



**Psychiatrische
Abteilungen
an
Allgemeinkrankenhäusern**

Psychiatrische Abteilungen
an
Allgemeinkrankenhäusern

Herausgegeben von
M. Bauer
M. Rave-Schwank
AKTION PSYCHISCH KRANKE

Tagungsberichte
Bd. 10

Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern

Tagungsbericht

Herausgegeben von M. Bauer
M. Rave-Schwank
AKTION PSYCHISCH KRANKE

Tagungsberichte
Band 10

1984

Rheinland-Verlag GmbH • Köln

in Kommission bei

Dr. Rudolf Habelt GmbH • Bonn

Gefördert durch das
Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit

© 1984 Rheinland-Verlag GmbH • Köln
Anschrift: Abtei Brauweiler, 5024 Pulheim 2
Herstellung: Publikationsstelle des Landschaftsverbandes Rheinland
Umschlagentwurf: Renate Triltsch • Köln
Druck: Druckhaus B. Kühlen KG, 4050 Mönchengladbach 1
ISBN 3-7927-819-1

Inhalt

Seite	
— Vorwort	7
— <i>W. Picard</i>	
Eröffnung	9
I. Teil: Einführung	11
— <i>C. Kulenkampff</i>	
Die Vorstellungen der Enquete-Kommission, „wo immer möglich psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern einzurichten“ . . .	13
— <i>M. Bauer</i>	
Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern — Ergebnisse einer Umfrage	20
II. Teil: Die Stellung der psychiatrischen Abteilung im Versorgungssystem	33
— <i>W. Reuter</i>	
Eine Stadt und ihr Krankenhaus — mit oder ohne psychiatrische Abteilung	35
— <i>R. Latzke</i>	
Die Ökonomie der psychiatrischen Abteilung — ein Verwaltungsdirektor berichtet	38
— <i>H. P. Kelleter</i>	
Einstellungswandel: Erfahrungen eines ärztlichen Direktors mit der psychiatrischen Abteilung	42
— <i>M. Rave-Schwank</i>	
Die psychiatrische Abteilung aus der Sicht eines regional betroffenen psychiatrischen Krankenhauses	46

— <i>H. Halama</i>	Die psychiatrische Abteilung aus der Sicht eines niedergelassenen Nervenarztes	53
— <i>W. Grasmück</i>	Die psychiatrische Abteilung aus der Sicht von Angehörigen	56
—	Diskussion zu den Referaten des I. und II. Teils	61

III. Teil: Praktische Varianten der Verwirklichung psychiatrischer Abteilungen
. **83**

— <i>D. H. Bennett</i>	Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern in Großbritannien	85
— <i>Th. B. Kraft</i>	Die psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus in den Niederlanden	93
— <i>G.-K. Köhler</i>	Die Psychiatrische Klinik der Evangelischen und Johanniter Krankenanstalten Duisburg-Nord/Oberhausen GGmbH	99
— <i>H. Philipzen</i>	Die Abteilung für klinische Psychiatrie im St.-Josef-Hospital Bad Driburg	114
—	Diskussion zu den Referaten des III. Teils	123
— <i>A. Finzen</i>	Schlußwort	132
— <i>M. Bauer und H. Berger</i>	Die Rückverlagerung der psychiatrischen Regelversorgung in die Gemeinde — Erste Erfahrungen am Beispiel Offenbach	135

Verzeichnis der Autoren und Diskussionsteilnehmer 152

—	Anhang: Verzeichnis der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern in der Bundesrepublik	154
—	Kinder- und Jugendpsychiatrische Abteilungen an allgemeinen und Kinderkrankenhäusern in der Bundesrepublik	158

Vorwort

Es scheint, als ob die Diskussion über Funktion und Stellenwert psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern auch in den nächsten Jahren nicht zur Ruhe kommen wird. Unbestritten ist, daß die Abteilungen einen Beitrag zu einer bürgernäheren Versorgung zu leisten vermögen. Ob dieser Beitrag aber „wesentlich“ oder nur marginal ist, schon darüber gingen in den vergangenen 15 Jahren die Meinungen auseinander und sie tun es noch. Daß dabei vielfach interessengebundene und einer ernsthaften Prüfung nicht immer standhaltende Positionen vertreten werden, kann bei einem so wichtigen Thema nicht verwundern.

Dem Psychiatrie-Enquete-Kompromiß von 1975, die Einrichtung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern unter der Voraussetzung zu empfehlen, daß diese eine Mindestgröße von 200 Betten/Plätzen nicht unterschreiten sollten, sah man schon damals die Sollbruchstelle an. Welcher Krankenhausträger würde es sich leisten wollen, $\frac{1}{3}$ oder gar die Hälfte seiner Betten für psychiatrische Patienten vorzuhalten? Wenn dies aber nicht geschieht, können dann kleinere Abteilungen einen entsprechend kleineren Einzugsbereich „voll“ versorgen oder führt dies zwangsläufig zu einer Zweiteilung der Versorgungsstruktur unter der polemisch gemeinten Überschrift „Zweiklassenpsychiatrie“? Wie — wenn gewollt — kann man dies verhindern?

Fragen und Antworten darauf sollen nicht schon an dieser Stelle vorweggenommen werden. Sie finden sich auf den folgenden Seiten dieser Broschüre, die Referate und Diskussionsbeiträge einer am 10. und 11. November 1983 in Offenbach/Main durchgeführten Informationstagung enthält. Wie schon bei früheren Veranstaltungen dieser Art wurde auch diesmal wieder von der AKTION PSYCHISCH KRANKE eine Umfrage veranstaltet, deren Ergebnisse aufhorchen lassen. Allen professionellen Unkenrufen zum Trotz kann heute nämlich festgestellt werden, daß sich die Zahl der psychiatrischen Abteilungen in den letzten 12 Jahren verdreifacht hat, daß ihre Anzahl inzwischen die der psychiatrischen Krankenhäuser erreicht und daß ihr Versorgungsbeitrag, mißt man ihn an der Anzahl der aufgenommenen Patienten, beträchtlich ist.

Psychiatrische Abteilungen haben demnach ihren Platz bei der Akutversorgung psychiatrischer Patienten gefunden. Gilt dies aber auch für die chronischen, die Langzeitpatienten? Sollen die Abteilungen bei deren Versorgung denn überhaupt in die Pflicht genommen werden? Wäre eine — vielleicht sogar vertraglich festgelegte — Kooperation mit den bestehenden psychiatrischen Krankenhäusern ihres Einzugsgebietes nicht eine sinnvollere, ökonomischere und für diese Patientengruppe vielleicht sogar humanere Lösung?

Die auf der Tagung gegebenen Antworten fielen verschieden aus, je nach Standpunkt und eigener Erfahrung. Auf der Suche nach dem besten Weg waren auch die Berichte aus England (Bennett) und den Niederlanden (Kraft) für die deutschen Teilnehmer von nur begrenztem Wert, so informativ und plastisch sie auch die Situation in ihren beiden Ländern darstellten. Es wird uns nicht erspart bleiben, nach eigenen Wegen zu suchen und sie zu begehen. Daß hierzu nicht nur die in der Psychiatrie Tätigen etwas zu sagen haben, sondern neben den Politikern und Administratoren vor allem auch die Betroffenen selbst und ihre Angehörigen, kann ebenfalls auf den nachfolgenden Seiten nachgelesen werden.

Offenbach / Riedstadt / Bonn, April 1984

Die Herausgeber

Eröffnung

W. Picard

Als Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE begrüße ich Sie zu unserer Informationstagung über „Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern“. Unser Tagungsort, das Stadtkrankenhaus Offenbach, hat vor drei Jahren eine solche Abteilung eingerichtet; wir haben so die Möglichkeit, an Ort und Stelle über die Empfehlung der Enquete zur Einrichtung psychiatrischer Abteilungen und ihre Verwirklichung zu diskutieren.

Wir sollten dieses Forum intensiv zu einem Erfahrungsaustausch darüber nutzen, inwieweit die Einrichtung von psychiatrischen Abteilungen dazu beigetragen hat, den Reformzielen einer gemeindenahen und humanen Versorgung psychisch Kranker näherzukommen und den Prozeß der Wiedereingliederung psychisch Kranker zu fördern. Ich möchte dabei „Wiedereingliederung“ vom gängigen Verständnis von Rehabilitation unterschieden wissen, das ja allzu häufig nur den Aspekt der beruflichen Wiedereingliederung sieht. Dies ist nicht einziges Ziel der Rehabilitationsmaßnahmen bei psychisch Kranken: Wiedereingliederung meint die Wiedereingliederung in ein Leben ohne Isolation und Ausgrenzung, wo der Einzelne wieder in einer mehr oder weniger vertrauten Umgebung selbständig leben kann.

Ich sage das deshalb so prononciert, weil dieses umfassende Verständnis von Wiedereingliederung bei den Modellvorhaben im Bereich der Psychiatrie in der Diskussion um die Rehabilitation, soweit die Arbeitsverwaltung beteiligt ist, meines Erachtens nicht genügend zur Geltung kommt. Eine psychiatrische Abteilung soll aber nach den Erwartungen der Sachverständigenkommission die Gleichstellung der psychisch mit den körperlich Kranken erreichen, Diskriminierung abbauen helfen und dadurch eine wirkliche Wiedereingliederung der psychisch Kranken erleichtern.

Solche Gleichstellung der psychisch mit körperlich Kranken, das bestätigt die Erfahrung in Offenbach, wird im Bewußtsein der Menschen durch eine Abteilung am Allgemeinkrankenhaus tatsächlich weitgehend erreicht. Die Bevölkerung hat hier erstaunlich schnell die psychiatrische Abteilung angenommen; man muß nun nicht mehr 40 km ins Landeskrankenhaus fahren, sondern geht zur Behandlung und zu Besuchen durch dieselbe Tür wie alle anderen auch, ohne daß man sich Ängste oder Gedanken über den Unterschied zwischen körperlicher und seelischer Krankheit machen muß.

Wir haben hier in Offenbach auch Gelegenheit, einiges über das Zusammenwirken von psychiatrischen Abteilungen und einem Landeskrankenhaus zu erfahren. Auch in Darmstadt besteht ja eine Fachabteilung, und die Zusammenarbeit beider Abteilungen mit dem ehemals für das ganze Gebiet zuständigen Landeskrankenhaus Riedstadt ist sicher der Betrachtung wert. Vielleicht

läßt sich so ein neues Licht auf die alte Frage der .Zweiklassenpsychiatrie werfen: ist sie unausweichlich oder gibt es nicht auch Modi sinnvoller Zusammenarbeit?

Die augenblickliche Finanznot ist in aller Munde, und man wird auch noch auf lange Zeit finanzielle Engpässe zu befürchten haben. Trotzdem darf der Veränderungsprozeß in der psychiatrischen Versorgung nicht gestoppt werden. Wir befinden uns ja mitten in einer Entwicklung und haben noch keine endgültigen Ergebnisse; die von Bund und Ländern geförderten Modelle abzubereiten, hieße nur, gegen das vielfältige Engagement des letzten Jahrzehnts auch weiterhin auf unabsehbare Zeit auf konkrete Ergebnisse zu verzichten. Ich weiß sehr gut, daß bei der Vielzahl der Anforderungen an die öffentliche Hand gerade der vielleicht etwas weniger attraktive Bereich der psychiatrischen Versorgung an den Rand zu geraten droht. Trotzdem sollten wir alle dafür sorgen, daß die Menschen, die die eigene Stimme nicht erheben können, nicht wieder wie schon oft übergangen werden. Ich bitte Sie also bei all dem, was Sie an Einfluß im politischen Bereich geltend machen können, auf dieses Ziel hinzuwirken.

Ich möchte nicht schließen, ohne Ihnen allen herzlich zu danken, daß Sie gekommen sind, besonders den Referenten und denen, die die Tagung vorbereitet haben. Mein ganz persönlicher Dank geht an die Stadt Offenbach und die beiden Referenten von Seiten der Stadt, den Sozialdezernenten, Herrn Reuter, und den Verwaltungsleiter des Stadtkrankenhauses, Herrn Latzke. Nicht zuletzt gilt mein Dank dem Bund und dem Land, die sich — nicht nur hier in Offenbach, sondern auch bei anderen Vorhaben — finanziell in einem bedeutenden Umfang beteiligt haben.

Ich freue mich, daß wir gerade in Offenbach, was ja auch ein wenig meine Heimatstadt ist, unsere Tagung veranstalten können. Ich habe die Erfahrung gemacht, daß die Gründung der psychiatrischen Abteilung hier — jedenfalls nach außen — relativ problemlos vor sich ging, und ich hoffe, daß die Tagung zur weiteren Entwicklung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern in Übereinstimmung und Zusammenarbeit mit den anderen Institutionen der psychiatrischen Versorgung einen Beitrag leisten wird.

I. Teil

Einführung

Die Vorstellungen der Enquete-Kommission, „wo immer möglich psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern einzurichten“

C. Kulenkampff

Mir ist die Aufgabe gestellt, den Abschnitt „psychiatrische Abteilung“ im Kapitel B.3. des Enquete-Berichtes rückblickend und mit Bezug auf die gegenwärtige Diskussionslage auszulegen. Eine derartige Exegese ist nur sinnvoll, wenn sie die grundsätzlichen Vorstellungen der Sachverständigen-Kommission über zukünftige Versorgungsstrukturen vor allem im stationären Sektor und somit die Textstellen, in denen diese Vorstellungen mehr oder weniger kompromißhaft ihren Niederschlag gefunden haben, kritisch mit einbezieht. Hierzu sind die „Leitlinien einer bedarfsgerechten Versorgung“ (S. 203 ff.), die Ausführungen über „Grundsätzliches“ der zukünftigen Struktur stationärer psychiatrischer Krankenhaus-Versorgung (S. 216), das Kapitel „Bündelung der bedarfsgerechten Dienste in geographischen Bereichen“ (S. 309) — also die Einführung des Begriffes „Standard-Versorgung“, sowie speziell das Sondervotum von Herrn Hafner zum Kapitel „psychiatrische Krankenhäuser und Abteilungen“ in den Blick zu nehmen.

Versucht man, den fortschwellenden Dissens über das Thema „psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern“ und damit auch die Logik der entsprechenden Empfehlungen auf diesem Hintergrund zu analysieren, so ist zunächst festzustellen, daß die globalen Grundprinzipien der Versorgung, nämlich: Gemeindenähe, Bedarfsgerechtigkeit der Dienste für alle Gruppen psychisch Kranker, seelisch und geistig Behinderter und die Gleichstellung von psychisch Kranken mit somatisch Kranken weder damals strittig waren, noch heute strittig sind. Die Frage ist nur, wie diese Prinzipien auf dem hier zur Rede stehenden Felde der stationären Krankenhausversorgung umzusetzen und zu realisieren sein könnten. Einen Einstieg in die Problemlage gewährt die ausformulierte Meinung der Sachverständigen-Kommission, nach der die Versorgung nicht nur bedarfsgerecht, sondern *umfassend* zu sein habe. An der entsprechenden Textstelle findet sich die diesbezügliche Definition:

„*Umfassend* ist ein bedarfsgerechtes, regional gegliedertes psychiatrisches Versorgungssystem dann, wenn es auf *verschiedenen Ebenen* die notwendige Anzahl ausreichend differenzierter, miteinander verknüpfter Dienste (allgemeine und spezialisierte) für alle Kategorien von Hilfsbedürftigen zur Verfügung stellt. Es setzt sich dementsprechend aus einer Vielzahl, an der Versorgung unterschiedlich beteiligter Institutionen zusammen.“ (B.3.1.1.1., Seite 203)

Der in dieser Empfehlung enthaltene Hinweis auf verschiedene Ebenen des Versorgungssystems ist nur im Zusammenhang mit dem Kapitel „Bündelung der bedarfsgerechten Dienste in geographischen Bereichen“ zu verstehen. Es

gibt lediglich zwei Versorgungsebenen: das Standard-Versorgungsgebiet und das übergeordnete Versorgungsgebiet. Damit übernimmt die Sachverständigen-Kommission bewußt nicht die sonst übliche Stufung der Krankenhaus-Versorgung in Grund-, Regel-, Haupt- und Schwerpunkt-Versorgung. Das System soll *einstufig* bleiben: d. h. auch den psychiatrischen Abteilungen werden im Grunde alle Versorgungsfunktionen in *einer* Stufe zusammengefaßt auferlegt. Herr Hafner hat gegen dieses Ergebnis in seinem Sondervotum erhebliche Bedenken erhoben. Er vertrat die Ansicht, daß die Unterbringung chronisch Kranker in neuen, kleinen Einrichtungen noch keine bessere Versorgung garantiere. Es bestehe eher die Gefahr, daß Gruppen Kranker, die einer besonders intensiven Behandlung bedürfen, in psychiatrischen Abteilungen mit großer Aufgabenvielfalt auf dem Hintergrund eines einstufigen Systems vernachlässigt werden müssen. Besser wäre es, „wenn die neuen Abteilungen nicht verkleinerte Abbilder der Großkrankenhäuser werden, sondern eine echte, nach Funktionen sinnvoll aufgeteilte Zusammenarbeit mit den bestehenden Fachkrankenhäusern eingehen“ (S. 415). Hafner und andere, die in seine Richtung plädierten, konnten sich mit diesen Argumenten in der Kommission nicht durchsetzen.

Das hat natürlich seine Gründe. Bei einer nur ganz geringen Anzahl psychiatrischer Abteilungen hatten die psychiatrischen Krankenhäuser von alters her für ihr Einzugsgebiet die Funktion der Regel-, Haupt- und Schwerpunkt-Versorgung einschließlich verschiedener Spezialaufgaben, also die ganze Palette psychiatrischer Krankenhaus-Versorgung zu tragen. Hätte man sich zu einer Zeit, in welcher noch wenig Erfahrung mit psychiatrischen Abteilungen hierzulande vorlag, für die Zukunft auf ein gestuftes System einigen können, wäre damit die explizite Aufgabenverteilung zwischen psychiatrischer Abteilung und psychiatrischem Krankenhaus festzuschreiben gewesen. Es ist klar, daß hierbei den psychiatrischen Krankenhäusern die Versorgung der längerfristig schwierigen und chronisch Kranken bzw. Behinderten zugefallen wäre, wie das auch Hafner in seinem Sondervotum ganz offen zum Ausdruck bringt. Das Gespenst der Zwei-Klassen-Psychiatrie war aber schon auf dem Plan und ließ sich nicht mehr vertreiben. Auf die Versorgung einer „zweitklassigen“ Population von Kranken sich einzulassen, die aus dem edelpsychiatrischen Ambiente mit guter Personalausstattung und optimalen Bedingungen dem armseligen großen Bruder auf dem Lande einfach zugewiesen würden — dazu fand sich damals unter keinen Umständen Bereitschaft. Die zweifellos weiterhin ganz schlimmen Verhältnisse in der Krankenhaus-Psychiatrie zu jener Zeit verstellten die Möglichkeit, sich wenigstens zukunftsorientiert auf einen Minimalkonsens zu einigen. Auf der anderen Seite bestand wohl ein allgemeines Bewußtsein, daß es sich bei der noch ungewohnten psychiatrischen Abteilung nicht einfach um eine Miniaturisierung des gewohnten großen Krankenhauses handeln könne.

Der Konflikt war und blieb unlösbar — also neigte man dazu, ihn zu unterdrücken. Zeichen solcher Konfliktunterdrückung finden sich deutlich im Abschnitt „Die zukünftige Struktur der stationären psychiatrischen Krankenhaus-Versor-

gung". Unter der frei erfundenen Sammelbezeichnung „psychiatrisches Behandlungszentrum" sind als Formen der Realisierung eines solchen Zentrums *gleichrangig* nebeneinanderstehend die psychiatrische Abteilung und das psychiatrische Krankenhaus subsumiert. Und weiter heißt es im folgenden:

„Psychiatrische Abteilungen und psychiatrische Krankenhäuser müssen derart dimensioniert, strukturiert und mit den diagnostischen, therapeutischen, betreuenden und beratenden Diensten des ihnen zugeordneten Versorgungsgebietes in Kooperation gebracht werden, daß ein Auseinanderfallen der Versorgung in einen Akut- und Chronisch-Kranken-Sektor zum Nachteil beider Patientenkategorien vermieden wird. Hierzu ist es erforderlich, daß die beiden genannten Typen von Einrichtungen die ständige Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, Heimen, Wohnangeboten, beschützenden Werkstätten, offenen Sozialdiensten, Ämtern, Rehabilitationseinrichtungen, aber auch anderen Krankenhaus-Institutionen im Versorgungsgebiet, wirkungsvoll praktizieren." (B.3.1.2.1.4, S. 216)

Das ist zweifellos richtig. Es soll mit jedem nur denkbaren Dienst kooperiert werden — bloß eine mögliche Zusammenarbeit der beiden Typen eines psychiatrischen Behandlungszentrums *untereinander* findet im Text keine Erwähnung.

Man sah wohl eine Landschaft vor sich, in der auf weite Sicht etwas größere psychiatrische Krankenhäuser und etwas kleinere psychiatrische Abteilungen nebeneinander flächendeckend und niveaugleich, mit unterschiedlichen Quoten extramuraler Angebote komplettiert, die Versorgung einer geographisch definierten Region übernehmen würden.

Zur grundsätzlichen Sicherstellung dieses Konzeptes der Gleichrangigkeit zwischen den Versorgungskomplexen psychiatrisches Krankenhaus und psychiatrische Abteilung wurde in dem hier hauptsächlich zur Rede stehenden Abschnitt über die psychiatrische Abteilung ganz konsequent gefordert, daß bei der Errichtung solcher Abteilungen stets von den schon *vorhandenen* Einrichtungen, insbesondere zur Versorgung seelisch/geistig Behinderter und psychisch Alterskranker, sowie vom *Gesamtbedarf* auf der Ebene der Standard-Versorgungsgebiete auszugehen sei. Der Aufbau der Versorgung sei so vorzunehmen, „daß sich die psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus in das Gesamtsystem der psychiatrischen Versorgung eines Standard-Versorgungsgebietes *sinnvoll einfügt*" (S. 216). Zuerst also sollten alle ambulanten, komplementären und speziell rehabilitativen Dienste — um in der Terminologie der Enquete zu bleiben — bedarfsgerecht vorhanden sein, dann könnte die psychiatrische Abteilung korrekt dimensioniert in das System eingebaut werden. Folgerichtig geht dementsprechend die psychiatrische Abteilung sozusagen aus der *Restresultante* des noch ungedeckten Bedarfs in einem Standard-Versorgungsgebiet hervor. Die in dieser Weise geforderte Einfügung der psychiatrischen Abteilung in die umfassende Versorgung sei — nach den Vorstellungen der Enquete-Kommission — dadurch sicherzustellen,

daß „die Festlegung der Versorgungsaufgaben, welche der psychiatrischen Abteilung jeweils obliegen, die Verteilung der Aufgaben unter den beteiligten Einrichtungen, sowie der Aufbau bedarfsgerechter Kapazitäten im stationären, halbstationären, ambulanten, rehabilitativen Bereich und solcher Dienste, welche der Versorgung von Pflegefällen dienen, durch verbindliche Beschlüsse der Träger, sowie entsprechende Auflagen der mitfinanzierenden Länder (.. .) eindeutig fixiert" werden müsse (S. 217).

Bis hierhin ist die Argumentationskette der Kommission auf dem Hintergrund des Grundkonzeptes eines anzustrebenden gleichrangigen Nebeneinanders von Versorgungszuständen mit psychiatrischer Abteilung und psychiatrischem Krankenhaus in sich konsistent und logisch. Aus dem Rahmen fällt die im gleichen Abschnitt ausgesprochene Empfehlung einer Richtgröße von rund 200 Betten für psychiatrische Abteilungen. Man kann schwerlich die sinnvolle Einfügung der psychiatrischen Abteilung als Resultante eines idealtypisch *zuvor* abgelaufenen Aufbauprozesses extramuraler Angebote in der Gemeinde beschreiben und gleichzeitig eine Richtgröße festlegen wollen, zumal ihr eher der Charakter eines Minimums anhaftet. Wäre die Kommission davon ausgegangen, daß eine psychiatrische Abteilung eo ipso ungefähr 200 Betten umfassen müsse, weil nur so — wie es heißt — „eine ausreichende Differenzierung im stationären Bereich für kurz-, mittel- und längerfristig zu behandelnde Patienten und für Subspezialitäten zu gewährleisten" sei, müßten die vorhandenen Kapazitäten an extramuralen Angeboten und deren eventueller Ausbau von vornherein so *begrenzt* werden, daß just eine Bedarfslücke für gerade 200 Krankenhausbetten übrig bliebe. Ganz abgesehen davon, daß mit einem solchen Vorgehen akrobatische Planungskunststücke vorausgesetzt würden, die jenseits aller kommunalen Wirklichkeit liegen — die Sachverständigen-Kommission hat so eben nicht argumentiert. Sie hat ganz korrekt bei den schon etablierten Einrichtungen und dem Gesamtbedarf angesetzt, woraus sich der spezielle Bedarf an stationären Krankenhausbetten ergeben würde. Bloß hat sie an dieser Stelle nicht genug Phantasie und Mut aufgebracht, der Entwicklung von variablen Bettenkapazitäten in psychiatrischen Abteilungen jeweils am Ort einigermaßen freien Spielraum zu lassen. Zweifellos sind hier altgewohnte Vorstellungen aus der Krankenhaus-Psychiatrie durchgeschlagen. Darüber hinaus herrschte damals sehr viel mehr noch als heute erhebliche Ungewißheit darüber, was ein voll ausgebauter ambulanter, komplementärer und rehabilitativer Bereich *außerhalb* der psychiatrischen Abteilung bezüglich der angemessenen Versorgung besonders seelisch Behinderter und chronisch Kranker eigentlich zu leisten im Stande sein würde und welche Qualität dort faktisch anzusiedeln sei. So entstand eine sehr lange Zeit umkämpfte Kompromißformel, gemischt aus Ängsten, es könnten sich sehr kleine, stark selektierende Abteilungen entwickeln, aus Unsicherheit gegenüber der Versorgungskraft außerstationärer Dienste und der Überzeugung, auch psychiatrischen Abteilungen würde schließlich doch die Aufgabe zufallen, so ziemlich alles selber bewältigen zu müssen. Die bisherige Exegese der Texte hat deutlich gemacht, daß die konzeptuellen

Vorstellungen der Kommission in sich bündig sind. Nur an einem, allerdings sehr wichtigen und folgenreichen Punkt werden sie inkonsistent. Läßt man diesen Punkt vorerst einmal beiseite, so zeigt sich im Versuch, die Auslegung fortzuführen, daß das konsequente Festhalten am Grundkonzept des Niveau-Ausgleichs zwischen den Versorgungskomplexen psychiatrische Abteilungen und psychiatrisches Krankenhaus im entscheidenden Textteil notwendig Forderungen nach sich ziehen mußte, die *ungeprüft* ihre Durchsetzungsfähigkeit, die Möglichkeit ihrer Umsetzung in praktische Politik unterstellen. Ich meine den gewünschten Aufbauprozeß psychiatrischer Abteilungen und die mit ihm um des Grundkonzeptes willen verknüpften absichernden Bedingungen. Wer garantiert denn den bedarfsgerechten Aufbau ambulanter, komplementärer und rehabilitativer Dienste in der Kommune, wer vermag, verbindliche Beschlüsse von Trägern zu erzwingen, wer stellt die Verteilung von Aufgaben unter den beteiligten Einrichtungen verschiedenartigster Provenienz sicher, wer koordiniert verbindlich die Planung im Krankenhausbereich mit Planungsbemühungen im außerstationären Sektor? Das sind Fragen, zu deren Beantwortung der Enquete-Bericht keinen wesentlichen Beitrag zu leisten vermochte — Fragen im übrigen, die auch heute noch weitgehend der Lösung harren. Weil das so ist, ging die Entwicklung über die hier angesprochenen Textstellen hinweg.

Psychiatrische Abteilungen wurden überall dort eingerichtet, wo sich Gelegenheit bot, wo ein Träger Bereitschaft zeigte, und wo die kommunalen Politiker und die zuständigen Ministerien den notwendigen Rückenwind lieferten. Mir ist nicht bekannt, daß irgendwo bei der Kapazitätsplanung auf die schon vorhandenen Einrichtungen, insbesondere zur Versorgung seelisch/geistig Behinderter und psychisch Alterskranker, nennenswert Bezug genommen worden ist. Mit der Errichtung der psychiatrischen Abteilung verband sich vielmehr jedesmal die Hoffnung, der Impuls auf die Entwicklung und den Ausbau außerstationärer Dienste in den Kommunen würde von *ihnen* ausgehen. In der Tat ist dies vielerorts — allerdings in Abhängigkeit von den jeweiligen Chefarzten — so geschehen. Zu bedenken ist dabei, daß niemand einen Chefarzt oder seinen Träger ernsthaft dazu bewegen kann, *außerhalb* seiner Abteilung und damit *innerhalb* der Kommune über zahlreiche, bekanntlich mühselige Initiativen und Anstöße tätig zu werden, wenn er andere Präferenzen für sich zu setzen geneigt ist. Niemand kann auch bislang ernsthaft die in der Gemeinde Beteiligten dazu bewegen, den kommunal-psychiatrischen Impulsen eines Chefarztes zu folgen, wenn man dort anderes für wichtiger hält oder kein Geld lockerzumachen ist. Der von der Kommission angestrebte systematische und strukturell kanalisierte Aufbau des Typus Abteilung psychiatrischer Behandlungszentren bricht sich hier an den Vorstellungen einzelner Chefarzte einerseits und den Verhältnissen im kommunalen Raum andererseits.

Die Folgen sind bekannt: oft meist emotional getönte Konflikte zwischen psychiatrischen Krankenhäusern und psychiatrischen Abteilungen, die in ihrem Einzugsgebiet entstanden sind, insbesondere über unregelmäßige Verlegungspraxis. Eine Praxis, die es nach dem alten Grundkonzept — von einzel-

nen Sondergruppen abgesehen — eigentlich nicht geben dürfte. Jedem sollte ein Pflichtaufnahmegebiet zugewiesen werden (S. 216), mit dem er zurechtzukommen hat. Gelingt daher der Aufbau eines kommunalen Versorgungsnetzes mit einer Abteilung, sodaß der möglicherweise benachbarte große Bruder nicht in Anspruch genommen werden muß, läßt sich also der betroffene Versorgungssektor aus dem Einzugsgebiet eines psychiatrischen Krankenhauses herausnehmen, ist den Matadoren der Applaus gewiß. Vertragsabschlüsse, die einen solchen Vorgang besiegeln, werden gelegentlich gefeiert und vorgezeigt. Man kann hieraus leicht entnehmen, daß trotz aller Widrigkeiten und obgleich die an den Aufbau von psychiatrischen Abteilungen von der Kommission sehr stringent geknüpften Bedingungen in der Regel übergangen wurden, die überkommene Ideologie des Grundkonzeptes eines relativ unabhängigen niveaugleichen Nebeneinanders der Versorgungskomplexe Krankenhaus und Abteilung sich jedoch bis heute weitgehend durchgehalten hat. Daß dieses Grundkonzept allerdings nur vereinzelt befriedigend verwirklicht werden konnte, ist festzuhalten. Faktisch fehlende oder unterentwickelte Instrumente zur Steuerung eines ausgewogenen Aufbaues einer umfassenden Versorgung auf der Ebene der Standard-Versorgungsgebiete (S. 217) haben dieses Defizit — legt man die Empfehlungen des Enquete-Berichtes zugrunde — bewirkt.

Vergegenwärtigt man sich das Ergebnis des Versuchs einer Exegese der einschlägigen Textstellen, so bleibt zu fragen, wie der Versorgungskomplex psychiatrische Abteilung im Rückblick auf die vergangenen sieben bis zehn Jahre zu beurteilen sei. Dies kann hier nur in groben Umrissen erfolgen.

Unstrittig hat die Empfehlung, psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zu errichten, wo immer das möglich ist, Folgen gehabt. Die Zahl solcher Abteilungen ist — wenn auch ungleich in den einzelnen Ländern verteilt — erheblich angestiegen. Knapp siebzig mit ca. 5000 Betten sind zur Zeit nachweisbar. Damit ist zweifellos ein nicht unbeträchtliches Terrain bei der Verwirklichung gemeindenaher Psychiatrie erobert worden. Die übrigens nirgendwo im Enquete-Bericht diskutierten Auswirkungen der Einrichtungen psychiatrischer Abteilungen auf die Bettenkapazität der großen psychiatrischen Krankenhäuser ist wohl regional sehr unterschiedlich und nicht immer sicher festzustellen. Man muß sich nämlich klarmachen, daß durch das zusätzliche Bettenangebot in psychiatrischen Abteilungen aus dem Kuchen nur die Scheibe der Akut- bis höchstens mittelfristig Kranken herausgeschnitten wird. Diese Patientengruppe ist aber *nicht der* die Dimension psychiatrischer Krankenhäuser wesentlich beeinflussende Faktor. Die Größe der psychiatrischen Krankenhäuser wird vielmehr nach wie vor von der Anzahl hospitalisierter Langzeitkranker und Behinderter bestimmt. Diese Patienten- und Behinderten-Population findet sich aber naturgemäß nicht in den psychiatrischen Abteilungen — und wenn sie dort vermehrt auftaucht, ist sie meist fehlplaciert. Von hier aus entsteht der Druck auf die Abteilungen. Entweder lassen sie sich auf eine offene oder verdeckte Verlegungsstrategie ein, oder sie versuchen, das Problem mit dem Schritt in die Gemeinde durch verstärkte außerstationäre Angebote in den Griff zu bekommen. Aber selbst wenn auf dem letzteren Weg j

zufriedenstellende Ergebnisse erzielt werden, bleibt - und diese Einsicht scheint sich in den letzten Jahren verfestigt zu haben — eine, wenn auch zahlenmäßig nicht sehr große *Restgruppe*, die weder ambulant, noch im komplementären Bereich zu behandeln ist, sondern die langfristiger, stationärer Rehabilitationsmaßnahmen bedarf. Es ist meines Erachtens ein gravierender Mißstand, wenn Patienten aus dieser Gruppe, untermischt mit Akutkranken, im dritten Stock eines Allgemeinkrankenhauses über längere Zeit auf den Fluren hin- und hergeistern müssen. Ein Mißstand ist es ebenso, wenn unregelmäßige Verlegungen in psychiatrische Krankenhäuser so gehandhabt werden, daß beim Empfänger der Eindruck entstehen muß, man wolle sich in der Abteilung lediglich der Störenden, Unbequemen und Lästigen entledigen. Daß auf diese Weise Konflikte und Ressentiments entstehen, ist nicht zu verwundern.

Es besteht wohl kein Zweifel, daß das psychiatrische Krankenhaus für die Behandlung und langfristige Rehabilitation der oben erwähnten Restgruppe besser ausgestattet ist oder ausgestattet sein könnte, als jedwede psychiatrische Abteilung. Hierzu müßte freilich diese sehr wichtige Aufgabe gesehen, akzeptiert und das Notwendige veranlaßt werden. Nimmt man die in den letzten Jahren überall verspürbare Akzentuierung des Problems der sog. Unheilbaren ernst, wäre es vielleicht an der Zeit, hinter den Ausgangspunkt des Enquete-Berichtes noch einmal zurückzugehen und das damals entwickelte Grundkonzept in Richtung einer Aufgabenteilung zwischen psychiatrischer Abteilung und psychiatrischem Krankenhaus fortzuschreiben. Mir ist selbstverständlich bewußt, daß eine Versorgungsstufung, etwa in Grund- und Regelversorgung, an der Abteilung *und* Krankenhaus partizipieren, und Spezialversorgung, die in der Regel den psychiatrischen Krankenhäusern gegebenenfalls alleine obliegt, von vielerlei Bedingungen, so zum Beispiel den noch zumutbaren Entfernungen, abhängig gemacht werden muß. Es wird ferner notwendig sein, die zur Disposition stehende Patientengruppe gemeinsam klar zu definieren und zu exakten Vereinbarungen zu kommen. Keinesfalls soll hierdurch einer Wiederbelebung der Abfluß-Theorien aus dem 19. Jahrhundert das Wort geredet werden. Wichtig schiene mir nur, daß die unverhohlene und eigentlich unerträgliche Abwertung gewisser Patientengruppen, wie sie in dem Gerede von der Zwei-Klassen-Psychiatrie zum Ausdruck kommt, ihr Ende findet. Dazu wäre es nützlich, wenn die beiden Partner, welche das stationäre Krankenhausgeschäft zu besorgen haben — die Krankenhaus-Psychiatrie und die sich konsolidierende Abteilungs-Psychiatrie —, nicht ihre ganze Kraft auf Abgrenzungsfragen gegeneinander verwenden, sondern, wo immer sich das anbietet, Aufgaben definieren und ihre Verteilung miteinander verabreden.

Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern — Ergebnisse einer Umfrage*

M. Bauer

Seit jetzt nahezu 15 Jahren wird in der Bundesrepublik über die strukturelle Reform der psychiatrischen Versorgung diskutiert, mal heftiger, mal weniger heftig. Einige der dabei gehaltenen Reden und publizierten Texte zeugen von einem hohen emotionalen Engagement der betreffenden Autoren, insbesondere, wenn es um die Kernfrage geht, ob eine gesamtpsychiatrische Versorgung unter Aufgabe der großen psychiatrischen Krankenhäuser mit Hilfe eines noch größtenteils zu entwickelnden dezentralen Systems geleistet werden kann oder nicht. Es hieße Eulen nach Athen tragen, wenn ich in diesem Kreis auch nur ansatzweise versuchen wollte, die Argumente und Gegenargumente anzusprechen, die in dieser noch keineswegs zum Abschluß gekommenen Auseinandersetzung gewechselt worden sind. Viele der hier in diesem Raum Versammelten haben sich dabei aktiv beteiligt, literarisch und auch praktisch, und tun es noch. Nicht zuletzt kann die Tatsache dieser Tagung und das dabei behandelte Thema selbst als Teil dieses Prozesses verstanden werden, als Möglichkeit, Anstöße in die eine oder andere Richtung zu geben, gegebenenfalls bedenkliche Entwicklungen beim Namen zu nennen, zumindest aber eine Momentaufnahme des Status quo in einem wichtigen Teilbereich psychiatrischer Versorgung zu leisten.

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE hat deshalb auch zu dieser Tagung — wie sie dies bereits 1980 bezüglich der ambulanten Dienste und 1982 für die Tageskliniken in der Bundesrepublik unternommen hat — eine Umfrage über psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern durchgeführt, die den gegenwärtigen Kenntnisstand wiedergibt. Darüber soll im folgenden berichtet werden.

Die Ergebnisse dieser Befragung können ein hohes Maß an Repräsentativität beanspruchen. Dies nicht zuletzt deshalb, weil bei einigen wenigen Institutionen, die sich schwer taten mit der Beantwortung des ihnen zugesandten Fragebogens der AKTION auf Grunddaten einer von MICHAELIS 1982 unternommenen Untersuchung über psychiatrische Abteilungen zurückgegriffen werden konnte, wobei allerdings ausschließlich die „weniger sensiblen“ Daten, z. B. nicht diejenigen über den Stellenplan und sonstige oftmals lokale Sonderregelungen, Verwendung gefunden haben. Wie verständlicherweise Aussagen über „das Eingemachte“ nicht mit Hilfe eines Fragebogens abgerufen werden können. Darüber hinaus beziehen wir uns bei einigen Vergleichen sowohl auf die Ist-Erhebung der Enquete-Kommission aus dem Jahre 1973, auf die Umfrage von HAFNER und v. WATZDORF aus dem Jahre 1979 sowie auf die

* Unter Verwendung der Ergebnisse einer bislang unveröffentlichten Umfrage von R. MICHAELIS aus dem Jahr 1982

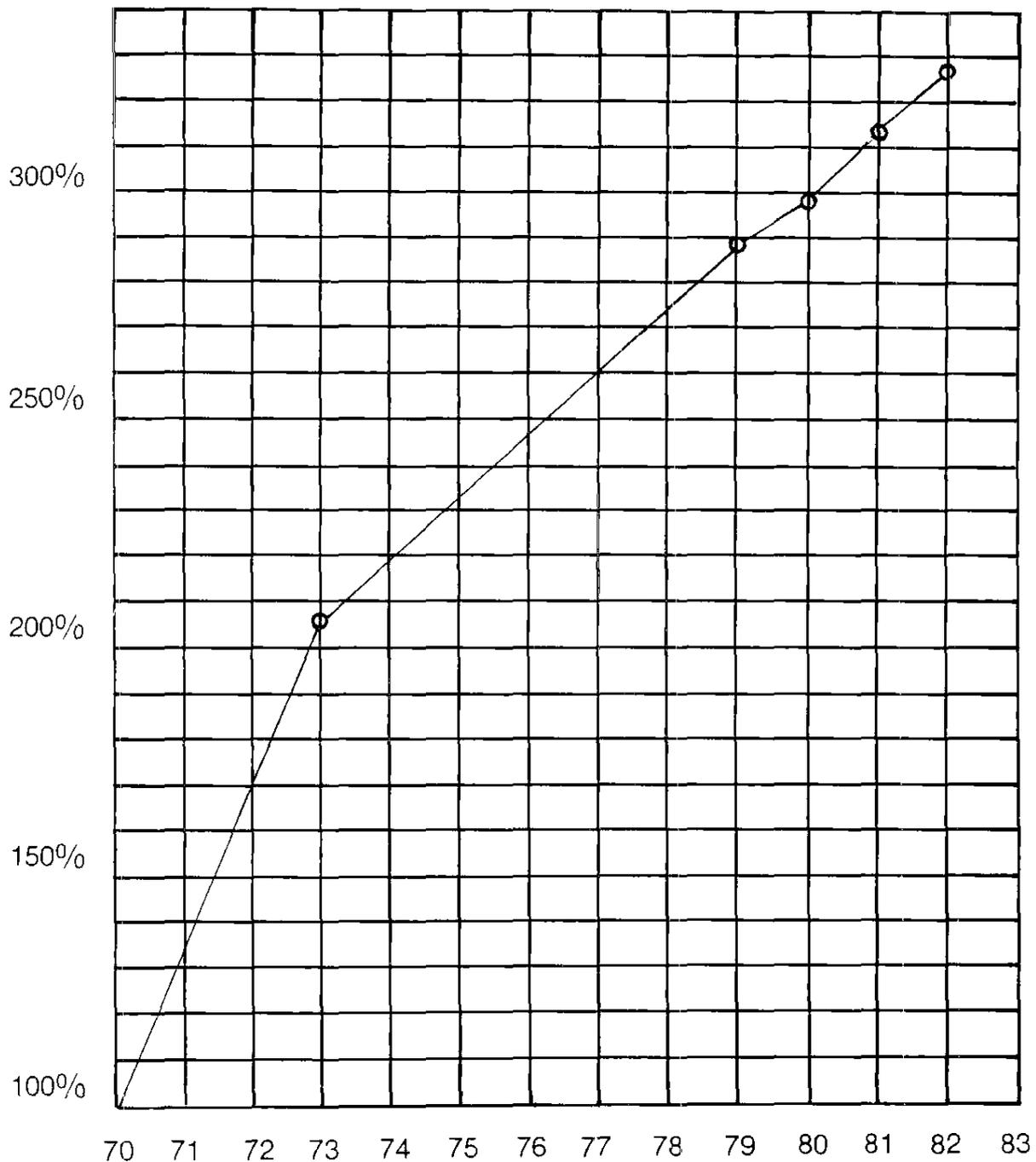


Abb. 1: Zunahme der psychiatrischen Abteilungen seit 1970.

Recherchen, die SCHEFFLER für eine 1981 in Berlin durchgeführte Tagung mit ähnlicher Thematik angestellt hatte.

Nimmt man all diese Quellen zusammen, so ist zunächst festzustellen, daß es gegenwärtig 68 psychiatrische bzw. neuro-psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern in der Bundesrepublik gibt. Nicht berücksichtigt sind dabei die psychiatrischen Abteilungen der 23 Universitäts-Kliniken sowie die nur formal als psychiatrische Abteilungen geltenden psychiatrischen Krankenhäuser Bremen-Ost und Hamburg-Ochsensoll. Von der Erhebung ebenfalls

ausgespart blieben selbständige psychiatrische Kliniken, wie z. B. Mönchengladbach oder Häcklingen, auch wenn diese von ihrer Größenordnung her durchaus mit psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern verglichen werden können.

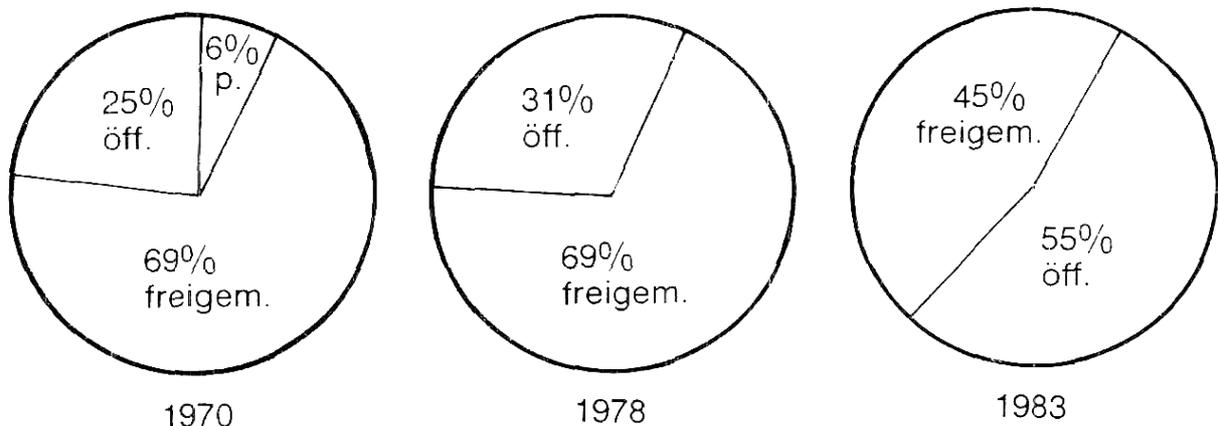
Unter Zugrundelegung der die Jahre 1970 bis 78 abgreifenden Erhebungen von SCHEFFLER, den Materialien der Psychiatrie-Enquete-Kommission, der sog. Blitz-Umfrage von HAFNER und v. WATZDORF aus dem Jahre 1979 sowie unserer eigenen Erhebungen hat sich demzufolge die Anzahl der Abteilungen von 21 im Jahr 1970 über 44 im Jahre 1973, 61 im Jahr 1979, auf 68 im Jahr 1983 erhöht. Dies bedeutet eine prozentuale Steigerung von über 300%. Dabei sind allein in den letzten 10 Jahren mehr psychiatrische Abteilungen in der Bundesrepublik neu entstanden als in der Zeit bis 1970 existierten.

Abbildung 1 zeigt diesen Sachverhalt.

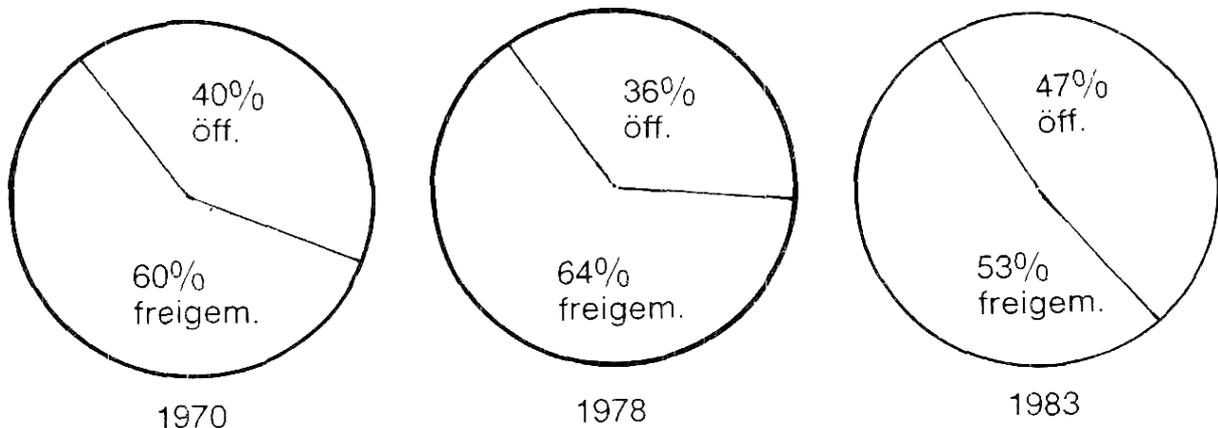
Über 56 von diesen 68 Abteilungen (= ca. 83%) verfügen wir über genaue Informationen, insgesamt 40 haben auf die Umfrage der „Aktion“ geantwortet. Davon sind 13 Teil eines akademischen Lehrkrankenhauses, 14 Abteilungen ist eine Tagesklinik angeschlossen, 34 haben auch ambulante Therapiemöglichkeiten, meist in Form eines Ermächtigungsvertrages des jeweiligen Chefarztes.

Abb. 2: Trägerschaft —

a. Neuro-psychiatrische Abteilungen (N = 22)



b. Rein psychiatrische Abteilungen (N = 34)



Genau 50% dieser Abteilungen unterhält die öffentliche Hand, die andere Hälfte befindet sich in freigemeinnütziger Trägerschaft. Dabei ist interessant, daß seit 1970 eine stetige Zunahme der Abteilungen in öffentlicher Trägerschaft zu verzeichnen ist, wobei dies sowohl für gemischt neurologisch-psychiatrische als auch für rein psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zutrifft, während der Anteil in freier Trägerschaft entsprechend sinkt.

Die von uns erfaßten 56 Abteilungen verfügen über insgesamt 5097 Betten. Wie bekannt, stehen die meisten derartiger Abteilungen in Nordrhein-Westfalen, insgesamt 24; d. h., dieses Bundesland verfügt über 43% aller diesbezüg-

Abb. 3: Prozentualer Anteil der Bundesländer an der psychiatrischen Versorgung durch Psychiatrische Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus (N = 56).

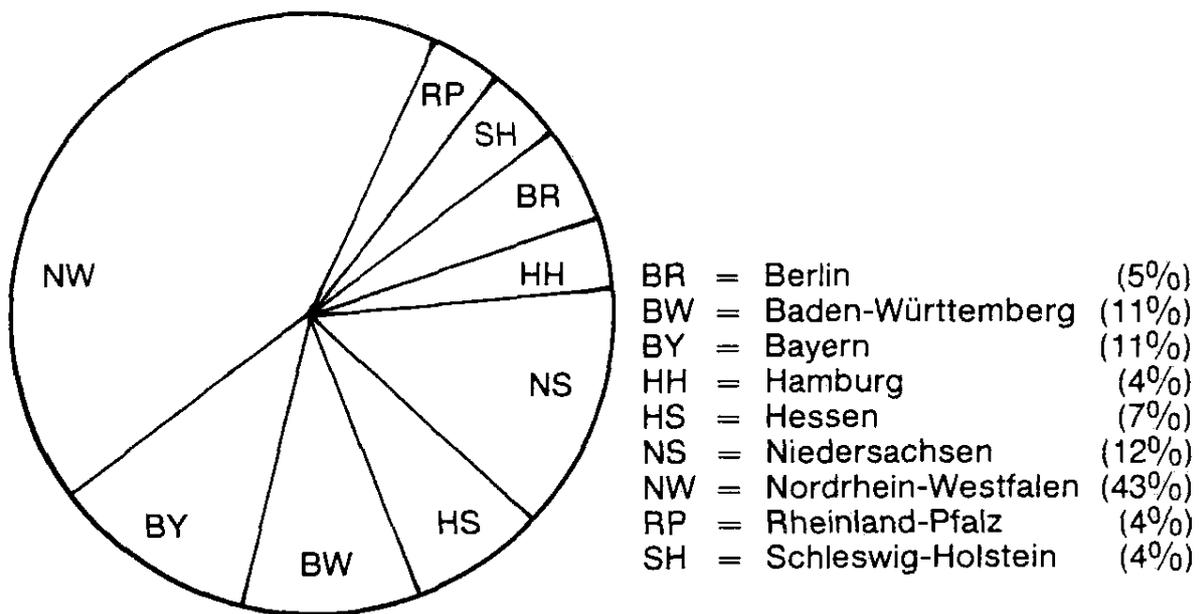
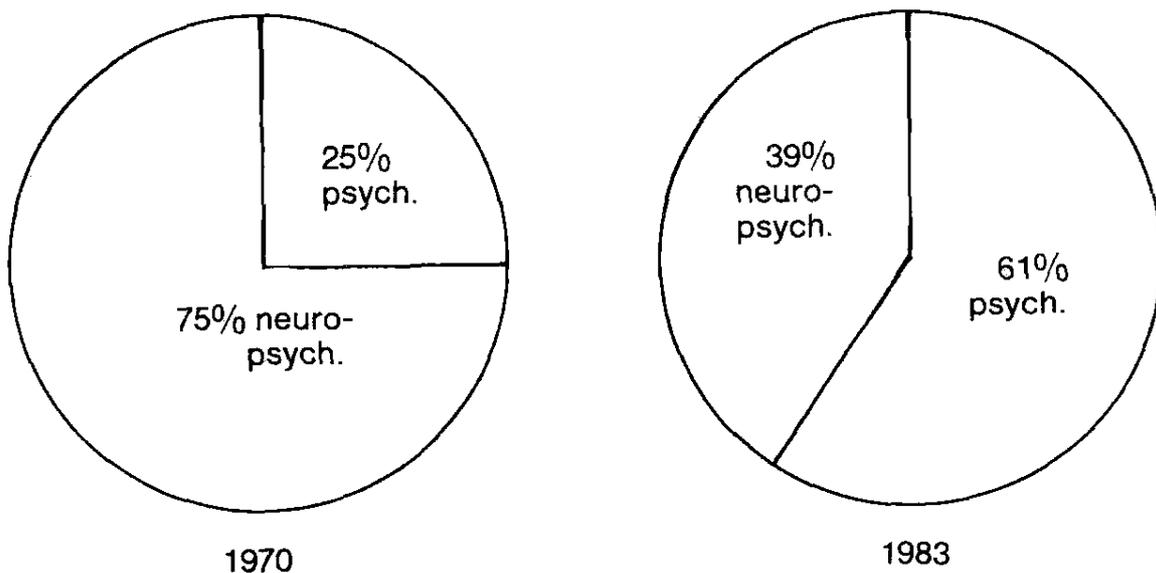


Abb. 4: Anteil psychiatrischer und neuro-psychiatrischer Abteilungen (N = 56).



liehen Einrichtungen in der Bundesrepublik. Die prozentuale Verteilung über alle Bundesländer ist Abbildung 3 zu entnehmen.

Während 1970 noch drei Viertel aller Abteilungen gemischt psychiatrisch-neurologische Abteilungen waren, hat sich diese Situation in den letzten 13 Jahren entscheidend verändert. 1983 bezeichnen sich 34 von 56 Abteilungen als „rein psychiatrisch“, nur noch 22 behandelten eine gemischte Klientel.

Abbildung 4 verdeutlicht diesen Sachverhalt.

Von den in den letzten 5 Jahren gegründeten 14 Abteilungen sind allein 12 rein psychiatrisch ausgerichtet. Darüber hinaus gab es an 12 Häusern mit einer psychiatrischen Abteilung eine eigenständige neurologische Klinik. Hieraus wird erkennbar, daß die in den letzten zwei Jahrzehnten in den Universitäten vollzogene strikte Trennung von Neurologie und Psychiatrie inzwischen auch die Allgemeinkrankenhäuser erreicht hat.

Entgegen der bekanntlich ja weithin umstrittenen Empfehlung der Enquete-Kommission, als Richtlinie derartiger Kliniken etwa 200 Betten vorzugeben, ist dieses Konzept so gut wie nirgendwo realisiert, schon gar nicht bei den seitdem neu entstandenen Abteilungen. Nur 6 der 56 Kliniken verfügen über mehr als 150 Betten, die weit überwiegende Mehrzahl, nämlich 35 (= 62%), liegen in der Größenordnung 51 bis 100 Betten, 8 liegen unter 50 Betten. Die durchschnittliche Größe psychiatrischer Abteilungen lag 1983 bei 94 Betten, der Medianwert dem gegenüber bei 77 Betten, der Modalwert bei 60 Betten.

Nun ist die Diskussion über die wünschenswerte Abteilungsgröße sicherlich noch nicht abgeschlossen, sie wird uns auch im Rahmen dieses Referats bei dem Thema „Konzept und Selbstverständnis“ noch beschäftigen.

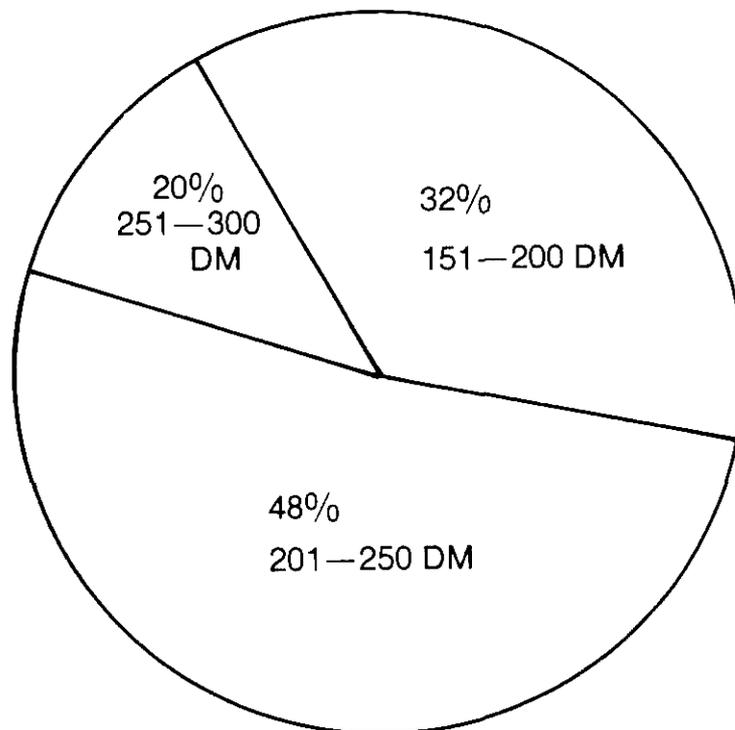
Fragt man danach, ob die eher großen Krankenhäuser der Haupt- und Schwerpunktversorgung — wie es die Enquete-Kommission empfohlen hat — sich psychiatrische Abteilungen angegliedert haben oder ob auch hier die Wirklichkeit vom Pfad der Enquete-Tugend abgewichen ist, so ist in dieser Beziehung der erwartete Sündenfall zu konstatieren. Nicht Krankenhäuser der Maximalversorgung sondern solche bis maximal 400 Betten (ohne psychiatrische Abteilung) verfügen über eine zusätzliche psychiatrische Klinik; 32 der 56 Abteilungen (= 57%) sind dadurch charakterisiert.

Fast alle befragten Krankenhäuser gaben an, daß die psychiatrischen Abteilungen auf dem Gelände des allgemeinen Krankenhauses liegt, nur bei dreien ist dies nicht der Fall. Allerdings sind knapp die Hälfte der psychiatrischen Kliniken in einem eigenen Gebäude untergebracht; vielfach handelt es sich dabei freilich nicht um einen für diesen Zweck errichteten Neubau. Ob Neu- oder Umbau, zwei Drittel aller Beantworter üben Kritik und sind unzufrieden mit der bestehenden architektonischen Lösung. Dabei wird im einzelnen besonders die allgemeine Enge, fehlende bzw. nicht ausreichend vorhandene Funktions- und Aufenthaltsräume für Patienten und Personal, zu große und dadurch unübersichtliche Stationseinheiten, gelegentlich über fehlende Grünflächen und Räumlichkeiten für sportliche Aktivitäten geklagt. Für Krankenhausplaner, Architekten, Träger und Betroffene ein weites Feld.

Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sind für den Träger unter ökonomischen Gesichtspunkten ein Geschäft; zu diesem Schluß zumindest muß derjenige kommen, der davon ausgeht, daß eine 85%ige Belegungsquote die entstehenden personellen und sächlichen Kosten ausbalanciert. Psychiatrische Abteilungen sind im Mittel zu 92% ausgelastet, nur wenige haben Beilegungsschwierigkeiten. Dies ist nicht nur ein Argument für den fast allorts bestehenden Bedarf an gemeindenahen psychiatrischen Betten, es macht auch deutlich, daß solchen Abteilungen eine gewisse Attraktivität nicht abgesprochen werden kann. Selbstverständlich hängt dies — gerade in der Psychiatrie — neben der geographischen Lage, den räumlichen und apparativdiagnostischen Möglichkeiten einer Klinik vor allem von der personellen Ausstattung ab, die letztlich über die Qualität des therapeutischen Angebots entscheidet. Die Höhe des Pflegesatzes also ist eine, ich muß dies nicht betonen, nicht zu vernachlässigende Größe. Während dieser Pflegesatz in den PKHs heutzutage nur selten einmal die Schallmauer von 150 DM übersteigt, gibt es keine einzige psychiatrische Abteilung in der Bundesrepublik, in der er unter diesem Wert liegt. Regelmäßig ist er identisch mit dem allgemeinen Pflegesatz des Hauses und dieser liegt erheblich höher.

Abbildung 5 verdeutlicht dies.

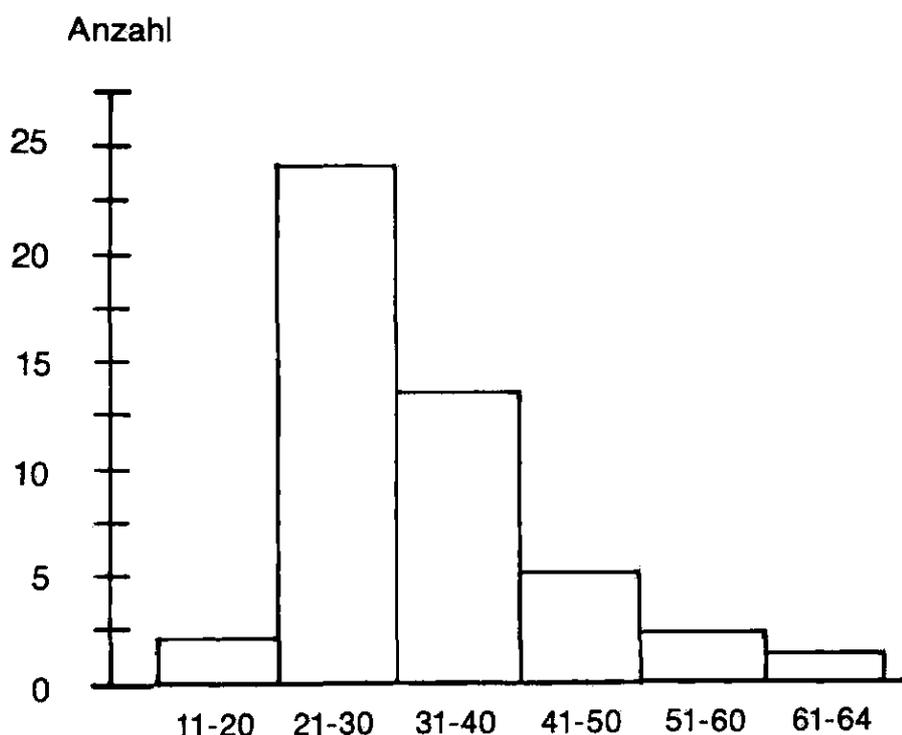
Abb. 5: Höhe des Pflegesatzes in psychiatrischen bzw. neuro-psychiatrischen Abteilungen am Allgemein-Krankenhaus (N = 40).



Diese enormen Pflegesatz-Unterschiede der beiden Einrichtungstypen bedeuten natürlich keineswegs, daß die Behandlung eines Patienten in dem „billigeren“ Großkrankenhaus unter volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten auch tat-

sächlich ökonomischer wäre, da in eine solche Bewertung eine Vielzahl von Faktoren einzugehen haben. Einen dieser Faktoren haben wir erfragt, die Verweildauer. Sie betrug für den von uns erfaßten Zeitraum 1981/82 im Mittelwert jeweils 31 Tage, wobei die Bandbreite zwischen den einzelnen Institutionen zwischen minimal 13 und maximal 64 Tagen im jeweiligen Mittel schwankte. Obwohl ich mir der Problematik eines Verweildauervergleichs zwischen PKH und psychiatrischer Abteilung bewußt bin, will ich an dieser Stelle doch die diesbezüglichen Werte aus der Psychiatrie-Enquete einblenden. Vermögen sie zumindest für diejenigen psychiatrischen Abteilungen, die für ihre Region eine Vollversorgung anstreben, mit vielen Einschränkungen selbstverständlich, doch gewisse Anhaltspunkte für die Bewertung der eigenen Arbeit abzugeben.

Abb. 6: Durchschnittliche Verweildauer in Tagen (N = 40).



Ich komme jetzt zu einem der heikelsten Punkte dieser Umfrage, der Personal-Ausstattung der einzelnen Kliniken. Selbstverständlich haben wir danach gefragt, und fairerweise haben alle an der Umfrage beteiligten Kliniken darauf geantwortet. Nicht ohne Zögern diejenigen, die nach eigener Einschätzung über einen guten oder gar sehr guten Stellenplan verfügen, kämpferisch-offensiv die anderen, die in dieser Hinsicht, aus welchen Gründen auch immer, schlechter dastehen. Auch gibt es Klinikleiter, die sich vor der Rücksendung des Umfragebogens telefonisch vergewisserten, daß gerade bezüglich dieser Daten Mißbrauch zum Nachteil einzelner Institutionen ausgeschlossen war. Sie werden verstehen, daß ich mich an solche Zusagen gebunden fühle. Ich muß es daher bei dem impressionistischen Eindruck belassen, daß es gut, weniger

gut, schlecht und sehr schlecht ausgestattete psychiatrische Abteilungen gibt Die von uns erhobenen Werte wären im übrigen nur mit großer Vorsicht zu genießen, sie sind meines Erachtens vor allem für die träger- oder kostenträgerpolitische Diskussion nur von sehr begrenztem Wert, wenn es darum geht, nachzuweisen, daß die eigene Institution unter- oder ggf. auch über dem Schnitt liegt. Dies rührt nicht selten daher, daß je nach innerem Konzept der Klinik, der betreuten Klientel, den mit der Klinik verbundenen Diensten und Einrichtungen, dem Umfang des Konsiliardienstes, den Lehr- und Ausbildungsverpflichtungen eines Hauses usw. sehr unterschiedliche Aufgaben wahrzunehmen sind, die auch eine differente personelle Ausstattung rechtfertigen. Darüber hinaus sind gerade in einer Psychiatrie, die auf Teamarbeit Wert legt, die Funktionen der einzelnen Berufsgruppen nicht so streng voneinander getrennt, daß z. B. klassisch sozialarbeiterische oder BT-Aufgaben nicht auch von anderen Berufsgruppen dann übernommen werden könnten, wenn die dortige personelle Besetzung dies zuläßt. Vergleichbares gilt für Ärzte und Psychologen. — Was unter dem Strich bleibt, ist aber etwas anderes: Ohne dies jetzt statistisch belegen zu wollen oder zu können, läßt sich aus den Umfrageergebnissen erkennen, daß diejenigen Einrichtungen, die alles in allem über einen relativ guten Stellenplan im stationären Bereich verfügen, ihr Verständnis gemeindepsychiatrischer Arbeit nicht auf die Klinik selbst beschränken, sondern sich in vielfältiger Weise initiiierend und beratend und mitgestaltend an dem komplementären und extramuralen Bereich beteiligen. Die gegenwärtige, höchst komplizierte Finanzierungsregelung gemeindenaher psychiatrischer Versorgungseinrichtungen läßt hier für denjenigen, der das Vernünftige und dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis Entsprechende will, gar keine andere Wahl. Der Unmut nicht weniger Kollegen, die auf die Frage, welche Probleme denn auf dieser Tagung aus ihrer Sicht besonders diskutiert werden sollten, antworteten: „die unsinnigen DKG-Anhaltszahlen, die keinen Raum lassen für wirkliche Gemeindepsychiatrie“, ist die Kehrseite derselben Münze.

Bevor ich abschließend Antworten, die im Rahmen der Umfrage auf das „Selbstverständnis“ der Abteilungen zielten, zusammenfassend darstellen will, sollen vorab der Vollständigkeit halber noch einige nicht unwichtige Details, die die Arbeitsweise oder die Rahmenbedingungen der Kliniken zu charakterisieren vermögen, zur Sprache kommen. Dabei ist es leider unvermeidlich, daß sich einige Angaben lediglich auf die 40 in die Umfrage der Aktion mit einbezogenen Kliniken beziehen können, andere auf die insgesamt 56 Einrichtungen.

Die Stationsgröße der einzelnen Kliniken schwankt zwischen 12 und etwa 40 Betten, wenn man einmal jenen Ausreißerwert einer Einrichtung außer acht läßt, die als Stationsgröße 72 Betten angegeben hat. Fast in allen Kliniken ist die Geschlechtertrennung aufgehoben, allerdings gibt es noch immer 6 psychiatrische Abteilungen, in denen diese durchgängig praktiziert wird. Die Frage nach der Anzahl der geschlossenen bzw. offenen Stationen ließ eine eindeutige Auswertung nicht zu. Immerhin gaben 34 von 56 psychiatrischen Abteilungen an, daß sie auch zwangseingewiesene Patienten aufnehmen würden, von

22 Abteilungen wurde dies explizit verneint, so daß daraus gefolgert werden kann, daß ca. 60% aller psychiatrischen Abteilungen nicht schon an der Pforte ihre Klientel selektieren. Die präzisere Frage, ob für die Abteilungen eine Aufnahmeverpflichtung für zwangseingewiesene Patienten besteht, wurde allerdings nur noch von 11 Kliniken bejaht.

Von der Aufnahme in alle befragten Abteilungen ausgeschlossen scheinen Oligophrene, psychisch kranke Rechtsbrecher sowie Kinder und Jugendliche. 40% aller Abteilungen nehmen, wie gesagt, zwangseingewiesene Patienten ebenfalls nicht auf und verfügen demgemäß über keine geschlossene Station.

Die im interinstitutionellen Vergleich sehr heterogene diagnostische Zusammensetzung der Klientel spiegelt ansonsten regionale Gegebenheiten, institutionelle Vorlieben, nicht per Umfrage erkennbare Selektionskriterien und vieles andere mehr wider, so daß eine diesbezügliche Aussage über „die typische psychiatrische Abteilung“ schwerfällt. Üblicherweise bewegen sich die Aufnahmequoten für schizophrene Patienten etwa um 20%, die der Alkoholkranken liegt meist etwas höher. Neurosen und Persönlichkeitsstörungen machen ebenfalls 20% der Aufnahmen aus, gleiches gilt cum grano salis für die Gruppe der affektiven Psychosen. Die Quoten der organischen Psychosen und gerontopsychiatrischen Patienten liegt in den meisten Abteilungen deutlich darunter, bei zusammen etwa 10%. Grob zusammengefaßt kann festgestellt werden, daß psychiatrische Abteilungen in der Bundesrepublik überwiegend endogene und affektive Psychosen, Neurosen / Persönlichkeitsstörungen sowie Alkoholiker behandeln, weniger dagegen organische und gerontopsychiatrische Krankheitsbilder. Damit sage ich Ihnen nichts Neues, auch wenn ich hinzufüge, daß es von diesem hier mit allem Vorbehalt skizzierten Verteilungsmuster rühmliche Ausnahmen gibt.

Die technisch-apparative Ausstattung der Abteilungen ist vergleichsweise gut. Selbstverständlich verfügen alle über Röntgeneinrichtungen, nur eine Klinik besitzt kein EEG. In 22 Einrichtungen existiert ein CT, in 38 ist eine physikalische Therapie vorhanden. Über eigene Intensiv-Stationen verfügen 12 von 40 psychiatrischen bzw. psychiatrisch-neurologischen Abteilungen, schwer intoxizierte bzw. bewußtlose Patienten werden allerdings in fast allen Fällen in anderen Kliniken des Hauses behandelt. Etwas abgeschwächt gilt dies auch für delirante Kranke. In keinem einzigen Fall wurde die Beziehung zu den anderen Disziplinen des Krankenhauses als schlecht eingestuft, lediglich in 6 Krankenhäusern als weniger gut. Die Mitnutzung zentraler Einrichtungen der Krankenhäuser war in jedem Fall gegeben. Umgekehrt wurde die psychiatrische Abteilung von den anderen Disziplinen konsiliarisch genutzt, in wechselndem Ausmaß. Als Faustregel kann gelten: je größer das Klinikum desto häufiger werden psychiatrische Konsile angefordert. Für die — einmal idealtypisch konstruierte — psychiatrische Abteilung mit ca. 70 Betten in einem Haus mittlerer Größe wurden psychiatrische Konsile etwa 600 mal pro Jahr notwendig. Bei sehr großen Kliniken gab es angegebene Konsilfrequenzen bis zu 4000 pro Jahr.

Eine nicht unwichtige Frage zielte darauf, welche Voraussetzungen eine psychiatrische Abteilung aufweisen muß, um zur Facharztweiterbildung anerkannt zu werden. Dazu war es zunächst nötig, die einzelnen Kliniken danach zu fragen, wie es sich bei ihnen verhält. Die nachfolgende Tabelle gibt — getrennt für Neurologie und Psychiatrie — einen ersten Überblick.

Weiterbildungsermächtigung (N = 40)

Psychiatrie		Neurologie	
Jahre	Anzahl der Abt.	Jahre	Anzahl der Abt.
1/2	3	0	21
1	15	1/2	3
1 1/2	2	1	9
2	10	2	1
2 1/2	2	2 1/2	1
3	17	3	2
		unklar	2

Betrachtet man sich die 17 zur vollen Weiterbildung für Psychiatrie anerkannten Abteilungen näher, so stellt man fest, daß in dieser Beziehung von den Ärztekammern der einzelnen Bundesländer sehr unterschiedlich verfahren wird. So gibt es einerseits Abteilungen, die zur vollen Facharztweiterbildung ermächtigt sind, aber keine zwangseingewiesenen Patienten aufnehmen, woraus geschlossen werden kann, daß von diesen Kliniken zumindest nicht das gesamte Spektrum psychiatrischer Erkrankungen behandelt wird. Andererseits existieren Kliniken mit Vollversorgungsauftrag, ohne daß diesen gleichzeitig die Möglichkeit zur vollen Facharztweiterbildung zugestanden wurde. Bei 6 Abteilungen werden die Bettenrichtzahlen der Bundesärztekammer unterschritten. Sie verfügen über weniger als 80 Betten und sind gleichwohl drei Jahre zur Facharztweiterbildung anerkannt.

Wir alle wissen, daß die psychiatrischen Abteilungen in den letzten 10 Jahren immer wieder — vor allem von Landeskrankenhausdirektoren und auch manchen Repräsentanten großer überörtlicher Träger — unter Beschuß genommen worden sind mit dem Argument, was dort betrieben werde, sei bestenfalls Mini-, Edel- oder Zweiklassenpsychiatrie. Vorwürfe, die teils ebenso polemisch von Seiten der Betroffenen mit dem Hinweis, doch vor der eigenen Tür zu kehren, zurückgewiesen wurden. Diese mehr innerpsychiatrische Diskussion hat — Gott sei Dank — auf die Entscheidung der Träger allgemeiner Krankenhäuser offensichtlich zumindest insofern keinen ausschlaggebenden Einfluß gehabt, als in den letzten 12 Jahren in der Bundesrepublik dreimal so viele psychiatrische Abteilungen eingerichtet worden sind wie in den 100 Jahren davor. Weitere sind geplant. In den letzten zwei oder drei Jahren, so scheint

es, ist die Auseinandersetzung darüber, ob die Einrichtung derartiger Kliniken sinnvoll und wünschenswert ist, zunehmend leiser geworden, man kann auch sagen, die Diskussion hat sich in weiten Bereichen versachlicht. Ein Zeichen dafür mag sein, daß die Chefärzte dieser Abteilungen, die sich als lockere Arbeitsgruppe organisiert haben, als vollberechtigte Mitglieder in die sog. Bundesdirektorenkonferenz, also den Zusammenschluß der Direktoren aller öffentlichen psychiatrischen Krankenhäuser, aufgenommen worden sind und dort nicht am Katzentisch sitzen. Die Tatsache, daß in den beiden zurückliegenden Jahren mehrere Tagungen — ich denke da vor allem an jene 1981 in Berlin sowie an die letztjährige Gütersloher Fortbildungswoche — sich dieses Themas angenommen haben, zeigt aber auch, daß die Frage nach der Stellung dieser Abteilungen als Bausteine einer regionalen Gesundheitsversorgung noch lange nicht endgültig beantwortet ist. Nicht zuletzt die hier mitgeteilten Umfrageergebnisse sprechen ganz für diese Annahme. Durch mehrere Fragen suchten wir daher sowohl das Selbstverständnis der einzelnen Abteilungen zu erfassen, als auch Hinweise dafür zu gewinnen, wie viele der Abteilungen den Versuch gemacht haben, die bis dahin bestehende Versorgungsverpflichtung durch ein PKH sich selbst zuzuschreiben oder zuschreiben zu lassen, z. B. indem sie notwendige komplementäre und ambulante Dienste in ihrer Region initiieren oder gar selbst mit Hilfe eines eigens dafür gegründeten Vereins betreiben. Ob sie überhaupt über ein definiertes Einzugsgebiet verfügen und ob entsprechende vertragliche Verpflichtungen existieren. Ob sie Patienten trotz eigener Zuständigkeit weiterhin in die dafür zuständigen PKHs verlegten usw.

Ich darf es kurz machen: Auf die Frage nach einem definierten Einzugsgebiet antworteten 17 Einrichtungen mit ja, 23 mit nein, Verlegungen in das zuständige PKH nahmen dagegen 33 Kliniken vor, nur 7 verneinten dies. Die Beziehung zu dem oder den psychiatrischen Krankenhäusern der Region wird in 24 Fällen als gut, 13 mal als weniger gut und dreimal als schlecht bezeichnet. Eine vertraglich geregelte Zusammenarbeit mit dem regionalen psychiatrischen Krankenhaus gibt es in 6 Fällen, ebenso oft bestehen überhaupt keine Kontakte. Meistens (28 mal) regelt sich das ganze „informell“, was auch immer dies heißen mag.

Erstaunlich oft wurde angegeben, daß die Abteilung selbst den Anstoß zur Einrichtung weiterer Dienste im komplementären Bereich gegeben hat; fast ausschließlich bezieht sich das auf Wohnheime und Wohngruppen, ganz selten auf den Werkstattbereich. 14 Abteilungen betrachten dies jedoch explizit nicht als ihre Aufgabe, sondern beschränkten sich offensichtlich auf die stationäre Behandlung der Patienten. Ganz wie es das Gesetz vorsieht. Dem gegenüber scheint Club-, Laien-, Selbsthilfe- und Angehörigenarbeit mittlerweile zum durchgehenden Selbstverständnis fast aller Arbeitskonzepte zu gehören. Nur 5 Einrichtungen verneinten eine entsprechende Frage. Niedergelassene Nervenärzte gab es in unterschiedlicher Zahl übrigens in allen Regionen, mit ihnen wurde ebenso kooperiert wie mit den 46 Sozialpsychiatrischen Diensten.

Ich will diese Zusammenstellung der verständlicherweise nur sehr kursorisch referierten Umfrageergebnisse beschließen mit einigen Anregungen zur Diskussion. Sie stammen von Ihnen selbst und ich habe lediglich versucht, die insgesamt 24 Bemerkungen etwas zu kategorisieren, will sie ansonsten aber im Klartext wiedergeben:

1. Kooperation zu psychiatrischen Krankenhäusern (Zweiklassenpsychiatrie)
Kooperation zu niedergelassenen Nervenärzten (Bayern) Kooperation zu anderen Abteilungen des Hauses
Nachbetreuungsprobleme entlassener Krankenhauspatienten — sowohl für von der psychiatrischen Abteilung als auch vom PKH entlassene Patienten. In diesem Zusammenhang: Funktion eines Sozialpsychiatrischen Dienstes.
2. Möglichkeit und Grenzen regionalisierter Vollversorgung. Voraussetzungen hierzu. Werden Patientenwünsche durch Regionalisierung eingeschränkt? Muß die Abteilung alles können? Soll Psychosomatik zum Aufgabenbereich gehören? Kostenträger für Alkoholentwöhnungsbehandlung (Suchtkrankenversorgung)
3. Die Versorgung chronisch Kranker; Langzeitpatienten.
Mangelhafte komplementäre Einrichtungen.
4. Stellenpläne; Anhaltzahlen der DKG; Sparmaßnahmen.
5. Innere Strukturprobleme der Abteilung (z. B. Aufnahmestation oder nicht). Suicid im Krankenhaus.

II. Teil

Die Stellung der psychiatrischen Abteilung im Versorgungssystem

Eine Stadt und ihr Krankenhaus — mit oder ohne psychiatrische Abteilung?

W. Reuter

Ich möchte Sie zunächst im Namen des Magistrats herzlich willkommen heißen in unserer Stadt Offenbach. Wir haben hier in den letzten drei Jahren nicht nur eine psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus, sondern auch eine ziemlich umfassende Versorgungskette aufgebaut., Insofern finde ich es außerordentlich erfreulich, daß die AKTION PSYCHISCH KRANKE hier ihre Tagung durchführt. Ich glaube, Offenbach ist ein geeigneter Ort, um einmal Bilanz zu ziehen, wie weit die konkrete Entwicklung in den letzten zehn Jahren gediehen ist.

Offenbach ist traditionell eine Industriestadt gewesen, ist aber heute auf dem Weg zu einem Dienstleistungszentrum. Die Stadt verzeichnet alle daraus resultierenden sozialen, wirtschaftlichen und strukturellen Probleme. Sie hat 112000 Einwohner; 21 000 davon sind Ausländer, Die Zahl der Beschäftigten ist stark rückläufig: Waren es Mitte 1982 noch 21 000, so waren es Mitte 1983 nur noch 20 100. Dieser Rückgang an Arbeitsplätzen macht sich auch bemerkbar in einer Arbeitslosenquote von 7,6%. Das liegt zwar unter dem Bundesdurchschnitt; für uns bedeutet es gleichwohl eine Fülle von Problemen. Die wichtigsten Industriezweige haben folgende Beschäftigtenzahlen: Maschinenbau 7800, Chemie 2400, Elektroindustrie 2100 und Lederwaren 1800. Der Rückgang an Arbeitsplätzen hat insbesondere auch die traditionsreiche Lederindustrie der Stadt betroffen, was auf den hiesigen Arbeitsmarkt doch ganz deutliche Auswirkungen hatte.

Wir befinden uns hier in einem Krankenhaus der Maximalversorgung mit 1132 Betten in 14 Fachkliniken, die praktisch alle wichtigen Fachrichtungen umfassen, mit Ausnahme einer Augenklinik und — mit Blick auf die Psychiatrie — leider auch mit Ausnahme einer neurologischen Abteilung. Wir haben aber immerhin eine neurochirurgische unter den genannten 14 Kliniken. Daneben gibt es an unserer Klinik eine Reihe von Spezialinstituten. Ich will als Beispiel nur den damals vielumkämpften Computertomographen nennen oder die Früherkennungsstelle für den Bereich der Stadt und des Kreises Offenbach. Wir haben eine nuklearmedizinische Abteilung, eine Vorsorgeklinik für Strahlengeschädigte, das Zentrallabor und das Röntgeninstitut, eine Schwerverbrannten-Abteilung, und wir haben auf krankenhauseigenem Gelände ein Dialysezentrum des Landeskuratoriums für Heimdialyse, das verbunden ist mit unserer nephrologischen Klinik. Das Stadtkrankenhaus ist seit längerem als akademisches Lehrkrankenhaus anerkannt. Es hat rund 60 Studenten jährlich in der Ausbildung, verfügt über eine Krankenpflegeschule, über eine Lehranstalt für medizinisch-technische Assistenten, eine Kindertagesstätte und drei Personalwohnhäuser. Insgesamt gibt es im Haus rund 1800 Arbeitsplätze.

In diesem Rahmen nun ist die psychiatrische Abteilung eingebettet. Sie hat 62 Betten. Das ist zu wenig, das war von Anfang an bekannt, und deshalb betreiben wir die Erweiterung auf 80 Betten. Das Stadtkrankenhaus Offenbach hat ja im allgemeinmedizinischen Bereich als Einzugsgebiet nicht nur die Stadt Offenbach, sondern auch den Landkreis Offenbach, der die doppelte Bevölkerungszahl hat. Jeder zweite Patient, der in diesem Stadtkrankenhaus behandelt wird, kommt von außerhalb. Die ursprünglich nur für die Versorgung der Bewohner der Stadt Offenbach konzipierte psychiatrische Abteilung ist deshalb immer wieder genötigt, Patienten aus dem Kreis Offenbach, die hier im Haus behandelt werden, in der psychiatrischen Abteilung aufzunehmen. Nach den Meßzahlen der Psychiatrie kann das Bettenangebot daher nicht ausreichen.

Es ist deshalb hilfreich, daß wir in den letzten Jahren eine immer besser ausgebaute Versorgungskette vorweisen können, die außer dem Eckpfeiler der psychiatrischen Klinik mit ihrer Ambulanz und ihrer Beschäftigungstherapie eine Reihe weiterer Einrichtungen in unmittelbarer Nähe hat. Das Wohnheim des Offenbacher Vereins befindet sich hier auf dem Klinikareal in Sichtweite der psychiatrischen Klinik. Dieses Wohnheim erleichtert es ebenso, mit der kleinen Bettenzahl zu leben, wie die Tatsache, daß der sozialpsychiatrische Dienst am Stadt-Gesundheitsamt nur 500 oder 600 m von hier entfernt liegt und direkt erreichbar ist. Dieser sozialpsychiatrische Dienst hat ein Team von vier Mitarbeitern — Ärztin, Krankenschwester, Sozialarbeiterin, Verwaltungskraft — und bemüht sich, der Scharnierfunktion zwischen niedergelassenen Ärzten, Klinik und Patienten gerecht zu werden. In diese Versorgungskette fügen sich seit 1982 eine Werkstatt für psychisch Kranke und Behinderte, die unmittelbar im Innenstadtbereich liegt, ein Patientenclub, den der Offenbacher Verein organisatorisch trägt, Selbsthilfegruppen und eine ganze Fülle von vor- und nachsorgenden Einrichtungen ein. Gerade in den letzten Tagen ist es gelungen, eine Wohngruppe in einem Offenbacher Vorort einzurichten, die Platz für acht seelisch Behinderte bietet.

Mit all diesen ergänzenden vor- und nachsorgenden Einrichtungen kann sich unsere Versorgungskette sehen lassen, auch wenn die Fachleute immer noch der Auffassung sein müssen, daß es noch eine ganze Menge Wünschenswertes gibt. Ich nenne als Beispiel nur die Forderung, daß auch psychisch Alterskranke eine adäquate Unterbringung finden müssen: In diesem Bereich haben wir noch nichts anzubieten, aber es gibt doch zumindest in der Planung eine Chance, im Rahmen eines neu zu errichtenden Altenzentrums, das das Deutsche Rote Kreuz tragen wird, eine beschützende Abteilung einzurichten, die psychisch Alterskranke aufnehmen im Stande sein wird. Verhandlungen sind auch mit dem städtischen Alten- und Pflegeheim im Gange, nur sind dort räumliche Voraussetzungen sehr schwer zu schaffen. Der psychiatrische Wegweiser, der im vergangenen Jahr herausgekommen ist, zählt insgesamt 57 verschiedene Einrichtungen, Praxen, Institutionen in Stadt und Kreis Offenbach, die allesamt an der psychosozialen Versorgung teilhaben. Das zeigt, daß die Behauptung von der engen Versorgungskette nicht weit hergeholt ist.

Alles in allem haben wir in diesen vergangenen drei bis vier Jahren ein recht vollständig ausgestattetes System der gemeindenahen Versorgung geschaffen. Es besteht eine „Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft“, der fast alle Beteiligten an der psychosozialen Versorgung in Offenbach aus freien Stücken angehören. Diese Arbeitsgemeinschaft hat keinen engen institutionellen Rahmen, wie das in anderen Städten mit dem „Psychosozialen Ausschuß“ gemacht worden ist. Sie hat an erster Stelle einen informellen Charakter, dient dem Erfahrungsaustausch und dem gegenseitigen Kennenlernen und hat mit dazu beigetragen, die gute Zusammenarbeit der psychiatrischen Klinik mit allen anderen Beteiligten zu erleichtern. Ich bin überhaupt der Ansicht, daß diese enge Zusammenarbeit auch mit den anderen Fachkliniken im Hause eine außerordentlich wichtige Funktion für die Entwicklung der psychiatrischen Klinik hat. Wir können feststellen, daß diese Klinik vor Ort gut angenommen wird, daß die von manchen Seiten befürchteten Schwierigkeiten nie in gravierendem Maße aufgetreten sind und daß von daher der Entscheid, der den städtischen Gremien damals nicht leicht gefallen ist, sich als richtig erwiesen hat.

Ich habe einmal bei anderer Gelegenheit darauf hingewiesen, daß die Offenbacher Stadtverordneten ursprünglich den Neubau einer Kinderklinik gewünscht haben. In der Zusammenarbeit mit dem Land Hessen und vielen anderen Gremien ist es dann dazu gekommen, daß wir uns für die Einrichtung einer psychiatrischen Klinik entschieden haben. Im nachhinein kann ich nur feststellen, daß wir dies nicht zu bereuen haben. Die psychiatrische Abteilung hat sich bewährt, nicht nur weil wir die räumlichen Voraussetzungen an unserem Stadtkrankenhaus sehr rasch schaffen konnten, sondern auch weil unter der Leitung von Herrn Bauer sehr rasch ein gut harmonisierendes Team aufgebaut werden konnte, das die personelle Voraussetzung für die Versorgung der psychisch Kranken innerhalb unserer Stadt geschaffen hat. Das alles scheint mir eine gute Voraussetzung für die fachliche Diskussion während Ihrer Tagung zu sein.

Die Ökonomie der psychiatrischen Abteilung — ein Verwaltungsdirektor berichtet

/?. Latzke

Die gegenwärtige gesundheitspolitische Diskussion in der Öffentlichkeit steht infolge der angespannten Finanzlage der öffentlichen Haushalte und der gesetzlichen Krankenversicherung unter dem Vorzeichen der Leistungsbegrenzung und Kostendämpfung im Gesundheitswesen. Die rasante Entwicklung der Medizin und Medizintechnik in den letzten Jahrzehnten, die nahezu vollständige finanzielle Absicherung des Einzelnen im Krankheitsfalle durch die Sozialgesetze, die ausgeprägte Erwartungshaltung des Bürgers auf gesundheitliche Maßnahmen haben zu einer Leistungsausweitung geführt, die besonders in Zeiten reduzierten wirtschaftlichen Wachstums die Frage nach der Finanzierbarkeit unseres Gesundheitssystems zwingend aufwirft. Unüberhörbar wird im gesundheitspolitischen Raum immer wieder die Frage gestellt, ob entsprechend der Entwicklung von Morbidität, Invalidität, Lebenserwartung und Mortalität einem Anteil von mehr als 13% des Bruttosozialprodukts mit steigender Tendenz für das Gesundheitswesen ein Äquivalent an „mehr Gesundheit“ gegenübersteht, zumal unbestritten ist, daß die zivilisatorischen Krankheitsursachen in erheblichem Ausmaß zugenommen haben und die heutige Medizinversorgung zum überwiegenden Teil sich der Heilung bzw. Linderung derartiger Erkrankungen zu widmen hat, Alkohol- und Nikotinmißbrauch, Drogensucht, falsche Ernährungsweise, Umweltbelastungen gehören heute zu den Primärursachen vieler Krankheiten.

Von allen Seiten gibt es eine Vielzahl von Vorschlägen zur Neuordnung des Krankenhausfinanzierungsrechts, ohne daß sich auch nur in etwa abzeichnet, welcher Weg gegangen werden soll. Bis jetzt scheinen sich alle Beteiligten nur in einem Punkt einig zu sein, nämlich dem, daß eine Änderung des gegenwärtigen Zustandes herbeigeführt werden muß.

Vor diesem Hintergrund hat das mir gestellte Thema „Ökonomie in der Psychiatrie“ ohne Frage einen aktuellen Bezug. Es ist jedoch auch mit immensen Schwierigkeiten und Unwägbarkeiten belastet. Ich bitte Sie deshalb um Verständnis, wenn ich heute nichts Allgemeingültiges zur Krankenhausfinanzierung sagen, sondern nur den bescheidenen Versuch unternehmen kann, einige Gesichtspunkte aus ökonomischer Sicht, die wir bei Planung und Einrichtung einer psychiatrischen Klinik am Offenbacher Stadtkrankenhaus gemacht haben, darzulegen. Dabei gehe ich im folgenden davon aus, daß Fragen der Ökonomie bei der medizinischen Versorgung der Bürger nicht nur Fragen der politischen Zweckmäßigkeit, sondern auch der wirtschaftlichen Notwendigkeit sind.

Zunächst bleibt festzustellen, daß das Offenbacher Stadtkrankenhaus, heute ein Krankenhaus der Maximalversorgung, einen Einzugsbereich mit rd.

400000 Menschen zu versorgen hat und 1982 rd. 30000 stationäre und 100000 ambulante Patienten behandelt hat. Die Betten wurden mit 82,4% bei einer weit unter dem Landesdurchschnitt liegenden Verweildauer mit 10,3 Tagen ausgenutzt. Rund 1900 Beschäftigte, die sich auf 70 eigenständige Berufe aufteilen, waren notwendig, und der Umsatz betrug rund 160 Mio. DM/ anno.

Die Planungen für dieses Allgemeinkrankenhaus reichen bis in das Jahr 1962 zurück. Auf der Grundlage einer analytischen Bettenbedarfsberechnung kam es 1965 zu der Entscheidung des Krankenhausträgers, einen Zentralbau mit 834 Betten zu errichten und ihn baulich und organisatorisch mit dem um die Jahrhundertwende erstellten Altbau zu verbinden, in dem rund 300 Betten verbleiben sollten. Die Tatsache, daß die von uns errechnete Kapazität mit rund 1200 Betten vom Land Hessen 1973 im Rahmen seiner Krankenhausplanung durch die Zuweisung von 1132 Betten voll bestätigt wurde, zeigt, wie wichtig eine zukunftsorientierte und weitsichtige Krankenhausplanung ist. Sie ist, so meine ich, so wichtig wie Geld und belegt, daß Krankenhausleitungen auch in Zeiten wirtschaftlicher Rezession Krankenhausplanung vorantreiben müssen. Sie können damit nicht warten, bis finanzielle Mittel wieder zur Verfügung stehen, weil sonst notwendige Baumaßnahmen nicht nur erheblich verzögert, sondern überhaupt nicht durchgeführt werden können. Eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern setzt Krankenhausanlagen voraus, die zeitgemäßen Erfordernissen nicht nur in der Medizin, sondern auch in der Ökonomie entsprechen.

Im Vordergrund unserer Planung stand der Leitgedanke, dem kranken Menschen die wirksamste und bestmögliche Hilfe zu bieten: eine ärztliche Behandlung entsprechend dem jüngsten Stand der Medizin und ihrer ärztlichen und technischen Mittel und Möglichkeiten, eine der Erkrankung des Patienten gemäße intensive, umfassende und individuelle Pflege sowie eine angemessene Unterbringung und Versorgung. Dieses Ziel der stationären Krankenversorgung sollte bei guten, zeitgemäßen Arbeitsbedingungen für das Personal erreicht werden. Gleichzeitig ist es ein Gebot vernünftiger wirtschaftlicher Überlegungen, die angestrebte bestmögliche Krankenhilfe mit dem geringstmöglichen Aufwand zu erreichen, zumal die ständig zunehmenden Betriebskosten zu einschneidenden Umstellungen in der Betriebsorganisation zwingen. In fast allen Fällen ist mit derartigen Veränderungen ein Mehraufwand in Bau und Ausstattung verbunden, den wir aber gern in Kauf nehmen sollten, wenn sich durch die einmalige Mehrinvestition die Arbeit vereinfachen läßt und die Betriebskosten senken lassen. Im heutigen Krankenhaus erreichen ohnehin die Betriebskosten die einmaligen Investitionskosten in fünf bis sieben Jahren.

Krankenhausbetrieb und Krankenhausbau stehen in einem wechselseitigen funktionellen Zusammenhang. Einerseits legen Betriebsorganisation und Arbeitsablauf die Anforderungen an den Krankenhausneubau fest, andererseits bindet der Bau in gewissen Grenzen das Betriebsablaufgeschehen. Von daher wird verständlich, daß die Krankenhausverwaltung zusammen mit den

verantwortlichen Politikern, Medizinern, Pflegekräften sowie technischen und betriebswirtschaftlichen Beratern von Anfang an aktiv an der Bauplanung mitwirkte und stets dafür eintrat, daß der Krankenhausbau trotz aller Eigengesetzlichkeiten des Raumes, der Einrichtung und der Ausstattung den betrieblichen Erfordernissen untergeordnet wurde.

Wichtig war, die medizinischen, technischen und wirtschaftlichen Dienstleistungen für das Gesamthaus zu zentralisieren, weil dies nicht nur den Forderungen nach rationeller und wirtschaftlicher Betriebsführung entspricht, sondern auch den Vorstellungen der modernen Medizin, einer Isolierung der Fächer bei zunehmender Spezialisierung zu begegnen. Im medizinischen Bereich sind alle wiederkehrenden Funktionseinheiten aus den einzelnen Kliniken herausgelöst und als Dienstleistungsstellen für alle Kliniken gemeinsam bereitgestellt worden: Zentral-OP, Anaesthesieabteilung, Zentrallabor, Physikalische Therapie, Zentralinstitut für Röntgendiagnostik, Endoskopie und EKG-Räume, Sozialdienst, Krankenhausseelsorge bis hin zur Fotoabteilung. Bei der Anordnung dieser Zentraleinrichtungen ist auf deren funktionellen Zusammenhang geachtet worden, so daß damit die technische Wartung und kontinuierliche Nutzung der Anlagen rationalisiert werden konnte.

Küche und Wäscherei als Funktionsbereiche bilden den Schwerpunkt der Zentralisation für die wirtschaftliche Versorgung, zu denen weitere Zentraleinrichtungen im nicht medizinischen Sektor hinzutreten. Zentralmagazin, zentrales Krankenblatt- und Röntgenfilmarchiv, Zentralsterilisation sollen hier beispielhaft genannt werden.

Im Rahmen dieser Überlegungen war eine sinnvolle Weiterverwendung der vorhandenen Altbausubstanz vorgesehen und bereits damals an die Einrichtung einer neurologisch/psychiatrischen Abteilung gedacht. In diesem Anliegen wurde der Krankenhausträger durch die Bemühungen des Hess. Sozialministers um den Ausbau einer gemeindenahen Psychiatrie, wie sie ihren Niederschlag bereits in dem Hessischen Psychiatrieplan 1972 gefunden hat, bestärkt. Dem Hessischen Sozialminister und der Stadt Offenbach kam es hier in erster Linie darauf an, durch die Integration der Behandlung Psychischkranker ihre Gleichstellung mit den Somatischkranken sicherzustellen. Dieses Ziel konnte durch die Einbeziehung der vorhandenen Altbauten und ihrer Modernisierung in finanziell schwieriger Zeit äußerst kostengünstig erreicht werden, wenn man berücksichtigt, daß die Umbaukosten von 5,6 Mio. DM erheblich hinter denen eines Neubaus mit etwa 15 Mio. DM zurückgeblieben sind. Dieser bedeutsame Vorteil auf der Investitionsseite setzt sich gleichermaßen im Betriebskostenbereich fort, weil hier in erster Linie die im Zentralbau für Zwecke der Behandlung Somatischkranker ohnehin vorzuhaltenden Zentraleinrichtungen — wie vorstehend im einzelnen aufgezeigt — ohne personelle und apparative Verstärkung die Bedürfnisse der Psychiatrischen Klinik in vollem Umfang erfüllen konnten.

Das sozialpolitische und gleichzeitig humanitäre Anliegen der Gleichstellung der Psychisch- mit den Somatischkranken muß m. E. deshalb auch Nieder-

schlag in der Pflegesatzbemessung finden. Dem trägt auch die Bundespflege-satzverordnung Rechnung, wenn sie alle Kosten für die medizinische Behandlung in einem vollpauschalierten Pflegesatz zusammenfaßt. Sie geht davon aus, daß alle Kosten einer stationären Behandlung an dem Akutkrankenhaus mit dem allgemeinen Pflegesatz abgegolten werden ohne Rücksicht darauf, welche Kosten im Einzelfall die Behandlung des Patienten verursacht. Der Verordnungsgeber ist bei seiner Entscheidung also von der Solidargemeinschaft aller Patienten eines Krankenhauses ausgegangen, so daß sich für die Festsetzung eines besonderen Pflegesatzes nach § 4 BPfIV, wie sie bei Eröffnung unserer Psychiatrischen Klinik von den Krankenkassen gefordert wurde, über den vorstehenden Grundsatz hinaus kein Raum bleibt, weil § 4 auf die Versorgung von Akutkranken, wie sie in der Psychiatrischen Klinik mit einer gegenwärtigen Verweildauer von 26 Tagen behandelt werden, keine Anwendung findet. Damit ist auch dargelegt, daß die Pflegesatzgestaltung auf der Grundlage eines einheitlichen Pflegesatzes für das Stadtkrankenhaus Offenbach nicht eine Frage der Kosten- und Leistungsrechnung ist, sondern ihr Motiv findet in einem übergeordneten Grundsatz der Bundespflege-satzverordnung, nämlich dem der Solidargemeinschaft der Benutzer des Krankenhauses, und damit sind wir wiederum bei der von allen angestrebten Gleichstellung.

Dies muß um so mehr gelten, als die hier eingerichtete Psychiatrische Klinik den Anforderungen entsprechen muß, wie sie für die Struktur allgemeiner Krankenhäuser gelten. Dies gilt hinsichtlich ihrer Aufgabe und Stellung im Krankenhaus, der organisatorischen Gliederung des ärztlichen und pflegerischen Bereiches sowie der Struktur ihrer Dienste, wobei die auf dem pflegerischen und medizinischen Sektor betriebene Ausbildung als Akademisches Lehrkrankenhaus gewichtig hinzutritt. Auch hierin äußert sich die vorerwähnte Gleichstellung. Mit der Integration der Psychiatrischen Klinik in das Stadt. Allgemeinkrankenhaus der Maximalversorgung ist ein bedeutsamer Schritt in der Erfüllung eines unabweisbaren sozialpolitischen Anliegens vollzogen worden, der daneben für sich in Anspruch nehmen kann, auch dem Gebot einer wirtschaftlichen Betriebsführung und Krankenversorgung zu genügen.

Ich kann nur hoffen, daß möglichst viele Krankenhäuser diesem Beispiel folgen.

Einstellungswandel: Erfahrungen eines ärztlichen Direktors mit der psychiatrischen Abteilung

H. P. Kelleter

Sie haben mich gebeten, aus der Sicht des Nichtfachmanns und ärztlichen Direktors über den Wandel der Einstellung zu einer psychiatrischen Abteilung innerhalb eines allgemeinen Krankenhauses zu sprechen.

Dazu muß ich Ihnen unser Krankenhaus vorstellen. Das Krankenhaus am Elisabethenstift besteht seit 1858 und hat als Schwerpunkte die Chirurgische und Innere Klinik mit je 120 Betten. Hinzu kommen Belegabteilungen für HNO und Augen und die entsprechenden Funktionsabteilungen. Ursprünglich war es ein reines Diakonissen-Krankenhaus mitten in der Stadt gelegen. Da aber die alten Gebäude inzwischen nicht mehr den Erfordernissen einer modernen Medizin genügten, wurde 1965 ein Neubau innerhalb des Krankenhausgeländes geplant, der eine Psychiatrische Klinik mitbeherbergen sollte, die es bis dahin in Darmstadt nicht gab; d.h., daß Chirurgen, Internisten und Psychiater zusammen unter einem Dach leben und arbeiten müssen.

Als ich mich 1978 mit der Projektierung der Psychiatrischen Klinik beschäftigte, lag uns besonders die Idee einer gemeindenahen, offenen und möglichst modernen Klinik am Herzen — Sie wissen woran man sich orientierte — nachdem die Enquete herausgekommen war.

Die projektierten 80 Betten konnten wir dann unter erheblichen Finanzierungsschwierigkeiten stufenweise bis 1981 realisieren. Wir sind für die psychiatrische Vollversorgung der Stadt Darmstadt verantwortlich und haben auch eine von einem Analytiker geführte psychosomatische Station mit 12 Betten, welche die Möglichkeit für analytisch psychotherapeutisches Arbeiten bietet.

Sie interessieren sich nun für die Frage, wie oder ob überhaupt eine solche Abteilung in ein allgemeines Krankenhaus zu integrieren ist bei den bekannten Vorurteilen von Ärzten, Pflegepersonal und Bevölkerung.

Dieses Problem möchte ich unter vier verschiedenen Aspekten betrachten:

1. Es bestand zunächst für uns die Frage, wie sich das Ansehen des Elisabethenstiftes bei der Darmstädter Bevölkerung ändern würde.
2. Wird der übrige Krankenhausbetrieb gemäß dem Konzept einer möglichst offenen Führung der Psychiatrie nicht zu sehr gestört.
3. Werden die Suchtkranken, vor allem die Drogenabhängigen zu besonderen Problemen führen, in dem sie z. B. Zugang zu Medikamenten suchen.
4. Wie gehen wir, Ärzte und Pflegepersonal miteinander um; werden wir eine gute kooperative Arbeitsform miteinander finden bei diesen Ängsten.

Das Ansehen unseres Krankenhauses basiert nicht nur auf ärztlicher Leistung, sondern vor allem auf der pflegerischen Betreuung, die in einem kleineren überschaubaren Krankenhaus noch persönlich zu gestalten ist und auf Tradition beruht. Diesen Ruf haben wir bei der Bevölkerung weiterhin, die Innere Medizin und

Chirurgie sind nach wie vor überbelegt, eine Änderung in der Zusammensetzung nach sozialer Schicht ist nach Einrichtung der Psychiatrie nicht eingetreten. Bei meinen Erkundigungen unter niedergelassenen Ärzten, meinen Patienten und Bekannten habe ich keine gravierenden negativen Einstellungen erfahren können, was die gemeinsame Unterbringung von organisch und psychisch Kranken in unserem Hause angeht. Allerdings hat eine Bürgerinitiative, die von einem Rechtsanwalt angeführt wurde, die Einrichtung eines Übergangwohnheims in einer sogenannten besseren Wohngegend, wo sich ein geeignetes Objekt hätte ankaufen lassen, zu Fall gebracht.

Ich glaube, daß die vielfältigen Initiativen in der Stadt, wie z. B. der psychosoziale Arbeitskreis und die vom Evangelischen Dekanat eingerichteten Gesprächszyklen durch ihre Öffentlichkeitsarbeit zusammen mit dem, was sich zu diesem Thema in den Medien abspielt, zu einem Wandel geführt haben, wobei mir Skepsis angebracht scheint, darin einen wirklichen Einstellungswandel zu sehen, der auf tieferer Einsicht beruht, oder lediglich ein Anpassungsphänomen darstellt.

Bei genauerem Hinsehen gibt es natürlich subtile Unterschiede in der Einstellung zum psychischen Kranksein. Manche primär psychiatrisch zu behandelnden Patienten versuchen, in der Inneren Medizin aufgenommen zu werden und lassen sich dann konsiliarisch psychiatrisch betreuen. Dies gilt insbesondere für Patienten, die einem gehobenen sozio-kulturellen Milieu entstammen und auf gewisse Privilegien nicht verzichten wollen, die im Konzept unserer psychiatrischen Abteilung nicht vorgesehen sind.

Ferner zeigt sich der Einstellungswandel der Internisten deutlicher daran, daß sie bereit sind, in Zeiten der Überbelegung der psychiatrischen Abteilung Patienten aufzunehmen, die neben der psychischen Krankheit ein behandlungsbedürftiges körperliches Leiden haben. Der Prozentsatz an psychisch Kranken, die auf der Inneren Abteilung behandelt werden, ist somit gestiegen. Die Internisten haben hingegen ihre Vorteile besonders bei den geriatrischen Patienten, die von den Psychiatern mitbetreut werden.

Die Verlegungspraxis, innerhalb des Hauses gestaltet sich naturgemäß einfacher. Trotzdem wollen ältere Patienten oft nicht verlegt werden, weil sie sich an die wenig abgegrenzte Form des Umgangs mit Mitpatienten in der Psychiatrie nicht gewöhnen können. In der Regel werden Patienten über 65 Jahre konsiliarisch von den Psychiatern betreut.

Im Binnenverhältnis zwischen den Abteilungen hat sich somit zum Vorteil der Patienten eine Praxis gemeinsamer Betreuung von organischer und psychischer Erkrankung eingestellt. Insgesamt betrachtet wird ein Patient, der im Elisabethenstift in einer der drei Kliniken aufgenommen werden muß, durch die Kombinationsmöglichkeiten von Konsiliartätigkeit und Verlegungspraxis besser betreut werden können als früher; das kommt auch langsam draußen an. Zur Frage der Integration psychisch Kranker im allgemeinen Krankenhausbetrieb möchte ich noch folgende Gesichtspunkte aufgreifen: Bei Kollegen und Schwestern, insbesondere dem übrigen Pflegepersonal bestanden eindeutig Vorurteile und Ängste dem psychiatrischen Patienten gegenüber. Viele hatten Angst, solchen Patienten im Aufzug, auf den Fluren oder im Nachtdienst zu

begegnen. So äußerten sich z. B. Handwerker des Hauses offener, sie würden beim geringsten Verdacht gleich zuschlagen. Bisher ist es aber von beiden Seiten nicht zu solchen Handgreiflichkeiten gekommen. Aber für die psychiatrische Abteilung selbst stellen die aggressiven Langzeitpatienten, die zu Impulsdurchbrüchen neigen, ein großes Problem dar. Hier gelangt das Konzept einer möglichst offen geführten Psychiatrie an seine Grenzen. Vor kurzem gelang es einem jungen Mann in der akuten Psychose sich in ein chirurgisches Krankenzimmer zu schleichen und eine frisch operierte Struma-Patientin zu würgen, die aber rechtzeitig Hilfe herbeirufen konnte.

Gelegentlich beschwerten sich Besucher über das auffällige Verhalten von Patienten in der Cafeteria, während Patienten der anderen Abteilungen viel verständnisvoller mit dem psychiatrischen Patienten umgehen, sich unterhalten und gelegentlich zusammen Karten spielen und offenbar im Stadium der Krankheit zu der Einsicht gelangen, daß jeder Mensch genauso psychisch krank werden kann wie körperlich. Solche Ansichten werden z. B. dem Klinikpfarrer vorgebracht. Durch aufklärende Gespräche mit den Handwerkern konnten geeignete psychiatrische Patienten z. B. in unsere Schreinerwerkstatt übernommen werden, ohne daß es zu Klagen kommt und wenn ein psychiatrischer Patient sich in ein Krankenzimmer, wo er nicht hingehört, verirrt, geht man damit viel einfacher um, als ursprünglich zu befürchten war. Unsere Schwestern haben gelernt, angstfreier damit umzugehen. Auf diese Weise hat sich die Atmosphäre langsam entspannt.

Die große Zahl von Suchtkranken, die vorwiegend gemeinsam von Internisten und Psychiatern betreut werden, haben bisher nicht zu den befürchteten Belastungen geführt. Solange die Patienten auf der Intensivstation von Internisten und Psychiatern betreut werden, befinden sie sich unter ständiger Kontrolle. Die Drogenabhängigen werden in der Regel nach 14tägiger Behandlung weiter überwiesen, da wir nur ein Glied in der Behandlungskette darstellen. Bisher sind nur zwei kleinere Medikamentendiebstähle bekannt geworden. Das Problem mit den Alkoholikern ist unverändert.

Nicht nur Vorurteile gegenüber den Patienten bestimmten anfangs die Atmosphäre, sondern der Argwohn gegen die Psychiater war ebenso groß. Man erlebte es als einen Affront, daß sie keine weißen Kittel trugen und zweifelte an ihrer Arbeitseinstellung. Es hieß, worüber schwätzen die den ganzen Tag, glauben sie etwa, damit den Patienten helfen zu können. In den Teamsitzungen wurde eine Selbsthilfegruppe der Psychiater vermutet. Besonderen Argwohn erregte der unkonventionelle Umgang miteinander bzw. der Abbau hierarchischer Strukturen. Man befürchtete, daß dieser sich epidemisch im Hause ausbreiten könnte und war um Abgrenzung bemüht. Besonderen Neid erregte der Stellenplan der Psychiater und als im Rahmen des Modellprogramms für die beiden Tageskliniken noch mehr Geld floß, war ein Höhepunkt an Mißstimmung erreicht.

Eine beharrliche Aufklärungsarbeit durch Mitarbeitervertretung, Krankenhauspfarrer, einigen Schwestern begleitete die tägliche Zusammenarbeit der Ärzte. Zum Beispiel lernte man sich über die Konsiliartätigkeit bald näher kennen und das Eis war gebrochen.

Ferner trugen die jungen Schwesternschülerinnen und Pflegeschüler, die wir in einer eigenen Krankenpflegeschule ausbilden, sehr zum Verstehen der schwierigen und belastenden Arbeit mit psychiatrischen Patienten bei. Da sie turnusmäßig in allen drei Abteilungen ihr Praktikum absolvieren, konnten sie in den anderen Abteilungen über ihre Erlebnisse in der Psychiatrie berichten und erheblich zum Einstellungswandel beitragen, zumal viele nach dem Examen in unserem Krankenhaus eine Anstellung fanden. Interessanterweise möchten bis zu 50% der examinierten Schwestern in der Psychiatrie arbeiten. Als Grund wird u. a. die offenere Zusammenarbeit im Team angegeben. Andererseits möchten ältere Schwestern und Pfleger der Inneren Abteilung und Chirurgie kaum zur Psychiatrie wechseln. Das gilt auch für Ärzte. Gewünscht wird vielmehr, daß auch sie durch einen verbesserten Stellenplan mehr Zeit für die seelischen Belange ihrer Patienten bekommen können. Von der Pflegedienstleitung wird die Scheu des psychiatrischen Pflegepersonals vor der körperlichen Pflege psychisch Kranker kritisiert, da dies Grund für unnötige Verlegung sei. Hier bahnt sich ebenfalls ein Einstellungswandel an.

Neben den alltäglichen konkreten Problemen, die hier aufgezählt wurden, stellt der Versuch einer Integration der Psychiatrie in ein christliches, traditionell protestantisches Selbstverständnis eine Herausforderung dar, die zu heftigen ideologischen Auseinandersetzungen geführt hat. Eine Psychotherapie, die ganz auf die Eigenverantwortlichkeit und Eigeninitiative des Menschen ausgerichtet ist, steht im krassen Gegensatz zur traditionellen Frömmigkeit, wo einer für den anderen dazusein hat im Rahmen einer strengen Hierarchie. Dieser schwelende Konflikt kam mit dem Kirchenaustritt einer Schwester der Psychiatrie, der daraufhin gekündigt werden sollte, voll zum Ausbruch. Mittlerweile bemüht sich eine Arbeitsgruppe aus Mitgliedern aller Abteilungen am Stift um eine konstruktive Lösung eines neuen, beide Bereiche umfassenden Selbstverständnisses. Die erhöhte Sensibilität für psycho-soziale Vorgänge bei unseren psychiatrischen Mitarbeitern haben noch zu weiteren Einstellungsänderungen geführt, z. B. wird die Form der Teamarbeit im Pflegebereich auch für die anderen Abteilungen gefordert und erprobt. Die Aktivität bei der Mitarbeitervertretung für soziale Belange ist deutlich aktiviert; es konstituierte sich ein Ausschuß für mehr Humanität am Krankenhaus, der in Kleinarbeit nach Verbesserungen sucht. Ferner hat das Beispiel der in der Psychiatrie Tätigen, die besonders eifrig ihrer Fortbildung nachgehen, Schule gemacht, so daß auch in den anderen Abteilungen das Interesse für persönliche Weiterbildung gewachsen ist.

Mit der Psychiatrie ist eine lebendige und konfliktoffenere Diskussion im Stift eingezogen, die sich fruchtbar auswirkt auch auf übergeordnete Bereiche bis hin zur Friedensinitiative. Dies ist sicher nicht nur dem Schwung der Aufbauphase zuzuschreiben, sondern der fruchtbaren Begegnung verschiedener medizinischer Fachbereiche unter einem Dach, die sich sonst fremd gegenüberstehen.

So ist in letzter Zeit das Bedürfnis nach interdisziplinärer Fortbildung von beiden Seiten geäußert worden, um den beginnenden Einstellungswandel zu vertiefen und zu verfestigen.

Die psychiatrische Abteilung aus der Sicht eines regional betroffenen psychiatrischen Krankenhauses

M. Rave-Schwank

Ich sehe meine Rolle gleichermaßen darin, die *typische Problematik* in der Beziehung zwischen Landeskrankenhaus und PAAK deutlich zu machen: Das Problem der Zweiklassenpsychiatrie, die überzogenen gegenseitigen Erwartungen, Neid und Entwertung der jeweils anderen Seite. Neben der typischen Problematik möchte ich auch von der *konkreten Situation* und der Kooperation sprechen, die sich trotz dieser typischen Probleme hier zwischen dem Philipphospital, dem Elisabethenstift und Offenbach gezeigt haben. Ich möchte mich damit auch für die vielfältigen Hilfen, Anregungen und Unterstützungen bedanken, die wir im Philipphospital seit 1981, also seit dem Beginn der PAAK-Arbeit bekommen haben. Die Aufgabe des psychiatrischen Krankenhauses sehe ich derzeit als *Doppelfunktion*: Wir haben einerseits die gemeindenahere psychiatrische Versorgung eines umschriebenen Einzugsbereiches, konkret des Landkreises Groß-Gerau und des Landkreises Offenbach übernommen und fühlen uns hier für die Grundversorgung im stationären Bereich, aber auch für den Aufbau adäquater ambulanter und komplementärer Hilfen verantwortlich. Darüber hinaus gibt es eine zweite Aufgabe des Landeskrankenhauses, die für das Philipphospital in der Förderung und Behandlung erwachsener geistig Behinderter von Südhessen besteht. Das Einzugsgebiet für diese Aufgabe ist wesentlich größer (fast 1 Million Einwohner) als für die psychiatrische Grundversorgung (siehe Karte), ich halte es für wichtig, unser Selbstbild als gemeindenahere psychiatrische Versorgungseinrichtung hier deutlich zu machen. Dies insbesondere deshalb, weil die Zuweisung einer kustodialen Versorgungsrolle an das Landeskrankenhaus doch bei Allgemeinkrankenhäusern, Universitätskliniken und Krankenkassen noch verbreitet ist. Als Beleg dafür zitiere ich einen Arztbrief von 1983 aus einer benachbarten Universitätsklinik: „Aufgrund der therapeutischen Unbeeinflussbarkeit der Symptomatik und insbesondere des psychischen Zustandsbildes halten wir eine Verlegung in Ihre Klinik für angezeigt.“ — Die darin zugewiesene Aufgabe der Aufbewahrung von Patienten entspricht jedenfalls in keiner Weise unserem Selbstbild im psychiatrischen Krankenhaus.

Mein Vortrag soll drei Punkte umfassen:

1. Die PAAK und ihre *Reintegration* in die allgemeine Medizin
2. Die Bedeutung des *Sektors* für die Beziehung PAAK und LKH
3. Kooperationsbedingungen

1. Die PAAK verwirklicht das Prinzip der *Reintegration der Psychiatrie in die allgemeine Medizin*. Das Prinzip der Gleichstellung von körperlich und psychisch Kranken wird in

der Enquete unterstrichen. Es heißt dort; „Benachteiligungen in rechtlicher, finanzieller und sozialer Hinsicht müssen beseitigt werden.“¹ Dieses Prinzip der Gleichstellung ist in der PAAK weiter verwirklicht als im Landeskrankenhaus. Dafür möchte ich einige Belege nennen:

— Der *Kostenträgern* der PAAK ist überwiegend die Krankenkasse, im Landeskrankenhaus, bei uns im Philippshospital ist etwa zu 50% der überörtliche Sozialhilfeträger Kostenträger. Das bedeutet u. a. bei uns sehr schwierige, langwierige und überaus zeitraubende Auseinandersetzungen mit der Krankenkasse bzw. dem zuständigen vertrauensärztlichen Dienst, dagegen bei der psychiatrischen Abteilung eine relativ rasche Übernahme der Behandlungskosten durch die zuständige Krankenkasse.

— Der *Pflegesatz* liegt in der psychiatrischen Abteilung mindestens doppelt so hoch wie im Landeskrankenhaus und entspricht dem Pflegesatz der anderen medizinischen Fächer. Dieser unterschiedliche Pflegesatz — bei uns rund DM 140 pro Tag — hat eine Reihe von psychologischen Auswirkungen und von besseren Personalbedingungen in der Abteilung zur Folge. Wir sind der Meinung, daß diese Personalausstattung in keiner Weise ein Luxus ist, sondern die Voraussetzungen einer modernen behandlungsorientierten und rehabilitationsorientierten Psychiatrie. Die Bundesdirektorenkonferenz der öffentlichen psychiatrischen Krankenhäuser hat jetzt für die PKH's einen Personalschlüssel erarbeitet, von dem Herr Wolpert sagte, daß er praktisch genau seinen Erfordernissen entspricht.²

— Die *Verweildauer* liegt nach dem Psychiatrieplan Hessen in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern bei 100 Tagen im Durchschnitt aller Kliniken und Stationen. Sie ist in der PAAK deutlich geringer und liegt näher an der durchschnittlichen Verweildauer der allgemeinmedizinischen Fächer. Wie ausdrücklich belegt ist, stehen aber Verweildauer und Arztdichte in einem eindeutig umgekehrten Verhältnis.

— Die Reintegration der PAAK's wird auch realisiert durch die bessere Zugänglichkeit zur *Medizintechnik* und Laborleistungen, die im Landeskrankenhaus oft nur schwer erreichbar sind.

— Auf der personellen Seite ist die Integration in die Allgemeinmedizin mit einer gewissen *Arztzentrierung* verbunden. Die in der Psychiatrie inzwischen allgemein akzeptierte Bedeutung von anderen Berufsgruppen wird im Allgemeinkrankenhaus geradezu zum Vorbild und Modell für Teamarbeit, insbesondere für die Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Sozialarbeitern, Psychologen und Krankenschwestern. Von daher bedeutet die Reintegration für das Allgemeinkrankenhaus auch eine Auseinandersetzung mit dem Selbstbewußtsein

1 Enquete - Bundestagsdrucksache 7/4200: Gleichstellung psychisch und somatisch Kranker, S. 17.

2 M. Bergener et al.: Personalbedarf im Psychiatrischen Krankenhaus. Aufgaben und Ziele einer zeitgemäßen psychiatrischen Behandlung, Psych. Prax. 9 (1982) 1-16.

des psychiatrischen Pflegepersonals, das in der Psychiatrie oft ein höheres Ausmaß von Selbständigkeit, Eigenverantwortlichkeit und initiative zu entwickeln gelernt hat als in der Allgemeinmedizin.

- Dieselbe Modellfunktion gilt auch für das, was mit „*Stationsatmosphäre*“ oder „*Stationsklima*“ in der Psychiatrie beschrieben wird. Auch hier kann das Allgemeinkrankenhaus profitieren von der höheren Sensibilität der Psychiatrie gegenüber der „Umwelt“ Krankenhaus. In der Psychiatrie wird wohl schon vor dem großen Boom des „humanen Krankenhauses“ über Besuche und Besuchszeiten, über Nichtstun und Tätigkeit im Krankenhaus, über Sich-Helfenlassen und Anderen helfen, über compliance und non-compliance nachgedacht.

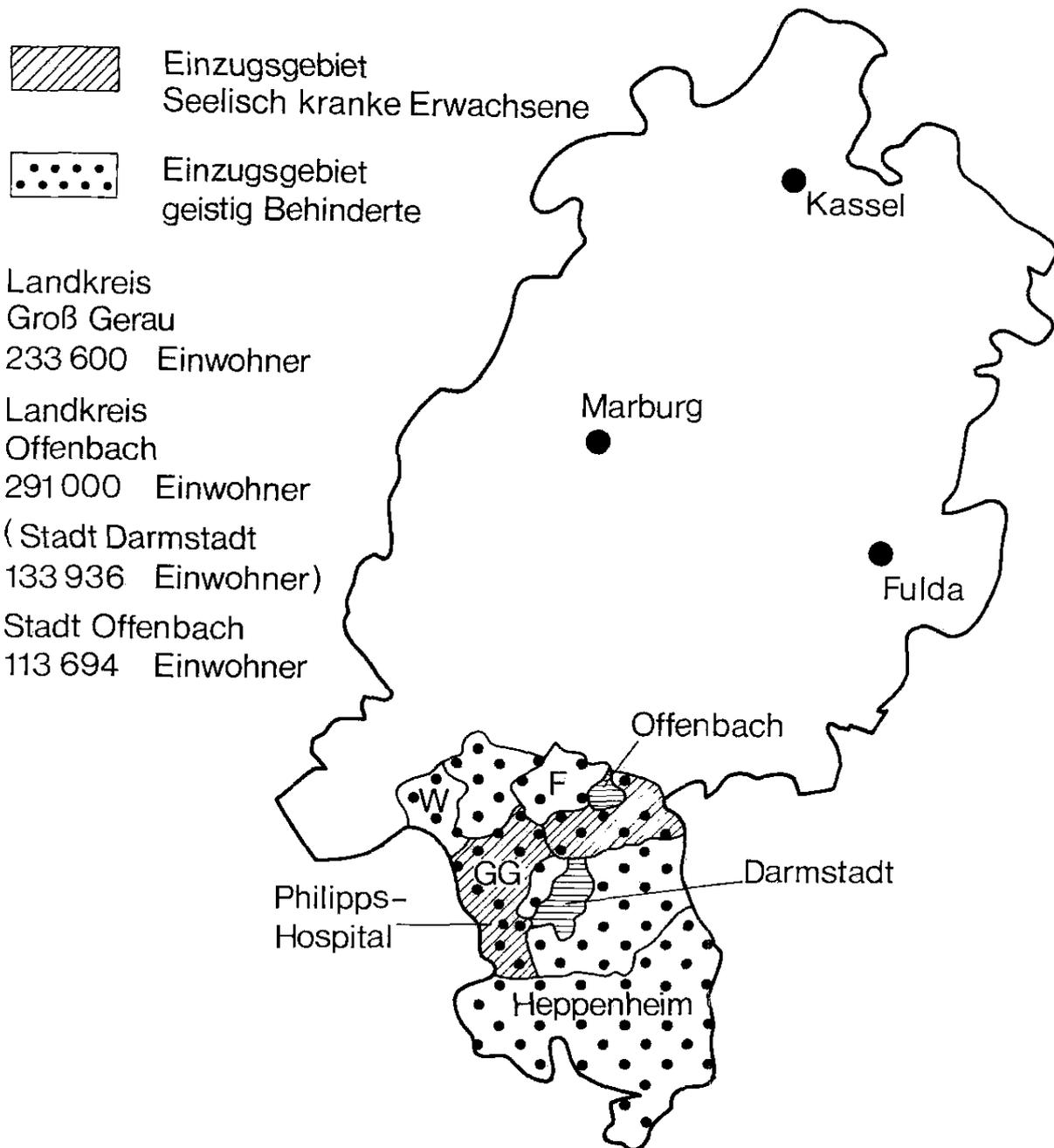
— Die Reintegration in die allgemeine Medizin bedeutet aber auch eine Belastung und Fragwürdigkeit, die ich mit einem Artikel aus einer schwedischen Zeitung vom 30. 10. 1978 belege, zitiert nach der Projektstudie aus Stockholm „Hilfe in unserer Gesellschaft“. Es heißt dort: „Die medizinischen Dienste bewegen sich auf zwei große Fehler hin: Einmal handelt es sich um die hochspezialisierten medizinischen Dienste, wo die passenden Patienten fehlen, das andere Problem sind die chronisch Kranken, wo jede Art von Ressourcen knapp ist, sogar die Forschung und die Ausbildung.“³ Das Problem in der Psychiatrie heißt, daß eher gefragt wird, welcher Patient paßt in die Behandlungsgruppe, die hier stationär durchgeführt wird, als daß gefragt wird, welcher Patient braucht eine stationäre Behandlung. Psychiatrische Abteilungen müssen dann die Patienten auswählen, die bestimmte Behandlungsmethoden brauchen, etwa die stationär durchgeführte Psychotherapie mit all ihren Fragwürdigkeiten. Dasselbe Problem der *Methodenorientierung* gilt insbesondere auch für die Fachkliniken für Abhängige, wo der Kampf um passende Patienten, und d. h. hier um motivierte, intelligente und nicht hirnorganisch abgebaute, sozial noch integrierte Alkoholiker voll entbrannt ist.

2. Der Sektor als Konzept und Realität

Gerade am Beispiel der Methodenorientierung, die sich ja gut und wahrhaftig forschungs- und ausbildungsorientiert begründen läßt, wird die gewaltige Bedeutung der Sektororientierung deutlich. Wo es um eine Bevölkerungsgruppe geht, die zu versorgen ist, haben sich die Methoden nach den vorhandenen Problemen der Bevölkerung zu richten und nicht umgekehrt.

Zur Verdeutlichung unserer konkreten Situation möchte ich Ihnen die Karte über das Einzugsgebiet des Philipppshospitals zeigen mit den benachbarten Orten Offenbach und Darmstadt. Während bis zum 1.4. 1981 die Stadt Darmstadt zum Einzugsbereich des psychiatrischen Krankenhauses Philipppshospital gehörte, wurde von da an die Versorgungsaufgabe an das Elisabethenstift übertragen. Eine entsprechende Vereinbarung zwischen dem Hessischen Sozialminister und dem Stadtkrankenhaus Offenbach ist, soweit ich weiß, noch nicht erfolgt, sie ist aber anzustreben. In beiden Fällen ist die Zuweisung der

³ Interview - Göteborgs-Posten, 30. Oktober 1978, Zitat nach „Gare in Society“, Stockholm, 1978.



Versorgungsaufgabe an die Realisierung der Voraussetzungen, d. h., der vorgesehenen Betten, in Offenbach 80 Betten, als Voraussetzung für die Übernahme der Sektorversorgung deutlich. Die komplementären und ambulanten Dienste haben sich an beiden Stellen in einer für uns neiderregenden Weise entwickelt und sind unabdingbare Voraussetzungen zum Funktionieren einer solchen Sektorpsychiatrie.

Ich möchte ihnen jetzt die Zahlen zur Entwicklung der stationären Aufnahmen zeigen.

Jahr	Aufnahmen gesamt	davon Stadt DA	davon Stadt OF	Durchschnitt- liche Beleg- ung
1866	42			414
1876	Keine Unterlagen vorhanden			369
1886	Keine Unterlagen vorhanden			410
1896	124	15	5	794
1906	401	46	31	1 370
1916	Keine Unterlagen vorhanden			
1926	303	82	37	1 079
1936	322	83	44	986
1946	Keine Unterlagen vorhanden			1 550
1956	580	54	59	1 309
1966	1 083	143	144	1 395
1976	1 667	321	191	914
1977	1 664	293	164	820
1978	1 465	340	134	770
1979	1 605	362	168	731
1980	1 621	315	173	685
1981	1 453	148	128	646
1982	1 512	65	105	631

Insgesamt sind also aus dem ursprünglichen Einzugsgebiet von 800 000 Einwohnern die Stadt Offenbach und die Stadt Darmstadt aus dem Einzugsbereich des Philippphospitals herausgeschnitten worden und werden jetzt zunehmend selbständig versorgt. Der Rückgang der Aufnahmezahlen aus Darmstadt und Offenbach ist erkennbar, für uns allerdings noch nicht befriedigend.

Dabei stellt sich die Frage, ob bestimmte Patientengruppen bevorzugt ins Landeskrankenhaus kommen. Hier zeigte sich 1982, daß die Hälfte der bei uns aufgenommenen Darmstädter wegen eines chronischen Alkoholismus aufgenommen wurde. Auch eine Häufung der Psychose-Kranken war erkennbar und eine durchschnittlich ältere Population der Darmstädter und Offenbacher Patienten im Philippphospitals gegenüber den Darmstädter und Offenbacher Patienten in der PAAK im Elisabethenstift. Herr Wolpert hat die Ergebnisse der Begleitforschung in Gütersloh zusammen mit mir ausführlich dargestellt.⁴ Auch die Unterbringungsart differiert deutlich zwischen PAAK und LKH.⁵ In

4 Wolpert, Eugen und Rave-Schwank, Maria: Der Alltag der Zusammenarbeit zwischen PAAK und LKH, Gütersloher Fortbildungswoche 1982.

5 Bauer, Manfred et al.: Die stationäre psychiatrische Versorgung von Stadt und Kreis Offenbach 1977 und 1979: Erste Bestandsaufnahme, September 1982.

Offenbach sind nach dem HFEG 9% untergebracht, im Philipppshospital 42% der Offenbacher, die dort sind. Dabei wirken wahrscheinlich Angst vor dem LKH und Patientenselektion zusammen.

Die Frage der Sektorversorgung wurde in der Enquete mehrfach ausführlich diskutiert und wird verschieden beurteilt. Ich selbst sehe sie derzeit als geeignetes Konzept an, um eine einigermaßen gerechte Verteilung der knappen finanziellen Mittel für die Bevölkerung sicherzustellen und damit eine Überversorgung „angenehmer Patienten“ genauso zu verhindern, wie eine Vernachlässigung und Unterversorgung von ebenso hilfsbedürftigen, aber „schwierigeren“ Patienten zu vermeiden.

Ich freue mich sehr, daß dieses Konzept der Sektorversorgung Grundlage unserer nachbarschaftlichen Kooperation mit dem Elisabethenstift in Darmstadt und der PAAK hier in Offenbach ist. Ich hoffe, daß trotz aller Schwierigkeiten auch die beiden Chefärzte von Darmstadt und Offenbach dem Satz zustimmen können: „Es ist schwierig, aber es geht.“

3. Die Kooperation

Wenn die grundsätzliche Frage der Sektorabgrenzung und der Sektorzuweisung getroffen ist, können Hilfsmöglichkeiten und Austauschmöglichkeiten realisiert werden, die für beide Seiten hilfreich sind. Ich möchte nur einige wenige daraus nennen. Die Voraussetzung vorweg ist aber die Anerkennung und Klärung des Sektors und die entsprechende Information, insbesondere auch der Polizeileitstelle, damit nicht etwa Patienten auf nicht freiwilliger Grundlage weiterhin einfach aus Unkenntnis ins alte Landeskrankenhaus transportiert werden. D. h. die Regel der Versorgung muß klar sein, bevor Ausnahmen verschiedenster Art im Einzelfall getroffen werden können und unbedingt sinnvoll sind.

Wir haben viel von der Flexibilität und kreativen Arbeit der psychiatrischen Abteilungen im komplementären Bereich gelernt. Neid-erfüllt muß ich zugeben, daß das Philipppshospital mit seiner 450jährigen Geschichte erst ein Wohnheim auf die Beine gebracht hat, während die beiden anderen Kliniken schon eine stattliche Zahl in wenigen Jahren aufmachen konnten. So profitieren wir aber von der Modellfunktion dieser Einrichtungen, können ihre Erfahrungen nutzen und in unsere Arbeit einbeziehen.

Dasselbe gilt für die Nutzung spezifischer Behandlungsangebote. Die Kooperation mit beiden Einrichtungen hat sich dadurch wesentlich verbessert, daß besonders schwierige Patienten in Ausnahmefällen als nachbarschaftliche Hilfe in Darmstadt und Offenbach übernommen wurden.

Es braucht von daher nicht hervorgehoben zu werden, daß die Entwertung jeder Art einer solchen Zusammenarbeit abträglich ist. Entwertung etwa so: Ein Kollege ruft an und teilt mit, daß er einen Patienten ins Landeskrankenhaus verlegen möchte, weil dieser im Nachtdienst die diensttuende Schwester gewürgt habe. Bei meiner Mitteilung, daß auch unsere Schwestern und Pfleger

im Nachtdienst und auch sonst nicht gerne gewürgt werden, gab der Kollege dies zwar zu, hatte aber doch den Eindruck, daß wir damit besser umgehen könnten, in dem daran anschließenden langen Gespräch am Telefon zwischen dem Kollegen und mir wurde deutlich, daß wir beide kein anderes Mittel hatten, als für die kommende Nacht eine relativ hohe medikamentöse Sedierung vorzunehmen und eine Fixierung evtl. vorzubereiten.

Wir waren uns auch darüber einig, daß die persönliche Gefährdung, die trotzdem bestehen bleibt, wenn man mit akut psychotischen, gewalttätigen Patienten umzugehen hat, für keinen Mitarbeiter leicht ist. Und wir waren uns schließlich auch darüber einig, daß ein Satz, wie „Zustände, wie im Landeskrankenhaus“ nicht dazu geeignet ist, die gegenseitige Wertschätzung deutlich zu machen. Indem wir der PAAK genauso wie dem Landeskrankenhaus zugestehen, daß jeder eine gute, behandlungsorientierte und patientenorientierte Psychiatrie betreiben will, können wir auch einzelne Kooperationsprobleme besprechen. Ich halte die gegenseitige Valorisierung, auch die Valorisierung der Arbeit mit chronisch Kranken und Behinderten von daher für eine wichtige Voraussetzung der Kooperation.

Zusammenfassung:

Die Reintegration der psychiatrischen Abteilung in die allgemeine Medizin ist sehr viel weiter fortgeschritten als im psychiatrischen Landeskrankenhaus mit seiner ihm eigenen langjährigen Institutionsgeschichte. Genauso wie die anderen medizinischen Abteilungen von der speziellen interprofessionellen Zusammenarbeit in der Psychiatrie und der Umweltorientierung der Psychiatrie profitieren können, so kann das Landeskrankenhaus von Personalschlüssel, Ressourcen und medizinischem Anspruchsniveau der Abteilungen lernen, insbesondere aber von den vielfältigen, kreativen und unkonventionellen Möglichkeiten der extramuralen Psychiatrie. Auf dem Boden einer bevölkerungsorientierten Sektorversorgung werden all diese Leistungen der psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus erst voll gewürdigt. Das Sektorkonzept kann die Abteilungen gleichermaßen davor schützen, Überversorgung für besonders privilegierte Patientengruppen anzubieten, wie vor einer Vernachlässigung und Unterversorgung von benachteiligten Patientengruppen. Auf dem Boden dieser übernommenen Sektorverantwortung hat sich für das psychiatrische Krankenhaus Philipppshospital die Nachbarschaft zu den beiden psychiatrischen Abteilungen positiv als Anregung und Bereicherung ausgewirkt. Die Voraussetzungen für eine Sektorversorgung müssen allerdings geschaffen werden, sowohl im Bereich der Betten als auch der komplementären Wohnmöglichkeiten, gerade für die Patientengruppen, die am meisten ein solches Angebot brauchen.

Die psychiatrische Abteilung aus der Sicht eines niedergelassenen Nervenarztes

H. Halama

Seit über 16 Jahren bin ich in dieser Stadt als Nervenarzt tätig; zuvor war ich 9 Jahre an der Frankfurter Nervenklinik beschäftigt.

Ich übernahm die renommierte Praxis einer ausscheidenden Kollegin — die Bedingungen schienen günstig, zumal ich auf die Unterstützung der Universitätsklinik in Notfällen bauen zu können glaubte.

Bald aber mußte ich erfahren, daß die Beziehungen zum „Mutterhaus“, dem ich lange genug angehört hatte, nur auf dem Gebiet der Neurologie für meine Patienten von Nutzen war; der Kontakt zur psychiatrischen Klinik stellte sich sehr schnell als nutzlos heraus; Es war kaum möglich einen „interessanten Fall“, geschweige denn einen Notfall in der Klinik unterzubringen, und wenn man wirklich einmal den diensthabenden Oberarzt dazu bewegen konnte, dann war der Patient am übernächsten Tag spätestens ganz bestimmt verlegt — „in das zuständige PKH“, weil nämlich zwischen Frankfurt und Offenbach ein tiefer Graben, die sogenannte „Landesgrenze“ verläuft!

Aber davon, daß die Unterbringung eines psychisch Kranken in einem 40 km entfernten, damals noch sehr trostlosen PKH keine große und häufig unzumutbare Härte darstellt und inhuman ist, konnte weder mich noch die Angehörigen noch den Patienten jemand überzeugen.

Angeregt von meinem verehrten Lehrer Professor Zutt versuchte ich kurz nach meiner Niederlassung bei den Politikern dieser Stadt Interesse für eine psychiatrische Klinik zu wecken, lange Zeit vergebens. Damals war ja gerade der Neubau dieses Stadtkrankenhauses mit den ausgefallensten Spezialabteilungen in der Planung fertig und kurz danach im Bau, an psychiatrische Patienten hatte man dabei aber nicht gedacht!

Damals war das soziale Gewissen der Stadtväter noch nicht so weit entwickelt, daß es auch bis zu den psychisch Kranken reichte. Der Impuls der niedergelassenen Psychiater hat schließlich den Stein ins Rollen gebracht; ich hatte damals wiederholt — unfairerweise immer in der Zeit vor Wahlen, in der das Herz der Politiker ja immer sehr warm für alle schlägt, deren Stimmen man noch nicht sicher ist, in der hiesigen Zeitung Leserbriefe und Pamphlete veröffentlicht, bis schließlich fast alle dafür waren.

Es ging dann nur noch um die Größe der Abteilung, zunächst hielt man 20, dann 35 und schließlich 80 Betten für ausreichend.

Es dauerte dann noch recht lange, bis unter der tatkräftigen Mitplanung von Herrn Bauer schließlich die Abteilung in Funktion trat und endlich die jetzige Größe erreicht hat.

Sind wir mit der Klinik einverstanden, haben wir sie uns so gewünscht und vorgestellt? Antwort: Ja — aber . . .

Ja deshalb, weil die psychiatrische Versorgung der Bevölkerung jetzt aus dem Zustand eines Entwicklungslandes heraustritt. Seitdem ist eine wirkungsvollere Behandlung möglich, die Patienten sind leichter zu bewegen, freiwillig in die Klinik zu gehen, wenn Gefahr droht; die Zwangseinweisungen sind wesentlich seltener geworden, aber vielleicht haben wir diese unangenehme und sehr belastende Aufgabe nur an die Klinik weitergereicht.

Das Vertrauen des Patienten und seiner Angehörigen zu uns wird jetzt durch Zwangsmaßnahmen nach dem HFEG nicht mehr so stark belastet wie früher. Es ist eben sehr viel leichter, Patienten und Angehörige dazu zu bewegen, daß der Patient am Ort im Stadtkrankenhaus aufgenommen wird, als ihn nach Riedstadt zu bringen.

Die Zusammenarbeit zwischen uns und der Klinik verlief bisher ohne Schwierigkeiten, es herrscht ein freundlicher, zuvorkommender, behutsamer Umgangston; das liegt sicher an der Persönlichkeit des Leiters der Klinik, seiner Oberärzte und Assistenten. Das Verhältnis zwischen Klinik und niedergelassenen Ärzten soll nicht überall so gut sein, hört man.

Was hatten wir uns anders vorgestellt?

1) Wir hatten uns eine Abteilung „Akutpsychiatrie“ gewünscht; wie viele meiner Kollegen in der Praxis bin ich davon überzeugt, daß die Behandlung eines psychotischen Menschen nach Möglichkeit ambulant erfolgen sollte, daß er in seinem Milieu, in seiner Familie (falls vorhanden) bleiben und daß die Klinikbehandlung nur die Ausnahme sein sollte, wenn keine Angehörigen da sind oder eine akute Gefahr besteht.

2) Die lange Verweildauer (angeblich die längste bei psychisch Kranken) in psychiatrischen Kliniken ist sicher nicht nur mir, sondern auch Ihnen allen ein Dorn im Auge — und das nicht nur wegen der immensen Kosten! Ich halte es bei den heute uns zur Verfügung stehenden therapeutischen Möglichkeiten für durchführbar, daß akut psychotische Patienten nach wenigen Behandlungstagen wieder entlassen werden können, auch wenn der Wahn noch nicht völlig ausgerottet ist oder noch eine deutliche depressive Stimmung besteht, wenn die ambulante Weiterbehandlung durch den Hausarzt oder niedergelassenen Nervenarzt gesichert ist und ein geeignetes häusliches Milieu vorhanden ist.

Diese Abkehr vom Perfektionszwang in der Therapie der Klinik setzt allerdings eine intensivere Zusammenarbeit mit den Hausärzten voraus, die ja — das verdrängen wir immer — den größten Teil der psychotischen Patienten behandeln bzw. nach Klinikentlassung weiterbetreuen, häufig allerdings ohne recht zu wissen, was sie tun. Es stimmt nicht, daß bei dieser großen Ärzteguppe kein Interesse an der Psychiatrie besteht, sie haben nur keine hinreichende Möglichkeit zur Information und Weiterbildung, sind deshalb unsicher, trauen sich nichts oder zu viel zu, setzen Medikamente zu früh ab oder behandeln Depres-

sionen mit Tranquilizern, in der Meinung, damit keinen Schaden anrichten zu können und doch etwas für den Patienten getan zu haben.

Aus meiner Erfahrung in Fortbildungsveranstaltungen mit praktischen oder Allgemeinärzten weiß ich, wie wißbegierig sie zum großen Teil sind und wie gerne sie bei der Mitbehandlung dabei wären, wenn sie nur etwas sicherer auf diesem Gebiet wären. Wahrscheinlich könnte man mit dieser Aufklärung das nicht nur in der Durchschnittsbevölkerung, sondern auch bei vielen Ärzten bestehende große Vorurteil gegen psychisch Kranke verringern. Ich bin überzeugt, daß man dadurch die Verweildauer verkürzen, die Behandlung effektiver machen, die Rückfallquote verringern und einiges an sehr teurem sozialpsychiatrischem Aufwand abbauen könnte. Man kann auch in der eigenen Praxis sozialpsychiatrisch aktiv werden, indem man Patientenkreise gründet, die sich regelmäßig in einer Art Tee- oder Bastelstube treffen; am besten geeignet sind dazu sicher alleinstehende weibliche Patienten, und wenn sie — wie in meiner Praxis — von der eigenen Frau betreut werden, ist das für alle Beteiligten sehr befriedigend und ausgesprochen billig! Man braucht das ja nicht gleich „Beschäftigungstherapie“ oder „Gruppentherapie“ zu nennen!

3) Durch die (traditionell) lange Verweildauer in der psychiatrischen Klinik ist die Aufnahmefähigkeit derart eingeengt, daß von Anfang an schon die Zuständigkeit der Klinik ausdrücklich auf das Stadtgebiet Offenbach beschränkt wurde. Diese Regelung ist den Patienten und deren Angehörigen aus dem Landkreis allgemein bekannt, sie versuchen erst gar nicht einen Anspruch auf Aufnahme in der hiesigen Klinik zu erheben. Glücklicherweise wird diese Regel nicht ganz so starr und nur bei restlos überfüllter Klinik angewandt, das möchte ich besonders betonen.

Zum Schluß möchte ich noch erwähnen, daß Patienten und deren Angehörige oder auch Unbeteiligte mir immer wieder vorhalten, die psychiatrische Klinik sei ja im Grunde eine geschlossene Abteilung, die Türen seien fast immer zu. Die Patienten sowie die Angehörigen sehen sehr schnell die Argumente ein, wenn man darauf eingeht. In diesem Zusammenhang erhebt sich die Frage, warum eigentlich Krankenabteilungen anderer Fachgebiete völlig offen sein müssen, ohne Kontrolle für jeden zugänglich und von den Patienten jederzeit (z. B. für einen Besuch der Kantine) zu verlassen.

Alles in allem: Die psychiatrische Klinik in Offenbach — ein großer Fortschritt auf dem Wege zu einer humanen Psychiatrie in unserer Stadt.

Die psychiatrische Abteilung aus der Sicht von Angehörigen

W. Grasmück

Im Mittelpunkt der Informationstagung steht das Thema: „Die psychiatrische Abteilung am allgemeinen Krankenhaus.“ Eine Gelegenheit zur Information und zur Diskussion über die Möglichkeiten der Behandlung psychisch erkrankter Menschen in einer solchen Einrichtung, ich begrüße es, daß auch den Angehörigen die Möglichkeit gegeben wird, sich zu äußern. Dafür meinen Dank.

Leider fehlt mir die Fähigkeit eines Vergleichs zwischen den klassischen psychiatrischen Häusern — wie sie heute noch in Form von Anstalten und psychiatrischen Kliniken betrieben werden — und der hier zur Diskussion stehenden Einrichtung. Meine persönlichen Erfahrungen und Kenntnisse sind ausschließlich auf die psychiatrische Abteilung am allgemeinen Krankenhaus bezogen. Es ist mir nicht leicht gefallen, ein Konzept zu diesem Thema aus der Sicht des Angehörigen zu formulieren, da sehr leicht die Gefahr besteht, das eigene Erleben in den Vordergrund zu stellen und vom Thema abzuweichen. Meine Ausführungen sind daher ein Versuch, der hoffentlich — im allgemeinen gesehen — als Diskussionsbeitrag gewertet werden kann.

Die Einrichtung einer psychiatrischen Abteilung im allgemeinen Krankenhaus halte ich grundsätzlich für gut und wichtig. Wie ist die Ausgangslage?

Man bedenke, daß die Psychiatrie im allgemeinen in der breiten Öffentlichkeit den Ruf genießt, daß man es bei der Behandlung dieser Menschen grundsätzlich mit Idioten zu tun hat und mit Menschen, von denen man sich in der Gesellschaft gerne distanziert. Diese Grundeinstellung reicht bis hinein in die betroffenen Familien, bei denen Angehörige vorübergehend oder dauernd psychiatrisch geschädigt sind. Aber auch bei dem behandlungsfähigen und heilbaren Patienten besteht eine Abneigung und somit die Schwierigkeit, ihm die Notwendigkeit einer Behandlung klar zu machen, da er grundsätzlich glaubt, überhaupt nicht erkrankt zu sein. Schon hier beginnt eine Sperre, die überwunden werden muß.

Ich erinnere mich aus eigenem Erleben, als schon vor Jahren die Notwendigkeit für eine ärztliche Behandlung erkennbar war, wie schwer es fiel, meinem Sohn dies klar zu machen. Die totale Ablehnung, die mir entgegenschlug, gipfelte in dem Satz, daß er sich nicht in eine Klappsmühle stecken lassen werde. In der Tat schrecken die bestehenden psychiatrischen Anstalten den Patienten und nicht weniger auch den Angehörigen ab. Dieses Vorurteil belastet also beide gleichermaßen. Ich erinnere mich genau des Tages, als aus akutem Anlaß eine sofortige Einlieferung meines Sohnes nach Riedstadt erfolgte, und mit welcher inneren Zerrissenheit ich ihn dorthin brachte. Es bleibt mir unver-

gessen, wie mein Sohn, damals ein 22jähriger junger Mann, verzweifelt nach mir rief und mich bat, ihn nicht alleine zu lassen. Als ich ihn am nächsten Tag besuchen wollte, war er ausgerissen. Tagelang suchten wir vergeblich, bis er sich eines Abends wieder zu Hause meldete.

Einerseits die Erkenntnis seiner Eltern, daß eine ärztliche Behandlung unumgänglich ist, andererseits die Tatsache, dies mit Zwang durchsetzen zu sollen, hat alle Beteiligten in schwere Konflikte versetzt. Letztlich habe ich mich dazu entschieden, auf eine Zwangseinweisung zu verzichten, zumal auch der akute Anlaß abgeklungen war und ich Folgeschäden und unbedachte Handlungen meines Sohnes befürchtete. Eine psychiatrische Abteilung, am allgemeinen Krankenhaus angegliedert, hat es damals bei uns nicht gegeben. Zwar habe ich in der Folge eine psychiatrische Behandlung bei einem Facharzt durchgesetzt, aber begleitende Maßnahmen konnten zunächst nicht erfolgen. Weder der Facharzt, noch ich hatten genügend Durchsetzungsvermögen, um den Besuch einer Tagesklinik zu erreichen.

Diese Vorgeschichte scheint mir notwendig zu sein, um deutlich zu machen, wieviel besser durch die Nähe der psychiatrischen Abteilung am allgemeinen Krankenhaus die Voraussetzungen sind, den Patienten zu bewegen, sich einer Behandlung zu unterziehen. Eine größere Bereitschaft zum Handeln besteht auch in der Familie.

Vor etwa einem dreiviertel Jahr war der Gesundheitszustand meines Sohnes so schlecht, daß unbedingt eine Behandlung in einer Klinik erfolgen mußte, zumal er in eigener Zuständigkeit seine Behandlung beim Facharzt abgebrochen hatte. Zwar war es zunächst auch noch schwierig, ihn zu bewegen, ins Krankenhaus zu gehen; aber die Tatsache, daß er die Klinik gedanklich ganz anders einordnete als die psychiatrische Anstalt, war schon ein wichtiger Schritt, um seinen Widerstand zu lockern. Als es schließlich gelang, sein Einverständnis zu erhalten, war meines Erachtens schon ein sehr wichtiger erster Schritt getan.

Dieser erste Schritt wäre aber meiner Überzeugung nach ohne das Vorhandensein der psychiatrischen Abteilung am allgemeinen Krankenhaus kaum möglich gewesen. Sie ist näher am Patienten und damit zweifellos ein Vorteil. Vertrauen vom ersten Moment an ist für jede Behandlung wichtig, und es wird Zeit gewonnen, wenn Vorbehalte gegen Zwangsmaßnahmen nicht erst abgebaut werden müssen.

Die unmittelbare Nähe der psychiatrischen Abteilung ist aber auch wichtig für die Angehörigen. Sie bietet die Möglichkeit des öfteren Besuches, die Herstellung von Kontakten zu Ärzten und Pflegepersonal und damit auch umgekehrt die Möglichkeit für das ärztliche Personal, sich ein Bild über die Familie und den Lebensbereich des Patienten zu machen.

Der psychisch Erkrankte braucht nach meiner Überzeugung ständig Kontakt zu denen, die sein Vertrauen genießen. Hierzu gehören unter normalen Umständen die Familie, aber auch Freunde und Kollegen. Sie alle haben die Möglichkeit, wegen relativ kurzer Wege diesen Kontakt zu pflegen.

Ein wichtiger Aspekt, bezogen auf die Freiwilligkeit, ist auch das Alter der Patienten. Wie schwierig ist es doch, wenn ein volljähriger Mensch psychisch erkrankt und es ablehnt, sich behandeln zu lassen. Will man ihm helfen, müssen die Schritte sehr sorgfältig geprüft werden. Die Anwendung von Rechtsmitteln ist zweifellos problematisch. Zwei wichtige Gesichtspunkte spielen hierbei meines Erachtens eine besondere Rolle.

Der erste dürfte sein, daß bei einer gerichtlichen Einweisung von vornherein durch Mißtrauen eine Sperre bei dem Patienten entsteht, die meist nur sehr schwer abgebaut werden kann. Zum anderen ist es im Vorfeld ohnehin mit viel Zeit verbunden, eine gerichtliche Verfügung zu erwirken, da, wenn nicht alles wie am Schnürchen klappt, sich ein unheilvolles Karussell zu drehen beginnt in der Weise, daß der zuständige Richter nur dann zur Tat schreitet, wenn er eine einwandfreie Diagnose eines Facharztes vorliegen hat, und umgekehrt ist diese Diagnose außerordentlich schwierig zu erhalten, wenn der Patient seinerseits nicht bereit ist, sich einer Untersuchung zu unterziehen. Wir wissen, daß die zwangsweise Vorführung bei einem Arzt nur dann möglich ist, wenn zwingende Voraussetzungen gegeben sind, daß heißt im Klartext, wenn gewissermaßen schon etwas passiert ist.

Die Vermeidung des Rechtsweges sollte daher gerade im Vorfeld in Zusammenarbeit zwischen Klinik und Angehörigen nach Möglichkeit angestrebt werden. Diese Zusammenarbeit war in meinem Falle recht positiv und auch nicht ohne Erfolg. Die Aufklärung der Angehörigen durch Ärzte und Juristen ist von außerordentlicher Wichtigkeit, da es dadurch möglich wird, schon im Vorfeld einer Behandlung ein Klima zu schaffen, das sowohl den Ärzten und Therapeuten die Arbeit erleichtert, als auch darüber hinaus den erkrankten Patienten nicht unnötig belastet. Es wird in vielen Fällen nicht ohne den Rechtsweg gehen, aber es sollte zumindest der Versuch unternommen werden, darauf zu verzichten. Die rechtliche Seite der ganzen Angelegenheit ist ohnehin ein Thema für sich und deshalb von mir auch nur am Rande angesprochen worden.

Die eigentliche Arbeit beginnt, wenn es gelungen ist, den Patienten einer Behandlung zuzuführen. Die Herstellung von Kontakten zwischen Klinik und Familie oder sonstigen Bezugspersonen ist meines Erachtens eine vordringliche Aufgabe. Der betroffenen Familie muß das notwendige Bewußtsein vermittelt werden, wie es sich um die oft schicksalhafte Krankheit des Patienten verhält und wie die Familie sich einstellen muß, um ihren Beitrag bei den therapeutischen Maßnahmen für den Patienten zu leisten. Hierbei ist Offenheit und umfassende Information von selten der Ärzte gegenüber den Angehörigen von Wichtigkeit. Ich hatte nicht selten den Eindruck bei meinen Gesprächen, daß man bei mir zuviel Kenntnisse über den Zustand meines Sohnes voraussetzte.

Die Chance der Nähe der psychiatrischen Abteilung im allgemeinen Krankenhaus muß von allen Beteiligten genutzt werden. Dies schon während der klinischen Behandlung des Patienten. Gerade in dieser Zeit muß es möglich sein, Familie oder Kontaktpersonen auf die Aufgaben aufmerksam zu machen, die

ihnen zuwachsen, wenn im Besserungsfalle die nächste Stufe der Therapie für den Patienten einsetzt. Meist ist das Verhältnis zwischen dem psychisch Erkrankten und seiner Familie oder Kontaktpersonen so gestört, ja sogar zerrüttet, daß ein Aufbau dieser Kontakte von Grund auf neu erfolgen muß. Dies können Angehörige und Patient nicht alleine. Hierzu gehören die Hilfe und der Rat der behandelnden Ärzte und Therapeuten. Man bedenke, daß das längere Zusammenleben mit einem erkrankten Menschen den nervlichen Zustand aller Beteiligten bis zum Äußersten strapaziert hat. Aber fest steht, daß auch der Zusammenhalt innerhalb einer Familie durch das Verhalten des erkrankten Angehörigen gelitten hat. Nicht selten haben sich hieraus im Laufe der Krankheit, die sich ja meist über Monate und Jahre hinzieht, seelische und körperliche Störungen ergeben, die die Angehörigen auf das Schwerste belasten. Es ist bekannt, daß gerade der psychisch Erkrankte einen übersteigerten Egoismus entwickelt und alles um sich herum voll in Anspruch nimmt, ohne jede Rücksichtnahme. Die Bereitschaft des Angehörigen, sich dem Erkrankten wieder zuzuwenden, muß — wie erwähnt — nicht selten neu begründet werden.

Ich bin sicher, daß dies möglich ist, wenn man vor allen Dingen neben der Beratung durch den Arzt zusätzlich die Möglichkeit wahrnimmt, in sogenannten Angehörigenkreisen mitzuwirken und sich auszusprechen. Daher glaube ich, daß gerade diesen Angehörigengruppen eine besondere Aufmerksamkeit zukommen muß. Es geht dabei nicht nur darum, daß man sich gegenseitig die Erfahrungen erzählt und seinen eigenen Schmerz abreagiert, sondern vor allen Dingen um die Erkenntnis, daß es offensichtlich auch andere Familien gibt und Menschen, die unter den gleichen Bedingungen zu leben und zu leiden haben. Diese Aussprachen sind hilfreich, aber sie sind auch gleichzeitig eine Voraussetzung für die eigene Bereitschaft, die therapeutischen Maßnahmen der Fachleute für den Erkrankten zu unterstützen. Ich halte es für wichtig bei den Angehörigengesprächen, daß die Fachkräfte den Ablauf des Geschehens bestimmen. In den ersten Zusammenkünften ist es zweifellos nicht verkehrt, zunächst erst einmal die Beteiligten untereinander bekannt zu machen und ihre Erlebnisse und Erfahrungen vortragen zu lassen. Aber es kann nicht angehen, daß sich dies in der Folgezeit ständig wiederholt.

Sicherlich — dies ist zumindest mein Eindruck — muß sich auch der Arzt oder Therapeut ein Bild über die Angehörigen machen. Dies ist manchmal doch sehr rührend, wenn man merkt, daß man unauffällig beobachtet wird. Hier halte ich es für angebracht, in Einzelgesprächen — die ja ohnehin stattfinden müssen, wenn es um spezielle Fragen des Erkrankten geht — ein offenes Wort miteinander zu reden. Empfindliche Seelen sind ohnehin abgeschreckt, wenn sie den Eindruck gewinnen, ein Behandlungsobjekt zu sein. Wegen dieses Eindrucks bin ich von Angehörigen persönlich schon angesprochen worden. Richtig ist sicherlich, daß auch der Angehörige Ermutigung und Zuspruch braucht. Wie dies im Einzelnen erfolgen sollte, kann man durch Rezept nicht bestimmen.

Der psychisch erkrankte Mensch wird sicherlich während seiner Behandlung einem Erziehungsprozeß unterzogen, der sowohl von der Klinik oder Tageskli-

nik ausgeht, nicht zuletzt aber auch von dem behandelnden Arzt, ganz gleich ob er in der Klinik oder frei niedergelassen arbeitet. Hinzu kommt aber auch der Kreis der Kontaktpersonen und hier insbesondere das Elternhaus. Hier wächst meines Erachtens für die Angehörigen die schwierigste Aufgabe. Sie besteht darin, diesen Erziehungs- oder, wenn Sie wollen, auch Heilungsprozeß zu fördern, anderserseits den Patienten aber so behutsam zu lenken, daß er nicht den Eindruck hat, an die Leine genommen zu werden. Auf diese schwierige Aufgabe muß der Angehörige vorbereitet werden, und das kann meines Erachtens nur im relativ kleinen Kreise stattfinden.

Zusammenfassend gibt es sicherlich sehr viele Gesichtspunkte, die das Zusammenarbeiten zwischen Klinik, Tagesklinik, Arzt und Angehörigen bestimmen. So gesehen wird gerade bei der Behandlung psychisch Erkrankter der Angehörige im hohem Maße zur Mitarbeit gebeten. Wer im Endeffekt die wichtigste Bezugsperson für den Erkrankten sein wird, kann man kaum vorausbestimmen. Dies ergibt sich im Laufe der Zeit. Natürlich ist es ideal, wenn diese geeignete Persönlichkeit in der Familie gefunden werden kann.

Die Gedankengänge, meine Damen und Herren, die ich hier vorgetragen habe, sind meiner persönlichen Meinung nach besser durchführbar in einer angegliederten Abteilung im allgemeinen Krankenhaus als in einer abgelegenen Großklinik. Hier wächst vor alten Dingen der Leitung einer solchen angegliederten psychiatrischen Abteilung eine wichtige, sicherlich auch schwierige Aufgabe zu. Nämlich die der Koordination und Organisation. Vielleicht kann die eine oder andere Aussage, die ich hier gemacht habe, dazu dienlich sein. Als Beispiel hierfür gilt sicherlich die manchmal notwendige Entscheidung, einen bereits in die Tagesklinik eingewiesenen Patienten doch noch einmal zur klinischen Behandlung zurückzuführen. Die Entscheidung darüber ist sicherlich in einer gut organisierten angegliederten psychiatrischen Abteilung besser zu finden. Auch hier ist wieder die Heranziehung der Angehörigen wichtig und auf dem kurzen Wege möglich.

Ich habe mit diesen wenigen Gesichtspunkten versucht, einen Beitrag für die Diskussion zu leisten. Ich bin davon überzeugt, daß die hier anwesenden Fachleute das eine oder andere mit eigenen Augen sehen und beurteilen werden. Übersehen Sie aber bitte nicht, daß die Angehörigen sehr selten eine Hufe haben, wenn es um Probleme geht, die mit der Erkrankung ihres Familienangehörigen zusammenhängen. Sie sind auf die Hilfe der Klinik und ihrer Mitarbeiter angewiesen und sollten daher immer wieder motiviert werden, die Möglichkeit des Angehörigengesprächs wahrzunehmen. Hier erfährt man meiner Überzeugung nach Rat, Zuwendung und manchmal auch Trost. Eine Idealform der Zusammenarbeit zwischen Patient, Klinik und Angehörigen ist sicherlich schwierig zu finden, aber ich glaube, daß schon der Versuch in dieser Richtung eine wichtige Voraussetzung schafft, um jedem psychisch erkrankten Menschen wieder den Weg in das normale Leben zu ebnen.

Diskussion zu den Referaten des I. und II. Teils

Moderation: G. Bosch

(gekürzte Fassung)

Bosch: In den ersten Vorträgen sind eine ganze Reihe diskussionswürdiger Punkte angesprochen worden. Beginnend mit dem Vortrag von Herrn Kulenkampff wurde immer wieder auf die Problematik der Kooperation zwischen psychiatrischer Abteilung und psychiatrischem Großkrankenhaus hingewiesen, die besonders hinsichtlich der schwierigeren chronisch Kranken entsteht. Diese Frage der Koordination der psychiatrischen Versorgung nach innen — im Krankenhaus — und außen — mit anderen Einrichtungen — wird sicherlich ein Kernpunkt unserer Diskussion sein.

Wolpert: Herr Kulenkampff, Ihre Skizze der Kooperation zwischen Großkrankenhäusern und Abteilungen trifft sich mit meiner konkreten Erfahrung. Denn beide Teile haben sich bislang geradezu idealtypisch daran gehalten, die angestrebte Kooperation am Ende in eine Form von Nicht-Kooperation ausmünden zu lassen; das heißt, daß jeder seinen Bereich voll versorgt. Die Erfahrung bei uns und bei vielen anderen Abteilungen hat aber bisher gezeigt, daß eine Restgruppe, die chronisch Kranken, übrig bleibt. So gern man sie auch in einem Versorgungssystem wie hier in Offenbach oder Darmstadt unterbringen möchte, so zeigt sich doch, daß man mit dieser Gruppe nur zum Nachteil der Patienten fertig wird, und zwar nach dem Prinzip: „Vogel, friß oder stirb!“

Die Kooperation zwischen Abteilung und psychiatrischem Krankenhaus muß gerade bezüglich der chronisch Kranken, vielleicht auch der Alterskranken und Süchtigen, erst einmal entideologisiert werden. Wenn wir in der Abteilung mit einem Patienten nicht fertig werden und vielleicht im nächstgelegenen Krankenhaus anfragen, kommt auf der anderen Seite sofort das Gefühl oder der Verdacht auf, man wolle wieder einen schwierigen Patienten loswerden, der nicht in die Abteilung passe. Eine vertragliche Regelung in diesem Bereich würde nichts bringen. Sie würde einfach die Fronten zwischen beiden Einrichtungstypen verschärfen. Ich sehe keine Lösung für dieses Problem.

Finzen: Ein allgemeines Krankenhaus ist kein Ort zum Leben. Darüber gibt es keinen Zweifel. Wenn jemand ein oder zwei Jahre in Krankenhausbehandlung bleiben muß, dann müssen für ihn neben der unmittelbaren Behandlung auch Möglichkeiten gesucht werden, wo und wie er während dieser Zeit wohnen kann. Dies ist in der Tat eine der ungelösten Fragen der Psychiatrie am allgemeinen Krankenhaus, mit der wir uns ganz ohne Zweifel auch in Zukunft noch auseinanderzusetzen haben.

Ich meine auch, daß ein Stück Ideologie beteiligt ist, wenn jede dieser beiden Institutionsformen mit ihren Patienten fertig werden muß und die Kooperation schließlich in Nicht-Kooperation endet. Ich meine aber auch, daß dieses Stück

Ideologie für eine Übergangsphase ganz wichtig ist, in der sich die neuen Abteilungen entwickeln und konsolidieren. Diese Abgrenzungsgefechte halte ich für notwendig. Denn nicht selten geht es dabei um den schwierigen Patienten, den in der Tat keiner haben will. Auf der anderen Seite bleibt jenes Problem der langfristigen Wohnmöglichkeit für langfristig im Krankenhaus zu behandelnde Patienten natürlich im Raum stehen. Aber ideologiefrei werden wir dieses Problem erst diskutieren können, wenn das neue Versorgungssystem steht.

Heyder: Ich kam vor etwa achtzehn Jahren durch eigene Erfahrung in der Familie dazu, mich mit der Frage auseinanderzusetzen zu müssen, was man als Laie tun kann, um die bedrängenden Probleme der psychisch Kranken besser zu lösen. Ich habe damals die „Bayerische Gesellschaft für psychische Gesundheit“ initiiert, die nun seit etwa zwölf Jahren ihren Dienst in Bayern tut. Wenn ich mir die Entwicklung im Münchner und oberbayerischen Raum vergegenwärtige, so ist doch in Oberbayern einiges in Gang gekommen.

Ich bin gerade in Ingolstadt gewesen und habe mir die dortige psychiatrische Abteilung angesehen. Die Stadt Ingolstadt und der Bezirk Oberbayern betreiben im Zweckverband ein Krankenhaus mit einer psychiatrischen Abteilung von 250 Betten. Nachdem die Klinik in dieser Zusammensetzung nun etwa ein Jahr besteht, habe ich jetzt zum ersten Mal an Ort und Stelle sehen können, wie es dort zugeht. Ich war ungeheuer überrascht. Ich hatte mir nicht vorstellen können, daß diese psychiatrische Abteilung in so kurzer Zeit mit ihrer humanen Arbeitsweise und Struktur so schnell vorankommen würde. Die Zahl derer, die vor Bestehen der Ingolstädter Abteilung aus diesem Raum mit einem psychiatrischen Krankenhaus in Kontakt kamen — d. h. damals ins Bezirkskrankenhaus Haar aufgenommen wurden — hat sich in diesem einen Jahr verfünffacht. Es wurden aber bei weitem nicht alle in die psychiatrische Abteilung aufgenommen. Ingolstadt hat eine sehr rege Ambulanz. Da wird sehr ernsthaft überlegt, ob ein Patient stationär aufgenommen werden muß oder ob er nicht auch ambulant mit der Kette der im Laufe der Jahre entstandenen komplementären Einrichtungen betreut werden kann. Auch von außerhalb des Versorgungsbereichs, für den diese Klinik zuständig ist, bemüht man sich, Kranke nach Ingolstadt zu bringen, weil hier eine humane Unterbringung möglich ist.

Auch die Frage der psychisch Alterskranken steht vor einer Lösung. Das bisherige Gebäude des Ingolstädter Krankenhauses wird zu einem Alterspflegeheim umgebaut, in dem ebenso wie in der Klinik die psychisch Alterskranken integriert sein werden.

Bisher sahen wir es doch so, daß chronisch Kranke nur in psychiatrischen Krankenhäusern unterzubringen waren. Ich selbst habe mich um einen jungen Mann bemüht, den ich auch wieder in einem Krankenhaus unterbringen wollte. Ich bin daran durch den Pfleger dieses jungen Mannes, einen Rechtsanwalt, gehindert worden; darüber freue ich mich heute. Es hat sich nämlich gezeigt, daß dieser Mann, von dem ich annahm, er müsse in einem Krankenhaus weiterbehandelt werden, in eigenen Wohnverhältnissen existieren kann.

Wir haben in München schätzungsweise 200 bis 250 Patienten, die man früher als chronisch krank ansah und die heute in Wohngemeinschaften, in einem Wohnheim des paritätischen Wohlfahrtsverbandes oder in eigenen Wohnungen leben. Vielleicht ist diese Zahl noch unterschätzt!

Wenn ich zusammenfassen darf: Ich glaube, daß man Optimist sein darf und daß sich vieles erübrigen wird, was hier als Schwierigkeit gesehen wird, wenn wir vorwärts kommen mit den psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Dann werden wir auch viel weniger „chronisch Kranke“ haben.

Bosch: Darf ich unmittelbar zu Ihrem Beitrag darauf aufmerksam machen, daß es bisher in der Diskussion immer so aussah, als ob die Konflikte nur bezüglich derjenigen chronisch Kranken existieren, die zwischen den Abteilungen und den Landeskrankenhäusern hin- und hergeschoben werden. In der Enquete gibt es auch noch einen anderen Gedanken, nämlich die Vorstellung, man könne einen relativ großen Teil bestimmter chronisch Kranker überhaupt aus diesen Krankenhausbereichen, wie sie auch immer heißen und strukturiert sein mögen, aussiedeln in ganz andere, heimähnliche Institutionen. Dies führt mich weiter zu der Frage, welche Art und Zahl von nichtklinischen Einrichtungen denn eigentlich als Mindestanforderung notwendig wären, damit eine psychiatrische Abteilung wirklich die Vollversorgung in ihrer Region übernehmen kann? Was macht die 60- bis 80-Betten-Abteilung mit den chronisch Kranken?

Kipp: Herr Bauer, Sie haben auch mehrere Einrichtungen untersucht, die Pflichtversorgungsaufgaben haben. Wurde dabei erkennbar, welcher Personal-schlüssel Voraussetzung ist, daß eine Pflichtversorgung auch von einem kleinen Krankenhaus beziehungsweise von einer Abteilung bewältigt werden kann? Eine solche Zahl könnte für Abteilungen, die eine solche Pflichtversorgung anstreben, ein wichtiges Argument sein.

Bauer: Diejenigen Abteilungen, die einen Pflichtversorgungsauftrag wahrnehmen, verfügen im Regelfall auch über die bessere personelle Ausstattung. Das ist eindeutig, auch wenn ich dies im Moment nicht kasuistisch belegen kann. Das müßte ich aus den Originalunterlagen noch einmal herausuchen. Ebenso eindeutig ist, daß praktisch keine der Abteilungen, die über einen schlechten Stellenplan verfügen, auch nur das mindeste Interesse hatte, über die klinische Arbeit hinaus tätig zu werden. Man kann daraus schließen, daß ein Teil der Aktivitäten, die außerhalb der Klinik in der Gemeinde selbst initiiert und durchgeführt worden sind, nur deswegen möglich waren, weil ein relativ guter Stellenplan im stationären Bereich dies zuließ. Dies ist ganz klar aus der Umfrage erkennbar geworden.

Holzbach: Ein gewisser Prozentsatz von psychisch Kranken wird doch auch in rein neurologischen Krankenabteilungen behandelt. Auch das könnte man als eine Art gemeindenaher Psychiatrie bezeichnen. Diese Patienten gehen in den Statistiken oft verloren. Doch so viel ich weiß, würden manche dieser Abteilungen ohne psychiatrische Patienten gar nicht überleben können. Haben Sie dazu Ergebnisse aus Ihrer Umfrage?

Bauer: Wir haben in die Umfrage nur rein psychiatrische und neuropsychiatrische, nicht aber neurologische Abteilungen mit einbezogen. Es haben zwar ein paar rein neurologische Abteilungen geantwortet, die gelegentlich auch psychiatrische Patienten behandeln, doch sie blieben in unserer Umfrage unberücksichtigt.

Ich will aber in diesem Zusammenhang noch auf einen weiteren Punkt hinweisen: Es gibt einige Untersuchungen — wir selbst haben eine hier in Offenbach über die Zeit vor Eröffnung der psychiatrischen Abteilung gemacht —, die zeigen, daß ein nicht unerheblicher prozentualer Teil psychisch Kranker überhaupt nur in Allgemeinkrankenhäusern behandelt werden. In Offenbach waren das sage und schreibe 30 Prozent aller aus Offenbach stammenden Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose, wobei die Diagnose-Schwerpunkte auf Alkoholismus (einschließlich deliranter Patienten), Medikamentenabhängigkeit und versuchter Suicid lagen. Es gibt in diesem Krankenhaus — anderswo ist dies wahrscheinlich ganz ähnlich — eine lange Tradition, die schwerer intoxikierten Patienten auf internistischen Intensiv-Abteilungen zu behandeln. Das hat sich auch nicht wesentlich geändert, seit es uns hier gibt. Angesichts der großen Zahl dieser Patienten in Offenbach — ca. 600—800 pro Jahr — glaube ich nicht, daß die psychiatrischen Landeskrankenhäuser überhaupt dafür gerüstet wären, diese Gruppen angemessen zu versorgen.

Bosch: Vielleicht sollte man in diesem Zusammenhang daran erinnern, daß es sogar noch höhere Berechnungen gibt, wenn man die psychosomatischen Diagnosen, wo natürlich die Diagnosenunschärfe sehr groß ist, dazuzählt. Man kommt dann zu sehr hohen Zahlen von Kranken, die in nicht-psychiatrischen Betten liegen und bei denen zumindest auch eine seelische Störung vorliegt, wenn sie nicht sogar die wesentliche Krankheit ist.

Grosser: Frau Rave-Schwank hat mir mit Ihrer Beschreibung des ausgezeichneten Verhältnisses zwischen dem psychiatrischen Krankenhaus Riedstadt und der psychiatrischen Abteilung in Darmstadt wieder einmal sehr klar belegt, daß viele Dinge in der Psychiatrie entscheidend von den Personen beeinflusst werden, die hier arbeiten.

Sie hat dann das Thema der chronischen Patienten angeschnitten. Ich kann ihrem schwedischen Zitat nur beipflichten: Die chronisch Kranken sind das Problem unserer Zeit. Wir sind täglich mit ihnen konfrontiert. Alle Ausweichmanöver auf andere Konzepte erlauben uns nicht, daran vorbeizusehen. Viele haben von den Ergebnissen der Enquete profitiert, aber — ich sage das bewußt sehr provokativ — ein großer Teil der chronisch Kranken wurde durch vieles, was unter Berufung auf die Enquete geschehen ist, auch benachteiligt. Die Träger der psychiatrischen Institutionen haben die Betten abgebaut und die Patienten auf die Straße oder in Alternativsituationen entlassen mit dem Argument — gestern noch so auf einer Tagung artikuliert —, nur so könne man die Kommunen dazu zwingen, wirkliche Alternativeinrichtungen ins Leben zu rufen. Meines Erachtens ist das, von allem anderen abgesehen, eine von Grund auf unmoralische Einstellung. Denn es sind viele Pseudoalternativen

geschaffen worden, ausrangierte Kurhotels mit Plüsch, aber auch andere Alternativeinrichtungen, in denen die Patienten in ihren psychiatrischen, d. h. krankheitsbezogenen Bedürfnissen schlechter versorgt sind als in einem psychiatrischen Krankenhaus und auch hinsichtlich wirklicher Rehabilitationsbemühungen im Vergleich mit dem, was im Rahmen der Arbeitstherapie eines guten psychiatrischen Krankenhauses geboten wird, weitaus unterstimuliert werden.

Ich halte es deshalb für unabdingbar, daß wir mit der gleichen Ehrlichkeit, mit der wir andere Dinge betrachten, auch dieses Dilemma sehen und auf das Risiko aufmerksam machen, daß es neben der von Barnett beschriebenen Institutional Neurosis, beziehungsweise im deutschen Sprachgebrauch dem Anstaltsartefakt, auch den sozialpsychiatrischen Artefakt geben kann. Wir sind täglich damit konfrontiert, und die Landeskrankenhäuser können uns nicht helfen. Wir machen ungezählte Rehabilitationsversuche, und es geschieht eine Panne nach der anderen, von den katastrophalen Einzelfällen ganz abgesehen.

Finzen: So wie Sie das sagen Herr Grosser, scheint mir durchzuklingen, daß die Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern Akutkranke behandeln sollen, und daß die psychiatrischen Großkrankenhäuser sich wie gehabt auf die Behandlung von chronisch Kranken spezialisieren sollen. Ist das richtig? Wenn das so wäre, würden wir hier an ein ganz heißes Thema kommen.

Grosser: Das ist damit *nicht* impliziert worden, Herr Finzen. Ich habe diese Frage zunächst einmal ausgeklammert, nicht aus Konfliktscheu, sondern weil uns das in neue Untiefen bringt. Es wurde nur rein phänomenologisch festgestellt, daß das Problem der chronischen Patienten in der Tat ungelöst ist!

Bosch: Als Alternative zu den neuen Formen der Unterbringung chronischer Patienten bleibt nur, sie da zu lassen, wo sie sind. Dagegen hat Herr Finzen ja vorhin nachdrücklich darauf hingewiesen, daß viele von ihnen in einer Institution mit ausgesprochenem Krankenhauscharakter eigentlich fehl am Platz sind. Das fand auch die Enquete; doch nun stellt sich die Frage, wie soll man sie eigentlich adäquat unterbringen.

Köhler: Ich möchte an Herrn Grossers Diskussionsbeitrag anknüpfen. Die Einrichtung der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern ist zum Teil als Umwandlung anderer Abteilungen erfolgt; sie waren keineswegs immer als neu eingerichtete Abteilungen in Neubauten geplant. Das hat natürlich auch zur Folge gehabt, daß die Träger dieser Abteilungen zunächst einmal die akut psychiatrisch behandlungsbedürftigen Patienten in ihren neuen psychiatrischen Abteilungen sehen wollten. Es war offenbar leichter, akutkranke Patienten in die psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus aufzunehmen. Wenn sich jetzt die Frage stellt, ob auch chronisch behandlungsbedürftige Patienten dort aufgenommen werden sollen, entstehen doch manche Bedenken gegen die Einrichtung solcher Abteilungen. Dann sind die Tendenzen der psychiatrischen Abteilung an Allgemeinkrankenhäusern, chronischen Abteilungen einzurichten oder sich auch im rehabilitativen Sektor auszuweiten, wohl doch noch nicht so stark. Im Gegenteil scheint es so zu sein, daß zwar

mehr psychiatrische Abteilungen in den Regionen entstehen — im Duisburger Raum werden es jetzt drei sein —, aber keine davon von vornherein den Schwerpunkt setzt, auch diese Patientengruppe zu integrieren. Das gilt übrigens zum Teil auch für die Gerontopsychiatrie. Es ist ein ganz interessantes Phänomen, daß man zwar einerseits auf Seiten der Träger eine große Bereitschaft sieht, den psychisch Kranken am Allgemeinkrankenhaus zu integrieren, daß aber andererseits noch immer gewisse Unterschiede zwischen langfristig und kurzfristig zu behandelnden Patienten bestehen — aus vielen Gründen, natürlich auch wirtschaftlichen.

Degkwitz: Ich möchte versuchen, an das anzuknüpfen, was Herr Kulenkampff gesagt hat, nämlich daß wir unsere Konzepte noch einmal neu überdenken sollten. Gegenwärtig wird so „gewurstelt“ — was in vieler Hinsicht sicher das Beste ist. Denn mir scheint, daß wir mit manchen etwas überzogen formulierten Konzepten uns selber Barrieren aufgebaut haben.

Eines der Prinzipien, von denen wir in der Enquete ausgegangen sind, ist die sogenannte Gleichstellung der psychisch Kranken mit den somatisch Kranken. Das war in zweifacher Hinsicht gemeint, einmal rein rechtlich, und zum anderen in dem Sinne, daß die Versorgung gleichartig sein muß. Letzteres führt nun zu einer prinzipiellen Schwierigkeit, die wieder die chronisch psychisch Kranken betrifft. Denn die können eben nicht nur „therapeutisch“ behandelt werden in dem Sinne, wie dies bei den somatisch Kranken immer in den Vordergrund geschoben worden ist. So wird schon durch diesen prinzipiellen Ansatz eine Verschiebung vorgenommen, aufgrund derer eine bestimmte Gruppe aus der Therapie in diesem engeren Sinne ausgegrenzt wird. Das kommt vielen Tendenzen entgegen, aber es führt sicher auch zur Verleugnung der Tatsache, daß für die chronisch Kranken in der Tat ein eigener Lebensraum geschaffen werden muß, was Herr Finzen heute wieder betont hat. Die Tendenz, ausschließlich zu therapieren, führt dazu, diejenigen, die nicht therapiefähig sind, in ein Abseits zu verschieben, wie wir dies ja leider in einem nicht geringen Umfang gesehen haben. So hat die prinzipielle Gleichschaltung und die damit verbundene Therapievorstellung doch weitgehende Folgen gehabt.

Mit dieser neuen Therapievorstellung ist weiterhin eine Tendenz zur Klinifizierung der psychiatrischen Einrichtungen verbunden, seien sie nun Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern oder Großkrankenhäuser, was wiederum schon rein gedanklich eine Benachteiligung der Kranken mit sich bringt. Gleichzeitig bedeutet dieser therapeutische Ansatz auch eine Verleugnung der sogenannten schwierigen Kranken, was heute auch schon mehrfach anklang. Wenn man zum Beispiel einen solchen Vorgang betrachtet, wie ihn Frau Rave-Schwank berichtet hat, daß nämlich eine besser ausgestattete Abteilung einen schwierigen Kranken in das Landeskrankenhaus verlegt, wo der Personalschlüssel nur etwa halb so groß ist, dann erkennt man, wohin das Denken unter ausschließlich therapeutischen Gesichtspunkten führt. Bei diesen Patienten ist das gängige Therapiekonzept nicht mehr recht anwendbar, und die Gleichschaltung führt auf diese Weise zu einer gewissen Ausklammerung bestimmter Gruppen. Ich glaube, hier müssen wir beginnen umzudenken.

Auf der anderen Seite führt die Gleichstellung auch zu einer Anhebung des Niveaus im Sinne einer Klinifizierung; doch dann entwickeln sich alle möglichen Veränderungen des Konzeptes, die für Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern passen mögen, die aber nicht auf die Landeskrankenhäuser zugeschnitten sind. Denn beispielsweise ein Krankenhaus mit 600 Betten zu klinifizieren, bedeutet einen Aufwand, der finanziell nicht zu bewältigen ist. Das gilt für den Personalschlüssel und die Verweildauer, vor allem wenn man sagt, daß die Verweildauer in einer direkten Abhängigkeit von dem Personalschlüssel steht. Trotzdem werden an Abteilung und Großkrankenhaus die gleichen Anforderungen gestellt.

Eine weitere Schwierigkeit, die wir in der Enquete hinsichtlich der Klinifizierung der Landeskrankenhäuser nicht genügend bedacht haben, ist ihre abgeschiedene Lage, wie ich das selber in der Weißenau erlebt habe: Man ist von allen technischen Einrichtungen in einer Weise abgeschnitten, wie sich die klinisch Tätigen das gar nicht vorstellen können. Davon, daß nicht nur das, was man selber macht, sondern auch alle anderen Disziplinen in gleicher Qualität zu Verfügung stehen, kann in den Landeskrankenhäusern keine Rede sein. Infolgedessen kann man dort manches nicht so leisten, was aufgrund der Forderung nach Totalversorgung von uns erwartet wird.

Hinzu kommt das Problem der Größe des Versorgungsgebietes. Wenn ein Sektor nur 250 000 Leute versorgen soll, dann ist jedes Landeskrankenhaus zu groß dafür, so daß diese Forderung auch gegen die Landeskrankenhäuser gerichtet ist. Umgekehrt kommt dann die Forderung der Totalversorgung an die kleinen Abteilungen. Ich glaube, dieses Gerangel mit Schlagworten wie „Totalversorgung“ usw. sollten wir in unsere Überlegungen mit einbeziehen und sehen, was die jeweils bedeuten. Auf der Strecke bleiben eben allzu leicht nicht nur die chronisch Kranken, sondern auch das Personal und die Bemühungen in den größeren Krankenhäusern.

Abschließend möchte ich noch auf ein Problem aufmerksam machen, das wir auch in der Enquete-Kommission weitgehend übersehen haben — das Gefälle zwischen Stadt und Land. Wir haben immer nur für Städte gedacht. Sobald die Entfernungen größer sind, ist aber die konsiliarische Tätigkeit und vieles andere nicht mehr gegeben. Dann entstehen Probleme, die aus regionalen Gegebenheiten erwachsen, unabhängig, ob das ein Großkrankenhaus ist oder nicht. Eine Tagesklinik auf dem Land zu gründen bedeutet, daß man Omnibusverbindungen einrichten muß; in der Stadt sind die öffentlichen Verkehrsmittel schon da. Was das an Unterschieden bedeutet, brauche ich nicht weiter auszuführen.

Kipp: Eine psychiatrische Abteilung kann allein und ohne komplementäre Einrichtungen überhaupt keine Regionalversorgung leisten. Nur eine psychiatrische Abteilung mit komplementären Einrichtungen kann meines Erachtens eine psychiatrische Regionalversorgung leisten. Wenn der Komplementärbereich einberechnet wird, fallen ganz sicher auch die Kostenargumente gegen den höheren Pflegesatz in psychiatrischen Abteilungen weg; es ist dann nur

eine Umverteilung. Die unterschiedlichen Kostenträger — Krankenkasse, Sozialhilfeträger usw. — kommen ebenso wie im Landeskrankenhaus auch mit ins Spiel. Doch das Beeindruckende hier, in Darmstadt oder anderswo ist ja gerade, daß die Abteilungen in ihren Aktivitäten eben nicht auf das Krankenhaus beschränkt bleiben.

Für mich steckt eine psychiatrie-politische Frage dahinter. Es ist doch, zumindest in Hessen so, daß mit jedem Aufbau von komplementären Einrichtungen eigentlich psychiatrische Betten in Landeskrankenhäusern unnötig werden. Meine Frage lautet: Zeichnet sich in unserer Diskussion heute eine neue Psychiatriepolitik ab, die davon ausgeht, daß man eben die Landeskrankenhauseinrichtungen nutzen muß, und daß man neuerdings versucht, das anzugehen und aufzulösen, was hier als Ideologie bezeichnet und damit auch gewertet wird? Soll die Trennung zwischen Abteilung und Großkrankenhaus wieder eingeführt werden? Wir hätten doch im Bereich der Abteilungen, wenn nicht nur elf sondern sechzig Abteilungen konsequent ihre komplementären Einrichtungen um sich gründen würden, nicht nur 5000 Betten, sondern 10 000 bis 15000 wirklich gemeindenaher Betten oder Plätze. Ist in unserem psychiatrie-politischen Denken auch eine Wende eingetreten, die sich hier andeutet?

Philipzen: Ich möchte zur Gruppe der chronisch Kranken noch etwas sagen: Die psychiatrische Abteilung im St. Josef Hospital Driburg für den Kreis Höxter besteht jetzt seit fünfzehn Jahren, und ich muß es immer wieder sagen: Wir finden bei uns keine chronisch Kranken. Wir haben psychisch Behinderte, die in unserem Kreis wohnen und immer mal wieder — manchmal recht häufig — zu uns in die Klinik kommen. Wir haben auch in unserem ländlichen Kreis psychisch Behinderte, die uns viel Sorge machen, auch immer wieder mal so krank werden, daß sie die Klinik brauchen. Wir meinen aber, daß sie in den Monaten, in denen sie ohne klinische Behandlung auskommen, gut in den Familien oder den komplementären Einrichtungen wohnen können.

Ich meine, wir sollten ein wenig differenzieren, wenn wir über die chronisch Kranken sprechen. Wir zählen zu dieser Gruppe in der Regel die Menschen, die seit Jahren in den Landeskrankenhäusern wohnen und dort eine besondere Problemgruppe bilden. Das ist aber wohl in sich eine sehr vielfältige Gruppe, von der wahrscheinlich, wenn man die notwendigen komplementären Einrichtungen um ein Landeskrankenhaus einmal sinnvoll planen könnte, nur die wenigen übrig blieben, die weiterhin in der intensiveren Betreuung der Psychiater bleiben müßten.

Diese vielfältige Gruppe, diese „graue Armee“ in den Landeskrankenhäusern meinen wir wohl, wenn wir hier von den sogenannten „chronisch Kranken“ sprechen. Sie ist geworden und nun da, und wir müssen uns sicher intensiv und auch mit viel Geld um sie kümmern.

Wenn wir aus den Abteilungen aber über chronische Kranke reden, meinen wir auch die Patienten, die uns in den Gemeindepitälern chronische Sorgen und Mühe machen. Es sind die Menschen, die uns wirklich drücken. Wenn sie mit ihrer Störung, mit ihren aggressiven Verhaltensauffälligkeiten immer wieder

zu uns kommen, wecken sie auch in uns den Wunsch, die Rave-Schwanks der Region anzurufen und zu sagen: „Wir können die nicht versorgen, bitte nehmt sie uns ab!“

Ich bin Frau Rave-Schwank sehr dankbar für die Bemerkung, daß man gut miteinander arbeiten kann, daß aber die Absprache: „Du bist für deine Region verantwortlich“, ganz wichtig ist. Ich sehe die Verpflichtung zur Gesamtversorgung zur Zeit als einzige Kraft an, in den Regionen Reformen in Gang zu setzen. Wir schlaffen ja in unserer Phantasie ab, wenn wir nicht ein wenig unter Druck stehen.

Das soll gewiß nicht heißen, daß die Probleme der psychisch Behinderten von der Klinik weg auf die Kommunen oder andere einfach abgeschoben werden, wie eben gesagt wurde. Es bleibt wichtig und ist wohl auch realistisch: Der komplementäre und rehabilitative Bereich muß ganz maßgeblich von der Klinik initiiert werden. Wenn wir im Kreis Höxter irgendwann fünf oder acht ständig Gestörte auch mit schweren Verhaltensauffälligkeiten haben sollten, dann werden wir wohl einen besonderen Wohnbereich einrichten müssen.

Es muß doch erst einmal bewiesen werden, ob man sich in den Regionen für diese Menschen nicht etwas Besseres ausdenken kann als das, was sie jetzt in den Landeskrankenhäusern vorfinden.

Ich möchte auch noch ganz kurz auf das „Wursteln“ eingehen. Ich bin ein Fan des „Wursteins“. Ich schätze das sehr, was Herr Prof. Degkwitz eben gesagt hat, weil es uns zur Klarheit verhelfen kann, aber das „Wursteln“ kommt dem Leben näher als das Planen. Wir in der Region leben vom „Wursteln“ und Träumen. Auch wenn von dem oft im Alltag wenig übrig bleibt, aber das hat dann wenigstens noch den Abglanz des Traumes.

Heyder: Ich stimme dem völlig zu, was vorher gesagt worden ist: „Der chronisch Kranke braucht einen eigenen Lebensraum.“ Aber wir haben die verschiedensten Gruppen unter den chronisch Kranken, so daß es auch verschiedene Lebensräume für die chronisch Kranken geben muß. Ich bin durchaus damit einverstanden, daß es weiterhin solche Unterkunfts- und Betreuungsmöglichkeiten für chronisch Kranke mit schweren Defekten geben muß, wie wir sie in unseren Landeskrankenhäusern haben. Aber auf der anderen Seite gibt es auch chronisch Kranke, die in den komplementären Diensten durchaus nicht nur betreut, sondern auch in ihrer Lebenssituation gefördert werden können. Wir haben Menschen in unseren Münchner Wohngemeinschaften gehabt, die zwanzig Jahre in Haar gelebt haben und die dann fähig waren, eine Ehe einzugehen und ein völlig neues, bürgerliches Leben in der Gesellschaft zu führen.

Darüber hinaus gibt es Menschen, die jedes Korsett ablehnen; zu ihnen gehört eine Tochter von mir. Sie ist in psychiatrischen Krankenhäusern von Hamburg bis Emmendingen und von Bethel und Gütersloh bis Wasserburg am Inn gewesen. Sie hat eine Zeit lang in einer Wohngemeinschaft in München leben können und hat dann auch dieses Korsett abgestreift. Jetzt lebt sie völlig für sich und hat eine ganze Reihe von Bezugspersonen gefunden, die therapeu-

tisch in keiner Weise vorgebildet sind, sondern schlechthin als Menschen in Menschlichkeit sich ihrer annehmen.

Die Schäden unserer Tochter und anderer Menschen gleichen Alters rühren weithin aus der alten überkommenen Psychiatrie her, wie sie noch vor dreißig und zwanzig Jahren aussah. Eine Psychiatrie der verschlossenen Türen, in der ein menschliches Vertrauen eben nicht aufkommen konnte und das psychiatrische Krankenhaus eben doch mehr oder weniger ein Gefängnis war. Wenn ich vorhin sagte, diese Art Schäden würde wegfallen, wenn wir die psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern bekommen, dann wird es bei den chronisch Kranken in dieser Hinsicht doch anders sein. Sicherlich wird es auch in Zukunft chronisch psychisch Kranke geben. Für manche von ihnen mag ja das Landes- oder Bezirkskrankenhaus als eine Art Totalkorsett notwendig sein; das gilt aber gewiß nicht für alle chronisch Kranken und schon gar nicht für einen Menschen, der zum ersten Male psychisch krank wird. Für diese Menschen halte ich es für dringend erforderlich, daß an den Allgemeinkrankenhäusern psychiatrische Abteilungen mit genügender Größe eingerichtet werden.

Bosch: Von Herrn Kulenkampff kommt die Anregung, man sollte sich doch einmal bemühen, zu definieren, was ein chronisch Kranker ist. Das ist auch meine Meinung, zumal hier zu Recht gesagt wird, es gebe verschiedene Arten. In der Tat ist die Enquete über solche Unterschiede hinweggeglitten. Dafür gibt es eine Menge von Erklärungen, vielleicht auch eine psychologische: Die Enquete hat von den Einrichtungen her gedacht, sie wollte diese möglichst einfach, strukturiert und übersichtlich haben. Im Zuge der einheitlichen Beschreibungen von Einrichtungstypen hat sie sich dementsprechend weniger auf die Differenzierung von Patientengruppen eingelassen. Um so mehr stellt sich die Frage, von welchen chronischen Patienten und welchen Arten chronischer Patienten denn hier jeweils die Rede ist.

Drees: Zunächst eine Antwort auf Herrn Degkwitz. Ich möchte in diese Ideologiediskussion nicht einsteigen, die älter als zehn Jahre ist; wir haben uns ja — wenn auch räumlich weit getrennt und über verschiedene Publikationsorgane — sehr ausgiebig um die Frage der Gleichstellung psychisch Kranker mit organisch Kranken gestritten. Erst jetzt sind wir soweit zu fragen, ob wir den Faden nicht überzogen haben. Dennoch möchte ich noch einmal nachdrücklich bekräftigen, was Herr Finzen vorhin andeutete: Dank dieser Ideologie, die zugegebenermaßen jetzt revidiert werden muß, sind die Anstalten erst entklinifiziert worden; dank dieser einseitigen Darstellung hat sich die Sozialpsychiatrie in dieser Weise überhaupt entwickeln können — daß nun neue Fragen auf uns zukommen, ist ein weiterer Schritt.

Jetzt zu den anderen Fragen. — Frau Rave-Schwank hat geschildert, mit wieviel Neid sie manchmal kleinere Abteilungen sieht. Ich möchte dem entgegen, mit wieviel Neid ich manchmal in ein Landeskrankenhaus gehe. Es gibt drei Gründe für meinen Neid: Der erste, die räumlichen Möglichkeiten in einem Landeskrankenhaus. In vielen Abteilungen an städtischen und kleinen Kliniken

haben wir nicht einmal einen Gruppenraum, kaum einen Raum, in dem sich das Personal gemeinsam versammeln kann, geschweige denn Einzelgesprächsräume oder Möglichkeiten, uns werktherapeutisch ein bißchen zu entfalten. Da blickt man mit Neid auf die großen Landeskrankenhäuser, die zum Teil mit Millionenbeträgen renoviert wurden, ihre Patientenzahlen verringern konnten und dann Räume haben, in denen sich etwas abspielen kann.

Ein zweiter Aspekt ist, daß der Belegungsdruck in den Abteilungen an kleineren Krankenhäusern wesentlich größer ist. Wenn wir unter 90 Prozent geraten, beginnt die Verwaltung uns schon unter Druck zu setzen. Es kommt geradezu zu Erpressungsversuchen, wenn eine zusätzliche Stelle davon abhängig gemacht wird, daß man dafür regelmäßig 125 Prozent Belegung garantiert. Natürlich stehen auch die Landeskrankenhäuser unter Belegungsdruck, aber diesem direkten Beschuß sind sie wohl nicht ausgesetzt. Doch so etwas hat natürlich einen enormen Einfluß auf die Art unserer Therapie und auf den Durchgang in der Klinik. In dieser Beziehung sind wir schlechter dran als die Landeskrankenhäuser, die sich schon erlauben können, auch mal nur zu 80 Prozent belegt zu sein.

Ein letzter Aspekt betrifft vielleicht doch beide Unterbringungsformen: Die Belastung der Angehörigen bei der Rehabilitation nicht nur der langfristig Kranken sondern auch der mittelfristig zu behandelnden Patienten. Wie Sie wissen, gibt es inzwischen einen Angehörigenverein auf Bundesebene, der sich bitter beklagt, daß das Ergebnis der modernen Sozialpsychiatrie eine enorme Belastung und Überlastung der Angehörigen darstellt. Das ist uns im Allgemeinkrankenhaus auch zunehmend bewußt. Diese Belastung entsteht nicht nur dadurch, daß wir heute den Patienten nicht mehr nur als biologisch oder psychologisch erkrankte Einzelperson sehen, sondern dynamisch auch die Familie als krank und als behandlungsbedürftig verstehen — mit all den Problemen, die sich dabei ergeben, wenn wir die Angehörigen therapieren wollen; sondern eine ebensolche Belastung trifft auch die Angehörigen, denen wir Anpassung und Hilfen anbieten, damit sie mit ihrem Kranken zurecht kommen. Angehörigengruppen, die nicht mehr den Anspruch haben zu therapieren, sondern wo Angehörige mit uns fast in Form einer Selbsthilfegruppe zusammensitzen, um über sich und ihre massiven Belastungen zu sprechen, sind sicher schon ein Stück Entlastung. Nach meinen bisherigen Erfahrungen aber reicht das doch nicht, und ich habe auch keine Antwort dafür. Ich sehe jedoch, daß viele Angehörige unter dem Druck, den wir ihnen dadurch zumuten, daß wir ihnen die Patienten relativ früh wieder in den Schoß legen, überfordert sind und daß wir noch keine ausreichenden Hilfsangebote haben. Auch der Verein und die Kontaktgruppen scharfen das bei uns noch nicht.

Darüber hinaus gibt es ja auch eine neue Form von Hospitalisierung, die heute schon einmal mit dem Begriff der „Hospitalisation familiale“ angesprochen wurde, daß Patienten auch in der Familie in einer ganz bestimmten Form regressiv hospitalisiert werden. Das ist ein zusätzlicher Aspekt, der uns auch bewegen und vor die Frage stellen sollte, ob denn ein solcher Patient aus therapeutischen und humanen Gründen in der Familie auch wirklich am besten

aufgehoben ist, wie dies seit einem Jahrzehnt unsere eigentliche Idee gewesen ist, oder ob das nicht auf der einen Seite eine zu große Belastung der Familie darstellen könnte und es andererseits auch für den Patienten in einem anderen Beziehungs-, Betreuungs- und Therapiefeld nicht doch mehr Möglichkeiten und Raum geben könnte.

Rave-Schwank: Ich will in der Frage der chronisch Kranken noch einmal auf das Votum für Planung und Klärung von Herrn Degkwitz und das Votum fürs Träumen und „Wursteln“ von Herrn Philipzen eingehen.

Herr Reuter hat dargestellt, was in dieser Stadt an Diensten aufgebaut worden ist, und ich bin davon überzeugt, daß die Vielfalt der komplementären Einrichtungen, die in den letzten zwei Jahren hier in Offenbach und in Darmstadt entstanden sind, nicht zustande gekommen wären, wenn es nicht diese klare Regelabsprache zwischen den Abteilungen und dem Philippshospital gegeben hätte. Die Tatsache, daß wir in Riedstadt es in 450 Jahren nicht geschafft haben, solche Einrichtungen zu gründen, hängt meines Erachtens auch damit zusammen, daß uns immer die Alternative der Unterbringung in der Großräumigkeit des psychiatrischen Krankenhauses zur Verfügung stand. Anders ausgedrückt, es scheint so etwas zu geben wie eine Korrespondenz zwischen dem Druck zum Aufbau komplementärer Einrichtungen und der Übernahme der Versorgungsverantwortlichkeit durch die Abteilungen. Wenn das so wäre, dann hieße das ja auch, daß wir uns eigentlich zuerst einmal um den Aufbau solcher komplementären Einrichtungen bemühen müssen. Als ich mir heute die Wohnsituation hier im Hause ansah, hatte auch ich den Eindruck, daß da durchaus relativ deutlich gestörte chronisch Kranke einen für sie adäquaten Lebensrahmen für eine Zeit gefunden haben.

In den beiden Voten ist mir außerdem aufgefallen, daß es offensichtlich große Meinungsunterschiede über die Quantität dieser Gruppe und über ihre voraussichtliche Entwicklung in den nächsten zehn Jahren gibt. Herr Finzen sah in seinem Votum, ähnlich wie Herr Ciompi aus Bern es vertritt oder vielleicht auch morgen Herr Bennett aus England, eine deutlich kleiner werdende Gruppe von „new long stays“. Herr Degkwitz würde dem entgegen halten, dies sei gar keine neue Gruppe, sondern es seien dies eben die Langzeitpatienten, die eine stationäre Behandlung brauchen. Trotzdem wird es ein Unterschied sein, ob es fünf oder zwanzig solcher Patienten sind, die aus einem Versorgungsbereich pro Jahr neu anstehen.

Wenn es aber so ist, daß wir da allesamt quer durch die Erfahrungsbereiche Unklarheit haben, dann müßte es doch eine der wesentlichen Forschungsaufgaben der nächsten Zeit sein, sich mit dieser Frage zu befassen. Wir sollten Herrn Bennett morgen ganz genau fragen, warum eigentlich an der englischen Universitätsklinik eine Langzeitstation eingeführt worden ist, und uns überlegen, warum in der Schweiz, wo die beiden Bereiche, psychiatrisches Krankenhaus und Universitätsklinik zusammengeblieben sind, sich die Dinge offensichtlich anders entwickelt haben. Ich bin der Meinung, daß die Universitätskliniken als die Erstklassenpsychiatrie in der Bundesrepublik eigentlich auch hier Schrittmacher sein müßten und mindestens *eine* Langzeitstation einrichten,

wenn nicht sogar die Übernahme eines Versorgungsgebietes anstreben sollten. Dadurch könnte auch die Frage der Einbeziehung der chronisch Kranken in Ausbildung, Weiterbildung, Forschung und Lehre eine ihr angemessene und adäquate Bedeutung bekommen; und schließlich fiel es dann auch den Abteilungen und Politikern viel leichter, den Ausbau ihrer Einrichtungen weiter durchzuführen.

In diesem Zusammenhang wäre auch zu überlegen, ob nicht die Nachteile für chronisch Kranke in Langzeitstationen kleinerer Abteilungen aufgewogen werden durch die vielfältigen Vorteile, die sich durch die Übernahme der Vollversorgung durch eine solche Abteilung ergeben und die ich aus meiner Arbeitssituation heraus sehr genau sehe. Denn dadurch hat ja auch die gesamte Bevölkerung die Chance, in den wechselnden Zuständen psychischer Krankheiten — das sind ja keine ganz abgeschlossenen Einheiten, die immer gleich bleiben — eine ihr nahe, mit einer relativ niedrigen Schwellenangst besetzte Institution besuchen zu können.

Abschließend die Frage, ob denn das Allgemeinkrankenhaus als Ganzes nicht auch Vorteile von einer psychiatrischen Abteilung hat und wie diese aussehen. Gibt es auch Entwicklungen in der Zusammenarbeit, aufgrund derer auch diejenigen Spaß bekommen könnten, so etwas aufzubauen, die das noch nicht gemacht haben? Wie sieht das zum Beispiel mit Balintgruppen in der Psychiatrie oder von der Psychiatrie ausgehend aus? Werden die benutzt, gibt es Interesse bei den anderen Disziplinen an solchen Dingen? Ich könnte mir vorstellen, daß das eine ganz konkrete, ganz entscheidende Frage für die Integration einer psychiatrischen Abteilung und auch für eine Verbesserung der gesamten Krankenhaussituation durch die Psychiatrie wäre.

Giering: Herr Kipp hat die hessische Psychiatrie-Politik angesprochen. Ich denke, daß wir bisher in Hessen genauso wenig wie in anderen Bundesländern eine ausgearbeitete Psychiatrie-Politik haben, sondern bestenfalls Ansätze davon oder Vorstellungen, wie wir dahin kommen könnten. Wir haben aus Darmstadt und Offenbach gelernt, haben die Entwicklung beobachtet und lassen zur Zeit keine Entwicklung mehr zu, die nicht den Gesamtversorgungsaspekt im Auge hat.

Jedenfalls ist die Schlußfolgerung im Lande Hessen bisher die, daß wir regionale oder örtliche Angebote der stationären Versorgung — nur um die geht es bisher — überhaupt nur dort weiterdiskutieren und gegebenenfalls auch ermöglichen, wo wir gleichzeitig ein Gesamtversorgungssystem im Auge haben und möglichst viel an komplementären oder nichtstationären Angeboten möglichst frühzeitig bieten können.

Auch was Frau Rave-Schwank bezüglich der Universitätskliniken angeschnitten hat, ist nur sehr schwer in eine Landes-Psychiatriepolitik einzuführen. Wir versuchen zur Zeit, das Bewußtsein zu wecken, daß zwischen der universitären Psychiatrie und einer Versorgungs-Psychiatrie in derselben Stadt eigentlich kaum mehr ein Unterschied sein darf, wenn einerseits die universitäre Psychiatrie ihren Bezug zu den Problemen der Versorgung nicht verlieren und

andererseits die Versorgungspsychiatrie durch den Landeswohlfahrtsverband den Bezug zu Forschung und Lehre bekommen soll. Das betrifft zwei Universitätsorte und wird noch einige Jahren in Anspruch nehmen. Aber die Richtung haben wir jedenfalls eingeschlagen.

Finzen: Ich möchte auf zwei weitere Aspekte hinweisen, die mit dem Problem der Versorgung der chronisch Kranken zu tun haben. Der erste Aspekt betrifft die Zeitperspektive. Im Gegensatz zu 450 Jahren Riedstadt und 103 Jahren Wunstorf bestehen die psychiatrischen Abteilungen seit zwei oder bestenfalls wie die von Herrn Philipzen seit 15 Jahren. Ich denke, wir wissen heute noch nicht, welche Grenzen und welche Möglichkeiten dieses neue System der psychiatrischen Abteilung am allgemeinen Krankenhaus mit den komplementären Diensten hat. Wir werden jetzt wahrscheinlich über eine Psychiatrie-Generation zwei wirklich konkurrierende Systeme haben. Im Raum Hannover jagen wir uns schon gegenseitig die Patienten ab, weil im Großraum ein Bettenüberhang vorhanden ist. Es wird sich zeigen, welche der Institutionen die Patienten wählen. Doch diese Konkurrenzsituation halte ich für ganz wichtig.

Der zweite Aspekt betrifft die mehrfachen Bemerkungen heute, daß die psychiatrischen Großkrankenhäuser in der Vergangenheit eine recht ordentliche Versorgung der chronisch Kranken geleistet hätten. Das trifft nicht zu. Die Zustände in den Großkrankenhäusern waren — ich zitiere die Psychiatrie-Enquete — teilweise menschenunwürdig und unmenschlich. Sie haben sich inzwischen erheblich gebessert, aber wir dürfen daraus nicht ableiten, daß wir in den psychiatrischen Anstalten heute ein tragfähiges Konzept für die Versorgung der chronisch krankenhausbefürftigen Patienten hätten. Das heißt letzten Endes, daß wir für die chronisch krankenhausbefürftigen Patienten auch erst tragfähige Versorgungs- und Betreuungskonzepte schaffen müssen, die auf die Zukunft gerichtet sind. Dazu sind wir in den Großkrankenhäusern, die wir die chronisch Kranken haben, tatsächlich der richtige Ort. Denn wir müssen mit dem Problem heute fertig werden.

Herr Philipzen, ich zweifle daran, daß es in der Zukunft keine oder nur ganz wenige chronische krankenhausbefürftige Patienten geben wird. Wir haben uns vor kurzem einmal die „Sündenfälle“ angeschaut, die wir in den neun Jahren zustande gebracht haben, in denen ich jetzt in Wunstorf tätig bin. Es sind um die hundert Patienten, die in dieser Zeit chronisch krankenhausbefürftig geworden sind, obwohl es im Raum Hannover eine ganz tragfähige Infrastruktur an komplementären Einrichtungen gibt, und obwohl im Raum Hannover heute eine ganze Menge Heimplätze, die nicht so schlecht sind, leer stehen. Wir haben Schwierigkeiten, diese neuen chronisch Kranken in den Heimen unterzubringen, weil sie zu krank sind, obwohl wir es mehrfach versucht haben. Nun sind diese hundert in neun Jahren, also elf im Jahr, aus einer Bevölkerung von ungefähr 800000 zustande gekommen; umgerechnet auf ein Standardversorgungsgebiet wären das dann um die dreißig in zehn Jahren. Es sind also nicht sehr viele, aber es sind welche vorhanden. *Grosser:* Nachdem ich während meiner zwölfjährigen Arbeit in einem großstädtischen sozialen Brennpunktgebiet nachdrücklich erlebt habe, welche

massive Problematik die chronischen Patienten darstellen, kann ich nicht unwidersprochen lassen, wenn Herr Philipzen — er wird mir das Bild verzeihen — hier ein Mordillo-Bildchen malt von Leuten, denen es manchmal eben nicht gut geht, die dann kommen, zu denen wir nett sind, und die wir eigentlich gar nicht haben — ganz abgesehen davon, daß es psychiatrisch nicht haltbar ist, zu sagen, es gebe keine Chronischen. Es gibt chronische Patienten!

Andererseits ist heute ja auch sehr klar zum Ausdruck gekommen, daß die psychiatrische Szene in der Bundesrepublik sehr unterschiedlich ist. Herr Philipzen hat in seinem Gebiet ein bewundernswürdiges autonomes System der Versorgung aufgebaut, für das viele Einwände und Sorgen, die wir alle haben, nicht existieren. In Darmstadt besteht eine vorzügliche Zusammenarbeit zwischen dem Landeskrankenhaus und dem Allgemeinkrankenhaus. Aber diese beiden Beispiele sind in überhaupt keiner Weise repräsentativ für die Situation in der Bundesrepublik insgesamt. Wir müssen von der Mehrzahl der Regionen in der Bundesrepublik ausgehen, und da gibt es die chronisch Kranken. Die dürfen wir nicht vergessen.

Abschließend erinnere ich an das Wort eines alten englischen Psychiaters — Herr Bennett war es nicht —, der gesagt hat: „Wir werden auch in Zukunft ausreichend große, gute, zivilisierte Räume haben müssen, in denen unsere Verrückten ungestört verrückt sein dürfen.“

Bosch: Es ist bisher vieles diskutiert worden, aber drei Themenkreise wurden kaum angesprochen: Die Frage der Kooperation zwischen Abteilung und Großkrankenhaus, Kooperation mit Nervenärzten und Kooperation mit anderen Abteilungen innerhalb der Allgemeinkrankenhäuser ist nicht in die Diskussion geraten. Auch das Problem Regionalisierung versus freie Wahl der Behandlungsstätte, und die damit verbundene Frage nach den Grenzen der Leistungsfähigkeit von Abteilungen sind kaum berührt worden.

Katschnig: Der Gegensatz, der hier zwischen Abteilung und Krankenhaus im Raum steht und manchmal für Feuer sorgt, ist doch nicht der eigentliche Gegensatz. Natürlich wird der, der sehr lange in einer Anstalt gelebt hat, deren Vorteile für die Patienten, die dort zum Teil ja erst zu Patienten geworden sind, schätzen. Der, der eine Abteilung aufgebaut hat, muß die Abteilung hochjubeln. Wir kommen alle in solche Sackgassen in unserem Leben, aus denen wir schwer heraus können.

Der Gegensatz zwischen diesen beiden Formen scheint mir nicht so wichtig wie der Gegensatz zwischen der stationären und der nicht-stationären Betreuung; wir müssen einen geeigneten Lebensraum ja nicht unbedingt in einem Großkrankenhaus bieten. Der Gegensatz, der sich in sehr vielen Ländern durch alle Diskussionen hindurchzieht, lautet: Krankenhaus ja oder nein — und nicht Abteilung an einem allgemeinen Krankenhaus oder psychiatrisches Großkrankenhaus. Bei dieser Frage scheint mir das Hauptproblem zu sein, wie man die Leute, die die psychiatrische Versorgung durchführen, unter Druck setzen kann, daß sie sich für beide Bereiche gleichzeitig verantwortlich fühlen müssen.

Das geht nun in Ländern wie der Bundesrepublik oder Österreich, die föderalistisch strukturiert sind, nicht so leicht wie etwa in Großbritannien oder auch in Frankreich. Es ist durchaus so, daß auch ein psychiatrisches Großkrankenhaus unterteilt werden kann. Die Größe allein spricht nicht dagegen, daß man auch das Krankenhaus intern sektorisiert, und daß die Leute, die die Versorgung für den Sektor intern betreiben, auch extern für ihn zuständig sind. Das gibt es in Frankreich, das gibt es in Italien, es ist nur noch nicht evaluiert.

Wir müßten uns Mechanismen ausdenken, die jemanden unter Druck setzen, für beide Bereiche verantwortlich sein zu müssen. Das heißt durchaus nicht, daß man mit schon bestehenden Einrichtungen nicht zusammenarbeiten kann. Wir haben in Niederösterreich selber zeigen können, daß zum Beispiel die Kooperation mit den niedergelassenen Nervenärzten durchaus notwendig ist in einem solchen System, in dem das gleiche Team für die stationäre und ambulante Betreuung zuständig ist. Das darf in Zukunft nicht einfach abhängen von der Initiative eines einzelnen, von der Resignation eines anderen, vom phantasievollen „Wursteln“ auf der einen Seite oder vom strikten, „gewurstelten“ Planen.

Ulmar: Ich finde es bezeichnend, daß bei einer Tagung, in der eigentlich die Abteilungen ihre Meinung äußern und ihre Erfahrungen darlegen sollten, ein Kernthema jene Patienten sind, denen von den Abteilungen gerade *nicht* auf die Dauer geholfen werden kann, nämlich die chronisch psychisch Kranken. Man kann sagen, daß die Psychiatrie-Reform an den „alten“ chronisch seelisch Kranken insofern vorbeigegangen ist, als sie schon zu lange krank, „schon hospitalisiert“ waren. Jetzt stellt sich das Problem der „jungen“ chronisch Kranken. Unsere Frage sollte sein, wie diesen Menschen geholfen werden kann, daß sie nicht in ein ähnliches Abseits hineingeraten wie bisher.

Ich meine auch, daß der Gegensatz zwischen Abteilungen und Anstalten eigentlich am Problem vorbeigeht. Beide sind sicherlich sinnvoll und notwendig. Die Frage lautet, was den nachwachsenden chronisch Kranken günstigstenfalls geboten werden kann.

Es gibt sicherlich eine Kerngruppe, die weiterhin und auf Dauer klinisch hochqualifizierter Krankenbetreuung bedarf, in Anstalten oder in neu einzurichtenden Abteilungen, nach Möglichkeit zusätzlich in einigen Universitätskliniken, da chronische Psychosen ja auch einen bedeutsamen Forschungsgegenstand darstellen. Dieser Gruppe Schwerkranker wird sicherlich wie bisher nur im Rahmen von größeren Einrichtungen, von Institutionen zu helfen sein.

Für die Mehrzahl der chronischen Patienten sollte man dennoch konsequent am Prinzip der Gemeindenähe festhalten. Viele der in den letzten Jahren belegten Institutionen, Heime und Altenheime waren suboptimal: bedarfsgerecht vielleicht, aber oftmals nicht patientengerecht.

Als wir heute mittag das Übergangwohnheim im Dachgeschoß besuchten, wo jüngere Patienten in einer Art Ghetto seit ein, zwei Jahren oder länger leben, fragte ich mich, wo hier die Gemeinde Offenbach bleibt, denn dieses mon-

ströse Großklinikum in der Stadt und die psychiatrische Abteilung in der Klinik sind ja in vieler Hinsicht Fremdkörper.

Chronisch psychisch Kranke, die nur gelegentlich behandlungsbedürftig oder vielleicht auch für längere Zeit stationär aufzunehmen sind, dürften am besten in kleineren Wohngruppen in der Gemeinde aufgehoben sein. Man sollte für die Zukunft anstreben, daß aus der Klinik heraus eine fachgerechte Weiterbetreuung gewährleistet ist, daß Beziehungskonstanz gewahrt bleibt und daß kleinere Gruppen nicht zu Fremdkörpern und Ghettos werden, sondern in ausreichender Verdünnung von Laien, von der Nachbarschaft in der Gemeinde toleriert und mitbetreut werden können. In diese Richtung sollte man geduldig, aber konsequent denken und planen und nicht nur „wursteln“.

Bosch: Vielleicht dürften wir Sie, Herr Halama, direkt fragen, wie das Problem der chronisch Kranken, der neuen Langzeitpatienten aus der Sicht des niedergelassenen Nervenarztes aussieht?

Halama: Ich wundere mich immer über diese tollen Gedankenspiele, diese neuen Schemata über die Versorgung der chronisch Kranken, die immer wieder präsentiert werden, die aber eigentlich nur zu immer starrerem Formen führen können.

Wir haben in Offenbach sicher sehr viele chronische Kranke, die wir Nervenärzte überhaupt nicht kennen, die vielleicht nur der Hausarzt kennt, von deren Existenz weder Sie in der Klinik noch wir in der Praxis etwas wissen, die eben dahinvegetieren. Es ist die Frage: sollen wir diese aus ihren „Löchern“ herausholen oder nicht? Was passiert, wenn wir sie in eine Abteilung für chronisch Kranke bringen? Hat das einen Sinn? Ist das human?

Sie werden ja meist nur dann auffällig, wenn die Angehörigen sterben, wie z. B. bei einigen unserer gemeinsamen Patienten.

Ich meine, man müßte — was ich heute morgen schon angedeutet habe — die Zusammenarbeit mit den Hausärzten intensivieren; sie kennen diese Patienten wenigstens oberflächlich oder wissen von ihrer Existenz. Die Hausärzte stellen auch häufig neben den Angehörigen die einzigen Beziehungspersonen dar. Dies ist m. E. die beste und vor allem die billigste Methode einer Betreuung chronisch psychotischer Patienten.

Lange: Ich möchte aus unseren Erfahrungen mit der psychiatrischen Abteilung in Velbert etwas ergänzen. Wir bemühen uns um eine Vollversorgung, wissen aber, daß wir das nur asymptotisch erreichen können, und haben daher keine Pflichtversorgung übernommen. Wir beobachten zwei Tendenzen bei uns: einerseits eine Tendenz, daß wir von außerhalb unseres eigentlichen Einzugsbereiches in den letzten beiden Jahren steigende Anfragen und Aufnahmen haben. Wir fühlen uns geehrt, daß man aus allen anderen Gegenden Nordrhein-Westfalens zu uns strömt, weil wir so eine gute Abteilung sind. Die andere Seite davon ist, daß wir aus unserem eigentlichen Einzugsbereich immer weniger Patienten, immer weniger Aufnahmen haben.

Wir sind noch auf der Suche, woher das wohl kommt. Zum Teil liegt das wohl an dem Patienten selbst. Mancher Patient sagt, „ich bin so chronisch, ich bin

so krank, ich brauche lange Zeit, ich will lieber in ein Landeskrankenhaus". Ein anderer Patient sagt, „bei Euch bin ich ja schon einmal gewesen, so sehr habt Ihr mir gar nicht geholfen, ich will mal woanders hin". Oder ein Patient sagt, „ich bin ja immer im Landeskrankenhaus gewesen, deswegen möchte ich auch wieder dorthin, weil ich mich dort auskenne, und weil man mir dort immer geholfen hat". Dann gibt es Patienten, die sagen, „Ihr mit Eurer Sozialpsychiatrie, das ist so viel Getriebe für mich, das bekommt mir gar nicht, ich möchte lieber in einem Krankenhaus sein, wo ich im Bett liege und Medikamente bekomme, das bekommt mir am besten". Schließlich sagen manche Patienten, „ich will doch nicht im Krankenhaus ständig meinen Nachbarn, meinen Vereinskameraden usw. sehen; bei Spaziergängen, Ausflügen beobachten mich die Nachbarn; wenn ich schon weg komme, dann will ich weit, weit weg". Die Menschen sind halt verschieden, und psychiatrische Patienten sind erst recht verschieden.

Dann gibt es bei den Angehörigen die Meinung, sie müßten sich erst einmal erholen von ihren kranken Angehörigen; sie könnten ja gerne wieder zu ihnen kommen, wenn sie gesund sind, aber wenn sie sie zu uns brächten, dann seien sie schon am nächsten Wochenende wieder auf Urlaub bei ihnen, und sie könnten sich nie richtig erholen.

Dann gibt es auch Ärzte, die gar nicht erst in unsere Abteilung einweisen, die sagen, „bei Euch ist er schnell wieder rückfällig geworden, er soll lieber ins Landeskrankenhaus gehen". Oder sie sagen uns am Telefon auf den Kopf zu, „der muß so lange weg, mit dem werdet Ihr nicht fertig".

Dann gibt es noch komplementäre Einrichtungen, die sagen, „zu Euch soll der Patient nicht kommen, denn dann sehen wir den ja wieder. Wenn er in das Landeskrankenhaus geht, dann sehen wir den oft nie wieder, dann bleibt er oft da, und das ist eine riesige Entlastung". Das klingt natürlich ganz böse, aber man muß auch bedenken, was für Schwierigkeiten diese komplementären Einrichtungen oft mit schwierigen Patienten haben.

Es liegt also gar nicht daran, daß wir die Patienten, die zu unserem Einzugsgebiet gehören, in unserer Abteilung abweisen oder gar ins Landeskrankenhaus verlegen würden. Die kommen gar nicht erst, werden uns gar nicht erst vorgestellt; da ruft niemand an, die fließen einfach ab ins nächste Landeskrankenhaus oder in eine andere nahegelegene Abteilung, so wie aus dem Einzugsgebiet an sich sehr guter psychiatrischer Abteilungen in der Umgebung auch Patienten zu uns kommen.

Mein Plädoyer ist für etwas mehr Freizügigkeit, und vielleicht ist das auch in einer Postnotstandsära der bundesdeutschen Psychiatrie möglich.

Wolpert: Ich wäre dafür, planvoll zu „wursteln", um Ansätze dafür zu finden, wie wir mit den schwierigsten Patientengruppen zurechtkommen können. Die sind ja der Dollpunkt, von den leicht Erkrankten ist hier nicht die Rede. Dabei denke ich nach unseren Erfahrungen mit einiger Angst an Androhungen von Frau Rave-Schwank, sie würde uns einen Bus voll chronischer Darmstädter Patienten vor die Tür fahren, ausladen und sagen: „So, jetzt werdet damit fer-

tig!" Natürlich ist das eine Persiflage der Situation, wie sie in der Tendenz eigentlich für alle Abteilungen besteht, wenn sie mit dem Anspruch der Vollversorgung auftreten. Sie stehen unter einer gewaltigen Bedrohung durch das nächstgelegene Landeskrankenhaus, daß dies mit dem Anspruch, den man selbst für sich erhebt, ernst macht.

Eine Kooperation sollte nicht nur einen politischen Aspekt haben, um zu erzwingen, daß man um jeden Preis mit den Dingen fertig wird; sondern ein Landeskrankenhaus sollte die Abteilung auf dem Wege ihrer Reifung zur Vollversorgung so wohltuend begleiten, wie Frau Rave-Schwank das mit uns macht. Nur sind wir einem Irrtum aufgesessen, der recht naiv war: Wir sind davon ausgegangen, es werde sich schon ein Platz für die chronisch Kranken finden, wenn wir erst einmal alle schönen Rehabilitationseinrichtungen, teilstationären Einrichtungen und Stationen haben; es würde eine Art „Abfluß“ der chronisch Kranken geben. Dieser „Abfluß“ hat sich uns noch nicht gezeigt. Es ist ganz offensichtlich, daß es Patienten gibt, die auf unsere therapeutischen Wohltaten nicht ansprechen.

Was wir jetzt brauchen, ist eine „experimentelle Situation“ — und deswegen „planvoll wursteln“ —, die uns Rahmenbedingungen schafft, unter denen wir sehen können, was die neuen chronisch kranken Patienten an klinischer und außerklinischer Versorgung brauchen. Dies läßt sich nicht verfügen, sondern dies muß mit relativ hohem Kostenaufwand und relativ viel Personal experimentell erprobt werden.

An dieser Stelle möchte ich eine kleine Enttäuschung aussprechen. Leider ist die Begleitforschung zum Modellprogramm Psychiatrie, die die Chance gehabt hätte, so etwas vor Ort an Einzelbeispielen zu erproben, an diesen ganz konkreten und zentralen Problemen vorbeigegangen. Das ist ein Anliegen, das alle angeht, die Landeskrankenhäuser wie die Abteilungen. Ich hoffe, daß einige da sind, die das wahrnehmen und an die zentralen Stellen weitertragen können.

Ich denke auch, daß der Anspruch, dies zu erproben, nicht an alle Abteilungen gestellt werden kann, sondern nur an solche Abteilungen, die hinreichend mit komplementären und teilstationären Einrichtungen ausgestattet sind und die hinreichend Mittel zur Verfügung haben, um Rahmenbedingungen für die neuen chronisch kranken Patienten zu schaffen. Insofern halte ich die Forderung, alle Abteilungen sollen mit allen Patientengruppen fertig werden, in dieser generellen Form für unmenschlich für die Mitarbeiter und für die Patienten. Nur unter der Bedingung, daß ein Kooperationsvertrag erfüllbar ist, sollte er auch den Abteilungen zugemutet werden.

Degkwitz: Die Möglichkeit solcher Detailforschung ist durch den Datenschutz fast gestorben. Nach den momentanen Datenschutzgesetzen ist eine Bearbeitung dieses Themas praktisch ausgeschlossen.

Stoffels: Ich möchte noch auf ein Problem hinweisen, das verschiedentlich schon angeklungen ist: die Dominanz des Ökonomischen auch im Bereich psychiatrischer Versorgung. Es scheint doch so zu sein, daß diese sehr erfreuliche Entwicklung der Zunahme psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkran-

kenhäusern auch deshalb derart reüssieren konnte, weil dieses Konzept für die Träger auch in ökonomischer Hinsicht ein Erfolg war. Das würde bedeuten, daß die Realisierung sozialpsychiatrischer Konzepte weniger davon abhängt, ob sie wissenschaftlich abgesichert sind, ob sie klug und gescheit sind, ob sie human oder therapeutisch effektiv sind, sondern daß die Realisierung davon abhängt, ob sie in ökonomischer Hinsicht erfolgsversprechend sind.

Im Hinblick auf die stationäre Versorgung von Patienten ist beispielsweise an der psychiatrischen Klinik in Hannover eine Situation entstanden, die fürchten läßt, daß eine Kürzung von Personalstellen dann vorgenommen wird, wenn die Bettenbelegung unter ein gewisses Limit absinkt. Das ist eine Situation, die die sozialpsychiatrische Leitidee, soviel ambulant wie möglich und so wenig stationär wie notwendig, ad absurdum führt. Es ist eine Situation, die uns dazu auffordert, über die Finanzierung der sozialpsychiatrischen Versorgung nachzudenken und insbesondere darüber, ob die starre Trennung zwischen der Finanzierung ambulanter und stationärer Dienste sinnvoll ist.

Philipzen: Ich möchte mich dagegen wehren, daß ich mit der euphemistischen Umdeutung eines Begriffes die Probleme um die Gruppe der psychisch Behinderten einfach aus der Welt schaffen wollte. Ich sage ganz bewußt „psychisch Behinderte“, weil ich hinter dem Begriff „chronisch Kranke“ einen unbewiesenen Anspruch entdeckte, den ich nicht mitmachen kann.

„Kranke“ sind Menschen, die man zu schnell als krankenhausbedürftig einordnet. Es gibt sicher Menschen, die sehr viel Therapie brauchen. Aber es ist eben die Frage, ob diese Therapie nur im Krankenhaus stattfinden kann oder ob diese Menschen nicht selbständig oder auch geschützt wohnen können und die Therapie zu diesen Menschen kommt. Es wurde hier eben wieder in Bildern deutlich gemacht, daß man im Krankenhaus nicht wohnen kann. Ich möchte unterstreichen, daß auch wir in unserer Region schwierige, hilflose, auch auf Dauer hilflose Menschen haben. Aber ich nenne sie mit großem Nachdruck „psychisch Behinderte“. Ich meine, wir sollten unsere Sprache kontrollieren.

Diese Diskussion um die „psychisch Behinderten“ oder die „chronisch Kranken“ hat noch einen sehr brisanten Hintergrund, den wir nicht übersehen sollten: Wenn wir über eine Gruppe die Öffnung des Gemeindehospitals in das Landeskrankenhaus erreichen, dann können Sie die Reform psychiatrischer Versorgung in einer Region vergessen. Wenn Sie eine Gruppe von Patienten haben, bei der Sie feststellen dürfen, sie könne nur vom Landeskrankenhaus versorgt werden, dann werden in diese Gruppe mit Sicherheit auch bald die Menschen eingeschleust, die uns große Sorgen und Ärger machen oder Gewalt abstrahlen. Erst wenn wir entschlossen sind, unsere gemeindenahen dezentralen Hilfen so aufzubauen, daß sie für alle psychisch kranken Mitbürger einer Region ausreichen, ist die Entscheidung für eine neue und alternative Versorgungsform gefallen. Gemeindenaher Psychiatrie minus — in Ihrer Sprachregelung — chronische Patienten oder — in meiner — die psychisch Behinderten würde wirklich für lange Zeit die Zweiteilung der psychiatrischen Versorgung in unserem Land bedeuten.

Bosch: Ich möchte jetzt Herrn Bauer bitten, den heutigen Vormittag zusammenfassend, zu der bisherigen Diskussion Stellung zu nehmen.

Bauer: Ich will dies versuchen. Zunächst möchte ich mich dem Votum vieler Vorredner anschließen, das da heißt: Es gibt zwei Gruppen von Patienten, denen wir recht hilflos gegenüber stehen, die „chronischen“ und die „schwierigen“. Für beide Gruppen müssen wir uns etwas einfallen lassen, wobei ich keineswegs die Hoffnung habe, daß uns schon bald sehr viel dazu einfällt. Die Landeskrankenhäuser waren schon immer mit diesen beiden Patientengruppen befaßt, für die Mehrzahl der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sind diese Patienten eine neue Erfahrung. Ich meine jedoch, daß Erfahrung auch klug machen kann und möchte Ihnen in diesem Zusammenhang eine Offenbacher Geschichte erzählen.

Obwohl wir für unsere Klinik noch nicht die volle Versorgungsverpflichtung übernommen haben und dies angesichts unserer noch nicht ausreichenden Bettenkapazität bisher auch nicht leisten können, haben wir doch den Anspruch, jeden einmal aufgenommenen Patienten bis zu seiner Entlassungsfähigkeit aus der Klinik zu behandeln und für seine Probleme mit den uns derzeit gegebenen Möglichkeiten eine angemessene Lösung zu finden. Dabei ist nach Anspruch und Selbstverständnis ausgeschlossen, Patienten in das noch immer „zuständige“ Psychiatrische Krankenhaus Riedstadt zu verlegen.

Trotzdem entsteht mit schöner Regelmäßigkeit bei uns immer wieder die Diskussion über die sogenannten schwierigen Patienten mit dem Tenor, ob diese nicht doch im PKH Riedstadt besser behandelt werden könnten als bei uns. In jedem Einzelfall ist es bisher gelungen, eine derartige Verlegung zu verhindern. Dies war jedesmal auch ein Erfahrungszuwachs für die einzelnen Behandlungsteams, die die Erfahrung machten, daß es zwar sehr schwierig zu behandelnde Patienten gibt, diese aber eigentlich immer, wenn man dies nur will, auch ohne fremde Hilfe behandelt werden können. Dazu gehört dann freilich auch, sich die Vorstellung, es gebe da noch irgendeine andere Klinik, in die man Patienten verlegen könne, zu verbieten. Diesen ganz subjektiven Aspekt des Problems halte ich inzwischen für den entscheidenden.

Herr Finzen hat die Frage aufgeworfen, was mit jenen chronisch psychisch Kranken geschehen soll, die kein noch so gut ausgestattetes Wohnheim und auch keine sonstige komplementäre Einrichtung behandeln wolle. Für diese Gruppe, so habe ich ihn verstanden, bleibe letztlich nur das Psychiatrische Krankenhaus. Ich selbst bin mir da nicht so sicher. Wir alle kennen doch eine große Anzahl schwerst chronischer Kranker oder Behinderter, die außerhalb des Krankenhauses unter zum Teil zugegebenermaßen miserablen Bedingungen leben, die aber auf keinen Fall dauerhaft in einem Psychiatrischen Krankenhaus leben möchten. Wir sollten uns vor dem Ehrgeiz und der Behauptung hüten, wir wüßten besser, was jenen Menschen gut tut. Mit gelegentlichen, möglichst ambulanten Interventionen, ist dieser Klientel besser geholfen als durch stationäre Behandlungen. Sicher gibt es aber auch einen „harten Kern“ derer, die dauerhafter Krankenhauspflge bedürfen. Diese Gruppe scheint auch mir aber eher klein und unter quantitativen Aspekten nicht bedeutend.

Es war heute Vormittag auch die Rede davon, daß selbst erzeugter oder administrativ vorgegebener Druck die Phantasie beflügelt, neue Wege zu gehen, neue Hilfsmöglichkeiten zu erschließen. Nicht zuletzt war aber auch davon die Rede, daß ohne diesen Druck die kommunal verantwortlichen Politiker sich nicht aufgerufen fühlen können, Problemlösungen zu entwickeln. Meine eigene Erfahrung ist, daß Kommunalpolitiker durchaus ansprechbare und unseren Problemen gegenüber aufgeschlossene Menschen sind, denen man allerdings überzeugend darlegen muß, aus welchen Gründen dies oder jenes notwendig ist. Das setzt allerdings bei uns selbst voraus, daß wir uns nicht nur als in der Klinik tätige Psychiater verstehen, sondern eine Gesamtverantwortung dafür mittragen, was in einer Region gerade auch außerhalb des stationären Bereichs geschieht.

In diesem Zusammenhang ist der von Herrn Stoffels ins Gespräch gebrachte Aspekt der Ökonomie des Ganzen von entscheidender Bedeutung. Sowohl er als auch Herr Finzen haben uns aus der auch mir gut bekannten Hannoveraner Region berichtet, daß es dort schon zu einem regelrechten Verteilungskampf auf dem „Psychomarkt“ gekommen ist. Jede Einrichtung ist darauf bedacht, die vorgehaltenen Betten auch zu belegen, da es einen unmittelbaren Zusammenhang zu den finanzierbaren Planstellen gibt. So problematisch diese Situation vor dem Hintergrund eines drohenden Verlustes des Arbeitsplatzes sein mag, für die Patienten hat sie sicherlich auch Vorteile. Konkurrenz belebt das Geschäft, auf Dauer kann dies die Behandlungsangebote nur verbessern. Wenn dabei schließlich herauskommen sollte, daß wir sehr viel weniger psychiatrische Betten, dafür aber mehr komplementäre sowie ambulante Dienste und Einrichtungen benötigen, kann dies für die Betroffenen ebenfalls nur von Vorteil sein.

Diesen Prozeß der Rückverlagerung der Psychiatrie in die Gemeinde forschungsmäßig zu begleiten, scheint mir entscheidend wichtig. Leider wird auf die Beschreibung und Dokumentation der hierbei gemachten Erfahrungen — selbst dort, wo dies möglich wäre — fast immer verzichtet. Auch das Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung wird hierzu meiner Kenntnis nach keinen besonderen Beitrag leisten. Dies ist schade, aber jetzt wohl nicht mehr zu ändern. Lassen Sie mich noch ein Letztes sagen zu der Diskussionsbemerkung von Herrn Lange aus Velbert, der für uns alle so plastisch dargestellt hat, daß psychiatrische Patienten nur ungern ihren Nachbarn in der Psychiatrischen Klinik am Ort wiedersehen möchten und deswegen eher dazu neigten, auswärtige Krankenhäuser aufzusuchen. Ich will dies nicht bestreiten, möchte aber hinzufügen, daß es auch konträre Erfahrungen hierzu gibt. Ich selbst wohne in Offenbach mitten in der Stadt in einem sogenannten „Hinterhaus“. Wie es der Zufall wollte, mußten wir im vergangenen Jahr zunächst den Nachbarn zur Linken, dann denjenigen zur Rechten in die Klinik aufnehmen. Schließlich kam auch noch die Tante einer alten Dame aus dem „Vorderhaus“ zur stationären Behandlung. Bis dahin hatte ich kaum Kontakt zu den Dreien, ja ich kannte sie nicht einmal. Das hat sich jetzt geändert. Alles in allem sind wir einander bessere Nachbarn geworden.

III. Teil

Praktische Varianten der Verwirklichung psychiatrischer Abteilungen

Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern in Großbritannien

D. H. Bennett

Die unterschiedlichen Arten der psychiatrischen Versorgung in Deutschland und Großbritannien sind, wie Sie wissen, in hohem Maße auf unsere unterschiedlichen Traditionen und die Verschiedenartigkeit unserer politischen, sozialen und ökonomischen Systeme zurückzuführen. Lassen Sie mich deshalb mit einigen allgemeinen Bemerkungen über die psychiatrischen Dienste in Großbritannien beginnen.

Diese Dienste sind ein Teil unseres staatlichen Gesundheitswesens (National Health Service), das aus Steuermitteln und Krankenversicherungsbeiträgen finanziert wird. Die Behandlung ist, mit einigen geringfügigen Ausnahmen, für alle Patienten unabhängig von ihrem Einkommen kostenlos. Ärzte und Pflegepersonal sind Gehaltsempfänger, und es gibt keine Leistungsabrechnung, wenngleich Allgemeinpraktiker nach der Zahl ihrer Patienten bezahlt werden. In den Krankenhäusern haben leitende Ärzte und Assistenzärzte jeweils vergleichbare Gehälter, ob sie nun als Chirurgen, Internisten oder Psychiater arbeiten. Privatpraxen existieren nur in einem sehr geringen Umfang. Theoretisch gibt es keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens; es war jedoch nicht leicht, die Unausgewogenheiten zwischen geographischen Regionen und klinischen Spezialisierungen auszugleichen, die vor der Einführung des National Health Service vor fünfunddreißig Jahren bestanden. Psychiatrie ist noch immer eine verhältnismäßig vernachlässigte Fachdisziplin, hat aber heute ebenso wie geistige Behinderung und Geriatrie hinsichtlich der verfügbaren Ressourcen eine Vorrangstellung vor den anderen Gesundheitsdiensten gewonnen. Das gesamte Gesundheitswesen ist in jüngerer Zeit neu geordnet worden, um die unterschiedlichen Beiträge des Allgemeinarztes, des Krankenhauses und des öffentlichen Gesundheitsdienstes zusammenzubringen. Die Leistungen werden auf der Grundlage definierter geographischer Distrikte geplant und organisiert. Im Durchschnitt hat ein solcher Distrikt ungefähr 200000 Einwohner. Personenbezogene soziale Dienste werden von den Kommunen getragen. Deren Reorganisation von 1971 trennte die Sozial- von den Gesundheitsdiensten. Seit jener Zeit scheint man sich dort mehr auf Kinder und Alte als auf psychisch Kranke oder geistig Behinderte konzentriert zu haben. Zwar werden die verschiedenen Bereiche des Gesundheitswesens getrennt finanziert, doch das Prinzip der Gehaltszahlung an alle Beschäftigten hat den Bedarf für detaillierte Buchführung gering gehalten. Ebenso werden den Mitarbeitern beim Übergang aus ihrem ursprünglichen Arbeitsbereich in andere Bereiche weniger bürokratische Barrieren in den Weg gelegt. Das bedeutet, derselbe Psychiater, Sozialarbeiter oder dieselbe Krankenschwester kann zu verschiedenen Zeiten auf der Station, in der Ambulanz, der Tagesklinik oder im Wohnheim arbeiten.

Diese Besonderheiten unseres Gesundheitswesens eröffnen viele Möglichkeiten für ein flexibles und innovatives Handeln. Sie ermöglichen auch eine kontinuierliche Versorgung und Behandlung des einzelnen Patienten auf seinem Weg von einem Dienst zum anderen.

Die Veränderungen in den psychiatrischen Diensten

Diese Besonderheiten sind insofern von Bedeutung, als die britischen psychiatrischen Dienste ebenso wie in den meisten anderen westlichen Industrieländern im Wandel begriffen sind. Die Veränderungen stehen in Zusammenhang mit der Abkehr von der Versorgung in isolierten psychiatrischen Großkrankenhäusern und einer entsprechenden Tendenz, die psychiatrische Behandlung dort anzusiedeln, wo der Patient und seine Familie zu Hause sind. Zunehmend wird das Recht des Patienten auf ein großes Maß an Selbstbestimmung und Kontrolle über das, was mit ihm geschieht, anerkannt. Schließlich ist der Wunsch entstanden, die klinische Behandlung von den sozialen Hilfen zu trennen; zwei Seiten der Versorgung psychisch Kranker, die in psychiatrischen Großkrankenhäusern häufig miteinander verknüpft werden. Bei der Neuordnung der psychiatrischen Dienste verlagerte sich der Schwerpunkt der Versorgung auf verschiedene Formen der Behandlung zu Hause, auf Ambulanzen, Tageskliniken und psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Im sozialen Bereich der Versorgung haben sich verschiedene Typen von Wohnmöglichkeiten, Tageszentren, Werkstätten, Patientenklubs und weiterreichende Hilfestellungen seitens der Sozialarbeiter entwickelt.

Diese Dienste entwickelten sich anfangs vereinzelt und planlos. Sie boten den Patienten eine Alternative zur Einweisung ins psychiatrische Krankenhaus. Man hatte aber in den fünfziger und sechziger Jahren noch keine Vorstellung davon, daß sie einmal als Ersatz für das psychiatrische Krankenhaus fungieren könnten oder sollten.

Die Regierungspolitik

Der unkoordinierte Wandel setzte sich fort, bis die britische Regierung 1971 ihren langfristigen Strategieplan verfaßte, in welchem die allgemeine Zielrichtung, auf die hin sich alle psychiatrischen Dienste entwickeln, und der allgemeine Hintergrund, vor dem Entscheidungen getroffen werden sollten, aufgezeigt wurden. Diese Richtlinien, die in dem Planungspapier „Mental Hospital Services for the Mentally III“ des Gesundheits-Ministeriums dargelegt wurden, hatten die völlige Ablösung der traditionellen psychiatrischen Großkrankenhäuser durch einen umfassenden integrierten Krankenhaus- und Kommunaldienst zu ihrem letztendlichen Ziel, der auf der Grundlage der psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus aufbauen sollte. Gemäß diesem Plan sollten die stationären, halbstationären und ambulanten Dienste des Krankenhauses, die Allgemeinärzte und die kommunalen Sozialdienste einen umfassenden Versorgungsdienst für die Patienten eines Gebietes bilden, der so flexibel wie

möglich eingesetzt werden sollte. Das Schwergewicht sollte auf der Rehabilitation des Patienten und auf der Kontinuität seiner persönlichen Beziehungen und Kontakte in der sozialen Gemeinschaft am Ort liegen. Im Jahr 1975 veröffentlichte das Gesundheits-Ministerium einen weiteren Report, „Better Services for the Mentally Ill“. Obwohl er die Schließung der psychiatrischen Krankenhäuser nicht mehr ganz so dogmatisch verkündete, vertrat er doch immer noch nachdrücklich, daß die psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus das Zentrum der spezifisch psychiatrischen Behandlung für alle Erwachsenen, auch die Alterskranken, im jeweiligen Gesundheitsdistrikt bilden sollte. Die psychiatrische Abteilung sollte dabei nicht nur stationäre Dienste anbieten, sondern ein Zentrum für stationäre wie halbstationäre Behandlung und darüber hinaus die Basis sein, von der aus spezialisierte Behandlungsteams Beratungs- und medizinische Dienste außerhalb des Krankenhauses anbieten sollten. Die Abteilung sollte aus zwei Hauptkomponenten bestehen: einem stationären Bereich und einer Tagesklinik oder einem Tagesbereich. Nur ein sehr kleiner Teil der Patienten müßte auch tagsüber auf den Stationen bleiben; die große Mehrzahl würde sich in der Tagesklinik aufhalten. Dieser Plan stellte einen sehr wichtigen Schritt in der Entwicklung der Geschichte der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern in Großbritannien dar, und es mag von Interesse sein zu verfolgen, wie es dazu kam.

Wie die psychiatrische Abteilung zum Mittelpunkt der Dienste wurde

Seit fünfzig oder sechzig Jahren gibt es eine geringe Zahl von psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern oder organisatorisch mit ihnen verbunden; einige davon sind Lehrkrankenhäuser. Vor der Einrichtung des National Health Service im Jahre 1948 war jede Grafschaft oder County Borough (etwa: kreisfreie Stadt) verpflichtet, die psychiatrische Versorgung in ihrem Bereich selbst zu regeln. Die Grafschaften waren große Gebiete, wie Yorkshire oder Devonshire. Die County Boroughs waren mittlere Großstädte mit ungefähr 250000 Einwohnern. Wie die bevölkerungsstärkeren Grafschaften errichteten sie alle ihre eigenen Dienste und mußten nur der Regierung in London gegenüber Rechenschaft ablegen. Einige County Boroughs verfügten über ein städtisches Allgemeinkrankenhaus mit einer großen psychiatrischen Beobachtungsabteilung. Die psychisch Kranken wurden dort nur für kurze Zeit aufgenommen. Wenn sie längerfristige Behandlung benötigten, wurden sie an ein weiter entfernt liegendes psychiatrisches Krankenhaus überwiesen. In der stark industrialisierten Grafschaft Lancashire gab es eine große Zahl dieser County Boroughs und eine große Zahl solcher psychiatrischer Abteilungen. Mit der Errichtung des National Health Service 1948 wurden diese Abteilungen der neugeschaffenen „Manchester Hospital Region“ einverleibt. Diese Region hatte jedoch nur eine sehr begrenzte Zahl an überfüllten und vernachlässigten psychiatrischen Krankenhäusern. Daher, so Freeman (1983), „entschied man sich, die sehr bescheidenen, neu zur Verfügung stehenden Einrichtungen dazu zu verwenden, örtliche psychiatrische Dienste in den Beobachtungsabteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern der County Boroughs aufzu-

bauen". Zunächst erwartete man, daß die Langzeitpatienten in das nächstgelegene psychiatrische Krankenhaus verlegt werden würden. Es wurde jedoch bald deutlich, daß die Psychiater in den Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser alle Patienten halten und behandeln wollten, die in ihre Abteilungen aufgenommen wurden. Wenngleich sie wohl ihre Fähigkeit überschätzt hatten, alle Formen psychiatrischer Krankheit behandeln zu können, so waren sie doch ausgesprochen rege und bemerkenswert erfolgreich. Die Arbeit der Abteilungen wurde unter dem Gesichtspunkt des ungenügenden Personalschlüssels und des dementsprechenden Vorrangs körperlicher vor psychologischer Behandlung und wegen ihrer Aufnahmebegrenzungen kritisiert. (Hill 1969)

Dennoch trugen die Neuerungen in der Region Manchester, in den Worten des damaligen Leitenden Medizinalbeamten im Gesundheitswesen, „mehr zur Anerkennung der Abteilung am Allgemeinkrankenhaus bei, als irgend etwas anderes". Mit der Anerkennung kam das Wachstum.

Das Wachsen der Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern

Im Jahre 1970 gab es in England und Wales 90 psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. 1975 waren es 130 und 1981 161. Über die Zahl der Betten sind genaue Angaben aufgrund der unterschiedlichen Dokumentationspraktiken nur schwer zu bekommen, doch 1981 — das letzte Jahr, für das Informationen vorliegen — betrug die durchschnittliche Zahl an belegten Betten pro Tag in Einrichtungen für psychische Krankheiten an Allgemeinkrankenhäusern insgesamt nach offiziellen Angaben 14 236. Geht man von einer Richtzahl von 0,5 psychiatrischen Betten pro 1000 Einwohner aus, so müßte sich der Bettenbedarf in Großbritannien auf 23000 belaufen, d.h. noch weitere 9000 Abteilungsbetten erfordern, um die gesamtstaatliche Versorgung zu vervollständigen. Diese Richtzahl mag jedoch zu gering angesetzt sein. Der prozentuale Anteil psychiatrischer Aufnahmen in Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern an der Gesamtzahl der Klinikaufnahmen stieg von 14,9 % im Jahre 1964 auf 33,3% im Jahre 1977 an und wird 1981 mit Sicherheit über der 40%-Marke liegen.

Unterschiede zwischen den Abteilungen

So interessant solche Globalziffern auch sind, so geben sie doch nicht das ganze Spektrum wieder. Hinter ihnen verbergen sich große Unterschiede zwischen den psychiatrischen Abteilungen in unseren 14 regionalen Gesundheitsverwaltungen. So betrug z. B. der Anteil der Aufnahmen in psychiatrische Abteilungen an der Gesamtzahl psychiatrischer Aufnahmen 1977 in der Nordwestregion 74,9 %, während es im Südwesten nur 6,7 % waren. Von noch größerer Bedeutung sind die Unterschiede in der Aufnahmepolitik der verschiedenen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und zwischen den Abteilungen insgesamt und den psychiatrischen Kliniken, mit denen sie zusammenarbeiten.

Eine vor kurzem erschienene Untersuchung von Mahadevan und Forster (1982) vergleicht die Aufnahmen in ein psychiatrisches Krankenhaus mit denen zweier psychiatrischer Abteilungen. Im Gebiet A war das psychiatrische Krankenhaus die einzige psychiatrische Facheinrichtung. Im Gebiet B verteilten sich die Aufnahmen auf dieses Krankenhaus und eine kleine 60-Betten-Abteilung am Allgemeinkrankenhaus. Im Gebiet C vergleicht die Untersuchung die Aufnahmen ins psychiatrische Krankenhaus mit denen in eine Abteilung, die über 126 Betten im Komplex des Allgemeinkrankenhaus verfügt. Sie fand in der Aufnahmepraxis der beiden Abteilungen deutliche Unterschiede in Alter, Diagnose und Rechtsstatus der Patienten. Die psychiatrische Abteilung B nahm weniger ältere Patienten oder zwangseingewiesene Patienten und weniger Patienten mit Altersdemenz, Schizophrenie und Persönlichkeitsdefekten auf. Aufgrund einer genaueren Untersuchung der Einstellung des Personals zur eigenen Arbeit schließen die Autoren, daß die Arbeitsweise der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern vermutlich mehr von den therapeutischen Maximen des Personals abhängt, als von Struktur und Lage der Räume der Abteilung.

Die Studie sagt nichts über das Angebot an Tagesklinikplätzen aus. Dennoch leistet die tagesklinische Behandlung einen äußerst wichtigen Beitrag zur Arbeitsweise der meisten psychiatrischen Abteilungen. In der Landesstatistik werden die Zahlen der Tageskliniken getrennt von denen der Betten in psychiatrischen Abteilungen geführt, und nicht alle Tageskliniken sind einer psychiatrischen Abteilung angeschlossen. Gleichwohl ist von Bedeutung, daß die Zahl der Tagesklinikplätze sich von 1970 bis 1983 von 6000 auf 15 300 mehr als verdoppelt hat; viele dieser Tagesplätze sind als wichtige Ergänzung der Betten in psychiatrischen Abteilungen eingerichtet worden.

Die Grenzen der psychiatrischen Abteilung

Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern können zwar einen wichtigen Beitrag zu einer umfassenden Versorgung der psychisch Kranken leisten, es sind ihnen aber dennoch Grenzen gesetzt. Man hat sich mit der Frage beschäftigt, ob, wie Sir Denis Hill es ausdrückt, „diese neuen Abteilungen bald durch chronische Patienten, besonders Alterskranke und Schizophrene, verstopft und dadurch unfähig würden, ihre eigentliche Aufgabe zu erfüllen oder ob sie gezwungen wären . . ., die Langzeitkranken in die psychiatrischen Großkrankenhäuser zu verlegen, die dann Auffangbecken . . . für alle Patienten mit schlechter Prognose würden . . .“ (Hill 1969). Zweifellos können die Allgemeinkrankenhäuser die Behandlung Akutkranker ebensogut oder sogar effektiver bewältigen wie die meisten psychiatrischen Krankenhäuser. Aber man hat auch gesagt, daß Kranke mit chronischen oder nicht remittierenden Psychosen oder zu Gewalttätigkeit neigende Patienten schwerer zu verkräften sind. Andererseits sind einige Fachleute der Meinung, daß man gesonderte Abteilungen für solche Patienten einrichten könne, die spezielle Probleme machen. Solche Einheiten braucht es nicht in jedem Allgemeinkrankenhaus zu geben, aber vielleicht in einer Abteilung in jeder Region — wie ja auch

Spezialeinrichtungen für Neurochirurgie oder Dialysezentren nicht an jedem Krankenhaus vorhanden sind. Wir sind in England noch zu keiner Entscheidung darüber gekommen, wo wir psychisch Alterskranke unterbringen werden, da wir weder der Meinung sind, sie seien am besten in der Klinik aufgehoben, noch das in Deutschland bestehende Pflegeheim-System haben.

Von weit größerer Bedeutung als die Frage, ob die psychiatrische Abteilung diesen oder jenen Patienten behandeln kann, ist jedoch die, ob die Behandlung für den einzelnen Patienten sich in einer solchen Abteilung besser oder schlechter als die Behandlung in einem traditionellen psychiatrischen Krankenhaus auswirkt. Soweit ich sehe, gibt es nur einen Vergleich der Behandlungsergebnisse in diesen beiden Einrichtungstypen, die Studie von Jones, Goldberg und Hughes (1980). Sie untersuchen die klinischen und sozialen Behandlungsergebnisse in einem psychiatrischen Krankenhaus und einer psychiatrischen Abteilung an einem Lehrkrankenhaus anhand zweier Kohorten von Patienten, die vier Jahre zuvor erstmals wegen Schizophrenie aufgenommen worden waren. Die klinischen Ergebnisse waren für beide Gruppen einigermaßen ähnlich, aber die Behandlung in der Abteilung am Lehrkrankenhaus verursachte eine geringere Belastung der Angehörigen und wurde mit weit weniger unbefriedigten Bedürfnissen verbunden.

Leider konnten die Autoren nicht die Möglichkeit ausschließen, daß das Lehrkrankenhaus Patienten mit besserer Prognose aufnahm, wenngleich dies nicht wahrscheinlich erschien. Diejenigen, die sich für Kosten- und Finanzierungsfragen interessieren, finden in dem Artikel auch eine Gegenüberstellung der jeweiligen Behandlungskosten in diesen beiden Einrichtungstypen.

Amerikanische Autoren haben wenig Hoffnung, daß Allgemeinkrankenhäuser, die ja weitgehend von Chirurgen, anderen Fachärzten und der Verwaltung dominiert werden, den Wünschen der Psychiater, auch für chronisch Kranke Raum zur Verfügung zu stellen, ein offenes Ohr schenken werden. Die Situation in Großbritannien ist da vielleicht etwas anders. Zum einen haben weder die Sozialphilosophie des Wohlfahrtsstaates noch die allmähliche Verringerung der Patientenzahlen in psychiatrischen Krankenhäusern irgendwo dazu geführt, daß eine rasche Verlegung von dafür ungeeigneten chronischen Patienten in die Allgemeinkrankenhäuser unter Druck vorgenommen wurde. Zweitens sind die leitenden Psychiater in Großbritannien häufig ausgebildete Internisten, die durchaus in der Lage sind, sich in den Entscheidungsgremien Gehör zu verschaffen. Und schließlich hat man nicht darauf bestanden, die psychiatrischen Patienten in Stationen des traditionell medizinischen Typs direkt neben gynäkologischen oder chirurgischen Stationen unterzubringen. Darüber hinaus gibt es Beschreibungen neuer Abteilungstypen, die eine praktischere und akzeptable Unterbringungsmöglichkeit für Langzeit- und chronische Patienten bieten und die auch auf dem Gelände von Allgemeinkrankenhäusern eingerichtet werden könnten (Bennett u. Morris 1983).

Abschließend möchte ich noch auf die Vorzüge einer psychiatrischen Abteilung für solche Patienten hinweisen, die an psychoorganischen Krankheiten

leiden, da die Einfügung der psychiatrischen Abteilung ins Allgemeinkrankenhaus die Kooperation zwischen Psychiatern und anderen Fachärzten ebenso wie zwischen Pflegekräften mit psychiatrischer oder allgemeiner Ausbildung erleichtert. Zu den Vorzügen einer gemeindenahen Versorgung gehört auch die Möglichkeit, den Angehörigen ebenso wie den Patienten zu helfen, tagesklinische Behandlung leichter betreiben und die Angebote der Sozialdienste, freiwilliger Organisationen und der Wohnungsverwaltung integrieren zu können. Es ist ungewiß, ob die psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus die Scham und Geheimniskrämerei, welche psychische Krankheit umgeben, verringern wird oder nicht; doch in England wenigstens gilt weithin, daß die meisten, die ins Krankenhaus gehen müssen, sich lieber im örtlichen Krankenhaus als irgendwoanders behandeln lassen, welche Krankheit auch immer sie haben mögen.

Die Gesundheitsregionen in England und Wales (jeweils unterteilt in Distrikte zu ca. 200000 Einwohnern).



- BENNETT, D. und MORRIS, I. (1983): Deinstitutionalization in the United Kingdom, *int. J. Ment. Health*, 11, 5—23.
- Department of Health and Social Security (1971): *Hospital Services for the Mentally Ill*, London: H.M.S.O.
- (1975): *Better Services for the Mentally Ill*, London: H.M.S.O.
- FREEMAN, H. (1983): *District Psychiatric Services: Psychiatry for defined populations*, Chapter 16 in: *Mental Illness: Changes and Trends*, hrsg. von Bean, P., Chichester: Wiley.
- HILL, D. (1969): *Psychiatry in Medicine: Retrospect and Prospect*, London: Nuffield Provincial Hospital Trust.
- JONES, R., GOLDBERG, D. und HUGHES, B. (1980): A Comparison of two different services treating schizophrenia: a cost-benefit approach, *Psychological Medicine*, 10, 493—505.
- KESSEL, N. (1973): The district general hospital is where the action is. Chapter 3 in: *Policy for Action*, hrsg. von Cawley, R., und McLachlan, London: Oxford University Press.
- MAHADEVAN, S., und FORSTER, D. P. (1982): Psychiatric units in district general hospitals and traditional mental hospitals: some recent evidence, *Brit. J. Psychiat.*, 140, 160—165.

Die psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus in den Niederlanden

Th. B. Kraft

1931 wurde in den Niederlanden die erste Psychiatrische Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus gebaut, und zwar in Arnheim. Vorbild für die Form und den Inhalt des Baus war die Universitätsklinik für Psychiatrie in Amsterdam. Wahrscheinlich war es der damalige Direktor des Krankenhauses, der sich insbesondere dafür eingesetzt hat, und nicht der Nervenarzt, der Psychiater Schnitzler, der nachher der Leiter der Abteilung wurde.

In Arnheim errichtete man diese Abteilung annex dem Gemeindekrankenhaus. Ein Jahr später wurde die nächste PAAZ fertig und zwar im Elisabeth Spital. (PAAZ ist eine Abkürzung im Holländischen für: Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis. Im Deutschen würde man sagen: PAAK, d. h. Psychiatrische Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus). Dies geschah auf Anregung eines anderen Nervenarztes, der seine Patienten ebenfalls im eigenen Arbeitsraum behandeln wollte.

Bis zum 2. Weltkrieg wurden nur noch zwei weitere PAAZ-en in Holland errichtet.

In den ersten Jahren war die PAAZ am Gemeindekrankenhaus ein Vorbild für viele in der Folgezeit gegründete Stationen. Die Abteilung war ausgestattet mit Abschlußmechanismen und Verriegelungen und enthielt vier Isolationszellen mit Schleuse. An der linken Seite der Empfangshalle gab es zwei Zimmer mit acht Betten für Männer und an der rechten Seite zwei gleiche Zimmer für Frauen. Ein geeigneter Aufenthaltsraum für tägliche Beschäftigungen war noch nicht vorhanden, aber man konnte sich dennoch einigermaßen unterhalten. Die Bettverpflegung war teilweise noch üblich. Nach dem Kriege wurde die Abteilung vergrößert und ausgestattet mit Arbeitstherapie-Räumen, einem Pflanzengewächshaus und Erholungsräumen. Auch die Bettenkapazität wurde vergrößert bis auf 32. 1975 wurde die Bettenzahl wieder zurückgebracht auf 24, um einen größeren Komfort für die Patienten zu gewährleisten. In der Nachkriegszeit sind in den Niederlanden mittlerweile mehr als 80 PAAZ-en eröffnet worden. Die Größe wechselt von 12 bis zu 50 Betten. Auch die Führung ist ganz verschieden und hängt ab von der Ausbildung und Vorliebe des leitenden Psychiaters. Um einige Richtlinien zusammenzustellen für eine mehr zweckmäßige und einheitliche Führung, wurde 1974 eine Nationaler Beratungsausschuß zusammengestellt. Diese Kommission erstellte 1978 einen Bericht, in welchem sie einige Normen zur Führung einer psychiatrischen Abteilung aufstellte. Im Juni 1982 erschien die erste Probearbeit über „Funktionen und Funktionieren einer PAAZ“ von Paul van Alphen. Inzwischen hatten sich die Psychiater der verschiedenen PAAZ-en in einer Sektion des Niederländischen Vereins zusammengeschlossen. Unter dem Namen „Liaison und PAAZ-Psychiatrie“ fing sie 1977 ihre Arbeit an. Jährlich treffen sich die

Psychiater zweimal; in jedem Herbst organisieren sie in einer bestimmten PAAZ in Holland eine Tagung.

In meinem Referat will ich jetzt näher die verschiedenen Funktionen einer psychiatrischen Abteilung beschreiben, wie sie in Holland praktiziert werden. Dabei wird wahrscheinlich nicht viel Neues geboten, während man, wie schon gesagt, abhängig von der örtlichen Situation und den Ansichten des Psychiaters, große Unterschiede in Arbeitsmethoden finden wird. Dennoch will ich versuchen, die gemeinschaftlichen Funktionen und Leitfäden für Sie deutlich zu machen.

1. Klinische Funktion

Die meisten PAAZ-en nehmen insbesondere Patienten mit kurzdauernden Krankheiten und Zuständen auf, z. B. Depressionen von verschiedener Art, neurotische und andere Dekompensationen und kurzverlaufende Psychosen. Insbesondere ist die PAAZ geeignet, symptomatische und organisch bedingte Psychosen zu behandeln, weil diese häufig im Allgemeinkrankenhaus entstehen. Weiterhin ist es in vielen PAAZ-en üblich, bei Alkoholsüchtigen kurze Entwöhnungskuren mit Disulfiram durchzuführen. Die psychiatrische Abteilung ist auch die richtige Stelle für die Observation von Alterspsychosen und undeutlichem psychischen Verhalten in der Gesellschaft oder zur Lösung einer unerträglichen häuslichen Situation. Die Verweildauer soll nach Möglichkeit drei Monate nicht überschreiten. Wenn jemand längere klinische Therapie braucht, wird am besten um weitere Behandlung in einer Anstalt angefragt. In der letzten Zeit — ich gehe später noch ausführlich darauf ein — ist Holland von der Behörde aus aufgeteilt in 60 Kreise für seelische Gesundheitspflege, und jede PAAZ hat ständige Beziehungen zu dem psychiatrischen Krankenhaus in ihrer Region.

In der PAAZ soll ein richtiges therapeutisches Klima herrschen, d. h. eine ganz andere Atmosphäre als im übrigen Krankenhaus. In den meisten psychiatrischen Abteilungen sind die Krankenzimmer gemütlich mit niedrigen Betten und mit Raum für Privatbesitz eingerichtet. Die Pfleger und Schwestern sind meistens nicht in Weiß gekleidet, und man bietet ein Tagesprogramm mit verschiedenen Aktivitäten, sogar außerhalb des Krankenhauses. Die PAAZ ist nicht eine therapeutische Gemeinschaft, wie Maxwell Jones sie schuf, dafür ist die Bevölkerung zu different und abwechselnd. Die durchschnittliche Verweildauer der Patienten belauft sich auf 1 bis 1 ½ Monate. So ist auch langlaufende Psychotherapie, individuell oder in Gruppen, in einer PAAZ schwer durchzuführen. Am besten läßt sich die Verhaltens- und Direktive Therapie in Anwendung bringen. In unserer Heimat gibt es noch immer einige PAAZ-en, die die Elektroschocktherapie anwenden, insbesondere bei psychotischen Depressionszuständen oder Melancholien. Diese Abteilungen eignen sich besonders für eine solche Behandlung, weil ein Anästhesist sofort aus dem Krankenhaus angefordert werden kann. Diese Umstände gelten nicht für das psychiatrische Fachkrankenhaus. Heutzutage hat sich die Praxis dieser Therapie auf einige bestimmte PAAZ-en konzentriert.

Wie in anderen Ländern hat jede PAAZ auch in den Niederlanden eine Beschäftigungstherapeutische Abteilung und einen Raum für kreative Therapie. Wenige verfügen über einen eigenen Raum für Bewegungstherapie, so daß viele einen Übungsraum für physische Therapie im Hauptkrankenhaus benutzen. Wichtig ist es auch, immer eine Anlage um die PAAZ herum anzulegen fürs Sporttreiben wie Volleyball oder ähnliches. Selbstverständlich gibt es wöchentlich Teambesprechungen mit allen Mitarbeitern (mit oder ohne Patienten).

Die Funktion des Psychologen ist teilweise diagnostisch, teilweise therapeutisch, z. B. als Leiter einer Gruppenbesprechung. Das Arbeiten in Gruppen ist sehr verschieden in den PAAZ-en und hängt von vielen Faktoren ab. Sehr wichtig ist die Arbeit des Sozialfürsorgers bei einer PAAZ. Er ist vor allem das Bindeglied mit der Gesellschaft und insbesondere mit dem sozialen Umfeld (den Angehörigen) des Patienten. Dieses Umfeld soll immer bei der Behandlung und in den Teambesprechungen einbezogen sein. Einige PAAZ-en in Holland verfügen sogar über mehrere Sozialfürsorger. In Arnheim sind die Sozialfürsorger im Dienst des städtischen Gesundheitsamtes. In der Praxis stellen sich diese Umstände als ein Vorteil heraus.

2. Tagesklinik-Funktion

Die meisten PAAZ-en in Holland geben den klinischen Patienten die Möglichkeit zur Fortsetzung der Behandlung im Tagesverband. Wenige aber haben eine offizielle Tagesklinik in Betrieb. Das gilt zumal für die PAAZ-en, wo keine andere Tagesklinik in der Nähe ist. In unserer Region gibt es zwei Tageskliniken. Deshalb ist es uns nicht gestattet, noch eine im Krankenhaus zu betreiben. Wir beschränken uns also in der Tagesnachbehandlung nur auf dafür geeignete stationäre Patienten.

3. Poliklinik-Funktion

Poliklinische Begleitung ist der nächste Schritt für die Patienten. Jede PAAZ in Holland hat ihren poliklinischen Raum, in den besten Fällen bei der Klinik, aber möglichst mit einem Separateingang. Die poliklinischen Aktivitäten brauchen keine nähere Erläuterung. Ein typisches Verfahren außer der Gesprächs- und medizinischen Begleitung ist die gesonderte Depotneuroleptische und die Lithiumprophylaktische Sektion. Die Kontrolle dieser Therapieform ist eine typische Beschäftigung des PAAZ-Psychiaters, assistiert von einem oder mehreren Pflegern. In wenigen PAAZ-en gibt es die Möglichkeit, Gruppentherapie oder Familientherapie poliklinisch auszuüben. Solche Behandlungen erfordern großen Zeitaufwand, und der Psychiater ist dann für die immer sich anmeldenden akuten Fälle nur schwer zu erreichen. Übrigens haben ungefähr 50 % der PAAZ-Psychiater ein Dienstverhältnis mit dem Krankenhaus, während die andere Hälfte frei niedergelassen und mit Krankenkassen verbunden ist. Die letzte Gruppe kann sich eine langfristige Familientherapie oder derartige Therapien meistens nur schwer leisten.

4. Konsultative Funktion

Diese Funktion ist sehr wichtig und ist ein wesentlicher Teil unserer Arbeit. Sogar ohne PAAZ muß ein Psychiater in einem Allgemeinkrankenhaus erreichbar sein für konsultative Zwecke. In Holland gibt es nur noch einige Gebiete, wo kein PAAZ errichtet ist, z. B. die Großstadt Den Haag. Hier hat eine psychiatrische Anstalt eine offizielle Klinik gegründet, die etwa wie eine PAAZ funktioniert, aber wo keine anderen Spezialisten unmittelbar zur Verfügung stehen. In dem großen Allgemeinkrankenhaus „Leyenburg“ in Den Haag arbeiten Psychiater und Psychologen in einer typischen Liaison-Funktion. Sie leisten nicht nur Konsultarbeit, sondern sie haben auch eine psychohygienische Aufgabe, z. B. bei den Patienten mit Nierendialyse oder mit Herzerkrankungen. Sie sind als Liaison-Helfer ebenfalls verantwortlich für das gute Verhältnis der Spezialisten untereinander und mit dem Pflegepersonal. Der Psychiater M. Hengeveld hat neulich über die Behandlung und Lösung dieser Art Konflikte eine Arbeit veröffentlicht. Übrigens sollten obenerwähnte Psychiater weiterhin Hilfe leisten bei der Sterbebegleitung und bei den Folgen von Katastrophen, allerdings zusammen mit den Sozialfürsorgern. Diese Aufgaben gibt es auch für die PAAZ-Psychiater, die sie in der Praxis am besten in einem Dienstverhältnis leisten können. An erster Stelle soll aber die konsultative Funktion aufrecht erhalten bleiben, weil sie direkt kurativ gerichtet ist. Der Vorteil einer PAAZ an einem Krankenhaus ist direkt ersichtlich, falls man einen Patienten, der es nötig hat, (meistens sofort) auf die eigene Abteilung übernehmen kann. Es ist angebracht, den psychiatrischen Patienten die höchste Priorität zu widmen, die von anderen Stationen angeboten werden. Ein wichtiger Anteil der Konsultate besteht aus den Suicidversuchen, die zuerst bei der Unfallstelle des Krankenhauses eingeliefert werden. Diese Konsulte erreichen uns direkt oder via einer internistischen oder chirurgischen Station. Diese Art Krisenunterbrechung bedarf immer wieder der schnellen und sachverständigen Hilfe, die bisweilen zeitraubend ist. Es ist meine Erfahrung, daß man im Laufe der Jahre sehr oft dieselben Patienten auf der Unfallstation wieder sieht. Man weiß dann sofort Bescheid, und das erleichtert und verkürzt manchmal die Arbeit. Natürlich muß man einen Teil dieser Suicidpatienten in der PAAZ unterbringen, aber trotzdem muß man auch vorläufige Lösungen der Krise finden können. Es ist interessant mitzuteilen, daß im Gemeindekrankenhaus in Arnheim jedes Jahr ungefähr hundert Leute mit einem Suicidversuch eingeliefert werden, meistens unternommen mit Psychopharmaka und oft zusammen mit Alkohol. In unserem Krankenhaus gilt das Prinzip, daß jeder Suicid-Patient vom Psychiater untersucht werden soll.

5. Ausbildungsfunktion

Das Gemeindekrankenhaus ist ein Affiliationskrankenhaus, d. h. daß zusammengearbeitet wird mit einem Universitätskrankenhaus. Für unsere Gegend ist es Nimwegen. Alle sechs Wochen kommen je zwei Studenten der Medizin von der Nimweger Universität in unsere PAAZ zur praktischen Ausbildung in der Psychiatrie. Von der Fakultät haben wir eine Unterrichtsberechtigung bekommen. Auch examinieren wir regelmäßig Studenten.

Eine offizielle Anerkennung zur Ausbildung junger Ärzte im Fach Psychiatrie gibt es für PAAZ-Psychiater nur sehr selten. Ich kenne im Lande nur drei Orte, und in der nächsten Zukunft hat man sogar die Absicht, diese Ausbildungsmöglichkeit zu beenden.

6. Lokalisierung der psychiatrischen Abteilung

Van Alphen hat sich in seiner Probearbeit eingehend mit der Lage und dem Bau einer PAAZ auseinandergesetzt. Er hat dafür sogar eine Untersuchung mit Umfrage gemacht. Es stellte sich heraus, daß keine einheitliche Meinung hierüber zu finden ist. Das ist sehr gut verständlich, weil auch die Wünsche und Forderungen, die die Psychiater stellen, noch sehr verschieden sind. Es gibt noch viel „Hobbyismus“ in unserem Fachgebiet. In der letzten, wirtschaftlich schlechten Zeit wird für Neubauten aber ein knappes Modell geführt, wie es überall der Fall ist. Man kann also nicht mehr seine eigene Vorliebe in Anwendung bringen. In der Praxis liegen die meisten Abteilungen für Psychiatrie abseits vom Krankenhaus, manchmal verbunden mit einem Korridor; meines Erachtens die beste Lage. Selbstverständlich muß die Lokalisation Parterre sein. Einige PAAZ-en sind viereckig mit Patios angelegt, die man auch zur Erholung benutzen kann. Die poliklinische Abteilung wird am besten ebenfalls in diesem Komplex untergebracht, z. B. am Eingang gelegen oder mit separatem Eingang. Pflege in einer höheren Klasse ist in den meisten PAAZ-en nicht mehr vorhanden. Das größte Problem ist immer wieder, wie auf einem beschränkten Raum sehr verschiedene Patienten zu behandeln sind. Die Aufnahme von aseptisch akuten Krankheitsfällen ist ohne Belästigung für die übrigen Bewohner eine sehr schwierige Aufgabe. Deswegen ist beim Neubau zu empfehlen, eine kleine „Unruheabteilung“ für vier oder fünf Patienten separat einzurichten mit Isolationsmöglichkeit. Am besten für diese Art Patienten wäre es, ein Stockwerk über dem Erdgeschoß zu bauen. Falls sie aus einem Fenster springen wollen, ist es nicht so hoch, daß man sofort tödliche Verletzungen zu befürchten hätte. Außerdem ist für das Pflegepersonal auf diese Weise die Überwachung viel einfacher.

Noch immer gibt es in Holland Krankenhäuser, wo die psychiatrischen Abteilungen Teil eines Flügels der Krankenhäuser sind, ohne Erweiterungsmöglichkeit, und wo die Atmosphäre zu stark nach Hospital riecht.

Schlußbemerkungen

Es ist schwierig, Ihnen einen genauen Eindruck zu geben vom alltäglichen Leben in einer PAAZ in den Niederlanden, zumal auch keine festen Regeln für die Führung einer psychiatrischen Abteilung zu geben sind. Auch die Zusammenarbeit mit dem psychiatrischen Fachkrankenhaus ist nicht überall gleich. Es gibt Fälle, wo Patienten in der einen Stadt in eine Anstalt eingeliefert werden, während Andere mit vergleichbaren Symptomen in einer benachbarten Stadt meistens in eine PAAZ kommen.

Wenn das große Fachkrankenhaus kein leeres Bett zur Verfügung hat, muß ein

Patient bisweilen in einer PAAZ verbleiben, bis er übersiedeln kann. In unserem Kreis ist die Zusammenarbeit mit dem Fachkrankenhaus sehr gut. Regelmäßig werden von hier aus Patienten in die PAAZ zur Behandlung mit Elektroschock überwiesen. Kürzlich (seit dem 1. Januar 1983) hat sich im ambulanten sozial-psychiatrischen Sektor überdies eine neue Organisation entwickelt, nämlich die sogenannte RIAGG (Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, im Deutschen: Regionale Anstalt für Ambulante Seelische Gesundheitspflege), in dieser Organisation — man schuf insgesamt 60 Kreise — sind regional viele Dienste untergebracht, wie die Vor- und Nachsorge für psychiatrische Patienten, die Erziehungs- und Familienberatungsstelle und ein Psychotherapeutisches Zentrum. Regelmäßige Kontakte müssen selbstverständlich mit den PAAZ-en unterhalten werden und ebenfalls mit den Alkohol- und Suchtberatungsstellen zur Bestimmung der Nachsorge und Rehabilitation der Patienten.

Wie überall auf der Welt hat sich die psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus immer mehr bewährt. Sie hat ihren endgültigen Platz gefunden im Ganzen der psychiatrischen Betreuung, und ihre Vorteile sind nicht gering:

1. Schnelle und intensive Hilfe, poliklinisch oder klinisch für Akutpsychiatrie;
2. Kurzfristige klinische Behandlung und Observation ohne die Stigmatisierung einer psychiatrischen Anstalt;
3. Die Möglichkeit einer Dauerbehandlung durch denselben Psychiater auf der Station, im tagesklinischen Verband oder poliklinisch;
4. Sofortige Hilfe anderer Spezialisten im Falle eventueller organischer Leiden und umgekehrt;
5. Im allgemeinen kann schnellere Hilfe geleistet werden im Gegensatz zu den meisten Anstalten;
6. Niedrigere Schwelle hinsichtlich einer Anmeldung.

Natürlich müssen wir unsere Beschränkungen auch kennen und sie berücksichtigen. Ich nenne:

1. Für längerdauernde Behandlung gibt es keine geeignete Hilfe;
2. Beschränkter Raum, auch für beschäftigungstherapeutische Möglichkeiten in Hinsicht auf langfristige Behandlungen mit dem Nachteil einer möglichen notwendigen Verlegung in eine Anstalt;
3. Zu viel Variation der Patientenbevölkerung und zu kurze Verweildauer, wodurch gezielte und längerdauernde Therapiearten (auch in Gruppen) nicht befriedigend durchgeführt werden können;
4. Schwierigkeiten bei der Unterbringung vieler Typen von Patienten mit verschiedenen Bedürfnissen, wobei individuelle abnorme Reaktionen nicht gut vorauszusehen sind.

Ich hoffe, Ihnen einen Eindruck gegeben zu haben von der Welt der PAAZ-en in Holland. Ich denke, daß unsere Probleme wenig abweichen von denen in Ihrer Heimat. Gerne möchte ich behaupten, daß die psychiatrische Arbeit in einer PAAZ zwar anstrengend, aber dennoch sehr fesselnd ist. Jeden Tag erlebt man Überraschungen, seien es angenehme oder unangenehme, aber es ist schön, dennoch viel Freude und Dankbarkeit empfinden zu dürfen.

Die Psychiatrische Klinik der Evangelischen und Johanniter Krankenanstalten Duisburg-Nord/Oberhausen GGmbH

G.-K. Köhler

1. Allgemeine Kennzeichen der Arbeit Psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern

Veränderungen der psychiatrischen Kultur wirken sich nicht nur auf das Leben, die Krankheit und die Befindlichkeit der psychiatrischen Patienten aus, sondern prägen auch die Arbeit der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Die von UCHTENHAGEN (1982; 14) genannten Charakteristika der zweiten Hälfte unseres Jahrhunderts, die für die Psychotiker und die Psychose-Behandlung in der ambulanten Psychiatrie heute bedeutsam sind, nämlich Wertpluralismus, beschleunigtes Tempo der Veränderungen in vielen Lebensbereichen und daraus resultierender Zwang zur dauernden Neuorientierung, zur „education permanente“, zum fortwährenden Umlernen, können auch als allgemeine Kennzeichen unserer Arbeit gelten. Berichte über Gründung und Entwicklung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern geraten leicht zu Leistungsstatistiken, deren Zahlenkolonnen die Notwendigkeit der Einrichtung und den Weitblick ihrer Planer und Gründer eindrucksvoll belegen. Man ist versucht, durch die Darstellung eines „weitgefächerten Therapieangebotes“ Qualität, Fleiß und Engagement der Mitarbeiter deutlich werden zu lassen oder — angesichts ideologischer Meinungsverschiedenheiten über die richtige Psychiatriepolitik der Zukunft, z. B. zwischen „Edelpsychiatrie“ und „Arme-Leute-Psychiatrie“ — die besonders fortschrittliche Position der eigenen Abteilung nachzuweisen. Eine andere Versuchung besteht darin, die nach wie vor große Bedeutung der psychiatrischen und psychologischen Mitarbeiter der Abteilung gegenüber der Tätigkeit anderer Teammitglieder, vor allem aber im Vergleich zu den Möglichkeiten der Selbsthilfegruppen und Laienhelfer ebenso zu bagatellisieren wie die Notwendigkeit einer differenzierten psychotherapeutischen Weiterbildung aller Mitarbeiter, vor allem aber der in Ausbildung befindlichen Ärzte.

Wie F. BÖCKER (1983; 3) kürzlich in einem Referat zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung ausführte, wird bei der grundsätzlichen Ablehnung einer stationären psychiatrischen Behandlung übersehen, daß bei vielen psychischen Erkrankungen eine stationäre Therapie die Methode der Wahl ist und schneller zum Erfolg führen kann als ambulante oder andere Bemühungen in der Region. Es bleibt auch abzuwarten, ob eine solche Tendenz in der Berichterstattung über die Arbeit psychiatrischer Abteilungen in der Bundesrepublik Deutschland heute und in Zukunft tatsächlich die Zusammenarbeit mit den Berufsgruppen, Organisationen und Institutionen in der Region erleichtert und im Hinblick auf die Versorgung für den Patienten günstiger und hilfreicher ist. Diskussionen über psychiatrische Abteilungen lassen sehr allgemeine Kennzeichen der Arbeit dieser Institutionen erkennen: In der Ära nach der

Psychiatrie-Enquete des Jahres 1975 vollzieht sich die Entwicklung psychiatrischer Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus in der Tat recht pragmatisch, um das vorgegebene Ziel einer umfassenden, gemeindenahen psychiatrischen Versorgung bald und nicht in ferner Zukunft zu erreichen. Der Pragmatismus, der Planung, Gründung, Entwicklung, Aufbau und Ausbau der Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern kennzeichnet, entstand dabei nicht nur unter dem Druck der raschen Deckung des Bedarfs an stationärer und ambulanter psychiatrischer Versorgung nach der deprimierenden Bestandsaufnahme der Psychiatrie-Enquete und den richtungsweisenden Empfehlungen von damals. Vielmehr beeinflussen viele soziale, kulturelle, historische, auch verkehrstechnische, in zunehmendem Maße aber vor allem wirtschaftliche Besonderheiten der Region, der Institution, insbesondere der Trägerschaft der Abteilung die Entwicklung unserer Kliniken. Diese sich ändernden Verhältnisse erfordern ein hohes Maß an Kompromiß- und Kooperationsbereitschaft, sowohl von der psychiatrischen Abteilung, als auch vom Umfeld, d. h. vor allem von der Trägerschaft und von „extramuralen Diensten“.

Gesellschaftliche Veränderungen, zunehmende regionale und überregionale wirtschaftliche Probleme und Krisen, z. B. die Arbeitsmarktfuge in der Region und die Belegung der somatischen Abteilungen des jeweiligen Allgemeinkrankenhauses, bestimmen die Einrichtung und Entwicklung der psychiatrischen Abteilung mit. Ihr Ausbau vollzieht sich unter den sich wandelnden Bedingungen psychosozialer Arbeit in der Region außerhalb der psychiatrischen Institution, die erst durch die Realisierung des Konzeptes einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung und Einrichtung der psychiatrischen Abteilung als „Psychiatrisches Behandlungszentrum“ bzw. in ihrer Folge entstehen. Die endlich vollzogene Integration der psychoanalytischen Theorie bzw. zahlreicher psychotherapeutischer Verfahren in die Psychiatrie und die zunehmende Bedeutung der Psychosomatik in der modernen Medizin sind ebenso zu berücksichtigen wie das Vordringen von Naturheilverfahren als Ergänzung „schulmedizinischer“ Heilmethoden.

Übersieht man die Entwicklung psychiatrischer Abteilungen, die — wie die Psychiatrische Klinik der Evangelischen und Johanniter Krankenanstalten Duisburg-Nord/Oberhausen GGmbH — erst seit wenigen Jahren bestehen, dann ist unverkennbar, daß nicht nur Strukturen und Formen, Organisation oder Management der psychiatrischen Abteilung einem dauernden Wandel unterzogen sind, sondern auch ihre Konzepte immer wieder reflektiert und revidiert werden. Im Dialog einzelner Abteilungen miteinander wird deutlich, daß es ein allgemeinverbindliches Konzept *der* psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus offenbar nicht gab, als die Enquete-Kommission ihren Vorschlag erarbeitete, „wo immer möglich, psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zu errichten“ (1975; 2), und auch bis heute noch nicht entwickelt wurde, obwohl psychiatrische Kliniken oder Stationen auch schon in der Zeit vor der Psychiatrie-Enquete an Allgemeinkrankenhäusern existierten und auf eine bald jahrzehntelange Erfahrung zurückgreifen können. Neben Pragmatismus und Kooperationsbereitschaft sowie Flexibilität vollzieht

sich die Arbeit der Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern in einem ständigen Wechselspiel auch zu den sich ihrerseits formal und konzeptuell wandelnden psychiatrischen Universitätskliniken und Großkrankenhäusern und dem — vor allem unter dem Einfluß von Psychotherapie und Psychoanalyse — sich ändernden Berufsbild der in freier Praxis tätigen Nervenärzte, Psychiater und Psychotherapeuten. Dieser dialektische Prozeß führt dazu, daß in den psychiatrischen Abteilungen eine neue, zumindest eine andere Art klinischer Psychiatrie betrieben wird. Diese neue klinische Psychiatrie der psychiatrischen Abteilungen, die „Abteilungspsychiatrie“, wurzelt in der deutschen Universitätspsychiatrie und leugnet ihre Ursprünge — insbesondere ihre Beziehung zur deskriptiven Psychopathologie und biologischen Psychiatrie — nicht. Sie nutzt andererseits die Erkenntnisse der deutschen Anstaltspsychiatrie und profitiert von den sozialpsychiatrischen bzw. gemeindepsychiatrischen Erfahrungen der europäischen Nachbarstaaten. Psychiatrische Abteilungen integrieren psychotherapeutische Theorien und Methoden in die klinische Psychiatrie ebenso wie in die tägliche Praxis klinisch-psychiatrischer Diagnostik und Therapie. Im Verlauf dieser dialektischen Prozesse ist die Abteilungspsychiatrie im Begriff, ihr Selbstverständnis zu finden, ihre Eigenständigkeit zu bestimmen, ihre Möglichkeiten, aber auch ihre Grenzen zu erkennen. Diese Selbstfindung und Selbstbestimmung der psychiatrischen Abteilung ist notwendig, damit sie angesichts einer sich verändernden Situation in der Versorgung psychiatrischer Patienten innerhalb und außerhalb von Krankenhäusern und Ambulanzen ihre psychiatrischen Aufgaben weiterhin mitbestimmen und auch erfüllen kann sowie ihre Bedeutung als integraler und integrierender Bestandteil der gemeindenahen psychiatrischen und psychosozialen Versorgung behält. Während heute die meisten Erfahrungsberichte über die Arbeit psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zum Rückblick auf das in den letzten Jahren Erreichte werden, eine Bestandsaufnahme ihrer derzeitigen Leistungsfähigkeit sein können und ihre mehr oder weniger gute Integration in die Gesamtheit der Gemeindepsychiatrie in einer Region belegen oder nicht belegen, dürften die Schwerpunkte zukünftiger Untersuchungen und weiterer Berichte wieder mehr auf dem Konzept, der Bedeutung in der Region und der dafür notwendigen Struktur sowie auf der räumlichen und personellen Ausstattung der psychiatrischen Abteilungen liegen.

2. Zur Situation der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der Städte Oberhausen und Duisburg zur Zeit der Gründung unserer Abteilung im Jahre 1978

Als die Psychiatrische Klinik der Evangelischen und Johanniter Krankenanstalten Duisburg-Nord/Oberhausen GGmbH nach einem Förderungsantrag vom 17. 5. 1977 aufgrund des Bewilligungsbescheides des Regierungspräsidenten in Düsseldorf im Einvernehmen mit dem Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Herrn Minister Professor Friedhelm Farthmann, am 6. 12. 1977 gegründet, nach einem Jahr des Neu- und Umbaus am 9. 11. 1978 bezogen und am 18. 5. 1978 eröffnet wurde, standen in einem

sehr dicht besiedelten industriellen Großraum, der vor allem die Städte Duisburg und Oberhausen umfaßt, und in dem etwa 1,2 Millionen Einwohner leben, erst einmal 80 weitere psychiatrische Betten zur Verfügung, die — im Vergleich zu den weiter entfernt liegenden Rheinischen Landeskliniken Bedburg-Hau und Viersen — als gemeindenah gelten konnten.

Wir haben an anderer Stelle (KÖHLER, 1979, 1981, 1982; 5—9) über den Aufbau und auch über die bei Gründung der Abteilung im Jahre 1979 bestehende Situation der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung in dieser Region ausführlich berichtet. An dieser Stelle soll nur auf den Umstand hingewiesen werden, daß mit Gründung unserer Klinik für die Stadt Duisburg im Jahre 1979 erstmals 40 gemeindenah psychiatrische Betten zur Verfügung standen und für die Stadt Oberhausen — unter Einbeziehung der psychiatrischen Abteilung des St.-Josef-Hospitals Oberhausen (Chefarzt Dr. W. Fuchs) rund 120 gemeindenah psychiatrische Betten genutzt werden konnten. Andere psychiatrische Kliniken oder psychiatrische bzw. psychotherapeutisch-psychosomatische Tageskliniken gab es damals noch nicht. Gerontopsychiatrische Abteilungen oder eine Spezialklinik für Suchtkranke fehlten in der Region.

In Duisburg und Oberhausen arbeiteten damals nur wenige Nervenärzte. Die Zahl der Beratungsstellen, z. B. für Drogenabhängige, und der psychosozialen Einrichtungen, vor allem für Alkoholiker, war klein. Die Mitarbeiter der sozial-psychiatrischen Dienste beider Städte waren arbeitsmäßig überlastet. In Duisburg bereitete es Mühe, den Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Duisburg personell ausreichend zu besetzen. Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften bestanden weder in Duisburg noch in Oberhausen. Alle Patienten, die gegen ihren Willen nach dem Unterbringungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen, dem sog. PsychKG, in eine geschlossene Abteilung eingewiesen werden mußten, wurden in die damals zuständigen Landeskliniken Bedburg-Hau und Viersen, Dortmund-Aplerbeck, Warstein und einige andere Kliniken verlegt.

Blickt man nach fünf Jahren zurück, dann bleibt nur das traurige Resümee: Die Stadt Duisburg gehörte im Hinblick auf eine gemeindenah stationäre, teilstationäre und ambulante psychiatrische bzw. psychosoziale Versorgung, im weiteren Sinne aus gemeindepsychiatrischer Sicht, damals zu den rückständigsten und am schlechtesten versorgten Städten bzw. Regionen der Bundesrepublik Deutschland.

Auf der Zielplankonferenz für den Bereich Sonderkrankenhäuser im Landesteil Rheinland am 26.6. 1978 in Viersen wurde deshalb die Psychiatrische Klinik der Evangelischen und Johanniter Krankenanstalten Duisburg-Nord/Oberhausen GGmbH nicht nur mit 80 Betten in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommen, sondern auch der Ausbau auf 200 Betten vorgesehen, um den spürbaren Mangel an psychiatrischen Krankenhausbetten zu mildern und eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine gemeindenah Psychiatrie zu schaffen, um vor allem die psychiatrischen Notfallpatienten bzw. sich selbst und andere gefährdende Patienten nach dem Landesunterbringungsgesetz nicht mehr nur gemeindefern behandeln zu können. Die Zielplanung für unsere Klinik ist im übrigen vom zuständigen Ministerium bzw. vom Regierungspräsidenten in

Düsseldorf, von den Städten Duisburg und Oberhausen, sehr tatkräftig und verständnisvoll auch vom Landschaftsverband Rheinland unter der Ägide von Herrn Prof. Dr. Kulenkampff und seinem Nachfolger Herrn Kukla, immer wieder aufgegriffen bzw. stets in ihrer Bedeutung betont bzw. in ihrer Realisierung gefördert worden.

Da der Klinik ursprünglich kein Sektor zugeordnet wurde, stellte sich uns die Aufgabe, mit der relativ geringen Kapazität von 8(3 Betten für eine Region von etwa 1 Million Einwohner möglichst viele akut psychiatrisch stationär behandlungsbedürftige Patienten, auch im Sinne einer stationären psychiatrischen Krisenintervention, suizidale Patienten und andere Patienten mit überwiegend kurzer Verweildauer aufzunehmen.

Nach der Fusion der Evangelischen Krankenanstalten Duisburg-Nord in Duisburg-Fahrn (einem nördlichen Teil der Stadt Duisburg) mit dem Johanniter Krankenhaus in Oberhausen-Sterkrade, wurde unter der Leitung des Aufsichtsratsvorsitzenden Herrn Professor Cordes mit der Einrichtung der „Psychiatrie“ durch Umbau eines ehemaligen Schwesternwohnheims auf dem Gelände des Johanniter Krankenhauses in Oberhausen-Sterkrade in eine Psychiatrische Klinik begonnen. Die Umwandlung nicht mehr belegter Teile somatischer Abteilungen, die Schließung der Gynäkologisch-geburtshilflichen Klinik sowie eine zielplanmäßige Verkleinerung der Chirurgischen Klinik folgten. Die Psychiatrische Klinik verfügt heute über 100 Betten in drei offenen und einer geschlossen geführten Abteilung. Mit Ausnahme weniger Drei-Bett-Zimmer handelt es sich durchweg um Ein- und Zwei-Bett-Zimmer. Über die architektonische und innenarchitektonische Lösung der zahlreichen Probleme des Umbaus eines Schwesternwohnheims in eine psychiatrische Klinik und über die Inneneinrichtung, die viele Kompromisse erforderte, insgesamt aber als großzügig und anspruchsvoll bezeichnet werden darf, haben wir an anderer Stelle berichtet (KÖHLER, 1979 und 1981; 5 u. 8). Während die Eingangshalle mit Information sowie die Ambulanz innenarchitektonisch ansprechend und gut gestaltet wurden, Offenheit signalisieren und den Krankenhauscharakter mancher somatischer Abteilungen zu vermeiden suchen, ist uns dies bei dem Versuch, die langen Flure des alten Schwesternwohnheims in Aufenthaltsräume bzw. Wartezonen umzugestalten, nur teilweise gelungen. Nachteilig ist für die Zahl von 100 stationären Patienten eine in allen Bereichen spürbare räumliche Enge, vor allem in den Aufenthaltsräumen. Die Zahl der Gruppentherapie Räume erwiesen sich von Anfang an als zu klein — ein Mangel, der mit dem weiteren Ausbau gruppentherapeutischer Verfahren noch spürbarer wird und den wir bisher nicht beheben konnten. In die Benutzung der wenigen Räume müssen sich die einzelnen Abteilungen und die Ambulanz der Klinik mit den Selbsthilfegruppen (z. B. Anonyme Alkoholiker) teilen.

Von der Abteilungsstruktur her verfügen wir über mehrere allgemeinpsychiatrische Abteilungen, wobei in einer Ebene 20 bis 25 Patienten auf einer Station betreut werden, über eine Abteilung für Psychotherapie für 25 Patienten und über eine Abteilung für Verhaltenstherapie für 10 Patienten. In die Therapie aller Abteilungen ist die Videotherapeutische Abteilung einbezogen, über die

wir an anderer Stelle mehrfach berichtet haben (BAIER, KÖHLER und MILLER in den Jahren 1979 bis 1982; 1, 10, 11, 12, 13).

Die Abteilung für Beschäftigungstherapie bzw. Kreativitätstraining erwies sich ebenfalls als zu klein dimensioniert. Sie verfügt nur über vier Räume. Die Patientenküche ist in einem sehr engen Raum untergebracht. In einem alten Lager haben wir provisorisch eine Abteilung für Tanz, Bewegungstherapie und Sport untergebracht. Außerdem stehen einige Therapieräume für naturheilkundliche Methoden, Akupunktur und Moxibustion sowie für das Biofeedback zur Verfügung. Der psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulanz ist als diagnostische Abteilung die Abteilung für Klinische Elektroencephalographie angegliedert.

Zum Sozialdienst gehören zwei Sozialarbeiter für Klinik und Tagesklinik zusammen. Im Hause befinden sich die Krankenhausseelsorger. Wir verfügen über eine kleine Patientenbibliothek, die von der Abteilung für Beschäftigungstherapie betreut wird. Raumaufteilung und Abteilungsstrukturen entsprachen einer Psychiatrie ursprünglich der kurzen Verweildauern von anfänglich minimal 23 Tagen im Jahre 1979, 40 Tagen im Jahre 1983. Sie wurden in den zurückliegenden Jahren immer wieder verändert und den neuen Gegebenheiten und Erfordernissen angepaßt. Die Stationen, wie z. B. die geschlossene Abteilung, in der ursprünglich akut delirante Patienten intensivpsychiatrisch bzw. internistisch behandelt wurden, wandelten ihre Funktionen. Heute verlegen wir z. B. diese Patienten in die Intensivstation der Medizinischen Klinik unseres Hauses. Die Betonung der Psychopharmakotherapie und der psychiatrisch-psychotherapeutischen Einzeltherapie sowie der Beschäftigungstherapie trat zurück, während tiefenpsychologisch oder verhaltenstherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppentherapien sowie spezielle, z. T. selbst entwickelte beschäftigungstherapeutische Verfahren und familientherapeutische Angebote (z. T. mit Video-Unterstützung) ausgebaut wurden. Auf den einzelnen Stationen bestehen sehr differenzierte Therapieangebote und der Tagesablauf ist stark strukturiert, so daß wir die schon von HUBER in der Diskussion der 70er Jahre (1972; 4), BÖCKER im Jahre 1983 (3) und vielen anderen Autoren wiederholt ausgesprochene Forderung nach einem differenzierten Behandlungsangebot „inzwischen erprobter Behandlungsverfahren“ in nicht zu kleinen Abteilungen durchaus erfüllen.

Auch ein Blick auf die Belegungsstatistik und die Statistiken der Diagnosen-, Wohnort- und Altersverteilung unserer Patienten ergibt im Hinblick auf die Relation zwischen Kapazität der Abteilung und Aufgabenstellung einen eindrucksvollen Leistungsnachweis. Wir haben ausführliche Statistiken an anderer Stelle veröffentlicht und werden sie in Kürze zum Fünf-Jahres-Bericht über die Arbeit unserer Klinik vorlegen (KÖHLER, 1979, 1982; 5 u. 6). An dieser Stelle sollte aber ein Hinweis auf die steigenden Aufnahmezahlen unserer Klinik erlaubt sein: Schon im Jahre der Eröffnung (1979) nahmen wir 675 Patienten in die Klinik auf. Die Aufnahmezahlen stiegen im Jahre 1980 auf 743 Patienten, im Jahre 1981 auf 851 Patienten und im Jahre 1982 auf 912 Patienten an. Die Verteilung der Wohnorte der Patienten, die in den Jahren 1979 bis 1983 in

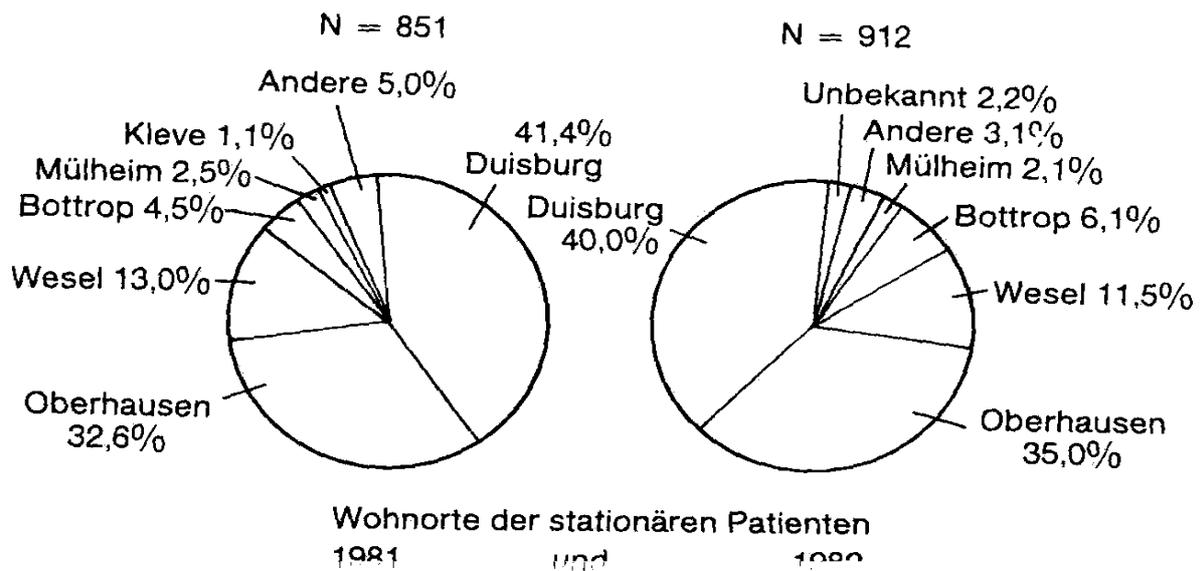


Abb. 1: Wohnortverteilung der Patienten, die in der Psychiatrischen Klinik im Jahre 1982 stationär behandelt wurden (N = 912 Patienten).

unserer Klinik stationär aufgenommen wurden (Abb. 1), zeigt, daß die Klinik ihre Aufgabe erfüllt, einen etwa gleichen Anteil von Patienten aus dem Gebiet der Stadt Duisburg und der Stadt Oberhausen aufzunehmen. Der Anteil der Patienten aus der Stadt Duisburg ging mit 50,4 % (388 Patienten) im Jahre 1979, 54,1 % (366 Patienten) im Jahre 1980, 41,4% (352 Patienten) im Jahre 1981 und 40,0% (365 Patienten) im Jahre 1982 leicht zurück. Im Jahre 1982 kamen aber bereits 62,5 % der Duisburger Patienten aus den Stadtteilen Duisburg-Hamborn und Duisburg-Walsum, also aus jenen Gebieten, die unserer Klinik als Sektoren zugeordnet wurden. Der Anteil der Patienten, die in Oberhausen wohnen, blieb mit 35,8 % (225 Patienten) im Jahre 1979, 31,6 % (256 Patienten) im Jahre 1980, 32,6 % (277 Patienten) im Jahre 1981 sowie 35,0 % (319 Patienten) im Jahre 1982 ohne wesentliche Änderung. Aufgrund der verkehrsgünstigen Lage der Klinik in unmittelbarer Nachbarschaft zum Autobahnkreuz Oberhausen ist der Anteil der Patienten aus den Regionen nördlich der Stadt Oberhausen, vor allem aus dem Gebiet Wesel, Bocholt und Borken relativ hoch.

3. Entwicklung der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung in Duisburg und Oberhausen seit 1979 und Wandlung von Konzept und Struktur der Psychiatrischen Klinik der Evangelischen und Johanniter Krankenanstalten Duisburg-Nord/Oberhausen GGmbH

In der Zeit nach der Gründung der Psychiatrischen Klinik der Evangelischen und Johanniter Krankenanstalten Duisburg-Nord/Oberhausen GGmbH im Jahre 1979 und mit ihrer aktiven Mitwirkung wurden in den Jahren 1979 bis

1983 entscheidende Fortschritte in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der Städte Duisburg und Oberhausen erzielt.

Nachdem sich in Duisburg im Jahre 1979 und in Oberhausen im Jahre 1981 Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften gebildet hatten, erarbeitete der Koordinator der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Duisburg, Thomsa, eine Bestandsaufnahme der psychiatrischen und psychosozialen Angebote in dieser Region. Später wurde eine solche Bestandsaufnahme in Oberhausen vorgenommen. Erstmals wurde im Jahre 1980 ein umfassendes Konzept zur Verbesserung der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der Stadt Duisburg entwickelt, das die Schaffung weiterer psychiatrischer Kliniken und die Regionalisierung der Stadt Duisburg sowie eine Vielzahl „flankierender“ Einrichtungen vorsieht und zur Grundlage der Aufnahme verschiedener Projekte der Stadt Duisburg in das Modellprogramm „Psychiatrie“ der Bundesregierung geworden ist.

So werden erhebliche Versorgungslücken durch modellgeförderte Projekte in der Abhängigkeitskranken-Versorgung, z. B. durch Einrichtung einer Spezialklinik für Abhängigkeitskranke am Camillus-Hospital, Duisburg-Walsum, geschlossen. Weitere Schwerpunkte sind das Psychosoziale Kontaktzentrum der im Jahre 1979 gegründeten Psychiatrischen Hilfsgemeinschaft Duisburg e. V., ein Wohnheim für psychisch Kranke des Diakonie-Werkes für Sozialpsychiatrie Duisburg, ein Pflegeheim für Alterskranke und alt gewordene psychisch Kranke der Kirchengemeinde St. Michael, Duisburg. Im Modellprogramm wird außerdem der Ausbau des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Stadt Duisburg gefördert.

Eine spürbare Entlastung und entscheidende Verbesserung der psychiatrischen Versorgung Duisburgs und insbesondere der zugeordneten Region ist durch die Gründung und Eröffnung der Psychiatrischen Klinik und Tagesklinik der Stadt Duisburg am Bertha-Krankenhaus in Duisburg-Rheinhausen (Chefarzt Priv.-Doz. Dr. A. Drees) im Jahre 1982 eingetreten. Die Eröffnung einer weiteren psychiatrischen Klinik am Marien/Vincenz-Krankenhaus im Zentrum der Stadt Duisburg fand am 1. 12. 1983 statt. In den nördlichen Regionen der Stadt Oberhausen entstand im Jahre 1983 die psychiatrische Abteilung am St.-Vincenz-Hospital in Rhede (Chefarzt Dr. T. Plenge), die einen Teil der ortsnahen Versorgung der Gemeinden Bocholt und Borken bis hin nach Wesel übernommen hat. Die im Westen an unsere Region angrenzende Stadt Bottrop wird inzwischen durch die psychiatrische Abteilung am St.-Antonius-Krankenhaus in Kirchhellen (Chefarzt Dr. B. Schilgen) ortsnah versorgt. Auch die Zahl der frei praktizierenden Nervenärzte erhöhte sich in Duisburg inzwischen auf 15 Kollegen.

Unter diesen verbesserten Bedingungen der stationären und außerstationären psychiatrischen Versorgung im Raum Duisburg wird nun in Abstimmung mit dem Landschaftsverband Rheinland und in Zusammenarbeit mit der Rheinischen Landeslinik Viersen (Leiter: Dr. R. Pöppe) die Regionalversorgung der Stadt Duisburg schrittweise realisiert, wenn auch nicht im Sinne einer strengen

Sektorisierung, gegen die wir an anderer Stelle mehrfach Bedenken geäußert haben (KÖHLER, 1982, 1983; 8 u. 9). Am 1. 10. 1983 übernahm unsere Klinik die Stadtteile Duisburg-Hamborn und Duisburg-Walsum sowie Oberhausen-Sterkrade als Region- bzw. Pflichtaufnahmegebiet von Patienten, die nach dem PsychKG des Landes Nordrhein-Westfalen in eine geschlossene Abteilung aufzunehmen sind, d. h. für ein Gebiet, in dem etwa 160000 Einwohner leben.

Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften

Parallel zur Verbesserung der Situation im stationären, teilstationären und psychosozialen Bereich kam es zur Intensivierung und qualitativen Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitern der psychiatrischen Abteilung und den anderen, an der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung beteiligten Dienste in den Städten Duisburg und Oberhausen, vor allem in den Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften und ihren zahlreichen Arbeitskreisen, so daß heute günstige Voraussetzungen für die sich entwickelnde Gemeindepsychiatrie in dieser Region bestehen.

Ambulanz

Einen wesentlichen Beitrag leisten ambulante Dienste, insbesondere die Ambulanz unserer Psychiatrischen Klinik, in der die Zahl der von den niedergelassenen Fachärzten und Ärzten überwiesenen Patienten aus Duisburg und Oberhausen deutlich zugenommen hat. In unserer Vorschalt- bzw. Nachsorge-Ambulanz behandelten wir im Jahre 1982 737 Patienten (426 Frauen, 311 Männer). Aus Oberhausen kamen 46,4% (342 Patienten), aus Duisburg 30,8% (277 Patienten), aus Bottrop 4,6% (34 Patienten), aus Dinslaken 3,4% (25 Patienten), aus Mülheim 2,3% (17 Patienten), aus Wesel 1,2% (9 Patienten) und aus Voerde 1,5% (11 Patienten). Zwischen diesen Patienten und den Mitarbeitern unserer Ambulanz fanden im Jahre 1982 insgesamt 6468 Kontakte statt.

Tagesklinik

Der Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen der Klinik und anderen, an der regionalen psychiatrischen Versorgung beteiligten Personen und Institutionen dient auch die Einrichtung der im Modellprogramm „Psychiatrie“ der Bundesregierung geförderten Tagesklinik. Die Tagesklinik der Evangelischen und Johanniter Krankenanstalten Duisburg-Nord/Oberhausen GGmbH (Leiter: K.-H. Pötschke) wurde auf dem Gebiet des Johanniter-Krankenhauses in einem umgebauten Verwaltungsgebäude eingerichtet und im Jahre 1982 eröffnet.

Sie ist für 25 Patienten vorgesehen. In den letzten Monaten des Jahres 1983 war sie aber oft mit 34 Patienten besetzt. Die Räume der Gruppentherapie bzw. die Aufenthaltsräume sind ebenso wie die Räume der Beschäftigungsthe-

Prozentuale Verteilung der Diagnosen bei halbstationären Patienten

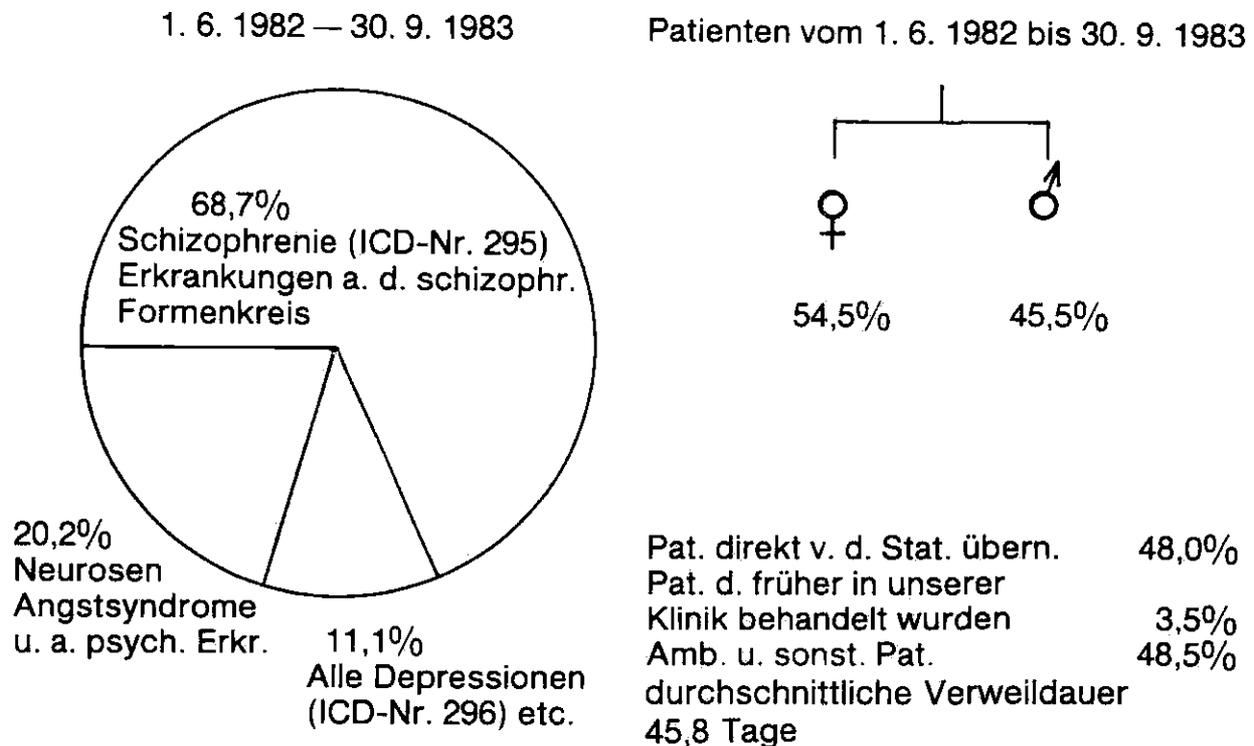


Abb. 2: Prozentuale Verteilung der Diagnosen bei Patienten, die im Jahre 1982 und 1983 in der Tagesklinik behandelt wurden (absolute Zahlen vergl. Text).

rapie gut ausgestattet. Für Tanz-, Bewegungstherapie und Sport werden die Räume der Klinik mitbenutzt. Über die Arbeit der Tagesklinik werden wir an anderer Stelle berichten. In der Tagesklinik wurden inzwischen seit ihrer Eröffnung am 1.6. 1982 bis zum 31. 12. 1982 95 Patienten, im Jahre 1983 (bis zum 10.10.1983) 125 Patienten behandelt. Der Anteil der Patientinnen betrug 54,7 % (52 Patientinnen), der der männlichen Patienten 45,3 % (43 Patienten) im Jahre 1982 bzw. 40 % (50 Patientinnen) und 60 % (75 männliche Patienten) im Jahre 1983.

Ein Blick auf die prozentuale Verteilung der Diagnosen (Abb. 2) die bei den Patienten der Tagesklinik gestellt wurden, die im Jahre 1982 und 1983 behandelt wurden, läßt erkennen, daß der Anteil der schizophrenen Patienten mit 57,9 % (55 Patienten) im Jahre 1982 bzw. 68,8 % (86 Patienten) im Jahre 1983 deutlich überwiegt. Mit 29,5% (28 Patienten) im Jahre 1982 bzw. 22,4% (28 Patienten) im Jahre 1983 handelte es sich um Neurosen und Persönlichkeitsstörungen, mit 12,6 % (12 Patienten) im Jahre 1982 bzw. 8,8 % (11 Patienten) im Jahre 1983 handelte es sich um Patienten mit endogenen Depressionen.

Wohnort der halbstationär behandelten Patienten

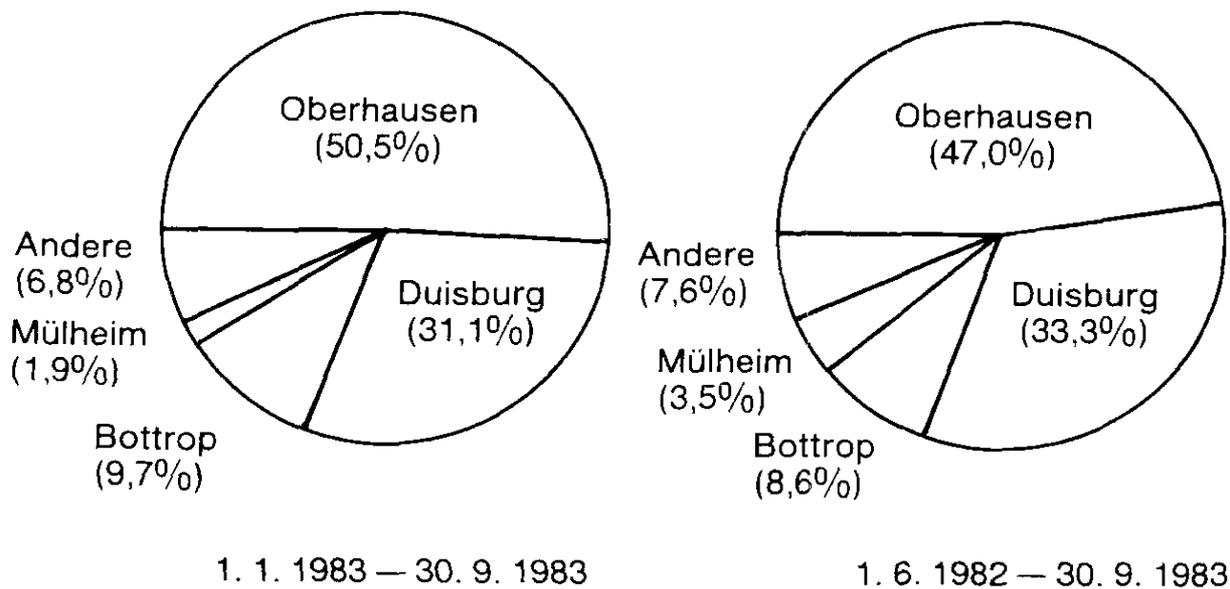


Abb. 3: Prozentuale Verteilung der Wohnorte der Tagesklinikpatienten, die im Jahre 1982 und 1983 behandelt wurden (absolute Zahlen vergl. Text).

Von der Hauptklinik wurden direkt in die Tagesklinik 109 Patienten (48,4%) übernommen. In die Klinik wurden 16 Patienten (7,1 %) zurückverlegt. Niedergelassene Ärzte und Nervenärzte überwiesen in die Tagesklinik direkt 53 Patienten (23,6%) ein. Die durchschnittliche Verweildauer betrug im Jahre 1982 43,5 Tage, im Jahre 1983 46,9 Tage). Die prozentuale Verteilung der Wohnorte der in der Tagesklinik im Jahre 1982 behandelten Patienten (Abb. 3) läßt erkennen, daß der Standort der Klinik in Oberhausen-Sterkrade deutlich die Verteilung beeinflusst. So betrug der Anteil der Patienten aus Oberhausen im Jahre 1982 43,1 % (41 Patienten), im Jahre 1983 47,2 % (59 Patienten). Aus Duisburg stammten 35,8% (34 Patienten) im Jahre 1982 und 32,8% (41 Patienten) im Jahre 1983. Aus der Stadt Bottrop kamen im Jahre 1982 7,4% unserer Patienten (7 Patienten), im Jahre 1983 10,4% (13 Patienten). Der Anteil der Mülheimer Patienten ging von 5,3% im Jahre 1982 auf 1,6% im Jahre 1983 zurück.

Entsprechend den sich bessernden Bedingungen in der psychiatrischen Versorgung in der Region änderte sich das Konzept unserer Klinik und die Arbeit wurde den neuen Bedingungen angepaßt. Die ständig zunehmende Zahl psychiatrischer Betten durch die Neueinrichtung psychiatrischer Abteilungen

in der Region und die in Gang gesetzte Regionalisierung bzw. Sektorisierung erlaubten in den letzten Jahren eine Zunahme mittelfristiger stationärer Behandlungen und eine stärkere Betonung der Psychotherapie bis hin zur Einrichtung einer eigenen Abteilung für Psychotherapie mit 25 Betten und einer Verweildauer von etwa 3 Monaten. Um die psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern der Region unkomplizierter an die Weiterbildungsangebote der psychotherapeutischen und psychoanalytischen Institute und Universitäten heranzuführen, gründeten wir eine Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der psychotherapeutischen Weiterbildung (Köhler, Zech und Drees).

Die Erweiterung des Stellenplans — vor allem der Psychologen — erleichterte die Förderung von Selbsthilfegruppen und die Ergänzung des seit dem Jahre 1979 bestehenden Patienten-Club's durch eine Gruppe für Hämodialyse-Patienten.

Der psychiatrisch-psychotherapeutische Konsiliar- bzw. Liaisondienst für die somatischen Abteilungen beider Krankenhäuser in Duisburg und Oberhausen ist noch intensiver geworden. Heute stellt sich die Frage nach der Einrichtung einer gemeindenahen Psychosomatischen Abteilung als Teil der Medizinischen, Urologischen und Psychiatrischen Klinik an unserem gemeinsamen Krankenhaus.

Das veränderte Konzept der Klinik hatte übrigens keine Veränderung der Diagnosen-Verteilung bei den von uns in den fünf Jahren des Bestehens der Klinik behandelten Patienten zur Folge. Trotz des stärkeren Einsatzes psychotherapeutischer Verfahren nahm auch der Anteil neurotischer Patienten keineswegs zu. Vergleicht man nämlich die prozentuale Verteilung der Diagnosen der im Jahre 1979 stationär behandelten Patienten mit denen des Jahres 1982, dann ist der prozentuale Anteil der schizophrenen Patienten von 22,3 % im Jahre 1979 sogar auf 31,3% im Jahre 1982 angestiegen, während der Anteil der Patienten mit neurotischen und psychosomatischen Leiden von 32,7 % im Jahre 1979 auf 25,95 % im Jahre 1982 zurückging.

Der Anteil der Patienten mit affektiven und anderen Psychosen ging von 13,4 % im Jahre 1979 auf 7,44 % im Jahre 1982, der Anteil der Suchtkranken von 16,9 % im Jahre 1979 auf 13,6 % im Jahre 1982 leicht zurück.

Fünf Jahre Psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus in Duisburg bzw. Oberhausen lassen aber — neben Erfolgen und einer erheblichen Verbesserung der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung dieser Städte — auch deutlich werden, daß die Kapazität einer 100-Betten-Klinik zu gering ist, um jenes Therapieangebot aufzubauen und zu erhalten, das einer gemeindenahen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus die „Vollversorgung“ ermöglicht und es ihr damit gestattet, den Makel der „Edelpsychiatrie“ abzulegen, d. h. Patienten z. B. im Hinblick auf ihre lange oder kurze Verweildauer auszuwählen. Nur durch Erweiterung der Kapazitäten der Abteilung (Abb. 4) durch Einrichtung einer Gerontopsychiatrischen Abteilung, durch den Aufbau einer Abteilung für Rehabilitation und für langfristig zu behandelnde Patienten, durch den Ausbau der Beschäftigungstherapie und die Aufnahme der Arbeits-

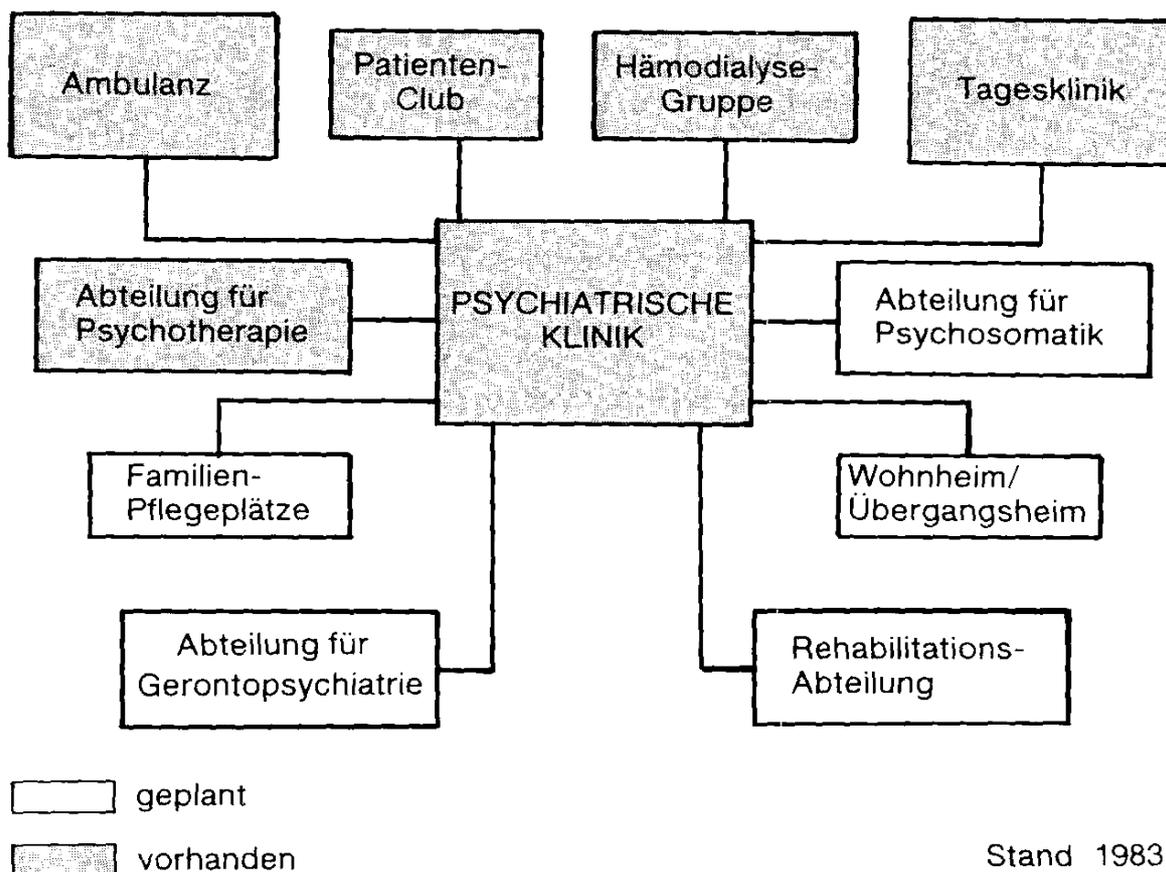


Abb. 4: Ausgeführte und geplante Erweiterungen der Psychiatrischen Klinik (Stand 1983).

therapie in anderen Teilen und Gebäuden des Johanniter Krankenhauses, durch die enge Zusammenarbeit mit einem weiteren Wohnheim und durch die Schaffung von Familienpflegeplätzen werden diese noch bestehenden Lücken in unserem Angebot zu schließen sein. Die notwendige Erweiterung der Psychiatrischen Klinik mit dem Ziel eines umfassenden und differenzierten therapeutischen Angebotes dürfte aber auf Widerstände stoßen, wenn die rasche Einrichtung immer neuer und größerer psychiatrischen Abteilungen in der Region (Psychiatrische Klinik am Marien/Vincenzhospital in Duisburg-Mitte, Psychiatrische Klinik des Theodor-Fliedner-Werkes in Lintorf, Gerontopsychiatrie des Kaiser-Wilhelm-Krankenhauses in Duisburg-Meiderich) zu Überkapazitäten im gemeindenahen stationären psychiatrischen Bereich führen wird.

Trotz des deutlichen Rückzuges der gemeindefernen psychiatrischen Großkrankenhäuser aus der regionalen Versorgung könnte eine solche Zunahme der psychiatrischen Abteilungen in der Region geeignet sein, einen Belegungsrückgang in den bereits existierenden gemeindenahen Kliniken - analog den somatischen Abteilungen der Region - hervorzurufen. Dies dürfte vor allem dann zu erwarten sein, wenn durch den Ausbau der „flankierenden

Dienste und „extramuralen“ Einrichtungen im Zuge einer sich verwirklichenden Gemeindepsychiatrie die Zahl der stationär zu behandelnden psychiatrischen Patienten ohnehin zurückgehen wird. In einer solchen Situation scheint es ratsam zu sein, die Entwicklung der stationären und ambulanten psychiatrischen Versorgung in der Region Duisburg nach Eröffnung weiterer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern abzuwarten bzw. bei der Planung weiterer Abteilungen zu berücksichtigen. Sonst besteht die Gefahr, daß die bestehenden und entstehenden Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern in der Region die notwendigen Investitionen für ihre Erweiterung und den Ausbau der Kapazitäten bzw. die ständig notwendige Anpassung und Ergänzung des räumlichen und personellen Angebots nicht mehr vornehmen und damit auch aus Rentabilitätsgründen Angebote für mittel- und langfristig zu behandelnde Patienten und zu rehabilitierende Patienten nicht mehr schaffen können. Für unsere Klinik ist die schrittweise Erhöhung der Bettenkapazität auf 175 Betten (zuzüglich der bereits bestehenden Tagesklinik mit 25 Plätzen) durch Einrichtung weiterer Abteilungen zur akut-, mittel- und langfristigen Therapie sowie Erweiterung der Funktions- bzw. therapeutischen Abteilungen (Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, Tanz-, Sport- und Bewegungstherapie) im Zuge einer gleichzeitigen Umstrukturierung der somatischen Abteilungen des Johanniter Krankenhauses bis zum 31. 12. 1985 vorgesehen. Die Klinik wird dann über 200 psychiatrische Betten bzw. teilstationäre Therapieplätze verfügen.

Wenn Pragmatismus, Kompromiß- und Kooperationsbereitschaft sowie Flexibilität die Abteilungen kennzeichnen, wenn die Bindung an die Universitäts- und Krankenhauspsychiatrie, z. B. als Akademisches Lehrkrankenhaus, nicht verlorengelassen wird, wenn die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten für Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie intensiviert wird, dann werden die psychiatrischen Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus auch in Zukunft die Entwicklung der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland mitbestimmen, so, wie sie heute beginnen, sich als ein sehr wesentlicher und wirksamer Bestandteil der sich weiterentwickelnden Psychiatrie in einem neuen Abschnitt der deutschen Psychiatriegeschichte zu erkennen und zu verstehen. Zu dieser Entwicklung hat auch die Aktivität der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V., einen erheblichen Beitrag geleistet und dafür ist ihr an dieser Stelle zu danken.

Literatur

- 1 BAIER, D.: Therapeutische Arbeit mit dem Video. In: Köhler, G.-K. (Hrsg.) Integrierte Psychiatrie. Jahresbericht 1979 der Psychiatrischen Klinik der Evangelischen und Johanniter Krankenanstalten Duisburg-Nord/Oberhausen GGmbH. Georg Deisinger, Reisenburg 1980
- 2 Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (sog. Psychiatrie-Enquete). Verlag Dr. Hans Heger, Bonn-Bad Godesberg, Drucksache 7/4200, Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode, 1975
- 3 BÖCKER, F.: Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung Spektrum 5 (1983), 159—169

- 4 HUBER, G.: Zukunftsperspektiven einer Struktur der psychiatrischen Versorgung in Deutschland. In: Fortschr. Neurol. Psychiat 40, 513—533, Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart 1972
- 5 KÖHLER, G.-K. (Hrsg.): Psychiatrie am Allgemeinen Krankenhaus, Graphische Anstalten Thyssen AG, Duisburg 1979
- 6 KÖHLER, G.-K. (Hrsg.): Über psychiatrische Abteilungen an Allgemeinen Krankenhäusern. Festreden anlässlich der Eröffnung der Psychiatrischen Klinik der Evangelischen und Johanniter Krankenanstalten Duisburg-Mord/Oberhausen GGmbH. Georg Deiningner, Reisenburg 1980
- 7 KÖHLER, G.-K. (Hrsg.): Integrierte Psychiatrie. Jahresbericht 1979 der Psychiatrischen Klinik der Evangelischen und Johanniter Krankenanstalten Duisburg-Nord/ Oberhausen GGmbH, Georg Deiningner, Reisenburg 1980
- 8 KÖHLER, G.-K.: Die Arbeit einer psychiatrischen Abteilung im großstädtischen Raum, dargestellt am Beispiel Duisburg-Nord/Oberhausen. In: Scheffler, B. (Bearb.): Die Psychiatrische Abteilung am Allgemeinen Krankenhaus. Schriftenreihe des Instituts für Krankenhausbau der Technischen Universität Berlin, Berlin 1981
- 9 KÖHLER, G.-K.: Dialog zwischen Großkrankenhaus und Abteilung über die Unterschiede ihres Arbeitens mit Akut-Patienten. In: Dörner, K. (Hrsg.): Edelpsychatrie oder Arme-Leute-Psychiatrie? Psychiatrie-Verlag, Rehbunz-Loccum 1982
- 10 KÖHLER, G.-K., MILLER, M.: Mit Videodokumentationen sozialpsychiatrischer Veranstaltungen Vorurteilen begegnen. In: Stille, D. und Hartwich, P. (Hrsg.): Video in der klinischen Arbeit von Psychiatern und Psychotherapeuten. Platane 19 e. V., Berlin 1982
- 11 KÖHLER, G.-K., MILLER, M.: Arbeit mit Video in der Psychiatrie: Ursprünge, Entwicklungen, Tendenzen. In: Kügelgen, B. (Hrsg.): Video und Medizin. Perimed Fachbuch-Verlagsgesellschaft mbH, Erlangen 1982
- 12 KÖHLER, G.-K., MILLER, M.: Gedanken zum Berufsbild des psychiatrischen Videoassistenten. In: Ronge, J. (Hrsg.): Audiovisuelle Methoden in der psychiatrischen Fort- und Weiterbildung. Reprofotografischer Fachbetrieb M. Haubner, Ludwigsburg 1980
- 13 MILLER, M.: Die Abteilung für Video-Therapie, Fotografie und Dokumentation. In: Köhler, G.-K. (Hrsg.): Integrierte Psychiatrie. Jahresbericht 1979 der Psychiatrischen Klinik der Evangelischen und Johanniter Krankenanstalten Duisburg-Nord/Oberhausen GGmbH. Georg Deiningner, Reisenburg 1980
- 14 UCHTENHAGEN, A.: Psychotiker und Psychose-Behandlung in der ambulanten Psychiatrie heute. In: Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 130 (1982), Heft 2, 215—224

Die Abteilung für klinische Psychiatrie im St. Josef Hospital Bad Driburg

H. Philipzen

I. Entwicklung und Strukturen

Die Abteilung, die ich Ihnen vorstellen will, ist Teil des Gemeindehospitals St. Josef in Bad Driburg. Driburg liegt östlich von Paderborn im Landkreis Höxter, der halb so groß ist wie das Saargebiet und so dünn besiedelt wie der bayerische Wald.

Wahrscheinlich haben die Planer aus der Stadt früher einmal in diesem Landkreis mehr Menschen vermutet, jedenfalls haben sie in Driburg ein Krankenhaus gebaut, das für die somatischen Fächer zu groß war. Es gab noch Platz für die psychisch kranken Mitbürger. Der Träger des St.-Josef-Hospitals, der Kirchenvorstand von St. Peter und Paul in Driburg, stellte uns dann für diese Bürgergruppe 58 Betten zur Verfügung. Das war schon 1968, vor jetzt 15 Jahren also, und wir haben damals angefangen, vom Hospital aus ergänzende Hilfen für die psychisch kranken Mitbürger im Landkreis Höxter zu organisieren.

Dabei fanden wir es wichtig, daß wir die guten Erfahrungen aus dem Hospital in die neuen Strukturen mit einbrachten: Auch die neuen Einrichtungen sollten allen Bürgern offenstehen, die Durchmischung der Bürgergruppen schien uns wichtig. Von Beginn an haben wir die Bereiche Klinik, Ambulanz, Arbeit und Wohnen dezentral als vier eigenständige Bereiche organisiert.

Nun lassen Sie mich kurz die Einrichtungen und Hilfen auflisten, die im Landkreis Höxter im Laufe der letzten 15 Jahre entstanden sind. Nur in diesem Zusammenhang können Sie die Entwicklung unserer Hospitalabteilung sehen.

A) Klinik

1976 Gründung der Suchtklinik Schloß-Reelsen (Entziehungskuren für Alkoholranke).

1977 Eingliederung der mittel- und langfristig gerontopsychiatrischen Kranken in das Altenkrankenheim St. Nikolaus in Nieheim. Auf eine Sonderabteilung für diese Patientengruppe wird in diesem Heim bewußt verzichtet.

1978 Eröffnung der Tagesklinik im Schwesternwohnheim des St.-Josef-Hospitals.

1978—1980 Erweiterung der Abteilung durch Aufstockung des St.-Josef-Hospitals.

B) Beratung und ambulante Dienste

1970 Zusätzlich zur Klinikambulanz wird Vor- und Nachsorge nach dem Psychisch-Krankengesetz durch das St.-Josef-Hospital Bad Driburg für den Kreis Höxter übernommen.

1973 Eingliederung des sozialpsychiatrischen Dienstes in ein Beratungszentrum zusammen mit den anderen Beratungsdiensten, die der Bevölkerung des Kreises Höxter angeboten werden (Sucht-, Drogen-, Erziehungs-, Ehe- und Familienberatungsstelle., später auch Krankenhaus-Sozialdienst), in Kooperation mit einer Sozialstation. Für dieses Beratungszentrum wird in Brakel — einem zentral gelegenen Ort unseres Kreises — eine alte Schule umgebaut.

C) Arbeit

1975 Gründung der INTEG GmbH (Industriebetrieb zur Integration behinderter Arbeitnehmer in die Arbeitswelt); Gesellschafter werden Stadt und Kreis, die beiden Kirchen und ein Industriebetrieb. Psychisch Behinderte arbeiten zusammen mit geistig und körperlich Behinderten, sowie mit gesunden Arbeitnehmern. In der Produktionsstufe werden die Arbeitnehmer nach Tariflöhnen bezahlt. Begonnen hat dieser Betrieb, wie auch die anderen Einrichtungen, ohne große öffentliche Investitionen. Die Paketfläche der leerstehenden alten Post dient für einige Jahre als Produktionsfläche.

1975 Vorläufige Anerkennung der INTEG als Werkstatt für Behinderte.

1979 Anmietung einer Produktionshalle im Industriegebiet von Bad Driburg.

1983 Endgültige Anerkennung als Werkstatt für Behinderte mit jetzt 145 Arbeitnehmern.

D) Wohnen und Freizeit

1976 Gründung der ersten Wohngemeinschaft in Brakel, später Gründung von weiteren Wohngemeinschaften, Zusammenarbeit mit Heimen, in denen psychisch Behinderte untergebracht werden,, Gründung von Laiengruppen, Patientenclubs, Selbsthilfegruppen usw.

1982 Eröffnung des St.-Anna-Hauses in Brakel als Übergangwohnheim.

Mit diesen Einrichtungen zusammen hat unsere Klinik die Gesamtversorgung der Region Höxter übernommen. Die Pflichtversorgung haben wir auch formal ab 1978 Zug um Zug für diesen Bereich übernommen.

//. Die psychiatrische Abteilung im St.-Josef-Hospital Bad Driburg als Teil der Gesamtversorgung

Sie wissen alle, daß eine psychiatrische Abteilung im Gemeindekrankenhaus allein nicht alle Bedürfnisse der psychisch kranken Mitbürger abdecken kann. Wie sollen Menschen im Hospital wohnen lernen, wie arbeiten. Nein, das Dilemma der Landeskrankenhäuser darf sich in den Gemeindehospitälern nicht wiederholen. Die nichtklinischen Bereiche kann man nur außerhalb des Gemeindehospitals in den Gemeinden organisieren, da, wo auch die anderen Bürger wohnen und arbeiten. Der Bereich des Arbeitens, der Bereich des Wohnens und auch der Ambulanzbereich sind sicher ebenso wichtig wie der der Klinik. Formen der Zusammenarbeit zwischen diesen 4 Bereichen müssen gefunden und auch vertraglich abgesichert werden, um die Durchlässigkeit des Gesamtsystems für die Bürger sicherzustellen.

Aber auch innerhalb der Abteilung haben wir die Dienste so organisiert, daß sie durchlässig sind und sich untereinander ergänzen können. So ist bei uns die Tagesklinik in die Gesamtabteilung integriert. In den therapeutischen Gruppen sind voll- und halbstationäre Patienten zusammen. Unsere Therapeuten haben Tätigkeitsbereiche sowohl im halb, als auch im vollstationären Bereich. Auch die Kontakte zur Ambulanz sind sehr eng, so kann ein aus dem vollstationären Bereich Entlassener schon am nächsten Tag im ambulanten Bereich gesehen werden. Der ambulante Patient kann, wie der halbstationäre, in einer Krise, z. B. am Wochenende, kurz in den vollstationären Bereich aufgenommen werden usw.

Nun lassen Sie mich aber kurz eingehen auf die Frage, die man uns oft nicht ohne Arroganz seit 15 Jahren stellt: Kann eine Abteilung in einem Gemeindehospital die Gesamtversorgung einer Region leisten?

Ich darf Ihnen dazu kurz einige Zahlen nennen, die wir auf der Gütersloher Fortbildungswoche 1982 bereits vorgetragen haben. Wir werden demnächst aus unserer umfangreichen Dokumentation, die uns seit 1968 begleitet, in Zusammenschau mit den Krankenakten der umliegenden Landeskrankenhäuser noch umfangreicheres Zahlenmaterial, insbesondere über die sogenannten verlaufenen Sektorpatienten vorlegen können.

Wir haben die Daten unserer Abteilung mit den Daten des Landeskrankenhauses Niedermarsberg, das früher für unsere Region zuständig war, vergleichen können und festgestellt, daß von 1980 bis 1982 — also für den Verlauf von 2 Jahren — insgesamt 1 fehleingewiesener erstaufgenommener Patient und 11 fehleingewiesene Wiederaufnahmen in Niedermarsberg behandelt wurden. Dies sind wohlgerne keine Verlegungen, das Landeskrankenhaus hat uns auch nicht von der Aufnahme dieser Patienten unterrichtet. Bezeichnend für die Einweisungspraxis ist, daß von den 11 Wiederaufnahmen 9, wie wir bei Nachforschungen erfahren mußten, in alter Gewöhnung durch einen Vormund bzw. Pfleger in das Landeskrankenhaus kamen. Nicht berücksichtigt bei diesen Aufnahmen sind 11 freiwillige Aufnahmen ins benachbarte Landeskrankenhaus. Wir sind der Meinung, daß auch bei der Übernahme der Pflichtversorgung der Patient die freie Wahl der Behandlungseinrichtungen haben muß.

///. Besondere Patientengruppen

A) Unruhige Patienten

Edelpsychiatrie bedeute ja wohl als Anwurf für die Gemeindehospitäler: Psychiatrische Patienten minus unsaubere und unruhige Patienten. In einem Gemeindehospital mit seiner Tradition auch in der Armenfürsorge waren die Unsauberen eigentlich nie ein Problem. Die Unruhigen jedoch, es wäre unehrlich, dies nicht zuzugeben, sind ein Problem im Gemeindehospital. Zur Unruhe des Gestörten muß man u. U. für eine lange Zeit die Vorwurfshaltung der übrigen Patienten, und auch des ärztlichen und pflegerischen Personals der übrigen Fachabteilungen aushalten. Aber gerade das ist ja wohl etwas Wichtiges und Fruchtbare, das wir eigentlich nur im Gemeindehospital leisten können:

Den anderen Menschen in der Gemeinde Störung erklären, sie miterleben lassen, wie Störung zurückgehen kann, auch dem psychisch kranken Mitbürger in der Krise zu seinem Recht zu verhelfen und vieles mehr. Schlimm wird es, wenn diese Spannung in der die im Gemeindehospital auf den psychiatrischen Abteilung Tätigen in dieser doppelten Hinsicht stehen, abgefangen wird durch eine Abschottung der Unruhe mit neuen geschlossenen Abteilungen.

Wir haben also immer wieder unsere großen Schwierigkeiten mit Unruhigen und vor allem auch mit Menschen, die in ihrer Störung gewalttätig sind. Wir haben deshalb mit unseren Hausärzten für diese Patientengruppe ein festes Arrangement getroffen: Vor jeder Einweisung, so ist es von Beginn an abgesprochen, ruft der Hausarzt an, häufig nimmt er uns gemeinsam mit der Familie des Patienten das Problem der 1. Spritze ab. Meist können wir den Patienten dann so vorbereitet schon ruhiger auf unsere Abteilung bringen. Neben der Medikation haben wir — es blieb uns in den Improvisationen unserer Abteilung gar nichts anderes übrig — mit Sitzwachen, auch verstärkten Sitzwachen, versucht, die Unruhe abzufangen.

Fast immer bringen wir die Unruhigen und Gestörten bei den anderen Patienten unter. In unserer neuen Abteilung haben wir nun auch Zimmer, die mit einem zusätzlichen Schwesterndienstplatz ausgerüstet werden können. Im Äußeren unterscheiden sich diese Zimmer nicht von den anderen Zimmern der Abteilung und werden meist normal belegt. Sie sind über die gesamte Abteilung verstreut, so daß immer wieder hier und da eine Intensivpflege für einige Tage durchgeführt werden kann, ohne daß ein bestimmter Bereich in der Abteilung zur „Klasmühlenecke“ geprägt wird. Am Ausgang unserer Abteilung liegt unser Informationsstand, von dem aus die beiden möglichen Zugänge zu unserer Abteilung, Treppenhaus und Aufzug, eingesehen werden können. Von hier aus wird das Stationspersonal verständigt, wenn Patienten, die sehr gestört sind, die Abteilung verlassen wollen. Jeder unruhige oder gestörte Patient wird bei seinem Gang zum Kennenlernen unserer Abteilung den Mitarbeitern des Informationsstandes besonders vorgestellt, so daß diesen bekannt ist, welcher Patient die Abteilung noch nicht verlassen soll. Schnelle Kontakte im Notfall zum Stationspersonal, auch zum Krankenhausausgang, sind möglich.

B) Die psychisch Behinderten

Dann sagt man auch noch, die psychiatrische Abteilung im Gemeindekrankenhaus sei schuld an einer Zerteilung der klinischen Psychiatrie, weil sie die chronisch Kranken nicht betreuen könne.

Ich habe mir noch nie so viel Prügel geholt, wie mit meinem Vortrag auf der Gütersloher Fortbildungswoche 1982, in dem ich behauptet habe, daß wir im Kreis Höxter keine Menschen haben, die chronisch psychisch krank sind, sondern nur psychisch Behinderte. Man hat mir vorgeworfen, daß dies geradezu der Beweis dafür sei, daß wir die Gruppe der Chronischen nicht versorgten, wir hätten sie noch nicht einmal im Blick.

Ich kann die Entrüstung der Menschen, die in den Landeskrankenhäusern arbeiten, verstehen. Auch ich war, als ich in Driburg begann, eigentlich sicher, eine Einrichtung schaffen zu müssen für die chronisch psychisch Kranken unserer Region. Ich konnte es mir nach meiner Zeit im Landeskrankenhaus Gütersloh anders gar nicht vorstellen.

Wir haben aber bis zum heutigen Tage in unserer Region nur Menschen getroffen, die zwar sehr krank waren, die aber nach Abklingen der akuten Symptomatik nach einem kurzen Krankenhausaufenthalt mit entsprechenden Hilfen in Wohn- und Arbeitsbereich wieder entlassen werden konnten.

Hierzu noch ein paar Fakten: Nur 1 % unserer Patienten haben eine längere Krankenhausverweildauer als ein halbes Jahr, der längste Aufenthalt von Patienten liegt unter 1 Jahr. In dem Zeitraum, den wir beobachtet haben, wuchs auch im Landeskrankenhaus Marsberg nicht der Anteil und die absolute Anzahl der langfristig untergebrachten Patienten aus dem Kreis Höxter, sondern auch dort war eine eindeutige Tendenz zu kürzeren Krankenhausverweildauern festzustellen.

Es gibt sicher in unserer Region eine Gruppe von etwa 20 Menschen, die recht häufig, manchmal auch mehrmals in einem Jahr, klinisch behandelt werden müssen, aber das ist für uns kein Grund, sie längerfristig aus ihrem Wohn- und Arbeitsbereich herauszunehmen und zu hospitalisieren.

Bei einer Untersuchung erfaßten wir auch die aus dem Landeskrankenhaus Niedermarsberg noch nicht entlassenen Patienten aus dem Kreis Höxter: Insgesamt 90 Menschen, davon sind jedoch 30 Oligophrene und 5 Epileptiker, so daß noch 55 Patienten verbleiben, für die wir uns mitverantwortlich fühlen. Von diesen 55 Patienten wurden 37 vor 1969 und 18 in den Jahren 69 bis 78, also nach Einrichtung der Bad Driburger Abteilung aufgenommen. Seit 1978, also seit dem Beginn der schrittweise Übernahme der Pflichtversorgung durch die Bad Driburger Abteilung wurden auch alle in das LKH Marsberg ersteingewiesenen Patienten bis zum Stichtag wieder entlassen.

IV. Leben mit dem Gemeindehospital

Wenn wir fordern, die psychisch kranken Mitbürger müssen ins Gemeindehospital, meinen wir oft, dann komme schon alles in Ordnung. Sicher, die Nähe zu den Angehörigen, die Eingliederung in die anderen Patientengruppen sind wichtig, aber gleichzeitig taucht der psychisch Kranke ein in die Anonymität eines perfektionierten Dienstleistungsbetriebes.

War das alte christliche Hospital in der Gemeinde eine Herberge für die Fremden, Armen und Kranken, in der man sich in freundlicher Gelassenheit von den Grundbedürfnissen dieser Bürgergruppen anrühren ließ, überfallen heute die Zwänge und Gesundheitsrituale den Bürger, sobald er ein Krankenhaus betritt, und sie lassen ihn nicht mehr los, bis er es wieder verläßt. Denken wir nur einmal, wie die Menschen in unseren Krankenhäusern essen und schlafen, wo sie ihre Besucher empfangen und wie sie sterben.

Wenn wir aus der Psychiatrie in ein Gemeindehospital einziehen und uns an

das Vorgefundene anpassen, werden die Gesundheitsrituale und die Zwänge des modernen Krankenhauses die psychisch Kranken sehr belasten.

Hier ist bei allem Willen, sich einzugliedern in das Gemeindepital, Widerstand nötig. So wie wir von somatischen Disziplinen vieles bekommen an Diagnostik und Therapie, so werden sie von uns lernen müssen, daß in unseren ausgedörrten Krankenhäusern neben den Hilfen der modernen Medizin wieder Raum geschaffen wird für Menschen untereinander.

In den ersten Monaten nach Eröffnung der Abteilung in Bad Driburg 1968 hatten wir ein prägendes Erlebnis: Der Wunsch, in einem leerstehenden großen Saal ein Eßzimmer für die Patienten einzurichten, um dieses schreckliche Essen der Patienten am Bett, jeder von seinem Tablett, zu ändern, stieß auf großen Widerstand im Haus: Es gab zunächst fadenscheinige Argumente wie Hygiene, gesicherten Organisationsablauf usw. Dann kam einfach das Verbot, die Patienten gemeinsam miteinander essen zu lassen. In den ersten Jahren reichte es aus, wenn ein Patient mit einem Bildchen aus der Beschäftigungstherapie durch das Hospital lief, um naserümpfend festzustellen, so etwas gehöre nicht ins Krankenhaus, ja, es gab einmal eine große Versammlung aller Schwestern des Hospitals, in der die Schwestern der somatischen Abteilungen den Abzug von Schwestern aus der psychiatrischen Abteilung verlangten, weil ja dort keine „richtige Pflege“ mehr gemacht werde.

Die Patienten aus den somatischen Abteilungen kamen allerdings schon bald zu den Veranstaltungen unserer Abteilung. Mit ihnen und den Menschen, die bei uns waren, erlebten wir intensiv, wie gerade bei Veranstaltungen auch bei spontanen Gruppierungen in der Abteilung im Gespräch völlig verschlossene Menschen miteinander singen und tanzen konnten, und daß es sie entscheidend veränderte, wenn Angehörige oder Freunde und Nachbarn zu Besuch waren, oder wenn sie selbst Stunden oder Tage zu Hause sein konnten. Beeindruckend war für uns auch immer wieder, wie viel sich bei den einzelnen Patienten änderte durch die Zuwendung, durch die Solidarität der psychisch Kranken untereinander.

Im Laufe der Jahre wurde für uns immer deutlicher, daß die Zuwendung der Menschen untereinander häufig mehr bewirkt als die kluge therapeutische Strategie von uns Professionellen. Therapie kann man sicher nicht ersetzen durch Freunde und Nachbarn, aber wenn wir Professionelle in den Krankenhäusern — und das gilt auch auf den somatischen Abteilungen — nicht zur Seite rücken, damit die Menschen, die zu uns kommen, wieder Platz haben für ihre Lebensbedürfnisse, für ihr Leben miteinander und mit uns, werden wir zunehmend Störungen behandeln, die wir selbst mit verursacht haben.

Diese Erfahrungen waren für uns auch Grund genug, bei der Aufstockung unseres Hospitals zu versuchen, Raum zu schaffen für die Begegnungen der Menschen miteinander, der Patienten unserer Abteilung mit denen der anderen Abteilungen, der Patienten mit uns aus dem ärztlichen und pflegerischen Bereich, mit den Nachbarn, mit den Freunden. Diese neue Struktur will ich Ihnen zum Abschluß noch kurz schildern.

V. Leben in der neuen Abteilung

Wir haben unsere neue Abteilung aufgeteilt in ein Schlafzimmer und in ein Wohnzimmer. ,

4 Stationen des Schlafbereichs, in denen allerdings auch tagsüber die Schwerkranken sind, münden in einen großen, zum Wohnen eingerichteten zentral gelegenen Raum, unser Tageszentrum, unseren — wie wir auch sagen — Marktplatz, auf dem Veranstaltungen angeboten werden, vieles zur freien Auswahl steht, aber auch Raum ist für spontane Begegnungen.

Hier treffen sich die Patienten in ihrer freien Zeit, um für sich oder auch in kleinen spontanen Gruppen miteinander zu leben, hier empfangen sie ihre Besucher, machen Bekanntschaften mit Besuchern anderer Patienten. Auch Patienten der anderen Fachabteilungen kommen mit ihren Besuchern hierher. Laienhelfergruppen aus den Gemeinden, aber auch Besuchergruppen, die unsere Abteilung besichtigen wollen, treffen sich in diesem Raum, und es kommt vor, daß sich einzelne oder auch Gruppen von Patienten einfach dazu setzen, um an den Gesprächen der Besucher mit den Professionellen teilzunehmen. Kleine Feiern bei Entlassung der Patienten, Geburtstage oder Namenstage werden meist im kleinen Kreis begonnen, schnell finden sich andere, die noch mitfeiern. Das Pflegepersonal und der Stationsarzt einer Station geben wöchentlich einen Stationskaffee in diesem Raum, bei dem man ungezwungen miteinander sitzt oder auch anfallende organisatorische Fragen besprechen kann.

Beim Essen haben wir in unserer Abteilung nun endlich das Tablettssystem unseres Hospitals gegen viele Widerstände abgeschafft. Die Patienten essen nun wieder normal miteinander, reichen sich die Schüsseln an, helfen sich beim Essen, schmücken die Tische. Vereine und Bürgergemeinschaften bringen dem psychisch Kranken Veranstaltungen von der Gemeinde ins Hospital (Blasmusik, Adventsfeiern, offenes Singen usw.).

Sie können sich wahrscheinlich nicht vorstellen, wie schwierig es ist, Krankenhausstationen unwichtig zu machen und Funktionen der Stationen in einen großen Gemeinschaftsraum zu verlagern. Die Patienten waren schon lange im Tageszentrum, da hatten wir Professionelle über Monate noch viele Gründe, uns weiter intensiv auf den Stationen zu beschäftigen. Das Pflegepersonal, und später auch die Therapeuten, haben sich dann doch auf Gruppen eingelassen, in denen sie mit den Patienten zusammen singen, wandern, musizieren, handarbeiten, meditieren, kochen und vieles andere mehr. Diese Veranstaltungen finden am Nachmittag zu ganz bestimmten Zeiten statt. Oft laufen drei, vier verschiedene Gruppen nebeneinander. Wir haben lernen müssen, auch durch viele Enttäuschungen mit uns, daß wir diese Angebote organisieren müssen. Heute ist es so, daß die Patienten, die zu uns kommen, von den Schwestern in das laufende Angebot eingeführt werden und für sich dann auch verbindlich entscheiden, an welchen Veranstaltungen und Gruppen sie teilnehmen wollen. Dieses gemeinschaftliche Leben hat viele Seitenergebnisse, um die wir auch erst jetzt wissen: Die Patienten finden sich schneller in der Klinik ein, die mit ihren Anforderungen nicht gar so fremd ist. Auch daß

man besser stricken kann als eine Stationsschwester und den Doktor im Skat besiegt, macht Freude und verändert nebenher Machtverhältnisse. Das war wahrscheinlich auch der Grund, weswegen uns unser Marktplatz echte Magenschmerzen gemacht hat. Wir Professionellen haben schon gespürt, daß unsere heiligen Bereiche vom quirligen Leben dieses Marktplatzes überspült werden.

VI. Schlußbemerkungen

Ich habe Ihnen von der Driburger Abteilung erzählt. Es ist sicher keine Floskel, wenn ich sage, daß nach diesen 15 Jahren das St.-Josef-Hospital auch mit dieser neuen Funktion zur Versorgung der Mitbürger akzeptiert ist. Natürlich gibt es in unserer Region noch Vorurteile. Wir haben es immer wieder mit Abwehr, dem Flüstern hinter vorgehaltener Hand und dem hämischen Grinsen unserer Mitbürger zu tun. Aber ich glaube, ein wenig muß das auch sein, wir sind ja nun auch wirklich in der Psychiatrie manchmal etwas komische und fremdartige Leute.

Wichtig ist für unser Hospital, daß die Politiker und die Beamten in unserer Gemeinde und in unserem Kreis hinter uns stehen, denn sie tragen unsere Einrichtungen zum Teil mit, z. B. unseren Industriebetrieb.

Außerhalb der Region gibt es aber noch viele offene und auch versteckte Widerstände gegen unsere und gegen andere psychiatrische Abteilungen in den Gemeindehospitalen. Und dies gehört zur Schilderung einer deutschen psychiatrischen Abteilung mit dazu. Trotz des Enqueteberichtes und trotz der Zielpläne in den Bundesländern gibt es eher halbherzige Verlautbarungen, wenn es darum geht, eine mittelfristige oder langfristige Psychiatrieplanung einzuleiten. Um es konkret zu sagen, man drückt sich um klare Aussagen, was nun Priorität haben soll in deutschen Landen, die Fachabteilung oder das Fachkrankenhaus.

Lassen Sie mich die Gründe nicht alle aufzählen, die dafür sprechen, die psychiatrische Abteilung im Gemeindehospital zu favorisieren. Ich will nur noch einmal zwei wichtige Aspekte nennen:

1. Die psychiatrische Abteilung geht offensichtlich flexibler und sinnvoller mit der Gruppe der psychisch Behinderten um, sie zieht sie nicht an sich, sondern versucht — soweit nur möglich — nach Abklingen der akuten Symptomatik eine Rückgliederung in die Gemeinden. Lassen Sie es mich noch einmal mit Nachdruck sagen, es bildet sich bei uns nicht die Problemgruppe der chronischen Patienten.
2. Wir konnten in einer Untersuchung nachweisen, wie alleine durch die Übernahme der Pflichtversorgung durch unser Gemeindehospital die Anzahl der nach Psychisch-Krankengesetz eingewiesene Patienten drastisch verringert werden konnte.

Diese Beobachtungen machen deutlich, daß die beiden Bereiche klinischer Psychiatrie, die gemeinhin als schwierig angesehen werden, entscheidend verbessert werden konnten, alleine durch die Installierung gemeindenaher Struk-

turen. Dies hat also nicht so sehr etwas mit Tüchtigkeit oder Freundlichkeit der Therapeuten zu tun, sondern es scheint eine tragische Eigendynamik der Strukturen in den Großkrankenhäusern zu geben, die Menschen so gefangen nimmt, daß selbst engagierte Mitarbeiter diese Zwangsläufigkeit der Strukturen nicht beeinflussen können.

Die Patienten, die die kleinen Einrichtungen in Gemeindehospitälern wählen, die in der Psychiatrie Tätigen, und auch die Planer in unserem Land wissen längst um diese Zusammenhänge.

Sie nennen sich „Aktion psychisch Kranke“. Sie haben, wenn ich das recht sehe, als Gemeinschaft und auch als Einzelne politischen Einfluß.

Sagen Sie hier ein klares Wort und geben Sie den Politikern und Planern in unserem Land Sicherheit bei ihren fälligen Entscheidungen, indem Sie sagen: Die Zukunft in der klinischen Betreuung der psychisch Kranken gehört den Gemeindehospitälern und die großen Fachkrankenhäuser weit draußen müssen zügig abgebaut werden. Und wenn man Sie nach Gründen dafür fragt, vergessen Sie alle die, die Sie auf dieser Fachtagung gehört haben, sagen Sie nur den Grund, der für Demokraten der entscheidende sein sollte: Die psychisch kranken Mitbürger selbst wollen ins Gemeindehospital.

Diskussion zu den Referaten des IM. Teils

Moderation: H. Katschnig

(gekürzte Fassung)

Katschnig: Herr Philipzen, Sie haben die „Trilogie der möglichen Wunder“, die uns Wolfgang Ambros in den letzten Jahren vorgeführt hat, zu einer „Tetralogie der möglichen Wunder“ gemacht. Denn was Sie uns vorgestellt haben, würde ich als ein „mögliches Wunder“ bezeichnen, aber nicht als eine Notwendigkeit, die automatisch mit der Einrichtung psychiatrischer Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern einhergeht. Es ist sehr deutlich, daß es aufgrund Ihrer Persönlichkeit und Ihres langfristigen Engagements unter der milden Herrschaft des Bischofs von Paderborn zu der Entwicklung gekommen ist, die uns heute zu Begeisterungstürmen hingerissen hat. Es ist aber genauso deutlich, daß so etwas nicht automatisch durch die Einpflanzung einer Abteilung an einem allgemeinen Krankenhaus passiert.

Nehmen wir z. B. Ungarn, das uns zuweilen hinsichtlich der Verbreitung und Nutzung psychiatrischer Abteilungen als beispielhaft vorgehalten wird. Nun habe ich vor einer Woche die psychiatrische Versorgung in Ungarn vor Ort studiert. Ungarn hat tatsächlich nur drei psychiatrische Krankenhäuser mit mehr als 500 Betten. Ungarn hat aber dreißig oder vierzig Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern mit 200 bis 400 Betten, die jedoch von der Ausstattung und den räumlichen Gegebenheiten her psychiatrischen Krankenhäusern ähnlich sind, wenn man sie einmal genauer betrachtet. Abteilungen, mit denen man in der Statistik sehr gut davonkommt; Abteilungen, denen aber möglicherweise Herr Philipzen fehlt. Statistische Durchschnittswerte sagen über die tatsächliche Qualität der psychiatrischen Versorgung wenig aus.

Wir dürfen nicht nur darüber nachdenken, wie wir psychiatrische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern implantieren können, sondern müssen uns auch überlegen, wie wir die „Philipzens“ reduplizieren und vermehren können.

Paal: Als Ungar möchte ich Ihren Worten gleich etwas hinzufügen. Dieses Buch, das ich in der Hand habe, enthält die Protokolle einer Psychiatrie-Enquete aus dem Jahre 1947. Das war das entscheidende Jahr der Revolutionierung der Psychiatrie in Ungarn. Vor dem Krieg gab es in Ungarn ungefähr zehn große Mammutanstalten, Depositen von verschiedenen Regionen, und es gab keine einzige psychiatrische Abteilung an Allgemeinkrankenhäusern. Die Wende kam nach dem Krieg, als durch die Bombardierung und durch den Belagerungszustand, durch die Invasion nach Kriegsende ein großer Teil der Krankenhäuser sehr schwer beschädigt und die Hälfte der psychisch Kranken umgekommen war. Das hat dazu geführt, daß viele Krankenhäuser in der Provinz aus Not ganz oder teilweise in ehemalige Anstalten umgesiedelt wurden; eine große Anstalt in Budapest wurde zu einem allgemeinen Krankenhaus umgewandelt.

Aus dieser Erfahrung entstand die Enquete von 1947, und als Ergebnis dieser Enquete kam es zu dem Beschluß, in sämtlichen führenden Krankenhäusern eines Verwaltungsbezirks (ung.: „Komitat“) psychiatrische Abteilungen einzurichten. Diese Entwicklung hatte aber noch einen anderen, sehr wesentlichen Aspekt: Die ehemaligen Anstalten mit einer Insassenziffer von 800 bis 2000 wurden zu Krankenhäusern umgewandelt mit verschiedenen somatischen Abteilungen. Der dritte Aspekt dieser Entwicklung war schließlich der Ausbau der ambulanten Vor- und Nachsorge.

Wolpert: Herr Katschnig, Sie haben uns allen aus dem Herzen gesprochen, als Sie empfohlen haben, Herrn Philipzen zu klonen, zu reduplizieren. Nur kann natürlich auch ein Herr Philipzen nicht ohne die geeigneten Instrumente seine Wunder vollbringen. Dazu hätte ich eine Frage, die mir gestern und heute zu kurz gekommen zu sein scheint: Was ist das Minimum an Versorgungsinstrumenten und Rahmenbedingungen, das nach der bisherigen Erfahrung in der Bundesrepublik, vor allem aber auch in den Nachbarländern nötig ist, um solche Wunder der humanen und funktionierenden Vollversorgung zu schaffen. Das ist keine „l'art pour l'art“-Frage für mich, weil wir immer noch vor dem Problem stehen, in welchen Bereich wir nun expandieren sollen, um für die schwierigen Patienten die geeigneten Behandlungs-, Rehabilitations-, Unterbringungsmöglichkeiten zu schaffen. Welchen generellen Rahmen würden Sie für die einzelnen Bereiche — Tagesklinik, Wohnheime, Wohngruppen, Werkstätten, Gerontopsychiatrie — zahlenmäßig als Orientierungswert ansetzen, von dem ausgehend man dann vor Ort experimentieren sollte, um zu sehen, was für ein Angebot in der eigenen Region genügt?

Ch. Müller beispielsweise hat in seinem Buch „Psychiatrische Institutionen“¹⁾ für die Versorgung eines Sektors in Lausanne folgende Maßzahlen angegeben:

- 0,8 pro Tausend vollstationäre Betten,
- 0,2 pro Tausend nachtklinische Betten,
- 0,2 pro Tausend tagesklinische Betten,
- 0,2 pro Tausend geschützte Heime,
- 0,2 pro Tausend Wohnheime,
- 2 pro Tausend geschützte Wohngruppen,
- eine variable Zahl an Familienpflegeplätzen (die es in der Schweiz in der Region von Lausanne gibt, bei uns, soviel ich weiß, nicht),
- darüber hinaus gerontopsychiatrische Angebote und eine umfassende Ambulanz.

Diese Zahlen beruhen nicht nur auf den feudalen Schweizer Verhältnissen, sondern in sie sind auch Erfahrungswerte aus England, Holland und den skandinavischen Ländern eingegangen.

1 Christian Müller, Psychiatrische Institutionen. Ihre Möglichkeiten und Grenzen, Berlin-Heidelberg-New York (Springer-Verlag) 1981.

Wir werden in Darmstadt schon angefeindet, daß wir üppigst ausgestattet seien mit 0,6 pro Tausend vollstationären Betten, etwa 0,25 pro Tausend tagesklinischen Plätzen, mit 0,15 pro Tausend nachtklinischen Plätzen, einem Wohnheim, das ebenfalls 0,15 pro Tausend Plätze hat, und mit bisher 0,12 pro Tausend betreuten Wohngruppenplätzen. Die Erfahrung nach jetzt dreieinhalb Jahren zeigt, daß dieser Rahmen zu eng ist. Im vollstationären Bereich sind wir immer übertoll, was bedeutet, daß die Verhältnisse auf den Stationen nicht mehr therapeutisch günstig sind; denn wenn eine Station gezwungen ist, Betten einzuschieben, ist es schwierig, ein geeignetes therapeutisches Milieu aufrecht zu erhalten. Wir stehen jetzt vor der Frage, wo wir expandieren sollen, im Wohngruppenbereich oder im Bereich der Wohnheime. Unsere Haupt-Problempatienten, mit denen wir zwar fertig werden, mit denen wir aber besser fertig werden sollten, sind chronische Alkoholiker, gerontopsychiatrische Patienten und schwer behinderte chronisch Schizophrene und Persönlichkeitsgestörte.

Ich wollte einfach zur Diskussion stellen: Sind die Zahlen, die Herr Müller nennt, realistische Proportionen, die zu empfehlen sind für Abteilungen, die neu gegründet werden oder die sich einer regionalen Versorgung verpflichten wollen? In welchen Bereichen sollte man expandieren, in welchen Bereichen nicht, in welchen vielleicht reduzieren? Ich denke, dieses Problem der Maßzahlen und der Planung ist gestern und heute leider ein bißchen zu kurz gekommen.

Bauer: Ich glaube nicht, daß ein solches Vorgehen der richtige Weg ist. Ich denke, Psychiatrie läßt sich nicht in der Weise planen, daß man Maßzahlen vorgibt und sich dann die Menschen sucht, die da hineinpassen, sondern daß man die Nöte wahrnimmt und versucht, auf sie zu reagieren. An erster Stelle sollte meines Erachtens nicht das Bestreben stehen, noch ein Wohnheim und noch eine Wohngruppe und noch eine Werkstatt usw. einzurichten. Das ist alles wichtig, aber das Entscheidende dabei ist doch, daß man sich auf die Situation flexibel einstellt, auch alte, eingefahrene Wege aufzugeben bereit ist und sich vor allem nicht an Maßzahlen hält. Ich denke, wenn geplant werden muß, dann induktiv und nicht deduktiv mit vorgegebenen Ziffern.

Einen Satz noch zu einem weiteren Aspekt, den Herr Halama ansprach. Frau Endicott aus New York hat auf dem Weltkongreß für Psychiatrie in Wien eine Untersuchung über die Aufenthaltszeiten und die Faktoren, die diese Aufenthaltszeiten im stationären Bereich bedingen, vorgetragen. Sie kam zu dem Ergebnis, daß der wesentliche und entscheidende Faktor, der die Aufenthaltsdauer in einer Klinik beeinflußt, nicht die Krankheit eines Patienten ist, sondern daß die Aufenthaltsdauer in hohem Maße mitbestimmt ist von administrativen Notwendigkeiten; daß Patienten sehr viel früher entlassen werden könnten, wenn man kürzere statt längere oder vielleicht gar keine Arztbriefe schreibt; daß der entscheidende Faktor eben nicht die Krankheit eines Patienten ist, sondern daß z. B. ökonomische, arbeitstechnische und andere in diesem Zusammenhang noch gar nicht diskutierte Dinge eine Rolle spielen. Wenn das richtig ist, sind zumindest alle stationären Planzahlen obsolet.

Bosch: Was wir aus der Diskussion dauernd ausklammern, und was nur im Vortrag von Herrn Köhler anklang, ist die Gruppe von Patienten, die psychotherapeutisch oder psychosomatisch behandlungsbedürftig ist. Sie wissen, daß das Schicksal der Enquete mehrfach am seidenen Faden hing wegen der großen Streitereien um die Psychotherapie- bzw, Psychosomatik-Patienten.

Herr Köhler, Sie haben zum ersten Mal eine psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus geschildert, die — wenn ich Sie recht verstanden habe — eine eigene psychosomatische Abteilung mit Betten hat. Allerdings kommt jetzt in der Diskussion die Überlegung auf, ob man diese Patienten nicht doch mit den somatisch Kranken zusammen behandeln sollte. Ist es denn grundsätzlich sinnvoll, Psychosomatiker in psychiatrischen Bereichen in eigene Stationen zu legen? Die psychosomatischen Krankheiten haben neben der psychischen Seite auch ihre somatischen Seiten, und die letzteren müssen behandelt werden. Das Instrumentarium dazu ist auf den somatischen Stationen vorhanden; der Psychiater oder Psychotherapeut kann verbal etwas tun, aber sicherlich nicht 24 Stunden am Tag; er könnte doch eher ans Bett des Internisten kommen, als daß der Patient aus dem Bett des Internisten zum Psychotherapeuten verlegt wird. Noch schärfer möchte ich in bezug auf die Psychotherapie fragen, die doch unbestritten als ambulant zu bewerkstelligen angesehen wird: Was für Patienten legen Sie unter dem Oberbegriff „Psychotherapie“ in vollstationäre Betten? Ich verstehe nicht, weshalb man eigene psychotherapeutische Bettenstationen braucht.

Lange: Ich beglückwünsche Herrn Philipzen, daß er so arbeiten kann, wie er arbeitet. Aber ich denke mir, ein solches „Philipzen-Wunder“ ist nur möglich in dieser behüteten Landschaft nahe dem Bischof in Paderborn, wo die Welt noch in Ordnung ist, wo Familienbeziehungen noch nicht so zerrissen sind, wo es nicht so viel Obdachlose gibt, wo nicht so viele gestrandete Existenzen sind. Wir in Velbert versuchen so mit Müh und Not diesem Beispiel von Herrn Philipzen nachzueifern. Ich glaube, wenn man versucht, dieses „Philipzen-Wunder“ in eine Industriegroßstadt zu exportieren, dann wird es sehr, sehr hart und schwierig werden, humane Lösungen zu finden für viele chronisch Kranke — und die gibt es doch wohl, auch wenn Sie versuchen, sie umzuetikettieren in „psychisch Behinderte“.

Grosser: Zunächst eine Frage an Herrn Köhler: Darf ich die Einführung von Akupunktur und Naturheilverfahren in Ihr therapeutisches Angebot in dem Sinne verstehen, daß es sich einmal um wissenschaftlich beschriebene Verfahren handelt, daß Sie sie zum zweiten als Teil des Gesamtkonzepts Ihrer Abteilung einsetzen und ihre Einführung drittens auch eine Reaktion auf die Wünsche von Patienten war?

Noch ein Kommentar zu dem Referat von Herrn Bennett. Bei uns zulande werden im allgemeinen Probleme großflächig, vielschichtig, multidimensional, umfassend, multiprofessionell und über Jahre hindurch geplant, ob Studienreform oder Psychiatriereform, und es werden Jahrhundert- wenn nicht Jahrtausendlösungen gesucht, die dann schließlich bis zur vierten Stelle nach dem

Komma auf zwei Kilo Papier gedruckt werden. Die ungarische Enquete wiegt schätzungsweise 150 Gramm und enthält wahrscheinlich ebenso viele essentielle Dinge.

Der Nachteil unseres Systems liegt darin, daß es meistens nach fünf-, sechsjähriger Planung mindestens zum Teil schon überholt ist und durch die Detailierung seines Konzeptes natürlich im Lauf der Prozedur nicht mehr geändert werden kann. Während auf der anderen Seite die Engländer für überschaubare Räume formulierbare Ansätze machen, sie ausprobieren und dann nach Abschluß einer bestimmten Mindestzeit überprüfen und wenn notwendig korrigieren.

Für die Problematik unserer Art der Planung bieten sich zwei Beispiele an. Das eine ist die im Laufe von wenigen Jahren registrierte markante Wendung in der Einstellung der Leiter der bundesdeutschen Landeskrankenhäuser gegenüber den psychiatrischen Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern, die von totaler Ablehnung vor einigen Jahren sich inzwischen in ein freundliches Miteinander gewandelt hat. Das andere ist die unter der veränderten gesamtwirtschaftlichen Situation sich wohl ergebende Notwendigkeit, die geplanten Möglichkeiten zur Betreuung lang- oder dauerfristig unterzubringender chronischer Patienten möglicherweise anders, alternativ und durchaus provisorisch zu konzipieren gegenüber dem, was nach wie vor als Idealvorstellung auf dem Papier steht.

Köhler: Ich möchte auf mehrere an mich gerichtete Fragen antworten. Die Einrichtung der Psychotherapie-Abteilung in unserer psychiatrischen Abteilung ist auch ein Ergebnis des pragmatischen Vorgehens. Als wir vor fünf Jahren anfangen, hatten wir keinen einzigen Arzt mit Psychotherapie-Zusatzbildung. Die psychotherapeutischen Verfahren konnten in die Klinik am einfachsten integriert werden, indem wir eine Pilotstation eröffneten mit Supervision von außen. Der Aus- und Weiterbildungsbedarf des ganzen Teams in psychotherapeutischen Verfahren erzwang gewissermaßen eine solche Station. An anderen Kliniken wird das vielleicht gar nicht nötig sein; wenn beispielsweise in der psychiatrischen Abteilung eine Reihe psychotherapeutisch versierter Ärzte arbeitet, wird man das von Anfang an anders machen können.

Zum zweiten haben wir auch auf die Herausforderungen der somatischen Abteilungen geantwortet. Als die psychiatrische Abteilung eingerichtet war, stellte sich heraus, daß uns sehr viele Patienten mit psychotherapiebedürftigen psychosomatischen Leiden aus den anderen Abteilungen angeboten wurden, und zwar zunächst zur konsiliarischen und dann auch zur stationären Therapie. Auf unsere Psychotherapie-Station wurden im wesentlichen solche psychosomatische Patienten übernommen, die wir von der Inneren Abteilung bekamen, vor allem Anorexie-Patienten und psychotherapiebedürftige Patienten nach Suizidversuchen, neurotische Depressionen und Melancholien. In jüngerer Zeit ist darüber hinaus zunehmend zu beobachten, daß diese Station in sehr starkem Maße auch Borderline-Patienten und jetzt auch schizophrene Jugendliche aufnehmen möchte.

Eine andere Frage ist die der Einrichtung einer psychosomatischen Abteilung überhaupt. Hier sind wir sehr im Zweifel, ob das noch zur Aufgabe der psychiatrischen Klinik gehört. Ich bin der Meinung, daß wir aus bestimmten praktischen Gründen eng mit anderen Abteilungen zusammenarbeiten sollten. Wir wollen versuchen, eine eigene, von der Psychiatrie zwar mitgetragene Abteilung einzurichten, aber eine, die auch gleichzeitig zur Inneren Abteilung und zur Urologie gehört, wo sehr viele Sexualstörungen von Männern behandelt und zum Teil operativ angegangen werden sollen. Das ist der Grund, weshalb wir diese Überlegungen überhaupt angestellt haben.

Es gibt drei pragmatische Gründe, weshalb wir auch die Akupunktur eingeführt haben. Sie, Herr Grosser, haben sie alle schon angesprochen. Zum Einen gibt es tatsächlich eine wissenschaftlich ernst zu nehmende Literatur; zweitens war das Angebot natürlich auch eine Reaktion auf die Nachfrage der Patienten; und schließlich sind wir uns auch im klaren darüber, daß wir Akupunktur im Rahmen unseres gesamten therapeutischen Handelns einsetzen und damit letzten Endes auch psychotherapeutisch, wie das ja auch bei Medikamenten der Fall ist.

Kipp: Psychotherapie kann sozusagen als Zusatzverordnung irgendwo auf dem Plan stehen. Psychotherapie kann aber auch anknüpfen an Basisbedürfnisse wie Essen, Schlafen, Gemeinsamkeiten haben, mit Angehörigen umgehen und Gespräche haben. Ich denke, daß Psychotherapie in der Psychiatrie einen großen Stellenwert bekommen kann, wenn sie an diesen Grundbedürfnissen anknüpft.

Neurotische Patienten, bei denen eine Psychotherapie als Zusatzverordnung wirksam wäre, kommen zumindest in unser Haus nicht, obwohl wir gerne psychoanalytisch arbeiten würden. Sie tauchen in der eigentlichen Psychiatrie selten auf.

Die Kontroverse von Herrn Wolpert, der innerhalb von einem Jahr die Vollversorgung von einem Gebiet übernehmen mußte, mit Herrn Bauer, der immer noch Zeit hat, seine Abteilung weiter aufzubauen, empfinde ich als ganz verständlich. Beide Abteilungen entstanden in unterschiedlichen historischen Situationen. Ich denke, es würde es sehr vielen Abteilungen erleichtern, Vollversorgungsverpflichtungen zu übernehmen, wenn auch Grenzwerte, die nach unten abgrenzen, mitgeteilt werden könnten, unter denen eine Regionalversorgung in der Stadt und auf dem Land bewältigt werden kann. An diesem Punkt kann man nicht einfach sagen, es sei mitmenschlich alles machbar.

Bei meiner gestrigen Befragung war schon auffällig, daß diejenigen Abteilungen gemeindepsychiatrische Pflichtaufgaben übernehmen konnten, die besser ausgestattet waren. Vielleicht könnte man doch in dem Sinne Meßzahlen zur Erleichterung der Argumentation im politischen Feld noch mehr erarbeiten.

Wolpert: Herr Kipp, ich bin Ihnen dankbar, daß Sie doch noch eine kleine Lanze für die Maßzahlen gebrochen haben. Auch wir haben in der Praxis gehörig gewurstelt und geschaut: Wie ist der Bedarf, wo müssen wir mehr schaf-

fen? Es ging mir nur darum, festzustellen, was als Minimum zu empfehlen ist, damit noch genügend Spielraum zu einem „Vor-Ort-Wursteln“ vorhanden ist.

Katschnig: Das dem ungarischen Beispiel entgegengesetzte Extrem einer psychiatrischen Abteilung an einem allgemeinen Krankenhaus, das ich kenne, besteht in Arezzo. Dort gibt es nämlich keine Abteilung; das Rückgrat der psychiatrischen Versorgung ist das Sektorteam, das in der Regel mit Autos herumfährt und Hausbesuche macht. Dieses psychiatrische Team bekommt, wenn es notwendig ist, ein Zimmer an der internistischen Abteilung und errichtet dort einen Pflegedienst aus dem Pflegepersonal, das im Sektordienst herumfährt. So gibt es je nach Bedarf eine „flüchtige“ psychiatrische Abteilung, ein „flüchtiges“ psychiatrisches Zimmer. Das ist nun wirklich „Wursteln“ im eigentlichen Sinn. Es scheint zu funktionieren. Es gibt keine evaluative Studie darüber, so wie es nirgends im internationalen Vergleich evaluative Studien gibt auf diesem Gebiet. Wir wissen nicht, wie gut es in Ungarn oder Offenbach funktioniert, wir wissen nicht, wie gut es in Italien wirklich funktioniert. Das zu eruieren ist tatsächlich sehr schwer. Doch diese Extremvariante einer „flüchtigen Abteilung“ ist meines Erachtens auch erwähnenswert.

Philipzen: Meine Damen und Herren, es tut mir wirklich gut, daß Sie mich und das, was ich gesagt habe, mögen; aber ich bin doch ein bißchen erschrocken, als hier vom „Wunder“ die Rede war.

In der Aufbauphase ist sicher vieles abhängig von Personen in jeder Region. Aber es gibt ein paar Prinzipien, die bei der Gründung von solchen Einrichtungen wichtig sind, und auch ein paar Grunderfahrungen, die ich gemacht habe, und die wollte ich Ihnen eigentlich über meine Begeisterung hinweg vermitteln.

Das Wichtigste darf ich noch einmal sagen: In allen unseren Einrichtungen sollten die Bürgergruppen durchmischt werden, keine Sondereinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte! Das sage ich ganz gezielt auch in dem großen Modellverbund. Ich finde es schlimm, wenn wir uns in den Standardversorgungsgebieten eine sozialpsychiatrische Subkultur schaffen. Besseres könnten wir doch ohne große Schwierigkeiten erreichen, wenn wir schon vorhandene Einrichtungen sinnvoll nutzen; sozialpsychiatrische Dienste können auch in bereits für andere Bürgergruppen vorhandene Beratungsdienste eingegliedert werden; Wohnungen für psychisch Behinderte könnten in die schon vorhandenen Wohnbereiche der anderen Bürger eingemischt werden usw. Dieses Prinzip gilt doch nicht nur für den Kreis Höxter! Ich glaube einfach, daß wir immer wieder vor der Gemeindenähe unserer Hilfen selber erschrecken, und wir eben doch nicht ganz so nahe an die Gemeinden heran oder in sie hineinwollen. Wie anders läßt es sich erklären, daß wir es 1983 immer noch schaffen, gemeindenahe Kleinghettos zu errichten.

Und noch ein zweites, das nicht nur für den Kreis Höxter gilt: Zumindest bis heute trauen wir uns dort zu, das anzubieten, was an Hilfen für die psychisch Kranken und Behinderten nötig ist. Was morgen ist, wissen auch wir nicht. Wenn wir in den psychiatrischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser nun bestreiten, daß regionale, dezentrale Versorgungssysteme *alle* Patientengrup-

pen versorgen können, wenn wir dem Sog der leeren Betten in den noch bestehenden großen psychiatrischen Versorgungseinrichtungen nachgeben, und wenn wir eine Interessenkoalition herbeischwätzen zwischen den beiden Versorgungssystemen, dann ist die Reform der Psychiatrie am Ende. Das will ich noch einmal mit großem Ernst auch zu unserer Diskussion gestern sagen. Wir mögen uns so ein ruhiges Gewissen verschafft haben, aber für unsere psychisch kranken Mitbürger bleibt es dann so, wie es ist. Machen wir uns da nichts vor!

Drees: Auf den psychiatrischen Veranstaltungen der letzten Jahre wird zunehmend über Versorgungsstrukturen gestritten und diskutiert. Aber was wir inhaltlich tun, ist ein Stück tabuiert. Es ist schwierig, auf solchen Tagungen über unterschiedliche therapeutische Ansätze zu sprechen. Mein Wunsch wäre, daß das in den nächsten Jahren besser gelingt. Die wenigen Ansätze, die heute liefern, bekamen gleich wieder den Druck: „wissenschaftliche Begleitforschung für Akupunktur“, „psychosomatische Stationen in der Psychiatrie“.

Ich habe zum Beispiel viele Jahre Psychosomatik gemacht und will in meiner Psychiatrie auch psychosomatische Patienten behandeln. Ich habe Spaß daran. Wir versorgen gleichzeitig einen Bereich mit 130000 Einwohnern. Ich strebe an, die Patienten mit psychosomatischen und neurotischen Störungen mit den psychiatrischen Störungen zu mischen. Ich halte das für sinnvoll. Damit sage ich nicht, daß ich das für besser halte. Aber ich möchte mich gern mit meinem Konzept mit anderen austauschen, die andere Konzepte haben, ich möchte diskutieren. Wir sollten diese inhaltlichen Dinge austauschen und sollten das große englische Beispiel und das, was Herr Kraft aus Holland berichtet, — jeder Chefarzt hat dort seine eigenen Formen, wie er seine Abteilung gestaltet —, mit einbeziehen. Wir sollten mehr Toleranz gegenüber diesen unterschiedlichen therapeutischen Verfahren üben, die Enttabuierung beginnen und endlich miteinander über inhaltliche Dinge sprechen und nicht nur über Versorgungsstrukturen.

Rave-Schwank: Herr Philipzen hat in seinem Referat auch darauf hingewiesen, daß die Aufgaben „innen“ im stationären Bereich und die Aufgaben „draußen“ im ambulanten Bereich gekoppelt sind, und Herr Katschnig bemerkte, daß die Kluft zwischen psychiatrischem Fachkrankenhaus und psychiatrischer Abteilung am Allgemeinkrankenhaus vielleicht auch in den Hintergrund treten kann gegenüber dem Konflikt zwischen ambulanter und stationärer Behandlung überhaupt. Es ist in der Tat eine wichtige Frage, wie wir es in den nächsten Jahren schaffen, diese beiden verschiedenen Standpunkte von „drinnen“ und „draußen“ gegenseitig wertzuschätzen und in ihren jeweiligen Schwierigkeiten überhaupt zu kennen und sie in sinnvoller Zusammenarbeit zu nutzen.

Derzeit gibt es ja im Ausbildungsgang des psychiatrischen Facharztes noch überhaupt keine Festschreibungen, daß er im Rahmen seiner Weiterbildung jemals ambulante Erfahrungen machen soll. Und auch in der psychiatrischen Fachkrankenpflege gibt es noch recht wenig konkrete Lernerfahrungen in

ambulanter Psychiatrie. Vielleicht könnte sich die AKTION für eine entsprechende Ergänzung der Fachausbildung einsetzen. Denn wenn die beiden Bereiche deutlicher voneinander lernen, sich auch in ihren jeweiligen Schwierigkeiten kennen, könnte ich mir vorstellen, daß wir sie auch leichter zusammen bringen könnten.

Bauer: Noch eine Bemerkung zu der Frage der Psychotherapie und ihrer Integration in psychiatrische Abteilungen. Psychotherapie ist wichtig, und zweifellos gibt es Patienten, die psychotherapiebedürftig und auch psychotherapiefähig sind. Es ist aber die Frage, ob Psychotherapie als integraler Bestandteil eines therapeutischen Settings eine Abteilung in ihrer Atmosphäre und in ihrem Stil prägt, oder ob man Psychotherapie auf einer eigens für solche Patienten reservierten Station betreibt. Beide Ansätze haben wohl ihre Berechtigung; ich habe aber meine Zweifel, ob der zweite Ansatz dann auch noch seine Berechtigung hat, wenn diese Psychotherapie-Station überwiegend den Ausbildungs- und Weiterbildungsinteressen der Kollegen für den Erwerb des Zusatztitels „Psychotherapie“ dient, während die Patienten genausogut ambulant behandelt werden könnten.

Paal: Von einem Praktiker habe ich einmal die lapidare Formulierung gehört: „Die Indikation für eine stationäre Psychotherapie liegt in dem Mangel an Psychotherapeuten.“ Das bedeutet, daß es in Gegenden, wo es keinen Psychotherapeuten gibt — und das bestätigen Kollegen aus großen psychotherapeutischen Kliniken — die Methode der Wahl für den Praktiker ist, Patienten mit psychischen Störungen in eine Klinik einzuweisen. Wir vergessen gern, daß es eine große Dunkelziffer von psychotherapiebedürftigen oder psychosomatischen Patienten auf den Inneren Abteilungen und den anderen somatischen Abteilungen gibt. Diese Patienten sind eben dort; und ich glaube, daß unsere Kapazität, exklusive psychotherapeutische Abteilungen einzurichten, wahrscheinlich den Bedarf nie erreichen wird.

Ich sehe eine andere Möglichkeit darin, den Ärzten, die auf den somatischen Abteilungen sind und die Interesse daran haben, etwas über den Umgang mit psychisch Kranken und psychosomatischen Patienten zu lernen — nach meiner Erfahrung als Konsiliararzt sind das ungefähr fünfzig Prozent —, die Möglichkeit zu geben, sich als Arzt in Psychotherapie und Psychosomatik fortzubilden. Die optimale Methode hierfür bietet die Balintgruppen-Arbeit.

Schlußwort

A. Finzen

Meine Damen und Herren, am Schluß dieser Tagung will ich Sie aufrufen, mit sich und Ihren Leistungen ein wenig zufrieden zu sein. Anders als unseren Freunden in Italien scheint uns in der Bundesrepublik diese Fähigkeit weitgehend abzugehen. Viele von denen, die hier heute anwesend sind, waren von Anfang an an dem Versuch beteiligt, die Reform der psychiatrischen Krankenversorgung in der Bundesrepublik voranzutreiben, also seit Ende der sechziger Jahre. Damit ist die heutige Veranstaltung zu einer Zwischenbilanz, einer kleinen Ernte geworden. Sie erinnern sich vielleicht: damals gab es noch kein deutsches Wort für „community psychiatry“. Heute gibt es zwar auch noch kein lückenloses gemeindenahes psychiatrisches Versorgungskonzept. Aber es gibt mittlerweile 70 psychiatrische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern, genausoviele wie psychiatrische Großkrankenhäuser. Als ich das gestern abend Herrn Flöhl (FAZ) berichtete, der die Enquete damals journalistisch begleitet hat, meinte er: „17 meinen Sie!“

Es hat sich offenbar doch etwas getan in den vergangenen fünfzehn Jahren. Auch wenn wir keinen Grund haben, mit der Entwicklung rundum zufrieden zu sein, sollten wir doch nicht unterschätzen, was in den psychiatrischen Krankenhäusern, im ambulanten und teilstationären Flaum und an den allgemeinen Krankenhäusern geschehen ist. Natürlich ist das gerade im Hinblick auf die Krankenhausabteilungen nicht genug. Aber wir müssen uns die Frage stellen: wie schnell kann das gehen? Hier ist mehrfach gesagt worden, die „Philipzens“ lassen sich nicht beliebig vervielfältigen. Das ist richtig. Aber Herr Philipzen mit seinem bewundernswerten Modell gemeindenaher psychiatrischer Versorgung ist sehr wohl jemand, dem man nachstreben kann. Nur die Heranbildung von Führungspersonal, von Chefärzten und Abteilungsleitern, aber auch von leitenden Krankenpflegern, überhaupt von Experten in neuen Formen von psychiatrischer Versorgung, braucht Zeit. Ich habe vor zehn Jahren in meiner Antrittsvorlesung in Tübingen gesagt, wir könnten die psychiatrischen Großkrankenhäuser schon deswegen nicht auf der Stelle schleifen, weil wir nicht das Personal, nicht die qualifizierten Leiter für hunderte von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern hätten. Wir haben sie auch heute noch nicht. Es vergeht kein Monat, in dem nicht ein Psychiatrie-Dezernent eines Landes bei mir nach einem geeigneten Chefarztkandidaten fragt. Wenn wir die Entwicklung jedoch schneller vorantreiben als wir qualifizierte Leute ausbilden, werden wir psychiatrische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern haben, die nicht funktionieren wie Bad Driburg oder wie hoffentlich Offenbach und Darmstadt auch, sondern wir werden ein „Gewurstle“ im negativen Sinne erleben. Wir werden Abteilungen haben, die sich schlecht und recht durchschlagen, die aber keinen Versorgungsauftrag erfüllen können.

Wenn wir die Zahl der Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern in den

nächsten sechs Jahren noch einmal verdoppelten, müßte jede bestehende Abteilung in dieser Zeit mindestens einen Oberarzt heranbilden, der Leitungsaufgaben übernehmen könnte: das ist sehr viel.

Die Rivalität zwischen psychiatrischen Großkrankenhäusern und Krankenhausabteilungen wird meist negativ gesehen. Das ist unsinnig. Mit 70 Großkrankenhäusern und 70 psychiatrischen Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern haben wir erstmals eine Situation erreicht, in der zwei Systeme miteinander konkurrieren. Wir haben zum ersten Mal die Möglichkeit, die Grenzen der Leistungsfähigkeit dieser beiden Systeme miteinander zu vergleichen. Es wird sich zeigen, ob eines dem anderen überlegen ist, ob etwa nur eines eine Existenzberechtigung hat. Die Diskussionen im mehr oder weniger luftleeren Raum werden aufhören.

Schon heute muß betont werden, daß die Großkrankenhäuser und die Abteilungen an den allgemeinen Krankenhäusern nicht die gleiche Arbeit leisten. Dabei ist es wenig hilfreich, von Edelpsychiatrie auf der einen Seite und „Arme-Leute-Psychiatrie“ auf der anderen zu sprechen. Wir müssen uns Rechenschaft darüber ablegen, daß die Klientel der beiden Einrichtungen sich schon aufgrund der historischen Gegebenheiten voneinander unterscheiden. Die Abteilungen an den allgemeinen Krankenhäusern haben neben den Patienten, die auch im Großkrankenhaus zur Aufnahme kommen, eine neue Klientel rekrutiert, die früher nicht ausreichend psychiatrisch versorgt wurde. Es handelt sich um Patienten, die früher entweder an der Schwelle zum psychiatrischen Krankenhaus gescheitert sind oder in nichtpsychiatrischen Abteilungen schlecht und recht versorgt wurden, um Depressive, um Patienten in schweren Lebenskrisen. Das ist ein Verdienst der psychiatrischen Abteilungen am allgemeinen Krankenhaus, nicht etwa ein Vergehen.

Wir in den Anstalten leiden darunter, daß viele Patienten die Schwelle zu uns nicht überwinden, die eigentlich der Behandlung bedürfen. Wenn wir ehrlich sind, beneiden wir die Abteilungen darum, daß sie es in dieser Hinsicht leichter haben als wir. Denn die unterschiedliche Struktur der versorgten Klientel hat auch Konsequenzen im Hinblick auf die Art und Weise der Behandlung, auf Einschließung und Einschränkung von Freiheit. Die Zusammenballung von übermäßig vielen schwergestörten, unruhigen Patienten wirkt sich auf das therapeutische Milieu im Krankenhaus aus. Das ist aber nur der eine Aspekt. Wichtiger ist, daß die großen psychiatrischen Krankenhäuser die Aufgabe haben, die „alten“ chronisch Kranken zu versorgen. Diese Aufgabe kann ihnen niemand abnehmen. Durch sie werden die Einrichtungen in erheblichem Umfang geprägt. Ich denke auch, daß wir aus den großen psychiatrischen Krankenhäusern gar nicht versuchen sollten, uns vor dieser Aufgabe zu drücken. Ich fürchte, daß die Auflösungsforderung der DGSP uns einige Zeitlang daran gehindert hat, uns dieser Aufgabe in ausreichendem Maße zu stellen, weil bestimmte Formen von Problemlösungen geradezu tabuiert gewesen sind. Das ist glücklicherweise überwunden. Um keine Mißverständnisse aufkommen zu lassen: ich bin nicht der Überzeugung, daß die langfristige Krankenhausbehandlung für die meisten chronisch psychisch Kranken die Lösung

ist. Aber wir haben die Grenzen zwischen stationärer und teilstationärer Behandlung in unserem Land noch nicht ausdiskutiert.

In Übereinstimmung mit Herrn Philipzen und unter Berufung auf Christian Müller, Lausanne, gebe ich folgende Prognose: Das psychiatrische Krankenhaus der Zukunft — ob Abteilung oder selbständige Einrichtung — wird kein Ort des Wohnens für psychisch Behinderte sein, sondern ein Ort der Behandlung von psychisch Kranken, von langfristig Kranken mit floriden Symptomen und von neu aufgenommenen Akutkranken. Eines *wird* es in Zukunft gewiß nicht geben: die Heil- und Pflegeanstalt, auch wenn die Bestrebungen der Träger der psychiatrischen Großkrankenhäuser in einigen Bundesländern derzeit in diese Richtung gehen.

Ganz zum Schluß möchte ich die Gelegenheit benützen, einen Dank abzustatten: an Douglas Bennett, der vielen von uns die Einführung in die Gemeindepsychiatrie vermittelt hat, an Herrn Picard und an Herrn Degkwitz. Alle drei haben viel dafür getan, daß die Bewegung zur Reform der psychiatrischen Krankenversorgung in der Bundesrepublik in Gang gekommen ist. Die Psychiatrie-Enquete ist auf dieser Tagung mehrfach kritisiert worden. Aber wir sollten nicht übersehen, was sie Wichtiges geleistet hat: Daß die damals scheinbar unüberwindlichen Fronten in einem fünfjährigen Diskussionsprozeß so weit nivelliert worden sind, daß wir am Ende alle gemeinsam an einem Strang ziehen konnten, und daß wir gemeinsam die Entwicklung der Psychiatrie in unserem Land so weit vorantreiben konnten.

Die Rückverlagerung der psychiatrischen Regelversorgung in die Gemeinde — Erste Erfahrungen am Beispiel Offenbach

Eine Ergänzung zum Vortrag von W. Reuter aufgrund patientenbezogener Vergleichsdaten der beteiligten vollstationären Einrichtungen

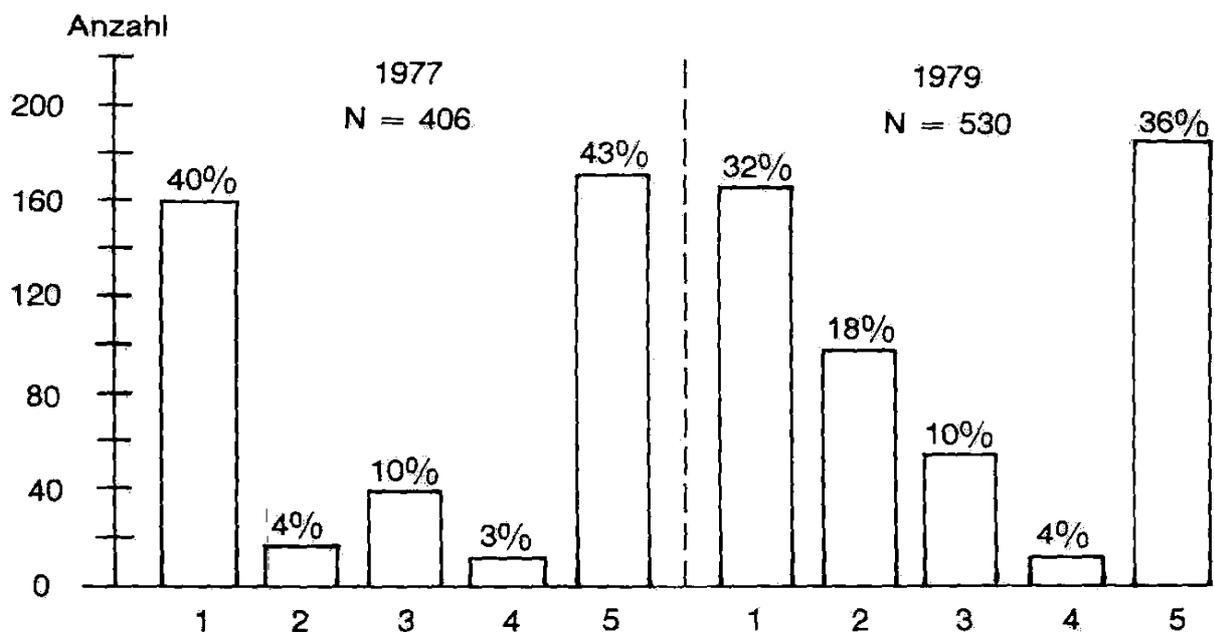
M. Bauer und H. Berger

Die Rückverlagerung der psychiatrischen Regelversorgung in die Gemeinde ist, wie wir alle wissen, ein schwieriger und langwieriger Prozeß. Bisher ist diese Bewegung am konkreten Beispiel nur selten beschrieben worden, seltener noch konnte sie mit validen und über einen längeren Zeitraum gesammelten Daten kontrolliert werden. In Offenbach war die „Begleitforschung“ dieses Prozesses im Rahmen des vom BMJFG geförderten sog. Kleinen Modellverbundes von Anfang an möglich, bot sich doch mit Eröffnung der Psychiatrischen Abteilung am Stadtkrankenhaus die Gelegenheit, die Entwicklung in statu nascendi zu studieren und die Auswirkungen der in Offenbach neu geschaffenen Einrichtungen im Hinblick auf die bisher die psychiatrische Regelversorgung tragenden Krankenhäuser Riedstadt und Hadamar zu beobachten.¹⁾

Bevor im folgenden davon die Rede sein kann, ist es erforderlich, die Situation der uns vor allem interessierenden stationären psychiatrischen Versorgung vor Eröffnung der Psychiatrischen Abteilung kurz zu skizzieren, die seit April 1981 neu geschaffenen Einrichtungen zu benennen und schließlich eine erste Zwischenbilanz zu ziehen. Sie wird zeigen, daß der von uns eingeschlagene Weg in die richtige Richtung zu gehen scheint, wenn auch noch einiges zu tun übrig bleibt.

Die Stadt Offenbach (112000 Einwohner) wurde bislang ebenso wie der Kreis Offenbach (ca. 290 000 Einwohner) von dem etwa 50 km entfernt liegenden Psychiatrischen Krankenhaus Riedstadt versorgt, das außerdem für den benachbarten Kreis Groß-Gerau zuständig ist. Alkohol- und Drogenabhängige fanden Aufnahme im 100 km entfernten Sonderbereich Sucht des Psychiatrischen Krankenhauses Hadamar. Darüber hinaus beteiligten sich weitere, meist privat betriebene Fachkrankenhäuser an der psychiatrischen Versorgung; sie behandelten vorzugsweise neurotische und leichter depressive Patienten eher jüngeren Alters. Abbildung 1 verdeutlicht diesen Sachverhalt.

1) Zur überregionalen Einordnung und den planerischen Perspektiven dieses Prozesses vgl.: Beiträge zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in Hessen, Hessischer Psychiatrieplan, Konzeption, Wiesbaden 1983



(Anzahl der Aufnahmen)

- Legende: 1 = Riedstadt
 2 = Hadamar
 3 = Hohe Mark u. Katzenelnbogen
 4 = Köppern, Heppenheim (nur 1979), Hofheim, Gießen u. Eichberg
 5 = Allgemeinkrankenhäuser StKO, Ketteler-u. Katharinenkrankenhaus

Abb. 1: Verteilung der Aufnahmen aus der Stadt Offenbach über die an der psychiatrischen Versorgung der Stadt beteiligten PKH und Allgemeinkrankenhäuser in den Jahren 1977 u. 1979.

Die Gesamtzahl der aus Offenbach in den Jahren 1977 und 1979 stationär aufgenommenen Patienten betrug in allen genannten Einrichtungen 406 bzw. 530. Besondere Beachtung ist dabei der Tatsache zu schenken, daß über 90 % aller Patienten mit Suicidversuchen sowie ein Großteil der Alkohol- und Drogenabhängigen in den allgemeinmedizinischen, besonders den internistischen Abteilungen des Stadtkrankenhauses Offenbach (StKO) behandelt und nur selten von dort in eine psychiatrische Fachabteilung verlegt wurden. Rein statistisch gesehen kamen 1979 im Psychiatrischen Krankenhaus Riedstadt 169 Patienten aus Offenbach zur Aufnahme, im Stadtkrankenhaus selbst waren es im gleichen Zeitraum 153 Kranke mit einer psychiatrischen Diagnose. Dieser erstaunliche Befund belegt zumindest quantitativ die Bedeutung eines Allgemeinkrankenhauses für die psychiatrische (Kriseninterventions-)Versorgung, auch wenn es damals noch nicht über eine eigene Abteilung verfügte. Für die ambulante Betreuung standen 1981 im Stadtgebiet 4 Nervenärzte, 10 frei praktizierende Psychologen und Psychotherapeuten, 10 Fachberatungsstellen sowie 4 Selbsthilfeorganisationen, letztere vornehmlich für Suchtkranke zur Verfügung. Stationäre, teilstationäre oder komplementäre Einrichtungen mit psychiatrischem Auftrag existieren nicht. Auch ein Sozialpsychiatrischer Dienst fehlte.

Mit der Eröffnung der Psychiatrischen Abteilung am Stadtkrankenhaus begann am 1.4. 1981 einerseits der sicher nicht problemlose Prozeß der Rückverlagerung der psychiatrischen Versorgung in die Gemeinde mit dem Ziel, nach abgeschlossenem Ausbau die Aufnahmepflicht für alle psychisch Kranken aus der Stadt Offenbach zu übernehmen. Andererseits war der Tatsache Rechnung zu tragen, daß etwa $\frac{1}{3}$ aller Personen in psychischen Ausnahmesituationen schon zuvor im StKO behandelt worden waren und daß die berechnete Erwartung von Seiten der anderen Disziplinen des eigenen Hauses dahin ging, diese Patientengruppe nach Einrichtung der Psychiatrischen Klinik dorthin abgeben zu können. Diesen mehrfachen — und legitimen — Erwartungen war nicht immer leicht gerecht zu werden, zur Lösung dieses Problems hätte es der Quadratur des Kreises bedurft. Hinzu kam, daß selbstverständlich auch jene Patienten aus dem Landkreis Offenbach und den daran angrenzenden Gebieten Aufnahme in der Psychiatrischen Abteilung finden sollten, die bereits in anderen Abteilungen des StKO (z. B. Chirurgie, Neurochirurgie, Innere Medizin) wegen nicht psychiatrischer Begleit- oder Folgeerkrankungen stationär behandelt wurden, sofern diese eine psychiatrische Grundkrankheit aufwiesen.

Die Klinik verpflichtete sich vom ersten Tag an insofern der Sektorversorgung, als kein Offenbacher Patient abgewiesen wurde, wenn ein Bett verfügbar war. Dies war zu Beginn nicht immer leicht, führte aber u. a. dazu, daß bislang kein einziger Patient, etwa weil er „nicht tragbar“ gewesen wäre, aus der stationären Betreuung nach Riedstadt oder ein anderes psychiatrisches Krankenhaus verlegt werden mußte.

Der Klinik angeschlossen ist eine kleine, im Aufgabenbereich auf chronisch psychisch Kranke de facto, wenn auch nicht de jure beschränkte Beteiligungsambulanz, um für die ca. 100 Personen umfassende schwierige Patientengruppe dann eine ausreichende diagnostische Abklärung und Nachbetreuung zu gewährleisten, wenn andere Behandlungsmöglichkeiten verschlossen sind bzw. von den Patienten nicht wahrgenommen werden.

In Ergänzung des im Endausbau 80 Betten umfassenden stationären Angebotes wurde am 1.7. 1982 eine Tagesklinik mit 18 Plätzen in einer Villa in unmittelbarer Nachbarschaft auf dem Klinikgelände in Betrieb genommen. Der Behandlungsakzent ist hier naturgemäß mehr auf den sozio- und arbeitstherapeutischen Bereich verschoben und erreicht die Patienten, die trotz ihrer Behandlungsbedürftigkeit noch zu Hause übernachten und allein in die Tagesklinik kommen können. Ansonsten aber ist die Tagesstruktur weitgehend identisch mit der der Klinik.

Ebenfalls zum 1.4.1981 entstand unter Regie und in den Räumen des Gesundheitsamtes Offenbach der Sozialpsychiatrische Dienst. In den Händen des hier arbeitenden Teams — Nervenfachärztin, Krankenschwester, Sozialarbeiterin, Sekretärin — liegt die Vorfeldabklärung und ambulante Krisenintervention, z. B. durch Hausbesuche bei besonders rückfallgefährdeten Patienten, einerseits um Hospitalisierungen und Zwangseinweisungen zu vermeiden, wo immer es geht, andererseits, um die notwendige Nachbetreuung besonderer

Risikogruppen nach dem Klinikaufenthalt zu gewährleisten. Darüber hinaus werden in den Räumen des SpD Einzel- und Gruppengespräche sowie Freizeitveranstaltungen angeboten.

Unabhängig von den bisher skizzierten, in kommunaler Trägerschaft geführten Einrichtungen konstituierte sich im November 1980 der freigemeinnützige „Offenbacher Verein zur Förderung seelisch Behinderter e.V.". Ursprünglich auf die Initiative von zukünftigen Klinikmitarbeitern- und interessierten Laien hin gegründet, setzte sich der Verein das Ziel, eigenverantwortlich und in Ergänzung zur Klinik komplementäre Dienste ins Leben zu rufen. Mit im Rahmen des „Kleinen Modellverbundes" vom BMJFG zur Verfügung gestellten Mitteln, Zuwendungen von Stadt und Kreis Offenbach sowie durch Spenden konnte eine Reihe weiterer Facheinrichtungen geschaffen werden.

So wurde am 1.1. 1982 ein Übergangwohnheim mit 12 Plätzen in Nachbarschaft der Klinik und 15 Minuten vom Stadtzentrum entfernt in Betrieb genommen. Die Einrichtung versteht sich vor allem zur intensiven sozio-rehabilitativen Nachbetreuung junger chronisch Kranker nach dem Klinikaufenthalt mit dem Schwerpunkt der Vermittlung und dem Wiedereinüben lebenspraktischer Fertigkeiten, Die Betreuungsdauer ist (vorerst) auf zwei Jahre begrenzt.

Im Oktober 1983 wurde eine Dependence des Übergangwohnheims mit 8 Plätzen am Stadtrand von Offenbach in einem Haus mit großem Garten eröffnet, dem therapeutischen Ziel nach eher als Dauerwohnmöglichkeit und weiterer Schritt in die Selbständigkeit gedacht. In einem anderen Haus im Kreis Offenbach wird im Jahre 1984 eine weitere Außenstelle des Wohnheims mit 5 Plätzen in Betrieb genommen, hier mehr im Charakter einer Pflegeeinrichtung für mehrfach chronisch Behinderte und entsprechend einer mehr pflegeorientierten Betreuung. Insgesamt können dann 25 beschützte Wohnplätze in einem differenzierten Versorgungsangebot vorgehalten werden. In Zukunft ist an die Einrichtung weiterer Wohngruppen gedacht, deren Akzent mehr auf der Selbstversorgung liegen soll.

Der zweite Schwerpunkt der Vereinsarbeit ist die Laienhilfe. Eine Gruppe von 30 ehrenamtlichen Laienhelferinnen hat sich zur Aufgabe gestellt, durch vielfältige Aktivitäten Kontakt mit Patienten der Klinik und Bewohnern des Übergangwohnheims herzustellen. Neben zahlreichen Einzelverabredungen finden an zwei Nachmittagen in der Woche offene Gesprächsrunden bei Kaffee und Kuchen statt. Ferner tragen Laienhelfer gemeinsam mit Patienten und Mitarbeitern der Klinik seit Herbst 1982 den Patientenclub „Distelgarten". In dessen Rahmen finden an einem Abend in der Woche verschiedene Freizeitangebote an unterschiedlichen Orten statt. Nicht unerwähnt sollen die ebenfalls von Laienhelfern und Mitarbeitern der Klinik organisierten Sommerfeste und Weihnachtsfeiern bleiben, die regen Zuspruch und ein sehr positives Echo in der Lokalpresse fanden. Schließlich führen Studenten der Hochschule für Gestaltung, Offenbach, unentgeltlich einen Mal- und Zeichenkurs durch. Die Laienhelfer begleiteten die Klinik von Anfang an und leisten wesentliche Beiträge zur Integration der Klinik in die Gemeinde.

Wegen der regen Nachfrage nach den aufgelisteten Angeboten entstand schon bald der Wunsch nach einem Freizeittreffpunkt. Der Verein entschloß sich daher, für alle Veranstaltungen eine Begegnungsstätte zu schaffen. Es ergab sich dann die Möglichkeit, mit dem Pächter einer eingeführten und von Patienten zuvor bereits häufig besuchten Gaststätte in der Nähe der Klinik einen Nutzungsvertrag abzuschließen, der es dem Verein seit Februar 1983 gestattet, an mehreren Nachmittagen das Lokal für Veranstaltungen offen zu halten. Hier finden nachmittägliche Kaffeerunden ebenso statt wie Abendveranstaltungen,

Im Jahre 1984 werden die bestehenden Angebote um regelmäßige Konzertveranstaltungen und Kunstausstellungen in Räumen der Klinik erweitert.

Eine weitere Initiative der Öffentlichkeitsarbeit geht — organisatorisch unter dem Dach des Vereins — von Angehörigen aus, die sich aus der in der Klinik gepflegten Angehörigenarbeit heraus zusammengefunden haben und derzeit im Rahmen selbst initiiert regelmäßiger Treffen neue Formen der Interessenvertretung für psychisch Kranke zu entwickeln beginnen.

Eine im Rahmen des Versorgungssystems ganz wesentliche Aufgabe, die berufliche Rehabilitation, wird seit dem 1.7. 1982 durch eine neu gegründete Werkstatt für seelisch Behinderte mit derzeit 50 beschützten Arbeitsplätzen dargestellt. Als Träger zeichnet die Arbeiterwohlfahrt Offenbach verantwortlich, die sich aus eigener Initiative und in enger Kooperation mit der Klinik für dieses angesichts der derzeitigen Wirtschaftslage sicher nicht leichte Arbeitsfeld angeboten hat und die Einrichtung im Zentrum der Stadt als Zweigstelle ihrer Werkstatt für geistig Behinderte mit derzeit 220 Plätzen betreibt. Die Werkstatt bietet ein breites Arbeitsspektrum von Montage und Konfektionierung bis hin zu Siebdruck und Töpferei an und wird zu gleichen Teilen von zu Hause und im Wohnheim lebenden Patienten in Anspruch genommen.

Ein wesentliches Anliegen der Klinik war und ist die enge Verbindung zu Haus- und Nervenärzten sowie allen psychosozialen Einrichtungen der Stadt. So arbeitet sie mit den komplementären Einrichtungen, dem Sozialpsychiatrischen Dienst und der Werkstatt für Behinderte mittels regelmäßiger Fallbesprechungen und gemeinsamer Fortbildungsveranstaltungen eng zusammen, unseres Erachtens eine *conditio sine qua non* für die Betreuung chronisch Kranker. Darüber hinaus bestehen regelmäßige Gesprächsrunden mit dem Sozialamt und dem Arbeitsamt. Zu dem Städtischen Altersheim ist die Verbindung geknüpft über den dort tätigen Heimarzt, der sich in Fachfragen jederzeit mit der Klinik in Verbindung setzen und sowohl den Sozialpsychiatrischen Dienst als auch einen Oberarzt der Klinik über Heimbesuche zu Rate ziehen kann. Ferner bieten Sozialarbeiter der Klinik regelmäßig Sprechstunden im Psychiatrischen Krankenhaus Riedstadt für die dort jetzt noch behandelten Offenbacher Patienten an, die Gruppenleiter unserer Selbsthilfegruppen stehen in regelmäßiger Verbindung mit dem Psychiatrischen Krankenhaus Hadamar zur Abstimmung der Betreuungsstrategien für Suchtkranke. Schließlich

lädt die Klinik in regelmäßigen Abständen die niedergelassenen Nervenfachärzte zu gemeinsamen Fortbildungsveranstaltungen ein.

Neben diese eng verzahnte Kooperation auf der Ebene alltäglicher Arbeit tritt die vom Sozialdezernenten der Stadt initiierte Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft, in der alle Einrichtungen der Stadt und des Kreises Offenbach seit 1980 vierteljährlich zusammentreffen und aus der heraus inzwischen Arbeitsgruppen zu Sonderthemen wie z. B., Suicidprophylaxe, Rehabilitation und psychotherapeutische Versorgung entstanden sind. Ein erstes Arbeitsergebnis ist die Herausgabe eines Psychosozialen Wegweisers, der in Stadt und Kreis Offenbach insgesamt 57 ambulante Facheinrichtungen benennt. Einen kompakten Überblick über die seit 1981 neu geschaffenen psychiatrischen Dienste und Einrichtungen vermittelt Abbildung 2.

Die Beziehungen der Klinik zu den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern Riedstadt und Hadamar anhand ausgewählter Patientendaten

Die Benennung und Beschreibung des seit 1981 in Offenbach entwickelten Versorgungsnetzes gewinnt erst Kontur vor dem Hintergrund nackter Zahlen und Daten. Deshalb sollen im folgenden die einzelnen Etappen des oben reklamierten Prozesses der Rückverlagerung der psychiatrischen Versorgung in die Gemeinde anhand weniger, aber aussagekräftiger Daten dargestellt werden. Diese sind Teil einer in Arbeit befindlichen umfangreichen Studie zur Inzidenz und Prävalenz stationär behandelter Patienten aus Stadt und Kreis Offenbach in den Jahren 1977 bis 1983.

Abbildung 1 zeigte, daß an der stationären Versorgung psychiatrischer Patienten in den Jahren 1977 und 1979 insgesamt 11 bzw. 12 Krankenhäuser beteiligt waren. Unsere Datenerhebung erstreckte sich in diesen Jahren auf alle diese Kliniken. Aus einer Reihe von Gründen beschränkten wir uns ab 1981 darauf, patientenbezogene Daten nur noch in den Psychiatrischen Krankenhäusern Riedstadt und Hadamar sowie in der Psychiatrischen Abteilung des Stadtkrankenhauses Offenbach selbst zu erheben. Dies erschien aus zwei Gründen gerechtfertigt: Zum einen war die erklärte Absicht, mit Hilfe der in Offenbach neu geschaffenen Einrichtungen und Dienste die beiden Landeskrankenhäuser Riedstadt und Hadamar zu entlasten, nicht primär aber zu den anderen Krankenhäusern in Konkurrenz zu treten. Zum zweiten war unser Ehrgeiz nicht, eine perfektionistische epidemiologische Studie zu erstellen, sondern einen wissenschaftlich kontrollierten Beitrag zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung der Region zu leisten.

Ein besonderes Problem stellte dabei die datenmäßige Erfassung derjenigen Patienten dar, die auch nach Eröffnung der Psychiatrischen Abteilung weiter hin unter psychiatrischen Diagnosen auf allgemeinmedizinischen Abteilungen des StKO behandelt werden. 1977 und 1979 haben wir sie aus naheliegenden Gründen in die Gesamterfassung mit einbezogen, seit 1981 ist dies unterblieben. Gemessen an den von uns durchgeführten ca. 800 Konsiliaruntersuchungen pro Jahr sowie den in die Psychiatrische Abteilung daraus lediglich über-

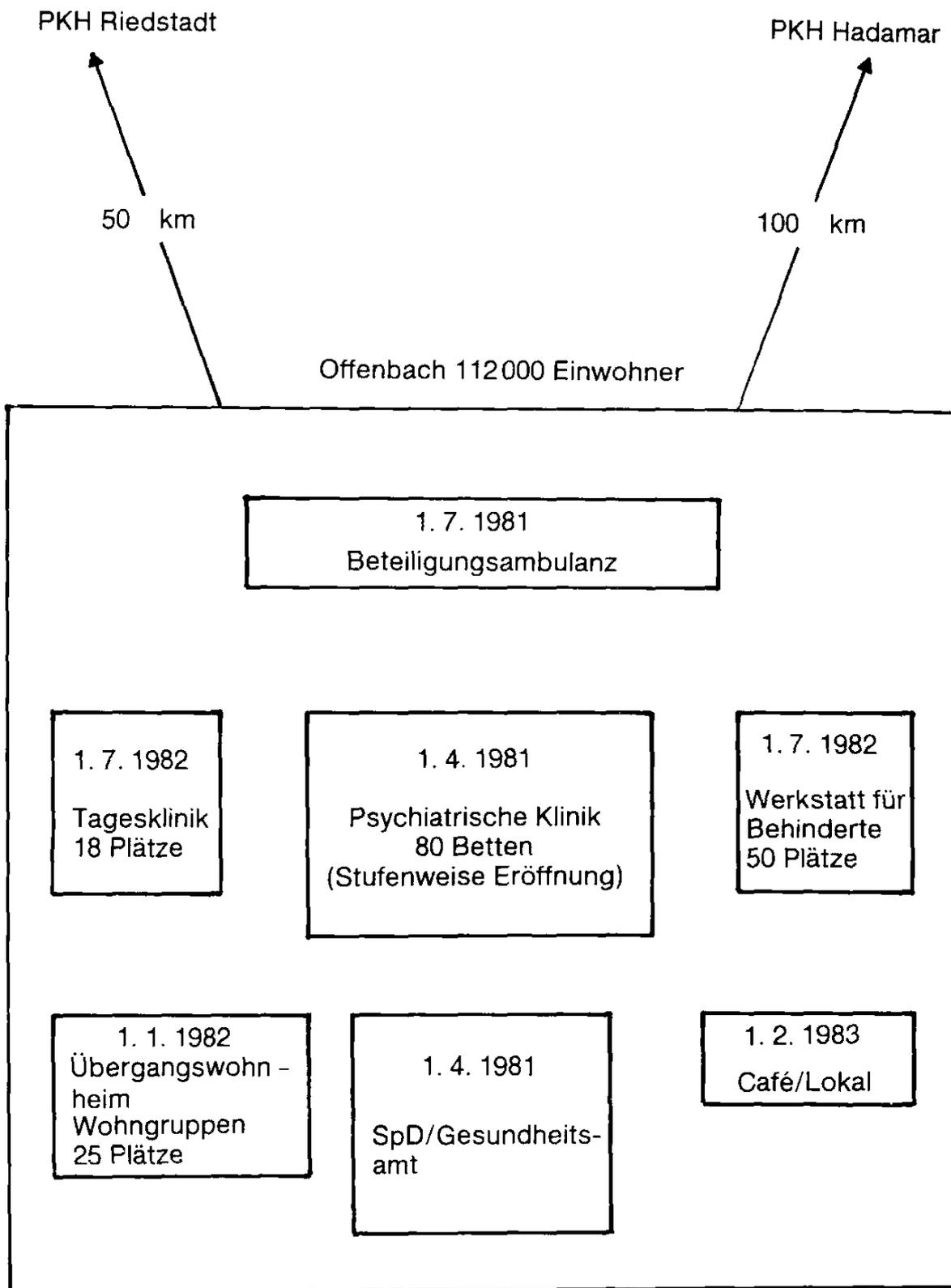


Abb. 2: Seit April 1981 in Offenbach neu geschaffene psychiatrische Einrichtungen u. Dienste.

nommenen ca. 40 Patienten ist die Gruppe keineswegs gering, insbesondere trifft dies für SMV-Patienten zu, die nur dann in der Psychiatrischen Abteilung weiterbehandelt werden, wenn eine schwerwiegende psychiatrische Grunderkrankung vorliegt.

Das Dilemma bei der zahlenmäßigen Darstellung dieses Sachverhaltes ist deutlich: Die vor Eröffnung der Psychiatrischen Abteilung erhobenen Daten sind mit den Daten seit 1981 nicht mehr ohne weiteres vergleichbar. Im vorliegenden Zusammenhang haben wir uns daher entschlossen, der Übersichtlichkeit halber für die Jahre 1977 und 1979 die auf allgemeinmedizinischen Abteilungen des StKO erhobenen Daten zu vernachlässigen und so zu tun, als hätte eine stationäre psychiatrische Versorgung vor Eröffnung der Psychiatrischen Abteilung in Offenbach selbst nicht stattgefunden. Dies vorausgesetzt ergibt sich folgendes Bild für die Krankenhäuser Riedstadt und Hadamar.

1979 wurden in beiden Krankenhäusern zusammen 267 Patienten aus dem Stadtgebiet Offenbach aufgenommen, 1982 waren es — jetzt in den 3 unter-

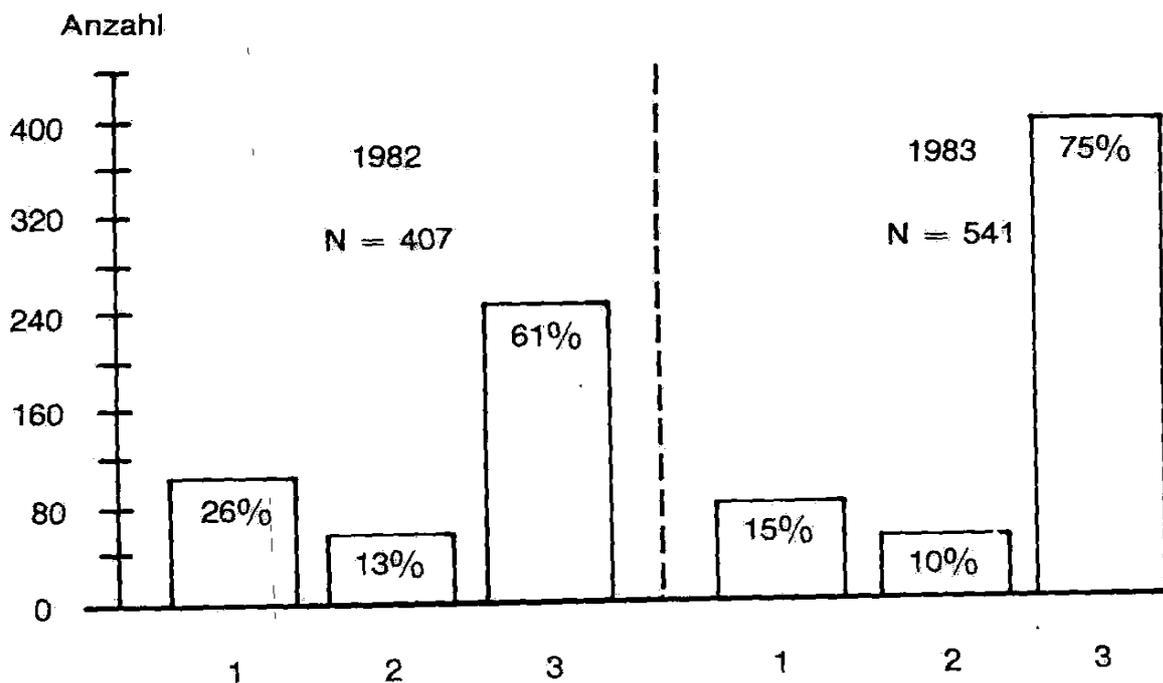


Abb. 3: Aufnahmen aus der Stadt Offenbach in den PKH Riedstadt und Hadamar und in

Abb. 3: Aufnahmen aus der Stadt Offenbach in den PKH Riedstadt und Hadamar und in der PK StKO in den Jahren 1982 und 1983.

Legende: 1 = Riedstadt
2 = Hadamar
3 = PK StKO

suchten Einrichtungen Riedstadt, Hadamar und Offenbach — 407 Patienten, 1983 insgesamt 541. Hierin zeigt sich zunächst das bekannte Phänomen, daß ein Angebot „vor Ort“ die entsprechende Nachfrage steigen läßt, ein interpretatorisch vielschichtiges Problem, auf das hier nicht näher eingegangen werden soll. Parallel hierzu erfolgt eine institutionelle Umschichtung der Klientel mit dem Resultat, daß 1983 — bei damals durchschnittlich 50 belegbaren Betten in der Psychiatrischen Abteilung des StKO — diese Klinik bereits 75 % aller Aufnahmen des Sektors zu bewältigen vermochte, während die Aufnahmequoten in den beiden PKH's entsprechend zurückging.

Stellt man die absoluten Zahlen der in Offenbach aufgenommenen „auswärtigen“ Patienten den in Riedstadt aufgenommenen Offenbacher Patienten für die Jahre 1982 und 1983 gegenüber, so ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 1: Aufnahmen aus der Stadt Offenbach im PKH Riedstadt versus Aufnahmen auswärtiger Patienten in der PK StKO in den Jahren 1982 u. 1983 (Absolutzahlen)

	1982	1983
Offenbacher Patienten in Riedstadt	106	81
Auswärtige Patienten in der PK StKO (davon aus dem Landkreis Offenbach)	113 (77)	193 (130)

Dies legt den Schluß nahe, daß die Psychiatrische Abteilung am Stadtkrankenhaus schon im Jahre 1983 dann zu einer stationären „Vollversorgung“ der Patienten aus dem Stadtgebiet Offenbach in der Lage gewesen wäre, wenn sie nur konsequent alle Offenbacher aufgenommen und alle anderen abgewiesen hätte. Hier zeigt sich ein besonderes, die Alltagsarbeit häufig belastendes, strukturelles Problem: Das Stadtkrankenhaus ist als Krankenhaus der Maximaiversorgung für Stadt und Kreis zuständig. Es ist daher oftmals nicht leicht, Patienten aus insbesondere den benachbarten, traditionell nach Offenbach orientierten Gemeinden zu erklären, daß sie wohl wegen somatischer, nicht aber wegen psychischer Erkrankungen die Klinik beanspruchen können. Jenseits dieses besonderen Umstandes geben allerdings die Aufnahmezahlen der Vermutung Raum, daß die Abteilung letztlich doch eine heimliche oder offene Selektion betrieben haben könnte, nach dem Motto „die (prognostisch) guten nach Offenbach, die chronischen und alten Patienten nach Riedstadt“. Ob eine derartige Selektion tatsächlich stattgefunden hat, soll jetzt durch eine Gegenüberstellung der in beiden Krankenhäusern aufgenommenen Offenbacher Patienten anhand der Merkmale Alter, Diagnose, Staatsangehörigkeit und Verweildauer überprüft werden.

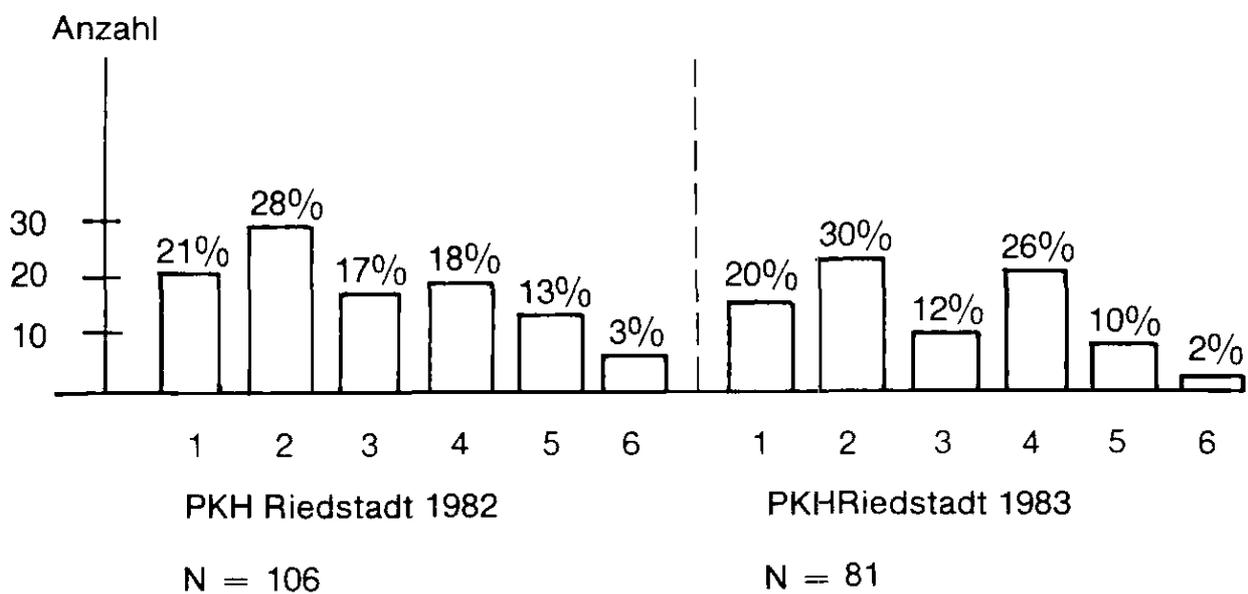
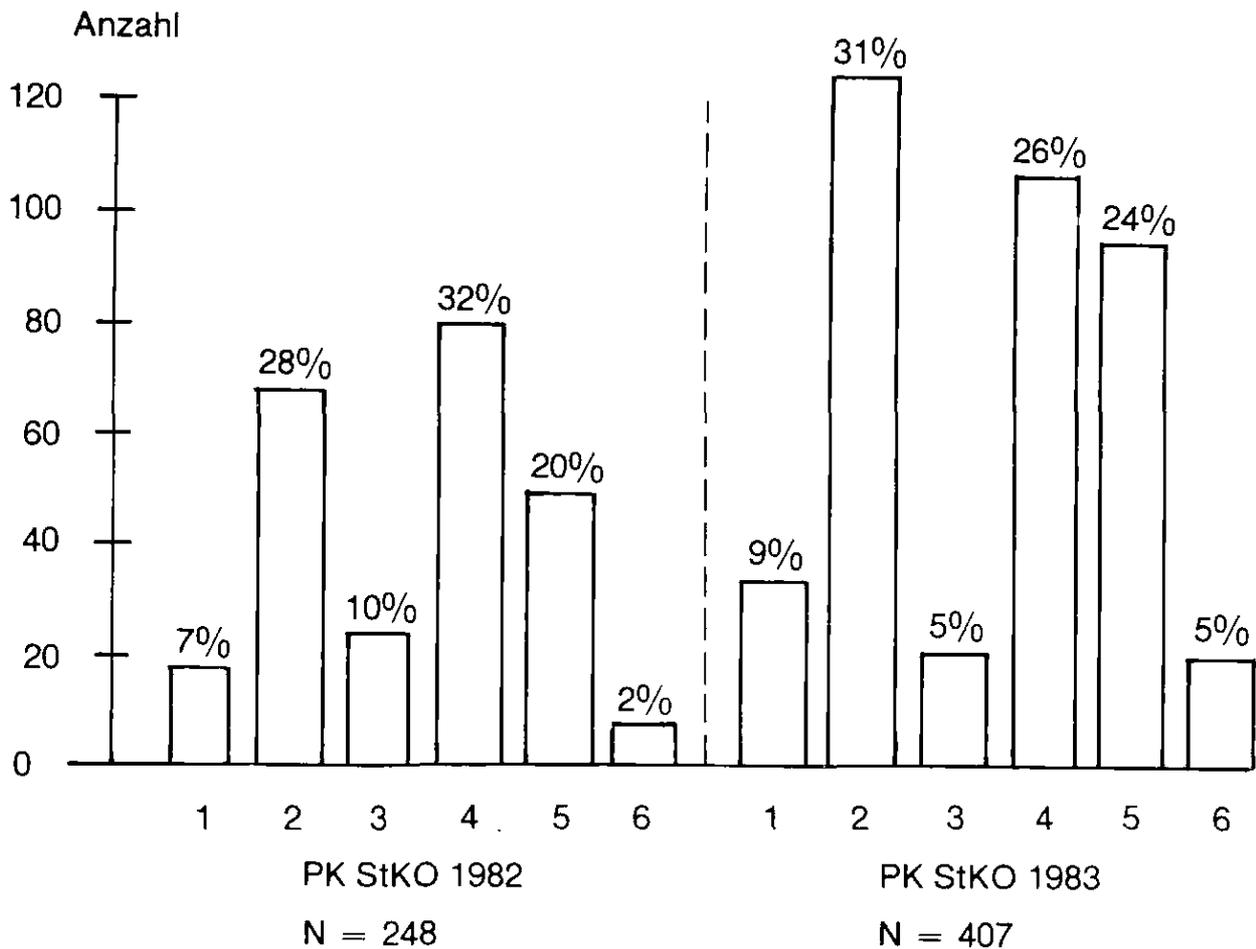


Abb. 4: Diagnosenverteilung der in der PK StKO und im PKH Riedstadt in den Jahren 1982 u. 1983 behandelten Patienten aus der Stadt Offenbach.

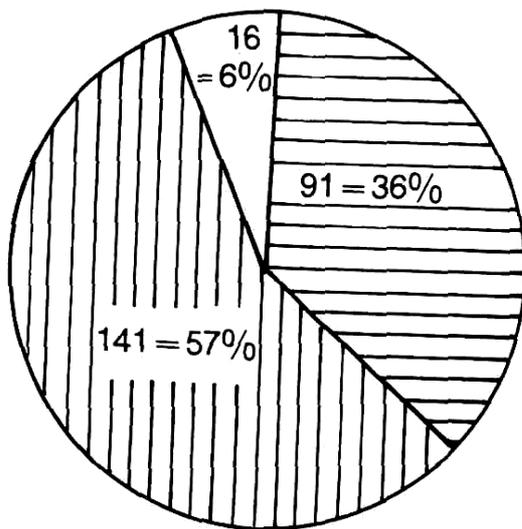
- Legende:
- 1 = organ. Psychosen u. Demenzen
 - 2 = Schizophrenien
 - 3 = affektive u. andere Psychosen
 - 4 = Neurosen u. Persönlichkeitsstörungen
 - 5 = Alkohol u. Drogen
 - 6 = andere psychiatrische Erkrankungen

Unser erster Blick gilt der Diagnoseverteilung. Hier zeigt der Vergleich zwischen Riedstadt und Offenbach, daß 1982 die Mehrzahl der Patienten aller diagnostischen Kategorien in Offenbach behandelt wurden — mit der gewichtigen Ausnahme der organischen Psychosyn-drome. 18 Patienten in Offenbach standen 22 Patienten in Riedstadt gegenüber. Prozentual dominierten im übrigen in Offenbach die Neurosen/Persönlichkeitsstörungen, während alle anderen Diagnosegruppen in beiden Häusern in etwa gleichgewichtig besetzt waren. Im Jahr darauf hat sich das Bild entscheidend verändert. Patienten mit der Diagnose „organisches Psychosyndrom“ sind jetzt in Offenbach doppelt so häufig anzutreffen wie in Riedstadt, wenn auch noch immer die prozentual gefaßte Relation umgekehrt liegt. Alle anderen diagnostischen Kategorien haben sich jetzt einander angeglichen, mit Ausnahme von Alkohol- und Drogenabhängigkeit, die in Riedstadt praktisch keine Rolle mehr spielt, dafür naturgemäß im PKH Hadamar ganz im Vordergrund steht. Festzuhalten bleibt, daß 1983 die proportionale Bilanz zwischen Offenbach und Riedstadt bezüglich der organischen Psychosyn-drome weiterhin — wenn auch gegenüber dem Vorjahr abgeschwächt — unausgeglichen bleibt, wobei davon allerdings weniger als 3 % aller in diesem Jahr aufgenommenen Patienten betroffen sind.

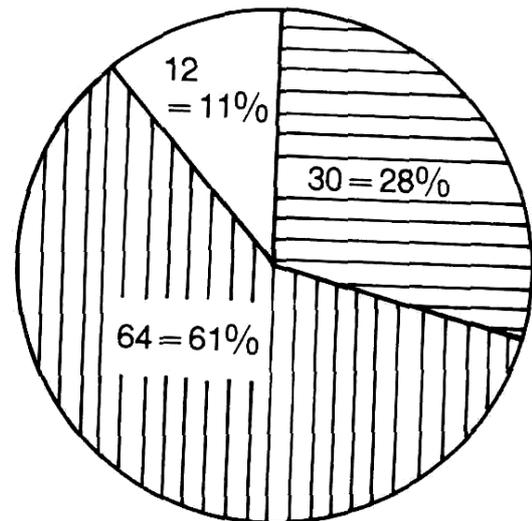
Ein interessanter Befund ergibt sich bezüglich des Merkmals Verweildauer. Hier zeigt sich — welche Verweildauergruppierung auch immer gewählt wird — daß der 1982 durchaus noch in dem Sinne deutliche Unterschied zwischen beiden Krankenhäusern, daß die länger dauernden Therapien eher in Riedstadt als in Offenbach durchgeführt wurden, im folgenden Jahr nicht mehr feststellbar ist. Alle Verweildauergruppen sind in beiden Häusern jetzt ausgeglichen besetzt. Das besonders bemerkenswerte daran aber ist, daß dies vor allem zustande kommt durch eine Verkürzung der Verweildauer in Riedstadt. Dies mag zum einen damit zu tun haben, daß gerade jene eher längerfristig zu behandelnden Patienten wegen der in der Stadt Offenbach inzwischen verbesserten Nachsorgemöglichkeiten von den in Riedstadt tätigen Ärzten frühzeitiger entlassen werden konnten, da eine weitere ambulante Behandlung meist sichergestellt war. Zum anderen hängt dies aber vor allem damit zusammen, daß im Jahre 1983 von den 81 wegen Bettenmangels in Riedstadt aufgenommenen Offenbacher Patienten 20 (= 24 %) zur weiteren stationären bzw. teilstationären Behandlung rasch nach Offenbach zurückübernommen werden konnten. Bezieht man diese Angaben korrekterweise auf die sich hinter 81 Aufnahmen verbergenden 72 Personen, so beträgt die Rückverlegungsquote sogar 28 % aller in Riedstadt aufgenommener Kranker aus Offenbach.

Das Merkmal Verweildauer differenziert also inzwischen nicht mehr zwischen den beiden Institutionen, was besagt, daß eine Selektion prognostisch ungünstig eingeschätzter Patienten nicht stattfindet.

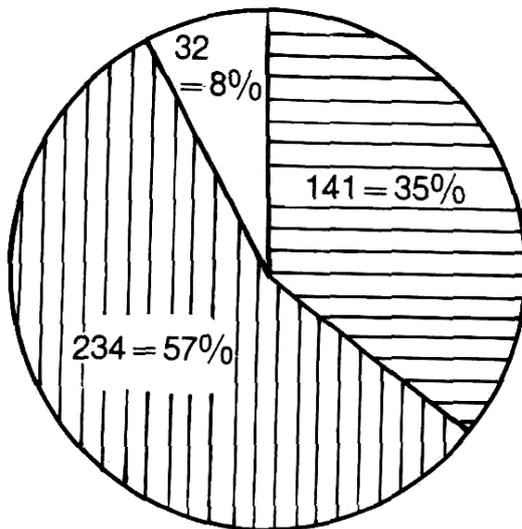
In den mit einer gewissen Regelmäßigkeit stattfindenden gemeinsamen Gesprächen der Mitarbeiter beider Krankenhäuser wurde die Staatsangehörigkeit eines Patienten als unter Umständen wichtiges Differenzierungsmerkmal genannt. Dies ist nicht der Fall. In beiden Institutionen kamen 1982 und 1983



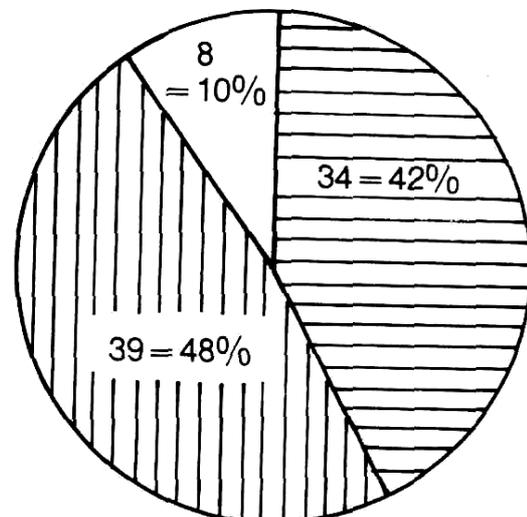
PK StKO 1982



PKH Riedstadt 1982



PK StKO 1983



PKH Riedstadt 1983

Abb. 5: Verweildauerverteilung der in der PK StKO und im PKH Riedstadt in den Jahren 1982 u. 1983 behandelten Patienten aus der Stadt Offenbach.

Legende:  = Verweildauer 1—14 Tage
 = Verweildauer 15—92 Tage
 = Verweildauer 93 Tage u. länger

prozentual gleich viel Deutsche und Ausländer (11 bzw. 13 %) zur Aufnahme, wobei lediglich auffällt, daß Ausländer eine deutlich geringere Hospitalisierungsrate aufweisen als Deutsche. Auch dieser Befund ist aus ähnlichen Untersuchungen bekannt und kann von uns in diesem Zusammenhang nur bestätigt werden.

Neben der diagnostischen Zuordnung kann das Lebensalter als ein besonders sensibles Kriterium für die Aufnahme- oder Abweispolitik einer Psychiatrischen Klinik gelten, insbesondere, wenn keine Aufnahmeverpflichtung für eine

definierte Region besteht. Zählen doch gerontopsychiatrische Patienten mit ihrer gemeinhin ungünstigen Prognose zu den „unbeliebtesten“ Patientengruppen. Hier zeigt sich nun in der Tat die größte Diskrepanz zwischen den beiden Kliniken. Zwar läßt sich feststellen, daß im Jahre 1982 die Offenbacher Abteilung ebenso viele Patienten, die älter als 60 Jahre waren, aufnahm wie Riedstadt (35 zu 34), der prozentuale Unterschied im Hinblick auf die Gesamtzahl der Aufnahmen ist jedoch beträchtlich (14 % zu 32 %). 1983 hat sich das prozentuale Verhältnis merklich gebessert, ohne sich allerdings schon angeglichen zu haben (12% zu 21%). Wesentlich bedeutsamer ist aber, daß in Offenbach 1983 erstmals absolut deutlich mehr Aufnahmen zu verzeichnen sind als in Riedstadt, nämlich 49 gegen 17, und somit in diesem Jahr die Klinik erkennbar klarer hinter ihrem Versorgungsanspruch und -auftrag steht. Bemerkenswert ist umgekehrt der Anstieg der jüngsten Altersgruppen um 10 % im Jahre 1983. Während sich also mit dem Hineinwachsen der Offenbacher Klinik in ihren Versorgungsauftrag hier der Altersdurchschnitt nach oben verschiebt, verjüngt er sich deutlich im PKH Riedstadt. In Hadamar überwiegen über die Jahre hinweg die jüngeren Altersgruppen, was durch das besondere Behandlungsangebot dieser Klinik — sie bietet, wie erwähnt, Alkoholentziehungskuren an — erklärt werden kann.

Tabelle 2: Altersgruppenverteilung der Aufnahmen aus der Stadt Offenbach in der PK StKO und in den PKH Riedstadt und Hadamar in den Jahren 1982 u. 1983 (Absolut- u. Prozentzahlen)

Altersgruppe I (18—30 Jahre)		
	1982	1983
PK StKO	94/38 ⁰ / ₀	152/37 ⁰ / ₀
PKH Riedstadt	24/23 ⁰ / ₀	27/33 ⁰ / ₀
PKH Hadamar	21/40 ⁰ / ₀	25/48 ⁰ / ₀
Altersgruppe II (31—60 Jahre)		
	1982	1983
PK StKO	119/48 ⁰ / ₀	206/50 ⁰ / ₀
PKH Riedstadt	48/45 ⁰ / ₀	37/46 ⁰ / ₀
PKH Hadamar	24/46 ⁰ / ₀	26/49 ⁰ / ₀
Altersgruppe III (61 Jahre u. älter)		
	1982	1983
PK StKO	35/14 ⁰ / ₀	49/12 ⁰ / ₀
PKH Riedstadt	34/32 ⁰ / ₀	17/21 ⁰ / ₀
PKH Hadamar	8/15 ⁰ / ₀	2/4 ⁰ / ₀

Sieht man die mitgeteilten, an den genannten Merkmalen orientierten Befunde im Zusammenhang, so kann nicht übersehen werden, daß die Psychiatrische Abteilung am Stadtkrankenhaus Offenbach und die mit ihr verbundenen Dienste und Einrichtungen hinter ihrem Anspruch, angemessene Behandlungsmöglichkeiten für alle psychisch kranken Erwachsenen zur Verfügung zu stellen, im Hinblick auf die gerontopsychiatrischen Patienten noch zurückbleibt. Diese Gruppe ist, quantitativ gesehen, jedoch nicht sehr groß und bietet, behandlungstechnisch gesprochen, keine aus dem Rahmen fallenden Probleme. Sie muß auch in der Regel nicht längerfristig behandelt werden, wenn angemessene alternative Unterbringungsmöglichkeiten (z. B. verschließbare Station in einem Alten-/Pflegeheim) vorhanden sind. Eine entsprechende Einrichtung vor Ort zu schaffen bzw. eine bestehende für diese neue Aufgabe zu motivieren ist daher eines der nächsten Planungsziele.

Bevor in einem weiteren Abschnitt der Frage nachgegangen werden soll, welche Rolle die Offenbacher Abteilung bei der Versorgung von Langzeitpatienten spielt bzw. ob sie auch in diesem Bereich zu einer wesentlichen Entlastung der Krankenhäuser Riedstadt und Hadamar beigetragen hat, soll im folgenden interessieren, ob die in Offenbach selbst in den letzten Jahren entwickelten Dienste und Einrichtungen erkennbaren Einfluß auf die Anzahl der gegen ihren Willen nach dem Hessischen Freiheitsentzugsgesetz (HFEG) untergebrachten Patienten hat. Tabelle 3 gibt hierüber Auskunft.

Tabelle 3: Unterbringungen nach dem HFEG in den Jahren 1979 bis 1983 (Absolutzahlen)

	§ 10	§ 9	§ 1
1979	28	111	14
1980	31	106	5
1981	29	70	7
1982	50	65	1
1983	58	59	5

Ihr ist zu entnehmen, daß es bei einer Verdoppelung der Gesamtaufnahmen zwischen 1979 und 1983 zu einer insgesamt rückläufigen Anwendung des HFEG kam. Sichtbar aber wird vor allem ein bemerkenswerter Wandel des Einweisungsverfahrens selbst. Die Anzahl der auf 24 Stunden begrenzten Zwangseinweisungen nach § 10 HFEG verdoppelt sich von 28 im Jahre 1979 auf 58 im Jahre 1983, die vorläufigen, auf zwei Monate befristeten Unterbringungen nach § 9 HFEG hingegen nehmen von 111 (1979) auf 59 (1983) um fast die Hälfte ab. Die sog. endgültigen Unterbringungen nach § 1 HFEG für die Dauer von Maximal 2 Jahren sinken bis 1983 auf $\frac{1}{3}$ des früheren Wertes. Insgesamt nimmt also über die Jahre die Anzahl stundenweiser Unterbringungen im Rahmen der unmittelbaren Gefahrenabwehr deutlich zu, die Zahl längerfri-

stiger bzw. dauerhafter Unterbringungen eindrucksvoll ab. Die Umschlagstelle liegt im Jahr 1981, also im Jahr der Eröffnung der Offenbacher Klinik. Das gemeindenähere Angebot in Offenbach, so läßt sich daraus folgern, führt zwar nicht zu einer generellen Abnahme von Zwangsmaßnahmen gegenüber psychisch Kranken, die Maßnahme selbst wird allerdings zeitlich begrenzter, in vielen Fällen nicht über 24 Stunden hinaus ausgedehnt, mithin der Freiheitsgrad für die Patienten insgesamt größer.

Die Unterschiede zwischen den drei Kliniken bleiben dennoch beträchtlich. Zwar trägt die Psychiatrische Abteilung in Offenbach 1983 mit 54 zwangsweisen Aufnahmen gegenüber 29 in Riedstadt und 22 in Hadamar die Hauptlast der Versorgung, dennoch macht dies in Offenbach nur 12 %, in Riedstadt und Hadamar dem gegenüber 36 bzw. 42 % der in diesen Häusern aufgenommenen Offenbacher Patienten aus. Der erste Augenschein könnte vermuten lassen, daß letztlich doch vermittels der Zwangsmaßnahmen eine Patientenselektion durch die Offenbacher Klinik stattgefunden hat. Dem widersprechen die Alltagserfahrungen. Das einzige Kriterium, weswegen ein in Offenbach um Aufnahme nachsuchender Patient nicht aufgenommen, sondern an eine andere Klinik weiterverwiesen wurde, war immer nur die Tatsache, daß zum gegebenen Zeitpunkt alle Betten belegt waren. Die auf die jeweils zur Verfügung stehenden Betten bezogene Auslastungsquote von durchschnittlich nahezu 100 % belegt dies zur Genüge. Was als Erklärung bleibt, ist die durch vielfältige Alltagserfahrungen belegbare Feststellung, daß dringend behandlungsbedürftige Patienten einer freiwilligen Aufnahme in Offenbach wegen der wesentlich einfacheren Aufnahmemodalitäten eher zustimmen als der zeitraubenden Weiterleitung nach Riedstadt oder Hadamar.

Noch vor Eröffnung der Offenbacher Klinik wurde im Februar 1981 eine Stichtagserhebung in den Krankenhäusern Riedstadt und Hadamar mit dem Ziel durchgeführt, alle an einem bestimmten Tag stationär behandelten Offenbacher Patienten zu erfassen. Zwei weitere Stichtagserhebungen fanden im Februar 1983 und 1984 statt.

Tabelle 4: Bestand an Offenbacher Patienten bei den Stichtagserhebungen 1981, 1983 u. 1984 in der PK StKO und in den PKH Riedstadt und Hadamar (Absolutzahlen)

	1981	1983	1984
PK StKO	—	29	40
PKH Riedstadt	54	22	20
PKH Hadamar	8	8	5
Gesamt	62	59	65

Tabelle 4 zeigt zunächst, daß die Gesamtgruppe der in diesen Jahren an einem bestimmten Tag stationär behandelten Patienten gleich groß ist und etwa 60

Personen beträgt. Die in den drei Jahren zu erwartende Umschichtung von Riedstadt und Hadamar nach Offenbach hat Platz gegriffen, wenn sie auch zwischen 1981 und 1983 deutlicher ausgeprägt war als im darauf folgenden Jahr. Eine genauere Analyse der 20 am Stichtag 1984 in Riedstadt behandelten Patienten zeigt nun, daß es sich dabei um 11 Patienten (8 Schizophrene; 3 Oligophrene) mit einer Aufenthaltsdauer zwischen 5 und 28 Jahren handelt, um Patienten also, die in Riedstadt inzwischen langjährige Wurzeln geschlagen haben. Unter den verbleibenden 9 Patienten dagegen hatte keiner einen längeren als sechsmonatigen Aufenthalt in dieser Klinik, die Mehrzahl war erst 1984 aufgenommen worden. Dies ist ein uns selbst überraschender Befund. Bedeutet er doch nichts anderes, als daß es offenbar gelungen ist, mit den in Offenbach entwickelten Einrichtungen die Aufnahme „neuer chronischer Patienten“ im PKH Riedstadt zu vermeiden und potentiell in dieser Beziehung gefährdete Kranke in der Gemeinde selbst zu halten und zu behandeln. Eine wichtige Rolle fällt in diesem Zusammenhang dem Offenbacher Wohnheim zu, das einige, im PKH Riedstadt mehrjährig hospitalisierte Patienten zurückübernehmen konnte. Der Alltag lehrt indessen, daß darüber hinaus erst die Gesamtheit der nach 1981 geschaffenen und eng miteinander vernetzten stationären, teilstationären und ambulanten Dienste über den Erfolg entscheidet.

Zusammenfassung

Wenn auch die Aussagekraft der vorgelegten Daten durch den kurzen Beobachtungszeitraum von 3 Jahren eine nicht bestreitbare Einschränkung erfährt, so zeichnet sich bei der Rückverlagerung der psychiatrischen Regelversorgung in die Gemeinde dennoch jetzt schon ein der Tendenz nach umrissenes Profil ab. Zunächst einmal läßt die Untersuchung den Schluß zu, daß die Psychiatrische Klinik Offenbach schon nach zwei Jahren und trotz noch nicht voll ausgeschöpfter personeller und räumlicher Ressourcen und damit noch ausstehender Übernahme der Aufnahmepflicht den Großteil des psychiatrischen Versorgungsbedarfs der Stadt Offenbach zu tragen vermag und die beiden psychiatrischen Krankenhäuser Riedstadt und Hadamar wirkungsvoll entlastet. Hierbei sind gravierende Selektionen bezüglich bestimmter diagnostischer Patientengruppen, der Verweildauer, der Unterbringungsart, der Staatsangehörigkeit und in toto der Krankheitsprognose nicht erkennbar. Lediglich die gerontopsychiatrischen Patienten nehmen noch eine gewisse Sonderstellung ein, was sich zwar im Alter, aber schon nicht mehr in der Verweildauer der Betroffenen in den beiden Kliniken bemerkbar macht. Insbesondere ist es gelungen, den „Zufluß“ neuer, potentiell chronischer Patienten nach Riedstadt zu blockieren, wenn diese Klinik auch noch immer 8 Offenbacher Patienten (ohne die 3 Oligophrenen) beherbergt, die überwiegend länger als 15 Jahre hospitalisiert sind. In diesem Zusammenhang muß deshalb die Frage erlaubt sein, wie sinnvoll es wäre, die Betroffenen in ihre ursprüngliche Heimatgemeinde nach so langer Zeit zurückzuholen.

Nach dem Gesagten kann unserer Überzeugung nach von einer „Edel- oder Zweiklassenpsychiatrie“ nicht die Rede sein. Es kann aber auch nicht mehr davon gesprochen werden, daß die sog. kleinen psychiatrischen Abteilungen

an Allgemeinkrankenhäusern per se nicht in der Lage wären, einen ihnen übertragenen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Dies hängt ab vom Konzept und gutem Willen der betreffenden Einrichtung, dem Vorhandensein ausreichender komplementärer und ambulanter Hilfen, sicher auch von der Größe des stationären Bereichs. Gerade in diesem Punkt wird man aber die frühere Empfehlung der Enquete-Kommission von 200 Betten/Plätzen vor dem Hintergrund der seitdem gemachten Erfahrungen revidieren müssen.

Für die lokale Situation in Offenbach bedeutet dies, daß die demnächst vorhandenen 80 Betten und 18 Tagesklinikplätze ausreichend sind, die psychiatrische Versorgung der Stadt Offenbach zu gewährleisten. Der komplementäre Bereich wird sich in Zukunft erweitern und differenzieren müssen, insbesondere ist hier eine personell gut ausgestattete bzw. verschließbare gerontopsychiatrische Station in einem Alten- bzw. Pflegeheim dringlich, in die verwirrte Patienten nach einer gegebenenfalls stationär aufgefangenen Krise rasch verlegt und gegebenenfalls von der Klinik weiterhin mitbetreut werden können. Eine weitere Verbesserung der ambulanten Hilfen würde wahrscheinlich nicht nur qualitativ zu Buche schlagen, sondern langfristig auch Betten einsparen. Gerade in diesem Bereich aber sind bekanntlich die Einwirkungsmöglichkeiten der die stationäre und komplementäre Versorgung tragenden Körperschaften gering.

Abschließend soll betont werden, daß die Steuerung der weiteren Entwicklung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern in die hier skizzierte Richtung auch abhängig ist von der Möglichkeit, den Aufbau und den weiteren Betrieb eines derartigen Versorgungsnetzes kontinuierlich dokumentatorisch und wissenschaftlich zu begleiten. Dies könnte nicht nur planerische Fehlentscheidungen vermeiden helfen, es könnte sich — auf Dauer gesehen — auch als das einzige Instrument erweisen, ideologisch verhärteten Positionen mit Hilfe vernünftiger und empirisch abgesicherter Argumente den Boden zu entziehen. Ganz abgesehen von dem lokalen Nutzen.

Verzeichnis der Autoren und Diskussionsteilnehmer

Autoren und Moderatoren

Prof. Dr. M. BAUER, Leitender Arzt der Psychiatrischen Klinik des Stadtkrankenhauses Offenbach a. M.

Dr. D. H. BENNETT, Physician emeritus, Bethlem Royal and Maudsley Hospital, London

Dr. H. BERGER, Oberarzt an der Psychiatrischen Klinik des Stadtkrankenhauses Offenbach a. M.

Prof. Dr. G. BOSCH, Leiter der Abteilung für Sozialpsychiatrie der Freien Universität Berlin

Prof. Dr. A. FINZEN, Direktor des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Wunstorf

W. GRASMÜCK, Bürgermeister, Mühlheim am Main

Dr. H. HALAMA, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Offenbach

Dr. H. KATSCHNIG, Univ. Doz., Leiter der Abteilung für Sozialpsychiatrie und Dokumentation an der Psychiatrischen Universitätsklinik Wien

Dr. H. P. KELLETER, Chefarzt der Abteilung Radiologie/Nuklearmedizin am Elisabethenstift Darmstadt

Prof. Dr. G.-K. KÖHLER, Chefarzt der Psychiatrischen Klinik der Evangelischen und Johanniter Krankenanstalten Duisburg-Nord/Oberhausen GGmbH

Dr. Th. B. KRAFT, Ehem. Vorsitzender der Sectie Liaison und PAAZ-psychiatrie der Niederlande, Doorwerth

Prof. Dr. C. KULENKAMPFF, Stellvertretender Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

R. LATZKE, Leitender Verwaltungsdirektor des Stadtkrankenhauses Offenbach a. M.

Dr. H. PHILIPZEN, Chefarzt der Abteilung für klinische Psychiatrie des St. Josef-Hospitals Bad Driburg

W. PICARD, Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Dr. Maria RAVE-SCHWANK, Leitende Medizinaldirektorin, Psychiatrisches Krankenhaus „Philippshospital“, Riedstadt
W. REUTER, Stadtrat, Sozial- und Gesundheitsdezernent der Stadt Offenbach

Diskussionsteilnehmer

Prof. Dr. R. DEGKWITZ, Direktor der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik der Universität Freiburg i. Brsg.

Dr. A. DREES, Leitender Arzt der Psychiatrischen Klinik des Bertha-Krankenhauses Duisburg-Rheinhausen

D. GIERING, Dipl.-Soz., Hessisches Sozialministerium Wiesbaden

Dr. H. H. GROSSER, Leitender Arzt der Abteilung für psychologische Medizin am Evangelischen Krankenhaus Lütgendortmund, Dortmund

P. HEYDER, Pfarrer i. R., Deisenhofen

PD Dr. E. HOLZBACH, Leitender Arzt der Psychiatrischen Abteilung des St. Elisabeth-Krankenhauses, Hattingen

Dr. J. KIPP, Leitender Arzt der Psychiatrischen Abteilung des Ludwig-Noll-Krankenhauses, Kassel

Dr. H. U. LANGE, Oberarzt an der Psychiatrischen Abteilung des Klinikums Niederberg, Velbert

Dr. J. PAÄL, Nervenarzt, Psychotherapie, Dreieich, Sperberweg 7

Dr. H. STOFFELS, Arzt, Psychiatrische Poliklinik der Medizinischen Hochschule Hannover

Dr. G. ULMAR, Leitender Arzt des Psychiatrischen Krankenhauses Marburg/ Lahn

Dr. med. Dipl.-Psych, E. WOLPERT, Chefarzt der Psychiatrischen Abteilung am Elisabethenstift Darmstadt

Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern in der Bundesrepublik

Stand: Februar 1984

Psychiatrische Abteilung des Krankenhaus-Zweckverbandes Augsburg,
Langemarckstraße 11, 8900 Augsburg

Psychiatrische Abteilung der Schloßpark-Klinik, Heubnerweg 2, 1000 Berlin 19

Psychiatrische Abteilung des Krankenhauses Moabit, Turmstraße 21
1000 Berlin 21

Neurologisch-Psychiatrische Abteilung des Krankenhauses Spandau,
örtlicher Bereich Havelhöhe, Kladower Damm 221, 1000 Berlin 22

Psychiatrische Abteilung der Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk, Am
Waldhaus 1 — 19, 1000 Berlin 38

Psychiatrische Abteilung des Auguste-Victoria-Krankenhauses,
Rubenstraße 125, 1000 Berlin 41 (Schöneberg)

Psychiatrische Abteilung des Wenckebach-Krankenhauses,
Wenckebachstraße 23, 1000 Berlin 42

Psychiatrische Abteilung des Krankenhauses am Urban, Wartenburgstraße 1,
1000 Berlin 61 (Kreuzberg)

Abteilung für klinische Psychiatrie des Martin-Luther-Krankenhauses,
Voedestraße 79, 4630 Bochum 6

Neurologisch-Psychosomatische Abteilung des St.-Marien-Hospitals,
Nikolausstraße 14, 5300 Bonn 1

Psychiatrische Abteilung des Knappschafts-Krankenhauses,
Osterfelderstraße 157, 4250 Bottrop

Psychiatrische Abteilung des Städtischen Krankenhauses,
Salzdahlumer Straße 90, 3300 Braunschweig

Psychiatrische Abteilung des Klinikums der Seestadt Bremerhaven,
Postbrookstraße, 2850 Bremerhaven

Neurologisch-Psychiatrische Abteilung des Evangelischen Krankenhauses
Castrop-Rauxel, Grutholzallee 21, 4620 Castrop-Rauxel

Psychiatrische Abteilung des Elisabethenstifts Darmstadt, 6100 Darmstadt

Neurologisch-psychiatrische Abteilung des Knappschafts-Krankenhauses,
Wiekesweg 12, 4600 Dortmund 12

Psychiatrische Abteilung des Evang. Krankenhauses Lütgendortmund,
4600 Dortmund 72

Abteilung für psychiatrische Medizin des Marien-Hospitals, Notweg 89,
4600 Dortmund-Kirchhörde

Abteilung für klinische Psychiatrie des St.-Josef-Krankenhauses,
Elmarstraße 39, 3490 Bad Driburg

Diakoniewerk Kaiserswerth, Krankenanstalten „Florence Nightingale“,
Nervenklinik, Zeppenheimer Weg 7g, 4000 Düsseldorf 31

Psychiatrische Abteilung des Krankenhauses Mörsenbroich-Rath, 4000
Düsseldorf-Rath

Psychiatrische Abteilung der Klinik Flurstraße, Flurstraße 14,
4000 Düsseldorf-Flingern

Psychiatrische Klinik des Bertha-Krankenhauses Rheinhausen,
Maiblumenstraße 3—7, 4100 Duisburg-Rheinhausen

Psychiatrische Klinik des Hans-Susemihl-Krankenhauses Emden,
Bolardusstraße 20, 2970 Emden

Psychiatrische Abteilung des St.-Josef-Krankenhauses, Heidbergweg 22—24,
4300 Essen 15

Psychiatrisch-neurologische Abteilung des Kath. Philipusstifts,
Hülsmannstraße 17, 4300 Essen-Borbeck

Psychomedizinische Abteilung des Marien-Hospitals Euskirchen,
Gottfried-Disse-Straße 40, 5350 Euskirchen

Psychiatrische Abteilung des Städtischen Krankenhauses Frankenthal,
Weimarer Straße, 6710 Frankenthal/Pfalz

Neurologisch-psychiatrische Abteilung des St.-Katharinen-Krankenhauses, 6000
Frankfurt 60

Neurologisch-psychiatrische Klinik des Städtischen Krankenhauses
Frankfurt-Höchst, Gotenstraße 6—8, 6230 Frankfurt/Main 80

Psychiatrische Abteilung des Kreiskrankenhauses Freudenstadt,
Karl-von-Hahn-Straße 120, 7290 Freudenstadt

Neurologisch-psychiatrische Abteilung des Evang. Krankenhauses
Gelsenkirchen, Münckelstraße 27, 4650 Gelsenkirchen

Neurologisch-Psychiatrische Abteilung des St.-Johannes-Hospitals,
Hospitalstraße 6—10, 5800 Hagen-Boele

Psychiatrisch-neurologische Abteilung des Evang. Krankenhauses Alsterdorf,
Alsterdorfer Straße 440, 2000 Hamburg 60

Psychiatrische Abteilung des Allg. Krankenhauses Eilbeck, Friedrichsberger
Straße 60, 2000 Hamburg 76

Neurologisch-psychiatrische Abteilung des Albertinen-Krankenhauses,
Süntelstraße 11 A, 2000 Hamburg-Schneisen

Neurologisch-psychiatrische Abteilung des Bundes-
Knappschafts-Krankenhauses, 4700 Hamm 1

Psychiatrische Abteilung des St.-Elisabeth-Krankenhauses, Niederwenigern,
Essener Straße 31, 4320 Hattingen 16

Psychiatrische Abteilung des Kreiskrankenhauses Heidenheim,
7920 Heidenheim/Brenz

Psychiatrisch-neurologische Abteilung des Allgemeinkrankenhauses
Herbolzheim, 7834 Herbolzheim

Psychiatrische Abteilung des Gemeinnützigen Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke, 5804 Herdecke

Psychiatrische Klinik am Klinikum Ingolstadt, Krumenauer Straße 25, 8070 Ingolstadt

Psychiatrisch-Neurologische Abteilung im Krankenhaus Itzehoe, 2210 Itzehoe

Neurologisch-psychiatrische Klinik am Städtischen Klinikum Karlsruhe, Moltkestr. 14, 7500 Karlsruhe 1

Psychiatrische Abteilung des Ludwig-Noll-Krankenhauses, Denhäuser Straße 156, 3500 Kassel

Psychosomatische Abteilung des St.-Agatha-Krankenhauses, Feldgärtenstraße 97, 5000 Köln 60

Psychiatrische Abteilung der Krankenanstalten des Landkreises Ludwigsburg, 7140 Ludwigsburg

Psychiatrische Abteilung des Krankenhauses des Märkischen Kreises, Klinikbereich Hellessen, Paulmannshofer Straße 21, 5880 Lüdenscheid

Neurologisch-Psychiatrische Abteilung des Heinrich-Lanz-Krankenhauses Mannheim, Feldbergstr. 68—70, 6800 Mannheim 1

Psychiatrisch-neurologische Abteilung des Friedrich-Ebert-Krankenhauses, Friesenstraße 11, 2350 Neumünster

Neurologisch-Psychiatrische Abteilung des Kreiskrankenhauses Norden, Osterstraße 110, 2980 Norden 1

Psychiatrische und Nervenklinik am Klinikum Nürnberg, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg

Psychiatrische Abteilung des Kreiskrankenhauses Nürtingen, Stuttgarter Straße 2, 7440 Nürtingen

Psychiatrische Klinik der Evang. und Johanniter-Krankenanstalten Duisburg-Nord/Oberhausen GGmbH, Steinbrinkstraße 96a, 4200 Oberhausen

Psychiatrische Abteilung des St.-Josef-Hospitals, Mülheimer Straße 83, 4200 Oberhausen 1

Psychiatrische Klinik am Stadt Krankenhaus Offenbach, Starkenburgring 66, 6050 Offenbach/Main

Psychiatrische Abteilung des St.-Vinzenz-Krankenhauses, Abteilung Landeshospital, Kisaustraße 14, 4790 Paderborn

Psychiatrische Abteilung des Christlichen Krankenhauses Quakenbrück, Goethestraße, 4570 Quakenbrück

Neurologisch-psychiatrische Abteilung des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder, Prüfeninger Straße 86, 8400 Regensburg

Neurologische Abteilung des St.-Josef-Krankenhauses, 8400 Regensburg

Neuropsychiatrische/psychotherapeutische Abteilung des Krankenhauses Ginsterhof, Metzendorfer Weg 21, 2107 Rosengarten

Psychiatrische Abteilung des St.-Antonius-Krankenhauses, 5372 Schleiden

Psychiatrische Abteilung des Fürst-Carl-Landes-Krankenhauses,
7480 Sigmaringen

Klinik für Akutpsychiatrie am Städtischen Krankenhaus, 5650 Solingen 1

Psychiatrische Abteilung des Bürgerhospitals Stuttgart,
Tunzhofer Straße 14—16, 7000 Stuttgart

Psychiatrische Abteilung der Bundesknappschafts-Klinik, Lazarettstraße 4,
6603 Sulzbach/Saar

Psychiatrische Abteilung des Kreiskrankenhauses Main-Tauber-Kreis,
6972 Tauberbischofsheim

Psychiatrische Abteilung des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder,
Nordallee 1, 5500 Trier

Psychiatrische Abteilung des Klinikums Niederberg, Robert-Koch-Straße 2,
5620 Velbert 1

Psychiatrische Abteilung des St.-Laurentius-Krankenhauses, 4355 Waltrop

Psychiatrisch-Neurologische Klinik der Kliniken der Landeshauptstadt
Wiesbaden, Ludwig-Erhard-Straße 100, 6200 Wiesbaden

Psychiatrische Abteilung des Bezirkskrankenhauses Wöllershof, Postfach
1180, 8482 Neustadt/WN

Neurologisch-Psychiatrische Klinik am Klinikum Barmen, Heusnerstraße 40,
5600 Wuppertal 2

Kinder- und Jugendpsychiatrische Abteilungen an allgemeinen und Kinderkrankenhäusern in der Bundesrepublik

Stand: August 1984

Psychiatrische Abteilung des Josefinum-Kinderkrankenhauses,
Kapellenstraße 30, 8900 Augsburg

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Humboldt-Krankenhaus,
Wiesengrund, Stuhmer Allee 3, 1000 Berlin 19

Psychiatrische Abteilung der Vestischen Kinderklinik, Lloydstraße 5 4354
Datteln

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Elisabeth-Klinik,
Schwerter Straße 240, 4600 Dortmund 40-Aplerbeck

Psychosomatische Abteilung für Kinder und Jugendliche der Städtischen Kliniken
Duisburg, Zu den Rehwiesen 9, 4100 Duisburg 1

Kinder- und Jugendpsychiatrische Abteilung des Evang. Krankenhauses,
Pattbergstraße 1—3, 4300 Essen 16

Psychiatrische Abteilung des Kinderkrankenhauses Wilhelmstift,
Liliencronstraße 130, 2000 Hamburg 73

Psychiatrische Abteilung des Kinderkrankenhauses Auf der Butt,
Lindemannallee 9, 3000 Hannover 1

Kinder- und Jugendpsychiatrische Abteilung, Gemeinschaftskrankenhaus, 5804
Herdecke

Psychiatrische Abteilung der Kinderklinik am Städtischen Klinikum Karlsruhe,
Moltkestraße 14, 7500 Karlsruhe 1

Kinder- und Jugendpsychiatrische Abteilung am Kreiskrankenhaus
Lüdenscheid, Paulmannshoher Straße 21, 5880 Lüdenscheid

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Städtischen Krankenhaus
München-Schwabing, Kölner Platz 1, 8000 München

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Städtischen Krankenanstalten
Nürnberg, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg

Psychiatrische Abteilung des Kinderhospitals, Iburger Straße 187,
4850 Osnabrück

Kinder- und Jugendpsychiatrische Abteilung am Olgahospital, Mörikestraße 9,
7000 Stuttgart

Kinder- und Jugendpsychiatrische Abteilung der städtischen Kinderklinik
Wuppertal, Heusnerstraße 40, 5600 Wuppertal 2