

## Argumente für eine offene und dezentrale Psychiatrieversorgung

Von PD Dr. med J. Bösch, V.M-R †

---

Die Psychiatrie-Reform, die in den 70er Jahren mit Enthusiasmus begonnen wurde, ist in vielen europäischen Ländern auf halbem Wege stecken geblieben. Trotzdem hat sich, vor allem in Deutschland, die Reform-Bewegung erneuert. Jahrzehntelange Erfahrungen zeigen, dass die Gleichberechtigung in der Behandlung psychiatrischer Patienten gegenüber den körperlich Kranken Fortschritte macht. Die Argumente und Erfahrungen der Vertreter dieser Reformbemühungen werden im Folgenden zusammengefasst wiedergegeben.

### **Offene Türen**

Herne ist eine Stadt von der Grösse Basels, nördlich von Bochum, also mitten im Ruhrgebiet gelegen und geprägt von der Steinkohle- und Eisenindustrie. Es ist eine der am dichtesten besiedelten Städte Deutschlands mit einem hohen Anteil an Arbeitslosen und Sozialhilfe-Empfängern. Mitten in der Stadt liegt das alte St. Marien Hospital, in dem auch eine psychiatrische Abteilung mit 120 Betten untergebracht ist. Die Herner Psychiatrie und dessen Chefarzt *Matthias Krisor* sind bekannt geworden, weil dort seit bald 20 Jahren keine geschlossenen Abteilungen mehr existieren, obwohl das Spital eine sogenannte Pflichtversorgung betreibt, d.h. es werden alle psychiatrisch Erkrankten, die einen Spitalaufenthalt benötigen, dort aufgenommen. Krisor und sein Team reden vom "*Herner Modell auf dem Weg zur gewaltfreien Psychiatrie*" (1). Nicht nur in Herne findet man trotz Pflichtversorgung offene Türen, schon 1996 war dies an 14 Orten in Deutschland der Fall; die Zahl nimmt zu. In Deutschland gehen die längsten Erfahrungen 30 Jahre zurück. In gewissen Bundesländern wie Hessen und Sachsen ist diese Entwicklung gesetzlich festgelegt (2).

Aussenstehende, insbesondere aber die psychiatrisch Mitarbeitenden, die ihren Beruf unter den Regeln der geschlossenen Kliniken erlernt haben, reagieren zunächst mit Skepsis auf solche Veränderungen. Sie befürchten Chaos, vermehrtes Weglaufen, vermehrte Suizide usw. Das Gegenteil trifft zu. Die Kliniken, die diesen Schritt in der stationären psychiatrischen Versorgung gewagt haben, berichten über eine Abnahme der Suizide, eine Verminderung von Gewalt und Aggressivität und eine eindruckliche Verringerung der Zwangseinweisungen (3). In den meisten Kliniken mit offener Behandlung liegt die Rate der Zwangseinweisungen zwischen 2 und 5 Prozent; bis um den Faktor 10 niedriger als in Kliniken mit geschlossenen Akut-Abteilungen. Dies ist umso wichtiger, da sich die Hinweise mehren, dass Zwangseinweisung und Einschliessung psychische Traumatisierungen mit jahrelangen Nachwirkungen verursachen können (4).

### **Gemischte Stationen**

Ein gemeinsames Merkmal der offen geführten Psychiatrien sind die gemischten Stationen. Es gibt keine Akut- oder Aufnahme-Abteilungen. Man geht davon aus, dass Angst und Aggressivität ansteckend sind und daher das Zusammenschliessen der akut erkrankten Menschen besonders problematisch ist. Ebenso wenig gibt es eine Absonderung von alten Menschen; ein Zustand, den alte Menschen bekannterweise

nicht schätzen, sie möchten unter jungen Menschen leben. *Professor Wolfgang Werner* hat vor Jahren im Saarland als Chef einer grosser psychiatrischen Klinik die Initiative ergriffen und es fertiggebracht, dass die saarländische Regierung die Auflösung der psychiatrischen Klinik und die Aufteilung der psychiatrischen Betten an die Allgemeinspitäler nach dem Sektor-Prinzip beschloss (5). Ein Prozess, der inzwischen im Saarland abgeschlossen ist. Wolfgang Werner schildert die Erfahrungen so: *"Das heisst, dass wir auf dieser Station alle denkbaren Krankheitsbilder, bzw. alle davon betroffenen Menschen gemeinsam behandeln: Verwirrte, alte Leute ebenso wie junge Männer nach einem Suizidversuch, Frauen meines Alters mit Depressionen ebenso wie adoleszente Schizophrene, Angstkranke ebenso wie Drogenabhängige, aggressive Patienten mit temporaler Epilepsie ebenso wie manisch enthemmte, freiwillige ebenso wie Beschluss-Patienten. Nun wird sich mancher fragen, wie eine solche Mischung zu ertragen sei, ob es sich nicht um eine hochexplosive Zusammenstellung handele, ob nicht Gefahren in unverantwortlichem Masse zusammengeführt würden. Hier muss und kann man nach jahrelanger Erfahrung ganz eindeutig feststellen, dass das Gegenteil der Fall ist. Die klassischen geschlossenen Stationen waren die hochexplosiven Konzentrationen und die Hexenkessel"* (6). Wolfgang Werner war mit seiner Initiative für das saarländische Ministerium besonders glaubwürdig, weil er als Chefarzt die Auflösung seines eigenen Krankenhauses vorschlug. Ein wichtiges Kennzeichen offener und gemischter Stationen ist die stärkere Selbsthilfe unter den Patienten. Jüngere, z.B. Drogenabhängige, kümmern sich um alte und verwirrte Menschen; stabilere Patienten, die vielleicht bald austreten, geben den gespannten und von Angst überfluteten Neu-Eintretenden Hoffnung und Begleitung. Ein Hinweis auf bessere Betreuung durch Mitpatienten sind die selteneren Schenkelhalsfrakturen bei alten Menschen in den gemischten Abteilungen gegenüber den früheren geronto-psychiatrischen Stationen (7).

In Herne - wie auch in anderen offen geführten Kliniken - gibt es auch sogenannte Delegierten-Konferenzen von Patienten, die die Herausgabe einer eigenen Zeitung verantworten, Besucher-Gruppen und neu ankommende Patienten oder Angehörige empfangen sowie über die Klinik und die Therapieprogramme orientieren. Auch Kontakte nach draussen und gemeinsame Veranstaltungen mit städtischen Institutionen werden grösstenteils von Patienten aufrechterhalten. Die Übernahme von Verantwortung und die Gemeinschaft als heilendes Prinzip wird betont (8)

### **Integration in die übrige Medizin**

Viele der offen geführten Kliniken sind in die Allgemeinspitäler integriert wie dies in der grossen Untersuchung zur Psychiatrie in Deutschland während der 70er Jahre, wie auch durch die Expertenkommission der Bundesregierung 1988 empfohlen wurde. Heute gibt es in der Bundesrepublik ca. 150 psychiatrische Abteilungen an Allgemeinspitälern und die weitere Entwicklung in dieser Richtung ist in vollem Gange (9). Die Auflösung der psychiatrischen Kliniken und die Integration in die Allgemeinspitäler wurde auch in manchen anderen europäischen Ländern, sowie in vielen Staaten der USA und Provinzen Kanadas beschlossen (10). Hauptsächlichste Argumente für diese Veränderung sind: Die Gleichstellung von psychisch Kranken mit körperlich Kranken, die häufige Untrennbarkeit von psychischen und körperlichen Störungen und die Entstigmatisierung der Psychiatrie. Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass Angst und Ablehnung gegenüber der Psychiatrie - und deren Patienten - abnehmen, je weniger sie ausgegliedert ist (11).

### **Behandlungskontinuität**

Professor R.K. Schreter von der John Hopkins Universität in Baltimore/USA, nennt die Behandlungskontinuität den "Eckstein" für die psychiatrische Behandlung im 21. Jahrhundert (12). In Kliniken mit Akut- und Rehabilitations-Abteilungen kommt es oft vor, dass psychisch Erkrankte zwei-, dreimal oder noch häufiger das therapeutische Team wechseln müssen (13). In Deutschland wird nachdrücklich darauf hingewiesen, dass mit diesem Wechsel nicht nur das Team, sondern auch Zimmer, Abteilung und Mitpatienten wechseln, alles, was den Menschen Halt und Geborgenheit geben könnte. Im neuen Versorgungsmodell, verknüpft mit der Sektorisierung, gibt es in der Regel ein durchgehend zuständiges Team. Wechsel finden nur freiwillig, d.h. auf Wunsch der Patienten statt.

### **Sektorisierung, Dezentralisierung, Gemeindenähe**

Sektorisierung bedeutet, dass die gleichen therapeutisch Mitarbeitenden unter der gleichen Leitung für die ambulante, halbstationäre und stationäre Versorgung zuständig sind. Sektorisierung bedeutet gleichzeitig Dezentralisierung, weg von den meist abgelegenen psychiatrischen Kliniken hin zu den in grösserer Dichte vorhandenen Allgemeinspitälern. Die Sektorisierung wurde schon in den 60er Jahren vertreten und vor allem in den 70er Jahren in Angriff genommen. Dieser Prozess wurde vielerorts nur halbherzig durchgeführt. Trotzdem wird von Vertretern des Faches kaum ernsthaft bestritten, dass diese Entwicklung weiterzuführen ist (14). Der genannte ehemalige Klinik-Chefarzt im Saarland, Wolfgang Werner und jetziger Chef einer psychiatrischen Abteilung am Allgemeinspital in Merzig vertritt eine sogenannte Sub-Sektorisierung: *"Das heisst, dass wir kleinere Regionen, als sie sonst üblich sind, zur Versorgungseinheit zusammenfassen. In der Regel handelt es sich um 30'000 Einwohner. Da aus einem Sub-Sektor immer nur wenige Leute neu erkranken, gibt es dementsprechend auch nur wenig hoch-akut Kranke auf der Station. Der überwiegende Rest befindet sich in der Mitte der Behandlung oder vor der Entlassung. Diese Patienten vermitteln den anderen Hoffnung. Wer die hoch-akut Psychiatrie nur von den Akut-Stationen kennt, die ja im allgemeinen geschlossene Stationen waren, kann sich gar nicht vorstellen, wie ruhig und friedlich eine Sub-Sektorstation ist. Die Sub-Sektorstation bringt für den Patienten den grossen Vorteil, dass er nicht mehr verlegt wird, weil es ihm besser geht oder weil er plötzlich suizidal geworden ist, dass er nicht sich immer wieder neuen Personen anvertrauen muss, auch im Falle der Wiederaufnahme, dass er weiss, wer oder was auf ihn wartet. Andererseits bringen die Leute von draussen immer wieder Normalität in die Abteilungen, wenn diese Abteilungen im Einzugsgebiet liegen und die Türen offen sind"* (6). Das Sub-Sektorprinzip und die Dezentralisierung bieten die Möglichkeit, dass die niedergelassenen Ärzte stärker in die Betreuung mit eingebunden bleiben können. Im dezentralen System ist es möglich, dass ein Patient seine ambulante Therapie trotz vorübergehender stationärer Aufnahme weiterführen kann. Dies sichert nicht nur die Kontinuität sondern spart auch Personal und Kosten in der stationären Einrichtung. Noch wichtiger aber ist die Kontinuität zum Lebensumfeld des Patienten. Wolfgang Werner: *"Wenn Menschen in der Nähe ihres Wohnortes behandelt werden, werden sie eher besucht, können in ihrer Freizeit nach Hause gehen. Man muss nicht Therapien erfinden für Dinge, die sowieso möglich sind. Man muss sich keine sozialen Aktivitäten überlegen, keine Freizeitgestaltung. Die Patienten können dann das tun, was sie sonst auch tun, vielleicht jemanden in der Stadt besuchen oder auch kurz einmal nach Hause gehen. Bei einer gemeindenahen Lösung kann jemand seine Arbeit behalten."* *"Ein wichtiger Aspekt ist auch die Supervision durch Angehörige im weitesten Sinne, also*

durch die Gemeinde: dass man uns auf die Finger schauen kann, dass die Bürgermeister, die Nachbarn, die Freunde mitbekommen, was geschieht." (7) Vom Deutschen Bundesverband der Psychiatrieerfahrenen werden noch kleinere Einheiten gefordert: "Therapeutisch sinnvoll wären kleine Stationen mit höchstens acht Patienten, eine ruhige, freundliche Atmosphäre, eine beständige Einladung - aber kein Zwang - wieder am normalen Alltag teilzunehmen." (15)

### **Quantensprung in der psychiatrischen Versorgung?**

Professor Klaus Weise in Leipzig, der seit 16 Jahren Erfahrung hat mit einer sektorisierten, offenen psychiatrischen Abteilung mit 46 Betten am Allgemeinspital mit dem Status einer Universitätsklinik, beschreibt ähnlich wie Wolfgang Werner aus Merzig: "Die Atmosphäre in der Klinik, ebenso wie das Bild vom psychisch Kranken, haben sich völlig geändert. Durch das gemeinsame Leben dieser unterschiedlichen Menschen hat sich das Milieu in der Klinik dem normalen Alltag mit seinen sinngebenden Kommunikations-Möglichkeiten angenähert.

Zwangseinweisungen wurden aufgrund der Akzeptanz der Klinik generell seltener und beschränken sich oft auf Ersterkrankungen. Im Rezidiv (Rückfall) kommen viele Patienten freiwillig." Klaus Weise ist wie seine Kollegen in Herne, Merzig usw. der Ansicht, "dass durch die Konzentration und Potenzierung von Verrücktheit, Gewalt, Aggressivität in der Aufnahmestation einer Klinik ein negatives Image des psychisch Kranken entsteht, das tatsächlich Folge unzureichender Versorgungsstrukturen ist" (16).

### **Skepsis**

Der Verlegung der Betten an die Allgemeinspitäler, wie auch den offen geführten Abteilungen, wird mancherorts mit Skepsis begegnet. Gewisse Fachvertreter argumentieren, es brauche spezialisierte bis hochspezialisierte Kliniken, insbesondere auch für die Forschung; sie befürchten eine nachteilige "Zersplitterung" der Psychiatrie. Es wird argumentiert, es sei nirgends bewiesen, dass die auf kleinen Abteilungen "zusammengewürfelten" Patienten bessere Behandlungsergebnisse erbrächten, als in spezialisierten Psychiatrie-Kliniken. (17) Professor Manfred Bauer aus Offenbach, ein Verfechter der neuen Entwicklung, glaubt, dass auch persönliche Interessen bei diesen Bedenken eine Rolle spielen: "Die psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sind vielen ein Dorn im Auge: den mit der allgemeinen Medizin unverbundenen Sonderkrankenhäusern, weil sie für diese langfristig eine existentielle Bedrohung darstellen...". (18) Eugen M. Wolpert, Vize-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde meinte 1997 dazu: "Die stille Revolution der deutschen Psychiatrie, die in der kontinuierlichen Bewegung weg von gemeindeferner Anstalts-Psychiatrie und hin zur Gemeinde- und Abteilungs-Psychiatrie bestand, ist wesentlich erwachsen aus der engagierten Eigeninitiative von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gemeindeorientierter psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern während der letzten zwei Jahrzehnte, bemisst auf als illusionär, als ideologisch, als 'Mini-Psychiatrien', insuffizient, allen Formen und Schweregraden seelischen Leidens gerecht zu werden. Dass unser Weg der richtige war und ist, wird heute nicht mehr angezweifelt." (19) Vielen offen geführten Abteilungen wurde zunächst auch von Seiten der Behörden, der Polizei und von Seiten niedergelassener Psychiater mit Misstrauen und Ablehnung begegnet.

Auch in Frankreich ist die Idee der Sektorisierung, gemeindenaher Hospitalisierung und

die Integration in die Allgemeinspitäler grundsätzlich unbestritten (20), auch wenn noch viele psychiatrische Kliniken bestehen, die zum Teil erbittert um ihre Weiterexistenz kämpfen. Die überstürzte Reform in Italien wurde in den 70er Jahren unter anderem auch aufgrund des Widerstandes der vielen privaten psychiatrischen Kliniken in Verruf gebracht. Heute ist jedoch die Weiterführung der Entwicklung in eine möglichst kleinräumige Versorgung anerkannt (21). So gibt es zum Beispiel in Triest acht Betten am Allgemeinkrankenhaus und je acht Betten an weiteren fünf Zentren in der Stadt. (22) In Frankreich und Italien wird allerdings an verschiedenen Orten eine "Zwei-Klassen-Psychiatrie" betrieben, indem die schwierigeren Patienten in Psychiatrische Kliniken abgeschoben werden, während die anderen in Allgemeinkrankenhäusern behandelt werden. Ein Zustand, der zu Recht kritisiert wird. Was Deutschland betrifft, bringt es *Wolfgang Werner* auf den Punkt: *"Bisher wurde die dezentrale und offene Psychiatrie diffamiert, indem man sagte: 'Die kleinen Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern suchen sich die feinen Patienten raus - und die schwierigen, die werden in die grossen Landeskrankenhäuser abgeschoben.' Jetzt führen wir aber hier im Saarland den Beweis, dass dieses Vorurteil nicht stimmt: Hier gibt es kein Landeskrankenhaus mehr, das uns die schwierigen Patienten abnimmt. Mit diesem Argument wird man sich in Zukunft nicht mehr vor einer weiteren Psychiatriereform drücken können."* (7) In der Schweiz gibt es bisher drei in die Allgemeinmedizin integrierte psychiatrische Abteilungen, zwei davon offen geführt. Es handelt sich um Neuinvestitionen der späten siebziger bis in die neunziger Jahre. Diese Entwicklung konnte dort leichter durchgeführt werden, wo wenig alte Strukturen die Anpassung an das neue Denken behinderten. Trotzdem, ein neuer Aufbruch tut not.

## Literatur

1. *Pfannkuch H. (1997): Offene Türen überall. Über die Selbstverständlichkeit des Herner Modells in Eink M. (Hrsg): Gewalttätige Psychiatrie, Bonn, Psychiatrie-Verlag*
2. *Longinus B (1998): Offene Psychiatrie, Sozialpsychiatrische Informationen 1, S. 28-29*
3. *Krisor M., Pfannkuch H. (Hrsg) (1997): Was du nicht willst, das man dir tut... Gemeindepsychiatrie unter ethischen Aspekten, Regensburg, Roderer*
4. *Bruns G. (1997): Die psychiatrische Zwangseinweisung in Eink M. (Hrsg) Gewalttätige Psychiatrie, Bonn, Psychiatrie-Verlag*
5. *Werner W. (1998): Auflösung ist machbar. Vom Grosskrankenhaus zur Dezentralisierung, Bonn, Psychiatrie-Verlag*
6. *Werner W. (1997): Offene Sektorpsychiatrie 1995: Merzig zum Beispiel, in: Krisor M., Pfannkuch H. (Hrsg): Was du nicht willst, das man dir tut..., Regensburg, Roderer*
7. *Werner Wolfgang (1999): Je normaler die Lebensbedingungen, umso normaler benimmt sich der Mensch, in Psychologie heute, Januar 1999, S. 62 - 65*
8. *Krisor M., Pfannkuch H. (1997): Die Mitgestaltung der Institution durch ihre Nutzerinnen am Beispiel der stationären Gemeindepsychiatrie, Sozialpsychiatrische Informationen 4, S. 32-40*
9. *Ernst K. (1998): Psychiatrische Versorgung heute, Stuttgart, Kohlhammer Verlag*
10. *Häfner H. et.al (1996): Zwei-Klassen-Psychiatrie, Psychiatrische Praxis 23, S. 55-62*
10. *Wilkinson et. al (1995): An evaluation of community-based psychiatric care for people with treated longterm mental illness. Br. J. Psychiatry 167 S. 26-37*

11. Schreter R.K. (1997): *Psychiatric Care for the 21st Century*, *Psychiatric Services* 48, S. 1245-1246
12. Johnsons S. et. al (1997): *Continuity of care for the severely mentally ill: concepts and measures*, *Social Psychiatry an Psychiatric Epidemiology* 32, S. 137-142
13. Bauer M. (1996): *Keine zeitgemässe psychiatrische Versorgung ohne Sektorisierung*, *Psychiatrische Praxis* 23, S. 53
14. Beitler H. (1997): *Die Auswirkungen der Betroffenenbewegungen auf das professionelle Selbstverständnis unter ethischen Aspekten*, in: Krisor M., Pfannkuch H. (Hrsg): *Was du nicht willst, das man dir tut...*, Regensburg, Roderer
15. Weise K. (1996): *Zwei-Klassen-Psychiatrie? Eine psychiatrische Universitätsklinik in der Kommune*, *Psychiatrische Praxis* 23, S. 187-191
16. Reimer Fritz 819979: *Psychiatrisches Krankenhaus versus Psychiatrische Abteilung*, in: Krisor M., Pfannkuch H. (Hrsg): *Was du nicht willst, das man dir tut...*, Regensburg, Roderer
17. Bauer M. (1998): *Zurück in die Siebziger Jahre*, *Psychiatrische Praxis* 25, S. 267-268
18. Wolpert E.M. (1997): *Grusswort der Deutschen Gesellschaft für Pschiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)*, in: Krisor M., Pfannkuch H. (Hrsg.): *Was du nicht willst, das man dir tut...*, Regensburg, Roderer
19. Massé G. (1996): *Perspectives de la santé mentale en France*, in: *L'Encéphale*, Sp I, p. 54
20. Pörksen N (1998): *Zum Stand gemeindepsychiatrischer Reformen. Deutschland zwischen Grossbritannien und Italien*, *Sozialpsychiatrische Informationen*, 3 S.47 - 49
21. Roll C. (1997): *Ethische Aspekte der italienischen Psychiatriereform*, in: Krisor M., Pfannkuch H. (Hrsg): *Was du nicht willst, das man dir tut...*, Regensburg, Roderer

weitere Informationen zur Klinik in Herne finden Sie unter [www.krisor.de](http://www.krisor.de)