

## Die Rolle der psychiatrischen Fachabteilung am Allgemeinkrankenhaus in der gemeindepsychiatrischen Versorgung

Christian Spaemann

Klinik für Psychische Gesundheit, Krankenhaus St. Josef, Braunau/Inn, Österreich

Eingegangen am ■■■. ■■■ 200■, angenommen am ■■■. ■■■ 200■  
© Springer-Verlag 2006

### The psychiatric department of the general hospital in community mental health care

**Summary.** Decentralizing mental health care and integrating psychiatry in general hospitals requires new strategies for mental health work. The Austrian Structural Plan for Health 2006 identifies psychiatric departments in general hospitals as pacemakers in creating a needs-based service organization on a regional level. We describe psychiatric departments in general hospitals, how they specialize responding to the needs of a particular region, and how they relate to community mental health services and general health care.

**Key words:** Psychiatric department, general hospital, community psychiatry, social psychiatry.

**Zusammenfassung.** Die Regionalisierung der Akutpsychiatrie und ihre Integration in das Allgemeinkrankenhaus stellt eine Herausforderung dar, die eine umsichtige Neuausrichtung psychiatrischer Arbeit erforderlich macht. Nach dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2006 kommt einer psychiatrischen Fachabteilung eine Schrittmacherfunktion bei der bedarfsorientierten Strukturierung und Versorgung in einer Versorgungsregion zu. Neben einigen grundsätzlichen Anmerkungen zur Abteilungspsychiatrie geht es im Folgenden um die sich aus den Erfordernissen der Versorgungsregion ergebende innere Differenzierung der Abteilung selbst, ihre Beziehung zum Gesamthaus und ihre vielfältige Vernetzung mit den komplementären Strukturen der Region.

**Schlüsselwörter:** Abteilungspsychiatrie, Psychiatrie im Allgemeinkrankenhaus, psychiatrische Abteilung, Regionalisierung der Psychiatrie, Sozialpsychiatrie.

---

Korrespondenz: Prim. Dr. Christian Spaemann, Klinik für Psychische Gesundheit, Krankenhaus St. Josef, Ringstraße 60, 5280 Braunau/Inn, Österreich.  
Fax: ++43-7722-8047751  
E-Mail: christian.spaemann@khbr.at

### Einleitung

Der derzeit noch als Entwurf vorliegende Österreichische Strukturplan Gesundheit 2006 sieht eine weitgehende Regionalisierung der Akutpsychiatrie und ihre Integration in das allgemeine Krankenhaus vor [1]. Dies stellt eine Herausforderung dar, die eine umsichtige Neuausrichtung psychiatrischer Arbeit erforderlich macht.

Neben einigen grundsätzlichen Anmerkungen zur Abteilungspsychiatrie geht es um die sich aus den Erfordernissen der Versorgungsregion ergebende innere Differenzierung der Abteilung selbst, ihre Beziehung zum Gesamthaus und ihre vielfältige Vernetzung mit den komplementären Strukturen der Region.

Im Folgenden werde ich versuchen, aus meinen Erfahrungen heraus die Rolle der Psychiatrischen Fachabteilung in einer Versorgungsregion idealtypisch zu skizzieren.

### Warum eine psychiatrische Fachabteilung am Allgemeinkrankenhaus?

Jeder kennt die angstausslösenden Spitznamen, mit denen psychiatrische Sonderanstalten am Rande der Städte seit jeher bezeichnet wurden, Wendungen, die immer eine Mischung aus Abwertung, Verlegenheit, Verheimlichung, aber auch Spott beinhalten. Die Erfahrung zeigt, welche Normalität einkehrt, wenn der psychisch kranke Patient zur gleichen Tür in das Krankenhaus hereinkommt wie sein Verwandter mit Herzinfarkt oder Knochenbruch. Die psychiatrische Fachabteilung am Allgemeinkrankenhaus stellt per se einen bedeutenden Schritt zur Entstigmatisierung psychisch kranker Menschen dar [2, 3]. Aber es geht nicht nur um Entstigmatisierung und Gleichberechtigung, es geht auch und vor allem um eine umfassend neue Qualität der psychiatrischen Versorgung. Da ist zunächst die größere räumliche Nähe zu den Menschen. Sie ermöglicht eine leichtere Inanspruchnahme, eine raschere und gestufte (tagesklinisch, tagesstrukturierend, häufige Kurzbeurlaubungen etc.) Reintegration in das Familien- und Arbeitsleben. Eine ambulante Nachsorge wird möglich, die Aufenthalte werden kürzer. Auch krankenhausern gibt es fachlich enorme Vorteile. Zahlreiche Pati-

enten anderer Fachabteilungen erhalten über Konsiliar-dienste eine qualifizierte, aufenthaltsbegleitende psychiatrische Mitversorgung, und umgekehrt werden multimorbide psychisch kranke Patienten von den anderen Fachabteilungen kompetent mitversorgt [2, 3]. Dass das Inanspruchnahmeverhalten sowohl von den niedergelassenen Ärzten direkt hin zur Fachabteilung wie auch aus anderen Fachabteilungen heraus deutlich zunimmt, und so über eine regionalisierte Fachabteilung wesentlich mehr Menschen erreicht werden, ist in der Literatur gerade auch für Österreich gut belegt worden [4, 5]. Jeder Psychiater, der zuvor in einer größeren Nervenklinik gearbeitet hat, kann von der Vielfalt der Störungsbilder und den häufigen Kurzinterventionen bei Krisen im Allgemeinkrankenhaus berichten. Auch ist es allgemeine Erfahrung, wie beliebt solche Abteilungen nach anfänglicher Skepsis bei den Kollegen anderer Fachabteilungen werden. Rasch und kompetent durchgeführte Konsile, die dann von der psychiatrischen Fachabteilung von sich aus weiter geführt werden, sowie kurzfristige und unkomplizierte Übernahmen führen zu einer deutlichen Entlastung der jeweiligen anderen Abteilung.

### Die Frage der Spezialisierung

Um das Jahr 2000 gab es in Deutschland zwischen den Vertretern der damals etwa 160 psychiatrischen Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und den immer noch zahlreichen und gewichtigen, meist aus dem 19. Jahrhundert stammenden Nervenkliniken einen heftigen Schlagabtausch auf Kongressen und in Zeitschriftenartikeln.

Die Vertreter der verbliebenen Nervenkrankenhäuser bezeichneten die Fachabteilungen als *Barfußpsychiatrien*, die mit ihren wenigen Betten allenfalls in der Lage seien, eine gewisse Grundversorgung vor Ort zu sichern, hingegen keine Chance hätten, der stürmischen Entwicklung im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie hin zu störungsspezifischen Behandlungsangeboten gerecht zu werden [6]. Sie plädierten somit für ein 2-stufiges Modell, in dem die Abteilungen besagte Grundversorgung ausüben, die Nervenkrankenhäuser hingegen Spezialabteilungen vorhalten sollten, in denen der heutige Stand möglicher Therapien gesichert wäre [6–10].

Die Vertreter der psychiatrischen Fachabteilungen hielten dem entgegen, dass es sich bei den verbliebenen Nervenkliniken um *Sonderkrankenanstalten* handle, deren Existenz alleine schon eine Diskriminierung psychisch Kranker darstellen würde, und die man leider noch vergessen habe vollständig aufzulösen. Auf die Frage der Spezialisierung wurde nicht näher eingegangen [2, 3, 11–13].

Meines Wissens war es nur der Essener Psychiater Gastpar, der als einziger Vertreter einer Universitätsklinik zu dieser Debatte Stellung nahm und eine vermittelnde Position einnahm, indem er dafür plädierte, die Frage der Abteilungen und Sonderkrankenanstalten nicht mit der der Spezialisierung zu verknüpfen. Selbstverständlich könne es zwischen den verschiedenen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, zu denen ja auch die Psychiatrischen Universitätskliniken gehörten, Größen- und Spezialisierungsunterschiede geben – eine Position, die ich für sehr vernünftig halte [14].

Tatsache ist, dass der besagte Schlagabtausch in Deutschland Folge eines Kommunikationsabbruchs zwischen Nervenkrankenhäusern und Psychiatrischen Abteilungen war, deren Vertreter sich längst in getrennten Fachgesellschaften trafen – eine Entwicklung, die sich Gott-sei-Dank in Österreich nicht abzeichnet. Die derzeit 12 bestehenden Fachabteilungen bilden im Rahmen der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP) lediglich einen eigenen Arbeitskreis und stehen in intensivem Austausch mit den jeweiligen Mutterkliniken. Was die Spezialisierung anbelangt, so liegt zumindest in Oberösterreich ein Regionalisierungskonzept vor, welches konzeptuell eine Vollversorgung für das jeweilige Versorgungsgebiet seitens der psychiatrischen Fachabteilung vorsieht. Diese Versorgungsgebiete sind streng gegeneinander abgegrenzt, für andere Gebiete gibt es keine Bettenkapazitäten. Selbst die in Linz verbliebene Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg ist, was die psychiatrische Versorgung anbelangt, lediglich auf dem Gebiet der stationären Drogenversorgung, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Forensischen Psychiatrie überregional tätig, hat aber für andere Spezialgebiete über ihr Versorgungsgebiet hinaus keine überregionale Bettenkapazitäten. Insofern wurden hier von politischer Seite eindeutige Strukturen vorgegeben, welche die Diskussion der Spezialisierung vorerst überflüssig macht.

Ich halte es für wahrscheinlich, dass sich in der weiteren Entwicklung die Versorgungsgrenzen auch über Landesgrenzen hinweg wieder auflockern werden. So könnten z. B. einzelne Abteilungen ambulante oder teilstationäre Schwerpunkte bilden, die arbeitsteilig miteinander kooperieren. Dies käme den ständig sich erweiternden störungsspezifischen Behandlungsmöglichkeiten entgegen und wäre auch mit der zunehmenden Mobilisierung der Bevölkerung vereinbar. Beispiel für solch eine mögliche Schwerpunktbildung wären die Vorhaltung ambulanter Gruppen für psychotherapeutische Behandlung von Ess-, Zwangs- oder Borderlinestörungen, die ein besonders umfangreiches und erfahrenes Fachpersonal erfordert.

### Zur Frage der Größe der Fachabteilungen

Auch die Frage der Größe von psychiatrischen Fachabteilungen war Gegenstand der Diskussion im deutschsprachigen Raum. Diese Diskussion wurde vor allem in Zusammenhang mit der Frage nach spezifischen Behandlungsangeboten gestellt. Natürlich bedeutet eine niedrige Bettenzahl ein kleineres Einzugsgebiet und weniger Personal. Möchte man störungsspezifische Therapieangebote vor allem im Bereich Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Schizophrenie (psychoedukative und Angehörigengruppen), Frührehabilitation, Gerontopsychiatrie und Sucht entwickeln, dann kann die Frage der Größe durchaus eine Rolle spielen. Es stellt sich allerdings die Frage, ob die Diskussion der Größe einer Fachabteilung ein vorrangiges Thema darstellt. Die Frage müsste sein, wie ein festgestellter Bedarf an störungsspezifischer psychiatrischer und psychotherapeutischer Kompetenz in einer Region gedeckt werden kann. So könnten bei entsprechender Koordinierung mit Sozialpsychiatrischen Diensten und niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten auch Regionen mit kleineren Abteilungen von 30 bis 40

Betten eine Vollversorgung mit entsprechender Spezialisierung organisieren.

### Zur Struktur einer psychiatrischen Abteilung

Was die Struktur einer psychiatrischen Abteilung mit klar umrissenem Vollversorgungsauftrag anbelangt, so hat es sich bewährt, den Schwerpunkt auf die ambulante Arbeit zu setzen. In Österreich sind die Ambulanzgelder seit 1997 für die einzelnen Krankenhäuser eingefroren, so dass neue Abteilungen auf einen bereits „verteilten Kuchen“ treffen. Ambulantes Arbeiten ist daher nur eingeschränkt möglich. Eine neue Finanzierungsstruktur für die Ambulanzen wäre somit dringend wünschenswert. Die Notwendigkeit zu ambulanter Tätigkeit ist in Regionen mit zu wenig niedergelassenen Psychiatern größer als in Regionen, in denen eine ausreichende Anzahl niedergelassener Fachärzte zur Verfügung steht. Allerdings hat sich gerade in gut versorgten Regionen gezeigt, dass niedergelassene Psychiater aus zeitlichen und finanziellen Gründen große Schwierigkeiten haben, Patienten mit dringlicherem Behandlungsbedarf kurzfristig vor- oder nachstationär, hochfrequent und intensiv zu betreuen. Insofern ist bei der in weiten Teilen Österreichs niedrigen Bettenmessziffer für die Psychiatrie (0,3 auf 1000 Einwohner) und den damit verbundenen sehr niedrigen Liegezeiten, die ja in vielen Fällen wünschenswert sind, eine ambulante Nachsorge für die schwerer Kranken in jedem Fall notwendig. Außerdem zeigt die Erfahrung, dass häufig stationäre Aufenthalte bei Patienten, die aus dem niedergelassenen Bereich eingewiesen werden, nicht mehr notwendig sind, wenn rasch ein hochfrequentes, möglicherweise multiprofessionelles ambulantes Setting organisiert wird. Aus diesem Grunde hat sich eine *Vorschaltambulanz* in der Psychiatrie sehr bewährt.

Grundsätzlich gibt es in psychiatrischen Abteilungen drei Typen psychiatrischer Ambulanzarbeit: Die *Institutsambulanz*, die *Integrierte Ambulanz* und ein *Mischsystem* aus beiden. Je psychiatrisch unterversorgter eine Region ist, umso eher kommt man um das Führen einer eigenen Institutsambulanz nicht herum [15, 16]. In jedem Fall aber hat es sich als sinnvoll erwiesen, die Ambulanz auf viele Schultern zu verteilen und zusätzlich eine Integrierte Ambulanz zu führen. Dies bedeutet, dass jeder einzelne Arzt der Abteilung, aber auch Mitglieder anderer Berufsgruppen, insbesondere auch der psychiatrischen Pflege, ambulante Nachsorge in einem gewissen Umfang übernehmen. Vorteil hierbei ist auch die hohe personelle Kontinuität. Ich selber bin immer wieder erstaunt, wie hoch die Motivation bei den auf Station arbeitenden Kollegen ist, Patienten ambulant mitzubetreuen. Es scheint eine sehr befriedigende und gerade jüngere Kollegen aufwertende Aufgabe zu sein, bei der man bis auf einzelne Teambesprechungen nicht im üblichen Maße in die Hierarchie der Abteilung eingebunden ist.

Sinnvoll ist es auch, die psychiatrischen Konsile mit der Institutsambulanz zu vernetzen. Gerade bei gerontopsychiatrischen und Suchtpatienten, die auf anderen Abteilungen liegen, hat sich gezeigt, dass häufigere und den einzelnen Aufenthalt begleitende psychiatrische Konsile zu Lösungen führen, welche die Übernahme auf die eigene Abteilung nicht mehr notwendig machen. Gerade im Bereich des Konsiliarwesens laufen in Österreich derzeit

intensive Bemühungen, zu einer dafür notwendigen eigenen Personalausstattung und Finanzierung für die psychiatrischen Abteilungen zu kommen.

Was die Spezialisierung einer Abteilung anbelangt, so hat dies natürlich nach den Bedürfnissen der Region zu geschehen und könnte, wie ich oben schon ausgeführt habe, eines Tages arbeitsteilig mit anderen Abteilungen und Institutionen erfolgen. In jedem Fall hat sich eine ambulante *Skillsgruppe* für Patientinnen mit *Borderline – Persönlichkeitsstörung* bewährt. Solch eine mit ambulanten Einzeltherapie gekoppelte Gruppentherapie führt zu einer erhöhten Stabilität der Betroffenen und verkürzt die stationären Aufenthalte deutlich. Außerdem sollte dieses ambulante Angebot mit einem Konzept über den stationären Umgang mit Patientinnen, die unter einer Borderline- Persönlichkeitsstörung leiden, gekoppelt sein.

Ein aktuelles Thema ist auch die *Frührehabilitation* vor allem junger *schizophrener Patienten* [17]. Hier wäre eine enge organisatorische Verknüpfung mit den jeweiligen komplementären psychosozialen Einrichtungen, wie Tagesstätten und Arbeitszentren, sowie Arbeitsassistenten wünschenswert. Psychologische Rehabilitationsgruppen, Arbeit am Cogpack – Computerprogramm, Gruppen für Betroffene und Angehörige könnten von der Abteilung vorgehalten werden und sollten für ambulante, stationäre und teilstationäre Patienten und deren Angehörige offen sein. All diese Aktivitäten können auch in Räumlichkeiten außerhalb der Abteilung stattfinden und von externen Fachkräften getätigt werden. Sinnvoll ist es, wenn die Abteilung hier eine gewisse konzeptuelle Koordination vornimmt und Schrittmacherfunktion übernimmt. Ziel muss es sein, zu integrierten Konzepten zu kommen, die den direkten Übergang zu einem Praktikum oder finanziell unterstützten Arbeitsplatz auf dem ersten Arbeitsmarkt herstellen. Intensive Kontakte zu lokalen Unternehmen sowie ambulante, aufsuchende Ergotherapie mit *training on the job*, wie sie z. B. in dem Projekt der *pro mente* Oberösterreich *Mühlviertler Alm* geplant sind, stellen geeignete Wege in die Zukunft dar.

Nicht zu vergessen ist auch der *gerontopsychiatrische Bereich*. Man wird nicht umhin kommen, in enger Netzwerkarbeit mit anderen Institutionen z. B. durch Demenzsprechstunden, ambulante Beratungen, Angehörigengruppen und fachärztliche Präsenz in den Altenheimen, ggf. über Honorarverträge, stationäre Aufenthalte zu vermeiden oder auf ein Minimum zu reduzieren. Der durch die demographische Entwicklung anstehende Druck auf die Abteilungen wird in Zukunft nicht anders zu bewältigen sein [18].

Was die psychiatrische Versorgung *Suchtkranker*, insbesondere Alkohol- und Drogenabhängiger anbelangt, so steht hierfür in Österreich noch ein Regionalisierungskonzept aus. Die Erfahrung zeigt, dass mehr als ein bis zwei drogenabhängige Patienten auf einer Allgemeinpsychiatrischen Station schwer zu führen sind. Hier ist es sinnvoll, arbeitsteilig bei Spezialstationen einzelner Psychiatrien in größeren Regionen zu bleiben. Begleitend allerdings muss eine ambulante psychiatrische Versorgung vor Ort gesichert sein, die im Stande ist in Zusammenarbeit mit dem zuständigen psychosozialen Dienst, entsprechende psychiatrisch-medizinische Qualitätsstandards für die Versorgung Drogenabhängiger insbesondere bei der

Substitution zu sichern [19]. Was die Alkoholabhängigen anbelangt, so hat es sich bei uns bewährt, vorangemeldete, qualifizierte Entzüge auf der internen Abteilung zu belassen. Wichtig ist hierbei eine psychiatrisch – konsiliarische Begleitung, ggf. auch Übernahme der Patienten nach dem Entzug. Stationäre Krisenintervention bei Alkoholikern sind in einer regionalisierten psychiatrischen Fachabteilung immer sehr zahlreich und bedeuten meist auch Entzugs- und Motivationsbehandlung. Um hier Synergieeffekte für wertvolle Therapiearbeit zu schaffen, hat es sich auch bei kleineren psychiatrischen Abteilungen bewährt, eine Suchtgruppe vorzuhalten. Die dringend notwendige zumindest Teilregionalisierung der Entwöhnungsbehandlung Alkoholabhängiger befindet sich in Österreich noch in Diskussion [20].

Ein oft wenig beachteter Bereich ist jener der Psychischen Erkrankungen bei *Geistig Behinderten* [21]. Der Bereich zwischen behinderungsbedingten Verhaltensauffälligkeiten und anderen definierten psychischen Störungen und Erkrankungen ist bei diesen Menschen fließend. Nirgendwo sonst spielen die Umgebungsfaktoren eine so wesentliche Rolle, dass es häufig den Anschein hat, als behandle man unter anderen Umgebungsbedingungen, sprich psychiatrischer Akutstation, einen anderen Patienten als in seiner Alltagsumgebung, sei sie zuhause oder im Heim. Ganz abgesehen davon, fühlen sich viele Geistig Behinderte auf psychiatrischen Allgeminstationen nicht wohl und von Mitpatienten ausgegrenzt. Insofern ist hier ambulante Behandlung mit regelmäßigen Heimvisiten und Team und/oder Familiencoaching besonders gefragt und in den meisten Fällen für alle Beteiligte das Beste. Es hat sich sehr bewährt, wenn sich aus einer Psychiatrischen Abteilung heraus wenigstens ein Arzt und ein Mitglied einer anderen Berufsgruppe dieses Themas annimmt und hier wertvolle Erfahrungen sammelt.

Was das *Stationskonzept* psychiatrischer Abteilungen anbelangt, halte ich eine ausführliche Diskussion an dieser Stelle nicht für sinnvoll. Es gibt hier verschiedene bewährte Modelle, die selbstverständlich alle ihre Berechtigung haben. Gegenwärtig zeigt sich allerdings die Tendenz, in Abteilungspsychiatrien keine Spezialisierung einzelner Stationen vorzunehmen. Hierdurch entsteht keine ‚gute‘ oder ‚schlechte‘, ‚unruhige‘ oder ‚ruhige‘ Station, was immer mit Ausgrenzung und Stigmatisierung verbunden ist. Hingegen kann die Spezialisierung durch entsprechende stationsübergreifende Behandlungsmodule gewährleistet werden. Außerdem habe ich den Eindruck, dass Abteilungen ohne geschlossene Station, bzw. mit nur selten und nach strenger Indikation geschlossener Tür, mit Türklinken statt Türknäufen sowie mit Zivilkleidung vor allem des Pflegepersonals eine ungleich entspannere Atmosphäre haben und den Menschen viel Ängste vor der Psychiatrie nehmen [22–24]. Auch die Mitarbeiterzufriedenheit insbesondere die des Pflegepersonals scheint bei diesen modernen Konzepten höher zu sein [25].

Zum Schluss dieses Kapitels noch ein Wort zur Tagesklinik: Die Tagesklinik hat sich als Bindeglied zwischen Station und Ambulanz gut bewährt [26]. In Einzugsbereichen mit ungleich weiteren Anfahrtswegen und ferner liegenden, schwächer versorgten Gebieten, sowie bei einer knappen Bettenmessziffer ist eine dislozierte Tagesklinik sinnvoll. Dislozierte Tageskliniken in einer

anderen Stadt sollten unbedingt mit einer eigenen Ambulanz arbeiten und stellen eine ausgesprochene Pufferfunktion dar. Viele Patienten sind interessiert, in ihrer Region zu bleiben, sodass ein stationärer Aufenthalt vermieden werden kann. Durch die ambulante Arbeit und die Vernetzung mit den dortigen komplementären Strukturen ist eine wesentliche Qualitätsverbesserung in der psychiatrischen Versorgung solcher Regionen zu erwarten.

### Die Rolle der psychiatrischen Fachpflege

Zur Struktur einer modernen sozialpsychiatrischen Abteilung gehört selbstverständlich auch ein entsprechendes Pflegekonzept. Dies kann hier nur angerissen werden, alles andere würde den Rahmen dieses Beitrages sprengen.

Sehr bewährt hat sich eine selbstbewusste und eigenständige Pflege, die auf Basis der humanistischen Beziehungspflege arbeitet. Meiner Erfahrung nach schafft Zivilkleidung des Pflegepersonals auf Station eine wesentlich entspannere Atmosphäre und lenkt den Blick weg von traditionellen Krankheits- und Versorgungskonzepten hin zu einem Klima des partnerschaftlichen Umgangs und auch der Eigenverantwortlichkeit seitens der Patienten [22]. Des Weiteren hat sich über ein Gruppenpflegekonzept hinaus ein Einzelbezugssystem, vor allem bei Patienten mit längerer Liegezeit und Schwerkranken wie Borderline-Patienten, sehr bewährt. Dies bedeutet konkret, dass die betroffenen Patienten über die jeweilige Schicht hinaus einen Bezugspfleger oder eine Bezugspflegerin zugeteilt bekommen, der über den gesamten Aufenthalt hin ihr Hauptansprechpartner bleibt. Selbstverständlich muss für Urlaubszeiten eine Vertretung organisiert sein. Dies stärkt die Eigenverantwortlichkeit der Pflege und die Orientierung des Patienten. Auch die Koordinierung der Zusammenarbeit im Team wird dadurch wesentlich erleichtert. Regelmäßige interdisziplinäre Teamkonferenzen und wiederholte gemeinsame Gespräche von Therapeuten und Bezugspflege mit dem Patienten sichern eine gute Koordination im Team. Auch beim Umgang mit dem Thema Zwang und Gewalt ist eine gemeinsame berufsübergreifende Reflexion und Teamentwicklung heute eine Selbstverständlichkeit geworden. Falls nicht das Konzept einer offenen Psychiatrie umgesetzt ist, sollte bei der Indikationsstellung zur Schließung einer Tür zu einem Akut- bzw. Unterbringungsbereich die Pflege eine wesentliche Rolle spielen.

Erwähnen möchte ich an dieser Stelle auch die ambulante Arbeit des Pflegepersonals, die in gewissen Regionen Europas eine Selbstverständlichkeit ist [27, 28]. Hierfür gibt es verschiedene Modelle. Neben der Überleitungspflege besteht auch die Möglichkeit, ambulantes Arbeiten auf fast alle Teammitglieder zu verteilen. Notwendig ist hier eine klare Besprechungs- und Dokumentationsstruktur. Die ambulante Arbeit umfasst sowohl eine Komm- als auch eine Gehstruktur. In der gerontopsychiatrischen Versorgung hat sich selbstverständlich eine Gehstruktur besonders bewährt. Auch bei chronisch Kranken in ländlichen Regionen ist eine solche Gehstruktur sinnvoll. Ich habe Pflegepersonen kennen gelernt, die über Jahre hinaus auf ihrem Heimweg Bauernhöfe besucht haben, dort Depotmedikation verabreichten und Bindungen zu Familien aufbauten. Selbstverständlich müssen diese Leistungen gut dokumentiert und zeitlich

erfasst, sowie ein zuständiger Facharzt der Klinik mit einbezogen sein. Warnen möchte ich an dieser Stelle vor veralteten Arbeitszeitmodellen. In einem 2-Schicht-Modell, bei dem sich Pflegekräfte 12 Stunden im Dienst befinden, lassen sich die oben genannten Konzepte nicht verwirklichen. Ganz abgesehen davon, dass in Frage zu stellen ist, ob man 12 Stunden lang in einer so belastenden Tätigkeit wie in einer Akutpsychiatrie sinnvoll arbeiten kann, bedeutet das alte Zeitmodell, dass sich selbst vollzeitbeschäftigte Pflegekräfte fast nur zur Hälfte des Monats im Dienst befinden. Von personeller Kontinuität kann hier natürlich keine Rede mehr sein.

#### Verknüpfung mit der Region

Wie schon besprochen, sieht der noch als Entwurf vorliegende Strukturplan 2006 des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen vor, dass es in einer Versorgungsregion für das jeweilige Fachgebiet zu einer bedarfsorientierten, aufeinander abgestimmten, integrierten Versorgung aller beteiligten intra- und extramuralen Leistungserbringer kommt. Ich möchte an dieser Stelle nur einige Stichwörter geben, welche die Perspektive dieser Entwicklung aufzeigen. Das meiste stellt für die psychiatrische Fachabteilung an Allgemeinkrankenhäusern in Österreich eine Selbstverständlichkeit dar, soll aber hier der Vollständigkeit halber Erwähnung finden.

Durch die Gründung eines Fördervereins, in dem Mitarbeiter der Klinik eine wesentliche Rolle spielen, kann eine Psychiatrische Abteilung wesentlich zur Belebung der „psychiatrischen Landschaft“ einer Region beitragen. U. a. kann solch ein Verein über kulturelle Veranstaltungen z. B. im Zusammenspiel mit der Kunsttherapie Begegnungen mit der Bevölkerung herstellen, er kann informativ wirken, einzelne Projekte der Abteilung fördern oder auch bedarfsorientiert z. B. durch die Gründung von Wohngemeinschaften im komplementären psychosozialen Bereich Fuß fassen. Niemals sollte hier Konkurrenz zu bestehenden psychosozialen Diensten entstehen, sondern stets das Füllen bestehender Lücken in der dringend notwendigen Versorgung psychisch Kranker die alleinige Motivation sein! Als Bindeglied zur Öffentlichkeit und zum extramuralen Bereich hat sich ein Förderverein stets sehr bewährt. Beispiele hierfür gibt es zuhauf.

Ein *Gemeindepsychiatrische Verbund* soll, wie im Strukturplan vorgesehen, alle Leistungserbringer auch aus dem komplementären psychosozialen Bereich an einen Tisch zusammenbringen. Hier können u.a. Angebote miteinander abgesprochen, Bedarfslücken festgestellt und ggf. an die Politik herangebracht werden. Die Bildung solch eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes oder Arbeitskreises ist auch dann sinnvoll, wenn, wie das in Oberösterreich geplant ist, über die Bezirkshauptmannschaften Bedarfskoordinatoren eingesetzt werden, die in Absprache mit den jeweiligen Leistungserbringern für einzelne Klienten mit besonders schwieriger Situation individuelle Hilfsbedarfspläne erstellen.

Wichtig ist auch eine enge Zusammenarbeit mit den jeweiligen *Psychosozialen Diensten*. So kommt z. B. an unsere Abteilung jede Woche einmal ein Vertreter aller Einrichtungen des örtlichen Psychosozialen Dienstes im Bezirk Braunau in unsere Frühkonferenz, um Informationen über gemeinsame Patienten auszutauschen. Die wei-

teren Möglichkeiten der Zusammenarbeit sind, wie in den verschiedenen Artikeln dieses Themenheftes dargelegt, vielfältig.

An dieser Stelle soll die notwendige aktive Einbindung der *Hausärzte* nicht unerwähnt bleiben. Sie sind zumindest in unserer Versorgungsregion sehr an Fortbildungen interessiert und übernehmen kompetent einen beträchtlichen Teil der psychiatrischen Nachsorge. Sie sollten im Rahmen der ambulanten Versorgung weiterhin mit eingebunden werden.

Nicht zu vergessen sind die *niedergelassenen Psychotherapeuten* in einer Region. Auch diese gehören zum Sozialpsychiatrischen Netz und werden häufig bei der Einbindung in das Gesamtsystem übergangen. Wie andere psychiatrische Fachabteilungen auch haben wir in Braunau bereits ein Treffen mit den Psychotherapeuten der Region abgehalten und wollen dies in jährlichen Abständen fortsetzen. Eine psychiatrische Fachabteilung stellt ein Akquisitionspotenzial für niedergelassene Therapeuten dar. Es scheint mir wichtig zu sein, eine Atmosphäre des Vertrauens zu schaffen, in der die einzelnen Psychotherapeuten ihre jeweiligen Kompetenzen, aber auch Grenzen offen legen und so eine gezielte Zuweisung ermöglichen. Wichtig ist, dass für alle klar ist, dass hier eine Win-Win-Situation vorliegt. Ziel wäre es, dass die Psychotherapeuten einer Region gemeinsam einen Versorgungsauftrag für sich wahrnehmen und dementsprechend ihren Bedarf an Weiterbildung untereinander abstimmen. Wenn es gelänge, für solche gezielten Fortbildungen auch externe Gelder zu akquirieren, würde dies die Zusammenarbeit unter den Psychotherapeuten zusätzlich fördern.

Die notwendige psychiatrisch-fachärztliche Präsenz außerhalb der Klinik, vor allem in Regionen mit wenig oder keinen niedergelassenen Psychiatern sowie da, wo das ambulante Arbeiten aus welchen Gründen auch immer stark eingeschränkt ist, sollte durch entsprechende *Honorarverträge* der Fachärzte mit Altenheimen, Behinderteneinrichtungen und psychosozialen Einrichtungen gewährleistet werden. Hier ist noch viel Überzeugungsarbeit zu leisten. Es dürfte noch ein Stück Weges sein, bis die einzelnen Institutionen in solch eine Versorgung investieren und dies auch als Vorteil für sich und ihre Klienten erkennen. Im Gesamtsystem ist solch eine Versorgung vor Ort in den Institutionen allemal kostengünstiger als eine stationäre Versorgung.

Auch eine möglichst breite *Gutachtertätigkeit* seitens der Fachärzte einer Abteilung im Bereich Sachwaltschaft ist sinnvoll, da man meiner Erfahrung nach hier an viele bisher unbehandelte, schwer psychisch kranke Menschen herankommt. Nicht selten folgen auf solche Kontakte ambulante und stationäre Aufenthalte und eine bessere Einbindung der jeweiligen Sachwalter.

Diese Honorararzt-, Supervision- und Gutachtertätigkeiten stellen einen Zuverdienst für die Fachärzte dar und sind dadurch, dass sie in das sozial-psychiatrische Gesamtsystem eingebunden sind, sicher sinnvoller als manch eine Wahlarztpraxis.

### Schlussfolgerungen

Ich denke, ich konnte deutlich machen, welche Herausforderungen auf eine regionalisierte psychiatrische

Fachabteilung zukommen. Der Artikel soll aber auch „Lust auf Abteilungspsychiatrie“ machen. Ich bin immer wieder über die positiven Rückmeldungen der Betroffenen erstaunt. Auch die Mitarbeiter solcher Abteilungen sind meinem Eindruck nach in hohem Maße zufrieden. Ich habe noch nie einen Kollegen getroffen, der sich von einer Psychiatrischen Abteilung nach einem Psychiatrischen Großkrankenhaus zurückgesehen hätte. Ich vermute, dass durch die Vielfältigkeit der Arbeit, die höhere Eigenverantwortlichkeit des Einzelnen und die größere Nähe zu den Menschen mit höherer personeller Kontinuität der Behandlung über verschiedene Behandlungssettings hinweg das eigene Berufsleben als besonders sinnerfüllt erlebt wird. Nicht zu unterschätzen ist auch das unterschiedliche Klima von Abteilungen, die relativ jung sind, meist schwarze Zahlen schreiben und an deren Zukunft niemand zweifelt, gegenüber älteren Nervenkrankenhäusern, die sich nicht selten in einer finanziell prekären Lage befinden und über deren Zukunft offen nachgedacht wird. Selbstverständlich ist es möglich, dass sich psychiatrische Großkrankenhäuser durch Abgabe von Betten an die Regionen sowie durch bauliche Neustrukturierung und Spezialisierungen gleichsam selbst regionalisieren und zukunftsfähig machen, wie dies in der Nervenambulanz Wagner-Jauregg in Linz in vorbildlicher Weise geschehen ist. Das Manko der fehlenden Integration in das Allgemeinkrankenhaus bleibt allerdings bei solchen sonst durchaus sinnvollen Entwicklungen bestehen.

## Literatur

1. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg) (2005) Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2006 – Entwurf – Wien
2. Bauer M (2001) Psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus oder Psychiatrisches Krankenhaus – das ist hier die Frage. Sozialpsychiatrische Informationen 31: 2–7
3. Cranach M v (2001) Über die Zukunft der Krankenhauspsychiatrie. Sozialpsychiatrische Informationen 31: 11–14
4. Miller C, Rinner H, Wancata J, Sulzenbacher H, Meise U (2004) Verändert die Regionalisierung der stationären psychiatrischen Behandlung die Inanspruchnahme? Neuropsychiatrie 18: 47–54
5. Rittmannsberger H, Leblhuber F, Silberbauer Ch, Windhager E (2002) Regionalisierte stationäre psychiatrische Versorgung in Oberösterreich. Neuropsychiatrie 16: 141–147
6. Weig W (2000) Stellungnahme zum „Positionspapier“ der Abteilungsleiter. Psychiatrische Praxis 27: 206–213
7. Weig W (2001) Worum geht es eigentlich bei der Fortführung der Psychiatriereform? Sozialpsychiatrische Informationen 31: 7–10
8. Weig W, Wolfersdorf N (1999) Das Profil Psychiatrischer Kliniken, Mitteilungen aus der Bundesdirektorenkonferenz Psychiatrischer Krankenhäuser (BDK). Krankenhauspsychiatrie 10: XIII–XVI
9. Weig W, Wolfersdorf M (1999) Das Profil Psychiatrischer Kliniken. Krankenhauspsychiatrie 10: XIII–XVI
10. Spancken E (2001) Abteilung oder Fachkrankenhaus – die falsche Front! Sozialpsychiatrische Informationen 31: 21–24
11. Auerbach P, Bauer M et al (2000) Perspektiven der Krankenhauspsychiatrie – Positionspapier des Arbeitskreises der Chefärzte und Chefärztinnen von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland. Beilage zur psychiatrischen Praxis 27: 1–12
12. Werner W (2001) Antworten eines Barfußpsychiaters. Sozialpsychiatrische Informationen 31: 15–17
13. Werner W (Hrsg) (1998) Auflösung ist machbar – vom Großkrankenhaus zur Dezentralisierung. Psychiatrie-Verlag, Bonn
14. Gastpar M (2000) Stellungnahme zum „Positionspapier“ der Abteilungsleiter. Psychiatrische Praxis 27: 3–10
15. Valdes-Stauber J (2005) Qualitätsmanagement in einer Psychiatrischen Institutsambulanz. Krankenhauspsychiatrie 16: 33–38
16. Valdes-Stauber J, Cranach M v (2005) Struktur und Entwicklung einer Institutsambulanz. Nervenheilkunde 24: 686–695
17. Amering M (2006) Wie könnte eine sinnvolle Frührehabilitation für an Schizophrenie Erkrankte in der Gemeinde aussehen? – Wege zu einem neuen Standard in der Gemeindepsychiatrie. Wien Med Wochenschr 156: ■■–■■■
18. Klug G (2006) Quo vadis Gerontopsychiatrie? Wege zu einem neuen „State of the Art“? Wien Med Wochenschr 156: ■■–■■■
19. Schmidt M (2006) Anforderungen an ein regionalisiertes medizinisches Versorgungssystem für Drogenabhängige. Wien Med Wochenschr 156: ■■–■■■
20. Kurz M (2006) Gemeindefnahe psychiatrische Versorgung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen – eine Vision. Wien Med Wochenschr 156: ■■–■■■
21. Lingg A, Theunissen G (2000) Psychische Störungen und Geistige Behinderung. Lambertus – Verlag Freiburg i. Br.
22. Schädle-Deiningner H (2005) Kleider machen Leute oder – was hat Dienstkleidung mit der Aufgabe von Beziehung, Alltags- und Milieugestaltung psychiatrischer Pflege zu tun? Psych Pflege Heute 11: 204–211
23. Bernardi O, Gerber HG (Hrsg) (2000) Psychiatrie mit offenen Türen. Offene stationäre Therapie in der Pflichtversorgung. Georg Thieme, Stuttgart
24. Brandl A, Müller W, Niederhofer H, König P (1995) Zuwendung ersetzt das Schloss. Krankenhauspsychiatrie 6
25. Jacobs A (1999) Die Wirkung der „offenen Tür“ auf die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter des Pflegedienstes einer psychiatrischen Akutstation. Facharbeit Stationsleiterlehrgang, Bildungswerk des Verbandes der bayerischen Bezirke, Kloster Irsee
26. Beine K, Engfer R, Bauer M (2005) Tageskliniken für Psychiatrie und Psychotherapie – Quo vadis? Psychiatrische Praxis 32: 321–323
27. Zinkler M (2006) Die Rolle der psychiatrischen Fachpflege in der gemeindepsychiatrischen Versorgung am Beispiel London? Wien Med Wochenschr 156: ■■–■■■
28. Pycha R (2006) Psychiatrische Versorgung aus einer Hand, das Beispiel Südtirol. Wien Med Wochenschr 156: ■■–■■■