

Zur Geschichte der Abteilungspsychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland

Rückblick und Standortbestimmung zum „Arbeitskreis“

Manfred Bauer

Einleitung

Am 10. und 11. November 1983 veranstaltete die „Aktion Psychisch Kranke“ in Offenbach/Main eine Tagung, die ausschließlich die damalige Situation der „Psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern“ zum Gegenstand hatte. Die dort gehaltenen Referate und Diskussionsbeiträge sind in dem von Manfred Bauer und Maria Rave-Schwank 1984 herausgegebenen Band 10 der APK-Tagungsberichte enthalten (1).

Wie damals üblich, hatte die „Aktion“ auch zu dieser Tagung eine Umfrage bei den Psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern durchgeführt, die den damaligen Kenntnisstand dokumentieren sollte. Die Ergebnisse dieser Umfrage wurden von M. Bauer referiert, der zusätzlich noch auf Daten von Michaelis (Itzehoe/1982) sowie auf Umfrage-Daten von Häfner und v. Watzdorf aus dem Jahr 1979 zurückgreifen konnte. Darüber hinaus lagen einige Daten des Berliner Architekten Scheffler vor, die sich auf die Jahre 1970 bis 1978 bezogen. Als Ausgangsbasis für jegliche, auch in späteren Jahren erhobene Datensätze hatte jedoch die sogenannte Ist-Erhebung der Psychiatrie-Enquête-Kommission aus dem Jahr 1973 zu gelten, die für das Jahr 1970 21 psychiatrische bzw. psychiatrisch-neurologische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern auswies.

Nimmt man all diese Quellen zusammen, so gab es 1983 in den westlichen Bundesländern 68 psychiatrische bzw. neuro-psychiatrische

Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern wobei die 23 Universitätskliniken sowie die (damals) nur formal als psychiatrische Abteilungen firmierenden Krankenhäuser Bremen Ost und Hamburg Ochsenzoll keine Berücksichtigung fanden. Von der Erhebung ebenfalls ausgespart blieben (kleine) selbständige Psychiatrische Kliniken wie z. B. Mönchengladbach/Rheydt oder Hücklingen, auch wenn diese von ihrer Größenordnung her durchaus mit psychiatrischen Abteilungen zu vergleichen waren.

Die Anzahl der Abteilungen hatte sich also von 21 im Jahr 1970 über 44 im Jahr 1973, 61 im Jahr 1979 auf einen Stand von und 68 im Jahr 1983 erhöht. Dies bedeutete eine prozentuale Steigerung von über 300%. Allein in der Dekade 1973 bis 1983 waren dem gemäß mehr psychiatrische Abteilungen in der Bundesrepublik (alt) neu entstanden, als in der Zeit vor 1970 existierten.

Die bislang letzte derartige Erhebung wurde 1993 von Rössler, Salize und Bauer durchgeführt und 1996 in der „Psychiatrischen Praxis“ publiziert(2). Sie hatte neben der Klärung der Frage, wie viele psychiatrische Abteilungen zu diesem Zeitpunkt existierten und über wie viele Betten und Tagesklinikplätze sie verfügten auch zum Ziel, ob es ausgeprägte Unterschiede zwischen den alten und den neuen Bundesländern gab. Dies war nicht der Fall. Auf der Grundlage von 112 im damaligen Mitgliederverzeichnis des Arbeitskreises der Abteilungsleiter (ACKPA) aufgeführten Einrichtungen und einer Rücklaufquote von 93% fanden sich in den alten Bundesländern 74 und in den neuen 28 psychiatrische Abteilungen mit insgesamt 8.157 vollstationären Betten. Dies spiegelt in etwa die jeweiligen Einwohnerzahlen in Deutschland Ost und Deutschland West wider. Als Durchschnittswert ergab sich eine Zahl von 80,8 Betten sowie 17 Tagesklinikplätzen pro Abteilung. Ca. 85% der befragten Abteilungen hatten eine Versorgungsverpflichtung für ein definiertes Einzugsgebiet, woraus die Autoren schlussfolgern, dass die historische

Diskussion um die sogenannte Zwei-Klassen-Psychiatrie inzwischen obsolet geworden war. Ein Blick in das „Positionspapier“(3) der Abteilungsleiter aus dem Jahre 2000 bestätigt diese Einschätzung. Dort ist jetzt von 160 Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie die Rede, die zu nahezu 90% eine regionale Pflichtversorgung betreiben und *„deren Anteil an der Gesamtbettenzahl auf etwa 40% gestiegen (ist), womit sie die Hälfte aller psychisch Kranken stationär versorgen“*. Diese Einschätzung wird durch die Stellungnahme der DGPPN (4) aus dem Jahre 2001 bekräftigt. Dort findet man die Feststellung, dass von der Abteilungspsychiatrie ca. 60% aller psychiatrischen Akutpatienten gemeindenah behandelt werden, wegen der im Durchschnitt um ca. 4 Tage längeren Verweildauer in den Fachkrankenhäusern die Anzahl der Pflage tage in beiden Einrichtungstypen jedoch gleichermaßen bei 50% liegt. Diese „Versorgungs last“ ist inzwischen paritätisch verteilt und es wird Aufgabe der nächsten Psychiater-Generation sein, mit dafür Sorge zu tragen, dass die mit der Psychiatrie-Enquête angestoßene Entwicklung, gemeindenah **und** in die allgemeine Medizin in Form von psychiatrischen Abteilungen integrierte Versorgungsangebote zu schaffen, nicht auf halbem Wege stecken bleibt.

Als sich der Arbeitskreis der Abteilungsleiter vor jetzt genau 25 Jahren am 30.Oktober1981 in Quakenbrück gegründet hat, hat wohl kaum eines der Gründungsmitglieder daran gedacht, dass diese Gruppierung ein viertel Jahrhundert später auf eine alles in allem erfolgreiche Vergangenheit würde zurückblicken können .Ein Brief von Dr.Ody/Euskirchen aus dem Jahre 2001, den er anlässlich seines Ausscheidens aus dem Amt als Chefarzt an den Verfasser schrieb und dem er Materialien aus der Frühzeit des Arbeitskreises beilegte, mag dies verdeutlichen.

„...schicke ich Ihnen eine Reihe von Originalunterlagen aus den Anfangszeiten unserer Abteilungsleitervereinigung... Vielleicht findet sich eines Tages jemand, der eine kurze historische Darstellung der Entwicklung unseres Arbeitskreises verfasst, der inzwischen eine Bedeutung erreicht, die wir seinerzeit wirklich nicht vorausgesehen haben.“

Aber auch der weitere, bisher unbekannte Schriftwechsel aus der Gründerphase lässt erkennen, dass dieser Gruppe nicht unbedingt ein langes Leben vorhergesagt werden konnte.

Rückblende

Die Gründungsphase

7.5.1981

Prof. Bauer/Offenbach an Dr. Ody/Euskirchen

...haben Sie besten Dank für Ihren Brief vom 10.04.1981, der mich schon in meinem neuen Arbeitsfeld am Stadtkrankenhaus Offenbach erreicht hat. Seit jetzt einer Woche gibt es hier eine psychiatrische Abteilung.

...wobei ich denke, dass es bald an der Zeit sein könnte, eine gemeinsame Stimme zu erheben. Ich finde es nämlich ebenso unerträglich wie Sie, dass man die Spalten des Deutschen Ärzteblattes Herrn Haase (Direktor des PKH Klingenmünster/Pfalz) zur Verfügung stellt und dass sich dagegen keine Stimme erhebt... meine ich, all diejenigen, die in dieser Hinsicht andere Auffassungen vertreten und eine andere Praxis betreiben, sollten dies nicht nur in aller Stille tun sondern sich – vielleicht sogar organisiert – zu Wort melden. Wie man das am

besten macht, weiß ich auch nicht und Sie werden verstehen, dass mir der Aufbau einer Abteilung für solche Gedanken derzeit wenig Raum lässt.

14.5.1981

Dr. Ody an Chefarzt Dr. Gruner/Freudenstadt

...im Anschluss an die Tagung in Berlin war mir der Gedanke gekommen, ob nicht die Leiter psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sich zu einer Art Arbeitsgemeinschaft zusammenschließen sollten. Einen ähnlichen Vorschlag machte unlängst in einem Brief an mich Herr Prof. Bauer von der Medizinischen Hochschule Hannover, der soeben die psychiatrische Abteilung am Stadtkrankenhaus Offenbach übernommen hat. Ich bin nun leider nicht unbedingt der Typ, ein solches Vorhaben in die Tat umzusetzen, könnte mir aber vorstellen, dass Ihnen eine solche Aufgabe durchaus liegen könnte... im Übrigen hoffe ich, dass Sie Ihre zweite Stelle für eine Beschäftigungstherapeutin durchgeboxt haben...

25.5.1981

Dr. Gruner an Dr. Ody,

...Sie haben... ein Problem angesprochen, das mich seit geraumer Zeit ebenfalls stark beschäftigt... was Sie noch nicht wissen können, ist, dass sich mittlerweile schon einiges getan hat. Am Rande der Bundesdirektorenkonferenz am 30.04.1981 in Merxhausen/Kassel, zu der die Herren Krüger (Emden), Wolpert (Darmstadt), Michaelis (Itzehoe) und ich eingeladen waren, um in einem Kurzvortrag die jeweiligen Abteilungen vorzustellen, wurde der Kern einer solchen Arbeitsgemeinschaft gegründet. Wir anwesenden Kollegen kamen überein, Herrn Michaelis mit der Vorbereitung eines solchen Treffens im Herbst dieses Jahres zu

beauftragen. Dieses soll terminlich mit der nächsten Bundesdirektorenkonferenz verbunden werden, wobei allerdings die letzte Konferenz unter dem Vorsitz von Herrn Dr. Maier, Regensburg, beschloss, in Zukunft nur solche Chefarzt-Kollegen von psychiatrischen Abteilungen aufzunehmen, die die Vollversorgung ihres Sektors bereits praktizieren... Für mich bedeutet der Beschluss strenggenommen, dass ich noch keinen Zutritt hätte, da ich formell (wohl faktisch!) noch keine Vollversorgung betreibe. Wie auch immer – unsere gemeinsame Zukunft wird bestimmt nicht davon abhängen, ob wir alle auch Mitglieder der BDK sein werden. Es reicht sicher aus, wenn wenigstens einige Kollegen vertreten sind, um sich als Sprecher in unserer Arbeitsgemeinschaft zu verstehen...

13.8.1981

Prof. Michaelis/Itzehoe an alle Abteilungsleiter

*Sehr geehrter Herr Kollege (Frauen in Chefarzt-Positionen gab es damals noch nicht; MB),
sicher sind Sie, wie bereits eine Reihe von Kollegen, auch der Meinung, dass die Chefärzte bzw. leitenden Ärzte von psychiatrischen und psychiatrisch-neurologischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern einer offiziellen Repräsentation bedürfen, damit ihre spezifischen Interessen im Hinblick auf berufs- und kommunalpolitische Entscheidungen ausreichend Berücksichtigung finden. Aus diesem Grunde wollen wir versuchen, einen Arbeitskreis zu schaffen, der sich mit den anstehenden Fragen beschäftigen wird – ähnlich dem Arbeitskreis der Direktoren Psychiatrischer Krankenhäuser (Bundesdirektorenkonferenz). Wengleich einige Abteilungsleiter bereits Kontakt zum Arbeitskreis der Krankenhausdirektoren aufgenommen haben, erscheint es aus verschiedenen Gründen sinnvoll, eine „Untergruppe“ zu bilden.*

Es ist ein erstes Treffen interessierter Kollegen am Freitag, dem 30. Oktober 1981, 11.00 Uhr in der psychiatrischen Abteilung des Christlichen Krankenhauses Quakenbrück geplant. Herr Kollege Stutte ist so freundlich, Räume für eine Zusammenkunft zur Verfügung zu stellen. Wir haben seine Abteilung als Tagungsort gewählt, weil es – zumindest für die Kollegen im nord -und nordwestdeutschen Raum – relativ zentral liegt, so dass wegen der kürzeren Anfahrtswege Übernachtungen wohl entfallen können (ein südlicher gelegener Ort konnte wegen des bisherigen Mangels an persönlichen Kontakten noch nicht gewählt werden. Entsprechende Fragen sollen aber am 30.10. erörtert werden).

Wenn Sie, sehr geehrter Herr Kollege, Interesse an der oben genannten Zusammenkunft haben, senden Sie bitte das ausgefüllte Formular an den Unterzeichner zurück.

*Wir hoffen auf eine rege Beteiligung. Mit freundlichen kollegialen Grüßen
Ihr Prof. Michaelis*

Bei den beiden folgenden Dokumenten handelt es sich um das Programm der ersten Tagung des „Arbeitskreises“ im „Christlichen Krankenhaus Quakenbrück“ sowie um das Tagungsprotokoll.

Insgesamt waren 28 Kollegen und eine Kollegin vertreten, wobei auffällt, dass die ganz überwiegende Mehrzahl aus dem nahegelegenen Ruhrgebiet kam. Dort hatte sich inzwischen unter Federführung von Prof. Köhler, Oberhausen, auch eine arbeitskreisartige Einrichtung der Chefarzte psychiatrischer Abteilungen gebildet, die sich mit den üblichen Alltagsproblemen der Klinik, aber auch mit der Frage des Verhältnisses zur Bundesdirektorenkonferenz beschäftigte. Mehrheitlich vertraten die in Quakenbrück versammelten Chefarzte die Auffassung, dass es „nicht sinnvoll“ sei, an der BDK teilzunehmen, man aber abwarten wolle, wie sich eine eventuelle Zusammenarbeit ergebe.

Zwei Dinge passen ins damalige Bild. Von 29 Teilnehmern dieses ersten Treffens standen 15 Chefärzte einer rein psychiatrischen Abteilung vor, 14 leiteten eine gemischt neurologisch-psychiatrische Klinik. Die „gemischten“ Abteilungen wurden als Problem gesehen, da langfristig „eine Regionalversorgung anzustreben“ sei. Die Thematik Einrichtung von „Institutsambulanzen“ wurde angesprochen, aber „nicht ausdiskutiert, weil es sich hierbei um ein zu brisantes Thema handelt“. Man verabedete sich auf einen weiteren Termin am 21./22.03.1982 in Darmstadt.

14.12.1981

Mit Schreiben vom 14.12.1981 informiert der in Quakenbrück zum Vorsitzenden des Arbeitskreises gewählte Prof. Michaelis/Itzehoe alle ihm bekannten leitenden Ärztinnen und Ärzte an psychiatrischen Abteilungen über die Wahl und wirbt um zukünftige rege Teilnahme bei den geplanten weiteren Treffen. Das nächste sollte in Darmstadt stattfinden.

8.2.1982

Unter diesem Datum lädt der Chefarzt der Psychiatrischen Klinik am Elisabethenstift Darmstadt, Dr. Eugen Wolpert, ein. Das ist überraschend, ist Dr. Wolpert doch nicht der Vorsitzende/Sprecher des „Arbeitskreises“ sondern dessen einfaches Mitglied. Der „Führungswechsel“ warf seine Schatten voraus.

26.3.; 6.5.; 7.12.1982

Die drei „Rundbriefe“ des Vorsitzenden des Arbeitskreises, Prof. Michaelis, vom 26.03.; 06.05.; und 07.12.1982 an alle Mitglieder enthalten bei flüchtiger Lektüre, keine bedeutsamen Mitteilungen. Die am 21./22.03.1982 geplante Sitzung hatte stattgefunden, ein Protokoll, das

Aufschluss über die diskutierten Inhalte geben könnte, gibt es nicht. An diesem Treffen nahmen nur wenige Personen teil, die im Programm avisierten ausländischen Gast-Referenten waren verhindert und die Versammlung lief bereits am ersten Abend auseinander. Im Schreiben von Prof. Michaelis' vom 26.03.1982, das er als „Kurzprotokoll“ des Treffens verstanden wissen wollte, ist vermerkt, dass die „Verbindung zur BDK locker“ bleiben solle und weder „Integration“ noch „Konfrontation“ gewünscht sei.

Im zweiten Brief vom 06.05.1982 findet sich der Hinweis, dass acht namentlich genannte Mitglieder des Arbeitskreises (Köhler/Duisburg; Wolpert/Darmstadt; Regen/Neumünster; Grosser/Dortmund; Lorenzen/Hamburg; Grünewald/?; Michaelis/Izehoe; sowie ein namentlich nicht genannter Oberarzt aus Stuttgart) sich mit der BDK „dahingehend geeinigt“ haben, „dass wir an der BDK als eigenständige Fraktion teilnehmen“ können. Gleichzeitig wurde die Möglichkeit offen gehalten, „eine Abspaltung vorzunehmen, wenn es nötig erscheint“.

Der Brief vom 07.12.1982 ist lediglich ein Begleitschreiben zur Versendung des „Ergebnisses unserer Fragebogenaktion“ bezüglich der Personalsituation in den einzelnen Häusern.

21.2.1984

Der letzte Brief des Arbeitskreis-Vorsitzenden Michaelis datiert vom 21.02.1984, also mehr als ein Jahr später. Aus ihm ist eine gewisse Resignation erkennbar, wenn er schreibt, unter den Mitgliedern habe sich „ein großes Desinteresse bezüglich unseres Arbeitskreises entwickelt.“

. Prof. Michaelis „überträgt“ sein Amt an Dr. Wolpert/Darmstadt.. Die Mitglieder selbst wurden dabei überhaupt nicht gefragt.

Das folgende Schreiben von Dr.Stutte an Prof.Michaelis fasst die bisherige Entwicklung des Arbeitskreises in den ersten 2 Jahren seines Bestehens recht gut zusammen.

12.3.1984

Dr.Stutte an Prof. Michaelis,

Lieber Herr Michaelis,

herzlichen Dank für Ihr Schreiben vom 21.02.1984 mit der Bekanntgabe Ihrer „Amtsübergabe“ an Herrn Wolpert, über die wir uns ja schon bei der Bundesdirektorenkonferenz in Osnabrück einvernehmlich unterhalten hatten.

Sie sprechen das mangelnde Interesse an gemeinsamen Themen unseres Arbeitskreises an. Es war ja wohl die „historische Bedeutung“ unseres Zusammenschlusses, dass die sich anbahnende bzw. bestehende Konfrontation zwischen Landeskrankenhäusern einerseits und psychiatrischen Fachabteilungen andererseits in den Jahren 1981/82 durch die Gründung unseres Arbeitskreises erheblich an Bedeutung verloren hat. Zumindest sehe ich das aus unserer Quakenbrücker Situation so und meine auch, dass sich bei den Bundesdirektoren-Konferenzen in letzter Zeit immer gezeigt hat, dass wir als Vertreter der Fachabteilungen auch generell akzeptiert werden. Wie weit das lokal für jede einzelne Abteilung in ihren regionalen Beziehungen zu dem „zugehörigen Landeskrankenhaus“ (wie Herr Wolpert es ja bei der letzten Bundesdirektoren-Konferenz zur allgemeinen Freude formuliert hatte) gilt, überblicken wir 1984 in unserem Arbeitskreis sicherlich nicht mehr so genau.

In Quakenbrück haben wir keine grundsätzlichen Schwierigkeiten in dieser Hinsicht, vor allem sind die Beziehungen zum LKH Osnabrück sehr gut, zum LKH Wehnen/Oldenburger aber ebenfalls nicht getrübt. So befassen wir uns jetzt vielmehr mit dem Ausbau unserer lokalen Therapiemöglichkeiten, insbesondere im ambulanten Bereich.

Ist also der Arbeitskreis überflüssig geworden? Zwei Gründe sprechen meines Erachtens dagegen:

- 1. Wir werden im Kreis der Leiter Psychiatrischer Einrichtungen, also insbesondere in der Bundesdirektorenkonferenz unsere Stellung und Bedeutung schwächen bzw. nicht ausbauen können, wenn sie lediglich auf der Tatsache unserer Existenz beruht.*
- 2. Die Funktion einer psychiatrischen Fachabteilung im Gesamt-Zusammenhang psychiatrischer Versorgung ist meines Erachtens noch immer ein nicht ausdiskutiertes Thema. Auch wenn wir wissen, dass mancherlei Umstände (Trägerschaft des Krankenhauses, regionale Organisation der psychiatrischen Versorgung, Koordination mit den benachbarten LKHs, Dichte und Leistungsfähigkeit ambulanter nervenärztlicher Versorgung, schließlich Interessen, Qualifikation und Anzahl des therapeutischen Personals) die Möglichkeiten der Arbeit in unseren Fachabteilungen wesentlich bestimmen, so wird es doch kleinste gemeinsame Nenner und andererseits Zielvorstellungen geben.*

Die psychiatrischen Fachabteilungen als Organisationsform der Versorgung, wie sie in der Psychiatrie-Enquête empfohlen und angestrebt wurden, sollten Möglichkeiten und Grenzen dieses Versorgungsauftrags besser reflektieren und verbindlicher formulieren.

Das sehe ich nach wie vor für eine von uns noch nicht gelöste Aufgabe an, die uns niemand abnehmen kann bzw. niemand (vor allem nicht politische Stellen) abnehmen sollte.

Konkret meine ich also, dass wir in absehbarer Zeit eine eintägige Tagung unseres Arbeitskreises einberufen sollen, auf der diese Fragen Zentralpunkt der Tagesordnung sein mögen. Ich denke mir, dass man vormittags eine – vielleicht durch Vorbefragung aktualisierte – Ist-Erhebung der Versorgungs- und Ausstattungsverhältnisse vornehmen könnte und nachmittags über Probleme bzw. Ziele unserer Arbeit zu diskutieren hätte. Dabei werden sicherlich grundlegende Themen wie „chronisch Kranke“, „gerontopsychiatrische Versorgung“, „Stellenpläne“, „Weiterbildung im ärztlichen, psychologischen und Pflegebereich“ zu diskutieren sein.

Wahrscheinlich ist es wegen allgemeiner Terminnot am günstigsten, wenn man eine solche Tagung zusammenlegt mit der Bundesdirektorenkonferenz und der DGPN-Tagung. Es bietet sich also an der Herbst 1984 mit der DGPN-Tagung in Tübingen.

Wir müssten uns freilich einen separaten Tag (vor Beginn der BDK) dazu reservieren. Ich selbst werde sicher nach Tübingen kommen und werde ohne weiteres an einer solchen Tagung teilnehmen.

Schließlich möchte ich noch hinweisen auf eine neue psychiatrische Fachabteilung, die in den nächsten Wochen ihre Arbeit aufnehmen soll am Städtischen Krankenhaus in Nordhorn. Den bis jetzt noch nicht bekannten künftigen Leiter dieser Abteilung werde ich sicherlich bald kennen lernen und will ihn natürlich auf unseren Arbeitskreis hinweisen.

Ihnen lieber Herr Michaelis, möchte ich ganz persönlich für Ihren Einsatz und Ihre Mühe für unsere gemeinsame Sache danken und wünsche

gleichzeitig Herrn Wolpert, dass er nicht nur Last sondern auch Erfolg und gelegentlich Freude mit seinem neuen Amt hat.

Mit herzlichen Grüßen

Stutte

17.4.1984

Mit einem Rundschreiben vom 17.4.1984 „an alle Abteilungsleiter“ meldet sich Dr. Wolpert zu Wort. Hierin ist die Rede davon, dass „ich auf der letzten BDK in Osnabrück zu seinem (Michaelis) Nachfolger vorgeschlagen wurde“. Und weiter: „Zweifellos ist es wichtig, das inzwischen eingetretene gute Einvernehmen mit den Direktoren der Psychiatrischen Krankenhäuser zu pflegen“. Hiermit war die Wahl von Dr. Wolpert „nachgeholt“, wer alles gewählt hatte –nur die bei der BDK anwesenden „Abteilungsleiter“ oder auch die „Direktoren“-- blieb offen.

Insgesamt ist der Duktus dieses Schreibens jedoch politischer, jetzt geht es nicht mehr allein um ein gutes Einvernehmen mit der BDK oder weiteren Organisationen (DGPN, Krankenkassen, leitende Krankenhausärzte etc.) sondern erstmals um die Einflussnahme des Arbeitskreises auf psychiatrie-politische Entscheidungen.

Bei Vergegenwärtigung der hier z.T. ausführlich zitierten Dokumente ist unverkennbar, dass die Gründungsphase des Arbeitskreises (Frühjahr 1981 bis Herbst 1984) im Wesentlichen geprägt war durch vielfältige und unterschiedliche Versuche der Abteilungsleiter, zu einer ersten Standortbestimmung zu kommen. Dass dabei die Frage des Verhältnisses zur Bundesdirektorenkonferenz immer präsent ist, verwundert nicht. Immerhin gab es bereits 1981 60 Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, die meisten von ihnen waren traditionell neuro-

psychiatrisch. Allerdings hatte sich ihre fachliche Ausrichtung in dem davor liegenden Jahrzehnt zu ändern begonnen. Bei einer im Auftrag der „Aktion Psychisch Kranke“ 1983 durchgeführten Umfrage stellte sich heraus, dass mittlerweile 60% aller Abteilungen rein psychiatrisch arbeiteten, während dies 1970 nur für 25% zutraf. Dem galt es Rechnung zu tragen.. Dabei war den um eine angemessene Antwort ringenden Akteuren klar, dass dies nicht heißen konnte, sich naht- und problemlos in die damals dominierende Bundesdirektorenkonferenz zu integrieren. Die (objektive) Interessenlage beider „Lager“ war zu unterschiedlich, die langfristigen Ziele vielleicht sogar konträr. Das hatte sich schon in der Enquête-Periode gezeigt, als es darum ging, die Rahmenbedingungen für die empfohlene Abteilungspsychiatrie festzulegen, ohne deren Vertreter an diesem Diskussionsprozess zu beteiligen. Die damalige Empfehlung ist bekannt:

Mit weniger als 200 Betten sollte keine Abteilung neu gebaut werden. Das damalige Totschlag-Argument war das Gespenst der sog. „Zwei-Klassen-Psychiatrie“ bzw. der Aufsplitterung in eine „Edel- und eine Arme-Leute-Psychiatrie“ Nach mehrheitlicher Auffassung der BDK und ihrer in der Enquete-Kommission sitzenden Wortführer und Sympathisanten konnte dies nur mit Hilfe groß dimensionierter stationärer Einrichtungen gewährleistet werden... Die im 19. Jahrhundert unsere psychiatrischen Vorfahren beschäftigende, und bis heute nicht befriedigend gelöste Frage der Heil- und/oder Pflegeanstalt war plötzlich wieder da.

Mit neuro-psychiatrischen Gegenkonzepten, sofern es sie denn gegeben hätte, war dem nicht zu begegnen. Aber auch nicht mit Abteilungen, die so klein konzipiert waren, dass sie eine regionale Pflichtversorgung gar nicht zu leisten vermochten. Im Übrigen war die Mehrheit der Abteilungen bzw. deren Leiter zum damaligen Zeitpunkt an derartigen Überlegungen und Konzepten nur am Rande interessiert, wie eine spätere Umfrage von Philipzen im Jahre 1985 ergab. Dass die Medizinische Hochschule

Hannover mit ihren hundert Betten bereits Anfang der 70er Jahre (und bis heute) ein regionales Versorgungskonzept erfolgreich praktizierte und evaluierte, war in Vergessenheit geraten oder wurde mit dem Hinweis abgetan, dies seien universitäre Spielereien, die mit der Versorgungswirklichkeit wenig zu tun hätten.

Die Antwort der Abteilungsleiter auf die ihre Arbeit abwertende Haltung der BDK war die Gründung des Arbeitskreises „Sektorisierte Versorgungsverpflichtung“, unter der Leitung von Hanns Philipzen, aber das ist der Entwicklung vorgegriffen. Zunächst ging es darum, in der psychiatrischen „Szene“ überhaupt als Gruppe wahrgenommen zu werden und dies konnte nur dann gelingen, wenn möglichst viele Abteilungsleiter an den Sitzungen der Bundesdirektorenkonferenz teilnehmen würden. Dies ist dann auch geschehen, und die meisten Abteilungsleiter waren damit (zunächst) auch zufrieden. So schreibt M. Bauer – ein in dieser Beziehung sicher unverdächtig Zeuge der Zeit – 1983 in seinem Beitrag „Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern – Ergebnisse einer Umfrage“(1)

„In den letzten zwei oder drei Jahren ist, so scheint es, die Auseinandersetzung darüber, ob die Einrichtung derartiger Kliniken (der Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern) sinnvoll und wünschenswert, ist, 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 der sogenannten BDK, dem Zusammenschluss der Direktoren aller öffentlich-psychiatrischen Krankenhäuser, aufgenommen worden sind und dort nicht am Katzentisch sitzen. Die Tatsache, dass in den beiden zurückliegenden Jahren mehrere Tagungen 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.“ Bekanntlich beschäftigt uns diese Frage noch heute – und wie Heinz

Häfner im Zusammenhang mit der Vorlage des „Positionspapiers“ schrieb, werden wir diese Diskussion „vermutlich noch ein Weilchen weiterführen“ müssen.

Doch der Reihe nach.

Am 3. und 4. Oktober 1984 tagte die Bundesdirektorenkonferenz im Psychiatrischen Krankenhaus Zwiefalten in Baden Württemberg. Eugen Wolpert als neuer Vorsitzender hatte auch die Abteilungsleiter gesondert dazu eingeladen, es kamen jedoch nur wenige. In dem von Wolpert selbst verfassten Protokoll liest sich dies so:

„Dr. Wolpert eröffnete um 10:00 Uhr die recht kleine Runde. Er erklärt, alle ihm bekannten Kollegen seien angeschrieben worden, 35 von ihnen, also knapp die Hälfte, hätten schriftlich, etwa 10 telefonisch geantwortet und leider überwiegend wegen anderer Verpflichtungen oder der weiten Entfernung abgesagt.“

Ebenfalls abgesagt, aber großes Interesse an der zukünftigen Mitarbeit im Arbeitskreis bekundet hatte Dr. Hanns Philipzen, von dem man wusste, dass er mit seiner –mittelgroßen- Bad Driburger Abteilung seit einigen Jahren eine regionale Pflichtversorgung betrieb. Seit Ende der 70er, Anfang der 80er Jahre waren andere Abteilungen diesem Beispiel gefolgt, u. a. auch die Offenbacher. Auf der schon erwähnten(1) Informationstagung „Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern“ hatten Philipzen und andere Kollegen über ihre jeweiligen Erfahrungen berichtet und dafür geworben, dass möglichst alle psychiatrischen Abteilungen diesen Weg beschreiten sollten, auch wenn das in dem einen oder anderen Fall mit Schwierigkeiten verbunden sei.. Bauer, der als einziger Abteilungsleiter Mitglied der Expertenkommission war, berichtete von ersten Überlegungen in Zukunft pflichtversorgende Abteilungen materiell und personell besser auszustatten als den damals noch großen Rest der Wankelmütigen. Damit sollte ein entsprechender

Anreiz zur Übernahme eines Versorgungssektors geschaffen werden. Allerdings dauerte es noch einige Jahre bis sowohl die 1991 erlassene Personalverordnung Psychiatrie (PsychPV) als auch das im Jahre 2000 in Kraft getretene Gesundheitsreformgesetz, das allen pflichtversorgenden Psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern die Einrichtung von Psychiatrischen Institutsambulanzen(PIA) zugestand (§118 SGB V) diese frühen Gedanken wieder aufgriffen und gesetzestechnisch umsetzten. Spätestens damit war die pflichtversorgende Abteilung gegenüber den anderen, pflichtversorgungsfreien Kliniken privilegiert und insofern gesetzlich vollzogen, was in der Lebenswirklichkeit schon länger der Fall war..

Wie auch immer, an jenem 03.10.1984 wurde im Hotel Mohren in Riedlingen, neben drei anderen, weniger bedeutsamen Arbeitsgruppen die Arbeitsgruppe „Übernahme eines vollen psychiatrischen Versorgungsauftrags für eine definierte Region durch psychiatrische Abteilungen“ ins Leben gerufen und Dr. Hanns Philipzen zu deren Vorsitzenden bestimmt. Dies war die Geburtsstunde des **Kommendekreises**, der nach einigen administrativen Vorarbeiten von Philipzen und seinem Mitarbeiter Wolfgang Pfeifer erstmals am 06.11.1985 in Dortmund tagte. Philipzen hatte insgesamt 82 psychiatrische Abteilungen angeschrieben und ihnen die Gretchenfrage gestellt, wie sie es mit der Pflichtversorgung derzeit halten und/oder in Zukunft zu halten gedächten. Nur 30 Abteilungen bestanden diese gestrenge Prüfung und nur diese wurden von nun an zu den Sitzungen der sich jetzt „Sektorisierte Versorgungsverpflichtung“ nennenden Arbeitsgruppe zugelassen und eingeladen.

Der Arbeitskreis der Abteilungsleiter hatte sich damit faktisch gespalten: In eine Gruppe, die sich zunehmend als eine Alternative zu den solitären Fach-Krankenhäusern verstand und in die größere Restgruppe, die sich um diese konzeptuellen Dinge nicht kümmerte. Eines jedoch war recht schnell klar: Die Musik würde zukünftig im Kommendekreis (benannt nach

dem Tagungsort „Kommende“ in Dortmund-Brackel) spielen, während der „Gesamtarbeitskreis“ zunehmend seine (psychiatrie-politische) Bedeutung, sofern er sie in diesen Jahren je gehabt haben sollte, verlieren würde. Michael von Cranach hat in seinem Vortrag anlässlich des 25. Jahrestags der Psychiatrie-Enquête „Vom Streit um Spezialisierung und Regionalisierung“(5) das Gründungsjahr des Kommendekreises (1985) etwas plakativ mit dem „Auszug der Abteilungschefärzte aus der Bundesdirektorenkonferenz“ gleichgesetzt. Dies ist nicht ganz richtig. Die Chefärzte sind nicht in einem konfrontativen Akt aus der Bundesdirektorenkonferenz ausgezogen, sie sind nach und nach einfach nicht mehr hingegangen. Jedenfalls nicht diejenigen, die in der „Kommende“ ihre psychiatrie-politische Heimat gefunden hatten. Und die anderen verschafften sich wenig Gehör in der öffentlichen Debatte.

Da in der Bundesdirektorenkonferenz nicht oder doch nur sehr am Rande Abteilungsbelange behandelt wurden, war der Gesamt-Arbeitskreis in eine schwierige Lage geraten. Die Mehrheit der Abteilungsleiter war wegen der fehlenden Versorgungsverpflichtung ihrer Kliniken im „Kommendekreis“ nicht zugelassen, in der BDK wurde sie aus dem selben Grund von den Anstaltsdirektoren nicht so recht ernstgenommen, da sie tatsächlich oder auch nur vermeintlich eine „Zwei-Klassen-Psychiatrie“ betrieben, auf jeden Fall aber ein zwei-stufiges Versorgungskonzept praktizierten, das es ihnen erlaubte, „schwierige“ und „chronische“ Patienten weiterhin in die Fachkrankenhäuser abzuschieben. Das war für alle Beteiligten eine mehr als missliche Situation. Der seit 1984 dem Gesamt-Arbeitskreis vorsitzende Eugen Wolpert versuchte zwar zu retten was zu retten war, veranstaltete auch weiterhin „Jahrestagungen“ für alle Abteilungen, die jedoch offensichtlich keine sonderliche Resonanz hatten. Es gibt über diese Zeit, anders als bei der „Kommende“ und ab 1994 beim Gesamt-Arbeitskreis, keine Tagungsprogramme oder Tagungsprotokolle, so dass man nicht weiß, welche Themen dort verhandelt worden sind und wie viele Personen an den jeweiligen Veranstaltungen teilgenommen haben. In den

Kommende-Protokollen sind einige dieser Tagungen angekündigt, Rückmeldungen dazu gibt es jedoch nicht. Herrn Wolpert selbst kann man leider nicht mehr fragen, da er am 06.03.2001 verstorben ist. So bleibt dem Chronisten keine andere Möglichkeit als die bekannt gewordenen Daten aufzulisten in der Hoffnung, dass sie von den Kolleginnen und Kollegen, die sich noch an die Ereignisse selbst erinnern bzw. selbst daran teilgenommen haben „unterfüttert“ werden können.

22. – 24.10.1986 Kassel (bei Herrn Kipp)

27./28.3.1987 Tauberbischofsheim (bei Herrn Lindenberg)

13. – 15.04.1988 Darmstadt (bei Herrn Wolpert)

10. – 12.10.1988 Erlangen (?)

10.05.1990 Emden (bei Herrn Krüger)

02./03.05.1991 Schloss Reinhardsbrunn/Thüringen (nach der Wende u. a. mit Herrn Riecke/Weimar und Herrn Waldmann/Plauen)

Eugen Wolpert, Chefarzt am Elisabethenstift in Darmstadt seit 1979, war seit Frühjahr 1984 der Arbeitskreis-Vorsitzende. Über die Umstände der Amtsübergabe von Michaelis auf Wolpert ist bereits berichtet worden. Mit seiner Darmstädter Klinik gehörte Wolpert selbstverständlich der Arbeitsgruppe „Sektorisierte Versorgungsverpflichtung“ an und nahm auch regelmäßig an den Treffen teil. Für ihn und manche andere war sehr schnell klar, dass der inhaltlich wichtigere Termin das Kommende-Treffen war, dass aber auch die Existenz des Gesamt-Arbeitskreises nicht aufs Spiel gesetzt werden durfte. Es war vor allem die Aufgabe des Vorsitzenden, dafür zu sorgen, dass dies nicht passierte.

Spätestens im Laufe des Jahres 1988 wurde deutlich, dass Wolpert mehr wollte als Vorsitzender eines –bei Lichte betrachtet-- doch recht einflusslosen Arbeitskreises zu sein.. Die Position, die Wolpert anstrebte, war das Präsidentenamt in der psychiatrisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaft, der DGPN, in dessen Vorstand er –als Vertreter der Abteilungsleiter- 1993/94 auch gewählt wurde. Daraus resultierte aber im

Vorfeld für ihn ein Dilemma. Wollte er gewählt werden, so brauchte er nicht nur die Stimmen der Abteilungsleiter sondern vor allem die der Landeskrankenhaus-Direktoren. Die konnte er aber nur gewinnen, wenn man die Gegensätze zwischen Abteilungspsychiatrie und Bundesdirektorenkonferenz nicht allzu sehr betonte. In dieser Beziehung galt es, den Ball flach zu halten. (Das Problem, wie die niedergelassenen Nervenärzte und die Universitäten sich bei der Wahl verhalten würden, sei hier einmal ausgeklammert). Die Frage war allerdings, ob die Abteilungsleiter gewillt waren, dieses Spiel um Einfluss, Macht, Prestige und was der schönen Dinge mehr sind, mitzuspielen, auch wenn der Arbeitskreis selbst vernachlässigt würde. Auf Dauer gesehen waren sie es nicht und ließen es den Vorsitzenden auch spüren.

Am 11. November 1991 war es schließlich so weit. Auf der Herbstsitzung der Kommende erklärte Eugen Wolpert seinen Rücktritt, im Protokoll heißt es lapidar „aus familiären Gründen“. Wolpert hatte seinen Rücktritt vorab in einem Rundschreiben an alle Arbeitskreismitglieder angekündigt und dabei einige Fragen gestellt, die von den 60 anwesenden Abteilungsleitern /-innen zu folgender Tagesordnung zusammengefasst wurden.

1. In welcher Form soll der Arbeitskreis weiterbestehen?
2. Wahl des neuen Vorsitzenden des Arbeitskreises
3. Wie soll die Zusammenarbeit mit den Leitern psychiatrischer Groß-Krankenhäuser aussehen?

Die Diskussion war lebhaft und von großem Ernst getragen. Jedem der Anwesenden war klar, dass hier und heute die Weichen gestellt würden für die nächsten Jahre und dass die Wahl des Vorsitzenden beträchtliche Auswirkungen im Hinblick auf das Selbstverständnis des Arbeitskreises haben würde. Im Folgenden sei wörtlich aus dem Protokoll zitiert:

In welcher Form soll der Arbeitskreis weiterbestehen?

„In der Diskussion wurde sehr deutlich, dass der Arbeitskreis auf jeden Fall weiterbestehen soll, die psychiatrischen Abteilungen im Gegensatz zu den Landeskrankenhäusern noch vielfach im Aufbruch/Aufbau begriffen sind und noch neue Formen und Inhalte der Gemeindepsychiatrie diskutieren und entwickeln müssen. Darüber hinaus verfügen die psychiatrischen Abteilungen durch ihre unterschiedliche Trägerschaft über keine so effektive gesundheitspolitische Interessenvertretung wie die Großkrankenhäuser“.

Per Akklamation wurde das Weiterbestehen des Arbeitskreises beschlossen.

Inhaltlich wurden zwei Arbeitsschwerpunkte genannt:

1. Konzeption der Arbeit von psychiatrischen Abteilungen entwickeln
 - Was unterscheidet Abteilungen von Landeskrankenhäusern?
 - Gemeinsame abteilungsspezifische Arbeitsinhalte und Strukturen (Wir-Gefühl) erarbeiten
 -

2. Vertretung der Interessen psychiatrischer Abteilungen in der Gesundheitspolitik
 - **Wahl des neuen Vorsitzenden**
 -

„Vor der Wahl des neuen Vorsitzenden legte Herr Wolpert als alter Vorsitzender einen Rechenschaftsbericht ab. Er berichtete, dass von Seiten der Pharmaindustrie jährlich ca. 10.000 DM für die Betriebskosten des Arbeitskreises gespendet wurden. Der aktuelle Kontostand betrage ca. 500 DM.

Herr Wolpert wurde per Akklamation als Vorsitzender entlastet.

Herr Pfeifer wurde zum Wahlleiter bestimmt. Zur Wahl des neuen Vorsitzenden wurden Herr Bauer, Herr Auerbach, Herr Schlingensiepen, Herr Mecklenburg, Herr Philipzen, Herr Waldmann, Herr Haselbeck, Herr Kipp und Herr Köhler (Oberhausen) vorgeschlagen. Nur Herr Bauer erklärte sich bereit, für die Wahl zu kandidieren, die restlichen zu Wahl Vorgeschlagenen betonten, sie wollten nicht den Vorsitz übernehmen, wären jedoch bereit, in einer noch zu bestimmenden Form (Beirat, etc.) den zukünftigen Vorsitzenden zu unterstützen. Herr Bauer wurde einstimmig bei zwei Enthaltungen gewählt. Er nahm die Wahl an.“

Wie soll die Zusammenarbeit mit den Leitern der Groß-Krankenhäuser aussehen?

„Grundsätzlich wurde zum jetzigen Zeitpunkt ein schneller und umfassender Zusammenschluss (Vereinsform) der Bundesdirektorenkonferenz mit dem Arbeitskreis der Leiter/innen psychiatrischer Abteilungen wie er von Herrn Reimer vorgeschlagen wurde, abgelehnt. Dies schließt jedoch nicht aus, dass zu einem späteren Zeitpunkt erneut über eine gemeinsame Vertretung beider Arbeitskreise oder über ihren Zusammenschluss nachgedacht werden kann.

Die bestehende Kooperation mit der Bundesdirektorenkonferenz (gemeinsame Tagungen, Stellungnahmen zu aktuellen Sachfragen, gegenseitige Teilnahme an Arbeitskreissitzungen) soll beibehalten werden und auf regionaler Ebene wurde auch eine Zusammenarbeit zwischen Abteilungen und LKHs bei der Planung der psychiatrischen Versorgung befürwortet.

Als Gründe für die Ablehnung wurden die unterschiedlichen politischen Einflussmöglichkeiten der Träger sowie die spezifische Interessenlage der psychiatrischen Abteilungen genannt. Bei einem Zusammengehen mit den

Landeskrankenhausdirektoren wären Kompromisse nötig, bei denen die Abteilungen tendenziell eher benachteiligt würden.

Herr Bauer wurde als neuer Vorsitzender beauftragt, Herrn Reimer diese inhaltlichen Aspekte der Zusammenarbeit mitzuteilen.“

Folgt man dem nüchternen Sprachduktus des ständigen Protokollanten W.Pfeifer, so könnte der Eindruck entstehen, Manfred Bauer sei ein zufällig übrig gebliebener Verlegenheitskandidat gewesen, weil alle anderen zur Wahl vorgeschlagenen Chefärzte dieses einflusslose Amt nicht hätten übernehmen wollen .Dies war nicht der Fall. Richtig dürfte vielmehr sein, dass Bauer unbestritten derjenige Kandidat war, dem man am ehesten zutraute, das im Wachsen begriffene Gefühl einer „corporate identity“ verlässlich und wirkungsvoll nach innen und außen zu vertreten und damit dem Arbeitskreis eine klare Orientierung und ein Selbstverständnis zu vermitteln, wie es Jahre später im „Positionspapier“ für jeden nachvollziehbar zum Ausdruck kam.

Sowohl auf der mit Neuwahlen verbundenen Jahrestagung 2003 in Frankfurt als auch auf der diesjährigen(2006) Jahrestagung in Geesthacht ist bekräftigt worden, dass die im Positionspapier formulierten Grundsätze weiterhin gültig und für alle im Arbeitskreis vertretenen Chefärztinnen und Chefärzte den miteinander verbindenden Rahmen abgeben, in dem Gemeindepsychiatrie von allen betrieben wird .Dass die eine oder andere Passage dieses Textes mittlerweile überarbeitungsbedürftig ist, versteht sich von selbst.

Die Konsolidierungsphase

Im Folgenden wird aus den Sitzungsprotokollen der sich an das „Wahlprotokoll“ vom 11.11.1991 anschließenden Kommende-Sitzungen

zitiert, in denen sowohl das Selbstverständnis des Arbeitskreises als auch die davon nicht zu trennende Beziehung zwischen Gesamt-Arbeitskreis und der Arbeitsgruppe „Sektorisierte Versorgung“ thematisiert wird.

Zunächst aber eine Formalie mit inhaltlicher Bedeutung für die nächsten Jahre. Während die Agenda der Philipzen'schen Arbeitsgruppe zwischen 1985 und 1991 gleichförmig mit der „Vorstellung neuer Teilnehmer“ begann, um dann zur „aktuellen Stunde“ überzugehen, wurde dieses Schema erstmals am 11. November 1991 durchbrochen und in der Folge die Änderung beibehalten. Im Protokoll liest sich dies so:

„Herr Philipzen begrüßte die Anwesenden, insbesondere die neu in der Arbeitsgruppe vertretenen Mitglieder sowie die Mitglieder des Arbeitskreises der Leiter der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, welche zum ersten Mal in der Kommende in Dortmund-Brackel stattfand.“

In den zwei darauf folgenden Protokollen findet man die Floskel „Herr Philipzen begrüßte die neuen Teilnehmer. Und übergab dann Herrn Bauer die Leitung der Vormittagssitzung.“

In der Sitzung vom 15. März 1993 findet man erstmals nach „Begrüßung der neuen Teilnehmer“ den Tagesordnungspunkt „Wichtige Informationen und Nachfragen unseres Vorsitzenden (Herr Bauer)“. Von diesem Zeitpunkt an war die Kluft zwischen „Gesamt-Arbeitskreis“ und der Arbeitsgruppe „Sektorisierte Versorgungsverpflichtung“, die sich 1985 aufgetan hatte, nach acht Jahren wieder geschlossen worden. Dies trug der Tatsache Rechnung, dass Jahr für Jahr zunehmend mehr psychiatrische Abteilungen die Pflichtversorgung in ihren Regionen übernommen hatten (2), so dass die Zusammensetzung der Philipzen'schen Arbeitsgruppe praktisch deckungsgleich mit dem Gesamt-Arbeitskreis geworden war. Hierzu beigetragen hatte nicht zuletzt die Wiedervereinigung der beiden Deutschlands, die auch dem Arbeitskreis neue Mitglieder zugeführt hatte, wobei den Kolleginnen und Kollegen aus

den Neuen Bundesländern die westdeutsche Auseinandersetzung zwischen „Landeskrankenhäusern“ und „Abteilungen“ ziemlich fremd war.

Auf der Sitzung vom 11.11.1991 (siehe Wahlprotokoll) war der „Fusionsvorschlag“ des damaligen BDK-Vorsitzenden Reimer (Weinsberg) einstimmig zurückgewiesen worden. Im darauf folgenden Treffen (23.03.1992) wurde diese Position noch einmal bekräftigt. Im Protokoll heißt es:

„Herr Bauer erinnerte an die Herbsttagung, in der der Arbeitskreis die weiter bestehende Selbstständigkeit gegenüber der Bundesdirektorenkonferenz beschlossen hatte. In der folgenden Korrespondenz mit Prof. Reimer gewann Herr Bauer den Eindruck, dass die BDK zu einer gemeinsamen Sache nicht willens ist. Möglicherweise wird sich die Zusammenarbeit unter einem neuen Vorsitzenden der BDK ändern. Wegen fehlender Rückmeldungen hat Herr Bauer auch nicht an der Bundesdirektorenkonferenz teilgenommen.“

Außerdem wurde ein für das Selbstverständnis des Arbeitskreises bedeutsamer Beschluss gefasst. Zitat:

„Bekanntlich wurde der Arbeitskreis früher über Firmen (Organon und Janssen) gesponsert. Eine spontane Sammlung beim letzten Mal ergab 300 DM. Dies reicht nicht... Schließlich wurde beschlossen, die Bankverbindung des Arbeitskreises der Leiterinnen und Leiter der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern in der BRD, (es folgen der Institutsname, BLZ und Kontonummer) bekannt zu geben und alle Mitglieder um einen Beitrag von 100 DM zu bitten. Wenn dieser verbraucht ist, ergeht ein neuer Aufruf zur Beteiligung. Zur weiteren Organisation schlägt Herr Bauer vor, den Arbeitskreis einmal im Jahr tagen zu lassen und dann mit einer Tagung zu kombinieren. Herr Philipzen wird dafür die Herbst-Kommende wie bisher nutzen und mehr den Erfahrungsaustausch pflegen.“

Die Einrichtung eines spezifischen Arbeitskreiskontos, das sich ausschließlich aus den (freiwilligen) Mitgliedsbeiträgen speist, hat sich bis heute bewährt. Damit einher ging die spürbare Erleichterung vieler Kollegen und Kolleginnen eine zumindest „gefühlte“ Abhängigkeit von der Pharmaindustrie los geworden zu sein..

Die Idee einer regelmäßigen Tagung wurde in der Folge bei der einen oder anderen Gelegenheit besprochen und schließlich mit der ersten Jahrestagung im September 1994 in Berlin Neukölln (Prof. Fährdrich) realisiert. Seitdem veranstaltet der Arbeitskreis regelmäßig Jahrestagungen, die an unterschiedlichen Orten stattfinden, im Osten wie im Westen, im Norden wie im Süden. Am jeweils letzten Tagungsort wird entschieden, wohin die „Wanderversammlung“ im folgenden Jahr aufbricht. Bisherige Jahrestagungen fanden statt in:

- Berlin/Fährdrich (1994)
- Naumburg/Böcker (1995)
- Heidenheim/Voigtländer (1996)
- Offenbach/Bauer (1997)
- Neubrandenburg/Gold (1998)
- Karlsruhe/Rave (1999)
- Altenburg/Swiridoff (2000)
- Memmingen/Küthmann (2001)
- Plauen/Waldmann (2002)
- Frankfurt a. M./Schlegel (2003)
- Offenbach/Bauer (2004)
- Leipzig/Munk (2005)
- Geesthacht/Heissler (2006)

- Im Jahre 2007 wird die Jahrestagung in Frankfurt/Oder (Herr Niedermeyer) stattfinden..

Es würde in diesem Zusammenhang zu weit führen, zusätzliche Exzerpte aus den im Internet unter www.dokumentationsverbund.de/archiv/ stehenden Protokollen des Kommende-Kreises, des Gesamtarbeitskreises oder gar aus den seit 1992 regelmäßig verfassten „Rundbriefen“ des Vorsitzenden zu zitieren. All diese Kommunikationsmittel haben nicht unwesentlich zum inneren Zusammenhalt der Gruppe und zu ihrer psychiatrie-politischen und inhaltlich-therapeutischen Ausrichtung beigetragen. Die Gemüter am meisten bewegt hat allerdings das im Jahre 2000 veröffentlichtes „Positionspapier – Perspektiven der Krankenhauspsychiatrie“, das als Beilage zu Heft 2/2000 der „Psychiatrischen Praxis“ publiziert worden ist. Es war der vorläufige Abschluss einer langjährigen Selbstverständnisdiskussion des Arbeitskreises, der diejenigen Punkte noch einmal zusammenfasste, die die Chefärzte der Psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern seit mehr als 25 Jahren gemeinsam beschäftigt haben und auch in Zukunft noch beschäftigen werden. Der nicht zu überbrückende Gegensatz zwischen den Vertretern der Fachkrankenhäusern und den Abteilungsleitern bestand und besteht darin, dass im Positionspapier die Auffassung vertreten wird, dass man zukünftig auf Psychiatrische Fachkrankenhäuser gänzlich verzichten sollte und die **stationäre Psychiatrie gemeindenah und als Teil der Allgemeinmedizin** zu praktizieren wäre. Die Abteilungspsychiater haben damit vor 25 Jahren angefangen und versorgen in ihren Kliniken inzwischen mehr als die Hälfte der Bevölkerung stationär. Die „Boom-Zeit“ der Abteilungsgründungen liegt vermutlich erst einmal hinter uns, aber noch immer werden da und dort neue psychiatrische Abteilungen gegründet und sogar neu gebaut, weil für den Träger mit der Psychiatrie am Allgemeinkrankenhaus nach wie vor gutes Geld zu verdienen ist. Diesen Prozess der Dezentralisierung der stationären Psychiatrie und der gleichzeitigen Integration in die Allgemeinkrankenhäuser weiterhin zu befördern, ist eines der zentralen Anliegen des Arbeitskreises. Alles andere wäre ein Schritt zurück in die Vergangenheit unseres Fachs,

sowohl in der Theorie als auch in der Praxis. Mit welchen Widerständen und (Pseudo-)Argumenten dabei zu rechnen ist, kann in den Kommentaren zu eben jenem „Positionspapier“ nachgelesen werden. Es gab allerdings auch ermutigende und zustimmende Äußerungen von Kliniksdirektoren, die nicht dem Arbeitskreis angehören, die jedoch ebenso denken und handeln, als wären sie dabei.

Bereits anlässlich der Jahrestagung 2000 in Altenburg haben die Mitglieder des Arbeitskreises den Beschluss gefasst, dass in Zukunft nicht ein Vorsitzender/eine Vorsitzende allein den Arbeitskreis nach außen (und innen) vertreten soll, wie es bis dahin der Fall war. 1981 wurde der erste Vorsitzende, Prof. Michaelis, quasi durch Zuruf einer handvoll Kollegen in dieses Amt gebracht, das er bis 1984 inne hatte. Er „übertrug“ es seinem Nachfolger Dr. Wolpert wie selbst verständlich. Von einer regelrechten Wahl konnte auch jetzt noch keine Rede sein. Als Wolpert 1991 zurücktrat, wurde erstmals eine geheime Wahl in diesem Arbeitskreis durchgeführt und Manfred Bauer zum neuen Vorsitzenden gewählt. Eine zeitliche Befristung des Amtes sah das Reglement damals noch nicht vor.

Ein „richtiger“ Vorstand wurde erst im Jahre 2000 (natürlich in geheimer Abstimmung) gewählt und gleichzeitig dessen Amtszeit auf drei Jahre begrenzt, Wiederwahl zulässig. Neben dem zu dieser Zeit noch nicht zur Disposition stehenden Vorsitzenden (Bauer) wurden die Kollegen Auerbach/Bochum, Beine/Hamm und Zedlick/Glauchau in den sog. geschäftsführenden Ausschuss gewählt und blieben bis zur Neuwahl des gesamten Vorstandes im Herbst 2003 in Frankfurt im Amt. 2003 wurde Prof. Beine als Vorsitzender, Frau Dr. Munk, damals Leipzig, ab 1.1.2007 Berlin-Neukölln, Dr. Küthmann/Memmingen und Dr. Zedlick/Glauchau als Vorstand gewählt. Prof. Bauer wurde per Akklamation zum Ehrenvorsitzenden ernannt.

Nach dem altersbedingten Rückzug von Dr. Philipzen/Bad Driburg im Jahre 1995 leitete die Arbeitsgruppe „Sektorisierte Versorgung“ Dr. Schulte/Lauterbach, zunächst noch in den Räumlichkeiten der

Dortmunder Kommende, später dann im Kasseler Ludwig-Noll Krankenhaus, wo dieses Amt im Jahre 2003 an das Vorstandsmitglied Ingrid Munk überging. Damit war der Kommende-Kreis endgültig im Gesamtarbeitskreis aufgegangen .

Schon einige Jahre zuvor hatte es sich ergeben, dass der (eintägige) Frühjahrs/März-Termin ausschließlich für sehr praxisbezogene Diskussionen zur Verfügung stand, während der (zweitägige) Herbst./November-Termin am ersten Vormittag einen eher wissenschaftlichen Charakter hat und am Nachmittag die jährliche Mitgliederversammlung des Arbeitskreises stattfindet .Der zweite Tag ist weiterhin „Kommende-Themen“ vorbehalten.

Inzwischen ist der „Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefarzte von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland“ (ACKPA)—ein schreckliches Akronym-- in dem derzeit ca.170 Psychiatrische Abteilungen zusammengeschlossen sind eine feste Größe in der psychiatrischen Landschaft. Neben der Durchführung regelmäßiger Fachtagungen und der kontinuierlichen Information seiner Mitglieder, z.B. durch in das Internet (www.ackpa.de) gestellte „Rundbriefe“, die Verbandsmitteilungen in der „Psychiatrischen Praxis“ sowie Stellungnahmen zu aktuellen psychiatrischen Fragen etc. sind die informellen Kontakte und Beziehungen zwischen den Mitgliedern nicht zu unterschätzen. Man kennt sich persönlich, weiß, wer etwas wissen könnte, wenn man selbst nicht weiter kommt und kann in schwierigen Situationen der Solidarität der anderen gewiss sein. Nichts könnte dies besser belegen als der Brief eines Kollegen aus den neuen Bundesländern, geschrieben im Sommer 2006. aus Anlass seiner Pensionierung.

„Ich denke noch mit Dankbarkeit an die privat und beruflich aufregende Zeit nach der politischen Wende zurück und an meine ersten Kontakte zu den westdeutschen Kollegen .Sie haben uns damals durch ihre Erfahrungen ,Besuche und freundschaftliche Verbundenheit sehr dazu geholfen, die Neuorientierung zu meistern...“

Der „Arbeitskreis“ ist **kein eingetragener Verein(e.V.)** und will auch keiner sein oder werden .Warum? Aus Sorge ,dass Spontaneität ,Kreativität und Flexibilität durch feste Vereinsstrukturen auf der Strecke bleiben und Bürokratie und Technokratie in den Vordergrund treten könnten .Mit guten Gründen haben deshalb die Mitglieder nach einer sich über einen längeren Zeitraum hinziehenden Debatte entschieden, der Arbeitskreis solle keine Vereinsstruktur erhalten. .Gleichwohl verfügt er über eine Satzung, in der die „Grundlagen und Ziele“ verankert sind .In §„2 der Satzung heißt es deswegen:

„Grundlage des Arbeitskreises sind

- *das Prinzip der regionalen Pflichtversorgung*
- *die Mitwirkung in den kommunalen Versorgungsstrukturen*
- *die Einstufigkeit des psychiatrischen Versorgungssystems*
- *die Integration der Psychiatrie in das*
- *Allgemeinkrankenhaus*

Und in §3 Mitgliedschaft:

Alle Chefärztinnen und Chefärzte/Leiter Psychiatrischer Abteilungen/Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern sind per Amt Mitglied .Andere Leitende Ärzte können auf Antrag Mitglied werden .Über den Antrag entscheidet die Mitgliederversammlung.

§ 5:Der Arbeitskreis finanziert sich durch Umlagen unter den Mitgliedern.

Die psychiatrie -und versorgungspolitischen Ziele sind im schon genannten „Positionspapier—Perspektiven der Krankenhauspsychiatrie“ aus dem Jahre 2000 genauer nachzulesen. Sie sind in einigen der zentralen Fragen keineswegs deckungsgleich mit den Vorstellungen anderer psychiatrischer Organisationen, was dem Arbeitskreis ein eigenes Profil gegeben hat. Dies schließt gegenstandsbezogene Zweckbündnisse nicht nur nicht aus, sondern legt sie, wo immer möglich, geradezu nahe.

Wenn der hier vorgelegte Beitrag zur „Geschichte der Abteilungspsychiatrie “mit einem institutionengeschichtlichen Aspekt dazu

beiträgt, die historischen Wurzeln und Hintergründe des Arbeitskreises der Abteilungsleiter besser zu verstehen und damit den Zusammenhalt unter seinen Mitgliedern zu befördern, hat er seinen Zweck erfüllt. Nicht zuletzt war dies Motiv, ihn überhaupt zu schreiben.

Zeittafel

4/1970	Der Deutsche Bundestag diskutiert erstmals über die Lage der Psychiatrie
11/1970	Gründung der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie(DGSP)
1/1971	Gründung der Aktion Psychisch Kranke (APK)
1971—1975	Arbeit der Psychiatrie-Enquete—Kommission
1976	Gründung Dachverband Psychosozialer Hilfsvereine
1976 – 1981	Modellverbund und Modellprogramm Psychiatrie
1979---1988	Berater- und Expertenkommission
10/1981	Gründung des Arbeitskreises der Abteilungsleiter
1985	Gründung Bundes—und Landesverbände der Angehörigen
1991	Gründung Bundes—und Landesverbände der Betroffenen
2000	Perspektiven der Krankenhauspsychiatrie---Positionspapier (des Arbeitskreises der Abteilungsleiter)
2007	ca. 170 Psychiatrische Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern mit regionaler Pflichtversorgung

Literatur

1. Bauer, M Rave-Schwank, M Aktion Psychisch Kranke (Hrsg)
Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern
Tagungsberichte Band 10; Rheinland Verlag, Köln 1984
2. Rössler, W, Salize, HJ Bauer, M
Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern---Stand der
Entwicklung in Deutschland
In: Psych .Prax 1996; 23: 4—9
3. Auerbach, P Bauer, M u. a.
Perspektiven der Krankenhaus psychiatrie---Positionspapier
Beilage zur Psych.Prax. 2/2000
4. Fritze, J Saß, H Schmauß, M
Befragung der Fachgesellschaften durch den Sachverständigenrat für die
konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zur Frage der Über—Unter—
und Fehlversorgung:
Stellungnahme der DGPPN vom 18.1.2001
5. v.Cranach, M
Vom Streit um Spezialisierung und Regionalisierung---Kreative Wege aus
der Blockierung
Aktion Psychisch Kranke(Hrsg)
In: 25 Jahre Psychiatrie-Reform, Band 27/2
Bonn 2001