichtungen geplant wird. Hier sind erhebliche Investitionen erforderlich, da beschützte Wohnangebote in Form von beschützenden Einzelwohnungen, Wohngruppen, Wohngemeinschaften und Übergangwohnheimen ebenso fehlen wie Tagesstätten und Tageskliniken.
4. Die gerontopsychiatrischen Patienten sind völlig unzureichend versorgt. Es fehlen sowohl halbstationäre Einrichtungen in allen Beratungsstellen, als auch Pflegeheime.
5. Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte, Trainingszentren, Werkstätten für Behinderte und Selbsthilfefirmen sind nicht vorhanden und sollten mit eingeplant und gebaut werden.
6. Die ambulante nervenfachärztliche Versorgung des Landes Sachsen-Anhalt ist unzureichend. Die bisher als Hauptträger fungierenden Polikliniken befinden sich in Auflösung. Viele Landkreise haben zur Zeit keinen Nervenarzt. Nach Möglichkeit sollte der weiteren Auflösung der Polikliniken Einhalt geboten werden.
7. In jeder kommunalen Gebietskörperschaft sollten sozialpsychiatrische Dienste beschleunigt aufgebaut werden.
8. Um eine wirkungsvolle, gemeindenahe psychiatrische Versorgung aufbauen zu können, empfiehlt es sich, in einzelnen Versorgungsregionen Koordinationsstellen, die eine Planungskonzeption zu erarbeiten haben, zu etablieren.
9. Die Anzahl der Ärzte in den Kliniken ist nicht ausreichend. Völlig unzureichend ist die Zahl der im Pflegebereich Tätigen. Hier kommt es vor allem darauf an, erst einmal eine Planstellenaufstockung vorzunehmen, denn der hohe Anteil von

Arbeitslosen würde es zur Zeit ermöglichen, genügend Mitarbeiter zu gewinnen. Ganz ähnlich liegen die Verhältnisse im ergotherapeutischen Bereich und im Sozialdienst, ebenso unterrepräsentiert ist das pädagogisch geschulte Personal.

10. In allen Großkliniken befinden sich Abteilungen für Alkohol- und Drogenabhängige. In ihrer Kapazität scheinen sie ausreichend für eine Entwöhnungsbehandlung zu sein. Die ambulante Suchtkrankenbetreuung erfolgt durch die niedergelassenen Nervenärzte und in speziellen Beratungsstellen. Im Aufbau begriffen sind Selbsthilfegruppen.
11. Die Kliniken sind mit geistig Behinderten überfüllt. Das Ziel sollte sein, diese Patienten aus den Kliniken allmählich auszugliedern und sie in ihnen gemäße Heime zu überweisen, mit vorwiegend pädagogischem Personal und tagesstrukturierenden Möglichkeiten, wie Arbeits- und Beschäftigungstherapie.
12. Die forensische psychiatrische Kapazität ist nicht ausreichend. Es ist zu prüfen, ob die frei werdenden Gebäude in Jerichow zu einer forensisch-psychiatrischen Einrichtung für den nördlichen Teil des Landes Sachsen-Anhalt umzubauen wären.



THÜRINGEN

B.IV. Thüringen

1. Allgemeines

Das Land Thüringen hat geographisch etwa eine dreieckige Form, ist 16.251 km² groß und wird von 2.7 Mill. Einwohnern bewohnt. Das nach Osten hin mehr oder weniger offene Thüringer Becken ist sonst von Mittelgebirgen bzw. Bergland eingeschlossen. Der Thüringer Wald grenzt als natürliche Scheide den südwestlich gelegenen früheren Bezirk Suhl vom übrigen Gebiet ab. Die geographische Struktur ist sicherlich nicht ganz ohne Einfluß auf Verwaltungsstrukturen, verkehrstechnische Anbindungen und einige Gewohnheiten der Menschen.

Die wirtschaftlichen Zentren sind Erfurt und Jena. Die Wirtschaft ist geprägt durch die Textilindustrie, Maschinenbau, feinmechanisch-optische und Glas- und Keramikindustrie, vom Fahrzeugbau und vom Kalibergbau. Alle Industriezweige sind erheblich von der derzeitigen wirtschaftlichen Rezession betroffen.

70% der Bevölkerung ist städtisch. Die größte Bevölkerungsdichte ist auf der Achse Eisenach – Gotha – Erfurt – Weimar – Jena – Gera gegeben. Bevölkerungszahl und -dichte ist nördlich von Erfurt (Langensalza, Sondershausen, Sömmerda) und im Südosten Thüringens am niedrigsten. Mit reichlich 200.000 Einwohnern ist Erfurt gleichzeitig die größte Stadt.

Das Land ist zur Zeit verwaltungsmäßig in 35 Landkreise und 5 kreisfreie Städte untergliedert. Bis zur Neugründung verteilte sich das Land auf die drei Bezirke

Erfurt mit reichlich 1,2 Mio Einwohnern

Gera mit 760.000 Einwohnern

Suhl mit 550.000 Einwohnern

Die Kreise *Artern* und *Altenburg* kamen aus Nachbarbezirken zu Thüringen.

Die Bestandsaufnahme im Wege der Bereisung erfolgte im Januar 1991 in mehreren Einzelreisen. Die Arbeit der Besuchergruppe "Thüringen" verlief in allen Teilen problem- und komplikationslos. Der Empfang in den Krankenhäusern, Heimen und anderen Einrichtungen war freundlich. Die Gesprächspartner waren aufgeschlossen, auskunft-

bereit, offen und ließen positive Erwartungen an die Arbeit der Gruppe erkennen. Die Gespräche fanden in einer sachlichen, wohlwollenden Atmosphäre statt. Aversive oder tendenziöse Verhaltensweisen oder gar Behinderungen in der analytischen Arbeit der Gruppe waren nicht festzustellen.

2. Ambulante Versorgung

Die ambulante Versorgung neuropsychiatrische Versorgung in Thüringen kann durch die Besuchergruppe auf Grund der durchgeführten Gespräche und der unvollständig eingegangenen Fragebögen nicht umfassend und erschöpfend dargestellt werden. Mitunter können nur exemplarische Angaben gemacht werden.

Bisher erfolgte die ambulante Behandlung und Betreuung psychisch und neurologisch Kranker nahezu ausschließlich durch angestellte Ärzte für Neurologie und Psychiatrie in den Fachabteilungen der Polikliniken bzw. in den Fachambulanzen der psychiatrischen Großkrankenhäuser und klinischen Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Je nach Größe der Städte und Kreise und je nach Besetzung der vorhandenen Planstellen waren in einer Poliklinik 1-6 Nervenärzte, ein bis mehrere Psychologen, Fürsorgerinnen und Schwestern tätig. Der Betreuungsumfang ist sehr unterschiedlich und schwankt zwischen 20.000 und 60.000 Einwohnern je Nervenarzt. Exakte Zahlen liegen aus dem Jahr 1988 vor, die auf starke regionale Unterschiede hinweisen. So kämen im ehemaligen Bezirk Suhl 2,7 ambulante Fachärzte auf 100.000 Einwohner im ehemaligen Bezirk Gera 3,3 auf 100.000 und im ehemaligen Bezirk Erfurt 4,5 auf 100.000 Einwohner. Besonders gut besetzt waren und sind die Städte Erfurt und Weimar. Aktuelle Zahlen waren nicht zu erhalten. Während die nervenärztliche Versorgung im ambulanten Bereich im allgemeinen als ausreichend angesehen werden kann, muß einschränkend festgestellt werden, daß es in 5 von 40 Kreisen Thüringens (allein 4 im ehemaligen Bezirk Gera) keinen vollbeschäftigten ambulant tätigen Nervenarzt gab und gibt. Eine besondere Situation ist im Kreis Hildburghausen gegeben, wo die gesamte ambulante psychiatrische Versorgung ausschließlich durch die Fachambulanz des Psychiatrischen Landeskrankenhauses erfolgt. Im Kreisgebiet gab es keine eigenständige poliklinische Abteilung. Eine Niederlassung von Nervenärzten ist vorerst nicht vorgesehen.

Neben den Polikliniken gab es an den Psychiatrischen Krankenhäusern und klinischen Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern Fach- bzw. Stationsambulanzen, die teilweise Grundbetreuung durchführten, doch vor allem aber sich um die Langzeitbehandlung von Risiko- bzw. recidivgefährdeten psychisch Kranken kümmerten. Die Einheit von stationärer und ambulanter Betreuung hat sich bei dieser Patientengruppe bewährt. Deswegen ist es notwendig und zweckmäßig, sie als Institutsambulanzen beizubehalten, auch an den klinischen Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mit regionaler Versorgungsverpflichtung. Ob das durch die Kassenärztliche Vereinigung überall genehmigt werden wird, ist noch nicht zu beurteilen. Es sollte auf jeden Fall darauf gedrängt werden.

Im Prozeß der Umstrukturierung des Gesundheitswesens ist es offensichtlich bisher nicht zu Verschlechterungen der ärztlichen Betreuung psychisch Kranker gekommen.¹ Ein Teil der bisher poliklinisch tätigen Nervenärzte ist inzwischen in die freie Niederlassung gegangen oder bereitet das vor. Umfassende Zahlen für das Land Thüringen liegen bisher nicht vor. Einige Polikliniken und Ambulanzen halten ihre Tätigkeit noch aufrecht. Das dürfte nur noch für einen begrenzten Zeitraum zutreffen. Einige Kreise haben inzwischen einen sozialpsychiatrischen Dienst eingerichtet oder bereiten dies vor. Einige, vor allem ältere bisher poliklinisch tätige Nervenärzte werden in diesen Dienst übernommen.

Bisher noch ungeklärt ist die ambulante psychotherapeutische Versorgung, vor allem die Situation der nichtärztlichen Therapeuten, die bislang in den Polikliniken eng mit Ärzten kooperierten und denen bisher weitgehend die ambulante Psychotherapie oblag. Im Land Thüringen gibt es gegenwärtig nur vier Fachärzte für Psychotherapie, die ausschließlich in stationären Einrichtungen tätig sind (zwei in Jena, je einer in Stadtroda und Hildburghausen). Die Zahl der beschäftigten Psychologen schwankt von 1-2 in ländlichen Kreisen und bis zu 6-8 in größeren Städten. Einige von ihnen werden in komplementäre Einrichtungen der Dienste übernommen, bei dem größeren Teil endet mit der Auflösung der Polikliniken das Arbeitsverhältnis. Hier bedarf es rascher Lösungen und u.U. einer Übergangsregelung, indem man psychotherapeutisch erfahrenen Ärzten den Zusatztitel

¹ Allerdings kann die sozialfürsorgerische und psychotherapeutische Versorgung gefährdet sein, wie noch ausgeführt wird.

"Psychotherapie" anerkennt, so daß sie an psychotherapeutisch ausgewiesene und durch die Kassenärztliche Vereinigung anerkannte Psychologen überweisen können, damit so die ambulante psychotherapeutische Versorgung im Lande einigermaßen bedarfsgerecht aufrechterhalten werden kann. Verhandlungen darüber mit der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen haben gegonnen.

Unterentwickelt war und ist die ambulante Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung. An den psychiatrischen Fachkrankenhäusern und den beiden akademischen Kliniken sowie an einzelnen Kinderkliniken gibt es kinderneuropsychiatrische Ambulanzen. Nur einzelne Kinderneuropsychiater sind in Polikliniken tätig, das Gebiet der Jugendpsychiatrie ist nicht entwickelt. In diesem Bereich ist eine Verbesserung der Versorgung erforderlich.

Die Fachabteilungen der Polikliniken beschäftigen in sehr unterschiedlicher Zahl Schwestern und Pfleger. In den ehemaligen Bezirken Suhl waren es 2,9; in Gera 6,8 und in Erfurt 13,4 auf 100.000 EW. Ihre Weiterbeschäftigung ist ungewiß. Nur wenige werden von sozialen Diensten übernommen werden können.

Ungeklärt ist auch die Situation der Sozialfürsorger, die in Polikliniken und Beratungsstellen tätig waren und denen die Koordination aller Betreuungsaufgaben oblag. Unklar ist auch ihr beruflicher Status (zukünftig "Sozialarbeiter"?).

Suchtberatungsstellen sind in größeren und mittleren Städten vorhanden. Ihre Effizienz ist sehr unterschiedlich. Meist sind sie Gesundheitsämtern zugeordnet, seit kurzem auch in freier Trägerschaft. Sie sind meistens durch Psychologen und Fürsorger besetzt. Psychiatrische Hilfsvereine sind an einzelnen Orten entstanden oder im Entstehen begriffen, so in Weimar der Verein "Lebensräume" mit zwei Wohn- bzw. Übergangsheimen und in Jena die "Aktion psychisch Kranke Jena".

Insgesamt besteht noch zu wenig Erfahrung, Hauptproblem ist neben fehlenden Räumlichkeiten die Finanzierung.

3. Krankenhaussektor

Die Zahl psychiatrischer Betten in den Kliniken wird insgesamt als ausreichend angesehen.

Eine gemeindenahere bedarfsgerechte und umfassende Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten ist nicht gegeben. Der Investitionsbedarf der bestehenden Kliniken ist groß. Bauliche Veränderungen in Landeskrankenhäusern sind unumgänglich. Gleichzeitig müssen die bestehenden Abteilungen erweitert bzw. neue geschaffen werden.

Neben vielen positiven Eindrücken wurden auch Verhältnisse vornehmlich im Langzeitbereich vorgefunden, die absolut menschenunwürdig und für die Bewohner gefährdend sind (z.B. chronische Station, belegt vor allem mit geistig Behinderten – Carolinenhof –, außerhalb des Klinikgeländes des Landesfachkrankenhauses Hildburghausen). Diesbezüglich hat die Arbeitsgruppe in einem Bericht an das Thüringer Ministerium für Soziales und Gesundheit auf diese Zustände sofort und unmittelbar reagiert.

Die Arbeitsgruppe suchte von insgesamt 10 psychiatrischen Krankenhäusern/Abteilungen 8 auf:

Katholisches Krankenhaus St. Nepomuk Erfurt

Landesfachkrankenhaus Hildburghausen

Landesfachkrankenhaus Mühlhausen

Psychiatrische Universitätsklinik Jena

Landesfachkrankenhaus Stadtroda

Psychiatrische Abteilung am Städtischen Klinikum Gera
Psychiatrische Abteilung am Städtischen Krankenhaus Weimar

Psychiatrische Abteilung am Fachkrankenhaus für
Kinderneuropsychiatrie Nordhausen.

Skizze zur Situation:

Hauptträger der stationär-klinischen psychiatrischen Behandlung sind die 3 Landesfachkrankenhäuser:

Mühlhausen	1.000 Planbetten
Hildburghausen	661 Planbetten
Stadtroda	501 Planbetten

Sie waren schon immer zur Vollversorgung verpflichtet und befinden sich in Trägerschaft des Landes.

Reichlich 50 der Planbetten entfallen auf die neurologischen Abteilungen.

In die Versorgung einbezogen sind 5 psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern in kommunaler bzw. konfessioneller Trägerschaft:

Gera	62 Planbetten
Weimar	45 Planbetten
Saalfeld	85 Planbetten
Erfurt St. Nepomuk	25 Planbetten
Nordhausen	82 Planbetten

Abgesehen vom Katholischen Krankenhaus Erfurt sind hier jeweils mindestens die Hälfte der Betten den neurologischen Bereichen zugehörig.

Die Abteilung für allgemeine Psychiatrie in Nordhausen ist an das Fachkrankenhaus für Kinderneuropsychiatrie mit überregionaler Aufgabenstellung angegliedert. Mit dem Jahreswechsel war das Weiterbestehen dieser Klinik mit Mitte 1991 in Frage gestellt, inzwischen hat jedoch das Land Thüringen auch hierfür die Trägerschaft übernommen.

Dazu kommen die beiden Universitäts- bzw. Hochschulkliniken:

Jena	142 Planbetten
Erfurt	26 Planbetten

Teilstationäre tagesklinische Behandlung erfolgt in Einzelfällen verschiedentlich in den Kliniken im Rahmen der vollstationären Betreuung. Eine gesonderte Tagesklinik gibt es nirgends.

Die bisherigen Versorgungsregionen der Landesfachkrankenhäuser sind:

Mühlhausen	15 Kreise	1,2 Mio. Einwohner auf 7.349 km ²
Stadtroda	13 Kreise	0,7 Mio. Einwohner auf 4.004 km ²
Hildburghausen	9 Kreise	0,5 Mio. Einwohner auf 3.856 km ²

Alle Kliniken liegen dezentral im Nordwesten, Osten bzw. Süden des Landes. Das Ballungsgebiet liegt um Erfurt und erstreckt sich bis in den Raum Jena – Gera hinein,

d.h. das im Nordwesten gelegene psychiatrische Krankenhaus Mühlhausen versorgt etwa die Hälfte des Territoriums und der Wohnbevölkerung.

Die psychiatrischen Abteilungen in Weimar und Nordhausen haben sich schon seit Jahren für die Kreise der Umgebung zur Vollversorgung verpflichtet gefühlt.

Die Stadt Erfurt verfügt mit Hochschulklinik und Katholischem Krankenhaus insgesamt über nur 51 Betten für eine Einwohnerzahl von etwa 260.000, wenn man den Landkreis sinnvollerweise mit einbezieht. Die psychisch Kranken müssen von hier in das 70 km entfernt gelegene Großkrankenhaus in Mühlhausen eingewiesen werden.

Mindestens ebenso zentralisiert ausgerichtet ist die Versorgungssituation im südwestlichen Teil Thüringens entlang des Südhanges des Thüringer Waldes. Hier obliegt die gesamte stationäre Behandlung allein der Landesnervenklinik in Hildburghausen. In diesem langgestreckten Versorgungsgebiet sind damit auch hier Entfernungen zur Klinik von bis zu 120 km gegeben.

Im Osten Thüringens sind die Bedingungen etwas günstiger. Die Psychiatrische Universitätsklinik Jena versorgt die Stadt Jena weitgehend voll, vorausgesetzt, daß Bettenreduzierungen in Zukunft nicht vorgenommen werden.

Die psychiatrische Abteilung des Klinikums Gera ist bereit, die Stadt Gera und einen Landkreis voll zu versorgen. Zwischen diesen beiden Krankenhäusern liegt das Landesfachkrankenhaus Stadtroda und südlich davon die psychiatrische Abteilung am Bezirkskrankenhaus Agricola in Saalfeld. Diese Abteilung ist oder soll geschlossen werden, dafür ist ein Neubau im Gespräch.

Eine durchgehend wohnortnahe Krankenhausbehandlung ist jedoch in Thüringen bei zum Teil Entfernungen von bis zu 120 km zur Klinik und mitunter ungünstiger Verkehrsanbindung schon jetzt nicht mehr möglich.

Eine *innere Sektorisierung der großen Fachkrankenhäuser* wird wohl angestrebt, ist bisher aber noch nicht erfolgt.

Die innere Struktur der Fachkrankenhäuser berücksichtigt die Bedürfnisse einiger Zielgruppen (Oligophrene, Langzeitpatienten) nicht ausreichend. Das Bemühen, einen Patienten notfalls auch längerfristig auf einer Station durchgehend vom gleichen Team

behandeln zu lassen, ist zu erkennen (keine scharfe Trennung zwischen kurz- und mittelfristigen Behandlungsbereichen). Nur auf wenigen Stationen ist die Geschlechtertrennung aufgegeben.

Die Stationen selbst sind vielfach viel zu groß. Etwa die Hälfte der Patienten ist auf Stationen mit 20 bis 40 Plätzen und noch größeren untergebracht, z.B. in Mühlhausen.

Vor allem im Langzeitbereich ist das Mißverhältnis von Behinderten zu Bezugspersonen ausgeprägt. Das Bezugspersonenprinzip ist noch nicht üblich.

Die Belegungsdichte auf den Stationen ist eindeutig zu hoch. nicht immer hat jeder Patient seinen eigenen Schrank. Um einigermaßen Bewegungsraum zu schaffen, gibt es auf einzelnen Stationen immer noch Doppelstockbetten. Eine Auflockerung und Verdünnung der Stationen in der Belegungsdichte ist unbedingt erforderlich.

Beschäftigungs- und Aufenthaltsräume reichen oft nicht aus. Die Schlafzimmer sind häufig zu groß. Wachsäle sind durchaus noch üblich. Es ist davon auszugehen, daß knapp die Hälfte der Patienten in 1- bis 3-Bettzimmer, aber über die Hälfte in 4- bis 10-Bettzimmern untergebracht sind. Es gibt auch noch Wachsäle mit bis zu 14 Betten (Mühlhausen). Die Krankenpflege ist dort zu einseitig auf die körperliche Betreuung ausgerichtet.

Der Mangel an Ärzten, Pflegepersonal und Psychologen, aber auch Beschäftigungs-, Arbeits- und Sozialtherapeuten sowie Sozialarbeitern ist zum Teil erheblich.

Die Gebäude und Räume sind nahezu durchgehend renovierungs- bzw. rekonstruktionsbedürftig, die Dächer und Putze schadhafte, die Grundmauern oft durchnäßt.

Die Klinikgebäude sind zum Teil über 120 Jahre alt (Hildburghausen), die meisten Häuser wurden um 1910 bis 1920 erbaut. Positiv zu erwähnen ist, daß die psychiatrische Abteilung Gera in einem neuen, 1982 erbauten Klinikum in unmittelbarer Nachbarschaft zu anderen klinischen Fächern untergebracht ist. Die räumlichen Bedingungen sind sehr gut. Die Abteilung in Weimar ist räumlich sehr beengt und von ihrer Kapazität her überlastet. Schon seit Jahren wurde aus der Klinik heraus der Aufbau eines vielseitigen komplementären Bereiches betrieben.

Die Abteilung am Katholischen Krankenhaus in Erfurt ist räumlich völlig unzulänglich ausgestattet, hat aber den Vorteil, im Stadtkern zu liegen.

An der Psychiatrischen Hochschulklinik in Erfurt besteht von jeher ein akuter Bettenmangel. Von der Möglichkeit einer Vollversorgung ist man hier weit entfernt.

Sollte die Universitätsklinik Jena verkleinert werden, so ist neben den Aufgaben von Lehre und Forschung eine Vollversorgung der Stadt von hier aus sicher nicht mehr gewährleistet. Von der Klinik aus wird die Bildung und Arbeit eines psychiatrischen Hilfsvereins gefördert.

Am Fachkrankenhaus in Stadtroda hat man schon vor einiger Zeit einen inzwischen überregional wirksam gewordenen Angehörigenverein ins Leben gerufen.

In Mühlhausen ist man im Zuge der inneren Sektorsierung bemüht, die Tätigkeit der ambulanten Dienste und komplementären Einrichtungen im regional-kommunalen Versorgungsgebiet im Sinne eines gemeindepsychiatrischen Verbundes zu koordinieren.

Die Gruppe der geistig Behinderten ist leider noch in die allgemeinspsychiatrischen Bereiche integriert und macht hier bis zu einem Drittel der Klinik-Klientel aus. Die geistig Behinderten sind überwiegend in Langzeitbereichen und in den überalterten Kinder- und Jugendpsychiatrischen Abteilungen untergebracht.

Die Einrichtungen, die für den Maßregelvollzug vorgesehen sind, sind weder materiell noch personell für diese Aufgabe ausgestattet und ebenfalls noch viel zu dicht belegt.

Empfehlungen

1. Dezentralisierung der psychiatrischen Krankenhausbehandlung durch:

- Aus- und Neubau von psychiatrischen Abteilungen
- Verkleinerung der Versorgungsgebiete der Landesfachkrankenhäuser - Schaffung von voll- oder teilstationären Außenstellen dieser psychiatrischen Fachkrankenhäuser
- innere Sektorsierung derselben

- Ausbau zumutbarer und bedarfsorientierter komplementärer Einrichtungen in allen Betreuungsbereichen (Wohnen, Freizeit, Arbeit) heimatnah mit dem Ziel einer qualifizierten Enthospitalisierung der Langzeitpatienten.

Das könnte in bezug auf die nächsten Schritte so aussehen (ohne damit einer verbindlichen Landes-Psychiatrieplanung vorgreifen zu wollen):

Das Landesfachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Mühlhausen versorgt zukünftig mit nur noch 300-400 Krankenhausbetten die psychisch akut Kranken der sechs umliegenden Kreise:

Mühlhausen

Langensalza

Heiligenstadt

Worbis

Sondershausen

Gotha

mit zusammen 457.000 Einwohnern. Die genannte Bettenkapazität wäre noch durch die Übernahme überregionaler Versorgungsaufgaben zu erweitern: Maßregelvollzug, Suchtbehandlung, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Betreuung geistig Behinderter – allerdings nur, bis wohnortnahe Alternativen entstanden sind.

In der Stadt Erfurt sind über die bestehenden 51 Betten hinaus entsprechend mehr notwendig, damit die Vollversorgung für den Stadt- und Landkreis Erfurt realisiert werden kann.

In der psychiatrischen Abteilung in Weimar sollte die Zahl der Betten ebenfalls auf ca. 80 erhöht werden, zuzüglich weiterer 20 tagesklinischer Plätze, um so den zugehörigen Stadt- und Landkreis Weimar sowie einen Nachbarkreis voll versorgen zu können (ungefähr 225.000 Einwohner).

In Eisenach müßte eine psychiatrische Abteilung mit 80 Betten und 20 tagesklinischen Plätzen zur Versorgung der Kreise Eisenach und Bad Salzungen (206.000 Einwohner) gebaut werden. Den Gemeinden des nördlichen Kreisgebietes von Eisenach bleibt es aus verkehrstechnischen Gründen vorbehalten, auch weiterhin die

dann eventuell näher und günstiger gelegene Klinik in Mühlhausen in Anspruch zu nehmen.

Die psychisch Kranken des 146.000 Einwohner zählenden Kreises Gotha könnten dann drei rasch erreichbare und nahegelegene Krankenhäuser aufsuchen (Mühlhausen, Eisenach, Erfurt). Sinnvoll wäre hier jedoch eine Tagesklinik als Außenstelle einer der umliegenden Abteilungen und Kliniken.

Die psychiatrische Abteilung in Nordhausen müßte ihre Bettenkapazität von 40 auf 80 Betten erweitern, um die Kreise Nordhausen und Artern (etwa 167.000 Einwohner) voll versorgen zu können.

Im östlichen Raum Thüringens würde sich mit dem Landesfachkrankenhaus Stadtroda, der Universitätsklinik Jena und der psychiatrischen Abteilung in Gera an der Versorgungsstruktur nicht grundsätzlich ändern müssen.

Problematisch ist die Rolle der Universitätsklinik Jena. Als Stätte der Forschung und Lehre untersteht sie dem Kultusministerium. Die Übernahme der Vollversorgungspflicht für eine definierte Region bedingt entsprechende Erwartungen des Gesundheits- und Sozialministeriums. Die Konsequenz aus diesem Konflikt muß aber trotzdem bedeuten, daß die Bettenzahl in der Stadt Jena nicht reduziert wird, damit die bisher gegebene gemeindenahere stationäre Behandlung psychisch Kranker und Behinderter für die Stadt auch weiterhin garantiert werden kann.

Die Bettenzahl an der Abteilung in Gera sollte auf 100 zuzüglich weiterer 20 tagesklinischer Plätze erhöht werden. Wichtig wäre aber auch, daß in Saalfeld weiterhin eine psychiatrische Abteilung mit ca. 80 Betten zur Verfügung steht, entweder im Agricola-Krankenhaus selbst oder in einem Neubau in der Nachbarschaft des Krankenhauses.

Der Einzugsbereich der Landesnervenklinik Hildburghausen (bislang der ehemalige Bezirk Suhl mit 550.000 Einwohnern und z.T. sehr großen Entfernungen) ist zu groß. Auch für diese Region wird eine Psychiatrie-Planung empfohlen, die nicht nur die Krankenhausversorgung, sondern auch den komplementären Bereich und die ambulanten Hilfen für chronisch psychisch Kranke mit komplexen Problemen umfaßt (vgl. Kap. A.III.).

2. Eine qualifizierte Enthospitalisierung der Großkrankenhäuser setzt voraus, daß gemeindenahe komplementäre Einrichtungen intensiv gefördert werden.
3. Der Investitionsbedarf ist in allen Einrichtungen groß.
4. Besondere Aufmerksamkeit sollte einigen Zielgruppen gelten. Die geistig Behinderten müssen aus den psychiatrischen Krankenhäusern ausgegliedert werden. Die wohnortnahen Einrichtungen müssen für geistig Behinderte in die Pflicht genommen werden, auch die schwerer und mehrfach Behinderten zu akzeptieren, anstatt sie in überregionale Großinstitutionen – sei es in psychiatrische Krankenhäuser oder Behinderteneinrichtungen – auszugrenzen.

Das psychiatrische Krankenhaus ist nur für eine vorübergehende Behandlung psychischer Erkrankung von geistig Behinderten zuständig, nicht für ihre langfristige Versorgung. Eine besonders konflikträchtige Untergruppe sind Personen im Grenzbereich zwischen geistiger Behinderung und normaler Intelligenz mit schweren Verhaltensproblemen wie Aggressivität, Dissozialität, Suchtmittelmißbrauch, Zündeln und sexuelle Übergriffe. Bei ihrer sozialen Rehabilitation sind erfahrungsgemäß besonders hohe Schwellen zu übersteigen. Sie zentral für das ganze Land in einer Klinik unterzubringen, würde die Wiedereingliederung und die Normalisierung ihres Lebensumganges nur noch zusätzlich erschweren. Das gilt ebenso für Kinder und Jugendliche dieser Zielgruppe.

Die klinisch stationäre Gerontopsychiatrie ist für die Behandlung psychisch kranker alter Menschen zuständig, sofern die psychische Störung nicht vorübergehender Natur im Zusammenhang mit somatischen Erkrankungen ist (Geriatric).

Komplementäre Hilfen für alte Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen und Behinderungen sollten im Rahmen der wohnortnahen Altenhilfe integriert werden, statt neben der Altenhilfe gesondert neue komplementäre Versorgungsbereiche Gerontopsychiatrie zu schaffen. Das schließt eine differenziertere Betreuung unter "einem Dach" nicht aus (getrennte Zimmer, Wohn- bzw. Pflegebereiche.).

In die Aufgabe des Maßregelvollzuges haben sich die drei Landesfachkrankenhäuser nach gemeinsamer Absprache mit den Ministerien geteilt. Der Maßregelvollzug sollte aber so durchlässig sein, daß Patienten von hier unter gegebenen Umständen auch auf

Stationen der übrigen Psychiatrie behandelt werden können. Den Maßregelvollzug ganz allgemein mit den gleichen Sicherheitsvorkehrungen wie einen mittleren Strafvollzug zu beauftragen, kann nicht zugestimmt werden.

4. Heimsektor

Wie überall in der ehemaligen DDR spielen auch in Thüringen die psychiatrischen Pflegeheime quantitativ eine große Rolle. Die regionale Verteilung, besonders aber die Qualität der Heime hinsichtlich Personal und technischer Ausstattung ist sehr unterschiedlich. Die negativen Beispiele überwogen erheblich.

1988 waren in den drei Thüringer Bezirken 25 psychiatrische Pflegeheime und 40 psychiatrische Stationen in allgemeinen Pflegeheimen erfaßt. Nach offizieller Statistik gab es 1988 für die 1,2 Mio. Einwohner des Bezirkes Erfurt 1.944, für die 0,8 Mio. Einwohner des Bezirkes Gera 949 und für die 0,5 Mio. Einwohner des Bezirkes Suhl 177 Heimplätze. Wieviele davon echte psychiatrische Plätze waren, ließ sich nicht ermitteln.

Im Bezirk Erfurt kamen auf 1.000 Einwohner 157 psychiatrische Pflegeheimplätze, im Bezirk Suhl waren es dagegen nur 32.

Die Heime können mehr als ein bloßes Verwahren der Patienten nur in Ausnahmefällen leisten; eine Beschäftigungs- oder Arbeitstherapie war die absolute Ausnahme, schon gar nicht eine krankheits- oder behindertenspezifische Betreuung mit Förderung oder Erhaltung gesunder Anteile der Bewohner. Seit der sogenannten Wende gibt es aber Ansätze, mit Hilfe neuer Trägerschaften geistig Behinderte von psychisch Kranken zu trennen und ihren Aufenthalt im Heim menschenwürdiger zu gestalten.

Die Arbeitsgruppe besichtigte folgende Heime:

1. Langenhain/Waltershausen
2. Mechterstädt/Bodelschwingh-Hof
3. Behringen
4. Weimar: Paul-Schneider-Straße
5. Weimar: Haußknecht-Straße
6. Gera: Fritz-Koch-Heim

a) **Skizze der Einrichtungen**

1. Langenhain/Waltershausen

Das Heim liegt 10 Minuten zu Fuß außerhalb des kleinen Dörfchens Langenhain, einige Kilometer von Waltershausen entfernt. Ein Frauenhaus und ein Männerhaus mit je ca. 75 Plätzen. Die Gebäude wurden am Anfang des vorigen Jahrhunderts als Spinnweberei mehrstöckig gebaut, seit Anfang dieses Jahrhunderts als Landespflegeanstalt genutzt. Die großen Spinnsäle wurden unterteilt.

Räumliche Verhältnisse:

Z.B. Pflegestation im Frauenhaus mit 20 Betten: Bad 6 qm groß, zwei Wannen, vier Waschbecken.

Für das ganze Haus mit über 70 Frauen, einschließlich 21 bettlägerigen Frauen, ist folgende Schichtbesetzung möglich: Frühschicht 2 bis 3, Spätschicht 1 Person, Nachtschicht 1 Person, dazu kommen 2 ZDL in der Frühschicht. – Man hofft, die Spätschicht ab Februar 1991 mit 2 Personen besetzen zu können.

Männerhaus:

Eine Etage mit 36 Betten hat zwei Toiletten, eine Badewanne und vier Waschbecken.

Die Patientenräume:

Einige 6-Bett-Zimmer, sonst meist 3- und 2-Bett-Zimmer, die immerhin noch Platz für Nachttisch und kleinen Schrank bieten.

Beide Häuser sind langgestreckt, je Stock ein zentraler gerader Flur über die ganze Länge, je ein mittleres Haupttreppenhaus, an den beiden Enden zwei weitere Treppenhäuser. Räume einerseits erheblich renovierungsbedürftig, dennoch recht persönlich gestaltet in bezug auf Mobiliar, Bilder, Tischdecken, Sitzgruppen, Holztäfelung.

Atmosphärischer Eindruck:

Trotz der angespannten Lage geht das Personal mit den Behinderten recht persönlich, wohlwollend um. Viele der behinderten Frauen übernehmen über die Mittagszeit kleine Aufgaben. Beklagt wird der Mangel an Beschäftigung und geschützter Arbeit.

Zu den Bewohnern des Heimes:

Bewohner sehr ärmlich gekleidet. Alter von 18 bis über 90. Von den Frauen kommen 60%, von den Männern 90% aus der Psychiatrie, darunter alle Diagnosen (Psychosen, Alkoholismus, senile Verwirrtheit, geistige Behinderung sowie Mehrfachbehinderungen). Im Männerhaus gibt es eine Reihe jüngerer Alkoholiker, die mehr oder weniger regelmäßig am Wochenende betrunken aus dem Ort vom Kneipengang zurückkehren. Den Nachtdienst aber leistet nur eine Person.

Noch ist der Kreis Träger, ein freier Träger wird gesucht. Ein Konsil-Psychiater der Poliklinik in Gotha kommt regelmäßig.

2. Bodelschwingh-Hof in Mechterstädt

Bewohner überwiegend geistig Behinderte, einzelne Schizophrene und eine kleinere Gruppe von schwer Körperbehinderten. Alter von 19 bis 93 Jahre.

Heim 1952 gegründet, großer Neubau 1982 bezogen, im Sanatoriumsstil gebaut, mit langen Fluren und nicht Wohngruppenanordnung (obwohl der damalige Heimleiter sich durch Reisen nach Holland, Dänemark und Schweden informiert habe, seien seine Empfehlungen nicht berücksichtigt worden). Alles Einzel- und Doppelzimmer mit Namensschild und Tür zur Terrasse oder zum Balkon. Neben der Standardausstattung mit Bett, Sitzecke und Schrankwand recht persönliche Einrichtung mit Bildern und Gegenständen.

Ein großer Speiseraum, der auch als Festsaal genutzt werden kann, in dem alle drei Mahlzeiten eingenommen werden, auch für Gottesdienste.

Die Einrichtung hat jetzt insgesamt 81 Plätze, davon 12 Plätze in einer Außenstelle in Gotha, die den Charakter einer Trainingswohnung haben. Die Bewohner machen einen recht lebendigen, entspannten, aktiven Eindruck, gepflegt und persönlich gekleidet.

WfB auf dem Gelände: Töpferraum, Tonbrennraum, Werkraum; sowie kleine Werkhalle im Ort, dazu kommt eine Gärtnerei, die jetzt als WfB-Arbeitsbereich übernommen wird.

Träger: Diakonie.

3. Behringen

Eine alte heruntergekommene Schloßanlage in einem kleinen Ort (der Besitzer hat sich noch nicht gemeldet). Im Altbau zwei Stationen übereinander, langgestreckt, mit je 50 Plätzen. Seit 1971 psychiatrisches Heim, seit 1961 zuvor Feierabendheim.

Auf einer Station mit 50 Plätzen: 8 Waschbecken und 2 Wannen. Die Zimmer sind nicht größer als 6-Bett-Zimmer, aber zum Teil liegen 6 Zimmer als Durchgangszimmer hintereinander. Bei jedem Bett steht ein Nachttisch.

Jede Station hat nur einen Tagesraum, die Männerstation zusätzlich noch einen kleinen Raucherraum.

Personalsituation:

Für 101 Plätze insgesamt gibt es 13 Vollkräfte für Pflege, davon 4 mit großem Examen. Schichtbesetzung: 2/2/1 pro Station, dazu kommen 2 ABM-Kräfte für das ganze Haus, ein Musiker und eine Sekretärin, die in einem Raum für eine Auswahl von Bewohnern Beschäftigungen anbieten.

Der Heimarzt ist ein stundenweise dort tätiger Nervenarzt.

Die Heimbewohner kommen fast alle aus der Psychiatrie. Das gesamte Diagnosespektrum ist vertreten (Psychosen, schwere hirngorganische Schädigungen, geistige Behinderungen, Mehrfachbehinderungen, Alkoholiker).

In einem Tagesraum liegt ein Patient mit dem Kopf auf dem Tisch: er sei blind, Epileptiker, autoagressiv (viele frische und verheilte Narben an seinem Kopf sind sichtbar). In einem Krankenzimmer liegen zwei Männer ständig im Bett. Zu dem einen: er sei Epileptiker, habe sich zweimal im Anfall einen Oberschenkelhalsbruch zugezogen, seitdem sei er dauerbettlägrig und würde im Bett gepflegt.

Bei den Pflegepatienten fängt die Nachtwache um 3.30 Uhr an zu wecken, um mit Waschen und Ankleiden bis zum Morgen durchzukommen.

Am Tage unseres Besuches (Januar) war die Zentralheizung defekt. Dem Stationspersonal war nicht bekannt, wie lange noch mit dem Ausfall der Heizung zu rechnen sei.

Noch ist das Landratsamt der Träger, es gibt aber keine Arbeitsverträge für das Personal und keine Aussage über die zukünftige Trägerschaft.

Dennoch arbeitet das Personal unverdrossen weiter und wirkt angesichts der katastrophalen Situation erstaunlich locker, verantwortungsbereit und umgänglich mit den Bewohnern.

4. Weimar: Pflegeheim Paul-Schneider-Straße

Mit 26 Plätzen für vorwiegend jüngere geistig Behinderte.

Eine Ende der 20er Jahre erbaute Villa mit großen Räumen und großem Garten in einem guten Wohngebiet der Stadt. Wohnräume (1 bis 3 Betten) liegen rund um einen zentralen Flur. Holzmöbel (auch die pflegeintensiven Betten), Schränke, Vorhänge, Bilder, persönliche Gestaltung.

Die Bewohner sind alle mit Hausarbeiten, Spielen beschäftigt. Selbst Schwerstbehinderte, die nur bettlägrig sind und nicht sprechen können, werden einbezogen, indem sie im Bereich der Aktivitäten sind, von dem einen oder anderen angesprochen werden.

Hervorzuheben ist, daß die Heimleitung und die Pflegekräfte es verstehen, die Behinderten im Sinne der aktivierenden Pflege zu betreuen und auch anzuregen, sich gegenseitig zu unterstützen. Dabei werden Versorgungsaufgaben des Hauses, Wäsche, Essen, Säubern, Aufräumen und dergleichen zur Tagesstrukturierung in Gruppenaktivitäten und individuell genutzt. Ausgesprochen bemerkenswert ist, daß auch Schwerst- und Mehrfachbehinderte (blind, oder dauerbettlägrig, oder früher autoaggressiv) hier integriert sind.

5. *Weimar: Psychiatrisches Pflegeheim Haußknecht-Straße*

Mit 46 Plätzen für vorwiegend psychisch Kranke aller Altersgruppen und Diagnosegruppen.

Gebäude: Ein Haus aus der Jahrhundertwende mit 3 oder 4 Stockwerken mit eigenem Hof und Garten, gegenüber von einem Park.

Räume: Eng belegt, aber nicht zu groß.

Baulicher Zustand: insgesamt renovierungsbedürftig.

6. *Gera: Fritz-Koch-Heim*

In der Stadt gelegen, 208 Plätze, z.Zt. 203 belegt, 6 Stationen, 2 für Männer und 4 für Frauen.

Gebäude: Ein früheres Krankenhausgebäude von 1845, Mobiliar wurde in den letzten Jahren deutlich verbessert.

Eine Station mit 37 Patienten: Ein kleiner Aufenthaltsraum, Abendessen auf den 4-Bett-Zimmern, auf dieser Station müssen 90% der Bewohner gewaschen und angezogen werden.

Zimmer sind so vollgepackt mit Betten, daß kaum Schränke oder Nachttische vorhanden sind, 2 bis 3 Personen teilen sich einen kleinen Schrank.

Wir fanden ein Einzelzimmer mit Stahltür und Durchreichefenster. Pro Nacht gibt es 2 bis 4 Nachtwachen für das ganze Haus. Viele oder die meisten 4-Bett-Zimmer werden nächtlich verschlossen, die Patienten haben einen Nachtstuhl im Zimmer. Mehrere Bewohner waren fixiert bzw. dauerfixiert. Von den Bewohnern sind 50% über 65. das Altersspektrum reicht von 18 bis 99.

Beim Pflegepersonal gibt es große Besetzungsprobleme, kaum Zivildienstleistende und ABM-Kräfte.

Die Bewohner kommen zu 90% aus psychiatrischen Kliniken, z.T. aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie Stadtroda, wenn sie erwachsen werden.

Das diagnostische Spektrum reicht über die ganze Psychiatrie, einschließlich Alkoholiker, geistig Behinderte.

Ein Problem ist, daß die Stadt auch ihre Nichtseßhaften in dem Heim unterbringt, so daß es immer Personen mit Alkoholproblemen gibt, die alten und hilflosen Bewohnern auch Geld wegnehmen, um es zu vertrinken.

b) **Struktur- und Grundsatzprobleme des Heim-Sektors**

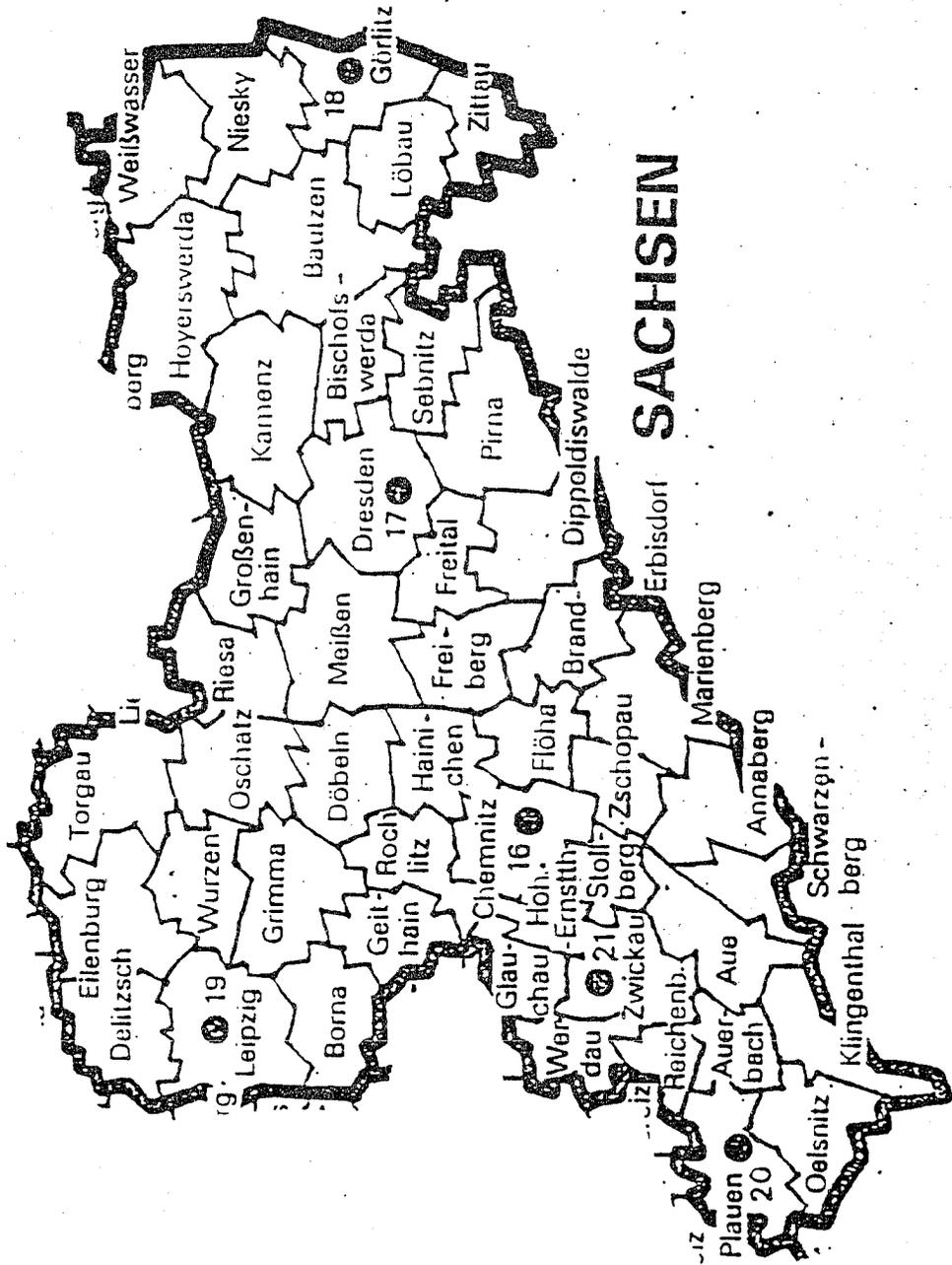
In den psychiatrischen Pflegeheimen finden sich alle Problemgruppen der Psychiatrie einschließlich der Nachbarfelder, geistig Behinderte und Nichtseßhafte, vermischt, weil nur Grundversorgung, aber keine problem- oder behinderungsspezifische Betreuung und Förderung realisiert wird. Abgesehen von positiven Ausnahmen ist das Personal von der Aufgabe völlig überfordert und wendet in seiner Hilflosigkeit auch unzulässige Zwangsmittel an (Fixierung, verschlossene Zimmertür nachts usw.).

Alle Heime haben eine fachpsychiatrische konsiliarische Betreuung, doch kann diese angesichts der räumlichen Verhältnisse, der personellen Ausstattung und der Häufung von Problemfällen wenig ausrichten.

In den Heimen wurden wir immer wieder auf freie Plätze hingewiesen mit der Frage, ob nicht Patienten aus den Krankenhäusern verlegt werden könnten – und dies trotz der z. T. katastrophalen räumlichen personellen Situation. Bei den Krankenhäusern besteht eine gewisse Neigung, Patienten zu verlegen, um selber Gestaltungsspielraum zur Verbesserung der Betreuung der verbleibenden Patienten zu gewinnen.

Es zeichnet sich ab, daß die zukünftige Verteilung der Patienten zwischen Krankenhäusern und Heimsektor sich danach richtet, welche Einrichtungen bereit sind, die Anforderungen am niedrigsten anzusetzen.

Im übrigen sei auf die Kapitel des Allgemeinen Teils A.II.4, "Komplementäre Versorgung", A.III.2., "Versorgung und Rehabilitation behinderter Menschen", und A.III.3., "Reform der komplementären Versorgung", verwiesen.



SACHSEN

Weißwasser
Hoyerswerda
Kamenz
Bautzen
Löbau
Zittau

Niesky
18
Görlitz

Bischofs-
werda
Sebnitz
Pirna

Dresden
17
Freital
Dippoldiswalde

Erbisdorf
Marienberg

Brand-
Annaberg
Schwarzen-
berg

Klingenthal
berg

Eilenburg
Torgau
Delitzsch

19
Leipzig

Borna
Grimma
Geit-Roch-
hain litz

Chemnitz
16
Glauchau
Hoh-
Ernstth-
dau

21
Stoll-
berg
Zwickau

Flöha
Zschopau
Raichenb-
Auer-
bach

20
Plauen
Oelsnitz

Annaberg
Schwarzen-
berg

B.V. Sachsen

1. Vorbemerkungen

Der vorliegende Bericht mit Grobdaten zur Situation in der Psychiatrie des Freistaates Sachsen beinhaltet schwerpunktmäßig Informationen mit Stand Dezember 1990. Dabei konzentriert er sich vor allem auf den klinischen Bereich der Erwachsenenpsychiatrie. Er kann nicht den Anspruch erheben, einen Überblick zur Situation in der Kinderpsychiatrie zu geben. Auch die Problematik der forensischen Psychiatrie ist weitgehend ausgespart. Die Problematik der Betreuung Behinderter, die bis heute einen nicht unbedeutenden Umfang vor allem im stationären Sektor des psychiatrischen Wirkungsfeldes einnimmt, aber ihrer Spezifik wegen zukünftig einen von der Psychiatrie relativ selbständigen Rahmen braucht, wird nur kurz angerissen.

Die Autoren sind sich dessen bewußt, daß insgesamt – aufgrund der Zugänglichkeit vergleichbarer Daten – der stationäre gegenüber dem ambulanten und komplementären (geschützten) Betreuungssektor inhaltlich in den folgenden Ausführungen überrepräsentiert ist. Damit kann der vorgelegte Überblick nur eingeschränkt der zunehmend zentralen Bedeutung ambulanter Strategien im psychiatrischen Wirkungsfeld gerecht werden. Zu berücksichtigen ist weiterhin, daß die folgenden Ausführungen nicht unwesentlich ärztliche Sichtweisen widerspiegeln.

Multiprofessionelle Sichten unter aktiver Einbeziehung von Betroffenen, ihren Angehörigen und Bezugspersonen hätten den Aussagewert wesentlich erweitern können. Trotz dieser vorhandenen inhaltlichen Grenzen, die auch der Kürze der Bearbeitungszeit geschuldet sind, wünschen sich die Autoren, daß das vorgelegte Arbeitspapier für die zukünftige Entwicklung der Betreuung psychisch Kranker im Freistaat Sachsen konstruktive Berücksichtigung in erforderlichen Diskussionen und Entscheidungen finden möge.

Der neu konstituierte Freistaat Sachsen hat rund 4,9 Millionen Einwohner und ein Territorium von 18.337 Quadratkilometer. Es existieren drei Regierungsbezirke: Dresden, Chemnitz und Leipzig. Die ehemals in den Bezirk Leipzig gelegenen Kreise Altenburg

und Schmölln gehören jetzt zu Thüringen, und die bisher zum Bezirk Cottbus gehörenden Kreise Hoyerswerda und Weißwasser liegen jetzt in Sachsen.

2. Zur Situation der stationären Psychiatrie

Im Freistaat Sachsen gab es zur Zeit der Erhebungsarbeiten allein in der Erwachsenenpsychiatrie 7.083 Betten in 21 Fachkrankenhäusern und psychiatrischen Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern (vgl. Tab. 1). Damit ergibt sich rein rechnerisch ein Bettenschlüssel von 1,45 Betten Erwachsenenpsychiatrie auf 1.000 Einwohner; hinzu kommen weitere 0,05 Betten Psychotherapie und 0,3 Betten Kinderneuropsychiatrie auf 1.000 Einwohner. Damit ergibt sich rechnerisch ein Gesamtbestand von 1,8 Betten zur psychiatrischen Versorgung vorgehaltenen Betten auf 1.000 Einwohner.

Diese recht hohe Bettenmeßziffer relativiert sich zumindest im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie durch die Tatsache, daß der Einzugsbereich der im Land Sachsen bestehenden psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen aufgrund der in der ehemaligen DDR geltenden Aufnahmegebiete knapp 1,3 Mio. Einwohner von Gebieten umfaßte, die heute nicht zum Freistaat Sachsen gehören. So wurden knapp 900.000 Einwohner des heutigen Landes Sachsen-Anhalt, rund 250.000 Bewohner des Landes Brandenburg und etwa 130.000 Einwohner des heutigen Thüringen durch sächsische Einrichtungen versorgt. Von den im Freistaat Sachsen vorgehaltenen Betten standen somit nur knapp 80% der Versorgung der sächsischen Bevölkerung zur Verfügung. Der entsprechend korrigierte Bettenschlüssel für die Versorgung der Bevölkerung des Freistaates Sachsen reduziert sich daher auf 1,14 erwachsenpsychiatrische Betten auf 1.000 Einwohner.

Das Fachkrankenhaus Altscherbitz, im äußersten Nordwesten an der Grenze zu Sachsen-Anhalt gelegen, hat das größte außerhalb Sachsens gelegene Einzugsgebiet aller sächsischen klinisch-psychiatrischen Einrichtungen.

Für das durch das FKH Altscherbitz pflichtversorgte Territorium in Sachsen-Anhalt mit 892.000 Einwohnern stehen in Halle an der Universitätsklinik bisher nur 68 Betten zur Verfügung.

Zum bisherigen Pflichtversorgungsgebiet des Bezirkskrankenhauses für Psychiatrie Arnsdorf gehörten ca. 175.000 Einwohner aus dem Land Brandenburg. Für dieses Territorium stehen derzeit nur 27 psychiatrische Betten und 20 Tagesplätze in Senftenberg zur Verfügung.

Zum Pflichteinzugsgebiet vom Fachkrankenhaus Großschweidnitz gehört der Kreis Forst (Brandenburg) mit ca. 40.000 Einwohnern, wobei am Kreiskrankenhaus Forst 30 psychiatrische Betten vorhanden sind, die vor allem geronto-psychiatrisch genutzt werden.

In den 21 Krankenhäusern des Freistaates Sachsen mit psychiatrischen Versorgungsaufgaben befinden sich 7.083 Betten der Erwachsenenpsychiatrie. Es gibt 8 psychiatrische Großkrankenhäuser in Sachsen, die knapp 87% der erwachsenenpsychiatrischen Betten beherbergen. Ende 1990 befanden sich 9% der psychiatrischen Krankenhausbetten (n=643) in 10 Allgemeinkrankenhäusern und weitere 4,3% in drei kleineren selbständigen Krankenhäusern (vgl. Tab. 1). Zu den letzteren zählten das konfessionelle St. Marien-Krankenhaus Dresden-Klotzsche, für welches in der Statistik bisher nur neurologische Betten ausgewiesen wurden; desweiteren das psychiatrische Fachkrankenhaus Wiesen im Landkreis Zwickau, welches vorher eine überregionale Einrichtung der "Wismut" war.

Bedenkenswert in diesem Zusammenhang ist, daß es in Zwickau Ende 1990 bezüglich der stationär-psychiatrischen Betreuung zu einer Situation kam, die es zukünftig bei Trägerwechsel von Krankenhäusern zu vermeiden gilt. Infolge der Privatisierung des ehemaligen Bergarbeiterkrankenhauses der Wismut in Zwickau zur Paracelsus-Klinik wurde die in ein gut ausgestattetes, nach dem Krieg erbautes Allgemeinklinikum integrierte Neurologisch-Psychiatrische Klinik ab 01.01.1991 als Neurologische Klinik profiliert. Dies geschah, obwohl am Bezirkskrankenhaus Zwickau die neurologischen Stationen der Nervenlinik am Schlobigplatz kapazitätsmäßig für das Einzugsgebiet ausreichen dürften und darüber hinaus sowohl baulich als von ihren qualitativ inhaltlichen Betreuungsgegebenheiten her besser als deren psychiatrische Abteilung sind. Die psychiatrische Abteilung der Nervenlinik BKH Zwickau weist bei erhaltener Geschlechtertrennung bis heute eher Anstaltscharakter auf und kann kaum den Eindruck einer zeitgemäßen Psychiatrie vermitteln. Anstatt die ehemals von der "Wismut" betriebenen zeitgerechten stationär-psychiatrischen Betreuungskapazitäten der für

Zwickau-Stadt und -Land zu profilieren, wurden die psychiatrischen Behandlungsplätze der "Wismut" Zwickau in die ehemalige Außenstelle für Suchtbehandlung und Psychotherapie des Bergarbeiterkrankenhauses in Wiesenburg (Zwickau-Land) integriert und als selbständiges FKH Wiesen konstituiert. Damit wurden entgegen dem fachlich Wünschenswerten klinisch-psychiatrische Kapazitäten institutionell aus der Allgemeinmedizin und dem gesellschaftlichen Zentrum eines Einzugsgebietes verbannt. Am BKH Zwickau ist ein Neubau mit 80 Betten für die Erwachsenenpsychiatrie im Entstehen.

Das dritte kleinere selbständige psychiatrische Krankenhaus befindet sich in Waldheim im Kreis Döbeln, welches bis 30.04.1990 eine Abteilung des FKH Hochweitzschen im Kreis Döbeln war und aus verschiedensten Kreisen der ehemaligen DDR forensische Fälle aufnahm (siehe zur Problematik Waldheim die bereits vorliegenden Sondergutachten und -stellungen!). Aktuell bestehen Vorstellungen, Waldheim als Maßregelvollzug zu profilieren.

Knapp 50% der erwachsenenpsychiatrischen Betten in allen 21 psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen des Landes werden im Fragebogen-Rücklauf als "akut- bzw. allgemeinpsychiatrische Betten" angegeben; 15,5% als gerontopsychiatrische Betten; 8,3% als Betten für Abhängigkeitskranke; rund 3% als forensische Betten und knapp 24% als mit geistig Behinderten belegt.

Im Bereich der Großkrankenhäuser lauten diese Zahlen nach den Angaben der Fragebogen-Ausfüller: 47% Allgemein- und Akutpsychiatrie, 17% Gerontopsychiatrie, 7% Abhängigkeitskrankheiten und 1% Forensische Psychiatrie. Nur 17% der Betten in den Großkrankenhäusern werden als mit geistig Behinderten belegte Betten ausgewiesen. Die Aussagekraft dieser Angaben muß jedoch relativiert werden: rechnet man die Angaben über die "Langzeitpatienten" im Fragebogen-Rücklauf zusammen, so ergibt sich allein für die Großkrankenhäuser ein Anteil von rund 57% an Langzeitpatienten (vgl. Tab. 2) – allein schon die Summe aus dieser Angabe und derjenigen der ebenfalls angegebenen 47% Akutkranken übersteigt 100%, wobei überdies davon auszugehen wäre, daß alle anderen (gerontopsychiatrische, abhängigkeitskranke und forensische Patienten) von vornherein als Langzeitpatienten gelten müßten, da sonst die Angaben zur "Akut- und Allgemeinpsychiatrie" in ihrer Gültigkeit noch fragwürdiger erschienen oder die 100-Prozent-Marke in der Summe noch erheblich weiter überschritten würde.

Auch die Angabe von nur ca. 27% an mit geistig Behinderten belegten Betten erscheint nicht vollständig der Realität zu entsprechen. Eine Differenzierung der Lebens- und Betreuungsbedürfnisse von chronisch psychisch Kranken und geistig Behinderten gibt es bislang kaum in Ansätzen. Die Fragebögen können deshalb teilweise hier keine differenzierten Angaben machen. Dies könnte auch eine der Ursachen sein, daß Großschweidnitz, Rodewisch und Hochweitzschen in der Befragung überhaupt keine geistig Behinderter ausgewiesen haben. Insgesamt dürfte aus unserer Sicht ein Anteil von ca. 30% geistig Behinderter in Großkrankenhäusern der Realität nahekommen.

Von den Leitern der psychiatrischen Abteilungen bzw. Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern wurden 76% der Betten als Allgemein- bzw. Akut-Psychiatrie, 15% als spezielle Betten für Abhängigkeitskranke und 6% als gerontopsychiatrische Betten eingestuft.

Eine alternative Betreuungswirksamkeit einer psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus zum traditionellen Großkrankenhaus ist an der Realisierung regionaler Pflichtversorgung und dem Grad qualifizierter therapeutischer und rehabilitierender Betreuungsangebote sowohl für akute als auch für chronisch "ambulante" psychisch Langzeitkranke in Krisen- und akuten Wiedererkrankungsphasen unabhängig von der jeweils zugrundeliegenden nosologischen Diagnose zu beurteilen. Bisher realisierten nur 4 der 10 psychiatrischen Abteilungen und Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern eine solche Vollversorgung weitestgehend, d.h. die Abteilung fühlt sich gebunden, auch die sozial oder krankheitsbedingten Problemfälle im Bedarfsfall voll zu betreuen. Über die Berechtigung, den Begriff der Pflichtversorgung zur Charakterisierung eigener Betreuungsleistungen anzuwenden, zeigen sich Unterschiede in den Auffassungen. So erheben auch Abteilungen, die eine Region stationär-psychiatrisch nicht voll versorgen, den Anspruch, eine Pflichtversorgung zu realisieren, obwohl sie in der Tat nur an der Regelversorgung einer Region beteiligt sind.

Der Anteil von Langzeitkranken (vgl. Tab. 2) in den Großkrankenhäusern wird mit ca. 57% angegeben. Dieser Anteil ist vermutlich eher zu niedrig als zu hoch angegeben. Der relativ niedrig ausgewiesene Anteil von Langzeiterkrankten in den psychiatrischen Abteilungen und Kliniken der Allgemeinkrankenhäuser von nur 10% spricht dafür, daß in der Regel keine Vollversorgung realisiert wird und die Betreuung Langzeitkranker weiterhin psychiatrischen Großkrankenhäuser für zuständig erklärt werden.

Wie aus Tabelle 4 zu entnehmen ist, sind in 6 der 8 psychiatrischen Großkrankenhäuser zumindest die Mehrheit der Gebäude bereits vor der Jahrhundertwende gebaut worden. Die älteste und historisch wertvollste, aber zugleich rekonstruktionsaufwendigste Bausubstanz hat dabei Hubertusburg, deren baulicher Ursprung ins 18. Jahrhundert zurückgeht.

Bis auf das 1953 fertiggestellte Gebäude der Klinik für Neurologie und Psychiatrie Aue, die bis vor kurzem mehr neurologisch und von "leichter" Psychiatrie geprägt war, und die Bettenstation der Klinik für Psychiatrie im 1984 fertiggestellten Bettenhaus der Leipziger Universität, die seit 1976 für knapp 100.000 Einwohner eine weitgehende psychiatrische Vollversorgung realisiert, sowie einige An- und Zusatzbauten wurde das Gros der Gebäude mit psychiatrischen Krankenhausbetten im ersten Viertel unseres Jahrhunderts errichtet. Jede der Einrichtungen hat einen mehr oder weniger großen Teil rekonstruierter bzw. teilrekonstruierter Stationen. Darunter sind meist die neurologischen und psychotherapeutischen Stationen, gefolgt von den sogenannten Aufnahmestationen in den psychiatrischen Großkrankenhäusern. Bis auf einige Ausnahmen sind vor allem die Langzeitbetreuungsstationen in den einzelnen Einrichtungen aufgrund der wirtschaftlich fehlenden Ressourcen in der ehemaligen DDR völlig auf baulichen Verschleiß betrieben worden und befinden sich heute – so vor allem die Patientenräume, die zum überwiegenden Teil noch Saalcharakter haben (siehe Tab. 5), aber auch die sanitären Bedingungen – in einem z.T. menschenunwürdigen Zustand. Dabei ist nicht hoch genug zu schätzen, daß sich immer wieder Menschen fanden, die mitunter seit Jahrzehnten die Patientenbetreuung auf solchen Stationen zumindest existenzsichernd für die Betroffenen gewährleisteten.

Im psychiatrischen Bereich ist noch häufig Geschlechtertrennung vorhanden. Der als Begründung angeführte Mangel an Baukapazitäten, der in der Vergangenheit geherrscht hat, ist zwar nicht unwesentlich; es ist aber nicht zu verkennen, daß eine Umstrukturierung mit dem Ziel der Aufhebung der Geschlechtertrennung angesichts der hergebrachten Versorgungs- und Unterbringungsgewohnheiten auch auf Widerstände beim Personal der Einrichtungen gestoßen ist.

Eine "innere" Sektorisierung der psychiatrischen Großkrankenhäuser mit jeweils regionalen Pflichtversorgungsaufgaben ist bis auf das Leipziger Bezirkskrankenhaus für

Psychiatrie (seit 1978 2 Sektorkliniken und für 1991 3. Sektorklinik geplant) und einer sektorbezogenen arbeitenden Abteilung im FKH Altscherbitz (für Leipzig Nord und den wesentlichen Landkreis Leipzig) weder im Aufnahme- und Behandlungsbereich, geschweige denn im Langzeitbereich realisiert.

Die an den stationär-psychiatrischen Einrichtungen mitbetriebenen tagesklinischen Kapazitäten sind bis auf die großstädtischen Regionen nicht unwesentlich standortbedingt recht wenig entwickelt.

Die von den Einrichtungen berichteten Personalzahlen liegen z.T. weit unter den in den Alt-Bundesländern gültigen Personalbemessungsziffern. Es wird deutlich, daß vor allem die überdimensionierten Großkrankenhäuser an ländlichen Standorten gerade im akademischen Bereich unter Personalmangel leiden. Dies sollte auch ein Grund dafür sein, diese Einrichtungen erheblich zu verkleinern.

Es wird eine erhebliche Streuung des Betreuungsschlüssels deutlich. Die in den Einrichtungen unterschiedlich vorhandenen neurologischen und psychotherapeutischen Betten sind in der Regel zumindest im akademischen Bereich oft deutlich besser versorgt, so daß die psychiatrischen Stationen eher einen noch geringeren Betreuungsgrad haben.

Die personellen Betreuungswerte in der stationären Psychiatrie liegen ca. um ein Drittel bis zur Hälfte niedriger als die anvisierten neuen Personalbemessungsziffern in der Psychiatrie.

3. Zur Situation der ambulanten Psychiatrie

Die letzten bisher auftreibbaren ambulanten Nervenarztzahlen der offiziellen Statistik aus den ehemaligen Bezirken Dresden, Chemnitz (Karl-Marx-Stadt) und Leipzig stammen aus dem Jahr 1988. Dieser Erhebung zufolge waren 188 VK Nervenärzte ambulant tätig, das bedeutet seit 1985 einen zahlenmäßigen Rückgang um 11 VK. Diese Verringerung der ambulanten Nervenartzkapazitäten in Sachsen war für diesen Zeitraum, in dem im damaligen DDR-Gebiet noch ein Zuwachs von 647 auf 688 VK ambulanter Nervenärzte zu verzeichnen war, eine bedenkliche Tendenz. Erhebliche Diskrepanz bestand zwischen

großstädtischer und ländlicher Versorgungssituation zu Ungunsten letzterer. Dabei bestätigt sich das bekannte Phänomen, daß in den Gebieten, die von stationär-psychiatrischen Einrichtungen am entlegensten sind, auch die nervenärztliche Betreuungssituation am schlechtesten ist.

Die *ambulante psychiatrische Betreuungssituation* ist aufgrund des lückenhaften Rücklaufs der Fragebögen momentan *nur schwer charakterisierbar*. Zumindest bis Ende 1990 wurde die ambulante Betreuung psychisch und neurologisch Kranker durch Fachärzte in poliklinischen Fachabteilungen getragen, die in multiprofessionellen Teams mit Psychologen, Fürsorgern und Schwestern sowie auch z.T. mit Physiotherapeuten zusammenarbeiteten. An einigen Stellen konnten gute Erfahrungen mit einer in die Fachambulanzen integrierten Tagesbetreuung von jeweils ca. 12–15 Patienten, die in personell vom multiprofessionellen Ambulanzteam mitgetragen wird, gesammelt werden (z.B. Leipzig). Soweit es keine selbständigen Suchtdispensaires (z.B. in Dresden 5) gab, gehörte die Suchtkrankenbetreuung und psychotherapeutische Leistungserbringung zum Aufgabengebiet der Fachambulanzen. Neben einigen Nervenärzten und wenigen Fachärzten für Psychotherapie (bzw. mit Zusatztitel) wurden psychotherapeutische Leistungen nicht unwesentlich durch Psychologen realisiert, die häufig psychotherapeutisch qualifizierter sind als ein großer Teil der Nervenärzte wie der Ärzte für Allgemeinmedizin oder anderer Fachgebiete.

In Leipzig arbeitete bis zum 31.12.1990 eine Fachpoliklinik für Psychotherapie mit zuletzt 2 Ärzten und 11 Psychologen. In zwei Kreisen im Bezirk Leipzig existierten staatliche Nervenarztpraxen (Eilenburg, Wurzen). In Glauchau arbeitet ein Nervenarzt bereits seit Mai 1990 in eigener Niederlassung.

Von den derzeit 54 sächsischen Kreisen hatten 7 Kreise keinen ambulant vollbeschäftigten Nervenarzt (Riesa, Großenhain, Görlitz-Stadt und -Land, Löbau, Annaberg, Zschopau). In Görlitz-Stadt und -Land wurde die ambulante psychiatrische Betreuung durch die Fachambulanz der psychiatrischen Klinik des BKH abgesichert. Im Kreis Löbau war die Ambulanz des FKH Großschweidnitz wirksam. In Annaberg arbeiteten die zwei stationär tätigen Fachärzte der psychiatrischen Abteilung des Kreiskrankenhauses auch in ambulanter Zuständigkeit. Neben den Fachambulanzen, die zumindest die Großkrankenhäuser betrieben, gab es noch sog. Stationsambulanzen oder die Möglichkeit

stationsambulanter Betreuung, die vor allem in den Fällen der Langzeitbehandlung am stationsambulanten Übergang bei besonders risiko- bzw. rezidivgefährdete psychisch Kranken wirksam wurde. Diese Einheit von stationärer und ambulanter Betreuung hat sich nach übereinstimmenden Aussagen von Verantwortlichen der Einrichtungen bewährt. Solche Betreuungsstrategien sollten über Institutsambulanzen oder wenigstens über die Ermächtigung stationär tätiger Psychiater auch in Zukunft erhalten bleiben. Dringend zu fordern ist in diesem Zusammenhang, auch psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, die die regionale Versorgungsverpflichtung für ein definiertes geographisches Gebiet übernommen haben, in gleicher Weise wie psychiatrische Krankenhäuser gesetzlich zur Führung einer Institutionsambulanz zuzulassen, ohne daß dies von einer wie immer gearteten Bedarfsprüfung durch die Zulassungsausschüsse abhängig gemacht würde.

Im Zuge der Niederlassungswelle (zum 1.1. bzw. 1.4.1991) hat sich zumindest die Zahl der ambulant tätigen Nervenärzte nicht verringert, sondern in einigen Regionen (z.B. Plauen) sogar verbessert.

In Begleitkommentaren wird seitens der Ärzte die häufig im Zusammenhang mit dem Zerfall der Poliklinik erfolgte Niederlassung verschieden bewertet. Die Stellungnahmen reichen von optimistischer Entschlossenheit bis zum resignierten Genötigtsein. Was in der Mehrheit bedauert wird, ist der offensichtliche Zerfall der ökonomischen Basis für eine multiprofessionelle Zusammenarbeit. Es wurden bisher nur partiell Psychologen und Fürsorger von den Kommunen in ein Anstellungsverhältnis übernommen. Ein Überblick darüber, wieviel funktionstüchtige sozialpsychiatrische Dienste bereits entstanden sind, fehlt derzeit völlig. Inwieweit die angesichts der gegenwärtigen Situation sachlich notwendige Behandlung von Patienten durch diese Dienste auf dem Wege einer Ermächtigung durch die Zulassungsausschüsse erreicht werden kann, vermag sich erst in Zukunft zu zeigen.

In Leipzig ist ein Modellprojekt, das den Umbau der sieben neuropsychiatrischen Fachambulanzen, die an den bisherigen Stadtbezirkspolikliniken angesiedelt waren, zu ärztlich geleiteten, behandlungszugelassenen gemeindepsychiatrischen Zentren vorsieht, mit dem Ziel konzipiert worden, diese multiprofessionellen Ambulanzen (die über integrierte TagesbetreuungsKapazitäten verfügen) über eine Fachpoliklinik schließlich im

Sinne eines gemeindepsychiatrischen Verbundes zu betreiben – und zwar in der gesamten Stadt koordiniert und in kommunaler Trägerschaft. Eine gewissen finanzielle Förderung für dieses Leipziger Projekt ist durch die Bundesregierung bereits zugesagt.

4. Bemerkungen zum komplementären Bereich

Für den *komplementären Bereich* liegt bisher *landesweit kein ausreichender Überblick* über vorhandene strukturelle Ansätze vor. Aus Angaben, die in den stationären und ambulanten Erhebungsbögen vorliegen, ergibt sich nur ein sehr begrenzter Überblick. Ein wesentlicher Teil komplementärer Betreuungsleistungen wurde auf konfessioneller Basis erbracht. Eine Anfrage zu diesem, derzeit ebenfalls nicht voll überschaubaren Leistungsspektrum erfolgte bei der Diakonie und der Caritas. Eine Übersicht liegt derzeit nur von der Caritas vor.

Große Defizite bestehen – bei aller lokalen Unterschiedlichkeit – im Bereich des geschützten Wohnens. Es fehlt auch ein genauer Überblick über das Belegungsprofil der staatlichen und konfessionellen Heime. In diesem Sektor gibt es noch viele Bereiche, die, von den baulichen Bedingungen, dem Leistungsumfang und der personellen Situation aus gesehen, derzeit gegenüber dem Langzeitsektor in den psychiatrischen Großkrankenhäusern häufig keine Alternative in dem Sinne bieten, daß eine höhere Lebensqualität möglich würde. Eine Übersicht über existierende, verschiedentlich neu gegründete Vereine mit Betreuungsaktivitäten für psychisch Kranke fehlt ebenso wie über das derzeitige Leistungsprofil der Wohlfahrtsverbände im Freistaat Sachsen.

Die im Rahmen von Kreisrehabilitationszentren betriebenen geschützten Werkstatteinrichtungen sowie die in den Betrieben der ehemaligen DDR vorhandenen geschützten Betriebsabteilungen sind im Zusammenhang mit dem gegenwärtigen wirtschaftlichen Niedergang nicht mehr funktionstüchtig oder äußerst bedroht. Ein anderer Trend ist, daß die zu geringen geschützten Arbeitsmöglichkeiten in Werkstätten für Behinderte im Rahmen der gewünschten Profilbereinigung zwischen geistiger und psychischer Behinderung zu Ungunsten von Kapazitäten für letztere erfolgt. Mit der zunehmenden Arbeitslosigkeit psychisch Behinderter werden dringend tagesstrukturelle Maßnahmen nicht nur im geropsychiatrischen Sektor erforderlich. Entsprechende Angebote für geropsych-

iatisch Beeinträchtigte werden zumindest im großstädtischen Bereich teilweise durch Senioren- und Pflegeheime mitrealisiert.

5. Zusammenfassende Schlußfolgerungen und Empfehlungen für die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung im Freistaat Sachsen

Ausgehend von den Erfahrungen einer Besuchsreise durch ausgewählte psychiatrische Einrichtungen Sachsens (Neurologisch-psychiatrische Klinik am Vogtlandkrankenhaus Plauen, Neurologisch-psychiatrische Klinik am Bezirkskrankenhaus Zwickau, Fachkrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie Altscherbitz, Fachkrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie Hubertusburg, Bezirksfachkrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie Arnsdorf, die Leipziger Universitätsklinik für Psychiatrie und die Poliklinik Leipzig Südwest) im Zeitraum vom 05. bis 07.12.1990 und von Kenntnissen, die früher bei Besuchen psychiatrischer Einrichtungen gewonnen werden konnten, sowie auf der Grundlage der in den vorangegangenen Abschnitten dargestellten empirischen Ergebnisse einer schriftlichen Grobdatenerhebung in den stationär- und ambulant-klinischen Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie möchten wir thesehaft folgende Schlußfolgerungen ziehen. Die dabei getroffenen Aussagen beziehen sich auf den stationären *erwachsenenpsychiatrischen Bereich*. Dem Auf- und Ausbau einer bedarfsgerechten ambulanten und komplementären Versorgung kommt jedoch als notwendige Ergänzung und zur Entlastung der derzeitigen Situation in den Krankenhauseinrichtungen gleiche Bedeutung zu. In diesen Bereichen sollte nach den im Allgemeinen Teil, Kap. A.II.1. und A.II.4. dargestellten Grundsätzen verfahren werden. Für die Kinderpsychiatrie sind entsprechende Empfehlungen dringend gesondert zu erarbeiten.

- Die stationäre Psychiatrie Sachsens verfügt über einen Bettenschlüssel von 1,81 Betten pro 1.000 Einwohner, darunter knapp 1,5 Betten Erwachsenenpsychiatrie. Obgleich 21 Einrichtungen in Sachsen über psychiatrische Krankenhausbetten verfügen, konzentriert sich die Hauptmasse der Betten (87%) in nur 8 Großkrankenhäusern.
- Geleitet von der Psychiatrie-Enquête und den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen Bereich, bestand

bei den Kommissionsmitgliedern und den Vertretern der Fachkrankenhäuser Übereinstimmung darin, daß eine drastische Verkleinerung der 8, meist sehr baufälligen psychiatrischen Großkrankenhäuser in Sachsen notwendig ist.

- Es scheint bisher ein institutionsbezogenes Herangehen an die zu lösenden Probleme gegenüber den erforderlichen populationsbezogenen Konzeptionen vorzuherrschen, die aktiv eine beträchtliche Bettenreduzierung der Großkrankenhäuser auf maximal 500 psychiatrische Betten (in der ersten Etappe) anstreben. Dies ist nur durch den Aufbau von neuen klinisch-psychiatrischen Kapazitäten an Allgemeinkrankenhäusern, durch ein flexibles ambulantes Betreuungssystem sowie durch Schaffung komplementärer Einrichtungen möglich. Vorschnelle Streichungen, ohne daß tragfähige Alternativen aufgebaut worden wären, sollten nicht durchgeführt werden.
- Die Einzugsgebiete der psychiatrischen Großkrankenhäuser sind in einer ersten Phase durch Errichtung kommunal gelegener stationär-psychiatrischer Angebote in den bisher entferntest gelegenen Territorien auf max. 500.000 Einwohner zu begrenzen. Als Fördervoraussetzung könnte eine interne Sektionierung mit jeweils umschriebenem Pflichtaufnahmebereich in den Grenzen kommunaler Gebietskörperschaften als ein äußerer Sektor mit maximal 250.000 Einwohnern gelten.
- Die psychiatrische Klinik der Medizinischen Akademie Dresden sollte möglichst rasch durch Realisierung des geplanten Neubaus in die Lage versetzt werden, entsprechend der psychiatrischen Universitätsklinik Leipzig eine Pflichtversorgungsaufgabe für einen Sektor in der Stadt Dresden zu übernehmen. Dies wäre nicht nur für diese Stadt von großer Bedeutung, sondern würde in der Studentenausbildung neue Perspektiven für das erforderliche stationäre Dezentralisierungsprogramm in der psychiatrischen Versorgung Sachsens eröffnen.
- Die Betreuung geistig Behinderter, die noch ein Viertel der Betreuungskapazitäten der Großkrankenhäuser bindet, sollte mit Heimcharakter aus dem Verband der Krankenhäuser herausgelöst werden.
- Landesgefördert bedarf es des Aufbaus und der Profilierung der bereits vereinzelt vorhandenen und vor allem des Neuaufbaus von psychiatrischen Abteilungen an

Allgemeinkrankenhäusern, die die Verpflichtung eingehen, für eine kommunalpolitisch definierte Region die erforderliche stationär-psychiatrische Betreuung sicherzustellen.

- Es sollten Voraussetzungen geschaffen werden, daß die Geschlechtertrennung auf ein Mindestmaß reduziert werden kann. Eine Berufung von sog. "Frauen-" oder "Männer"-Chefärzten, die entsprechenden Abteilungen vorstehen, muß in den zukünftigen Landeskrankenhäusern endgültig der Vergangenheit angehören.
- Die konsequente Verkleinerung der Großkrankenhäuser führt bei der gegenwärtig allgemein schlechten Personalausstattung, die weit unter dem Niveau der Alt-Bundesländer liegt, auch auf mittelfristige Sicht nicht zu einem Personal- und damit Arbeitsplatz-Abbau am jetzigen Standort. Vielmehr würde sich der Betreuungsschlüssel in wünschenswerter Weise erhöhen. Obwohl notwendige neue stationär-psychiatrische Standorte territorial sowohl personell als auch in ihrer Akzeptanz wachsen und kaum administrativ verordnet werden können, sollten die entsprechenden Entscheidungen davon geleitet werden, daß vorrangig neue stationär-psychiatrische Kapazitäten zu fördern sind
 - in Territorien, wo die größten Entfernungen und die ungünstigsten Verkehrsverbindungen zum derzeit versorgten Großkrankenhaus bestehen,
 - aber auch – als kommunale Alternative – in weniger entfernt liegenden Gebieten, nämlich dann, wenn der Rekonstruktionsaufwand von Fachkrankenhausgebäuden nicht mehr zu vertreten ist, wenn in bestehenden Krankenhäusern klinische Bettenkapazitäten freiwerden, oder auch dann, wenn Allgemeinkrankenhäuser neugebaut werden.
- Derzeitige Standortentscheidungen sollten bezüglich der kommunalen Einbindung so flexibel sein, daß sie zu erwartende Kreiszusammenschlüsse im Rahmen der Gebietsreform noch berücksichtigen können. Es gilt auch für Sachsen Finanzmodalitäten zu erarbeiten, die verhindern, daß aufgrund der Landesfinanzierung der psychiatrischen Großkrankenhäuser die Kommunen veranlaßt werden, ihre Verantwortung für die Betreuung psychisch Kranker aus dem Auge zu verlieren, und umgekehrt, daß kommunal eingebundene psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern über Gebühr die äußerst begrenzten Mittel der jeweiligen Kommune beanspruchen.

Beides wäre für Gründung und Betreiben von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern nicht förderlich.

Im Idealfall müßte – unter Berücksichtigung des Vorangegangenen – der Freistaat Sachsen auf seinem Territorium verteilt 32–40 klinisch-stationäre Psychiatriestandorte, in der Regel psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, aufweisen können.

Als Orientierungshilfe ist im folgenden eine im Detail weiter zu konkretisierende *Variante eines zukünftigen Netzes stationär-psychiatrischer Standorte (Sektoren) als Arbeitskatalog* zusammengestellt. (Solange eine Standortalternative nicht funktionsfähig ist, muß die bisherige Betreuungseinrichtung verständlicher Weise noch verantwortlich bleiben).

Es muß nachdrücklich davor gewarnt werden, die folgenden Vorschläge zu möglichen neuen Standorten vor einer jeweils eingehenden regionalen Problemsicht als endgültige Entscheidungsgrundlage zu verwenden. Sie sollen vielmehr dazu dienen, den Umfang der nach Ansicht der Experten-Gruppe erforderlichen Entscheidungen über neue Standorte zu verdeutlichen, ohne damit die vor Ort notwendigen Planungsmaßnahmen und Entscheidungen vorwegnehmen zu wollen. Sie sollen darüber hinaus als Diskussionsgrundlage dazu anregen, in landesweiten und regionalen Gremien Entscheidungen über mögliche neue Standorte und die Verkleinerung der bisherigen Großkrankenhäuser – auch im Sinne einer zunächst einzuleitenden Sektionierung von deren Versorgungsgebieten – vorzubereiten.

Die *Stadt Dresden* gehört mit knapp 500.000 Einwohnern noch immer zum Pflicht-Aufnahmegebiet des Psychiatrischen Krankenhauses in Arnsdorf. Die zu ihrer Vollversorgung notwendigen rund 400 psychiatrischen Betten sollten künftig durch Aus- und Aufbau der an der Versorgung beteiligten psychiatrischen Kliniken der Medizinischen Akademie Dresden sowie am Allgemeinkrankenhaus in Oberloschwitz gemeindenah vorgehalten werden.

Ebenfalls zum Aufnahmegebiet von Arnsdorf gehören derzeit noch die Kreise Dresden-Land, Meißen, Großenhain, Riesa, Pirna, Sebnitz und Dippoldiswalde. Für sie könnten neue Pflichtversorgungseinrichtungen in *Radebeul, Riesa, Pirna* und später auch in *Dippoldiswalde* auf- bzw. bedarfsgerecht ausgebaut werden: die Kreise Bad Liebenwerda und Senftenberg gehören zum Bundesland Brandenburg und müßten künftig von den

dortigen Einrichtungen voll versorgt werden; weiterhin von Arnsdorf versorgt werden würden somit noch die Kreise Kamenz und Bischofswerda, Freital und mittelfristig noch Dippoldiswalde.

Zum Aufnahmegebiet des Psychiatrischen Krankenhauses Großschweidnitz gehören derzeit noch die Kreise Hoyerswerda, Weißwasser, Görlitz-Stadt und -Land, Niesky und Bautzen. Für sie wäre an den Auf- bzw. Ausbau neuer Pflichtversorgungseinrichtungen in *Hoyerswerda*, *Görlitz* und später auch in *Bautzen* zu denken; der zum Land Brandenburg gehörige Kreis Forst wird zukünftig auch von den dortigen Einrichtungen voll versorgt werden müssen. Damit würden die Kreise Löbau, Zittau und zunächst auch noch Bautzen weiterhin von Großschweidnitz aus versorgt.

Für die zum Aufnahmegebiet der Klinik Hochweitzschen gehörenden Kreise Freiberg, Brand-Erbisdorf, Döbeln und Hainichen sollten in *Freiberg* und *Mittweida* bedarfsgerechte kleinere Einrichtungen aufgebaut werden. Die Kreise Marienberg und Zschopau, die bislang von den Kliniken in Hochweitzschen und Rodewisch versorgt werden, empfiehlt sich als gemeindenaher Einrichtung eine psychiatrische Abteilung in *Zschopau*. Für Hochweitzschen blieben als Pflichtversorgungsgebiete die beiden Kreise Döbeln und Hainichen.

Der Kreise Chemnitz-Stadt und -Land sowie Flöha, die von Chemnitz, Rodewisch und Hochweitzschen versorgt werden, sollten künftig durch ein bis zwei neue Standorte in *Chemnitz* selbst gemeindenaher versorgt werden.

Im Kreis *Aue* (von Rodewisch versorgt) sollte die dortige neurologisch-psychiatrische Abteilung am ehemaligen Bezirkskrankenhaus als rein psychiatrische Abteilung in die Lage versetzt werden, die Vollversorgung des Kreises zu übernehmen; desweiteren sollte auch die Abteilung in *Plauen* so ausgebaut werden, daß sie zusätzlich zu Plauen-Stadt und -Land auch den Nachbarkreis Oelsnitz versorgen kann.

Im weiteren Aufnahmegebiet des PKH Rodewisch sollten in *Annaberg* (oder ggf. auch in Erlabrunn), *Zwickau*, *Chrimmitschau* und *Stollberg* bedarfsgerechte psychiatrische Krankenhauskapazitäten zur Versorgung der Kreise Schwarzenberg, Annaberg-Buchholz, Zwickau-Stadt und -Land, Hohenstein-Ernstthal und Stollberg aufgebaut werden;

weiterhin von Rodewisch versorgt würden damit die Kreise Auerbach, Klingenthal und Reichenbach.

Zur Versorgung der zum Aufnahmegebiet von Hubertusberg gehörenden Kreise Oschatz, Wurzen, Eilenburg und Torgau sollten in *Oschatz* und *Torgau* neue Standorte errichtet werden, die bisher versorgten thüringischen Kreise Altenburg und Schmölnn werden mittelfristig auch von dortigen Einrichtungen versorgt werden müssen. Die Klinik Hubertusburg, die aufgrund ihrer Bausubstanz einen besonderen Fall darstellt, könnte damit als psychiatrisches Krankenhaus geschlossen werden; durch den Aufbau von zwei neuen Standorten in der unmittelbaren Nachbarschaft wären aber keine Arbeitsplätze in der Region gefährdet. Die Experten-Gruppe empfiehlt, dieses Konzept seitens der Sächsischen Staatsregierung auch unter Kostengesichtspunkten prüfen zu lassen, da ein Neubau von zwei neuen Standorten sich vermutlich auch als kostengünstiger erweisen wird, als die an den Erfordernissen einer zeitgemäßen Psychiatrie orientierte Rekonstruktion des Schlosses Hubertusburg.

Das Aufnahmegebiet der Kliniken Zschadraß bliebe unverändert; in Leipzig sollten ein bis zwei neue Standorte aufgebaut werden.

Das Fachkrankenhaus *Altscherbitz* befindet sich angesichts seiner extremen Randlage in Sachsen in einer besonderen Situation. Es wird empfohlen, alle im jetzigen Bundesland Sachsen-Anhalt gelegenen Kreise des bisherigen Aufnahmegebietes schrittweise an dortige Einrichtungen abzugeben. Für Altscherbitz verblieben damit als Aufnahmegebiet mittelfristig nur noch der Kreis Delitzsch, Leipzig-Nord und der westliche Teil des Kreises Leipzig-Land. Angesichts dieser Perspektive wäre zu prüfen, ob die derzeitige psychiatrische Großeinrichtung in ein Allgemeinkrankenhaus mit psychiatrischer Abteilung umgewandelt werden sollte. Eine solche Perspektive könnte sich auch unter dem Gesichtspunkt der zu erwartenden zunehmenden Bevölkerungsdichte im Raum Leipzig-Nord/Schkeuditz als sinnvoll erweisen.

Im Falle des Krankenhauses Waldheim empfiehlt die Experten-Gruppe aufgrund der Ergebnisse der dort durch die offiziellen Untersuchungskommissionen durchgeführten Untersuchungen folgendes Vorgehen:

1. Diejenigen Patienten, die den Bezug zu der Region, aus der sie nach Waldheim verlegt wurden, noch nicht verloren haben, sollten in eine Einrichtung ihrer Herkunftsregion bzw. ihres Herkunftslandes zurückverlegt werden.
2. Für die Patienten, bei denen ein solches Vorgehen – ggf. auch aufgrund von in Waldheim vorhandenen oder entstandenen Bindungen – nicht mehr durchzuführen ist, sollen im Krankenhaus Waldheim oder in seiner Umgebung angemessene und menschenwürdige Unterbringungsmöglichkeiten geschaffen werden.
3. Es sollte grundsätzlich geprüft werden, ob Waldheim auch künftig als Einrichtung des Maßregelvollzugs (allerdings nur für den Freistaat Sachsen) weitergeführt werden soll, oder ob sich angesichts seiner problematischen Vergangenheit nicht eine Auflösung dieses Standortes empfiehlt.

6. Ausgewählte Tabellen

Tabelle 1: Institutionelle Verteilung der Krankenhausbetten in der Erwachsenenpsychiatrie im Freistaat Sachsen

(Stand 1990)

Einrichtungscharakter	psych. Großkrankenhaus	psych. Abteilung bzw. Klinik am Allgemein-KH	kleines selbständiges psych. Krankenhaus	Krankenhaus mit psych. Betten
Zahl der Einrichtungen	8	10 ¹	3	21
Bettenzahl	6.138	643 ¹	302	7.083
prozentuale Bettenverteilung	86,7	9,1	4,3	100

-
- 1 – Im Februar 1991 wurden im KKH Annaberg 35 psychiatrische Betten liquidiert.
 - Im Bergarbeiterkrankenhaus Zwickau wurden 94 psychiatrische Betten liquidiert.
 - unberücksichtigt geblieben ist die geplante Neuropsychiatrische Klinik in Dresden-Oberloschwitz.

Tabelle 2: Krankenhausbetten in der Erwachsenenpsychiatrie im Freistaat Sachsen²
(Stand 1990)

Name und Charakter der Einrichtung	Betten gesamt	davon Langzeitpatienten
Psychiatrische Großkrankenhäuser:		
BKH Arnsdorf	1.376	1.201
FKH Großschweidnitz	686	347
BKH Rodewisch	770 (+ 79 gesperrte Betten)	106
FKH Hubertusburg/Wermsdorf	500	323
FKH Hochschweitzschen ³	549	415
Kliniken Zschadraß	402	257
FKH Altscherbitz/Schkeuditz	1.183	441
BKH Leipzig	672	405
FKH Wiesen	96 ⁴	5
Psychiatrische Klinik bzw. Abteilung an Allgemein-Krankenhäusern:		
Neurol.-Psych. 2 Klinik des BKH Zwickau	78	15
Neurol.-Psych. Kl. des Vogtlandklinikums Plauen	56	-
Kl. f. Neurol. u. Psych. des BKH Aue	51	15
Nervenklinik des BKH Chemnitz	179	-
Psych. Klinik des BKH Görlitz	31	6
Psych. Abt. des KKH Pirna	15	-
Neuropsychiatrische Klinik Dresden-Oberloschwitz	75	(20)
Konfessionelle psychiatrische Einrichtung:		
St. Marien-Krankenhaus Dresden-Klotzsche	56 ⁵	-
Psychiatrische Hochschuleinrichtung:		
Kl. u. Polikl. f. Psych. der Med. Akademie Dresden	59	6
Kl. f. Psych. der Universität Leipzig	45	4
spezielle psychiatrische Einrichtungen:		
Krankenhaus für Psych. Waldheim ⁶	150	-
nur bis 1990:		
Bergarbeiterkrankenhaus Zwickau ⁷	94	20
Neuropsych. Abteilung am KKH Annaberg ⁸	35	-

2 Betten für spezielle Neurose-Psychotherapie nicht enthalten (siehe Tabelle 3a).

3 45 ehemalige Kinderpsychiatriebetten sind jetzt mit Erwachsenen belegt.

4 Vorhandene spezielle 12 Psychotherapiebetten zur Zeit oft mit psychiatrischen Patienten belegt.

5 In der zentralen Statistik bisher als Neurol. Betten ausgewiesen.

6 Geplant als Maßregelvollzug.

7 Ab 1991 nur Neurologie.

Tabelle 3a: Stationäre und teilklinische Psychotherapiekapazität im Freistaat Sachsen
(Stand 1990)

Name der Einrichtung	Kreis	Betten	Tagesplätze
FKH Großschweidnitz	Löbau		
BKH Dresden-Neustadt	Dresden	24	?
Krankenhaus Heidenau	Pirna	?	?
FKH Hubertusburg/Wermsdorf	Oschatz	20	?
FKH Altscherbitz/Schkeuditz	Leipzig-Land	24	?
BKH Leipzig	Leipzig	12	12
Uni-Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik Leipzig	Leipzig	34	
Poliklinik für Psychotherapie Leipzig ⁹	Leipzig		10-12
BKH Rodewisch	Auerbach	25	?
Nervenklinik am BKH Chemnitz	Chemnitz	12	?
Klinik für Rehabilitation und Psychosomatik Chemnitz	Chemnitz	20	?
Psychotherapeutische Klinik Augustusburg	Flöha	48	?
FKH Wiesen		12	?
Klinik für funktionelle Erkrankungen Bergarbeiterkrankenhaus Erlabrunn ¹⁰	Schwarzenberg	34	?

8 Ab 1991 ist die ehemalige Neuropsychiatrische Abteilung in die Abteilung Innere integriert.

9 Bis 31.12.1990.

10 Seit 1957 Psychotherapie der I. Med. Klinik; ab 1972 selbständige Klinik des Bergarbeiterkrankenhauses.

Tabelle 3b: Stationäre Kinderneuropsychiatrische Einrichtungen im Freistaat Sachsen
(Stand 1990)

Name der Einrichtung	Standortkreis	Betten
BKH für Neurologie u. Psychiatrie Arnsdorf	Dresden-Land	130
FKH für Psychiatrie u. Neurologie Großschweidnitz	Löbau	106
Medizinische Akademie Dresden	Dresden	16
FKH für Neurologie u. Psychiatrie Hubertusburg	Oschatz	20
FKH für Neurologie u. Psychiatrie Hochweitzschen	Döbeln	67 (+ 45) ¹¹
FKH für Neurologie u. Psychiatrie Altschwerbitz	Leipzig-Land	112
BKH für Psychiatrie Leipzig	Leipzig	118
Neuropsychiatrische Universitätsklinik Leipzig	Leipzig	27
Krankenhaus für Kinderpsychiatrie Sitzenroda	Torgau	130
Nervenklinik des BKH Chemnitz	Chemnitz	25
Neurol.-psych. Klinik des BKH Zwickau	Zwickau	18
FKH für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie Bad Reiboldsgrün	Auerbach	411
FKH für Kinderneuropsychiatrie Johannegeorgenstadt	Schwarzenburg	150
FKH für Kinder- und Jugendpsychiatrie Wechselburg	Rochlitz	115

11 45 kinderpsychiatrische Betten als mit "Überalterten", also Erwachsenen belegt ausgewiesen.

Tabelle 4: Alter der Bausubstanz in stationären Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie im Freistaat Sachsen

(Stand 1990)

Name und Charakter der Einrichtung	vor 1900	1900-1945	nach 1945
Psychiatrische Krankenhäuser:			
BKH Arnsdorf		1.912	
FKH Großschweidnitz		100 Gebäude Eröffnung 1912	7 Gebäude u.a. Neurologie, 1977
BKH Rodewisch	1.893		
FKH Hubertusburg/Wermsdorf	alle Gebäude		Arbeitstherapie-Gebäude 1971
FKH Hochschweitzschen	22 Gebäude	21 Gebäude	7 Gebäude
Kliniken Zschadraß	5 Gebäude	1 Gebäude	
FKH Altscherbitz/Schkeuditz	24 Stationen	7 Stationen	1 Station. Arbeitstherapie, ITS
BKH Leipzig		X	einzelne Tageskl. u. Wirtschaftsgebäude
FKH Wiesen		1914	
Psychiatrische Klinik bzw. Abteilung an Allgemein-Krankenhäusern:			
Neurol.-Psych. Klinik des BKH Zwickau	um 1900		
Neurol.-Psych. Klinik des Vogtlandklinikums Plauen		1902	
Kl. f. Neurol. u. Psych. des BKH Aue			1953
Nervenklinik d. BKH Chemnitz		1905 und 1911	
Psych. Klinik d. BKH Görlitz	X		
Psych. Abt. d. KKH Pirna		1904	übriges KH 1961-1970
Neuropsych. Klinik Dresden-Oberloschwitz		1908	
Konfessionelle psychiatrische Einrichtung:			
St. Marien-Krankenhaus Dresden-Klotzsche		X	
Psychiatrische Hochschuleinrichtung:			
Kl. u. Poliklinik für Psych. der Medizinischen Akademie Dresden		X	
Kl. f. Psych. der Universität Leipzig		1984	
spezielle psychiatrische Einrichtungen:			
Krankenhaus für Psych. Waldheim	X		
nur bis 1991:			
Bergarbeiterkrankenhaus Zwickau		X	X
Neuropsych. Abteilung am KKH Annaberg		?	

Tabelle 5: Stationäre Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie im Freistaat Sachsen – Größe der Schlafräume (Bettenzahl)

(Stand 1990)

Name und Charakter der Einrichtung	Zahl der Patientenzimmer mit folg. Bettenzahl:				
	1-3	4-10	10-20	20-40	Bettenzahl im größten Raum
Psychiatrische Krankenhäuser:					
BKH Arnsdorf	117	108	44	1	24
FKH Großschweidnitz	49	82	11	1	20
BKH Rodewisch	44	65	20	-	14
FKH Hubertusburg/Wermsdorf	36	70	11	-	10
FKH Hochschweitzschen	41	54	12	-	12
Kliniken Zschadraß	41	43	4		18
FKH Altscherbitz/Schkeuditz	69	118	35	1	22
BKH Leipzig	67	59	6	-	17
FKH Wiesen	13	15			7
Psych. Klinik bzw. Abteilung an Allgemein-Krankenhäusern:					
Neurol.-psych. Klinik des BKH Zwickau	6	2	4	-	14
Neurol.-Psych. Kl. d. Vogtlandklinikums Plauen	15	4	-		7
Kl. für Neurol. und Psych. des BKH Aue	14	4	-	-	7
Nervenklinik des BKH Chemnitz	56	30			6
Psych. Klinik des BKH Görlitz	1	5			?
Psych. Abt. des KKH Pirna	11	1			4
Neuropsych. Kl. Dresden-Oberloschwitz	10	10			4
Konfessionelle psychiatrische Einrichtung:					
St. Marien-Krankenhaus Dresden-Klotzsche	4	12			6
Psychiatrische Hochschuleinrichtung:					
Kl. u. Polikl. f. Psych. der Medizinischen Akademie Dresden	2	alle anderen			8
		11			4
spezielle psychiatrische Einrichtungen:					
Krankenhaus für Psych. Waldheim	60	7			
nur bis 1990:					
Bergarbeiterkrankenhaus Zwickau	?	?	?	?	?
Neuropsych. Abteil. am KKH Annaberg	?	?	?	?	?

B.VI. Berlin (Ost)

1. Die ambulante psychiatrische Versorgung in Berlin-Ost

In 10 Berliner Stadtbezirken existieren Psychiatrische Beratungsstellen; im 11. Stadtbezirk Berlin-Hellersdorf wurde die Versorgung durch Neuro-Psychiater zweier Polikliniken mit übernommen.

In den Beratungsstellen versorgte ein multiprofessionelles Team (Arzt/Psychologe/Fürsorger) vollversorgungspflichtig für den Stadtbezirk nach dem Hausarztprinzip alle Psychosen und Randgruppen (chronifizierte Neurosen, Psychopathien und einen geringen Anteil geistig Behinderter mit gravierenden Verhaltensstörungen oder psychiatrischen Begleiterkrankungen).

Die neurologische Versorgung erfolgte arbeitsteilig durch die Neuropsychiater der Polikliniken.

Die Aufgaben der Beratungsstellen waren:

- Beratung von Betroffenen und Bezugspersonen, wie z. B. Angehörige, Betriebe
- Diagnostik und Therapie
- nachgehende Hausbesuchstätigkeit
- Gruppen- und Clubarbeit sowie Psychotherapie
- Konsiliarische Tätigkeit, u.a. in Pflegeheimen
- Öffentlichkeitsarbeit

In jedem Stadtbezirk existieren seit 10 Jahren als getrennte Einrichtungen Alkohol- und Drogenberatungsstellen, die gleichfalls Vor- und Nachsorge einschließlich Therapie durch Arzt/Psychologe/Fürsorger realisieren.

Mit den regional zugeordneten Einzugsbereichskliniken, der Rehabilitationsstelle des Stadtbezirkes, dem Amt für Arbeit, den Betrieben und der Abt. Inneres bestand eine enge Kooperation, meist in Form regelmäßiger Arbeitsberatungen bzw. Problemfallberatungen.

Eine wesentliche Rolle bei der Rehabilitation der Patienten spielte die Ergodiagnostische Zentrale Berlins, in der die Leistung des Patienten nach seiner Genesung ermittelt wurde. So konnten direkt oder über die Stadtbezirksstellen für Rehabilitation bzw. das Amt für Arbeit gezielt Arbeitsplätze oder geschützte Arbeit vermittelt werden.

Die Geschützten Werkstätten waren bisher überwiegend mit geistig Behinderten belegt. Ein geschütztes Wohnen gab es nur in bedeutungslosem Umfang (geistig Behinderte, z.T. mit blanden Psychosen, v.a. aber mit Verhaltensstörungen und dissozialen Tendenzen).

Freizeit- und Kommunikationsangebote für Psychisch Kranke erfolgten in unterschiedlicher Ausprägung durch die Psychiatrischen Beratungsstellen, da ein entsprechendes Angebot im Stadtbezirk fehlte. Angebote für geistig Behinderte wurden von der Rehabilitation – meist über die geschützten Werkstätten – realisiert.

Diese Patientengruppe konnte durch zentralistische Vorgaben weitestgehend vollzählig von Kindheit an über die Rehabilitation in den Bereichen Arbeit, Wohnen und Freizeit versorgt werden.

Für die Gruppe der kriminell gefährdeten Bürger wurden über die Abtl. Inneres der Stadtbezirke durch Auflagen an die Betriebe Sonderbrigaden mit dem Ziel der sozialen Rehabilitation geschaffen.

Schwerpunktmäßig ist die aktuelle Situation der Versorgung psychisch Kranker in den Stadtbezirken wie folgt zu charakterisieren:

- Wegfall der Arbeitsplätze in den Betrieben
- Völlig unzureichende komplementäre und flankierende Einrichtungen
- Ungewißheit der Zukunft des komplexen Leistungsangebotes der Psychiatrischen Beratungsstellen

Durch den Wegfall nahezu aller Arbeitsplätze für psychisch Kranke und Behinderte, insbesondere der geschützten, sind die Patienten in ihrer Tagesstrukturierung, ihren Kommunikationsmöglichkeiten und ihrem Selbstwertgefühl erheblich beeinträchtigt. Derzeit sind die meisten Patienten bereits entlassen. Die Sonderbrigaden in den Betrieben existieren nicht mehr.

Perspektivisch sollen auch die Invalidenrenten junger Erwachsener wegfallen, da die im Jugendalter erkrankten Patienten keine Rentenanwartschaft erwerben konnten.

Entsprechende Arbeits-, Beschäftigungs- und Freizeitangebote für die genannten Zielgruppen existieren noch nicht. Zwar haben sich in allen Stadtbezirken vielfältige Kontakt- und Begegnungsstätten in angestrebter freier Trägerschaft etabliert, die aber überwiegend nur für geistig Behinderte Angebote unterbreiten.

In den meisten Stadtbezirken haben sich bereits Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften gebildet, die zwar eine Kommunikation der an der Versorgung beteiligten Institutionen und Gruppen ermöglichen und die regionalisierte bedarfsgerechte Vollversorgungspflicht aller Beteiligten anstreben. Dennoch zeichnet sich bereits jetzt ein Wildwuchs von Angeboten ab. Die sich bildenden komplementären Einrichtungen sind oft nicht durch ausreichende professionelle Erfahrungen legitimiert. Hier besteht ein erheblicher Qualifizierungsbedarf bei hoher Motivation und die Notwendigkeit zu einer diagnostischen Analyse der Bedürfnisse Einzelner, des quantitativen Bedarfs und der Bildung von Zielgruppen.

Offenbar besteht z.Z. keine hohe Niederlassungsmotivation bei den ambulant tätigen Neuropsychiatern, die u.a. durch die – wie überall in der ehemaligen DDR – ungünstige Altersstruktur der Ärzteschaft bedingt sein kann.

Die Zukunft der Psychiatrischen Beratungsstellen mit ihrem komplexen Leistungsangebot ist ungewiß.

Empfehlungen zur ambulanten und komplementären Versorgung

- Zu prüfen ist der Erhalt des Vollversorgungsauftrages der Psychiatrischen Beratungsstellen für eine umschriebene Gruppe chronisch psychisch Kranker, d.h. die Sicherung einer Therapiekette, in der der Patient in Therapie und Nachsorge das gleiche, bzw. miteinander kooperierende multiprofessionelle Teams erlebt.
- Vorrangiger Auf- und Ausbau komplementärer Einrichtungen (Wohnen, Arbeiten) für psychisch Kranke
- Erhalt der Profilierung der Suchtberatungsstellen in jedem Stadtbezirk.

- Um eine bedarfsgerechte regionalisierte Versorgung psychisch Kranker auf- und auszubauen, bedarf es in jedem Stadtbezirk eines Koordinators und psychiatrischen Beirates.

2. Die klinisch-stationäre Versorgung

a) Fehkrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie Berlin-Lichtenberg

Das Krankenhaus verfügt laut der Angaben im Fragebogen über 564 Betten zuzüglich weiterer ca. 150 tagesklinischer Plätze. Gut 37% der Betten sind mit langzeitkranken oder geistig behinderten Patienten belegt. Mit knapp 2.900 in 1989 liegt die Betten-/Platznutzung bei 4 Aufnahmen pro Bett/Platz und Jahr (ohne Tagesklinik 5,2). Die durchschnittliche Belegung liegt knapp unter 100% bezogen auf die Gesamtzahl der Betten und tagesklinischen Plätze.

Laut Fragebogen sind 39 Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie im Krankenhaus tätig, d.i. 1 Facharzt auf 18,3 Betten/Plätze – insgesamt berichtet das Krankenhaus von 68 mit ärztlichem Personal besetzten Stellen (einschl. 23 Aus- und Weiterbildungsplätze), so daß auf 1 Beschäftigten im ärztlichen Bereich nur gut 9 Betten/Plätze kommen. Die entsprechende Quote liegt für Psychologen bei 1:18,3; für die Pflegekräfte bei 1:2,8 und für sonstige therapeutische Fachkräfte bei 1:12,8 Betten/Plätze.

Die allgemeine Psychiatrie ist durchgängig sektoriert (bisher 3 Kliniken für 5 Stadtbezirke, künftig voraussichtlich 2 Kliniken für 2 Stadtbezirke) und verfügt über ein sehr differenziertes Betreuungsprofil.

Im Bereich der Akut-Psychiatrie sind in den letzten Jahren in einigen Bereichen nennenswerte bauliche Sanierungsmaßnahmen durchgeführt worden. In anderen Bereichen sind sie wegen mangelnder finanzieller und technischer Ressourcen im Ansatz steckengeblieben.

Aufgrund einer früheren Entwicklungskonzeption, Herzberge vornehmlich als Akutkrankenhaus zu profilieren, ist der Anteil erwachsener chronisch Kranker auffällig klein.

In bezug auf die Unterbringungsbedingungen besteht ein deutliches Gefälle vom Akut- zum chronischen Bereich. Im Gegensatz zu den mangelhaften räumlichen und vor allen sanitären Bedingungen sind das Milieu und die sehr individualisiert gestalteten Betreuungsangebote gut. Im Vergleich zum Akutbereich fehlt es an Multiprofessionalität.

Eine gerontopsychiatrische Abteilung und ein regionalisierter Suchtbereich sind vorgesehen.

Kritikwürdig wegen seiner z.T. menschenunwürdigen Unterbringungsbedingungen ist das Haus 9, in dem vorwiegend geistig schwerbehinderte Patienten im Jungerwachsenenalter seit langem untergebracht sind. Hier besteht trotz guter Betreuung durch die hochmotivierten Mitarbeiter dringender Handlungsbedarf nach Sanierung bzw. Auslagerung in spezialisierte Betreuungsformen außerhalb der Klinik.

Empfehlungen

- Reduzierung des Einzugsgebietes auf langfristig 2 Stadtbezirke (Lichtenberg und Friedrichshain).
- Ausdehnung der Vollversorgungsverpflichtung auf die Suchtbehandlung. Für den Bereich Gerontopsychiatrie ist die sektorisierte Versorgung gegenüber einem spezialisiertem Behandlungsangebot zu überdenken.
- Ausgliederung der nichtkrankenhausbedürftigen fehlplazierten geistig Behinderten.

b) Bereich Charité der Humboldt-Universität

Die Nervenklinik der Charité verfügt über 114 Betten (incl. tagesklinischer Plätze) Detaillierte Angaben über die Belegung der vorhandenen Betten und die Personalausstattung liegen nicht vor, da kein Fragebogen ausgefüllt wurde.

- Es besteht eine Diskrepanz zwischen den Erwartungen an eine Universitätsklinik und inhaltlichen wie formalen Aspekten der Patientenbetreuung, wobei die Akutstationen

- am schlechtesten abschneiden. Bereiche für schwer chronisch psychisch Kranke sind nicht vorhanden (Universität).
- Es besteht eine Diskrepanz zwischen den Investitionen für Forschung und Betreuung, wobei auch die Personalsituation im Bereich von Behandlung und Rehabilitation unbefriedigend ist. Das trifft in besonderem Maße für den Akutbereich zu.
 - Im Akutbereich (geschlossene Männer- und geschlossene Frauenstation) sind die räumlichen und v.a. sanitären Voraussetzungen so unzureichend, daß sich eine gemischte Station für Männer und Frauen von selbst verbietet. Auch die renovierte Männerstation entspricht nicht den Anforderungen an eine Akutstation, die nach modernen mehrdimensionalen Behandlungsaspekten arbeiten soll.
 - Auf allen Stationen, wiederum besonders im Akutbereich, fehlt es an geschulten multiprofessionellem Heil- und Hilfspersonal. Personalschlüssel und -Bestand reichen für Betreuungs- und spezifisch universitäre Aufgaben bei weitem nicht aus. Somit kann im Akutbereich nur die medizinische Behandlung und Pflege realisiert werden, während der psychosoziale Behandlungsanteil trotz Bemühungen der Mitarbeiter zu kurz kommt.
 - Die Bedingungen auf der Soziotherapiestation und der Tagesstation sind deutlich günstiger. Hier werden mit differenziert ausgebildeten, erfahrenen und engagierten Mitarbeitern moderne mehrdimensionale Behandlungsprogramme durchgeführt.

Empfehlungen

- Personelle Aufstockung und multiprofessionelle Differenzierung
- Veränderte Schwerpunktsetzung bei der Verteilung der Ressourcen zugunsten der Betreuungs- und Behandlungsaufgaben.
- Umstrukturierung im Sinne der Übernahme der Aufnahmeverpflichtung für einen Stadtbezirk
- Sanierung der Bausubstanz

c) St. Joseph-Krankenhaus

Das St. Joseph-Krankenhaus bietet ein für die Verhältnisse der ehemaligen DDR und im Vergleich zu den anderen Berliner Fachkrankenhäusern ausreichendes Niveau des baulichen Zustandes und der personellen Besetzung, und es gibt hier nicht das in anderen Krankenhäusern festgestellte Gefälle zwischen Akut- und Langzeitbereich. Sicher sind auch hier Verbesserungen angebracht. Doch sind sowohl akut als auch chronisch Kranke menschenwürdig untergebracht. Das Personal einschließlich berufsfremder Mitarbeiter ist engagiert. Hervorzuheben sind individuelle Einzelwohnzimmer für nicht entlaßbare chronisch Kranke und eine gut ausgerüstete Arbeitstherapieabteilung.

Das differenzierte mehrdimensionale Behandlungsangebot mit besonderer Berücksichtigung psychotherapeutischer Aspekte steht allen Zielgruppen (Allgemeinpsychiatrie, Suchtpatienten, Gerontopsychiatrie) zur Verfügung. Das Krankenhaus hat die Vollversorgung für den Stadtbezirk Weißensee und Hohenschönhausen übernommen. Daneben hat es überregionale Aufgaben zu erfüllen.

Das Krankenhaus verfügt über 325 Betten (einschl. einiger Tagesklinikplätze), von denen laut Fragebogen nur 38 (11,7%) mit Langzeitkranken belegt sind. Geistig Behinderte werden im St.-Joseph-Krankenhaus nicht betreut. Mit rund 1.570 Aufnahmen in 1989 liegt die Bettennutzung bei 4,8 Aufnahmen pro Bett und Jahr; die mittlere Auslastung wird für 1989 mit 79% angegeben (seit 1986 von 90% zurückgehend). 20 Facharztstellen für Neurologie und Psychiatrie sind besetzt, das ergibt 1 Arzt auf 16,3 Betten. Für Psychologen liegt die Quote bei 1:108 Betten, für Pflegekräfte bei 1:4,9 Betten und für sonstiges therapeutisches Personal bei 1:19,3 Betten.

Empfehlungen

- Erhaltung der Kliniksambulanz
- Erhaltung der Wohnstruktur für chronisch Kranke für einen angemessenen Übergangszeitraum.
- Schaffung von Nachsorgeeinrichtungen und komplementären Diensten im Stadtbezirk.

- Eine innere Sektorierung wird angestrebt.
- Für Delirbehandlungen werden innerhalb der Versorgungsregion entsprechende Voraussetzungen geschaffen.

d) **"Wilhelm Griesinger"-Krankenhaus**

- Das Fachkrankenhaus ist für die stationäre Behandlung der Stadtbezirke Berlin Mitte, Hellersdorf, Marzahn, Treptow und Köpenick mit Vollversorgungsauftrag zuständig, und folgt in seiner Struktur einer inneren Sektorisierung.
- Es weist 1.007 Betten im Fragebogen aus, von denen 362 (36%) mit langzeitkranken oder geistig behinderten Patienten belegt sind. Bei gut 4.200 Aufnahmen in 1989 liegt die Bettennutzung bei 4,2 Aufnahmen pro Bett und Jahr; die durchschnittliche Belegung lag 1989 bei 84%.
- Auffällig ist ein im Vergleich zum St. Joseph-Krankenhaus *überdimensionierter Bereich chronisch Kranker* einschließlich *chronisch gerontopsychiatrischer Patienten und himorganisch Geschädigter*. Die gerontopsychiatrische Akutversorgung wird – einer zurückliegenden Ostberliner Regelung zufolge – auch für die nicht zum Einzugsbereich gehörenden gerontopsychiatrischen Patienten übernommen, sofern es sich um Ersterkrankungen handelt.
- Auch für die Delir- und Entwöhnungsbehandlung gab es bisher ein nichtsektorisierendes Behandlungsangebot, das von den anderen Stadtbezirken unterschiedlich genutzt wurde, dank seiner v.a. auch personell ausreichend ausgestatteten Intensivstation wurden Delirien bevorzugt im WGK behandelt.
- Die räumliche Ausstattung u. der bauliche Zustand sind unterschiedlich. Es gibt ein deutliches Gefälle von den Akutstationen (Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Sucht) zu den Bereichen für chronisch Kranke und geistig Behinderte. Auch innerhalb des chronischen Bereiches gibt es Unterschiede, die auch die Ausstattung mit Geräten (Waschmaschinen, Trockner etc.) betreffen. Für einen großen Teil der dort Untergebrachten ist die räumliche Situation, die Überbelegung der Zimmer, das Fehlen von

Aufenthaltsräumen (ein Teil der Patienten verbringt den Tag in engen, hohen, dunklen Gängen). Der Sanitärbereich inakzeptabel.

- An Personalausstattung werden im Fragebogen angegeben: 1 Facharzt für Neurologie und Psychiatrie auf 29 Betten, 1 Arzt auf 11,7 Betten; des weiteren 1 Pflegekraft auf 3 Betten, 1 Psychologe auf 24 Betten und eine sonstige therapeutische Fachkraft auf 19 Betten. Diese recht gute Personalausstattung ist das Ergebnis einer langjährigen personellen Bevorzugung der "Zentralklinik" aufgrund politischer Vorgaben. Das hier eingesetzte Personal hatte jedoch zu einem nicht geringen Teil auch Forschungsaufgaben zu leisten (vgl. nächster Punkt); der rechnerische Personalschlüssel gibt also nicht in allen Bereichen ein realistisches Abbild der in der alltäglichen Patientenbetreuung zum Tragen kommenden therapeutischen Kapazitäten wieder.
- Eine Besonderheit des Krankenhauses besteht in der Existenz eines großen Forschungsbereiches; für die Zukunft ist ein "Kopfklitorium" in Kooperation mit dem auf dem Gelände entstehenden Allgemeinkrankenhaus Marzahn geplant, das auch eine geriatrische Abteilung vorsieht.

Empfehlungen

- Aufhebung traditioneller überregionaler Versorgungsregelungen (für Suchtbehandlung und Gerontopsychiatrie) Reduzierung des Einzugsgebietes auf langfristige 2 Stadtbezirke (Marzahn und Hellersdorf). Gerontopsychiatrische und Suchtbehandlung wird nur noch für die vom WGK versorgten Stadtbezirke durchgeführt.
- Der geplante Anschluß an ein Allgemeinkrankenhaus ist zu unterstützen.
- Schaffung bedarfsgerechter komplementärer Angebote in den zugehörigen Stadtbezirken.
- Enthospitalisierung des Langzeitbereiches.
- Bis dahin Verbesserung der baulich-räumlichen, sanitären Bedingungen und der personellen Besetzung. Besonders zu beachten ist die Notwendigkeit, den Bereich psychosozialer Behandlungs- und Rehabilitationformen zu stärken.

e) **Berlin-Buch, Haus 213**

Haus 213, Forensische Psychiatrie, hatte bisher vorrangig forensisch-psychiatrische Aufgaben – von der Begutachtung bis zur Unterbringung. Daneben werden in geringerem Umfang Aufgaben der allgemeinspsychiatrischen Betreuung und des psychiatrischen Konsildienstes für das gesamte Klinikum wahrgenommen. Es verfügt über 93 Betten, von denen ca. 30 mit Langzeitkranken belegt sind (32%). Mit 217 Aufnahmen in 1989 liegt die Bettennutzung bei 2,3 Aufnahmen pro Bett und Jahr; im Durchschnitt war das Haus 1989 zu 73% belegt.

Der Gebäudekomplex, am Rande des Großklinikums Buch gelegen, befindet sich in einem katastrophalen baulichen und ausstattungsmäßigen Zustand. Besonders beschämend sind die sanitärtechnischen Bedingungen. Die Patientenzimmer sind im allgemeinen überbelegt und sehr dürftig ausgestattet. Gerade angesichts des oft langfristigen Aufenthaltes der Patienten macht sich der Mangel an wohnlich-behaglicher Atmosphäre und differenzierten Kommunikationsmöglichkeiten im Unterbringungsbereich sowie der Mangel an Räumen zur Gestaltung der Freizeitangebote schmerzlich bemerkbar.

Im Gegensatz zu den menschenunwürdigen räumlichen Bedingungen gestaltet das vorhandene Personal die Betreuung mit viel Engagement und hoher Motivation. Dabei müssen mangels einer multiprofessionell ausgestalteten Personalstruktur von Ärzten und Schwestern/Pflegern notgedrungen Arbeiten im Bereich der Soziotherapie i.w.S. übernommen werden. Es fehlt vornehmlich an Psychologen, Ergotherapeuten, Sozialarbeitern/-pädagoginnen usw., damit mit spezifischer Methodenkenntnis das Ziel der langfristigen sozialen Rehabilitation und Reintegration der Patienten erreicht werden kann.

Seit Jahren wird in verschiedenen konzeptionellen und ausführungstechnischen Varianten die Rekonstruktion bzw. ein Neubau für die forensische Psychiatrie ggf. unter Einschluß allgemeinspsychiatrischer und neurologischer Bereiche erörtert. Für eine sachgerechte Betreuung forensisch-psychiatrischer Patienten ist es unumgänglich, über eine deutliche Reduzierung der Bettenzahl eine Auflockerung der Belegungsdichte zu bewirken.

Die Versorgung psychisch kranker Straftäter, die bisher in beiden Stadthälften zentral wahrgenommen wird, muß unter Berücksichtigung des derzeit noch nicht klar absehbaren

Bedarfs grundsätzlich neu geplant werden. Dabei wird zu prüfen sein, ob nicht, um eine stärkere Dezentralisierung zu erreichen, und wegen der zahlenmäßigen Entwicklung mittelfristig andere Krankenhaus-Standorte (psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern) ausgebaut werden müssen.

Aus fachlicher Sicht müssen Wege gefunden werden, auch forensische Patienten so schnell wie möglich in das allgemeinpsychiatrische Versorgungssystem zu integrieren, um so den Aufbau weiterer "Sondereinrichtungen" im komplementären Bereich zu vermeiden.

Für den vom Klinikum gewünschten Aufbau einer allgemeinpsychiatrischen Abteilung ist zu beachten, daß die Reduzierung ihres Versorgungsauftrages auf Patienten aus anderen Kliniken des Klinikums Buch nicht zu befürworten ist. Wegen seiner sehr ungünstigen Lage am äußersten Rand von Berlin und auch innerhalb des Bezirks keineswegs günstig gelegen, entspräche die Einrichtung einer psychiatrischen Abteilung am Klinikum mit einem Vollversorgungsauftrag für den Bezirk Pankow nicht einer Forderung aus fachlicher Sicht. Bei weitem günstiger scheint die Einrichtung einer Abteilung am Allgemeinkrankenhaus Pankow. Sollte dennoch der Standort Buch gewählt werden, ist die am Fachkrankenhaus Lichtenberg für die Versorgung des Bezirks Pankow zuständige Abteilung zu verlagern.

Die Ausdehnung des Versorgungsauftrages des Klinikums Buch auf das Umland von Berlin ist aus zahlreichen Gründen aus fachlicher Sicht nicht zu befürworten.

Empfehlungen

- Mit höchster Dringlichkeit: Umbau der Abteilung für forensische Psychiatrie bei gleichzeitiger Reduzierung der Planbetten,
- Verbesserung der personellen Ausstattung, insbesondere für den Bereich der Sozialtherapie.

- ein gegebenenfalls zusätzlicher Platzbedarf im Maßregelvollzug wäre zukünftig im Interesse der Dezentralisierung an anderen Krankenhaus-Standorten, die stationäre Psychiatrie anbieten, abzudecken.
- Psychisch kranke Straftäter sind so schnell wie möglich in das allgemeinspsychiatrische, regional orientierte Versorgungssystem zu integrieren. Ein Aufbau von Sondereinrichtungen im komplementären Bereich ist zu verhindern.
- Unter Berücksichtigung der gewachsenen Strukturen wird abweichend von den o. a. Grundsätzen die Einrichtung einer allgemeinspsychiatrischen Abteilung am Klinikum Buch nicht empfohlen.
- Den Vorzug verdient die Einrichtung einer psychiatrischen Fachabteilung im Allgemeinkrankenhaus Pankow.
- Bei Realisierung einer regional orientierten Abteilung im Klinikum Buch ist die am Fachkrankenhaus Lichtenberg für den Bezirk Pankow zuständige Abteilung zu verlagern.

3. Zusammenfassung

1. Obwohl zwischen den einzelnen psychiatrischen Krankenhäusern durchaus wahrnehmbare Unterschiede bestehen, ist im Hinblick auf die *Bausubstanz und die Ausstattungen*, v.a. im Bereich der Sanitärtechnik, aber auch im Bereich der Freizeit- und Kommunikationsmöglichkeiten für die Patienten, überall ein deutlicher Sanierungsbedarf vorhanden. An oberster Stelle in der Reihenfolge der Dringlichkeiten stehen das Klinikum Buch, Haus 213, und der Langzeitbereich (Haus 9) des Fachkrankenhauses Berlin-Lichtenberg. Der bauliche und ausstattungsmäßige Mangel stellt sich nahezu ausnahmslos in Form eines deutlichen Qualitätsgefälles zwischen akuten und Langzeitbereichen (zu Ungunsten der letztgenannten) dar.
2. Auch im Hinblick auf den *multiprofessionellen Personalbestand* macht sich, gleichfalls mit Unterschieden von Einrichtung zu Einrichtung, überall ein entschiedener Nachholbedarf bemerkbar. Die Schwerpunkte des Defizites liegen bei Psychologen. Ergo-

therapeuten, Sozialarbeitern, Sozialpädagogen usw. In diesem Zusammenhang ist darauf aufmerksam zu machen, daß in der früheren DDR manche der Ausbildungsprofile nicht vorhanden waren oder im Inhaltlichen Abweichungen aufwiesen. Es besteht in vielen stationären Bereichen ein *Aufholbedarf an psychosozialen Behandlungs- und Betreuungsformen*. Das betrifft vor allem die Stationen für mittel- und langfristige Rehabilitation und die Gerontopsychiatrie. Ausgewogene mehrdimensionale Behandlungsprogramme sind im Akutbereich die Voraussetzung für eine möglichst rasche Reintegration und müssen im Langzeitbereich die Voraussetzungen für Dezentralisierung bzw. Enthospitalisierung schaffen.

3. Bei der Entscheidung über die *prinzipielle Organisationsform der stationären Einrichtungen* ist im Vergleich von regionaler Sektorisierung und Spezialisierung dem *Prinzip der Sektorisierung* mit entschiedenem Nachdruck *der Vorzug einzuräumen*. Bei der für Berlin anstehenden Bettenreduktion wäre es sinnvoll, die Sektorkliniken Pankow und Prenzlauer Berg schrittweise so in die Stadtbezirke zu verlagern, daß zu gegebener Zeit psychiatrische Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern der Stadtbezirke entstehen. Für die Bezirke Köpenick und Treptow sind psychiatrische Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus Havelhöhe vorgesehen.
4. Als besonderer Mangel wird von allen Kliniken das *fast völlige Fehlen komplementärer Einrichtungen und Dienste für psychisch Kranke*, einschließlich abhängiger und gerontopsychiatrischer Patienten angemerkt. Die bisherige konsiliarische Versorgung psychiatrischer Pat. in Pflegeheimen wird z. Z. nur teilweise durch Übergangsregelungen aufrecht erhalten. Es ist unbedingt zu verhindern, daß gut funktionierende Dienste abgebaut werden. Der Aufbau komplementärer Dienste und deren Koordination ist gleichzeitig Voraussetzung für Dezentralisierungs- bzw. Enthospitalisierungsmaßnahmen.
5. Besonderes Augenmerk ist auf den *Erhalt bestehender Institutsambulanzen* und auf die *inhaltlich sinnvolle Fortführung der multiprofessionellen Leistungsangebote der bisherigen Psychiatrischen Beratungsstellen* zu richten. Natürlich sind dazu die organisatorischen und finanzierungstechnischen Aspekte der weiteren Abstimmung bedürftig.
6. Der Aufbau neuer Strukturen und die praktische Umsetzung der vorstehenden Empfehlungen erfordern ein hohes Maß an Koordination. Sonst besteht die Gefahr,

daß sich die einzelnen, im Grunde alle wünschenswerten Entwicklungen gegenseitig paralysieren. Gerade in Zeiten knapper finanzieller Ressourcen werden beim Aufbau bezirklich orientierter Versorgungsstrukturen Prioritäten unabhängig von Einzelinteressen zu setzen sein. Daher ist für jeden Berliner Bezirk eine Koordinatorenstelle beim Gesundheitsdezernenten anzufordern.

C. DATEN-TEIL

C.I. Allgemeine Ergebnisse des Fragebogen Rücklaufes und anderer Erhebungen

1. Art und Umfang der Fragebogen-Erhebung; Problematik

Rund 90 stationäre "neuropsychiatrische" Einrichtungen – Krankenhäuser, Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Abteilungen an Universitäten und Medizinischen Hochschulen, Kinderneuropsychiatrische Einrichtungen – auf dem Gebiet der ehemaligen DDR sind der Experten-Gruppe bekannt, die in ihrer Mehrzahl an der stationären *psychiatrischen* Versorgung der Bevölkerung beteiligt sind. Darüber hinaus existierte in der ehemaligen DDR nominell in jedem Landkreis, jeder kreisfreien Stadt – immerhin 215 kommunale Gebietskörperschaften – und in jedem großstädtischen Stadtbezirk eine ambulante poliklinische Einrichtung, in welcher auch neuropsychiatrische Kompetenz vertreten war. Daneben gab es – wohl eher in Ballungsräumen als auf dem flachen Lande – ein mehr oder weniger ausgebautes Netz an Neuropsychiatrischen Beratungsstellen, die gleichfalls an der ambulanten psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung beteiligt waren.

Allein schon angesichts dieser Zahlen konnte eine vollständige Bestandsaufnahme nicht auf dem Wege der *Bereisung* aller Einrichtungen durchgeführt werden. Darüber hinaus lag der Erhebungszeitraum – November 1990 bis Februar 1991 – in genau jener Zeit, als sich die größten strukturellen Änderungen im Bereich der medizinischen Versorgung und ihrer gesetzlichen Grundlagen in der ehemaligen DDR vollzogen: Mit dem 1.1.1991 erlangten die gesetzlichen Rahmenbedingungen des gegliederten Systems der sozialen Sicherheit der alten Bundesrepublik – durch einige Ausnahme- und Übergangsregelungen gemildert – auch im Beitrittsgebiet volle Gültigkeit.

Notwendiges Komplement zu der Erfassung möglichst vieler ambulanter, stationärer und komplementärer psychiatrischer Einrichtung und Dienste auf dem Wege der konkreten Anschauung durch die Bereisungs-Gruppen mußte deshalb eine Erfassung auf dem Wege einer schriftlichen Umfrage sein. Es wurden – unter großem Zeitdruck – jeweils ein

Fragebogen zur Erfassung stationärer und ambulanter Einrichtungen erarbeitet und in der Experten-Gruppe abgestimmt. Diese Fragebögen wurden allen Direktoren Psychiatrischer Krankenhäuser, Abteilungen und Universitäts-Nervenkliniken zugeleitet mit der Bitte, die stationären Fragebögen auszufüllen und an die Geschäftsstelle der Experten-Gruppe zu schicken; die ambulanten Fragebögen sollten an alle ambulanten Einrichtungen im jeweiligen Aufnahmegebiet der stationären Institutionen weitergeleitet werden. Auf diese Weise sollten Struktur und Funktionsweise der psychiatrischen Versorgung insgesamt möglichst weitgehend erfaßt werden und vor dem Hintergrund des Augenscheins bei den Bereisern bewertet werden können.

Der Rücklauf an ausgefüllten Fragebögen war nicht vollständig. Immerhin rund drei Viertel der angeschriebenen *stationären* Einrichtungen sandten einen ausgefüllten Fragebogen zurück; bei den *ambulanten* Einrichtungen lag der Rücklauf allerdings – bezogen auf die Zahl der kommunalen Gebietskörperschaften, in welchen jeweils mindestens eine ambulante Einrichtung vorhanden sein mußte – nur bei gut einem Drittel aller vorhandenen poliklinischen oder sonstigen ambulanten psychiatrischen Einrichtungen und Dienste in der ehemaligen DDR. In die Gesamt-Auswertung wurden die Fragebögen aus Berlin (Ost) nicht mit einbezogen, da Berlin sowohl im Bereich der stationären wie der ambulanten Versorgung bezogen auf die im Gesamtgebiet der ehemaligen DDR bestehende Verhältnisse einen Sonderfall in Bettendichte, materieller und personeller Ausstattung der Einrichtungen, teilweise auch in organisatorischer Hinsicht darstellte. Darüber hinaus war der Fragebogen-Rücklauf aus Berlin nahezu vollständig, so daß sich auch hieraus ein verzerrtes Bild der Gesamtsituation ergeben hätte.

Ein beträchtliches Problem ergab sich aus der Tatsache, daß generell in der alten Bundesrepublik und der ehemaligen DDR nicht nur unterschiedliche statistische Kategorien angewandt wurden, sondern diese sprachlich-kategoriale Inkongruenz sich auch bis in Details der beiden Wahrnehmungsmodalitäten der psychiatrischen Versorgungswirklichkeit hinein erstreckt: die im Westen kostentechnisch sattem angereicherte Unterscheidung zwischen "Behandlungs-" und sog. "Pflegefall" spielte im Osten keine Rolle und war daher auch nicht bekannt; umgekehrt ist die spezifische Bedeutung und Aussagekraft der Kategorien "Konsultationen" und "Erstkonsultationen" im Westen nicht von vornherein bekannt gewesen, so daß die Fragebögen nach der "Zahl der behandelten

Patienten" fragten, oft aber verständlicherweise die Zahl der "Konsultationen insgesamt" angegeben wurde – aber eben nicht von allen Fragebogen-Ausfüllern, da sich einige die Mühe machten, die Patienten-Zahlen mindestens zu schätzen.

Vergleichbares gilt für Begriffe wie "Stellen" versus "VbE", "Hausbesuche" versus "aufsuchend ambulante Hilfen", "vorhandene Betten" (im Osten schlossen die Angaben zur Bettenmeldung unterschiedslos auch die Tagesklinischen Plätze ein), "Verweildauer", aber auch für "Abteilung/Klinik für Rehabilitation", "Akutpsychiatrie", "Arbeitstherapie" u.v.a. sowie für einige Berufsbilder von in der Psychiatrie beschäftigten Fachkräften.

2. Allgemeine Ergebnisse des Fragebogen-Rücklaufes

Auffallendstes Ergebnis ist die Heterogenität der Einrichtungen und Dienste in der psychiatrischen Versorgung der ehemaligen DDR. Abgesehen davon, daß die Angaben aus den Fragebögen zur selben Frage oft untereinander nicht vergleichbar sind (vgl. o. Problem "Patienten" – "Konsultationen" im ambulanten Bereich), ergibt sich eine ungeheure Vielfalt der konkreten Umsetzung des Versorgungsauftrages bei allen Einrichtungen sowohl im stationären wie im ambulanten Bereich.

Dies betrifft die räumliche und personelle Ausstattung ebenso wie die Größe der Einzugsgebiete oder, bei stationären Einrichtungen mit Pflichtversorgungsaufgaben, die Zahl der insgesamt zur Erfüllung der Versorgungsaufgaben zur Verfügung stehenden Betten pro Tausend Einwohner: das Fachkrankenhaus Uchtspringe mit einem festgelegten Aufnahmegebiet von rund 600.000 Einwohnern verfügt über 2,3 Betten pro Tausend Einwohner, die gleichfalls rund 600.000 Einwohner voll versorgenden Krankenhäuser Schwerin und Haldensleben nur über 1,9 resp. 1,4 Betten pro Tausend Einwohner; dem Fachkrankenhaus Lübben mit einem Einzugsgebiet von knapp 400.000 Einwohnern stehen 0,86 Betten pro 1.000 Einwohner zur Verfügung, dem Psychiatrischen Krankenhaus Neuruppin für ebenfalls rund 400.000 Einwohner dagegen mit 2,3 Betten pro 1.000 Einwohner nahezu die dreifache Quote.

Vergleichbare Disparitäten lassen sich auch bei anderen Merkmalen klinisch-stationärer Einrichtungen aufzeigen: So schwankt beispielsweise die Relation "Ärzte pro Bett" in

psychiatrischen Abteilungen (ohne Sonderabteilungen wie Sucht o.ä.) zwischen 1:12 und 1:26, in psychiatrischen Fachkrankenhäusern zwischen 1:21,5 und 1:60,6 (ohne die eher nach Art einer Abteilung arbeitende Erwachsenenpsychiatrie in Nordhausen); die Relation "Aufnahmen pro Bett" liegt zwischen 2,8:1 und 15,5:1 bei den Abteilungen bzw. 1,5:1 und 6,65:1 bei den Fachkrankenhäusern – die einzig mögliche allgemeine Aussage ist hier der (triviale?) Befund, daß Abteilungen offenbar besser mit Ärzten ausgestattet sind und einen höheren Bettennutzungsgrad aufweisen als die Fachkrankenhäuser.

Im ambulanten Felde findet sich eine ebensolche verwirrende Vielfalt: Die einzelnen Einrichtungen machen sehr unterschiedliche Angaben über Ausstattung (1 bis 23 angestellte Fachkräfte), Größe des Einzugsgebietes (30.000 bis 150.000 Einwohner, Ausreißerwerte nicht mitgezählt) Zahl der zur Verfügung stehenden Räume (1 bis 17 Zimmer), Zahl der jährlich behandelten Episoden (950 bis 16.300) und Diagnosespektrum – wobei die personelle und räumliche Ausstattung in keiner Weise mit der Größe des Einzugsbereiches oder der Zahl der jährlichen Konsultationen korreliert: Die angegebene Ausstattung reicht von 3 Ärzten, 2 Psychologen, 1 Schwester, 1 Arbeitstherapeut, 4 Fürsorgerinnen, 1 Krankengymnastin, 1/2 EEG-Assistentin, plus Sekretärin und Aufnahmekräfte in 17 Zimmern für ein Einzugsgebiet von rd. 56.000 Einwohnern bei knapp 4.000 Patienten/Jahr in der Poliklinik Leipzig Südwest bis hin zu 1 Arzt in 1 Zimmer für ein Einzugsgebiet von 150.000 Einwohnern bei 12.000 Konsultationen in Gera.

Weitere Merkmale der Einrichtungen der ambulanten psychiatrischen Versorgung in den fünf neuen Ländern sind:

Die Mehrzahl (etwa 60 bis 70%) wurde in den 60er und 70er Jahren *in Betrieb* genommen, Schwerpunkte liegen um die Mitte der 60er und am Anfang der 70er Jahren.

Rund 60% aller Einrichtungen verfügen über *2 bis 4 Räume*, weitere 17% über 5 und 6 Räume: diese stehen im Durchschnitt jeweils *rund 5,3 Fachkräften* (Ärzte, Psychologen, Schwestern, Fürsorger, therapeutische Hilfsberufe) zur Verfügung. Damit wird ein *Einzugsgebiet* von durchschnittlich rund 62.500 Einwohnern versorgt. Ohne die überregionalen Einzugsgebiete der Polikliniken an den Fachkrankenhäusern Schwerin und Altscherbitz versorgten die untersuchten ambulanten Einrichtungen rund 4,5 Millionen Menschen und damit rund ein Drittel der Bevölkerung in den fünf neuen Bundesländern.

Während die Räumlichkeiten in zwei Dritteln der Fälle (rund 63%) *ungekündigt* oder in Eigenbesitz der Einrichtung sind, geben nur 17% Einrichtungen an, in ihrem *Bestand und Aufgabenspektrum* als Poliklinik, Institutsambulanz oder Universitäts-Poliklinik auch künftig gesichert zu sein. Der Rest ist künftig entweder noch ungesichert (rd. 31%), "aufgelöst" (3%) oder in seinem multiprofessionellen Leistungsspektrum durch private Niederlassung (rd. 42%) oder Umwandlung in Sozialpsychiatrische Dienste (rd. 7%) o.ä. eingeschränkt.

Sehr unterschiedlich ist das *Diagnosespektrum* und die Behandlungsart und -dauer. Zu den Diagnosen werden zwischen 43% und 1,8% Schizophrenien angegeben, zwischen 50% und 0% Anfallsleiden und andere neurologische Erkrankungen, zwischen 60% und 2,4% Neurosen etc.

Während bei der Beantwortung der Fragen nach der *Behandlungsform* sehr wenige Angaben zu häuslicher Pflege und aufsuchenden Hilfen gegeben werden, ist die ärztliche Behandlung zu 100% vertreten und macht in den meisten Fällen rund 80 – 100% der Arbeitsbelastung aus. Die *Behandlungsdauer* ist in vielen Fällen lang, im Durchschnitt liegt sie bei knapp der Hälfte der Patienten bei über einem Jahr, immerhin noch knapp ein Drittel wird über zwei Jahre behandelt; gut 40% der Patienten werden innerhalb eines halben Jahres wieder abgegeben. Während jedoch die Poliklinik Bützow rund 90% ihrer Patienten länger als ein Jahr in Behandlung behält, werden in Zossen rund 85% der Patienten innerhalb von 4 Wochen (!) aus der Behandlung entlassen.

Das Zu- und Verweisungsmuster ist insgesamt recht einheitlich: zwischen 60 und 90% aller Zugänge kommen auf Überweisung von Haus- und Allgemeinärzten zustande, zwischen 5 und 10% sind Selbstmelder; jeweils etwa 2 bis 5% aus dem Heimbereich und somatischen Kliniken. Der Rest verteilt sich in geringen Prozentsätzen (1-5%) über alle anderen Zugangsangaben. Ähnliches gilt für die Abgänge aus der poliklinisch-ambulanten Behandlung: abgesehen von einem beträchtlichen Anteil an Dauerpatienten wird der Hauptteil der Abgänge an Haus- und Allgemeinärzte zur Weiterbetreuung verwiesen (60-80%), bei nicht wenigen endet die Behandlung mit der Entlassung nach Hause, der Rest wiederum verteilt sich auf alle anderen Weiterbetreuungseinrichtungen. Bemerkenswert ist ferner, daß in der Regel Formen beschützten Wohnens oder die ehemals in großer Zahl vorhandenen geschützten Arbeitsplätze in den Betrieben im Zu- und Weiterver-

weisungsmuster der untersuchten ambulanten Einrichtungen – im Übrigen auch bei den stationären Einrichtungen – zum Untersuchungszeitpunkt schon keine nennenswerte Rolle mehr zu spielen scheinen: sie liegen jeweils bei etwa 1 bis höchstens 3% der Nennungen für die zuweisenden Einrichtungen und ebenso bei den Weiterverweisungen. Nur vereinzelt treten Abweichungen von diesem Schema auf, mit höheren Raten an Selbstmeldern, dichter Heimbetreuung oder anderen Spezialitäten.

Angesichts solcher Befunde lassen sich kaum statistisch signifikante Durchschnittswerte aus den Fragebögen destillieren; sie geben am ehesten einen Einblick in die Feinstruktur einzelner Einrichtungen, sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich. Gleichwohl lassen sich einige nicht in erster Linie statistische Verallgemeinerungen treffen:

1. Die psychiatrische Versorgung in der ehemaligen DDR war trotz zentralstaatlicher Organisation in allen ihren Bereichen in hohem Maße von den örtlichen Bedingungen, den jeweils verfügbaren baulichen und sonstigen Mitteln und vor allem von Einsatzbereitschaft, Engagement, Durchsetzungsfähigkeit und Interessenlage der vor Ort tätigen Personen abhängig – wobei hier die zentralistische Struktur insofern durchschlag, als hier gemeinhin die Person des (ärztlichen) Direktors bzw. seiner maßgeblichen Partner in der staatlichen und Parteibürokratie ausschlaggebend war.
2. Von der Versorgungsstruktur wie vom Selbstverständnis – aller – in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen her war in der Regel die psychiatrische Versorgung in der ehemaligen DDR zuvörderst eine *ärztliche* Angelegenheit – entsprechend geradlinig waren die internen Hierarchien in den Einrichtungen aufgebaut. Nichtärztliche Berufsgruppen waren zwar an der Versorgung in großem Maße beteiligt, hatten aber anscheinend nur vergleichsweise geringe Freiräume der eigenverantwortlichen Betreuung: In den Fragebögen zur ambulanten Versorgung wurden auch die nichtärztlichen "aufsuchend-ambulanten Hilfen" und deren Anteil am Gesamt-Arbeitsaufwand der Einrichtung abgefragt; abgesehen von der vielleicht mißverständlich formulierten Frage ist doch eindrucklich, daß diese und andere nichtärztlichen Betreuungsleistungen nur mit 0 bis 5% des Arbeitsaufwandes angegeben wurden und daß nur in einem einzigen ausgefüllten Fragebogen ausdrücklich auf die umfangreichen fürsorgerischen Leistungen hingewiesen wurde.

3. In der Regel scheinen die poliklinischen Einrichtungen in der ehemaligen DDR, die die Hauptlast der ambulanten Versorgung zu tragen hatten, in ihrer Arbeitsweise derjenigen einer Praxis eines niedergelassenen Nervenarztes (Neurologie und Psychiatrie) westlicher Prägung durchaus vergleichbar gewesen zu sein. "Komm-Struktur" und ein auf die fachärztlich-medizinische Kompetenz zugeschnittener Arbeitsstil anstelle von aufsuchender "Geh-Struktur" und gleichberechtigter multi-professioneller Team-Arbeit scheinen die Arbeitsweise der großen Mehrheit der poliklinischen Abteilungen geprägt zu haben. Statt der vorrangig auf ärztliche medizinische Leistungen abhebenden Abrechnungsmodalitäten, die im Westen einen wesentlichen Einfluß auf die Gestaltungsmöglichkeiten in der Arbeitsweise niedergelassener Ärzte haben, sind die Ursachen für den i.d.R. ebenfalls ärztlich-medizinisch orientierten Arbeitsstil im Osten wohl eher in der generellen Ausrichtung der Psychiatrie am biologisch-medizinischen Modell zu suchen. Hinzu kommt, daß im Vergleich zu einer Nervenarztpraxis westlicher Prägung die untersuchten poliklinischen Fachabteilungen zwar mit durchschnittlich 5,3 Vollzeitkräften für durchschnittlich 62.500 Einwohner eine deutlich höheren, aber in Relation zur versorgten Bevölkerung durchaus nicht üppige Personalausstattung aufwiesen (1 Vollzeitkraft auf 11.800 Einwohner).¹ Anzumerken ist, daß bei weitem nicht alle Einrichtungen über alle abgefragten Berufsgruppen verfügen; eine ist nicht einmal mit einer vollen Arztstelle besetzt. 56 Einrichtungen (63%) verfügen über Psychologen, 67 Einrichtungen (75%) über Pflegekräfte, 53 Einrichtungen (60%) über Fürsorgerinnen (ganz selten auch über Arbeitstherapeuten).

3. Ergebnisse anderer Erhebungen

Die Fragebogen-Aktion der Experten-Gruppe konnte nur einen Teil der in der ehemaligen DDR vorhandenen Einrichtungen und Dienste der psychiatrischen Versorgung

¹ Zum Vergleich sei auf die entsprechenden Angaben in der Nervenarztstudie (Köln 1990), S. 44 und 54f., hingewiesen: Danach sind in einer Nervenarztpraxis durchschnittlich drei Fachkräfte (1 Arzt plus 2 Vollzeitbeschäftigte) für einen durchschnittlichen Einzugsbereich von 44.000 Einwohner tätig (1 Vollzeitkraft auf 14.700 Einwohner).

erfassen. Veröffentlichtes Zahlenmaterial oder Erhebungsberichte Dritter (so z.B. die Erhebungen des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe in Mecklenburg-Vorpommern oder der Artikel von E. Plöntzke, "Versorgungsstruktur und Betreuungsleistungen im Fachgebiet Neurologie und Psychiatrie auf dem Gebiet der früheren DDR" im *Spektrum* 2/91) gehen von unterschiedlichen Datengrundlagen aus und kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen, so daß ihre Angaben untereinander nicht vergleichbar sind, zumal selten die Transformation der in der ehemaligen DDR üblichen Erfassungs-Kategorien in die im Westen gebräuchlichen Begriffe detailliert und problematisierend dargestellt wird.

Die Geschäftsstelle der Experten-Gruppe hat deshalb im Einvernehmen mit dem Auftraggeber und damaligen Herrn über die Daten der amtlichen Medizinalstatistik für die ehemalige DDR eine aufgrund ihrer beruflichen Vorerfahrung mit dem DDR-spezifischen System der medizinischen Dokumentation vertraute externe Sachverständige beauftragt, auf der Grundlage der offiziellen Medizinalstatistik der ehemaligen DDR (letzter vollständiger Jahres-Dateneingang per 31.12.1989) die daraus erkenntliche Situation im Bereich der psychiatrischen Versorgung aufzuarbeiten.² Die daraus gewonnenen Einblicke in Struktur und Funktionsweise der psychiatrischen Versorgung in der ehemaligen DDR können letztlich keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben und spiegeln, wie alle statistischen Daten, zum Zeitpunkt der Aufarbeitung und Veröffentlichung nicht mehr die aktuelle Situation wider. Wesentliches Anliegen der Experten-Gruppe war es jedoch, einen sicheren Grundbestand an eindeutig definierten bzw. in ihrer Aussagekraft detailliert problematisierten Daten zu gewinnen, vor deren Hintergrund sich die durch die Fragebögen und die Bereisung gefundenen Ergebnisse relativieren und einordnen ließen.

a)- Datengrundlage

Grundlage dieser Auftragsarbeit war *1. die ambulante Berichterstattung*, in welcher allerdings die Leistungen konfessioneller Einrichtungen, niedergelassener Ärzte, der

² D. Bardehle, Statistische Parameter über die Lage der Psychiatrie auf der Basis der Medizinalstatistik für die ehemalige DDR.

Sportmedizinische Dienst, die ambulanten Einrichtungen der Wismut, der Armee, der Volkspolizei, des Ministeriums des Inneren, des Strafvollzuges, des Ministeriums für Staatssicherheit und die Regierungseinrichtungen der ehemaligen DDR *nicht enthalten* sind. Die Leistungen des *Beratungswesens* sind nur insofern enthalten, als sie als *kurative* Leistungen ausgewiesen und anerkannt wurden (auch hier wieder – "kurative Leistung" – zeigt sich, daß in der ehemaligen DDR der Begriff der "medizinischen" Versorgung ähnlich streng gefaßt worden zu sein scheint wie dies im Westen der Fall ist.); 2. *die Bettenmeldung* – auch hier wieder ohne die Einrichtungen der Regierung, der Armee und des Strafvollzuges; 3. *das Hochschulkaderprojekt* und 4. *die Finanzberichterstattung*.

1. In der *ambulanten Berichterstattung* wurden für die "Fachabteilungen Neurologie/Psychiatrie" (ununterschieden!) die Merkmale "Erstkonsultationen", "Konsultationen", "Hausbesuche" und "Personelle Besetzung" abgefragt.

- Als *Erstkonsultation* wurde der erste Besuch eines Patienten bei einem Arzt der Fachabteilung im Kalenderjahr gezählt; Beratungen durch andere Mitarbeiter der Abteilung wurden *nicht* erfaßt. (Da die Erfassung auf das Kalenderjahr bezogen war gilt die Gleichung "Erstkonsultationen = Neuzugänge" nicht!)
- Entsprechend wurden als *Konsultationen* nur die ärztlichen Konsultationen im Kalenderjahr gezählt.
- Als *Hausbesuch* galt ebenfalls nur der ärztliche Hausbesuch.
- Auch die *personelle Besetzung* wurde nur für den ärztlichen Bereich erfragt. Berechnungsgrundlage war die "Vollbeschäftigten-Einheit" (VbE) – d.h. eine wöchentliche Arbeitszeit von 43 3/4 Stunden, bei Frauen reduzierte sich diese VbE-Arbeitszeit entsprechend der Kinderzahl. Alle ärztliche Tätigkeit, auch Teilzeit- und vor allem die stundenweise Arbeit im Rahmen der sog. "Z-Tätigkeit" wurde in VbE umgerechnet; VbE sind daher nicht mit Personen gleichzusetzen (aus diesem Umstand resultieren zuweilen abstruse Angaben in den Fragebögen der Experten-Gruppe: in einem Falle werden bei der Frage nach "besetzten Stellen" in einer ambulanten Einrichtung 11 Ärzte angegeben und in Klammern die Erläuterung "1,78 VbE" hinzugesetzt). Ärzte wurden nicht nach ihrer gebietsärztlichen Qualifikation erfaßt, sondern nach der Fachabteilung, in der sie tätig waren; d.h. daß nicht alle an der ambulanten psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung beteiligten Ärzte Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie oder für Psychotherapie waren – unter entsprechendem Vorbehalt sind

demgemäß die Zahlen zur ambulanten ärztlichen Versorgungsdichte in der ehemaligen DDR zu sehen.

2. Die Bettenmeldungen der *klinisch-stationären Einrichtungen* erfaßte alle stationären Einrichtungen – mit Ausnahme der oben genannten Häuser der Regierung, Armee und Volkspolizei – nach Fachabteilungen. In die aktuelle Auswertung einbezogen wurden die Fachabteilungen "Chronisch Kranke", "Neurologie" und "Psychiatrie" mit Unterpositionen. Auffällig hieran ist, daß Neurologie und Psychiatrie in der Facharzt-Ausbildung ungeteilt war – es gab nur einen gemeinsamen Facharzt –, in der Bettenmeldung die beiden Fachgebiete jedoch gesondert erfaßt wurden. Insbesondere bei den Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern kommt es zwischen den offiziell erhobenen Daten und dem Befund der Bestandsaufnahme zu Unstimmigkeiten, da oft auch offiziell als rein "neurologisch" oder rein "psychiatrisch" ausgewiesene Fachabteilungen einen Teil ihrer Betten regelmäßig mit Patienten des jeweils nicht ausgewiesenen Fachgebietes belegten. Erfasst wurden die *Betten*, die *Belegungs- und Verweildauertage* und die *Arztstellen*.

- Bei der Bettenmeldung wurden voll- und teilstationäre Betten/Plätze nicht unterschieden; ebenso wurden Betten für Akutkranke und Langzeitpatienten nicht getrennt angegeben.
- Die Angaben zu den *Belegungstagen* bezog sich auf die Summe im Berichtsjahr; die Angaben über die *Verweildauer* waren *nur auf die im Berichtsjahr abgegangenen Patienten* bezogen, d.h. daß alle Berechnungen zur durchschnittlichen Verweildauer mit der Dunkelziffer der Langzeitpatienten (als solche nicht ausgewiesen!) spekulieren mußten.
- Die Arztstellen wurden nach VbE angegeben. Wie bei der ambulanten Berichterstattung wurde nicht die Qualifikation der Ärzte zugrunde gelegt, sondern deren Tätigkeit in einer Fachabteilung.

3. Das *Hochschulkaderprojekt* erfaßte alle Ärzte in einem Arbeitsverhältnis bei einer Gesundheitseinrichtung – wieder mit Ausnahme der regierungseigenen Einrichtungen – angestellt waren, auch wenn dieses Arbeitsverhältnis zeitweise ruhte. Ärzte, die gleichzeitig ambulant und stationär tätig waren, wurden dort gezählt, wo der Arbeitsvertrag abgeschlossen bzw. wo die überwiegende Tätigkeit ausgeübt wurde. Aufgrund der besonderen Erfassungsmodalitäten im Ärzteprojekt liegt die Zahl der hier statistisch

erfaßten Ärzte über der Zahl, die sich als Summe aus den in der ambulanten Berichterstattung und der Bettenmeldung erfaßten Ärzten ergibt.

4. Die ab 1986 durchgeführte *Finanzberichterstattung* bezog ihre Daten aus der Haushaltsabrechnung der Einrichtungen, Gemeinden, Kreise und Bezirke. Konfessionelle Einrichtungen und Einrichtungen der Regierung oder ihrer Sonderorgane wurden nicht erfaßt.

b) Ergebnisse³

Die Zahl der in ambulanten Einrichtungen zur psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung der ehemaligen DDR tätigen Ärzte – ausgedrückt in VbE – hat sich in den Jahren 1983 bis 1988 von 613,1 VbE auf 725,1 VbE erhöht und ging im Jahre 1989 aufgrund der zunehmenden Abwanderung von Ärzten in den Westen auf 698,0 VbE zurück. Da sich auch die Bevölkerung der ehemaligen DDR in diesem Jahr aus demselben Grund erheblich reduzierte, war dennoch bis 1989 eine Verbesserung des Versorgungsgrades zu verzeichnen: im DDR-Durchschnitt kam 1983 1 ambulant tätiger Neurologe/Psychiater (in VbE) auf 26.799 Einwohner, 1989 betrug dies Verhältnis 1 zu 23.560. Dieser Versorgungsgrad wies allerdings erhebliche Differenzen nach einzelnen Bezirken auf: kamen 1989 im Bezirk Cottbus auf einen ambulant neurologisch/psychiatrisch tätigen Arzt 42.921 Einwohner, so waren es im gleichen Jahr in Berlin (Ost) nur 12.515 Einwohner pro Nervenarzt. Diese Diskrepanzen zwischen den einzelnen Bezirken vertiefen sich noch mehr, wenn die Situation in den einzelnen Kreisen ins Blickfeld genommen wird: am 31.12.1989 gab es in Landkreis Perleberg mit seinen gut 74.000 Einwohnern einen ambulant tätigen Nervenarzt (1:74.000), im unweit gelegenen Landkreis Neuruppin als Standort einer großen psychiatrischen Klinik mit seinen gut 65.000 Einwohnern dagegen 5 (1:13.000), ebensoviele wie im Landkreis Fürstenwalde mit ca. 105.000 Einwohnern (1:21.000).

³ Es sei darauf hingewiesen, daß die im folgenden aufgeführten Zahlen und Ergebnisse von denen in den Ergebnissen der Fragebogen-Erhebung dargestellten zuweilen abzuweichen scheinen. Dies liegt in dem jeweils unterschiedlichen Erhebungsverfahren begründet, das eine Verrechnung der Ergebnisse bei der Erhebung nicht zuläßt. Dadurch wird jedoch die jeweilige Aussagekraft des Befundes nicht entwertet.

Auch wenn man die Gesamtzahl stationär *und* ambulant tätiger Nervenärzte im Verhältnis zur Bevölkerung betrachtet, ergeben sich extreme Unterschiede: dem DDR-Durchschnitt von 9.433 Einwohnern auf einen in der neurologisch/psychiatrischen Versorgung tätigen Arzt stehen Eckwerte von 4.314 Einwohner (Kreis Grimma/Sachsen) und 43.237 Einwohner (Kreis Prenzlau/Brandenburg) auf einen Nervenarzt gegenüber.

Dem insgesamt konstanten Zuwachs ambulant tätiger Neurologen/Psychiater in der ehemaligen DDR entsprach nicht eine im gleichen Verhältnis wachsende Zahl der abgefragten Betreuungsleistungen. Die durchschnittlich je Arzt (VbE) erbrachten Konsultationen und Hausbesuche sanken im gleichen Zeitraum (1983 – 1989) von 4.075 auf 3.756. Gleichzeitig stiegen zwar die Gesamtzahlen der Konsultationen und Hausbesuche je 10.000 Einwohner von 1.495 auf 1.571 an; diese Steigerung der Betreuungsleistung um rund 5% wurde jedoch nur durch eine Steigerung der Arztdichte (in VbE) um gut 13%, also mit einem überproportional hohen zusätzlichen Einsatz ambulant tätiger Nervenärzte erbracht.

Hinzu kommt, daß auch diese ambulanten Leistungskennziffern extreme Unterschiede zwischen verschiedenen Bezirken aufweisen: im Bezirk Cottbus wurden 1989 4.856 Konsultationen und Hausbesuche auf eine Arztstelle verzeichnet, im Bezirk Frankfurt/O. lag diese Zahl 1989 nur bei 2.995 – und während 1989 im Bezirk Schwerin ein Arzt im Durchschnitt auf 26 Konsultationen (Komm-Struktur) einen Hausbesuch (Geh-Struktur) machte, so liegt dieser Wert im Bezirk Magdeburg im gleichen Jahr bei 94 Konsultationen, bevor ein Hausbesuch unternommen wurde.

Der Bettenbestand in den *stationären psychiatrischen Einrichtungen* der ehemaligen DDR hat von 30.127 im Jahre 1980 kontinuierlich auf 25.690 im Jahre 1989 abgenommen. Bezogen auf die Bevölkerung betrug der Bettenbestand 1980 somit 1,96 Betten auf 1.000 Einwohner und 1989 nur noch 1,54 Betten auf 1.000 Einwohner. Unter Berücksichtigung des hohen Anteils an dauernd in den psychiatrischen Krankenhäusern der ehemaligen DDR untergebrachten, nach westlichem Verständnis dort "fehlplazierten" Personen, läßt sich diese Bettenziffer nicht direkt mit der in der alten Bundesrepublik ausgewiesenen Bettenziffer vergleichen; vielmehr deutet einiges darauf hin, daß für die psychiatrische Akutversorgung in den neuen Ländern derzeit deutlich weniger Betten pro Einwohnerzahl zur Verfügung stehen als in den alten Ländern.

Inklusive der drei Wismut-Krankenhäuser gab es im Jahre 1989 in der ehemaligen DDR 35 Fachabteilungen für Psychiatrie an allgemeinen staatlich-örtlich geführten Krankenhäusern, die mit 2.508 gemeldeten Betten einen Anteil von 10% der gesamten psychiatrischen Bettenzahl vorhielten. Hinzu kamen weitere vier, konfessionell geführte psychiatrische Fachabteilungen mit einer sehr geringen Anzahl von Betten.

Die Zahl der Betten je Arzt (in VbE) lag im Gesamt-Durchschnitt bei 41,1 psychiatrischen Betten auf einen Arzt; nach Einrichtungsarten aufgeschlüsselt zeigen sich jedoch erhebliche Unterschiede: in psychiatrischen Fachkrankenhäusern lag die Relation bei 45,2 Betten/Arzt, in psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern bei 36,3 Betten/Arzt und in Universitätskliniken bei 18,7 Betten/Arzt. Ganz entsprechend stuft sich auch der Quotient "Behandlungsfälle/Bett"; er liegt im DDR-Durchschnitt bei 2,3; in Psychiatrischen Fachkrankenhäusern bei 1,9; in psychiatrischen Abteilungen bei 3,3 und in Universitätskliniken bei 7,0.

Der bauliche Zustand der stationären psychiatrischen Einrichtungen wurde von der Medizinalstatistik im engeren Sinne nicht erfaßt. Die katastrophale Situation auf diesem Gebiet ist jedoch sofort augenfällig und vielfach beschrieben worden. Die allein schon an den Klinik-Gebäuden erkennbare verantwortungslose Vernachlässigung des Fachgebietes Psychiatrie innerhalb des Gesundheitswesens der ehemaligen DDR wird durch die Daten des *Finanzberichtes*, die hier zum erstenmal veröffentlicht werden, eindrucksvoll bestätigt: *Die Unterhalts-, Werterhaltungs- und Lohnkosten pro psychiatrischem Bett und Jahr liegen in den zu überschauenden Jahren seit der Einführung der Finanzberichterstattung konstant bei einem Drittel bis maximal der Hälfte dessen, was für ein nicht-psychiatrisches Bett in den Krankenhäusern der ehemaligen DDR aufgewandt wurde.*

C.II. Tabellen

I. Ergebnisse der Fragebogen-Erhebung

Tabelle 1: Angaben der Fachkrankenhäuser für Neurologie und Psychiatrie in den Fragebögen, Stand 1990 (ehemalige DDR ohne Berlin-Ost)

Name	Mecklenburg-Vorpommern		Brandenburg		Sachsen-Anhalt		Thüringen		Sachsen										
	1875	(1890) 1962	1896	1908/12	1865	1920	1894	1930	1912	1862/ff.	1876	1874	1894	1902	1976	1837	1912	1902	(1716) 1966
Einwohnerzahl des Aufnahmegebietes	530.000	370.000	400.000	320.000	900.000	130.000	600.000	620.000	1.238.000	540.000	1.100.000	450.000	250.000	130.000	85.000	500.000	1.200.000	?	5.000.000
Betten gesamt	485	313	940	500	656	310	1.380	882	1.075	601	1.400	652	424	166	108	608	1.568 (+ 305) (= 1.873)	836	100
davon: Akutbetten	206	505	317	500	419	165	350	545	545	345	959	175	167	96	90	265	367	416	100
davon: Langzeitbetten	279	610	623	500	237	145	1.030	882	530	256	441	479	257	70	18	343	1.201	420	100
Betten gesamt auf 1.000 Einwohner	0,92	0,86	2,36	1,57	0,74	2,39	2,31	1,43	0,88	1,12	1,29	1,46	1,7	1,28	1,5	1,22	1,41	?	0,01
besetzte Stellen	15	41	24	14	22	7	28	28	34	28	33	16	7	8	7,5	12,8	31	22,4	2
Ärzte insgesamt																			
davon: Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie			7	9	17	2	17	17	20	15	21	7	5	6	3,75	8,8	18	13,7	1
Fachärzte für Psychotherapie																			
Sonstige Ärzte			10	5	5	5	11	11	14	1	1								
Psychologen			7	4	7	2	7	5	3	12	11	9	2	2	2,75	4	13	5,7	1
Pflegekräfte			219	132	205	78	384	340	327	223	272	307	94	40	29	132,1	264	257,7	48
sonstiges therapeutisches Personal (BT/AT, Fürsorger, Pädagogen)			62	7	20	14	36	35 (+ 26)	36	29	22	13	10	5	6,5	20,8	50	29,2	2
Bettenzahl pro besetzter Stelle	1:32,3	1:27,2	1:39,2	1:35,7	1:29,8	1:44,3	1:49,3	1:31,5	1:31,6	1:21,5	1:42,4	1:40,8	1:60,6	1:20,8	1:74,4	1:47,5	1:50,6	1:37,4	1:50
Ärzte insgesamt			1:46,5	1:42,9	1:38,6	1:155	1:81,2	1:51,9	1:53,8	1:37,6	1:63,6	1:93,2	1:84,8	1:27,7	1:22,7	1:69,1	1:87,1	1:50,1	1:100
Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie sowie für Psychotherapie			1:173,2	1:111,5	1:93,7	1:155	1:197,2	1:176,4	1:358,3	1:50,1	1:127,3	1:163	1:212	1:55,3	1:36	1:101,3	1:196	1:128,7	-
Pflegekräfte			1:2,49	1:3,8	1:3,2	1:4,0	1:3,6	1:2,6	1:3,3	1:2,7	1:3,2	1:2,1	1:4,5	1:4,2	1:3,7	1:4,6	1:3,9	1:3,3	1:2,1
sonstiges therapeutisches Personal (BT/AT, Fürsorger, Pädagogen)			1:33,7	1:15,2	1:32,8	1:15,5	1:38,3	1:25,2 (1:14,5)	1:29,9	1:20,7	1:63,6	1:30,2	1:42,4	1:33,2	1:16,6	1:29,2	1:31,4	1:28,7	1:50
Aufnahmen insgesamt in 1989	1.036	4.000	1.895	3.323	1.693	1.044	2.492	2.140	2.712	2.280	2.048	2.290	?	868	450	553	1.936	1.795	64
Aufnahmen pro Bett	2,14	3,59	2,02	6,65	2,59	3,37	1,81	2,43	2,53	3,8	1,5	3,5	?	5,3	4,2	0,9	1,3	2,2	0,64
durchschnittliche Auslastung	ca. 80%	90%	90%	96%	k.A.	78%	85,5%	89%	75%	73%	87%	87%	98%	96%	78,4%	77%	82,5%	78%	101%

I Einrichtungbezogene Bettenmeßziffern (vgl. Kap. A.II.3.e)).

Tabelle 2: Angaben der Neurologisch-psychiatrischen Abteilungen (Erwachsenen-Psychiatrie) an Allgemeinkrankenhäusern und nicht erwachsenenpsychiatrischen Fachkrankenhäusern in den Fragebögen, Stand 1990 (ehemalige DDR ohne Berlin-Ost)

Name	Mecklenburg-Vorpommern		Brandenburg		Sachsen-Anhalt			Thüringen		Sachsen											
	Wismar	Grimmen (Langzeit-Abteilung)	Kielwitz	Frankfurt/Oder	Ferist	Großröhr	Dessau	Elbingerode (Suchtambulanz)	Aschersleben	Nordhausen (Erwachsenenpsychiatrie)	Blankenburg	Weimar	Gera	Erfurt	Grütz (Neurologische Abteilung)	Annaberg	Zwickau (Wismut)	Aue	Zwickau (BKII)	Plauen	Chemnitz (BKII)
Inbetriebnahmejahr	1985	1988	1985	1950	1970	1979	1976	1981	1956	1934	1957	1968	1982	1986	1948	1984	1952	1966	1953	1906	1905
Einwohnerzahl des Aufnahmegebietes	100.000	32.000	120.000	340.000	38.000	340.000	100.000	..	66.000	200.000	190.000	100.000	130.000	220.000	120.000	100.000	120.000	200.000	200.000	110.000	300.000
Betten gesamt	15	75	43	50	27	69	26	53	26	82	55	45	63	25	32	35	164	66	160	72	346
davon: Akutbetten	15	75	43	50	27	69	21	33	26	82	55	45	62	20	32	35	144	48	140	72	346
davon: Langzeitbetten			2				5						5	5			20	18	20		
Bedien gesamt auf 1.000 Einwohner	0,15	2,34	0,35	0,14	0,71	0,2	0,26	?	0,39	0,41	0,28	0,45	0,47	0,11	0,26	0,35	1,36	0,33	0,8	0,65	1,15
besetzte Stellen	0,3	1	3	7	1	4	2	2	1	8	3	4	9	2	1,5	1	11	5	11	7	22
Arzte insgesamt																					
davon: Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie																					
Fachärzte für Psychotherapie																					
Fachärzte für Psychotherapie																					
Sonstige Ärzte	0,3	1	1	3	2	2	1	2	1	6	3	3	7	2	0,5	1	7	3	7	3	15
Psychologen	1	0	1	2	2	2	1	0	0	2	2	2	2	0,7	-	1	3	2	4	4	6
Pflegekräfte	5	16	20	19	10	23	8	5,5	8	25	16	14	20	20	9	12	51	22	61,5	24	136
sonstiges therapeutisches Personal (BT/AT, Fürsorger, Pädagogen)	2	0	4	2	2	10	3	4,5	(2)	14	3	3	5	1	2	0	9	1	4	6	23
Bettenzahl pro besetzter Stelle	1:50	1:75	1:14,3	1:7,1	1:27	1:17,3	1:13	1:16,5	1:26	1:10,3	1:18,3	1:11,3	1:6,9	1:12,5	1:21,3	1:35	1:14,9	1:13,2	1:14,5	1:10,5	1:15,7
Arzte insgesamt																					
Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie sowie für Psychotherapie	0	1:75	1:14,3	1:12,5	1:27	1:34,5	1:26	1:16,5	1:26	1:13,7	1:18,3	1:15	1:8,9	1:12,5	1:6,4	1:35	1:20,5	1:22	1:22,9	1:24	1:23,1
Psychologen	1:15	0	1:4,3	1:2,5	1:13,5	1:6,9	1:26	0	1:3,3	1:4,1	1:11,0	1:22,5	1:20,7	1:33,7	-	1:35	1:54,7	1:44	1:53,3	1:48	1:43,3
Pflegekräfte	1:5	1:4,7	1:2,9	1:2,6	1:2,7	1:3	1:5,3	1,6	1:3,3	1:3,3	1:3,4	1:3,2	1:3,1	1:1,3	1:3,6	1:2,9	1:3,2	1,3	1:2,6	1,3	1:2,5
sonstiges therapeutisches Personal (BT/AT, Fürsorger, Pädagogen)	1:7,5	1:17	1:14,3	1:2,5	1:13,5	1:6,9	1:8,7	1:7,3	(1:1,3)	1:5,9	1:18,3	1:15	1:12,4	1:2,5	1:1,6	0	1:18,2	1:66	1:40	1:12	1:15,4
Aufnahmen insgesamt in 1989	57	60	317	593	257	ca. 480	245	236	588	1.363	512	500	961	142	LA	220	946	470	1.432	468	2.906
Aufnahmen pro Bett	3,8	0,8	2,8	11,9	9,5	ca. 7,0	9,4	7,2	14,9	16,65	9,3	11,1	15,5	5,7	LA	6,3	5,8	2,4	8,9	6,5	8,4
durchschnittliche Auslastung	84%	89%	85%	99%	89%	84%	105%	102%	102%	90%	95,4%	102%	90,4%	KA	90%	90%	75%	93%	90%	84%	94%

Tabelle 3: Fragebogen-Rücklauf bei den *ambulanten* Einrichtungen

Land	Gesamtzahl der kommunalen Gebietskörperschaften	Rücklauf aus kommunalen Gebietskörperschaften		antwortende Einrichtungen insgesamt
		absolut	in Prozent	
DDR (ohne Berlin-Ost)	215	79	37%	88
Mecklenburg-Vorpommern	37	15	46%	17
Brandenburg	44	20	46%	23
Sachsen-Anhalt	40	15	38%	15
Thüringen	40	11	28%	11
Sachsen	54	17	32%	22 (davon allein 7 aus Leipzig Stadt und Land)

Tabelle 4: Antworten zu einzelnen Fragen

Beantwortet wurden die Fragen nach	von % der antwortenden Einrichtungen
Inbetriebnahme	89%
Zahl der Räume	89%
Einzugsgebiet	87%
Kooperationsbeziehungen	87%
Stellenbesetzung	92%
Diagnosen	58%
Behandlungsdauer	44%

Tabelle 5: Zukunftsperspektiven der poliklinischen Fachabteilungen (ehem. DDR ohne Ost-Berlin)

Bestand als poliklinische Fachabteilung:	7%
Umwandlung in eine Institutionsambulanz:	10%
Niederlassung der Ärzte:	31%
Umwandlung in einen Sozialpsychiatrischen Dienst:	7%
teilweise Umwandlung in SpD bei gleichzeitiger Niederlassung einiger Ärzte der Fachabteilung:	11%
aufgelöst:	3%
Keine Angabe/Ungewiß/Sonstiges:	31%

Tabelle 6: Personalbestand

über Mitarbeiter der folgenden Berufsgruppen verfügen	Prozent der poliklinischen Fachabteilungen
Ärzte	99%
Psychologen	60%
Schwestern (auch "Aufnahmeschwestern")	76%
FürsorgerInnen	56%
Arbeits-/Beschäftigungstherapeuten	6%
sonstige Heilhilfsberufe	14%

Tabelle 7: Räumlichkeiten

Zahl der zur Verfügung stehenden Räume	Prozent der poliklinischen Fachabteilungen (ca.-Angaben)
2 Räume	20%
3 Räume	20%
4 Räume	20%
5 Räume	10%
6 Räume	8%
7 Räume	8%
8 Räume	4%
9 Räume	6%
10 und mehr Räume (Höchstzahl: 17 Räume)	4%

2. Tabellen auf der Grundlage der Medizinalstatistik der ehemaligen DDR

Tabelle 1: Psychiatrische Betten aller Eigentumsformen nach Bezirken je 1.000 der Bevölkerung, 1984 und 1989, ehem. DDR (Bettenmeldung)

Bezirk	psychiatr. Betten je Bezirk		Versorgungsgrad je 1.000 Einwohner	
	1984	1989	1984	1989
Berlin	2.619	2.305	2,20	1,79
Cottbus	375	310	0,42	0,35
Dresden	3.223	2.950	1,80	1,69
Erfurt	1.548	1.484	1,25	1,20
Frankfurt	930	811	1,31	1,14
Gera	1.024	997	1,38	1,35
Halle	1.383	950	0,77	0,54
Chemnitz	2.410	2.212	1,27	1,20
Leipzig	5.277	4.531	3,81	3,35
Magdeburg	3.060	2.803	2,43	2,25
Neubrandenburg	750	480	1,21	0,77
Potsdam	3.333	2.897	2,97	2,58
Rostock	1.491	1.566	1,66	1,71
Schwerin	974	760	1,65	1,28
Suhl	732	634	1,33	1,16
ehem. DDR	29.129	25.690	1,75	1,54
1989 inkl. Wismut Krankenhäuser				

Tabelle 2: Psychiatrische Betten in Fachabteilungen von Allgemein-Krankenhäusern aller Eigentumsformen (ohne Fachkrankenhäuser und ohne Uni-Kliniken) ehem. DDR, 1984 und 1989

Bezirk	Fachabteilungen		Betten	
	1984	1989	1984	1989
Berlin	3	2	212	183
Cottbus	2	1	109	30
Dresden	1	1	33	33
Erfurt	3	7	118	171
Frankfurt	1	1	43	43
Gera	3	2	136	151
Halle	1	1	110	62
Chemnitz	5	8	477	594
Leipzig	0	0	0	0
Magdeburg	1	1	32	25
Neubrandenburg	0	0	0	0
Potsdam	0	0	0	0
Rostock	8	8	1.134	1.141
Schwerin	2	3	60	75
Suhl	0	0	0	0
ehem. DDR	32	35	2.464	2.508
1989 bei	Chemnitz	inkl. 3 FA	in Wismut Krankenh.	

Tabelle 3: Psychiatrische Betten in Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen konfessioneller Träger, ehem. DDR, 1984 und 1989

Bezirk	Bezeichnung	Zahl der FKII/FA		Zahl der Betten	
		1984	1989	1984	1989
a) Fachkrankenhäuser	FKH St. Jos	1	1	243	204
Berlin	Hoffungstaler Anstalten	1	1	110	100
	FKH Samariter-Anstalten	1	1	50	50
Frankfurt	FKH Neinstedter-Anstalten	1	1	290	35
konf. Fachkrankenhaus		4	4	693	389
b) Fachabt. an Allgemeinkrankenhäusern					
Magdeburg	KH Elbingerode	1	1	25	25
Erfurt	KH Kullstedt	0	1	0	15
	KH Nepomuk	0	1	0	30
Berlin	Königin El. Heim	1	0	18	0
Rostock	KH Bethanien	1	1	20	32
konf. Fachabteilungen		3	4	63	102

Tabelle 4: Fachabteilungen³ für Neurologie und Psychiatrie nach Bettenzahl der Krankenhäuser, 1989, alle Eigentumsformen, ehem. DDR

Krankenausgröße nach Bettenzahl	Psychiatrie			Neurologie		
	Zahl der Fachabt.	Betten	Bettenz. je Fachabt.	Zahl der Fachabt.	Betten	Bettenz. je Fachabt.
Krankenhäuser unter 100 B.	9	375	41	2	70	35
Krankenhäuser 100 B. u. 200 B.	9	858	95	1	40	40
Krankenhäuser 200 B. u. 600 B.	24	2.941	122	10	395	39
Krankenhäuser 600 B. u.m. B.	40	21.516	537	44	2.677	60
insgesamt	82	25.690	313	57	3.182	56

Tabelle 5: Betten nach ausgewählten Fachabteilungen³ in stationären Einrichtungen der ehem. DDR, 1989

Land	Betten						
	Chron. Kranke	Neurologie	Psychiatrie	Psych. kr. Ki.	Schulb. unf.	Bild. unf. pfl.	Arbeits-therapie
Mecklenburg-Vorpommern	381	429	2.806	893	258	460	94
Brandenburg	356	433	4.018	387	151	70	0
Sachsen-Anhalt	597	484	3.753	775	284	211	52
Thüringen	432	439	3.115	506	137	127	69
Sachsen	952	977	9.693	1.405	542	415	162
Berlin (DDR)	235	420	2.332	274	50	36	0
Summe	2.953	3.182	25.717	4.240	1.422	1.319	377

³ "Fachabteilung" meint die unter der Leitung eines Chefarztes stehende organisatorische Einheit in einem Fach- oder Allgemeinkrankenhaus.

Tabelle 6: Betten in Fachkrankenhäusern für Neurologie und Psychiatrie in ausgewählten Fachabteilungen nach neuen Bundesländern, 1989

Land	Betten						
	Chron. Kranke	Neurologie	Psychiatrie	Psych. kr. Ki.	Schulb. unf.	Bild. unf. pfl.	Arbeits-therapie
Mecklenburg-Vorpommern	0	118	1.165	330	127	113	34
Brandenburg	0	271	3.945	387	151	70	0
Sachsen-Anhalt	0	176	3.429	675	262	211	52
Thüringen	0	271	2.502	418	137	127	65
Sachsen	0	437	7.896	1.203	452	415	129
Berlin (DDR)	38	220	1.987	220	17	36	0
Summe	38	1.493	20.924	3.223	1.146	972	280

Tabelle 7: Betten in Universitätskliniken in ausgewählten Fachabteilungen 1989

Einrichtung	Betten						
	Chron. Kranke	Neurologie	Psychiatrie	Psych. kr. Ki.	Schulb. unf.	Bild. unf. pfl.	Arbeits-therapie
Uni Rostock	0	119	208	50	0	0	0
Uni Greifswald	0	60	104	20	0	0	0
Med. AK Magdeburg	0	65	71	28	0	0	0
Uni Halle	0	61	166	20	0	0	0
Med. AK Erfurt	0	26	59	0	0	0	0
Uni Jena	0	91	170	28	0	0	4
Med. AK Dresden	0	69	118	12	0	0	33
Uni Leipzig	0	60	140	27	0	0	0
Uni Berlin	0	82	135	21	0	0	0
Summe	0	633	1.117	206	0	0	37

Tabelle 8: Betten in ausgewählten Fachabteilungen in theoretischen Instituten, allgemeinen Krankenhäusern, Fachkrankenhäusern und sonstigen nicht-psychiatrischen stationären Einrichtungen in den neuen Bundesländern, 1989

Land	Betten						
	Chron. Kranke	Neurologie	Psychiatrie	Psych. kr. Ki.	Schulb. unf.	Bild. unf. pfl.	Arbeits-therapie
Mecklenburg-Vorpommern	363	132	1.329	493	131	347	60
Brandenburg	317	162	73	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	597	182	87	62	22	0	0
Thüringen	432	51	384	60	0	0	0
Sachsen	952	411	1.539	163	90	0	0
Berlin (DDR)	197	118	183	33	33	0	0
Summe	2.858	1.056	3.595	811	276	347	60

Tabelle 9: Angaben der Bettenmeldung zur ärztlichen Besetzung in Fachabteilungen für Neurologie, Psychiatrie und psychisch kranke Kinder, Fachkrankenhäuser für Neurologie und Psychiatrie, 1989

	Einrichtung	Ärzte		
		Neurologie VbE	Psychiatrie VbE	Psych. kr. Ki. VbE
Mecklenburg- Vorpommern	PSY-N Schwerin	6,00	33,10	3,50
	PSY-N Ückerförde	1,00	12,90	2,10
Brandenburg	PSY-N Teupitz	3,00	11,50	0,00
	PSY-N Neuruppin	3,00	15,50	0,00
	PSY-N Brandenburg	9,00	24,00	3,00
	PSY-N Lobetal IM	0,00	2,10	0,00
	PSY-N Eberswalde	4,00	11,00	0,00
	PSY-N Fürstenwald IM	0,00	0,00	0,00
	PSY-N Lübben	2,00	7,50	2,00
Sachsen-Anhalt	PSY-N Jerichow	0,00	5,30	0,00
	PSY-N Haldensleben	3,00	17,00	2,00
	PSY-N Uchtspringe	2,00	14,80	0,00
	PSY-N Bernburg	8,70	14,20	5,00
	PSY-N Neinstedt IM	0,00	2,00	0,00
	PSY-N Vitzenburg	0,00	3,40	3,40
Thüringen	PSY-N Mühlhausen	4,00	19,80	0,00
	PSY-N Nordhausen	2,00	6,00	3,70
	PSY-N Stadroda	7,00	16,60	5,70
	PSY-N Hildburghaus.	3,00	18,70	0,00
Sachsen	PSY-N Arnsdorf	4,00	21,50	2,50
	PSY-N Schweidnitz	2,00	14,50	1,00
	PSY-N Dresden Marie	2,70	0,00	0,00
	PSY-N Hochwald	1,00	10,30	0,00
	PSY-N Zschadraß	0,00	8,00	0,00
	PSY-N Altscherbitz	7,00	18,40	3,00
	PSY-N Hubertusburg	3,60	9,60	0,00
	PSY-N Sitzenroda	0,00	2,00	2,00
	PSY-N Rodewisch	3,00	17,70	0,00
	PSY-N Schmarrntanne	0,00	6,80	0,00
	PSY-N Augustusburg	0,00	1,00	0,00
	PSY-N Wechselburg	0,00	2,00	2,00
	PSY-N J. Georg Stadt	0,00	1,40	1,40
	Berlin (Ost)	PSY-N Berlin-Gries.	6,00	57,80
PSY-N Berlin-Herzbg.		3,00	47,90	7,00
PSY-N Berlin Joseph		3,00	8,60	0,00
Summe		93,00	462,90	49,30

Tabelle 10: Ausgewählte Berechnungskennziffern aus der Bettenmeldung, alle Eigentumsformen, psychiatrische Betten, ehem. DDR, 1980-1989

Jahr	psych. Betten je 1.000 Bevölkerung	neur. u. psych. Behandl.fäll je VbE Arzt	Psych. Beh.fälle je 1.000 Bevölkerung	Psych. Beh.fälle je Bett	Neur/Psych. Ärzte in VbE
1980	1,80	81,41	2,957	1,64	947,6
1981	1,80	84,12	3,126	1,74	950,8
1982	1,79	88,55	3,280	1,83	953,3
1983	1,77	92,85	3,393	1,92	937,8
1984	1,75	92,54	3,529	2,00	974,1
1985	1,72	91,30	3,486	2,00	982,1
1986	1,67	93,60	3,619	2,20	987,1
1987	1,64	92,70	3,881	2,20	992,8
1988	1,60	92,50	3,613	2,30	1.003,1
1989	1,54	95,70	3,655	2,30	968,8

Tabelle 11: Ambulante neurologisch-psychiatrische Versorgung der ehem. DDR alle Einrichtungsarten, 1983-1989

Jahr	Ärzte in VbE	Einwohner je amb. Arzt	Konsultationen in Tsd.	Konsult. u. Hausbe. je 1.000 EW	Konsult. je Hausbesuch
1983	613,1	26.799	2.442	149,5	43
1984	622,7	26.432	2.466	151,5	42
1985	640,0	25.725	2.437	150,2	44
1986	671,9	24.560	2.471	152,0	41
1987	725,2	22.911	2.560	156,9	47
1988	725,1	24.224	2.590	158,8	45
1989	698,0	23.560	2.559	157,1	48

Tabelle 12: Ambulante neurologisch-psychiatrische Versorgung nach Bezirken der ehem. DDR, alle Einrichtungsarten, 1989

Bezirk	Ärzte in VbE	Einwohner je amb. Arzt	Konsultationen in Tsd.	Konsult. u. Hausbe. je 1.000 EW	Konsult. je Hausbesuch
Berlin	102,7	12.515	334	264,1	56
Cottbus	20,4	42.921	93	107,4	46
Dresden	62,6	27.364	233	135,3	58
Erfurt	65,0	18.800	277	231,4	31
Frankfurt	20,5	34.444	59	86,2	29
Gera	24,4	29.839	83	113,1	83
Halle	64,7	27.017	196	112,9	49
Chemnitz	69,3	26.219	248	137,5	41
Leipzig	67,4	19.777	256	194,0	43
Magdeburg	55,5	22.288	208	168,6	104
Neubrandenb.	19,6	31.377	59	97,2	59
Potsdam	37,3	29.785	164	147,5	82
Rostock	47,3	19.218	185	205,5	62
Schwerin	24,4	24.180	108	188,1	27
Suhl	16,9	32.248	56	103,1	56
ehem. DDR	698,0	23.560	2.559	1.571	48
Vollbesch. 595,0 Z.-Tätigk. 59,6 VbE Teibes. 42,9 VbE					

Tabelle 13: Neurologen und Psychiater nach Tätigkeitsbereichen in der ehemaligen DDR, 1986-1989 (Quelle: Hochschulkaderprojekt)

Tätigkeitsbereich	1986		1987		1988		1989	
	Ärzte in		Ärzte in		Ärzte in		Ärzte in	
	Pers.	%	Pers.	%	Pers.	%	Pers.	%
überwiegend ambulant	587	34,4	667	37,6	688	37,9	650	37,2
Betriebsgesundheitsw.	48	2,8	46	2,6	45	2,5	48	2,8
überwiegend stationär	1.033	60,5	1.053	59,0	1.071	59,0	1.042	59,6
sonstige Bereiche	40	2,3	8	0,4	11	0,6	7	0,4
insgesamt	1.708	100,0	1.774	100,0	1.815	100,0	1.747	100,0

Tabelle 14: Altersstruktur der Neurologen/Psychiater 1989, ehem. DDR (Quelle: Hochschulkaderprojekt)

Altersgruppen	1989		
	Ärzte in Personen	in %	
unter 30 Jahre	190	10,9	----- 61%
30 b.u. 40 Jahre	491	28,1	
40 b.u. 50 Jahre	657	37,6	
50 b.u. 60 Jahre	234	13,4	
55 b.u. 60 Jahre	119	6,8	
60 Jahre u. älter	56	3,2	
insgesamt	1.747	100,0	

Tabelle 15: Jahresausgaben pro Bett für Kreis- und Bezirkskrankenhäuser sowie Bezirksfachkrankenhäuser für Neurologie und Psychiatrie in den Bundesländern - 0, 1985-1989 (in Mark)

Jahr	Kreiskrankenhäuser			Bezirkskrankenhäuser			Fachkrankenhäuser		
	Kosten p. Bett	Lohnkosten	Wert- erh.	Kosten p. Bett	Lohnkosten	Wert- erh.	Kosten p. Bett	Lohnkosten	Wert- erh.
1985	24.326	10.915	1.723	34.205	12.946	2.429	12.710	5.663	1.317
1986	24.813	10.928	2.004	36.618	13.674	2.867	13.661	5.984	1.430
1987	26.979	11.730	2.316	39.189	14.426	3.300	13.478	5.917	1.348
1988	28.790	12.695	2.524	41.650	15.453	3.596	14.475	6.433	1.668
1989	29.964	13.463	2.537	43.828	16.423	3.785	16.171	7.420	1.753
Bezirk (1989)									
Berlin	40.987	17.052	4.343	55.493	19.527	5.621	24.717	10.318	4.765
Cottbus	27.658	13.203	1.686	45.087	17.587	3.529	19.988	10.454	713
Dresden	29.976	12.932	1.876	38.213	14.129	3.549	11.933	5.010	1.671
Erfurt	28.965	12.845	2.040	--	--	--	16.283	7.264	1.303
Frankfurt	31.893	14.784	2.628	48.910	18.711	3.573	15.811	7.903	1.544
Gera	29.891	12.217	2.621	40.585	15.896	3.424	15.891	8.167	855
Halle	28.966	12.862	2.630	46.086	17.355	5.040	16.998	8.240	1.727
Chemnitz	28.971	12.281	2.727	39.741	14.191	3.483	15.136	6.397	2.224
Leipzig	29.513	13.004	3.108	35.800	13.487	4.120	16.784	7.400	1.699
Magdeburg	31.585	14.635	2.400	42.853	17.184	2.457	15.100	7.094	1.212
Neubrandenburg	30.856	14.693	2.118	48.241	15.884	2.425	20.807	10.669	1.562
Potsdam	28.341	13.424	2.578	41.119	16.494	2.809	13.414	6.845	885
Rostock	27.597	12.866	3.668	38.693	16.679	2.859	--	--	--
Schwerin	27.688	13.459	2.231	53.186	19.475	3.734	17.442	8.945	1.015
Suhl	28.305	13.582	2.177	46.622	17.406	2.619	18.122	8.359	2.473

D. ANHANG: Projektbeschreibung

1. Ausgangslage, Auftrag, Projektträgerschaft und Erhebungszeitraum

Nach der Öffnung der innerdeutschen Grenze im November 1989 begann unmittelbar auch ein verstärkter Erfahrungsaustausch von Fachleuten der psychiatrischen Versorgung in der ehemaligen DDR und der alten Bundesrepublik. Zunächst vereinzelte persönliche und schriftliche Kontakte von psychiatrisch tätigen Fachleuten verdichteten sich im Frühjahr und Sommer des Jahres 1990 auf mehreren Veranstaltungen verschiedener Organisatoren in nahezu allen Teilbereichen der psychiatrischen Versorgung auch zu einem institutionellen und intensiven Meinungsaustausch über die gemeinsamen Probleme der Versorgung und die Möglichkeiten, die dringend reformbedürftige Situation in der ehemaligen DDR zu verändern. Die sich abzeichnende Einheit Deutschlands noch im Jahr 1990 machte diese zunächst rein auf der fachlichen Ebene geführten Diskussionen auch zu einem politisch-administrativen Anliegen. Den an der Diskussion Beteiligten wurde frühzeitig deutlich, daß sich trotz des gemeinsamen Ursprungs der psychiatrischen Versorgung in Deutschland während der vierzigjährigen Zeit der Zweistaatlichkeit und divergierender Entwicklungen im Bereich des Gesundheitswesens erhebliche Unterschiede in Organisation und Systematik der Versorgung psychisch Kranker ergeben hatten. Gleichzeitig wurde offenkundig, daß detaillierte und für eine sinnvolle Planung nutzbar zu machende Überblicks-Informationen über den Stand und die Ausformung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der ehemaligen DDR nicht nur im Westen nicht vorlagen, sondern daß diesbezügliche Informationen auch in der ehemaligen DDR nicht einheitlich und für alle zugänglich aufzufinden waren.

In breiten Kreisen psychiatrischer Fachleute wurde deshalb der Ruf nach einer Bestandsaufnahme über die Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR laut, den die AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V. in einem Schreiben vom 04.07.1990 an den Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit förmlich aufgegriffen hatte. Nur wenige Wochen später hatte sich auch der Arbeitskreis der Ärztlichen Leiter öffentlicher Psychiatrischer Krankenhäuser und Abteilungen in der Bundesrepublik – Bundesdirektorenkonferenz – mit demselben Anliegen an den BMJFFG gewandt. Aufgrund

haushaltsrechtlicher Hindernisse konnte der BMJFFG in dieser Angelegenheit jedoch zu dieser Zeit noch nicht unmittelbar tätig werden.

Auf die nochmalige Initiative des Stellvertretenden Vorsitzenden der AKTION PSYCHISCH KRANKE hin fand dann am 01.10.1990 eine Besprechung mit Vertretern des BMJFFG in Bonn statt, auf der grundsätzliche Einigkeit über die Notwendigkeit einer Bestandsaufnahme über die Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR möglichst rasch durchzuführen. In den darauf folgenden Tagen wurde festgelegt, daß die AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V., der Arbeitskreis der Ärztlichen Leiter öffentlicher psychiatrischer Krankenhäuser und Abteilungen in der Bundesrepublik – Bundesdirektorenkonferenz – und der Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V. gemeinsam die Trägerschaft dieses Projektes übernehmen sollten. Aufgrund des neuerlichen formellen Antragsschreibens der AKTION PSYCHISCH KRANKE vom 04.10.1990 erging der förmliche Auftrag des Bundesministers für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit zur Durchführung der Bestandsaufnahme über die Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR mit Schreiben vom 18.10.1990.

In diesem Auftragsschreiben wurde die gemeinsame Projektträgerschaft der verschiedenen Gruppierungen festgelegt, wobei die Geschäftsführung bei der Geschäftsstelle der AKTION PSYCHISCH KRANKE liegen sollte. Gleichzeitig wurde das gedoppelte Erhebungsverfahren von einer länderbezogenen Bereisung einerseits und einer Fragebogen-Erhebung bei möglichst allen den Projekt-Trägern bekannten ambulanten und stationären Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung in der ehemaligen DDR andererseits festgelegt. Der Zeitraum für die gesamte Erhebung war sehr knapp bemessen; sie sollte im wesentlichen noch im Jahr 1990 bzw. um die Jahreswende herum abgeschlossen werden, und ihre Ergebnisse und Empfehlungen mußten im Frühjahr 1991 vorgelegt werden.

2. Vorarbeiten

Am 23.10.1990 traf sich eine erste Vorbereitungsgruppe von Vertretern der Projekt-Träger in Bonn, um die Ausgestaltung der Fragebögen und das weitere Vorgehen zu besprechen. Dabei wurde vereinbart, auf der am 09.11.1990 in Berlin stattfindenden

Sitzung der Ost-Gruppe der Bundesdirektorenkonferenz die Zusammensetzung der Arbeitsgruppe, unterteilt in sechs auf die Neuen Länder und den Ostteil Berlins bezogene Gruppen festzulegen. Den Ländergruppen sollten jeweils etwa drei Psychiater aus dem jeweiligen neuen Bundesland sowie ein bis zwei Vertreter der alten Bundesrepublik angehören. Auf derselben Sitzung sollte auch die Gestaltung der Fragebögen endgültig entschieden werden, damit diese unmittelbar darauf an die Einrichtungen versandt werden könnten.

Die Kollegen aus den alten Bundesländern, an deren Mitarbeit der Vorbereitungsgruppe gelegen war, wurden mit Schreiben vom 25.10.1990 gebeten, sich zu einer solchen Mitarbeit bereit zu erklären. Auf der Sitzung am 09.11.1990 in Ost-Berlin wurde die endgültige Zusammensetzung der Gesamt-Arbeitsgruppe sowie der einzelnen Ländergruppen festgelegt.

3. Zusammensetzung der Arbeitsgruppe

In der folgenden Liste sind alle Mitglieder der Experten-Gruppe zur Durchführung des Projektes "Bestandsaufnahme über die Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR" alphabetisch aufgeführt. Jeweils in Klammern ist hinter den Namen die Zugehörigkeit zu einer der sechs Ländergruppen vermerkt. Findet sich kein solcher Zusatz, so gehörte das aufgeführte Mitglied nicht speziell einer dieser Ländergruppen an, hat jedoch am Gesamtprojekt mitgewirkt.

Prof. Dr. M. Bauer (Sachsen)
Psychiatrisches Klinik
Stadtkrankenhaus Offenbach
Starkenburgring 66
W-6050 Offenbach

Dr. R. Beier (Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt)
Westfälische Landeslinik
Postfach 26
W-4788 Warstein 1

Prof. Dr. G. Bosch
Abt. für Sozialpsychiatrie
Freie Universität
Platanenallee 19
W-1000 Berlin 19

Dr. K. Christiansen
Schriftführer des
Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte e.V.
Budapester Straße 38
W-2000 Hamburg 36

Prof. Dr. M. von Cranach (Sachsen)
Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren
Kemnater Straße 16
Postfach 1143
W-8950 Kaufbeuren

Prof. Dr. sc. med. K. Ernst (Mecklenburg-Vorpommern)
Wilhelm-Pieck-Universität
Bereich Medizin
Klinik für Neurologie und Psychiatrie
Ernst-Heydemann-Straße
O-2500 Rostock

Dr. B. Findeis (Brandenburg)
Hoffnungstaler Anstalten
Krankenhaus Tabor
Bodenschwinghstraße 4
O-1281 Lobetal

Prof. Dr. sc. med. W. Fischer (Mecklenburg-Vorpommern)
Ernst-Moritz-Arndt-Universität
Bereich Medizin
Klinik für Neurologie und Psychiatrie
Friedrich-Löffler-Straße 23
O-2200 Greifswald

Dr. N. Fröhlich (Thüringen)
Bezirksfachkrankenhaus für
Psychiatrie und Neurologie
O-5700 Mühlhausen

Dr. J. Fuchs (Mecklenburg-Vorpommern)
Bezirksnervenklinik
Wismarsche Straße 393
O-2758 Schwerin

- Dr. A. Führle (Sachsen-Anhalt)
Bezirkskrankenhaus für
Psychiatrie und Neurologie
Olga-Benario-Straße 16
O-4350 Bernburg
- Dr. Chr. Göhlert (Brandenburg)
Bezirksnervenklinik
Fehrbelliner Straße 36
O-1950 Neuruppin
- Prof. Dr. sc. med. J. Greger (Thüringen)
Bezirkskrankenhaus Gera
Straße des Friedens 122
O-6500 Gera
- Dr. J.U. Grünes (Berlin)
St. Joseph Krankenhaus Weißensee
Gartenstraße 1
O-1120 Berlin
- Frau Dr. U. Grüß (Berlin)
Fachkrankenhaus für
Neurologie und Psychiatrie Lichtenberg
Herzbergstraße 79
O-1130 Berlin
- Dr. U. Hoffmann (Brandenburg)
Aktion Psychisch Kranke e.V.
Graurheindorfer Straße 15
W-5300 Bonn 1
- Prof. Dr. Koester
Rüdger von Schewen Straße 19
W-5160 Düren
- Dr. sc. med. H. Krüger (Brandenburg)
Bezirksnervenklinik
Oderberger Straße 8
O-1300 Eberswalde-Finow 1
- Prof. Dr. C. Kulenkampff (Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt)
Elsässer Straße 28
W-2400 Lübeck
- Prof. Dr. H. Kunze (Thüringen)
Psychiatrisches Krankenhaus Merxhausen
W-3501 Emstal 2

W. Picard

(Sachsen)

Vorsitzender der
AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.
Kleiststraße 20
6054 Rodgau 3

Prof. Dr. F. Reimer

(Berlin und Brandenburg)

Vorsitzender der Bundesdirektorenkonferenz
Psychiatrisches Krankenhaus
W-7102 Weinsberg-Weissenhof

Dr. Ribbschläger

(Berlin)

Psychiatrische Beratungsstelle
Prenzlauer Berg
Paul-Robeson-Straße 29
O-1058 Berlin

Dr. B. Riecke

(Thüringen)

Kliniken/Polikliniken Weimar
Stationärer Bereich
Rosenthalstraße 30
O-5300 Weimar

Dr. B. Sachs

(Sachsen)

Bezirkskrankenhaus für
Neurologie und Psychiatrie
Hufelandstraße 15
O-8143 Arnsdorf

Dr. sc. med. M. Seidel

(Berlin)

Psychiatrische Abteilung
Klinik und Poliklinik für
Neurologie und Psychiatrie der Charité
Humboldt Universität
Bereich Medizin
Schumannstraße 20
O-1040 Berlin

D. Stahlkopf

(Berlin)

Karl Bonhoeffer Nervenlinik
Oranienburger Straße 285
W-1000 Berlin 26

PD Dr. U. Trenckmann

Hans-Printzhorn-Klinik
Frönsberger Straße 71
Postfach 1765
W-5870 Hemer

- Dr. G. Tuchscherer (Sachsen-Anhalt)
Bezirksnervenklinik Uchtspringe
O-3501 Uchtspringe
- Dr. M. Uhle (Sachsen)
Universität Leipzig
Bereich Medizin
Klinik für Psychiatrie
Liebigstraße 22
O-7010 Leipzig
- Dr. E. Wachter (Sachsen-Anhalt)
Bezirksnervenklinik
Tiefholzstraße 4
O-3240 Haldensleben
- Dr. K. Waldmann (Sachsen)
Bezirkskrankenhaus Plauen
Reichenbacher Straße 42
O-9900 Plauen
- Prof. Dr. K. Weise
Universität Leipzig
Bereich Medizin
Klinik für Psychiatrie
Liebigstraße 22
O-7010 Leipzig
- Dr. R. Wenzel (Brandenburg)
Bezirksfachkrankenhaus für
Neurologie und Psychiatrie
Luckauer Straße 17
O-7550 Lübben
- Dipl.-Psych. E. Willis (Brandenburg)
Psychiatrisches Landeskrankenhaus
W-7102 Weinsberg-Weissenhof
- Dr. B. Winkler (Brandenburg)
Kreiskrankenhaus Rüdersdorf
Waldstraße
O-1253 Rüdersdorf

4. Sitzungen, Ablauf der Erhebungen

Die erste gemeinsame Arbeitssitzung der Gesamt-Arbeitsgruppe fand am 29.11.1990 in Berlin statt. Auf dieser Sitzung wurden die ausgearbeiteten Fragebögen den anwesenden Direktoren Psychiatrischer Krankenhäuser in den Neuen Bundesländern übergeben. Sie leiteten in den darauf folgenden Tagen die ambulanten Fragebögen an alle ambulanten psychiatrischen Einrichtungen in ihrem jeweiligen Aufnahmegebiet weiter; ebenso die stationären Fragebögen für diejenigen Einrichtungen, die auf der Sitzung nicht vertreten waren.

Der Rücklauf der Fragebögen erfolgte vereinzelt bis in den Monat März 1991 hinein; in die Auswertung konnten die bis Mitte Februar 1991 bei der Geschäftsstelle eingegangenen ca. 90 Fragebögen einbezogen werden.

Im Dezember 1990/Januar 1991 wurde der Auftrag zur Auswertung der für die Bestands-erhebung relevanten Daten der offiziellen Medizinalstatistik der ehemaligen DDR mit dem Auftraggeber des Gesamtprojekts und damaligen Datenherrn abgeklärt und daraufhin an Frau Dr. D. Bardehle, Berlin, erteilt. Die in Auftrag gegebene Ausarbeitung ging zum Ende März 1991 bei der Geschäftsstelle ein.

Die Ländergruppen bereisten in den Monaten Dezember 1990 und Januar 1991 die psychiatrischen Einrichtungen der neuen Bundesländer und zwar die Länder:

Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen	in der Woche 10.-14.12.1990
Brandenburg und Sachsen-Anhalt	in der Woche 17.-21.12.1990
Berlin	am 16. und 17.01.1991
Thüringen	in Einzelreisen im Januar 1991

Aufgrund der schon sehr unübersichtlichen Situation im ambulanten Versorgungsbereich konnten rein poliklinische Einrichtungen nur vereinzelt besucht werden. Auch die größeren komplementären Einrichtungen – vornehmlich große Pflegeheime – wurden nur stichprobenhaft erfaßt.

Jeweils im Anschluß an die Bereisungen fanden die Auswertungs- und Redaktions-Sitzungen der Ländergruppen statt. Alle Länderberichte (Teil B des vorliegenden Berichtes) wurden bis Mitte April 1991 in der Entwurfsfassung fertiggestellt.

Am 25. und 26. April 1991 fand eine Arbeitssitzung der gesamten Experten-Gruppe in Reinhardsbrunn/Friedrichroda in Thüringen statt. Die zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Entwürfe aller Kapitel der Teile A und B wurden auf dieser Sitzung in einem ersten Durchgang redaktionell bearbeitet und eine Redaktionsgruppe für die abschließend notwendige Redaktion benannt.

In den Folgewochen wurden die in Reinhardsbrunn vereinbarten Änderungen in die Texte eingearbeitet und die noch fehlenden Kapitel ergänzt. Am 7., 15. und 24./25. Mai 1991 fanden weitere redaktionelle Vorbesprechungen in Bonn, Bochum und Lübeck statt; die abschließende Redaktionssitzung wurde am 30.05.1991 in der Rheinischen Landeslinik in Bonn durchgeführt.

* * * * *

Mit Ausnahme des Landesberichtes Sachsen wurden alle Texte in der Geschäftsstelle der AKTION PSYCHISCH KRANKE im Textverarbeitungssystem erfaßt und weiter bearbeitet. Besonderer Dank gebührt hier der Schreibkraft der AKTION, Frau H. Marzinowski, die diese Schreibarbeiten unermüdlich und nicht selten auch in Überstunden bewältigte. Die organisatorische Durchführung des gesamten Projektes mit seinen mannigfachen logistischen Problemen lag in den Händen der Geschäftsführerin der AKTION, Frau Chr. Przytulla. Die Fragebögen wurden im wesentlichen vom Wissenschaftlichen Mitarbeiter der AKTION, Herrn Dr. U. Hoffmann, erstellt und ausgewertet, der auch die konzeptionellen und inhaltlichen sowie die redaktionellen Arbeiten koordinierte.

Die Endbearbeitung des gesamten Textes, das Layout sowie der Rein-Ausdruck wurde von der Firma POPYRUS Schreib- und Büroservice, Bonn, übernommen.