

Perspektiven der Krankenhauspsychiatrie - Positionspapier

Arbeitskreis der Chefärzte und Chefärztinnen von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in der Bundesrepublik Deutschland

Für den Arbeitskreis:

Dr. P. Auerbach, Bochum
Prof. Dr. M. Bauer, Offenbach
Prof. Dr. E. Fähndrich, Berlin
Dr. H. Moorkamp, Waltrop
Prof. Dr. K. D. Waldmann, Plauen
Prof. Dr. W. Werner, Merzig
Dr. G. Wildermuth, Nordhorn
Dr. D. Zedlick, Glauchau

Verantwortlich für diese Beilage:

Prof. Dr. Manfred Bauer, Städtische Kliniken Offenbach, Starkenburgring 66, 63069 Offenbach/Main

Gliederung

Präambel	2
Zur Ausgangslage	2
Zur aktuellen Situation der psychiatrischen Versorgung	2
Zur aktuellen Situation der Abteilungspsychiatrie	5
Die entscheidenden Gründe für die Verlagerung der stationären Versorgung auf Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern	6
Gemeindenähe	6
Behandlung multimorbider Patienten	6
Liegezeiten	7
Stigmatisierung	7
Der personenzentrierte Ansatz	8
Kosten	8
Exkurs: Die bauliche Situation	8
Weitere Aufgaben von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern	9
Weiterbildung	9
Forschung	10
Gutachtenerstellung	11
Weiterentwicklung regionaler Versorgungsstrukturen	11
Strategien der Träger zum Erhalt der Sonderkrankenhäuser	12
Das Satellitenmodell	12
Die „fachliche Spezialisierung“	12
Die Etablierung von Heimbereichen auf dem PKH-Gelände - die Wiedergeburt der relativ verbundenen Heil- und Pflegeanstalt	13
Ausblick	14
Literatur	15

Präambel

25 Jahre nach Vorlage der Psychiatrie-Enquete an den deutschen Bundestag und 12 Jahre nach Fertigstellung des Berichts der Expertenkommission zur Reform der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland ist erneut eine Diskussion über die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung in Gang gekommen. Eine Vielzahl von Einzelpersonen sowie regionalen und überregionalen Verbänden und Vereinigungen haben sich in den letzten Jahren daran beteiligt, wobei sowohl übereinstimmende als auch im einzelnen sehr kontroverse Auffassungen vertreten wurden und weiterhin vertreten werden. Der „Arbeitskreis der Chefärzte und Chefärztinnen von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in der Bundesrepublik Deutschland“ begrüßt diese Diskussion ausdrücklich und will mit dem jetzt vorgelegten **Positionspapier** sowohl zur Klärung der verschiedenen Standpunkte beitragen als auch die eigene Perspektive deutlich machen.

Dabei lassen wir uns leiten von dem in der PsychiatriePersonalverordnung verankerten Grundsatz des Behandlungsbedarfs sowie dem Gebot der Wiedereingliederung der Patienten in die Gesellschaft. Wir betonen gleichzeitig die Bedeutung der Beziehungsorientierung psychiatrischer Therapie, wie sie der „Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in psychiatrischen Kliniken“ in den Vordergrund stellt. Darüber hinaus bekräftigt unser „Arbeitskreis...“ die Notwendigkeit einer weiteren ressourcenschonenden Vernetzung und Kooperation der einzelnen Dienste und Einrichtungen im Sinne des Gesundheitsreformgesetzes 2000, und zwar jenseits eines rein institutionsbezogenen Denkens herkömmlicher Art.

Zur Ausgangslage

Ende der 60er/Anfang der 70er Jahre wurde sowohl in der Fachöffentlichkeit als auch in vielen politischen Gremien sowie in der Öffentlichkeit selbst der Ruf nach psychiatrischen Reformen unüberhörbar. Die Kritik entzündete sich vor allem an den vielfach dokumentierten „elenden, z.T. als menschenunwürdig zu bezeichnenden“ (**Psychiatrie-Enquete-Zwischenbericht**) Zuständen in den damaligen psychiatrischen Krankenhäusern, die entscheidend mitbedingt waren durch die fast durchgängig miserablen baulichen und sanitären Gegebenheiten, die äußerst mangelhafte personelle Ausstattung sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht und die Überfüllung der einzelnen Häuser mit viel zu vielen Patienten auf engstem Raum. Mehr als zwei Drittel aller Patienten schliefen in Sälen mit mehr als 6 Betten, 40% sogar in Schlafsälen, in denen mehr als 11, und zum Teil bis zu 40 Betten aufgestellt waren. Fast 70% der Kranken mussten sich ein Waschbecken mit 5 und mehr Mitpatienten teilen, über 40% verfügten über keinen eigenen Nachttisch. Allein im Rheinland wurden 18 Bettenhäuser mit 1347 Betten als abbruchreif bezeichnet.

Die psychiatrischen Krankenhäuser hatten trotz - oder gerade wegen - der in ihnen vorherrschenden schlechten Arbeitsbedingungen die Hauptlast der stationären psychiatrischen Versorgung zu tragen. Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie waren selten, die Relation zwischen den Betten in den Fachabteilungen und Psychiatrischen Krankenhäusern (PKH) betrug 1 :31, die der Aufnahmen 1 :6. Ein komplementärer Bereich existierte zum Zeitpunkt der Erhebung der Psychiatrie-Enquete (1971) praktisch nicht. Die ambulante nervenärztliche Versorgung wurde durch etwa 1000 niedergelassene Nervenärzte wahrgenommen, die nahezu hälftig auch neurologisch Kranke zu versorgen hatten, so dass etwa 1 Nervenarzt auf 100000 Einwohner kam (Psychiatrie-Enquete).

In der ehemaligen DDR blieben Reformbemühungen entlang der Rodewischer und Brandenburger Thesen in den 60er und 70er Jahren in den Anfängen stecken und führten nur in wenigen Einrichtungen zu dauerhaften und tiefgreifenden Verbesserungen der Lage der psychisch Kranken. In dem im Auftrag des damaligen Bundesgesundheitsministeriums erstellten „**Bericht zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR**“ vom 30.5.1991 wurde eine Dominanz des Psychiatrischen Krankenhauses in der psychiatrischen Versorgung mit teilweise elenden und menschenunwürdigen Zuständen in den einzelnen Häusern festgestellt.

Zur aktuellen Situation der psychiatrischen Versorgung

Seit Veröffentlichung der **Psychiatrie-Enquete** zur Lage der psychisch Kranken im Jahre 1975 hat sich die Versorgungssituation in allen Bereichen tiefgreifend verändert und entscheidend verbessert. Psychiatrische Fachkrankenhäuser haben sich z.T. drastisch verkleinert, sie sind in der Regel baulich durchsaniert und personell - vor allem Dank Einführung der PsychPV - gut ausgestattet. Die allermeisten verfügen zudem über Institutsambulanzen, was der Be-

handlung vor allem chronisch Kranker zugute kommt. Einen internationalen Vergleich mit den entwickelteren Industrienationen brauchen sie nicht mehr zu scheuen.

Geblichen ist ihnen ihr Status als **Sonderkrankenhäuser** und insofern auch ihre fehlende Einbindung in das allgemeine Krankenhauswesen. Geblichen sind ihnen auch vielfach eine beträchtliche Anzahl chronisch Kranker, da nicht überall der komplementäre Bereich außerhalb der Klinik entsprechend aufgebaut wurde, um diese Personengruppe aufnehmen zu können. Verständlicherweise hat sich auch ihre geografische Lage nicht verändert, so dass die allermeisten von ihnen nach wie vor als gemeindefern bezeichnet werden müssen.

Dies spiegelt sich auch in der Trägerschaft wider, die in der Regel bei den auf Landes- (in Bayern auf Bezirks-) ebene angesiedelten Landeswohlfahrts- bzw. Landschaftsverbänden, gelegentlich auch beim jeweiligen Bundesland selbst liegt. Insofern werden sie alle zentral verwaltet, auch wenn durch jüngst erfolgte Umgründungen in gemeinnützige GmbHs sowie damit einhergehende Namensänderungen - manche (bedeutsame?) Entscheidung jetzt von den einzelnen Häusern selbst getroffen werden kann.

Durch die mittlerweile jetzt 30 Jahre lang anhaltende Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung hat nicht zuletzt der **komplementäre Bereich profitiert**. Nahezu flächendeckend sind in den zurückliegenden Jahren psychiatrische Wohnheime, betreute Wohngruppen und betreutes Einzelwohnen entstanden, daneben Tagesstätten, Werkstätten für psychisch Kranke, Zuverdienst- und Selbsthilfefirmen und vieles andere mehr. Obwohl gerade der komplementäre Bereich noch weiter und vor allem differenzierter ausgebaut werden muss, so dass alle jetzt noch in psychiatrischen Krankenhäusern befindlichen chronisch Kranken darin Aufnahme finden können, lässt sich feststellen, dass die Reformbemühungen hier am weitesten gediehen sind. Dass dabei regional sehr unterschiedliche Lösungen gefunden wurden, ist nach Auffassung unseres „Arbeitskreises...“ eher von Vorteil, wobei allerdings kritisch anzumerken ist, dass keineswegs überall die notwendige Abstimmung mit dem stationären Teil der Versorgung befriedigend gelungen ist. Noch immer dominieren hier angebotsorientierte Konzepte über diejenigen, die den regionalen Bedarf in den Mittelpunkt ihrer Planungen stellen.

Auf dem Gebiet der ehemaligen DDR war es nach der Wende für die Patienten durch den abrupten Wegfall ihrer Arbeitsplätze zu einer starken sozialen Verunsicherung gekommen. Bei den betreuten Wohnformen gab es einen großen Nachholbedarf. Die Förderung des Aufbaues komplementärer Strukturen bildete deshalb einen Schwerpunkt vieler Psychiatriepläne in den neuen Bundesländern in den 90er Jahren.

Trotz teilweise deutlicher regionaler Unterschiede ist in den letzten Jahren insgesamt ein spürbarer Zuwachs an beschützten Arbeits- und Wohnformen sowie tagesstrukturierenden Angeboten zu verzeichnen. Ohne jeden Zweifel verbessert hat sich auch die **ambulante Behandlung und Betreuung** psychisch Kranker, auch der chronischen. Die Anzahl niedergelassener Psychiater und Nervenärzte hat sich in den letzten 30 Jahren in den alten Bundesländern nahezu verfünffacht, so dass rein rechnerisch ein Psychiater 20000 Einwohner zu versorgen hat. In der ehemaligen DDR kam es nach der Wende im Rahmen der Neustrukturierung des Gesundheits- und Sozialwesens nach bundesrepublikanischem Muster zur fast vollständigen Auflösung der zuvor die ambulante Versorgung tragenden Kreispolikliniken, Ambulatorien und staatlichen Arztpraxen. Die überwiegend neuropsychiatrisch arbeitenden Ambulanzen an den Polikliniken hatten den Vorteil der multiprofessionellen Besetzung, wodurch auch psychosoziale Aufgaben von diesen wahrgenommen werden konnten. In vielen besonders ländlichen Regionen gab es aber andererseits erhebliche Lücken in der fachärztlichen Versorgung. In den 10 Jahren nach der Wende konnte durch die Niederlassung vieler Fachärzte die Arztdichte deutlich verbessert werden. International nimmt die Bundesrepublik auch bezüglich der ambulanten Behandlung psychisch Kranker einen Spitzenplatz unter vergleichbaren Ländern ein.

Die Qualität der Versorgung gerade chronisch psychisch Kranker ist nicht zuletzt auch durch die Einrichtung von Institutsambulanzen an den psychiatrischen Fachkrankenhäusern sowie durch die sozialpsychiatrischen Dienste an den Gesundheitsämtern der Städte und Landkreise verbessert worden, obwohl letztere rein rechtlich gesehen nur „beraten“, nicht jedoch „behandeln“ dürfen. Gleiches gilt auch für die vielfältigen Beratungsstellen in freier Trägerschaft, die zu einer Verbesserung und Differenzierung des Betreuungsangebots beitragen. Auch die durch das Psychotherapeutengesetz jetzt gegebene Möglichkeit für Psychologen, an der kassenärztlichen Versorgung teilzunehmen, wird der Gesamtversorgung in einem gewissen Umfang zugute kommen.

Weiterhin kritisch anzumerken ist die noch immer äußerst unbefriedigende Situation hinsichtlich der Einrichtung von **Institutsambulanzen** an psychiatrischen Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Zwar verfügt mittlerweile die Hälfte dieser Kliniken über Institutsambulanzen zur Behandlung besonders schwer gestörter chronisch psychisch

Kranker durch ein multiprofessionelles Team (allerdings ohne dauerhaften Rechtsanspruch), in etwa 50% der Fälle ist ein entsprechender Antrag von dem dafür zuständigen gemeinsamen Ausschuss von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen jedoch abgelehnt bzw. wegen offenkundiger Aussichtslosigkeit gar nicht erst gestellt worden. Die von den Kassenärztlichen Vereinigungen bevorzugte Lösung der persönlichen Ermächtigung des jeweiligen Chefarztes ist aber deswegen nicht sachgemäß, weil rechtlich alle Leistungen von den Chefarzten persönlich erbracht werden müssen (was praktisch nicht möglich ist), vor allem aber wird dadurch die notwendige multiprofessionelle Behandlung besonders schwieriger und zu langwierigen Verläufen neigender chronisch psychisch Kranker nicht gewährleistet.

Mit dem am 1. Januar 2000 in Kraft getretenen Gesundheitsreformgesetz (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) hat sich zumindest die Rechtslage geändert. In dem neu gefassten § 118 SGB V „Psychiatrische Institutsambulanzen“ heißt es jetzt:

„(1) Psychiatrische Krankenhäuser sind vom Zulassungsausschuss zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten zu ermächtigen. Die Behandlung ist auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind. Der Krankenhausträger stellt sicher, dass die für die ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung erforderlichen Ärzte und nichtärztlichen Fachkräfte sowie die notwendigen Einrichtungen bei Bedarf zur Verfügung stehen.

(2) Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung sind zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung der im Vertrag nach Satz 2 vereinbarten Gruppe von Kranken ermächtigt. Die Spitzenverbände der Krankenkasse gemeinsam und einheitlich mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung legen in einem Vertrag die Gruppe psychisch Kranker fest, die wegen ihrer Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der ambulanten Behandlung durch die Ermächtigung nach Satz 1 bedürfen. Kommt der Vertrag ganz oder teilweise nicht zu Stande, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Bundesschiedsamt nach §89 Abs.4 festgelegt. Dieses wird hierzu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorgesehen ist (erweitertes Bundesschiedsamt). Das erweiterte Bundesschiedsamt beschließt mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder. Absatz 1 Satz 3 gilt. Für die Qualifikation der Krankenhausärzte gilt § 135 Abs. 2 entsprechend.“

Der „Arbeitskreis...“ sieht in der Neufassung des §118 SGB V eine erfreuliche Verbesserung der rechtlichen Position psychiatrisch/psychotherapeutischer Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Es bleibt allerdings abzuwarten, ob der in Abs. 2 des § 118 angekündigte Vertrag zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung tatsächlich in absehbarer Zeit zu Stande kommt. Einfacher und sachgemäßer wäre es gewesen, auf den Abs.2 gänzlich zu verzichten und statt dessen klarzustellen, dass Institutsambulanzen an Fachabteilungen konstitutiver Bestandteil eines gemeindepsychiatrischen Versorgungsystems sind.

Der **stationäre Bereich** ist gekennzeichnet durch zwei - wenn man so will - miteinander konkurrierende Kliniktypen: Die psychiatrischen Fachkrankenhäuser auf der einen Seite und die psychiatrischen Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern auf der anderen. Die Gründe für diese Dichotomisierung sind historischer Natur. Die zentralistischen, aus dem 19. Jahrhundert ins 20. fortgeschriebenen Versorgungsstrukturen stellten zum Zeitpunkt ihrer Gründung durchaus fortschrittliche psychiatrische Entwürfe dar, die allerdings schon damals - z.B. durch Griesinger - ins Kreuzfeuer der Kritik gerieten, weil er in der kasernenhaften Anhäufung von Patienten in „palast- oder klosterartigen Gebäuden“ keinen Gewinn für deren Behandlung sah. Spätestens seit den 50er und 60er Jahren unseres Jahrhunderts war - ausgehend von Amerika und England - deutlich geworden, dass dieses in ganz Europa praktizierte, auf großen und geographisch meist abseits gelegenen Krankenhäusern basierende therapeutische System für eine Vielzahl sekundärer Behinderungen verantwortlich war, die schließlich unter dem Begriff „Hospitalismus“ namhaft gemacht wurden. Die von der Enquete-Kommission beschriebenen „elenden und zum Teil menschenunwürdigen“ Zustände in den psychiatrischen Krankenhäusern der 60er Jahre in der Bundesrepublik Deutschland - ähnliches gilt auch für die damalige DDR - waren insofern die strukturellen Voraussetzungen und Ursachen für die an den Patienten wahrnehmbaren Hospitalismusschäden. Was heilen sollte, machte krank.

Die Väter der Psychiatrie-Enquete redeten der Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung das Wort, wenn auch etwas halbherzig. Denn: „Die Beseitigung grober, inhumaner Missstände hat jeder Neuordnung der Versorgung

vorauszugehen“ (Psychiatrie-Enquete). Damit war politisch zunächst grünes Licht gegeben für die bauliche Sanierung der Großkrankenhäuser, gleichzeitig aber auch für den (vorübergehenden) Fortbestand ihrer Existenz. Unter den von der Kommission selbst gesetzten „**Prioritäten**“ wird andererseits der

- „**gemeindenahen Versorgung**“ im gleichen Atemzug die höchste Dringlichkeit eingeräumt, flankiert von den Prinzipien –
- „**Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken**“, dem
- „**Auf- und Ausbau der komplementären und ambulanten Versorgung**“ sowie nicht zuletzt dem
- „**Aufbau von Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern**“.

In den zurückliegenden 30 Jahren sind in der alten Bundesrepublik sowohl die Großkrankenhäuser saniert als auch die gemeindenahe Versorgung psychisch Kranker vorangebracht worden, gleiches gilt auch für die neuen Bundesländer in den letzten 10 Jahren. Für den komplementären und ambulanten Bereich wurde dies bereits dargestellt; der folgende Abschnitt befasst sich in geraffter Form mit der Entwicklung der Abteilungspsychiatrie.

Zur aktuellen Situation der Abteilungspsychiatrie

Die Enquete-Kommission fand bei der von ihr vorgenommenen Gesamterhebung im Jahre 1973 insgesamt 44 psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, fast alle waren gemischte neurologisch-psychiatrische Abteilungen, keiner einzigen war ein Pflichtversorgungsbereich zugeordnet, so dass diese Kliniken nach Gutdünken ihr Klientel auswählen konnten. Einen ins Gewicht fallenden Versorgungsbeitrag im Hinblick auf die Behandlung akuter oder chronischer psychiatrischer Patienten kam diesen Abteilungen nicht zu. Sie verfügten auch lediglich über 1 % aller Betten.

Seitdem hat sich die Situation radikal geändert. Im vereinten Deutschland ist die Anzahl der Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie auf jetzt 160 angestiegen, die zu nahezu 90% Pflichtversorgung betreiben, nur einige wenige streben diese nicht an. Ihr Anteil an der Gesamtbettenzahl ist auf etwa 40% gestiegen, womit sie die Hälfte aller psychisch Kranken stationär versorgen. Alle diese Einrichtungen liegen **gemeindenah**, das Postulat der **Gleichstellung** psychisch Kranker mit körperlich Kranken ist in der Weise erfüllt, dass alle Patienten diese Krankenhäuser „durch die gleiche Tür“ betreten und unter dem „gleichen Dach“ des Allgemeinkrankenhauses behandelt werden. Sie erfüllen daher die vornehmste Forderung der organisierten Angehörigen und der Betroffenen selbst nach einer nicht stigmatisierenden Behandlung.

Von nahezu allen psychiatrischen Abteilungen sind in ihrem Einzugsbereich entscheidende Impulse für die Schaffung einer gemeindepsychiatrischen Infrastruktur ausgegangen, die bereits nach wenigen Jahren die zusätzliche Inanspruchnahme psychiatrischer Fachkrankenhäuser, sowohl für akut als auch für chronisch psychisch Kranke, gänzlich überflüssig machten. Chronisch Kranke können jetzt wieder in der Gemeinde leben.

Allerdings hat bisher nur das Saarland aus der dargestellten Entwicklung und den insgesamt positiven Erfahrungen die naheliegende Konsequenz gezogen, auf das Instrument der Sonderkrankenhäuser ganz zu verzichten und im Jahre 1998 das PKH Merzig geschlossen.

Während bis in die 90er Jahre die Vertreter der psychiatrischen Fachkrankenhäuser insbesondere aber deren Trägerverbände die Neugründung psychiatrischer Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern begrüßten, insbesondere dann, wenn sie von allem Anfang an die Pflichtversorgung für einen definierten Einzugsbereich übernahmen, stehen sie heute der weiteren Dezentralisierung und Verlagerung der stationären Psychiatrie an die Allgemeinkrankenhäuser zurückhaltend, ja zunehmend ablehnend gegenüber. Dies hat erkennbar damit zu tun, dass ein weiterer Ausbau der Abteilungspsychiatrie notwendigerweise immer mehr psychiatrische Fachkrankenhäuser an die **Grenze ihrer wirtschaftlichen Existenzfähigkeit** bringt und insofern (vermeintlich) Arbeitsplätze auf dem Spiel stehen. Dabei wird allerdings übersehen, dass andernorts, in einem gemeindepsychiatrischen Kontext, allein durch den Ausbau der komplementären und ambulanten Infrastruktur mehr Arbeitsplätze entstehen als am (gemeindefernen) Ursprungsort verloren gehen, ganz zu schweigen von den Arbeitsmöglichkeiten an einer oder mehreren psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, die ja notwendigerweise an die Stelle der Sonderkrankenhäuser treten müssen. Das Beispiel des aufgelösten Landeskrankenhauses Merzig hat gezeigt, dass in keinem einzigen Fall schließungsbedingte Kündigungen erfolgten, und dass in den dezentralen Nachfolgeeinrichtungen zusätzliche Arbeitsplätze entstanden.

Die entscheidenden Gründe für die Verlagerung der stationären Versorgung auf Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern

Gemeindenähe

Die Psychiatrie-Enquete-Kommission (1975) ebenso wie die Expertenkommission (1988) und die Kommission, die das Gutachten zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR erstellte, haben in den jeweiligen Berichten die Konzeption einer bedarfsgerechten und gemeindenahen Versorgung in den Mittelpunkt ihrer Empfehlungen gestellt. Unser Arbeitskreis stimmt dem voll inhaltlich zu.

Entscheidend für die Gemeindenähe ist die Erreichbarkeit psychiatrischer Versorgungsinstitutionen. Schon in den 50er Jahren wurde in wissenschaftlichen Untersuchungen nachgewiesen, dass mit zunehmender Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort eine Abnahme der stationären Behandlungsraten zu verzeichnen ist, mit der Folge von unzureichender Behandlung und Fehlplatzierung vieler Patienten. Hieran hat sich in der Zwischenzeit nichts geändert. Neuere Untersuchungen zeigen das selbe Phänomen, wobei von den Autoren als fachlich vertretbare Anreisezeit zum Behandlungsort maximal 30 Minuten angesehen wird. Dieses Kriterium ist bei allen psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern erfüllt, dürfte jedoch nur für die wenigsten psychiatrischen Fachkrankenhäuser zutreffen. Für die psychiatrische Versorgungsforschung sind deshalb kleinräumige Einzugsgebiete großräumig strukturierten vorzuziehen. Pflichtversorgungsbezirke mit mehr als 150000 Einwohnern sind heutzutage fachlich nicht mehr zu rechtfertigen. Auch die Gliederung der psychiatrischen Fachkrankenhäuser mit großem Versorgungsbereich nach regionalen Gesichtspunkten, die sog. innere Sektorisierung, kann eine echte Gemeindenähe nicht ersetzen. Ein psychiatrisches Versorgungssystem, das Wert darauf legt, nicht zuletzt die besonders problembehafteten Personen zu erreichen, kann daher nur ein gemeindenahes sein. Als zynisch zu betrachten ist insofern das Argument, dass in einer mobiler gewordenen Gesellschaft die Anfahrtswege nur noch ein sekundäres Problem darstellen. Wie wir alle wissen, gehören gerade die chronisch psychisch Kranken und ihre Angehörigen nicht zu dem mobilen Drittel der Gesellschaft, das auch über die nötigen finanziellen Mittel verfügt, um aus gegebenem Anlass „mobil“ sein zu können.

Behandlung multimorbider Patienten

Es ist-unmittelbar einleuchtend, dass multimorbide Patienten in einem Allgemeinkrankenhaus eine bessere Behandlung erfahren als in einem psychiatrischen Sonderkrankenhaus. In größeren Allgemeinkrankenhäusern sind nahezu alle medizinischen Disziplinen vertreten, in den mittelgroßen und etwas kleineren zumindest die Innere Medizin, Chirurgie und Gynäkologie.

Der Anteil psychiatrischer Patienten mit körperlichen Begleiterkrankungen variiert in den einzelnen Untersuchungen zwischen 20 und 60%, er ist in jedem Fall erheblich. In ca. 5% aller Fälle wird aus Gründen der körperlichen Miterkrankung sogar eine Verlegung von einem Sonderkrankenhaus in ein Allgemeinkrankenhaus notwendig. In mehreren Untersuchungen wurde nachgewiesen, dass psychisch Kranke in der Phase der stationären Akutbehandlung nicht nur ein erhebliches somatisches Erkrankungsrisiko, sondern auch ein erhöhtes Mortalitätsrisiko haben. In Allgemeinkrankenhäusern mit psychiatrischen Abteilungen kann dem sowohl diagnostisch als auch therapeutisch am besten begegnet werden, sei es durch einen ständig verfügbaren somatischen Konsiliardienst in der Psychiatrie oder durch Übernahme auf eine körpermedizinische Abteilung mit garantierter psychiatrischer Mitbehandlung.

In gleichem Maße gilt dies für die Bewältigung von Krisen und Notfallsituationen, in denen die notwendigen Hilfestellungen schnell und leicht verfügbar sein müssen. Patienten mit Intoxikationen, Delirien und vielen anderen sog. exogenen Psychosen werden ohnehin häufig primär in den Notfallambulanzen der Allgemeinkrankenhäuser vorgestellt und ggf. von dort in psychiatrische Fachkrankenhäuser verlegt, sofern keine psychiatrische Abteilung am Haus verfügbar ist. Gleiches gilt für Patienten nach Suizidversuchen, für die die Notfallambulanz der Allgemeinkrankenhäuser regelmäßig eine „Verteilerfunktion“ hat.

Die Mitglieder unseres Arbeitskreises, die alle über ausgedehnte praktische Erfahrungen gerade in diesem Bereich verfügen, sind daher der uneingeschränkten Auffassung, dass gerade aus diesen genannten Gründen die Psychiatrie konstitutiver Bestandteil der allgemeinen Medizin sein muss. Dies sollte verstärkt Ausdruck finden in der Angliederung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäuser.

Liegezeiten

Die Aufenthaltsdauer psychiatrischer Patienten in stationären Einrichtungen ist in den letzten Jahren drastisch zurückgegangen, in den psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern liegt sie jedoch noch immer um etwa ein Drittel niedriger als in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern. Dies hat nachweislich nichts mit einer in beiden Einrichtungen unterschiedlichen Klientel zu tun, da psychiatrische Abteilungen mit Pflichtversorgungsauftrag verständlicherweise die gleichen Patienten behandeln wie Fachkrankenhäuser. Eine kürzliche Untersuchung für die Stadt Kassel, in der die über ein Jahr kumulierte Verweildauer mit gleicher Methodik in einer Fachabteilung und einem psychiatrischen Fachkrankenhaus bestimmt wurde, zeigt, dass andere Faktoren als eine unterschiedliche Klientel bei dieser Frage eine Rolle spielen.

Die Verweildauer in psychiatrischen Abteilungen liegt im Mittel aller Patienten zwischen 20 und 30 Tagen, die in psychiatrischen Fachkrankenhäusern bei 30-40 Tagen. Dies zeigt sehr deutlich, dass trotz dieser nicht unerheblichen Unterschiede in der Verweildauer in beiden Einrichtungstypen das Krankenhaus selbst nicht mehr Lebensmittelpunkt für psychisch Kranke sein muss, wie dies früher vor allem für chronisch Schizophrene oder organisch veränderte Personen der Fall war.

Chronisch psychisch Kranke bedürfen jedoch langfristiger, unter Umständen sogar lebenslanger Hilfen. Diese sind prinzipiell ambulant zu organisieren, in nicht wenigen Fällen jedoch muss dies in Zusammenarbeit mit einer Klinik oder Tagesklinik geschehen. Es liegt auf der Hand, dass gerade die Organisation komplexer Hilfen eine kleinräumige, überschaubare Versorgungsregion zur Voraussetzung hat, da andernfalls die Abstimmungsprobleme zwischen den Beteiligten zu groß werden oder Abstimmungen erst gar nicht zustande kommen. Vermeidbare Wiederaufnahmen oder längere Verweildauern in der Klinik sind die Folgen.

Unser Arbeitskreis sieht es als einen erheblichen Vorzug psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern an, dass auch die langfristige ambulante Behandlung dann besser zu gewährleisten ist, wenn von den ambulanten Diensten, einschließlich der niedergelassenen Nerven- und Hausärzte, in Not und Krisensituationen problemlos auf eine Fachabteilung am Ort zurückgegriffen werden kann.

Stigmatisierung

Die Stigmaforschung ist lange Zeit davon ausgegangen, dass die in der Bevölkerung bestehende Furcht und die daraus resultierenden Vorurteile gegenüber psychisch Kranken mit der Struktur der psychiatrischen Versorgung nur am Rande zu tun habe. Neuere Forschungsergebnisse haben diese Auffassung deutlich relativiert. Die Tatsache, dass psychiatrische Patienten jahrhundertlang in abgeschlossenen und geografisch abgelegenen Sonderkrankenhäusern untergebracht wurden, hat erheblich zu der Angst vor ihnen in der Bevölkerung beigetragen.

Durch den zunehmenden Ausbau der gemeindenahen Versorgung und die damit möglich gewordenen persönlichen Erfahrungen vieler einzelner Bürger mit psychisch Kranken im alltäglichen Leben scheinen sich die **Vorurteile gegenüber** dieser Personengruppe zu vermindern. Nichts kann jedoch mehr zu einer Verringerung der noch immer bestehenden Vorurteile beitragen wie die Integration der Psychiatrie in die allgemeine medizinische Versorgung. In dem Maße, in dem psychisch Kranke unter dem „gleichen Dach“ wie körperlich Kranke behandelt werden, nimmt die Bevölkerung insgesamt wahr, dass es sich dabei nach Auffassung der Experten offenbar um „kranke“ und nicht um primär gefährliche Menschen handelt, was nicht ohne Auswirkungen auf die langfristige Haltung dieser Personengruppe gegenüber bleiben dürfte. Psychisch Kranke sind eben keine Sonderlinge, die man in Sonderkrankenhäusern absondern muss.

Im Übrigen ziehen es die meisten von psychischer Krankheit Betroffenen sowie deren Angehörige vor, in psychiatrischen Abteilungen behandelt zu werden, um der Stigmatisierung, die den psychiatrischen Fachkrankenhäusern unvermeidbar anhaftet, zu entgehen. Auch deswegen ist den psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern gegenüber den Sonderkrankenhäusern der Vorzug zu geben.

Der personenzentrierte Ansatz

Die Gleichstellung von psychisch Kranken mit körperlich Kranken bedeutet nicht, dass der unter vielen Aspekten unterschiedliche Behandlungsansatz in der Psychiatrie gegenüber der somatischen Medizin ignoriert werden darf. Die somatische Medizin ist primär krankheitszentriert, d. h. orientiert auf Diagnosen und spezialisierte Therapien, die auch spezialisierte stationäre Versorgungsstrukturen erfordern. In der Psychiatrie ist das übergeordnete Prinzip die Personenzentriertheit. Hieraus ergeben sich unterschiedliche Anforderungen im Hinblick auf das Behandlungskonzept und die Versorgungsstruktur.

Die Fokussierung auf Subjektivität und Individualität bedeutet z.B., dass einführendes Verstehen Vorrang hat vor objektiver Beobachtung, Selbsthilfe vor Fremdhilfe geht, individuelle Begleitung und persönliche Beziehungen im Mittelpunkt stehen. Strukturelle Grundlagen, wie prinzipiell gemischt belegte Stationen, der bewusste Verzicht auf eine Aufnahmestation und eine so weit wie möglich offene Stationsführung fördern partnerschaftliche Beziehungen, Selbst- und gegenseitige Hilfen und eine Normalisierung des therapeutischen Milieus. Personenzentriertheit heißt im Besonderen, dass sowohl die Perspektive und das Handeln der Professionellen als auch das Leben der Patienten während der stationären Behandlung auf die Lebenswelt außerhalb des Krankenhauses bezogen bleiben müssen (Kooperation mit Angehörigen und der Arbeitswelt, Vor- und Nachsorgeplanung, Besuchs- und Beurlaubungsmöglichkeiten). Notwendige Voraussetzung hierfür ist die Gemeindenähe, nicht nur in Form einer strikten und kleinräumigen Regionalisierung, sondern auch durch intensive Informations- und Kooperationsbeziehungen zu anderen örtlichen Hilfsangeboten, zu ambulanten und komplementären Einrichtungen. Die enge und unmittelbare Einbindung des stationären Bereichs in einen **gemeindepsychiatrischen Verbund** ist selbstverständliche Folge dieser Überlegungen. Ein personenzentriertes Vorgehen ist umso wichtiger, je schwerer die Störung ist.

Kosten

Psychische Störungen bleiben nicht ohne **Kosten**, für die Betroffenen selbst, ihre Angehörigen und für die Volkswirtschaft. Die wohl kostenträchtigste psychische Erkrankung ist die Schizophrenie, für die nach internationalen Schätzungen fast die Hälfte aller für psychisch Kranke aufzubringenden Mittel zu veranschlagen sind. Daher gilt es, in heutiger Zeit vielleicht noch mehr als früher, nicht nur die besten, sondern auch die kostengünstigsten Behandlungsmöglichkeiten für psychiatrische Patienten zu organisieren.

Am kostenintensivsten ist die kontinuierliche stationäre Behandlung eines psychisch Kranken. Im Vergleich dazu verschlingt selbst eine hochkomplexe und umfassende Behandlung außerhalb der Klinik nur etwa 43% der stationär anfallenden Kosten. Vor diesem Hintergrund gilt es, nicht nur die ambulanten und komplementären Dienste auszubauen, sondern auch die unvermeidbaren Liegezeiten in den Krankenhäusern zu verringern. Wie oben gezeigt, sind diese in den psychiatrischen Abteilungen um etwa ein Drittel niedriger als in den Fachkrankenhäusern. In einigen europäischen Ländern und in den USA hat man daraus die Konsequenz gezogen, psychiatrische Spezialkrankenhäuser zu schließen, um die Gesamtkosten für psychisch Kranke zu senken. Auch wenn daran im einzelnen vieles zu kritisieren ist, insbesondere die Tatsache, dass mit der Schließung der Großkrankenhäuser der Auf- und Ausbau gemeindepsychiatrischer Dienste und alternativer Betreuungsangebote nicht schrittgehalten hat, ist doch festzustellen, dass es zum Beispiel in England gelungen ist, in vielen Regionen auf Sonderkrankenhäuser zu verzichten, ohne dass dies zum Nachteil der Patienten gereicht hätte.

Exkurs: Die bauliche Situation

Die baulichen und sanitären Gegebenheiten in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern der 60er Jahre waren neben der schlechten personellen Ausstattung eine der wesentlichen Bedingungen für das Ingangkommen der Psychiatrie-Enquete und des nachfolgenden Reformprozesses. Durch die großzügige Rekonstruktion der alten Bausubstanz und durch hinzugekommene Neubauten sind die allermeisten psychiatrischen Fachkrankenhäuser mittlerweile in einem baulich gesehen guten Zustand. Auch in den neuen Bundesländern wurden seit der 1990 erfolgten Bestandsaufnahme deutliche bauliche Verbesserungen erreicht.

Diese insgesamt positive Bilanz für die psychiatrischen Fachkrankenhäuser trifft für die Abteilungspsychiatrie nur mit Einschränkungen zu. Die Raumausstattung der Psychiatrie am Allgemeinkrankenhaus wird in der Regel zunächst am üblichen Standard der somatischen Disziplinen und erst in zweiter Linie an den therapeutischen Notwendigkeiten der

Psychiatrie bemessen. Zwar gibt es hiervon rühmliche Ausnahmen und sehr gelungene psychiatriefreundliche Lösungen durch Adaptation vorhandener und zuvor von somatischen Fächern genutzter Räumlichkeiten für psychiatrische Zwecke, aber es gibt gleichermaßen psychiatrische Abteilungen, die unter sehr einschränkenden Bedingungen ihrer Arbeit nachgehen müssen. Dies ist bedauerlich, weil es inzwischen viele, auch in Neubauten psychiatrischer Fachabteilungen eingeflossene Erfahrungen gibt, wie eine gute Architektur am Allgemeinkrankenhaus therapeutische Intentionen, z.B. offene Türen, Gewaltverminderung sowie die Herstellung eines förderlichen Binnenmilieus unterstützt.

Auf Grund der Tatsache, dass an vielen Allgemeinkrankenhäusern die Belegungsziffern somatischer Abteilungen rückläufig sind, vertritt der „Arbeitskreis...“ die Auffassung, dass die für die Psychiatrieplanung zuständigen Landesministerien - so wie es die Psychiatrie-Enquete-Kommission schon 1975 empfohlen hat - „wo immer möglich“ psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern einrichten sollten, auch wenn die baulichen Gegebenheiten anfänglich nicht optimal sind. Dieser „Nachteil“ wiegt weniger schwer als die wahrscheinlich nicht so schnell wiederkommende Chance zu vertun, freiwerdende Betten an Allgemeinkrankenhäusern in psychiatrische Fachabteilungen umzuwandeln. Dabei muss allerdings perspektivisch gewährleistet sein, dass diese zunächst kleinen Einheiten durch Bettenaufstockung und psychiatriegerechte bauliche Verbesserungen in überschaubarer Frist eine regionale, milieutherapeutisch orientierte Pflichtversorgung übernehmen können.

Weitere Aufgaben von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern

Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sind in erster Linie Einrichtungen zur stationären Behandlung psychisch kranker Personen. Darüber hinaus obliegen ihnen eine Reihe weiterer Aufgaben, von denen die wichtigsten an dieser Stelle genannt seien:

- Weiterbildung aller in diesen Kliniken tätigen Berufsgruppen, insbesondere der Ärzte und des Krankenpflegepersonals
- Forschung
- Gutachtenerstattung
- Weiterentwicklung des regionalen Versorgungssystems

Weiterbildung

Es gibt keine verlässlichen Angaben darüber, wie viele Ärzte sich derzeit in Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie befinden und wie diese sich auf die einzelnen Krankenhaustypen:

- Psychiatrisches Krankenhaus
- Psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus
- Universitätsklinik

verteilen. Näherungsweise lässt sich für die Abteilungspsychiatrie jedoch feststellen, dass in den ca. 160 Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern weit mehr Fachärzte ausgebildet werden dürften als in den ca. 40 deutschen Universitätskliniken zusammen. Eine einfache Rechnung macht dies deutlich. Psychiatrische Abteilungen verfügen im Durchschnitt über knapp 100 Betten/Plätze und insofern einen Stellenplan, der neben Chef- und Oberärzten ca. 10 Assistenzarztstellen umfassen dürfte. Unter der eher vorsichtigen Annahme, dass sich von 10 Assistenten 5 in Weiterbildung befinden, bedeutet dies, dass in psychiatrischen Abteilungen permanent ca. 800 Ärzte zu Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie weitergebildet werden. Bei einer 4-jährigen Weiterbildungszeit wären dies ca. 200 Psychiater pro Jahr, die diese Kliniken als Fachärzte verlassen. Psychiatrische Universitätskliniken, die im Durchschnitt etwa gleich groß wie psychiatrische Fachabteilungen sind, müssten schon über einen 4-fach umfangreicheren Stellenplan verfügen, um auf eine ähnlich große Anzahl von Assistenzärzten zu kommen, was erkennbar nicht der Fall ist.

Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern haben insofern eine große Bedeutung und Verantwortung bezüglich der Vermittlung hoher Weiterbildungs- und Qualitätsstandards für die zukünftig als niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten tätigen Ärzte. Dass sich dieser hohe Stellenwert der Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie in Bezug auf die Weiterbildung der jüngeren Ärzte noch nicht in angemessener Weise in einem entsprechenden Curriculum niedergeschlagen hat, steht auf einem anderen Blatt. Am deutlichsten zeigt sich dies bei der Gewichtung der konsiliarpsychiatrischen sowie notfallpsychiatrischen Tätigkeit, bei der interdisziplinäres Denken

geübt und Erfahrungen mit multimorbiden Patienten, auch solchen die nicht primär psychiatrisch zu versorgen sind, gemacht werden können. Nirgendwo lassen sich die dazu notwendigen Erkenntnisse und Erfahrungen besser gewinnen als in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern.

Schon vor diesem Hintergrund hält unser Arbeitskreis die da und dort diskutierten Vorstellungen, auf die derzeit über das Komplementärfach **Neurologie** in die psychiatrische Weiterbildung eingebrachten körpermedizinischen Aspekte in Zukunft zu verzichten, für im Ansatz verfehlt, auch wenn nicht verkannt werden soll, dass hinsichtlich des jetzt curricular vorgeschriebenen Wechsels von der Psychiatrie zur Neurologie wegen der quantitativ unterschiedlichen Assistenzarztzahlen in den beiden Fächern erhebliche Probleme bestehen (Nadelöhr). In dieser Engpasssituation kann die körpermedizinische Kompetenz auch über die Einbeziehung der Inneren Medizin in die Weiterbildung für Psychiatrie und Psychotherapie erhalten bleiben.

Der Arbeitskreis der Abteilungsleiter steht auch der von der Fachgesellschaft DGPPN favorisierten **Spezialisierung** und Schwerpunktbildung skeptisch gegenüber. Näheres hierzu findet sich in den Ausführungen zum personenzentrierten Ansatz und zur Forensik.

Forschung

Forschung gehört nicht zu den originären Aufgaben der Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Dennoch wird fast überall wissenschaftlich gearbeitet. Wo die Abteilungen Teil eines akademischen Lehrkrankenhauses sind, findet neben der wissenschaftlichen Arbeit in aller Regel auch Ausbildung von Studenten statt.

Eine Vielzahl der heute existierenden 160 psychiatrischen Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern war in den letzten 10 Jahren mit dem Aufbau der Abteilung, der Organisation komplementärer und teilstationärer Strukturen in ihrer Versorgungsregion u.v.a. mehr voll ausgelastet; dennoch wurden vielerorts auch wissenschaftliche Projekte durchgeführt. Begünstigt wird Forschung in den Abteilungen vor allem durch die „kurzen Wege“ zwischen den Mitarbeitern, die Vielfältigkeit der Störungsbilder auf jeder Station, das häufig bestehende „Aufbruchklima“ und selbstverständlich auch durch das Bedürfnis, die hohe Qualität in der Patientenversorgung durch die Abteilungen wissenschaftlich zu belegen. Inzwischen existieren (multizentrische) Forschungsgruppen verschiedener Abteilungen, die zu bestimmten Themen Untersuchungen durchführen. So gibt es z. B. seit Jahren eine Forschungsgruppe der Abteilungen in Bremen, Bielefeld, Karlsruhe und Berlin-Neukölln, die sich empirisch vor allen Dingen mit Fragen der institutionellen Zwangsanwendung beschäftigt.

In den Abteilungen, deren Leiter Hochschullehrer sind, werden außerdem Doktoranden betreut, die in aller Regel ebenfalls versorgungspsychiatrisch orientierte Doktorarbeiten erstellen.

Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sind aber auch besonders gut für Verbundforschung mit den somatischen Fächern geeignet.

Aufgrund der Fülle der Patienten mit sehr unterschiedlichen Krankheitsbildern sind die Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern im Gegensatz zu Universitätskliniken sehr gut in der Lage, Forschung mit allen Patientengruppen, z. B. auch mit Abhängigen, durchzuführen. Regionale Forschungsverbände zu diesem Thema sind gerade im Entstehen.

In der Regel beschäftigen sich die Abteilungen wissenschaftlich mit anwendungsbezogenen Forschungsprojekten, die zu einer Verbesserung der Behandlungsstrategien bei einzelnen Patientengruppen, wie auch der internen und vergleichenden Qualitätssicherung dienen sollen.

Beispielhaft seien folgende in den letzten Jahren bearbeitete und publizierte Themen genannt:

- Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie
- Patientenurteile als Teil der Qualitätssicherung
- Die Bedeutung der Institutsambulanz
- Kinder psychotischer Mütter
- Offene Türen
- Ausländer
- Extremtraumatisierung
- Psychopharmaka

- Konsiliarpsychiatrie
- Gemeindepsychiatrische Karrieren
- Verlaufsuntersuchungen chronisch Schizophrener
- Evaluationsforschung
- Vergleichende Forschung zwischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern,
- Kosten der Behandlung

Die Abteilungsleiter würden es sehr begrüßen, wenn sowohl mehr Zeit als auch mehr man-power zur Verfügung stände, um die Forschung noch stärker im Verbund mit anderen Abteilungen, aber auch mit den benachbarten Universitätskliniken zu intensivieren. Forschung wie z. B. pharmakologische Doppelblindstudien, differenzierte sozialpsychiatrische und epidemiologische Untersuchungen oder Studien mit großem Aufwand an Labordiagnostik (z. B. Genetik) sind mit den derzeitigen Personal-Ressourcen jedoch nicht zu leisten.

Gutachtenerstellung

Häufig verfügt die Gemeinde, in der sich die psychiatrische Fachabteilung befindet, auch über ein Amtsgericht mit der dazugehörigen Staatsanwaltschaft. So liegt es nahe, dass psychiatrische Gutachten, seien es Straf- oder Zivilrechtsgutachten zur Bearbeitung dorthin gegeben werden. Sozialgerichte und Rentenversicherungsträger folgen, Betreuungsgutachten gehören zum alltäglichen Tun jedes Klinikarztes.

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde; DGPPN; hat 1997 die Etablierung eines Schwerpunktes „Forensische Psychiatrie“ vorgeschlagen, dabei jedoch völlig offen gelassen, wer die curriculare Vermittlung für den Erwerb und den Nachweis besonderer Kenntnisse, Fähigkeiten und Erfahrungen in diesem Aufgabengebiet übernehmen soll. Ihn ausschließlich oder auch nur überwiegend den Universitäten oder den Maßregelvollzugseinrichtungen zu überlassen, wäre nach Auffassung des „Arbeitskreises...“ fatal, da an den genannten Institutionen auch nicht annähernd die hierfür notwendigen Kapazitäten vorhanden sind, und im übrigen nicht damit gerechnet werden kann, dass diese in den nächsten Jahren entscheidend aufgestockt werden. Eigene forensisch-psychiatrische Institute zu gründen, die sowohl die Gutachtenerstellung wie auch die Weiterbildung zum Schwerpunkt „Forensische Psychiatrie“ zu übernehmen hätten, ist ebenfalls unrealistisch. Sie hätten zudem den Nachteil, dass hier zwar theoretisch versierte Spezialisten herangebildet werden könnten, die ihren klinischen Bezugsund Erfahrungsrahmen jedoch längst verlassen haben. In ganz unguter Weise zeichnet sich dies schon jetzt in Form derjenigen „forensischen Psychiater“ ab, die als privat niedergelassene Ärzte ausschließlich Gutachten jedweder Art erstatten, den Bezug zur klinischen Empirie dabei verlieren und in der Beziehung zu ihren jeweiligen Auftraggebern in die Gefahr geraten, ihre gutachterliche Unabhängigkeit in Frage zu stellen, da sie an weiteren Aufträgen existentiell interessiert sein müssen.

Unser Arbeitskreis unterstützt daher alle Bemühungen, die forensisch-psychiatrische Qualifikation der gutachtenden Kolleginnen und Kollegen zu fördern und im Niveau anzuheben, ist jedoch gleichzeitig der Auffassung, dass dies notwendigerweise in enger Verbindung mit psychiatrisch-klinischer Tätigkeit geschehen muss. Die Arbeit in einer psychiatrischen Fachabteilung am Allgemeinkrankenhaus mit regionaler Versorgungsverpflichtung ist hierfür bestens geeignet.

Weiterentwicklung regionaler Versorgungsstrukturen

Nahezu überall dort, wo in den letzten 25 Jahren psychiatrische Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern eingerichtet worden sind, haben sich diese federführend an der Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstrukturen beteiligt. Sei es, dass Klinikmitarbeiter eigene Trägervereine gegründet und im „Nebenamt“ vor allem komplementäre Einrichtungen ins Leben gerufen haben, sei es, dass sie bis dahin losgelöst voneinander existierende Strukturen zu einem Netzwerk miteinander verbunden haben. Auf diese Weise ist eine Vielzahl regionaler Lösungen gefunden worden.

Die Entwicklung sowie der Auf- und der Ausbau kleinräumiger, regionaler Versorgungssysteme sowie die Leistungsfähigkeit einzelner „Bausteine“ des von der Expertenkommission empfohlenen gemeindepsychiatrischen Verbundes

ist von einzelnen Protagonisten vielfach beschrieben worden. Nur wenige Studien dieser Art sind jedoch über die Deskription dessen was ist zu evaluativen Fragestellungen vorgedrungen, oder waren als planerische Grundlagen für die weitere Differenzierung der Dienste auch andernorts brauchbar. Dabei ist eine beachtliche Anzahl der um psychiatrische Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern entstandenen Netzwerke aufgrund ihrer Überschaubarkeit und der Detaillkenntnis der darin agierenden Personen geradezu prädestiniert als planerische Referenzregionen zu dienen, wenn es beispielsweise darum geht, Fehlplanungen oder Fehlentwicklungen andernorts zu vermeiden oder zu korrigieren.

Auch zu den Angehörigen psychisch Kranker und zu diesen selbst ist ein direkter und völlig unkomplizierter Zugang in derartigen Versorgungssystemen möglich, so dass die Nutzer in jede Entscheidung eingebunden und expertenvorgegebene Planungsüberlegungen ggf. modifiziert werden können. Die Weiterentwicklung regionaler Versorgungsstrukturen gewinnt dadurch eine zusätzliche Qualität, die bisher weder unter Federführung herkömmlicher Universitätskliniken noch konventioneller psychiatrischer Fachkrankenhäuser erreicht werden konnte.

Strategien der Träger zum Erhalt der Sonderkrankenhäuser

Das Satellitenmodell

Einige Trägerverbände und einige Sonderkrankenhäuser sind in letzter Zeit dazu übergegangen, sogenannte Satelliten als Außenstellen der jeweiligen „Mutterklinik“ zu gründen, um auf diese Weise zum einen der Forderung nach Gemeindenähe zu genügen, zum anderen aber auch eine zumindest partielle Anbindung an die Allgemeinmedizin zu finden. Diese bewusst klein gehaltenen Satellitenabteilungen haben jedoch nicht den Auftrag, eine auch noch so kleine Region „voll“ zu versorgen, so dass die Aufnahme bzw. Verlegung schwieriger Fälle aus der Region in das „rückwärts“ gelegene „Mutterhaus“ unausweichlich ist.

Nach Auffassung unseres Arbeitskreises ist dies eine schlimme Form von „Zweiklassenpsychiatrie“, die keineswegs dadurch gemildert wird, dass beide Häuser in gleicher Trägerschaft sind. Wir stellen daher mit Betroffenheit fest, dass große Träger unter Außerachtlassung jeglicher fachlicher Erkenntnisse eigene wirtschaftliche Interessen über diejenigen der von ihnen betreuten Patienten und deren Familien stellen. Gerade den besonders schwerkranken Menschen, die auf engen und kontinuierlichen Kontakt zu ihrem Lebensumfeld angewiesen sind, werden auf diese Weise die für ihre Wiedereingliederung wesentlichen therapeutischen Einflussfaktoren vorenthalten.

Die „fachliche Spezialisierung“

Für die Psychiatrie-Enquete-Kommission war es fachlich noch unbestritten, dass das stationäre psychiatrische Versorgungssystem einstufig sein solle, d. h., das regionale psychiatrische Krankenhaus, sei es eine Fachabteilung oder ein Fachkrankenhaus sollte grundsätzlich fähig und in der Lage sein, alle stationär behandlungsbedürftigen psychisch Kranken der Region angemessen zu versorgen. Die davon abweichende Auffassung eines einzelnen Kommissionsmitglieds fand lediglich als sogenanntes Sondervotum Berücksichtigung.

Wiederum in dem Maße, wie die psychiatrischen Fachkrankenhäuser an die Grenze ihrer wirtschaftlichen Existenzfähigkeit gerieten, wurde von deren Repräsentanten die Auffassung vertreten, die in der Psychiatrie inzwischen eingetretene fachliche Entwicklung mache die Bereitstellung spezialisierter Behandlungsangebote notwendig. Dem stimmt unser Arbeitskreis voll inhaltlich zu. Allerdings halten wir die daraus abgeleitete Schlussfolgerung, dies könne nur in bettenmäßig gesonderten Spezialstationen (z.B. Depressionsstationen) oder gar in auf bestimmte Therapiemethoden spezialisierten Einrichtungen gewährleistet werden, für wissenschaftlich nicht erwiesen, ja für falsch. Wenn darüber hinaus gefordert wird, das einstufige psychiatrische Krankenhaussystem analog der somatischen Medizin zugunsten eines mehrstufigen Versorgungsmodells aufzugeben, so ist dem entgegenzuhalten, dass selbstverständlich auch in einem einstufigen System, d. h. in einer psychiatrischen Fachabteilung, auf verschiedene Patientengruppen und Störungsbilder zugeschnittene Therapieformen praktiziert werden können und auch werden. Deswegen muss das für die gemeindenahere Versorgung konstitutive Prinzip der regionalen Zuständigkeit nicht relativiert oder gar außer Kraft gesetzt werden. Ganz im Gegenteil erhalten bestimmte „Spezialverfahren“ erst hierdurch ihr eigentliches Gewicht, weil sie nur gemeindenah nahtlos in ambulanter Form fortgesetzt werden können.

In ganz ähnlichem Sinne hat sich auch die „Aktion Psychisch Kranke“ geäußert, die in einem Schreiben vom 22.11.1999 an das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen abschließend feststellt: „Die Aktion Psychisch Kranke ist der Auffassung, dass die stationäre psychiatrische Versorgung **einstufig** organisiert sein sollte, wie dies bisher auch schon der Fall ist“.

Begründet wird dies von der „Aktion Psychisch Kranke“ im wesentlichen damit, dass weder wissenschaftliche Untersuchungsbefunde noch praktische Gründe für das Vorhalten überregionaler Spezialangebote sprechen. Überregionale Spezialangebote verursachen höhere Kosten, weil erfahrungsgemäß ein direkter Zusammenhang besteht zwischen der Entfernung der Klinik vom Wohnort der Patienten und deren Verweildauer. Damit wird das Risiko der Chronifizierung erhöht. Als besonders nachteilig ist anzusehen, dass der Betreffende sich nach längerer Abwesenheit von seiner Lebenswelt entfremdet hat. Im übrigen ist bisher noch nie der empirische Beweis dafür erbracht worden, dass überregional vorgehaltene Spezialstationen den Betroffenen Vorteile, etwa in der Weise bringen, dass sie in kürzerer Zeit gesund würden oder über längere Zeit gesund blieben. Eher scheint das Gegenteil der Fall zu sein.

Als Fazit bleibt daher festzuhalten: Die in der stationären psychiatrischen Versorgung erforderliche Spezialisierung kann in gleichem Maße von einer psychiatrischen Fachabteilung am Allgemeinkrankenhaus wie von einem Fachkrankenhaus geleistet werden. Der Vorteil der Fachabteilung liegt darin, dass derartige Spezialangebote immer gemeindenah, lebensweltbezogen und in enger Abstimmung sowohl mit den übrigen somatischen Disziplinen als auch den außerstationären Diensten erfolgen. Bei der kurzen Verweildauer psychiatrischer Patienten im stationären Bereich und der zunehmenden Verlagerung der Therapie in die Ambulanz ist durch eine gemeindenaher Fachabteilung am Allgemeinkrankenhaus eine bessere Verzahnung von stationärer und ambulanter Behandlung gewährleistet.

Die Etablierung von Heimbereichen auf dem PKH-Gelände - die Wiedergeburt der relativ verbundenen Heil- und Pflegeanstalt

Das Problem ist so alt wie die Psychiatrie selbst. Es lässt sich in diesem Zusammenhang auf die Frage reduzieren: Wohin mit den chronisch psychisch Kranken? In der Mitte des 19. Jahrhunderts wurde hierauf die Antwort der „relativ verbundenen Heil- und Pflegeanstalt“ gegeben. Dies war zum damaligen Zeitpunkt ein durchaus fortschrittliches Konzept, machte es doch eine Entwicklung rückgängig, die im frühen 19. Jahrhundert mit der „Entflechtung“ der sich in den Anstalten damals anhäufenden, sehr unterschiedlichen Patientenkategorien ihren Ausgang genommen hatte. Die Trennung von akut und chronisch Kranken, von „heilbaren“ und „unheilbaren“ Menschen, und die damit verbundene institutionelle Separierung in Heil- und Pflegeanstalten, wurde durch die Macht des Faktischen wieder aufgegeben, da sich die Patienten selbst diesen Kategorien nicht fügten. Dass dieser Versuch 100 Jahre später noch einmal wiederholt wurde und unter den damals gegebenen Umständen zur bekannten Euthanasieaktion führte, muss in diesem Zusammenhang zumindest erwähnt werden.

Niemand konnte damals und niemand kann heute voraussagen, wie eine psychische Erkrankung bei einem bestimmten Menschen verläuft, ob sie denn überhaupt „chronisch“ wird oder nicht. Allerdings wissen wir heute sehr viel mehr darüber, welche Hilfen die betreffenden Personen benötigen und wir wissen auch ziemlich zuverlässig, dass diese Hilfen außerhalb eines Krankenhauses zur Verfügung gestellt werden können und sollten.

Diese vor allem in Europa und Nordamerika in den letzten 30 Jahren gemachten Erfahrungen sind Grundlage für die Auflösung vieler Langzeitbereiche in den psychiatrischen Krankenhäusern, in bestimmten Regionen Englands und auch andernorts gar für deren vollständige Schließung.

Im Zuge der deutschen Psychiatriereform seit Anfang der 70er Jahre hat eine aktive Entlassungspolitik der Fachkrankenhäuser sowie der gleichzeitige Auf- und Ausbau komplementärer und ambulanter Dienste zu einem insgesamt beachtlichen Bettenabbau und damit einhergehend zu einer teilweise drastischen Verkleinerung der psychiatrischen Krankenhäuser geführt, wenn auch nicht von allen. Das zeitlich erste und gleichzeitig spektakulärste Projekt dieser Art war die endgültige Schließung des Klosters Blankenburg bei Bremen im Jahre 1988, des ausgelagerten Langzeitbereichs der psychiatrischen Klinik Bremen-Ost. Es folgten einige weitere „Enthospitalisierungsprojekte“ ähnlicher Art in Bedburg-Hau, Bielefeld, Berlin und Gütersloh.

Allerdings hat sich inzwischen der sozialpolitische Wind gedreht. In Hessen zum Beispiel ist der anfänglich mit einigem Enthusiasmus ins Werk gesetzte Enthospitalisierungsprozess in den Krankenhäusern des Landeswohlfahrtsverbandes seit Mitte der 90er Jahre ins Stocken geraten und bis heute mehr oder weniger zum Erliegen gekommen.

Als Gründe hierfür werden neben dem Hinweis auf ein sogenanntes „Heimatrecht“ der auf dem Gelände der PKHs verbliebenen Langzeitpatienten ganz offen „wirtschaftliche Eigeninteressen der Krankenhäuser“ genannt, „die mittlerweile in einem harten Verteilungskampf mit den komplementären Einrichtungen stehen ... die Wirtschaftlichkeit des Betriebes Psychiatrisches Krankenhaus (ist) unter einer bestimmten Größe nicht mehr gegeben“ (Hess. Enthospitalisierungsstudie).

Im Klartext bedeutet dies, dass sich auf dem Gelände des jeweiligen Fachkrankenhauses und zum Teil in den gleichen Gebäuden, die früher die Langzeitstationen beherbergten, ein „Heimbereich“ für eben jene Patienten etabliert, die zuvor als chronisch Kranke vom psychiatrischen Krankenhaus selbst und dessen Mitarbeitern behandelt und betreut wurden. Durch diesen administrativen Kunstgriff und die damit einhergehende Kostenverlagerung auf den Sozialhilfeträger und die Pflegekassen ist der Typus der „relativ verbundenen Heil- und Pflegeanstalt“ aus institutionellem Eigeninteresse der Landschafts- und Landeswohlfahrtsverbände wieder hergestellt - zum Nachteil all jener chronisch Kranken, die in die Gemeinde hätten entlassen werden können. Die englische TAPS (Team for the Assessment of Psychiatric Services)-Studie zeigt dies ebenso wie die Bremer und die Gütersloher Erfahrungen.

Der „Arbeitskreis...“ fordert deshalb die Landschafts-, Landeswohlfahrts- und Bezirksverbände auf, alles in ihren Möglichkeiten stehende zu tun, die Enthospitalisierungsbemühungen der ihnen unterstehenden Fachkrankenhäuser anzustoßen, sie nachhaltig zu fördern und Zielpläne für den geplanten Abschluss dieses Prozesses vorzulegen. Damit einherzugehen hat die weitere Dezentralisierung sowohl der stationären als auch der komplementären Versorgung, wobei mittelfristig das System der Fachkrankenhäuser durch ein System von psychiatrischen Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zu ersetzen ist, wie dies beispielhaft im Saarland geschah.

Ausblick

Wie wird und wie soll die psychiatrische Versorgung in Zukunft organisiert sein? Zu dieser Frage sollen abschließend einige Prinzipien formuliert werden.

1. Vor allem anderen steht die Reintegration der Psychiatrie in die allgemeine Medizin. Nur ein ständiger gegenseitiger Austausch mit den somatischen Disziplinen garantiert, dass psychisch Kranke auch die bestmögliche körperliche Behandlung bekommen, sofern sie dieser bedürfen. Umgekehrt hat die Trennung der Psychiatrie von den übrigen medizinischen Disziplinen dazu geführt, dass diese blind geworden sind gegenüber der seelischen Mitbedingtheit nicht weniger Körperkrankheiten. Darüber hinaus haben verschiedene in- und ausländische Enthospitalisierungsstudien gezeigt, dass chronisch psychisch Kranke bei entsprechenden Hilfen außerhalb der Klinik adäquat betreut werden können, so dass die Notwendigkeit, für sie Langzeitstationen in Psychiatrischen Fachkrankenhäusern vorzuhalten, entfällt. Insofern gibt es heutzutage kein ernst zu nehmendes Argument mehr gegen die Behandlung psychisch Kranker und körperlich Kranker „unter einem Dach“. Die Angliederung psychiatrischer Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern gewährleistet dieses Ziel am besten.

2. Die psychiatrische Erfahrung lehrt, dass in relativ kleinen und überschaubaren, sowie möglichst mit den Grenzen der kommunalen Gebietskörperschaften deckungsgleichen Versorgungsgebieten ein gerade zur Behandlung chronisch psychisch Kranker notwendiges Netzwerk verschiedenartiger ambulanter, teilstationärer, komplementärer und stationärer Dienste aufgebaut und zum Nutzen aller betrieben werden kann. Die psychiatrische Klinik selbst gerät dabei an den Rand des Geschehens, sie wird Teil eines gemeindepsychiatrischen Verbundes und verliert ihre noch dominierende Stellung in der Versorgung. Diese Entwicklung ist auch unter Kostengesichtspunkten zu begrüßen. In größeren Städten sind mehrere Versorgungsregionen mit ca. 150000 Einwohnern pro Versorgungssektor vorzusehen.

3. Psychisch schwer und chronisch Kranke bedürfen sowohl einer langfristigen als auch einer kontinuierlichen, vorrangig ambulanten und personenbezogenen Behandlung. Die bereits in den 70er Jahren erfolgte Öffnung psychiatrischer Fachkrankenhäuser zur ambulanten Behandlung in Form von an das Krankenhaus angegliederten Institutsambulanzen war deshalb ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung. Der Gesetzgeber hat mit dem Gesundheitsreformgesetz 2000 diesen Weg jetzt auch für die psychiatrischen Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern geebnet, was von unserem „Arbeitskreis...“ nachdrücklich begrüßt wird. Gerade psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern benötigen zur Aufrechterhaltung der Betreuungskontinuität bei schwer und chronisch psychisch Kranken eine Institutsambulanz, die insofern konstitutiver Bestandteil eines gemeindepsychiatrischen Verbundsystems ist.

4. Es ist selbstverständlich, dass in einer Übergangszeit und so lange noch psychiatrische Fachkrankenhäuser existieren, regionale Absprachen zwischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern bezüglich der Behandlung einzelner Patienten getroffen werden können. Diese wechselseitigen Absprachen werden auch in Zukunft möglich und in Einzelfällen notwendig sein, sie werden sich inhaltlich an der bestmöglichen Behandlung des einzelnen Patienten orientieren. Diesem Gesichtspunkt wird sich kein vernünftiger Arzt verschließen.

Aus dieser einzelfallbezogenen Kooperation die Notwendigkeit einer zwei- oder gar mehrstufigen stationären Patientenversorgung abzuleiten, hält unser „Arbeitskreis...“ für verfehlt, die damit aktuell einhergehende sog. Spezialisierungsdebatte für ein Scheingefecht zur Erhaltung des status quo der Fachkrankenhäuser. Spezielle Therapieverfahren sind in allen psychiatrischen Kliniken, also auch in Fachabteilungen möglich und werden - meist stationsübergreifend - praktiziert.

5. Eine stationäre Behandlung eines psychisch kranken Menschen ist nur dann indiziert, wenn hierzu die ambulanten, komplementären oder teilstationären Hilfen nicht ausreichen. Maßnahmen, die die Persönlichkeitsrechte der Patienten einengen, sind nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen möglich und müssen - auf die jeweilige Behandlungssituation bezogen - überprüfbar begründet und dokumentiert werden. Dabei sollte nur dann von der Behandlung mit offenen Stationstüren abgesehen werden, wenn alle anderen Maßnahmen erfolglos geblieben sind und für den oder die Betroffenen eine akute Selbstgefährdung oder für Dritte eine nachweisliche Fremdgefährdung besteht. Insbesondere „Personalmangel“ ist kein ausreichender Grund, die Stationstüren zu schließen. Die Architektur psychiatrischer Kliniken und Fachabteilungen hat den Prinzipien der „offenen Tür“ sowie der möglichst weitgehenden Vermeidung von Zwang Rechnung zu tragen.

6. Die 1991 erlassene Personalverordnung Psychiatrie (PsychPV) hat die personelle Ausstattung psychiatrischer Kliniken deutlich verbessert. Allerdings ist einschränkend zu vermerken, dass die gegenwärtige personelle Besetzung der psychiatrischen Fachabteilungen nicht ausreicht, den gerade an Allgemeinkrankenhäusern wichtigen multiprofessionellen Konsiliar- und Liaisondienst angemessen wahrzunehmen.

Wenn die PsychPV, aus welchen Gründen auch immer, von den Krankenkassen und/oder den Krankenhausträgern nicht erfüllt wird, ist dies nach § 6 der Bundespflegesatzverordnung ein klarer Gesetzesverstoß, der gerügt werden muss und nicht hingenommen werden kann. Der „Arbeitskreis...“ fordert daher die hierfür Verantwortlichen auf, zu Recht und Gesetz zurückzukehren.

7. Eine am Leiden der Patienten orientierte Psychiatrie, die Angehörige und Betroffene als Experten für psychische Störungen ernst nimmt, erfordert auf allen Ebenen Arbeits- und Organisationsmöglichkeiten für das nicht immer einfache Gespräch mit Betroffenen- und Angehörigeninitiativen.

Der „Arbeitskreis der Chefärzte und Chefärztinnen von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in der BRD“ hat sich zum Ziel gesetzt, wo immer möglich, die Nutzerperspektive und -kontrolle zu fördern, nicht zuletzt, um der auch im Gesundheitsreformgesetz 2000 geforderten Stärkung von Patientenrechten Rechnung zu tragen.

Literatur

- ¹ Aktion Psychisch Kranke. Schreiben vom 23. November 1999 an Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW, Düsseldorf
- ² Auerbach, P. Die Zukunft der psychiatrischen Krankenhäuser aus der Sicht psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. In: Cording L, Weig W (Hrsg): Die Zukunft der psychiatrischen Krankenhäuser. Regensburg: Roderer-Verlag, 1997
- ³ Bauer M, Rave-Schwank M (Hrsg). Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Tagungsbericht Bd.10. Köln: Rheinland-Verlag GmbH, 1984
- ⁴ Bauer M. Vollversorgung durch Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern - zum Stand einer 25-jährigen Versorgungsdebatte. In Gaebel/Falkai (Hrsg): Zwischen Spezialisierung und Integration. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 1998
- ⁵ Bauer M, Berger H. Kommunale Psychiatrie auf dem Prüfstand. Stuttgart: Enke Verlag, 1988
- ⁶ Becker T. Die Schließung psychiatrischer Großkrankenhäuser in England: Evaluation durch das TAPS-Projekt - Ein Literaturbericht. Psychiat Praxis 1995; 22: 55-57
- ⁷ Bennett DH, Yates JM. Schließung von Großkrankenhäusern in England. Psychiat Prax 1995; 22: 50-54

- ⁸ Bernardi et al (Hrsg). Psychiatrie mit offenen Türen. Offene stationäre Psychiatrie in der Pflichtversorgung. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 2000
- ⁹ BMJFFG. Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Bereich. Bonn, 1988
- ¹⁰ BMJFFG. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung, Bonn. BT-Drucksache 7/4200,1975
- ¹¹ Bundesminister für Gesundheit. Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR- Bestandsaufnahme und Empfehlungen. 1991
- ¹² Bundesministerium für Gesundheit. Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken. Bd 74. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1996
- ¹³ Cording L, Weig W (Hrsg). Die Zukunft des psychiatrischen Krankenhauses. Regensburg: Roderer Verlag, 1997
- ¹⁴ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Die Behandlung psychischer Erkrankungen in Deutschland. Positionspapier zur aktuellen Lage und zukünftigen Entwicklung. Springer-Verlag, 1997
- ¹⁵ Dörner K (Hrsg). Ende der Veranstaltung. Gütersloh: Verlag Jakob von Hoddis,1998
- ¹⁶ Dörner K. Die Kommunalisierung der Psychiatrie ist überfällig oder Die Psychiatrie ist schon längst kommunal. Eildienst des Landkreistages NRW, 1999
- ¹⁷ Enquete über die Lage der Psychiatrie in der BRD Hier: Zwischenbericht der Sachverständigenkommission. BT-Drucksache 7/1124,1973
- ¹⁸ Finzen A. Vom Stadtasyl zur Psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus. In Hoffmann-Richter, U. u.a. (Hrsg): Sozialpsychiatrie vor der Enquete. Bonn: Psychiatrie Verlag, 1997
- ¹⁹ Fischer F. Irrenhäuser - Kranke klagen an. Desch Verlag, 1969
- ²⁰ Franz M u. a. (Hrsg). Hessische Enthospitalisierungsstudie. Schriftreihe LWV-Hessen und Universität Gießen, 1998
- ²¹ Goffmann E. Asylums. Anchor Books,1961
- ²² Gromann P. Bremen - Auflösung einer Anstalt. In: Bock T, Weigand H (Hrsg): Handwerksbuch Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1991: 560- 565
- ²³ Häfner H, von Baeyer W, Kisker KP. Dringliche Reformen in der psychiatrischen Krankenhausversorgung der Bundesrepublik. Helfen und Heilen 1965; 4: 1-8
- ²⁴ Häfner H. Überlegungen zur Zukunft des psychiatrischen Krankenhauses. In: Cording C, Weig W (Hrsg): Die Zukunft der psychiatrischen Krankenhäuser. Regensburg: Roderer-Verlag, 1997
- ²⁵ Hewer W Rössler W Fätkenheuer B, Löffler W Mortality among patients in psychiatric hospitals in Germany. Acta Psychiatr Scand 1995; 91: 174-179
- ²⁶ Hewer W, Rössler W, Jung E, Fätkenheuer B. Somatische Erkrankungen bei stationär behandelten psychiatrischen Patienten. In: Psychiat Praxis 1991; 18: 133 -138
- ²⁷ Hoffmann H (1861). Ist die neuerbaute Irren-Anstalt zu groß? In: Hoffmann-Richter U. u.a. (Hrsg): Sozialpsychiatrie vor der Enquete. Bonn: Psychiatrieverlag, Bonn 1997
- ²⁸ Jörg J u.a. (Hrsg). Stationäre psychiatrische Versorgung: heute und morgen in Fachabteilung und Fachkrankenhaus. Tagungsdokumentation des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe. 1999
- ²⁹ Kaiser W Hoffmann K, Isermann M, Priebe S. Behandlungsprognosen und Entlassungen nach zwei Jahren. Psychiat Praxis 1998; 25: 67-71
- ³⁰ Kipp I., Kristen R, Kunze H. Die stationäre Versorgung einer Region durch ein psychiatrisches Krankenhaus und eine psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus. Nervenarzt 1998; 69: 782 - 790
- ³¹ Kruckenberg P et al. Modellprojekt Integration von Patienten einer psychiatrischen Langzeitklinik in dezentrale gemeindenähe Versorgungseinrichtungen. Endbericht des Evaluationsprojektes zur Entwicklung der psychiatrischen Versorgungsstruktur in Bremen im Zuge der Auflösung der Klinik Kloster Blankenburg, Band 47. Baden-Baden: Nomos-Verlagsgesellschaft, 1995
- ³² Kuhlenkampff C, Picard W (Hrsg). Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch Kranker. Ein internationaler Vergleich. Tagungsberichte Bd 15. Köln: Rheinland-Verlag, 1989
- ³³ Kunze H, Kaltenbach L (Hrsg). Psychiatrische Personalverordnung (PsychPV). Stuttgart: Kohlhammer-Verlag, 1996
- ³⁴ Leff J, Thornicroft G, Coxhead N, Crawford C. The TAPS Project. 22: A five-year follow-up of long-stay psychiatric patients discharged to the community. British Journal of Psychiatry 1994; 165 (suppl25): 13-17
- ³⁵ Leff I (Hrsg). Care in the Community - Illusion or Reality. John Wiley & Sons,1997
- ³⁶ Meise U, Klemmler G, Kurz M, Rössler W Die Standortqualität als Grundlage psychiatrischer Versorgungsplanung. In: Gesundheitswesen 1996; 58, (Sonderheft): 29-37
- ³⁷ Philipzen H, Pfeiffer W. Das Halbe ist nicht das Ganze. Spektrum 6,1997

- ³⁸ Rodewischer Thesen. Internationales Symposium über psychiatrische Rehabilitation vom 23.-25.5.1963 in Rodewisch (Vogtl.) Z. ges. Hygiene 1965; 9: 61-65
- ³⁹ Ropers G. Gemeindeorientierte Enthospitalisierung von chronisch psychisch Kranken. Jahresabschlussbericht, Zwischenstand 31.12.1994. Bedburg-Hau: Rheinische Landeslinik, 1994
- ⁴⁰ Rössler W, Salize HJ. Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker - Daten, Fakten, Analysen. Band 77 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1996
- ⁴¹ Rössler W Welche Erkenntnisse liefert die Versorgungsforschung: Argumente pro Regionalisierung und pro Spezialisierung. In: Jörg J u. a. (Hrsg): Stationäre psychiatrische Versorgung heute und morgen in Fachabteilung und Fachkrankenhaus LWL Münster, 1999
- ⁴² Rössler W, Salize HJ, Bauer M. Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern - Stand der Entwicklung in Deutschland. In: Psychiatrische Praxis 1996; 23: 4-9
- ⁴³ Salize HJ, Rössler W. Kosten und Kostenwirksamkeit der gemeindepsychiatrischen Versorgung von Patienten mit Schizophrenie. Berlin/Heidelberg: Springer, 1998
- ⁴⁴ Scheydt D, Kaiser P, Priebe St. Behandlungsdauer und Fallkosten in unterschiedlichen psychiatrischen Einrichtungen in Berlin. Psychiat Prax 1996; 23: 187-191
- ⁴⁵ Schirmer S, Müller K, Späte HF. Neun Thesen zur Therapeutischen Gemeinschaft. Psychiatrie, Neurologie und med. Psychologie, Leipzig 1974; 26: 50-54
- ⁴⁶ Ulmar G (Hrsg). Psychiatrische Versorgungsperspektiven. Springer-Verlag, 1995
- ⁴⁷ Waldmann KD. Die Realisierung der Rodewischer Thesen zu DDR-Zeiten - Versuch einer Analyse aus heutiger Sicht. Psychiat Praxis 1998; 25: 200-203
- ⁴⁸ Weig W, Wolfersdorf M. Das Profil Psychiatrischer Kliniken. Krankenhauspsychiatrie 1999; 10: XIII-XVI
- ⁴⁹ Weise K. Perspektiven einer sozialen Psychiatrie - Erfahrungen aus der Sicht der ostdeutschen Psychiatriereform Sozialpsychiatrische Informationen. 1993
- ⁵⁰ Weise K. Zweiklassenpsychiatrie? Psychiat Praxis 1996; 23
- ⁵¹ Werner W (Hrsg). Auflösung ist machbar - vom Großkrankenhaus zur Dezentralisierung. Bonn: Psychiatrie-Verlag 1998