



Die therapeutische Arbeit Psychiatrischer Abteilungen

Die therapeutische Arbeit
Psychiatrischer Abteilungen

Herausgegeben von

J. Kipp

E. Wolpert

AKTION PSYCHISCH KRANKE

Tagungsberichte

Band 17

Die therapeutische Arbeit Psychiatrischer Abteilungen

Tagungsbericht

Herausgegeben von E. Wolpert
J. Kipp
AKTION PSYCHISCH KRANKE

Tagungsberichte
Band 17

1991
Rheinland-Verlag GmbH • Köln
in Kommission bei
Dr. Rudolf Habelt GmbH • Bonn

Gefördert durch das Bundesministerium für
Gesundheit, Bonn

© Rheinland-Verlag GmbH • Köln 1991

Rheinland-Verlag- und Betriebsgesellschaft
des Landschaftsverbandes Rheinland mbH
Abtei Brauweiler, 5024 Pulheim 2

Alle Rechte vorbehalten

Gestaltung: Norbert Radtke

Redaktion: Dr. U. Hoffmann u. B. Meiners

Umschlaggestaltung: Renate Triltsch • Köln

Gesamtherstellung: ICS Kommunikations-Service GmbH,
Bergisch Gladbach

ISBN 3-7927-1190-7

Inhaltsverzeichnis

- J. Kipp u. E. Wolpert	
Einleitung: Der Beitrag der Psychiatrischen Abteilungen zur stationären psychiatrischen Versorgung.	7
- C. Kulenkampff	
- B. Stolterfoht	
Begrüßung.	12
- J. Kipp	
Einführung in die Thematik der Tagung:	
Therapeutische Konzepte psychiatrischer Abteilungen	17
Teil I: Akutpsychiatrie in der Psychiatrischen Abteilung	31
- H. Berger	
Krisenintervention in der Psychiatrischen Abteilung	33
- M. Krisor	
Die Psychiatrische Abteilung als Aufnahmeabteilung	43
- Diskussion zu Teil I	53
- U. Fuchs	
Einführung zur Arbeitsgruppe „Akutpsychiatrie in der Psychiatrischen Abteilung“.	59
Teil II: Organisation und Supervision in der Psychiatrischen Abteilung	65
- A. Drees	
Organisation und Supervision einer Psychiatrischen Klinik im Rahmen eines Balintgruppenkonzeptes	67
- A. Schlingensiepen	
Rollenprobleme und Aufgaben der Leitung einer Psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus	91
- Diskussion zu Teil II	100
- G.-K. Köhler	
Organisation und Supervision in der Psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus	107

Teil III: Konzepte der Versorgung chronisch Kranker	121
- <i>H. Philipzen</i>	
Psychiatrische Betreuung komplementärer und rehabilitativer Einrichtungen.	123
- <i>E. Wolpert</i>	
Chronisch schwer psychisch Kranke in der Psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus - Last und Chance	133
- Diskussion zu Teil III.	141
- <i>K. H. Stutte</i>	
Einführung zur Arbeitsgruppe „Konzepte der Versorgung chronisch Kranker"	146
- Berichte aus den Arbeitsgruppen und Schlußdiskussion	151
- Verzeichnis der Autoren/-innen und Diskussionsteilnehmer/-innen.	165

Einleitung

Der Beitrag der Psychiatrischen Abteilungen zur stationären psychiatrischen Versorgung

J. Kipp u. E. Wolpert

Die psychiatrischen und psychiatrisch-neurologischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern in der Bundesrepublik und Berlin-West versorgen die gleichen Patientengruppen wie die traditionellen psychiatrischen Krankenhäuser. Ca. 40 (Pfeifer 1988) von den insgesamt ca. 95 (Adressenverzeichnis des Arbeitskreises Leitender Ärzte, Stand September 1989) Abteilungen haben inzwischen für eine festgelegte Region Versorgungsverpflichtungen übernommen. Die Bettenzahl der Abteilungen mit Pflichtversorgungsauftrag liegt in der Regel zwischen 60 und 100 Betten (Pfeifer 1988), in seltenen Fällen wesentlich darüber. Die meisten dieser Abteilungen sind mit einer Tagesklinik ausgestattet. Die durchschnittliche Verweildauer beträgt zwischen 25 (Henrich u. a. 1988) und 40 Tagen. In der Regel werden mehr als 50% der aufgenommenen Patienten im Zeitraum von 30 Tagen wieder entlassen (PROGNOS 1988). Die Rate der über 1 Jahr hospitalisierten Patienten liegt mit durchschnittlich 6% (Kipp und Goldack 1991) relativ niedrig. Diese Durchschnittszahl wird in der Regel in den Abteilungen unterschritten, die schon lange arbeiten und über ein gut ausgebautes komplementäres Netz verfügen.

Geht man von der Gesamtzahl der Abteilungen aus und „nimmt man die 25 psychiatrischen Universitätskliniken, die ebenfalls Abteilungscharakter haben, hinzu, so ist festzustellen, daß es derzeit 115 psychiatrische Abteilungen mit insgesamt ca. 9000 Betten gibt. Bei einer mittleren Verweildauer von ca. 30 Tagen bedeutet dies, daß jährlich über 100000 Patienten in diesen Einrichtungen aufgenommen werden, ebenso viele wie in psychiatrischen Krankenhäusern“ (BMJFFG 1988, Seite 280). Zwar kann der polemische Vorwurf des Sprechers der Bundesdirektorenkonferenz F. Reimer (zit. nach Clade 1988): „Die Einrichtung zu kleiner psychiatrischer Abteilungen an großen Allgemeinkrankenhäusern, die nur willens und in der Lage waren, Leichtkranke aufzunehmen“ für die Gesamtzahl der Abteilungen nicht völlig entkräftet werden, für den Teil der Abteilungen, die Versorgungsverpflichtungen übernommen haben, gilt er auf alle Fälle nicht. Von diesen 40 Abteilungen mit ca. 4000 Betten und einer Bettenmeßziffer von durchschnittlich ca. 0,6 Betten pro 1000 Einwohner werden gut 6,5 Millionen Einwohner (Pfeifer 1988) voll versorgt.

Psychiatrische Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus funktionieren nicht wie verkleinerte psychiatrische Krankenhäuser. Es mußten spezifische Arbeitskonzepte entwickelt werden, die die institutionellen Voraussetzungen berücksichtigen, nämlich Integration ins Allgemeinkrankenhaus,

Gemeindenähe, beschränkte Bettenzahl und hoher Patientendurchgang. Außerdem war die Übernahme der Pflichtversorgung nur möglich, wenn die Abteilungen sich innovativ am Aufbau der extramuralen psychiatrischen Versorgung beteiligten (Philipzen 1984).

Die spezifische Problematik der Abteilungspsychiatrie ist erst spät thematisiert worden. Bei der Tagung über psychiatrische Abteilungen in Berlin 1980 (Scheffler u. Wischer 1981) ging es hauptsächlich um Planungs- und Bau-probleme. Die erste Tagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE in Offenbach 1983 beschäftigte sich mit der Stellung der psychiatrischen Abteilung im Versorgungssystem (Bauer und Rave-Schwank 1984). In der zweiten Tagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE in Kassel 1986 ging es um die neuentwickelten therapeutischen Arbeitskonzepte, die es ermöglichen, Aufgaben der Vollversorgung mit durchschnittlich weniger als 100 Betten zu übernehmen.

Die spezifischen Arbeitskonzepte variieren von Abteilung zu Abteilung je nach den regionalen Besonderheiten, der vorgefundenen oder entstandenen gemeindepsychiatrischen Infrastruktur, den miteingebrachten therapeutischen Schwerpunkten von Ärzten und anderem Personal und nicht zuletzt nach der Ausprägung des politischen Willens vor Ort. Das Ziel des Erfahrungsaustausches, der in diesem Tagungsband festgehalten wird, ist die Darstellung der lebendigen Wirklichkeit in den Abteilungen und der mehr oder weniger erfolgreichen Versuche, die auftretenden konkreten Probleme der psychiatrischen Versorgung zu meistern. Anstelle kompletter Beschreibungen oder Selbstdarstellungen werden einzelne Facetten der Arbeit in verschiedenen Abteilungen zur Diskussion gestellt.

Inzwischen ist die Entwicklung weitergegangen. Die Abteilungspsychiatrie hat sich in der psychiatrischen Versorgung so weit bewährt, daß die Träger psychiatrischer Großkrankenhäuser zunehmend in Anlehnung an Allgemeinkrankenhäusern Außenstellen gründen mit dem Ziel, Einzugsbereiche zu verkleinern und eine wohnortnahe psychiatrische stationäre Versorgung zu verwirklichen. Auch die Expertenkommission (BMJFFG 1988) spricht sich dafür aus, psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zu vermehren, die die regionale Vollversorgung mit Unterstützung der örtlichen komplementären Einrichtungen und ambulanten Dienste übernehmen sollen.

Durch zwei Ereignisse, die die Situation der bundesdeutschen Psychiatrie seit einem Jahr entscheidend bestimmen - die Einführung der Psych-PV am 18. 12. 1990 durch den Gesetzgeber und die Wiedervereinigung am 3. 10. 1990 -, hat die Thematik dieses Buches besondere Aktualität und Relevanz erhalten.

Die Psych-PV bemißt den Personalbedarf im stationären Bereich nach Qualität und Intensität notwendiger Diagnostik und Therapie je nach Art und Schweregrad von Erkrankung und Behinderung, d. h. nach inhaltlichen Kriterien, wie sie in diesem Buch vorrangig reflektiert und dargestellt wer-

den. Damit wird durch die Realisierung der Psych-PV erst vieles ermöglicht, was in den Beiträgen dieses Buches als notwendig gefordert wird.

Die erschreckende Realität der Psychiatrie in den neuen Bundesländern macht nicht nur eine grundlegende Erneuerung der Rahmenbedingungen und Versorgungsstrukturen erforderlich, sondern vor allem auch eine Reform der Therapiekonzepte und Therapieziele, zumal die intendierte strukturelle Reform vorsieht, vorrangig die Abteilungspsychiatrie zu fördern.

Die Situation der Psychiatrie in den neuen Bundesländern ist erst Monate nach der Wende offenkundig geworden, dies einmal durch detaillierte Analysen von intimen Kennern der Situation bereits vor der Wende (Plöntzke 1991, Weise 1991), zum anderen durch den „Bericht zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR - Bestandsaufnahme und Empfehlungen“ (AKTION PSYCHISCH KRANKE 1991). Dieser Bericht, entstanden unter Federführung der AKTION PSYCHISCH KRANKE, wurde von einer Expertengruppe, bestehend aus Fachleuten der alten und neuen Bundesländer, unter Verwertung von zugänglichem Datenmaterial, Befragungen vor Ort und Beobachtungsergebnissen verschiedener Besucherkommissionen erstellt und am 31.5. 1991 der Bundesministerin für Gesundheit übergeben. Et: soll Richtschnur für die Psychiatriereform in den neuen Bundesländern sein.

Abhängig von der Definition, was als psychiatrische Abteilung anzusehen ist, wird eine unterschiedliche Zahl von Abteilungen in den neuen Bundesländern ermittelt. Nach Weise (1991) gibt es 22 Abteilungen, davon 10 mit Aufgaben der Pflichtversorgung. In 4 großen Abteilungen mit je ca. 200 Betten und 18 kleineren mit ca. 50 Betten befinden sich etwa 1200 Betten, das sind 5% aller psychiatrischen Betten in den heutigen Bundesländern, also ein Bruchteil des Prozentsatzes, den Abteilungsbetten am Gesamt der psychiatrischen Betten in den alten Bundesländern ausmachen. Nach Feststellung der AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hoffmann 1991) gibt es z. Zt. ca. 46 Abteilungen in den neuen Bundesländern, wozu allerdings auch kleinere Abteilungen zur Versorgung spezieller Diagnosegruppen ohne Versorgungsverpflichtung gezählt wurden. Wenn man zudem berücksichtigt, daß die meisten dieser Abteilungen auch einen neurologischen Versorgungsschwerpunkt haben, dürfte die Zahl der Abteilungen, die in irgendeiner Form nennenswerte psychiatrische Versorgung leisten, in der Mitte der Zahlen von Weise und der AKTION PSYCHISCH KRANKE liegen; allenfalls 4 Abteilungen erfüllen im strengen Sinne eine sektorbezogene Vollversorgung. Diese vermehren sich um einige Universitätskliniken, die sich ebenfalls ernsthaft um eine Sektorversorgung bemühen.

Die räumliche und personelle Ausstattung der Abteilungen wie der Großkrankenhäuser war und ist mehr als dürftig; dennoch wurde und wird dort teilweise eine hochengagierte, an den Patientenbedürfnissen orientierte Psychiatrie betrieben, wie es im übrigen auch in der ehemaligen DDR schon früh nicht an Reformwillen bei zahlreichen Psychiatern fehlte. Dies belegen die Rodewischer und Brandenburger Thesen aus der Zeit vor der Psychia-

trie-Enquete von 1973 und der Empfehlungen der Expertenkommission von 1988.

Bei den Empfehlungen des über 200 Seiten starken „Berichtes zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR“ wird das Hauptaugenmerk darauf gelegt, eine gemeindenähe, bedarfsgerechte stationäre wie extramurale psychiatrische Versorgung zu gewährleisten. Die bestehenden psychiatrischen Abteilungen sollen in den Stand versetzt werden, sektorisierte psychiatrische Versorgung zu leisten, und, zusammen mit noch zu gründenden Abteilungen, zur Verkleinerung - in Einzelfällen auch Auflösung - der zum Teil viel zu großen und gemeindefern gelegenen Großkrankenhäuser beitragen. Dabei soll die Zahl der Abteilungen soweit vermehrt werden, daß sie den Hauptanteil der flächendeckenden stationären Versorgung leisten.

Die Reformbemühungen dürfen nicht bei der Veränderung der Versorgungsstrukturen und Verbesserungen der Rahmenbedingungen stehenbleiben, so wichtig diese für die Qualität der Versorgung sind. Was schließlich beim Patienten an Gesundheit und Lebensqualität fördernden und sichernden Maßnahmen „ankommt“, ist maßgeblich von der inhaltlichen Arbeit bestimmt: Von der therapeutischen Haltung und dem Maß an Respekt der Behandelnden gegenüber den Patienten, der teilnehmenden und verstehenden Kommunikation, dem Umgang mit Aggression und Regression, der Öffnung und Orientierung der klinischen Arbeit zur „Gemeinde“ hin, um nur die wichtigsten inhaltlichen Aspekte zu nennen.

Es ist zu hoffen und zu wünschen, daß die Beiträge dieses Buches einen Anstoß dazu geben, die Verbesserung der Rahmenbedingungen durch die Reflexion solcher inhaltlicher Aspekte der Arbeit zu ergänzen.

Literatur:

AKTION PSYCHISCH KRANKE: Adressenverzeichnis der psychiatrischen und psychiatrisch-neurologischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern in den neuen Bundesländern der BRD (Stand 9/1991, Dr. Ulrich Hoffmann, persönliche Mitteilung) M. Bauer, M. Rave-Schwank u. AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg): Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Tagungsbericht Bd. 9 Rheinland, Köln 1984
BMJFFG (Hrsg): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung 1988 H. Clade: Das Dauerdilemma der Psychiatrie: Die finanzielle „Doppelblockade“. Deutsches Ärzteblatt 85 (30): B 1451-1453 (1988)
H. Henrich, K. Krüger, K. Leiditz, E. Peil: Fünf Jahre psychiatrische Klinik in Emden: Anspruch und Wirklichkeit. Sozialpsychiatrische Informationen 16 (2): 15-24 (1988) J. Kipp und R. Goldack: Längerfristige Krankenhausbehandlung in psychiatrischen Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus, Spektrum 20 (1): 7-12 (1991)
W. Pfeifer: Der Arbeitskreis „Sektorisierte Versorgungspflichten und notwendige Ausstattung“. Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mit Versorgungsverpflichtung. Spektrum 17 (4): 151-157 (1988) H. Philipzen: Die Abteilung für klinische Psychiatrie im St.-Josef-Hospital Bad Dri-

bürg, in: M. Bauer, M. Rave-Schwank; AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.): Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern Rheinland, Köln 1984 S. 114-122

G, Plöntzke: Versorgungsstruktur und Betreuungsleistungen im Fachgebiet Neurologie und Psychiatrie auf dem Gebiet der früheren DDR. Spektrum 20 (2): 55-63 (1991)

PROGNOS: Modellprogramm Psychiatrie. Darstellung und Analyse der regionalen Versorgungsstrukturen unter Wirksamkeitsgesichtspunkten. Empirische Grundlagen Teil B, Köln 1988

B. Scheffler (Bearb.) und R. Wischer (Hrsg.): Die psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus. Institut für Krankenhausbau TU Berlin 1981 Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie („Psychiatrie-Personalverordnung - Psych-PV“ der Bundesregierung vom 18. 12. 1990)

K. Weise: Die Situation psychisch Kranker und seelisch Behinderter in der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik. Spektrum 20 (3): 98-107 (1991)

E. Wolpert: Erhebung über alle Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern in der BRD (alte Bundesländer), Darmstadt 1989 (unveröffentlichtes Manuskript)

Begrüßungen

Prof. Dr. C. Kulenkampff

Ich darf Sie im Namen der AKTION PSYCHISCH KRANKE hier in Kassel zu der Tagung über die therapeutische Arbeit psychiatrischer Abteilungen sehr herzlich begrüßen. Sie werden sich erinnern, daß wir 1983 in Offenbach schon einmal eine Tagung über psychiatrische Abteilungen gemacht haben. Damals ging es noch in erster Linie um die Stellung der psychiatrischen Abteilung im Versorgungssystem. Damit kamen die strukturellen Fragen, die uns ja seit Beginn der Psychiatrie-Enquete, also seit Beginn der 70er Jahre bewegt hatten, wieder ganz in den Vordergrund der Diskussion. Also: Wie groß hat eine solche Abteilung zu sein? Wie ist es mit Selektionsprozessen? Wie ist das Verhältnis zwischen Abteilung und den großen psychiatrischen Kliniken? Wie ist die Einbindung der psychiatrischen Abteilung in die kommunale Versorgung zu sehen?

Vor einiger Zeit fand in Dortmund eine Sitzung der Arbeitsgruppe „Sektorisierte Versorgung“ des Arbeitskreises der leitenden Ärzte psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern unter der Moderation von Herrn Philipzen statt, an der ich als Gast teilgenommen habe. Dort kam, wie ich fand, eine sehr vernünftige Diskussion auf, verursacht durch eine Bemerkung von Herrn Drees. Herr Drees hatte damals gemeint, man sollte diese strukturellen Fragen doch einmal sein lassen und mehr den Binnenraum untersuchen und überlegen: Wie ist das eigentlich in einer Abteilung, die - was weiß ich - 80, 100 Betten hat, mit der Vielfalt der verschiedenen Patienten, akut, chronisch, Männer, Frauen, jung, alt, wie wird man damit fertig? Und welche Kontakte haben eigentlich die Abteilungen im Laufe der Jahre entwickelt? Es zeigte sich, daß die Kollegen untereinander hierüber noch gar nicht viel gesprochen hatten und keine große Kenntnis davon hatten, wie der eine oder andere sich das bei sich zu Hause ausgedacht hat. Dort entstand dann die Idee, über dieses Thema eine weitere Tagung über psychiatrische Abteilungen zu machen, die heute beginnt.

Wenn auch hier der Binnenraum, möchte ich mal sagen, im Vordergrund steht, glaube ich doch, daß auch dieser Binnenraum nicht isoliert von der kommunalen Szenerie gesehen werden kann; denn sicherlich ist das immer von Anfang an die Idee gewesen, daß die psychiatrische Abteilung sozusagen eine Restresultante dessen sein sollte, was in einer Stadt oder einem Kreis an Angeboten bereits vorgegeben ist. Hieran sollte dann gemessen werden, was noch an Betten erforderlich ist. Ich weiß sehr wohl, daß der Entwicklungsprozeß so nicht gelaufen ist, aber in der Vorstellung ist davon immer noch, auch heute, prinzipiell auszugehen.

Ich möchte mich sehr bei dem Arbeitskreis und insbesondere bei Herrn Kipp bedanken, der hier im Grunde die ganze Tagung organisiert, auch dem

Inhalt nach vorbereitet hat. Das ist wohl auch der Grund, weswegen wir nicht - wie üblich - in Bonn-Bad Godesberg, sondern hier in Kassel tagen. Ich hoffe, daß die Erwartungen, die an diese Tagung gestellt werden, sich erfüllen und wünsche der Tagung einen guten Verlauf.

B. Stolterfoht

Ich stehe hier für die von Herrn Professor Kulenkampff erwähnte kommunale Szenerie und begrüße Sie sehr herzlich im Namen des Magistrats der Stadt Kassel. Ich freue mich sehr, daß diese Tagung in unsere Stadt gekommen ist. Kassel liegt ja etwas abseits von den großen Zentren unseres Landes, daher ist es für uns wichtig, wenn überregionale Tagungen von dieser gesundheitspolitischen Bedeutung bei uns stattfinden.

Meine Damen und Herren, durch die Psychiatrie-Enquete, an deren Erarbeitung und Umsetzung die AKTION PSYCHISCH KRANKE maßgeblich beteiligt war, ist deutlich geworden, welche gewaltigen Anstrengungen es bedurfte, um die Ausgrenzung psychisch Kranker aus unserer Gesellschaft zu verhindern und zu stoppen. Diese Tendenzen der Ausgrenzung sind in den letzten Jahren, so meine ich, wieder stärker geworden. Ein Beispiel dafür, wirklich nur eines unter vielen möglichen, ist die Schwierigkeit, für psychisch Kranke einen Arbeitsplatz zu finden. Rauher geworden ist insgesamt das gesellschaftspolitische Klima. Verschlechtert haben sich die Rahmenbedingungen. So fehlt im Land Hessen für viele Projekte des Modellprogramms noch immer eine gesicherte Regelfinanzierung.

Meine Damen und Herren, wenn Sie sich heute wiederum mit der Situation von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern befassen, dann befassen Sie sich ja mit einer Entwicklung neueren Datums. Sie hat sich ja beileibe nicht ohne politische Konflikte vollzogen. So war das auch hier in Kassel.

Ich denke aber, daß die politischen Konflikte auch fruchtbar für die Entwicklung der stationären psychiatrischen Versorgung in Kassel insgesamt gewesen sind. Konflikte haben auch eine produktive Komponente, und durch sie wurde in unserer Region das Reform-Engagement des Landeswohlfahrts-Verbandes Hessen an der stationären Versorgung verstärkt. Nachdem diese Konflikte inzwischen ausgestanden sind, hat sich ein relativ friedliches Nebeneinander von psychiatrischer Abteilung und LWK-Krankenhaus eingestellt.

Bei uns in Kassel gilt folgende Sektorisierungsregelung: Das Ludwig-Noll-Krankenhaus, Klinik für Psychiatrie der Städtischen Kliniken Kassel, hat einen Vollversorgungsauftrag für einen Teil der Stadt Kassel, das psychiatrische Krankenhaus Merxhausen des Landeswohlfahrtsverbandes für die anderen Teile der Stadt. Gesundheitspolitisch gesehen, so meine ich, haben beide Versorgungsformen je spezifische Vor- und Nachteile. In puncto Gemeindenähe hatten und haben die psychiatrischen Abteilungen, natürlich

schon allein geographisch gesehen, einen Vorteil, auch hinsichtlich der Gleichstellung von psychisch und somatisch Kranken sind sie im Vorteil.

Man darf aber folgendes nicht vergessen: Quer zur Vorstellung einer ganzheitlichen Versorgung im Sinne der Psychiatrie-Enquete liegen unser Finanzierungssystem und die Organisationsform unseres Krankenhauswesens. Als Teil eines Allgemeinkrankenhauses werden die psychiatrischen Abteilungen unter Umständen dabei eher Opfer strikter Abschottung des stationären vom ambulanten Bereich als die Landeskrankenhäuser mit ihren Institutsambulanzen.

Sie alle wissen, daß gerade in der Psychiatrie die Zusammenarbeit von stationären mit ambulanten, komplementären und rehabilitativen Diensten sowie mit Angehörigengruppen und Selbsthilfegruppen unerlässlich ist. Diese Zusammenarbeit wird durch die Organisationsform unseres Krankenhauswesens ungemein erschwert. Bei uns in Kassel findet diese Zusammenarbeit des stationären mit dem ambulanten Bereich trotzdem statt. Um dies zu verwirklichen, bedurfte es jedoch eines erheblichen Engagements, einer bemerkenswerten Ausdauer und viel unbezahlter Arbeit aller Beteiligten. Ich denke, Herr Doktor Kipp wird darüber noch berichten.

Ich möchte noch ein paar Worte zu den Vorteilen eines überregionalen Trägers sagen. Der überregionale Träger hier in Hessen ist der Landeswohlfahrtsverband. Bei Ihrer Tagung 1983 stellte Professor Kulenkampff zu recht fest, daß Instrumente zur Steuerung der Entwicklung eines ausgewogenen, differenzierten Systems damals völlig fehlten oder vollkommen unterentwickelt waren. Dies ist immer noch richtig. Wenn wir hier in Kassel dennoch so etwas wie ein Steuerungs- und Koordinationssystem entwickelt haben, dann nur mit dem Modellprogramm Psychiatrie im Rücken und dank des ungewöhnlichen Engagements unseres Gesundheitsamtes. Faktisch - das muß man festhalten - haben wir keinerlei Instrumente auf kommunaler Ebene zum Aufbau eines integrierten Versorgungssystems im ambulanten, komplementären und rehabilitativen Bereich.

Wenn man keine Instrumente hat, dann sollte man wenigstens Geld haben. Aber Geld haben die Kommunen auch nicht. Beides ist natürlich auf der Ebene des überregionalen Trägers vorhanden. Und dieses könnte - und ich betone diesen Zusammenhang - dieses könnte eine Chance sein, vernünftige Instrumente zur Entwicklung einer angemessenen Versorgung in der Kommune zu entwickeln. Wir müssen daher nur das Kunststück fertigbringen, den überregionalen Träger davon abzuhalten, sich so zu verhalten, wie Großorganisationen sich ja häufig verhalten, daß er sich nämlich von den Bedürfnissen vor Ort löst und sich souverän darüber hinwegsetzt. Ich denke aber, daß das durch geeignete Organisationsformen verhindert werden kann.

Zurück zu den psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Ich würde gerne noch eine gesundheitspolitische Bemerkung zu ihrer Funk-

tion machen. Gesundheitspolitisch sind sie ungemein wichtig, und dies nicht nur für die Versorgung der psychisch Kranken, sondern auch für die Weiterentwicklung der Allgemeinkrankenhäuser. Wenn es gelingen würde, die Einsicht in die Notwendigkeit interdisziplinärer Kooperation auch in die anderen Fachabteilungen einzubringen, dann könnte der geradezu erschreckende Mangel an Kenntnis und Berücksichtigung psychosomatischer Zusammenhänge in der Organmedizin abgemildert werden. Denkanstöße von selten der Psychiatrie in die Allgemeinmedizin und in die Spezialdisziplinen sind nötig.

Das Allgemeinkrankenhaus kann von den Arbeitsformen der modernen psychiatrischen Abteilungen lernen. Die dort seit langem geübte und erprobte Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen mit Laiengruppen, Angehörigengruppen, Selbsthilfegruppen und ambulanten Diensten könnte richtungsweisend für eine moderne Krankenhausbehandlung sein, bei der der kranke Mensch nicht als „die Leber“ oder „der Infarkt“ gesehen wird, sondern als leib-seelische Einheit und vor allen Dingen als soziales Wesen. Die Forderung nach der Gleichstellung des psychisch Kranken mit dem somatisch Kranken könnte so auch umgekehrt aufgestellt werden: Die somatisch Kranken sollten endlich mit den psychisch Kranken dahingehend gleichgestellt werden, daß sie von Erkenntnissen und Methoden profitieren, die in der Psychiatrie längst vorhanden sind.

Ich will keineswegs den Eindruck erwecken, als seien wir schon am Ziel unserer Wünsche. Nach ersten sichtbaren Fortschritten und Erfolgen der Psychiatrie-Reform in den letzten zehn Jahren stehen wir heute wiederum vor großen Herausforderungen. Die Kassen der Gemeinden sind leer. Die Krankenkassen stehen, insbesondere im strukturschwachen Nord-Hessen, vor Finanzierungsproblemen, die die angemessene gesundheitspolitische Versorgung der Bevölkerung ernsthaft in Frage stellen. Dies wirkt sich besonders ungünstig auf die psychiatrische Versorgung aus. Dabei gehören psychiatrische Erkrankungen neben Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Rheuma zu den verbreitetsten großen Volkskrankheiten. Die Tendenzen der Ausgrenzung sind in einer Wettbewerbsgesellschaft ständig vorhanden und breiten sich aus. Dadurch sind besonders psychisch Kranke bedroht.

Wenn wir die Psychiatrie-Reform trotz schlechter werdender Rahmenbedingungen nicht nur über die Runden retten, sondern voranbringen wollen, dann müssen wir kämpfen.

Wir müssen in unseren Stadtparlamenten um jede Mark für gemeindenahe Angebote kämpfen.

Wir müssen auf der Landesebene für die Schaffung tragfähiger Finanzierungsstrukturen und flächendeckender Therapieangebote kämpfen.

Wir müssen schließlich auf Bundesebene für gesetzliche Mindestvoraussetzungen kämpfen, die über die letztjährige Mini-Reform der RVO weit hinausgehen.

Die Arbeit der AKTION PSYCHISCH KRANKE hat in den 15 Jahren ihres Bestehens gezeigt, daß ein solcher Kampf erfolgreich sein kann. Sie hat gezeigt, daß es möglich ist, Entwicklungen voranzubringen, verharschte Strukturen aufzubrechen, Denkmuster zu ändern, Politik zu beeinflussen, wenn sich Menschen unterschiedlicher Disziplinen, auch unterschiedlicher politischer Auffassungen zusammenfinden, um für eine gemeinsame Sache zu streiten.

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE wird, so hoffe ich, bei der hartnäckigen Verfolgung ihrer Ziele nicht nachlassen. Ihre Kontakte, ihre Erfahrungen, ihr Engagement, ihr interdisziplinäres Wissen brauchen wir in den kommenden Jahren mehr denn je. In diesem Sinne wünsche ich Ihrer Tagung einen guten Verlauf und Ihnen und uns allen Kraft, Mut und Zähigkeit, um unser gemeinsames Ziel, eine bessere, eine menschlichere Psychiatrie und Gesellschaft zu verwirklichen.

Einführung in die Thematik der Tagung: Therapeutische Konzepte psychiatrischer Abteilungen

J. Kipp

1. Vorüberlegungen:

Bis vor 20 Jahren war die psychiatrische Versorgung vorwiegend auf die nervenärztliche ambulante Behandlung und auf die stationäre Unterbringung in psychiatrischen Großkrankenhäusern beschränkt. Psychiatrische Universitätskliniken, die Patienten selektierten, hatten zwar für die wissenschaftliche Arbeit eine große, für die Versorgung jedoch eine geringe Bedeutung.

In der Zwischenzeit sind, nicht zuletzt durch die Arbeit der Psychiatrie-Enquete (1975) eine Vielzahl zusätzlicher Institutionen im ambulanten, stationären und komplementären Bereich aufgebaut worden. Während 1970 gerade 21 Abteilungen bestanden, wuchs die Zahl bis 1983 auf 68 Abteilungen (Philipzen et al. 1986). Von den jetzt ca. 80 im Arbeitskreis leitender Ärzte psychiatrischer Abteilungen vertretene Abteilungen haben inzwischen 23 sektorbezogene Versorgungsaufgaben übernommen (Ergebnisprotokoll „Sektorisierte Versorgungsverpflichtung“ vom 10.3.86). Damit wurden auch zahlenmäßig wesentliche Versorgungsaufgaben von den komplexen psychiatrischen Großkrankenhäusern mit 500-3000 Betten auf Abteilungen mit ungefähr 100 Betten übertragen. Diese Abteilungen kommen strukturell von vornherein den Zielen der Psychiatrie-Enquete (1975) nahe, da sie

- meist in Zusammenhang mit Allgemeinkrankenhäusern *gemeindenah* angesiedelt sind,
- wesentlich zur *Gleichstellung* psychisch Kranker mit körperlich Krankenbeitragen und
- durch die Koordination und Kooperation mit ambulanten und komplementären Einrichtungen eine *bedarfsgerechte* Versorgungsmöglichkeit aller Patienten realisieren.

Auch in Kassel wurde 1978, mitbedingt durch den Bettenbedarfsplan des Landes Hessen, eine psychiatrische Abteilung als Teil des Ludwig-Noll-Krankenhauses aufgebaut. Das Krankenhaus wurde in den Folgejahren vollständig in eine psychiatrische Klinik umgewandelt. Seit Anfang 1986 wird es als Klinik für Psychiatrie im Rahmen der Städtischen Kliniken Kassel weitergeführt. Durch die Kommunalisierung wurde das Krankenhaus in seiner Existenz langfristig gesichert.

In einer Zeit, in der die Privatisierung des Gesundheitswesens diskutiert wird, zeigt die Stadt Kassel mit diesem Schritt, daß sie die gesundheitspolitischen Perspektiven der Psychiatrie-Enquete ernst nimmt. Die Stadt hat ein

gut funktionsfähiges, jedoch baulich sanierungsbedürftiges Krankenhaus übernommen. Nachdem dort von Anfang an Patienten ohne Ausnahme aufgenommen wurden, wurden 1983 Pflichtversorgungsaufgaben für ein Drittel und jetzt für über die Hälfte der Stadt Kassel dem Krankenhaus übertragen, obwohl es dafür weder baulich noch strukturell genügend gerüstet war. Ich hoffe, daß bis 1987 mit Hilfe des Landes Hessen und der Städtischen Kliniken Kassel wenigstens die schlimmsten baulichen Mängel behoben sind, so daß die Patienten nicht mehr so unter der Enge und der schlechten Unterbringung leiden müssen.

Was von der Psychiatrie-Enquete 1975 nicht für möglich gehalten wurde, daß Abteilungen mit ca. 100 Betten Vollversorgungsaufgaben übernehmen können - damals wurden Abteilungsgrößen von 200 Betten vorgeschlagen -, ist inzwischen in breitem Rahmen realisiert. Mit dieser Tagung, der zweiten, die von der AKTION PSYCHISCH KRANKE über psychiatrische Abteilungen durchgeführt wird, soll erstmals gemeinsam mit den Mitarbeitern psychiatrischer Abteilungen und anderen Interessierten reflektiert werden, welche therapeutischen Konsequenzen diese Versorgungsrealität mit sich gebracht hat. In meinem Referat am Anfang der Tagung möchte ich untersuchen, wie sich die Strukturen der Abteilungen auf die Therapie bzw. auf den Therapieerfolg auswirken. Im Rahmen eines Struktur- bzw. Systemvergleichs und unter Berücksichtigung der Denkweise der allgemeinen Systemtheorie (Luhmann 1971 a, b, 1973), sollen psychiatrische Abteilungen mit psychiatrischen Großkrankenhäusern verglichen werden. Die stationären Einrichtungen sind dabei als Subsysteme einer Kommune oder einer Region zu betrachten. Psychiatrische Abteilungen können z. B. nicht isoliert vom Gesamtkrankenhaus beschrieben werden.

2. Therapie und Therapieziel:

Der Struktur- oder Systemvergleich soll vorwiegend in Hinsicht auf das Therapieziel bzw. die Therapie erfolgen. Darauf möchte ich zuerst eingehen.

„Das gestörte oder abweichende Verhalten des Individuums“ ist nach Redlich und Freedman (1970) „der eigentliche Gegenstand der Psychiatrie, wobei das, was im einzelnen zu den Verhaltensstörungen zählt, von der jeweiligen Kultur bzw. deren Wertsystem abhängt.“ Ausgehend von dieser allgemeinen Definition psychiatrischer Krankheit kann man folgende allgemeine Therapieziele aufzeigen, nämlich: Die

- Unterdrückung von gestörtem Verhalten, z. B. durch Psychopharmaka, die
- Anpassung von abweichendem Verhalten, z. B. durch Sozialtraining, und die
- Entwicklung neuen Verhaltens durch Unterstützung und Stärkung von Kräften, Fähigkeiten und Möglichkeiten, die im Laufe des Lebens verschüttet bzw. vernachlässigt worden sind.

Obwohl mich die dazugehörigen erlebniszentrierten Therapieformen als Psychoanalytiker besonders interessieren und diese u. a. in unserem Therapiekonzept eine wesentliche Bedeutung haben, möchte ich hier nicht näher darauf eingehen. Über einzelne Therapietechniken, nicht aber über ihre Anwendung im klinischen Feld, gibt es sehr viele Veröffentlichungen.

Unabhängig vom Therapiekonzept hat die Organisationsstruktur einer Institution, die Kommunikation in derselben und die Beziehung der Institution zur Außenwelt einen wesentlichen Einfluß auf die therapeutischen Möglichkeiten und Hilfen, insbesondere wenn es um das Therapieziel der Anpassung an die Gesellschaft geht. Anpassung hat nicht nur den passiven Aspekt der Unterwerfung unter die äußere Realität, sondern auch den aktiven (Hartmann 1960), der darin zum Ausdruck kommt, daß das Individuum seine Umwelt ein Stück weit nach seinen Bedürfnissen gestaltet.

Als These möchte ich formulieren: Die Institution, die in ihrer Struktur und Kommunikation sonstigen gesellschaftlichen Strukturen in der Gemeinde gleicht und neben passiven Anpassungsleistungen auch Freiräume für aktive Anpassung ermöglicht, ist besonders günstig für das Erreichen eines relativ guten Therapieerfolgs.

3. Zur Methodik des Strukturvergleichs:

Durch Besuche von ca. 10 psychiatrischen Krankenhäusern und weiteren 10 psychiatrischen Abteilungen, bei denen ich Anregungen für meine Arbeit suchte, habe ich die unterschiedlichen Möglichkeiten der Krankenhausarbeit kennengelernt. Psychiatrische Abteilungen, die einen sektorbezogenen Auftrag haben, können nie abgeschlossen vor sich hin arbeiten. Sie brauchen einen konkreten Bezug zu den Strukturen außerhalb des Krankenhauses. Durch die erkennbaren unterschiedlichen Therapiekonzeptionen sind zwar einzelne Bereiche der Arbeit jeweils einmalig. Die sonstigen Strukturen zeigen jedoch eine erstaunliche Konvergenz (Bauer 1984). Meine beschränkten Beobachtungen zugrundelegend, möchte ich versuchen, die Strukturen der psychiatrischen Abteilung den typischen Strukturen des psychiatrischen Krankenhauses gegenüberzustellen, um aufzuzeigen, wie die Strukturen die Therapie wesentlich beeinflussen.

Da eine Vollversorgung eines Sektors durch eine psychiatrische Abteilung nur in Zusammenhang mit komplementären Einrichtungen realisierbar ist (Kulenkampff 1984), kann sich der Strukturvergleich nicht auf den Vergleich abgeschlossener, quasi baulicher Krankenhausstrukturen beschränken. Es ist notwendig, regionale Versorgungsstrukturen in den Strukturvergleich mit einzubeziehen und das Verhältnis zur Gesellschaft zu berücksichtigen. Die allgemeine Systemtheorie (Luhmann 1973) erlaubt es, Organisationsvergleiche auf unterschiedlichen Systemebenen durchzuführen.

4. Zum Strukturvergleich zwischen psychiatrischem Krankenhaus und psychiatrischer Abteilung:

Nicht nur aus wissenschaftlichem Interesse werden Strukturvergleiche vorgenommen. Wenn es um die Aufnahme in eine stationäre psychiatrische Behandlung geht, wird vom Patienten und seiner Familie ein solcher Vergleich durchgeführt. Soweit möglich, möchte ich versuchen, die einzelnen Gesichtspunkte des Vergleichs nach den Erfahrungen zu ordnen, die Patienten vor der Aufnahme, während des Aufnahmeprozesses, im Verlauf der Behandlung und bei der Vorbereitung zur Entlassung machen können. Wesentlich ist der Ruf eines Krankenhauses. Der Ruf hängt von baulichen Gegebenheiten, Erfahrungen von Bekannten und vielem anderem ab und ist ausschlaggebend für die Wahl des Krankenhauses. Psychiatrische Krankenhäuser haben eine schwere Hypothek durch ihre Geschichte zu tragen. Der Ruf von neugegründeten psychiatrischen Abteilungen ist sicher vom Ansehen des gesamten Allgemeinkrankenhauses abhängig. Die Angst vor der Aufnahme in eine psychiatrische Abteilung ist dadurch meist reduziert. Patienten befürchten weniger, daß sie auf immer von ihrer Familie getrennt werden, und hoffen mehr auf eine Besserungschance.

Positive Erfahrungen mit einer Einrichtung beeinflussen das Krankheitsverhalten auch von sog. krankheitsuneinsichtigen Patienten wesentlich. Bosch (1974) konnte nachweisen, daß bei Zweitaufnahmen Zwangseinweisungen auf einer Reformstation kaum mehr vorkamen, während diese im psychiatrischen Krankenhaus genau so häufig sind wie bei der Erstaufnahme.

Wesentlich für die Beziehung zum Krankenhaus ist ferner, welche Entfernung das Krankenhaus von der Gemeinde hat. Ein Gemeindehospital, um die Bezeichnung von Philipzen aufzunehmen, ist wesentlich leichter zu besuchen, der Ausgang von Patienten in die Gemeinde ist leichter zu bewerkstelligen und die Trennung von der sozialen Umwelt ist weniger stark als in einem gemeindefernen Krankenhaus, wo nur durch entsprechende therapeutische Konzepte wie z. B. in Häcklingen (Autorengruppe Häcklingen 1981) der Ausgrenzung entgegen gewirkt werden kann. Sicher gibt es für manche Menschen auch einen gegenteiligen Aspekt. Wenn sie psychisch erkrankt sind und ihre Erkrankung verbergen wollen, können sie sich in einem gemeindefernen Krankenhaus besser verstecken. Die Ausgrenzungsproblematik wird natürlich nicht nur vom Krankenhaus selbst, sondern von den gesellschaftlichen Strukturen der Gemeinde bestimmt.

Wie ungünstig die Ausgrenzung auf die Prognose psychischer Erkrankungen wirkt, wird durch eine WHO-Studie (1983) deutlich: Die Prognose von schizophren erkrankten Menschen ist in Entwicklungsländern besser als in Industrieländern mit hochentwickelter Gesundheitsversorgung. Ich gehe davon aus, daß die sozialpolitische Diskussion sich nicht nur mit der Verkleinerung der Krankenhäuser, sondern auch mit der Verbesserung der Reintegration von psychisch Kranken in der Gemeinde beschäftigen muß.

Die Grenzen zu einer Institution sind, wie wir theoretisch und praktisch belegen können, weiterhin abhängig von der Größe und Komplexität der Institution. Luhmann (1971 a) führt in Anwendung der Allgemeinen Systemtheorie auf Organisationen aus: *„Die Innendifferenzierung eines Systems muß feste Außengrenzen voraussetzen können und dient dann ihrerseits als funktionierende Differenzierung zur Stabilisierung von Außengrenzen.“*¹¹ Dieser Sachverhalt kann, sowohl was Organisationsstrukturen als auch was Normen und Werte betrifft, bei Krankenhäusern regelmäßig beobachtet werden.

Zwar ist das Allgemeinkrankenhaus insgesamt oft so groß oder sogar größer als das psychiatrische Landeskrankenhaus. Die psychiatrische Abteilung, die jedoch relativ autonom organisiert ist, hat aufgrund ihrer geringen Bettenzahl kaum Möglichkeiten zu einer weitgehenden Innendifferenzierung. Demgegenüber kann das psychiatrische Großkrankenhaus seine ganzen Arbeitsabläufe nach den psychiatrischen Versorgungsaufgaben strukturieren.

Jede entwickelte Struktur hat zwei Seiten, sowohl Wirkungen wie Nebenwirkungen. Beispielsweise ist es möglich, Patienten nach ihren Störungen auf verschiedenen Stationen unterzubringen, um so geeignete Betreuungs- und Therapieangebote machen zu können. Schizophrene kommen auf Stationen für akute und chronische Patienten, Süchtige haben Suchtstationen, depressive und alte Patienten kommen jeweils zu ihresgleichen. Es werden also Patienten nach ihren Störungen geordnet, was in einer 100-Betten-Abteilung nicht oder kaum möglich ist. Damit wird die Gruppendynamik bzw. die Kommunikation auf einer Station durch die jeweils spezifischen Störungen oder Abweichungen bestimmt. Auf Stationen mit Schizophrenen entsteht leicht ein Mißtrauensklima. Alte und verwirrte Menschen können sich bei der Orientierung nicht gegenseitig helfen. Süchtige träumen gemeinsam vom Suchtmittel etc. Die Möglichkeit, daß Patienten sich im Stationsleben gegenseitig helfen, wird behindert. Dies ist um so wesentlicher, da therapeutische Maßnahmen sich in der Regel auf Minuten bzw. wenige Stunden pro Tag erstrecken, gegenseitige Hilfen jedoch über viele Stunden des Tages möglich sind.

Auf den gemischten Stationen der psychiatrischen Abteilungen gehört zum Stationsleben, daß die Patienten sich untereinander helfen. Die Wertigkeit gegenseitiger Hilfe wird oft gemeinsam mit Kritik laut. Beispielsweise bedanken sich Patienten bei der Verabschiedung in der Stationsgruppe mehr bei ihren Mitpatienten als beim Personal.

Der Gesichtspunkt der gegenseitigen Stabilisierung, wenn Patienten mit unterschiedlichen Störungen und Schwierigkeiten zusammengefaßt werden, wird im Rahmen von Gruppentherapiekonzepten seit längerer Zeit auch theoretisch diskutiert (Pohlen 1972).

Durch die Spezialisierung der einzelnen Stationen werden Patienten mit in

einer Richtung gestörtem Verhalten zusammen betreut. Um den pathologischen Verhaltensweisen entgegenzusteuern, muß das Personal komplementäre Maßnahmen ergreifen. Die Normen und Werte des Personals entwickeln sich abhängig von diesen Schwierigkeiten jedoch relativ unabhängig von der sonstigen Gesellschaft (Fengler und Fengler 1981). So kann das Gespräch des Personals auf geschlossenen Stationen sich nur noch um Gewalttaten und entsprechende Sicherungen etc. drehen.

Obwohl dieser Sachverhalt offensichtlich ist, ist der Trend auch bei uns sehr stark, Stationen spezifische Aufgaben zu übertragen. Der Vorteil dabei ist es, daß spezifischer auf psychisch Kranke eingegangen werden kann. Die Gefahr besteht jedoch häufig, daß ohne äußere Korrektur die Strukturen einer solchen Station zu einer absoluten Institution (Goffman 1972) perfektioniert werden.

Die Kleinheit einer psychiatrischen Abteilung - und dies gilt auch für die wenigen psychiatrischen Kleinkrankenhäuser - läßt eine solche Binnendifferenzierung wie im psychiatrischen Krankenhaus nicht zu. Nach meinen Beobachtungen stellen gemischte Stationen für die Patienten untereinander nur dann eine schwere gegenseitige Belastung dar, wenn sie unausweichlich auf kleinstem Raum zusammengepfercht sind. Bei den baulichen Gegebenheiten des Ludwig-Noll-Krankenhauses ist dies leider noch der Fall. Wir hoffen jedoch, daß durch den beinahe fertigen Anbau und den Ausbau einer weiteren Station ab Mitte nächsten Jahres genügend Platz auf allen Stationen vorhanden ist.

Ich möchte noch einmal auf die gruppendynamische Wirkung von Patientendifferenzierung bzw. Patientenmischung eingehen. Besonders offensichtlich ist dies bei Alkoholikern zu beobachten. 3-4 Alkoholiker führen auf einer Station durch ihre sozialen Fähigkeiten positive soziale Veränderungen herbei. Wenn jedoch 6-8 Alkoholiker oder Suchtkranke auf einer Station beieinander sind, bildet sich ein „Säuferclub“, der häufig Mitpatienten und Personal auf der Station tyrannisiert. Da die Mischung von Patienten die Kommunikation wesentlich beeinflusst und damit ein wesentliches therapeutisches Wirkmoment ist, kommt es darauf an, diese Kommunikation durch das therapeutische Konzept zu unterstützen. Die eigentliche krankheitsspezifische Therapie kann dann über die Stationsgrenzen hinweg organisiert werden.

Die Kommunikation des Personals, die ihrerseits von den Patienten beeinflusst ist, und umgekehrt, beeinflusst entscheidend das therapeutische Milieu und damit die Möglichkeiten zur Therapie (Veltin 1979). Wesentlich ist es, daß Patienten ihre psychosozialen Kompetenzen durch die Struktur des Milieus trainieren und stärken können. Dies ist nur möglich, wenn auf der Station die Milieuanforderungen denen in der Gesellschaft ähneln. Hospitalisierungseffekte sind dann sicher geringer. Durch die geschilderte Differenzierung der Patienten nach Störungen wird das Milieu auf der Station gegensätzlich zu den sonstigen gesellschaftlichen Realitäten strukturiert.

Dagegen ist unabhängig vom therapeutischen Konzept das Milieu auf Stationen mit ganz unterschiedlichen Patientengruppen den gesellschaftlichen Realitäten näher. Dies ist meist in der psychiatrischen Abteilung der Fall, wenn auch manchmal die Medizinalisierung durch das Allgemeinkrankenhaus die soziale Aktivierung behindert und Konflikte verdeckt. Beispielsweise kann die Unzufriedenheit von Patienten in der psychiatrischen Abteilung dazu führen, daß Arzt und Patient sich darauf einigen, zahlreiche Konsiliaruntersuchungen durchführen zu lassen.

Doch zurück zum psychiatrischen Großkrankenhaus. Ausgehend von der ethnomethodologischen Studie von Fengler und Fengler (1981) über den „Alltag in der Anstalt“ kann man sagen, daß hier die Normen und Werte weit von den sonstigen gesellschaftlichen Anforderungen entfernt sind. Durch die langjährigen Erfahrungen geht es häufig vor allem um Gefahrenabwehr und Einhaltung von Ordnungen. Dieses tradierte Wissen gestaltet den Umgang mit den psychiatrischen Patienten. Ärzte und Pflegepersonal scheinen sich durch ihre Widersprüche gegenseitig handlungsunfähig zu machen. Sicher ist der psychiatrische Auftrag an sich widersprüchlich. Es geht darum, Patienten einerseits zu therapieren und andererseits die Gesellschaft vor psychisch Kranken zu schützen. Wird dieser Widerspruch nicht ausgehalten, so werden die Gegensätze leicht auf verschiedene Personalgruppen delegiert. Wenn die Patienten die verschiedenen Personalgruppen noch gegeneinander ausspielen, wird die Handlungsfähigkeit noch stärker beeinträchtigt.

Zwar besteht die Gefahr in psychiatrischen Abteilungen in ähnlicher Weise. Sie hat sich jedoch nirgends so sehr verfestigt, was sicher auf die kürzere Geschichte, jedoch auch auf die Patientenmischung und den Bezug zum Gesamtkrankenhaus zurückgeführt werden kann.

Vom therapeutischen Konzept abhängig ist es auch, ob das Milieu der Station stark binnenstrukturiert wird, was häufiger auf psychotherapeutisch ausgerichteten Stationen der Fall ist, oder ob die Beziehungen nach außen eine wesentliche Bedeutung haben. Ganz sicher ist die Öffnung der Stationen eine Grundlage von Konflikten (Fengler und Fengler 1981), die nicht mehr durch Steuerungsmaßnahmen des Personals bewältigt werden können. Die Offenheit zur Gemeinde bringt für die Normalisierung des Milieus wesentliche Vorteile. U. E. ist es wichtig, möglichst viele Kontakte von innen nach außen und umgekehrt zu ermöglichen (Kipp u. Tegel 1984). Dies ist keine Selbstverständlichkeit, da dann Konflikte häufig nicht institutionsintern gelöst werden können. Oft wird der Kontakt zur Außenwelt mit kaum mehr nachvollziehbaren Argumenten behindert. Beispielsweise habe ich im letzten Jahr ein abgelegenes Landeskrankenhaus kennengelernt, in dem Besuche auf der Station verboten und nur im Stationsvorraum erlaubt sind. Begründet wird diese Maßnahme mit der ärztlichen Schweigepflicht. Besucher könnten andere Patienten sehen, was diese wieder als Verstoß gegen die Schweigepflicht empfinden könnten.

Ein weiterer Aspekt der Offenheit gegenüber der Gemeinde ist die Aufnahmepflicht. Psychiatrische Krankenhäuser und ein Teil der psychiatrischen Abteilungen nehmen Patienten, die zwangseingewiesen werden bzw. die stationär behandelt werden müssen, im Rahmen eines Versorgungsauftrages im Krankenhaus auf, auch wenn dies z. B. bei Überbelegung zu großen organisatorischen Konflikten führt. Abteilungen ohne Aufnahmeverpflichtungen, die je nach Bettenlage Patienten auswählen, sind anders strukturiert. Psychiatrische Krankenhäuser haben durch ihre Größe und innere Differenzierung die Möglichkeit, Patienten in ihren Bereichen unterzubringen. Psychiatrische Abteilungen sind dagegen gezwungen, wenn der Aufnahmedruck sehr hoch ist, Patienten, die schon stationär behandelt werden, bald zu entlassen und außerhalb des Krankenhauses weiterzubetreuen.

Die Tagesklinik ist bei akuten Krankheiten sicher eine der besten Möglichkeiten, eine solche Weiterbetreuung zu praktizieren. Durch die Organisation der Tagesklinik können spezifische Therapieformen und Reintegrationsbemühungen zu Hause gleichzeitig vollzogen werden. Leider steht dem Ludwig-Noll-Krankenhaus keine eigene Tagesklinik zur Verfügung, obwohl sonst praktisch alle psychiatrischen Abteilungen mit Aufnahmepflicht eine Tagesklinik haben. Es gibt zwar eine Tagesklinik in Kassel, mit der wir gut zusammenarbeiten. Jedoch ergeben sich beim Übergang von einer Institution zur anderen häufig Schwierigkeiten, die ich später inhaltlich erläutern möchte.

Alle psychiatrischen Abteilungen mit Pflichtversorgungsaufgaben haben eine enge Kooperation mit komplementären Einrichtungen wie Übergangsheimen, Wohngruppen, Werkstätten und sozialpsychiatrischen Diensten etc. Nur durch diese zusätzlichen Einrichtungen in einer Region ist eine Vollversorgung mit einer Bettenzahl von 0,5-0,8 Betten pro Tausend Einwohner möglich. Das psychiatrische Landeskrankenhaus ist dagegen aufgrund seiner Größe und inneren Differenzierung nicht so sehr auf komplementäre Einrichtungen angewiesen. Der Aufbau komplementärer Einrichtungen hängt dort mehr von der Konzeption des Leiters ab.

Je nach Region ist die Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus bzw. Abteilung einerseits und komplementärer Einrichtung andererseits unterschiedlich. Hier in Kassel ist ein Teil der komplementären Einrichtungen schon vor dem Aufbau der psychiatrischen Einrichtung vorhanden gewesen. Von vornherein haben wir uns um eine Zusammenarbeit bemüht. Inzwischen arbeiten Ärzte und Psychologen des Krankenhauses mit anderen Institutionen mit. Auch über die Verlegung von Patienten besteht ein enger Kontakt. So bin ich den Diakonie-Wohnstätten Nordhessen mit dem „Haus Roseneck“ und den Wohngruppen, der Arbeiterwohlfahrt mit dem Altenzentrum Niederzwehren, dem Blauen Kreuz mit der Klinik Landgraf-Karl-Straße und dem Katharina-Wittenburg-Haus sowie dem Haus am Dörnberg für die Zusammenarbeit sehr dankbar. Nur mit diesen Einrichtungen zusammen können wir unsere Aufgabe bewältigen.

In anderen Regionen, in denen solche Einrichtungen fehlten, wurden diese meist von den psychiatrischen Abteilungen selbst aufgebaut und stehen auch später in engem organisatorischem Zusammenhang.

Der Übergang von Patienten vom Krankenhaus in andere Betreuungsformen stellt für diese immer eine Belastung dar. Ciompi (1977) konnte zeigen, daß gerade bei chronisch Kranken durch Verlegung Krisen entstehen, die bezüglich der Rehabilitation Gefahr und Chance darstellen. Sind die Bezugsfelder zu ähnlich, wie dies bei zentral von der Klinik organisierten Übergangseinrichtungen sein kann, kann der Schritt in Richtung Gemeinde zu gering sein. Die Patienten bleiben in einem Kommunikations- und Wertesystem im Sinne einer totalen Institution stecken. Häufiger ist der Schritt jedoch zu groß. Erwartungen und Werte sind so unterschiedlich, daß Patienten scheitern müssen. Beispielsweise wird beim Übergang der Patient plötzlich zum Klienten, die Umgangsweisen mit ihm ändern sich völlig. Meiner Beobachtung nach entstehen ähnliche Effekte wie bei der Entlassung von jugendlichen Patienten zu ihren Eltern. Nach unserer Erfahrung kommt es dabei kaum zu einer gemeinsamen Problemdefinition.

5. Spezifische Betreuung und Therapie in der Klinik:

Im psychiatrischen Krankenhaus ist es durch die spezialisierten Stationen zwar einfacher, krankheitsspezifische Betreuungs- und Therapieformen anzubieten. Bei fehlender Differenzierung der Unterbringung sind spezifische Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen u. a. dadurch möglich, daß sie über die Stationsgrenzen hinweg für das gesamte Krankenhaus organisiert werden. Dies gilt sowohl für die Sozio- wie die Psychotherapie.

Ziel unserer Tagung ist es, die therapeutische Praxis in den Strukturen einer psychiatrischen Abteilung zu diskutieren. Dabei soll der lebendige Umgang mit einzelnen Patienten beschrieben werden. Zahlreiche z. T. sehr unterschiedliche Arbeitsformen wurden in den letzten 10 Jahren entwickelt.

Ich möchte Teile unseres Konzepts im Ludwig-Noll-Krankenhaus kurz vorstellen.

Grundsätzlich unterscheiden wir zwischen medikamentöser Therapie, Sozio- und Psychotherapie. Auf Psychopharmaka können wir in der Mehrzahl der Fälle nicht verzichten. Es geht uns dabei um die Wiederherstellung der Kommunikationsfähigkeit und nicht um die gänzliche Unterdrückung störender Verhaltensweisen. Unter Soziotherapie fassen wir alle Umgangsweisen zusammen, die mit der Bewältigung der äußeren Realität zusammenhängen (Kipp 1977). Psychotherapie dient der Bearbeitung der inneren Realität. Soziotherapie und Psychotherapie sind in der Praxis gerade dort, wo es sich um Gruppenarbeit handelt, schwer abzugrenzen.

Soweit die Soziotherapie dazu dient, reale Konflikte im Alltag zu bewältigen, wird sie im Rahmen der einzelnen relativ autonom organisierten Stationen gestaltet. Jeder Patient hat neben dem zuständigen Arzt eine Bezugs- oder

Kontaktperson, die ihm bei der Bewältigung realer Aufgaben helfen soll. Jede Schwester und jeder Pfleger hat zwei bis drei Kontaktpatienten. Da diese ihre gesamte Arbeitszeit auf der Station verbringen, sind sie häufig den Patienten näher.

Bewußt nehmen wir in unserem Konzept auf, daß das Zusammenleben von vielen Menschen auf einer Station nicht konfliktfrei läuft. Gruppenkonflikte und gemeinsame Aktivitäten sollen auf den Stationen bzw. auf der Stationsgruppe besprochen und bewältigt werden. Aktive und passive Anpassung an das Stationsleben ist notwendig. Oft ist es für Patienten einfacher, wenn sie nicht „von oben“, sondern von ihren Mitpatienten kritisiert werden.

Der Alltag auf der Station ist stundenplanmäßig organisiert. Dies ist notwendig, weil Räume und Personal den Patienten zu den jeweiligen Zeiten zur Verfügung stehen müssen. Weiterhin wird mit der Festlegung von Zeiten Pflichterhaltung und soziale Verbindlichkeit trainiert. Für Initiativen gibt es genügend Zeit. Wir ermutigen Patienten dazu, ihre Wünsche und Erwartungen auszusprechen und, soweit es im Rahmen der Klinik möglich ist, zu realisieren.

Zur therapeutischen Bearbeitung krankheitsspezifischer Konflikte und Schwierigkeiten haben wir zahlreiche Therapiegruppen eingerichtet, die nicht unbedingt an Stationen gebunden sind. Für erwachsene psychisch Kranke werden Psychotherapiegruppen angeboten, die auch von entlassenen Patienten besucht werden können. Kontinuität der Gruppe trägt zum Therapieerfolg bei. Nicht nur neurotisch Kranke profitieren von diesem Gruppenangebot. Die therapeutische Konzeption ist so, daß auch Psychotiker eine Hilfe und Stabilisierung dadurch erwarten können.

Die Arbeitsgruppe in der Holzwerkstatt und im Garten trägt wesentlich zur Stabilisierung von psychotischen Patienten bei. Sie ist eine vergleichsweise belastungsarme Vorstufe zu anderen Arbeitsplätzen, auch beispielsweise im Bereich der Werkstatt für Behinderte. Arbeitstherapie muß u. E. nach Normen und Werten der Arbeitswelt konzipiert werden. Während die sonstigen Therapieformen zu einer Selbstreflexion anregen, führt die Arbeitstherapie zu gesellschaftlich anerkannten Verhaltensformen zurück und ist eine der wirksamsten Therapieformen (Wing 1973).

Suchtpatienten, die bei uns eine Regelbehandlung von 3 Wochen zur Entgiftung und Motivation durchmachen können, sind die zahlenmäßig stärkste Patientengruppe. Mindestens einmal täglich findet für alle Patienten des Krankenhauses eine Suchtgruppe statt, die an jedem Wochentag methodisch unterschiedlich gestaltet wird:

- 2 Tage problemzentrierte Gesprächsgruppe,
- 2 Tage Bewegungstherapie mit dem Ziel, positive Gefühle im eigenen Körper zu wecken,
- 1 Tag Informationsgruppe über gesundheitliche Risiken der Sucht und die Möglichkeiten zur weiteren Therapie,

- 1 Tag Gruppe unter Leitung von abstinenten Alkoholikern des Freundeskreises Baunatal. Diese Gruppe kommt seit 8/2 Jahren jede Woche einmal in unser Krankenhaus. Ein solches ehrenamtliches Engagement ist wirklich erstaunlich.
- 1 Tag Besuch des AQUA-PUBs, der alkoholfreien Kneipe des Freundeskreises Kassel, mit dem wir seit Jahren ebenfalls zusammenarbeiten.

Auch die Zusammenarbeit mit den Suchtberatungsstellen des Diakonischen Werkes und des Blauen Kreuzes ist intensiv. Ein Teil der Angebote weist von vornherein über die Behandlungszeit und die Krankenhausgrenzen hinaus.

Ein weiterer Schwerpunkt des Krankenhauses besteht im Bereich der Gerontopsychiatrie. Ich möchte zwei neue, spezifische Gruppenangebote beschreiben:

Für ältere, meist depressive Patienten gibt es Psychotherapiegruppen (Schlesinger-Kipp und Warsitz 1983, Wagner 1985). In diesen Gruppen setzen sich die Patienten meist klagend, dann anklagend mit ihren Beschwerden und mit den therapeutischen Möglichkeiten auseinander. Über die Klage am jetzigen Zustand und über die jungen Therapeuten kommen sie im Laufe der Gruppe darauf, daß es früher so viel besser war. Damit tritt auch eine Distanzierung der Symptomatik ein. Echter Kontakt zu den Therapeuten wird dann aufgenommen und kann dann ein Stück weit im Sinne eines Übertragungsverhältnisses durchgearbeitet werden. Mit dem Zurückgehen der Symptomatik und der bevorstehenden Entlassung wachsen die Klagen über die Trennung wieder an. Diese Therapiegruppen tragen, natürlich kombiniert mit anderen therapeutischen Aktivitäten, relativ viel zu einem guten Therapieerfolg bei.

Für hirnorganisch abgebaute, demente Patienten hat sich unsere Gerontogruppe bewährt. Dort wird täglich in der Gruppe gesungen, Ball über den Tisch hin und her geschoben, gemeinsam gegessen und getrunken, gemalt etc. Uns kommt es dabei darauf an, daß die Aktivitäten regelmäßig sind und Aktivitätsphasen mit Ruhepausen alternieren, um so die Patienten nicht zu überfordern. Ziel ist es bei allen Aktivitäten, an frühere Fähigkeiten anzuknüpfen und die Patienten über freudige Erlebnisse zu aktivieren und zu orientieren. Orientierungstraining im Sinne von Übungsstunden lehnen wir ab.

Ich habe nur einige Schwerpunkte unserer Arbeit darstellen können. In der Diskussion kann ich vielleicht manches noch konkreter auf Ihr Befragen schildern.

6. Zusammenfassung:

Nach einem Strukturvergleich zwischen psychiatrischem Großkrankenhaus und psychiatrischer Abteilung kann gesagt werden, daß Strukturen von psychiatrischen Abteilungen günstiger für die aktive und passive Anpassung

von abweichendem Verhalten an die Gesellschaft ist. Die geringere innere Differenzierung und die damit verbundene größere äußere Durchlässigkeit sind dafür ausschlaggebend. In der therapeutischen Konzeption und der praktischen Arbeit kommt es darauf an, diese Vorteile zu nutzen. Die Versorgung von chronisch Kranken und damit die Übernahme eines Vollversorgungsauftrages ist nur in enger Kooperation mit komplementären Einrichtungen in der Region machbar und sinnvoll. Die Übergänge von einer Institution zur anderen stellen für Patienten Lebenskrisen dar, die sich sowohl positiv, jedoch auch krankheitsauslösend auswirken können. Im Rahmen der Tagung wird diskutiert, wie in diesen neuen organisatorischen Strukturen spezifische Betreuungs- und Therapiemaßnahmen gestaltet werden können.

Literatur:

- Autorengruppe Häcklingen/Uelzen: Ausgrenzen ist leichter, Alltag in der Gemeindepsychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Rehburg-Loccum 1981
- Bauer, M.: Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern - Ergebnisse einer Umfrage, in: M. Bauer und M. Rave-Schwank (Hrsg.): Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. AKTION PSYCHISCH KRANKE, Rheinland, Köln, 1984
- Bosch, G.: Zum Gewicht sozialer Faktoren bei Verlauf und Behandlung psychischer Krankheiten, in: U. Plog u. K. Dörner (Hrsg.): Sozialpsychiatrie. Luchterhand, Neuwied, 1972
- Ciampi, L.: Gedanken zu den therapeutischen Möglichkeiten einer Technik der provozierten Krise. Psychiatrica clinica 10 (1-3): 96-101 (1977) Ergebnisprotokoll der Arbeitsgruppe „Sektorisierte Versorgungsverpflichtung“ in Dortmund am 10. 3. 1986
- Fengler, Ch. u. Fengler, Th.: Alltag in der Anstalt. Psychiatrie-Verlag, Rehburg-Loccum 1980
- Goffman, E.: Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Suhrkamp, Frankfurt, 1972
- Hartmann, H.: Ich-Psychologie und Anpassungsprobleme. Klett, Stuttgart, 1960
- Kipp, J.: Aufgaben einer psychoanalytischen Soziotherapie am Beispiel einer teilstationären Einrichtung. Symposium über stationäre Psychotherapie am 2. 10. 1977 in Stuttgart
- Kipp, J. und Tegel, C.: Erfahrungen mit der gemeindepsychiatrischen Arbeit in Kassel - 4^{1/2} Jahre psychiatrische Arbeit im Ludwig-Noll-Krankenhaus. Sozialpsychiatrische Praxis 2: 48-55 (1984)
- Kulenkampff, C.: Die Vorstellung der Enquete-Kommission, „wo immer möglich psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern einzurichten“, in: M. Bauer und M. Rave-Schwank (Hrsg.): Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. AKTION PSYCHISCH KRANKE, Rheinland-Verlag Köln 1984
- Luhmann, N.: Zweckbegriff und Systemrationalität. Suhrkamp, Frankfurt 1968 (1973)
- ders.: Moderne Systemtheorie als Form gesamtgesellschaftlicher Analyse, in: J. Habermas und N. Luhmann: Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie. Suhrkamp, Frankfurt 1971 a

ders.: Sinn als Grundbegriff der Soziologie, in: J. Habermas und N. Luhmann: Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie. Suhrkamp, Frankfurt 1971 b

Philipzen, H. und Pfeifer, W.: Klinische Vollversorgung durch eine psychiatrische Abteilung im Gemeindehospital. Manuskript 1986

Pohlen, M.: Gruppenanalyse. Vandenhoeck & Rupprecht, Göttingen, 1972

Psychiatrie-Enquete: Bundestagsdrucksache 7/4200, 1975

Redlich, F. C. und Freedman, D.: Theorie und Praxis der Psychiatrie. Suhrkamp, Frankfurt 1970

Schlesinger-Kipp, G. und Warsitz, P.: Der Sog des Schweigens und die unwillkürliche Erinnerung. Fragmente (Kassel) 10: 40-93 (1983)

Veltin, A.: Soziotherapie, in: Friesem, H. (Hrsg.): Kritische Stichwörter zur Sozialpsychiatrie. Fink, München 1979

Wagner, T.: Körperliche Beschwerden und ihre Bearbeitung in einer Gruppentherapie mit Älteren. In: Kalousek, M. E. (Hrsg.): Gerontopsychiatrie 13, Janssen, Neuss 1988, S. 112-125

Teil I

Akutpsychiatrie in der Psychiatrischen Abteilung

Krisenintervention in der Psychiatrischen Abteilung

H. Berger

Psychiatrische Notfälle und Krisen sind nicht allein aus der Eigendynamik seelischer Erkrankungen und Konflikte ableitbare Phänomene. Sie sind in ihrer Ausgestaltung und in ihrem Verlauf vielmehr in besonderem Maße von den hierauf gegebenen institutionellen Antworten abhängig. Das traditionelle und noch vieler Orts bestehende System psychiatrischer Versorgung leidet gemäß Katschnig vor allem unter dem strukturellen Problem, daß die Psychiatrischen Krankenhäuser in der Regel vom Ort des Geschehens weit entfernt sind. Psychiatrische Notfallhilfe wird hierbei in erster Linie vom allgemeinärztlichen Notdienst unter häufiger Einschaltung der Polizei geleistet. Die Zugangsschwelle zu psychiatrischer Fachkompetenz ist entsprechend hoch. Ganz anders stellt sich die Situation dar, wenn eine Psychiatrische Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus ihre Dienste vor Ort anbietet, insbesondere dann, wenn sie sich zur Regelversorgung verpflichtet und der Klinik kein spezialisierter Kriseninterventionsdienst vorgeschaltet wird. Während nun über die Funktionsweise und Organisationsstruktur der sehr heterogen gestalteten Kriseninterventionsdienste einige Kenntnis besteht (vgl. hierzu Katschnig), ist der Beitrag Psychiatrischer Abteilungen zur Notfallversorgung ein weithin unbeschriebenes Blatt. Welche besonderen Aufgaben hierbei den Abteilungen zuwachsen, soll im Folgenden anhand der Offenbacher Erfahrungen dargestellt werden. Um nicht nur situative Eindrücke zu vermitteln, werden die Ergebnisse einer Erhebung zitiert, die einer unserer Mitarbeiter, Herr Dr. Schölzel, zu Art und Umfang des Bereitschaftsdienstes durchgeführt hat. Darüber hinaus haben wir den Versuch unternommen, über die Zeitdauer eines Monats hinweg alle diejenigen Kriseninterventionen zu dokumentieren, die jenseits des vorgesehenen institutionellen Weges stattfinden, also dann, wenn vornehmlich ehemalige Patienten in Not geraten sind und ihre alte Station direkt aufsuchen oder dort anrufen und nach den ihnen vertrauten Mitarbeitern verlangen. Schließlich werden erste Erfahrungen mit einer kürzlich eröffneten Station, die sich auf psychiatrische Notfallhilfe spezialisiert hat, mitgeteilt.

Zuvor seien jedoch kurz die Rahmenbedingungen skizziert. Die seit 1981 bestehende Psychiatrische Klinik ist Teil des Stadtkrankenhauses Offenbach, eines Krankenhauses der Maximalversorgung mit mehr als 1000 Betten und insgesamt 15 Kliniken. Die Psychiatrische Abteilung verfügt über derzeit 68, zukünftig 80 Betten sowie über 18 Plätze in der Tagesklinik. Je 11 bzw. 12 Betten sind in einer Pflegegruppe mit eigenem Aufenthaltsraum und einem eigenständigen, an den Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft orientierten Behandlungsteam zusammengefaßt. 5 der 6 gemischtgeschlechtlich belegten Stationen nehmen alle erwachsenen Patienten gleich welcher Diagnose nach Maßgabe freier Betten auf. Die 6. Station verfügt

neben 6 Normalbetten über 5 Intensivbetten, die für besondere psychiatrische Indikationen, vornehmlich Notfälle, vorgesehen sind. Hierzu später Näheres. Alle Stationen sind im Prinzip offen, können bei Bedarf jedoch geschlossen werden. Die Klinik verpflichtete sich vom ersten Tag an insofern der Sektorversorgung, als kein Offenbacher Patient abgewiesen wurde, wenn ein Bett verfügbar war. Seit April 1986 werden unabhängig von der Bettensituation alle Sektorpatienten, vor allem aber alle zwangsweise eingewiesenen Patienten aus Offenbach aufgenommen.

Zur Vervollständigung des Bildes sei nur kurz erwähnt, daß die Stadt Offenbach darüber hinaus über eine relativ gut ausgebaute psychiatrische Infrastruktur verfügt. Seit 1981 sind unter dem Dach des Vereins „Lebensräume e.V.“ etwa 50 betreute Wohnplätze, ein Patientencafé, eine Tagesstätte, zwei Selbsthilfefirmen sowie eine aktive Laien- und Angehörigengruppe entstanden, ferner in Trägerschaft der Arbeiterwohlfahrt eine Werkstatt für Behinderte mit ebenfalls 50 Plätzen sowie unter Regie des Stadtgesundheitsamtes ein personell hinreichend ausgestatteter Sozialpsychiatrischer Dienst. Weiter bieten 4 Beratungsstellen, 6 niedergelassene Nervenärzte, 6 niedergelassene Psychologen und Selbsthilfegruppen, letztere vor allem für Suchtkranke, ihre Dienste an. Der Verbund dieser Einrichtungen, die im übrigen gemeinsam mit den Behörden in einer psychosozialen Arbeitsgemeinschaft mehr oder weniger eng kooperieren, ist mittlerweile im großen und ganzen durchaus in der Lage, die Regelversorgung der Stadt Offenbach zu gewährleisten, was auch zu einer spürbaren Entlastung des Psychiatrischen Krankenhauses Riedstadt, dem bislang die gesamte Versorgung oblag, geführt hat. Wir haben hierüber an anderen Orten bereits berichtet.

Doch nun zurück zur Psychiatrischen Klinik. Diese nahm im Jahre 1985 681 Patienten auf, hiervon 6% unter den Bedingungen des Hessischen Freiheitsentziehungsgesetzes. Alle Aufnahmen kamen zustande über die mit den anderen Fachdisziplinen gemeinsam geführte Notfallaufnahme, die unter Federführung je eines Internisten und Chirurgen rund um die Uhr besetzt ist und über alle diagnostischen Möglichkeiten des Stadtkrankenhauses verfügt. Die Teilnahme unseres Bereitschaftsdienstes an der Notfanaufnahme war uns besonders wichtig, vor allem weil es zweckdienlich ist, in diagnostisch unklaren Fällen die Fachkompetenz anderer Disziplinen unmittelbar verfügbar zu haben, zum anderen aber auch, um einer Sonderrolle psychisch Kranker vorzubeugen, war doch insbesondere zu Beginn u. a. von der Polizei der Wunsch vorgetragen worden, die Psychiatrische Klinik mit einem direkten, um nicht zu sagen diskreten Zugangsweg zu versehen. Die Notfallaufnahme hat der Systematik der Krankenversicherung zufolge ausschließlich die Aufgabe der Notfallversorgung. Wie sich dies im psychiatrischen Alltag darstellt, soll im Folgenden anhand der eingangs erwähnten Erhebung gezeigt werden: 1985 wurden von unseren diensthabenden Ärzten insgesamt 688 Patienten gesehen. Die diagnostische Zuordnung läßt sich aus der Abb. 1 ersehen:

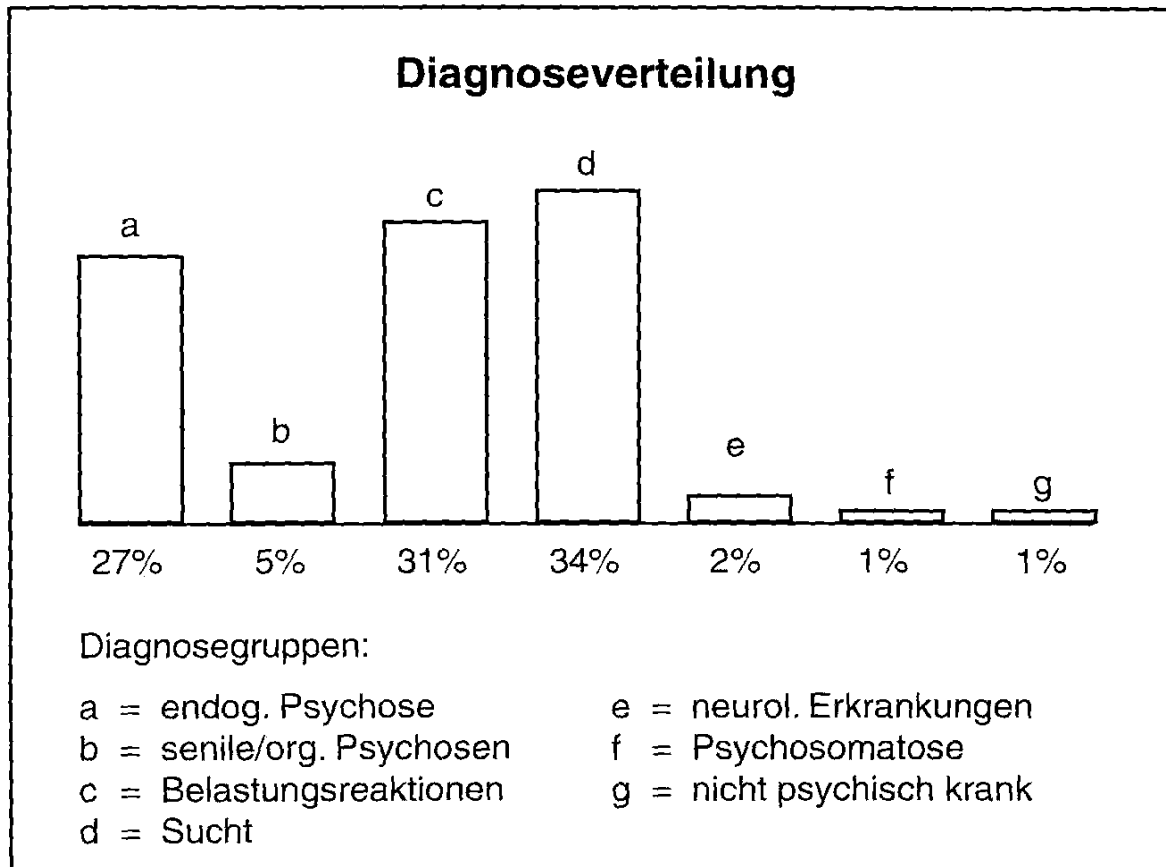


Abb. 1 Diagnoseverteilung

Übersicht über Menschen mit Suchtproblemen, der größten Anteil geschildert

Hiernach stellen Menschen mit Suchtproblemen den größten Anteil gefolgt von situativ ausgelösten Konfliktreaktionen einschließlich Suicidversuchen (13%/N=89) und psychotischen Dekompensationen zu je etwa einem Drittel. Hiervon kamen insgesamt 97% aller Patienten freiwillig zur Aufnahme. Die Analyse des Zugangsweges zeigt den uns selbst überraschenden Befund (siehe hierzu Abb. 2), daß die eindeutige Mehrzahl der Patienten aufgrund eigener Initiative oder aufgrund des Wunsches Angehöriger ohne ärztliche Einweisung direkt in der Notfallaufnahme vorstellig wird. Die für Notfälle eigentlich vorgesehenen Instanzen, nämlich niedergelassene Ärzte sowie der ärztliche Notdienst erfüllen demgemäß ihre Rolle nur bei insgesamt 14% aller in der Notfallaufnahme gesehenen Patienten. Dies hat unserer Erfahrung nach vor allem damit zu tun, daß sich mittlerweile in der Stadt herumgesprochen hat, wie unkompliziert psychiatrische Fachkompetenz über die Notfallaufnahme erreichbar ist, ohne Voranmeldungen, ohne nennenswerte Wartezeiten, letztlich auch ohne jegliche Formalitäten. Dies hat sicherlich seinen großen Vorteil bei den Patienten, denen rasch geholfen werden muß und bei denen, die an den üblichen Zugangsschwellen scheitern. Ob dies generell von Vorteil ist, muß dahingestellt bleiben, insbesondere wenn man den hohen Anteil der Suchtkrankheiten und Kon-

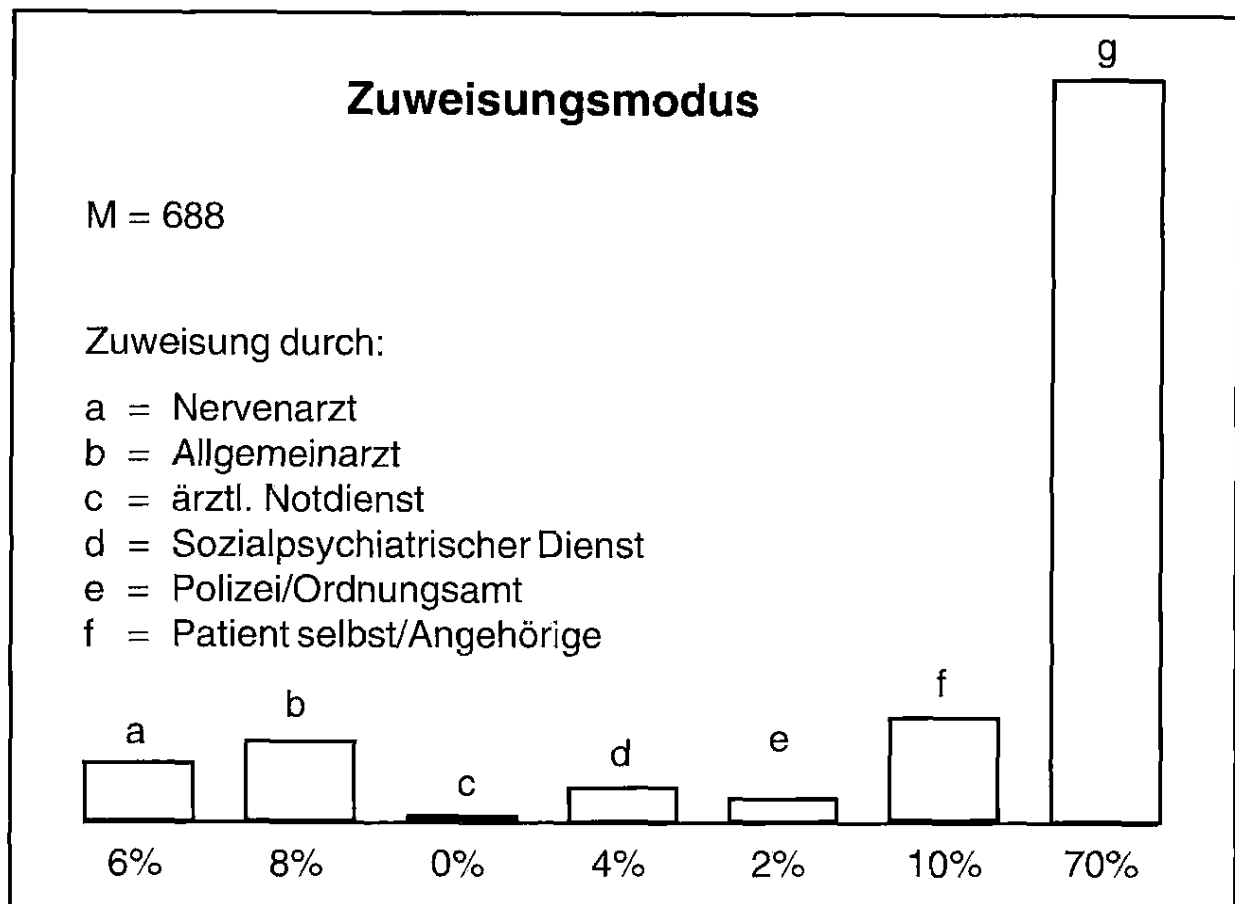


Abb. 2 Zuweisungsmodus

fliktreaktionen bedenkt. Hier fehlen offensichtlich angemessene ambulante Alternativen zur Krisenintervention. Der Sozialpsychiatrische Dienst hat eine Sonderfunktion, sein Anteil an Patienten in der Notfallaufnahme ist sehr klein, demgegenüber bei den Aufnahmen in der Klinik mehr als doppelt so hoch, was zeigt, daß der Sozialpsychiatrische Dienst Kriseninterventionen in der Regel selbst bewältigt und erforderliche Klinikaufnahmen direkt an diese weiterleitet.

Wie gehen die diensthabenden Ärzte nun mit den 688 Patienten um. Die Hälfte aller Patienten geht nach dem Gespräch mit dem Arzt, was neben der eher seltenen Gabe von Medikamenten (lediglich 9% der Patienten werden so versorgt) das praktisch einzige Interventionsinstrument darstellt, nach Hause. 12% der Patienten werden an einen Facharzt für Psychiatrie weiterverwiesen, 3% an den Hausarzt und 6% an Fachberatungsstellen, insgesamt wird also bei lediglich knapp einem Fünftel der Patienten (18%) die Notwendigkeit einer fachspezifischen Weiterbetreuung gesehen, einer gleichgroßen Zahl von Patienten (15%) ist mit dem Gespräch in der Notfallaufnahme offensichtlich Genüge getan. Auch hierbei stellt sich die Frage, ob dies die Aufgabe eines klinischen Bereitschaftsdienstes sein muß, auch wenn ein solch breites Spektrum von Erfahrungsmöglichkeiten sicher im Interesse

der auszubildenden Ärzte liegt. Andererseits werden 5% der Patienten zur Aufnahme in der Klinik vorgemerkt und 50% werden stationär aufgenommen, hiervon 26% in der eigenen Klinik, 18% - weil nicht im Sektor wohnend - in anderen Psychiatrischen Kliniken und 6% in anderen, nicht psychiatrischen Stationen des Hauses. In der Ärztekonzferenz am nächsten Morgen stellt sich dann häufig die Frage, ob nicht die Aufnahme dieses oder jenes Patienten vermeidbar gewesen wäre, was in der Regel von dem diensthabenden Arzt verneint wird mit dem Hinweis, daß entsprechende ambulante Versorgungsalternativen fehlen.

Über diese in der Notfallaufnahme umfangreiche Krisenintervention und Notfallhilfe hinaus sind jedoch, wie der Alltag lehrt, alle Berufsgruppen der Psychiatrischen Klinik mit Krisen konfrontiert, die von außen und jenseits des üblichen Weges an sie herangetragen werden. Wie die eingangs erwähnte 4-Wochen-Erhebung zeigt, war der Umfang dieser Aktivitäten weit größer, als wir erwartet hatten. 174 Personen nahmen in der Zeit vom 10. 3. bis zum 7. 4. 1986 insgesamt 323mal Mitarbeiter der Klinik in Anspruch. In der Mehrzahl der Fälle (58%) in Form eines persönlichen Kontaktes, in 40% über das Telefon, bei 7 Patienten (2%) sahen sich die Mitarbeiter zu einem sofortigen Hausbesuch veranlaßt, auch wenn dies im Dienstvertrag (wie auch alle übrigen in Rede stehenden Aktivitäten) nicht vorgesehen ist. Der Anlaß des Hilfesuchens ist in Abb. 3 aufgeschlüsselt:

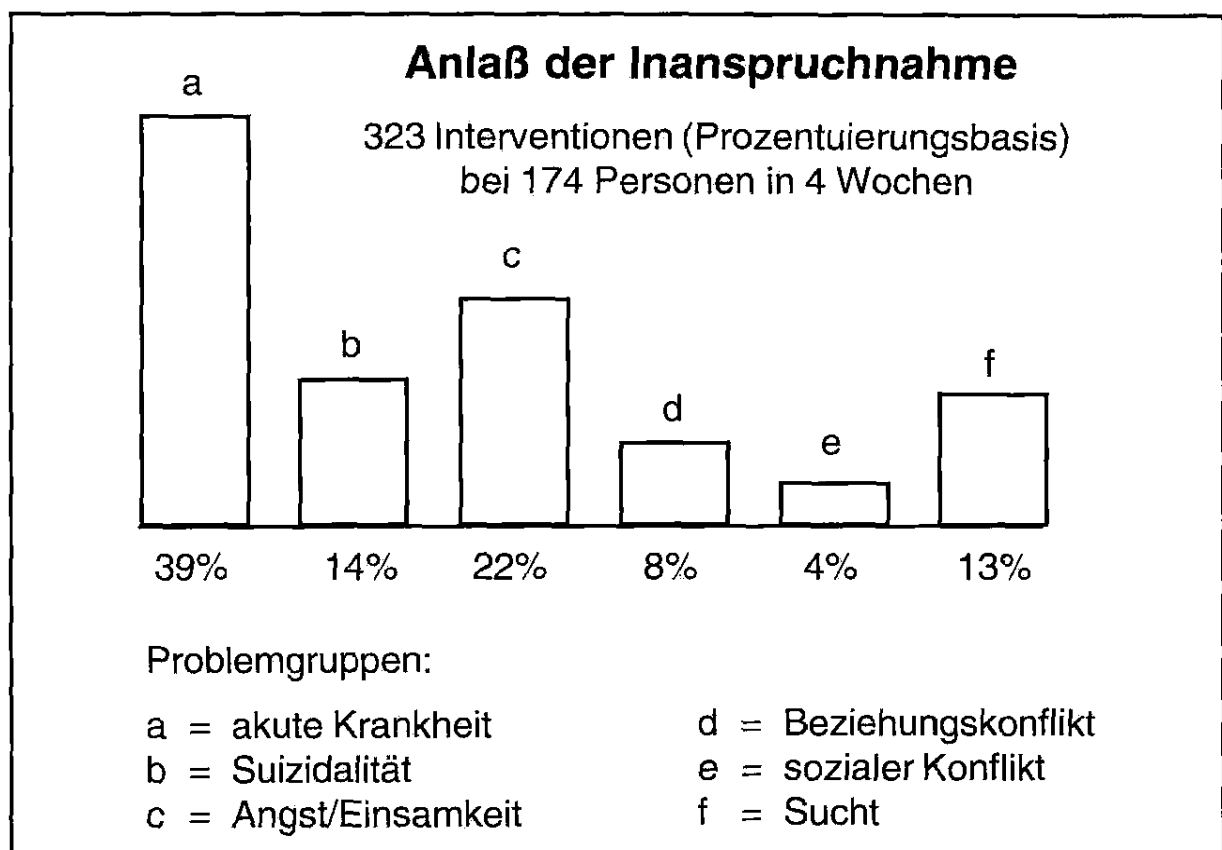


Abb. 3 Anlaß der Inanspruchnahme

Hiernach kam die Mehrzahl der Patienten vor allem im Rahmen akuter Exacerbationen einer bestehenden Psychose in die Klinik, 22% klagten über Angst und Einsamkeit, je eine etwa gleichgroße Gruppe ersuchte um Hilfe bei Suicidalität und bei Suchtproblemen. Bemerkenswert ist hierbei, daß 72% aller Kontakte zwischen 8.00 und 17.00 Uhr zustande kamen, in einer Zeit also, in der auch die hierfür gedachten, ambulanten Dienste zur Verfügung stehen. Immerhin erfolgte aber ein knappes Drittel der Kriseninterventionen, nämlich 28%, in der Zeit zwischen 17.00 und 7.00 Uhr, auch dies ein Hinweis auf ein zu knapp bemessenes außerklinisches Hilfsangebot. 74% aller Gespräche, sei es persönlich oder am Telefon, nahmen bis zu einer halben Stunde in Anspruch, für mehr als ein Viertel (26%) aller Interventionen war jedoch deutlich mehr Zeit erforderlich.

Welche Lösungsversuche im einzelnen unternommen wurden, zeigt die Abb. 4:

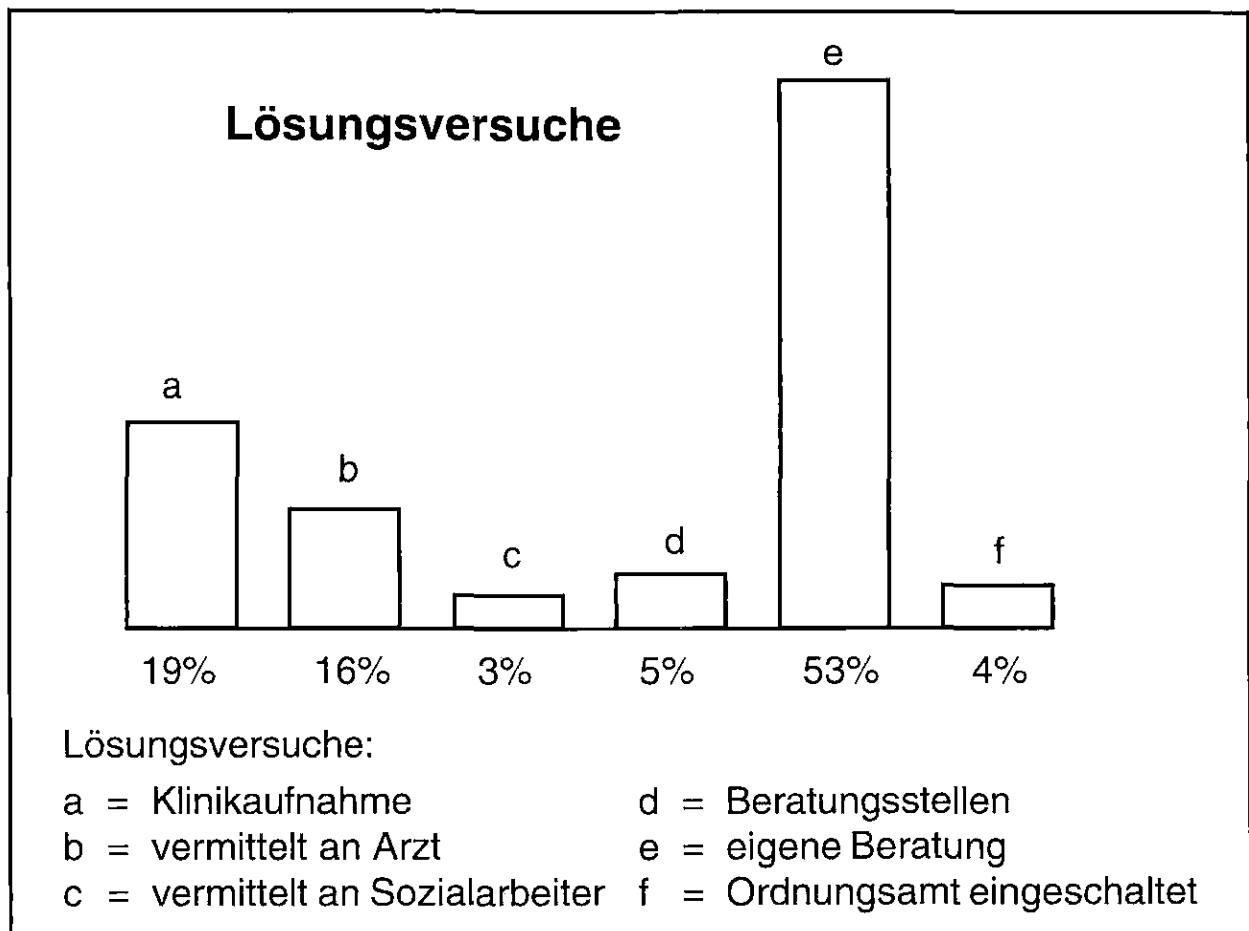


Abb. 4 Lösungsversuche

Die Beratung durch den je angesprochenen Mitarbeiter steht bei 53% aller Interventionen an erster Stelle. 19% der Patienten wurden stationär aufgenommen, 16% zusätzlich von einem der Ärzte gesehen.

Über diese, ursprünglich in dem hier dargelegten Ausmaß nicht vorgesehenen ambulanten Aktivitäten zur Krisenintervention hinaus standen wir indes vor der Aufgabe, wie wir mit den Patienten umgehen, die als Notfall zur

stationären Aufnahme kommen. Definiert man nun psychiatrische Notfälle in erster Linie als akute Erregungs- oder Verwirrtheitszustände und akute Suicidalität und geht man weiter davon aus, daß erstere in aller Regel gegen ihren Willen von der Polizei in die Klinik verbracht werden, so folgt aus unseren Zahlen (Aufnahmen nach § 10 HFEG, sowie Aufnahmeanlaß Suicidalität), daß dies 1985 bei 110 von 681 in der Offenbacher Klinik aufgenommenen Patienten der Fall war. Wie schon erwähnt, besteht in unserer Klinik keine Aufnahmeabteilung im herkömmlichen Sinn, vielmehr werden alle Patienten nach der Maßgabe freier Betten auf allen Stationen aufgenommen. Zumindest bis zum Februar des Jahres 1986. Seit dieser Zeit nämlich sind auf einer der Stationen 5 Betten zur Notfallversorgung eingerichtet. D. h. in praxi auf dieser Station durch Aufstockung des Personalschlüssels (9,5 Pflegekräfte auf 10 Betten) eine 1:1 Betreuung sowie die Möglichkeit, bei zwei Betten ein Herz-Kreislauf-Monitoring mit entsprechender, apparativer Ausstattung durchzuführen. Zusätzlich stehen zwei Stationsärzte sowie bei Bedarf ein Psychologe, ein Sozialarbeiter und eine Beschäftigungstherapeutin zur Verfügung. Die Station ist dennoch nicht eine gleichsam verkappte Aufnahmeabteilung, sie kann vielmehr nur in Anspruch genommen werden bei folgenden Indikationen:

1. Akute, vornehmlich erregte Psychosen, bei denen im Rahmen der Notwendigkeit einer hochdosierten und in der Regel parenteral verabfolgten Medikation eine intensive Überwachung erforderlich ist.
2. Akute Suicidalität.
3. Psychisch Kranke mit pharmakologisch induzierten Komplikationen oder interkurrenten organischen Erkrankungen, bei denen die notwendige Überwachung und Versorgung auf anderen Stationen nicht möglich ist.
4. Exogene Zustandsbilder, im Einzelnen leichtere Intoxikationen und Entzugssyndrome, sofern keine Ateminsuffizienz besteht.

Patienten mit einer Ateminsuffizienz oder einer cardialen Dekompensation sowie mit anderen schwerwiegenden, organischen Erkrankungen, bei denen die psychiatrische Symptomatik zweitrangig ist, werden hingegen weiterhin wie bisher von der Medizinischen oder Chirurgischen Intensivstation des Stadtkrankenhauses versorgt.

Wie aus dem Indikationskatalog zu ersehen ist, sind diese 5 Betten vor allem für intensivbetreuungsbedürftige Patienten vorgesehen. Die Entscheidung für eine solche innere Differenzierung fiel uns nicht leicht und erfolgte erst nach langen Diskussionen in der Mitarbeiterkonferenz, sind wir doch nach wie vor davon überzeugt, daß gemischte Stationen eine realitätsnähere Atmosphäre entwickeln und ein Maß an Selbsthilfepotential hervorbringen, auf das wir nicht verzichten möchten. Dennoch hat die Erfahrung gezeigt, daß Patienten der genannten Indikationsbereiche, die ein besonderes Maß an Zuwendung beanspruchen, das übliche Stationsgefüge, das sich wesentlich in gemeinschaftlichen Aktivitäten wie z. B. Morgenrunden und Thera-

piegruppen konstituiert, häufig in einem nicht vertretbaren Maße erschüttern. Vor allem weil die Aufmerksamkeit und Zuwendung der Mitarbeiter von den anderen Patienten abgezogen wird. Die Bereitschaft der Patienten, solche oft spannungsreichen Situationen zu erdulden oder gar mitzuhelfen, war dann rasch erschöpft, Unzufriedenheit entstand auf beiden Seiten, die Patienten klagten, zu kurz zu kommen, die Schwestern und Pfleger klagten, sie hätten zu wenig Zeit für alle übrigen Patienten. Sitzwachen halfen nur stundenweise und bedurften selbst der Anleitung, so daß nicht selten die allgemeine Atmosphäre der Station einem chronischen Erschöpfungszustand glich, insbesondere, wenn mehr als zwei intensiv betreuungsbedürftige Patienten zugleich auf der Station waren. Ein anderes kam hinzu: Nicht allzuseiten sind wir im Konsiliardienst mit schwerkranken Patienten anderer Disziplinen befaßt, die einer dichten psychiatrischen Betreuung bedürfen. Beispielhaft sei hier ein 19jähriger Mann genannt, der im Rahmen eines Selbstmordversuches mehr als 60% der Hautoberfläche durch selbst zugefügte Verbrennungen verlor und nur dank der Kunst unserer Verbrennungsintensivstation überlebte. Bald stellte sich aber heraus, daß die lebensnotwendige Mobilisation an seiner kataton anmutenden Weigerung zu scheitern drohte, was zu einer unheilvollen Interaktionsspirale zwischen ihm und den für seine besondere psychische Situation wenig zugänglichen Ärzten und Schwestern führte. Dies konnte nur unterbrochen werden, indem der im Konsiliardienst geknüpfte vertrauensvolle Kontakt in Verbindung mit den sehr aufwendigen pflegerischen Maßnahmen (u. a. täglicher Verbandswechsel am ganzen Körper) frühzeitig in unserer Intensiveinheit fortgesetzt werden konnte, bereits zu einem Zeitpunkt, an dem der Patient weder auf eine Chirurgische Normalstation noch in eine andere Psychiatrische Klinik (aus der er kam) hätte verlegt werden können. Erst die verständnisvolle Zuwendung unserer Pfleger und Schwestern in Verbindung mit der notwendigen körperlichen Pflege ermöglichte ihm, zunächst zaghafte, dann immer mutigere Mobilisationsversuche zu unternehmen. Heute ist er, soweit es die Verbrennungsfolgen zulassen, in jeder Hinsicht weitgehend restituiert und hat wieder mit Erfolg seine Ausbildung aufgenommen. Die Konsiliarbesuche allein hätten dies nicht vermocht. Gewiß sind diese und vergleichbare Patienten eher die Ausnahmen im psychiatrischen Alltag. Gleichwohl sind wir als Teil eines Krankenhauses der Maximalversorgung anders als die Psychiatrischen Landeskrankenhäuser mit solchen Patienten konfrontiert, die sowohl somatisch als auch psychisch schwer erkrankt sind und einer Betreuung bedürfen, die möglichst in einer Hand liegen sollte.

Wir legten aber bei der Konzipierung dieser Intensivpflegeeinheit, die in der Regel zwei, maximal drei Patienten der beschriebenen Indikationen beherbergt, besonderen Wert darauf, diese nicht abzugrenzen, sondern, wie schon erwähnt, in eine Normalstation mit weiteren 6 Betten zu integrieren. Dies dient unserer Erfahrung nach allen Beteiligten. Zum einen wird den betroffenen Patienten das Stigma des Besonderen genommen, zum anderen verschafft es ihnen die Möglichkeit, nach Abklingen der Krise von

demselben Team unter Umständen auch langfristig weiter betreut zu werden. Schließlich dient diese Mischform der Station auch zur Entlastung des Teams, das so nicht ausschließlich mit den schwierigsten Patienten konfrontiert ist, andererseits aber gerade durch die sehr intensiven Erfahrungen in den Grenzbereichen zwischen Leben und Tod zu einer besonderen Homogenität gefunden hat, die auch durch eine externe Supervision unterstützt wird. Dies führt seinerseits wiederum zu einer Strukturierung des Stationsmilieus, die den Umgang mit schwierigen Patienten sehr viel leichter macht, die anderen Stationen entlastet und ihrerseits ermutigt, zuvor nicht gekannte Betreuungsressourcen zu mobilisieren. Es entsteht gewissermaßen eine hausinterne Konkurrenz um schwierige Patienten (nach dem Motto, was die können, können wir auch), wo vorher eben wegen der beschriebenen Erschöpfungen lange um Verlegungen dieser Patienten innerhalb des Hauses gefeilscht wurde. Mit anderen Worten: Wenn heute ein Stationsteam mit einem besonders schwierigen Patienten konfrontiert ist, dann weiß es, daß dieser Patient notfalls auf die Intensivereinheit verlegt oder von dort, falls möglich, zusätzliche Pfleger oder Schwestern angefordert werden können. Gerade dieses Wissen aber gibt dem Team eher als zuvor die Möglichkeit, aus eigener Kraft Lösungen zu versuchen.

Faßt man die dargestellten Erfahrungen zusammen, so können mit aller gebotenen Vorsicht hieraus zwei Schlußfolgerungen gezogen werden:

1. *Ambulante* Krisenintervention nimmt unter den Bedingungen einer Vernetzung der Psychiatrischen Abteilung mit der Gemeinde einen nicht unbeträchtlichen Teil der Tagesarbeit in Anspruch, rein zahlenmäßig handelt es sich hierbei in Offenbach um ein Mehrfaches der stationären Aufnahmen. Diese Kriseninterventionen finden auf versicherungsrechtlich halbwegs gebilligtem Wege in der Notfallaufnahme, in erheblichem Umfang aber auf gar nicht dafür vorgesehenen Wegen, nämlich in der Klinik selbst statt. Dies weist darauf hin, daß die eigentlich für Krisenintervention gedachten Dienste trotz zahlenmäßig guter Ausstattung möglicherweise an den Problemen der Patienten vorbeigehen. Ob aber hierfür die in dem gegebenen Rahmen der RVO praktisch kaum zu realisierende Schaffung eines ambulanten Kriseninterventionsdienstes, also einer neuen eigenständigen Institution, das rechte Mittel ist, muß dahingestellt bleiben, es sei denn, dieser Dienst wäre räumlich, personell und organisatorisch eng mit der Psychiatrischen Abteilung verbunden. Dieser Vorstellung folgend soll in Offenbach demnächst ein eurofunkgestützter Rufbereitschaftsdienst für die Nacht- und Wochenendstunden realisiert werden, gebildet aus psychiatrisch erfahrenen Mitarbeitern der Klinik und der „Lebensräume e.V.“ auf der Basis einer stundenweisen Vergütung. Dieser Dienst soll ausschließlich über den diensthabenden Psychiater der Klinik zum Einsatz vor Ort gebracht werden.
2. *Stationäre* Krisenintervention und Notfallhilfe stellen Psychiatrische Abteilungen eben wegen ihrer Einbindung in ein Allgemeinkrankenhaus

vor gänzlich neue Aufgaben. Diese erfordern innovative und wahrscheinlich je nach regionalen Gegebenheiten unterschiedliche Lösungswege, wobei sowohl die Einbindung psychiatrischer Kompetenz in die somatischen Disziplinen etwa in Form eines Liaisondienstes als auch die Einbindung somatonmedizinischer Kompetenz in das psychiatrische Fachgebiet in der dargestellten Organisationsform denkbar ist. Auf jeden Fall aber stellt die stationäre Krisenintervention in Psychiatrischen Abteilungen Anforderungen, die nicht zuletzt auch in einem gesonderten Personalschlüssel Ausdruck finden müssen.

Die Psychiatrische Abteilung als Aufnahmeabteilung

M. Krisor

Beginnen möchte ich meinen Bericht und meine Überlegungen mit der Frage des Ehepaares Cumming, „wie alle ärztlichen und pflegerischen Möglichkeiten so genutzt werden können, daß Behandlungsbedürftige unter Bedingungen versorgt werden, die sich mit der menschlichen Würde vereinbaren lassen, die man jedermann gleichermaßen zubilligen sollte“ (Cumming, Cumming 1979).

Ich glaube, es war die Frage nach der *menschlichen Würde*, die den Pionieren der Psychiatrie-Enquete angesichts der Konfrontation mit den von ihnen als „elend, zum Teil als menschenunwürdig“ beschriebenen Verhältnissen keine Ruhe ließ; sie motivierte, nach einer besseren Form psychiatrischer Versorgung zu suchen.

Da ich an dieser Stelle vor einigen von Ihnen über meine Erfahrungen und Gedanken in der Gemeindepsychiatrie berichten darf, möchte ich Ihnen hier meine Hochachtung und meinen Dank für Ihre Arbeit aussprechen.

Auch heute noch bewegt uns die Frage: Welcher klinisch-institutionelle Rahmen schafft die Unterstützung, die der psychisch Kranke, insbesondere der psychotisch Kranke, zur erfolgreichen Behandlung seiner Störungen braucht.

Kritisch und selbstkritisch fragen sich auch viele von uns: Ist es uns durch den Aufbau von psychiatrischen Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus oder durch die Umwandlung kleinerer Allgemeinkrankenhäuser in psychiatrische Kliniken gelungen, wirklich alternative institutionelle Praxis zur Landeskrankenhaus-Psychiatrie zu entwickeln?

Schwerwiegende, nicht zu verharmlosende Mißstände in psychiatrischen Institutionen (Goffman, 1961; Basaglia, 1968; Brown/Wing, 1974), haben in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen, sowohl des Wissenschaftsbetriebs (Sozialwissenschaften, Soziologie, Sozialpsychologie usw.) als auch der Medien eine ablehnende Haltung psychiatrischen Institutionen gegenüber gefördert. (Auch der Moderator des gestrigen Abends forderte die strukturelle Umwandlung: weg von der stationären, hin zur ambulanten Versorgung.)

Selbst die derzeitige Diskussion im politischen Feld um die psychiatrische Versorgung scheint mir nicht frei von antiinstitutionellen Ressentiments zu sein. Wie es ohne Institutionen der Betreuung in einer vorindustrialisierten Gesellschaft aussah, zeigt Klaus Ernst in einer Veröffentlichung von 1983, „Geisteskrankheit ohne Institution, eine Feldstudie im Kanton Fribourg aus dem Jahre 1875“; er legt die Ergebnisse der Untersuchung des franz. Psychiater Dr. Girard Cailleux an den 164 psychisch Kranken des Kanton Fribourg dar.

Diese Kranken waren „gemeindenah“ untergebracht, bei ihren Familien oder Pflegefamilien. 25 von ihnen waren praktisch dauernd in ungeheizten Räumen eingesperrt; 8 Kranke waren dauernd oder zeitweise angekettet usw.

Die öffentliche Geringschätzung der positiven Aspekte der psychiatrischen Institution, des Geborgenheit gewährenden Hospitals, (das wieder Struktur, Beziehung, Halt, Begegnung ermöglicht) scheint mir auch eine der Auswirkungen der breitenwirksamen antipsychiatrischen Theoreme zu sein.

Sicherlich gibt es noch weitere Ursachen für das auch heute noch anzutreffende geringe Interesse am Milieu, an der Struktur, an der Atmosphäre einer psychiatrischen Klinik, insgesamt am kontextuellen Hintergrund von psychiatrisch-stationärer Behandlung.

Ich darf Sie bitten, diesem Bereich Ihre Aufmerksamkeit zu widmen.

In einem — seiner Natur gemäß - verschlossenen, unterirdischen Kerkerraum wurde eine - wir würden heute sagen - paranoid-halluzinatorisch erkrankte Langzeitpatientin zu Lebzeiten der heiligen Hildegard von Bingen (1098 bis 1179) in einem Kölner Dominikanerkloster 10 Jahre lang gehalten; als Mahnmal der Strafe Gottes wurde sie, natürlich nur durch das vergitterte Fensterchen der Türe, verschreckten Besuchern gezeigt; die Kranke spielte dann jeweils die ihr zugedachte Rolle, indem sie aufheulte, kreischte, unflätige Verwünschungen ausstieß.

Hildegard von Bingen erreichte es schließlich, daß die Kranke in ihr Kloster gebracht wurde; dort durfte sie sich frei bewegen, sie wurde ermuntert, an den allgemeinen täglichen häuslichen Aufgaben und Verrichtungen teilzunehmen; Hildegard hielt ihre Mitschwestern an, auffälliges Verhalten der Patientin möglichst zu übersehen und sie für ihr Bemühen um angemessenes Verhalten zu loben. Im Laufe eines Jahres verschwand das auffällige Verhalten weitestgehend, die Kranke betätigte sich als Helferin in verschiedenen hauswirtschaftlichen Bereichen des Klosters. Bei den Ordensfrauen soll sie sehr beliebt gewesen sein.

Das Einzelfallbeispiel aus dem Mittelalter befindet sich in voller Übereinstimmung mit der sogenannten „Dreikrankenhausstudie“ („Institutionalismus und Schizophrenie“) von Wing und Brown (1974), die eindrucksvoll belegt, welch entscheidenden Einfluß auf Psychopathologie und das Verhalten des Kranken eine Änderung des Krankenhausmilieus hat.

Wenn es auf der Hand liegt - ich zitiere noch einmal die eingangs erwähnten Cummings -, „daß all diese Verhältnisse (des Krankenhauses) nicht nur ein pathogenes, sondern ein ebenso großes therapeutisches Potential beinhalten“, dann hat der Ausgestaltung einer psychiatrischen Station, die ein therapeutisches Milieu gewährleisten will, allergrößte Aufmerksamkeit zu gelten.

Von der Organisation der stationären psychiatrischen Versorgung ist sicher als Minimalforderung zu erwarten, daß sie die von psychischer Krankheit Betroffenen, in erster Linie die Patienten selbst, dann aber auch seine Angehörigen und seine wichtigen Bezugspersonen, nicht weiter traumatisiert; es herrscht sicherlich auch allgemeine Übereinstimmung, daß eine psychiatrische Station von ihrer Struktur und ihrer Atmosphäre her so gestaltet sein soll, daß sie die Genesung der Patienten fördert, ebenso ist von einer psychiatrischen Station als langjährigem Arbeitsplatz der Mitglieder des therapeutischen Teams zu erwarten, daß sie den Mitarbeitern berufliche Identität und Selbstbewußtsein, Erfolgserlebnisse und über Jahre gehende Lernprozesse ermöglicht, wenn die Gefahren des „Ausgebranntseins“ (s. Aronson, E. u. a., 1983) weitestgehend vermieden werden sollen.

Die in diesem Sinne leistungsfähigste psychiatrische Abteilung/Klinik wird unseres Erachtens durch die einander bedingenden und erfordernden Elemente der gemeindepsychiatrischen Trias geprägt:

1. offene Türen sämtlicher Stationen,
2. Verzicht auf eine Aufnahmestation,
3. Durchmischung der Krankheitsbilder.

Es wird berichtet aus Herne, einer kreisfreien Stadt im mittleren Ruhrgebiet; in ihrer heutigen Form besteht die Stadt Herne seit dem 1.1. 1975, nachdem Alt-Herne und Wanne-Eickel zusammengefaßt wurden; die Stadt Herne hat 180000 Einwohner; 3500 Einwohner leben pro km²; von den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten arbeiten 22% in der Energiewirtschaft und dem Bergbau, 26% im verarbeitenden Gewerbe; 14% im Baugewerbe, 11% im Handel, 16% in Dienstleistungen.

Der prozentuale Anteil der Arbeitslosen beträgt 16%.

Von den vollstationär behandelten Patienten waren 32% arbeitslos, von den tagesklinisch behandelten 40%. (Zur Struktur und Vernetzung der psychosozialen Dienste in der Region s. Finke, K. „Der Aufbau der gemeindenahen Versorgung in Herne - Das Beispiel einer Modellregion“ in: Tagungsberichte, Bd. 13, 1986).

Die psychiatrische Klinik am Ort entstand ab 1977 schrittweise aus dem Allgemeinkrankenhaus, sie hat 100 psychiatrische, 25 internistische und 25 gerontopsychiatrische Betten.

Zu ihr gehört eine Tagesklinik mit 15 Plätzen, eine Institutsambulanz mit angeschlossenem Multiprofessionellem Team (vom Modellprogramm der Bundesregierung gefördert), zwei therapeutische Wohngemeinschaften für je 4 Bewohner, ein Übergangswohnheim mit 16 Plätzen.

Übernahme der Pflichtversorgung für die Hälfte des Stadtgebietes ab dem 1. 2.1981, Übernahme der Pflichtversorgung für das gesamte Stadtgebiet ab dem 1. 1. 1984.

In der psychiatrischen Klinik wurden behandelt:

	Neu- aufnahmen	Psych KG (%)	Vormund. gerichtl. Genehmigung (%)
1983	1135	23 (2,02 %)	13 (1,15 %)
1984	1185	18 (1,52 %)	10 (0,84 %)
1985	1085	26 (2,40 %)	12 (1,10 %)
1986 (Januar – Juni)	564	16 (2,84 %)	7 (1,24 %)

Die Vergleichbarkeit dieser Zahlen mit Zahlen aus anderen Bundesländern ist schwierig, so erlaubt zum Beispiel das Unterbringungsgesetz in Baden-Württ., was das Psychisch-Kranken-Hilfegesetz in Nordrhein-Westf. nicht zuläßt, ein Zurückhalten des Patienten bis zu 3 Tagen in der Klinik, ohne daß die Zwangsunterbringung richterlich ausgesprochen wurde.

Ich darf unsere Zahlen über zwangsweise Unterbringung mit den Angaben des Chefarztkollegen aus dem Ruhrgebiet vergleichen, dessen Klinik in Trägerschaft des Landschaftsverbandes Anfang Oktober d. Jahres feierlich eröffnet wurde, nachdem sie schon 1 Jahr gearbeitet hatte; Vertreter der Stadt, des Landschaftsverbandes, der Bundesregierung lobten die Klinik unter anderem als „einmaliger Akzent der bürgernahen Behandlung psychisch Kranker“ (Landesdirektor Herbert Nesker).

Ein Ministerialdirektor aus Bonn sprach von „einem in der Bundesrepublik einmaligen Krankenhaus mit internationalem Beispielcharakter“.

Der Kollege gab an, 75% aller bei ihnen aufgenommenen Patienten suchte freiwillig die Klinik auf.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in unserer psychiatrischen Klinik betrug:

1983 35 Tage
 1984 35 Tage
 1985 37 Tage
 1986 36 Tage
 (Jan.-Juni)

Parallel zum Auf- und Ausbau der Psychiatrischen Klinik vor Ort, mit der schrittweisen Übernahme der Pflichtversorgung, ging die Zahl der Neuaufnahmen in das früher zuständige Landeskrankenhaus ebenso zurück wie die Zahl der Patienten, die sich insgesamt noch dort - zum Teil seit Jahrzehnten - befinden.

	Neuaufnahmen	Herner Patienten insgesamt dort
1981	67	118
1982	50	115
1983	29	83
1984	10	72
1985	10	56
1986 (einschl. Sept.)	6	48

(Die meisten der jetzt noch dort aufgenommenen Patienten wurden vormundschaftsgerichtlich eingewiesen, ohne daß mit uns - als der zuständigen Klinik - vorher Kontakt aufgenommen wurde, wir klären zur Zeit die näheren Umstände dieses Vorgehens mit den zuständigen Stellen ab.) Sog. „Fixierungen“: 1985 1 Pat. 1 Std. lang; 1986 keine.

Ausnutzungsgrad: 95%

Der Verzicht auf die Aufnahmestation verhindert die Konzentration Akutkranker, oft hoch erregter Patienten mit ihrem hochgradig gestörten Denken, Erleben und Verhalten auf einer Station. Auf der „normalen psychiatrischen Station“, auf der zum Beispiel ein oder zwei Akutkranke sich unter 15-20 anderen Patientinnen und Patienten befinden, kommt es zu einer hohen Verdünnung von Unruhe, Gewalt und Aggressivität. Die allgemeine Unruhe und das relativ häufige Vorkommen antisozialen Verhaltens bei Patienten führen oft zu Resignation und therapeutischem Pessimismus beim Pflegepersonal auf der Aufnahmestation; diese Beobachtung beschrieb schon Hermann Simon und sprach von „Krankheitserscheinungen des Anstaltsbetriebs“ (1929).

Während die hochgradige Gestörtheit der auf der Aufnahmestation konzentrierten Akutkranken wechselseitige Hilfestellung füreinander praktisch unmöglich macht, ermöglicht die „normale psychiatrische Station“ dank der Durchmischung der Krankheitsbilder und der Krankheitszustände vielfältige wechselseitige Hilfestellungen; besonders deutlich wird dieser Effekt, wenn einer von einer akuten Psychose genesener Patient einem Akutkranken seine eigenen Erfahrungen vermittelt und ihn zum weiteren Verbleib auf der Station auffordert; hier induziert der Mitpatient dem Akutkranken oft einen größeren Spielraum der Akzeptanz, als ein Professioneller dies könnte. Ähnliche Effekte sehen wir, wenn Mitpatienten neuen Patienten das therapeutische Programm, die Hausordnung oder ähnliches erläutern.

Hermann Simon wies auch schon darauf hin, daß die Wahrnehmung von Verantwortung und Pflichten Mitpatienten und der Gemeinschaft gegenüber für den „Helfer“ positive rehabilitative Aspekte bietet; Cummings betonten in ihrem oben erwähnten Werk immer wieder, daß die Aufgabenstellung und Anforderungen an den Patienten über die Erfahrung seiner Handlungsmöglichkeiten zu dessen Ich-Wachstum beitragen.

Gleichzeitig ermöglicht die Arbeit mit offenen Stationen, Durchmischung der Krankheitsbilder und Krankheitszustände und Fehlen der Aufnahmestation, daß auf *jeder Station* Therapie geschehen kann. Als wesentliches gemeinschaftstherapeutisches Element darf ich hier die *therapeutischen Stationsgruppen* erwähnen; an ihnen nehmen - in der Regel - sämtliche auf der Station lebenden Patientinnen und Patienten, eine Schwester oder ein Pfleger, der die Station betreuende Sozialarbeiter oder Psychologe und Stationsarzt teil. Sämtliche Gruppenteilnehmer tragen normale Alltagskleidung (nicht Bademäntel oder Pantoffeln), um hierdurch den Arbeitscharakter der Veranstaltung zu unterstreichen.

In diesen therapeutischen Stationsgruppen, die 3x wöchentlich auf jeder Station stattfinden, werden für den Patienten äußerst wichtige Themen wie Beurlaubung, weitere therapeutische Schritte, mögliche Hilfestellung füreinander besprochen und auch Entscheidungen getroffen, zum Beispiel über die Entlassung.

Gemeinsame Vorbereitung und das schließliche Treffen solch schwerwiegender Entscheidungen in der Gruppe verleihen der therapeutischen Stationsgruppe einen außerordentlich *hohen Stellenwert* im Bewußtsein des Patienten.

Ähnlich den gestern berichteten Erfahrungen von Kollegen Kipp bedanken sich auch in unserem Hause viele Patienten bei ihrem abschließenden Bericht in der therapeutischen Stationsgruppe hauptsächlich bei den Mitpatienten; fragt mich zum Beispiel ein Patient nach seiner Entlassung, wenn ich mich mit einer Gruppe Patienten auf dem Flur unterhalte, so wird er oft von den anderen auf „die Gruppe“ verwiesen; Patienten, denen ich im Hause begegne, berichten mir oft vom Ablauf der therapeutischen Stationsgruppe, in deren Mittelpunkt sie standen.

Diese Arbeit in der therapeutischen Stationsgruppe ermöglicht es auch einem krankheitsuneinsichtigen Patienten, eine ansatzweise distanzierte Betrachtungsweise der eigenen Situation einzunehmen; während das entgegengesetzte Vorgehen, ihn mit einer fertigen Entscheidung des oder der Therapeuten zu konfrontieren, die seiner eigenen Absicht zuwider läuft, ihn in eine Protesthaltung hineintreibt und seinen Kooperationswillen verringert.

Wenige klare Regeln tragen in der Gruppe dazu bei, Angst und Unsicherheit zu reduzieren, und ermöglichen es auch üblicherweise als nicht gruppenfähig angesehenen Menschen (zum Beispiel mit schweren hirnorganischen Schäden, mit akuter psychotischer Erkrankung usw.), von der Teilnahme an dieser Stunde zu profitieren.

Eine typische Sequenz sieht wie folgt aus:

1. Schritt: Der Pat. meldet sich, schildert seine jetzige Verfassung, Erfolge und Schwierigkeiten im therapeutischen Prozeß und fragt dann evtl. nach Belastungsurlaub oder Entlassung.

2. Schritt: Die anderen Gruppenmitglieder stellen Fragen, diskutieren mit dem betreffenden Patienten die ihnen offengebliebenen Sachverhalte; Schwierigkeiten im Umgang miteinander werden besprochen; neue, effektivere Verhaltensweisen können eingeübt werden, zum Beispiel Einübung positiver Stellungnahmen zu sich selbst bei depressiven Patienten oder sachliches Vergleichen der seelischen, körperlichen, geistigen Verfassung mit und ohne Suchtmittel beim Abhängigkeitskranken.
3. Schritt: Aufnehmen von Rückmeldungen; jetzt hört sich der betroffene Patient - ohne darauf zu entgegnen - die Beobachtungen, Eindrücke und Vorschläge usw. seiner Mitpatienten und der Therapeuten an.

In einer „Schlußrunde“ gegen Ende der Stunde erhält jeder Teilnehmer der Gruppe die Möglichkeit, seine momentane Befindlichkeit zu artikulieren und den Verlauf der Gruppe einzuschätzen.

Diese gemeinschaftstherapeutische Gruppenarbeit läßt Raum für vielfältige therapeutische Ansätze: z. B. gruppendynamische Elemente, kognitive Elemente, Modellernen, Verbalisierung emotionaler Inhalte, verhaltensmodifizierte Übungen wie Selbstsicherheits- oder Selbstbehauptungstraining, Wahrnehmungstraining, therapeutische Elemente aus der Theorie der sozialen Vergleichsprozesse (Festinger, 1954) usw.

Gleichzeitig bietet diese Gruppenarbeit Gelegenheit für modifizierende Interventionen des therapeutischen Teams, wenn sich mögliche Gefahren der Durchmischung der Krankheitsbilder andeuten; Sticheleien, Ausgrenzung oder Isolierung von schwachen Gruppenmitgliedern kann ebenso aufgearbeitet werden wie Cliquenbildung oder Rivalisieren. Ebenso können Schwierigkeiten bei der Integration eines Patienten in die Stationsgemeinschaft thematisiert und Lösungsmöglichkeiten entwickelt werden. Diese Gruppenarbeit trägt viel zur Verwirklichung einer der sozialen Realität adäquaten Atmosphäre des Alltags auf der Station bei.

An dieser Stelle darf ich auch aus meiner Erfahrung die Wichtigkeit der These des Kollegen Kipp unterstreichen, daß es für die Therapie umso günstiger ist, je ähnlicher dem normalen Alltag die Abläufe auf einer psychiatrischen Station sind.

Die beschriebene Partizipation des Patienten im Sinne von Mitverantwortung gelingt unseres Erachtens nur im Rahmen der Akzeptanz unterschiedlicher Funktionen, Rollen und Aufgaben der Beteiligten; eine eindeutige Wahrnehmung von Führungsaufgaben und Führungsverantwortung bei pflegerischer Stationsleitung, Stationsarzt oder Stationspsychologe und ärztlichem Leiter der Klinik scheint uns Voraussetzung für die gelungene Entfaltung eines gemeinschaftstherapeutischen Milieus auf der Station zu sein; das Vertreten von illusionärer Pseudogleichberechtigung, zum Beispiel zwischen Stationsarzt, der das Zeugnis zur zwangsweisen Unterbringung ausgeschrieben hat, und dem in der Gruppe neben ihm sitzenden zwangseingewiesenen Patienten, würde für letzteren nur ein pathologisches

Milieu schaffen; gleichzeitig vermeidet ein partizipativer Führungsstil bei klarer Differenzierung von Status, Funktion und Rolle paradoxe Kommunikation und fördert die Einübung und das Zurechtfinden in der sozialen Realität (umfangreiche Literatur: s. u.a. Krüger, 1972, 1979; Veltin, 1979; Kayser, 1981).

An dieser Stelle möchte ich nur kurz erwähnen, daß wir - in Ergänzung der oben dargestellten sozio- und gemeinschaftstherapeutischen Aktivitäten - bei jedem bei uns aufgenommenen Patienten darauf achten, daß er sein individuelles therapeutisches Programm absolviert.

Wohl wissend um die Komplexität des Phänomens „Gewalt“ in der psychiatrischen Versorgung (s. u. a. Zeiler, 1985) sehen wir in einem zugewandten, aber auch distanzhaltenden Umgang mit den Akutkranken von Seiten des therapeutischen Teams auf einer Station, bei Durchmischung der Krankheitsbilder und offener Tür, eine Voraussetzung für das relativ seltene Auftreten von Gewalttätigkeit (in diesem Jahr kein Vorkommnis, im vergangenen Jahr zerbrach die Brille des Pförtners ohne weiteren Schaden für ihn).

Wichtige Anregung zur therapeutischen Ausgestaltung der gemeindepsychiatrischen Klinik erhielten wir durch die Beschäftigung mit der „Psychotherapie Institutionelle“, einer französischen Reformbewegung in der Psychiatrie; sie ist gekennzeichnet durch einen hohen Stellenwert der therapeutischen Tätigkeit des Pflegepersonals, vielfältige Gruppenarbeit und auf Seiten des Patienten (Zitat) „aktive Teilnahme und seine Beziehungsbildung im institutionellen Feld in einer sich der Psychoanalyse annähernden Position“ (Daumezon/Koechlin 1952, nach Hinz, 1984 S. 4). Gegenüber den herkömmlichen Aufgaben hat das Pflegepersonal eine größere und für den therapeutischen Prozeß wesentlichere Zuständigkeit (Zitat): „Der Pfleger ist nicht nur Vermittler zwischen Arzt und Patient, sondern Therapeut, der eine spezifische Rolle zu führen hat“ (s. o.).

Diese Wertschätzung der therapeutischen Tätigkeit des Pflegepersonals findet sich auch schon bei Hermann Simon (1929).

Nach einer persönlichen Mitteilung von Hofmann (der selbst 2 Jahre in der Klinik La Borde, die die am weitesten entwickelte Form der „Psychotherapie Institutionelle“ betreibt, gearbeitet hat (s. Hofmann, 1983)) soll einer der Initiatoren der institutionellen Psychotherapie, Francisco Tosquelles, Hermann Simons Schrift über die „Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt“ in seinem Fluchtgepäck gehabt haben, als er, der ehemalige Psychiater der republikanischen Truppen, sich nach dem Sieg Francos nach Frankreich retten mußte.

Gemeinsam mit französischen Psychiatern arbeitete Tosquelles in der Klinik St. Alban, in einem kleinen Ort im Cevennen-Gebirge, wo auch Hermann Simons Schrift ins Französische übersetzt wurde.

Damit die Patienten während des Krieges bei den extrem kargen Essensrationen nicht verhungerten, arbeiteten sie bei den Bauern der Umgebung, um sich Lebensmittel zu verdienen. So erforderte die äußere Not die Öffnung der Klinik; gleichzeitig diente diese Klinik Widerstandskämpfern und Flüchtlingen als Versteck.

Oury führt den von Hegel und Marx gebrauchten Begriff der Entfremdung (alienation) in die institutionelle Psychotherapie ein und unterscheidet zwischen einer „psychotischen Entfremdung“¹ (alienation psychotique) und einer „sozialen Entfremdung“ (alienation sociale) und postuliert eine dialektische Beziehung zwischen der psychotischen Erkrankung und milieuspezifischen Entfremdungsfaktoren und stellt für die psychiatrische Praxis fest (Zitat nach Hinz, S. 47): „Oft verändert das Milieu, in das der Kranke eingetaucht wird, die Ausdrucksform der Erkrankung. Es ist daher nützlich, sich über die Struktur des psychiatrischen Milieus Klarheit zu verschaffen, wenn man es in seiner Gesamtheit zu einer Aufhebung von Entfremdung hin orientieren will („desalienation“)“.

Nach Einführung der sektorierten psychiatrischen Versorgung in Frankreich wurde auch dort das Interesse an der institutionellen Psychotherapie geringer, beide Richtungen entwickelten sich - leider möchte ich sagen - völlig auseinander. In der Bundesrepublik blieb die institutionelle Psychotherapie ohnehin weitestgehend unbekannt.

Jaques Hochmann versuchte in seinen „Thesen zu einer Gemeindepsychiatrie“ (1973) beide Konzepte miteinander zu verbinden; ich darf abschließend noch einmal zitieren:

„Die Therapie richtet sich heute nicht mehr ausschließlich an das kranke Individuum, sondern an Krankengruppen und an die Beziehung, die die Kranken mit ihrer Umgebung unterhalten. Das psychiatrische Krankenhaus, der allgemeine Behandlungsrahmen, wurde zunächst zum privilegierten Instrument und später zum therapeutischen Objekt selbst. Diese Einbeziehung des kranken Krankenhauses in die Behandlung wird institutionelle Psychotherapie genannt (S. 16). .. Zum ersten Mal seit dem Altertum ist die spezialisierte Institution, die vor ‚Ansteckung‘ schützende Verwahranstalt für Verrückte, nicht mehr der ideale Behandlungsort, sondern das Lebensmilieu des Kranken, seiner Familie, sein Wohnhaus, sein Viertel, seine Arbeitsstätte . . . Durch die Gemeindetherapie wird der Kranke von dem morbiden Prozeß der Isolierung im Asyl befreit, er ist nicht mehr der einzige Nutznießer der therapeutischen Intervention, sondern sie bezieht sich auf die gesamte Umgebung, auf die ganze Gemeinde, die als ‚Kranke‘ ihrer Verrückten, als neuer Behandlungsgegenstand definiert wird“ (S. 20).

Ich habe versucht, Ihnen über eine gemeindepsychiatrische Klinik zu berichten, die keine bzw. nur Aufnahme-, Rehabilitations- und Psychotherapiestationen hat. Im Vordergrund des Berichtes standen natürlich die positiven Aspekte (selbst nach Abschluß des Manuskriptes fiel mir noch ein, daß ich i

die sehr niedrige Fluktuation des Personals in sämtlichen Berufsgruppen noch nicht erwähnt hatte).

Sie sehen: auch als Leiter einer Klinik sind wir den hartnäckigen Einflüssen des „Anstaltssyndroms“ ausgesetzt; wertvolle Hilfe zur Vorbeugung ist mir der fachliche Austausch, der Besuch und der Gegenbesuch in unseren Häusern, die „Intervision“, wie Kollege Wolpert es bei unserem Besuch in Darmstadt nannte.

Ich darf Sie herzlich einladen und Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit danken.

Literaturnachweis

Aronson, E. u. a., Ausgebrannt, Stuttgart 1983

Basaglia, F., L'istituzione negata. Rapporte da un ospedale psichiatrico. Torino: Einaudi 1968. Übs.: Die negierte Institution oder Die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen. Ein Experiment der psychiatrischen Klinik Görz, Frankfurt, 1971

Cooper, D., Psychiatry and anti-psychiatry, London, Tavistock 1967, Übs.: Psychiatrie und Anti-Psychiatrie, Frankfurt, 1971

Cumming, J., Cumming, E., Ich und Milieu, Theorie und Praxis der Milieuthérapie, Göttingen, 1979

Festinger, L., A Theory of Social Comparison Processes, Hum. Rel., 1954, VII, 117-140

Goffman, E., Asylums. Essays on the social Situation of mental patients and other inmates, New York, Anchor Books, 1961, Übs.: Asyle, Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und andere Insassen, Frankfurt, 1972

Hinz, G., Institutionelle Aspekte der Psychosenbehandlung, das Konzept der Psychotherapie institutionelle in Frankreich, Stuttgart, 1984

Hochmann, J., Thesen zu einer Gemeindepsychiatrie, Frankfurt, 1973

Hofmann, W., Die „Psychotherapie institutionelle“ Theorie und Praxis einer psychiatrischen Bewegung in Frankreich, Frankfurt, 1983

Kaiser, H. u. a., Gruppenarbeit in der Psychiatrie, Erfahrung mit der therapeutischen Gemeinschaft, Stuttgart, New York, 1981

Kipp, J., Konzepte der therapeutischen Arbeit psychiatrischer Abteilungen; Vortrag am 22. 10. 1986

Krüger, H., Führungsstile und Behandlungskonzepte in der Sozialpsychiatrie, in: Der Nervenarzt, 43, 1972, S. 181 Krüger, H., Therapeutische Gemeinschaft ein sozialpsychiatrisches Prinzip, Stuttgart, 1979

Simon, H., Aktiver Krankenbehandlung in der Irrenanstalt, Berlin, 1929

Veltin, A., Therapeutische Gemeinschaft, Kritische Stichwörter zur Sozialpsychiatrie, Hrsg., D. H. Frießem, München, 1979

Zeiler, J., Freizügigkeit oder Kontrolle - Zum Umgang mit gewalttätigen Patienten in psychiatrischen Kliniken, Psychiatrische Praxis 4, 1985, S. 124

Diskussion zu Teil I

(gekürzte Fassung)

Moderation: J. Kipp

Drees: Ich möchte zuerst eine Bemerkung zu Herrn Krisor oder auch zum gesamten Auditorium machen, weil Herr Krisor eine Realität unterkühlt dargestellt hat, die für mich in der Bundesrepublik beispielhaft ist. In seiner Klinik werden nur 2 bis 3% der Patienten zwangsbehandelt, dank seines ausgezeichneten ambulanten Systems. Es ist auch eine im Vergleich zu nahezu allen Abteilungen beispielhafte Realität, daß alle Türen auf seiner Station offen sind. Ich sehe dies mit Neid, denn in Duisburg ist uns das noch nicht gelungen. Dies liegt zweifellos daran, daß wir eine Station mehr zu einer Aufnahmestation für schwierigste Fälle gemacht haben, wenn auch alle anderen Stationen gleichzeitig Aufnahmestationen sind. Auf dieser Station war 1986 die Tür zu zwei Dritteln der Zeit zu.

Eine Frage an Herrn Krisor: Sie haben den Unterschied zwischen der „Psychotherapie institutionelle“ in La Borde und unserer sektorierten Versorgung nur angedeutet. Die daraus ableitbare zentrale Frage für uns ist: Wieviel Psychotherapie läuft in einer Institution? Sie haben das Schwergewicht Ihrer klinischen Arbeit auf Milieu-Therapie und Realitätsorientierung gelegt. Wir versuchen bei uns, mehr psychotherapeutische Dimensionen hineinzubringen. Während wir vor allem dem Pflegepersonal eine Vielzahl von Aufgaben ermöglichen, etwa differenzierte Gruppenarbeit zu leisten oder Einzeltherapien zu machen, betonen Ihre Mitarbeiter, wie ich während eines Besuches in Ihrer Klinik feststellen konnte, Milieu-Aspekte. Ich sehe das mit gespaltenem Herzen. Einerseits versuche ich unseren Mitarbeitern diesen Milieu-Aspekt näherzubringen, auf der anderen Seite unterstütze ich ihre Ambitionen, mehr psychotherapeutische Einzel- und auch Gruppenaktivitäten zu leisten. In diesem Zwiespalt befindet sich die Klinik, in der ich arbeite, und ich nehme an, in anderen Kliniken ist das Problem ähnlich.

Kotschick: Eine zentrale Frage unseres Umgangs mit Patienten, die gegen ihren Willen untergebracht sind, ist sicherlich das Problem der offenen Türen. In Euskirchen war eine Öffnung der Türen aller Stationen leider aus formalrechtlichen Gründen von Anfang an nicht möglich, weil sowohl der Landschaftsverband Rheinland als auch das zuständige Amtsgericht darauf bestanden haben, daß wir eine geschlossene Station einrichten. Dies war die Vorbedingung zur Übernahme der Regionalversorgung, die wir seit zwei Jahren praktizieren. Ich möchte Sie bitten, kurz dazu Stellung zu nehmen:

1. Zum Umgang mit dem Amtsgericht und
2. Zum Umgang mit den Patienten selbst.

Fuchs: Das Problem der offenen Tür ist nach meinem Dafürhalten auch ein

Problem der Personalstärke, natürlich auch Personal-Qualifikation. Und ich wüßte gern, was für einen Pflegeschlüssel Sie haben, zum Beispiel, Herr Berger, in Offenbach, wo 68 Betten auf 6 Stationen verteilt sind. Ich kann mir meine 60 Betten, auf 6 Stationen verteilt, mit dem vorhandenen Pflegedienst nicht arbeitsfähig vorstellen. An solchen Realitäten entscheidet sich meines Erachtens die Frage, ob die Tür auf oder zu sein kann.

Wolpert: Es ist schon länger her, daß ich mit Mitarbeitern die Klinik von Herrn Krisor besucht habe, und dennoch ist die Erinnerung nicht abgeblaßt. Dies liegt daran, daß ein besonderes Milieu geradezu hautnah spürbar und erlebbar wurde. Vor allem wohl ist jene Stationsrunde in Erinnerung geblieben, die wir einmal mit Ihnen, Herr Krisor, erlebt haben, in der eine aus unserer Klinik nicht bekannte gegenseitige Solidarität und Fürsorge zwischen den Patienten bestand und praktiziert wurde. Was sind die geeigneten Mittel, so fragten wir uns, und so frage ich mich immer noch, das dort beobachtete Selbsthilfepotential der Patienten zu mobilisieren? Wir schaffen es im Entferntesten nicht wie Sie, daß die Patienten sich gegenseitig stützen und weniger auf Personal und Therapeuten schauen. Wie schaffen Sie diesen inneren Zusammenhalt zwischen Patienten? Eine wichtige Voraussetzung zur Mobilisierung solcher Selbsthilfe ist wohl die gemischte Station, jedoch sicherlich nicht die einzige. Denn die meisten Abteilungen arbeiten mit gemischten Stationen und lassen dennoch dies bei Ihnen beobachtete Phänomen einer hocheffizienten solidarischen Hilfe der Patienten untereinander vermissen. Die Frage darauf, wie eine solche Solidarisierung der Patienten zu therapeutischen, gegenseitigen Selbsthilfeleistungen mobilisiert werden könnte, würde einen wichtigen Beitrag zum Anliegen dieser Veranstaltung, die inhaltliche Arbeit der Abteilungen zu fördern, darstellen.

Werry: Ich habe an beide eigentlich eine Frage: Die Darstellung Ihrer Erfahrungen mit der Aufnahmestation sind ja voneinander abweichend. Herr Berger beschreibt ein chronisches Erschöpfungssyndrom seiner Mitarbeiter, wenn viele Krisenpatienten auf der Station sind. Herr Krisor erwähnt demgegenüber, daß die Verdünnung der akuten Patienten und der weniger akuten Patienten offenbar auch für die Mitarbeiter entlastend wirkt, was er ja auch mit seiner niedrigen Personalfuktuation belegt. Meine eigene Erfahrung bestätigt auch eher die Meinung von Herrn Krisor. Ich bin etwas im Zweifel, ob Herr Berger seine Erfahrungen, die er erst ein halbes Jahr macht, nach 2 Jahren noch genauso vortragen würde.

Doepp: Herr Krisor, eine spezielle Frage: Ich bitte Sie, Ihre Definition der ernsthaften Gewalttätigkeit näher zu beschreiben. Dazu eine Zusatzfrage oder -Bemerkung: Meine Erfahrung ist, daß ernsthafte Gewalttätigkeiten sehr oft vertuscht werden. Es kostet sehr viel Mühe, vom Personal nähere Angaben zu bekommen, was passiert ist. Verwenden Sie Erhebungsbögen, bitten Sie um Rapporte usw.?

Krebs: In Ergänzung zu dem, was Sie, Herr Drees, gefragt haben, würde ich

Sie, Herr Krisor, gerne noch folgendes fragen: Sie hatten begrifflich „Therapeutische Gruppe“ und „Gemeinschaftstherapeutische Gruppenarbeit“ nebeneinandergestellt. Ich würde den Spannungsbogen gerne noch weiter verstehen, der zwischen dem besteht, was gemeinschaftlich, milieu-therapeutisch geschieht, und dem, was die Absolvierung der von Ihnen sogenannten „Persönlichen Therapie“ bedeutet.

Range: Ich habe an Herrn Berger zwei Fragen, einmal das Kriseninterventions-Team betreffend: Die ambulante Krisenintervention haben Sie beschrieben; haben Sie auch eine mobile Krisenintervention? Wenn nein, bedürfen Sie dieser mobilen Krisenintervention nach Ihrer Erfahrung nicht? Zweitens: Wie ist der Sozialpsychiatrische Dienst personell zusammengesetzt? Besteht er nur aus Sozialarbeitern? Ist ein Arzt oder Psychologe dabei? Welche Kompetenzen hat dieses Team, und welche Kompetenzen haben die einzelnen Teammitglieder? Kann dieser Dienst auch direkt einweisen? Wenn ja, ist dazu nur der Arzt des Sozialpsychiatrischen Dienstes befugt, oder sind auch die Sozialarbeiter befugt einzuweisen?

Berger: Ich darf die letzten Fragen zuerst beantworten. Herr Ronge, wir haben kein mobiles Kriseninterventions-Team, Wir dürfen von den versicherungsrechtlichen Regelungen her nicht aus dem Haus. Der Sozialpsychiatrische Dienst ist mit einer Ärztin, einer Krankenschwester und einer Sozialarbeiterin besetzt. Die Ärztin kann im Rahmen sogenannter „hoheitlicher“ Aufgaben des Gesundheitsamtes Einweisungen verfügen, das macht sie aber aus guten Gründen in der Regel nicht.

Der Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist es zu verdanken, daß die Zwangseinweisungsrate bei uns drastisch gesenkt wurde. Diese führen wir auf die langfristigen Beziehungen zwischen dem Sozialpsychiatrischen Dienst und den gefährdeten Patientengruppen zurück. Außerhalb der Dienstzeiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes kann niemand Hausbesuche durchführen. Viele Menschen müßten nicht in die Klinik kommen und aufgenommen werden, wenn wir nur gewährleisten könnten, daß sie zu Hause besucht würden.

Zum Personalschlüssel: Wir haben für Pflegegruppen von jeweils 11 oder 12 Betten 6,5 Pflegekräfte zur Verfügung. Für die beschriebene 11-Betten-Station, auf der wir 5 Betten zur Aufnahme reserviert haben, haben wir 10,5 Planstellen. Die Nachtdienste sind in diesen Personalschlüsseln enthalten. Auf den Einwand von Herrn Werry, wir hätten mit der Akutstation fast zu wenig Erfahrung, kann ich folgendes antworten: Ich meine, den Verdünnungseffekt, den Herr Krisor beschrieben hat, können wir wohl bestätigen. Zwei akute unter elf Patienten sind noch zu tragen. Mit drei oder vier haben wir andere Erfahrungen gemacht. Unsere Schwestern kommen dann wirklich an ihre Schmerzschwelle heran und sagen; Wir können nicht mehr! Dies geschieht insbesondere, wenn somatische Komplikationen dazukommen und die Schwestern von ihren pflegerischen Aufgaben absorbiert werden. Dann können sie sich nicht mehr um beschäftigungstherapeutische Grup-

pen kümmern oder gemeinsam mit Patienten ausgehen. Seit wir diese eine Station, die bevorzugt akute Patienten aufnimmt, so dicht besetzt haben, spüren wir auf den übrigen Stationen eine Entlastung.

Zu der Frage der gesetzlichen Regelung: Im hessischen Freiheitsentziehungsgesetz wird nicht nur von einer „Geschlossenen Anstalt“, sondern auch von einer „Geeigneten Unterbringung“ gesprochen. Wir nehmen für uns in Anspruch zu bestimmen, welche Unterbringungsart geeignet ist. Die Polizei erklärte anfangs, wir wären keine geeignete Klinik für Zwangsunterbringungen. Inzwischen wird unser Standpunkt akzeptiert; im großen und ganzen funktioniert die Kooperation gut.

Krisor: Eine Fülle spannender Fragen, für die ich danke; ich versuche zu antworten:

Herr Drees, Ihre Fragen könnten vielleicht das Thema einer weiteren gemeinsamen Tagung abgeben: Wie integriert sich Psychotherapie in ein soziotherapeutisches, bzw. Milieu-therapeutisches Konzept?! Ihre Ausführungen legen eventuell ein antipodisches Verhältnis von Milieuthherapie und Psychotherapie nahe; dieser Sichtweise würde ich widersprechen; ich gehe davon aus, daß die Milieuthherapie den gesamten therapeutischen Raum zu gestalten hat, das beginnt schon beim äußeren Aspekt einer Station; auch in neueren Kliniken oder Abteilungen lernte ich Aufnahmestationen kennen, die so traurig aussahen, daß sie mich eher zu „Meditatio mortis“ animierten, als daß ich mir vorstellen könnte, eine solche Station sei für einen Akutkranken genesungsfördernd.

Weiter kommt es -meiner Meinung nach ganz wesentlich- auf den Umgangsstil des Personals mit den Patienten und Patientinnen und den Umgangsstil der Patienten untereinander an; diesen Aspekt, Herr Wolpert, haben Sie ja auch mit Ihren anerkennenden Worten „Solidarität und Fürsorge zwischen den Patienten“ angesprochen. Neben den strukturellen Merkmalen „Durchmischung“ und „Verzicht auf Aufnahmestation“ kommt meiner Erfahrung nach der „offenen Tür“ ganz wesentliche Bedeutung bei der Ausgestaltung einer therapeutischen Atmosphäre, eines günstigen psychosozialen Klimas der psychiatrischen Station und der psychiatrischen Klinik zu; dieses Milieu fördert dann wieder die Entfaltung des Selbsthilfepotentials der Patienten, wonach Sie, Herr Wolpert, gefragt haben. Weiter ist hier sicher die von Ihnen erwähnte Stationsrunde zu unterstreichen, eine spezifische Form von Gruppenpsychotherapie, die die Integration der Akutkranken in die therapeutische Gemeinschaft fördert, verschiedene psychotherapeutische Ansätze unter anderem auch self-management-Strategien nach KANFER integriert; weiter ist in diesem Zusammenhang das gezielte Anknüpfen an die Lebens- und Arbeitserfahrungen der Patienten, z. B. in von ihnen geplanten, vorbereiteten und durchgeführten Veranstaltungen, z. B. des Kulturateliers oder des Geschichtsateliers zu erinnern; in letzterem referierten z. B. Patienten als Bergleute über die Geschichte des Ruhrbergbaus oder als Hausfrauen über das Zusammenleben in den Bergarbeitersiedlungen.

Neben dem Status des Patienten/der Patientin kann der einzelne sein Fachwissen und seine persönlichen Erfahrungen einbringen. Dieses sich ständig verändernde Spektrum an therapeutisch-rehabilitativen Angeboten mit seiner strengen Orientierung an den Bedürfnissen des einzelnen habe ich hochentwickelt bei der Beschäftigung mit der Psychotherapie institutionelle kennengelernt und erfahren, daß es keine leere Floskel ist, wenn die institutionelle Psychotherapie formuliert, daß sich die Institution mit ihren therapeutischen Angeboten um den einzelnen Patienten herum zu organisieren habe.¹

Ich hoffe, es ist deutlich geworden, daß gerade in diesem Rahmen vielfältiger Milieu- und gemeinschaftstherapeutischer Angebote Raum für ganz individuelle psychotherapeutische Maßnahmen gegeben ist; dieser milieutheraeutische Ansatz ermöglicht und fördert individuelles psychotherapeutisches Vorgehen auf breiter Basis. Diese Form von psychotherapeutischem Vorgehen ist natürlich eine andere, als wenn vor einer Station ein Schild steht: „Hier Abteilung Psychotherapie“, vor der nächsten Station: „Hier Abteilung Verhaltenstherapie“.

Einige von Ihnen haben mich schon bei Ihren Besuchen in Herne mit der schwierigen Frage in Verlegenheit gebracht: „Wie schaffen Sie das, Pflichtversorgung und offene Tür für jede Station?“ Ich hoffe, mit diesen zugegebenermaßen bruchstückhaften Auskünften konnte ich Ihnen einige Aspekte unserer Alltagspraxis und der dazugehörigen theoretischen Überlegungen vermitteln. Vielleicht hat die Beantwortung obiger Frage aber auch etwas mit der Ruhrgebietsbevölkerung zu tun, bei der es eine lange Tradition solidarischer Hilfestellung füreinander gibt. Das Leben in den Bergarbeiter-siedlungen war relativ öffentlich, jeder kannte den anderen, seine Stärken und Schwächen; auch darüber, wie die lokalen und regionalen Ressourcen für eine moderne psychiatrische Versorgung zu mobilisieren sind, gilt es weiter nachzudenken.

Auf die Frage von Herrn Kotschick kann ich sagen, daß auf der einen Seite unsere Stationsgruppen gemeinschaftstherapeutische Instrumente sind, in denen Öffentlichkeit stattfindet, in denen der einzelne also über sich und seine Schwierigkeiten in der Gruppe den arideren Patienten berichtet und darlegt, was ihn hindert, zu genesen und im Leben zurechtzukommen. Auf der anderen Seite findet in dieser Gruppe auch Öffentlichkeit anderer Art statt. Wir haben z. B. die leitenden Amtsrichter und den Leiter des Gesundheitsamtes eingeladen, wir haben die in der Region wichtigen Bezugspersonen der psychosozialen Versorgung ins Haus geholt und sie - mit Erlaubnis der Patienten - an diesen Gruppen teilnehmen lassen. Dadurch konnte sehr

1 1989 habe ich in der Einleitung zum Tagungsband „Gemeindepsychiatrisches Gespräch“ formuliert: „... die in Teile zerlegte Institution psychiatrische Klinik . . ., die sich um jeden einzelnen Patienten in jeweils unterschiedlicher Zusammensetzung - seiner Wahl und seinen Bedürfnissen entsprechend - neu aufbaut“

viel an Vorurteilen und Mißtrauen abgebaut werden. Dies zu tun ist eine andauernde Aufgabe. Vor einer Woche passierte es wieder, daß ein Patient in Handschellen nachts von der Polizei ins Krankenhaus gebracht wurde. Wir waren rechtschaffend empört. Der Assistenzarzt, der bei der morgendlichen Ärztekonzferenz über diesen Vorfall berichtete, fügte hinzu: „Ich habe schon mit dem Leiter der Abteilung Kontakt aufgenommen und einen Termin vereinbart, an dem er sich mit fünf Polizeibeamten unser Haus anschauen und dies Ereignis mit uns besprechen will“.

Wir sind natürlich verpflichtet, die Gefahrenabwehr voll und ganz zu gewährleisten, wir erfüllen Text und Sinn des Gesetzes gerade mit offenen Stationen - unserer Erfahrung nach - besser, als mit geschlossenen; daher hatten wir auch noch keine Schwierigkeiten von Seiten eines Amtsgerichtes oder des Landschaftsverbandes oder einer sonstigen Stelle. Hier stimme ich den Ausführungen des Kollegen Berger zu, daß es ärztliche Kompetenz ist, die geeigneten Mittel und Maßnahmen zur Gefahrenabwehr zu wählen.

Letzter Punkt: Herr Doepp, Sie fragten nach einer Definition ernsthafter Gewalt. Da es in der Literatur bisher keine brauchbare Definition gibt, hatte ich das Phänomen an einem Beispiel operationalisiert. Wenn dem Pförtner die Brille von der Nase geschlagen wird, ist das ein eindeutiger Fall von Gewalt. Gewalt gegen Personen, die dadurch Schaden erleiden, ist ernsthafte Gewalt. Wenn ein Patient einen Blumentopf umwirft oder ein Bild von der Wand herunterholt, ist dies für mich nicht ernsthafte Gewalt, ohne dies verharmlosen zu wollen. Solche Vorfälle werden in der morgendlichen Ärztebesprechung thematisiert. Wir versuchen, die Eskalation der Gewalt anhand der Kontextvariablen zu verstehen, und suchen nach relativ einfachen Möglichkeiten, den Kontext zu verändern, zum Beispiel dadurch, daß wir einen Patienten auf eine andere Station verlegen, und plötzlich ist die Gewalttätigkeit vorbei.

Einführung zur Arbeitsgruppe „Akutpsychiatrie in der Psychiatrischen Abteilung“

U. Fuchs

Akutpsychiatrie in Krankenhausabteilungen ist eine nur unvollständig definitionsfähige Aufgabenstellung. Die inzwischen über 100 psychiatrischen Abteilungen in der BRD leisten trotz ihres relativ kleinen Anteils an der Bettenzahl ihres Fachs einen beachtlichen Teil seiner klinischen Aufgaben, die noch vor 20 Jahren fast ausschließlich Landeskrankenhäusern und zum entschieden kleineren Teil auch psychiatrischen Universitätskliniken zukamen. Gewiß hat sich seither die klinische Versorgung psychisch Kranker auch verbessert, auch wenn kein Anlaß besteht, sich mit dem Erreichten zufrieden zu geben. Was aber ist die spezifische Rolle der Krankenhausabteilungen bei der Akutpsychiatrie, diesem Begriff des Krankenmanagements, der nicht selten die Abgrenzung von problematischen, wenn nicht eindeutig negativ bewerteten Kategorien wie Verwahrpsychiatrie oder Edelpsychiatrie sucht oder doch zumindest benutzt wird, um die Kontinuität von Diagnostik, Therapie, Pflege und Rehabilitation zu trennen.

Der einzig recht klar definierte Anteil der Akutpsychiatrie sind die Aufgaben, die mit den jeweiligen Unterbringungsgesetzen für psychisch Kranke der Länder beschrieben sind. Das ist insgesamt ein geringer Anteil, und bei den Abteilungen ist er auch im Vergleich zu Landeskrankenhäusern relativ kleiner. Für das Bild psychiatrischer Kliniken in der Öffentlichkeit und für die Bildung kollektiver Vorurteile spielt jedoch die Versorgung dieser mehr ordnungsrechtlich definierten Klientel eine wichtige Rolle.

Die nosologische Ordnung der Psychiatrie liefert selbst keine Kriterien dafür, was zur Akutpsychiatrie gehört oder nicht.

Sicher gehören die Notfälle zur Akutpsychiatrie. Aber was wird wo zum Notfall? Wer definiert ihn, was ist dabei die Rolle des Patienten, des Arztes und was die Rolle der Kostenträger?

Ein Patient mit neurotischer, vorwiegend depressiver Symptomatik seit vielen Monaten wird wegen exazerbierender Angst für viele Wochen in einer psychiatrischen Klinik aufgenommen. Nach seiner Entlassung geht es ihm wesentlich besser. Eine seiner Versicherungen will nicht zahlen. Für sie gutachtet ein namhafter Psychiater ausschließlich nach Kenntnis des Klinikberichts an den einweisenden Kollegen, die Behandlung sei nicht notwendig gewesen. Jetzt ist die Sache bei Gericht für alle Beteiligten ausschließlich ein Ärgernis.

Konstituiert nicht zuallererst die Not des Patienten den Notfall? Sind wirksame und nützliche Hilfen etwa nicht notwendig? Akutpsychiatrie ist überall dort, wo psychiatrische Hilfe keinen Aufschub duldet.

Es besteht die Gefahr, und ich befürchte eine Tendenz, daß ökonomische Primat Möglichkeiten zu klinischer Hilfe zu einer psychiatrischen Katastrophenmedizin dramatisieren, in der viel zerstört werden könnte, was Psychiatrie in den letzten Jahrzehnten mühsam an gesellschaftlicher Akzeptanz gewinnen konnte.

Der Patient mit der schizophrenen Psychose hatte gar keinen neuen Schub seiner Erkrankung, als er im Zuge seiner familiären Auseinandersetzung dekompenzierte und die rasche Aufnahme in der Klinik, die er kannte, die nötige Entlastung schaffte. Nicht, daß etwa keine anderen Entlastungen aus solchen Eskalationen denkbar wären, die getroffene Entscheidung war aber in diesem Fall naheliegend, möglich und deshalb auch geboten.

Der Fachkollege hat seinen Patienten X. am Freitagabend als Notfall wegen Suizidalität in die Klinik geschickt. Ich sehe zwar die Sache ganz anders, kann aber den Kollegen erst wieder am Montag erreichen. Zumindest so lange ist auch Herr X. ein Notfall.

Auch die verzweifelte Verlassenheitsangst der Psychotherapiepatientin von Dr. B. während dessen Urlaubs war für mich eine zwingende Indikation zur stationären Aufnahme.

Das akute Delirium Tremens, der cerebralsklerotische akute Verwirrheitszustand und die Alkoholintoxikation sind in unserer Abteilung wegen der guten Zusammenarbeit mit den Internisten keine Aufnahmeindikation, aber nichts desto weniger Anlaß zu einem Konsiliarbesuch auf der Inneren Abteilung noch am selben Tag. In anderen Abteilungen ist das oft auch anders.

Das Gesamt der Bedingungen für die Krankenversorgung ambulant wie stationär, ihre Zugänglichkeit und Kooperation entscheiden letztlich, wer vor Ort und jetzt klinische Hilfe nötig hat. Die Begrenztheit ökonomischer Ressourcen für die klinische Arbeit werden wir immer anerkennen müssen. Deshalb bleibt die Not im Krankenhaus auch groß, aber deshalb müssen sich Psychiater auch dagegen wenden, wenn mit klinischen Hilfen verfahren wird, als handele es sich um Luxuskonsumption. Möglicherweise eignet sich kein Fach so schlecht wie die Psychiatrie, zur Kostenbegrenzung medizinische und soziale Indikation voneinander zu trennen.

Es ist zwar modern und möglicherweise auch das Wiedererstehen eines alten Vorurteils in neuem Gewand, klinische Psychiatrie als Ultima ratio der psychiatrischen Hilfsmöglichkeiten anzusehen. Aber gewiß gibt es breite Bereiche, in denen stationäre mit ambulanten Hilfen um die größere Effizienz zurecht konkurrieren. Darin liegen die Notwendigkeiten für die heute zu fordernden Arbeitsbedingungen psychiatrischer Kliniken begründet.

Das Verständnis vieler seelischer Erkrankungen, bei deren Überwindung und Therapie oft Entwicklungen, Haltungen und langfristige Prägungen eine Rolle spielen, verbietet auch, klinische Behandlungen vorrangig mit der

Elle der Verweildauer zu messen. Auch in einer psychiatrischen Abteilung am Krankenhaus können wir uns um die therapeutische Effizienz bringen, wenn wir den Kranken nicht die nötige Zeit einräumen, die ergriffenen Hilfen so lange zu nützen, bis sie eine Orientierung auf nicht stationäre Hilfsmöglichkeiten erlauben.

Die große Vielfalt auch unter klinischen Bedingungen zu behandelnder seelischer Erkrankungen erfordert heute eine Differenzierung der therapeutischen Angebote und auch Differenzierungen der therapeutischen stationären Rahmenbedingungen (Settings), in denen sie angeboten werden. Die Rolle der Pharmakotherapie, methodischer Psychotherapie, milieuthérapeutischer und soziotherapeutischer Einflußnahme sind für verschiedene Erkrankungen ganz unterschiedlich. Auch wenn sich gerade im stationären Bereich die unterschiedlichen methodenspezifischen therapeutischen Möglichkeiten ergänzen. Noch vor der Notwendigkeit der Anpassung jeder Therapie an den einzelnen Patienten gibt es therapeutische Muster, die eine Station mit vielen Suchtkranken anders aussehen läßt als eine Station mit einer großen Zahl von Psychosekranken oder eine dritte, wo viele psychisch Kranke im höheren Lebensalter behandelt werden. Für psychiatrische Abteilungen an Krankenhäusern ist nicht selten die für die Vielfalt der Klientel notwendige Differenzierung unterschiedlicher therapeutischer Settings eine Schwierigkeit, zumal sie hier in Konkurrenz mit den auch wegen ihrer Größe oft differenzierteren Landeskrankenhäusern stehen. In diesen Zusammenhang gehört auch die Diskussion über Funktion fraglicher notwendig geschlossener psychiatrischer Abteilungen am Krankenhaus.

Vieles weist daraufhin, daß Konkurrenz auch zwischen psychiatrischen Kliniken in Zukunft eine zunehmende Rolle spielen wird. Vorurteile und Polemiken, wie sie oft in Auseinandersetzungen über Psychiatrie im Landeskrankenhaus und Psychiatrie in Krankenhausabteilungen zu hören sind, werden letztlich sicher beiden schaden. Es gilt die Herausforderung anzunehmen, wo vergleichbare Bedingungen es zulassen, die Konkurrenz anzunehmen und zum Vorteil für die Behandlung psychisch Kranker werden zu lassen. Das muß nicht bedeuten, daß psychiatrische Abteilungen an Krankenhäusern ihre Aufgabe bis in Einzelheiten gleich definieren oder zuletzt der Unterschied zwischen Abteilungen und Landeskrankenhäusern nur in der Bettenanzahl liegen müßte. Sofern sich beide an der jeweils notwendigen Hilfe für psychisch Kranke einer Region nach Maßgabe der institutionellen Möglichkeiten und deren Entwicklung beteiligen, wird jede Konkurrenz und Zusammenarbeit von Institutionen die Behandlungsmöglichkeiten für psychisch Kranke verbessern.

Daß klinisch psychiatrische Krankenbehandlung in einer Krankenhausabteilung und nicht im Bezirks- oder Landeskrankenhaus stattfindet, ist an sich noch kein therapeutisches Konzept und muß auch nicht unbedingt über Gemeindenähe der Versorgung etwas aussagen. Längst nicht überall sind psychiatrische Abteilungen als Alternativen zur Versorgung psychisch Kran-

ker in Landeskrankenhäusern angetreten. So wie Landeskrankenhäuser nicht unter einem therapeutischen Konzept zusammengefaßt werden können, so gibt es gewiß auch eine Vielfalt therapeutischer Konzeptionen in psychiatrischen Krankenhausabteilungen.

Für die klinische Praxis müssen alle Erkenntnisse der biologischen, psychodynamischen und sozialen Aspekte nutzbar bleiben, nicht additiv oder konsekutiv sondern integrativ in der hilfreichen Begegnung mit jedem einzelnen psychisch Kranken und in der Gestaltung eines therapeutischen Milieus.

Die anhaltende empathische Zuwendung zu psychisch Kranken in ihrer akuten Not ist eine nicht geringe emotionale Belastung für alle Mitarbeiter in einer psychiatrischen Klinik. Vielleicht liegt auch darin und nicht nur in intellektueller Trägheit ein Grund für die oft beobachtete Tendenz, daß in Kliniken die für den Umgang mit psychisch Kranken notwendigerweise zusammengehörenden Aspekte, für die wir aber keine einheitliche und umfassende Theorie haben, trotz gegenteiliger konzeptioneller Beteuerungen unverbunden nebeneinander stehen. Es ist eben längst nicht selbstverständlich, daß die therapieleitende Funktion des Arztes medizinische und psychotherapeutische Kompetenz verbindet, daß die Rezeptur der Arznei, das therapeutische Gespräch und Interventionen im sozialen Umfeld einem individuellen, multidisziplinär erarbeiteten formulierten Therapieziel untergeordnet sind.

Im täglichen Umgang mit dem psychisch Kranken seine soziale, innerseelische und biologische Wirklichkeit zu erfassen und ihm auf allen möglichen hilfreichen Ebenen zu begegnen, wird in der überschaubaren Welt einer psychiatrischen Krankenhausabteilung sehr rasch zur persönlichen Herausforderung und wohl auch unmittelbarer als in vielfältig gegliederten großen psychiatrischen Krankenhäusern mit sortierten Abteilungen und verschiedenen Fachdiensten. Die ordnende Funktion eines die institutionelle Aufgabe begrenzenden Krankheitsbegriffs bleibt der nötige Schutz, damit solche Herausforderung uns nicht zur täglichen Überforderung wird.

Bei aller fachlichen Einzelkompetenz der an der psychiatrischen Krankenbehandlung beteiligten Berufe ist die Integration vielfältiger fachlicher Aspekte zur persönlichen hilfreichen Begegnung mit dem Kranken letztlich auch nur persönlich zu leisten. Die Überschaubarkeit psychiatrischer Krankenhausabteilungen und die dort eher zu ermöglichenden partizipativen Führungsstrukturen sind deshalb auch günstige Voraussetzungen für die Entwicklung und Erhaltung eines therapeutischen Milieus, das klinischer Psychiatrie Möglichkeiten eröffnet, die über die jedes einzelnen Helfers hinausweisen.

Dazu Erfahrungen zusammenzutragen, die Arbeitsweisen anderer kennenzulernen, an den eigenen zu messen und konzeptionelle Überlegungen auszutauschen, ist das Ziel der vorgesehenen Arbeitsgruppe. Mir erscheint

dafür wichtig, daß wir uns dabei an der Wirklichkeit der psychisch Kranken in allen uns zugänglichen Dimensionen orientieren und uns aus scholastischen Reduktionen, zu denen uns die wissenschaftliche Debatte oft zwingt, zu lösen versuchen.

Teil II

Organisation und Supervision in der Psychiatrischen Abteilung

Organisation und Supervision einer Psychiatrischen Klinik im Rahmen eines Balintgruppenkonzeptes

A. Drees

Verständnis und Handhabung von Teamkonflikten entscheiden darüber, ob Wege zur Weiterentwicklung der Therapeutischen Gemeinschaft einer Klinik gebahnt oder blockiert werden. Ich berichte über Arbeitsmethoden, mit denen wir in einer Duisburger Klinik Teamkonflikte in spezifischer Weise zu transformieren gelernt haben. Unsere Zielsetzung bestand darin, rascher und konsequenter als mit vergleichbaren Methoden den Patienten als Dreh- und Angelpunkt aller Vorgänge auf einer Station zu verstehen, lähmende und belastende Arbeitsstörungen zu verringern und schließlich, über das Training der instrumentellen Funktion des eigenen Erlebens empathische Offenheit zum Patienten zu erhalten, ohne daß die Klinik psychodynamisiert ihre Arbeitsfähigkeit einbüßt. Damit verknüpft haben wir uns die Frage gestellt, in welchem Ausmaß therapeutisches- und Rollenverhalten, Klinikstruktur und Verwaltungsquerelen, innere und äußere Mauern einer Psychiatrischen Klinik als patienten-induzierte Komplexe verstanden werden können und inwieweit sie prozeßbezogen geöffnet werden können.

Kernstück unserer Arbeitsmethode ist eine spezifische Balintgruppe, in der die Umwandlung objektgerichteter Gefühle in „objektfreie Gefühle“ stattfindet. Diese transformierten Gefühle werden in Form von Körperempfindungen und Stimmungen von den Gruppenmitgliedern erlebt, verbalisiert und in Form von Vorstellungsbildern und Phantasien ausgestaltet. Der Weg zu dieser Arbeitsform wird ermöglicht über die Festlegung, alle Vorgänge in der Gruppe als patienteninduziert zu bearbeiten. Konflikthafes, objektgerichtetes Gefühlsmaterial einer Station, das von den Mitarbeitern als individuelle Verhakung erlebt wird und das die Gruppendynamik unterhält, wird auf diese Weise transformiert und in veränderter Form erlebbar. In diesem Transformationsprozeß mit differenten und wechselnden Stimmungs- und Empfindungs-Erlebnissen lösen sich umwandelnd emotionale Spannungen und Blockaden auf einer Station, verändert und verbreitert sich der Zugang zu vorgestellten Patienten, gewinnen die Gruppenmitglieder mittelbare Selbsterfahrung. Ich möchte nach folgender Unterteilung vorgehen:

I Die Therapeutische Gemeinschaft und die Zukunft klinischer Psychotherapie in der Psychiatrie

II Duisburg-Rheinhausener Erfahrungen

III Konzeptuelle Überlegungen

/ Die Idee der Therapeutischen Gemeinschaft als Zielvorstellung und Handlungsrahmen für psychotherapeutisch orientierte stationäre Behandlungen ist trotz ihrer Vielfarbigkeit und ihres häufigen Scheiterns Kennzeichen und

Wegweiser in den Diskussionen um eine Weiterentwicklung klinischer Psychotherapie in der Psychiatrie.

In den Diskussionen in unserer Klinik gewannen vor allem folgende Überlegungen an Bedeutung: Wie läßt sich die objektivierende Fixierung von Krankheit bzw. von krankem Verhalten in der Klinik verringern, ohne die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu vernachlässigen?

Wir gingen dabei von der Überlegung aus, daß krankes Verhalten jeweils nur Teilaspekte eines Menschen auszudrücken vermag, und daß einseitige Fokussierung hierauf häufig therapeutisch ineffektiv und Patienten wie Teammitglieder zu Gefangenen der jeweiligen Patienten-Symptomatik macht. Hospitalisierungsschäden, vor allem in Form von Dauerhospitalisierungen, sind hierbei zu erwarten.

Diese pars pro toto-Methode ist übrigens generell Kennzeichen der heutigen Medizin. Die chronifizierenden diagnostischen und Behandlungsformen der Organmedizin und die zunehmende Anzahl von Schmerz- und Beruhigungsmitteln abhängiger Patienten sind hierbei ihr kostspieliger Ausdruck. Zurück zur Psychiatrie im engeren Sinne.

Tiefenpsychologische Vorstellungen, mit deren Hilfe die Klinik als Reinszenierungsbühne für bewußte und unbewußte Verhaltensmuster der Patienten verstanden wird, ermöglichten eine wesentliche Erweiterung des klinisch beschreibenden distanzhaltenden und symptomfixierenden Objektivierungsrahmens. Versuche, mit Hilfe dieser Vorstellung Kliniken zu reformieren, brachten jedoch eine Reihe neuer Probleme für Patienten und Mitarbeiter mit sich, die miteinander verzahnt und weil weitgehend unbewußt nur schwer zu durchschauen und zu beeinflussen sind.

In psychiatrischen Kliniken lassen sich diese Konfliktverzahnungen zwischen den Patienten- und den Therapeutenfeldern besonders gut studieren. Auf Grund der Vielzahl schwer ich-gestörter Patienten mit unzureichenden Fähigkeiten zu therapeutischer Ich-Spaltung und dem Vorherrschen primärprozeßhafter archaischer Verhaltensweisen sind auch die spezifischen Belastungen und die Reaktionsformen der Mitarbeiter hierauf ausgeprägter, und - wie wir erst lernen mußten - mit dem Übertragungs-Widerstands-Raster der Psychoanalyse nicht oder nur unzureichend zu bearbeiten.

In der Duisburg-Rheinhausener Klinik verschärften sich die Konflikte zum Zeitpunkt der Übernahme einer Vollversorgungsverpflichtung für einen umschriebenen Versorgungsbereich. Die Konturen dieser Konflikte ließen sich an der Zunahme von Zuständen verleugnender Team-Funkstille auf den Stationen sowie von - die andere Seite der gleichen Medaille - offen, meist persönlich erlebten, Teamkonflikten ablesen. Hiermit einher ging eine zunehmende Unzufriedenheit über bisherige Arbeitsformen und theoretische und praktische Konzeptvorstellungen.

Die sprunghafte Zunahme von akut psychotischen Patienten, von akuten Not- und Kriseninterventionsaufgaben vor allem auf den hiervon besonders betroffenen Stationen drohte unser Konzept einer „offen-zu-haltenden-Klinik“ zu gefährden.

Nachzutragen ist, daß wir die Vollversorgungsverpflichtung freiwillig übernommen haben. Diese Entscheidung stützt sich auf das sozialpsychiatrische Selbstverständnis der Mehrzahl der Mitarbeiter unserer Klinik, nach der eine Zweiklassenpsychiatrie, und das heißt unter anderem das Abschieben unangenehmer Patienten in die Landeskrankenhäuser, vermeidbar ist. Darüberhinaus wird diese Einstellung getragen von einer optimistisch zu nennenden Zuversicht, daß es mit Hilfe eines vielseitigen ambulanten- und Selbsthilfesystems in enger Verflechtung mit einem effektiven klinischen Behandlungssetting für psychotische-, neurotische- und psychosomatische Patienten möglich ist, einerseits klinische Hospitalisierungen zu vermeiden und andererseits organmedizinische-, familiäre- und sozialbetreuerische „Hospitalisierungen“ in der Gemeinde verringern zu helfen.

Sozialpsychiater, die sich heute überwiegend außerklinisch orientiert haben und die der Klinik nur noch die Funktion kurzfristiger Kriseninterventionen nach italienischem Muster zugestehen, vermögen weder die Funktion mittelfristiger Klinikbehandlungen für Ich-Findung und Stabilisierung psychotischer Patienten zu sehen, noch die dringende Notwendigkeit klinischpsychiatrischer Behandlungen für neurotische und psychosomatische Patienten.

Ich spreche diese Extrempositionen aus 2 Gründen an: 1. wird in verbands-internen wie in öffentlichen Diskussionen noch immer übersehen, daß es bereits mehr als 100 psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern gibt, die außerhalb der Großkrankenhaus-Auflösungs-Diskussionen ihren Weg suchen mit Hilfe einer Kombination von gemeindenahen außerklinischen Diensten und mittelfristigen klinischen Therapieangeboten. 2. rekrutieren sich die Vertreter der „sozialpsychiatrisch-antiklinischen-Mafia“ zum Teil aus der Gruppe derjenigen, die in den sechziger- und siebziger Jahren für die Humanisierung der Kliniken mit Hilfe verbesserter psychodynamisch-psychotherapeutischer Technik im Rahmen einer Therapeutischen Gemeinschaft sich einsetzten und die inzwischen frustriert und resigniert das Handtuch warfen. So verließen sie, wie ihre analytischen Kollegen, das psychiatrisch-klinische Behandlungsfeld. Die einen zog es in die neurotisch-ödpalen Vorgärten der Psychiatrie, die anderen in die Beratungs- und Alternativ-Läden, in die Außenbollwerke.

Die klinische Psychiatrie, die weiterhin notwendig und existent ist, suchte zum Teil erneut Anlehnung an biologisch-beschreibende Klassiker. Sie fühlt sich verlassen von den anfangs engagierten analytischen wie von den pragmatisch orientierten klinischen Sozialpsychiatern. Die dadurch entstandenen theoretischen und therapeutischen Leerstellen werden inzwischen von Gestalt- und von Systemtherapeuten ausgefüllt. Ob aus diesen Konzep-

ten in absehbarer Zukunft umfassende kliniktherapeutische Paradigmen entstehen, bleibt abzuwarten.

Nach meiner Einschätzung liegt einer der wichtigsten Gründe für diese Entwicklung in der bisher unzureichenden Handhabung der Erlebensverarbeitung im Behandlungsteam. Ich wähle den Begriff Erlebensverarbeitung, weil die bisherigen Vorstellungen zur Übertragung und zu Teamkonflikten zu pauschal der Vielfalt und Vielschichtigkeit des differenten Erlebens der einzelnen Teammitglieder nicht gerecht zu werden vermögen. Darüber hinaus läßt sich der Erlebens- und Ausdrucksreichtum vor allem ich-gestörter Patienten mit den auf familiäre Muster eingeengten Übertragungsrastern nicht einfangen. Versuche, auf der familialen Selbsterfahrungsschiene den Patienten qua Übertragung durch die Gruppen- und Stationsprozesse zu fahren und zu verstehen und gleichzeitig dabei die eigenen Transportqualitäten und Weichenstellungen, also Übertragungs- und Gegenübertragungsfähigkeiten zu verbessern, scheinen mir zumindestens für den harten klinischen Psychiatrie-Alltag gescheitert. Eine Vielzahl von Publikationen zur Entwicklung der Therapeutischen Gemeinschaft belegt diese Aussage.

Analytische Stationsteam-Supervisionen ebenso wie Institutsberatungsversuche wurden in der Regel bald wieder aufgegeben. Auch die klassische Balintgruppe, welche der Aufarbeitung der Arzt-Patienten-Beziehung dienen sollte, geriet innerhalb von psychiatrischen Institutionen, wenn sie sich über einen längeren Zeitpunkt zu halten vermochte, häufig in zum Teil schwer handhabbare Ausbildungs- und Selbsterfahrungsaufgaben für psychoanalytisch orientierte familiäre Übertragungskonzepte. Nur, wo dieser einseitige Konzeptrahmen aufgegeben, die Gruppenprozesse mit neuen Elementen vor allem des Körpers und Stimmungserlebens angereichert und familiäre Deutungseinengungen erweitert werden konnten, wie das vor allem von schweizerischen und französischen Autoren beschrieben wird, ließ sich längerfristig institutionell und patientenorientiert arbeiten. Beispielhaft hierfür Trenkel (1974), Knöpfel (1980), Sapir (1980), Th. von Uexküll (1982). Ich habe kürzlich in zwei Publikationen Erfahrungen hierüber zusammengetragen (1984, '85).

Bevor ich diese Überlegungen vertiefe und eigene Konzeptvorstellungen näher erläutere, möchte ich einige Arbeitsformen vorstellen, die wir in unserer Klinik in Duisburg-Rheinhausen in den letzten 3 Jahren entwickeln konnten.

// Duisburg-Rheinhausener Erfahrungen

Erklärtes Ziel dieser Arbeitsformen ist es, die von Patienten ausgehenden Impulse, die sich in offenen und verdeckten Teamkonflikten ihren Ausdruck suchen, für den Mitarbeiter erlebbar zu machen, seine instrumentelle Funktion des Gefühlserlebens zu optimieren, insgesamt die Handhabung der Erlebensverarbeitung bei den einzelnen Teammitgliedern zu verbessern im Dienste des Konzepts einer „offenzuhaltenden Klinik“. Wir gehen dabei von folgender Grundkonzeption aus:

In dem Maße, in dem es den einzelnen Teammitgliedern gelingt, differentes Erleben als Antwort auf einen bestimmten Patienten sowie auf eine bestimmte Situation in sich zuzulassen und zu gestalten, gelingt es ihnen, dem Patienten in seiner Komplexität gerecht zu werden, symptomfixierte und Übertragungsblockaden zu vermeiden bzw. aufzulösen und damit verknüpft den Stationsalltag und das Miteinander aller Beteiligten auf einer Station offenzuhalten für Reinszenierungs- und für Neugestaltungsprozesse. Das Prinzip der Therapeutischen Gemeinschaft läßt sich unseres Erachtens auf längere Zeit mit dieser Methode durchhalten.

Ich möchte nachfolgend 5 Arbeitsformen der Klinik aus Duisburg-Rheinhausen vorstellen, mit deren Hilfe es zumindestens teilweise gelingt, die von Patienten ausgehenden offenen und verdeckten Teamkonflikte im Team zu belassen, sie nicht projektiv zu verschieben, sie in Form des differenten Erlebens der einzelnen Teammitglieder auf den Patienten fokussiert verstehend aufzuarbeiten. Ich werde hierbei auf die ersten 4 Punkte skizzenhaft, auf den fünften schwerpunktmäßig eingehen.

1. Dezentralisierung und Autonomie,
2. Verwaltungsquerelen,
3. Das Märchendrama,
4. Prismatische Patientenvorstellungen,
5. Institutionelle Balintgruppen.

1. *Eine weitgehende Dezentralisierung von Entscheidungen* im therapeutischen, personellen wie im organisatorischen Bereich mit dem Ziel weitgehender Autonomie des jeweiligen Behandlungsteams einer Station wird heute mehr oder weniger weitgehend von zahlreichen Kliniken mit der Zielorientierung „Therapeutische Gemeinschaft“ angestrebt bzw. praktiziert. Die Verringerung von Anordnungsstrukturen und der weitgehende Verzicht auf Anordnungen sowie auf formalisierte Veranstaltungen mit ritualisiertem Charakter schaffen zwar für einen längeren Zeitraum Entscheidungs- und Rollenunsicherheit, Verlust von Gemeinsamkeitsgefühlen, divergierende Entwicklungen der einzelnen Stationen, Klagen über Alleingelassenwerden sowie von Isolierungsgefühlen vor allem bei denjenigen, die nicht in einem festen Team integriert sind. Die positiven Wirkungen kompensieren jedoch zunehmend die negativen Anfangsschwierigkeiten: Größere Entscheidungs- und Verantwortungsbereitschaft bei allen im Team tätigen Mitarbeitern. Vor allem bei der größten und für das Klima einer Station bestimmenden Gruppe, bei dem Krankenpflegepersonal, das weitgehend über Ordnungs- und Anordnungspädagogik seine berufliche Identität erhielt, läßt sich das Freiwerden von Eigeninitiative und von kreativ innovatorischen Gestaltungsfähigkeiten registrieren.

Die zunehmende Fähigkeit zur Entwicklung und Aufrechterhaltung eines Spannungsbogens zwischen den Polen empathisch getragener Erlebens- und Schwingungsfähigkeit im therapeutischen Prozeß und den außenorientierten Fähigkeiten zur Förderung von Verselbständigungsschritten der

Patienten bedarf einer längeren Anlaufphase. Temporäre einseitige Festlegungen sowie ein Pulsieren zwischen einzelnen Schwerpunkten im komplexen Arbeitsbereich der heutigen Psychiatrie sind dabei nicht zu vermeiden. Konflikte zwischen Vertretern traditioneller Pflege gegen therapeutisch Engagierte im Einzelbezugssystem, symbolischer Tiefgang gegen sozialreale Wachheit können dabei als Transportschiene für patienten-induzierte Teamkonflikte fungieren. In dem Maße, in dem es gelingt, diese differierenden Entwicklungen immer wieder patienten-fokussiert anzugehen, lassen sich die vom Patienten ausgehenden, das Stationsklima bestimmenden Kräfte sowie die eigene instrumentelle Funktion in diesem Geschehen zunehmend besser verstehen und darüber ein größeres Maß an Toleranz, Offenheit und Handlungsfähigkeit gewinnen.

2. *Auch Verwaltungsquerelen* sind für Kliniken generell, für Psychiatrische Kliniken im Besonderen, wegen ihrer zeitaufwendigen und schwieriger zu managenden Patienten unvermeidbar und damit nichts Besonderes. Das Spannungsfeld zwischen den Einstellungen und Haltungen von Verwaltungskräften einer Klinik und den therapeutischen Mitarbeitern, die sich den emotionalen Konflikten ebenso wie den Sachproblemen ihrer psychiatrischen Patienten täglich öffnen und stellen müssen, bietet sich geradezu an als Austragungsort für die Ventilierung der von Patienten ausgehenden Teamkonflikte. Das tatsächliche Machtgefälle, das da hineinspielt zwischen Verwaltung und therapeutischem Bereich, soll in dieser Arbeit vernachlässigt werden, da hier nur lösbare und bewegbare Konfliktfelder angesprochen werden sollen.

Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern stehen dabei unter einem besonderen Druck. Mit der Selbstverständlichkeit, mit der Investitionen für Geräte der somatischen Abteilungen bewilligt werden, die ein bis zwei Zehnerpotenzen über den Kosten für psychiatrische Einrichtungsgegenstände liegen, werden im Verhältnis dazu geringfügige psychiatrische Bedarfsanforderungen übersehen, verzögert oder abgelehnt. Das ständig präsente Kränkungspotential ist deshalb hier besonders hoch.

Nachdem wir jedoch die Mechanismen der Projektion und der paranoiden Solidarisierung mit unseren gleichfalls diskriminierten Patienten verstanden hatten und die Ventilfunktion der Querelen mit der Verwaltung für Teamkonflikte einsehen lernten, konnten wir die relative Unbeweglichkeit der Verwaltung akzeptieren, um für Patienten offen, empathisch und distanzfähig bleiben zu können.

Der Gewinn an Autonomie eines Stationsteams, zum Beispiel über die Komplettierung ihres Einrichtungsbedarfs zum Beispiel mit Sperrmüll, kommt dabei direkt in Form größerer Bereitschaft zu Autonomieerlaubnis in der Therapie der Gruppe der Patienten zugute. Auch die Einrichtung eines Selbsthilfevereins, mit dessen Hilfe personelle wie kurzfristige finanzielle Engpässe überwunden werden konnten, ersparte uns kränkende Verwaltungswege. Diese passive und Rückzugsstrategie im Hinblick auf den

Umgang mit der Verwaltung hat sich bei uns bewährt, läßt sich jedoch nicht immer durchhalten.

3. Das *Märchendrama* ist eine in unserem Haus entwickelte Stationsgruppenmethode, an der Patienten wie Teammitglieder einer Station gleichermaßen sich beteiligen. Die Entwicklung dieser Gruppenmethode ist Ausdruck des innovationsfreudigen Klimas und der differenten Suchbewegungen auf den einzelnen Stationen.

Das Märchendrama wurde geboren auf zwei miteinander räumlich verzahnten Stationen, in denen überwiegend verdeckte Teamkonflikte das Stationsklima bestimmten. Inzwischen wird es wegen seiner konfliktentlastenden, vor allem wegen seiner lustvollen und gleichzeitig ich-stabilisierenden Funktion auch von Stationen übernommen, in denen eher offene Teamkonflikte vorherrschen.

Das Märchendrama stellt eine Kombination unterschiedlicher Gruppenverfahren dar. Mittelpunkt ist die Kreation eines neuen Märchens unter gleichberechtigter Teilnahme der Stationspatienten und Therapeuten. Metaphorisch werden hierbei blockierte, bisher nicht erlebbare Spannungen und Konflikte auf der Station in einem Märchen verdichtet, dargestellt und schließlich in Form des Settings einer Theaterwerkstatt gespielt. In einer differenzierten Prozedur werden dabei in einer zeitaufwendigen Rollenfindungsphase Identifikationsprozesse und Spiegelungsphänomene durchlebt, die unseres Erachtens durch die aktive Mitbeteiligung von Krankenpflegepersonal und Ärzten in den Märchenbildungs- und Gestaltungsprozessen Kommunikationsblockaden zwischen den Patienten, zwischen den Therapeuten sowie zwischen Patienten und Therapeuten aufzulösen vermag. Wie wir in einer entsprechenden Arbeit näher ausgeführt haben (Garde et al. 1987) lassen sich mit Hilfe dieser Methode Teamkonflikte, die sich als persönlich-familial erlebte nicht lösbare Spannungen darstellen, partiell entemotionalisieren, vom Verleugungsdruck befreien und als patienteninduziert verstehen.

4. *Prismatische Patientenvorstellungen* stellen eine spezifische Arbeitsform in unserer Klinik dar, die mit dem Aufbau der Klinik von mir eingeführt wurde. Vernehmliches Ziel dieser Methode ist, die von Patienten regelhaft den Therapeuten angetragenen frustranen und einengenden Symptom- und Beziehungsangebote schon im ersten Team-Aufnahmegespräch zu unterlaufen bzw. zu verbreitern.

Wir übernahmen den Begriff „Prismatisch“ von W. Loch, der die Fähigkeit einer Balintgruppe beschrieb, differierende Anteile einer Arzt-Patienten-Beziehung auffächernd sichtbar zu machen und dies als Prisma-Effekt der Gruppe beschrieb. W. Loch (1969).

Wir verbinden mit dieser Methode die Erwartung, daß erstens schwergestörte psychotische-, narzißtische- und psychosomatische Patienten, die häufig ein ganzes Stationsteam auf ein Symptom bzw. auf eine Gegenüber-

tragung festzulegen vermögen, eine größere therapeutische Chance erhalten. Mit Hilfe differierender Erlebensantworten der einzelnen Teammitglieder läßt sich der enge Symptom- und Übertragungsrahmen der Patienten erweitern und darüber hinausgehende Selbstanteile, Persönlichkeitsbezüge und Übertragungsmöglichkeiten des Patienten antizipieren. Für psychosomatische Patienten habe ich diese Phänomene als „differierende Gegenübertragungen“ beschrieben. (1981).

Zweitens kann im Rahmen prismatischer Patientenvorstellungen als didaktische Methode der Gefahr begegnet werden, einseitig rationalisierend beschreibende Distanz und uniformierte Diagnostikhaltungen verringern zu helfen und die instrumentelle Funktion des eigenen Erlebens zu entwickeln. Der Erwerb notwendiger nosologischer Einteilungskriterien brauchte hierüber eine längere Anlaufphase. Diese wurde jedoch wettgemacht durch den frühen Erwerb diagnostisch-therapeutischer Offenheit und Empathiebefähigung, die es auch dem Pflegepersonal rasch erlaubte, therapeutische Einzelbeziehungen einzugehen.

Die Fähigkeit und Bereitschaft der einzelnen Stationsteams, mit dieser Methode mehr oder weniger intensiv zu arbeiten, zeigte sich erstaunlich unterschiedlich. Die Gründe hierfür fanden sich einmal in dem Grad der Offenheit für Teamkonflikte auf den einzelnen Stationen und damit verknüpft in dem Grad rationalisierender und sicherheitsvermittelnder Rollen- und Übertragungseindeutigkeit. Es zeigte sich dabei, daß auf Stationen mit überwiegend akut psychotischen Patienten, auf denen auch Teamkonflikte offen-lärmender ausgetragen werden, weniger Widerstände gegen prismatische Patientenvorstellungen auftauchten. Das ist umso erstaunlicher, da in diesen prismatischen oder miterlebenden Patientenvorstellungen auch psychotische Äquivalente, bei entsprechenden Patienten, im Therapeutenkreis erlebbar werden.

Der formale Ablauf dieser Methode kann hier nur kurz dargestellt werden. Die inhaltlichen Aspekte werden, weil ähnlich, in der Schilderung der institutionellen Balintgruppen ausgeführt, in der Regel wird ein neu aufgenommener Patient in einem Kurzinterview mit einem Arzt, einer Krankenschwester oder einem Pfleger im Stationsteam vorgestellt bzw. erlebbar gemacht. Auf einigen Stationen wird dabei bewußt in der Interviewphase die Zweiersonne situation arrangiert und durchgehalten, während auf anderen Stationen rascher ein „Rundumgespräch“ mehrerer Teammitglieder mit dem Patienten gesucht wird. Während dieses Gesprächs sind alle Teammitglieder gehalten, möglichst ihre kognitive Konstruktbildung und Urteilsfindung zurückzustellen, um dadurch eigenes und das heißt in der Regel von den anderen Teammitgliedern divergierendes Erleben zur Entfaltung kommen zu lassen.

An Hand der Berichte über die differierenden Einfälle und Erlebnisse der einzelnen Teammitglieder während des Interviews entsteht ein breites Spektrum aus differenten Beziehungsantworten auf einen Patienten, aus Bezie-

hungsanteilen eines Patienten und seiner prospektiven Möglichkeiten über seine akute Symptomatik hinaus.

Das Feld diagnostischer Überlegungen wird hierüber erweitert. Vor allem bei Psychotikern, Psychosomatikern mit reduzierter Gefühlsbreite und bei Patienten, die mit Hilfe eines massiven Übertragungsdruckes eine ganze Station sehr schnell in eine Gegenübertragungsposition - sprich: Ablehnungshaltung - zu bringen vermögen, haben wir die prismatische Patientenvorstellung schätzen gelernt. Größere Kontaktbreite und Handlungsfreiheit zum Patienten, frühzeitiges Antizipieren von möglichen Übertragungs- und Teamkonflikten, eine Zunahme von Geduld, Empathie und Distanzierungsfähigkeit, Reduzierung des therapeutischen Aktivismus und insgesamt Gewinn an therapeutischer Kompetenz.

Diese lockere Auflistung von Möglichkeiten und Ergebnissen der prismatischen Arbeitsmethode bedarf der Ergänzung, daß erst in einem langfristigen Prozeß von mehreren Jahren optimal mit der Eigenbefindlichkeit als Instrument umzugehen gelernt werden kann. Unsere Erfahrungen zeigen jedoch, daß mit dieser Methode bereits am Anfang der Ausbildung von Ärzten und Krankenpflegepersonal begonnen werden kann, daß Empathie- und Distanzierungsfähigkeit hiermit rascher zu erzielen sind als mit familialem Übertragungstraining mit zusätzlich außerhäusiger Selbsterfahrung. Studenten und Schüler scheinen sich auf Grund ihrer nicht so ausgeprägten Rollenfixierung am leichtesten in diesen Prozeß des Selbsterlebens hineinbegeben zu können.

Mittelpunkt des einfühlenden Miterlebens in der prismatischen Patientenvorstellung sind eigene Körpersensationen, aufkommende Gestimmtheiten sowie Phantasien und Vorstellungsbilder, in denen sich Körperempfinden und Gestimmtheit Ausdruck und Lösung suchen. Ich habe diese Erlebens- und Gestaltungsprozesse kürzlich beschrieben (Drees 1985). Im nachfolgenden Abschnitt werde ich näher darauf eingehen.

5. *Institutionelle Balintgruppen* stellen in unserer Klinik die zentrale Achse dar, auf der Beziehungskonflikte zum Patienten ansprechbar, Teamkonflikte über eine Fokussierung auf den Patienten reduzierbar und therapeutische Grundhaltungen für alle Mitarbeiter modellhaft erlernbar sind. Diese Gruppenmethode vermag jedoch nicht fallorientierte Einzelsupervisionen, außerhäusige Selbsterfahrung sowie sach- und institutionsgebundene Teamkonflikt-Klärungsprozesse zu ersetzen. Mit Hilfe der Reduzierung des emotionalen Drucks, der auf dem einzelnen Mitarbeiter wie auf einem ganzen Behandlungsteam lastet, und der meist erst im nachhinein, also nach dem Klärungsprozeß in der Balintgruppe, als von Patienten ausgehend erlebt wird, lassen sich jedoch die sach- und institutionsgebundenen Konflikte lösungsorientiert ansprechen. Näheres hierzu Drees (1984,1987).

Im Verlauf der letzten 2 Jahre haben sich nach einigen Vorversuchen folgende Arbeitsformen für Balintgruppen in unserer Institution herausgebildet:

Eine Balintgruppe für Ärzte und Psychologen 1 x wöchentlich
Eine Balintgruppe für Krankenpflegepersonal 1 x monatlich
Vier Balintgruppen für je 2 Stationsteams 1 x 14tägig

An den 14tägig laufenden Team-Balintgruppen nehmen die 8 in der Klinik arbeitenden Teams (Station, Halbstation und Tagesklinik) mit allen ihren Mitarbeitern, einschließlich Schüler und Gäste, teil. Auf Grund des Schichtdienstes ergibt sich für einen Teil des Pflegepersonals ein größerer zeitlicher Abstand zu der sonst regelmäßig für alle Mitarbeiter stattfindenden 14tägigen Team-Balintgruppe. Oberärzte, Sozialarbeiter, Beschäftigungs- und Bewegungs-Therapeuten nehmen jeweils an dem Team teil, dem sie sich am ehesten verbunden fühlen. Es nehmen also alle in therapeutischen Prozessen stehenden Mitarbeiter der Klinik regelmäßig an Team-Balintgruppen teil. Nach unterschiedlichen Kombinationsversuchen der Einzelteams hat sich herausgestellt, daß die Kombination von jeweils 2 Teams, die einen größeren räumlichen Abstand voneinander haben, d. h. die nicht mit den gleichen Patienten zu tun haben, in der Balintgruppe am effektivsten zu arbeiten vermögen. Ein Grund ist darin zu sehen, daß bereits uniforme Gegenübertragungen eines Teams auf einen Patienten mit entsprechendem Teamkonfliktpotential von dem davon nicht betroffenen zweiten Team besser gespiegelt werden, die Emotionsblockaden sich so besser transformieren lassen.

Die 6 laufenden Balintgruppen in der Klinik werden von dem Chefarzt der Klinik geleitet, in seiner Abwesenheit von den Oberärzten. Diese Tatsache wird von vielen Kollegen mit Erstaunen zur Kenntnis genommen. Aus der Erfahrung mit klassischen Balintgruppen, in denen auf objektgerichtete, familiäre Beziehungskonflikte zentriert wird, kommt es nicht selten bereits mit außerhäusigen Gruppenleitern zu Arbeitsblockaden.

Der verbesserte Ansatz der hier vorgestellten institutionellen Balintgruppe, der bereits in den Siebzigerjahren in onkologischen, Dialyse- und psychosomatischen Abteilungen vom Verfasser entwickelt wurde und der in der Psychiatrischen Klinik in Duisburg-Rheinhausen in den bereits dargestellten prismatischen Patientenvorstellungen mehrere Erprobungsphasen durchlief, zeigte sich als effektiv und weniger störanfällig als der klassische Balintgruppenansatz. Drees (1976, 1977, 1981, 1982, 1984, 1985, 1987, 1988, 1990).

Die Transformation von objektgerichteten Gefühlen in Empfindungen und Stimmungen des Selbsterlebens und ihre Ausdruckssuche in Phantasien und Vorstellungsbildern stellt die entscheidende neue Qualität dieser Balintgruppenarbeit dar.

Im Vergleich zur klassischen Balintgruppe, in der ebenfalls und das zunehmend mehr Phantasien und Stimmungserlebnisse eingebracht werden, in der jedoch weiterhin „kriminalistische Suchbewegungen“, wie Bahnt es nannte, nach einer bestimmten Beziehungskonstellation zwischen Arzt und Patient dominieren, werden in unseren institutionellen Balintgruppen diese

Suchbewegungen nach einer spezifischen Übertragungsbeziehung aufgeben.

Ziel ist vielmehr, über eine Vermehrung von Informationen über einen Patienten durch das Entfalten möglichst vieler differenter Einzelerlebnisse der Gruppenmitglieder eine größere Anzahl von Beziehungsanteilen und Übertragungsmöglichkeiten des Patienten erlebend zu erfahren. Die Lösung und Auflösung einer eingefahrenen Übertragungsbeziehung scheint uns hierüber besonders gut erreichbar.

Der Gruppenablauf entspricht der klassischen Form: Vorstellung eines Patienten bzw. einer Patientenbeziehung durch ein Gruppenmitglied mit anschließendem Gruppenprozeß, in dem über die Einfälle, Gefühle und Phantasien der übrigen Gruppenmitglieder neue Einsichten gewonnen werden,

Was ist das Neue an unserer institutionellen Balintgruppe? Die Gruppenmitglieder sind von Beginn an darauf eingestellt, die inhaltlichen Aspekte einer Patientenvorstellung ebenso wie die averbalen Signale und die Gefühls- und Stimmungsfärbungen in sich aufzunehmen und diese dann an Hand der eigenen Gestimmtheit und Befindlichkeit zu erleben, zu verbalisieren und sie schließlich in Form von Phantasien und Vorstellungsbildern weiter auszugestalten. Diese Arbeitseinstellung beinhaltet ein ständiges Oszillieren der Wahrnehmung zwischen den von außen kommenden Signalen, dem Erleben eigener körperlicher und seelischer Befindlichkeit und Gestimmtheit und den inneren Suchbewegungen mit Hilfe von Phantasien und Vorstellungsbildern dem meist diffusen Eigenerleben und den Körpersensationen Ausdruck und Gestalt zu geben. Die meist rascher sich einstellenden kognitiven sicherheitsvermittelnden Konstruktbildungen, die sich über theoretische Erörterungen, Diagnostik sowie über nachfragende und erklärende Deutungen Ausdruck suchen, sollten hierbei zugunsten des oszillierenden Offenbleibens für im Gruppenprozeß noch nicht Erlebtes und damit für noch nicht Gewußtes zurückgestellt werden. Objektgerichtete familiäre Emotionen, die sich in Form offener Gruppendynamik oder in pseudoneutralem Nachfragen Ausdruck suchen, werden, wie bereits ausgeführt, transformiert in differierende Selbsterlebensprozesse der einzelnen Gruppenmitglieder. Wie läuft das praktisch ab?

Das zugrundeliegende Gruppensetting ist einfach. Es bedarf jedoch im Hinblick auf seine theoretische Durchdringung und Einordnung - vor allem im Hinblick auf vergleichbare Übertragungs-Widerstands-Konzepte weiterer Erörterung. Erste Ansätze wurden von mir in meinen letzten Arbeiten dargestellt. Drees (1984, 1985, 1987, 1988, 1990).

Die Durchsetzung und Einhaltung der sich bei uns herausgebildeten Gruppenregeln ist in institutionellen Balintgruppen, in denen Berufs- und Hierarchie-Rollenträger gemeinsam teilnehmen, unseres Erachtens notwendig für den Zusammenhalt und die Arbeitsfähigkeit der Gruppe. Sie ist zeitweise

schwierig, in Einzelfällen nur durch konsequentes Beharren des Gruppenleiters auf das festgelegte Gruppensetting durchzuhalten. Zum Beispiel ließen sich ausgeprägtes Zögern und Abwehr bereits am Beginn einer Gruppenstunde gegen ein Sicheinlassen auf patientenbezogene Gruppenprozesse nicht als spezifischer Widerstand im Sinne eines Spiegelung-Phänomens von Therapeut-Patienten-Beziehung (Heigl-Evers, Roth) festmachen. Der Patient war ja noch gar nicht vorgestellt. Erlebbar waren in der Gruppe lediglich sich gegenseitig blockierende Teamkonflikt-Anteile. Bei verleugnenden Teamverhakungen dominierte der Wunsch nach konfliktfreien Sachbesprechungen, bei offenen Teamkonflikten der Wunsch nach institutsorientierter Teamsupervision. Beide Abwehrformen werden in der Regel intensiv und persönlichkeitsbezogen erlebt und sind in ihrer Verzahnung von individuellen, institutsbedingten und patientenabhängigen Faktoren in der Regel so nicht lösbar, wie ich in meinen Arbeiten bereits nachzuweisen versuchte. Über die konsequente Einhaltung des patientenbezogenen Settings der Gruppe läßt sich erst im Verlauf oder am Ende des Gruppenprozesses verstehen, welche ein Spiegelungsphänomen und welche instrumentelle Funktion die Anfangsabwehr und die Teamkonflikte zum Verständnis eines Patienten geliefert haben.

In der klassischen Balintgruppe mit Teilnehmern, die nicht täglich miteinander arbeiten und die ihre persönlichen- und Rollenfunktionen voneinander abgrenzen müssen, können Widerstände erst im Verlauf eines Gruppenprozesses sichtbar werden und dann auch eher als Spiegelungsphänomene verstanden und aufgearbeitet werden.

Ich will zur Verdeutlichung des Gruppensettings unserer institutionellen Balintgruppen thesenhaft folgende 6 Gruppenregeln vorstellen:

1. Alles, was hier in der Gruppe geschieht, ist der Patient.

Diese erste und wichtigste Gruppenregel stößt auf verstehbare emotionale und kognitive Widerstände. Einhaltung und Verständnis dieser Gruppenregel ermöglichen und bestimmen jedoch den gesamten Gruppenprozeß. Während die emotionalen Widerstände über das entlastende Erleben im Gruppenprozeß rascher aufgegeben werden können, stellen sich dem theoretischen Verständnis dieser Arbeitsorientierung größere Hindernisse bzw. Fragen in den Weg.

Wir können in diesem Rahmen weder auf das systemische Paradigma noch auf tiefenpsychologische und gestalttherapeutische Vorstellungen zum Partial-Erleben eingehen, die für unsere Arbeit den theoretischen Hintergrund bilden. Auch die Relativierung des Subjektbegriffes sowie Vorstellungen zur objektzentrierten Beziehung und Übertragung lassen sich hier nicht vertiefen. Wir suchen die Legitimität unseres Arbeitsansatzes in diesem Rahmen in praxisnahen Vergleichen und Überlegungen.

Wenn zum Beispiel ein Gruppenmitglied unausgeschlafen, müde in die

Gruppe kommt, so wird es über den jeweils vorgestellten Patienten in dem hierüber in Bewegung gebrachten Gruppenprozeß seine Müdigkeit verlieren oder sie quälend, beglückend oder schuldhaft erleben. Seine in die Gruppe mitgebrachte Müdigkeit läßt sich so als ein Instrument verstehen, welches im Gruppenprozeß zum Klingen gebracht wird. Die Melodie, die da klingt, wird als das in der Gruppenstimmung und im Gruppenprozeß sich entfaltende Patienten-System verstanden. Hierbei wird das Instrument Müdigkeit von einem Gruppenmitglied dem Gruppenprozeß zur Verfügung gestellt und gespielt. In ähnlicher Weise lassen sich andere in die Gruppe mitgebrachte Stimmungen und Befindlichkeiten der einzelnen Gruppenmitglieder einordnen. So wird ein zur Zeit depressiv-bedrücktes Gruppenmitglied die depressiven Anteile eines Patienten-Systems auf sich ziehen und bevorzugt dieses Instrument klingen lassen.

Unter Patienten-System verstehen wir die ganze Palette von Erlebens-, Symptom-, Vorstellungs- und Beziehungs-Muster und Möglichkeiten eines Patienten, die im Gruppenprozeß von den Gruppenmitgliedern erlebbar werden. Dieses Erleben und das kreative Sicheinbringen der Gruppenmitglieder wird so in seiner instrumentellen Funktion verstehbar.

Die Vielfalt der Rollen-, Beziehungs-, Erlebens- und Funktions-Weisen und Möglichkeiten des Menschen läßt sich aus methodischen Gründen für den klinisch-therapeutischen Raum auf vier Komplexe mit jeweils dafür eigener handlungsrelevanter Sprache und Arbeitsmethodik reduzieren. Wir differenzieren;

- a) Objektivierbare Körpersysteme
- b) Funktionszentrierte Rollensysteme
- c) Objektzentrierte Beziehungsformen
- d) den Zwischenbereich Stimmung

Diese vier Komplexe sind ineinander verwoben faktisch in jeder therapeutischen Beziehung zum Patienten enthalten. Die einzelnen Komplexe gewinnen jedoch über jeweilige Sprach- und Handlungsregeln eine mehr oder weniger ausgeprägte Bedeutung, auf die dann in der Praxis zentriert wird.

- a) Mit Hilfe der Handlungssprache der Organmedizin und ihrer Methoden lassen sich am Patienten körperzentriert objektivierbare Störungen, Läsionen, Reparaturen und Trainingsprogramme untersuchen und entwickeln. Hier wird auf das naturwissenschaftliche Handlungsverständnis des Arztes fokussiert.
- b) Mit Hilfe der Handlungssprache der Soziologie lassen sich funktions- und sachorientierte Systemanalysen durchführen, mit denen Informationsdefizite und Dysfunktionalitäten zum Beispiel im Rahmen einer Institutsberatung sichtbar gemacht und verbessert werden können. Hier wird auf das Rollenverhalten der Therapeuten fokussiert.
- c) Mit Hilfe der Handlungssprache der psychologischen Medizin lassen sich

gefühlsgetragene Objekt-Subjekt-Beziehungsmuster zwischen Therapeut und Patient in ihrer aktuellen Verschränkung als Reinszenierung verstehen und beeinflussen. Hier wird auf den selbsterfahrungstrainierten übertragungsfähigen Therapeuten fokussiert.

- d) Mit Hilfe einer noch zu entwickelnden Sprache, die an prozeßorientierter Systemtheorie, an die von Thure von Uexküll geforderte Psychosomatische Sprache sowie an den Überlegungen von Winnicott und Balint zum Zwischen- und Übergangsbereich sich ausrichtet, lassen sich Phänomene wie Stimmungs- und Resonanzprozesse, körperliches Erleben und Symptom-Transferenzen verstehen und beeinflussen. Hierbei wird auf Patientensysteme fokussiert, die sich in der Balintgruppe mit Hilfe der instrumentellen Funktion der Therapeuten im Gruppenprozeß entfalten.

In jedem dieser vier Komplexe werden die jeweils anderen drei Komplexe vernachlässigt bzw. als Katalysatoren oder Material für die Eigenmethodik genutzt. So werden zum Beispiel in einer Selbsterfahrungsgruppe institutionelle Rollenkomplexe wie Patientenübertragungsszenarien als Vergleichsmaterial genutzt, mit dem sich die intrapsychischen Komplexe des Einzelnen sichtbar machen lassen. Hieraus läßt sich die Legitimität der ersten Balintgruppenregel ableiten: Alles, was hier in der Gruppe geschieht, ist der Patient.

2. Gefühle, Körpersensationen, Stimmungen, Phantasien und Einfälle der einzelnen Gruppenmitglieder werden als instrumentelles Bearbeiten der von einem Patienten ausgehenden Impulse verstanden. Die Eigenanteile der Gruppenmitglieder werden wie schon in der klassischen Balintgruppe nicht in Richtung unmittelbarer Selbsterfahrung vertieft. Darüber hinausgehend werden sie jedoch auch nicht auf ihren Übertragungs- und Widerstandsaspekt hin angesehen und bewertet, sondern als notwendige Teilaspekte, als Facetten oder Spektren eines Gruppenprozesses.

In diesem Sinne gewinnt zum Beispiel aufkommende Langeweile bei einem Gruppenmitglied, Erreichen stark depressiver Gestimmtheit bei einem Anderen und aggressiv getönter Bilder und Einfälle bei einem Dritten eine wichtige Lösungs- und Komplettierungsfunktion, mit der eine Stimmungsphase im Gruppenprozeß sich ausfalten kann und gleichzeitig und darüber Möglichkeiten geöffnet werden zu meist darunter verborgen liegenden Erlebnisgehalten.

Die einzelnen Gruppenmitglieder gewinnen über diesen Prozeß des differierenden Erlebens sowie durch den Wechsel ihres Erlebens im Verlauf des Gruppenprozesses eine neue Beziehung zu ihren Selbstanteilen, die sie sonst eher als „neurotische Macken“ oder als Gegenübertragungshaltungen negativ besetzt erleben. Ihr spezifisches Reagieren können sie in diesem Setting also als positiv bewertet erleben. In einem Gruppensetting, in dem die Eigenanteile der Gruppenmitglieder in ihrer instrumentellen Funktion gewertet werden, lassen sich unseres Erachtens diese Eigenanteile

rascher einbringen als bei klassischem objektgerichtetem Übertragungs-Gegenübertragungs-Hintergrund. Für den Einzelnen bedeutet die Einstellung einer Gruppe, patientenorientiert zu arbeiten und sein individuelles Reagieren in seiner instrumentellen Funktion zu sehen und zu nutzen, eine erhebliche Entlastung. Er kann seine spezifischen lebensgeschichtlich gewachsenen Reaktionsmuster und Selbstanteile angstfreier erprobend einbringen, kennenlernen und sie über den Gruppenprozeß hinaus in therapeutischen- und Teamprozessen auf der Station einsetzen und variieren lernen.

Die Aussage S. Freud's, nach der der Therapeut dem Patienten sein Unbewußtes wie ein Instrument zur Verfügung stellen sollte, wird in unserem Gruppensetting in einem weitgehenden Sinne angestrebt.

Über das Verstehen und bewußte Einsetzen der instrumentellen Funktion des eigenen Erlebens in den wechselnden Stimmungsphasen eines Gruppenprozesses wird darüber hinaus die Gefahr des Abdriftens in fixierenden inneren Tiefgang vermieden. Das bezieht sich auf bedrohlich erlebbare psychotische Äquivalente ebenso wie auf wohlige Rückzüge spiritueller Versenkungen. Da in unserem Setting mit dem Verlassen sicherheitsgebender objektgerichteter Emotionalität und familialer Übertragungs-Beziehungsmuster - vor allem beim Vorstellen psychotischer Patienten - vielseitige, sowie gewohnte Ufer übersteigende Erlebens- und Phantasieformen Raum gewinnen, ist diese oszillierende Wachheit mit ihrer patientenbezogenen Arbeitsorientierung mit der Instrumentalisierung des eigenen Erlebens von großer Bedeutung.

3. Objektgerichtete Emotionen werden in „objektfreie“ Emotionen umgewandelt oder transformiert. Das beinhaltet, daß die im Gruppenprozeß auftauchenden Gefühle und die davon getragenen rationalisierenden Überlegungen gegen oder für einen Patienten, seine Angehörigen, den vortragenden oder mitagierenden Kollegen umgewandelt werden in auszugestaltendes Selbsterleben der einzelnen Gruppenmitglieder, welches dann in seiner instrumentellen Funktion in den Gruppenprozeß eingebracht wird.

Objektgerichtete Emotionen zeigen sich in Form offener oder verdeckter Gruppendynamik, als pseudosachlich-neutrale Fragen und Äußerungen, sowie als offene Unmuts-, Vorwurfs-, Ablehnungs- oder als Sympathie- und Unterstützungshaltungen. Die Gruppenmitglieder sind darauf eingestimmt, ihre objektgerichteten oder wie Ernst Bloch sagt, geschlossenen Gefühle, umwandelnd neu zu erleben, indem sie auf die hierbei auftretenden körperlichen Empfindungen und auf die eigene Stimmung fokussieren, diese Erlebnisinhalte in der Gruppe verbalisieren und im ständig wachen Kontakt zum Gruppenprozeß durch Phantasie- und Vorstellungsbilder sie genauer auszudrücken, zu ergänzen und zu vertiefen suchen.

Dem Gruppenleiter bleibt die Aufgabe, nicht transformierte objektgerichtete Emotionen frühzeitig wahrzunehmen, averbale Signale zu registrieren, seine Wahrnehmungen den betreffenden Gruppenmitgliedern mitzuteilen

und auch über das Einbringen der eigenen Befindlichkeit den Transformationsprozeß anregen zu helfen. Bei ausgeprägten Teamkonflikten kann er nur, wie oben bereits ausgeführt, konsequent auf die Einhaltung des verabredeten Arbeitssettings bestehen. Bei ausgeprägten Konfliktverhakungen ist das emotionale Eingebundensein der Gruppenmitglieder so fixierend, daß erst nach konsequenter Einhaltung der Gruppenregeln, nach dem Ingang-kommen eines patientenbezogenen Arbeitsprozesses die vom Patienten ausgehende „Teamaufheizung“ in seinen instrumentellen Dimensionen verstanden werden kann.

4. Die Gruppenstimmungen tragen und verändern den Gruppenprozeß. Was heißt das?

Die im Verlauf eines Gruppenprozesses wechselnden Gruppenstimmungen und differierenden Gestimmtheiten der einzelnen Gruppenmitglieder stellen in unserem Balintgruppen-Setting die entscheidende sich ständig wandelnde oder pulsierende Matrix dar, auf der oder in der Empfindungen, Gefühle und Einfälle geboren, wachwerden und wachsen und, verbalisiert in die Gruppe gebracht, die Gruppenstimmung konturieren, verbreitern und verändern. Dieses dynamische Wechselspiel ist geradezu Ausdruck des Prozeßhaften der Gruppenabläufe. Es läßt sich am ehesten mit den neuen Paradigmen systemischer Denkansätze beikommen, in der Sprache heutiger Physiker wie Prigogine (1983) mit seinem Bild vom „partizipatorischen Universum“, in der der Mensch eingebunden und mitverändernder Teilnehmer ist. Vorstellungen, nach denen sich Entwicklung in offenen, immer komplexer werdenden, nicht vorhersehbaren irreversiblen Prozessen vollzieht.

Wir wissen offen gesagt noch wenig darüber, was in unseren Balintgruppen im Hinblick auf Stimmungsprozesse eigentlich passiert, vor allem nach welchen Regeln sich diese dynamischen Stimmungsspiele organisieren, obwohl wir auf die Stimmung und ihre Veränderungen fokussieren.

Wenig tröstend erscheint uns, daß bei der Vielzahl von Publikationen über Beziehungs- und Gruppenprozesse Stimmungsaspekte in ihrer dynamischen Wechselbeziehung bisher kaum gewürdigt wurden. Vielleicht gibt hier die Aussage M. Balint's aus dem Jahre 1957 eine Antwort: „Leider unterblieb es dabei völlig, unser Verständnis durch die Schaffung theoretischer Begriffe und technischer Ausdrücke durch Zuhilfenahme der Erfahrungen, der Bilder und der Zusammenhänge mit anderen Sphären zu bereichern. Solche Sphären sind unter anderem: Wärmeempfindung, rhythmische Geräusche und Bewegungen, Unterdrücktes, unbestimmtes Summen, die unwiderstehlichen und überwältigenden Wirkungen von Geschmack und Gerüchen, von enger körperlicher Berührung, von Tast- und Muskelempfindungen, vor allem der Hände und die unbestreitbare Tatsache, daß durch all dies Ängste und Argwohn, selige Zufriedenheit und grausame, verzweifelte Einsamkeit hervorgerufen und zum Verschwinden gebracht

werden können. Wegen dieser Unterlassung wird sehr wahrscheinlich einmal die Zeit kommen, da unsere heutigen Theorien höchst mangelhaft und hoffnungslos schief erscheinen werden."

Wir haben uns bei der Theoriesuche für unsere „Stimmungspragmatik“ weitgehend an Vorstellungen von Thure v. Uexküll orientiert. Th. v. Uexküll hat in zahlreichen Schriften sein wissenschaftliches Interesse für Stimmungsprozesse gezeigt. In den Fußstapfen seines Vaters Jakob v. Uexküll, der die Bedeutung der Stimmung als Organisatorin und als Form von Entscheidungsbildungsprozessen für Einzelorganismen wie für soziale Tiergruppen untersuchte, konzentrierte sich Thure von Uexküll auf die Stimmung als psychosomatische Matrix, in der normales und pathogenes Erleben gespeichert und wieder abgerufen werden kann (Th, v. Uexküll, 1963).

Anhand von psychosomatischen Krankheitsbildern schildert er die Gerichtetheit und Bedingtheit von Stimmungen, die von bestimmten inneren Motiven ausgelöst werden können und die dann ihre emotionale Spannung durch Handlung oder durch spezielle Körpersymptome verlieren. Er schildert als Besonderheit der Stimmung, daß sie sich vom Seelischen wie vom Körperlichen beeinflussen lasse, daß sie keine Handlungsanweisungen gebe, sondern Bereitstellungen für vor allem vegetativ gestörte Funktionen des Körpers. Auch Gedanken und Phantasien sind in der Lage, den Affektgehalt seiner Stimmung aufzuzehren. Er schildert im Einzelnen Stimmungs-Motivationsräume, die er als Medium sieht, in dem sich Subjekt und Objekt im Handlungsvollzug durchdringen und gegenseitig bedingen. In diesem motivlosen Handlungsvorfeld, das Thure v. Uexküll „Vorwirklichkeit“ nennt, sind sein Objekt und Subjekt noch ungetrennt.

Irgendwo dort ist unsere „Stimmungspragmatik“ in den Balintgruppen angesiedelt. Die zum Teil eigenartig ablaufenden Gruppenprozesse, in denen sich zum Teil polargegenseitlich entwickelnde Stimmungsanteile ausbreiten müssen, um eine breitere Gruppenstimmung zu ermöglichen, warten noch auf wissenschaftliche Klärung. Vor allem haben wir noch nicht verstanden, nach welchen Regeln und in welcher Reihenfolge sich differente Stimmungsebenen einstellen.

So können zum Beispiel in der ersten Arbeitsphase der Gruppe körperliche Mißempfindungen und Langeweile dominieren, die erst nach dem Zusammentragen von differierenden Gefühlen und Einfällen eine Gruppenstimmung hervorrufen, die dann erst Raum gibt für eine nachfolgende Stimmung z. B. mit lärmend aggressiv sexuellen Qualitäten, die dann schließlich depressiv-ängstlichen Beiträgen und Gestimmtheiten Raum gibt und damit eine dritte Stimmungsebene aufbaut.

Wir sind uns noch nicht sicher, ob die in etwa $V/2$ bis 2 Stunden sich häufig einstellenden bzw. erarbeiteten drei Stimmungsebenen ein vom Gruppensetting bestimmtes Kunstprodukt sind, sicherheitsvermittelnde Stufen, auf denen man dann weiterschreiten kann, oder ob sie grundsätzliche Bedeutung haben.

Wir vergleichen vorläufig diese Stimmungsarbeit über differierende Ebenen mit dem Modell einer Sinfonie mit 3 Sätzen. Eine Aussage können wir jedoch mit Sicherheit vortragen: Die erste oder die zweite Stimmungsebene widerspiegelt die vorherrschende Stimmung, in die ein Patient seinen Therapeuten bzw. ein ganzes Stationsteam zu bringen vermocht hat. Dies wird in der Regel vom vorstellenden Kollegen entlastend erlebt und bestätigt.

Darüber hinaus haben wir die Vermutung, daß uns die differierenden Stimmungsebenen mit ihrem spezifischen Gefühlsmaterial und ihren Phantasien und Einfällen Hinweise dafür geben, welche Gefühls- und Arbeitsmöglichkeiten für den anstehenden therapeutischen Prozeß jeweils hinter der augenblicklich vorherrschenden Stimmung und der dazu passenden Übertragungsbeziehung zu finden sind. Bei psychotischen Patienten kann auf diese Weise verstanden werden, daß sich z. B. hinter lärmend aggressiv sexualisiertem Verhalten eine desintegrativ chaotisch ängstliche Stimmung verbirgt. Das Team erlebt über die entstehende Stimmung mit ihren Einfällen in der Gruppe die ich-stützende Funktion der auf der Station destruktiv von ihnen erlebten Aggressivität und kann dem Patienten so eher gerecht werden. Bei anderen Patienten läßt sich die Tiefe und Bedrohlichkeit seiner z. B. abgewehrten depressiven Gefühle in der entsprechenden Gruppenstimmung erlebend verstehen und mit der so gewonnenen Einsicht therapeutischer Aktivismus gegen seine Abwehrsysteme reduzieren.

Ein weiterer hilfreicher Gesichtspunkt, den wir von Thure von Uexküll übernehmen konnten und der uns einen wichtigen Aspekt unserer Balintgruppenarbeit begründen hilft, leitet über zur nächsten Gruppenregel:

5. Die Gruppe sei eine tabula rasa ~ ein unbeschriebenes Blatt.

Der Konjunktiv zeigt bereits, daß diese Regel nur eine Anzustrebende sein kann. Der Versuch, vorgefaßte Meinungen, diagnostische Überlegungen, theoretische Konstrukte und Schulmeinungen weitgehend zurückzustellen und das bei Gruppenvorstellungen, nach der auch sicherheitsvermittelnde objektgerichtete Gefühle und Verhaltensmuster aufzugeben und zu transformieren sind, scheint und ist schlichtweg eine Überforderung, deshalb auch gar nicht erreichbar.

Thure v. Uexküll beschreibt das Verhalten von Studenten in Balintgruppen, die weder eingeschworen sind auf die Wissenschaftssprache der Organmedizin noch auf die der psychologischen Medizin und die deshalb Stimmungen von Rat- und Hilflosigkeit im Gruppenprozeß durchleben und die erst hierdurch vor allem psychosomatischen Patienten erlebend näherzukommen vermögen (1982).

Eigene Erfahrungen mit Studenten-Balintgruppen, die Überlegungen Th. von Uexküll's, Erfahrungen, die wir in weiteren Balintgruppen machen konnten sowie die hier bereits vorgetragenen Ergebnisse unserer prismatischen Patientenvorstellungen gaben uns den Mut, zunehmend eindeutiger

Widerstands- und Übertragungsaspekte mit ihren theoretischen Implikationen zurückzustellen, zugunsten einer weitgehenden Offenheit für die differenten Erlebens- und Stimmungsprozesse in der Gruppe, die über weite Strecken des Gruppenprozesses nicht und auch am Schluß der Gruppe nur zum Teil auf einen theoretischen- und Übertragungsnehmer zu bringen sind.

Dieser Aspekt einer „theorieweichen-offenzuhaltenden Gruppe für Stimmungs- und Erlebensprozesse“ war anfangs einer der verbliebenen Angstfaktoren für Mitarbeiter. Während die klassische Balintgruppe innerhalb von Institutionen Ängste und schließlich Blockaden erzeugt in Abhängigkeit von den in ihnen anvisierten familialen Emotionen, entstanden in unseren Gruppen Anfangsängste vor Insuffizienz, vor unzureichender Ausdrucks- und Phantasiefähigkeit. Verstehbar wurde hierüber, daß einerseits leitende Stationsschwestern und andererseits kognitiv auf bestimmte Schulmeinungen festgelegte Mitarbeiter größere Eingewöhnungsschwierigkeiten zeigten als rollenmäßig oder theoretisch noch nicht so festgelegte Teilnehmer.

Über die Einsicht, daß Insuffizienz-, Sprach-, Phantasie- und Ausdrucksschwierigkeiten, Leeregefühle und Hilflosigkeit eine für das Gruppengeschehen tragende und bedingende wichtige Erlebnisform darstellen, daß darüber instrumentalisiert Patientenanteile in der Gruppe erlebbar werden, ließen sich diese Anfangsschwierigkeiten weitgehend überwinden. Auch der Gruppenleiter hat in den entsprechenden Stimmungsphasen Hilflosigkeit und Ohnmachtsgefühle mitzutragen, in sich umwandelnd mitzuerleben und der Gruppe mitzuteilen. Er steht immer in der Gefahr, rationalisierend sich selbst und der Gruppe haltgebende gewohnte Deutungsmuster anzubieten.

Seine Ängste gruppieren sich immer wieder neu, vor allem bei dem Klientel einer Psychiatrischen Klinik, um die Schwierigkeiten, Erlebnisinhalte auf einen entsprechenden Stimmungsnehmer zu bringen. Seine integrativen und lösungssuchenden Funktionen geraten bei diesem Gruppensetting unter besonderen Erwartungsdruck. In dem Maße, in dem es ihm gelingt, auch die eigenen Überlegungen als instrumentalisiertes Erleben in Bezug auf den jeweils vorgestellten Patienten zu verstehen, zu vertiefen und in der Gruppe zu verbalisieren, gewinnt er für sich die Leitungskompetenz zurück, zeigt er den Gruppenmitgliedern Bewältigungsmöglichkeiten, die dem gewählten Gruppensetting entsprechen.

Die Einstellung einer Balintgruppe auf das „Prinzip der tabula rasa“, d. h. den weitgehenden Verzicht auf organmedizinische wie psychotheoretische Sprach- und Handlungsmuster, eröffnet - das konnte bereits Th. v. Uexküll für seine Studentengruppen zeigen - zusätzliche Wahrnehmungs- und Erlebensmöglichkeiten. Wir können an Hand unserer Gruppenerfahrungen bestätigen, daß psychotische Äquivalente wie funktionelle Körperbeschwerden mit Hilfe dieses Settings in der Gruppe partiell erlebbar werden und über vorher laufende bzw. nachfolgende Stimmungsphasen auflösend verbreitert werden. Allein hiermit gewinnt dieses Gruppensetting für die Psychiatrie eine enorme Bedeutung im Hinblick auf die hierdurch erlangte Fähig-

keit, Krankheitszustände, die mit dem familialen Übertragungsraster nur unzureichend erfahrbare sind, einführend zu verstehen und hierüber therapeutisch relevante Handlungsfähigkeit zu gewinnen bzw. zurückzugewinnen.

6. Der Gruppenleiter muß sein eigenes Erleben im Gruppenprozeß einbringen.

Diese Aufgabe ist für analytisch bzw. tiefenpsychologisch orientierte Gruppenleiter eine verstehbare Anfangsschwierigkeit. Der Hinweis darauf, daß Gruppendynamisches in diesem Setting transformiert und nicht deutend vertieft wird, daß damit das Einbringen des eigenen Erlebens nicht unter gruppendynamischen Gesichtspunkten ständig reflektiert zu werden braucht, vermag nur einen Teil der Anfangsschwierigkeiten zu beseitigen. Bedeutsamer scheint mir auch ein anderer Aspekt zu sein:

In institutionellen Balintgruppen, in denen der Gruppenleiter aus der gleichen Institution kommt, der dann in der Regel auch noch im therapeutischen Alltag mit Anordnungs- und Kontrollfunktionen besetzt ist, in einer solchen Gruppe geraten die in einer Institution zu erwartenden Rollen- und Teamkonflikte, die mit Patienten-Beziehungskonflikten durchsetzt sind und in der Regel persönlichkeitspezifisch erlebt werden, auch in die Balintgruppe.

Das Scheitern von Balintgruppen mit objektgerichtetem Gefühlssetting hat hier seine Ursache. Möglichkeiten, die Arbeitsfähigkeit einer so konstellierten Gruppe zu erhalten, besteht einmal in einer stärkeren Fokussierung auf theoretische und auf generelle Verhaltensmuster-Arbeit sowie auch durch die Zusammenstellung einer Gruppe, in der Leiter und Gruppenmitglieder zumindestens aus unterschiedlichen Arbeitsbereichen kommen. Das ist jedoch wohl nur in einer Großklinik möglich.

Wir haben uns diesen Schwierigkeiten gestellt und zu einer besonderen, der hier dargestellten Arbeitsweise gefunden. Wir haben hierüber ein Modell entwickelt, das erlaubt, die aufgezeigten Schwierigkeiten als Bereicherung der Balintgruppen-Arbeit verstehen zu lernen. Mit dem Gewinn an instrumenteller Kompetenz für Transformationsprozesse in der Balintgruppe wird gleichzeitig die Befähigung erworben, diese in vergleichbaren Prozessen im Stationsalltag, in therapeutischen Gruppen und in Einzelbeziehungen zu Patienten zu erproben. Das einzelne Gruppenmitglied erlebt im Rahmen dieser patientenzentrierten Arbeitsmethode am Beispiel eines sich einbringenden und konfliktmaterialtransformierenden Gruppenleiters, in welcher Form und in welchem Ausmaß diese Arbeitsmethode in seine tägliche Praxis umsetzbar ist.

Ich möchte abschließend hierzu an einem Beispiel zeigen, wie institutionelle Konfliktfelder gruppendynamisch erlebbar werden, wie ihre emotionale Aufladung durch einen Patienten erfolgt und wie in einem patientenzentrierten

Aufarbeitungsprozeß Teamkonfliktspannungen reduziert und Patientenverhalten besser verstanden werden können. Darüber hinaus lassen sich Einsichten im Sinne mittelbarer Selbsterfahrung gewinnen.

Eine Oberärztin schildert vor dem eigentlichen Beginn der Gruppenstunde einen Konsiliarfall aus unserer Geriatrischen Abteilung. Eine mäßig verwirrte, aber ärgerlich gespannt protestierende ungefähr 80jährige jüdische Patientin, die Verfolgung und KZ-Zeit hinter sich hat, würde ein ganzes Stationsteam „terrorisieren“. Entmündigung oder stationäre Übernahme in die Psychiatrie stände an.

Der Leiter der Psychiatrischen Abteilung, der gleichzeitig als Balintgruppen-Leiter fungiert, fühlt sich in diesem Vorgespräch in seiner klinischen Leiterrolle angesprochen. Er reagiert unerwartet barsch auf das seines Erachtens unzureichende Engagement für diese „arme verfolgte Jüdin“. Über Solidarisierungen und Frontenbildung baut sich in der Gruppe ein gruppendynamisches Konfliktfeld auf, das von den Einzelnen persönlich und gleichzeitig als institutioneller Rollenkonflikt erlebt wird.

Nachdem die Patientin als Balintgruppenthema akzeptiert wird und in gewohnter Weise in der Gruppe patientenzentriert die vorherrschenden gruppendynamischen Emotionen transformiert werden, verändert sich das Klima in der Gruppe zunehmend. Über aggressive, mörderisch-sadistisch-lustvolle Phantasien, die in der Gruppe breiten Raum einnehmen, gelingt es, in einer nächsten Stimmungsphase traurig und angstvoll getöntes Erleben zuzulassen, und schließlich in einem dritten Schritt harmonisierende und quasireligiös getönte Gestimmtheiten und Phantasien zu entwickeln.

Am Ende des Gruppenprozesses ließ sich verstehen, daß die ärgerlich-vorwurfsvolle Anfangsspannung der Gruppe das Klima der geriatrischen Station im Hinblick auf die vorgestellte Patientin widerzuspiegeln vermochte. Nach der Umschaltung auf das Selbsterleben und auf die Phantasien der einzelnen Gruppenmitglieder ließen sich die hinter dem aggressiven Agieren verborgenen Erlebniszonen sichtbar machen und verstehen.

Die vom Leiter der Klinik am Beginn der Gruppenstunde gezeigte inadäquate Unmutshaltung über den seines Erachtens unzureichenden Einsatz für die jüdische Patientin vermochte er als Leiter und Miterlebender der Balintgruppe umzusetzen in die mit dem Gruppenprozeß wechselnden eigenen Erlebens- und Stimmungsbilder. Nach Beendigung der Gruppensitzung ließen sich dann sachgerecht die verbliebenen Konsiliarprobleme ansprechen und klären. Für sich selbst konnte der Leiter im Sinne mittelbarer Selbsterfahrung neue Einsichten gewinnen, über die Beziehung zwischen eigenem gereizt aggressiven Verhalten, der hilflos protestierenden jüdischen KZ-Patientin, eigenen Kindheit traumatas und den differenten Erlebnisprozessen und Stimmungsbildern der Gruppenstunde.

Neben der Aufgabe, sich selbst einzubringen, besteht die Hauptfunktion des Gruppenleiters darin, die Gruppenprozesse im Sinne der geschilderten

Gruppenregeln zu ermöglichen. Hierbei scheint es nach unseren bisherigen Erfahrungen von besonderem Wert zu sein, möglichst jedes Gruppenmitglied in jeder der geschilderten Gruppenstimmungsphasen zu Wort kommen zu lassen, ihm die Möglichkeit zu geben, seine jeweilige Gestimmtheit und Befindlichkeit zu verbalisieren. Es zeigte sich in diesem Gruppensetting, daß einige Gruppenmitglieder zum Teil ausgeprägte Gefühle von Leere, Desorientierung, Hilflosigkeit, Traurigkeit oder Gespanntheit: erleben und vor allem diffuse, beengende oder schmerzhaft Körperensationen erleben, die sich ohne Verbalisierung in der Gruppe nur verzögert zurückbilden.

Der Gruppenleiter sollte deshalb auf averbale Signale achten und schweigende Gruppenteilnehmer darauf ansprechen. Wir haben uns zum Beispiel darauf eingestellt, daß tiefes Stöhnen oder andere averbale Signale in der Gruppe während des Berichts eines Gruppenmitgliedes vorrangig angesprochen werden, bevor der Bericht dann weitergeführt wird. In der aktiven Beteiligung aller Gruppenteilnehmer sehen wir noch eine weitere Bedeutung. Wir fanden heraus, daß schweigende Teilnehmer häufig einen entscheidenden Beitrag für die Komplettierung und für die Veränderung einer eingefahrenen Gruppenstimmung in sich festzuhalten vermögen. Es zeigte sich, daß die letzten Beiträge in einer Stimmungsphase sowie Einfälle, die von Langeweile, Desinteresse oder von quer zur bisherigen Gruppenstimmung liegendem Erleben bestimmt werden, besondere innovatorische Funktionen für die Weiterentwicklung des Gruppenprozesses besitzen. Dieses Phänomen ist vergleichbar mit der Funktion der Omega-Funktion in der Gruppe nach Schindler, gewinnt in unserem Gruppensetting jedoch eine besondere Bedeutung.

Wichtigste Funktion des Gruppenleiters, in unserem Setting die Beteiligung aller Mitglieder zu ermöglichen, besteht darin, jeden averbalen und verbalen Beitrag jedes Gruppenmitglieds ausnahmslos zu ermöglichen und anzunehmen, als gleichermaßen wertvoll für den Gruppenprozeß zu verstehen. Da die Einzelbeiträge weder gruppenspezifisch orientiert noch thematisch einem familialen Suchprozeß unterliegen, gewinnt die Vielzahl differierender Beiträge die Bedeutung, den offenen Gruppenprozeß zu unterhalten. Dies ermöglicht und erleichtert dem Gruppenleiter die hier skizzierte Aufgabe.

Eine weitere sinnvolle Funktion erfüllt er, wenn er witzige und humorvolle Beiträge zuläßt und aufgreift, da sie der Gruppe eine Verschnaufpause gönnen, nach der in der Regel vertieft wieder gearbeitet werden kann.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die interne Balintgruppe mit verstärkter Fokussierung auf Körpererleben, Stimmung und freie Imagination besonders geeignet ist, die Instrumentalisierung des eigenen Erlebens sowie die Dezentrierung des Subjekterlebens zu verstehen und zu trainieren. Patienten mit psychosomatischer und psychotischer Symptomatik sind über diese Methode erlebensnah erreichbar. Institutionelle Balintgruppen

bleiben arbeitsfähig, ohne daß institutionelle und neurotische Eigenanteile den Arbeitsprozeß blockieren. Darüber hinaus lassen sich Einsichten in die Mechanismen von Symptomfixierung und Symptumlösung gewinnen. Teamkonflikte lassen sich patientenzentriert auflösen. Empathische Offenheit der Mitarbeiter läßt sich hierbei erhalten und weiter entwickeln. Die theoretische Durchdringung dieser pragmatisch gefundenen Arbeitsmethode ist noch nicht abgeschlossen.

Literatur

- Balint, M.: Angstlust und Regression, Rororo Tb 1972
Balint, M.: Psychotherapeutische Techniken in der Medizin. Huber Bern, Klett Stuttgart 1963
Balint, M.: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Klett Stuttgart 1965
Balint, M.: Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse, Huber Bern, Klett Stuttgart 1966
Balint, M.: Therapeutische Aspekte der Regression, Rowohlt Tb 1973
Balint, E.: Fünf Minuten pro Patient, Suhrkamp Frankfurt 1975
Bateson, G.: Ökologie des Geistes, Suhrkamp 1981
Bloch, E.: Das Prinzip Hoffnung in Gesamtausgabe. Suhrkamp 1977
Drees, A.: Alexithymie auf einer psychosomatischen Station. In: Franz Heigl, Heinz Neun (Hrsg.), Psychotherapie im Krankenhaus. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1981
Drees, A.: Balintgruppe in der Hämatologie, Materialien zur Psychoanalyse und analytisch orientierten Psychotherapie, Band VII, Heft 1 (1981) 34-51
Drees, A.: Balintgruppen in Institutionen. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, Heft 1, 20 (1984)
Drees, A.: Befindlichkeit, Gestimmtheit und Phantasien in Balintgruppen. In: Psychosomatische Medizin, Schweiz 1/13 (1985)
Drees, A.: Die psychische Einverleibung einer Maschine - Beziehungskonflikte in Dialyseeinrichtungen. In: Hand Eduard Franz. Dialyse und Nierentransplantation. Wissenschaft!. Verlagsges. mbH Stuttgart (1985)
Drees, A.: Patientenzentrierte Wege zum Verständnis, zur Transformation und zur Lösung von Teamkonflikten in einer Psychiatrischen Klinik im Rahmen eines Balint-Gruppenkonzeptes. Psychiatrische Praxis 14 (Sonderheft 1): 52-60 (1987)
Drees, A.: Patienten- und prozeßorientierte Selbstinstrumentalisierung in der Balint-Gruppe. In: Die Balint-Gruppe in Klinik und Praxis, Bd. 2, S. 94-119. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo (1988)
Drees, A.: Sinnlich-imaginative Trainingsmethoden für Medizin-Studenten. In: Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik. Springer Heidelberg (1990)
Garde, T., R. Erdmann, H. Sander, A. Drees: Märchendrama - eine psychotherapeutische Stationsgruppenmethode für ich-gestörte Patienten. Psychiatrische Praxis 14 (1987)
Heinz, R.: Manuskript 1986
Jones, M.: The Therapeutic Community. Basis Books Inc. New York 1953
Knöpfel, H.-K.: Die unorganisierte Krankheit. In: Patientenbezogene Medizin, Heft 5, 1982

Krüger, H.: Therapeutische Gemeinschaft, ein sozialpsychiatrisches Prinzip. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1979

Loch, W.: Instrument zur Diagnostik und Therapie zwischenmenschlicher Verhaltensmuster, Jb. Psychoanalyse 6 (1969) 141, 156

Prigogine, L: Dialog mit der Natur, Piper 1983

Rosin, U.: Balintgruppenarbeit mit Psychiatern in Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, Heft 4 (1981)

Sapir, M.: Soignent-Soigne; Le Corps a. Corps, Payot Paris 1980

Trenkel, A.: Zur Sprache des körperlichen Angebots. In: Patientenbezogene Medizin, Heft 6 (1982)

v. Uexküll, Th.; Grundlagen der psychosomatischen Medizin, Rowohlt Tb 1963

v. Uexküll, Th.: Sprechen und Sprachformen in der Medizin. In: Patientenbezogene Medizin, Heft 6 (1982)

Winnicott, D. W.: Vom Spiel zur Kreativität Klett-Verlag, Stuttgart 1973

Winnicott, D. W.: Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. Fischer Tb, Frankfurt/Main 1983

Winnicott, D. W.: Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Fischer Tb, Frankfurt/Main (1984)

Rollenprobleme und Aufgaben der Leitung einer Psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus

A. Schlingensiepen

Der Landkreis Esslingen hatte mich psychiatrisch fasziniert wegen des Engagements seiner Politiker, der Kreisverwaltung und der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft für die Entwicklung einer gemeindenahen sozialpsychiatrischen Versorgung, einschließlich stationärer Betten. Gereizt hatte mich auch die Bereitschaft des Kreises, die Zuständigkeit des Chefarztes der Psychiatrischen Abteilung für die Errichtung ambulanter Versorgungsmodalitäten in den Dienstvertrag aufzunehmen.

Die Psychiatrische Abteilung am Kreiskrankenhaus Nürtingen bestand im Sommer 1981 seit gut 2 Jahren. Mein Vorgänger war aus seiner Stellung ausgeschieden, als anstelle der vom Kreis beabsichtigten Regelversorgungseinrichtung eine Klinik nach dem „Überlaufprinzip“ entstanden war, in der eine Relation 9 : 1 zwischen Patienten und Ärzten auch in Urlaubszeiten nicht überschritten wurde. Die Unzufriedenheit der Politiker und der niedergelassenen Ärzteschaft hatte einen Kurswechsel im Sinne der ursprünglichen Zielrichtung erzwungen und zwar aus dem Wunsch nach gemeindenaher Vollversorgung und nicht vorrangig im Blick auf die inzwischen beträchtlich aufgelaufenen roten Zahlen.

In meine Aufgabe brachte ich Freude an ihren Gestaltungsmöglichkeiten und auch am eigenen Standvermögen ein, darüber hinaus eine dem Trägerauftrag entsprechende Identifizierung mit einer gemeindepsychiatrischen Regelversorgung. Ohne meine beiden Freunde, die mich als Oberärzte begleiteten, wäre ich heute allerdings, wie mein Vorgänger, längst in einer psychiatrischen Privatpraxis tätig. Ohne meine Kenntnis ging bei den Mitarbeitern schon vor meinem Amtsantritt das Gerücht um, der Kreis habe mich gezielt als „eisernen Besen“ geholt, um mißliebige Assistenzärzte und Psychologen aus der Abteilung hinauszuerwerfen.

Nachdem entsprechend mein Überschwang und meine Vorfreude einem widrigen und feindseligen Alltag gewichen waren, hielt ich mich in der ungewohnten Aufgabe an die Vorbilder meiner eigenen Chefs:

Bei meinem ersten, harten und launenhaften Chef lernte ich, Launen anzuhalten, bei Operationen trotz Ermüdung die Haken stillzuhalten und den Behandlungsbedürfnissen der Patienten Vorrang vor meinen persönlichen Bedürfnissen einzuräumen (Freedman).

Bei Kernberg in Topeka lernte ich, daß eine verbindliche Leitidee und Handlungsstruktur die Mitarbeiter eines Hospitals an einem Strang ziehen läßt, dabei in ihrem professionellen Selbstbewußtsein und ihrer Kompetenz gestärkt durch Selbstständigkeit innerhalb vorgegebener Grenzen und die

damit verbundene Möglichkeit eines Wir-Gefühls und der Identifizierung mit der Institution. Mein Supervisor Tony Kowalski brachte mir die Notwendigkeit nahe, mit Patienten auf der Grundlage von Partnerschaftlichkeit, Gleichheit und Gegenseitigkeit umzugehen. Ebenso die Tatsache, daß man Psychotherapie und Psychiatrie „notfalls im Schweinestall“, d. h. also, auch mit geringsten Mitteln durchführen kann. Hartocollis demonstrierte, daß ein selbstbewußtes, an einem einheitlichen Konzept ausgerichtetes Kollegium funktionieren kann, ohne daß Leitung im Sinne autoritärer Machtausübung fühlbar werden muß.

Mein nächster Chef brachte mir bei, daß zwischenmenschlicher Druck, Wissenschaftlichkeit nur um ihrer selbst willen und autoritäre Machtausübung Arbeitsfreude lahmen und Faulheit entstehen lassen können.

Herr Krietsch prüfte jeweils, was seine Mitarbeiter ihm inhaltlich anboten und ließ Unschädliches gelten. Gleichzeitig führte er mein psychotherapeutisches Selbstbewußtsein freundschaftlich auf Tatsachen zurück und lehrte mich die Psychopharmakologie schätzen.

W. Th. Winkler erlaubte es jedem, eigene Vorstellungen zu entwickeln, in die er sich dann selbst einarbeitete, um sie mit dem Betroffenen zu bearbeiten. Er war ein begnadeter Lehrer, machte mir durch Beispiele allerdings auch klar, daß fehlende Härte dazu führen kann, daß Gutes zerbricht.

Klaus Dörner war mir ein „Stein des Anstoßes“ in beiderlei Sinn dieses Wortes, der mein gemeindepsychiatrisches Interesse herausforderte und stählte. Ich sah bei ihm, wie wichtig es ist, eine Zielvorstellung zu haben und sich von der beruflichen Gratifikation des Augenblicks unabhängig zu machen. Ich gehe davon aus, daß unsere Klientel lernen muß, im Umgang mit dem bestehenden Gesellschaftszustand ein größtmögliches Maß an Selbständigkeit zu entwickeln, ohne daß wir Psychiater uns in unserer Arbeit Sozialrevolutionär betätigen.

Meine Patienten hatten mir beigebracht, daß ich sie, ungeachtet theoretischer Postulate, an ihrem jeweiligen Standort abholen und ernstnehmen muß, daß jeder noch so kranke Mensch Stärken und Wachstumsmöglichkeiten hat, die es zu finden gilt. Möglichst breite Einbeziehung von Theorien und Möglichkeiten der unterschiedlichen Fachgebiete bedeutet für mich nicht mehr als die Nutzung von Vehikeln, um mit den Patienten gemeinsam durch die kleinste erforderliche Intervention zu einem jeweiligen Höchstmaß an Selbständigkeit und Selbsthilfefähigkeit zu finden.

Als ich in Nürtingen ankam, waren von 176 Betten 112 eröffnet. Die Klinik betrieb Patientenauswahl, und die Aufnahmen wurden während der Urlaubszeit gedrosselt. Wechselseitige Vertretungen, außer in kurzfristigen Krankheitsfällen, wurden von den Assistenzärzten nicht zugestanden, um dadurch nicht den vermeintlichen Anspruch auf einen exzellenten Stellenplan aufzugeben. Personell bestand in dieser Zeit im ärztlich-psychologischen Sektor Vollbesetzung für 176 Betten. Anfänglich wurden mir nähere

Auskünfte über Patienten verweigert, mit dem Hinweis, daß man mir gegenüber „die Schweigepflicht nicht brechen könne“, bevor nicht sicher sei, ob ich „für die Patienten keine Gefährdung“ bedeute.

Als sich binnen kurzem die Illusion, durch Überzeugungsarbeit zu einer gemeindepsychiatrischen Regelversorgung zu gelangen, als eine solche erwiesen hatte, sich aber auch herausstellte, daß ich für die Klinik eine Position zu verlieren hatte, mußte ich die Wahrnehmung der Pflichtversorgung einschließlich der Bereitschaft zur gegenseitigen Vertretung durch Anordnung erzwingen. Entsprechend spitzte sich das Betriebsklima zu. In diesem Zusammenhang kam den Oberärzten und mir zugute, daß Politiker und Verwaltung hinter unserem Wunsche standen, aus unserem makellosen Elfenbeinturm, in dem wohlgemerkt sehr gute, klassische Psychiatrie betrieben wurde, eine Abteilung der Regel- und Pflichtversorgung zu machen, an der vorbei möglichst wenige Patienten ins bis zu 100km vom Heimatort entfernte Landeskrankenhaus eingewiesen werden sollten.

Neben meiner Lehrzeit bei Winkler und Dörner half mir dabei die Mahnung von Bosch, daß sozialpsychiatrische Krankenhausabteilungen auch die Härten des Lebens in unserer Gesellschaft einzubeziehen haben, um die Patienten lebensfester werden, statt sich an ein artefizielles Binnenklima anpassen zu lassen. Ich ordnete z. B. an, daß die Patienten um 7.00 Uhr aufstanden statt wie zuvor erst nach 9.00, um nicht bei Arbeitswiederaufnahme aus der Übung zu sein. Entsprechend Aichhorns Hinweis, daß Umgang und Erwartungen auf den verschiedenen institutionellen Ebenen einander beeinflussen, also Chef und Mitarbeiter handeln müssen, wie sie es gern bei den Patienten sähen, führte ich allerdings auch ein, daß Ärzte und Psychologen pünktlich um 8.00 Uhr ihre Arbeit aufnahmen, beginnend mit einer gemeinsamen Übergabe und gefolgt von Gruppensitzungen auf allen Stationen.

Der Haltung, daß psychotherapeutisch unmotivierte Patienten nicht behandelbar sind und sie daher auch, falls von psychopharmakologischer Behandlung wenig zu bewirken ist, aus therapeutischen Gründen nicht aufgenommen werden sollten, mußte ich entgegensetzen, daß das letzte Netz unterhalb einer Regelversorgungs-Einrichtung im Zweifelsfalle nur der Friedhof ist und es außer Psychotherapie und Psychopharmakologie auch andere Problemlösungsansätze gibt. Dies war meine erste Begegnung damit, von Mitarbeitern etwas für diese zunächst Unvorstellbares fordern zu müssen. Das Vorbild meines chirurgischen ersten Chefs machte es mir leichter, mich in diesem Zusammenhang gegen eine Menge von Vorwürfen durchzusetzen und auch die Aufnahme von Patienten zu erzwingen, hinter deren vermeintlich antisozialer Charakterstörung erst im Laufe der Behandlung die schizophrene Grunderkrankung sichtbar wurde (ARIETI). Gleichzeitig ergab sich natürlich, daß die Oberärzte und ich den Umgang mit Patienten praktisch demonstrieren mußten. Dies bezog sich sowohl auf die Gewinnung einer Freiwilligkeit seitens des Patienten und seine Einbeziehung in die Planung der Therapie, als auch auf die maximale Einbeziehung der unterschiedlichen Personalgruppen.

Am Abend des ersten Arbeitstages in der neuen Abteilung nahm ich eine Schwester in ein Gespräch mit einem Patienten mit, der gegen die Aufnahme protestierte. Es war das erste ärztlich geführte Gespräch in der Abteilung, an dem eine Schwester teilnahm. In der Folge ergab sich, daß entgegen erbittertem Widerstand einiger Ärzte alle Mitglieder des jeweiligen Teams von den Zusammenhängen einer Suizidalität oder anderer Schwierigkeiten Kenntnis erhielten, während zuvor im Zusammenhang von Macht-ausübungsbedürfnissen und mißverstandenen Schweigepflichtsbindungen das Pflegepersonal rein kustodial eingesetzt worden war. Aus diesem Anfang entwickelte sich später eine Beteiligung aller Team-Mitglieder bei Therapieplanentwicklung und Konsensbildung im jeweiligen Team.

Am zweiten Tag übernahmen ein Pfleger mit Landeskrankenhaus-Erfahrung, die beiden Oberärzte und ich erstmals in der Geschichte der Abteilung die Aufgabe, uns persönlich zur Notwendigkeit von Gewaltanwendung gegenüber Patienten zu bekennen, indem wir einen tobenden Patienten fixierten. Die routinemäßig zu dem Fall hinzugerufene Polizei konnte ich glücklicherweise noch während ihres Anmarsches absagen.

Mit diesem Beispiel wurde eine Grundregel eingeführt, die ich für sehr wichtig halte. Jede Einschränkung der Freiheit eines Patienten, sei es nun Fixierung oder Ausgangsbeschränkung, muß bei klarem Bekenntnis zu ihrer gewaltsamen Qualität getragen sein vom Element des Haltens. Dies kann ein Sozialpsychiater und auch ein psychiatrisch tätiger Psychotherapeut nur vermitteln, wenn er mit dem Pflegepersonal gemeinsam Grenzen setzt, sich der resultierenden Wut auch selbst aussetzt und durch seine Haltung den Patienten zu sehen lehrt, daß vermeintliche Härten ein Halten darstellen können. Wenn es dabei schwierig und gefährlich wird, muß sich der Leiter im Bedarfsfalle selbst einbringen.

Damals ergab sich für mich erstmals das Problem, als Leiter meine Mitarbeiter sozialpsychiatrisch „links zu überholen“, ein Phänomen, das in letzter Zeit wieder zunimmt, seit Numerus clausus und konservativer Pendelschlag in der Psychiatrie die jungen Kollegen wieder konservativer und klassisch-psychiatrisch prägen.

Leicht gestaltete sich von Anfang an die Zusammenarbeit mit Verwaltung und Pflegedienstleitung, da beide bereitwillig auf meine Absicht eingingen, durch ausführliche Diskussion gemeinsames Verständnis für Probleme und Ziele zu entwickeln. Ich bin froh, daß z. B. die Bewilligung von Geldern großzügig und unkontrovers geschehen konnte und es bis heute keinmal zu Streit gekommen ist, während eine über die Jahre zunehmend konstruktive Zusammenarbeit zwischen Leitung und Mitarbeitern der Abteilung Bestätigung gibt, daß es sich um eine erleichternde Einigkeit in der Leitungstroika handelt und nicht um eine, die sich auf dem Rücken von Untergebenen abspielt.

Im Blick auf die anderen Fachabteilungen des Allgemeinkrankenhauses war

es erforderlich, die fremdartigen Erfordernisse unseres Faches autoritativ zu vermitteln. Primär leuchtete es vielen Kollegen nicht ein, daß z. B. Plaudern mit Patienten und Tischtennispielen, Beschäftigungen von ähnlicher Relevanz und Wichtigkeit sein können wie Assistenz bei der Operation. Darüber hinaus mußten wir darauf achten, die Stärken unseres Faches an andere Fachgruppen zu vermitteln, statt durch die Konsilstätigkeit nichtpsychiatrischen Ärzten das Reden mit ihren Patienten abzunehmen.

Der Beginn der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kollegen gestaltete sich schwierig, da diese anfangs noch meinten, sich mit ihren Anliegen gegen Ablehnung und Abschottung durchsetzen zu müssen. Meine Sekretärinnen wurden mit schwäbischer Rauigkeit in zum Teil gröbster Weise beschimpft, bis ich grundsätzlich jeden unzufriedenen Kollegen unverzüglich zu mir durchstellen ließ, selbst in therapeutische Gespräche hinein. Binnen weniger Monate war der Umgangston fast durchgängig freundlich und das Gespräch sachorientiert. Ich hatte mit den meisten der niedergelassenen Kollegen persönlich besprochen, daß man uns Aufnahmen nicht abtrotzen müsse, sich aber gelegentlich im Aufnahmegespräch ambulante Alternativen finden ließen. Es galt auch, die Einschränkung der Sprechstundentätigkeit auf nachsorgerisch und sozialpsychiatrisch schwierige Fälle verständlich zu machen. Der spontane Protest mehrerer Kollegen gegen einen Vorwurf, daß ich schlecht erreichbar und nicht zusammenarbeitswillig sei, anläßlich einer Sitzung der Kreisärzteschaft, war ein Zeichen, daß es gelungen war, Boden zu gewinnen. Bei späteren Pannen oder Schwierigkeiten konnte ich meist auf früher erzielt Einvernehmen zurückgreifen. Die Patienten haben seinerzeit diese sich später von selbst erledigende Prioritätensetzung gebilligt.

Gegenüber dem Krankenhaus-Ausschuß und dem Sozialausschuß war es mir besonders wichtig, von Anfang an nur solche Forderungen zu stellen, die sich durch entsprechende Vorleistung bereits als sinnvoll erwiesen hatten. Dies trug erheblich zu einer reibungsfreien Zusammenarbeit mit den Politikern bei. Auch innerhalb der Abteilung wirkte sich diese Vorgehensweise aus (man denke an Aichhorn), indem die Mitarbeiter es mir gegenüber in der Regel ebenso halten und damit durch Beispiel Einfluß auf den Umgang der Patienten mit ihren Abhängigkeits- und Versorgungswünschen üben. Ich glaube in der Tat, daß unsere Haltung und unser Umgang in der ganzen Bandbreite zwischen Politikern und Patienten stimmig sein müssen, da wir sonst dazu verurteilt sind, an Einzelproblemen Flickwerk zu leisten.

Der Umgang mit den Krankenkassen gestaltete sich durch die bessere Auslastung der Abteilung ebenfalls leicht, zumal ich von Anfang an für meinen Wunsch Offenheit fand, anhand von Einzelfällen mit den Leitern der Leistungsabteilungen bereits im Vorfeld schwieriger Kostenverlängerungsanträge zu Absprachen zu kommen. Dies gelang sowohl im Blick auf sehr langsam fortschreitende, langfristige Behandlungen und eine flexible Handhabung motivationsfördernder Entzugsbehandlungen, als auch im Blick auf

die Gewährung häuslicher psychiatrischer Krankenpflege und alternativer Formen ambulanter psychotherapeutischer Versorgung.

Zur Leitungsaufgabe gehörte auch die psychiatrische Aufklärungsarbeit sowohl im Laienumfeld als auch in der unmittelbaren Fachumgebung, von Vorträgen bei Sozialstationen über Diskussionen mit Kreisräten bis zu Gesprächen mit Kollegen über die Benutzung von Tranquillizern und Distra neurin. Leitung bedeutete nach innerhalb und außerhalb der Abteilung zunehmend die Verdeutlichung von Inhalten und die Beeinflussung von Prozessen. Prozeßleitung macht es erforderlich, Raum zu partizipatorischer Gestaltung zu geben, indem man auf die Reaktionen seiner Partner, einschließlich der Patienten, eingeht und sie in die Planung einbezieht, ohne dabei das Gesamtziel aus dem Auge zu verlieren.

Angesichts der heutigen kooperativen, manchmal fast zu auseinandersetzungsfarmen Atmosphäre der Abteilung kommt mir die Zeit wie ein märchenhafter Alptraum vor, in der ich bis zu 20 Stunden arbeiten mußte, aus Angst, in der heftigen innerbetrieblichen Auseinandersetzung Pannen zu übersehen. Als mich während der ersten Monate eine Ärztin, die nachts die Krankengeschichten ihrer Kollegen zu kontrollieren pflegte, um diese morgens unter Vorwürfen an meine Adresse zu kritisieren, spöttisch fragte, warum ich mit geballten Fäusten über den Flur lief, kostete es mich erheblich Kraft, ruhig zu bleiben. Immerhin entwickelte ich damals Gelassenheit gegenüber meiner Feuerwehrfunktion, die im übrigen, wann immer möglich, das vorhandene Selbsthilfepotential nicht ersetzen sollte. Für diesen Aspekt, wie für vieles andere, setzt allerdings die verfügbare Zeit dem eigenen Streben deutliche Grenzen. Rasch zeigte sich, daß die Oberärzte und ich uns aufgrund des Fehlens einer Zeitstruktur für die Gesamtabteilung innerbetrieblich in Einzelaktionen verzettelten. Das chaotische Durcheinander der verschiedenen Gruppen- und Teamsitzungen, der Beschäftigungstherapie und Gespräche ärgerte aber infolge der dadurch pausenlosen telefonischen Störungen auch einen Teil der Mitarbeiter. Ebenso waren viele bereit, den Tag auf der Station mit einer gemeinsamen Morgenrunde von Ärzten, Pflegepersonal und Patienten zu beginnen.

Aus diesen Punkten entstand eine erste Gemeinsamkeit, die wir nutzten, um eine Tagesplanung mit einem Zeittakt einzuführen, indem bestimmte Veranstaltungen und Therapien zeitgleich abliefen, um innerbetrieblich und im Laufe der Zeit auch außerbetriebliche Störungen mit Erfolg zu reduzieren. Die Diskussionen um die Einführung dieser Tagesstruktur, die zum Teil ungewohnte Elemente festschrieb, wie den Vorrang von Gruppenarbeit und die Einführung einer Stationsversammlung, waren hart aber konstruktiv. Sie endeten damit, daß die inhaltliche und zeitliche Strukturierung erst formal akzeptiert und nach etlichen Monaten auch als hilfreich befunden wurde. Sie gab Anlaß zum Ende eines hausinternen Separatismus und zum zarten Beginn eines in der Folgezeit immer mehr gewachsenen Zusammengehörigkeitsgefühls.

Von Anfang an war ein nicht kleiner Teil des Pflegepersonals der neuen Richtung gegenüber aufgeschlossen gewesen und begann, vor allem im Zusammenhang mit der Einstellung sozialpsychiatrisch interessierter Ärzte, sich auch in dieser Richtung zu artikulieren. Aus der horizontalen Spaltung der Abteilung wurde daher eine vertikale, in der eine Partei im Einklang mit der formalen und die andere im Einklang mit einer starken informalen Leitungsgruppierung stand. Eine Atmosphäre des Mißtrauens und der gegenseitigen Attacken ließ *sich* nicht heilen, sondern überlebte sich, indem einer um den anderen die alten ärztlichen und psychologischen Mitarbeiter ausschieden.

In der Zeit des Übergangs und angesichts der Bitten loyaler Mitarbeiter ließ ich mich gegen besseres Wissen erweichen, einer Einladung in die Balintgruppe des Hauses Folge zu leisten, um dort eine Schließung des beschriebenen Spaltes zu erarbeiten. Die dadurch eintretende Verwischung der Leitungs- und Verantwortungsstrukturen und der vermeintliche Vorrang der emotionalen Beziehungsaspekte hatten eine starke Vermehrung der emotionalen Belastung der Arbeitssituation für alle Beteiligten zur Folge. Weitere Belastung entstand durch mehrere Suizide, die während dieser Phase des Übergangs eine drückende Dunstglocke von Angst über uns legten. Gleichzeitig mußte ich lernen, daß ich Konflikte im Rahmen der Arbeitsstrukturen austragbar machen und auch für ihre Austragung sorgen mußte. Mein Ausscheiden aus der Balintgruppe wurde zunächst als kränkend erlebt und als Enttäuschung einer Hoffnung auf Abschaffung der Hierarchie. Es trug aber erheblich dazu bei, daß die Abteilung wieder Tritt faßte.

Angesichts der kräfte- und zeitraubenden Umstrukturierung und Aufbauarbeit ist es uns bislang nicht gelungen, die Fortbildung so lebendig und produktiv zu machen, daß sie hinreichend Kräfte freigesetzt hätte zur Wendung der Mitarbeiter nach außen. Nur einzelne Ärzte betrieben eine graue Ambulanz und einige Pfleger führten Außenbetreuung in Eigeninitiative durch. Insofern war auch die Einrichtung eines sozialpsychiatrischen Dienstes eine von der Leitung ausgehende Entwicklung.

Der erste Schritt dazu geschah als Ergebnis einer mich spontan überzeugenden Diskussionsbemerkung während einer Gütersloher Woche: »Die bei Entlassung gleichzeitige Absendung des Entlassungsberichtes an die Weiterbehandler ist der rationellste und billigste Schritt zu einer sozialpsychiatrischen Arbeitsweise«. Jeder sieht dies zwar ein, doch ist ein entsprechendes Mahnwesen unverzichtbar. Über Praktikums- und später ABM-Stellen und die Einrichtung einer integrierten ambulanten und stationären Arbeitsweise aller Mitarbeiter des Sozialdienstes waren wir imstande, so viel Vorleistung und Dokumentation zu erbringen, daß uns die vereinigten Krankenhaus- und Sozialausschüsse des Landkreises 2 Sozialarbeiterstellen für den sozialpsychiatrischen Dienst aus Kreismitteln bewilligten. In gleicher Sitzung wurde ein Antrag bei der Bundesregierung für ein sozialpsychiatrisches Ambulanzprojekt für alte Menschen mit 7 Mitarbeitern genehmigt. Der

sozialpsychiatrische Dienst für alte Menschen ist ein Beispiel für die These, daß man demographische Entwicklungen und politische Veränderungen beizeiten in die weitere Planung und die Entwicklung entsprechender Kompetenzen einbeziehen muß.

Bei beiden Diensten hatte ich mir weniger Zeit genommen, die in Betracht kommenden inner- und außerbetrieblichen Partner in den Planungsprozeß einzubeziehen, als vielleicht sinnvoll gewesen wäre. Die sich daraus ergebende Erfahrung von Verwerfungen, Mißtrauen und Angst vor Ausplünderung bei den Partnern hat mir noch einmal gezeigt, ein wie wichtiger Anteil der Leitung die beständige Vorkommunikation ist und das beständige Vorwegnehmen und Ausräumen von Interessenkonflikten und personellen bzw. finanziellen Engpässen. Gleichzeitig habe ich aber in diesem Zusammenhang auch Bestätigung gefunden, mich bei Zeitmangel ruhig auf die erprobten Verbindungen zur Kreisverwaltung, auf das Wesen und die Fähigkeiten meiner Mitarbeiter zu verlassen, die durch ihre praktische Tätigkeit die Widerstände von Partnern, die sich als Zwangspartner fühlten, haben abbauen können. Es scheint, daß sie im Begriff sind, die Angst, daß sich die Psychiatrische Abteilung wie ein Polyp über die Landschaft ausweiten könne, erfolgreich abzubauen.

Ich empfinde die vergangenen 5 Jahre als eine Zeit, in der es vorrangig um die Errichtung von Strukturen und die Klarstellung der Aufgabe nach innen und nach außen ging. Dies scheint in dem Maße gelungen zu sein, daß die Abteilung gelernt hat, sich ohne wesentliche Erschütterungen auf Veränderungen im Umfeld und innerhalb einzustellen. Dies ist in meinen Augen wesentlich, da angesichts der Schnellebigkeit unserer derzeitigen Gesellschaft es bei der psychiatrischen Arbeit mehr auf die Qualität des Wandels als auf das Erreichen eines sowieso utopisch bleibenden Endzieles ankommt. Der Leiter hat in diesem Zusammenhang die Aufgabe, für den Zusammenhalt der Organisation selbst und den Zusammenhalt des sozialpsychiatrischen Netzwerkes zu sorgen.

Aufgaben für die nächsten Jahre sind Fortbildung, Angehörigengruppen, gemeindepsychiatrisches Bildungsangebot an die Bevölkerung sowie das Erreichen einer Durchgängigkeit der ambulanten und stationären Behandlungsangebote. Dazu gehört auch der Aufbau von Wohnungsangebot und Versorgungsstrukturen für angeblich chronisch Kranke, die wir eher als psychisch Behinderte sehen, die lediglich zum Auffangen interkurrenter psychotischer Exazerbationen stationär behandelt werden sollten.

Wesen der Fortbildung und der gesamten Arbeit wird es sein müssen, zunehmend zu erlernen, die Patienten, wie oben gesagt, an ihrem jeweiligen Standort abzuholen und ernst zu nehmen und dabei ihre Stärken zu finden und ihnen zu helfen, diese zu entwickeln. Ich hoffe, daß dabei unser Bewußtsein dafür wächst, daß Theorien und Hypothesen nur Vehikel unseres Denkens sind, so daß der Patient von Mensch zu Mensch unser Partner in seiner Therapie werden kann. Ein praktischer Schritt auf dem Wege zur

Verdeutlichung des erforderlichen Miteinander aller Beteiligten ist zur Zeit die Einführung eines für alle Berufsgruppen gemeinsamen Dokumentationssystems und die Einführung einer ziel- und problemorientierten Krankengeschichtsführung.

Abschließend möchte ich zusammenfassen, daß es gut ist, Entscheidungen treffen zu können, aber besser, Entscheidungsfähigkeit in anderen zu wecken.

Diskussion zu Teil II

(gekürzte Fassung)

Moderation: U. Fuchs

Kipp: Mir fällt auf, daß der Psychoanalytiker, Herr Drees, als er über persönliche Dinge sprach, in seiner Diktion ganz unpersönlich wurde, während der „klassische“ Psychiater, Herr Schlingensiepen, wenn ich mich so ausdrücken darf, sehr persönlich gesprochen hat. Ich bin jetzt orientiert darüber, wie es in Nürtingen bei Herrn Schlingensiepen zugeht, kann mir aber wenig vorstellen, wie es in Duisburg bei Herrn Drees aussieht, daher eine konkrete Frage an Herrn Drees:

Bei allen institutionsbezogenen Balintgruppen stellt sich mir die Frage, was reflektiert wird. Es gibt nicht nur die Dualbeziehung zwischen Therapeut und Patient, Personal und Patient, sondern immer auch eine Dreierbeziehung, nämlich zwischen Therapeut, Institution und Patient. Mir ist nicht klar geworden, wie diese Beziehungsform, Herr Drees, in Ihrem Balintgruppen-Konzept deutlich wird. Zwar rege auch ich in allen Teambesprechungen zum Imaginieren, zum Phantasieren an, es ist mir aber klar, daß Imagination und Phantasie qualitativ etwas anderes sind als äußere Realität. Der Unterschied zwischen beiden, Realität und Phantasie, wurde uns am folgenden Beispiel deutlich. Wir behandelten eine Epileptikerin, die ihr kleines Kind vor dem Krankenhausaufenthalt umgebracht hatte. Wir waren durch diese Vorgeschichte sehr erschüttert, während Phantasien, jemand umbringen zu können, etwas Alltägliches in unserem Tätigkeitsfeld sind, ohne daß sich große Schuldgefühle einstellen. Für mich stellt sich daher die grundlegende Frage, wie man innere und äußere Realität gleichwertig in institutionbezogene Balintgruppen einbringen kann.

Köhler: In den beiden Vorträgen habe ich etwas Verbindendes entdeckt. Wir haben in Sterkrade 1985 auch eine klinikinterne Balintgruppe über vierzig Doppelstunden an Wochenenden durchgeführt. An diesen nahmen die Ärzte, die Psychologen, auch ich teil.

Dabei hat sich folgendes ergeben: Die positiven Erfahrungen, von denen Herr Drees berichtete, kann ich voll bestätigen. Aber es stellte sich die Frage, ob es richtig ist, eine klinikinterne Balintgruppe vom leitenden Arzt der gleichen Institution durchführen zu lassen. Es fragt sich, ob nicht der Selbsterfahrungsanteil so erheblich ist, daß da Kollisionen in der Funktion und der Position innerhalb der Klinik entstehen. Bei einem externen Balintgruppenleiter, der mit der Institution nicht verwoben ist, erscheint es mir nötig, daß der leitende Arzt selbst teilnimmt. Ich hatte deshalb nicht das Bedürfnis, wie etwa Herr Schlingensiepen, aus unserer Balintgruppe vorzeitig auszuschcheiden.

Fuchs: Ich kann parallel dazu eine Erfahrung beisteuern. An der externen

Supervision unserer Klinik habe ich so lange teilgenommen, solange ich auch noch gleichsam Oberarztpflichten auf einer Station wahrnahm. Als ich meinen Wunsch, an der Team-Supervision zu partizipieren, geäußert habe, bin ich über den Schrecken, den ich damit induziert habe, selbst sehr erschrocken. Daher habe ich es für richtig gehalten, mich wieder zurückzuziehen.

Wolpert: Ich habe zwei Fragen, eine an Herrn Drees, eine an Herrn Schlingensiepen. Herr Drees, Balintgruppen-Supervision hat zwar einen kathartischen und therapeutischen, aber auch einen indoktrinierenden Effekt. Die Mitarbeiter übernehmen Denkstrukturen, Interpretationsformen und Ansichten des Balintgruppenleiters, die er einzubringen schon allein durch die verwandte Sprache und die Erklärungsmodelle nicht vermeiden kann. Geschieht dort nicht eine konzeptuelle Gestaltung der Klinik, die man vielleicht gar nicht will? Könnte es nicht Ihr heimliches Motiv sein, Herr Drees, dies zu vermeiden, oder zumindest zu manipulieren? Obwohl ich solche Ängste im Hinblick auf Balintgruppen habe, hat jedes Team unserer Klinik eine Balintgruppen-Supervision, wobei ich versuche, den Indoktrinationseffekt kleinzuhalten, indem ich nur kompetente Supervisoren suche, die nicht nur eine Qualifikation als Balintgruppenleiter haben, sondern auch gleichzeitig Psychoanalytiker und klinische Psychiater sind. Ich stelle mich diesem inneren Zwiespalt, den in mir Balintgruppen-Supervision erzeugt, weil ich überzeugt bin, daß es nicht angeht, als Klinikleiter selbst Balintgruppen-Supervision zu machen, oder wenn dies nicht möglich ist, ganz auf Balintgruppen-Supervision zu verzichten.

Meine zweite Frage richtet sich an Herrn Schlingensiepen. Kamen Sie in Ihrer Balintgruppe nicht mit Ihrer autoritären Führungsrolle in Konflikt, und sind Sie nicht gerade deswegen ausgetreten? Wenn es für Sie triftige Gründe gab, Ihre Autorität in bestimmten Bereichen zu nutzen, statt sie zu teilen und Mitarbeiter an Entscheidungen teilnehmen zu lassen, dann ist Ihr Austritt konsequent gewesen. Ich selbst bin mit großer Überzeugung angetreten, es werde mit einer guten Team-Organisation ohne viel Autoritätsausübung gehen, wenn wir am Konzept orientiert unsere Arbeit machen. Und heute stehe ich als relativ autoritärer und bestimmender Klinikleiter da. Ich sehe mich zu diesem Rollenwechsel gezwungen und würde daher auch diese, von mir als nötig angesehene Rolle bzw. diesen Rollenaspekt in Frage stellen, würde ich in eine Balintgruppe eintreten und mich unter die Mitarbeiter eines jeweiligen Teams als ebenbürtig einreihen.

Eberhard: Ich bin kein Leiter einer Einrichtung, und mich beeindruckt es sehr, wie die Leiter der verschiedenen Einrichtungen hier so offen ihre Leitungskonzepte ausbreiten. Die Leiter der Einrichtungen und die Mitarbeiter, die unter dieser Leitung arbeiten, haben manchmal sehr unterschiedliche Interessen. Es wurde heute deutlich, daß es auch um Macht und Hierarchie geht. Als Mitarbeiter solch einer Einrichtung bin ich gespannt zu erfahren, was die Mitarbeiter der Referenten über die verschiedenen Lei-

tungsstile Ihrer Chefs berichten würden. Nach den beiden Vorträgen hat sich mir bestätigt, daß die wichtigste und bestimmendste Variable nicht in der Struktur oder Größe einer Einrichtung liegt, sondern in der Leitungsweise und persönlichen Struktur des Chefarztes.

Matakas: Durch gewisse äußere Umstände war ich gezwungen, in meinem Hause, obwohl leitender Arzt, teilweise wie ein Stationsarzt zu arbeiten, das bedeutete, daß ich als Leiter in die Mitarbeiterschaft ganz eingetaucht bin. Das Interessante war, daß ich mit dem Team, einem recht großen Team, so ein Verhältnis haben konnte, wie es Herr Drees beschrieben hat. Dennoch mußte ich mich in der Gesamtklinik so verhalten, wie Herr Schlingensiepen von sich berichtete. Ich ziehe daraus die Schlußfolgerung, daß man als Leiter von den Mitarbeitern Persönlichkeitsmerkmale zugeschrieben bekommt, die von der wahren Persönlichkeit zum Teil ganz unabhängig sind.

Drees: Meine Leitungsfunktion spielt sich tatsächlich im wesentlichen über diese Balintgruppenleitung ab. Und Sie haben ganz recht, Herr Wolpert, daß ich darüber auch etwas vermittele, und zwar ganz bewußt, nicht versteckt. Es wird den Mitarbeitern auch explizit gesagt, „versucht, die Elemente dieser Balintgruppe in euer Team mit aufzunehmen und zu übersetzen“; - trotz aller Theoriedichte, die ich versucht habe - es war ja ein bißchen zu dicht -, ist das Wesentliche möglicherweise bei einigen nicht angekommen. Das Prinzip dieser Gruppe ist, die von Herrn Kipp erwähnten Beziehungen nicht anzusprechen, das heißt weder Patientenbeziehungen noch institutionsbezogene Übertragungsprozesse zu hinterfragen.

In diesem Balintgruppen-Setting soll über unterschiedliche Stimmungselemente ein Prozeß in Gang kommen, in dessen Verlauf Beziehungsverhakungen sich auflösen, ohne benannt werden zu müssen. Das hört sich so diffus an, wie es auch tatsächlich abläuft.

Die Theorie hat hier nicht Pate gestanden. Diese Balintgruppenform wurde in unserer Institution als pragmatisches Gruppeninstrument entwickelt. An einem Beispiel möchte ich die Methode noch einmal deutlich machen. Am Beginn einer Gruppensitzung wird fünf Minuten irgendetwas abgehandelt, das nicht zur Gruppensitzung gehört. Eine Oberärztin etwa spricht von einer über achtzigjährigen jüdischen Patientin, die die geriatrische Station terrorisiert. Diese Patientin sollte von unserer Klinik übernommen werden. Ich werde richtig sauer, daß dieses Problem mit der Jüdin immer noch nicht geklärt ist, und es entsteht das, was Sie alle kennen, gruppensystemische Spannung. Jemand nimmt Partei für die Oberärztin und alle Assistenten freuen sich: „Jetzt endlich können wir hier eine richtige schöne Gruppendynamik entwickeln!“ Es sollte aber eine Balintgruppensitzung werden! Wir nehmen daher diese Patientin, die Konflikte werden von dem Gruppenleiter, der ich bin - vorher war ich noch Institutionsleiter - kurz angesprochen, um dann in Körper- und Stimmungsgefühle transformiert zu werden, auch vom Leiter, der voll mitmacht. Also, wie sieht mein Ärger aus? Wie fühle ich

den? Was habe ich für ein körperliches Gefühl? Tut mir der Magen weh? Habe ich Kopfschmerzen? Fühle ich mich irgendwo verspannt? Ist mein Nacken verspannt? In welche Stimmung gerate ich? Dies für sich zu ergründen, ist der Auftrag an jeden, der in der Gruppe sitzt. Die Gruppe verändert sich. Sie bespricht jetzt nicht mehr kognitiv oder emotional die Dynamik, sondern sie entwickelt ihre eigenen Stimmungen und schafft für diese Stimmungen entsprechende Phantasien. Am Schluß, nach anderthalb Stunden, ist die Gruppe erschöpft. Sie hat einen Prozeß durchgemacht, ohne daß ausschließlich das Beziehungsmuster dieser Patientin erarbeitet wurde. Dann können wir ganz sachlich die anstehenden Probleme besprechen, da sie durch den Prozeß entemotionalisiert sind. Entscheidend ist dabei der folgende Gedanke.

Sie, Herr Kipp, hatten gesagt, es sei etwas Einfaches, Tötungsphantasien über ein Kind zu haben. Ich meine, das sei schon eine schwierige Phantasie. Noch schwieriger ist es, sich mit dem KZ-Aufseher dieser jüdischen Patientin zu identifizieren, die eine „Mordsproblematik“ aus der Hitler-Zeit mitbrachte. Aber es ist möglich, wenn wir uns selbst als Durchgangsrot und Instrument für Empfindungen einsetzen und freischwebende Bilder erzeugen, auch sexuell perverse, aggressive, zerstörerische Phantasien zulassen, und erst, wenn diese in der Gruppe möglich werden, wird plötzlich Depressives frei, das vorher absolut blockiert war. Ohne daß dieser Prozeß sich vorher vollzogen hat, kommen wir an viele psychotische, psychosomatische oder andere schmerzhaft Symptome nicht heran.

Meine Kritik gegen die Psychoanalyse in der Psychosomatik zielt darauf ab, daß das körperliche Erleben und Leiden symbolisch in Beziehungen enthalten sein soll. Es gibt inzwischen sehr viele kritische Überlegungen, die besagen, daß wir das Leiden des Patienten mit dem Beziehungsansatz nicht ausreichend erreichen. Damit habe ich meine Methode etwas mehr beschrieben, ohne auf meine institutionelle Rolle noch weiter einzugehen.

Schlingensiepen: Ich glaube, Herr Drees, daß es klassischer psychiatrisch, um Herrn Kipps Ausdruck aufzugreifen, als bei Ihnen gar nicht zugehen kann. Denn im Endeffekt ist es doch so, daß, wenn der Leiter derart überzeugend, derart breit Dinge darstellt und dann noch selber handelt, es daran kaum einen Weg vorbei gibt. Aber bitte, hören Sie das nicht als Attacke, denn ich akzeptiere das zumindest für mich selbst. Dasselbe gilt für die Aussage, daß die größte der Variablen, die Milieu und Konzept in einer Klinik bestimmen, möglicherweise beim Chef liege. Das gilt allerdings nur mit Einschränkungen.

Zur Leitung gehört, um mit Freedman zu sprechen, daß Gefolgschaft geleistet wird. Das, was gerade eben beschrieben wurde, ist geleistete Gefolgschaft. Um meine Mitarbeiter zu zitieren: „Herr Schlingensiepen, die Leitung merkt man am meisten daran, daß nicht mehr psychiatrische Kleidung getragen wird in Gestalt ausgefranster Hosen, sondern daß man gegenüber Patienten auch Respekt dadurch zeigt, daß man sich vernünftig anzieht,

wenn man schon auf den Kittel verzichtet! Wenn es stimmt, daß die Leiter die wichtigste Variable in einer Klinik sind, dann muß ich mir im Endeffekt auch klarmachen, daß meine eigene Rolle als Leiter mit einem massiven Maß an Schuld verbunden ist. Denn an sich ist psychiatrische Behandlung selbst bereits Gewaltausübung. Ich glaube, es ist Fiktion zu denken, daß das nicht so sei. Es ist auch, so glaube ich, eine Fiktion, daß Psychoanalyse neutral betrieben werden könnte. Es wäre gut, wenn man dazu stünde. Es sollte klar sein, daß das, Herr Drees, was Sie tun, auch extreme Machtausübung ist.

Wo behalte ich mir selber Macht vor - so fragten Sie, Herr Wolpert. Sie sprachen die Autorität an. Diese hat man ja nur dadurch, daß die arideren sie anerkennen. Autoritäre Machtausübung behalte ich mir für all die Punkte vor, in denen wir einen Arbeitsauftrag haben, der durch das Umfeld gestellt wird. Ich empfinde mich genauso als Sprecher des Umfeldes wie als Sprecher der Klinik. Ich sehe mich dabei in einer Mittlerfunktion zwischen Außen und Innen.

Kipp: ich würde gern noch einige Erfahrungen in Bezug auf das Konzept von Herrn Drees ansprechen. Je erfahrener ich geworden bin, und je mehr ich in die Leitungsfunktion hineingewachsen bin, um so weniger habe ich mit direkter Patientenbehandlung zu tun. Wegen meiner psychoanalytischen Grundeinstellung stimmt es mich traurig, daß ich etwa in der Visite keine Psychoanalyse vermitteln kann, es stellt sich für mich die Frage, wie man ein inhaltliches Konzept auf seine Mitarbeiter übertragen kann. Ich bin zum Teil zu ähnlichen Schlüssen wie Herr Drees gekommen. Ich muß aber sagen, daß ich eine andere Vorgeschichte mit einem Chef habe, der genau solche Supervisionen und Balintgruppen wie Herr Drees durchführte, in denen es um gemeinsames Mitphantasieren geht. Er war dabei der stärkste und erste Phantasierer. In der Anfangsphase war dieses Konzept für mich wahnsinnig begeisternd. Es war fast ein rauschhaftes Erlebnis mitzumachen. Dieser Enthusiasmus hat meine therapeutische Fähigkeit anfänglich sehr gestärkt. Es war mir aber in der Folgezeit nicht mehr möglich, so mitzugehen. Ich hatte meine eigenen Positionen entwickelt. Von da an kamen Konflikte auf, denn es ging mehr und mehr darum, wer mit seinen Phantasien recht hatte. Bald ging unsere Beziehung in eine Kampfbeziehung über, in der mein früherer Chef neben seinen üblichen Vorgesetztenfunktionen auch seine Gruppenleiterfunktion einsetzte, um mich zu unterdrücken. Dies habe ich als die stärkste Form der Machtausübung empfunden. Dieses Erleben hat mich dahingehend geprägt, daß ich zwar jetzt noch dazu neige, vorzuphantasieren und mit Imaginationen zu arbeiten, vielleicht auch mit einem exhibitionistischen Anflug. Aber ich hüte mich sehr, andere dazu zu bringen, daß sie sich zeigen müssen. Obwohl es immer eine Gratwanderung ist, mit solchen Doppelfunktionen gekonnt umzugehen, führe ich nach wie vor solche Gruppen bei uns durch. Meine Leitungsfunktion versuche ich davon abzugrenzen. Ich kann mich in meiner Rolle vom Chef, der empört ist, daß gerade eine Mitarbeiterin vielleicht etwas versäumt hat, zum verständnisvol-

len Balintgruppenleiter zwar umstellen. Aber ob das mein Gegenüber kann oder will, das ist die Frage.

Fuchs: Ich würde ganz gerne eine eigene Bemerkung daran anschließen. Ich glaube, daß der instrumentelle Umgang mit der eigenen Emotionalität in der therapeutischen Sozialisation ein ganz später Erwerb ist. Dieses Maß an Selbstlosigkeit aufzubringen, praktisch nur noch als Resonanzboden der Beziehung zu fungieren, fordert einen Abstand, von dem ich glaube, daß ihn die wenigsten meiner Mitarbeiter aufbringen. Wenn ich dieses Instrumentalisieren seiner selbst nicht nur als klinische Methode, sondern auch als Führungsmethode einsetze, dann beschwöre ich, so glaube ich, ein gefährliches Mißverständnis herauf. Die Umgebung kann zu der Meinung gelangen, daß ich diese Methode ausschließlich zur Herrschaft benutze. Was Sie, Herr Kipp, mit Ihrem Chef explizit so erlebt haben, muß er nicht unbedingt auch so beabsichtigt haben; aber selbst wenn er es nicht beabsichtigt haben sollte, könnten Sie sich nicht vor der Gefahr schützen, daß gegen Sie solche Phantasien auch als Herrschaftsinstrument eingesetzt werden. Davor, daß mir dies unwillkürlich unterlaufen könnte, habe ich entschieden eine Scheu.

Drees: Eine Reduzierung von Anordnungsstrukturen und -ritualen in einer Klinik ist meines Erachtens wichtig. Dies gilt für die Chefarztvisiten wie die regelmäßigen Sitzungen auf verschiedenen Hierarchie-Ebenen. Ein solcher Machtabbau eröffnet vor allem für das Pflegepersonal eine größere Chance, mit den Patienten autonomer therapeutisch umzugehen.

Mein Balintgruppenkonzept gibt Anfängern die große Chance, ohne die von Ihnen so postulierte psychoanalytische Erfahrung relativ rasch das eigene Erleben einzubringen. Mit dieser Methode ist es möglich, daß das, was ich einbringe, als etwas gesehen, gewertet und empfunden wird, das in der Situation durch mich hindurch geht, Ich mache diese Balintgruppen ebenfalls in vielen anderen Institutionen, etwa mit Studenten. Diejenigen, die am Anfang die größten Widerstände haben, sind die Analytiker und die erfahrenen Balintgruppen-Leute. Sie haben es schwer, sich von ihren Konstrukten bzw. von dem zu lösen, was Balint „detektivische Suche“ nennt. Nichts anderes zu tun, als ihr Erleben in eigene Worte und Bilder zu bringen, gelingt den Anfängern erstaunlich leicht. Es hilft ihnen, mit ihren Patienten unmittelbar und empathisch umzugehen, wenn dahinter nicht dieser enorme, durch die Analyse bedingte Selbsterfahrungsdruck steht.

Ein Wort noch zur Psychoanalyse. Ich selbst bin Analytiker und ich habe anfangs auch in der Klinik viel mehr analytisch gearbeitet, bis ich die Grenzen, vor allem im psychiatrischen Bereich, merkte. Ich habe sicher eine gewisse Abwehr gegen die Dominanz von Analytikern und dies aufgrund folgender Erfahrung: Therapeutische Spezialisten wollen oder können, je mehr sie in ihr Spezialfach hineinwachsen, umso weniger normale psychiatrische Tätigkeit ausüben, umso weniger vor allem sozialpsychiatrisch tätig sein. Das gelingt wohl nur denen, die dann zwanzig Jahre die Analyse hinter sich haben. Es ist eine schwierige Aufgabe, Assistenten, die sich in psycho-

analytischer Ausbildung befinden, für die Komplexität psychischen Krankseins und sozialpsychiatrischen Tuns offenzuhalten. Ich versuche, als Chef der Klinik den Mitarbeitern mit Hilfe dieser Methode die Relativierung dieser differenten Theorien- und Therapiekonzepte beizubringen, auch das ist Machtausübung.

Doepp: Herr Drees, ich werde jetzt doch etwas persönlich, ich muß jetzt von mir reden, und stelle fest, daß Sie für mich nirgends greifbar sind. Sie sind weder Psychoanalytiker, noch Leiter von Balintgruppen, noch Mitarbeiter, und das macht es für mich so schwer, Sie auch anzugreifen, obwohl ich das Bedürfnis dazu habe. Ich habe jetzt den Eindruck, ich müßte mich völlig mit Ihnen identifizieren und mit Ihnen verschmelzen, um Sie auszuhalten. Was mich stört ist, daß Sie sich bei Ihrer Darstellung außerordentlich geschliffen und theoretisch ausdrücken, aber nicht auf Ihre Vorredner eingehen. Wenn Sie sich so darstellen, vermag ich keine Reibepunkte zu finden, an denen ich wachsen könnte.

Schneider: Ich möchte aus einer anderen Richtung ein paar skeptische Töne anschlagen, denn ich erlebe hier ein zirkuläres Denken von Abteilungsleitern. Die untergründigen Phantasien der Nicht-Abteilungsleiter vermisse ich. Es kommt hier die Position zum Ausdruck, daß im Grunde doch Abteilungen überwiegend Leiter-zentriert sind, auch wenn viele Leiter selbst es nicht so sehen. Wir sprechen als Leiter durchaus von Machtabbau und Nicht-in-Anspruch-nehmen von Macht, aber gerade damit schaffen wir die Macht nicht ab. Nur kann ich mir vorstellen, daß auch abteilungsinterne Balintarbeit durchaus subtile Machtkomponenten enthält. Was wissen wir eigentlich über Phantasien und Motivationen junger Menschen, die psychiatrisch arbeiten wollen, denen wir natürlich ein Stück Position aber auch Gegenposition vermitteln, Identifikations- und Abschreckungsfigur in einem sind? Was mir in der Diskussion etwas fehlt, ist, daß im Grunde andere Berufsgruppen nicht oder bisher noch nicht ausreichend zu Wort gekommen sind. Wir müssen uns hüten, uns hier allein als Leiter zu bespiegeln.

Organisation und Supervision in der Psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus

G.-K. Köhler

1. Einleitung zum Thema „Organisation“ und „Supervision“

Nach dem motivierenden Signal der Psychiatrie-Enquete entstanden immer neue Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Zur Zeit rechnen wir mit 80 Abteilungen in der Bundesrepublik Deutschland. Die Abteilungspsychiatrie entwickelte sich also zu einer neben den psychiatrischen Großkrankenhäusern und den psychiatrischen Universitätskliniken „dritten Kraft“ der stationären psychiatrischen Versorgung. Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern ergänzen, wenn sie sich zu „Psychiatrischen Behandlungszentren“ (PBZ) in einer Region bzw., einem Standardversorgungsgebiet entwickeln, durch ihre Beteiligung an ambulanten psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgungsaufgaben die Arbeit der niedergelassenen Ärzte für Neurologie, Psychiatrie und Nervenheilkunde, der freipraktizierenden Ärzte anderer Fachgebiete, aber auch der besonders durch das Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung geförderten psychosozialen und sog. „komplementären“ Dienste.

Zumindest in Deutschland konnten sich die neugewählten Leiter psychiatrischer Abteilungen zwar an konzeptuellen Zielvorgaben orientieren, die wir mit den Begriffen „Gleichstellung des psychisch Kranken mit dem körperlich Kranken“, „Integration der psychiatrischen Abteilungen in das Allgemeinkrankenhaus“, „Psychiatrisches Behandlungszentrum im Standardversorgungsgebiet“, „Kristallisationspunkte und Promotor der Gemeindepsychiatrie“, „Integration der Psychotherapie in die Psychiatrie“, „Abbau von Vorurteilen gegenüber dem psychisch Kranken und psychiatrischen Institutionen“ und „Verbesserung des Images der Psychiatrie durch Offenheit und therapeutische Leistung“ stichwortartig umschreiben können.

Ein Rückgriff auf die Erfahrungen bereits existierender psychiatrischer Abteilungen in der Zeit vor der Bestandsaufnahme der Psychiatrie-Enquete ist dagegen kaum erfolgt. Vielleicht waren die Erfahrungen der psychiatrischen Abteilungen in der Zeit vor der psychiatriepolitischen Wende der Psychiatrie-Enquete zu deprimierend, hätten den Neubeginn behindert und die Aufbruchstimmung der letzten 10 Jahre gebremst. Die von mir immer wieder betonten Charakteristika Offenheit psychiatrischer Abteilungen für neue Entwicklungen in allen Bereichen der Psychiatrie (in Sonderheit natürlich zunächst der Sozialpsychiatrie und Psychotherapie), Toleranz gegenüber *verschiedenen* Modellen abteilungspsychiatrischer Arbeit, die Fähigkeit zu einer den gesellschaftlichen und psychiatriepolitischen Realitäten am Standort Rechnung tragenden Kreativität, die Flexibilität im Umgang mit den eigenen Konzepten und der Pragmatismus im Hinblick auf die Realisie-

rung sich wandelnder Konzepte prägen auch die Organisation psychiatrischer Abteilungen und bestimmen die Supervision ihrer therapeutischen Arbeit.

Deshalb wird es niemanden, der sich mit Organisation und Supervision in psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern beschäftigt, überraschen, daß wir auch im Jahre 1986 einen Erfahrungsaustausch über Strukturen psychiatrischer Abteilungen „organisieren“ und zu einer Art gegenseitiger Supervision oder - um einen Ausdruck Wolperts aufzugreifen - wechselseitiger „Intervision“ gelangen wollen.

Im Sinne dieser „Intervision“ möchte ich Ihnen im folgenden einen kurzen Überblick über die Ursprünge und Quellen der Organisation und Supervision in psychiatrischen Krankenhäusern geben, die Organisation der Psychiatrischen Klinik der Evangelischen und Johanniter Krankenanstalten Duisburg-Nord/Oberhausen gGmbH zur Diskussion stellen und die - in Zusammenarbeit mit U. Rosin, Düsseldorf - entwickelten Formen der Supervision in unserer Abteilung einer kritischen Überprüfung zugänglich machen. Zumindest geraten wir auf diese Weise nicht in Gefahr, in theoretischen Erörterungen stecken zu bleiben, sondern bleiben dem Grundsatz der Praxisbezogenheit und Lebensnähe der therapeutischen Arbeit in psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern treu.

1.1 Ursprünge und Quellen der Organisationsformen psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern

Historisch vorgegebene Organisationsformen psychiatrischer Krankenhäuser finden wir in den psychiatrischen Großkrankenhäusern. Hier fand die Beschäftigung mit der Organisation therapeutischer Arbeit im Sinne der inzwischen weit vorangebrachten Reform des psychiatrischen Großkrankenhauses innerhalb der Institution selbst, aber auch im Dialog mit der Psychiatrie-Kritik und der Antipsychiatrie in den letzten 10 Jahren starke Beachtung. Bauliche Vorgaben wie Blockbauweise oder Pavillon-System, Übergang von der „kustodialen“ Psychiatrie zur „offenen“ Psychiatrie und die in den letzten Jahren steigende Wertschätzung der Psychotherapie veränderten die Organisationsformen in eine Richtung, die auch der Lösung der vielfältigen Aufgaben, die den psychiatrischen Abteilungen zugewiesen wurden, mehr entsprechen als die Strukturen der alten „Anstaltspsychiatrie“ in der Zeit vor der Psychiatrie-Enquete.

Diese Organisationen und *Strukturen der klassischen Anstalt und des reformierten Großkrankenhauses neuen Stils* sind Ihnen bekannt. Für *öle psychiatrischen Abteilungen* galt von Anfang an das Prinzip der Geschlechtermischung, der größeren Differenzierung der einzelnen Stationen, die Auseinandersetzung mit dem Problem geschlossener Stationen im Zusammenhang mit der Verpflichtung zur Vollversorgung oder die rasche Entwicklung der Arbeits- und Beschäftigungstherapie.

Als Besonderheiten der Großkrankenhäuser sind zu erwähnen: die besondere Leitungsstruktur (Direktorialprinzip) der Großkrankenhäuser mit ihren verbeamteten ärztlichen Mitarbeitern und des Pflegepersonals sowie die „Troika“ von Ärztlichem Direktor, Verwaltungsdirektor und Oberin bzw. Oberpfleger. Letztere findet sich auch in Ihren Abteilungen wieder.

Die *psychiatrischen Universitätskliniken* dagegen weisen Organisationsformen auf, die ihren „Ursprüngen“ in der Universität als dem Ort der Forschung und der Lehre mindestens ebenso verbunden bleiben wie der psychiatrischen Praxis. Bewährte, wenn auch in den späten 60er Jahren reformierte Organisationsformen der Forschung, der Lehre und der Weiterbildung der Studenten sowie der ärztlichen Mitarbeiter boten sich für die Organisation psychiatrischer Abteilungen an. Dagegen erschienen sowohl die patientenbezogene Struktur der Funktionsabteilungen und vor allem die Organisation der Teamarbeit an Universitätskliniken weniger attraktiv im Hinblick auf die Aufgaben psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern.

Insoweit eine patientenzentrierte und teambezogene psychotherapeutische Arbeit zu „organisieren“ war, boten sich Organisationsformen *psychotherapeutisch-psychosomatischer Spezialkliniken* oder *verhaltenstherapeutischer Abteilungen* an. Damit wird deutlich, daß die Organisation psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern in Teilbereichen auf erprobte Organisationsformen psychiatrischer Großkrankenhäuser, Universitätskliniken und psychotherapeutisch-psychosomatischer Kliniken zurückgreifen konnte, dabei aber - neben der Berücksichtigung von Standortbesonderheiten und Organisationsgrundsätzen sowie Organisationsformen des Allgemeinkrankenhauses, an dem die Abteilung entsteht - vor allem nach den Aufgaben psychiatrischer Arbeit, d. h. nach den besonderen Arbeitsschwerpunkten der Abteilungen ausgerichtet werden mußte. Ändern sich die Arbeitsschwerpunkte - und dies geschieht in einer sich wandelnden psychiatrischen Landschaft dauernd - dann hat dies auch Einfluß auf die Organisationsformen.

Ein Vergleich der *unterschiedlichen Arbeitsschwerpunkte* des psychiatrischen Großkrankenhauses, der psychiatrischen Universitätsklinik und der psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus soll uns noch einmal vor Augen führen, welche Aufgaben die Organisation einer psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus besonders im Blickfeld haben muß.

Aus der Sicht der psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus, zumindest im Ruhrgebiet, bestehen die größten *Unterschiede zum Großkrankenhaus* in der schwerpunktmäßigen Behandlung *mittelfristig und langfristig zu behandelnder Patienten, der Gerontopsychiatrie* und der *Sucht*. Unverkennbar ist der Trend zur Angleichung durch Reduktion der mittel- und langfristig zu behandelnden und süchtigen Patienten in den Großkrankenhäusern und Ausweitung der Versorgungsaufgabe psychiatrischer Abteilungen im Hinblick auf sog. „chronische“ Patienten und Süch-

tige. Auch die Gerontopsychiatrie scheint in den psychiatrischen Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus einen deutlichen Aufschwung zu nehmen.

Im Vergleich mit den Aufgaben der *Universitätskliniken* wird der Rückstand der Abteilungen im Bereich von Forschung und Lehre deutlich, ein Umstand, der gerade innerhalb des Arbeitskreises der Leiter psychiatrischer und neurologischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern in der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin zu stärkerer Aktivität Anlaß gegeben hat und auch die „Bundesdirektorenkonferenz“ der Großkrankenhäuser zum Handeln veranlaßte.

Die Integration der Psychotherapie scheint mir in den psychiatrischen Abteilungen weiter fortgeschritten zu sein. An den Universitäten gedeihen Psychotherapie und Psychiatrie eher in einem mehr oder weniger respektvollen, günstigstenfalls befruchtenden „Nebeneinander“.

Zusammenfassend ist davon auszugehen, daß die Organisationsstrukturen psychiatrischer Abteilungen in Zukunft eine Verringerung der Unterschiede in den Arbeitsschwerpunkten von Großkrankenhaus, Universitätsklinik und psychiatrischer Abteilung am Allgemeinkrankenhaus berücksichtigen müssen und insbesondere der zunehmenden Bedeutung *ambulanter* psychiatrischer Diagnostik und Therapie Rechnung tragen sollten. Stichwort: „Anbieten“ von Leistungen in der ambulanten Psychotherapie im Sinne der Wahrung der therapeutischen Kontinuität von stationären und später ambulant behandelten Patienten, Zugänglichmachen nichtärztlicher Leistungen, z. B. der Arbeitstherapie, der Beschäftigungstherapie und der Tanz- und Bewegungstherapie sowie anderer Therapieformen für ambulante Patienten. Hierfür wurden in letzter Zeit auch gesetzliche Möglichkeiten (Institutsverträge oder Institutsambulanzen) geschaffen.

1.2 Die wichtigsten Ebenen der Organisation psychiatrischer Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus

Die wenigsten Chefarzte psychiatrischer Abteilungen können auf eine wissenschaftlich fundierte Ausbildung in der Handhabung von psychiatrischen „Krankenhausorganisationssystemen“ zurückgreifen. So wünschenswert es vielleicht sein mag, der Chefarzt wird neben seinen vielen Kenntnissen, die er für die Leitung einer psychiatrischen Abteilung braucht, kaum Zeit und Kraft finden, auch die Organisation psychiatrischer Kliniken systematisch zu erlernen.

Ich selbst unterscheide pragmatisch drei Ebenen der Organisation im psychiatrischen Krankenhaus:

Die patientenbezogene „funktionale“ Organisation der Abteilung (Funktionsabteilungen), die teambezogene Organisation und die Organisation der Leitung („Organisation der Administration“).

1.2.1 Patientenbezogene, „funktionale“ Organisation (Funktionsabteilungen)

Das psychiatrische Behandlungszentrum „Psychiatrische Klinik der Evangelischen und Johanniter Krankenanstalten Duisburg-Nord/Oberhausen gGmbH“, für zwei großstädtische Teilregionen, nämlich die nördlichen Teile der Stadt Oberhausen und der Stadt Duisburg zuständig und bisher überregional für die angrenzenden Regionen des rechten Niederrheins (Dinslaken und Wesel) offen, entspricht fünf Arbeitsschwerpunkten. Die Psychiatrische Klinik dient der stationären psychiatrischen Versorgung der genannten Regionen, die Tagesklinik erfüllt die Aufgabe des halbstationären Bereiches, die Ambulanz garantiert die Kontinuität psychiatrisch-psychotherapeutischer Therapien und die Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten und anderen Kliniken. Ein Wohnheim für psychisch kranke Alte und gerontopsychiatrische Patienten sucht diesem Personenkreis, der in der gerontopsychiatrischen Abteilung des Hauses nicht mehr versorgt werden kann, eine baldige, aber auch besondere, noch therapeutische Hilfe in einem geeigneten Rahmen zu ermöglichen. Die eigenständige Abteilung für Arbeitstherapie entsteht als Außenstelle der Abteilung für Arbeitstherapie der Klinik, aber als selbständiger Bestandteil des psychiatrischen Behandlungszentrums auf Duisburger Boden in einem Anbau an das Allgemeinkrankenhaus.

Die Psychiatrische Klinik selbst ist entsprechend den therapeutischen Schwerpunkten in Stationen und Funktionsabteilungen gegliedert.

Die Klinik hat 175 Planbetten. Hinzu kommen 25 Plätze in der Tagesklinik. Stationär und teilstationär verfügt die Klinik ab 1. 12. 1987 über 200 Plätze.

Die Abteilung ist organisatorisch in *Stationen* und Funktionsabteilungen unterteilt.

Im 1978 umgebauten Schwesternwohnheim, dem Hauptgebäude der Psychiatrischen Klinik, sind vier Stationen mit 18 bis 28 Betten untergebracht.

Es handelt sich um zwei geschlossene Stationen, von denen eine bevorzugt gerontopsychiatrische Patienten aufnimmt, sowie um vier offene Stationen, von denen eine Station vorübergehend als Psychotherapie-Station ausgewiesen war, sowie um eine Station mit 33 Betten.

Die Kapazität des geschlossenen Bereiches mit 50 Betten erscheint im Hinblick auf die Vollversorgung mit Pflichtaufnahme für nördliche Regionen der Großstädte Duisburg und Oberhausen ausreichend, im Verhältnis zur Gesamtbettenzahl vertretbar dimensioniert.

Den Stationen, in gewissen Grenzen auch der Ambulanz, stehen 17 *Funktionsabteilungen* gegenüber. Die einzelnen Abteilungen und deren Schwerpunkte sind unterschiedlich. Zum Teil liegt der Schwerpunkt der Arbeit mehr im diagnostisch-therapeutischen Bereich, im organisatorisch-verwaltenden oder im Bereich der Forschung und der Lehre.

Die wichtigsten diagnostisch-therapeutischen Abteilungen sind die *Abteilung für Klinische Psychologie*, für *Videotherapie*, die *Abteilung für Beschäftigungs- und Arbeitstherapie*, die *Kunsttherapie*, die *Sport-, Tanz- und Bewegungstherapie*, die *Abteilung für Naturheilkunde und Akupunktur*, das *Respiratorische Bio-Feedback*, die *Psychosomatische Beratungsstelle*, aber auch die *Abteilung für Klinische Elektroenzephalographie* und die *Epilepsie-Ambulanz*, verbunden mit einer *Forschungsstelle für psychiatrische Epileptologie* (im Rahmen der Lehrtätigkeit des Leitenden Arztes für die Universität Düsseldorf).

Dagegen sehen die *Abteilung für Sozialarbeit und psychosoziale Kooperation*, aber auch die *Psychosomatische Beratungsstelle* und das *Referat für Forschung, Lehre und Öffentlichkeitsarbeit* den Schwerpunkt ihrer Aktivitäten in der außerklinischen Tätigkeit bzw. Kooperation mit den psychosozialen Diensten und anderen, somatischen Abteilungen des Krankenhauses sowie in der Öffentlichkeitsarbeit.

Den Funktionsabteilungen stehen jeweils Fachkräfte mit entsprechender Berufsausbildung und langjähriger Berufserfahrung vor.

Die Leiter dieser Abteilungen entwickeln die Konzepte in Absprache mit den Psychologen und Sozialarbeitern sowie in Übereinstimmung mit dem Leitenden Arzt, vertreten diese Konzepte und setzen sie in die praktische Tätigkeit um. Sie entwickeln geeignete Instrumente der Information und Kommunikation mit den anderen Abteilungen und den Stationen sowie der Ambulanz, dem Altenheim, der Arbeitstherapie. Die Funktionsabteilungen schaffen geeignete Formen der patienten- und teamzentrierten Zusammenarbeit und der Mitarbeit in den verschiedenen Leitungsgremien bzw. in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen. Sie bestimmen ihre Ziele in Wissenschaft und Lehre.

Sie sichten die Bewerbungslisten für frei werdende Stellen, führen Vorgespräche, haben Vorschlags- und Vetorecht bei den Vorgesprächen auf Ärzte- und Psychologen-Ebene und dem Leitenden Arzt gegenüber, der die Einstellung oder Weiterbeschäftigung einzelner Mitarbeiter der Funktionsabteilungen dem Träger gegenüber vorschlägt.

1.2.2 Teambezogene Organisationsformen

Die vorgegebene Struktur der Klinik und der anderen Teile des psychiatrischen Behandlungszentrums sowie der Psychiatrischen Klinik in ihren Stationsbereichen und Funktionsabteilungen führt zur Entwicklung eines *Instrumentariums teambezogener Organisationsformen* der therapeutischen Arbeit.

Tab. 1: Teambezogene Organisationsformen der therapeutischen Arbeit der psychiatrischen Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern

1. Instrumente der wechselseitigen Information und Einrichtung der Teamarbeit
 - 1.1 Stationsarztvisite, Oberarztvisite, Chefarztvisite
 - 1.2 Stationsbesprechungen, Stationsteambesprechungen, Stationsleiterbesprechungen
 - 1.3 Funktionsabteilungsbesprechungen
 - 1.4 Ärztekonzferenz, Funktionsleiterkonzferenz, Klinikkonzferenz, Leiterkonzferenz (Chefarzt und Oberärzte)
 - 1.5 Schwerpunktmäßige Weiterbildungsveranstaltungen im Sinne der Einzelfallsupervision, Balint-Arbeit
 - 1.7 Gutachterkonzferenz, Konsultationen und Gutachtersupervision
 - 1.8 ad hoc-Konsultationen
2. Struktur der täglichen und der Wochenarbeit (Tages- und Wochenpläne)
3. Organisationsformen der Lehre, der Weiter- und Ausbildung sowie der Forschung

An erster Stelle stehen die *Instrumente der Information*, die Voraussetzungen für eine gedeihliche Teamarbeit, für eine Struktur der täglichen Arbeit und für die Entwicklung von neuen Organisationsformen für die akademische Lehre, die Weiter- und Ausbildung sowie für die Forschung sind.

Instrumente der wechselseitigen Informationen sind regelmäßige Stationsarzt-Visiten (am Bett oder im Arztzimmer), Oberarzt- und Chefarzt-Visiten, Besprechungen der auf einer Station tätigen Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Beschäftigungstherapeuten und des Pflegepersonals, die Teambesprechung mit oder ohne Supervision, teilweise auf die leitenden oder ausgewählten Mitarbeiter beschränkte Besprechungen, die sog. Abteilungsbesprechungen, die z. B. in der Abteilung für Arbeits- und Beschäftigungstherapie stationsbezogen durchgeführt werden, aber auch die regelmäßigen Ärztekonzferenzen, Funktionsleiterkonzferenzen, Klinikskonzferenzen und Leiterkonzferenzen des Chefarztes und der Oberärzte. Der wechselseitigen Information dienen auch schwerpunktmäßige Weiterbildungsveranstaltungen verschiedener Berufsgruppen, die gemeinsame Weiterbildung in der Einzelfallsupervision oder der Balint-Arbeit, die Supervision von Gutachter-tätigkeit und alle immer wieder notwendigen ad hoc-Konsultationen der verschiedenen Mitarbeiter sowie die sog. „Stationsübergaben“ des Pflegepersonals.

Damit sind die Einrichtungen der Teamarbeit beschrieben. Die Organisation dieser Teamarbeit erfährt immer wieder Änderungen durch neue Funktionen und Kompetenzen einzelner Berufsgruppen, auf die ich hier nicht weiter eingehen möchte. Die Struktur der täglichen therapeutischen Arbeit wird in den gemeinsam erarbeiteten *Tages- und Wochenplänen* deutlich, die für die Patienten und für die Mitarbeiter zu einer klar erkennbaren Ordnung des Tagesablaufes führen und ein erhebliches Maß an Koordination und Bemühungen um Transparenz der Arbeit voraussetzen.

Tages- und Wochenpläne ändern sich in relativ kurzen Zeitabständen. Sie müssen immer wieder neu formuliert, an die einzelnen Abteilungen und die Patienten weitergegeben werden. Wirkliche Fixpunkte des Tages und der Woche sind erfahrungsgemäß die Mahlzeiten.

Schließlich sind auch die Organisationsformen für die akademische Lehre, die Weiter- und Ausbildung der Mitarbeiter und des Pflegepersonals sowie der Forschung kurz zu erwähnen. Als Akademisches Lehrkrankenhaus für die Universität Düsseldorf steht die Klinik den PJ-Studenten offen, die ihre Zeit auf den Stationen ableisten, an Seminaren teilnehmen und in unserer Klinik zu zwei speziellen Lehrveranstaltungen eingeladen sind, die wöchentlich stattfinden. Es handelt sich um die „Psychiatrische Epileptologie“ und die „Videodemonstration ausgewählter psychiatrischer Krankheitsbilder“. Die in Weiterbildung befindlichen Ärzte und Psychologen der Klinik sind ebenfalls eingeladen. Die Lehrveranstaltungen werden im Vorlesungsverzeichnis der Universität Düsseldorf angekündigt.

Außerdem finden befristete Seminare („Neurologie für psychiatrische Assistenten“, „EEG-Seminar“) statt, die von den Fachärzten der Klinik geleitet werden.

Besondere Organisationsformen wurden für die *psychotherapeutische Weiterbildung* entwickelt, auf die an dieser Stelle nicht eingegangen werden kann. Wir verweisen auf den im Jahre 1992 erscheinenden Band „Psychotherapie in der psychiatrischen Abteilung“ von Köhler und Rosin.

Eine weitere teambezogene Organisationsform betrifft die *Zusammenarbeit der Mitarbeiter der Psychiatrischen Klinik mit den extramuralen Diensten* bzw. den psychosozialen Arbeitsgemeinschaften und ihren vielfältigen Untergruppen („Erwachsenenpsychiatrie“, „Sucht“, „Gerontopsychiatrie“ u. a.).

Dieses Problem ist befriedigend nur zweigleisig zu lösen: Einmal durch die persönliche Teilnahme einzelner Mitarbeiter an den entsprechenden Gremien und zum anderen durch die Kommunikation der psychosozialen Dienste und Arbeitsgemeinschaften mit den Mitarbeitern der klinischen psychosozialen Dienste bzw. der Abteilung für psychosoziale Kooperation und mit dem Referat für Öffentlichkeitsarbeit,

1.2.3. Organisation der Leitung der psychiatrischen Klinik („Administrative Organisationsformen“)

Auf der administrativen Ebene ist die Psychiatrische Klinik der Evangelischen und Johanniter Krankenanstalten der *Priorität der psychiatrischen, d. h. ärztlichen Kompetenz* verpflichtet. Die Leitung der Klinik bestimmt das Konzept und die Organisationsformen der Klinik - in Übereinstimmung mit dem Verwaltungsdirektor und der Pflegedienstleitung. Dabei ist der *Chefarzt* in seinen ärztlichen, d. h. die psychiatrische Diagnostik und Therapie betreffenden Entscheidungen frei. Die Besonderheiten der psychiatrischen Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus haben aber dazu geführt, daß auch konzeptuelle und organisatorische Prinzipien und Grundlagen den Entscheidungsgremien des Trägers, d. h. dem Aufsichtsratsvorsitzenden, dem Aufsichtsratsausschuß sowie dem Aufsichtsrat vorgetragen, dort diskutiert und abgestimmt werden können.

Innerhalb der Klinik bzw. dem Psychiatrischen Behandlungszentrum (PBZ) dominiert die *psychiatrische* Kompetenz. Dies nicht nur aus juristischen Gründen, sondern auch wegen der Wirtschaftlichkeit der Behandlung der Patienten, die in Zukunft über die Dokumentation der erbrachten Leistungen für die Pflegesatzverhandlungen in stärkerem Maße relevant werden als bisher.

Auf die Priorität der Ärztlichen Leitung und Weisungsbefugnis im Hinblick auf diese wirtschaftlichen Gesichtspunkte möchte ich an dieser Stelle nicht weiter eingehen.

Stellvertretender Chefarzt in allen Belangen ist meist der erste Oberarzt - in unserer Klinik gleichzeitig der Leiter der Tagesklinik.

Die Oberärzte leiten einzelne Stationen (Abteilungen), in denen sie auch für die Entwicklung der Schwerpunkte der therapeutischen Arbeit und für die Weiterbildung Sorge tragen. Sie betreuen schwerpunktmäßig einzelne Funktionsabteilungen.

Weisungsbefugnis der Oberärzte und Assistenzärzte besteht auch gegenüber den Sozialarbeitern, den Klinischen Psychologen und den Leitern der Funktionsabteilungen. Dabei betrifft diese Weisungsbefugnis allerdings nur die klinische Arbeit im Alltag.

Geht es um konzeptuelle oder methodische Fragen, dann besteht für die Abteilungsleiter die Möglichkeit zum klärenden Gespräch mit den zuständigen Oberärzten oder mit dem Chefarzt. Wenn es nicht gelingt, einen Konsens zwischen den beteiligten Mitarbeitern zu finden, muß vorn Chefarzt bzw. seinem Stellvertreter die letzte Entscheidung getroffen werden.

In allen medizinischen Fragen untersteht der *Pflegedienst* den Weisungen der Ärzte, vom Chefarzt über die Oberärzte zu den Assistenzärzten. Ansonsten besteht weitgehende Selbständigkeit des Pflegedienstes, z. B. in der Besetzung der Station, der Weiterbildung und der Definition der Arbeitsge-

biete. Hier vollziehen sich die Entscheidungsprozesse zunächst innerhalb des Pflegedienstes, in Zusammenarbeit mit der Oberschwester für Psychiatrie, die gleichzeitig Stellvertreterin der Oberin ist, und schließlich mit der Oberin.

In grundsätzlichen Fragen der psychiatrischen Krankenpflege, der Teambildung und der Weiterbildung ist eine direkte, partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Chefarzt, Oberärzten, Oberin, psychiatrischer Oberschwester und dem Verwaltungsdirektor (vor allem, wenn es um verwaltungs- und wirtschaftliche Fragen geht) unverzichtbar und weiterführend.

Kommt es zu Differenzen, die dem Leitenden Arzt unüberwindbar im Hinblick auf seine ärztliche Verantwortung bzw. auf sein Konzept erscheinen, dann sind Verhandlungen bzw. Abstimmungen mit der Pflegedienstleitung bzw. mit dem Verwaltungsdirektor und den Gremien des Aufsichtsrates oder mit dem Aufsichtsratsvorsitzenden manchmal auch unumgänglich.

Eine möglichst selbständige und partnerschaftliche, praktische Arbeit und Entwicklung der therapeutischen Konzepte der einzelnen Abteilungen und Stationen läßt sich am besten dadurch erreichen, daß nicht nur die zahlreichen, regelmäßigen Klinikskonferenzen zu Diskussion und Meinungsbildung genutzt werden, sondern auch ständige Konferenzen zu konzeptuellen und praktischen Fragen stattfinden.

Solche Konferenzen betreffen in unserer Klinik die regelmäßigen Zusammenkünfte von Chefarzt und Abteilungsleitern, aber auch die sog. *Leiterkonferenz*, die wöchentlich stattfindet, 1¹/₂ Stunden dauert und protokolliert wird. An dieser ständigen Leiterkonferenz nehmen außer dem Chefarzt und seinem Stellvertreter alle Oberärzte der Klinik regelmäßig teil. Zu bestimmten Themen werden Abteilungsleiter oder Vertreter des Pflegepersonals, die Oberschwester der psychiatrischen Klinik und die Oberin oder der Verwaltungsdirektor bzw. sein Vertreter eingeladen. Diese Leiterkonferenz findet übrigens seit einem Jahr unter der Supervision eines die psychiatrische Institution beratenden, unabhängigen, d. h. praktizierenden Analytikers Peter Zech, Düsseldorf, statt. Die Vorteile einer supervisionierten Leiterkonferenz sehe ich insbesondere in der Demokratisierung der Entscheidungen, in der Kontrolle der Ausübung der „Macht“ des Chefarztes, in der größeren Selbständigkeit der Oberärzte, damit auch in der Entlastung des Leitenden Arztes von administrativen Aufgaben, sowie in der offeneren, besseren persönlichen Zusammenarbeit der leitenden Ärzte der Klinik.

Die supervisionierte Leiterkonferenz leitet aber schon zu unserem zweiten Thema, zu „Supervision“ in der psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus über.

2. Supervision

2.1 Ursprünge und Voraussetzungen der Supervision im Allgemeinkrankenhaus

Systematische Betrachtungsweisen von Systemen psychiatrischer Behandlungszentren, die Widerstandsanalyse und die Beachtung von Übertragungen und Gegenübertragungen in der Psychotherapie haben uns von der Notwendigkeit der „Supervision“ überzeugt. Die psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern waren von Anfang an - anders als Universitätskliniken und Großkrankenhäuser, in denen das Verhältnis von Psychiatrie und Psychotherapie traditionell belastet und von Richtungskämpfen und Abgrenzungsversuchen geprägt wurde - offen für Psychotherapie und psychotherapeutische Weiterbildung. Psychotherapeutisch ausgebildete Chefarzte psychiatrischer Abteilungen brachten die in psychotherapeutischen oder psychosomatischen Spezialkliniken gewonnene Überzeugung mit, daß Supervision essentieller Bestandteil psychiatrischer Psychotherapie sein muß.

Formen der Supervision in der psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus sind:

1. die Supervision tiefenpsychologisch fundierter Einzel- und Gruppentherapie durch einen externen Analytiker - an unserer Klinik U. Rosin, Düsseldorf,
2. die Teamsupervision (Stationsteam) durch einen auswärtigen Analytiker (P. Zech)
- und
3. die vorübergehende Supervision der Leiterkonferenz (Chefarzt und Oberärzte) durch einen auswärtigen Analytiker
- und
4. die Supervision außerhalb der psychiatrischen Klinik im Rahmen spezieller psychotherapeutischer Weiterbildungslehrgänge (z. B. Einzelfallsupervision im Katathymen Bilderleben etc.).

2.2 Einzelfall- und Gruppentherapie-Supervision

So entwickelte sich in der psychiatrischen Abteilung an Allgemeinkrankenhäusern schon frühzeitig die *Einzelfallsupervision* tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapien und zunehmend auch psychotherapeutischer Behandlungen in Verbindung mit der biologischen und sozialtherapeutischen Behandlung psychisch Kranker. Aus den „Nachexplorationen“ psychischer Behandlungen wurden Supervisionen von Einzeltherapien psychisch Kranker und neurotischer Patienten.

Die zunehmende Differenzierung und Qualifizierung psychotherapeutischer Behandlungen führte zu einer Abgrenzung der *Supervision psychiatrischer*

Psychotherapien und *tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapien*, die zeitlich limitiert wurden. Während die Einzelfallsupervision psychiatrischer Psychotherapie noch von psychotherapeutisch weitergebildeten Psychiatern der gleichen Klinik oder vom Chefarzt übernommen werden konnte, wurden die Grenzen der klinikseigenen Supervision tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapien in der Klinik deutlich. Bedenken gegen Einzelfallsupervisionen durch in der gleichen Institution und oft in dienstlichen Abhängigkeitsverhältnissen stehende Supervisoren wurden noch stärker innerhalb psychiatrischer Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern als in analytischen Institutionen. Der starke Selbsterfahrungsanteil tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie unter Supervision ließ es auch in der Einzelfallsupervision nicht geraten erscheinen, die Supervision institutsintern durchzuführen.

So entwickelten einzelne Kliniken und auch wir besondere *Modelle der Einzelfallsupervision*. In Zusammenarbeit mit der Psychotherapieweiterbildung wird die Psychotherapie stationärer und später ambulanter Patienten von in Weiterbildung befindlichen Ärzten und Psychologen unter Supervision eines Analytikers durchgeführt, der an der Klinik diesen Teil der psychotherapeutischen Weiterbildung übernommen hat und die Verantwortung für eine kunstgerechte Supervision bzw. Therapie trägt und ihren Erfolg bescheinigt. In unserer Klinik übernehmen U. Rosin und W. Tress, Düsseldorf, diese Aufgabe.

Da die regelmäßigen Supervisionssitzungen in Gruppen durchgeführt werden, besteht die Möglichkeit der Teilnahme des Leitenden Arztes und seines Stellvertreters an den Supervisionssitzungen. Er hat Gelegenheit, in die Sitzungsprotokolle der Supervisionssitzungen sowie in die Tonbandprotokolle der Einzelsitzungen Einblick zu nehmen. Von dieser Möglichkeit wird kaum Gebrauch gemacht.

Im Rahmen einer Kooperation mit dem niedergelassenen Analytiker P. Zech, Düsseldorf, konnte auch eine Supervision videoaufgezeichneter Gruppensitzungen analytisch-interaktioneller und tiefenpsychologisch fundierter Gruppentherapien erreicht werden. An diesen Gruppensupervisionssitzungen nahmen nicht nur Therapeuten und Ko-Therapeuten teil, sondern auch andere, in Weiterbildung befindliche Psychologen und Ärzte sowie Mitglieder des Pflegepersonals teil. Eine Supervision modifizierter analytischer Gruppenpsychotherapie mit Psychotikern nahm U. Rosin vor, worüber wir an anderer Stelle berichtet haben.

Eine solche *externe Gruppensupervision* ist - wie auch die von U. Rosin durchgeführte kliniksinterne Balintgruppe - für die in Weiterbildung befindlichen Ärzte, Oberärzte, Assistenzärzte und Psychologen unserer Abteilung zweifellos kostenaufwendig.

Die Leiter psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sollten aus diesem Grunde dem Einwand, Supervision diene ausschließlich der

Psychotherapieweiterbildung der Mitarbeiter und sei eine vergebliche Investition zur Qualitätsverbesserung, wenn die Mitarbeiter die Klinik wieder verlassen würden, mit einem eindeutigen Votum begegnen. Supervision ist notwendig zur Qualitätssicherung der therapeutischen Arbeit. Sie ist essentieller Bestandteil kunstgerechter Psychotherapie. Deshalb müssen die Kosten für eine externe Supervision in die Pflegesatzverhandlungen eingehen.

In großen psychiatrischen Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern sollte durch Pilotstudien geprüft werden, ob eine *Einzelfall- und Gruppentherapie-Supervision* durch psychotherapeutisch versierte Oberärzte, die in keiner direkten Arbeitsbeziehung zur Station stehen, auf der die Patienten behandelt werden, durchgeführt werden kann.

Zu prüfen wäre auch, ob eine besonders gute Zusammenarbeit mehrerer Kliniken einen *Austausch von Supervisoren für Einzeltherapien oder für bestimmte Gruppentherapien* erlaubt. Für spezielle Therapieformen, z. B. das Katathyme Bilderleben oder die supervisionierte Familientherapie, wären solche Modelle durchaus denkbar.

2.3 Stationsteam-Supervision

Die Bildung von Stationsteams, denen alle auf der Station arbeitenden Berufsgruppen angehören, führt erfahrungsgemäß zu langdauernden gruppendynamischen Prozessen. Hier haben wir uns für eine *Teamsupervision durch einen externen Psychoanalytiker* entschieden. Die Teamsupervision findet auf jeder Station einmal in der Woche statt und dauert 90 Minuten. Die Sitzungen werden protokolliert. Auf einer Station, auf der auch Wahl-Leistungspatienten behandelt werden und eine besondere therapeutische Aktivität des Leitenden Arztes und seines Stellvertreters unverzichtbar ist, nimmt der Chefarzt an jeder supervisionierten Teamsitzung teil.

2.4 Die supervisionierte Leiterkonferenz

Die Stations- und Funktionsabteilungs-Organisation einer großen psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus mit, wie in unserer Klinik, 200 Behandlungsplätzen, führt zur Dezentralisierung und Delegation von Leitungs- und Administrativfunktionen auf eine größere Zahl von Fachärzten bzw. Oberärzten.

Entscheidungsprozesse, die Weiterentwicklung und die Umsetzung des Konzeptes der Klinik in die Realität sowie die Vertretung des Konzeptes nach außen werden dabei auch von dynamischen Prozessen innerhalb der Gruppe der leitenden Ärzte beeinflusst. Konferenzen der leitenden Ärzte einer großen psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus sind - wie alle Leiterkonferenzen - nicht nur fachlicher und sachlicher Natur, sondern manchmal auch hochbrisante Gruppenprozesse.

Außerdem besteht die Gefahr der Betriebsblindheit einer ganzen Leitergruppe, wenn ein externes Korrektiv fehlt.

Aus diesem Grunde entschlossen wir uns zu dem mittlerweile seit einem Jahr erprobten Modell der sog. „*supervisionierten Leiterkonferenz*“.

Diese Leiterkonferenz fand jede Woche statt und dauerte VA Stunden. An ihr nahmen außer dem Chefarzt und seinem Stellvertreter, dem Leiter der Tagesklinik, alle Oberärzte der Psychiatrischen Abteilung, zeitweilig die Oberin und P. ZECH, Düsseldorf, teil.

Die bisherigen Erfahrungen sprechen für eine höhere Effizienz der Arbeit in der Leiterkonferenz, für eine deutliche Verbesserung der Arbeitsatmosphäre und für eine Verselbständigung und weitergehende Verantwortlichkeit der Oberärzte, aber auch des Chefarztes, für die Geschicke der Klinik. Auch die Supervision muß keine „unendliche“ sein, sondern kann - zeitlich begrenzt - intermittierend stattfinden.

Teil III

Konzepte der Versorgung chronisch Kranker

Psychiatrische Betreuung komplementärer und rehabilitativer Einrichtungen

H. Philipzen

A)

Als wir uns in Driburg vor nun fast 20 Jahren in jugendlicher Begeisterung vornahmen, mit uns und ein paar Betten auf der Inneren Abteilung im St. Josef Hospital die psychiatrische Versorgung des Landkreises Höxter sicherzustellen, mußten wir schon bald einsehen: So einfach geht das gar nicht!

Im psychiatrischen Landeskrankenhaus war es aber doch so gegangen:

Mit ein paar Betten konnte man die Menschen, die in die Klinik kamen, versorgen. Nach der klinischen Behandlung waren fast alle wieder nach Hause gegangen, und nur wenige konnten nicht zurück, weil sie in der Gemeinde niemand mehr haben wollte. Diese wenigen konnten dann aber auch im Landeskrankenhaus bleiben: Bei der täglichen Ärztekonzferenz ein paar Worte zum verantwortlichen Kollegen - schon war ein Bett auf Frauen M oder Männer B reserviert. Man sah diese Menschen dann noch als sogenannte chronische Patienten gut versorgt, manchmal bei der Arbeitstherapie oder beim Schützenfest. Für den Kliniker eine wenig interessante Gruppe, diese Schwachen, die in den aufnahmebereiten Strukturen des Großkrankenhauses versickerten.

Im Allgemeinkrankenhaus gibt es kein Frauen M oder Männer B, da findet man lange Flure, viele kleine Zimmer mit Betten, chirurgische Operationssäle, Labors, Röntgenmaschinen und auch Kostenträger, die argwöhnisch darüber wachen, daß in dieser kostenträchtigen Institution niemand versickert.

Im Überschwang des Neuanfangs meinten wir, diese wenigen schon so aktivieren zu können, daß sie wieder ganz selbständig in der Gemeinde leben könnten. Daß es so einfach nicht ist, mußten wir erst lernen.

Als wir vor diesen Hilflosen standen, die sich trotz aller schlaun psychiatrischen Strategie nicht bewegten, haben wir uns gegenseitig vorgeworfen, sie nicht richtig und ausreichend behandelt zu haben. Wir begriffen dann aber, daß diese Menschen anderes brauchten als klinische oder auch ambulante psychiatrische Hilfen, um leben zu können, und daß sie auch andere Lebensräume wollten als ein freudloses Krankenhaus,

Aus dieser Entwicklung sind mir zwei Bilder in Erinnerung geblieben: Ein Mann, der an einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie erkrankt war, und über 10 Jahre lang immer wieder in Landeskrankenhäusern behandelt wurde, kam zu uns und wurde auch bei uns immer wieder stationär

behandelt. Zwischen den psychotischen Schüben kam er regelmäßig in die Ambulanz, nahm seine Dauermedikation, tat auch sonst, was wir von ihm verlangten, und es ging ihm trotzdem schlecht. In einem Gespräch sagte er eines Tages zu mir: „Herr Dr., Sie fragen mich immer wieder nach den Stimmen, mit denen komme ich schon zurecht, aber wenn ich morgens am Fenster stehe und sehe meine Schulkameraden zur Arbeit gehen, dann muß ich weinen.“

Das andere Bild: Ein junger Hebephrener, der immer wieder in die stationäre Behandlung kam, entwickelte nach der Meinung von uns Psychiatern ein Defektsyndrom: Er lief wie ein Tiger stumm auf unseren Krankenhausfluren herum, schaute Therapeuten und Besucher recht grimmig an und war insgesamt ein ungemütlicher Zeitgenosse, den wir von der Klinik immer wieder sehr gerne in die Gemeinde zurückgliederten. Dort isolierte er sich aber weiter und wurde in seiner Gemeinde zunehmend zum Fremden. Wurde er wieder einmal gewalttätig, kam er meist unter Zwang in unser Hospital. Nach Wünschen befragt konnte dieser Patient uns einmal sagen, daß er sich eine Hütte oder ein Zelt irgendwo am Waldesrand wünsche.

Der erste Patient gehörte dann mit zu der Pioniergruppe, die unseren Industriebetrieb aufbaute. Ich habe ihn schon bald nicht mehr in der Ambulanz gesehen. Er nahm seine Dauermedikation unter Aufsicht des Hausarztes ein und wollte ganz ausdrücklich sonst keinen Kontakt zur Psychiatrie mehr haben. Der zweite Patient wurde in eine unserer Wohngemeinschaften in eine andere Gemeinde eingegliedert. Seine Unruhe ist damit nicht ganz abgeklungen. Unter Dauermedikation geht er auch heute noch immer einmal seinem Wunschtraum vom Zelt am Waldesrand nach, wechselt Wohnungen, ist aber insgesamt in der langen Strecke recht gut eingegliedert und muß nur noch selten im Hospital behandelt werden.

B)

Es ist schon so: Das Allgemeinkrankenhaus bietet keine Bereiche an, in denen hilflose und behinderte Menschen nach ihrer akuten Erkrankung wohnen und arbeiten können. Schafft man für sie keine komplementären und rehabilitativen Dienste und Einrichtungen außerhalb des Hospitals, so nimmt die Gruppe dieser Menschen auf den Stationen ständig zu. Die Professionellen in der Klinik beginnen an ihrer fachlichen Kompetenz zu zweifeln, die Behinderten, die wieder leben wollen, finden die ständig wechselnden klinisch-psychiatrischen Hilfsangebote eher lästig. So entwickelt sich allmählich eine Atmosphäre der Gereiztheit und des Unfriedens, schließlich der Resignation. Wenn sie überleben will, muß sich eine Abteilung dann entscheiden, ob sie diese behinderten Mitbürger doch in das benachbarte Landeskrankenhaus abschieben oder das Versorgungssystem in der Region durch die noch fehlenden Teile ergänzen will.

So sind durch Initiativen der Abteilungen in den Gemeindekrankenhäusern inzwischen in vielen Regionen der Bundesrepublik Bereiche zum Arbeiten

und Wohnen für psychisch Behinderte in den Gemeinden entstanden. Nur, dieser Weg ist problematisch: Wir Kliniker organisieren diese Lebensräume wie unsere Stationen: Übersichtlich, straff, zentral gelenkt und zur Problemlösung bitte eine neue Expertenplanstelle, Kurz, läßt man uns, stülpen wir in unserer Übersorge um unsere Patienten das Korsett des Dienstleistungsbetriebes auch über die Lebensräume und Grundbedürfnisse der Behinderten.

Wir hatten in Driburg das große Glück, in den Gemeinden unseres Landkreises Höxter Menschen zu finden, die uns nach kurzer Zeit diese Bereiche abgenommen haben, um sie verantwortlich in der Gemeinde zu regeln.

Für den Arbeitsbereich fanden sich Bürger aus der Stadt Bad Driburg, dem Kreis Höxter, der evangelischen und katholischen Kirche sowie aus Industriebetrieben, um gemeinsam einen Integrationsbetrieb für Behinderte, die INTEG GmbH, zu schaffen. Dieser Betrieb ist inzwischen auch nach langen Kämpfen als WfB anerkannt worden. Hier wurden für psychisch, körperlich und geistig Behinderte wie auch für gesunde Mitarbeiter Arbeitsplätze geschaffen. Gemanagt wird dieser Betrieb sachkundig von in Industrie und Handwerk Ausgebildeten und Erfahrenen. Er arbeitet so, daß alle Mitarbeiter, die Gesunden und die Behinderten, einen leistungsgerechten Lohn bekommen, der sich im Durchschnitt um DM 1600,- brutto bewegt. In der Produktionsstufe dieser WfB gibt es keinen Sozialhilfeempfänger mehr.

Die psychisch Behinderten unseres Landkreises bekommen so wieder einen konsumfähigen Lohn. Das hat uns den Aufbau des komplementären Bereiches sehr erleichtert.

Neben einem kleinen Heimbereich und Trainingsbereichen wie Übergangswohnheim und therapeutische Wohngemeinschaft, die von einem gemeinnützigen Verein getragen werden, gibt es im Kreis Höxter vor allem Wohngemeinschaften, meist 2er-Wohngemeinschaften. Noch häufiger aber wollen die Behinderten alleine wohnen. Meist sind es eben Arbeitnehmer der INTEG, die sich mit ihrem Lohn wieder Wohnraum anmieten können.

C)

In meiner Tätigkeit im Landeskrankenhaus Gütersloh hatte ich erfahren, daß wir Psychiater zur Arbeitsplanung wie auch zum Arbeitsablauf nicht viel Kluges sagen konnten. Der Psychiater, der sich in den Prozeß der beruflichen Rehabilitation einmischt, setzt in der Regel, besorgt um seine früheren Patienten, die Belastungsschwelle zu niedrig an und unterfordert die Behinderten. Nach der Gründung der INTEG haben wir uns deshalb 14 Jahre lang nicht in diesem Betrieb sehen lassen, um die Arbeitnehmer nicht bei der Arbeit zu stören. Wir haben auch nur selten die leitenden Mitarbeiter im Industriebetrieb über Diagnose und die von uns eingeschätzte Art und Intensität der Behinderung bei den einzelnen Patienten unterrichtet. Auch heute noch zeigen wir uns nur in der INTEG, wenn wir eingeladen sind, meist zu Festen oder Gesprächen über Organisationsfragen zwischen Betrieb und Klinik.

Der soziale Dienst der INTEG hat wöchentlich einen Kontakt mit uns in der Klinik, um Fragen der Eingliederung von INTEG-Arbeitnehmern mit uns besprechen zu können. Ist medizinische Behandlung oder Beratung erforderlich, kommen die Behinderten in die Sprechstunden des sozialpsychiatrischen Dienstes bzw. der Klinikambulanz. So kommen z. B. 2 x wöchentlich in einem Bus des Betriebes Arbeitnehmer der INTEG zu einer vereinbarten Zeit in die Klinik zu notwendigen medizinischen Behandlungen (Depotinjektionen, Kontrolle von Lithiumspiegeln, anderen Laboruntersuchungen usw.). Schon z. T. ihrer klinischen Behandlung werden zur Arbeitstherapie und Arbeitserprobung Patienten der Klinik in die INTEG geschickt. Den meisten bleiben die Arbeitsplätze erhalten, und nach dem stationären Aufenthalt und einem Arbeitstraining können sie dorthin zurück. Einige brauchen aber auch die berufliche Rehabilitation oder auch den Dauerarbeitsplatz in der INTEG GmbH. Dieser Übergang wird naturgemäß von der Klinik intensiver betreut, oft auch über die Trainingsgruppe unserer Tagesklinik, weil häufig in dieser Zeit noch vieles mit den Patienten zu besprechen und zu regeln ist: Die medikamentöse Einstellung muß abgeschlossen sein, die Wohnungssuche organisiert werden usw.

Eine psychiatrische Betreuung am Arbeitsplatz erfolgt also aus grundsätzlichen Erwägungen heraus nicht. Der Mediziner hat - bis auf eine mögliche Krisenintervention - im Bereich des Arbeitens nichts zu suchen. Seine Dienste können aber durch Nutzen der ambulanten psychiatrischen Angebote der Region in Anspruch genommen werden.

Wir haben als Psychiater in Driburg vieles durch den autonomen Arbeitsbereich gelernt: Freundschaften der Arbeitnehmer untereinander, der Reiz des Verdienens und des Konsumierens, das erstaunte Erleben von Eigenleistung bringen von uns diagnostizierte Persönlichkeitsabwandlungen, die wir für krankheitsspezifisch hielten, zum Schmelzen. Vieles - insbesondere der Antriebsmangel der psychisch Behinderten -, was z. B. den Sonderwerkstätten, die auf Tagesgeldbasis arbeiten, immer wieder große Sorgen macht, ist - so meinen wir - ein Artefakt der Armut und Ausdruck von Resignation.

Wir können aus dem Erleben unseres rehabilitativen Bereiches nur bestätigen, was Ciompi schon 1979 in seinen Arbeiten nachgewiesen hat: In erster Linie hängt der Rehabilitationserfolg von den zwischenmenschlichen Bezügen im Arbeitsbereich ab, in zweiter Linie von persönlichkeits- und motivationsabhängigen Faktoren, und erst in dritter Linie - und daraus folgert eben auch die Drittrangigkeit von uns Psychiatern in der Arbeitswelt - erst in dritter Linie hängt der Rehabilitationserfolg von Allgemeinfaktoren wie Alter und Geschlecht oder direkt krankheitsabhängigen Charakteristika wie Psychopathologie und Diagnose ab.

Ciompi hat, wie Sie wissen, auch die enge Beziehung zwischen Rehabilitationserfolg und Zukunftserwartung von Behinderten, ihren Familien und Betreuern herausgearbeitet. Wir können dies aus dem Erleben unseres

rehabilitativen Bereiches nur bekräftigen: Wer in dieser konsumfreudigen Gesellschaft an den Armenkassen unseres Landes hängen bleibt, der erwartet keine Zukunft mehr, und wenn wir ehrlich sind, auch wir erwarten für ihn keine Zukunft mehr. Dieser Mensch kann nur resignieren, und wir Psychiater können die Folgen der Verarmung als zusätzliche Behinderung im Antriebsverhalten nur noch diagnostisch ummanteln. Wenn schon psychiatrische Erfahrung in die berufliche Rehabilitation, dann diese: Geld verdienen macht Spaß, nicht nur Psychiatern, auch Behinderten!

D)

Wie schon bei dem Menschen, der im rehabilitativen Bereich wieder einen Arbeitsplatz mit gutem Auskommen gefunden hat, nicht unbedingt der Wunsch besteht, mehr als erforderlich mit der professionellen Psychiatrie Kontakt zu halten, wollen diese Bürger in ihrem Wohnbereich ganz sicher nicht über die Leute aus der Klinik stolpern. Der psychisch Behinderte hat, wie wir alle, das Bedürfnis, einen Bereich zu haben, der nur ihm allein gehört. Wenn er ihn, wie in unserem Landkreis, auch wieder bezahlen kann, nimmt er sich das Recht heraus, zu bestimmen, wann er sein Fernsehen an- und abschaltet, wann er seine Socken wäscht oder ob er dies überhaupt tut. Die meisten der psychisch Behinderten kommen so zurecht und sind auch zufrieden. Sie leben in unseren Gemeinden selbständig und auch zunehmend selbstbewußt.

Eine kleine Gruppe dieser Mitbürger braucht aber Hilfen, einige von ihnen wohl auch auf Dauer. Was diese Menschen brauchen, sind aber keine soziotherapeutischen Spezialprogramme, sondern Hilfen zum Leben, Hilfen, den Tag zu füllen, Hilfen, medizinisch Notwendiges (z. B. eine Dauermedikation) zu begreifen und zum eigenen Anliegen zu machen, Hilfen bei der Körperpflege und beim Kleiden, um Verwahrlosung zu verhindern.

Bei diesen wenigen besteht ohne Hilfe die Gefahr, daß Verwahrlosung und auch Vereinsamung auf Zeit hin immer mehr zunehmen und der psychisch Behinderte in einem Wohnbereich, der innerhalb der Gemeinde liegt, dann für seine Nachbarn, auch für seine Arbeitskollegen wieder zum Fremden wird. Bei allem Respekt vor den Bürgerrechten des Behinderten, der wieder selbständig in der Gemeinde wohnt und arbeitet, muß man Möglichkeiten finden, ihn dazu zu bringen, Hilfen von sich aus in Anspruch zu nehmen oder auch notwendige Hilfen zu akzeptieren.

Ich will dies einmal konkret machen: Wir fanden es zunächst sehr in Ordnung, daß die Behinderten, die wieder Geld verdienten, sich nicht mehr Wohnungen besorgen lassen wollten, sondern sich selber Wohnungen besorgten. Dann fiel uns aber auf, daß wir nach Krisen einzeln wohnende Behinderte in die Klinik aufnahmen, bei denen uns unsere erfahrenen Stationschwestern, selber Hausfrauen und Mütter, mit Bestimmtheit erklärten: „So geht es aber nicht!“ Es waren meist mehrere Badeprozeduren notwendig, um einen so verwahrlosten Behinderten sogar in der Stationsge-

meinschaft nicht zum Fremden werden zu lassen. Hinzu kam, daß wir z. B. bei ehemals schizophren Erkrankten plötzlich vor Alkoholproblemen standen. Von den Mitarbeitern der INTEG erfuhren wir dann noch, daß beim Montagsfrühstück einige Behinderte 6-8 Brötchen aßen. Nachfragen ergaben, daß sich diese INTEG-Arbeitnehmer ängstlich und unsicher immer mehr von den Mitbewohnern zurückgezogen hatten und über das Wochenende sich nicht einmal mehr zugetraut hatten, in den Geschäften Nahrungsmittel zu kaufen.

Wir sind damals sehr erschrocken. Als Professionelle hatten wir das Problem dann schnell analysiert und uns ein Projekt ausgedacht, in dem Gemeindereferenten regelmäßig über Hausbesuche mit uns dieses Problem lösen sollten. Die Gemeinde hatte versagt, so meinten wir, jetzt mußte psychiatrische Betreuung und vollakademische Planung wieder her.

Unsere ehrenamtlichen Helfer, organisiert im Verein „Nachbarn“, haben uns dann milde aber deutlich vermittelt, daß dies wieder einmal einer unserer typischen perfekten Lösungsversuche sei, „ein Plan ohne Saft“. Die „Nachbarn“ haben mit jungen Bürgern und den INTEG-Arbeitnehmern dann zunächst einmal ein Fest angeboten. Es kamen beim ersten Mal recht zögerlich nur 4 Behinderte, Die neuen ehrenamtlichen Helfer wurden aber nicht mutlos, setzten neue Veranstaltungen an und haben über dieses Freizeitangebot jetzt etwa 60 Gesunde und Behinderte, vorwiegend Arbeitnehmer der INTEG, alle 14 Tage bei sich. Es gibt jetzt auch endlich Kontakte mit sonst sehr zurückgezogenen und ängstlichen Behinderten. Gerade laufen recht spontane Aktivitäten, die dafür befähigte Behinderte schon selbst in die Hand nehmen, wie z. B. „wir kochen heute bei Frl. Schäfer auf der Bude, wer macht mit?“ Kurse in der VHS usw. So werden aus dem Großkreis kleinere Freundeskreise, nebenher werden auch Fertigkeiten in der Selbstversorgung vermittelt.

Nur, der schönste Kochkurs macht wenig Spaß, wenn er in einer Wohnung stattfindet, in der das Wasser von der Decke tropft oder in der Ungeziefer herumläuft. Je mehr es Kontakte zwischen den Bürgern gibt, umso häufiger findet sich stille Not oder nehmen sich auch vereinsamte Behinderte ein Herz, sich von den anderen etwas zu wünschen. Hier werden, das haben uns unsere „Nachbarn“ vermittelt, immer mehr, auch spezielle Hilfen bei Wohnungssanierungen, Kellerentrümpelung, dem Finden neuer Wohnungen, Verhandlungen mit Ämtern usw. erforderlich. Dies übersteigt dann irgendwann vom Kosten- und Zeitaufwand her die Möglichkeiten der „Nachbarn“.

Also jetzt doch Planstellen für Experten im Wohnbereich der Behinderten, doch Kostenträger, die mit ihrem Geld auch die Regularien verkaufen, nach denen die Behinderten im Wohnbereich leben sollen?

Wir sehen die Freude der behinderten Mitbürger, nun endlich wieder über sich selbst bestimmen zu können, ihr eigener Herr zu sein und ihre Erleichterung darüber, sich endlich nicht den Experten und Kostenträgern unterordnen zu müssen.

Wir wissen, daß bis auf wenige ganz Hilfloze die behinderten Mitbürger auch selber bestimmen können, wann sie Hilfe brauchen, und daß nur im Notfall über Nachbarn und Freunde für sie Hilfen angefordert werden müssen. Und wir haben Ängste, daß fest angestellte Experten im Wohnbereich über die wirklichen Bedürfnisse der psychisch Behinderten hinweg zu viel regeln und für die Schwachen zu mächtig werden. Daher meinen wir, daß Expertenhilfe im Wohnbereich, wenn sie nötig ist, wie die ambulanten und klinischen Hilfen dort nur als Dienstleistung angeboten werden darf.

Aber wie macht man das: Hilfsangebote für die einzeln wohnenden Behinderten in einer Region als Dienstleistung anzubieten? Wie ich schon schilderte, haben wir zunächst durch die neuen Freizeitangebote Kontakte aufgebaut, vor allem mit den in der Gemeinde vereinsamten Patienten. In einem zweiten Schritt haben wir den behinderten Bürgern einen festen Telefonkontakt angeboten, unter dem sie jederzeit Expertenhilfe anfordern können. Ein Ehepaar, als Erzieher ausgebildet, die sich in unserer Gemeinde auch als Pfadfinder einen Namen gemacht hatten, steht im „Wohnbüro“, wie wir zunächst diesen ambulanten Service für Behinderte benannt haben, rund um die Uhr zur Verfügung, in Zeiten von Abwesenheit mit Anrufbeantworter. Benötigen die „Nachbarn“ Expertenhilfen für die Behinderten, fordern auch sie diese im „Wohnbüro“ an.

Die Leistungen der Professionellen werden stundenweise mit dem Kassenwart des „Nachbarn e.V.“ abgerechnet. Ebenso die Sachkosten (Wohnungseinrichtungen, Waschmaschinen, Babybetten usw.), für die sich keine anderen Kostenträger finden. Die Mittel, über die der Kassenwart verfügt, sind Spenden aus der Gemeinde, die wir uns besorgen müssen.

Dieser Versuch, den Wohnbereich nutzerfreundlich zu organisieren, ohne ihn mit Expertenplanstellen zu durchsetzen, läuft jetzt seit einem Jahr. Die Unkosten summieren sich in diesem Zeitraum auf etwa DM 9000,-, die Zahl der abgerechneten professionellen Stunden beläuft sich auf etwa 25 pro Monat mit leicht steigender Tendenz. In der Abrechnung wird auch inhaltlich bei der Tätigkeit der Professionellen auf wirklich notwendige „Büroarbeit“ geachtet, also formale Hilfen für die Behinderten, bei Ämtern, Vermietern, Arbeitgebern, Hilfen in besonderen Lebenslagen, bei Heirat, beim Tod der Eltern, Hilfestellungen bei Defekten in der Wohnung, Renovierungen, Kellerentrümpelungen usw.

Naturgemäß stellen sich bei diesen organisatorischen Arbeiten Beziehungen zu den Experten des „Wohnbüros“ her. Es wird dann eben immer wieder wichtig, behutsam diese für ihre Spezialaufgaben freizumachen. Hierzu werden systematisch zur Ablösung befähigte neue Nachbarn oder auch Gastfamilien gesucht.

E)

Lassen Sie mich zum Schluß kommen. Dabei empfinde ich die Beschreibung von Herrn Kipp für diese Tagung als entlastend: Nicht unbedingt Abgesichertes, zu Ende Gedachtes, sondern vor allem Entwicklungen und Lebendiges aus den Regionen, die sich die Pflichtversorgung vorgenommen haben, darzustellen.

Es gibt für unseren Arbeitsbereich und für den Wohnbereich der psychisch Behinderten in unserem Kreis noch kein übergreifendes Konzept: Schon ein paar Gewißeheiten, wie z. B., daß nur ein konsumfähiger Lohn den behinderten Mitbürgern wieder Freude an der Arbeit gibt. Auch ein paar Ängste, daß sich Experten im Wohnbereich festsetzen könnten, die, tragisch verstrickt mit ihren eigenen Interessen, festlegen könnten, was der jeweilige Behinderte für Grundbedürfnisse hat; und es gibt viele Erfahrungen, die wir überhaupt noch nicht zuordnen können.

Lassen Sie mich aber in unser aller Unsicherheit meine Schilderung noch mit zwei Geschichten anfärben, die weiterhelfen könnten, uns in der Vielfalt und der Farbigkeit der Lebensräume unserer behinderten Mitbürger unverkrampfter zu bewegen.

Die erste Geschichte ist eine ganz neue Geschichte und handelt vom rechtzeitigen Loslassen des Behinderten durch den Experten. Ich habe sie von einer Sozialarbeiterin. Sie könnte aber auch von mir oder einem Psychologen handeln.

Diese Mitarbeiterin beklagte sich darüber, daß ihr Versuch, eine Behinderte in einen Verein zu bekommen, gescheitert sei. Man habe die Behinderte, die Mitglied eines Reitervereins werden wollte und sich so sehr wünschte, reiten zu können, zwar aufgenommen, sie aber nur im Stall beim Pferdeputzen beschäftigt. Als die Behinderte nach einiger Zeit fragte, ob sie denn jetzt reiten könne, verweigerte man ihr dies. Die Sachlage schien klar, Bürger mögen Behinderte nicht, Bürger beuten Behinderte aus.

Im Gespräch mit der Sozialarbeiterin ließ sich dann folgender Hergang rekonstruieren: Diese hatte, sich auch als Professionelle vorstellend, die Behinderte in den Verein gebracht. Der Wunsch der Behinderten, reiten zu dürfen, stieß bei den Mitgliedern des Reitervereins auf Ängste: Wenn ein Mensch so sorgsam durch eine Fachkraft in einen Verein eingeführt werden muß, braucht er doch auch sicher eine speziell ausgebildete Fachkraft, die das Reiten supervisiert, „das können wir doch ohne Ausbildung nicht“, war die Auskunft an die Sozialarbeiterin.

Nach dieser neuen Geschichte eine Geschichte, die 750 Jahre alt ist. Ich denke, die Erfahrung, daß Experten Leben kaputt regeln können, ist noch viel älter. Diese Geschichte handelt von Experten; aber auch von einem leidenschaftlichen Laien, dem hl. Franz von Assisi. Er, der das Leben in seiner Fülle besang, hatte eine tiefe Abneigung gegen unnötige Strukturen

und Regein der Experten und Beamten. Bruder Leo, ein Zeitgenosse und Mitbruder des hl. Franz, berichtet in seiner Zettelsammlung, wie die Beamten von Assisi ein Haus errichten ließen, um die fröhlich unordentliche Schar der Minderbrüder in einem Heim unterbringen zu können. Da stieg der hl. Franz mit seinen Brüdern auf das Dach des Neubaus und warf die Dachpfannen herunter und begann, das ganze Haus zu zerstören.

Wenig später fand in S. Maria die Portiuncula das Mattenkapitel statt. Der Bruderschaft des hl. Franz hatten sich auch einige Gelehrte angeschlossen, die die Predigten und auch das Leben des hl. Franz und seiner Brüder als nicht ausreichend theologisch fundiert ansahen. Auch konnten sie die Aussagen und das Leben des hl. Franz als gestandene Theologieexperten keiner der ihnen gewohnten Regeln zuordnen: weder der Regel des hl. Augustin, noch des St. Bernhard, noch des St. Benedikt. Und sie nahmen den Freund und Protektor des hl. Franz, den Kardinal Hugolino, zur Seite und drängten ihn, seinen Einfluß geltend zu machen, daß sich der hl. Franz endlich von den gelehrten Brüdern führen lasse. Nur so könne man in der Bruderschaft Anleitungen für ein genau geordnetes Leben entwickeln.

Als der Kardinal all das dem seligen Franz übermittelte, antwortete Franz ihm nichts, sondern nahm ihn bei der Hand und führte ihn zu der allgemeinen Versammlung der Brüder. Und da schrie Franziskus: „Brüder, meine Brüder, Gott hat mich gerufen, den Weg der Einfachheit zu gehen, er hat mir diesen Weg gezeigt. Ich will daher, daß ihr mir von keiner anderen Regel sprecht, weder von der Regel St. Augustins, noch St. Bernhards, noch St. Benedikts. Der Herr hat mir seinen Willen offenbart: Ich muß ein dummer Narr sein, in der Welt, an Menschen, die allzeit wollen, suchen, lieben. Das ist die Wissenschaft, von der Gott will, daß wir uns ihr widmen. Er wird Euch durcheinander bringen durch Eure selbstgemachte Wissenschaft und Weisheit.“

Der Kardinal war höchst betroffen und sagte nichts darauf.

Nach den Geschichten über die Begrenztheit der Experten und dem trotzigem Bekenntnis eines unerschulerten Laien zum Leben als letztlich nicht regelbarer Vielfalt will ich noch einmal kurz zu meinem Thema zurückkehren, der psychiatrischen Betreuung im komplementären und rehabilitativen Bereich.

Psychisch Behinderte können sicher, auch wenn sie normal wohnen und normal arbeiten, wieder krank werden. Sie brauchen in den Zeiten der Krise, der Störung, der Erkrankung Expertenhilfe in den dafür vorgesehenen Bereichen der Ambulanz oder auch der Klinik. In der Regel wissen die psychisch Behinderten das, und sie holen sich diese Hilfen. Manchmal muß man ihnen den Weg zu diesen Hilfen auch wieder zeigen.

Aber unsere Sorgen, auch unsere Ängstlichkeit um unsere Patienten als Psychiater, als Psychologen, als Sozialarbeiter, als Krankenschwestern und als andere Experten sollten uns nicht dazu bringen, uns ständig mit unseren

Regeln in die Lebensräume der Arbeit und des Wohnens der Behinderten in unseren Gemeinden einzumischen. Freunde machen auch uns oft darauf aufmerksam, daß wir uns nicht richtig verhalten oder daß wir Hilfe brauchen. So sollten wir mit dafür sorgen, daß die psychisch Behinderten, die wieder in der Gemeinde wohnen und arbeiten, Freunde, Bekannte und gute Nachbarn finden, und dann können wir uns ohne schlechtes Gewissen in die Bereiche zurückziehen, für die wir wirklich Verantwortung tragen: In die Ambulanz und in die Klinik.

Chronisch schwer psychisch Kranke in der Psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus Last und Chance

E. Wolpert

Vorbemerkung: Chronisch psychisch Kranke und Behinderte gehören, so ist heute der internationale Konsens in Fachkreisen (vgl. van Andel und Pittrich, 1984) nicht ins Krankenhaus. Die moderne Psychiatrie hat für sie Formen betreuten Wohnens wie Heime, Wohngemeinschaften, betreutes Einzelwohnen und Familienpflege sowie verschiedene Formen betreuter Arbeit und tagesstrukturierender Maßnahmen entwickelt; hinzu kommen organisierte extramurale Kontakt- und Freizeitangebote. In der Entwicklung solcher Versorgungsstrukturen für chronisch psychisch Kranke sind die Kommunen, deren stationäre psychiatrische Versorgung psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern obliegt, besonders weit fortgeschritten.

Es gibt indessen eine Gruppe chronisch psychisch kranker Patienten, die deswegen aus stationärer Behandlung auch bei bestem extramuralen Versorgungsangebot langfristig nicht entlassungsfähig sind, weil sie in ihrer Chronizität immer wieder akut erkranken; es ist berechtigt, von dieser Patientengruppe als „chronisch akut psychisch Kranke“ zu sprechen. Diese Gruppe ist die Crux, der Prüfstein der Fähigkeit psychiatrischer Abteilungen, tatsächlich eine volle Pflichtversorgung zu leisten.

Daß wir alle in unseren Abteilungen solche Patienten haben, darüber besteht Konsens. Weshalb indessen in der einen Klinik, der einen Region, sich ein höherer Anteil von solchen Patienten im stationären Bereich befindet als in einer anderen, wie eine Untersuchung von Kipp und Goldack (1991) kürzlich gezeigt hat, ist ein ungeklärtes Phänomen. Weshalb in Südhessen, zumal in Darmstadt, der Anteil an solchen Patienten besonders groß erscheint, läßt sich sicherlich nicht allein mit der Spekulation erklären, die kriegerischen Schatten hätten ein höheres genetisch verankertes aggressives Potential als das Völkergemisch des Ruhrgebietes, aus dem die Patienten von Herrn Krisor in Herne stammen, der wegen der Friedfertigkeit seiner Patienten nicht eine einzige Station zu schließen braucht.

Lassen sich auch, über die gesamte Bundesrepublik hin betrachtet, regionale Unterschiede im Anpassungsverhalten psychiatrischer Patienten an die Stationsgemeinschaft als Faktum nicht ausschließen, so muß man doch unterstellen, daß Faktoren wie das therapeutische Milieu in der Klinik, der Grad der „Verdichtung“ schwerer psychisch gestörter Menschen auf den Stationen psychiatrischer Abteilungen mit niedrigem Bettenschlüssel, die Durchmischung verschiedener Diagnosegruppen mit untereinander inkompatiblen Patienten und der Anteil von solchen chronisch Kranken mit lang-

fristiger Landeskrankenhaus-Karriere mitbestimmen, wie sehr eine Abteilung mit dieser Patientengruppe belastet ist.

In Darmstadt beispielsweise wurden nach Eröffnung der psychiatrischen Abteilung ehemalige Darmstädter Bürger aus den umliegenden psychiatrischen Krankenhäusern übernommen, die dort z. T. schon jahrelang stationär unter geschlossenen Bedingungen in den Chronischen-Bereichen gelebt hatten. Von den gegenwärtig 12 Patienten, die zu unseren „chronisch akut Kranken“ zählen, befinden sich 8, die aus dem nahegelegenen psychiatrischen Krankenhaus Riedstadt und anderen psychiatrischen Krankenhäusern der Umgebung nach Eröffnung der Klinik übernommen wurden. Die anderen 4 sind typische „neue Chronische“.

Unerwähnt bleibt die beachtlich große Zahl solcher Patienten, die vor Übernahme in die Darmstädter psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus jahrelang, z. T. ununterbrochen, im geschlossenen oder offenen chronischen Bereich behandelt worden waren und nun, nach Monaten bis Jahren der stationären und teilstationären Behandlung und Rehabilitation, seit langem wieder „draußen“ leben, sei es in betreuten Wohngemeinschaften, im Heim oder betreutem Einzelwohnen, sei es in freier Wohnung oder in der Ursprungsfamilie.

Patientenbeispiele für „chronisch akut psychisch Kranke“

Die Darstellung der Schicksale und Eigenarten aller 12 erwähnten Patienten würde diesen Rahmen sprengen. Es sei erlaubt, sich auf 4 typische Fälle zu beschränken.

Fall P, W., 46 Jahre:

Der Patient wurde 1980 als „Schrecken von Riedstadt“ aus dem dortigen geschlossenen Bereich übernommen, nachdem er außer nur kurzen Episoden, in denen er entlassen werden konnte, im übrigen anhaltend, zumeist im geschlossenen chronischen Bereich, aufgenommen war. Er hatte in Riedstadt bei Ausgängen zu wiederholten Malen Frauen tätlich angegriffen, regelmäßig die Bevölkerung beschimpft und in Läden Alkohol mitgenommen, ohne zu bezahlen, und war bei Behinderung seiner Diebstähle handgreiflich geworden, um nur einige Streiflichter auf seine Verhaltensstörungen zu werfen. Seine Aggressivität korrelierte mit häufig rezidivierenden akuten Exacerbationen paranoider Symptomatik, die sich insbesondere auf Frauen, dabei auch seine eigene Frau und seine zwei Töchter, richtete, die er wiederholt verletzt hatte. Die Versuche, ihn in der Nachtlinik, in einem Heim oder in einer betreuten Wohngemeinschaft unterzubringen, scheiterten regelmäßig an seinen aggressiven, durch paranoide Erlebnisverarbeitung motivierten Ausbrüchen und Tobsuchtsanfällen mit z.T. erheblicher Sachbeschädigung.

Auf Station wechselt sein Verhalten zwischen ängstlich-apathischem Rückzug, anhaltender Angriffslust und Erregungszuständen, die wiederholt zu

Fixierungen und zur Zwangsmedikation führen. Nur in beruhigtem Zustand war es möglich, ihm, ohne daß Zwischenfälle auftreten, Ausgang zu gewähren.

Diese Phasen immer wiederkehrender akuter Exacerbationen seiner paranoid-schizophrenen Symptomatik reichen nunmehr über annähernd 3 Jahre, in denen keine Versuche mehr gemacht werden konnten, ihn außerhalb unterzubringen.

Zu beobachten ist, daß er bevorzugt dann zu Rezidiven neigt, wenn Frauen, gleich welchen Alters, aufgenommen werden, die dazu neigen, sich distanzlos zu verhalten.

Zu beschäftigungs- und arbeitstherapeutischen Maßnahmen ist er seit langem nicht mehr zu gewinnen. Er sitzt auf Station, raucht ununterbrochen, beobachtet die Szene und macht unflätige Bemerkungen, Insgesamt ist dieser Patient ein Alptraum für Personal und Patienten. Aber wir müssen im Rahmen der Pflichtversorgung mit ihm leben. Immer wieder wird die Frage gestellt, welches therapeutische Setting könnte Herrn P. W. beruhigen, ihn aus seinem anhaltenden Zustand immer wiederkehrender Regressivität und paranoid motivierter Aggressivität herausführen.

Fall A. I.:

Der 33jährige Patient erlitt mit 22 Jahren einen ersten Schub einer paranoid-halluzinatorischen Psychose mit manischer Gehobenheit im Zusammenhang mit einem massiven Mißbrauch von Haschisch und LSD. Vorausgegangen war der psychotischen Dekompensation das völlige Versagen als Student der Philosophie und Musik mit Abbruch des Studiums im 7. Semester.

Praemorbid war der Patient von Mitschülern und Studienkollegen als äußerst intelligent und sensibel, dabei introvertiert und zur Weltfremdheit neigend beschrieben worden. In die hiesige Klinik kam er nach bereits vorausgegangenem längeren Aufenthalt in einer Universitätsklinik am Studienort mit wiederholten vergeblichen Versuchen, ihn in einer betreuten Wohneinrichtung dauerhaft unterzubringen, nachdem eigenständiges Wohnen wegen sofortigen Rückfalls in den Drogenmißbrauch und völlige Verwahrlosung unmöglich war.

Der Versuch, ihn wieder in der Ursprungsfamilie anzusiedeln, scheiterte daran, daß er sich in sein Zimmer zurückzog, sich verkommen ließ, intensiv pflegebedürftig war und nur das Haus verließ, um sich Drogen zu besorgen, für die er das Geld bei seiner Mutter und seinen zwei Geschwistern stahl.

Versuche auf Station, ihn über ergotherapeutische und anderweitige sozialtherapeutische Maßnahmen zu aktivieren, im Rahmen eines verhaltenstherapeutischen Programms die Selbstversorgung zu reaktivieren und in psychotherapeutisch orientierten Gesprächen ihn aus seiner Regressivität zu führen, scheiterten ebenso wie Versuche, ihn im extramuralen betreuten Wohnbereich unter intensiver sozialarbeiterischer und pflegerischer Be-

treuung unterzubringen. Kurze Besserungen im Verhalten bis zur anscheinenden „Normalisierung“ sind dann zu beobachten, wenn ihn Freunde besuchen, die ihn schon aus der Zeit vor seiner Krankheit kennen. Die völlig verzweifelte Mutter traktiert er mit Geldforderungen und verhält sich zu ihr als einziger von uns beobachteter Person aggressiv.

Medikamentöse Versuche mit allen möglichen Antipsychotika und Medikamenten-Kombinationen haben nur zu einer Abmilderung produktiver Symptomatik geführt, jedoch nicht zu einer Besserung des regressiven Verhaltens.

Eine Entlassung des Patienten, wohin auch immer, würde nach unserem Dafürhalten gegenwärtig zu seinem Untergang führen. Das Verbleiben im stationären Bereich ist die einzig vertretbare Alternative.

Fall A. K.:

Die Patientin, jetzt 50 Jahre alt, kam zu uns, nachdem ihr Ehemann sie nach Jahren der Treulosigkeit und der Kränkungen wegen einer jüngeren Frau gänzlich verlassen hatte, dies vor etwa 4 Jahren.

Die Patientin war zuvor zweimal wegen einer schizo-affektiven Episode mit anscheinend völliger Remission im damals zuständigen psychiatrischen Landeskrankenhaus gewesen.

Zu Anfang des hiesigen dreijährigen Aufenthaltes war sie zunächst gehoben, hyperaktiv gewesen und war danach in einen Zustand stuporöser Depressivität verfallen, in dem sie intensiv gepflegt werden mußte und lange Zeit verweigerte, das Bett zu verlassen. Nach Monaten dieses Zustands wurde sie aktiver und läuft seitdem mit nur kurzen Unterbrechungen, in denen sie sich im Zimmer aufhält, den Gang auf und ab. Sie starrt und spricht vor sich hin, äußert jedoch nichts über ihre innerseelischen Erlebnisse, Gedanken und Gefühle. Lediglich, wenn es um Alltagsdinge geht, wie Essen zubereiten und Küchendienst machen, funktioniert sie perfekt; hierzu gibt es jedoch auf Station zu wenig Gelegenheit.

Wiederholte Versuche, die Patientin in das eigene Haus, wo noch ihre Mutter und zwei halbwüchsige Töchter leben, zu entlassen, scheiterten daran, daß sie daheim an ihren Verhaltensweisen nichts änderte und die Familie überforderte. Hinzu kam, daß es durch unvorsichtiges Verhalten beim Zigaretten-Anzünden wiederholt zu kleinen Bränden gekommen war.

Versuche mit Antidepressiva, Neuroleptika, einem MAO-Hemmer sowie einer Elektrokrampf-Therapie hatten keine anhaltenden Besserungen gezeitigt.

Fall W.O.:

Der Patient befindet sich seit 2½ Jahren in der Klinik, bislang ohne Aussicht auf Entlassung in betreutes Wohnen oder gar in die Ursprungsfamilie.

Der jetzt 21jährige Patient, vor der Aufnahme Schüler ein Jahr vor dem

Abitur, hatte in kurzer Zeit massive Zwänge und Ängste vor jeglicher Veränderung entwickelt. Meist hockte er versonnen und in sich hineinhorchend auf dem Boden, verstopfte seine Ohren mit den Fingern, verneinte jedoch, irgendwelche Stimmen zu hören. Die Aufnahme wurde erforderlich, nachdem er etwa ein halbes Jahr sein Zimmer nicht verlassen hatte, nur notdürftig bekleidet blieb, auch zu Toilettengängen das Zimmer nicht verließ, sich nur notdürftig, und dies mit Süßigkeiten und Säften ernährte, so daß der Hausarzt ihn schließlich über das Ordnungsamt zwangseinweisen ließ. Zu erwähnen ist, daß die Mutter, selbst an einer blanden schizophrenen Psychose mit religiösem Wahn und bigotten sexuellen Phantasien und Verfolgungsängsten leidend, sich von dem Sohn nicht trennen mochte und den Hausarzt immer wieder zum Zuwarten nötigte.

Auf Station gelang es mit Mühe, den Patienten bei einer Grundhygiene zu halten und ihn zu eigenständigem und gesittetem Essen zu veranlassen. Krankengymnastische Behandlung brauchte zwei Monate, um Kontrakturen in den Knie- und Fußgelenken, die sich bei seiner hockenden Stellung in seinem Zimmer zu Hause entwickelt hatten, zu redressieren.

Die Einnahme von Medikamenten hat der Patient bis jetzt verweigert. Er bekommt ein mittelpotentes Depot-Neuroleptikum zwangsgespritzt, das ihn in seinem Autismus und seiner ängstlichen Gespanntheit etwas gebessert hat. Die Zwangsrituale, vor allem die ängstlich-aggressive Beantwortung jeglicher Veränderung, haben sich darunter nicht gebessert. Gespräche sind mit dem Patienten zu führen, sie kreisen jedoch um seine Zwänge und Befürchtungen, in die er völlig eingemauert erscheint.

Das Ausmaß seiner Behinderung und Verhaltensstörung zeigte sich, als wegen Renovierung der Station der Patient sein Zimmer wechseln mußte. Er sträubte sich äußerst aggressiv gespannt gegen den Transport seines Bettes und seiner Habseligkeiten in ein anderes Zimmer, wurde gegen das Pflegepersonal gefährlich handgreiflich und mußte über Tage fixiert werden. In der Fixierung verweigerte er die Nahrung und entleerte Stuhl und Urin ostentativ ins Bett. Dies Verhalten bildete sich wieder zurück, als er in seinem ursprünglichen Zimmer war.

Solange man auf seine Zwangsrituale und seine abstrusen Bedürfnisse Rücksicht nimmt, ist das Zusammenleben mit ihm leidlich möglich. Inzwischen akzeptiert er sogar einen Zimmernachbarn; zuvor hatte er jegliche Verletzungen seiner Zwangstabus durch einen Zimmernachbarn mit Handgreiflichkeiten beantwortet.

Dennoch ist nicht absehbar, wie der Patient, in welche Betreuungsform auch immer, von Station künftig entlassen werden kann, wenn sich nicht grundlegend an seinem Verhalten etwas ändert.

Zu den übrigen Patienten:

8 der 12 Patienten leiden an einer schizophrenen oder schizo-affektiven Psychose. 5 der Patienten zeigen ausgeprägte dissoziale Verhaltensweisen

mit Neigung zu Gewalt, oft wechselnd mit schwerer Regressivität; bei Vieren der Patienten ist ein massiver unkontrollierter Drogenmißbrauch neben der psychotischen Erkrankung erschwerendes Moment.

Zu den genannten 12 Patienten kommen 3 bis 4 Patienten dazu, die in hoher Frequenz nach Entlassungen wegen Dekompensation wieder aufgenommen werden müssen.

Eine neues Therapiekonzept für „chronisch akut psychisch Kranke“ Was tun mit solchen „chronisch akut Kranken“?

Eine Umfrage bei Kollegen hat ergeben, daß solche Patienten über die Stationen der Klinik verteilt gehalten werden, um über diesen „Verdünnungseffekt“ die Last der Betreuung nicht einer einzelnen Station aufbürden zu müssen. Man hofft, mit extramuralen Angeboten über kurz oder lang dem einen oder anderen doch noch eine Hilfe bieten zu können.

Diese Hoffnung, für solche Patienten außerhalb der Klinik eine adäquate Alternative nach Maßgabe der bisherigen extramuralen Strukturen und der bisherigen personellen Ausstattung zu finden, haben die Mitarbeiter der Darmstädter Klinik aufgegeben.

Wir planen für diese Patienten eine Versorgungsform, wie sie von dem bekannten englischen Sozialpsychiater Douglas Bennett u. a. empfohlen wurde (Bennett 1982, Gibbons 1986, Wing et al. 1986). Die Autoren schlagen eine eigene kleine stationäre Einheit für solche Patienten vor - diametral entgegengesetzt dem hierzulande intendierten „Verdünnungseffekt“ durch Verteilung unter andere Patienten -, wobei auf einer solchen Sonderstation eine möglichst stimulationsarme Atmosphäre mit kaum spürbarem Rehabilitationsdruck und wenig Wechsel unter Personal und Patienten aufrechterhalten werden sollte.

Theoretisch steht dahinter das Modell von Wing und Mitarbeitern über die Empfindlichkeit von schizophrenen Patienten gegen Über- und Unterstimulation. Bennett, der 1985/86 uns in Darmstadt bei der Entwicklung des Projekts beraten hat, hat überdies eine integrierte arbeitstherapeutisch orientierte Ergotherapie mit möglichst weitgehender Selbstversorgung der Patienten unter Anleitung empfohlen.

Während hierzulande in den chronischen Bereichen die schlechteste personelle Ausstattung und das am wenigsten ausgebildete Betreuungspersonal zu finden ist, fordert im Gegensatz dazu Bennett gerade für diese Patientengruppe bestes, möglichst hochmotiviertes, nicht von raschen Erfolgen abhängiges Personal, und dies in einer genügend dichten Besetzung.

Die Klinik hat 1986 die Einrichtung einer solchen Station zusätzlich zum bisherigen stationären Bereich mit 80 Betten und 20 nachtklinischen Plätzen beim Hessischen Sozialministerium beantragt. Eine beratende Sitzung hierüber unter Einbeziehung leitender Psychiater aus den umgebenden

Kliniken, Vertretern des Sozialministeriums und der Kostenträger hat zu dem Ergebnis geführt, daß die Leiter zweier Großkrankenhäuser das Konzept als sinnvoll und unbedingt realisierungsbedürftig ansahen, indessen ein Vertreter der Abteilungspsychiatrie darauf beharrte, daß solche Patienten grundsätzlich nicht in der Klinik behandelt werden müßten, es sei dazu nur nötig, außerhalb der Klinik ein geeignetes Heim mit genügend dichter personeller Ausstattung zu schaffen.

In dieser fachlichen Pattsituation haben die Kostenträger wie das Sozialministerium einen abschlägigen Bescheid erteilt.

Innerhalb des Arbeitskreises der leitenden Ärzte psychiatrischer Abteilungen wurde unser Vorschlag kontrovers diskutiert. Die einen fanden, begünstigt durch die eigene Not mit ähnlichen Patienten, in dem Bennettschen Modell einen therapeutisch als positiv zu beurteilenden Ausweg, die anderen fanden hierin einen Rückfall in anstaltsmäßige Strukturen und eine unzumutbare Massierung schwerer Psychopathologie, unzumutbar für die Patienten wie für das zu betreuende Personal. Die positiven Erfahrungen von Bennett und anderen wurden nicht geglaubt.

Das Konzept sah eine Kapazität von 18 Plätzen vor, mehr also, als solche Patienten in der Klinik vorhanden sind, um auch anderen Patienten, die eine „beruhigte Zone“ als Lebensraum mit wenig Wechsel bei Personal und Patienten brauchen, eine Möglichkeit der Unterbringung zu bieten. Die Therapieziele konzentrieren sich jedoch auf die Gruppe der „chronisch akuten Kranken“.

Zum Programm gehören Unterstützung bei lebenspraktischen Aufgaben des Alltags, ein über den Tag hin klar durchstrukturiertes Programm, Überwachung der Hygiene, Gruppenaktivitäten, Einbeziehung der Angehörigen, verhaltenstherapeutisch orientiertes Training in sozialem Basisverhalten, z. T. in den Stationsbetrieb integrierte, z. T. nach außen verlegte Beschäftigungs- und Arbeitstherapie.

Das Hauptschwergewicht der personellen Ausstattung liegt bei den Berufsgruppen Krankenpflegepersonal, Sozialarbeiter und Ergotherapeuten. Eine halbe Arztstelle und eine halbe Psychologenstelle wurden als ausreichend angesehen. Insgesamt sollten 15 Vollkräfte das Team bilden. Die Station sollte möglichst außerhalb des üblichen stationären Bereichs liegen und möglichst auch einen abgeschlossenen Garten haben. Das Konzept sieht eine genaue Aufgabenbeschreibung für die verschiedenen Berufsgruppen vor, dies als Orientierungshilfe nicht nur für die Mitarbeiter, sondern auch für die Patienten, damit sie wissen, von wem sie welche Leistungen und Verhaltensweisen zu erwarten haben.

Zusammenfassung:

Das vorgetragene Konzept einer Spezialstation für sog. „chronisch akut psychisch Kranke“ wird von dem Verfasser und seinen Mitarbeitern als adäquate Lösung für die Unterbringung der charakterisierten Patientengruppe der „akut psychisch Kranken“ angesehen. Eine solche langfristige Form stationärer Hilfe bietet nach ihrer Meinung auch eine bessere Aussicht auf Rehabilitation und möglicherweise langfristige Rückführung in extramurale Versorgungsstrukturen, als wenn diese Patienten auf Dauer untermischt unter andere Patientengruppen verbleiben. Diese Prozedur widerspricht der Ideologie, der die meisten Abteilungen folgen, daß nach Geschlechtern, Diagnosen und Schweregraden gemischte Stationen, die allesamt als Aufnahmestationen dienen, am besten diese Patientengruppe „verkräften“, besser, als wenn sie „massiert“ oder unter „Verdichtung“ der Psychopathologie auf einer gesonderten Station unter sich sind. Über Funktionsweise und Erfolge einer solchen Station bestehen bisher hierzulande noch keine Erfahrungen.

Nachtrag:

Nachdem das Projekt bis 1990 regelmäßig bei Kostenträgern und Sozialministerium in Erinnerung gebracht worden und regelmäßig wieder abgelehnt worden war, ist es nun auf der Basis des Budget-Konzepts und der Psych-PV gelungen, aus dem Gesamt-Pool des Personals die Besetzung einer solchen Station zu erreichen. Personelle und räumliche Voraussetzungen sind gegeben, allerdings ist vorn zuständigen Ministerium verweigert worden, für eine solche Station den Bettenbedarfsplan um 18 Betten zu erweitern. Zum 1.1. 1992 ist eine solche Station mit nunmehr 14 Betten vorgesehen. Die veränderte rechtliche Situation der stationären Psychiatrie durch die Psych-PV und die Budgetierung haben auch hier ihre Vorteile für die Psychiatrie darin gezeigt, daß die Kliniken ihren therapeutischen Raum freier gestalten und ihre Konzepte mehr nach eigenem Gutdünken als zuvor gestalten können.

Literatur:

- Andel, van, H., und Pittrich, W. (Hrsg.): Rehabilitation chronisch psychisch Kranker Menschen. Schriftenreihe des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe. Münster 1984.
- Bennett, D.: The „new“-long-stay psychiatric patients in Great Britain, 1982 (unveröffentlichtes Manuskript).
- Gibbons, J. S.: Care of „new“ long-stay patients in a District General Hospital. Psychiatric Unit. Acta, psychiatr. scand. 73 (1986), 582-588.
- Kipp, J. und Goldack, R.: Längerfristige Behandlung in psychiatrischen Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus, spectrum 20 (2) (1991), 55-63.
- Wing, J. K., and Furlong, R.: A haven for the severely disabled within the context of a comprehensive psychiatric community Service. Brit. J. Psychiatr. 149 (1986), 449-457.

Diskussion zu Teil III

(gekürzte Fassung)

Moderation: K. H. Stutte

Schlingensiepen: Gerade eben bei den beiden Vorträgen ist mir klarer geworden als jemals zuvor während meiner beruflichen Tätigkeiten, wie wir über allen psychodynamischen Spekulationen doch nicht wissen, was unsere Mitarbeiter und Patienten wirklich denken.

Kipp: Anschließend an das Referat von Herrn Wolpert möchte ich zwei Probleme nennen. Einmal hat mir das Buch von Ciompi und Mitarbeitern über „Sozialpsychiatrische Lernfälle“ sehr imponiert. Die Essenz seiner Beschreibung chronisch Kranker war für mich, daß man etwas tut und damit beabsichtigt, etwas zu bewirken, daß aber etwas ganz anderes als beabsichtigt dabei herauskommen kann. Das ist für mich sehr wesentlich gewesen, es hat Wirkungen, wenn wir uns Gedanken machen und daraufhin Maßnahmen ergreifen, aber die Auswirkungen können anders sein als geplant.

Wir haben weiterhin gesehen, daß die Probleme der Akutpsychiatrie in den einzelnen Abteilungen völlig unterschiedlich sind, wie wenn die Patienten völlig unterschiedlich wären. In der einen Abteilung sind geschlossene Türen notwendig, in der anderen Abteilung nicht. In der einen Abteilung sind Zwangsmaßnahmen notwendig, in anderen nicht. Was für Akutkranke gilt, gilt meines Erachtens auch für chronisch Kranke. Sie sind ein Stück weit die chronisch Kranken, die eine Institution erzeugt hat. Ich meine nicht die chronisch Kranken allgemein, sondern jene chronisch Kranken, bei denen wir nicht mehr weiter wissen.

In unserer Arbeitsgruppe „Chronisch Kranke“ können wir in den einzelnen Abteilungen sichten, was die spezifische Charakteristik der chronisch Kranken ist, bei denen wir nicht weiter wissen. Ich vermute, jede Abteilung hat ihre Form von chronisch Kranken. Wir haben andere chronisch Kranke als in Darmstadt. Wir haben zum Beispiel solche, die ich schlagwortmäßig mit „Psychose und Sucht“ oder mit „Psychose und Minderbegabung“ gleichzeitig kennzeichnen möchte. Bei diesen kommen wir nicht weiter. Sind nicht solche Interaktionen und komplementären Verhaltensweisen von chronischen Patienten zu Institutionen der Aufarbeitung wert? Ich meine ja! Daher rührt mein Vorschlag zu einem Arbeitsauftrag für unsere Arbeitsgruppe „Chronisch Kranke“, dieser Frage nachzugehen.

Krisor: 1979 besuchte ich mit einer Gruppe von Mitarbeitern die St.-Ursula-Klinik in Wassenaar bei den Haag in Holland. Wir waren von dem schönen Haus und der Atmosphäre sehr beeindruckt. Am Rande dieser Klinik gab es ein kleines Haus. Der holländische Kollege, der uns führte, sagte: „Hier wohnen die Leute, die schon 15, 20 Jahre hier sind.“ Nach anfänglichem

Zögern ließ man uns dort klingeln. Wir wurden empfangen und kamen mit den Bewohnern ins Gespräch. Sie waren früher als Langzeitpatienten 15 bis 20 Jahre in diversen klinischen Einrichtungen gewesen. Sie hatten die verschiedensten Rehabilitationsprogramme überstanden. Die Bewohner erzählten zu unsrem Erstaunen, daß im Laufe der letzten 2 Jahre 5 Leute ausgezogen wären. Nachdem sie doch nun endlich mal hier in Ruhe wohnen konnten, hatten sie sich offensichtlich von den diversen Therapien erholt. Mittlerweile waren sie in der Lage, in der Stadt entweder in kleinen Wohngemeinschaften oder auch alleine zu wohnen, seitdem keine Therapie mehr stattfand, sollte es den Leuten besser gehen. Zwei Jahre später, als wir mit den chronisch Kranken auch etwas mehr konfrontiert wurden, sind wir noch einmal dahin gereist und haben uns die Einrichtung noch einmal angeschaut. Es waren in der Zwischenzeit wieder 3 Leute ausgezogen.

Bei theoretischer Beschäftigung mit dieser Erfahrung sind wir in der folgenden Zeit darauf gekommen, daß eine Veränderung des kontextuellen Hintergrundes einen anderen Umgang miteinander ermöglicht, der auch bei den Patienten ganz anderes Verhalten zur Folge hat. Ich sehe dies Phänomen auch in der Arbeit mit den Angehörigen in den Angehörigengruppen. Verkrampfte, aggressionsgeladene Angehörige können nach einiger Zeit entspannen und gelassen mit ihren kranken Familienmitgliedern umgehen, was natürlich ein enormer Vorteil für die Patienten ist.

Meine Frage, Herr Wolpert, wäre, meinen Sie nicht, daß eine etwas rigide Einstellung bei Ihnen in Richtung „Therapie um jeden Preis“ besteht?“ In einem Ihrer Fälle ging es, nachdem eine Familientherapie begonnen hatte, der Patientin zunehmend schlechter, sie mußte fixiert werden. Dies schien mir ein sehr anschauliches Beispiel zu sein. Ich habe Ähnliches bei einem Patienten erlebt. Ihm drohte die zwangsweise Unterbringung in der forensischen Psychiatrie, weil er eine Frau sehr massiv behelligt hatte. Je länger und je intensiver wir uns um ihn bemühten, desto auffälliger wurde sein Verhalten. Bei einer Fallbesprechung fragte die Stationsschwester, ob wir den Patienten nicht einfach entlassen könnten. Anfangs war die Empörung groß, nach einiger Zeit haben wir uns alle mit diesem Gedanken mehr und mehr vertraut gemacht, und der Patient wurde schließlich entlassen. Ich sehe diesen ehemaligen Patienten jetzt noch ab und zu, wenn wir beide uns zufällig bei irgendwelchen Aktivitäten unseres Psychosozialen Hilfsvereins treffen. Wir unterhalten uns dann über irgendwelche Dinge (ehemaliger Patient: „Guten Tag, Herr Krisor, freue mich, Sie zu sehen. Was macht denn Ihre Schafzucht?“) Er kommt draußen sehr gut zurecht, er lebt alleine, hat seine Nische, seinen ausreichenden sozialen Kontakt gefunden.

Kunze: Ich nehme mit großem Interesse als Leiter eines psychiatrischen Krankenhauses an dieser Tagung teil. Zu den beiden Vorträgen möchte ich dies bemerken. Sie haben für mich sehr deutlich gemacht, daß chronisch Kranke in der Regel nicht mehr, nicht bessere, nicht intensivere Therapien erfordern, sondern sie brauchen „Lebensräume“. Wenn das so deutlich ist,

dann dürfte es eigentlich keine Diskussionen mehr darüber geben, daß eine psychiatrische Abteilung in einem Versorgungsgebiet sich auf den klinisch-stationären Teil beschränkt und sagt: „Die Chronischen können ja ins Landeskrankenhaus gehen.“

Wir möchten als Psychiatrische Krankenhäuser genauso wie Abteilungen uns auf die Patienten beschränken können, die wir wohnortnah versorgen können, und nicht für die „Reste“ aus anderen, weiter entfernt gelegenen Versorgungsgebieten von Abteilungen zuständig bleiben. Wir haben aus den letzten 50 Jahren noch eine große Hypothek von „alten“ Langzeitpatienten, die zu uns gekommen sind zu Zeiten, als es keine komplementären Einrichtungen gab und die klinischen Behandlungsmöglichkeiten extrem schlecht waren. Dies aufzuarbeiten, ist noch genug Aufgabe. Und deswegen auch noch einmal ein Wort zu dem „weißen Raben“ Kitzig, Ich denke, Herr Kitzig hat dieses Problem wirklich vorbildlich gelöst, und ich bewundere das. Aber ich sehe nicht ein, daß daraus ein Konzept für die neuen chronisch Kranken werden soll. - Ich denke, wir Krankenhauspsychiater müßten von Ihnen auch lernen, Bedingungen zu stellen, wie Sie dies tun: Wenn Sie als Abteilung eine klinisch-stationäre Vollversorgung übernehmen wollen, stellen Sie die Bedingung, daß Sie gleichzeitig eine komplementäre Ausstattung erhalten. Die Psychiatrischen Krankenhäuser haben früher immer bedingungslos gearbeitet und waren für alles zuständig. Dies zu unterlassen, sollten wir von Ihnen lernen.

Drees: Ich wollte zwei Bemerkungen machen: Einmal möchte ich mich zu dem Begriff „chronisch Kranker“ und zweitens zum Begriff der Therapie äußern. Ich würde den Begriff einengen und unterscheiden zwischen „chronisch hospitalisiert krank“ oder „chronisch klinisch krank“ einerseits und etwa „bizarres Lebensverhalten“ andererseits. Je mehr an bizarrem Lebensverhalten draußen in der Gemeinde erlaubt werden kann, um so kleiner wird die Gruppe der chronisch Kranken in der Klinik. Ich darf bemerken, daß wir bei uns in der Klinik auch niemand in die Landeskrankenhäuser weiterschicken. Wir haben Wohnheim, beschützte Werkstatt und Vereinsarbeit, womit wir versuchen, diesen ganz kleinen harten Kern nicht klinisch chronifizieren zu lassen.

Dabei noch eine Bemerkung zur Resignation. Da ich sieben Jahre in der Psychosomatik gearbeitet habe, bin ich erstaunt zu sehen, mit welchem Optimismus wir jeden heilen wollen. Ich will nur eine Patientengruppe nehmen. Wir haben ungefähr vier Millionen rheumatisch erkrankte Patienten in der Bundesrepublik, bei denen keine Heilung, sondern nur Linderung zu erwarten ist. Die Internisten haben gelernt, mit einem großen Teil ihrer chronisch kranken Patienten zurechtzukommen. Wir haben den eigenartigen Anspruch, jeden heilen zu wollen, allerdings nicht nur aus eigenem Impuls, sondern aufgrund eines auch von außen an uns delegierten Auftrages. In dem, was Herr Philipzen sagt, leuchtet auf, daß wir uns weitgehend zurückhalten, auch bizarre Lebensformen akzeptieren und nur teilweise helfend einspringen sollten,

Jetzt noch ein Wort zur Therapie allgemein. Wir fragen uns in der letzten Zeit in unserer Klinik häufiger: Was machen wir, wenn wir Krankheiten individualisieren? Diese Frage richtet sich besonders an Sie, Herr Wolpert: Wenn wir bizarres Verhalten als Ausdruck individueller Lebensbewältigung ansehen und obendrein die Ursachen in ihnen selbst und in ihrer Familie suchen, überfordern wir damit nicht die Patienten? Folgendes Beispiel für gut gemeintes, aber schädliches Engagement haben wir uns in der Klinik erzählt. Zur Zeit, als der große Semmelweis entdeckte, daß seine intensiven Untersuchungen tödlich für seine Patienten waren, gab es in Bielefeld einen Gynäkologen, der sozial engagiert war und besonders sozial Armen zu helfen versuchte und damit eine Unzahl umgebracht hat. Als ihm die Semmelweis-Berichte bekannt wurden, hat er sich vor den Zug geworfen. Er hatte sich plötzlich schuldig gefühlt und sein engagiertes Tun anders werten gelernt. Wenn wir auf unsere Patienten individualisierend zugehen und ihre Problematik nur im Intrapsychischen suchen, vertiefen wir nicht noch deren Pathologie? Wir arbeiten zwar tiefenpsychologisch weiter wie bisher, machen auch Gruppentherapie und arbeiten symbolisierend, aber wir sind kritischer geworden und fragen uns heute auch bei einer Vielzahl von Erkrankungen, ob es nicht möglich sei, daß das, was sich an individueller Symptomatik in einem Patienten äußert, Ausdruck von gesellschaftlicher Problematik ist. Der Patient kommt als Individuum und mit individuellem Leid und wir „fallen darauf herein“,

Wolpert: Ich bin für beide Beiträge zu meinem Referat sehr dankbar, Sie zeigen mir, daß ich wohl wegen der Kürze der Zeit im Verhältnis zum Umfang des Themas eines versäumt habe klarzustellen, nämlich die Gesamteinstellung der Klinik, die entscheidet, auf welchem konzeptuellen Hintergrund sich das therapeutische Handeln vollzieht. Wenn schon der Leiter einer Klinik die wichtigste bestimmende Variable sein soll, so will ich mit mir beginnen. Ich bin Analytiker und habe gleichermaßen eine naturwissenschaftliche Schulung in der Neurophysiologie absolviert. Die meisten meiner Assistenten befinden sich in psychoanalytischer Ausbildung am Freud-Institut in Frankfurt. Das gemeinsame Konzept ist, analytisch zu denken und verstehen zu wollen, jedoch mit psychoanalytischen und psychodynamischen Interventionen vorsichtig zu sein. Von wildem Deuten kann da nicht die Rede sein. Das Prinzip heißt, um Ciompi zu zitieren: Analytisch denken, aber systemisch lenken! Wir haben keine Fixierung auf eine bestimmte Ausrichtung. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Pharmakologie und Soziotherapie stehen nebeneinander und werden nach Bedarf eingesetzt. Welches Konzept gerade das beste Erklärungspotential und die beste Handlungsgrundlage abgibt, hat den Vorzug. Das Wichtigste ist ein unbefangener, natürlicher Umgang mit den Patienten, keine therapeutischen Verkünstelungen. Wenn man in der Klinik über Patienten analytisch reflektiert, dann heißt das doch nicht, daß man diese Reflektionen an die Patienten auch so heranbringt. Sozialpsychiatrisches Handeln steht bei chronisch Kranken auch in unserer Klinik im Vordergrund. So sind etwa 23 Wohngrup-

penplätze mit Patienten belegt, die zu zwei Dritteln über Jahre und Jahrzehnte dauerhospitalisiert waren.¹ Wir halten es wie Herr Philipzen, bei diesen Patienten mit therapeutisch und rehabilitativen Interventionen zurückhaltend zu sein. Dennoch bleibt eine kleine Zahl schwer gestörter Patienten auf Station, und, weiß der Himmel, vielleicht haben die vielen wilden Horden, die in Vorzeiten durch Südhessen gezogen sind, ihre Gene hier hinterlassen, und diese schlagen bei den Südhessen in einer Weise durch, daß wir mehr schwerstgestörte auf Stationen haben als Kliniken in anderen Regionen. Es ist auch die Frage aufgeworfen worden, ob nicht unsere Institution, wie übrigens auch andere Kliniken, zu dieser Form von Chronifizierung beiträgt. Wodurch dies geschehen sollte, kann ich Ihnen heute noch nicht schlüssig sagen, wir werden uns bemühen, etwaige verursachende Faktoren zu finden.

Gerade schizophrene Patienten können in eine extreme Notlage kommen, die sich aus ihrem Anspruch an sich selbst und zugleich einem erhöhten Anspruch durch die Umgebung an sie ergeben kann. Dies führt zu besonderem und oft anhaltendem Streß. Man kann verschiedene Konzepte zur Erklärung der Pathogenität von therapeutischen Ansprüchen anführen, aber das Faktum, daß ungeeignete therapeutische Ansprüche und Maßnahmen Heilung verhindern können, ist langsam bekannt. Ich möchte trotzdem an dem Plan, den ich zuletzt vorgetragen habe, festhalten, für die Schwerstgestörten eine kleine Ecke zu schaffen, wo sie bei bester Betreuung zur Ruhe kommen können, ohne einem forcierten Therapie- und Rehabilitationsdruck ausgeliefert zu sein, den man ja auf allgemeinen psychiatrischen Stationen von dieser Patientengruppe oft gar nicht fernhalten kann.

Stutte: Anstelle eines Schlußwortes möchte ich einen Leitgedanken der Diskussionsbeiträge aufgreifen, lassen wir uns mehr von unseren Patienten lenken!

1 Dies gibt den Stand von 1986 wieder. Bis heute hat sich die Zahl der Wohngruppensätze, betreutes Einzelwohnen einbezogen, nahezu verdoppelt. Dennoch ist die Zahl der langfristig hospitalisierten chronisch psychisch Kranken auf den Stationen nicht proportional gesunken.

Einführung zur Arbeitsgruppe „Konzepte der Versorgung chronisch psychisch Kranker“¹

Klaus H. Stutte

Langwierige, anhaltende, also chronische psychische Erkrankungen erfordern langzeitige Betreuung der Patienten in den Bereichen Wohnen, soziale Kontakte, Beschäftigung, pflegende Betreuung und psychiatrische Behandlung in einem dem einzelnen Patienten angemessenen Umfang.

In wieweit psychiatrische Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zu einer solchen Betreuung chronisch psychisch Kranker in der Lage sind, ist Gegenstand mancher Stellungnahmen der letzten Jahre gewesen. Die Abteilungen seien ja gar nicht in der Lage, Langzeitpatienten zu betreuen, und übernahmen diese Aufgabe auch nicht. Sie widmeten sich ausschließlich der Behandlung akut psychisch Kranker. Diese „Zwei-Klassen-Psychiatrie“ überlasse letztlich den psychiatrischen Großkrankenhäusern die schwierigere und undankbarere Aufgabe und verstärke deren Isolierung, statt sie zu integrieren.

Nur eine regionale Vollversorgung sei eine echte Regionalversorgung. Schon bei der Erstellung der Enquete waren solche Überlegungen mitbestimmend für die Regelempfehlung einer Abteilungsgröße von ca. 200 Betten, damit sie „umfassende“ Versorgung „auf verschiedenen Ebenen“ leisten könnten. (Siehe Enquete, 1975, und KUHLENKAMPFF, 1984).

In den psychiatrischen Fachabteilungen erzeugten diese Bedenken bzw. kollegialen Angriffe überwiegend eine zweigeteilte Reaktion: In manchen Abteilungen führte sie zu einem Bekenntum der regionalen Geschlossenheit eines Versorgungs-Systems für sämtliche Patienten, gleichermaßen akute wie chronische.

In anderen Abteilungen, die solchen Ansprüchen nicht genügen konnten, überwog schamhaftes Schweigen gepaart mit nagenden Insuffizienzgefühlen. Nicht nur in der Bundesdirektoren-Konferenz, auch in den eigenen Reihen neigte man dazu, ernstzunehmende psychiatrische Fachabteilungen mit Vollversorgungs-Konzept von solchen zu unterscheiden, die diesem Anspruch nicht genügen konnten.

Zu einem wesentlichen Kriterium wurde dabei die „Gretchen-Frage“: Wie haltet ihr es mit den chronisch Kranken? Versorgt ihr sie selbst, oder schiebt ihr sie ab?

Wie andere Fragestellungen psychiatrischer Versorgung, so ist auch diese nicht neu. Nachdem 1868 W. GRIESINGER (1817-68) die Stadtasyle propagiert hatte, vergleichbar mit heutigen psychiatrischen Abteilungen, wider-

1 Herrn Professor Dr. D, von ZERSEN zum 60. Geburtstag gewidmet.

sprach 1874 solchen Einrichtungen der renommierte Anstaltspsychiater ROLLER (1802-78). Parallelen dieser Auseinandersetzung mit heutiger Diskussion können bis in einzelne Argumente verfolgt werden.

Unser Kollege ERBE aus Sigmaringen hat 1983 in einer nicht veröffentlichten Stellungnahme darauf hingewiesen, wie fragwürdig eine quasi-ideologisch motivierte Vollversorgung oder totale - wie ERBE mit spitzer Feder schreibt „totalitäre“ - Versorgung ist.

In der Praxis werden Vollversorgungs-Konzepte auch von psychiatrischen Krankenhäusern nur mit Einschränkungen erfüllt; das wurde vielfach diskutiert und belegt.

Als Beispiel seien die Niedersächsischen Verhältnisse genannt, wo in den Reihen der Landeskrankenhäuser eine Aufgabenteilung seit langem institutionalisiert ist, indem drei Landeskrankenhäuser Spezialaufgaben wahrnehmen, nämlich das forensische LKH in Moringen, das psychotherapeutische LKH in Tiefenbrunn bei Göttingen und seit Kurzem das LKH für den Maßregelvollzug von Drogenabhängigen in Brauel.

Diesen Hintergrund der Diskussion um eine adäquate Versorgung chronisch psychisch Kranker sollte man kennen. Für die Diskussion unserer Arbeitsgruppe möchte ich aber gerade vorschlagen, diese Kontroverse zunächst zurückzustellen.

Für Überlegungen zu Konzepten der Versorgung chronisch psychisch Kranker mag es nützlich sein, gedankliche Strukturen vorzugeben:

A Als *Gruppen chronisch psychisch Kranker* unter dem Gesichtspunkt der *Verlaufsdynamik* gibt es solche mit

1. Chronisch-progredienten Verläufen,
2. chronischen Residualsyndromen/Defektsyndromen,
3. chronisch rezidivierenden/periodischen Verläufen.

Zwar beinhalten auch andere Verlaufstypen psychischer Krankheiten das Element der Chronizität (z. B. relativ rasch progrediente Verläufe bei alterspsychiatrischen Krankheiten, chronisch latente Erkrankungen mit akuten Exacerbationen), unsere Erörterung sollte sich aber auf die erstgenannten drei Gruppen konzentrieren.

Dabei kann sich die Verlaufsdynamik eines individuellen Patienten ändern, z. B. kann bei einem scheinbar statischen Residualsyndrom nach Jahren eine Besserungstendenz einsetzen. Das begründet die Notwendigkeit einer bleibenden Durchlässigkeit von Versorgungsstrukturen für chronisch psychisch Kranke untereinander.

B *Ursachen bzw. Diagnosen* solcher chronischer psychischer Krankheiten sind insbesondere

- Hirnerkrankungen bzw. -schaden,
- Oligophrenien,

- schizophrene Psychosen,
- Süchten,
- auch schwere Neurosen und Gemütskrankheiten und
- natürlich auch Kombinationen bzw. Mehrfacherkrankungen.

C *Bedürfnisse chronisch psychisch Kranker* betreffen die Bereiche

- Wohnen
- soziale Kontakte
- Beschäftigung - Arbeit
- pflegende Betreuung
- psychiatrische (und allgemeinärztliche) Behandlung.

D Die *Konzepte zur Versorgung chronisch psychisch Kranker* müssen unterschiedliche Schichten berücksichtigen:

1. *Aktuelle Versorgung*. Psychisch Kranke, die derzeit als chronisch anzusehen sind, sind angemessen zu versorgen, was in vielen Fällen bedeutet, ohne Erwartung einer Besserung ihrer Beeinträchtigung ihnen ihr Leben gestalten zu helfen.

Diese gute und wichtige Tradition psychiatrischer Pflege vollzieht sich überwiegend in Langzeit-Stationen psychiatrischer Krankenhäuser bzw. in Heimen für psychisch Kranke. Daß dem so ist, hat vielerlei Gründe, vor allem historische, sozialrechtliche, organisatorische. Es ist zu hinterfragen, inwieweit einzelne bzw. Gruppen dieser chronisch psychisch Kranken angemessener unter anderen Bedingungen versorgt werden können: In Wohngruppen, kleinen Wohngemeinschaften, in ihren Familien, wenn - und das ist ein der Verwirklichung entgegenstehendes Defizit - auch z. B. die Bedürfnisse psychiatrischer Pflege und Behandlung in diesem Lebensraum erbracht werden können.

Und natürlich ist zu fragen, ob die unterbringenden Institutionen den Bedürfnissen ihrer chronisch psychisch Kranken gerecht werden; insbesondere bei manchen Heimen sind dahingehende Zweifel geäußert worden.

2. Soweit es möglich ist, soll *Rehabilitation* chronisch psychisch Kranker erfolgen. Deren besondere Labilität bringt die Gefahr ihrer Überforderung durch eine *zu aktive* Rehabilitation mit sich. Der individuell richtige Mittelweg muß kritisch und gemeinsam ertastet werden vom Patienten und seinem Betreuer. Unreflektierter Ehrgeiz des Therapeuten vernachlässigt die Bedürfnisse des Patienten. Ein Rehabilitations-Druck auf ihn muß auch irgendwann einmal enden.

3. Zu einem Konzept der Versorgung chronisch psychisch Kranker muß aber auch die *Prophylaxe* gehören. Hoffnungen, der Entstehung chronischen psychischen Krankseins könne wirkungsvoll begegnet werden - zumindest bei schizophrenen Psychosen --, zunächst gehegt für den Einsatz von Psychopharmaka, dann für optimale sozialpsychiatrische Behandlungen, haben sich nicht erfüllt. „Neue chronisch psychisch Kranke“ gibt es und wird es wohl weiterhin geben.

Mit zwölf neuen chronisch psychisch Kranken pro 100000 Einwohnern und Jahr sei zu rechnen (HAFNER, 1980). Ist diese Zahl zu vermindern? Gibt es eine effiziente *sekundäre Prophylaxe*? Kann man zumindest bei solchen chronisch psychisch Kranken, die letztlich außerhalb von Langzeitstationen und -Heimen leben können, durch eine Früh-Rehabilitation unnötige zwischenzeitliche Langzeitaufenthalte verhindern?

Für die Überlegungen der Versorgungskonzepte für chronisch psychisch Kranke muß man deshalb nicht nur die räumliche Dimension (der betreffenden Region, des Versorgungs-Sektors) berücksichtigen, sondern auch die zeitliche Dimension. Ein erfolgreiches Konzept für chronisch psychisch Kranke kann auch darin bestehen, die Selbständigkeit des Patienten soweit als möglich zu bewahren und anstelle langer stationärer Erst- und Wiederholungsbehandlungen möglichst ambulante Betreuung über mehrere Jahre anzubieten.

In unserer Abteilung am Christlichen Krankenhaus in Quakenbrück wird seit 1980 eine mehrdimensionale Gruppentherapie für rückfallgefährdete Patienten mit schizophrenen Psychosen stationär und anschließend langfristig ambulant durchgeführt. Katamnesen zeigen unter anderem die signifikante Verminderung der Häufigkeit und der Dauer stationärer Wiederaufnahmen (STARK, F.-M., und STUTTE, K. H., 1985).

Das bedeutet, den Versorgungsaufwand einer vieljährigen Betreuung so wenig wie möglich in Institutionen stattfinden zu lassen und dafür ambulante Betreuungsmöglichkeiten zu schaffen.

Grundsätzlich gibt es chronisch psychisch Kranke, für die eine stationäre oder eine Heim-Betreuung optimal ist, andere, die unter ambulanter Betreuung leben können und nicht wenige, bei denen eine Zwischenform angebracht ist. *Welcher* Patient in seiner Region *durch welche* Einrichtung *wie* intensiv betreut werden muß (oder kann), ist bei der Vielfalt der Versorgungsverhältnisse in der Bundesrepublik sicher nur für eine Region bzw. individuell für einen Patienten zu beschreiben.

Konzepte müssen deshalb entweder abstrahiert sein und die Bedeutung einer Orientierungsrichtlinie, nicht einer starr zu kopierenden Vorschrift haben. Oder sie müssen differenziert und auf Region und Patientengruppen abgestellt sein, damit man in der Realität tatsächlich mit ihnen arbeiten kann.

Im ersten Sinne gibt es zwei sich entgegenstehende Grundkonzepte:

1. Die *Vollversorgung* aus einer Hand. Sie erfordert für die relativ kleinen Sektoren, die eine Fachabteilung betreuen kann, ein differenziertes Angebot von Einrichtungen, wobei die Einzelinstitution relativ klein sein muß.
2. Die *kooperative Versorgung*, zu der sich mehrere psychiatrische Abteilungen oder Kliniken zusammenschließen können.

In Verantwortung jeder einzelnen regionalen Versorgung bleiben die ambulanten, teilstationären und prophylaktischen Aufgaben in der Versorgung chronisch psychisch Kranker. Kooperativ werden Langzeitunterbringung, aber auch spezielle Therapie angeboten.

Diese beiden Konzepte müssen sich nicht ausschließen. Wegen der überall begrenzten Kapazitäten wird man nach den lokalen Gegebenheiten entscheiden müssen, in welche Richtung man Entwicklungen derzeit voranbringt.

Konzepte müssen aber auch die Voraussetzungen einer organisatorischen und der finanziellen Realisierbarkeit berücksichtigen.

Während die psychiatrischen Krankenhäuser einer Großregion denselben Träger haben (z. B. Landes-Sozialamt, Landschaftsverband usw.), gehören psychiatrische Fachabteilungen zu Krankenhäusern unterschiedlicher Träger (kommunal, frei gemeinnützig, konfessionell usw.).

Entsprechend unterschiedlich sind primär die Versorgungsverantwortungen und die Finanzierungsmöglichkeiten - auch innerhalb der Gruppe der Träger psychiatrischer Abteilungen.

Die Gründung neuer flankierender Einrichtungen wird in unterschiedlichem Maße durch Auftrag des jeweiligen Trägers und seine Finanzierungs-Ressourcen ermöglicht oder verhindert.

In psychiatrischen Abteilungen erleichtert die Nähe zur Gemeinde befriedigende ambulante oder teilstationäre Betreuung. Voraussetzung ist allerdings eine personelle Ausstattung, insbesondere für nichtärztliche ambulante Betreuungen. Zwar ist durch Neufassung des §368 n, Absatz 6 der RVO die Einrichtung von psychiatrischen Institutsambulanzen erleichtert und ihr Wirkungsbereich auf nichtärztliche Leistungen verbreitert worden. Genehmigung einer Institutsambulanz an psychiatrischen Fachabteilungen wird aber abhängig gemacht von einer Bedarfsprüfung. Derzeit ist es deshalb noch unklar, ob die gesetzlich geschaffene Chance einer Verbesserung der ambulanten Versorgung von dafür infrage kommenden chronisch psychisch Kranken auch von den hierfür prädestinierten psychiatrischen Abteilungen genutzt werden kann.

Ein politisches oder administratives Instrument zur Steuerung eines ausgewogenen Ausbaues der Versorgung fehlt - worauf KULENKAMPFF (1984) hinwies - noch immer.

Die Vielfalt der regionalen Bedingungen, unter denen psychiatrische Abteilungen ihre chronisch psychisch Kranken zu betreuen haben, bringt die Chance für differenzierte Erkenntnisse mit sich.

Unsere künftige Aufgabe ist es, aus der Summe dieser Erfahrungen die therapeutisch und pflegerisch erfolgreichen und übertragbaren Elemente herauszufiltern.

Berichte aus den Arbeitsgruppen und Schlußdiskussion

(gekürzte Fassung)

Moderation: W. Greve

Greve: Meine sehr verehrten Damen und Herren, wir beginnen bei den Berichten aus den Arbeitsgruppen mit dem Thema von heute morgen. Ich darf Herrn Stutte bitten, aus seiner Arbeitsgruppe zu berichten.

Bericht der Arbeitsgruppe „Konzepte der Versorgung chronisch psychisch Kranker“

Berichterstatter: K. H. Stutte

Im wesentlichen hatte die Diskussion zwei Teile. Aus dem ersten Teil kann man die folgenden teils explizit ausgedrückten, teils zu erspürenden Schlußfolgerungen ziehen:

- a) Die Bedürfnisse chronisch psychisch Kranker bleiben das vorrangige Kriterium in der Versorgungsplanung.
- b) Psychiatrische Abteilungen tragen die regionale Verantwortung für alle Patienten, auch für chronisch psychisch Kranke.
- c) Im Bemühen um deren optimale Versorgung sollen die psychiatrischen Abteilungen die Betreuung selbst gewährleisten, geeignete Einrichtungen schaffen bzw. an ihnen mitwirken und Innovationen der Therapie und Betreuung erarbeiten.

Ob psychiatrische Abteilungen zur Versorgung einzelner langfristig nicht entlassungsfähiger, schwerstgestörter psychisch Kranker mit psychiatrischen Krankenhäusern kooperieren sollten, bleibt wohl weiter zu diskutieren. Man sollte sich bei der Entscheidung, welche Unterbringungsform man wählt, an den Bedürfnissen der Patienten und den therapeutischen Möglichkeiten der in Frage kommenden Institutionen ausrichten.

Im zweiten Teil haben wir Erfahrungen ausgetauscht, wie sie auch in den anschaulichen Vorträgen von Herrn Wolpert und Herrn Philipzen enthalten sind. Die therapeutische Haltung in einer Institution ist wohl der entscheidende Umstand für eine gelingende Behandlung oder Rehabilitation. Daneben müssen aber auch extramurale Infrastrukturen vorhanden sein, damit eine solche therapeutische Haltung sich realisieren kann.

Die Arbeitsgruppe „Chronisch psychisch Kranke“ innerhalb des Arbeitskreises hat seit langem einen sehr dezidierten Auftrag, den ich mit den folgenden Fragen präzisieren möchte:

- a) Welche Formen der extramuralen Versorgung sind für chronisch psychisch Kranke einzurichten?

- b) Für welche Arten und Schweregrade chronisch psychisch Kranker sollen diese Einrichtungen eingerichtet sein?
- c) Wie sollen die Arbeitskonzepte aussehen?
- d) Wie soll die notwendige personelle und sachliche Ausstattung beschaffen sein?

Im Mai 1986 hat sich die Arbeitsgruppe in Darmstadt bei Herrn Wolpert den Personalproblemen gewidmet. Der von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser vertretene Personalschlüssel wurde besonders für die Gruppe dieser Kranken als unzureichend angesehen. Man darf bei dieser Personalplanung nicht von einem Stationskonzept ausgehen, sondern man muß sich an die Schaffung von Lebensräumen für die chronisch psychisch Kranken als Leitlinie halten. Dabei ist innerhalb dieser Gruppe ein unterschiedliches Bedürfnisspektrum je nach Ausmaß der Betreuungsbedürftigkeit, Hilflosigkeit oder noch verbliebenen Selbständigkeit zu unterscheiden. Der Personalbedarf muß den individuellen Bedürfnissen dieser Patienten angepaßt werden. Ein Anforderungsprofil für Abteilungen hinsichtlich personeller und sächlicher Ausstattung ist in weiteren Sitzungen der Arbeitsgruppe zu erarbeiten.

Diskussion des Arbeitsgruppenberichtes

Kipp: Ich möchte fragen, ob es nicht möglich ist, in dieser Arbeitsgruppe von einzelnen Kliniken Informationen darüber zu sammeln, was für chronisch psychisch Kranke die einzelnen Abteilungen haben, mit denen sie nicht fertig werden. Man sollte konkret schauen, ob die Versorgungsverhältnisse überall gleich oder unterschiedlich sind, ob es sich um ähnliche oder ganz unterschiedliche Patienten handelt. Dies würde weiterhelfen, in einer inhaltlichen Diskussion neue Konzepte zu entwickeln.

Schneider: Ich darf Herrn Kipp ergänzen. Ich habe den Eindruck, daß eine gewisse Wissenschaftlichkeit in der Erfassung dieses Bereichs „Lebensräume für chronisch psychisch Kranke“ nicht vernachlässigt werden darf. Wie Herr Kipp vorschlägt, so würde auch ich sagen, es müßte ein Register über Erfahrungen mit schwer behandelbarem chronisch Kranken bei den einzelnen Abteilungen geführt werden. Statt als anekdotische Erfahrungen sollten Daten etwas strukturierter mitgeteilt werden, um zu vermitteln, was sich an gemeindenaher Psychopathologie tatsächlich entwickelt. Solche Informationen stehen bisher in keinem Lehrbuch. Allenfalls sind sie - ich verweise auf das Referat von Herrn Philipzen - in Heiligengeschichten nachzulesen, aber ich denke, das sind so ausgesuchte und schwer auffindbare Quellen. Wir haben ein ganz großes Potential an Erfahrungen, die aber gesammelt werden müssen. Das würde bedeuten, daß diese Erfahrungen wissenschaftlich zusammengetragen, analysiert und nutzbar gemacht werden müssen. Einer gründlichen Überlegung wert ist ferner, wie entbehrlich oder tatsächlich wichtig Experten bei chronisch psychisch Kranken sind.

Wir müssen ja unser Wissen Mitarbeitern vermitteln und sind damit als Experten gefordert. Sonst könnte sich eine Nachlässigkeit gegenüber dieser Patientengruppe entwickeln, besonders bei jungen Kollegen. Sie könnten die Meinung vertreten: „Wir wollen nicht zuviel des Guten tun, wenn wir sie doch nicht aus dem Krankenhaus entlassen können.“ Nimmt die Abteilung die Versorgung dieser schwierigen Patientengruppe nicht selbst als vordringliche Aufgabe ernst, dann kann sie auch nicht erwarten, adäquate Unterstützung von Kommunalpolitikern und Kostenträgern zu erhalten.

Hast-Ehlers: Ich arbeite im Sozialpsychiatrischen Dienst und will es mal von außen schildern, was mich an der ganzen Tagung schon sehr beeindruckt hat. Hier wird selbstkritisch und offen über therapeutische Grenzen oder Möglichkeiten gesprochen. Womit ich nicht ganz einverstanden bin, sind die Konsequenzen, die Sie daraus ziehen. Hier ist eine Art soziale Romantik aufgekommen mit dem Grundtenor, irgendwie würde man schon zurechtkommen. Ich denke, wir Fachleute müssen dies sehen: Wir können uns nicht darauf verlassen, daß Patienten in ihrem natürlichen sozialen Umfeld, in der Gemeinde, irgendwo draußen zurechtkommen, nachdem sie mit einer erstaunlichen Stabilität glücklich unsere Therapieversuche überstanden haben. Sie tun es eben nicht. Sie sind zwar dann nicht mehr in der Klinik oder im Heim, aber was sich in ihrer Situation an sozialem Elend und Einbuße an Lebensqualität oft abspielt, das ist schon tragisch. Es ist auch Aufgabe von uns Fachleuten, unser Wissen nach außen zu tragen. Dieses Wissen kann in der Gemeinde und unter engagierten Laienhelfern nicht per se vorausgesetzt werden. Bisher zu solchen Einrichtungen, wie Sie, Herr Wolpert, sie heute morgen beschrieben haben, müssen wir Ersatzformen für den natürlichen Lebensrahmen schaffen, diese aber auch fachlich führen und beaufsichtigen. Wir können uns nicht darauf verlassen, daß das schon irgendwie geht. Es hat mich sehr beeindruckt, mit welchem Aufwand, welcher Genauigkeit und Empathie wir uns selbst weiterbilden, fortbilden und zum Gegenstand der Reflexion machen, wie es uns mit unseren Patienten geht. Wir müssen uns aber auch für Laien und für die Öffentlichkeit zur Verfügung stellen und dort dasselbe anbieten. Unsere Verantwortung hört nicht auf, wenn wir feststellen, daß wir keine therapeutischen Erfolge weiter erzielen können.

Philipzen: Die Geschichte aus dem Leben des heiligen Franz, die ich Ihnen erzählt habe, sagt etwas aus über die Gewichtigkeiten und Spannungen zwischen Lebendigem und Geregeltertem. Sie sollte nicht ablenken von der Schwierigkeit für uns, heute griffige Merkmale zur Beschreibung von Patientenuntergruppen zu finden.

Anhand der umfangreichen Dokumentation, die wir seit 1968 in unserer Abteilung durchführen, haben wir permanent die Erfahrung machen und belegen können, wie schwierig es ist, einen „chronisch Kranken“ zu definieren, und wir hätten doch so gerne sichere Merkmale der Chronizität für unsere Dokumentation gehabt. Sie wissen, wir können mit Daten wie

„Anzahl stationärer Aufenthalte“, „Stationäre Verweildauer“, „Lebensalter“ und ähnlichen Inhalten die Chronizität nicht ausreichend fassen. So wissen wir z. B. von unserem Sozialpsychiatrischen Dienst, daß es in den Gemeinden durchaus Menschen gibt, die nie in der Klinik waren, und die wir dennoch als chronisch krank oder als psychisch behindert mit rezidivierenden Krankheitsschüben bezeichnen würden. Und ich glaube, wenn wir uns unter den Anspruch stellen, dies wissenschaftlich aufarbeiten zu wollen, müssen wir in der Tat zunächst einmal unsere Erfahrungen so auflisten, wie Herr Kipp das eben vorgeschlagen hat. Die Menschen, die Herr Kunze als chronisch beschrieb, sind ganz andere als die, die Herr Wolpert geschildert hat, und diejenigen, die wir aus unserer Klinik kennen, haben noch eine andere Färbung. Ein wichtiges Kriterium ist z. B. die „Ungemütlichkeit“ dieser Leute: Jemand, der mit geballten Fäusten alle halbe Jahre vor uns steht, den erklären wir eher zum chronisch Kranken, als jemanden, der still depressiv alle sechs Wochen bei uns erscheint. Vielleicht kommt uns aus Freudenstadt Hilfe zur wissenschaftlichen Definition chronisch Kranker.

Zur Verantwortung in der Gemeinde möchte ich sagen, daß ich es für wichtig halte, die Laien fachpsychiatrisch nicht zu verschulen, mit unserer Unterstützung kommen sie schon zurecht. Gerade die Spontaneität der sogenannten Laien ist das große Vermögen der Gemeinde. Dabei stimme ich Ihnen zu, daß wir die Laien nicht alleine lassen dürfen: Sie brauchen eine zuverlässige Telefonnummer, auch nachts um zwei Uhr, z. B. die Telefonnummer des Sozialpsychiatrischen Dienstes oder auch der Klinik.

Zur Dynamik von Strukturen: Ich bin überzeugt, daß wir als Professionelle letztlich die sind, die über die Qualität von Einrichtungen entscheiden. Wir halten oft zu lange an vorgefaßten Konzepten fest, geben uns mit einmal geformten Strukturen zufrieden und laufen dabei Gefahr, die natürlichen Lebensräume zu vergewaltigen, Bedürfnisse zu übersehen, mit gutem Willen in alter Gewöhnung das Falsche zu tun.

Kunze: Ich möchte anknüpfen an einen Punkt von Herrn Stutte. Sie haben von der Möglichkeit gesprochen, daß eine Abteilung mit dem Landeskrankenhaus eine Absprache trifft in bezug auf eine kleine Gruppe Schwerstgestörter. Ich möchte daran erinnern, daß die Enquete-Kommission seinerzeit mehrheitlich für die Einstufigkeit der psychiatrischen Versorgung votiert hat, in Abweichung von der üblichen medizinischen Versorgung. Und Herr Hafner hat dabei ein Minderheitenvotum abgegeben und eine Zweistufigkeit empfohlen, ich denke, bevor man über eine solche Zweistufigkeit redet, muß man im Auge behalten, daß dann auch alle Merkmale der Zweistufigkeit Geltung haben müssen, d. h. ein Krankenhaus mit der Funktion der Maximalversorgung muß dann auch eine entsprechende Personalausstattung und einen entsprechenden Pflegesatz haben. Solange die Pflegesätze im Landeskrankenhaus nur rund halb so hoch sind, wie in einer psychiatrischen Abteilung, ist dieser Punkt indiskutabel. Unabhängig davon wäre natürlich auch zu fragen, welche Gewichtung die professionelle Spezialisie-

rung in einer solchen Einrichtung bei Maximalversorgung im Verhältnis zur Wohnortnähe, d. h. zur sozialen Integration hat.

Ein zweiter Punkt, die Evaluation betreffend: Bisher ist immer als Gegenkriterium für den Erfolg der Übernahme einer Versorgung eingewandt worden, daß viele Patienten durch die klinischen oder komplementären Maschen einer gemeindepsychiatrischen Versorgung hindurchfallen und ins Landeskrankenhaus kommen. Dies ist sicher ein wichtiges Kriterium. Ich möchte aber die Aufmerksamkeit auf zwei weitere Kriterien richten. Nämlich: Wieviele fallen durch die Maschen bis zur forensischen Psychiatrie? Wieviele fallen durch bis in die Obdachlosenquartiere?

Poppe: Im Sozialpsychiatrischen Dienst haben wir uns gerade mit den chronisch psychisch Kranken zu beschäftigen. Die intensive Diskussion mit Ihnen, Mitarbeitern aus Abteilungen, gibt uns viel Anregung für unsere eigene Arbeit. Über die Forderung nach Institutionen, die auch andere Träger schaffen sollten, wie Wohngruppen und Übergangsheime, habe ich hier viel gehört. Aber ich möchte kritisch anmerken, daß die Problematik der Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Institutionen hier zu kurz gekommen ist. Vielleicht kann dies auf einer Tagung nicht geleistet werden. Herr Kipp hat in seinem Vortrag zwar die systemischen Probleme der Interaktion zwischen Patienten und auch Institutionen angesprochen und als ganz großes Problem herausgestellt; diese wurden während der Tagung jedoch nicht weiter gebührend berücksichtigt.

Herr Kulenkampff hat gestern festgestellt, daß es glückliche Ehen zwischen Institutionen gibt, und wo dies der Fall ist, geschieht in einer Region auch Positives. Mir hat sehr gut gefallen, daß von der „Verantwortung für die Region“ und nicht von „Totalversorgung“ gesprochen wurde. Aber sind denn nur Kliniken verantwortlich für alle Patienten? Ich fühle mich doch auch im Sozialpsychiatrischen Dienst verantwortlich. Meines Erachtens haben die Institutionen in einer Region eine gemeinsame Verantwortlichkeit.

Eberhard: Eine Untersuchung, welche Abteilung welche chronisch Kranken hat, möchte ich hier unterstützen. Ich habe den Verdacht, daß es z. B. einen ganz gehörigen Stadt-Land-Unterschied gibt, was chronisch Kranke angeht. Diese Untersuchung wäre relativ einfach. Ich habe auch den Eindruck, daß jede Abteilung ihre spezifischen chronisch Kranken hat, und zwar auch aufgrund von Beobachtungen an unserer Klinik in Kassel. Ich meine sogar, jedes Team habe bei uns spezifische chronisch Kranke. Die Person des Abteilungsleiters, die Strukturen und die Persönlichkeiten der Teams und die Tradition eines jeden Teams mit ihren Stärken und Schwächen tragen zur „Produktion“ ganz bestimmter chronisch Kranker bei. Dies zu untersuchen, fände ich sehr spannend.

Zwar wissen Patienten manchmal sehr gut, was für sie gut wäre, nur machen die Wünsche der Patienten uns oft ganz ratlos. Wir haben in den letzten zwei

Wochen zweimal Patienten einen ganz detaillierten Vorschlag gemacht, was ihnen guttäte. Ein chronisch kranker Schizophrener mit Drogenproblematik sagte mir: „Das, was Sie mir vorschlagen, ist alles nichts für mich, mit Rehabilitation und so. Ich müßte alleine wohnen, und die Schwester Soundso (seine Kontaktschwester) müßte soundsooft zu mir kommen, und dann würde es klappen.“ Ich bin inzwischen zwar der Meinung, der hat recht. Nur weiß ich nicht, wie ich es bewerkstelligen soll, seinen Vorschlag zu realisieren. Eine Borderline-Patientin mit starken Regressionstendenzen sagte mir: „Ich müßte so eine Mischung haben, eine eigene Wohnung, aber ganz nah hier an der Klinik. Und der und der aus dem Team, die müßte für meine kindliche Seite da sein und müßten immer nach mir gucken. Aber nachmittags und abends, wenn ich mal aufgestanden bin und wenn ich mich halbwegs fit fühle, dann würde ich gerne bei Euch Patientensprecher sein und in bestimmten Dingen mitarbeiten und sagen, wo es eigentlich lang geht.“ Auch in diesem Fall, glaube ich, würde es funktionieren. Ich bin überzeugt, daß sie weiß, was gut für sie ist. Aber auch da sehe ich mich eigentlich nicht in der Lage, in vorhandenen Strukturen genau die Lösung zu realisieren, die sie brauchte.

Wolpert: Zunächst zu Herrn Schneider, der angeregt hat, man sollte systematisch Fälle erfassen, mit denen die Kliniken nicht fertig werden. Herr Philipzen, die Einteilung in chronisch Kranke in der Klinik und chronisch Kranke in der Gemeinde halte ich für eine pragmatisch wichtige Unterscheidung. Die Crux stellen auf Dauer die in der Klinik verbleibenden chronisch Kranken dar. Durch einen Vergleich der Institutionen könnte herauskommen, welche Institutionen bei welchen Patienten Chronizität und Pathologie bewirken. Diese Effekte systematisch zu erfassen, wäre durchaus sinnvoll. Es wäre nur gleichzeitig festzustellen, ob nicht Patienten an der Abteilung vorbei unbemerkt in die nahegelegenen Krankenhäuser abgekommen sind. Weiter müßte berücksichtigt werden, inwieweit Patienten aus den umliegenden Landeskrankenhäusern in die Abteilungen übernommen wurden, wie etwa bei uns, oder bei Herrn Veltin in Mönchengladbach. Diese bestimmen wesentlich das Milieu. Wer solche Patienten nicht primär bei Eröffnung der Klinik oder im Zuge ihrer Entwicklung aus den umliegenden Landeskrankenhäusern übernommen hat, dessen Patientenspektrum in der Klinik wird auf Dauer ein ganz anderes Bild abgeben, als wenn dies geschehen wäre. Diese Faktoren müßten methodisch voll mit erfaßt werden.

Dann aber wird eine solche Untersuchung ein aufwendiges und ehrgeiziges und gleichwohl äußerst wichtiges Unternehmen. Es gibt für die Beforschung von Chronifizierungsprozessen eine Förderung durch das Bundesforschungsministerium; Kontaktperson hierfür ist Herr Heimann in Tübingen. Ich greife also Ihre Anregung in dem Sinne auf, daß ich vorschlage, nicht nur eine Bestandsaufnahme, wie vorgeschlagen, in verschiedenen Abteilungen zu machen, sondern Chronifizierungsprozesse auf ihre Vorbedingungen hin zu untersuchen. Eine solche Studie hätte nicht mehr einen dilettantisch-anekdotischen Anstrich und damit eine Chance, auch aus öffentlichen

Mitteln finanziert zu werden. Aus eigenen Personalressourcen heraus sind wir Abteilungen ja nicht im Stande, solche anspruchsvolleren Forschungen durchzuführen.

Lorenzen: Ich wollte gerne noch etwas zu Ihnen, Herr Kunze, sagen. Mich hat das Klima der Zusammenarbeit zwischen den Abteilungen und den Landeskrankenhäusern immer sehr bewegt. Ich komme selbst aus dem Landeskrankenhaus. Natürlich gibt es das Problem der Pflegesätze. Nur sehe ich hier kein Gegeneinander. Ich denke, daß Sie als Abteilungen die Aufgabe haben, darauf hinzuwirken, daß auch bei Ihnen Änderungen in der Ausstattung durchgesetzt werden, in Landeskrankenhäusern wie in Abteilungen werden langfristig Schwerstkranke verbleiben, besonders die sogenannten „neuen Chronischen“. Ich habe ein Bild der Versorgung vor Augen, ähnlich dem Plakat der AKTION PSYCHISCH KRANKE, in dem Landeskrankenhaus und angrenzende Abteilungen nebeneinander existieren und kooperieren. Bei uns gibt es sowohl für die forensischen Patienten wie für die Drogenabhängigen ein sehr klares Konzept der Aufgabenteilung in dem Sinne, daß das Landeskrankenhaus für diese Patienten ausschließlich zuständig ist. Zusammenfassend möchte ich fordern, daß wir fallbezogen schauen, wo ein Patient am besten plaziert ist. Die kleinen Abteilungen würden sich überfordern, wenn sie glaubten, sie könnten für alles zuständig sein. Ich gehöre nicht zu denen, die sich an der Vollversorgung vorbeimogeln wollen, aber es gibt Grenzen. Wenn wir diese Grenzen nicht sehen, wird sich dies für alle Patienten in den kleinen Abteilungen auswirken.

Ich will kurz resümieren, ohne auf einzelne Beiträge näher einzugehen. Drei Aufgaben stellen sich uns bei der Beschäftigung mit den Versorgungsproblemen um chronisch psychisch Kranke. Die erste Aufgabe ist der Erfahrungsaustausch. Die Darstellung dieser Aufgabe hat heute morgen in beiden Referaten von Herrn Wolpert und Herrn Philipzen sicher anschaulich und erfreulich im Vordergrund gestanden. Wir müssen mit dem Hirn wissen, daß wir dieselben Probleme diskutieren, und wir müssen mit dem Herzen wissen, daß wir im gleichen Geiste arbeiten. Zweitens, die besondere Situation psychiatrischer Fachabteilungen ist ja die, daß sie den Lebensräumen chronisch psychisch Kranker näher sein kann, als das in Großkrankenhäusern der Fall ist. Diese Innovationschance sollten wir versuchen zu nutzen. Und dazu gehört sicherlich der Vorschlag von Herrn Kipp, unsere Einzelfälle zusammenzutragen und daraus neue Gedanken zu entwickeln. Herr Schneider und Herr Wolpert, wenn es gelänge, daß man diese Fragestellung wissenschaftlich bearbeiten könnte, wäre das sicherlich sensationell. Drittens aber müssen wir auch die geeigneten Infrastrukturen schaffen. Wir müssen Grundzüge der Versorgung durch psychiatrische Abteilungen formulieren und Forderungen erheben, die durchgesetzt werden müssen. Ein Beispiel will ich nur kurz nennen. Die Neufassung des § 368 n Absatz 6 RVO schafft zwar jetzt die Voraussetzungen, psychiatrische Institutsambulanzen mit nichtärztlichen Betreuungsmöglichkeiten zu finanzieren. Aber Abteilungen haben so lange keine Chance, diese Möglichkeit zu nutzen, solange die

Genehmigung einer Institutsambulanz an die Bedarfsprüfung durch die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung gebunden bleibt.¹

Abschließend zu Herrn Kunzes Ergänzungen noch ein Wort: Herr Kulenkampff hatte 1983 bereits die Frage formuliert, verweisend auf das Minderheitenvotum von Herrn Hafner, ob man nicht vor der Forderung nach einem einstufigen System noch einmal zurückgehen sollte. Ich meine ja, finde die Diskussion darüber aber im Augenblick nicht befruchtend. Ich meine, wir sind sachlich auf einer so guten Bahn, daß man diese Diskussion zurückstellen darf. Einen wirklichen Dissens in dieser Frage haben wir, glaube ich, weder in unserer Arbeitsgruppe noch gestern bei unserer Tagung erlebt.

Bericht der Arbeitsgruppe „Akutpsychiatrie in der Psychiatrischen Abteilung“

Berichtersteller: *U. Fuchs*

Die Akutpsychiatrie ist eine wenig definitionsfähige Kategorie. Wir waren uns einig, daß sich die Akutpsychiatrie daraus zusammensetzt, was an einem Ort zu leisten möglich ist. Die nicht aufschiebbare psychiatrische Hilfe hier und jetzt ist abhängig von den örtlichen Kooperationsstrukturen und den vorgegebenen örtlichen Möglichkeiten. Eine relativ konstante und umschriebene Größe ist die Einweisung auf gesetzlicher Basis, die quantitativ keine große Rolle spielt, jedoch im Einzelfall schon für die Institution erhebliche Folgen nach sich zieht. Das Problem der gerichtlich eingewiesenen Patienten stellt sich bei solchen Abteilungen mit sektorisierter Versorgung brennender als bei solchen ohne sektorierte Versorgung, die Fälle abweisen können. Psychiatrische Notfälle und schwierige psychiatrische Fälle haben wir in allen Abteilungen, auch solchen ohne sektorierte Versorgung. Wir haben sehr lange über Psychisch-Kranken-Gesetze, Suicidalität und Gewalt gesprochen, weil sie uns die meisten Probleme und Ängste bereiten.

Welche Funktionen haben eigentlich Strukturen und Methoden, deren wir uns in der Akutpsychiatrie bedienen? Sind es kollektive Abwehrstrukturen gegen Angst, Schuldgefühle und Überforderung und dies kollektiv wie individuell? In Weiterführung der Referate von Herrn Krisor und Herrn Berger ging es um geschlossene oder offene Stationen. Ist eine geschlossene Station grundsätzlich von Übel, oder wird hier ein Prinzip statt einer Sache vertreten? Wir waren uns über weite Strecken der Diskussion einig, daß wir in der Psychiatrischen Abteilung mehr Aufgaben erfüllen wollten als nur Krisenintervention und Notfallpsychiatrie. In dieser Hinsicht wurde in unserer Diskussion deutlich, daß es uns schwerfällt, unsere Arbeit rechtfertigen zu müssen. Herr Kulenkampff hatte darauf hingewiesen, daß es die gewaltigen Ressourcen der Abteilungspsychiatrie zu rechtfertigen gelte.

1 Dies gilt auch noch nach Verabschiedung des Gesundheitsreformgesetzes: der § 118 SGB V trifft in dieser Hinsicht keine wesentlichen Neuregelungen.

Jeder Fall einer Hospitalisierung müsse gerechtfertigt werden. Die verlangte Selbstkritik sei schwierig. Am Schluß der Diskussion wurde einander gegenübergestellt, was wir wollen, und was wir klinisch tun. Es ist uns auch deutlich geworden, daß uns Evaluierungskriterien zur Erfassung der Effizienz fehlen.

Diskussion des Arbeitsgruppenberichtes

Drees: Die Kernfrage unseres Kongresses, wie psychiatrische Abteilungen inhaltlich arbeiten, hat folgenden Hintergrund. Wir beschäftigen uns hier vorwiegend mit 3% der psychiatrischen Patienten. Was geschieht mit den 97% anderen, die unsere täglichen Patienten sind? Der Zeitaufwand der vergangenen Jahre, vielleicht auch ein Stück hier dieses Kongresses spiegelt da etwas Eigenartiges wider: Wir sprechen über unbedingt notwendige Strukturen, die wir für diese 3% der Patienten innerhalb und außerhalb der Klinik aufbauen müssen, aber wir sprechen nicht über die große Mehrzahl unserer Patienten. Auch indem Sie über Ihre Arbeitsgruppe berichten, sprechen Sie über eine weitere 3%-Gruppe, denn das ist ungefähr die Zahl der zwangseingewiesenen Patienten in den Abteilungen. Was ist mit den übrigen 94%, wenn man die zweimal 3% abzieht? Folgende Fragen bleiben dabei offen:

- Wie gehen wir mit Neurosen um?
- Ist die Psychiatrische Klinik für psychosomatische Erkrankungen sinnvoll oder nicht?
- Wie können wir das Leid unserer Millionen Menschen lindern, die sich mit Anxiolytika behandeln?
- Kann die Psychiatrische Klinik institutionell mehr anbieten als das, was die Psychoanalytiker in ihren langjährigen Einzeltherapien tun?

Dies sind nach meinem Dafürhalten wichtige Aspekte, die vielleicht in einer nächsten Tagung bearbeitet werden sollten. Ich frage mich, wieweit diese Abwehrdiskussion um die Mehrzahl der psychisch gestörten Menschen, die außerhalb von Kliniken betreut werden, vergleichbar ist mit der Abwehr unserer biologischen Väter, die auch über die Psychosen und ihre Theorien sehr viel geschrieben haben, und den ganzen Rest ihrer Patienten als Psychopathie hinter dem Komma behandelt haben, und ich vermag es auch noch nicht zu sagen, was der Grund ist, weshalb wir uns um die Mehrzahl unserer Patienten und um Feststellungen der Versorgung dieser großen Gruppe so wenig praktisch und theoretisch kümmern.

Wolpert: Eine Frage habe ich zu dem von Herrn Drees vorgetragenen Problem des Mißverhältnisses der gegriffenen 6% der Patienten, um die wir uns ganz besonders kümmern, gegenüber 94% Patienten, die wir unerwähnt lassen. Wir haben etwa 1400 Aufnahmen im Jahr. Bevor die Abteilung entstand, waren es etwa 400 Aufnahmen Darmstädter Patienten im nächst-

gelegenen Krankenhaus. Sind es 1000 Aufnahmen mehr im Jahr als zuvor, während noch das Landeskrankenhaus die stationäre Versorgung stellte? Vielleicht ist die Zahl schief, denn es ist hier nicht untersucht, ob die Abteilungen einen Patienten häufiger pro Jahr aufnehmen, dafür aber kürzer als das Landeskrankenhaus, und auch die teilstationären Aufnahmen sind in diesen 1400 Patienten enthalten. Aber dennoch dürfte diese Proportion nahelegen, daß Landeskrankenhaus und Abteilungen eine unterschiedliche Klientel aufnehmen. Wecken wir vielleicht „schlafende Hunde“, locken wir Patienten zur stationären Aufnahme an, die sonst nicht stationär gekommen wären? Erzeugen wir einen künstlichen Bedarf nach dem Prinzip von Angebot und Nachfrage, oder decken wir einen echten Bedarf ab, der von den Landeskrankenhäusern nicht abgedeckt wird. Diese umfassenden Fragen können wir heute nicht mehr ausdiskutieren, aber sie sind so wichtig, daß wir sie als Anlaß nehmen sollten, sie in vergleichbaren Tagungen zum Thema zu nehmen.

Fuchs: Die beiden Voten treffen schon ziemlich zentral das, worum es in der Arbeitsgruppe auch immer wieder ging. Nach meinem Dafürhalten gibt es eine Konkurrenz zwischen klinischer und ambulanter Therapie. Die bessere Möglichkeit, therapeutische Beziehungen in der Klinik zu nutzen, wird begrenzt durch die ökonomische Aufwendigkeit, und eine Entlassung wird oft aus äußeren Gründen nötig, wo eine therapeutische Beziehung gerade tragfähig geworden ist. Die Forderung nach Entinstitutionalisierung („raus aus den Kliniken mit den Patienten!“) kann man mehr oder weniger radikal vortragen. Herr Kulenkampff hat sich gefallen, dies Postulat in dieser Diskussion relativ radikal vorzutragen, wobei dann der Prozeß der Entinstitutionalisierung zur Uminstitutionalisierung werden kann. Man verschiebt die Sache bloß, ohne sie zu lösen. Die große Zahl paralleler Gedanken und Entwicklungen in den Abteilungen hat etwas ungeheuer Ermutigendes an sich. Im gegenseitigen Austausch stellt man fest, daß wir dieselben Wege gehen wie andere auch. In dieser Entdeckung lag für mich persönlich der Haupteffekt dieses Treffens und auch dieser Arbeitsgruppe.

Kipp: Ich habe an die Arbeitsgruppe die folgende Frage: Kann man spezifische Ergebnisse formulieren, weshalb die Akutversorgung von Patienten in manchen Abteilungen besser geht als in anderen. M. E. ist ein wesentliches Kriterium für die Verbesserung der Akutversorgung die Patientenmischung. Akutpatienten können relativ gut in gemischten Abteilungen gehalten werden. Ein zweites Kriterium scheint mir zu sein, daß die Mitarbeiter vom Leiter gesichert werden, d. h. daß der Leiter für die Mitarbeiter auch im Katastrophenfall einsteht. Daß Verunsicherung zu Schwierigkeiten in der Akutversorgung führt, kann ich am folgenden Beispiel deutlich machen: Letztes Jahr gab es - in unserer Geschichte einmalig - über ungefähr sechs Monate beinahe jeden Tag Gewalttaten. Jetzt hat sich die Situation wieder normalisiert. Verunsichert durch den Trägerwechsel des Krankenhauses war unsere Fähigkeit, mit Akutpatienten umzugehen, beeinträchtigt. Ich kann auch ein drittes Kriterium benennen, das Herr Philipzen mich gelehrt

hat. Man kann Akutpatienten versorgen, wenn man genügend Platz hat und Aggressionen sich nicht ballen, sondern wenn Raum da ist, so daß man einander auch ausweichen kann.

Mich würde interessieren, ob wir nicht noch mehr solche Kriterien definieren können, die für eine relativ gewaltarme und damit eine relativ therapeutische Psychiatrie günstig sind. Mich würde auch interessieren, welche Bedeutung Sie dem Einsatz von Medikamenten beimessen.

Fuchs: Über Medikamente hat die Arbeitsgruppe nicht gesprochen. Zusätzliche Kriterien sind nicht bearbeitet worden. Was für akutpsychiatrische Fälle in Institutionen günstig und was ungünstig ist, darüber wurde vieles gesagt. Nur, was abteilungsspezifisch sei, da sind wir eigentlich bei dem geblieben, was Sie auch schon vorgetragen haben. Auch für die Abteilungen gilt: Je nachdem, wo die Abteilung steht, welches Konzept sie hat und wie sie in ein Netz von Versorgungsstrukturen eingebunden ist, prägt dies auch ihre Akutpsychiatrie. Insofern sind abteilungsübergreifende Kriterien schwer formulierbar.

Krisor: Herr Kipp, Sie fragten nach den Grundbedingungen einer gewaltarmen und damit relativ therapeutischen Psychiatrie, eine Formulierung, der ich gerne zustimme. Wir stimmen hier sicher auch darin überein, daß die Motivation der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen eine wesentliche Variable hierfür darstellt; m. E. vermittelt ein konsequent durchgehaltenes Konzept gewaltarmer, alltagsnormaler, kreativer stationär-psychiatrischer Versorgung den Mitarbeitern positive Motivation für ihre zeitweise schwere und anstrengende Arbeit: „Wir sind es, die einen zivilisierten Umgang mit den Akutkranken schaffen“.

Nachdrücklich möchte ich auch Ihr Kriterium vom Entstehen des Leiters oder Leiterin für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen unterstreichen. Dies im Rahmen klar definierten Leitungs- und Führungsverhaltens, was sowohl die Kompetenz als auch die Verantwortung angeht.

Einen anderen Punkt möchte ich nochmals kurz erwähnen. Wir hatten auch Übereinstimmung darin erzielt, daß viele unserer Sicherungsmaßnahmen (z. B. die geschlossene Station oder das Fixieren) Maßnahmen sind, mit denen wir unsere eigenen Ängste bekämpfen. Ein Beispiel (von einem Besuch in einer Psychiatrischen Abteilung): Die Station ist abgeschlossen, ein Patient im hintersten Zimmer der Station ist an allen Extremitäten fixiert. Meine Frage ans Personal (vollzählig zur Teambesprechung versammelt), warum die Station geschlossen sei, wird folgendermaßen beantwortet: „Weil wir da hinten so einen gewalttätigen Patienten haben“ oder: Die Analyse eines Suicidversuches ergibt, daß forcierte Rehabilitation und Überforderung während eines Belastungsurlaubes Anlaß für eine Suicidhandlung waren; als Konsequenz eines solchen Suicidversuches wird die Station, auf der sich der betreffende Patient befindet, abgeschlossen. Dies sind Beispiele für verfehlte Maßnahmen, verfehlte Konsequenzen, aber im Dienste unserer eigenen Angstabwehr.

Bericht der Arbeitsgruppe „Organisation und Supervision in der Psychiatrischen Abteilung“

Berichterstatter: G.-K. Köhler

Die Arbeitsgruppe befaßte sich zunächst nach Einführung durch den Referenten in das Thema mit Ursprüngen und Quellen der Organisationsformen psychiatrischer Abteilungen. Am Beispiel der Psychiatrischen Klinik der Evangelischen und Johanniter-Krankenanstalten Duisburg-Nord/Oberhausen wurden einige Ebenen der Organisation vorgestellt, und zwar patientenbezogene, funktionale Organisationsformen von Abteilungen, die durch Unterteilung in Stationen und Funktionsabteilungen entstehen, aber auch teambezogene, kommunikative Organisationsformen wie Visiten, Abteilungsbesprechungen usw., schließlich auch administrative Organisationsformen wie kompetenzbezogene Weisungsfunktionen, Autoritäten und Hierarchien. Im Teil Supervision gingen wir aus von den Ursprüngen und Voraussetzungen von Supervisionen im Allgemeinkrankenhaus. Danach wurde über Formen der Einzelfall- und Gruppensupervision, der Stations-Team-Supervision und über ein Novum, nämlich die sogenannte supervisierte Leiterkonferenz von Oberärzten und Chefarzt durch einen externen Analytiker, Dr. med. Peter Zech, diskutiert.

Zwei Themen aus dem behandelten Themenkreis seien hervorgehoben. Der erste Themenkomplex rankte sich um die Frage, ob Organisationsformen im Sinne von Untergliederung in Stationsabteilungen und Funktionsabteilungen nun wirklich den Aufgaben und Anforderungen patientenzentrierter Therapie gerecht werden. Der zweite Themenkreis gruppierte sich um die Kernfrage, welche Probleme und Lösungsstrategien es für eine patientenzentrierte *und* teambezogene Organisation der Arbeit gibt. Die Antworten auf diese Fragen wurden kontrovers und zum Teil vehement vorgetragen. Als Einwände gegen Stations- und Abteilungsorganisationsstrukturen wurde vorgebracht, daß es dadurch zu einem unzureichenden Abbau von Ritualen oder auch zu unerwünschten regressiven Reaktionen von Patienten und Mitarbeitern kommen könnte. Solche Sicherheit gebenden Strukturen und Organisationsformen könnten andererseits das therapeutische Milieu ungünstig beeinflussen.

Demgegenüber wurde von anderen Teilnehmern betont, daß solche klaren Organisationsstrukturen für die Bewältigung der äußeren und inneren Realität der Klinik unverzichtbar seien, ja auch Grenzen setzende autoritäre Verhaltensweisen gelegentlich nötig würden, dies weniger zur Kommunikation innerhalb der Klinik als mit der Außenwelt. In dieser Tagung erschien die Bedeutung der Leitenden Ärzte für die Organisation der Klinik nach innen wie nach außen vorrangig. Nichtärztliche und nichtleitende Mitarbeiter wurden nicht berücksichtigt. Wenig behandelt wurden Instrumente zur Kommunikation innerhalb der Klinik wie Visiten und Stationskonferenzen. Kein Thema war auch die Organisationsform von anderen Berufsgruppen, insbesondere Pflegedienst und Psychologen. Es wurde lediglich festge-

stellt, daß Psychologen ihre Tätigkeitsinhalte und die Organisationsformen ihrer Arbeit in den Kliniken überwiegend selbst definieren. Für das Pflegepersonal können bislang Rahmenbedingungen für eigenständigere therapeutische Arbeit außerhalb der Kliniken geschaffen werden. Hausbesuche können von Mitarbeitern des stationären Pflegepersonals nicht durchgeführt werden, es sei denn in einer „Grauzone“.

Ein weiteres Thema war, ob die Arbeitsgruppe „Organisation und Supervision“ die Supervision als einen *unverzichtbaren* Bestandteil der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung in psychiatrischen Abteilungen wertet und die Kosten als selbstverständlichen Bestandteil der Pflegesatzverhandlungen ansehen möchte. Im Anschluß an die Vorträge auch im Plenum und dann nach einer Vorstellung der verschiedenen Supervisionsformen wurde eine seltene Einmütigkeit über die Notwendigkeit von Super-Vision deutlich. Bemühungen um eine differenzierte Betrachtung verschiedener Supervisionformen führten auch zu einer differenzierten Beurteilung der Notwendigkeit *externer* Supervisionen. Offen blieb die Frage, ob Super-Vision als unendliche, die Arbeit stetig begleitende Supervision oder als eine zeitlich limitierte Supervision geplant werden sollte. Unterschiedlich wurde auch die Freiwilligkeit der Teilnahme der einzelnen Mitarbeiter an Supervisions-, Team- und Balintgruppen beurteilt. Es schien fraglich, ob Supervision autoritär angeordnet werden dürfe oder durch „verführerische“ Angebote gewissermaßen „erzwungen“ werden müsse. Hier, wie überall, scheint das Konzept der Arbeit der jeweiligen Abteilung für die Beantwortung solcher Fragen entscheidend zu sein.

Die Supervision von Funktionsabteilungen wurde verworfen zugunsten der Teamsupervision. Die supervisionierte Leiterkonferenz, die offenbar auch eine Funktionsabteilung darstellen könnte, wirft die Kostenfrage auf: Wer soll auch das noch bezahlen? Einhelligkeit bestand darin, daß in der psychiatrischen Abteilung Supervisoren eingesetzt oder gewonnen werden können, die Erfahrungen in der Psychosebehandlung haben. Supervision ersetze natürlich nicht andere Formen kollektiver, aber auch anleitender Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen. Supervision bleibt ein geeignetes Mittel gegen Betriebsblindheit, aber auch gegenüber Gefahren der Hospitalisierung von Patienten.

Greve: Herzlichen Dank für den sehr straffen, sehr schönen Bericht. Nicht, daß ich die Diskussion vorschnell beenden möchte, aber es war alles so vorgetragen, daß das Wichtigste darin zusammengefaßt ist. Ich darf Ihnen allen jetzt für Ihre Geduld danken, so lange ausgehalten zu haben. Ich meine auch, es spricht für die Qualität der Gesamttagung, daß diese Geduld bis zur letzten Minute gereicht hat. Ich will mir ein Schlußwort ersparen, darf vielleicht nur jetzt von uns aus Herrn Kipp ganz herzlich für die Organisation dieser Tagung danken, die mir rundum gelungen scheint. Ich darf Ihnen, Herr Kipp, für ein Schlußwort das Mikrophon geben.

Kipp: Mir hat die Tagung Spaß gemacht, und ich hoffe, Ihnen auch. Ich

möchte den Dank weitergeben an Frau Wilkening, meine Sekretärin, an Frau Dietzel und Herrn Hoffmann von der AKTION PSYCHISCH KRANKE. Herr Dr. Hoffmann hat von Anfang an sehr viel zur Tagungsgestaltung beigetragen, nur durch gemeinsame Anstrengung konnte die Tagung so gut gelingen. Ich wünsche mir, dass solche praxisnahen Tagungen gemeinsam mit der AKTION PSYCHISCH KRANKE und unserem Arbeitskreis wiederholt werden können. Last but not least möchte ich Herrn Prof. Kulenkampff als Spiritus Rector dieser Veranstaltung besonders herzlich danken.

Verzeichnis der Autoren/-innen und Diskussionsteilnehmer/-innen

Referentinnen, Referenten und Moderatoren

Dr. H. BERGER, Ärztlicher Leiter des PKH Philippshospital, Riedstadt; bis 1990 Oberarzt an der Psychiatrischen Klinik am Stadtkrankenhaus Offenbach

Prof. Dr. A. DREES, Leitender Arzt der Psychiatrischen Klinik der Städtischen Kliniken Duisburg

Dr. U. FUCHS, Leitender Arzt im Diakoniewerk Kaiserwerth, Krankenanstalten Florence Nightingale, Düsseldorf

Prof. Dr. W. GREVE, Chefarzt der Psychiatrischen Abteilung der Schloßpark-Klinik, Berlin

Dr. J. KIPP, Leitender Arzt der Klinik für Psychiatrie, Ludwig-Noll-Krankenhaus, Städtische Kliniken Kassel

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

Dr. Dipi.-Psych. M. KRISOR, Leitender Arzt des Psychiatrischen Therapie-zentrums St. Marien Hospital Eickel, Herne

Prof. Dr. C. KULENKAMPFF, Stellv. Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Lübeck

Dr. H. PHILIPZEN, Chefarzt der Abteilung für klinische Psychiatrie im St. Josef Hospital Bad Driburg

Dr. A. SCHLINGENSIEPEN, Chefarzt der Psychiatrischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Nürtingen

B. STOLTERFOHT, Stadträtin, Dezernentin für Frauenfragen, Gesundheit und Soziales, Kassel

Dr. K. H. STUTTE, Chefarzt der Psychiatrischen Klinik des Christlichen Krankenhauses Quakenbrück

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

Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmer

Dr. St. DOEPP, Leitender Arzt der Psychiatrischen Abteilung am Klinikum Niederberg, Velbert

E. EBERHARDT, Dipl.-Psych., Ludwig-Noll-Krankenhaus, Kassel

HAST-EHLERS, Sozialarbeiterin, SpD Bremerhaven

Dr. G. KOTSCHICK, Leitender Arzt der Psychiatrischen Abteilung des Marien-Hospitals Euskirchen

Verzeichnis der Autoren/-innen und Diskussionsteilnehmer/-innen

Referentinnen, Referenten und Moderatoren

Dr. H. BERGER, Ärztlicher Leiter des PKH Philipppshospital, Riedstadt; bis 1990 Oberarzt an der Psychiatrischen Klinik am Stadtkrankenhaus Offenbach

Prof. Dr. A. DREES, Leitender Arzt der Psychiatrischen Klinik der Städtischen Kliniken Duisburg

Dr. U. FUCHS, Leitender Arzt im Diakoniewerk Kaiserwerth, Krankenanstalten Florence Nightingale, Düsseldorf

Prof. Dr. W. GREVE, Chefarzt der Psychiatrischen Abteilung der Schloßpark-Klinik, Berlin

Dr. J. KIPP, Leitender Arzt der Klinik für Psychiatrie, Ludwig-Noll-Krankenhaus, Städtische Kliniken Kassel

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

Dr. Dipl.-Psych. M. KRISOR, Leitender Arzt des Psychiatrischen Therapie-zentrums St. Marien Hospital Eickel, Herne

Prof. Dr. C. KULENKAMPFF, Stellv. Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Lübeck

Dr. H. PHILIPZEN, Chefarzt der Abteilung für klinische Psychiatrie im St. Josef Hospital Bad Driburg

Dr. A. SCHLINGENSIEPEN, Chefarzt der Psychiatrischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Nürtingen

B. STOLTERFOHT, Stadträtin, Dezernentin für Frauenfragen, Gesundheit und Soziales, Kassel

Dr. K. H. STUTTE, Chefarzt der Psychiatrischen Klinik des Christlichen Krankenhauses Quakenbrück

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

Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmer

Dr. St. DOEPP, Leitender Arzt der Psychiatrischen Abteilung am Klinikum Niederberg, Velbert

E. EBERHARDT, Dipl.-Psych., Ludwig-Noll-Krankenhaus, Kassel

HAST-EHLERS, Sozialarbeiterin, SpD Bremerhaven

Dr. G. KOTSCHICK, Leitender Arzt der Psychiatrischen Abteilung des Marien-Hospitals Euskirchen

Dr. KREBS, Ärztin, Marien-Hospital Duisburg

Prof. Dr. H. KUNZE, Ärztlicher Leiter des PKH Merxhausen, Emstal

Dr. H. LORENZEN, Leiter der Psychiatrischen Abteilung am Allgemeinen Krankenhaus Eilbek, Hamburg

Prof. Dr. F. MATAKAS, Ärztlicher Leiter der Tagesklinik Alteburger Straße, Köln

Dr. H. POPPE, Leiter des SpD am Gesundheitsamt Kassel

Dr. RONGE, Chefarzt der Psychiatrischen Abteilung der Krankenanstalten des Kreises Ludwigsburg

Dr. H. SCHNEIDER, Leitender Arzt der Psychiatrischen Abteilung am Kreis-krankenhaus Freudenstadt

Dr. W. WERRY, Leitender Arzt der Psychiatrischen Abteilung am St. Martinus-Hospital Olpe

Übersicht über die Informationstagungen und Veröffentlichungen der AKTION PSYCHISCH KRANKE seit Übergabe der Psychiatrie-Enquete 1975

- 1. Gemeindenahe Psychiatrie**
am 27. 10.1975 in Stuttgart
- 2. Gemeindenahe Psychiatrie**
am 8. und 9. 11.1975 in Mannheim
- 3. Gemeindenahe Psychiatrie**
am 27. 11.1975 in Köln-Merheim
zu 1 -3: **Tagungsbericht Band 1**
- 4. Gemeindenahe Psychiatrie**
am 5. und 6. 3.1976 in Berlin
- 5. Was nun nach der Psychiatrie-Enquete?**
Gemeindenahe Psychiatrie am Beispiel Frankfurt
am 18. und 19. 11. 1976 in Frankfurt
- 6. Die Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete unter dem Aspekt der Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter**
am 2. und 3. 12.1976 in München
- 7. Probleme der Rehabilitation seelisch Behinderter im komplementären Bereich**
am 24. und 25. 6.1977 in Loccum
- 8. Rechtsprobleme in der Psychiatrie**
am 7. 10.1977 in Hamburg
dazu: **Tagungsbericht Band 2**
- 9. Die Psychiatrie-Enquete in internationaler Sicht**
am 1. und 2. 6.1978 in Bonn
dazu: **Tagungsbericht Band 3**
- 10. Gemeindenahe Psychiatrie im Raum Hannover: Ausnahme oder Regel?**
am 14. und 15. 11.1978 in Hannover/Wunstorf
- 11. Probleme der Versorgung erwachsener geistig Behinderter**
am 27. und 28. 9.1979 in Bonn dazu: **Tagungsbericht Band 4**
- 12. Bestand und Wandel in der psychiatrischen Versorgung in der BRD — fünf Jahre nach der Enquete**
am 23. 11.1979 in Mannheim dazu: **Tagungsbericht Band 5**
- 13. Informationsveranstaltung zum Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung**
am 31. 1.1980
- 14. Ambulante Dienste in der Psychiatrie**
am 13. und 14. 6.1980 in Hannover dazu: **Tagungsbericht Band 6**
- 15. Drogenabhängigkeit und Alkoholismus**
am 6. und 7. 11.1980 in Mannheim dazu: **Tagungsbericht Band 7**
- 16. Modellprogramme des Bundes und der Länder in der Psychiatrie**
am 25. und 26. 6.1981 in Bonn
dazu: Sonderdruck **Modellprogramme des Bundes und der Länder — Kritische Übersicht**

- 17. Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter**
am 19. 11.1982 in Bonn **dazu:**
Tagungsbericht Band 8
- 18. Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung**
am 2. und 3. 12.1982 in Bonn **dazu:**
Tagungsbericht Band 9
- 19. Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern**
am 10. und 11. 11.1983 in Offenbach
dazu: Tagungsbericht Band 10
- 20. Komplementäre Dienste - Wohnen und Arbeiten**
am 6. und 7. 7.1984 in Bonn **dazu: Tagungsbericht**
Band 11
- 21. Kinder- und Jugendpsychiatrie - eine Bestandsaufnahme**
am 18. und 19. 10.1984 in Bonn **dazu: Tagungsbericht Band 12**
- 22. Psychiatrie in der Gemeinde - die administrative Umsetzung des**
gemeindepsychiatrischen Konzepts
am 5. und 6. 12.1984 in Bonn **dazu: Tagungsbericht Band 13**
- 23. Notfallpsychiatrie und Krisenintervention**
am 15. und 16. 5.1986 in Bonn **dazu:**
Tagungsbericht Band 14
- 24. Die therapeutische Arbeit psychiatrischer Abteilungen**
am 23/24. und 25. 10.1986 in Kassel **dazu: Tagungsbericht**
Band 17
- 25. Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch Kranker —**
Ein internationaler Vergleich
am 27. und 28. 11.1986 in Bonn **dazu: Tagungsbericht Band 15**
- 26. „Leben die Bücher bald?“ (F. Hölderlin) - Der Gemeindepsychiatrische**
Verbund als ein Kernstück der Empfehlungen der Expertenkommission und
seine Umsetzungsmöglichkeiten in der Gemeinde
am 22. und 23. 6.1989 in Bonn **dazu: Tagungsbericht Band 16**
- 27. Administrative Phantasie in der psychiatrischen Versorgung - von**
antitherapeutischen zu therapeutischen Strukturen
am 20. und 21. 6.1990 in Emstal **dazu: Tagungsbericht Band 18** (in
Vorbereitung)

Von 1975 bis 1982 wurden diese Projekte von der BZgA gefördert, seit 1983 vom BMJFFG.

Die Tagungsberichte sind kostenlos bei der Geschäftsstelle Aktion Psychisch Kranke, Graurheindorfer Str. 15, 5300 Bonn 1 erhältlich.