

Aus der Arbeit des Landesbeirates für Psychiatrie im Freistaat Sachsen

Seit 1994 ist im Freistaat - wie in allen Bundesländern - ein „Sächsisches Gesetz über die Hilfen und die Unterbringung bei psychischen Krankheiten“ (Sächs. PsychKG) wirksam. Unter anderem regelt das Gesetz im § 7 die Einrichtung eines Landesbeirates für Psychiatrie, der als beratendes Organ zu Fragen der Struktur der Versorgung psychisch Kranker Stellung nehmen soll.

Derzeit besteht der Landesbeirat aus den Herren:

Prof. Dr. Otto Bach

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden

Chefarzt Dr. Waldemar Baron

Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Rodewisch

Chefarzt Dr. Dieter Herrmann

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Klinikum Chemnitz

Jan Hermann

Pflegedienstleiter Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Arnsdorf

Chefarzt Dr. Horst Krömker

Sächsisches Krankenhaus Zschadraß

Dr. Wolfgang Kupfernagel

Sozialpsychiatrischer Dienst, Gesundheitsamt Chemnitz

Chefarzt Dr. Ralf Schädlich

EKA Erzgebirgskrankenhaus Annaberg gGmbH

Stefan Scheiter

Pflegedienstleiter Klinikum Chemnitz

Dr. Ulrich Schumann

Nervenarzt und Kinder- und Jugendpsychiater in eigener Niederlassung, Pirna

Prof. Dr. Klaus Waldmann

Vogtland-Klinikum Plauen GmbH

Die Sitzungen des Landesbeirates finden 2 - 3 mal jährlich in der Sächsischen Landesärztekammer statt. Der Beirat hat beratende Funktionen gegenüber der Landesregierung und er arbeitet eng mit den Besuchskommissionen zusammen, die ebenfalls durch das Psychiatriegesetz installiert, durch regelmäßige Besu-

che in psychiatrischen Einrichtungen die notwendige Öffentlichkeit und Transparenz psychiatrischer Versorgung herstellen sollen. Fast alle einschlägigen Einrichtungen Sachsens wurden zwischenzeitlich schon besucht.

Ein Ergebnis der Arbeit des Landesbeirates ist ein Thesenpapier zu psychiatrischer Betreuung, das nachfolgend abgedruckt wird.

Thesen zur Spezialisierung in der klinischen Betreuung psychiatrisch erkrankter Patienten

Im Zusammenhang mit Anfragen seitens des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie des Freistaates Sachsens an den Landesbeirat für Psychiatrie bzw. einzelne Mitglieder desselben (u. a. Schreiben von Staatsminister Dr. Geisler vom 7. 7. 1998: „Vollversorgungsauftrag der psychiatrischen Krankeneinrichtungen und differentielle Versorgungsvereinbarung“; Schreiben von Ministerialdirigent Einbock vom 27. 4. 1998: Positionspapier „Zum Diskurs Psychiatrisches Fachkrankenhaus versus psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus“) werden nachfolgend Thesen formuliert, die von den Mitgliedern des Landesbeirates bei verschiedenen Gelegenheiten diskutiert und abgestimmt wurden.

1. Neben den traditionell die psychiatrische Versorgung ganz wesentlich getragen habenden Landeskrankenhäusern bzw. psychiatrischen Fachkrankenhäusern haben sich insbesondere seit der Psychiatrie-Enquete zunehmend psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern etabliert. In der Bundesrepublik gibt es derzeit etwa 120 solche Abteilungen, die auch in Ostdeutschland nach der Wende vermehrt eingerichtet wurden. Im Freistaat Sachsen bestehen zur Zeit acht psychiatrische Fachkrankenhäuser beziehungsweise Landeskrankenhäuser und zwölf psychiatrische Ab-

teilungen am Allgemeinkrankenhaus; zwei weitere sind im Entstehen.

Die durchschnittlichen Bettenzahlen dieser stationären Behandlungsstrukturen betragen für die Landeskrankenhäuser 233 und die psychiatrischen Abteilungen 80.

In diesem Zusammenhang geht der Landesbeirat für Psychiatrie davon aus, daß die starke Annäherung der Bettenzahlen beider Typen von Behandlungsstrukturen (vernünftigerweise sollte man die Unterscheidung Landeskrankenhäuser - Abteilungen gar nicht mehr treffen, sondern von größeren und kleineren psychiatrischen Kliniken sprechen, weil die Etiketten das Element von Ideologisierung in sich tragen, die alte Streitpunkte nur perpetuieren) zu immer stärkeren Annäherungen auch der funktionellen Gestaltung sowie der bedeutungstechnischen und verwaltungstechnischen Abläufe führen werden.

2. Während die größeren Kliniken - Landeskrankenhäuser etwa vom Typ der Kliniken in Arnsdorf oder Großschweidnitz - den Vorteil ländlicher Lage und weiträumiger Anlagen sowie großzügigeren Angebot umbauten Raumes aufweisen, sind die städtischen psychiatrischen Kliniken mit den Beengungen, wie sie sich allgemein in den Krankenhäusern ergeben, mehr konfrontiert, wenngleich auch gerade in Sachsen in den letzten Jahren großzügige psychiatrische Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern geschaffen wurden. Letztere haben gegenüber den Landeskrankenhäusern den Vorteil der Gemeindennähe, so daß sich die Therapie und vor allem die Rehabilitation direkt in der Nähe des Lebensmittelpunktes der Patienten abspielen können.
3. Moderne klinisch-psychiatrische Versorgung ist ausgesprochen interdisziplinär angelegt. Der Psychiater hat in

einem Klinikum als Konsiliarius (gegebenenfalls auch als Liaisonpsychiater) dankbare, aber auch arbeitsintensive Aufgaben, andererseits muß er praktisch täglich mit anderen Fachgebieten kooperieren und fremden Sachverständigen in seine Klinik holen (zum Beispiel Internisten im Hinblick auf multimorbide Alterspatienten, Anästhesisten wegen der Elektroheilkraftbehandlung, Neurologen wegen diverser Krankheiten im neurologisch-psychiatrischen Grenzbereich). Hier bietet die Abteilung einen großen Vorteil. Die Landeskrankenhäuser müssen sich diesbezüglich (und nicht selten geschieht dies auch schon) Kooperationspartner in regionalen Krankenhäusern suchen. Dies ist auch aus Gründen einer differenzierten somatischen Diagnostik (zum Beispiel Neuroradiologie) erforderlich, die aus wohlverstandenen wirtschaftlichen Erwägungen nicht in jedem Krankenhaus vorgehalten werden kann.

4. Psychiatrische Kliniken benötigen im gemeindepsychiatrischen Verbund lebendige Kooperationsbeziehungen. Hier bietet die Abteilung, die direkt in der versorgten Region angesiedelt ist, Vorteile. Diese können dann durch die psychiatrischen Fachkrankenhäuser ausgeglichen werden, wenn sie ausgelagerte Strukturen in der Versorgungsregion plazieren und ihnen eine ausreichende Selbständigkeit gewähren (zum Beispiel Institutsambulanzen, Tageskliniken außerhalb des Krankenhauses).

Diese Beispiele zeigen, daß der Weg der psychiatrischen Fachkrankenhäuser in die Richtung gewiesen ist, sich ebenfalls funktionell als Abteilung zu verstehen, so daß sich die Strukturqualität beider wie gesagt annähert.

5. Zur Frage der Spezialisierung hinsichtlich der Struktur von Krankenhäusern geht der Landesbeirat davon aus, daß man zwischen strukturellen

Spezialitäten und patientenzentrierten (auf das einzelne Krankheitsbild bezogenen) Spezialisierungen unterscheiden muß.

Die strukturellen Spezialisierungen der psychiatrischen Fachkrankenhäuser liegen in einerseits lokalen Besonderheiten, die sich traditionell entwickelt haben, etwa neurologischen Kliniken, kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken unter gemeinsamer verwaltender und ärztlich-direktoraler Leitung.

Andererseits sind Spezialeinrichtungen wie Maßregelvollzugseinrichtungen, unter Umständen auch Sucht- und Drogenkliniken in ihnen sinnvoll untergebracht. Dabei spielen Aspekte der Sicherung (Maßregelvollzug), umfangreichere Arbeitstherapiemöglichkeiten und besseres Raumangebot eine besondere Rolle, auch im Hinblick auf die viel längeren Verweildauern in bestimmten Bereichen.

Natürlich lassen es Kliniken mit mehr als 200 Betten auch zu, innerbetriebliche Spezialisierungen zu betreiben, die sinnvoll sein können, ohne daß es ein Qualitätsmanko wäre, wenn man sie nicht hätte (gedacht werden kann diesbezüglich an Stationen für alterspsychiatrische Patienten, Depressionsstationen und so fort). Beispielsweise gibt es ein großes Fachkrankenhaus in Norddeutschland, in dem man gute Erfahrungen mit einer Station für Borderline-Patienten gemacht hat. Ein Fehler wäre es aber, wenn man den größeren Bettenbestand der Landeskrankenhäuser meinte begründen zu müssen mit weitergehenden Spezialisierungen im Betreuungssetting der Stationen. Es ist im Gegenteil zu befürchten, daß mit derartigen Spezialisierungen durch die Hintertür wieder eine Zweiklassenpsychiatrie Einzug hält. Auf gemischten Stationen läßt sich übrigens auch flexibler auf Einweisungen reagieren und die Bettenauslastung erhöhen. Die Verweildauer ist in den Abteilungen des-

halb auch niedriger als in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern.

6. Das Fach Psychiatrie und Psychotherapie gehört zu den größeren medizinischen Fächern, weswegen es auch Erwägungen gibt, neue Fachschwerpunkte in die Weiterbildungsordnung aufzunehmen (zum Beispiel Sucht, Gerontopsychiatrie, Forensik). Daraus darf aber nicht der Schluß gezogen werden, kleinere Bereiche könnten diese Ausbildung nicht angemessen leisten. Es muß einer individuellen Qualifizierung der Mitarbeiter und der Qualifizierung zur Arbeit im multiprofessionalen Team (Ärzte, Psychologen, Schwestern, Ergotherapeuten) das Wort gesprochen werden. Psychotherapeutische Basisqualifizierungen in Tiefenpsychologie, Verhaltenstherapie, klientenzentrierter Therapie sind genauso erforderlich wie soziologisches Wissen und diagnostische Fertigkeiten neben anderem psychiatrischen Fachgrundwissen.

Die Frage lautet nicht, ob Patienten mit endogenen Psychosen, Borderline-Störungen, akuten Intoxikationen und Alterserkrankungen auf einer oder getrennten Stationen zu behandeln seien, sondern ob ein Team vorhanden ist, in dem sich die entsprechende fachliche Kompetenz herauskristallisiert hat und ob die Klinik ein Setting bietet, das gegebenenfalls Patienten mit Borderline-Störungen oder gerontopsychiatrischen Störungen beispielsweise eben im Gesamtrahmen der Angebote gerecht wird. Spezialisierung in der Psychiatrie in diesem individuumzentrierten (im Gegensatz zum weiter oben apostrophierten strukturzentrierten) Sinne bedeutet individuelle fachliche Kompetenz der Therapeuten, Strukturen von Supervisionen und Fallberatungen (derartige Maßnahmen sind in kleineren Behandlungseinheiten besser steuerbar), „Mehr-Augen-Supervision“ durch die interdisziplinäre Betreuung vieler Patienten und Strukturierung

der Nachsorge in den Lebensbereich des Patienten hinein. Nicht zu vergessen ist, daß die wohnortnahe Versorgung auch die so wichtige Arbeit mit den Angehörigen erst ermöglicht.

Jeder Kollege, der einigermaßen Einblick in die Behandlungsszene hat, weiß, daß es über das Gesagte hinaus Vorlieben von Therapeuten für bestimmte Krankheiten gibt, die unter Umständen zu höherer Betreuungskompetenz geführt haben, mit anderen Worten, manche können manches besser als andere. Es obliegt dem freien Spiel der interkollegialen Zusammenarbeit, daß man sich dieser Kompetenz bedient. Schließlich entscheidet auch das Wahlverhalten der Patienten selbst, wie diese Kompetenz genutzt wird. Dieser Bereich entzieht sich jeglicher Regulierung, er ist im vernünftigen interkollegialen Umgang im Interesse der Patienten zu nutzen.

7. Aus Gründen der Qualitätssicherung, der ausreichenden Ausbildungsmöglichkeiten und aus wirtschaftlichen Gründen dürfen psychiatrische Klini-

ken eine Mindestbettenzahl nicht unterschreiten. Insbesondere auch, um alle ärztlichen Dienste zu sichern und alle erforderlichen Berufsgruppen nach der Psychiatriepersonalverordnung einsetzen zu können, ist dies erforderlich. Der Landesbeirat geht davon aus, daß Kliniken einschließlich Tagesklinik mindestens 80 - 100 Behandlungsplätze vorhalten müssen, die dann aber eine Vollversorgung ohne weiteres sichern. Dies wiederum bedeutet, daß eine angemessen große Betreuungsregion auch verfügbar sein muß. Der Einrichtung von Kleinstkliniken gleichsam als strukturpolitische oder regionalpolitische Maßnahme ist nicht das Wort zu reden.

8. In die Versorgungsstrukturen im Freistaat Sachsen sind nach Meinung des Landesbeirates für Psychiatrie alle Behandlungseinrichtungen psychiatrischer Provenienz einzubeziehen, wie es der Landespsychiatrieplan vorsieht:

- Psychiatrische Fachkrankenhäuser (z. B. die Landeskrankenhäuser)
- Psychiatrische Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus

- Universitätskliniken für Psychiatrie und Psychotherapie.

9. Der Landespsychiatriebeirat verwarft sich energisch dagegen, daß das Prinzip der psychiatrischen Vollversorgung, welches in Sachsen geregelt ist, aufgeweicht wird durch Initiativen der Kassen, Versorgungsvereinbarungen mit einzelnen Krankenhäusern zu treffen, die ausgewählte psychiatrische Patienten nur in bestimmte Krankenhäuser (vermutlich mit niedrigeren Tagespflegesätzen) führen sollen. Damit würden die mühsam errungenen Betreuungsfortschritte in der Versorgung psychisch Kranker gefährdet. In diesem Sinne werden auch Versuche, die Psychiatrie-Personalverordnung außer Kraft zu setzen, energisch zurückgewiesen.

Für den Landesbeirat für Psychiatrie
Prof. Dr. med. O. Bach
Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
und Psychotherapie des Universitätsklinikums
Carl Gustav Carus
der Technischen Universität Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden