

# sozialpsychiatrische informationen

Sonderdruck

Wie funktionieren Gemeindepsychiatrische Zentren?

Stresstest für die Kooperation zwischen Versorgungsklinik und Sozialpsychiatrischem Dienst

## Ein mitmenschlicher Stützpunkt zwischen System und Lebenswelt Persönlicher Rückblick auf die Geschichte der Sozialpsychiatrischen Poliklinik Hannover-List

Autor: Hermann Elgeti  
Seiten 3–8

**Zusammenfassung** Die Sozialpsychiatrische Poliklinik List der Medizinischen Hochschule Hannover integrierte über Jahrzehnte die Aufgaben eines Sozialpsychiatrischen Dienstes und einer ausgelagerten Klinikambulanz in einem Arbeiterteam. Bis zu ihrer Auflösung 2013 war sie zuständig für ein innenstadtnahes Gebiet von rund 70.000 Einwohnern. Das dort erstmals in Deutschland praktizierte Versorgungskonzept wurde vielfach beforscht und gab Impulse für ähnliche Reformen andernorts, so in Emden, Leipzig, Mönchengladbach und Bremen. Aus langjähriger Mitwirkung beschreibt der Autor Geschichte, Strukturen, Arbeitsprozesse und Ergebnisse dieser Modelleinrichtung. Zum Schluss wird zusammengefasst, was man daraus für die Zukunft lernen kann.

ISSN 0171 - 4538

**Verlag:** Psychiatrie Verlag GmbH, Ursulaplatz 1,  
50668 Köln, Tel. 0221 167989-11, Fax 0221 167989-20  
www.psychiatrie-verlag.de, E-Mail: verlag@psychiatrie.de

**Erscheinungsweise:** Januar, April, Juli, Oktober

**Abonnement:** Print für Privatkunden jährlich 39,- Euro einschl. Porto, Ausland 38,- Euro zzgl. 15 Euro Versandkostenpauschale. Das Abonnement gilt jeweils für ein Jahr. Es verlängert sich automatisch, wenn es nicht bis zum 30.9. des laufenden Jahres schriftlich gekündigt wird. **Bestellungen nimmt der Verlag entgegen.**

**Redaktionsanschrift:** beta89, Günther-Wagner-Allee 13, 30177 Hannover

**Redaktionssekretariat:** Peter Weber  
Tel. 0511 1238282, Fax 0511 1238299  
E-Mail: si@psychiatrie.de

**Redaktion:**  
Peter Brieger, Kempten  
Michael Eink, Hannover  
Hermann Elgeti, Hannover  
Helmut Haselbeck, Bremen  
Gunther Kruse, Langenhagen  
Sibylle Prins, Bielefeld

Kathrin Reichel, Berlin  
Renate Schernus, Bielefeld  
Ulla Schmalz, Düsseldorf  
Ralf Seidel, Mönchengladbach  
Annette Theißing, Hannover  
Samuel Thoma, Berlin  
Peter Weber, Hannover  
Dyrk Zedlick, Glauchau



Autor: Hermann Elgeti



## Ein mitmenschlicher Stützpunkt zwischen System und Lebenswelt

### Persönlicher Rückblick auf die Geschichte der Sozialpsychiatrischen Poliklinik Hannover-List

**Zusammenfassung** Die Sozialpsychiatrische Poliklinik List der Medizinischen Hochschule Hannover integrierte über Jahrzehnte die Aufgaben eines Sozialpsychiatrischen Dienstes und einer ausgelagerten Klinikambulanz in einem Mitarbeiterteam. Bis zu ihrer Auflösung 2013 war sie zuständig für ein innenstadtnahes Gebiet von rund 70.000 Einwohnern. Das dort erstmals in Deutschland praktizierte Versorgungskonzept wurde vielfach beforscht und gab Impulse für ähnliche Reformen andernorts, so in Emden, Leipzig, Mönchengladbach und Bremen. Aus langjähriger Mitwirkung beschreibt der Autor Geschichte, Strukturen, Arbeitsprozesse und Ergebnisse dieser Modelleinrichtung. Zum Schluss wird zusammengefasst, was man daraus für die Zukunft lernen kann.

#### Eine Universitätsklinik will Gemeindepsychiatrie wagen (1967–1973)

Die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) wurde im Frühjahr 1965 als bis heute jüngste medizinisch-universitäre Einrichtung in Deutschland gegründet. Die konzeptionelle Ausrichtung der Psychiatrie an der MHH erhielt ihre Prägung durch das Wirken von Karl-Peter Kisker (1926–1997). Er wurde 1966 berufen, um die ersten Studenten in medizinischer Psychologie zu unterrichten und dafür zu sorgen, dass die Psychiatrische Klinik nach den Erfordernissen moderner Behandlungsweisen aufgebaut wurde. Kisker kam aus Heidelberg, dem Mekka der Psychopathologie, war auch philosophisch ausgebildet und habilitierte mit einer Stu-

die zum Erlebniswandel schizophrener erkrankter Menschen (1). Ihm ging es um die unvoreingenommene Begegnung mit den seelisch erkrankten Menschen, um den Dialog mit ihnen und die Anerkennung ihrer Erfahrungen (2).

Zur breiten klinischen und wissenschaftlichen Kompetenz trat bei Kisker die Suche nach Wegen, auf denen die Zementierung psychischen Leidens durch soziale Entwertung und Ausgrenzung zu verhindern wäre (3). Mit seiner psychotherapeutischen Grundhaltung und seinem Engagement für eine Psychiatrie mitten in der Gesellschaft prägte er Angehörige aller Berufsgruppen, die bei ihm lernten und mit ihm arbeiteten. In diesem Klima wurden Krankenschwestern und Ärzte, Sozialarbeiterinnen und

Ergotherapeuten gleichermaßen ermutigt, ihren eigenen Stil zu entwickeln und im multiprofessionellen Team partnerschaftlich zusammenzuarbeiten. Ihr persönlicher Einsatz mit Herz und Verstand sorgte dafür, dass die MHH-Psychiatrie über vier Jahrzehnte für sehr viele Hilfsbedürftige in großer seelischer Not ein zuverlässiger mitmenschlicher Stützpunkt war. Mit dem Bezugstherapeutesystem übernahm jeder therapeutische Verantwortung, über das Tandemprinzip war die ärztliche Zuständigkeit klar geregelt und gewährleistete einen interdisziplinären Blick auf den Einzelfall.

Die neue Ausrichtung psychiatrischer Krankenversorgung, Lehre und Forschung erhielt damals viel Rückenwind durch die sich ausbreitenden Forderungen nach sozial- und ge-

sellschaftspolitischen Reformen in Deutschland. Hannover galt späteren Kritikern der Psychiatriereform als halbwegs gelungenes Beispiel einer »Reform aus der Klinik« (4). Die Psychiatrie war, wie die gesamte MHH, zunächst Gast anderer Einrichtungen, da bei Gründung der MHH die Bauarbeiten auf dem Campus noch nicht einmal begonnen hatten. Das Niedersächsische Landeskrankenhaus (NLKH) Wunstorf stellte eine 36-Betteneinheit zur Verfügung; dort sammelte man ab 1967 erste Erfahrungen mit therapeutischer Gemeinschaftsbildung, vornehmlich in der Arbeit mit chronisch psychotisch erkrankten Menschen (5, 6). In der hannoverschen Innenstadt begann eine Poliklinik in Räumen der Kommunalverwaltung in der Königstraße mit ambulanter Vor- und Nachsorge, ein neu gegründeter Hilfsverein widmete sich der rehabilitativen Arbeit in therapeutischen Wohngemeinschaften.

Eine im Auftrag von Kisker durchgeführte Untersuchung informierte mit Stand Ende 1967 über die psychiatrischen Dienste im Großraum Hannover, wobei die Stadt damals rund 550.000 und der Landkreis 220.000 Einwohner umfasste (7). Die Gesundheitsämter der beiden Kommunen unterhielten zu diesem Zeitpunkt nur je eine personell mager ausgestattete psychohygienische Beratungsstelle, geleitet von einem Psychiater, der für Zwangseinweisungen nach dem Unterbringungsgesetz (SOG) zuständig war (8). Neben dem NLKH gab es im Landkreis noch die städtische Nervenklinik Langenhagen und die privat geführten Wahrenndorff'schen Anstalten.

1972 bezog die MHH-Psychiatrie »ihre« Klinik mit 117 Betten und 20 Tagesklinikplätzen, integriert in den Gesamtkomplex der Hochschulmedizin und doch auch den speziellen Bedürfnissen ihrer Patienten raumplanerisch Rechnung tragend. Das Engagement für eine gemeindepsychiatrische Sektorversorgung blieb nach dem Umzug erhalten. Als damals erste und lange Zeit einzige Universitätsklinik übernahm sie eine Aufnahmeverpflichtung für ein Teilgebiet der Stadt; 1979 wurden dann die Einzugsgebiete aller vier Kliniken im Großraum Hannover einvernehmlich festgelegt. Die MHH-Psychiatrie unterstützte die Stadt beim Aufbau von fünf dezentralen Beratungsstellen des künftigen Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi); eine davon wurde 1972 mit Beteiligung von MHH-Personal im Stadtteil List eingerichtet. Das Jahr 1972 markiert den Beginn einer bis 2014 währenden Kooperation mit der Stadt

bzw. Region Hannover im Einzugsgebiet der MHH-Klinik (9).

Damals fehlte es in allen Berufsgruppen an qualifiziertem Personal, das auf die Herausforderungen einer zeitgemäßen psychiatrischen Krankenversorgung in Klinik und Ambulanz vorbereitet war. Deshalb engagierte sich Kisker mit seinen Mitstreitern von Anfang an nicht nur im Studentenunterricht und in der Facharztweiterbildung. Aus der sofort gestarteten psychotherapeutischen Qualifizierung des ärztlichen und psychologischen Personals erwuchs eine 1976 institutionalisierte Weiterbildung mit tiefenpsychologischem Schwerpunkt. Für alle anderen Berufsgruppen startete 1969 eine eigene Lehranstalt für sozialpsychiatrische Zusatzausbildung (SPZA) ihren ersten zweijährigen berufsbegleitenden Kurs mit staatlich anerkanntem Abschluss. Beide Angebote wurden später auch externen Interessenten zugänglich gemacht.

#### **Ambulanzarbeit und Sektorprinzip treten in den Fokus (1974–1980)**

So war der Grundstein für die gemeindepsychiatrische Orientierung der hannoverschen Universitätspsychiatrie schon gelegt, als 1974 Erich Wulff (1926–2010) in der Rolle eines Mitdirektors der Psychiatrischen Klinik die Leitung der Abteilung Sozialpsychiatrie übernahm. Wulff hatte an der Universitätsklinik Gießen Reformen des Stationsmilieus in Gang gesetzt und sich mit seinen Publikationen als Linksintellektueller positioniert (10). Bekannt wurde er vor allem mit dem unter Pseudonym veröffentlichten Bericht über seinen Einsatz an der Universität Hué in Südvietnam zwischen 1961 und 1967 (11). Zu Beginn meines Medizinstudiums hörte ich im Januar 1975 seine Antrittsvorlesung über »Therapeutische Gemeinschaft und Sektorprinzip« im voll besetzten großen Hörsaal der MHH (12). Ein Motor der dynamischen Entwicklung in Hannover während der 1970er-Jahre war Manfred Bauer, der auch für die Sachverständigenkommission des Bundestages zur Lage der Psychiatrie tätig war (13). Bauer war 1969 mit Mark Richartz und Alfred Drees zu Kisker an die MHH gekommen, seine Habilitationsschrift »Sektorisierte Psychiatrie« unterstützte die Forderungen der Psychiatrie-Enquete mit viel Datenmaterial (14).

Ein nächster Meilenstein der gemeindepsychiatrischen Orientierung der MHH war 1977 der Umzug der Beratungsstelle List

in die Walderseestraße, unter ein Dach mit weiterem Personal aus der MHH-Poliklinik und einer Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche (15). Die Gelegenheit dazu bot der Start eines Projekts zur Erprobung einer dezentral arbeitenden, integrierten Beratungsstelle für Erwachsene, Kinder und Jugendliche. Die Förderung erfolgte von 1977 bis 1980 im Rahmen des bundesweiten Modellverbunds »Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung« (16). Oberarzt der nun auch »Poliklinik II« genannten MHH-Außenstelle in der Walderseestraße wurde 1978 Helmut Haselbeck, der gemeinsam mit Bauer das Projekt leitete.

Am Modellverbund waren elf Projekte beteiligt; ein gemeinsamer Erfahrungsbericht für die Jahre 1976–1979 vermittelt sehr anschaulich die ersten Gehversuche der Psychiatriereform nach der Enquete von 1975 (17). Die Zielsetzungen waren Öffentlichkeitsarbeit und Prävention, Einbeziehung von Selbsthilferessourcen und Laienhilfe, integrierte Hilfsangebote mit einem multiprofessionellen Team und mit einer regionalen Versorgungsverpflichtung. Bei den Arbeitsformen ging es um die Mobilität der Helfer und eine personengebundene Betreuung, um Gleichberechtigung im Team, Situations- und Problemorientierung sowie die Verknüpfung von Fall- und Verbundarbeit.



*Walderseestraße 1 – Standort der Sozialpsychiatrischen Poliklinik List der Medizinischen Hochschule Hannover von 1977 bis 2006*

Diese Grundsätze wurden in der Poliklinik List eingeübt, den lokalen Bedingungen angepasst und zu einem tragfähigen Ge-

samtkonzept verknüpft. Dreimal pro Woche fand eine einstündige Teamkonferenz statt. Hausbesuche und Gruppenarbeit waren ebenso selbstverständlich wie Behördengänge mit Betroffenen und regelmäßige Fallkonferenzen mit Vertretungen der Reha-Kostenträger; selbst Urlaubsreisen mit Patientengruppen waren nicht tabu. Das gab dem Team für die folgenden 30 Jahre eine gemeinsame Identität und half später auch neuen Teammitgliedern bei ihrer Orientierung im komplexen Arbeitsfeld.

Zur gleichen Zeit veränderte die MHH-Psychiatrie ihre Klinikstruktur: Sie teilte 1977 ihr Einzugsgebiet (Code: III) in zwei Sektoren. Statt einer »therapeutischen Kette« von geschlossener und offener Aufnahme-Station, Selbstzahler- und Rehabilitationsstation gab es nun »Regelstationen«, je zwei waren für einen Sektor zuständig. Das nach dem Ideengeber sogenannte »Rockstroh-Modell« sorgte in Verbindung mit dem Bezugstherapeutensystem für mehr Kontinuität in den Beziehungen zwischen Klinikpersonal und Patientengruppe. Die Abteilung Klinische Psychiatrie unter Kisker übernahm den Sektor Ost (III B) mit dem MHH-Campus, die Abteilung Sozialpsychiatrie unter Wulff den näher an der Innenstadt gelegenen Sektor Nord (III A), in dem die Poliklinik List lag. In der Folgezeit erhielten einige Schüler von Kisker und Wulff Gelegenheit, die in Hannover gewonnenen Erfahrungen andersorts anzuwenden: 1977 ging Richartz nach Maastricht, 1979 Helmut Krüger nach Emden, 1980 Bauer nach Offenbach und 1984 Ralf Seidel nach Mönchengladbach.

Die Restrukturierung der Klinik 1977 legte einen Umbau auch im ambulanten Bereich nahe: Was sprach dagegen, die bisher örtlich getrennt geleistete Vorsorge (Poliklinik Campus) und Nachsorge (Poliklinik List) an beiden Standorten für je einen Sektor zusammenzuführen? 1978 öffnete sich dafür ein Weg, nachdem der Landtag das erste Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NdsPsychKG) verabschiedet hatte. Es forderte für jede Kommune einen SpDi unter fachärztlicher Leitung und enthielt die Möglichkeit, die Aufgabe in einem öffentlich-rechtlichen Vertrag einem freien Träger zu übergeben. Davon machten 1980 die Stadt Hannover und die MHH für deren Einzugsgebiet Gebrauch, als die Beratung für Kinder und Jugendliche in der Walderseestraße nach Abschluss der Projektförderung beendet werden musste. Nach Gründung der Region Hannover im November 2001 war diese anstelle der Stadt

zuständig; allerdings wurde der Vertrag erst Anfang 2006 entsprechend angepasst.

Die Zusammenführung hoheitlicher Aufgaben eines SpDi bei Zwangseinweisungen mit therapeutischer Alltagsarbeit stieß zunächst auf den massiven Widerstand des Mitarbeiterteams in der Poliklinik List. Aber Wulff als Abteilungsleiter ordnete es an – ein einmaliger Fall in seiner 20-jährigen Amtszeit. Nach dieser Strukturänderung haben alle schnell die positiven Aspekte einer Integration dieser Funktionen in ihre alltägliche Arbeit selbst erlebt. Sie waren nun überzeugt, dass so am ehesten Zwangsmaßnahmen auf das absolut Notwendige begrenzt, qualifiziert begleitet und therapeutisch bewältigt werden könnten, mithilfe der gemeinsamen Erfahrung und im fortgesetzten Dialog mit den betroffenen Menschen.

Die MHH-Psychiatrie erhielt von der Stadt für die Übernahme der SpDi-Aufgaben im Einzugsgebiet ihrer Klinik eine Sozialarbeiter-Vollzeitstelle (ab 2006 waren es zwei) und konnte die großzügigen Räumlichkeiten in der Walderseestraße mietfrei nutzen. Sie verteilte diese Aufgaben auf die Poliklinik Campus für den Sektor Ost und die Poliklinik List für den Sektor Nord, dessen Einwohnerzahl 1978 rund 75.000 betrug, danach lange Zeit rückläufig war und seit 2004 wieder ansteigt.

#### **Eine Poliklinik lernt den mühsamen Alltag kennen (1981–1993)**

Die beiden Polikliniken der MHH wurden personell gut ausgestattet: Jeweils ein Oberarzt führte ein Team mit 3,0 Vollzeitkräften (VK) im ärztlichen Dienst, 3,5 VK im sozialpädagogischen Dienst sowie je 1,0 VK in der Krankenpflege und im Verwaltungsdienst. Dabei muss man berücksichtigen, dass die Ärztinnen und Ärzte mit einem erheblichen Anteil ihrer Arbeitszeit im klinischen Bereitschaftsdienst und in der Weiterbildung, in der Forschung und im Studentenunterricht beschäftigt waren. Die Poliklinik Campus hatte eine Arztstelle mehr, weil sie auch für die zentrale Notaufnahme auf dem Campus der MHH zuständig war. Der Sozialdienst für die Stationen wurde vollständig von den Kolleginnen und Kollegen der Polikliniken wahrgenommen. Zusätzlich wurde in der Poliklinik List eine ambulante Ergotherapie (1,0 bis 1,5 VK) mit zehn Halbtagsplätzen für Arbeitsdiagnostik und stufenweise Belastungsproben aufgebaut.

Zwei Oberärzte in der List nahmen in ihren Habilitationsarbeiten den Alltag der von ihnen geleiteten Poliklinik ins Visier: Haselbeck evaluierte die ambulante Langzeitbetreuung chronisch schizophrener Menschen (18), Pfefferer-Wolf entwickelte auf Basis einer Feldstudie zur Sprache und Praxis der Akteure Umrisse einer Theorie der Sozialen Psychiatrie (19). Ich selbst begann 1984 meine psychiatrische Weiterbildung in der Abteilung Sozialpsychiatrie; mein Interesse galt neben Psychotherapie und Arbeitsrehabilitation auch der Versorgungsforschung (20, 21).

Die Abteilung Sozialpsychiatrie hielt bei schrittweise zunehmender Arbeitsbelastung in Klinik und Ambulanz an der integrierten und sektorbezogenen Krankenversorgung fest. Die Abteilung Klinische Psychiatrie dagegen öffnete sich dem Trend zur Spezialisierung, verbunden mit einer Aufweichung des Sektorprinzips: 1981 öffnete eine Station für Suchtkranke, 1983 eine gerontopsychiatrische Station, 1985 in der Poliklinik Campus eine Psychotherapie-Ambulanz. Die Teilnahme der beiden MHH-Polikliniken an den monatlichen Dienstbesprechungen der SpDi-Beratungsstellen von Stadt und Landkreis Hannover ließ vor 1989 zu wünschen übrig. Umgekehrt weigerte sich die Stadt bis 1996 viele Jahre lang, dringliche Renovierungsarbeiten an der sympathischen, aber ziemlich heruntergekommenen Jugendstilvilla vorzunehmen, in der die Poliklinik List untergebracht war.

Als neues Redaktionsmitglied der Zeitschrift »Sozialpsychiatrische Informationen« durfte ich 1987 ein Heft zu »20 Jahre Psychiatrie an der Medizinischen Hochschule Hannover« zusammenstellen und darin auch selbst eine kritische Bilanz ziehen (22). Zum 60. Geburtstag von Kisker und Wulff im selben Jahr erschienen zwei Bücher mit umfangreichem Material zu dem mutigen Reformprojekt, nachdem die beiden nun allmählich ermüdenden Kapitane kurz vorher ihr Wirken selbst zusammengefasst hatten (23). Im Enke-Verlag kam der Band »Psychiatrie in Hannover – Strukturwandel und therapeutische Praxis in einem gemeindenahen Versorgungssystem« heraus (24). Sozusagen links davon veröffentlichte der Argument-Verlag den Band »Fremde Nähe – Festschrift für Erich Wulff« (25). Unter den Universitätskliniken blieb Hannover mit seiner gemeindepsychiatrischen Orientierung immer das Schmutzkind, in einem Boot mit ihrem DDR-*Pendant* in Leipzig unter Klaus Weise, zu dem es schon lange eine freundschaftliche Verbindung gab (26).

Der Wind des psychiatrischen Zeitgeistes hatte sich schon wieder gedreht (27): In den 1980er-Jahren baute die pharmazeutisch-technische Industrie ihren Einfluss auf dem internationalen, US-amerikanisch dominierten Wissenschaftsbetrieb aus. Die Implosion des sowjetisch beherrschten Ostblocks 1989 bis 1991 brachte nicht nur den dort vorher fest verschraubten Staaten viele neue Freiheiten, sie beseitigte auch für den Westen die Systemkonkurrenz und führte zu einem entzögerten Kapitalismus. Das Soziale geriet zusammen mit dem Sozialismus in Verruf. In Hannover wollte die MHH-Spitze die Abteilung Sozialpsychiatrie nach der Emeritierung von Wulff abwickeln und für Kisker unbedingt einen Nachfolger, der für klinische Studien mit Pharmakologen und Radiologen zu haben war. Nur mit größter Mühe engagierter Reformkräfte und dem entschiedenen Einsatz der seit 1990 sozialdemokratisch geführten Landesregierung gelang schließlich ein Kompromiss: Hinderk Emrich wurde 1993 Nachfolger des 1991 verabschiedeten Kisker, dafür kam Machleidt im April 1994 für Wulff, der solange die Stellung gehalten hatte.

Nicht zu vergessen ist beim Rückblick auf diese Zeit das allmähliche Eindringen der neuen Bürotechnologien in die Alltagsarbeit. Das fing wohl 1986 an mit dem Faxgerät und führte noch vor der Jahrtausendwende zur Ausstattung aller Arbeitsplätze mit einem PC. Ihre Verkabelung mit Anschluss an das Intranet der MHH erfolgte erst 2006 mit dem unumgänglichen Umzug aus der geliebten Jugendstilvilla in der Walderseestraße in einen modernisierten Bürokomplex in der Podbielskistraße (Grammophon-Park).

### **Ziele zur Qualität und Ökonomie machen viel Druck (1994–2008)**

Die Abteilung Sozialpsychiatrie konnte 1994 noch einmal neu Fahrt aufnehmen, geriet aber mit der Abteilung Klinische Psychiatrie unter den Profilierungsversuchen der neuen Leiter in eine zunächst ungewohnte und unangenehme Konkurrenz. Pfefferer-Wolf wechselte als stellvertretender Abteilungsleiter in die Klinik, ich wurde Oberarzt in der Beratungsstelle Walderseestraße, die nun endlich den ihr zustehenden Namen »Sozialpsychiatrische Poliklinik« erhielt. Wulff hatte sich bei seinem Abschied von mir gewünscht, neue Impulse für die Arbeit im Sektor zu setzen. Gleichzeitig wollte ich aber auch dafür sorgen, dass

diese nicht mehr von der Subventionierung durch die Klinik abhängig war.

Emrich und Machleidt waren bereit, die ihnen von der Kassenärztlichen Vereinigung erteilten Behandlungsermächtigungen für sozialpsychiatrische Problempatienten gegen eine Institutsermächtigung nach § 118 SGB V (PIA) einzutauschen. Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) stimmte zu, und so verbesserte sich ab Oktober 1996 die Refinanzierung der beiden Polikliniken, auch wenn wir noch bis 2003 für eine wirklich kostendeckende Fallpauschale kämpften. Voraussetzung dafür war, die verschiedenen Funktionen in der ambulanten Fallarbeit sauber voneinander abzugrenzen. Denn die Verhandlungspartner der GKV argwöhnten, ihre PIA-Fallpauschalen könnten zur Subventionierung der SpDi-Funktion bzw. der MHH-Aufgaben in Lehre und Forschung missbraucht werden. Beim *Controlling* der Fallarbeit stützten wir uns auf die Leistungsdokumentation von PIA-Behandlungen in Bayern (28), seit 2001 nutzten wir auch die Datenblätter zur Psychiatrieerberichterstattung im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region (29).

Die PIA-Funktion beschränkten wir strikt auf die mittel- und längerfristige multiprofessionelle Behandlung von psychisch schwer und chronisch beeinträchtigten Menschen auf Überweisung einer Facharzt- oder Hausarztpraxis. Erstberatungen und Kriseninterventionen bei neu erkrankten Personen wurden immer der SpDi-Poliklinikfunktion zugeordnet, auch wenn hier die Leistungen gar nicht (SpDi) bzw. nur geringfügig (als Notfall gemäß § 115 oder als Poliklinik-Fall nach § 117 SGB V) vergütet wurden. Außerdem hatten wir in der SpDi-Funktion Verbundarbeit zu leisten, waren an der stationären Behandlung in der MHH-Klinik sowie an der Lehre und Forschung beteiligt. Alles in allem teilten sich ab Oktober 1996 13 Fach- und zwei Verwaltungskräfte (ohne Praktikanten) Stellen im Umfang von 11,5 VK.

Als wir uns nach jahrelangem Streit vor Schiedsstellen und Gerichten 2003 mit einem zehnpromtigen Aufschlag auf die landesweit einheitliche PIA-Fallpauschale begnügen mussten, waren noch andere Maßnahmen gegen das Defizit gefragt. Wir schafften die »schwarze Null«, indem wir die Leistungen der ambulanten Arbeitstherapie über Heilmittelverordnungen abrechneten, mehr Personen in Einzelbehandlung nahmen und deren Intensität verringerten.

Für eine Vollzeit-Fachkraft in der Bezugstherapie der PIA-Funktion erhöhte sich so die *Caseload* pro Quartal von 33 auf 59 behandelte Personen. Die Protokolle der jährlichen Konzepttage geben Zeugnis von den Schwierigkeiten, trotz steigender ökonomischer Zwänge unseren Anspruch aufrechtzuerhalten, denen, die unsere Hilfe benötigen, mitfühlend und wirksam zur Seite zu stehen.

Bei psychosozialen Konflikten und akuten psychiatrischen Notfällen (rund 50 Fälle pro Quartal) ging es um einen sofortigen Zugang zu fachkompetenter Hilfe. Bei den häufig psychisch stark beeinträchtigten und sozial isolierten Personen in der PIA-Behandlung kam hinzu, mit anhaltendem persönlichen Einsatz für eine vertrauensvolle Beziehung zu sorgen, die auch in Krisen tragfähig blieb. Das waren ohne die im Wohnheim betreuten Personen im Jahre 1997 rund 170 Behandlungen pro Quartal und zehn Jahre später schon rund 300. Die über die Jahre recht kontinuierlich für die SpDi- und PIA-Funktion zur Verfügung stehenden rund 8,0 VK für Fachkräfte bedeuteten eine Fachkraftziffer von 12,6 VK pro 100.000 Einwohner (30). Die regionale Inanspruchnahmehziffer der Poliklinik List pro 1.000 Einwohner ihres Sektors aber erhöhte sich innerhalb von 20 Jahren von 5,1 (1987) über 6,3 (1997) auf 9,0 (2007) überwiegend kontinuierlich betreute Personen. Über die Versuche, auch unter diesen Bedingungen unsere Zielsetzungen zu verfolgen und den Zusammenhalt im Team zu bewahren, habe ich an anderer Stelle berichtet (31).

Schon 1995 war es gelungen, zusammen mit zwei befreundeten gemeinnützigen Vereinen eine Kontaktstelle im Untergeschoss des Gebäudes Walderseestraße einzurichten. Sie hieß »Treffpunkt List« und wurde schrittweise zu einem tagesstrukturierenden Angebot ausgebaut. Ab 1999 erhielten wir dafür von der Kommune auch eine bescheidene finanzielle Förderung. Der daran beteiligte Verein zur Förderung seelisch Behinderter e. V. war 1967 auf Initiative von Kisker gegründet worden und seitdem eng mit der MHH-Psychiatrie verbunden. Er betrieb eine beschäftigungstherapeutische Werkstatt im selben Gebäude, zwei therapeutische Wohnheime in der Nachbarschaft und eine Werkstatt für seelisch behinderte Menschen; ab 2000 kam noch das ambulant betreute Wohnen hinzu. Der zweite Verein war der Laienhelferkreis e. V., 1969 gegründet und jahrzehntelang geführt von einer Krankenschwester im Team der Poliklinik List. Zwei andere Teammitglieder gründe-

ten 1995 einen weiteren Verein, um sowohl ein Zuverdienstprojekt als auch Gruppenaktivitäten für vereinsamte psychisch Kranke in einer Altenwohnanlage auf den Weg zu bringen. Verstärkt wurde die Kooperation mit den für den Sektor zuständigen MHH-Stationen und sozialen Diensten.

Ein weiterer Schwerpunkt der Organisationsentwicklung in der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre war die Einführung einer systematischen Hilfeplanung. Die Poliklinik List beteiligte sich 1994 und 1995 am Probelauf der Aktion Psychisch Kranke e.V. in Bonn für ihren »Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan« (IBRP). Im Anschluss daran entwarfen wir für unsere Zwecke eine besser handhabbare Variante (32). Bald danach wurde für die Stadt und den Landkreis Hannover, die 2001 die Region Hannover bildeten, ein neues personenzentriertes Planungsverfahren für Eingliederungshilfen entwickelt, das sich bis heute grundsätzlich bewährt hat (33). Eine Evaluation aller in der Region neu geplanten Eingliederungshilfen im Jahr 2001 verdeutlichte die positiven Auswirkungen der entschiedenen ambulanten Schwerpunktsetzung im Einzugsgebiet der MHH-Klinik (34). Gescheitert ist allerdings mein Versuch, in der Poliklinik List auch bei PIA-Behandlungen eine systematische Therapieplanung einzuführen, die alle zwei Jahre fortgeschrieben wird. Der spürbare Widerstand im Mitarbeiterteam dagegen hat mich nachdenklich gemacht, ob der Einsatz von Planungsinstrumenten nicht den individuellen Spielraum einschränkt, den wir für einen wirksamen therapeutischen Dialog so dringend benötigen (35).

1999 veranstaltete die Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der MHH aus Anlass ihres 25-jährigen Bestehens eine Fachtagung, zu der sie auch einige externe Experten einlud, ihre Alltagspraxis kritisch unter die Lupe zu nehmen (36). In den Folgejahren wurde die Versorgungsforschung erheblich ausgebaut, auch durch den Wechsel von Gerd Holler und Heiner Melchinger 2001 von der Universität Hannover zur MHH. Doch all das verhinderte nicht, dass eine Evaluationskommission des Wissenschaftsministeriums 2004 empfahl, neben sieben anderen Abteilungen der MHH auch die Sozialpsychiatrie aufzulösen. Naturwissenschaftliche »Leuchttürme« sollten Vorrang haben, eingeworbene Drittmittel und englischsprachige Publikationen mit hohem *Impact* wurden das Maß aller Dinge, jeglicher Protest dagegen erwies sich als erfolglos. Mit der Emeritierung von Machleidt

2007 verlor die Sozialpsychiatrie ihre Selbstständigkeit, und ein Jahr später übernahm Stefan Bleich als Nachfolger für Emrich das Regiment in der MHH-Psychiatrie.

#### **Das Projekt verendet, aber man kann daraus lernen (2009–2014)**

Um für die absehbar schwieriger werdende Begründung einer sozialpsychiatrischen Ausrichtung der Poliklinik List vorbereitet zu sein, hatten wir mit Unterstützung der MHH-Unternehmensentwicklung 2006 eine *Balanced Scorecard* erarbeitet (37). Darin planten wir u. a. die Integration von zehn tagesklinischen Behandlungsplätzen in die poliklinische Arbeit, und nach Zustimmung der Verantwortlichen in der MHH, bei der GKV und in der Landesregierung konnten wir Anfang 2008 damit starten. Doch die neue Klinikleitung präsentierte im Herbst 2009 ihre eigenen Pläne: Zunächst verlangte sie von der Poliklinik List eine weitere Erhöhung der Fallzahlen in der PIA-Funktion und ließ Personalstellen unbesetzt. Dann wurde dort eine nicht sektorisiert arbeitende Sprechstunde für Menschen mit Migrationshintergrund platziert. Anfang 2013 zog man die PIA-Funktion aus der List ab und zentralisierte sie in der Poliklinik Campus. Schließlich kündigte die MHH zum 31.12.2014 den Vertrag mit der Region Hannover zur Übertragung der SpDi-Funktion.

Im Zuge der Übernahme der SpDi-Aufgaben im Einzugsgebiet der MHH ab Januar 2015 plant die Region nun die Einrichtung Gemeindepsychiatrischer Zentren (GPZ) als Kooperationsprojekte mit geeigneten und interessierten Kliniken. In Auswertung der hier geschilderten 40-jährigen Erfahrungen mit sozialpsychiatrischer Arbeit an der MHH möchte ich abschließend neun Empfehlungen geben, die bei künftigen Versuchen dieser Art vielleicht dienlich sein könnten:

- 1. Ziele, Aufgaben und Ressourcen müssen klar sein.** Die Kooperationspartner sollten ihre Verantwortung für SpDi und PIA behalten, die gemeinsamen Ziele und jeweiligen Aufgaben definieren, notwendige Ressourcen einheitlich kalkulieren, langfristig bereitstellen und regelmäßig evaluieren.
- 2. Bildungsprozesse sind grundlegend.** Bedeutsam für die Wirksamkeit der Arbeit ist eine überzeugend vorgelebte, in Aus-, Weiter- und Fortbildung vermittelte ethisch-fachliche Grundhaltung der Leitung im Umgang mit Patienten und Angehörigen, Mitarbeitern und Systempartnern.

- 3. Der regionale Bezug gibt Halt.** Die Konzentration auf ein definiertes und überschaubares Einzugsgebiet erleichtert die oft sehr komplexe und komplizierte Fallarbeit ebenso wie die Kooperation und Koordination im regionalen Netzwerk.

- 4. Der Dienst braucht die richtige Größe und Mischung.** Für die Funktionsfähigkeit auch in Urlaubs- bzw. Krankheitszeiten und die Kohärenz eines multidisziplinären Teams ist eine Mitarbeiterzahl zwischen 8 und 15 günstig, ebenso eine gute Mischung bei Alter, Geschlecht und Temperament der Fachkräfte.

- 5. Das Team verdient viel Pflege.** Nicht alles ist organisierbar, aber der Zusammenhalt im multidisziplinären Team lässt sich auf verschiedenste Art und Weise fördern, am besten in guter Balance mit der Wertschätzung eigenverantwortlichen Handelns bei jedem einzelnen Teammitglied.

- 6. Leistungstransparenz ist nötig.** Nur auf Grundlage realistisch kalkulierter Zeitbudgets und kontinuierlicher Dokumentation der erbrachten Leistungen lässt sich der Personalbedarf für die unterschiedlichen Dienstaufgaben gegenüber den Entscheidungsträgern begründen.

- 7. Zweifel und Kritik sind erwünscht.** Gute Arbeit zeichnet sich aus durch die Fähigkeit, eigenes Handeln immer wieder infrage zu stellen und seine Ergebnisse kritisch zu überprüfen, im Dialog mit sich selbst und den Betroffenen, im Mitarbeiterteam und mit den Systempartnern.

- 8. Gewinnstreben wirkt zerstörerisch.** GPZ mit der hier beschriebenen Ausrichtung benötigen eine zuverlässige und auskömmliche Finanzierung für ihre anspruchsvolle Arbeit; die Aussicht auf Profit aber lenkt die Aufmerksamkeit vom eigentlichen Auftrag ab.

- 9. Das Bündnis mit der Politik ist wichtig.** Der Umgang mit denen, die am meisten auf Hilfe angewiesen sind, ist ein Maßstab für die Humanität einer Gesellschaft; wenn GPZ hierbei wirksam sein wollen, müssen sie sich immer wieder neu um die Unterstützung der politisch Verantwortlichen bemühen.

## Literatur

- 1 KISKER KP (1960): Der Erlebniswandel des Schizophrenen – ein psychopathologischer Beitrag zur Psychonomie schizophrener Grundsituationen. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer-Verlag.
- 2 KISKER KP (1970): Dialogik der Verrücktheit – Ein Versuch an den Grenzen der Anthropologie. Den Haag: Martinus Nijhoff
- 3 KISKER KP (1967): Die Verrücktheit, die Armut und wir. *Der Nervenarzt* 38: 89–92
- 4 BONSS W, v. KARDORFF E, RIEDMÜLLER B (1985): Modernisierung statt Reform – Gemeindepsychiatrie in der Krise des Sozialstaats. Frankfurt/Main, New York: Campus Verlag; S. 111 ff.
- 5 HOFER G (1967/1968): Aufbau und Gestalt der Psychiatrischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover (erste bis vierte Mitteilung). *Niedersächsisches Ärzteblatt* 40 (Heft 11)/41 (Heft 5, 7 und 8)
- 6 KISKER KP (1968): Psychiatrische Arbeit an der Medizinischen Hochschule. In: *Gesellschaft der Freunde der Medizinischen Hochschule Hannover e. V.* (Heft 1968/II)
- 7 FROST H (1968): Psychiatrische Dienste in Hannover. *Medizinische Hochschule Hannover* (Eigendruck)
- 8 BLUM P, SCHLIA J (1979): Sozialpsychiatrische Beratung in Hannover – Stationen einer Entwicklung. *Medizinische Hochschule Hannover* (Dissertation)
- 9 BAUER M (1977): Poliklinische Versorgung unter dem Aspekt der Sektorisierung. *Therapiewoche* 27: 3499–3510
- 10 WULFF E (1972): *Psychiatrie und Klassengesellschaft*. Frankfurt am Main: Athenäum-Verlag.
- 11 WULFF E (1968): *Vietnamesische Lehrjahre*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag
- 12 WULFF E (1976): *Therapeutische Gemeinschaft und Sektorprinzip – Konflikte bei psychiatrischen Reformen*. In: Haug WF (Hg.): *Jahrbuch für kritische Medizin*. Berlin: Argument-Verlag; 43–53
- 13 DEUTSCHER BUNDESTAG (1975): *Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung*. Drucksache 7/4200
- 14 BAUER M (1977): *Sektorisierte Psychiatrie im Rahmen einer Universitätsklinik*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag
- 15 BAUER M, MACHLEIDT W (1984): *Gemeindenaher Psychiatrie*. *Therapiewoche* 34: 570–578
- 16 Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (Hg.) (1983): *Sozialpsychiatrische Dienste in einer Großstadt – Projekt: Hannover* (Projektleiter: M. Bauer und H. Haselbeck). *Schriftenreihe des BJFG* (Band 163). Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Verlag W. Kohlhammer
- 17 Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (Hg.) (1982): *Modellverbund »Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung« – Erster gemeinsamer Erfahrungsbericht der Beteiligten am Modellverbund (1976–1979)*. *Schriftenreihe des BJFG* (Band 161). Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Verlag W. Kohlhammer
- 18 HASELBECK H (1987): *Ambulante Dienste als Alternative zum Krankenhaus? – Ergebnisse der ambulanten Langzeitbetreuung chronisch schizophrener Patienten*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag
- 19 PFEFFERER-WOLF H (1999): *Der sozialpsychiatrische Habitus – Umriss einer Theorie der Sozialen Psychiatrie*. Frankfurt/Main, New York: Campus Verlag
- 20 ELGETI H, HARTMANN U (1988): *Soziale Ausgrenzung, psychiatrische Diagnose und Behandlungsform*. *Fundamenta Psychiatrica* 2 (4): 208–301
- 21 ELGETI H (1995): *Der regionale und bevölkerungsbezogene Ansatz in der gemeindepsychiatrischen Versorgungsplanung*. *Sozialpsychiatrische Informationen* 25 (3): 7–13
- 22 ELGETI H (1987): *Nachdenken über Individuum und Institution*. *Sozialpsychiatrische Informationen* 17 (2): 3–6
- 23 KISKER KP, WULFF E (1985): *Psychiatrie*. In: *Medizinische Hochschule Hannover 1965–1985*. Hannover (Eigendruck); 372–380
- 24 HASELBECK H, MACHLEIDT W, STOFFELS H, TROSDORF D (Hg.) (1987): *Psychiatrie in Hannover – Strukturwandel und therapeutische Praxis in einem gemeindenahen Versorgungssystem*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag
- 25 HAUG WF, PFEFFERER-WOLF H (Hg.) (1987): *Fremde Nähe – Festschrift für Erich Wulff (AS 152)*. Berlin, Hamburg: Argument-Verlag
- 26 ELGETI H (2014): *Salut für Klaus Weise – Hüter der Geschichte und Vorreiter einer kritischen Seelenheilkunde!* *Sozialpsychiatrische Informationen* 44 (2): 51–53
- 27 ELGETI H (2006): *40 Jahre Wind aus wechselnden Richtungen: Der psychiatrische Zeitgeist weht durch die vier Auflagen des Handbuchs »Psychiatrie der Gegenwart«*. *Sozialpsychiatrische Informationen* 35 (4): 19–26
- 28 GKV-Spitzenverband (Autoren: Leber WD, Haas A, Hahn J, Tolzin CJ, Martinsohn-Schnittkowsky W) (2011): *PIA-Dokumentation – Konzept des GKV-Spitzenverbandes und des Kompetenzzentrums für Psychiatrie und Psychotherapie zur Erfassung der Leistungen in den psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA)*. [http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/krankenhaeuser/psychiatrie/fakten\\_und\\_analyse/psychiatrische\\_institutsambulanzen\\_pia/2011\\_04\\_20\\_GKV-SV-Positionspapier\\_PIA-Doku\\_CD-konform\\_aktualisiert.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/fakten_und_analyse/psychiatrische_institutsambulanzen_pia/2011_04_20_GKV-SV-Positionspapier_PIA-Doku_CD-konform_aktualisiert.pdf) (letzter Zugriff: 01.04.2015)
- 29 ELGETI H (2003): *Dialoge – Daten – Diskurse: Zur Qualitätsentwicklung im Sozialpsychiatrischen Verbund* *Sozialpsychiatrische Informationen* 33 (1): 24–29
- 30 ELGETI H (2003): *Ermütigung für integriert arbeitende Dienste – Sozialpsychiatrische Dienste und Institutsambulanzen im gemeindepsychiatrischen Verbund bringen nicht nur psychisch Kranken Nutzen*. *Kerbe* 21 (1): 15–17
- 31 ELGETI H, SCHARFETTER G (2009): *Persönliche Abschweifungen erlaubt? – Briefwechsel über einige Grenzen der Organisationsentwicklung in der Psychiatrie*. *Sozialpsychiatrische Informationen* 39 (1): 29–35
- 32 ELGETI H, ZIEGENBEIN M (1997): *Individuelle Therapieplanung und Casemanagement im Rahmen einer Institutsambulanz*. In: Kruckenberg et al. (Hg.): *Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung*. Köln: Rheinland-Verlag; 148–155
- 33 ELGETI H, SCHLIECKAU L (2004): *Evaluation der Planung von Eingliederungshilfen in der Region Hannover*. In: Schmidt-Zadel, Kunze, *Aktion Psychisch Kranke* (Hg.): *Die Zukunft hat begonnen: Personenzentrierte Hilfen – Erfahrungen und Perspektiven*. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 395–405
- 34 ELGETI H (2004): *Evaluation der Planung von Eingliederungshilfen*. *Gesundheitswesen* 66: 812–815
- 35 ELGETI H (2005): *Im Schatten der Pläne geht auch mal ein Traum in Erfüllung*. *Sozialpsychiatrische Informationen* 35 (2): 7–9
- 36 *25 Jahre Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover*. *Sozialpsychiatrische Informationen Sonderausgabe* 2001, 31. Jahrgang
- 37 WICHELHAUS DP, ELGETI H, ZIEGENBEIN M (2008): *Einführung einer Balanced Scorecard in einer Sozialpsychiatrischen Poliklinik*. *Psychiatrische Praxis* 35: Szene 1–3

## Der Autor

### Dr. Hermann Elgeti

*Region Hannover – Dezernat für soziale Infrastruktur  
Stabsstelle Sozialplanung (II.3)  
Hildesheimer Straße 20  
30169 Hannover  
hermann.elgeti@region-hannover.de*