

Ansprache von Herrn *Dr. Friedrich Leidinger* für den BApK
auf der Gemeinsamen Tagung der Bundesdirektorenkonferenz¹ (BDK) und der Arbeitsgemeinschaft der Chefarztinnen und Chefarzte Psychiatrischer Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern (ackpa), 24.09.2026 in Essen

Vor 26 Jahren resümierte Caspar Kulenkampff in seinem Grußwort zur Tagung der Aktion Psychisch Kranke „25 Jahre Psychiatrie-Enquête“ den Stand der Reform mit dem Satz: „die ‚Anstaltslobby‘ (...) verteidigte den Bestand der 130 Häuser mit Zähnen und Klauen.“

Auch die organisierte Selbsthilfe der Angehörigen psychisch Kranker ist aus der Kritik an den Zuständen in den psychiatrischen Anstalten und explizit auch aus der Kritik an der Haltung jener, die von Berufs wegen für die Hilfe bei psychischen Krankheiten zuständig waren, entstanden. Das Interesse an einer Fortsetzung der Reform, die mit der Enquête vor über 50 Jahren in Gang gesetzt wurde, liegt also in der DNA der Angehörigenbewegung.

Aus Sicht der Angehörigen möchte ich mich hier auf vier Aspekte konzentrieren.

1. Das psychiatrische Krankenhauswesen steht vor neuen Umbrüchen.

In England und Wales wurden in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts etwa 130 große psychiatrische Fachkliniken geschlossen, ihre Aufgaben an kleine, gemeindenahe Abteilungen oder Fachkliniken übertragen und die Liegenschaften neuen Zwecken zugeführt oder gänzlich abgewickelt.

Demgegenüber haben die großen Fachkrankenhäuser in Deutschland ein bemerkenswertes Beharrungsvermögen gezeigt. Es war aber wohl nicht allein der hinhaltende Widerstand der Anstaltsdirektoren, ihrer Träger und ihrer politischen Fürsprecher, sondern auch die deutliche Abneigung der meisten Träger der Allgemeinkrankenhäuser gegen eine psychiatrische Abteilung in ihren Häusern. In vielen Fällen ermöglichte erst Existenznot die Gründung einer psychiatrischen Fachabteilung, weil wegen des demografischen Wandels geburtshilfliche oder pädiatrische Abteilungen leer standen und der medizinische Fortschritt den Bedarf an Krankenhausbetten bei sinkenden Verweildauern kräftig senkte.

Trotz mancher Hemmnisse hat die Reform der psychiatrischen Krankenhäuser Fortschritte gemacht. Inzwischen kann die Bevölkerung an mehr als 400 Allgemeinkrankenhäusern die Dienste einer psychiatrischen Klinik oder Fachabteilung in Anspruch nehmen. In NRW betrifft das ungefähr die Hälfte der Einwohner.

Und auch die ehemaligen Anstalten haben eine Entwicklung im Sinne einer gemeindepsychiatrischen Orientierung durchlaufen, wenngleich ich hier meinen persönlichen Eindruck nicht verhehlen kann, dass auf diesem Wege noch einiges aufzuholen ist. Dazu gehört auch die Konzentration auf die wesentlichen Aufgaben stationärer psychiatrischer Behandlung. Spezialstationen für „Burn-out“ und ähnliche Angebote gehören wohl kaum dazu.

Immer noch liegt die Zahl der psychiatrischen Krankenhausbetten in Deutschland weit über dem Durchschnitt vergleichbarer Länder bei enormen regionalen Unterschieden. Seit Jahren führen wir eine fachliche und politische Debatte über die Ambulantisierung psychiatrischer Leistungen. Fachlich spricht alles dafür, ökonomische Gründe ebenfalls. Ich erinnere nur daran, dass bei dem bereits jetzt gegebenem und in Zukunft noch

¹ Konferenz der Ärztlichen Direktorinnen und Direktoren der Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychotherapie

zunehmendem Fachkräftemangel ambulante Hilfen wesentlich ressourcenschonender organisiert werden können.

Wir müssen allerdings auch den Fortschritt verteidigen, den die Integration eines Krankenhauses in das gemeindepsychiatrische Netzwerk bedeutet. In der somatischen Medizin mag es vorteilhaft sein, bestimmte medizinische Leistungen mit einem hohen Anteil technisch-operativer Interventionen, zu zentralisieren. Das trifft jedoch nicht für die Psychiatrie zu, bei der vor allem Beziehungsaspekte im Vordergrund stehen.

Die Psychiatrie mit ihrem Potential für sektorübergreifende Hilfemodelle sollte die anstehenden Reformen des Krankenhauswesens in Deutschland kreativ für neue Ansätze nutzen. Eine gute Voraussetzung dafür ist die Integration in den gemeindepsychiatrischen Verbund.

2. Bereits vorhandene Handlungsräume sollten besser genutzt werden.

Als 1975 der Bericht der Enquête-Kommission dem Deutschen Bundestag zugeleitet wurde, war die erste Reaktion des Gesetzgebers der § 368 n Abs. 3 RVO. Er trat 1976 in Kraft und verpflichtete die Kassenärztlichen Vereinigungen, die psychiatrischen Fachkrankenhäuser zur ambulanten Versorgung zuzulassen. Einige werden sich erinnern, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen viel Phantasie und juristische Mühen aufwendeten, um die Umsetzung dieser Norm zu torpedieren. 1986 wurden auch die psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern einbezogen und 1989 die Vorschrift über die Institutsambulanz in den § 118 des V. Sozialgesetzbuches übernommen.

Mit dieser Norm war die sektorale Fragmentierung zwischen ambulant und stationär für die Psychiatrie per Gesetz überwunden.

Aber wie ist die Realität? In vielen Fällen werden die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) wie eine vertragsärztliche Praxis geführt. Die Leistungen sind höchst unterschiedlich. Selbst in Krisen und Notfällen werden Termine oft erst nach Wochen und Monaten vergeben. An vielen Orten ist es leichter, per PsychKG in einer psychiatrisches Bett zu kommen, als einen kurzfristigen ambulanten Termin zu erhalten.

Oder Hausbesuche?! Ja, tatsächlich! Der psychiatrische Hausbesuch gehörte einmal zu den Leistungen einer gemeindepsychiatrisch orientierten Institutsambulanz. Vor über 30 Jahren war er sogar Thema einer Habilitationsschrift an der Medizinischen Hochschule Hannover.

Wer nutzt seine PIA, um einen stationären Behandlungsauftrag vor der Aufnahme zu klären? Oder um den Patienten auch während des stationären Aufenthaltes von den ihm vertrauten Therapeuten oder Ärzten weiter betreuen zu lassen? Wo ist die Ambulanz darauf vorbereitet, in Krisen ein wirksames Angebot zu machen?

PIA bedeutet, das ganze Krankenhaus ist zur ambulanten Versorgung ermächtigt. Damit bietet die PIA die gesetzliche Grundlage, um eine der Kernforderungen der Psychiatriereform endlich zu realisieren, die Kontinuität in der persönlichen Betreuung gerade besonders verletzlicher, chronisch und schwer erkrankter Menschen. Ich spreche hier von den Menschen, mit zahlreichen stationären Behandlungsepisoden und Behandlungsabbrüchen, Menschen, die in den gemeindepsychiatrischen Einrichtungen durch alle Raster fallen, die schließlich auf der Straße, in der Forensik oder im Knast landen.

Die Ermächtigung der psychiatrischen Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung war ein Meilenstein auf dem Weg der Reform. Aber diesen Meilenstein haben noch längst nicht alle Kliniken erreicht.

Ich gebe zu, dass es dazu auch einer besseren Vergütung bedarf, aber die gesetzlichen Krankenkassen haben in der Vergangenheit wiederholt ihre Bereitschaft signalisiert, entsprechende Konzepte, die auch eine Verlagerung von stationären Angeboten in den ambulanten Sektor vorsehen, zu unterstützen.

Die Angehörigen haben den dringenden Wunsch nach Kontinuität und Zuverlässigkeit in der Betreuung für ihr erkranktes Familienmitglied. Ein Abbruch von stützenden Beziehungen mit allen seinen negativen Konsequenzen an der Grenze zwischen dem ambulanten und stationären Sektor muss der Vergangenheit angehören.

3. Reden wir über Zwang!

In Nordrhein-Westfalen wurden im Jahr 2020 nach Mitteilung der Landesregierung landesweit ca. 18.000 Personen untergebracht, das entspricht 102 pro 100.000 Einwohner². Die Unterbringungshäufigkeit variiert je nach Landkreis oder Stadt erheblich (10 – 190). Traditionell hohe Werte haben die Großstädte Köln und Bonn oder die Stadt Solingen. Deutlich unter dem Durchschnitt liegen einige Ruhrgebietsstädte. Etwa 5000 Unterbrachte wurden fixiert (28/100.000) und 1500 wurden zwangsweise mit Medikamenten behandelt. Die jährliche Häufigkeit von Zwangsbehandlungen je nach Einrichtung variiert zwischen 0 und 800. In Kliniken mit einer aktiven Partizipation von Selbsthilfe-Organisationen (Angehörige und Betroffene) z.B. durch fallübergreifende Erörterungen (Trialog-Foren) oder Mitarbeit (Ex-In) sind besonders niedrige Zwangsbehandlungsraten zu finden³. Auch die Anwendung von Zwangsmaßnahmen wie Fixieren, Isolieren oder Zwangsmedikation ist in diesen Einrichtungen um ein Vielfaches seltener als in Krankenhäusern ohne Beteiligung von Nutzern und Angehörigen. Nach Erkenntnissen der Bundesärztekammer hängt die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen vor allem von institutionellen Variablen und nicht von Eigenschaften des betroffenen Patienten ab.⁴

Etwa die Hälfte der psychiatrischen Krankenhäuser in NRW kommen ohne „geschlossene“ Station aus⁵. Darunter sind sowohl psychiatrische Fachabteilungen wie am Marienhospital in Hamm oder in Herne-Eickel als auch Fachkrankenhäuser wie die LWL-Klinik Marsberg, das älteste psychiatrische Krankenhaus in Westfalen. Das PsychKG schreibt seit 1998 in § 10 Absatz 2 Satz 3 vor: *Die Krankenhäuser haben durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass sich die Betroffenen der Unterbringung nicht entziehen. Die Unterbringung soll so weitgehend wie möglich in offenen Formen durchgeführt werden.*

Erfahrungsberichte belegen, dass nach Öffnung der Akutstation die Atmosphäre spürbar entspannter und gelassener war. Eine internationale Vergleichsstudie geschlossener und offener psychiatrischer Stationen konnte keinen Unterschied in der Häufigkeit von Suiziden oder Entweichungen feststellen⁶.

² MAGS NRW: IV 4 - G 0517.01 vom 13.01.2021

³ Leidinger F: Erfahrungen mit der Staatlichen Besuchskommission nach § 23 PsychKG (unveröff.)

⁴ Bundesärztekammer (2013): Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer. Dtsch Ärztebl 2013; 110(26): A-1334 / B-1170 / C-1154

⁵ Schätzung aufgrund persönlicher Kenntnis im Rahmen der Tätigkeit als psychiatrischer Sachverständiger der Staatlichen Besuchskommissionen nach § 23 PsychKG

⁶ Huber C et.al.: Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15 year observational study. The Lancet. Volume 3, Issue 9, P842-849 (September 2016)

Die Öffnung einer psychiatrischen Station wirkt sich auf das therapeutische Milieu positiv aus, fördert personenbezogene Betreuungsstile und vermeidet eine Stigmatisierung sowohl der Patienten als auch der Angehörigen. Das macht den Handlungsbedarf in Kliniken, die noch eine geschlossene Station betreiben, deutlich.

4. Reden Sie mit Angehörigen!

Die Psychiatrie steht vor neuen Herausforderungen und die Rahmenbedingungen für den Erhalt und den Ausbau notwendiger Hilfen werden tendenziell schwieriger.

Sie als fachlich Verantwortliche werden mehr denn je Bündnispartner brauchen, um bei den politischen Entscheidern in Kommune, Land und Bund die Unterstützung zu erhalten, die Sie brauchen.

Die Erfahrung der zurückliegenden Jahrzehnte zeigt, dass Angehörige und Betroffene einen konstruktiven Beitrag zur Weiterentwicklung des psychiatrischen Hilfesystems leisten können. Ich möchte Sie daher ermutigen, den Dialog mit den Angehörigen zu suchen und dialogische Formate für die Konzeption Ihrer Einrichtungen zu entwickeln.