25 Jahre Psychiatrie-Enquete

Band 1

Herausgegeben von
Aktion Psychisch Kranke

Dieses Buch ist Herrn Prof. Dr. Caspar Kulenkampff, Vorsitzender der Kommission der Psychiatrie-Enquete von 1971 bis 1975, Vorsitzender der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie von 1981 bis 1985 und stellvertretender Vorsitzender der Aktion Psychisch Kranke von 1972 bis 1992, aus Anlass seines 80. Geburtstages am 12. November 2001 in Dankbarkeit gewidmet.

Regina Schmidt-Zadel
Vorsitzende Aktion Psychisch Kranke

25 Jahre Psychiatrie-Enquete

Band 1

Herausgegeben von
Aktion Psychisch Kranke

Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit

Die deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme
25 Jahre Psychiatrie-Enquete / Aktion Psychisch Kranke (Hg.). -
Bonn : Psychiatrie-Verl.
ISBN 3-88414-311-5
1 . - (2001)
2 . - (2001)

Aktion Psychisch Kranke im Internet: www.psychiatrie.de/apk

© Psychiatrie-Verlag gGmbH, Bonn 2001
Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieses Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt oder verbreitet werden.
Redaktion: Beate Kubny-Lüke, Bonn
Umschlaggestaltung: Renate Trittsch, Köln
Satz: Marina Broll, Dortmund
Druck: WB-Druck, Rieden am Forggensee

Männer, Frauen und die Lesbarkeit von Texten

Redaktionelle Vorbemerkung zur Schreibweise

Es ist eine besondere Herausforderung bei der redaktionellen Bearbeitung eines Textes, Frauen und Männer gleichermaßen zu berücksichtigen, ohne dass die Lesbarkeit des Textes beeinträchtigt wird. Das Bemühen, bei der Formulierung durchgängig eine zweigeschlechtliche Schreibweise zu wählen, findet in aller Regel spätestens dann ein Ende, wenn das Lesen des Textes durch unterschiedliche Pronomina, Adjektive usw. sehr erschwert wird, z.B.: »Wie oft sieht die Patientin/der Patient ihre(n)/seine(n) Bezugstherapeut/-therapeutin.«

Auch die gemäß dem Duden konsequente Berücksichtigung von männlicher und weiblicher Form führt nicht gerade zu einer verbesserten Lesbarkeit, wie z.B.: »Aufgabe des multiprofessionellen Teams – in dem Arzt/Ärztin, Psychologe/Psychologin, Sozialarbeiter/-arbeiterin, Krankenschwester/-pfleger zusammenwirken – ist die ambulante Behandlung und Begleitung von Patienten und Patientinnen.«

Um nun Lesern und Leserinnen derartige Belastungen zu ersparen, finden sich teilweise Vorbemerkungen wie: »Wenn im Folgenden nicht immer alle Berufe, Funktionen und Rollen in beiden Geschlechtern aufgeführt werden, soll damit weder die Bedeutung eines Geschlechts herab- noch heraufgesetzt werden, dieses Verfahren soll lediglich die Lesbarkeit des Textes erleichtern.«

In der Regel läuft »dieses Verfahren« bislang darauf hinaus, dass ausschließlich die männliche Form verwendet und darauf hingewiesen wird, dass hiermit selbstverständlich auch Frauen mitgemeint sind. Dies ist für viele Frauen heute so nicht mehr akzeptabel. Sie fordern eine sprachliche Repräsentanz, bei der Frauen in der »Muttersprache« vorkommen und nicht nur »mitgemeint« sind.

Für diese Kongressdokumentation wurde von daher ein besonderes Vorgehen gewählt: In den Fällen, in denen eine zweigeschlechtliche Formulierung nicht ohne »Beeinträchtigung der Lesbarkeit« möglich ist, wurde die weibliche Form gewählt, da es interessant schien nachzuspüren, wie der gelegentliche sprachliche Ausschluss von Männern – die aber selbstverständlich auch hier mitgemeint sind – in diesem Band bei uns Allen ankommt.

Die Verwirklichung dieses Vorgehens geschah in Zusammenarbeit mit den Autorinnen und Autoren und führte zu regen Diskussionen, Stellungnahmen und Lösungsvorschlägen. Die Beiträge wurden letztendlich in der Weise redaktionell bearbeitet, die die Autorin bzw. der Autor wünschten. Die Leserin bzw. der Leser findet von daher unterschiedliche Schreibweisen in den verschiedenen Beiträgen: den Vorrang der weiblichen Form und/oder die zweigeschlechtliche Formulierung, in einem Beitrag die Verwendung des Binnen-Is (z.B. PatientInnen) und in manchen Beiträgen den Vorrang der männlichen Schreibweise. Dabei haben wir uns jeweils um Konsequenz bemüht.

Die skizzierten Probleme können zweifellos auch hier nicht gelöst werden. Die Leserinnen und der Leser werden jedoch gebeten, unser Vorgehen, als einen Beitrag zur Stärkung des Problembewusstseins, auf sich wirken zu lassen.

Inhaltsverzeichnis

Bilanz und Perspektiven der Psychiatrie-Reform

Begrüßung
Regina Schmidt-Zadel 14

Bilanz und Perspektiven der Psychiatrie-Reform
Andrea Fischer 18

Psychische Gesundheit in Europa – die Perspektive der Weltgesundheitsorganisation: Unterschiede, Möglichkeiten, Probleme, Herausforderungen
Wolfgang Rutz 27

Grußwort des Präsidenten der Bundesanstalt für Arbeit
Bernhard Jagoda 34

Grußwort des Vorsitzenden der ehemaligen Enquete-Kommission
Caspar Kulenkampff 38

Grußwort des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener
Peter Lehmann 44

Grußwort des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker
Alfred Speidel 48

Perspektiven der Psychiatrie-Reform aus Sicht der Aktion Psychisch Kranke
Niels Pörksen 51

Entwicklungslinien und Perspektiven der Psychiatrie-Reform

Eröffnung und Begrüßung
Regina Schmidt-Zadel 60

Grußwort des Bundesministeriums für Gesundheit
Erwin Jordan 63

Entwicklung der psychisch-psychotherapeutischen Versorgung aus der Sicht der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie
Henning Saß 69

Themenbereich I: Kernpunkte der Psychiatrie-Reform

Die Psychiatrie-Enquete – historische Aspekte und Perspektiven
Heinz Häfner 72

Der Entwicklungshorizont der Psychiatrie-Enquete:
Ziele – Kompromisse – zukünftige Aufgaben?
Heinrich Kunze 103

»Verhandeln statt behandeln« – Partnerschaft im psychiatrischen Alltag?
Franz-Josef Wagner 128

Wir Betroffene brauchen Patientinnenanwälte
und eine zeitgemäße Rehabilitation
Regina Kucharski 151

Gemeindepsychiatrischer Alltag – die Last der Angehörigen?
Rose-Marie Seelhorst 155

Psychiatrie-Reform und '68
Franz-Werner Kersting 165

Themenbereich II: Entwicklungslinien

Vom Objekt zum Subjekt

Einleitung
Günther Wienberg 183

Vom Objekt zum Subjekt – aus Sicht eines psychiatrischen Professionellen
Günther Wienberg 185

Vom Objekt zum Subjekt – aus Sicht eines Angehörigen
Reinhard Peukert 204

Vom Objekt zum Subjekt – aus Sicht eines Psychiatrie-Erfahrenen
Wolfgang Voelzke 212

Vom Patienten in der Institution zur Person in der Gemeinde

Einleitung
Ruth Vogel 232

Statement aus Sicht einer Psychiatrie-Erfahrenen
Karin Haehn 233

Die Menschen – das Gemeinwesen – die Institutionen
Klaus Liedke 234

Die Sicht einer Bürgerhelferin
Brunhilde Schäfer 240

Vom »Wildwuchs« zur Versorgungsverpflichtung im Gemeindepsychiatrischen Verbund

Einleitung
Ulrich Krüger 243

Der GPV München Süd: Fakten und Fragen
nach fünf Jahren GPV-Entwicklung
Gabriele Schleuning 244

Die Psychiatrie-Reform ist noch lange nicht umgesetzt –
Statement aus Sicht der Angehörigen
Alfred Speidel 250

Lebensfeldorientiert in einem Flächenland – Das Basis-Struktur-Modell
als Ausgangspunkt gemeindepsychiatrischer Planungen in
Mecklenburg-Vorpommern
Ingmar Steinhart und Kordula Kleinwort 253

Von vertrauten Hemmnissen zu neuen Chancen und Risiken – Sozialrecht im Wandel?

Einleitung
Rainer Hölzke 266

Selbsthilfe im sozialpsychiatrischen Geschehen
Diether Bischoff 268

Egoismen abbauen, Kooperation stärken
Detlef Chruscz 276

Aspekte der sozialrechtlichen Gleichstellung psychisch Kranker
Rainer Hölzke 282

Schritte zur Gleichstellung psychisch Kranker
Ernst Rabenstein 287

Das Grundproblem der leistungsrechtlichen Absicherung der Hilfen für chronisch psychisch kranke Menschen liegt in unserem gegliederten Sozialsystem
Gerhard Vigener 291

Vom Streit um die Ursachen seelischen Leidens zum integrativen Krankheitsverständnis

Einleitung
Henning Saß 295

Zur Phänomenologie eines integrativen Krankheitsverständnisses
Hinderk Emrich 296

Das integrative Krankheitsverständnis – aus alltags- und lebensweltorientierter Sicht
Klaus Obert 306

Auslöser, Ursachen und Überwindung einer endogenen Depression: Eine ehemalige Patientin berichtet von ihren Erkenntnissen
Ursula Zingler 312

Von der Beschäftigungstherapie zum Recht auf Arbeit

Einleitung
Niels Pörksen 323

Eine Rückschau auf die Psychiatrie-Enquete und die Empfehlungen der Expertenkommission
Christiane Haerlin 325

Mensch und Arbeit
Wolfgang Krahl 330

Maßnahmen beruflicher Frührehabilitation in der psychiatrischen Klinik
Gerhard Längle 336

Von der Entmündigung zum Empowerment

Einleitung
Wolf Crefeld 342

»Das süße Brigittchen bekommt jetzt eine Spritze« – Bemerkungen zur besonderen Gefährdung der Autonomie und Würde des Menschen in psychiatrischen Einrichtungen
Wolf Crefeld 344

Interessen wahren, Rechte verwirklichen - Erfahrungen von Beschwerdestellen und PatientenfürsprecherInnen in Baden-Württemberg
Inge Schöck 350

Vom Handlanger der Psychiatrie zum Garanten des Willens und der Interessen – Sozialstaatlicher Auftrag und Realitäten der Rechtsfürsorge durch Betreuung
Gisela Lantzerath 359

Die Behandlungsvereinbarung – Versuch einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen ungleichen Partnerinnen
Angelika Dietz 363

Wenn Psychiater zu viel von Empowerment reden
Peter Lehmann 368

Von den Rodewischer Thesen zur Psychiatrie-Reform im Osten Deutschlands

Einleitung
Bernhard Riecke 374

Die Entwicklung der Krankenhauspsychiatrie im Land Brandenburg seit 1990
Ulrich Hoffmann 375

Psychiatrischer Versorgungsbedarf chronisch schizophren Erkrankter in verschiedenen betreuten Wohnformen – Ein Beitrag zum Enthospitalisierungsprozess nach der politischen Wende
Thomas W. Kallert und Matthias Leiße 381

Psychiatrie-Reform – ein gesamtdeutsches Anliegen
Irene Norberger 401

Kommunale Verantwortung in der psychiatrischen Versorgung – Gedanken zur Psychiatrie-Reform in Sachsen
Angelika Waldmann 408

Was wurde aus den Rodewischer Thesen? Überblick und Bilanz
Klaus-Dieter Waldmann 412

Die Neugründung einer psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus – Chancen und Risiken für die Entwicklung personenzentrierten Handelns
Dyrk Zedlick 418

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren 426

Veröffentlichungen und Informationstagungen der Aktion Psychisch Kranke 429

Bilanz und Perspektiven
der Psychiatrie-Reform

Begrüßung

Regina Schmidt-Zadel

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich begrüße Sie zum Festakt »25 Jahre Psychiatrie-Enquete« sehr herzlich. Wir haben allen Grund zu feiern, weil in dieser Zeit die Lebensbedingungen sowie die Behandlung von psychisch kranken Menschen auf einen Stand gebracht wurden, den man von einem sozialen Rechtsstaat erwarten kann, – aber es bleibt uns noch viel zu tun.

Deshalb feiern wir auch hier in diesem inzwischen historischen Gebäude, weil die 25 Jahre mit Bonn verknüpft sind, mit dem Bundestag und den hier ansässigen Ministerien für Gesundheit sowie Arbeit und Soziales. Ich freue mich besonders, die Bundesgesundheitsministerin, Frau Andrea Fischer, als Hauptrednerin und Repräsentantin des Ministeriums zu begrüßen, das bei den verschiedenen Regierungskoalitionen der letzten Jahrzehnte federführend in Sachen Psychiatrie war und ist, zuletzt mit der GKV-Strukturreform 2000. Die Reform 2000 brachte die Gleichstellung der Institutsambulanzen an psychiatrischen Abteilungen mit der bewährten Regelung für Fachkrankenhäuser seit Ende der 70er-Jahre. Sie brachte auch die Einfügung der Soziotherapie ins SGB V. Weitere wichtige Regelungen sind die Bestätigung der Psych-PV sowie die Eröffnung von Formen der integrierten Versorgung, die hoffentlich auch von der Psychiatrie genutzt werden, um schon seit langem praktizierte vernetzte Arbeitsformen besser absichern und besser weiterentwickeln zu können. Das Modellprogramm Psychiatrie 1981 bis 1985, der kleine Modellverbund bis heute, viele Projekte, auch insbesondere bei der Aktion haben die Reform weitergebracht und dafür danken wir Ihnen und Ihren Vorgängerinnen.

Ich begrüße Herrn Wolfgang Rutz von der WHO, Regionalbüro Kopenhagen. Die WHO hat das internationale Parallelsymposium morgen und übermorgen ermöglicht. Es repräsentiert die internationale Vernetzung der Psychiatrie-Reform, denn ohne die vielen Vorbilder in den verschiedensten anderen Ländern wäre die Psychiatrie-Reform weder in Gang gekommen noch in ihrem Fortgang so konstruktiv geworden.

Herrn Jagoda begrüße ich als Präsident der Bundesanstalt für Arbeit, die ein ganz wichtiger Reha-Träger auch in der psychiatrischen Versorgung ist. Denn Teilhabe am Arbeitsleben ist für Menschen, die von einer chronisch rezidivierenden Erkrankung betroffen sind, ganz entscheidend, damit sie mit der Krankheit leben können, dass ihr Leben für sie weiter Sinn macht, dass sie gesellschaftliche Wertschätzung spüren. Ich begrüße Sie, Herr Jagoda, natürlich auch als einen meiner Vorgänger als Vorsitzenden der Aktion Psychisch Kranke. Herr Kauder, mein unmittelbarer Vorgänger in diesem Amt, musste leider absagen. Und da es kein Geheimnis ist, dass Sie und Herr Kauder Ihre politische Heimat bei der CDU haben, möchte ich in diesem Zusammenhang deutlich machen, dass die Psychiatrie-Reform in ihren zentralen Bereichen immer von einem Konsens quer durch die Parteien getragen wurde und hoffentlich auch weiter getragen wird. Damit, Herr Jagoda, komme ich zu Ihrem Vorgänger im Aktion-Vorsitz, Walter Picard, der vor kurzem verstorben ist.

Walter Picard hat 1970 aus der Opposition heraus den interfraktionellen Antrag zur Erstellung der Psychiatrie-Enquete im Bundestag auf den Weg gebracht und 1971 die Aktion als Scharnier zwischen Bundesgesundheitspolitik und psychiatrischer Fachwelt begründet.

Vor 30 Jahre, als man schon lange vom Wirtschaftswunderland Deutschland sprach, herrschten in der psychiatrischen Versorgung für uns heute unvorstellbare Verhältnisse. Es war das Verdienst einer kleinen Gruppe von Parlamentariern und Parlamentarierinnen der verschiedenen Fraktionen sowie von Psychiatrie-Experten, die gemeinsam das Tabu gebrochen und dafür gesorgt haben, dass die katastrophalen und menschenunwürdigen Verhältnisse in den psychiatrischen Anstalten im Bundestag erörtert und damit öffentlich gemacht wurden. Einige der Zeitzeugen auf Expertenseite sind heute auch unter uns.

Ich begrüße Herrn Prof. Kulenkampff als Vorsitzenden der Expertenkommission, die die Psychiatrie-Enquete erarbeitet hat. Sie gelten ja, das kann ich an dieser Stelle ruhig einmal so salopp formulieren, als der Psychiatrie-Papst. Ich freue mich sehr, dass Sie gleich sprechen werden.

Und ich begrüße auch als Zeitzeugen die beiden stellvertretenden Vorsitzenden der Expertenkommission: Herrn Prof. Häfner, der mor-

gen beim Kongress ein Hauptreferat hält sowie Herrn Prof. Hippius, der morgen die erste Plenarveranstaltung mit Herrn Riecke präsidiert.

Während vor 30 Jahren die Psychiatrie-Reform von einer kleinen Gruppe aus Bundespolitik und Fachwelt angestoßen und auf den Weg gebracht wurde, ist die Unterstützung inzwischen viel breiter geworden; zu nennen ist die Beteiligung der Länder, der Kreise und Städte sowie ihrer höheren Landschafts- und Kommunalverbände, der Fachgesellschaften, Organisationen wie der Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen, die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege und viele andere mehr. Besonders hervorheben will ich, dass inzwischen sich auch Verbände der Betroffenen auf Landes- und Bundesebene gebildet haben. Nach Herrn Kulenkampff werden Herr Lehmann für die Psychiatrie-Erfahrenen und Herr Dr. Speidel für die Angehörigen sprechen.

Diese beiden Vertreter der Betroffenen-Verbände waren in dem zuerst versandten Programm noch nicht aufgeführt. Das mögen Sie auch als Zeichen dafür nehmen, dass die Einbeziehung der Betroffenen in den Prozess der Psychiatrie-Reform der jüngste Entwicklungsschritt ist bei der Verbreiterung ihrer gesellschaftlichen Basis. Aber das ist ein ganz entscheidender Qualitätssprung, wenn nun auch Menschen, die von psychischer Erkrankung selbst oder als Angehörige betroffen sind, selbstbewusst öffentlich ihre Not und ihre Forderungen artikulieren, wie andere Bürgerinnen und Bürger auch. Vor 30 Jahren waren sie noch von der Gesellschaft in die Ecke gestellt, stigmatisiert und tabuisiert. Heute haben sie gelernt, ihre Probleme auszusprechen und ihren Hilfebedarf einzufordern und wir aus der Psychiatrie sowie aus anderen gesellschaftlichen Kreisen haben gelernt, dies als normal zu akzeptieren. Je breiter die Psychiatrie-Reform mitgetragen wird, umso weniger ernsthafte Sorgen müssen wir uns um ihren Fortgang machen.

Wir wollen heute feiern und den Blick nach vorne richten. Es bleibt noch viel zu tun. Dazu will ich mich jetzt nicht äußern, sondern Herr Dr. Pörksen, den ich hiermit begrüße, wird für den Vorstand der Aktion sprechen und ich denke auch eine Reihe von Forderungen und Aufgaben an mich und meine Kolleginnen und Kollegen als Mitglieder des Bundestages sowie die zuständigen Ministerien und andere Zuständige formulieren. Ich möchte schließen mit dem letzten Satz der Präambel der Psychiatrie-Enquete, der 1975 genau so aktuell war, wie er heute ist und in Zukunft sein wird:

»Auch in Zeiten knapp bemessener Mittel aber muss sich eine Gesellschaft der Frage stellen, wie viel sie einsetzen will, um das Schicksal derer zu erleichtern, die als psychisch Kranke oder Behinderte auf Hilfe angewiesen sind.«

Ich darf hinzufügen: Das zeichnet eine Gesellschaft aus – ganz gleich welche politische Mehrheit sie repräsentiert.

Bilanz und Perspektiven der Psychiatrie-Reform

Andrea Fischer

Sehr geehrte Frau Schmidt-Zadel, sehr geehrter Herr Rutz, sehr geehrter Herr Jagoda, sehr geehrter Herr Prof. Kulenkampff, sehr geehrter Herr Pörksen, meine sehr geehrten Damen und Herren,

mit dem heutigen Festakt wollen wir gemeinsam an den Jahrestag der Übergabe des Berichtes der Psychiatrie-Enquete vor 25 Jahren erinnern. Viele derjenigen, die damals an diesem Aufbruch in der Psychiatrie beteiligt waren und die ihn seither vorangetrieben haben, sind heute hier versammelt. Ihnen allen gilt zunächst mein Dank für Ihr Engagement. Einzelne Namen hervorzuheben birgt immer die Gefahr, andere zu vergessen. Deshalb will ich dies hier gar nicht erst versuchen. Mein Dank gilt heute all denen, die an der Psychiatrie-Enquete mitgewirkt haben, ebenso wie all denen, die sich seither politisch und in der Praxis für die Belange der Menschen mit psychischen Erkrankungen eingesetzt haben.

Die *Psychiatrie-Enquete* vor nunmehr 25 Jahren war ein Meilenstein in der Geschichte der Reformbewegung der psychiatrischen Versorgung. Seither hat die Psychiatrie durchgreifende Veränderungen erlebt. Dies war notwendig, weil in der Psychiatrie ein Vierteljahrhundert nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs immer noch Bedingungen vorhanden waren, wie sie in keinem anderen medizinischen Bereich anzutreffen waren. In der Psychiatrie-Enquete wurde zur Beschreibung der damaligen Verhältnisse das Wort von den »Brutalen Realitäten« bewusst gewählt. Es waren tatsächlich brutale Zustände, in denen viele Kranke z. T. lebenslang und isoliert in weit abgelegenen Einrichtungen ohne ein Minimum an privater Sphäre weggesperrt wurden. Wie konnten sich solche Verhältnisse – und das mit therapeutischen Begründungen – entwickeln und von der Gesellschaft aktiv und passiv so lange mitgetragen werden? Warum bietet gerade die Psychiatrie ein Feld, auf dem Menschen ihre ideologischen Vorstellungen so leicht ausleben können und ungestraft an anderen Menschen Zwang, Gewalt und Repressalien ausüben können? Antworten auf diese Fragen zu finden, ist nicht leicht. Sicher ist ein Grund, dass psychische Erkrankung häufig mit einem Verhalten einhergeht, das von der Norm des Üblichen abweicht. Dies

irritiert uns und wir begegnen Menschen mit psychischen Erkrankungen deshalb mit einer Mischung aus Unverständnis, Furcht, Abwehr und Ausgrenzung. Ein Versuch, mit unserer Angst fertig zu werden, ist das Verdrängen des Problems und das Ausgrenzen der Betroffenen.

Geschichte der Psychiatrie

Das Thema Ausgrenzung zieht sich durch die Geschichte der Psychiatrie. Menschen wurden verwahrt, isoliert und in Anstalten mit Zwangsmaßnahmen interniert. Viel zu häufig waren sie gewalttätigen Übergriffen ausgesetzt. Zusammen mit zahlreichen anderen Außenseitern der Gesellschaft wurden psychisch Kranke im Laufe des 17. Jahrhunderts in Zucht-, Armen-, Arbeits- und Tollhäusern kaserniert und auf Jahrmärkten vorgeführt. Mit der französischen Revolution hielten die Ideen des Liberalismus und der Aufklärung Einzug in Europa. Dies hatte auch Auswirkungen auf die Medizin und die Versorgung psychisch Kranker. Allmählich gingen die größten Misshandlungen zurück, was am Ende jedoch nur zu anderen subtileren Formen des psychischen und moralischen Zwanges führte. Behandlung und Pflege der psychisch Kranken nahmen etwas humanere Formen an, das Wegsperren und Ausgrenzen jedoch blieb.

Schließlich wurden neue Ansätze entwickelt. Der Psychiater Griesinger, in dem viele den Vater einer modernen Psychiatrie in Deutschland sehen, entwickelte 1864 in Berlin bahnbrechende Reformkonzepte für eine Umstrukturierung der psychiatrischen Versorgung, die konsequent auf mechanische Zwangsmaßnahmen und moralische Repressalien verzichten sollten. Griesinger stellte bereits damals die Einbettung psychisch Kranker in soziale Strukturen wie Familie und Freunde als einen wesentlichen therapeutischen Faktor dar. Er forderte die Integration der Kranken in die Gesellschaft, da sie gewährt, was die prachtvollste und bestgeleitete Anstalt der Welt niemals gewähren kann, die volle Existenz unter Gesunden, die Rückkehr aus einem künstlichen und monotonen in ein natürliches und soziales Medium, die Wohltat des Familienlebens. Allerdings vertrat Griesinger entschieden ein naturwissenschaftlich ausgerichtetes Verständnis von Geisteskrankheiten als Gehirnkrankheiten und führte eine scharfe Kontroverse mit der eher idealistisch moralisierenden Anstalts-Psychiatrie.

Der sozialpsychiatrische Reformansatz fand zu Beginn des 20. Jahrhunderts durchaus Eingang in die Praxis der Versorgung psychisch Kranker. Auf diese Zeit der Reformen folgte jedoch das düsterste Kapitel der Psychiatrie in Deutschland: Die Zeit des Nationalsozialismus'. Es gilt allerdings auch für die Psychiatrie, dass die Vorstellungen der Nationalsozialisten dort auf fruchtbaren Boden fielen. Schon in den Jahren vor der Machtübernahme war bereits ein geistiges Fundament entstanden – erschreckender Weise gerade durch die Arbeit jüngerer, reformorientierter Wissenschaftler –, an das die Vorstellungen der Nationalsozialisten anknüpfen konnten. Weit über die Grenzen Deutschlands hinaus gab es einen breit angelegten wissenschaftstheoretischen Diskurs der Rassenhygiene und der Erblehre, in dem Selektion als etwas Selbstverständliches betrachtet wurde.

Die Reformvorstellungen vieler Psychiater in dieser Zeit trugen von Anfang an die Idee der Selektion in sich. Die behandlungs- und arbeitsfähigen Patientinnen und Patienten sollten nach modernsten Methoden behandelt werden. Hier wollte man Erfolge vorweisen können. Die Kehrseite dieser Reformüberlegungen war jedoch, dass alle diejenigen, die nicht therapierbar erschienen, beseitigt werden sollten. Dabei spielten auch – aber nicht nur – finanzielle Überlegungen eine Rolle. Die vorhandenen Mittel für die Betreuung psychisch Kranker, die im Zuge der Weltwirtschaftskrise stark reduziert worden waren, sollten auf die Behandlungsfähigen konzentriert werden. Entscheidend jedoch ist, dass die reformorientierten Ärzte und Psychiater für sich in Anspruch nahmen, die Entscheidung darüber treffen zu können, wer behandelbar sein sollte und wer nicht. Der Umgang mit den Verbrechen an psychisch Kranken und Behinderten nach dem Ende des zweiten Weltkrieges widerlegt auch den Mythos, dass nach 1945 der Zeitgeist schlagartig ein anderer war. Die wenigsten der Täter in den psychiatrischen Anstalten wurden hart bestraft, die weitaus größere Zahl konnte ihre Tätigkeit in Medizin und Psychiatrie fortsetzen. Es hat sehr lange gedauert, bis in Deutschland endlich eine öffentliche Auseinandersetzung mit der Psychiatrie im Nationalsozialismus stattfand und der Opfer öffentlich gedacht wurde. Und wie schwer sich auch heute noch die Menschen mit den Ereignissen dieser Zeit tun, haben erst jüngst die Diskussionen in Jena gezeigt.

Psychiatrie-Reform

Es ist sicherlich kein Zufall, dass die kritische Aufarbeitung der Zeit des Nationalsozialismus und die beginnende Psychiatrie-Reform in Deutschland im Laufe der sechziger Jahre zusammenfallen. Es war der Aufbruch der Studentenbewegung, der auch zu einer Kritik an den untragbaren Verhältnissen der psychiatrischen Versorgung führte. Dabei standen am Beginn der Psychiatriereform radikale Ideen. Die vollständige Zerschlagung und Auflösung der »Irrenhäuser« wurde gefordert. »Freiheit heilt« haben die Patienten an die Mauern des ehemaligen Irrenhauses geschrieben, das Basaglia Ende der 1960er-Jahre in Triest geschlossen hat. Dieser Aufbruch war radikal und er musste radikal sein, denn nur mit Visionen von einer anderen Welt konnte eine derart fest gefügte Struktur aufgebrochen werden. Die Vision von einem Leben mit psychisch Kranken jenseits der Anstaltsmauern hat damals viele Menschen mitgerissen. Auch wenn wir heute die Radikalität mancher Forderungen nicht mehr teilen, so sind doch die Grundüberzeugungen geblieben: Dass es das Ziel sein muss, Menschen mit psychischen Erkrankungen in die Gesellschaft zurückzuholen, mit ihnen gemeinsam zu leben. Nur so kann Selbstbestimmung wirklich erreicht werden. Viele derjenigen, die damals viel weitergehende Vorstellungen hatten, sind heute Teil des professionellen Hilfesystems für psychisch Kranke. Das heißt nicht, dass die Reformen von damals als gescheitert anzusehen sind. Gerade die Menschen mit ihrem Reform-Impetus haben das System verändert. Wir sollten den Reformprozess seit damals als Weiterentwicklung sehen, der aber das Ziel eines selbstbestimmten Lebens für Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht aus den Augen verloren hat und auch nicht verlieren darf. Für Deutschland wurden in der Psychiatrie-Enquete die wichtigsten Voraussetzungen benannt, um den Wechsel von einer verwahrenden zu einer therapeutisch und rehabilitativ ausgerichteten Versorgung zu erreichen: Der Aufbau bedarfsgerechter ambulanter und komplementärer Hilfeangebote im Lebensumfeld, die Dezentralisierung und Regionalisierung stationärer Hilfen, die Koordination der Hilfen und die Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranken. Vieles davon haben wir erreicht. Es gibt mittlerweile ein breites Angebot an ambulanten Diensten wie Sozialpsychiatrische Dienste, tagesstrukturierende Einrichtungen und arbeitsrehabilitierende Hilfen. Mit dem zuneh-

menden Aufbau von betreuten Wohnmöglichkeiten in den verschiedensten Formen wurde der Erkenntnis Rechnung getragen, dass ein selbstbestimmtes Leben mit einem individuellen Wohnbereich beginnt. Ausgehend von den katastrophalen Zuständen in den psychiatrischen Großkrankenhäusern begann die Dezentralisierung. Die Bettenzahl wurde um 50 Prozent reduziert. Gleichzeitig begann die Regionalisierung der stationären Versorgung durch den Aufbau von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Durch die Psychiatrie-Personalverordnung wurde die Qualität der Behandlung durch eine bessere Personalausstattung deutlich angehoben. Die durchschnittliche stationäre Behandlungszeit liegt heute zwischen 20 und 40 Tagen.

Zukunftsperspektiven der Psychiatrie

Wir haben allen Grund, auf das bisher Erreichte stolz zu sein. Das verbinde ich mit einem Dank an alle, die jeden Tag hart daran und dafür arbeiten: Professionelle, Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene. Aber ich möchte doch auch an einem Tag wie heute die Frage stellen, ob nun wirklich schon alles erreicht ist. Und da gibt es viele Gründe, weshalb die Antwort immer noch Nein lauten muss. Wir müssen z.B. feststellen, dass wir von einem flächendeckend hohen Niveau in der Versorgung noch weit entfernt sind. Guten ambulanten Versorgungsstrukturen steht eine hohe Zahl an stationären Aufenthalten gegenüber, die zwar kürzer werden, deren Zahl jedoch wächst. Die Zahl der Heimplätze ist deutlich gestiegen, ebenso wie die Zahl der Psychopharmaka-Verschreibungen. Diesen Herausforderungen müssen sich alle Verantwortlichen vom Bundesgesetzgeber über Länder und Kommunen bis zu Leistungsträgern und Einrichtungsträgern stellen. Die Psychiatrie ist meiner Meinung nach an einem Punkt angekommen, an dem es einer neuen Standortbestimmung bedarf. Die vorhandenen Rahmenbedingungen machen es dem Versorgungssystem offenbar auf Grund mangelnder Verbindlichkeit noch immer zu leicht, sich an den eigenen Interessen zu orientieren und institutionsorientiert statt patientenorientiert zu arbeiten.

Mit der *Gesundheitsreform 2000* haben wir versucht, weitere Schritte zu gehen, damit die Grundsätze der dezentralen Versorgung und der Vorrang der ambulanten vor der stationären Versorgung

besser realisiert werden können. Diese müssen nun in die Praxis umgesetzt werden.

Wir haben die Möglichkeiten für eine wohnortnahe stationäre Versorgung dadurch verbessert, dass auch Psychiatrische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern nun einen Rechtsanspruch haben, Institutsambulanzen einzurichten. Damit wollen wir den Bedürfnissen der psychisch Kranken, die nicht den stationären Rahmen brauchen, aber auf Grund von Art, Schwere und Dauer der Erkrankung nicht adäquat vom niedergelassenen Facharzt behandelt werden können, gerecht werden. Hierzu müssen Kriterien festgelegt werden, wann eine Behandlung in *Institutsambulanzen* notwendig ist. Schließlich müssen wir auch in diesem Bereich rasch verhindern, dass Doppelstrukturen im stationären und ambulanten Bereich entstehen.

Ein großer Erfolg der Gesundheitsreform ist auch die Einführung der *Soziotherapie* als Regelleistung der Krankenkassen in der ambulanten Versorgung. Damit verbinden wir zwei Ziele: Zum einen Patientinnen und Patienten durch eine therapeutische Begleitung und Motivation zu einer besseren Nutzung der Hilfen zu befähigen, um sie so im ambulanten Versorgungssystem halten zu können. Zum anderen aber auch, die Koordination und Kooperation der Dienste zu verbessern. Damit, dass der Gesetzgeber einen Rechtsanspruch auf die Soziotherapie geschaffen hat, hat er auch gemeint, dass die Richtlinien für die Inanspruchnahme zügig umgesetzt werden. Für den stationären Bereich ist außerdem klargestellt, dass die Psychiatrie auf Grund ihrer besonderen Rolle nicht in das Fallpauschalensystem einbezogen wird. Damit wollen wir den Drehtüreffekt, der sich aufgrund des Drucks zu einer Verkürzung der Behandlungszeiten ergeben könnte, abschwächen. Darüber hinaus geht es jedoch um weitere grundlegende Fragestellungen, bei denen viele Akteure beteiligt sind. Bereits intensiv diskutiert wird die Frage, ob die zukünftige Entwicklung im stationären Bereich *schwerpunktmäßig* bei den *psychiatrischen Fachkrankenhäuser* (also den ehemaligen Landeskrankenhäusern) oder in den *psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern* liegen wird. Ich denke für beide Ansätze gibt es gute Argumente, deshalb ist es richtig, dass die Länder hier verschiedene Wege gehen. In jedem Fall sollte das schon in der Enquete geforderte Sektorprinzip, also die Zuständigkeit einer Abteilung für den Einzugsbereich, in dem sie liegt, zum Tragen kommen. Die eigent-

liche Herausforderung liegt jedoch woanders. Wir brauchen eine vernünftige Verzahnung zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich. Die gemeindenahe Psychiatrie der Zukunft muss beides umfassen. Nur dann lässt sich verhindern, dass die Zahl der stationären Aufnahmen weiter zunimmt. Erste viel versprechende Ansätze einer echten *integrierten Versorgung* im psychiatrischen Bereich gibt es bereits in einigen Städten. In der Überwindung der scharfen Trennung zwischen ambulantem und stationärem Bereich sehe ich – nicht nur in der Psychiatrie – die größte gesundheitspolitische Aufgabe der nächsten Jahre. Gute Rahmenbedingungen haben wir auch dafür mit der Gesundheitsreform 2000 gelegt, die jetzt kreativ ausgestaltet wird.

Ein weiteres Thema ist die *Rehabilitation* psychisch Kranker. Wir müssen immer noch feststellen, dass gerade psychisch Kranke auf die Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem BSHG verwiesen werden, was zu erheblichen finanziellen Belastungen für die Angehörigen führt. Es geht also darum, neue Wege der Zusammenarbeit aller Sozialleistungsträger zu finden, die es auch psychisch Kranken ermöglichen, ihren Anspruch auf Rehabilitation umzusetzen.

Dazu gehört, dass wir im gerade vorgelegten Referentenentwurf zum *SGB IX* die Sozialhilfeträger sowie die Träger der Kinder- und Jugendhilfe als Rehabilitationsträger einbezogen haben. Wir bekennen uns zu dem Grundsatz, Rehabilitation frühzeitig und umfassend zu leisten. Ins SGB IX übernommen wird das von uns verabschiedete *Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter*, das nun zum 1. Oktober in Kraft getreten ist. Gerade Menschen mit einem psychischen Handicap profitieren in besonderer Weise von der Stärkung der Integrationsfachdienste sowie der Förderung der Integrationsprojekte. Mit diesen Instrumenten sowie der Einführung eines Rechtsanspruchs auf Arbeitsassistenz wollen wir sicherstellen, dass deutlich weniger Menschen als heute auf Dauer und so scheinbar selbstverständlich in einer Werkstatt für behinderte Menschen arbeiten müssen, wenn sie das nicht möchten. Die Werkstatt darf keine geschlossene Welt für die dort Arbeitenden sein. Sie muss jederzeit zum Arbeitsmarkt hin durchlässig sein. Und sie muss vor allem im Interesse jedes Einzelnen daran mitwirken, Alternativen zur Werkstattarbeit zu erschließen. Die beschriebenen Herausforderungen sind für alle psychisch Kranken von großer Bedeutung, dies gilt jedoch insbesondere für die *chronisch psychisch Kranken.*

Deshalb müssen wir uns auch Gedanken darüber machen, wie die Versorgung noch stärker an den Bedürfnissen chronisch psychisch Kranker ausgerichtet werden kann. Die wachsende Zahl von Heimplätzen sehe ich dabei als eine Entwicklung, die mich bedenklich stimmt. Der durch die Enquete gewollte Abbau von Betten im stationären Bereich hat gleichzeitig zu einer wachsenden Zahl von Heimplätzen geführt, sodass wir heute im Bereich der chronisch Kranken ein Verhältnis von 70 Prozent in den Heimen und 30 Prozent im Bereich des betreuten Wohnens finden. Meiner Meinung nach muss es ein wichtiges Ziel sein, dieses Verhältnis langfristig umzukehren. Denn das Leben in einem Heim ist immer mit einer massiven Einschränkung der persönlichen Freiheit des Einzelnen verbunden. Es widerspricht fundamental dem Prinzip der Selbstbestimmung, zu dem wir uns alle bekannt haben und das auch die Psychiatrie-Erfahrenen seit Jahren für sich selbst einfordern. Ausgrenzung und der Entzug von Freiheit kann nicht zu den Prinzipien gehören, die die Mütter und Väter der Psychiatrie-Enquete damals gewollt haben. Es gibt also eine Fülle von Fragen, die gemeinsam diskutiert werden müssen, da in unserem Gesundheitssystem viele Verantwortung tragen, der Bund ebenso wie die Länder und Gemeinden, vor allem jedoch die Selbstverwaltung. Deswegen sind Veränderungen so schwierig, gestaltet sich der Reformprozess in seiner entscheidenden Phase so schwerfällig und deswegen ist es so notwendig, dass wir alle in unserem Bemühen um eine an den Prinzipien der Selbstbestimmung orientierte Psychiatrie nicht nachlassen. Aus diesem Grunde wird das Bundesministerium für Gesundheit Anfang des nächsten Jahres zu einem *Psychiatrie-Forum* einladen, das allen wichtigen Akteuren, Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen, die Möglichkeit geben soll, ihre Vorstellungen für eine Weiterentwicklung aus ihrer Sicht darzulegen und gemeinsam im gesundheitspolitischen Kontext zu diskutieren. Wir sollten eine Verständigung darüber erreichen, welche zukünftigen Schritte einer Reform der Psychiatrie, in welcher Reihenfolge und Dringlichkeit angegangen werden sollten.

Persönliche Verantwortung des Einzelnen

Lassen Sie mich zum Schluss zu meiner Eingangsfrage zurückkommen, weshalb wir uns gerade mit dem Bereich der psychischen Erkrankungen so schwer tun. Ich glaube der Hauptgrund liegt darin, dass wir uns hier mit Menschen auseinander setzen müssen, deren Verhalten uns bisweilen so undurchschaubar erscheint. Das Fremde zu verstehen ist schwer. Es ist nicht nur schwer, weil uns oft Wissen und Information fehlt, sondern, wie Sigmund Freud feststellte, weil das »Ich nicht Herr im eigenen Haus« ist. Freud hat damit zum Ausdruck bringen wollen, dass die eigenen, im Unterbewusstsein schlummernden Regungen und Gefühle dem Menschen fremd sind. Das Fremde ist nicht draußen in der Welt, sondern schon in uns selbst. Erst wenn wir versuchen zu erkennen, welche Einflüsse – soziale, politische, gesellschaftliche und natürlich persönliche Erfahrungen – unsere Regungen und Gefühle bestimmen, wird es uns auch gelingen zu verstehen, warum wir uns dem Fremden gegenüber so ablehnend verhalten. Nur dadurch wird es möglich werden, die Verschiedenheit anderer Menschen und Kulturen zu verstehen. Erst wenn wir sie verstehen, werden wir sie auch akzeptieren und achten können. Ein Verständnis, welches Andersartigkeit als eine andere Art von Normalität sieht, gibt also jedem von uns ein Stück Freiheit zurück. Der Umgang der Gesellschaft mit psychisch Kranken ist nicht nur ein Spiegelbild ihrer Gesinnung, sondern war und ist als solches auch immer ein Seismograf, der Gesinnungsänderungen früh anzeigt. In diesem Sinne geht es bei der Psychiatrie-Reform um mehr als nur um eine bessere Versorgung psychisch kranker Menschen. Es geht um eine Veränderung der ganzen Gesellschaft in ihrer Einstellung zu Fremden und Andersartigen. Dazu können wir alle einen Beitrag leisten.

Psychische Gesundheit in Europa – die Perspektive der Weltgesundheitsorganisation: Unterschiede, Möglichkeiten, Probleme, Herausforderungen

Wolfgang Rutz

Sehr geehrte Frau Bundesministerin, Herr Staatssekretär, verehrte Frau Vorsitzende, meine Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen und Freunde,

25 Jahre nach Beginn der deutschen, psychiatrischen Reform und an der Schwelle zum Jahr 2001, dem Jahr, das von den Vereinten Nationen und der Weltgesundheitsorganisation der psychischen Gesundheit gewidmet ist, möchte ich heute mit Ihnen ein paar Gedanken teilen. Das Europa der Weltgesundheitsorganisation besteht aus 51 Staaten mit 870 Millionen Einwohnern, von Irland bis zur Mongolei, von Grönland bis Malta. Es ist eine Region der Ungleichheiten zwischen Völkern und innerhalb der Nationen. Wir finden hier die reichsten und ärmsten Länder der Welt, mit immensen Unterschieden in Lebenserwartung und hoher Sterblichkeit – vor allem in Osteuropas Ländern – dramatischer, sozialer Veränderung. In dieser europäischen Region finden wir auch erhebliche Ungleichheiten in psychosozialen und sozio-ökonomischen Gesundheitsdeterminanten wie Einkommen, Arbeit, Wohnen und soziales Netzwerk, in Lebensgewohnheiten wie Rauchen, Trinken, Ernährung und physische Aktivitäten und nicht zuletzt im Zugang zu anständiger psychischer Gesundheitsversorgung.

Diese unterschiedlichen Länder haben unterschiedliche Versorgungsbedürfnisse. Während die Sterblichkeit in psychiatrischen Krankenhäusern in Osteuropa und Zentralasien immens sein kann und andere Länder überpsychiatrisiert sind, mit Mega-Institutionen, unbefindlicher Nachsorge und wenig Respekt für individuelle Integrität und basale Menschenrechte, finden wir in Westeuropa trotz anständiger Lebensbedingungen und zugänglicher Gesundheitsfürsorge Probleme mit einer steigenden Anzahl von Obdachlosen, oft niemals versorgten, allein gelassenen psychisch Kranken mit hoher Sterblichkeit infolge Stigmatisierung und sozialem Abstieg. In diesem Europa der Unterschiede befindet sich das Gebiet Psychische Gesundheit heute in einer aufregenden Situation: Wir erleben revo-

lutionäre Verbesserungen in neuer, umfassender Behandlung von Depressionen, Psychosen, Alterserkrankungen und Epilepsie. Wir beginnen die Psycho-Biologie von Depression, Aggression und Destruktivität, von Gespaltensein, Hilflosigkeit und Liebe, von philosophischer Einsicht, Glück, existenzieller Leere und anderen Emotionen zu verstehen. Wir erkennen die erstaunliche Neuroplastizität der menschlichen Gehirns und finden heraus, wie physiologisches Wohlbefinden, auch cerebral Stärke und Struktur bedingt, aber auch wie schädliches psychologisches, soziales und existenzielles Umfeld strukturelle Schwäche und lang dauernde Verletzlichkeit hervorrufen kann. Noch erstaunlicher – wir sehen wie Umweltfaktoren durch trans- oder inskriptionale Mechanismen ihren Einfluss auf des menschliche Genom nehmen können. Ausgehend von diesem neuen Wissen erleben wir, dass behandelnde, schützende und psychisch gesundheitsfördernde Strategien heute machbar, realistisch und notwendig werden – mit Hilfe von interdisziplinärer Zusammenarbeit und unter Teilnahme aller Bereiche der Gesellschaft.

Wir lernen heute auch, dass humanistische, psychosoziale und existenzielle Erfahrung mit biologischer, medizinischer Wissenschaft integriert werden kann, in Widerspiegelung der unausweichlichen Conditio humana, sowohl Körper, als auch Geist und Seele zu sein, in der Erkenntnis, dass weder Geist ohne Gehirn noch Gehirn ohne Geist existiert, und in Vermeidung von sowohl biologischem als auch humanistischem oder soziologischem Reduktionismus. Neue Fortschritte auf den Gebieten der Neuropsychiatrie, der Psychosomatik, der Stressforschung, der Psycho-Immunologie, der Neuro-Philosophie, als auch der Soziologie und Anthropologie stehen hier an der Front wissenschaftlichen Fortschritts und überbrücken Trennungslinien zwischen Humanismus und Biologie und den Antagonismus zwischen qualitativen und quantitativen Methoden, der so lange Zeit wissenschaftlichen Fortschritt gelähmt und die Entwicklung von umfassenden Strategien verhindert hat.

Meine Damen und Herren, wir leben auch in einer Zeit von großen und steigenden gesundheitlichen Belastungen und Stress, verursacht durch Hilflosigkeit und Abhandenkommen der Lebenskontrolle und beeinflusst durch soziale Ausgrenzung, Identitätsverlust, Sinnverlust und existenzielle Leere, welche von immer mehr Menschen erlebt werden. Psychische Probleme, speziell Depression und Selbstmordtendenz, wie auch Folgen von Aggression und destruktiven Lebensweisen sind heute bereits eine der größten Gesundheitsbelastungen, finanziell und leidensmäßig, verursacht beim Einzelnen, in Familien und in der Gesellschaft. Leidensdruck, Krankheit und vorzeitiger Tod, speziell in Ländern dramatischer sozialer Veränderung, sind frappant gestiegen als Folge stress-, hoffnungslosigkeits- und hilflosigkeitsbedingter Zustände wie Depression, Missbrauch, Suizid, risikoreichen und selbstdestruktiven Lebensstilen, aber auch kardiovaskulärer und anderer psychosomatischer Erkrankung. In vielen ost- und zentraleuropäischen Ländern finden wir sinkende Lebenserwartung und steigende, verfrühte Sterblichkeit, die in einigen Ländern zu Entvölkerungphänomenen und in vielen Ländern zu dramatisch steigender gesellschaftlicher Belastung führt.

Betroffen sind besonders Jugendliche, Ältere, Männer mittleren Alters, Einzelstehende und ländliche Bevölkerungen in verschiedenen Ausmaßen in verschiedenen Ländern. So erscheint heute vorzeitige Sterblichkeit, besonders bei Männern, einer der empfindlichsten, seismografischen Indikatoren für gesellschaftlichen Stress und Umwälzung in einer Gesellschaft zu sein.

Frauen scheinen oft mehr geschützt, wiederum aus Gründen ihrer besseren sozialen Integration und ihrer anscheinend größeren Fähigkeit, Veränderungen zu bewältigen, das Leben zu kontrollieren und seinen Sinn zu finden.

Darüber hinaus erleben wir in Europas posttraumatischen Bevölkerungen der Kriegsgebiete und internen Konflikte die Notwendigkeit zur Versöhnung, Friedensbildung und Wiedererrichtung der zivilen Gesellschaft, wo kein Friede ohne psychische Gesundheit und keine psychische Gesundheit ohne Frieden sein kann. Probleme der Aggression, Persönlichkeitspathologie, Selbst-Destruktivität, Gewalttätigkeit, Suizidalität und Missbrauchsneigung müssen dringend bewältigt werden. Wiederum sind multidisziplinäre, multisektorielle und wissenschaftlich fundierte Strategien gefragt, um Demoralisierung entgegenzuwirken und Selbstrespekt wieder aufzubauen.

Die Weltgesundheitsorganisation postuliert in ihrem politischen Dokument »Gesundheit für Alle« und in Wahrnehmung ihrer Rolle als »Gesundheitsgewissen« der Regierungen Europas psychische Gesundheit als ein Menschenrecht. Sie unterstreicht dabei die Notwendigkeit multidisziplinärer und intersektorieller Zusammenarbeit, forschungsbasierter Strategien und gemeindenaher psychischer Gesundheitsfürsorge und -förderung in Nähe der Bürgerinnen und ih-

res sozialen und psychologischen Umfelds. In ihrem jüngsten Dokument »Gesundheit 21«, 1998 ratifiziert von den Regierungen Europas, strebt sie die Reduktion von Suizid und Depression als eines ihrer Hauptziele an. Um dies zu verwirklichen, brauchen wir neue, umfassende Evidenz als Ergebnis von integrativer Forschung, um der Komplexität menschlicher Natur und der multifaktoriellen Prozesse zu entsprechen, die wir als Hintergrund depressiver Dysfunktion, Selbstdestruktivität und Suizidalität erkennen.

Um dieser Situation gerecht zu werden, hat unser europäisches Programm »Psychische Gesundheit« drei hauptsächliche Richtungen gewählt:

1. Die Notwendigkeit für nationale Analysen der psychischen Gesundheitssituation in den Ländern Europas, um Voraussetzung für nachhaltige und realistische nationale Planung psychischer Gesundheitsfürsorge zu schaffen.
2. Die Förderung von Programmen gegen stressbedingte Morbidität und Mortalität als Folge von Depression, Suizidalität, destruktiven Lebensweisen, Missbrauch und kardio-vaskulären Krankheiten – vor allem in Ländern dramatischer gesellschaftlicher Veränderung.
   Und weiterhin
3. Maßnahmen, um der Stigmatisierung und Diskriminierung psychischer Vulnerabilität und Erkrankung in den Ländern Europas entgegenzuwirken.

Meine Damen und Herren, nichts verursacht Angst so stark wie Unwissenheit. Und was Menschen fürchten, das ignorieren sie, das greifen sie an oder sie machen es lächerlich. Hier haben wir den Grund dafür, dass Stigma und soziale Ausgrenzung zu einer großen und zusätzlichen Bürde wird für Menschen mit psychischer Empfindlichkeit, die ohnehin schon stark benachteiligt sind und dass auch Diskussionen über Themen psychischer Gesundheit und Erkrankung tabuisiert werden.

In diesem Tabu finden wir auch das größte Hindernis für die Früherkennung und die offene, undramatische Behandlung psychischer Probleme – ein Hindernis, das nur durch mehr Wissen und größeres Problembewusstsein in der Bevölkerung zu bewältigen ist. Nur so kann die Kluft zwischen dem, was heute machbar ist und dem, was in Wirklichkeit in unserer psychischen Gesundheitsversorgung beansprucht und getan wird, überbrückt werden. Stigmareduktion muss jedoch realistisch und ehrlich sein und darf nicht die – wenn auch oft zeitweilige – emotionelle wie auch intellektuelle Dysfunktion psychischer Erkrankung verneinen. Versuche, Stigma zu reduzieren, sollten auch nicht die Stigmabürde auf andere Gruppen abwälzen, wie das manchmal in Antistigma Kampagnen neurologisch Erkrankter getan wird, wo die eigene neurologische Gehirnerkrankung als organisch hervorgehoben wird mit dem Hinweis, die wirklich Geisteskranken – das seien die Anderen.

De-Stigmatisierung fängt auch bei uns selbst an. Wahrscheinlich sind wir manchmal Opfer eigener Tabuvorstellungen, wenn wir nicht mehr über Erkrankung sprechen, sondern Euphemismen wie »Mental Ill-Health« benutzen oder über Sekundär-Prävention reden, wenn wir in Wirklichkeit die Behandlung von Krankheit meinen. Meiner Meinung nach wird De-Stigmatisierung nur dann wirklich lang dauernd und nachhaltig, wenn sie auch die Notwendigkeit von Pluralismus, Toleranz und Respekt für den Einzelnen in einer demokratischen Gesellschaft aufzeigt, auch wenn sie oder er sich nicht der Norm entsprechend verhält. In einer Zeit, in der wir in unserer Forschung oft den Wald vor lauter Bäumen nicht mehr sehen, ist heute ein neuer Typ von Forscherinnen und Forschern gefragt, der bekannte Wissensstücke integriert und zu einer Einheit fügt und damit die Fragmentierung überbrückt, die wir in Dienstleistung und Wissenschaft erleben, oft zum Nachteil psychisch Erkrankter, die frustriert, unwissenschaftliche, manchmal gefährliche Behandlungen in Anspruch nehmen.

Meine Damen und Herren, das deutsche Beispiel psychischer Gesundheitsreform, beginnend 1970 mit der Einsetzung der deutschen Enquete-Kommission, über die Ratifikation des Berichtes 1975 durch den deutschen Bundestag bis hin zur heutigen Situationsanalyse, verdient europäische Beachtung. Wir finden hier einen Prozess, der relativ frühzeitig in Europa begann, der von Anfang an umfassend geplant wurde und der exemplarisch und deutlich Verschiedenes demonstriert.

Zum Beispiel:

- dass eine positive Entwicklung psychischer Gesundheitsfürsorge einen Prozess der Bewusstwerdung und Selbstversöhnung vorauszusetzen scheint, in der auch die eigene Vergangenheit und deren Schattenseiten bewältigt werden,
- dass psychische Gesundheitsfürsorge entwickelt werden kann,

trotz ideologischer Unterschiede, ohne dass Patientinnen und Patientengruppen im Stich gelassen werden, wie es in einigen anderen Ländern Europas geschah,

- dass ideologische Streitigkeiten und Interessenkonflikte zwischen den Berufsgruppen, die in einer multidisziplinären Entwicklung der psychischen Gesundheitsförderung engagiert sind, den Konsensus nicht ausschließen, der für konstruktive Problemlösung notwendig ist,
- dass ein ziviler Dialog zwischen Professionellen, Klientinnen und Angehörigen geschaffen werden kann, der auch die Kostenträger mit einschließt,
- dass der Einsicht der Weg gebahnt wird, dass psychische Gesundheit wichtigstes Kapital unserer Gesellschaft ist und
- dass Bewusstsein entstehen kann für die Kosten, die entstehen, wenn nichts getan wird – und für die Gewinne, die sich einstellen, wenn integrative Dienstleistungen entwickelt werden, die Synergien ausnützen und bei denen die finanziellen Mittel patientinnenorientiert eingesetzt werden.

Diese Erfahrungen der deutschen Entwicklung sind wichtig und lehrreich für Europa und sollten besonders in den Ländern Verbreitung finden, die heute unter der steigenden Bürde psychischer Störungen leiden und sich noch in der Anfangsphase der Entwicklung psychischer Gesundheitsfürsorge, humanitärer Ansätze und demokratischer Bewusstwerdung befinden.

Frau Ministerin, meine Damen und Herren, die Vereinten Nationen und die Weltgesundheitsorganisation haben das Jahr 2001 zum Weltjahr psychischer Gesundheit erklärt. Der Weltgesundheitstag am 7. April, begangen in der ganzen Welt, der Weltgesundheitsrat im Mai, der die Entscheidungsträger der Regierungen in Genf vereint, und der Weltgesundheitsrapport im Juni, der aktuellen Wissensstand beschreibt und zu Handlung aufruft, sie alle werden der psychischen Gesundheit gewidmet sein.

Die Botschaften dieses Jahres sind,

- dass psychische Gesundheit durch intelligentes, politisches Handeln gefördert werden kann,
- dass die Auswirkung politischer und gesellschaftlicher Programme auf die psychische Gesundheit der Bevölkerung berücksichtigt werden muss,

- und dass kein Land es sich leisten kann, nicht in das Kapital »psychische Gesundheit« zu investieren.

Weiterhin,

- dass psychische Störungen eine Bürde darstellen, die unterschätzt, nicht ausreichend erkannt und nicht genügend behandelt wird – als Folge von Stigma, Tabu und Unwissenheit,
- dass psychische Störungen eine schwere, aber oft vermeidbare Belastung ausmachen, die jeden treffen kann, der aber vorgebeugt werden und die man behandeln kann.

Und weiterhin

- dass die Behandlung psychischer Störungen heute integriert in der Gesellschaft geschehen kann und geschehen muss.

Die Weltgesundheitsorganisation plant mit Hilfe ihrer internationalen und nationalen Partner für den 7. April des nächsten Jahres in allen Ländern Europas größere Ereignisse, um Möglichkeiten und Problemen psychischer Gesundheitsförderung gebührende Beachtung zu verschaffen. Wir sehen in diesem Jahr eine wichtige Chance, das Thema psychische Gesundheit auch politisch bewusst zu machen. Mit Ihrer Hilfe, verehrte Frau Ministerin, liebe Kolleginnen und Kollegen, meine Damen und Herren, können wir zusammen Einfluss nehmen, um psychischer Gesundheitsfürsorge die Würde und Stellung zu geben, die ihr gebührt, um dabei gleichzeitig die Möglichkeiten für Hilfe, Behandlung und Reintegration aufzuzeigen, die heute existieren.

Meine Damen und Herren, im Namen der Weltgesundheitsorganisation und ihrer Generaldirektorin Dr. Gro Harlem Brundtland, die sich stark und persönlich für Fragen der psychischen Gesundheit engagiert, im Namen des Regionaldirektors für Europa, Dr. Marc Danzon, der selbst Psychiater ist, und in meiner Eigenschaft als Beauftragter für psychische Gesundheit in Europa, darf ich Ihnen zu Ihrem Jubiläum gratulieren und zu den Resultaten, zu denen Ihr Reformprozess und Ihr Einsatz in Deutschland geführt hat. Viele Länder in Europa wollen und können von Deutschland lernen und brauchen Ihre Erfahrungen und Solidarität. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Grußwort des Präsidenten der Bundesanstalt für Arbeit

Bernhard Jagoda

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ihrer Einladung anlässlich des 25. Jahrestages der Psychatrie-Enquete bin ich sehr gerne gefolgt. Meinen Vorsitz in der Aktion Psychisch Kranke habe ich mit großem Bedauern niedergelegt und auch nur, weil es mir terminlich unmöglich war, dieser Aufgabe genügend Zeit zu widmen. Die Psychiatrie-Enquete aus dem Jahre 1975 war Ausdruck des zunehmenden gesellschaftlichen Bewusstseins, dass zur damaligen Zeit sowohl die Versorgung als auch der Status psychisch Kranker ganz offensichtlich nicht den grundlegenden Prinzipien des Rechts- und Sozialstaats entsprachen. Sie war Ausgangspunkt für ausgiebige Modellversuche, die nicht nur zentral initiiert und reguliert wurden, sondern auch eine Initialzündung für eine Vielzahl von Initiativen vor Ort gaben. Durch Verbünde aller Beteiligten wurden Grundsteine für Konzepte und Institutionen gelegt, die einer ganzheitlichen Versorgung im Sinne der Behandlung und Rehabilitation sowie auch der Hilfe zur Selbsthilfe dienten. Gerade Arbeit und Sinn-stiftende Tätigkeiten sind für die psychische Stabilität und soziale Integration psychisch Kranker von immenser Bedeutung, da gerade über Arbeit soziale Kontakte, Tagesstruktur und Selbstbewusstsein gefördert werden.

Es wurde schon viel erreicht, doch noch lange ist nicht alles geschafft. Gemeindenahe Psychiatrie und ein flächendeckendes Angebot der auf psychisch Kranke speziell ausgerichteten Maßnahmen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation bleiben als Aufforderung zur ständigen Anpassung bestehen. Dennoch ist ein solcher Tag Grund genug, mit Freude – jedoch ohne Selbstzufriedenheit – auf das bisher Geleistete zurückzublicken und hierauf aufbauend den »Auftrag« für die Zukunft zu formulieren. Nicht nur im rechtlichen Bereich der Regelung der Fragen von Vormundschaft, Pflegschaft und Betreuung, einer deutlich verbesserten Heil- und Hilfsmittelverordnung und intensiven Bemühungen in der Wissenschaft, den Nachholbedarf der Forschung speziell im Sinne der Therapie- und Rückfallprophylaxe chronisch psychischer Erkrankungen aufzuholen, wurden wesentliche Fortschritte erzielt. Auch die Arbeitsverwaltung ist auf Basis eines novellierten Sozialgesetzbuches III weiterhin ein ganz wesentlicher Partner der Integration psychisch Kranker: Zu nennen ist hier insbesondere die unter aktiver Beteiligung der Arbeitsverwaltung vorangetriebene Veränderung im Bildungs- und Betreuungsangebot nicht nur für Jugendliche in den *Berufsbildungswerken (BBW)*, sondern auch im Rahmen der Wiedereingliederung in den *Berufsförderungswerken (BFW)*.

Hervorzuheben sind die »RPK-Einrichtungen«. Diese Einrichtungen kümmern sich um psychisch Kranke und Behinderte, die sich in der Übergangsphase zwischen medizinischer Akutversorgung und der beruflichen und der sozialen Rehabilitation befinden. Der Schwerpunkt der Einrichtung liegt bei ärztlich verantworteten, stabilisierenden, trainierenden und damit auch der beruflichen Bildung und Eingliederung dienenden Maßnahmen sowie bei psychosozialer Betreuung, einschließlich Rehabilitationsberatung. Neben den erforderlichen medizinischen und therapeutischen Maßnahmen kommen insbesondere berufsfördernde Leistungen, wie Berufsfindung, Arbeitserprobung, Berufsvorbereitung und berufliche Anpassung, in Betracht. In einer kürzlich veröffentlichten »RPK-Bestandsaufnahme« der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) wird allerdings darauf hingewiesen, dass noch immer in einigen Bundesländern keine dementsprechenden Einrichtungen bestehen, bzw. die erforderliche Anzahl von Plätzen z.T. noch nicht geboten werden kann. Hinzu kommt, dass es Indikationen gibt, für die dringender Handlungsbedarf besteht, die aber bislang auch von den Konzepten, die modellhaft in den RPKs erarbeitet wurden, unzureichend »bedient« werden. Zu nennen ist hier insbesondere der große Formenkreis der Suchterkrankungen, die zunehmend häufig auch begleitend zu den »traditionellen« psychiatrischen Erkrankungen auftreten.

Eine ausgesprochen positive Entwicklung stellt der Aufbau »Beruflicher Trainingszentren« dar. Ist die medizinische Rehabilitation abgeschlossen, wird im Rahmen einer Orientierungsphase ein Rehabilitationsplan erarbeitet mit dem Ziel der Aufnahme einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Gerade hier muss natürlich sehr sorgfältig der sachgerechte »Ausgleich« zwischen dem Anspruch der oder des kranken Patienten und Rehabilitanden auf best- und frühestmögliche, umfängliche Behandlung und Rehabilitation einerseits und der Frage der Zumutbarkeit, Verlässlichkeit und

Belastbarkeit für solche Maßnahmen andererseits gesucht werden. Dies ist ein schwieriges, vor allem auch sozialmedizinisch-gutachterliches Problem, denn selbstverständlich erlauben gerade die so wichtigen psychosozialen Faktoren, die eine Suchterkrankung verschlimmern bzw. unterhalten können, es nicht, nach einer evtl. erfolgreich absolvierten medizinischen Rehabilitationsmaßnahme lange Fristen der »Heilungsbewährung« abzuverlangen, ehe die so wichtige berufliche und soziale Integration mit evtl. sehr kostspieligen weiteren Maßnahmen angegangen wird. Andererseits können insbesondere qualifizierende berufliche Maßnahmen sowohl im Hinblick auf den Rehabilitanden, dem vorhersehbare Misserfolge zu ersparen sind, als auch im Hinblick auf die finanziellen Ressourcen nur dann in Einsatz kommen, wenn die Prognose ausreichend stabil erscheint. Der Ärztliche Dienst der Bundesanstalt für Arbeit hat deshalb im Zusammenhang mit der Aktualisierung des Leitfadens »Arbeitsamtsärztliche Begutachtung« kürzlich ein Symposium unter Beteiligung namhafter ärztlicher Experten aus der Bundesrepublik durchgeführt und ist auch in den intensiven Austausch mit Praktikern und Beteiligten, so auch mit der Aktion psychisch Kranke, über diese Thematik eingestiegen. Ziel ist es, trägerübergreifend zu tragfähigen, plausiblen Konzepten und Maßstäben der Beurteilung zu kommen, die eben den gerade genannten Aspekten der Sachgerechtigkeit *und* der Wirtschaftlichkeit gleichermaßen gerecht werden.

Auch im Bereich der Arbeitsverwaltung also, speziell im großen Sektor der beruflichen Rehabilitation – bzw. der bei psychischen Erkrankungen ganz besonders wichtigen *vernetzten medizinisch-beruflich-sozialen* Rehabilitation – stehen also noch viele Aufgaben zur Erledigung an.

Da eine psychische Krankheit keine statische Krankheit ist, mal mehr, mal weniger im Verlauf der Jahre auftritt, ändert sich der Hilfebedarf fortlaufend. Dies ist immer wieder mit einem Wechsel von einem Kostenträger zum anderen verbunden und leider auch von einem Therapeuten zum nächsten. Das Prinzip der Kontinuität und Ganzheitlichkeit in der Behandlung und Rehabilitation ist aber bei psychischen Erkrankungen wichtiger als bei anderen. Die Voraussetzung für eine baldige Rückkehr zu einem selbstverantwortlich geführten Leben kann insbesondere durch die Wohnortnähe der Angebote verbessert werden. Im Ablauf von Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen sollte ein Wechsel der Leistungsträger möglichst nicht zur Unterbrechung wichtiger therapeutischer und sozialer Beziehungen führen und nicht mit einem Wechsel des sozialen Umfeldes verbunden sein, denn dadurch werden Teilerfolge der bisherigen Behandlung und Rehabilitation immer wieder in Frage gestellt. Dies ist ein Bereich, in dem sich der »Sozialstaat« in hervorragender Weise als Promotor der Menschenrechte bewährt hat, aber auch immer wieder bewähren muss.

Besonderen Dank – gepaart mit Hochachtung für das Erreichte – spreche ich denjenigen aus, die die Enquete ermöglichten, die die Enquete mit Leben erfüllten und sich unablässig wie unermüdlich für die Umsetzung vor Ort einsetzten und noch heute einsetzen.

Grußwort des Vorsitzenden der ehemaligen Enquete-Kommission

Caspar Kulenkampff

Heute, vor etwas mehr als 29 Jahren, am 31. August 1971 versammelten sich im Bundesministerium für Jugend Familie und Gesundheit, die von der damaligen Gesundheitsministerin Käthe Strobel berufenen 19 Mitglieder der Enquete-Kommission unter dem Vorsitz von Staatssekretär v. Manger-König. Viele kannten sich aus beruflichen Verbindungen. Einige waren schon spätestens seit dem Beginn der sechziger Jahre von den Vorstellungen umgetrieben, dass eine Reform der psychiatrischen Versorgung in unserem Lande unumgänglich sei. Man hatte die vorangehenden reformatorischen Entwicklungen im Ausland studiert. So in den USA, in England, den skandinavischen Ländern, den Niederlanden und Frankreich. Nicht zuletzt hiervon angeregt, entstanden vor allem in den Köpfen der Universitätskliniker Konzepte. Es wurde diskutiert, Vorträge wurden gehalten, in der Fachliteratur prangerte man die katastrophalen Verhältnisse in der Anstaltspsychiatrie an. Vereinzelt wurde mit institutionellen Veränderungen in den Kliniken sozialpsychiatrisch experimentiert. Freilich dies alles ohne wesentliche Resonanz zu erzielen. Wohl erst im Zusammenhang mit der sog. Studentenrevolte setzte sich das Thema in der psychiatrischen und dann auch in der allgemeinen Öffentlichkeit durch. Symptomatisch hierfür mag jene schon legendäre Tagung der evangelischen Akademie in Loccum im Herbst 1970 gelten, auf der sich die ans Licht drängenden Reformideen eine Plattform verschafften: Spontan wurden von den Beteiligten Leitlinien einer zukünftigen psychiatrischen Versorgung verfasst, niedergeschrieben und verabschiedet. In den wesentlichen Punkten entsprechen sie dem, was später die Enquete gefordert hat. Aber es bleibt zweifelsfrei das Verdienst des jüngst verstorbenen Bundestagsabgeordneten Walter Picard, die Reform aus der Sphäre akademischen Diskutierens auf eine gesundheitspolitisch relevante Ebene gehoben zu haben. Deswegen nenne ich ausdrücklich diesen Namen und meine, dass wir seiner zu gedenken hätten. Fachlich von Herrn Häfner und mir beraten, brachte Picard zusammen mit Kolleginnen und Kollegen am 5.3.1970 den Antrag in das Parlament ein, eine Psychiatrie-Enquete erstellen zu lassen. Der Gesundheitsausschuss gab nach zwei Anhörungen den Auftrag an die Bundesregierung weiter. Der Bundestag stimmte zu. Und eben mit diesem Auftrag wurden am 31. August 1971 die 19 Kommissionsmitglieder, die in Bonn zusammensaßen konfrontiert. Ich erinnere den Druck der Herausforderung, den wohl alle in der Runde verspürten. Wie würde man eine so großes vielgestaltiges Gebiet aufarbeiten und die unterschiedlichsten Positionen zu einem zukunftsträchtigen Konsens führen können?

Einem modischen Trend folgend wurde die gesamte Kommission zu einer Klausurtagung vom 26.–28. September 1971 mit dem Beratungsteam Quickborn in den gleichnamigen Ort bei Hamburg eingeladen. Hier wurde alles unter reichlicher Verwendung bunter Filzstifte getan, um den Arbeitsumfang, den Arbeitsablauf, die Arbeitsorganisation und eine Prioritätenliste logisch zu begründen. Hier wurden natürlich auch die ersten recht einschneidenden Fehler gemacht.

Im Zusammenhang mit dem Tätigkeitsbeginn der Kommission und ihrer Arbeitsgruppen, kann zu den Leitlinien, also den Grundsätzen einer zukünftigen bedarfsgerechten Versorgung, festgestellt werden: Über Gemeindenähe, Gleichstellung psychisch Kranker und somatisch Kranker, Reduktion der Bettenzahl in den bestehenden psychiatrischen Krankenhäusern Trennung der Versorgung psychisch Kranker von der Versorgung geistig Behinderter, Kontinuität der Behandlung, Verstärkung des ambulanten Sektors war gleichsam auf dem Papier relativ einfach Übereinkunft zu erzielen. Thesen dieser Art waren schon länger vorgedacht worden. In dem Moment, indem es galt die Leitlinien in die Tat umzusetzen, das bestehende, vertraute Versorgungssystem also entsprechend umzubauen, traten große Schwierigkeiten auf.

Zum Beispiel im stationären Sektor: Zur Disposition standen 130 psychiatrische Krankenhäuser mit knapp 100.000 Betten, 80 Prozent der Häuser mit einer Bettenkapazität von 501 bis über 1.000, überfüllt mit fehlplatzierten geistig Behinderten und nicht krankenhausbedürftigen chronisch psychisch Kranken, häufig weit abgelegen und schwer erreichbar mit überdimensionierten festgelegten Einzugsgebieten, in denen durchschnittlich eine Million Einwohner leben. Auf der anderen Seite 44 psychiatrische Abteilungen, ungleichmäßig verteilt – allein die Hälfte in Nordrhein-Westfalen gelegen – mit neurologischen Fällen durchmischt, durchgängig ohne festgelegtes Einzugsgebiet, d.h. ohne Versorgungsverpflichtung.

Richtig wäre es gewesen, besonders ungünstig situierte psychiatrische Krankenhäuser aufzugeben, zu schließen und die wegfallende Krankenhausbettenkapazität in gemeindenahe psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäuser zu verlagern. Aber die »Anstaltslobby« – wenn ich das einmal so bezeichnen darf – verteidigte den Bestand der 130 Häuser mit Klauen und Zähnen. Alle möglichen Varianten einer geänderten Funktion, auch das »Satellitenmodell«, wurden ausgedacht. Im Text des Enquete-Berichtes tauchen sie unter dem Begriff der »Umwandlung« auf. Die Einfügung und Begründung des Wortes »Auflösung« oder »Schließung« war nicht durchzusetzen. Dazu wird vermutlich auch die Vorstellung beigetragen haben, dass die geistig Behinderten doch der Präsenz der Psychiater bedürfen – bis dieses Kapitel geschlossen und bei den Heilpädagogen/pädagoginnen wieder geöffnet wurde, wohin es gehört. Auch wurde erst langsam deutlich, dass chronisch psychisch Kranke nur ganz selten eine längerfristigen Hospitalisation bedürfen. So kam es bekanntermaßen verstärkt seit Beginn der siebziger Jahre zu einem Enthospitalisierungsprozess, also einem Rückgang der Betten vorgehalten für chronisch Kranke. Zunächst durch Umverlegung in größere Heimkomplexe, dann aber zunehmend in differenzierte Formen betreuten Wohnens. Der strikten Forderung des Enquete-Berichtes psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern immer dort aufzubauen, wo das möglich ist, begegnete die Kommission nicht ohne Bedenken und Modifikationen.

Das funktionelle Idealbild einer Abteilung als Mittelpunkt eines Netzes von ambulanten und komplementären Diensten in der Gemeinde, welche eine derart eingebettete Abteilung befähigt, die Aufnahmeverpflichtung gegenüber jeder Art von psychisch Kranken aus dem definierten Versorgungsgebiet durchzuhalten, war noch nicht gegenwärtig. Durch die Kommission geisterte eher eine Fantasie von der Abteilung als so etwas wie eine »Mini-Anstalt«. Es nimmt daher nicht wunder, dass die Sachverständigenkommission eine Richtgröße von 200 Betten empfohlen hat. Über diese unrealistische Größe ist ziemlich lange gestritten worden. Die Zeit hätten wir uns sparen können, denn die Empfehlung hatte in den Praktiken der Umsetzung keinen Bestand. Die heute vorhandenen 160 psychiatrischen Abteilungen, welche zu fast 90 Prozent die Pflichtversorgung betreiben, verfügen im Allgemeinen über nicht mehr als eine durchschnittliche Kapazität von 80–100 Betten.

Mit einem gewissen Misstrauen begegneten die niedergelassenen Nervenärztinnen und -ärzte verständlicherweise der permanent vorgebrachten Forderung nach Institutsambulanzen an psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen. Man befürchtete eine mögliche Konkurrenz. Die Patientinnen und Patienten freilich, für die sich die Institutsambulanzen interessieren und für deren Behandlungsmodalität sie unerlässlich sind, unterscheiden sich von den Patientengruppen, welche hauptsächlich in den Praxen der niedergelassenen Nervenärztinnen und -ärzte auftauchen. 1976 – also nach der Abgabe des Enquete-Berichtes – wurde der § 368n in die damalige RVO eingefügt und damit die rechtliche Grundlage für den Betrieb einer Institutsambulanz an einem psychiatrischen Krankenhaus gelegt. In dem am 1. Januar 2000 in Kraft getretenen Gesundheitsreformgesetz sind in § 118 SGB V nun auch Institutsambulanzen an fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung zugelassen und geregelt. Ein hübsches Beispiel dafür, dass eine gesundheitspolitisch vernünftige Forderung, geduldig und penetrant weiterverfolgt unter Umständen 20 Jahre benötigt, um schließlich realisiert zu werden.

Es wäre ein Leichtes über jene Schlacht zu berichten, die sich ab 1973 – ausgelöst durch eine Intervention von Horst-Eberhard Richter beim Bundesministerium zwischen Psychoanalytikern sowie Psychoanalytikerinnen und Psychiatern sowie Psychiaterinnen – zutrug. Die Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker sahen sich bei ihrem Anspruch auf eine eigene Versorgungsstruktur unzureichend berücksichtigt. Die Bedeutung dieses heftigen Streits dessen Wurzeln ganz andere sind als die, welche zu den Konflikten führten, über die ich berichtete, liegt allein darin, dass er die Abfassung des Enquete-Berichtes in einem Stück eine Zeit lang gefährdete. Es bedurfte einiger Anstrengungen, auch des Drucks aus dem Ministerium, um ein solches Auseinanderbrechen des Berichtes zu verhindern. Der Hauptbericht konnte im September 1975 mit den Texten der Psychoanalytiker und Psychoanalytikerinnen abgeschlossen und der Bundesgesundheitsministerin Frau Focke übergeben werden.

Schon allein die Tatsache der Erarbeitung einer Enquete inaugurierte während ihrer Laufzeit allerlei Aktivitäten. Viele Bundesländer stellten Psychiatriepläne auf, ebenso Fachgesellschaften. Der Deutsche Ärztetag nahm Stellung. Wider alles Erwarten wurde un-

mittelbar nach der Abgabe des Hauptberichtes allenthalben versucht, den Empfehlungen zu entsprechen. An vielen Orten bildeten sich psychosoziale Arbeitsgemeinschaften. Über das Land ging eine Gründungswelle von Hilfsvereinen hinweg, die z.T. auch Trägerfunktionen übernahmen. Insbesondere die Informationstagungen der Aktion Psychisch Kranke trugen dazu bei, die wesentlichen Aussagen der Enquete unter die Leute zu bringen. Die stimulierende Wirkung der Enquete hielt überraschend lange an. Vielleicht hat sie auch mit den Anstoß gegeben, dass die Bundesregierung 1979 einer Empfehlung der Sachverständigen-Kommission folgend, Mittel für ein Modellprogramm zur Verfügung stellte, das in erster Linie außerklinische Versorgungsnetze erproben sollte. Ende 1979 wurde eine Berater-Kommission berufen. Es ist wenig sinnvoll, die komplizierte Implementation der schlussendlich 140 Projekte in 14 Modellregionen einschließlich der damit verbundenen Finanzierungsprobleme hier nachzuzeichnen. Fünf Jahre lang rauften sich die Berater/Beraterinnen mit den Mitarbeiter/innen der Prognos AG, der die Begleitforschung des Programms übertragen worden war. Im Wechsel rauften sie sich zusammen oder addierten sich auseinander. Intensiv begleiteten die Beraterinnen die Entwicklung der einzelnen Projekte in den Modellregionen, teilweise vor Ort. Dann aber endete nach weitgehender Fertigstellung des Abschlussberichtes der Begleitforschung die Zusammenarbeit zwischen Berater-Kommission und Prognos AG um die Jahreswende 1986/87. Anfang 1987 wurde die Berater-Kommission in Experten-Kommission umbenannt und damit beauftragt einen Empfehlungsband zu verfassen. Der Empfehlungsband sieht sich als Fortschreibung des Enquete-Berichtes unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Modellprogramms. Er liegt im internationalen Trend, bringt aber dort eigene Vorstellungen ein, wo der Schwerpunkt auf die Versorgungsverantwortung des kommunalen Bereichs gelegt wird. Abschied genommen wurde endgültig von einem institutionsbezogenen Denken und einer funktionalen Betrachtungsweise der Vorzug gegeben. Es geht primär nicht um Einrichtungstypen, sondern um spezifische Hilfearten, die vornehmlich für die Gruppe der chronisch psychisch Kranken in der Gemeinde vorgehalten werden müssen. Damit wird der grundlegende Paradigmenwechsel von einer bewahrenden zu einer therapeutischen Psychiatrie abschließend fixiert.

Ich wünsche der Psychiatrie in unserem Lande für die Zukunft

ein fortdauerndes Engagement der Beteiligten und eine stimulierte Fantasie an der Basis, ohne die sich nichts von der Stelle bewegt.

Die Enquete und die Folgen sind eine Erfolgsgeschichte. Zwar ist das Grundthema in sehr zahlreichen Variationen auskomponiert worden – die leider kein Mensch mehr überblickt. Es gibt natürlich nach wie vor Meinungsverschiedenheiten, unterschiedliche Positionen, aber eine richtige Gegenreformation hat es nicht gegeben. Die Erfolgsgeschichte verdanken wir vielem, vor allem aber den zahlreichen Mitwirkenden, die über mindestens elf Jahre hinweg in den Gremien, den Arbeitsgruppen, aber auch im therapeutische Umgang mit den Kranken mit hohem Einsatz ihren Beitrag geleistet haben. Diesen Dank heute an dieser Stelle zum Ausdruck zu bringen, möchte ich nicht versäumt haben.

Grußwort des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener

Peter Lehmann

Sehr geehrte Frau Ministerin, sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Damen und Herren,

als die Psychiatrie-Enquete erstellt wurde, gab es noch keinen Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener. Aktiv damals waren nur Einzelkämpfer. Heute, wo so viele Rückbesinnungen unternommen werden, möchte auch ich erinnern, und zwar an Erwin Pape, einen meiner Lehrer. Ich hatte ihn 1979 kennen gelernt. Mit seiner humanistischen Gesinnung und seiner Absage an die Zwangspsychiatrie beeinflusste er mein weiteres Wirken wesentlich. Erwin Pape war in den fünfziger Jahren über 100-mal elektrogeschockt worden und hatte sich hinterher trotz seiner behandlungsbedingten Hirnschädigungen für die Rechte und Interessen von Psychiatriebetroffenen eingesetzt. Leider starb er Anfang der achtziger Jahre. Würde er noch leben, wäre er sicher beim BPE in kompetenter Weise gegen die sich wieder häufende Verabreichung des barbarischen Elektroschocks aktiv.

Heute gibt es nicht nur Einzelkämpfer, die leicht überhört werden, heute gibt es unseren Bundesverband. So freuen wir uns, dass wir doch noch zu einem Grußwort eingeladen wurden. Wir wissen dieses Entgegenkommen zu schätzen und hoffen, auch zukünftig bei Veranstaltungen dabei zu sein, in denen es letztlich um unsere Belange geht – und nicht nur mit einem Grußwort, sondern gerne auch mit einer Teilnahme an Pressekonferenzen. Und wir anerkennen ausdrücklich unsere Beteiligung bei der morgen beginnenden Tagung der Aktion Psychisch Kranke als überfälligen Schritt eines Richtungswechsels. Gerne werden wir auch die Lücke im Vorstand der Aktion Psychisch Kranke schließen. Sie haben uns den kleinen Finger hingestreckt – wir reichen Ihnen die ganze Hand.

Da es sich heute um Ihren Festakt handelt, werden wir ihn nicht mit Kritik stören. Die Geschichte der letzten 25 Jahre sieht aus Sicht von Politikerinnen und Politikern und Psychiaterinnen und Psychiatern sicher anders aus als aus Sicht von Betroffenen. Publikationen, z.B. über Klaus-Peter Löser, dem vor drei Jahren 500.000,- DM Schmerzensgeld zugesprochen wurden, sprechen eine andere Sprache. Oder Publikationen von Betroffenen selbst, z.B. von Vera Stein, die die Psychiatrie als Menschenfalle bezeichnet, oder von Kerstin Kempker, die in ihrem Buch »Mitgift« die nötige Ergänzung zur Geschichtsschreibung geliefert hat: mit ihren Erfahrungen in der biologischen Psychiatrie der Universitätsnervenklinik Mainz mit Elektro- und Insulinschocks und Psychopharmaka, in der daseinsanalytischen Psychiatrie im Schweizer Kreuzlingen und in der Sozialpsychiatrie Häcklingen.

Wir bieten hiermit unsere Erfahrungen an bei der Entwicklung sinnvoller Alternativen zur herkömmlichen Pflege- und Betreuungsmentalität, und zwar unter unserer Mitwirkung als gleichberechtigte Partnerinnen und Partner. Bevormundung und Verwahrung, Zwang und Gewalt erzeugen Angst, können aber niemals Hilfe sein und Heilung bewirken.

Wir wollen eine subjektorientierte Psychiatrie, die von unseren Erfahrungen und von unserem Erleben im Zusammenhang mit unserer Lebensgeschichte ausgeht, die Dialog und Hilfe zur Verarbeitung der Inhalte der so genannten Krankheitssymptome anbietet und unsere Bedürfnisse berücksichtigt. Wir sind gerne bereit, zu Arbeitskreisen und Hearings zu kommen und Stellungnahmen, z.B. zu Wirksamkeitsstudien, abzugeben.

Wir wollen helfen bei der Umsetzung des Consensus-Papiers, das bei der Konferenz von WHO/Europarat in Brüssel im April 1999 verabschiedet und im November desselben Jahres von der Konferenz der EU-Gesundheitsminister übernommen wurde. Für uns besonders wichtig sind die Punkte aktive Einbeziehung von Psychiatriebetroffenen in die Psychiatriepolitik, Förderung von Selbsthilfeansätzen und nicht-stigmatisierenden, nichtpsychiatrischen Ansätzen und vor allem Freiheit zur Auswahl aus Behandlungsangeboten zur Stärkung der Menschenrechte.

Wir wollen Sie unterstützen bei der Förderung nichtpsychiatrischer Alternativen (wie z.B. Weglaufhäuser). An dieser Stelle wollen wir uns bedanken beim »Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker«, dass inzwischen auch er Weglaufhäuser fordert. Wir wollen Sie unterstützen bei der Entwicklung und Einrichtung unabhängiger Beschwerdestellen. Wir wollen Sie unterstützen bei der Verbesserung der Rechtssicherheit Psychiatriebetroffener, und zwar in Form der Stärkung der Rechtswirksamkeit von Vorausverfügungen. Wir wollen Sie unterstützen bei der Überwindung des demüti-

genden Vorenthaltens von so genannten Krankenakten. Wir wollen Sie unterstützen bei der Durchsetzung der Aufklärungspflicht. Wir wollen Sie unterstützen bei der Qualitätsverbesserung in der Psychiatrie, und zwar durch Anhebung der Qualität im Alltag psychiatrischer Einrichtungen durch Auflagen, wie z.B.:

- Patiententelefone in einer Kabine auf jeder Station,
- Münzkopierer deutlich sichtbar im Eingangsbereich jeder Anstalt,
- auf jeder Station deutlich sichtbar ein Anschlag, dass auf Wunsch Briefpapier, Briefumschläge und Briefmarken zur Verfügung gestellt werden,
- Anbringen von Informationen von Selbsthilfegruppen auf jeder Station,
- Anbieten eines täglichen Spaziergangs unter freiem Himmel von mindestens einer Stunde Dauer,
- Einrichten einer Teeküche auf jeder Station, dass man sich rund um die Uhr etwas zu essen und zu trinken machen kann.

Und wir wollen Sie unterstützen bei der Suizidprophylaxe, und zwar bei der Einführung eines Suizidregisters unter besonderer Berücksichtigung von beteiligten Psychopharmaka und Elektroschocks, von vorangegangener Fixierung und von anderen Formen vorangegangener psychiatrischer Zwangsmaßnahmen.

Und insbesondere wollen wir den Aufbau von Beratungsmöglichkeiten von Psychiatrie-Erfahrenen für Psychiatrie-Erfahrene. Nach all den Millionen und Abermillionen, die die bisherige Psychiatriereform verschlungen hat, wollen wir nun auch einen Krümel vom Kuchen. Wir bitten die Krankenkassen und das Bundesministerium für Gesundheit um die Förderung eines neuen Modellprojekts. Wir bitten alle Anwesenden, unser für das Jahr 2001 beantragte Projekt mit lächerlichen zwei Stellen zur Förderung der Selbsthilfe in den Bundesländern Berlin und Brandenburg sowie Nordrhein-Westfalen zu befürworten. Hätte ich mehr Redezeit, könnte ich das Programm ausführen, aber was Selbsthilfekontakt- und Beratungsstellen sind, brauche ich vermutlich nicht zu erklären. Und wenn es mehr Stellen sein sollten, werden wir nicht nein sagen.

- Ohne Aktivierung des Selbsthilfepotenzials von Betroffenen geht bei psychischen Problemen nichts voran.
- Ohne Aktivierung des Selbsthilfepotenzials wird die Zahl der Erwerbsunfähigen weiter steigen.

- Ohne Aktivierung des Selbsthilfepotenzials wird die Zahl kostenintensiver Betreuungseinrichtungen und Heimplätze weiter steigen.
- Ohne Aktivierung des Selbsthilfepotenzials werden die Kosten der Gesundheitsversorgung weiter steigen.
- Ohne Aktivierung des Selbsthilfepotenzials wird es in der Psychiatrie keine wirkliche Entwicklung nach vorne geben.

Wir möchten Sie bei der betroffenenorientierten Reform der Psychiatrie unterstützen, und wir bitten um Ihre Unterstützung. Für unseren Antrag zur Finanzierung unseres Modellprojekts haben wir eine Unterschriftenliste vorbereitet und bitten Sie, uns durch Ihre Unterschrift zu unterstützen. Wir freuen uns, dass wir beim Bundesministerium für Gesundheit mittlerweile auf offene Ohren stoßen, gerne möchten wir, dass sich auch die Kassen öffnen. Im Namen des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener bedanke ich mich herzlich für Ihre Aufmerksamkeit.

Grußwort des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker

Alfred Speidel

Sehr verehrte Ehrengäste, sehr geehrte Damen und Herren, liebe Betroffene, liebe Angehörige!

Diese Veranstaltung zur Bilanz der Psychiatrie-Reform ist nicht die Erste und nicht die Einzige in diesem Jahr. Es gab bereits Stimmen, die diese Vielzahl beklagen. Aber wir haben nun einmal das weite Spektrum zu betrachten von der klinischen Psychiatrie, den ambulanten Therapien über die sozialpsychiatrischen Dienste und Einrichtungen bis hin zu den Selbsthilfeengagements der Betroffenen und der Angehörigen. Lassen Sie mich als Vertreter des Bundesverbandes der Angehörigen einige Worte zu unseren Aktivitäten und Zielen sagen: Die Selbsthilfe der Angehörigen hat sich in dieser Zeitspanne aus ganz kleinen Anfängen entwickelt. Die Angehörigen haben sich dabei immer mehr zusammengeschlossen. In den Gemeinden und den Ländern haben sie zum Gelingen der gemeindenahen Psychiatrie wesentlich beigetragen und in einigen Ländern haben sie die Psychiatriegesetze (Psych-KG) mitformuliert. Auch davon ist in diesem Jahr schon mehrfach berichtet worden. Dabei wurde deutlich, dass die Angehörigen einen sehr beträchtlichen Teil zu der Versorgung der psychisch Kranken beitragen. Wenn man so wichtige Felder herausgreift wie

1. die Bereitstellung von Wohnraum,
2. die tägliche Betreuung,
3. die finanzielle Versorgung,

dann können wir feststellen, dass auf diesen drei wichtigen Feldern die Angehörigen den größten Beitrag leisten, mehr als alle anderen Institutionen der psychiatrischen Versorgung zusammengenommen.

In den 25 Jahren nach der Enquete wurden viele neue Behandlungsmethoden diskutiert: Personenzentrierte Hilfen, Soziotherapien, ambulant anstelle von stationär, Modellprojekte, persönliche Budgets und andere therapeutische Ansätze entstanden. Während so die Sichtweisen sich ablösten, während Paradigmenwechsel stattfanden, haben die Angehörigen still und unauffällig die Hauptlast der Versorgung für die psychisch Kranken getragen. Das tun sie auch heute noch,

aber es fällt ihnen zunehmend schwerer, weil die Familien kleiner geworden sind und so die Last auf weniger Schultern verteilt ist. Dazu kommt, dass das Bild des psychisch Kranken in der Öffentlichkeit sich ungünstig entwickelt hat.

In der Universitätspsychiatrie gibt es wechselnde Forschungsschwerpunkte. Es bilden sich je nach dem Ort der Universität und je nach dem Zeitgeist unterschiedliche Lehrmeinungen heraus. Auch die verschiedenen politischen Richtungen bringen unterschiedliche Psychiatriegesetze hervor. Die psychisch Kranken sind jeweils die Opfer solcher Wechselbäder. Die Angehörigen, die mit diesen Auswirkungen fertig werden müssen, die ihnen dauernd und direkt ausgesetzt sind, werden dabei noch zu wenig gehört. Erlauben Sie mir bitte, dass ich zu der Problematik der verschiedenen Sichtweisen Ihnen einige Sätze aus einem Brief vorlese, den ich vor wenigen Wochen erhielt. Darin schreibt ein erfahrener Angehöriger, der lange Jahre mehrere Selbsthilfegruppen betreut hat, ich zitiere: »Die in Krisenzeiten oft erforderliche Hilfe und der damit verbundene Schutz wird psychisch kranken Menschen bei Uneinsichtigkeit gesetzlich vorenthalten. Bei uns besitzen nun schwer kranke Menschen das Recht, so krank zu leben wie sie wollen, bis sie mit anderen Gesetzen außerhalb der Psychiatrie in Konflikt kommen. Professionelle dürfen dabei untätig bleiben und erhalten im § 10 des Sozialhilfegesetzes die Legitimation dazu.« Und weiter unten schreibt er: »Wir betrachten es für rechtens, dass sich unser Staat auch den Menschen gegenüber verantwortlich fühlt, deren rechtzeitige Behandlung er durch seine eigenen Gesetze verhindert.« Dies war der Hilfeschrei eines Angehörigen, der schon sehr vielen anderen geholfen hat, der aber auch oft ohnmächtig zusehen musste, dass nicht geholfen wurde. Die Medizin hat es bisher nicht geschafft, das soziale Schicksal der psychisch Kranken entscheidend zu verändern. Die Gesundheitspolitik ist deshalb besonders aufgerufen zu verhindern, dass den psychisch Kranken die Fortschritte der medizinischen Forschung aus finanziellen Gründen vorenthalten werden. Es ist bei vorausgegangenen Veranstaltungen in diesem Jahr immer wieder betont worden, dass die Klinik heute nicht mehr das Zentrum der psychiatrischen Versorgung darstellt, sondern dass dieses heute in der Gemeinde zu suchen sei, wo ein Netz aus medizinischen und sozialen Diensten geknüpft sein sollte. Der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker begrüßt es daher ausdrücklich, dass sich

dieser traditionelle Kongress für alle in der Psychiatrie-Reform Aktiven geöffnet hat. Er hat damit ein weiteres Zeichen gesetzt für die künftige konstruktive Zusammenarbeit der beteiligten Verbände.

Wir Angehörige haben uns zum Ziel gesetzt, dieses Zusammenwirken zu fördern und aktiv dabei zu sein. Wir können dazu unsere Erfahrungen aus der Selbsthilfe einbringen, wobei wir durch unsere Aktivitäten in den Gemeinden und in den Ländern schon vieles bewegen konnten. Wenn Bilanz gezogen wird, müssen wir feststellen, dass wir mit einigen wesentlichen Forderungen bei der politischen Durchsetzung auf Bundesebene bisher gescheitert sind, wie z.B. bei der Gleichstellung der psychisch Kranken gegenüber den körperlich Kranken und bei der Grundversorgung oder Grundsicherung der chronisch Kranken. Auch viele Bemühungen, unnötige Klinikbehandlungen zu vermeiden, sind an der Weigerung der Kostenträger gescheitert, stattdessen die ambulante Dienste entspechend zu finanzieren. Wir müssen daher in Zukunft mit mehr Überzeugungskraft und Nachdruck versuchen, die in der Psychiatriereform gesteckten Ziele zu erreichen. Diese politische Arbeit erfordert viel Ausdauer und einen langen Atem und sie wird uns nur durch gemeinsame Anstrengungen aller an der Reform Beteiligten gelingen.

Perspektiven der Psychiatrie – Reform aus der Sicht der Aktion Psychisch Kranke

Niels Pörksen

Verehrte Festversammlung, meine Damen und Herren,

die Aktion Psychisch Kranke gehört seit Beginn der parlamentarischen Initiativen Ende der sechziger Jahre, seit den Anhörungen und vor allem als geschäftsführende Begleitorganisation der Psychiatrie-Enquete, zahlreicher Modellprojekte, des Modellprogramms, bundesweiter und internationaler Tagungen usw. untrennbar zur bundesdeutschen Psychiatrie-Reform. Parlamentarierinnen und Parlamentarier aller Fraktionen sind Mitglieder in dem kleinen Verein, der im Verbund mit Fachleuten seine Überparteilichkeit, nicht immer zur Freude aller Beteiligten, gewahrt hat. Wir sind sicher, dass die Psychiatrie-Reform in der Bundesrepublik ohne diese Überparteilichkeit nicht vorangekommen wäre. Dafür danken wir den Parlamentarierinnen und Parlamentariern und den verantwortlichen Ministerien. Und weil ich über Perspektiven spreche: Wir wünschen uns, dass dies so bleibt.

Die Aktion in ihrer Gesamtheit und in der Wahrnehmung ihrer Interessen war allerdings nicht unparteiisch. Sie hat sich von Anbeginn als Fürsprecherin (Anwältin) der psychisch kranken Menschen in der alten Bundesrepublik und mit der Wiedervereinigung sofort auch in den neuen Bundesländern verstanden. Dabei galt und gilt ihre Aufmerksamkeit insbesondere den psychisch kranken Menschen, den Alterskranken und den Suchtkranken, die nicht oder kaum ihre Interessen wahrnehmen können, also den chronisch Kranken und den Behinderten. Diese Menschen waren es, die in der Zeit des Nationalsozialismus als lebensunwert galten und als Ballastexistenzen zu unerwünschten Personen erklärt wurden. Mit Unterstützung fast aller gesellschaftlichen Gruppen wurde bereits im Juli 1933 das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses verabschiedet, etwa 400.000 Menschen wurden gegen ihren Willen sterilisiert. Bei Kriegsbeginn in Polen und ab 1940 in Deutschland wurden Patientinnen und Patienten angeblich im Interesse der Volksgesundheit und der Kostendämpfung getötet. In den Jahren nach dem Kriege wurde die traditionelle Anstaltspsychiatrie wie-

der aufgebaut, der Psychiatrie insgesamt keine Aufmerksamkeit zuteil. Von daher war es besonders verdienstvoll, dass Politik und Öffentlichkeit den Zwischenbericht der Enquete 1973, in dem die – so wörtlich – »elenden und menschenunwürdigen Zustände« in den psychiatrischen Anstalten angeprangert wurden, mit Betroffenheit und energischem Handlungswillen zur Kenntnis nahmen. Das Bundesmodellprogramm und die vielen kleinen Projekte im »kleinen Modellverbund« waren dabei treibende Kräfte. Die in der Enquete geforderten Grundsätze und Leitlinien wie Gleichstellung, Gemeindenähe, ambulant vor stationär, Dezentralisierung der Dienste und Einrichtungen, Enthospitalisierung der Langzeitpatientinnen durch Schaffung ambulanter und komplementärer Angebote, Multiprofessionalität und vieles mehr wurden in gemeinsamer Kraftanstrengung des Bundes, der Länder und Gemeinden, der Kosten- und Leistungsträger sowie der Professionellen in vielen Regionen der Bundesrepublik umgesetzt. Regionale Unterschiede in den Versorgungsstandards und die weiterhin vorrangige Belastung der Sozialhilfe vor der Sozialversicherung – vor allem in den Bereichen Eingliederungshilfe und Rehabilitation – trüben das im Übrigen positive Bild der Gesamtentwicklung. Aus Objekten der Behandlung und Betreuung wurden wieder Menschen, die wahrgenommen und ernst genommen wurden, mit denen geredet und verhandelt wurde. Der Wandel vom Objekt zum Subjekt mit allen Konsequenzen der partnerschaftlichen Gestaltung von Behandlung und Betreuung ist weiterhin auf gutem Weg, auch wenn wesentliche Hauptforderungen der Enquete, vor allem die Realisierung vorrangiger ambulanter und komplexer lebensfeldbezogener Hilfen nicht abgeschlossen sind. Betroffene und Angehörige weiter zu stärken, Autonomie und Empowerment zu fördern, bleiben Anliegen der Aktion, die auch von der Gesundheitsreform unterstützt werden müssen.

Das Bundessozialhilfegesetz garantiert das Recht auf Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, auch für Kranke und Behinderte; die Gesetze zur Kranken- und Rentenversicherung und das Gesetz zur sozialen Pflegeversicherung haben Voraussetzungen zur Umsetzung der Psychiatrie-Reform, wenn auch mit deutlichen Einschränkungen, geschaffen. Mit dem Psychotherapeutengesetz wurde die Voraussetzung für eine psychotherapeutische Grundversorgung der Gesellschaft erreicht. Die Zahl der Psychotherapeutinnen rangiert in den Heilberufen bereits an zweiter Stelle nach den Hausärztin-

nen, die Zahl der niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater liegt um ein Mehrfaches höher als in den 70er-Jahren. Seit dem Modellprogramm und dem Bericht der Expertenkommission 1988 konzentriert sich die Aktion auf die Gruppe der schwer und chronisch psychisch kranken Menschen. Dies geht nicht ohne den »Trialog«, d.h. die intensive Kooperation mit den Betroffenenverbänden (vor allem dem Bundesverband der Psychiatrieerfahrenen) und dem Bundesverband der Angehörigen.

In einer Zeit wiedererstarkender Fremdenfeindlichkeit sind es neben den Ausländern anderer Hautfarbe vor allem die psychisch Kranken und geistig Behinderten, die des besonderen Schutzes des Staates und seiner Fürsorge bedürfen. Wir danken der Bundesregierung und dem Bundestag dafür, dass sie sich in den vergangenen 25 Jahren dafür eingesetzt haben, diese Menschen teilhaben zu lassen am gesellschaftlichen Leben. Und wir danken mit Bewunderung und Anerkennung den beiden Politikern Wolfgang Schäuble und Oskar Lafontaine dafür, wie sie die schweren bleibenden Schädigungen ertragen haben, die sie durch psychisch kranke Mitbürgerinnen und Mitbürger erlitten haben. Die Toleranz gegenüber schwer gestörten Mitmenschen in unserem Land ist ein bleibendes Gut. Die Vorbildfunktion in der Wahrnehmung dieser Toleranz wiegt viel mehr als jede verbale Unterstützung, auch wenn wir im Interesse des gesellschaftlichen Klimas auch auf diese nicht verzichten dürfen. Die Bereitschaft zur Toleranz gegenüber kranken, störenden und kostenverursachenden Mitbürgerinnen und Mitbürgern – uns ist wohl bewusst, dass die Langzeitkosten in der Behandlung und Betreuung von Menschen mit schizophrenen Störungen zu den teuren im Gesundheits- und Sozialsystem gehören – bleibt zentrales Anliegen der Aktion, auch in der Zukunft.

Der Bundestag hat eine Enquete-Kommission damit beauftragt, die Chancen und Risiken der Genforschung zu ergründen. Diese Forschung ist nicht aufzuhalten. Die Chancen der Genforschung werden auch den Menschen mit Behinderungen und seelischem Leid zugute kommen, davon gehe ich aus. Dennoch: bei allen Möglichkeiten, die sich eines Tages eröffnen werden, lehren uns die Kranken, Alten und Schwachen, dass Leben vergänglich ist, dass menschliches Leben die gesamte Spannweite von gesund und krank, geboren werden und sterben, Freud und Leid, Glück und Trauer, guten und schlechten Tagen, Stärken und Schwächen usw. umfasst. Damit es

auch in Zukunft in unserem Bewusstsein bleibt, dass Altsein, Kranksein, Untüchtigsein zur »normalen« Bandbreite gesellschaftlichen Lebens gehört, und jeden von uns jederzeit betreffen kann, bleibt Wachsamkeit Anliegen der Aktion. Dazu gehört auch weiterhin die Möglichkeit zur »Teilhabe am gesellschaftlichen Leben« als Grundvoraussetzung und als Leitbild. Was immer an notwendiger Differenzierung, Abgrenzung, modulhafter Gliederung von Hilfen in Behandlung, Pflege und Betreuung erforderlich ist, um besser planen und steuern zu können, die übergeordneten Rechte der Teilhabe und der praktischen Handhabung von menschenwürdigen Lebensverhältnissen von benachteiligten Gruppen, bleiben unverzichtbar. »Alt sein ist ja noch erlaubt, aber man sieht es nicht gern« – so Dieter Hildebrand im Scheibenwischer. Gleiches ließe sich zu Behinderten und psychisch Kranken sagen. Es muss selbstverständlich bleiben, dass kranke, alte, lebensuntüchtige und schwierige Menschen in Würde unter uns leben können und sich nicht bedroht fühlen müssen. Es könnte fast so aussehen, als ob wir nur Visionen und allgemeine Ziele im Auge haben, weil wir heute feiern und dies auch noch im Wasserwerk zu Bonn.

Im Kontext des Gesagten nun doch noch einige ganz handfeste, wenn auch beispielhafte, Anliegen und Perspektiven, die dringend einer Klärung bedürfen:

1. Psychiatrische Behandlungspflege

Es geht nicht an, dass die ambulante psychiatrische Behandlungspflege nicht selbstverständlicher Bestandteil des Leistungskatalogs gesetzlicher Krankenkassen ist. Die Aktion hat in den beiden vergangenen Jahren überzeugende Gutachten vorgelegt, die belegen, dass ambulante psychiatrische Behandlungspflege im Kontext komplexer Hilfen unverzichtbar ist. Im neuesten Leistungskatalog des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen fehlt sie, wurde im letzten Moment, trotz guter Vorbereitung, an der wir beteiligt waren, einfach weggelassen. Dort, wo sie bisher gewährt wurde – wie etwa in Hamburg oder in NRW – steht sie in Frage. Also die dringende Bitte an Sie, Frau Ministerin Fischer, helfen Sie uns, damit diese Benachteiligung psychisch Kranker unverzüglich beendet wird.

2. Behandlungspflege in Pflegeheimen

Gleiches gilt für die Behandlungspflege in Pflegeheimen. Auch dazu haben wir, was die psychiatrische Pflege angeht, ein Gutachten vorgelegt, das vor wenigen Monaten vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht wurde. Menschen in Pflegeheimen, die ihren Beitrag zur Krankenversicherung zahlen, dürfen von den Leistungen nicht ausgeschlossen werden, nur weil per Definitionem nur der Leistungen erhält, der im eigenen Haushalt lebt. Heimbewohner müssen von den Leistungen der Krankenversicherung nach dem Gleichheitsgrundsatz, wie jeder von uns profitieren.

3. Ambulante vor teilstationärer vor stationärer Versorgung

Das GKV–Reformgesetz 2000 hat für die Psychiatrie erhebliche Fortschritte gebracht. Die Personalverordnung Psychiatrie, durch die die Behandlung in psychiatrischen Kliniken in den letzten zehn Jahren erheblich verbessert werden konnte, wurde stabilisiert. Institutsambulanzen wird es in Zukunft regelhaft auch für psychiatrische Abteilungen geben.

Die Dezentralisierung psychiatrischer Kliniken in Fachkrankenhäuser und Abteilungen seit der Psychiatrie-Enquete hat ihre Erreichbarkeit für Patientinnen und Angehörige erheblich verbessert. Es ist dringend erforderlich, psychiatrische Krankenhausbehandlung weniger stationär und mehr teilstationär oder ambulant zu realisieren. Die Chancen der integrierten Versorgung, wie sie im SGB V vorgesehen sind, müssen auch von der Psychiatrie genutzt werden. Dazu gehört auch die Realisierung der Soziotherapie, wie im Gesetz geregelt. Hoffentlich gelingt uns der Schritt zu einem regionalen Psychiatrie–Budget, um die Leistungserbringung vor Ort besser steuern zu können.

4. Personenzentrierte Hilfen

Die Aktion hat mit dem Konzept des personenzentrierten Ansatzes Maßstäbe gesetzt für die individuelle Hilfeplanung mit dem Ziel, dass auch chronisch psychisch kranke Menschen befähigt werden, in ihrem eigenen Lebensfeld möglichst selbstbestimmt leben zu können. Das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte

Implementationsprojekt mit der individuellen, komplexen Hilfeplanung bietet die Chance, auf der Ebene der Dienste und Einrichtungen die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen so zu gestalten, dass sie personenbezogen und flexibel vor Ort realisiert wird und so die weiterhin übliche Unterbringung in ortsfernen Heimen beendet werden kann. Diese war noch in den Empfehlungen der Expertenkommission 1988 zu Recht als strukturbedingte Verschwendung von Ressourcen kritisiert worden. Letzten Endes gelingt dieser Prozess nur, wenn örtliche und überörtliche Sozialhilfeträger bei der Eingliederungshilfe zusammengelegt werden. Problematisch ist die Regelung des Verhältnisses von Hilfen zur Pflege bei gleichzeitig notwendiger Eingliederungshilfe. Die jetzige Rechtslage setzt übermächtige Anreize, entweder Menschen zu Pflegefällen zu machen oder die Ganzheitlichkeit eines Hilfeprozesses mit den Anteilen Pflege und Eingliederung aufzuspalten. Hier muss eine Lösung im Interesse der Betroffenen gefunden werden.

5. Sozialrechtliche Gleichstellung

Leider ist festzustellen, dass für schwerer psychisch kranke Menschen mit einem langfristigen und komplexen Hilfebedarf wie vor 25 Jahren die sozialrechtliche Gleichstellung mit anderen Kranken zu fordern ist. Eine kürzlich von der Aktion Psychisch Kranke durchgeführte bundesweite Befragung hat ergeben, dass die Beteiligung der Sozialversicherungsträger bei der Finanzierung von rehabilitativen Hilfsangeboten für diesen Personenkreis noch deutlich unter der fünf Prozent-Marke liegt. Das darf nicht so bleiben.

6. Arbeit und Beschäftigung

Arbeit und Beschäftigung gehören zu den wichtigsten Bestandteilen der Integration von Menschen mit Behinderungen. In dem Entwurf des SGB IX wird die Teilhabe aller Menschen mit Behinderungen am Arbeitsleben als konkretes Ziel festgeschrieben. Das Bundesministerium für Arbeit hat im Mai diesen Jahres die Aktion beauftragt, innerhalb von drei Jahren eine Analyse der Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten sowie aller Förder- und Rehabilitationsmöglichkeiten für psychisch Kranke und Behinderte durchzuführen mit dem Ziel, jedem Menschen mit seelischen Störungen

und Behinderungen einen Platz im Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Nichts ist so integrativ und stabilisierend wie die Teilhabe am Arbeitsleben. Flexible und langfristige Unterstützungen im ersten Arbeitsmarkt und ein breites Spektrum an Arbeitsformen im zweiten Arbeitsmarkt sind dabei ebenso bedeutsam wie eine Anpassung der Selbsthilfefirmen und Zuverdienst-Betriebe an die besonderen Bedürfnisse der psychisch Kranken. Ich nutze die Anwesenheit von Ihnen beiden, Frau Ministerin Fischer und Herr Präsident Jagoda, um noch einmal ein seit Jahren immer wieder diskutiertes Modell der Finanzierung aus einer Hand im zweiten Arbeitsmarkt – wie in Schweden – anzuregen. Bei uns erhält man Hilfe zum Lebensunterhalt, Wohngeld, ergänzende Hilfen vom Sozialamt und eine Prämie in der Behindertenwerkstatt, dem zweiten Arbeitsmarkt. Könnte nicht die gleiche Summe bei gleicher Herkunft der Finanzierung am Arbeitsort als Lohn ausgezahlt werden? Bei einer solchen Regelung wäre so mancher psychisch Kranke mit Sicherheit motivierbar, in einer Werkstatt zu arbeiten, was er derzeit wegen der niedrigen Prämien ablehnt. Regionale Koordinierungsgremien mit Steuerungsfunktion – wie derzeit in Köln erprobt – sollten flächendeckend den Arbeitsmarkt für psychisch Behinderte aufbereiten.

7. Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung hat vielen Betroffenen und deren Familien geholfen. Es wird allerdings zu viel Wert auf versorgende Pflege gelegt, Anleitung und schützende Begleitung (Beaufsichtigung) kommen ebenso zu kurz wie die psychosoziale Betreuung der Menschen mit schweren dementiellen Störungen. Hier bedarf es trotz befürchteter Kostensteigerung dringend der Nachbesserung; die zahlreichen Skandalberichte aus Pflegeheimen belegen dies.

8. Suchtkrankenhilfe und -behandlung

Suchtkranke sind kranke Menschen. Es darf nicht so bleiben, dass wir die Toten durch Alkohol- und Tabakmissbrauch in Tausendern zählen und bei den Drogentoten jeden einzeln. Suchtkranke gehen zur Hausärztin, werden in somatischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser in wesentlich größerer Zahl behandelt als im Suchthilfesystem und in der Psychiatrie, oft jedoch ohne entsprechende

fachliche Orientierung. Für die Suchtkrankenversorgung brauchen wir ein Gesamtkonzept – die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren ist dabei auf gutem Weg, bei dem Prävention für alle Suchtmittel, Früherkennung und Kurztherapie – diese sind extrem erfolgreiche Behandlungsmaßnahmen in der medizinischen Primärversorgung – in der Praxis der Hausärztinnen und -ärzte und im Allgemeinkrankenhaus selbstverständlich sind und finanziert werden, damit nicht wie bisher fast ausschließlich die kostenaufwendigen Folge- und Begleiterkrankungen behandelt werden. Hier besteht dringend Handlungsbedarf: das Bundesministerium für Gesundheit könnte die Federführung übernehmen. Es muss ja nicht gleich eine Sucht-Enquete sein, wie immer wieder gefordert wird.

Ich komme zum Schluss: Wir sind dankbar, dass in den vergangenen 25 Jahren vieles erreicht wurde, vor allem durch die beispielgebende Kooperation von Legislative und Exekutive mit reformfreudigen Expertinnen und Experten in vielen Bereichen. Wir sind angewiesen auf die Pflege der Grundhaltung, Alten, Kranken und Behinderten ihren Platz inmitten unserer Gesellschaft einzuräumen. Wir wissen uns in diesem Anliegen von Parlament und Regierung unterstützt. Vieles ist noch nicht erreicht. Einiges davon habe ich angesprochen in der Hoffnung, dass der Bund in den kommenden Jahren in diesen Fragen seine Regelungskompetenz nutzt und gemeinsam mit der Aktion und den vielen anderen, die zuständig und verantwortlich sind, Lösungen herbeiführt, die die Rahmenbedingungen für eine gemeindepsychiatrisch orientierte Psychiatrie-Reform verbessern. Ich bedanke mich.

Entwicklungslinien und Perspektiven der Psychiatrie-Reform

Eröffnung und Begrüßung

Regina Schmidt-Zadel

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich begrüße Sie herzlich zum Kongress »25 Jahre Psychiatrie-Enquete«. Nachdem wir gestern im Wasserwerk, im ehemaligen Plenarsaal des Deutschen Bundestages, mit einem Festakt feierlich Bilanz gezogen haben, stehen uns nun zwei Tage zur Verfügung, um uns in Vorträgen und Symposien mit den Entwicklungslinien und Perspektiven der Psychiatrie-Reform auseinander zu setzen. Der Reform-Prozess, der durch die Psychiatrie-Enquete in Gang gesetzt wurde, hat die Lebensbedingungen und die Behandlung von psychisch kranken Menschen auf einen Stand gebracht, den man von einem sozialen Rechtsstaat erwarten kann. Trotzdem bleibt noch viel zu tun. Das Bundesministerium für Gesundheit war und ist während der verschiedenen Regierungskoalitionen der letzten Jahrzehnte federführend in Sachen Psychiatrie gewesen. Zuletzt zeigte sich dies in der GKV-Strukturreform 2000. Sie brachte die Gleichstellung der Institutsambulanzen an psychiatrischen Abteilungen mit der bewährten Regelung für Fachkrankenhäuser seit Ende der 70er-Jahre sowie die Einfügung der Soziotherapie ins SGB V. Weitere wichtige Regelungen sind die Bestätigung der Psych-PV sowie die Eröffnung von Formen der integrierten Versorgung, die hoffentlich auch von der Psychiatrie genutzt werden, um schon seit langem praktizierte vernetzte Arbeitsformen besser absichern und weiterentwickeln zu können. Erinnern möchte ich auch an das Modellprogramm Psychiatrie 1981 bis 1985 und den kleinen Modellverbund, der bis heute andauert und viele Projekte, auch insbesondere bei der Aktion Psychisch Kranke, die mit Hilfe der Unterstützung durch das BMG die Reform weitergebracht haben. Auch dieser Kongress wird dankenswerterweise durch das BMG gefördert. So freuen wir uns besonders darüber, dass in wenigen Minuten Staatssekretär Erwin Jordan Sie im Namen des BMG begrüßen wird. Ich möchte an dieser Stelle an Walter Picard, der vor kurzem verstorben ist und Vorsitzender der Aktion Psychisch Kranke von 1971 bis 1992 war, erinnern. Er hat 1970 aus der Opposition heraus den interfraktionellen Antrag zur Erstellung der Psychiatrie-Enquete im Bundestag auf den Weg gebracht und 1971 die Aktion Psychisch Kranke als Scharnier zwischen Bundesgesundheitspolitik und psychiatrischer Fachwelt begründet.

Vor 30 Jahre, als man schon lange vom Wirtschaftswunderland Deutschland sprach, herrschten in der psychiatrischen Versorgung für uns heute unvorstellbare Verhältnisse. Es war das Verdienst einer kleinen Gruppe von Parlamentariern der verschiedenen Fraktionen sowie von Psychiatrie-Experten, die gemeinsam das Tabu gebrochen und dafür gesorgt haben, dass die katastrophalen und menschenunwürdigen Verhältnisse in den psychiatrischen Anstalten im Bundestag erörtert und damit öffentlich gemacht wurden. Einige der Zeitzeugen auf Expertenseite sind heute auch unter uns. Ich begrüße Herrn Prof. Kulenkampff als Vorsitzenden der Experten-Kommission, welche die Psychiatrie-Enquete erarbeitet hat. Und ich begrüße auch als Zeitzeugen die beiden stellvertretenden Vorsitzenden der Expertenkommission: Herrn Prof. Häfner, der heute beim Kongress ein Hauptreferat hält, sowie Herrn Prof. Hippius, der heute die Plenarveranstaltung gemeinsam mit Herrn Riecke präsidiert.

Während vor 30 Jahren die Psychiatrie-Reform von einer kleinen Gruppe aus Bundespolitik und Fachwelt angestoßen und auf den Weg gebracht wurde, ist die Unterstützung inzwischen viel breiter geworden. So beteiligen sich heute die Länder, die Kreise und Städte sowie ihre höheren Landschafts- und Kommunalverbände, die Fachgesellschaften und Organisationen am Reform-Prozess. Die gewachsene Zusammenarbeit verschiedener Organisationen spiegelt sich in diesem Kongress wider. So wird diese Veranstaltung von den psychiatrischen Fachverbänden (Aktion Psychisch Kranke, DGPPN, BEB, Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen, DGSP, PIC, Vormundschaftsgerichtstag) und dem Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen sowie dem Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker gemeinsam durchgeführt. Wir freuen uns, dass Sie gleich, stellvertretend für die Beteiligung der Fachverbände an diesem Kongress, vom Präsidenten der DGPPN, Herrn Prof. Dr. Saß begrüßt werden. Die Betroffenen möchte ich als Mitveranstalter nochmals besonders hervorheben, denn ihre Einbeziehung ist der jüngste Entwicklungsschritt der Psychiatrie-Reform. Er stellt einen ganz entscheidenden Qualitätssprung dar, denn nun formulieren Menschen, die von psychischer Erkrankung selbst oder als Angehörige betroffen sind, selbstbewusst und öffentlich ihre Not und

ihre Forderungen. Vor 30 Jahren befanden sie sich noch in einem gesellschaftlichen Abseits, stigmatisiert und tabuisiert. Heute haben sie gelernt, ihre Probleme auszusprechen und ihren Hilfebedarf einzufordern und wir aus der Psychiatrie sowie aus anderen gesellschaftlichen Kreisen haben allmählich gelernt, dies als normal zu akzeptieren. Je breiter die Psychiatrie-Reform mitgetragen wird, umso weniger ernsthafte Sorgen müssen wir uns um ihren Fortgang machen.

Heute und morgen Vormittag werden Ihnen verschiedene Redner und Rednerinnen ihre Gedanken über und Forderungen an die Psychiatrie-Reform in Vorträgen darlegen. Darüber hinaus erhalten Sie die Gelegenheit, in insgesamt 16 Symposien und abschließend morgen Nachmittag in einer gesundheitspolitischen Diskussion mit Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen, psychiatrischen Fachleuten und Politikerinnen und Politikern zu diskutieren.

Als Teil des Jahreskooperations-Programmes 2000 von BMG und WHO findet zeitgleich zum Kongress das internationale Symposium »Psychiatrie-Reform im europäischen Vergleich« statt.

28 Referenten aus vierzehn europäischen Ländern treffen sich, um sich über den Reform-Prozess auszutauschen. Diese internationale Vernetzung hat Tradition, da schon bei der Erstellung der Enquete die Erfahrungen europäischer Experten einbezogen wurden. Ohne die Vorbilder in den verschiedensten anderen Ländern wäre die Psychiatrie-Reform weder in Gang gekommen noch in ihrem Fortgang so konstruktiv geworden.

Ich freue mich nun auf die kommenden zwei Tage und wünsche uns allen eine anregende und inhaltsreiche Zeit.

Grußwort des Bundesministeriums für Gesundheit

Erwin Jordan

Ich möchte Sie als Erstes zum gestrigen Festakt beglückwünschen. Leider konnte ich nicht dabei sein, habe mir aber von vielen, auch von der Ministerin, darüber berichten lassen. Diese Veranstaltung war sicher eine würdige Erinnerung an das bisher Geleistete. Anschließen möchte ich mich auch dem Dank an all diejenigen, die in den letzten Jahrzehnten dazu beigetragen haben, dass es zu einer wirklichen Reform der psychiatrischen Versorgung in diesem Lande kommen konnte. Das Programm des heutigen Tages ist eher auf Arbeit ausgerichtet und deswegen möchte ich mich auch nicht in die Reihen der Festredner und -rednerinnen einreihen, sondern versuchen noch ein bisschen im Rückblick die Linien für die Zukunft zu skizzieren, wie sie sich aus Sicht des Bundesgesundheitsministeriums für die Psychiatrie ergeben. Wir wissen alle um die besondere Rolle der Psychiatrie innerhalb des Gesundheitssystems. Sie ist eine der wenigen medizinischen Disziplinen, in der nicht nur Kranke behandelt werden, sondern auch gleichzeitig immer wieder ordnungspolitische Aufgaben auf der Tagesordnung stehen. Diesen Spannungsbogen vernünftig zu gestalten, ist keine einfache Aufgabe. Wenn wir auf die Anfänge der Psychiatrie-Reform zurückblicken – Frau Schmidt-Zadel hat vorhin noch einmal eindringlich dargestellt, wie die Situation in den sechziger Jahren war – dann kann man sich das heute eigentlich, wenn man durch die Städte und Gemeinden geht, fast nicht mehr vorstellen. Die Lage hat sich grundlegend verändert, auch wenn es weiterhin Diskussionen um die nach wie vor vorhandenen Probleme in der psychiatrischen Versorgung gibt und geben muss.

Der Enquete-Bericht vor 25 Jahren hat einen enormen Handlungsdruck für die Politik und alle anderen Beteiligten geschaffen. Und nur durch diesen Druck war es möglich, dass die wenigen, die es ja damals waren, die sich im Sinne einer neuen Psychiatrie auch in der Politik engagiert haben, überhaupt den Spielraum bekommen haben, das auf den Weg zu bringen, von dem wir gemeinsam heute profitieren. Und nur unter solch einer Situation ist vorstellbar, dass es von 1980 bis 1995 ein Modellprogramm des Bundes mit ca. 200 Millionen Mark gegeben hat, das den Strukturwandel mit skizziert und mit befördert hat.

Wenn man den Strukturwandel beschreiben will, also die Ergebnisse der Reform, so kann man das mit Zahlen machen. Auch wenn immer gilt, dass Zahlen nur sehr wenig ausdrücken, wenn man nicht dahinter sieht. Aber diese Zahlen sind trotzdem beeindruckend. Die erste Zahl, die man mir für heute aufgeschrieben hat, macht mich aber auch gleich wieder ein bisschen skeptisch, aber ich nenne sie trotzdem. Die Zahl der Psychiaterinnen und Psychiater hat sich seit 1973 vervierfacht. Nun gibt es ja die Theorie – die will ich Ihnen nicht vorenthalten –, dass mit der Zahl der Psychiaterinnen und Psychiater zwangsläufig auch die Zahl der Erkrankten zunehmen muss. Ich gehe jedoch davon aus, dass im Bereich der Psychiatrie dieses Phänomen, das wir aus der somatischen Medizin durchaus kennen, noch nicht eingetreten ist. Und was die Veränderungen der ganzen stationären Szenerie anbelangt, die Dezentralisierung der Krankenhäuser, die Reduzierung der Bettenzahlen um praktisch die Hälfte, der Aufbau einer anders strukturierten stationären Versorgung mit den vielen Abteilungen an den allgemeinen Krankenhäusern, die Orientierung auch des stationären Bereiches zur Gemeinde hin, die Psychiatriepersonalverordnung, die wesentlich auch dafür gesorgt hat, dass inhaltlich in den letzten zehn Jahren in den Einrichtungen gut gearbeitet wurde, die deutliche Verkürzung der Behandlungsdauer im stationären Bereich – all dies sind Dinge, die Sie kennen und die sich mit Zahlen belegen lassen. Aber das ist nur der eine und aus meiner Sicht notwendige Teil der Veränderungen. Noch deutlicher werden die Veränderungen, wenn wir uns anschauen, was auf dem Weg der Psychiatrie in die Gemeinde tatsächlich passiert ist. Die Psychiatrie, das kann man sagen, ist in der Gemeinde angekommen, bei all den Problemen und Schwierigkeiten, über die wir gemeinsam auch noch zu reden haben. Ambulante Dienste, tagesstrukturierende Angebote, Wohngemeinschaften, das sind alles Themen, bei denen wir uns nicht mehr über das Ob unterhalten, sondern über das Wie, die Frage der Ausgestaltung. Wie soll alles konkret funktionieren und was für Angebote müssen noch dazukommen? Ich fürchte zwar, ich trage hier Eulen nach Athen, aber es ist wichtig, sich immer selbst noch einmal zu vergewissern, was eigentlich passiert ist und was sich strukturell auch verändert hat. Es sind wirksame, sichtbare und irreversible Veränderungen, die hier geschaffen worden sind. Diese Veränderungen sind nur möglich gewesen, weil sich einzelne Menschen, Menschen in Institutionen, Behörden und

Verbänden fanden, die sich, wenn sie auch nicht immer einig im Detail waren – und die Auseinandersetzungen in früheren Zeiten legen da ja einiges Zeugnis darüber ab – doch einig in der Hauptzielrichtung waren. Diese Menschen haben sich in ganz ungewöhnlichem und über das normale Engagement hinausgehenden Einsatz für die Verbesserung der Situation psychisch Kranker und Behinderter eingesetzt. Nur hierdurch konnte in der Psychiatrie vieles erreicht werden, was heute beispielgebend für andere Versorgungsbereiche in der Medizin ist. Die von der Enquete bereits benannten Prinzipien des wohnortnahen Angebotes der Hilfen und vor allem die Koordination und Kooperation der Dienste sind in der aktuellen Diskussion um Verbesserung und Ressourcenoptimierung im allgemeinen Gesundheitswesen hochaktuell. Deshalb haben wir ja versucht, auch ein bisschen davon in die Gesundheitsreform 2000 zu implementieren mit den integrierten Versorgungsformen, d.h. die somatische Medizin kann und muss heute von der Psychiatrie lernen, was Versorgungsformen und Versorgungsstrukturen angeht. Und es ist dann geradezu selbstverständlich, dass sich in der Psychiatrie ein Perspektivenwechsel von der institutions- zu einer personenbezogenen Sichtweise vollziehen konnte. Es war der Bereich der Psychiatrie, der sich vor allem durch das Engagement der Betroffenen und ihrer Angehörigen deutlich verändert hat. Sie haben dadurch, dass sie sich in der Gesellschaft emanzipierten, deutlich gemacht, dass der Umgang mit psychisch Kranken nicht nur in einer besonderen Verantwortung der Gesellschaft liegt, sondern auch sehr viel über die Gesellschaft als Ganzes aussagt. Und mit ihrer Sichtweise, der der Betroffenen und der Angehörigen, und den neuen Fragestellungen, die sie aufwarfen, brachten und bringen sie neue Bewegung in den Reformalltag, eine Bewegung, die sicherlich auch manchen Altbewegten herausfordert. Ich bin überzeugt, dass bei allen Konsens darüber besteht, dass psychisch kranke und behinderte Menschen das gleiche Recht auf ein selbstbestimmtes Leben in einer selbst gewählten privaten Umgebung haben, das ihnen die Teilnahme am sozialen Leben in ihrem Lebensumfeld möglich macht. Und in diesem Sinne war das übergreifende Ziel der Psychiatrie-Reform der Wechsel vom Ansatz einer oft lebenslangen Verwahrung in desolaten Hospitälern fernab jeder sozialen Teilnahme zu einem therapeutischen und rehabilitativen Ansatz im Lebensumfeld der betroffenen Menschen. Und auch gemessen an diesem Maßstab

glaube ich sagen zu können, dass die Bilanz, die Zwischenbilanz der Psychiatrie-Reform positiv ist. Die Erfolge der Psychiatrie-Reform sind unbestritten und trotzdem stellen wir immer wieder fest, dass die Ziele noch nicht alle erreicht sind. Das betrifft einmal die flächendeckende Umsetzung dessen, was nötig, aber auch was möglich ist und ich mache keinen Hehl daraus, dass ich davon ausgehe, dass vielerorts die Umsetzung viel weiter fortgeschritten sein könnte, wenn sie denn gewollt wäre. Ich leugne aber auch keinesfalls, dass es der Verbesserung von politischen Rahmenbedingungen bedarf, um den Umsetzungsprozess zu erleichtern. Die Rahmenbedingungen machen es dem Versorgungssystem aufgrund mangelnder Verbindlichkeit noch immer zu leicht, sich an den eigenen Interessen zu orientieren und institutionenorientiert statt patientenorientiert zu arbeiten und sich den Patienten, der in die jeweilige Institution passt und bezahlt wird, zu holen und zu halten.

Und wir entdecken auch immer neue Spannungsbögen bei den Reformen, wenn wir sehen, wer von den Reformern an welchen Stellen des Systemes mittlerweile sitzt. Es sind spannende Diskussionen – ich sage das ohne Wertung – wenn ich so die Liste derer, die große Institutionen mittlerweile leiten, anschaue – schließlich ist das die Liste des »Who is Who« der Psychiatrie-Reformer und Reformerinnen. Auch dies spielt eine Rolle bei der Fortführung der Reform und der Frage, wie sich auch Institutionen weiterzuentwickeln haben und vielleicht auch selbst in Frage stellen können. Inwieweit wir unser Ziel erreichen, Menschen mit längerfristigen psychischen Störungen ein ihren Fähigkeiten angemessenes und selbstbestimmtes Leben im eigenen Lebensumfeld zu ermöglichen, wird entscheidend davon abhängen, ob es gelingt multiprofessionelle Hilfen in den Leistungsbereichen Behandlung, Rehabilitation, Eingliederung und auch in dem Bereich der Pflegeversicherung zu realisieren. Ich glaube, dabei steht die Frage der Finanzierung der Leistungen gar nicht immer im Vordergrund. Es geht vielmehr in erster Linie darum, die Hilfen in einer koordinierten, integrierten und aufeinander abgestimmten, am individuellen Hilfebedarf orientierten Form möglich zu machen. Aus meiner Sicht ist primär die Verbesserung von systemübergreifender Kooperation und Koordination zu fördern. Ich will damit nicht von der politischen Verantwortung, da wo sie gefordert ist, ablenken. Aber ich sage eindeutig, dass hier primär die Bereitschaft der Leistungserbringer und Leistungsträger gefordert ist, sich

auch über eigene institutionelle Interessen hinwegzusetzen und bereit zu sein, gemeinsam über sinnvolle Weiterentwicklungen nachzudenken. Die immer wieder beklagte Ressourcenknappheit könnte sich in diesem Sinne auch als Chance erweisen, wenn sie denn zu der Erkenntnis führen würde, dass eigene Interessen, die zu vertreten durchaus legitim ist, oft jedoch dazu verleiten, gewohnte Bahnen nicht zu verlassen. Denn gerade dieses Beharren erweist sich bei genauem Hinsehen nicht immer als erstrebenswert für die Verwirklichung der eigenen Interessen.

Und, lassen Sie mich es so sagen, auch aus eigenen politischen Erfahrungen heraus: bei dem Versuch, in der Psychiatrie etwas zu verändern, ist mein Eindruck allzu oft gewesen, dass es nicht am Geld an sich liegt, sondern eher daran, wie wir es denn verwenden, gemeinsam ausgeben und die Geldflüsse steuern. Es kann sehr wohl auch im Interesse für Leistungserbringer und -träger sein, neue Wege zu beschreiten. Und für die Weiterentwicklung zu einem komplexen Behandlungs- und Rehabilitationssystem ist von entscheidender Bedeutung, dass die verschiedenen Leistungsträger, wie die gesetzliche Krankenversicherung, die Rentenversicherung als vorrangige Sozialleistungsträger, die Bundesanstalt für Arbeit und die Sozialhilfeträger möglichst unter Einschluss der Pflegekassen endlich gemeinsame Positionen vertreten und gemeinsame Verantwortung übernehmen. Nur auf dieser Grundlage wird die gemeinsame Planung und eine trägerübergreifende Zusammenarbeit möglich und werden Fehlentwicklungen vermieden. Das ist, glaube ich, einer der Blickwinkel, unter dem die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung gesehen werden sollte. Ich weise auch bewusst darauf hin, dass unter den gegebenen Rahmenbedingungen die Selbstverwaltung der Sozialleistungsträger die Möglichkeit hat, Richtlinien für die Ausgestaltung eines integrierten Komplexleistungsprogramms zu erstellen und durch Verzahnung auch Umschichtungen von Ressourcen, z.B. aus dem Krankenhausbereich in den ambulanten Bereich, zu bewirken. Es war schließlich die Selbstverwaltung, die durch eine gemeinsame Empfehlungsvereinbarung das Modell der Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke möglich gemacht hat und so kann auch die Weiterentwicklung zu einem ambulanten integrierten Rehabilitationskonzept auf Bundesebene sichergestellt werden. Die Länder haben die Möglichkeit, ihre Verantwortung für eine umfassende und sinnvolle Psychiatrieplanung durch Ausgestal-

tung ihrer Psychisch-Kranken-Gesetze rechtlich abzusichern und entsprechend voranzubringen. Wenn also die Bereitschaft bei allen Beteiligten da ist, dürfte eigentlich das Finden von intelligenten Lösungen nicht das Hauptproblem darstellen.

In diesem Sinne sehe ich für die Perspektive einer Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung durchaus vorgegebene Linien und Möglichkeiten, die es nur zu beschreiten gilt. Das Bundesministerium für Gesundheit, die Ministerin hat das gestern in ihrer Festrede erwähnt, wird in Fragen der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung einen neuen Anlauf machen. Wir wollen auf einem Psychiatrie-Forum allen Beteiligten die Möglichkeit geben, aus ihrer Sicht die Defizite zu benennen und Lösungsansätze für die Zukunft aufzuzeigen. Das soll im Sinne einer Politikberatung die Basis bilden, um auch im Einzelnen deutlich zu machen, wo die Verantwortung für eine sinnvolle Weiterentwicklung liegt. Vielleicht gelingt es uns ja, neben der Beschreibung des vielen, was noch zu tun ist, auch zu einer Verständigung darüber zu kommen, was als Erstes und was als Zweites zu geschehen hat. Ich glaube, auch dieses ist nötig, um – ich sage das vielleicht ein bisschen überzogen – zu einer Repolitisierung des ganzen Reformprozesses zu kommen. Es geht auch darum, Vereinzelungen und andere Tendenzen, die wir im ja Alltag manchmal beklagen, vielleicht ein bisschen konterkarieren zu können.

Nur wenn wir an einigen Punkten wieder in die Spitze gehen, glaube ich, werden wir selbst uns wieder besser spüren und wird das, was wir machen wollen und erreichen wollen auch in der Gesellschaft noch stärker spürbar. In diesem Sinne hoffe ich, dass Sie auf Ihrer Tagung heute auch zu entsprechenden zuspitzenden Ergebnissen kommen. Wir wären jedenfalls froh darüber, wenn wir in kurzer Zeit – Anfang nächsten Jahres – mit Ihnen allen darüber nicht nur ins Gespräch kommen würden, vor allem, wenn das Ergebnis am Ende eine gemeinsame Handlungsschnur für die nächsten Jahre wäre. Ich wünsche Ihnen noch einen schönen Tag. Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!

Entwicklung der psychisch-psychotherapeutischen Versorgung aus der Sicht der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde

Henning Saß

Psychisch Kranke tragen neben ihrer Erkrankung eine weitere schwere Last: Ihre Stellung in der Gesellschaft ist mehr oder weniger in allen Ländern und zu allen Zeiten geprägt gewesen von Stigma und Diskriminierung. In der sozialen Wahrnehmung liegen abweichende Verhaltensweisen, die durch psychopathologische Störungen bedingt sind, nahe bei anderen Auffälligkeiten wie Devianz und Delinquenz. Gehört sonst zur Definition von Krankheit, dass der Betroffene von seinen sozialen Pflichten freigestellt ist, die Unterstützung der Umgebung erhält und für seinen Zustand nicht verantwortlich gemacht wird, so sind psychische Krankheiten auch heute oft mit einer Konnotation von persönlichem Versagen, Makel und Schuld verknüpft. In Deutschland traten zu diesen ubiquitären Vorurteilen noch die sozialdarwinistischen und erbhygienischen Verirrungen hinzu, die im Verein mit obsoleten Degenerationslehren in der Zeit des Dritten Reiches zu verbrecherischen Vernichtungshandlungen, fälschlich als Euthanasie verbrämt, an mehreren Hunderttausenden psychisch Kranker und Behinderter führten. Verbunden mit diesen gesellschaftlichen Benachteiligungen war bis in die Mitte des vorigen Jahrhunderts ein enormer Rückstand im Niveau der psychiatrischen Versorgung.

Es ist ein großes Verdienst der Initiatoren der Psychiatrie-Enquete des Jahres 1975, auf die elende Lage der psychiatrisch Kranken und die fortbestehenden Missstände in personeller, finanzieller, baulicher und versorgungsstruktureller Hinsicht aufmerksam gemacht zu haben. Heute können wir sagen, dass die Situation psychisch Kranker insbesondere seit der Psychiatrie-Enquete einen so tief greifenden Wandel erfahren hat wie kaum ein anderes Gebiet der Medizin. Standen bis dahin die psychiatrischen Großkrankenhäuser mit bis zu 2.000 Betten im Zentrum der Krankenbehandlung, so ist inzwischen der Schwerpunkt in der Versorgung psychisch Kranker weitgehend an wohnortnahe Einrichtungen und an komplementäre Dienste außerhalb des Krankenhauses verlagert worden. Die großen Fachkrankenhäuser für Psychiatrie sind mit einem ho-

hen finanziellen Aufwand renoviert und dabei entscheidend verkleinert worden. Parallel dazu sind in den Gemeinden an Allgemeinkrankenhäusern zahlreiche psychiatrische Abteilungen entstanden. Von ihnen gibt es heute in Deutschland mehr als 150 gegenüber 21 im Jahre 1970. Damit befinden sich gegenwärtig fast 40 Prozent der aufgestellten Betten zur Behandlung psychisch Kranker in wohnortnahen psychiatrischen Kliniken. Durch die Integration psychiatrischer Abteilungen in viele Krankenhäuser kam es ferner zu einem kontinuierlichen Aufbau psychiatrischer Liaison- und Konsiliardienste, was die Integration der psychosozialen Versorgung in den Gesamtbereich der Medizin entscheidend fördert. Gleichzeitig wurden über 50 Prozent der psychiatrischen Krankenhausbetten in Deutschland abgebaut. Waren es vor 25 Jahren noch etwa 160.000 Betten, so sind es heute etwa 70.000 Betten. Die durchschnittliche Verweildauer eines stationär aufgenommenen psychisch Kranken in der Klinik lag Anfang der siebziger Jahre zwischen 100 und 200 Tagen, heute ist sie auf etwa 30 Tage gesunken. Auch die Zahl der Zwangseinweisungen ist mit ein bis fünf Prozent aller Aufnahmen erheblich zurückgegangen. Das zwischenzeitlich eingeführte Betreuungsgesetz und die Schaffung neuer Psychiatrie-Kranken-Hilfsgesetze auf Länderebene haben ebenso wie die Professionalisierung des Versorgungsangebotes dazu beigetragen. Hinzu kommt der Erfolg moderner pharmakologischer, psychotherapeutischer und sozialpsychiatrischer Behandlungsmaßnahmen, die sämtlich zur Humanisierung der Versorgung psychisch Kranker beitragen. Auch die Zahl der niedergelassenen Nervenärztinnen und -ärzte hat sich beträchtlich erhöht, nämlich von etwa 1.000 im Jahre 1975 auf etwa 8.000 in der Gegenwart. In der Enquete war noch empfohlen worden, dass eine Psychiaterin bzw. ein Psychiater auf etwa 50.000 Einwohner entfallen solle. Heute beträgt dieses Zahlenverhältnis 1 zu 16.000. Damit kann ein beträchtlicher Anteil psychisch Kranker in Einzelpraxen wie auch in vernetzten Systemen hinreichend versorgt werden. Durch die Einrichtung psychiatrischer Tageskliniken wurde ein wichtiges Bindeglied zwischen vollstationärer und ambulanter Versorgung geschaffen. Mit ihrer Hilfe können sowohl vollstationäre Behandlungen verhindert als auch eine häufig indizierte Stützung des Patientinnen und Patienten nach einem langen Klinikaufenthalt durch tagesstrukturiende Maßnahmen erreicht werden.

Allerdings bleibt immer noch viel zu tun, um die Lage der psychisch Kranken zu verbessern, insbesondere was die chronischen Krankheitsformen betrifft. Die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) muss bis zur Schaffung geeigneterer Systeme weiterhin Gültigkeit besitzen und – um eine adäquate Versorgung psychisch Kranker im Krankenhaus zu gewährleisten – auch zu 100 Prozent erfüllt werden. In vielen Krankenhäusern – insbesondere in den neuen Bundesländern – ist aufgrund der Budgetierung in den vergangenen Jahren die Psych-PV teilweise nur zu 80 bis 85 Prozent erfüllt. Noch fehlt ein flächendeckendes Behandlungsangebot an sozialpsychiatrischen Therapiemöglichkeiten. Eine adäquate Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse bedarf jedoch einer suffizienten Personalstruktur. Ein wichtiger Fortschritt des letzten Jahres sind die gesetzlichen Neuregelungen zu den Institutsambulanzen und zur Soziotherapie. Darüber hinaus müssen weitere Versorgungsmodelle entwickelt und in eine patientenzentrierte Behandlungskette integriert werden. Inzwischen sind auch gegenüber dem Stand von 1975 eine ganze Reihe von differenzierten, wissenschaftlich überprüften und standardisierten Therapieformen für bestimmte psychiatrische Erkrankungen etabliert und in das stationäre, teilstationäre wie ambulante Behandlungsangebot integriert worden, z.B. für Suchterkrankungen, depressive Störungen, schizophrene Erkrankungen, Zwangssyndrome oder Persönlichkeitsstörungen. Dabei wird allerdings gegenwärtig durch Budgetierungsdruck und Regressandrohungen im stationären bzw. ambulanten Bereich die Gewährleistung moderner Behandlung häufig beeinträchtigt. Dies betrifft auch die neu entwickelten, zugleich wirksamen wie nebenwirkungsarmen Neuroleptika und Antidepressiva. Hier müssen psychisch Kranke die gleichen Möglichkeiten der optimalen Therapie erhalten, wie es bei somatisch Kranken selbstverständlich ist.

Für die Zukunft wird es darauf ankommen, den reformatorischen und humanitären Elan der Psychiatrie-Enquete, deren 25-jähriges Jubiläum heute zu Recht gefeiert wird, weiter zu erhalten. Wir benötigen eine kontinuierliche Weiterentwicklung auf allen Feldern der Psychiatrie und Psychotherapie, in der wissenschaftlichen Erforschung von Ursachen und Therapieverfahren, in der patientinnenorientierten Gestaltung der Behandlungsstrukturen und in der Pflege einer menschlichen, mitfühlenden Haltung bei der Begegnung mit den psychisch Kranken, die immer noch auf den besonderen Schutz der Gesellschaft angewiesen sind.

Themenbereich I:
Kernpunkte der Psychiatrie-Reform

Die Psychiatrie-Enquete – historische Aspekte und Perspektiven[1]

Heinz Häfner

Sie haben mir das historische Referat zur Enquete anvertraut. Erwarten Sie bitte nicht, dass ich die Wege dorthin nur mit Ereignissen und Programmen markieren werde. Ich verbinde mit der Psychiatrie-Enquete mehr als nur eine Umgestaltung des Versorgungssystems. Ich sehe in den Reformideen der Enquete auch die Zeichen einer tief greifenden Wende zur Humanität gegenüber psychisch Kranken.

Die Veröffentlichung der Enquete 1975 (1) liegt in der Mitte meiner eigenen psychiatrischen Biografie. Die Mitwirkung am Bau, Stapellauf und Abschluss der Enquete waren auch Höhepunkte auf meinem eigenen Weg als Psychiater, zumal das Jahr ihrer Veröffentlichung und das Jahr der Eröffnung des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit zusammenfallen.

Lassen Sie mich deshalb aus persönlicher Sicht in unser Thema einsteigen. 1949 war ich als Doktorand in die Psychiatrische Klinik der Universität München eingetreten. Als ich zum ersten Mal die unruhige Männerstation betrat, der ich zugeteilt worden war, konnte ich meine Erschütterung kaum verbergen. Männer jeglichen Alters lagen oder saßen mangels ausreichender Sitzgelegenheiten auf ihren Betten. Einige schrien laut, rüttelten an der Tür oder bedrängten den mich begleitenden Stationsarzt mit Entlassungswünschen. Schon die Aufnahmeprozedur war erniedrigend: Nach Abnahme von Kleidern, Geldbörse und Brille wurden die Kranken ins Bad gesteckt, von Pflegern gewaschen und danach in blau gestreifter Anstaltskleidung in den Bettensaal gebracht. Die Stimmung auf der Station schwankte zwischen Resignation und Aggression. Zeitweilig konnten die Pfleger den Saal nur mit vorgehaltener Matratze betreten.

Ich hatte mich für den Beruf des Psychiaters aus dem Wiedergutmachungsbedürfnis der Nachkriegsgeneration entschieden. Schon meine ersten Erfahrungen in der Psychiatrie hatten mir ein Gefühl der Hilflosigkeit vermittelt und mich an meinem Berufsziel zweifeln lassen. Ich habe es am Ende dennoch nicht aufgegeben, aber meine ersten Erfahrungen blieben ein zentrales Motiv meines beruflichen Handelns. Wer aus der Generation unserer Tage die freie Atmosphäre einer Tagesklinik, den offenen, mitunter persönlich engagierten Behandlungsstil eines psychiatrischen Krankenhauses erlebt oder gar an der ungeschminkten Diskussion mit selbstsicheren Angehörigen oder Psychiatrie-Erfahrenen teilgenommen hat, wird kaum verstehen, wie es zu dem ganzen Ausmaß der Vernachlässigung von Bürgerinnen und Bürgern einer Kulturnation kommen konnte, nur weil diese Menschen psychisch erkrankt waren.

Ideengeschichte der psychiatrischen Versorgung

Ich werde versuchen, ein paar ideen- und institutionsgeschichtliche Entwicklungslinien zu skizzieren, die zu der schwersten Verletzung von Menschenrechten hinführten, die je einer ganzen Bevölkerung kranker Menschen angetan wurde: der Massenmord an Geisteskranken unter dem Nationalsozialismus. Es ist keine einheitliche Geschichte, denn Ideen und Interessen, die sich in den Vorstellungen über psychische Krankheit und ihrer Versorgung niederschlugen, waren weder homogen, noch in gleicher zeitlicher Abfolge abgelaufen. Bis zum Anbruch des 19. Jahrhunderts waren Kranke, Kriminelle, Landstreicher und Geisteskranke als unheilbare Übertreter gesellschaftlicher Ordnung und Tugend meist noch gemeinsam in Asylen oder Zuchtanstalten festgehalten worden. In einigen Ländern, etwa in Spanien, England oder Hessen, waren schon wesentlich früher Irrenspitäler entstanden, meist aus karitativem Geist betrieben und von christlichen Orden getragen. In England wurden sie als »private madhouses« unternehmerisch geführt. In den meisten von ihnen wurden Geisteskranke und Geistesschwache unter unzumutbaren Bedingungen wie Gefangene gehalten.

1 Dieser Beitrag ist unter dem gleichen Titel ebenfalls erschienen in: Psycho. Zeitschrift für Praxis und Klinik 2001: 5, 258–270



Abb. 1: Quelle: William Hogarth, Kupferstich Nr. 8 aus der Serie »The Rake's Progress« (1733) aus dem Bethlem and Royal Hospi

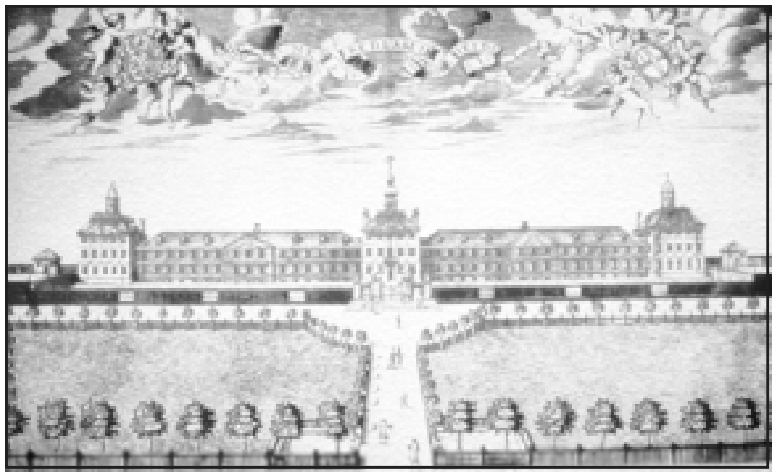


Abb. 2: Zweites Bethlem Hospital in Morefields, 1675–1676 erbaut. Architekt: Robert Hooke. Kupferstich von Robert Greene. Quelle: [2, S. 197]

Ein Vergleich von Innen- und Außenseite des berühmten, schon im 15. Jahrhundert gegründeten Bethlehem and Royal Hospital in London auf zwei Kupferstichen aus dem 18. Jahrhundert, der Erste aus Hogarths Serie »The Rake's Progress«, ist ein faszinierendes Abbild institutioneller Bewältigung bürgerlicher Hilflosigkeit hinter fürstlicher Fassade (Abb. 1 und 2). Der erste Umbruch, der den Irren eine humanere Behandlung versprach, ereignete sich mit dem Umsturz der Gesellschaftsordnung in der Französischen Revolution. Paradigmatisch dafür ist Pinels Befreiung der angeketteten Irren am 24.5.1793 in der Pariser Irrenanstalt Bicêtre. Pinel hat aber nicht nur die Bürgerrechte der Irren eingefordert, sondern auch die sozialen Privilegien der Krankheitsrolle: »Diese Menschen sind nicht als Schuldige, sondern als Kranke zu behandeln, die alle Rücksicht verdienen, die man einem leidenden Menschen schuldig ist.« (3)

Wenigstens dem Ziele nach wurde damit den Irren jenes Maß an Schutz und Hilfe eröffnet, das die bürgerliche Gesellschaft für ihre kranken Mitglieder damals anzubieten hatte. Es war nicht viel. Man schickte die Kranken weiter in Asyle, die nun als Heil- und Pflegeanstalten freundlichere Namen erhielten. Wissen, was den Krankheiten zugrunde lag und womit man sie wirksam behandeln könnte, war noch nicht zur Hand. Erregte Kranke beruhigte man mit folterähnlichen Methoden, mit Zwangsjacke oder später im warmen Dauerbad (Abb. 3).

Im 19. Jahrhundert wurde die Psychiatrie vom deutschen Idealismus eingeholt. Schon Immanuel Kant hatte gelehrt, psychische Krankheit gehe auf die Entordnung der Vernunft zurück und ihre Heilung sei Aufgabe der Philosophen und nicht der Ärzte. Der bedeutendste Vertreter der idealistisch pädagogischen Schule war der Heidelberger Psychiater C.F.W. Roller. Er lehrte, dass die Entordnung der Vernunft auf unordentlichen Umgang oder fehlgeleitete Erziehung in Familie und Umwelt zurückgehe. Die Konsequenz daraus war die Isolierung der Kranken von ihrer angeblich pathogenen Umgebung: »Jeder Seelengestörte muss von den Personen getrennt werden, mit welchen er früher Umgang pflog. Er muss an einen anderen, ihm unbekannten Ort verbracht werden. Die, welche ihn pflegen, müssen ihm fremd sein. Er muss, mit einem Wort gesagt, isoliert werden.« (5)

Die pädagogische Umwelt, die den Kranken die rechte Ordnung von Denken und Handeln wiedergeben sollte, war die *»ideale* Heil-



Abb. 3: Manische Patientin, 1838, A-Tardien. Quelle: [4, S. 251]

anstalt« in *idealer* Landschaft und von einem *idealen* Psychiater geleitet. Maximilian Jacobi, Direktor der Heilanstalt Siegburg, forderte 1834 beispielsweise, sie müsse unter einem milden Himmel, in einer anmutigen Fluchtbahn liegen, in welcher Berg und Tal, Wiese, Wald und Feld eine freundliche Umgebung bildeten, denn eine anmutige Lage wirke wohltätig auf das Seelenleben ein und trage zur Wiederherstellung bei (6). Die großherzoglich badische Heil- und Pflegeanstalt Illenau, gebaut nach den Plänen, eingeweiht 1840 und geleitet von C.F.W. Roller, wurde zum Modell und Vorbild zahlreicher psychiatrischer Anstalten in vielen Ländern der Erde (Abb. 4). Das Persönlichkeitsprofil des leitenden Irrenarztes entwarf der Münchner Ordinarius Solbrig 1841: »Der Arzt ist der Gott des Kranken, allgegenwärtig... mit dem Schatz seines materiellen Wissens und Erfahrenseins, ... mit der Macht seiner Phantasie, mit der Schärfe des historischen Weltverstandes, mit dem Seherblick des religiösen Glaubens.« (7)

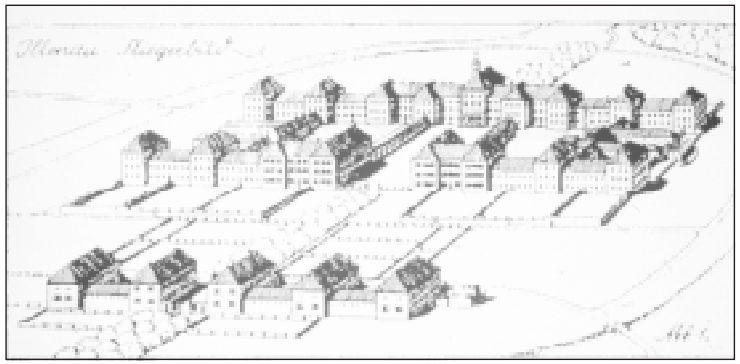


Abb. 4: Die Illenau. Quelle: [15]

Für das Verständnis des psychiatrischen Versorgungssystems bis zur Ankunft der Enquete und seines Umgangs mit den Kranken ist diese historische Skizze hilfreich. Sie macht den bodenlosen Idealismus vieler Psychiater des 19. und des frühen 20. Jahrhunderts ebenso wie die Auswanderung der psychiatrischen Krankenhäuser aus der bürgerlichen Kultur der Städte und aus den Zentren des medizinischen Fortschritts deutlich. Sie macht den patriarchalisch-fürsorglichen Stil der Krankenbehandlung und die rigide, hierarchische Organisation der psychiatrischen Krankenhäuser verständlich.

Sie lässt auch begreifen, weshalb dieses System, je nach Persönlichkeit der Ärzte, einerseits zu harten, mitunter grausamen Methoden der Disziplinierung, andererseits zur liebevoll väterlichen Fürsorge fähig war. Die Tragik dieses Systems und seiner tragenden Ideen war das Scheitern an der Wirkungsarmut seiner Methoden und an der damaligen Unheilbarkeit der meisten schweren Erkrankungen. Das musste zum Rückfall aus optimistischen Visionen in Resignation und therapeutische Untätigkeit führen. Die Kranken aber wurden, ausgegrenzt aus der Gesellschaft, in zunehmend vernachlässigten Anstalten, meist viele Jahre oder lebenslang in Unfreiheit gehalten (Abb. 5). Nur ein paar aktive und meist auch religiös-karitativ motivierte Anstaltsdirektoren und Ärzte wie Hermann Simon (Gütersloh), Gustav Kolb (Erlangen) und Hans Roemer (Konstanz) bewahrten sie mit einem System aktiver Tagesgestaltung, Arbeitstherapie, Entlassprogrammen und organisierter Nachsorge

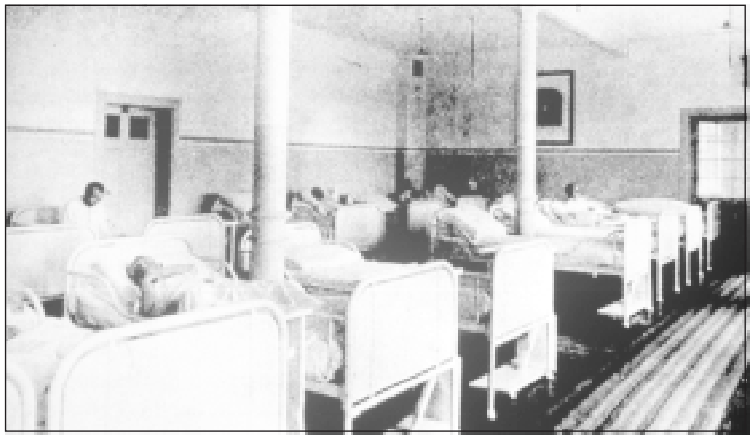


Abb. 5: Bettbehandlung: Wachsaal für ruhige Männer in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster (Pfalz, Landesbezirk Landeck). Quelle: [9]

vor schweren sekundären Folgen der Anstaltsaufenthalte. Die Ohnmacht der Kranken in diesem reformunfähigen System, gegen das sich eine antipsychiatrische Bewegung revolutionär erhoben hatte, erfuhr ihr Ende in Deutschland erst, als mit der Enquete die Vision einer Reform an von Haupt und Gliedern aufgebrochen war.

Die Katastrophe und ihre Folgen

Um die Wende zum 20. Jahrhundert war es nach hohen Geburtenraten und sozialem Wandel zur Industriegesellschaft zu gewaltiger Vermehrung der Insassen psychiatrischer Krankenhäuser gekommen. Die Kapazität der Neubauten blieb weit hinter dem Bedarf zurück. Zwischen dem Unterbringungsstandard der Kranken und den Lebensbedingungen der Gesellschaft tat sich bis zur Enquete eine immer tiefere Kluft auf. Die enorme Zunahme hospitalisierter psychisch Kranker – um die Jahrhundertwende hatte sich in Preußen ihre Zahl in 15 Jahren mehr als verdoppelt – erweckte aus dem dilettantischen Biologismus jener Zeit die Angst, die Geisteskrankheiten seien aus Gründen genetischer Degeneration des Volkskörpers in steiler Zunahme begriffen. Diese Überzeugung wurde von vielen

Bürgerinnen und Bürgern, Professoren, progressiven Sozialmedizinern, aber auch von fortschrittlichen Abgeordneten in den Parlamenten mehrerer europäischer und amerikanischer Staaten geteilt. Sozialdarwinismus und die sich in Großbritannien, den USA und Deutschland ausbreitende Idee von Eugenik bereiteten die Katastrophe vor. Abbildung 6 zeigt ein Plakat der NS-Zeit, das den ökonomischen Egoismus der Bevölkerung gegen Solidarität mit Kranken und Schwachen mobilisieren sollte. Dieses und viele ähnliche Propagandamittel dienten der psychologischen Vorbereitung auf die Zwangssterilisation.

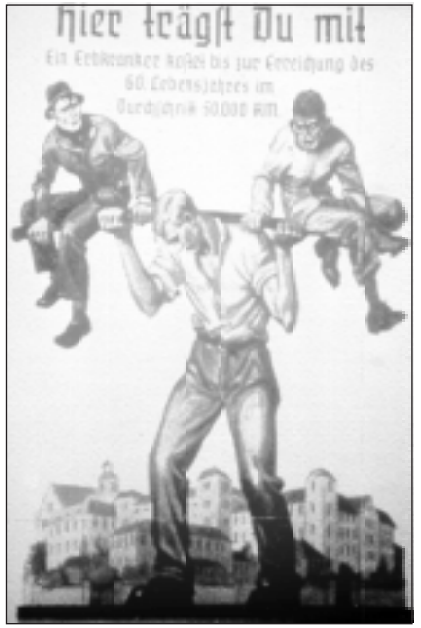


Abb. 6: Nationalsozialistisches Propaganda. Quelle: [10]

Im radikalen Bruch der Menschenrechte brachte Hitler mit seinen Vasallen zunächst die Zwangssterilisierung von nahezu 300.000 wirklich oder vermeintlich Erbkranken und 1939 die Vergasungsaktion T4 und ihre Nachfolgeaktionen mit der Massentötung von etwa 200.000 psychisch Kranken auf den Weg (s. Hitlers Ermächtigungsschreiben vom Oktober 1939, rückdatiert auf den 1. Septem-

ber 1939 in Abb. 7). Diesem Holocaust psychisch Kranker war auf dem Weltkongress in Hamburg 1999 eine eindrucksvolle Ausstellung gewidmet (Abb. 8). Wir haben in diesem Zusammenhang, um nur einige Namen zu nennen, Gerhard Schmidt (12), Heinz Ehrhardt (13), Klaus Dörner (14), Heinz Faulstich (15, 16), Asmus Finzen (17), Michael von Cranach und H.-L. Siemen (18) zu danken, dass sie uns die Fakten zu Einkehr und zu Auseinandersetzung nahe gebracht und dazu beigetragen haben, dass psychisch Kranke und ihre Angehörigen inzwischen wieder Vertrauen in die deutsche Psychiatrie gewinnen konnten. Dennoch ist nicht alles nur Hitler anzukreiden. Die »Vernichtung lebensunwerten Lebens«, wie der Mord an Kranken und Behinderten euphemistisch bezeichnet wurde, ist 1920 von Binding & Hoche (19) und schon im 19. Jahrhundert von mehreren Autoren in Deutschland und England gefordert worden, und er wird bereits heute wieder diskutiert.



Abb. 7: Hitlers Ermächtigungsschreiben zur Aktion T4 vom Oktober 1939 (rückdatiert auf 1.9.1939). Quelle: [11, S. 15]



Abb. 8: Gräber auf dem Friedhof der Tötungsanstalt Hadamar. Quelle: [10]

Die Ausgrenzung der psychisch Kranken aus der Gemeinschaft der sozial Tüchtigen hat nicht nur unter dem Nationalsozialismus dazu geführt, dass knapp gewordene Ressourcen den psychisch Kranken vor allen anderen entzogen worden waren. Das zeigen die von Faulstich (20) ermittelten Sterberaten an psychiatrischen Anstalten im Ersten Weltkrieg (Tab. 1). Beispielhaft für ein anderes Land zeigt dies die Sterblichkeitsstatistik der englischen Anstalt von Buckinghamshire aus dem Ersten Weltkrieg mit einer Sterberate von 43 % in 1918 (Tab. 2). Aus alledem wird deutlich, dass psychisch Kranke seit jeher am Ende der sozialen Rangordnung und der Zuteilung von Lebenschancen standen. Nur eine tief greifende Wende konnte ihr Recht auf Leben sichern.

Land/Anstalt	1914	1915	1916	1917	1918
Preußen	6,6	8,8	11,2	19,3	15,5
Eichberg	5,6	8,7	16,3	24,3	17,9
Weilmünster	7,2	10,0	17,0	36,5	30,0

Die Sterberaten für Preußen sind den Statistischen Jahrbüchern für den Preußischen Staat, Bd. 16 (1920) und 18 (1922) entnommen, die in Berlin erschienen. Die Sterberaten von Eichberg sind hier aus den Werten bei Männern und Frauen zusammengezogen, Sterberaten von Weilmünster aus den Verhandlungen des 50. bis 54. Kommunallandtages, Wiesbaden (1916–1920).

Tab. 2: Todesfälle (Durchschnittszahl pro Jahr und %) unter ca. 600 Insassen im Buckinghamshire/GB Mental Hospital durch Hungerkost während des Ersten Weltkriegs. Quelle: [8]

Jahr	1910–14	1915	1916	1917	1918
Ø	67	81	110	129	257
%	~ 11	13,5	18,3	21,5	43,0

Tab. 1: Sterberaten in psychiatrischen Anstalten während des Ersten Weltkriegs – prozentualer Anteil der Sterbefälle an der Gesamtkrankenzahl (Anfangsbestand und Zugänge). Quelle: [20]

Die Entwicklung nach dem Zweiten Weltkrieg: Enthospitalisierungsprogramme

In Großbritannien und den USA hatte von 1954 an – bei hohen Ausgangswerten von 4,5/1000 in den USA und 3,5/1000 in Großbritannien – ein radikaler Bettenabbau eingesetzt. Soziologen und Journalisten hatten die unvorstellbaren Verhältnisse hinter amerikanischen und später auch hinter deutschen Anstaltsmauern beschrieben. Skandalberichte in den Medien lösten Entsetzen bei wohlmeinenden Bürgerinnen und Politikerinnen aus. Sie trafen nach dem Zweiten Weltkrieg auf eine grundlegend veränderte Geisteshaltung westlicher Gesellschaften. Die Katastrophe des Zweiten Weltkriegs, der Tod von 30 Millionen Menschen, die erschreckende Einsicht in das ganze Ausmaß des Holocaust, die grausame Vertreibung ganzer Völkerschaften hatten zu einer tief greifenden Neubesinnung auf Menschen- und Bürgerrechte geführt. Sie fand ihren ersten Niederschlag in der Menschenrechtsdeklaration der Vereinten Nationen (1948). Ihr folgten bis zur Gegenwart Resolutionen supranationaler Körperschaften, den Vereinten Nationen, der Weltgesundheitsorganisation, der Europäischen Gemeinschaft und der Psychiatrischen Weltvereinigung, für die Rechte der psychisch Kranken.

Das Grundrecht auf Freiheit und körperliche Unversehrtheit, das die Verfassung der Bundesrepublik nach dem Untergang der Diktatur 1947 verkündet hatte, wurde zum Schutz der Freiheitsrechte psychisch Kranker in Ländergesetze umgesetzt. Dennoch hat die

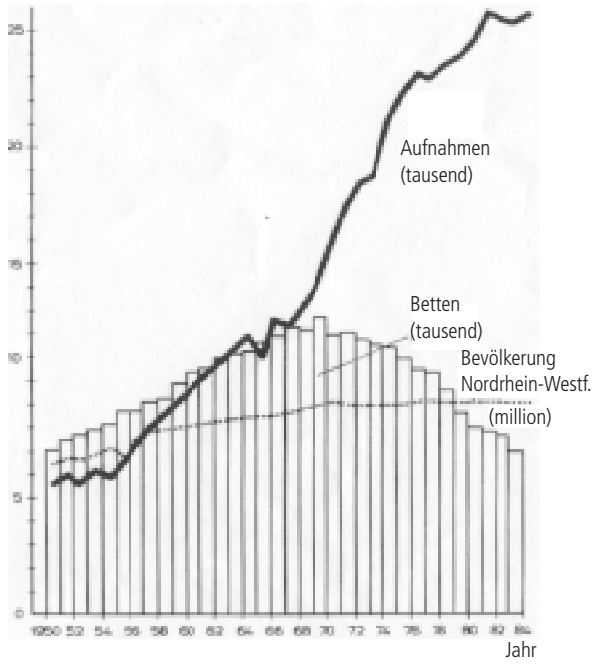


Abb. 9: Entwicklung der Aufnahmen und der Bettenbelegung in den Rheinischen Landeskliniken für Psychiatrie, 1950–1984. Quelle: [21], modifiziert

Wende der Psychiatrie in Deutschland, angezeigt durch den Beginn der Enthospitalisierung, fast 20 Jahre später als in den USA und Großbritannien, nämlich mit der Enquete, eingesetzt, was die Statistik der rheinischen Landeskrankenhäuser (Abb. 9) und das Titelbild des Zeitmagazins mit der Legende »Schlangengruben in unserem Land« aus dem Jahr 1979 (Abb. 10) ausweist. Bis 1970 waren dort die belegten Betten und mit ihnen die Zahl der untergebrachten Kranken noch kontinuierlich angestiegen. Nach dem Kriege hatte sich ein gewaltiger Reparaturbedarf der psychiatrischen Krankenhäuser aufgestaut. Mit dem Wiederaufbau vergrößerte sich der Abstand zwischen dem Lebensstandard der Bevölkerung und den miserablen Lebensumständen der Kranken. Leipert (22) bezeichnete die psychiatrischen Krankenhäuser jener Zeit als medizinische Armenhäuser und berichtete, dass sich in dieser erinnerungsbe-



Abb. 10: Heilanstalten – Schandflecke der deutschen Psychiatrie. Schlangengruben in unserem Land. Zeitmagazin No. 17. April 1979

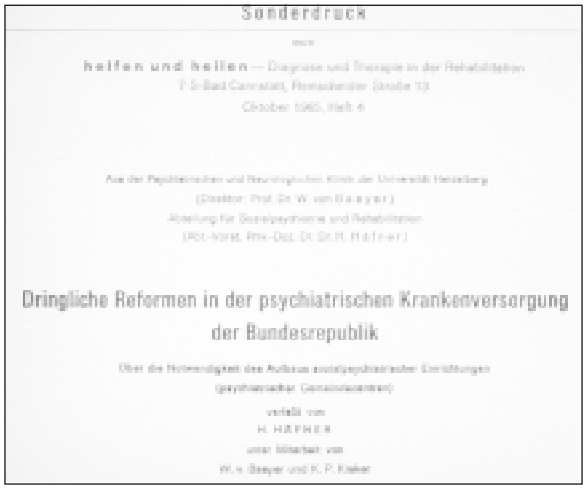
lasteten Nachkriegsperiode »die Psychiater hinter ihre Mauern zurückzogen und klaglos den Mangel und das Elend des therapeutischen Alltags verwalteten«. Wie schon vor dem Kriege, so gab es auch in dieser dürftigen Zeit kritische Köpfe, die sich gegen Elend und Resignation wandten. Der Vorstand der DGPN beauftragte am 14.6.1957 Prof. Friedrich Panse, Düsseldorf-Grafenberg, ein Gutachten zu Entwicklungsstand und Notwendigkeit des psychiatrischen Krankenhauses zu erstellen. Es war keine weise Wahl, denn Panse hatte an der Auswahl der in Tötungsanstalten zu verlegenden Kranken aktiv mitgewirkt. Sein 1964 publiziertes Buch »Das psychiatrische Krankenhauswesen« (23) war detailliert und gründlich. Reformvorschläge konnte Panse aus dem Ausland übernehmen. Die Krankentötungen und ihre Folgen und das aktuelle Problem, die entsetzliche Vernachlässigung der Patienten, blieben unerwähnt.

Die therapeutische Revolution

Die Entdeckung und Weiterentwicklung der Psychopharmaka ab 1952 gab erstmals den Psychiatern ein breites ambulant und stationär anwendbares Behandlungsinstrumentarium in die Hand. Dazu kamen neue, gut lehrbare und ökonomisch vertretbare Psychotherapiemethoden. Mit dieser Wandlung des Faches von der bewahrenden hin zu einer therapeutischen Disziplin war der Psychiater zu einem aktiv handelnden Arzt geworden, der sich bemühen musste, die bestmögliche Therapie zu finden und sich nicht mehr auf zeitlose Aufsicht und Alltagsgestaltung zu beschränken. Es war möglich geworden, psychotische Episoden rasch zum Abklingen zu bringen, Rückfällen vorzubeugen und viele leichte psychische Störungen ambulant zu behandeln. Damit war eine tief greifende Veränderung des psychiatrischen Versorgungssystems vorbereitet worden. Es bedurfte nur noch eines Mentalitätswandels des gesamten therapeutischen Personals vom patriarchalischen Überwachungs- und Disziplinierungssystem hin zu einer therapeutischen Partnerschaft und seitens der Kranken von Resignation und Verzweiflung zum eigenen, hoffnungsvollen, nicht mehr ausschließlich fremdgesteuerten Interesse an psychiatrischer Behandlung. Es sollte fast 20 Jahre dauern, bis diese Wende auch in der Majorität der Köpfe und Institutionen Fuß zu fassen begann.

Das gesellschaftliche Umfeld der Psychiatrie-Reform

In einer Analyse der Gründe für die verspätete Psychiatrie-Reform meinte der Historiker Franz-Werner Kersting (24), Studentenrevolte und Kulturrevolution der 68er-Jahre hätten erst das gesellschaftliche Umfeld für die Reform bereitet. Er verwies auf eine 1965 erschienene Denkschrift unter dem Titel »Dringliche Reformen der psychiatrischen Krankenversorgung der Bundesrepublik« (25), die von einem nationalen Notstand sprach und damals schon »alle wesentlichen Forderungen formulierte, die zehn Jahre später in der Psychiatrie-Enquete des Deutschen Bundestages ihren Niederschlag fanden« (Abb. 11). Die Reaktionen auf diese Denkschrift waren überwiegend gering. Kersting (24) und Bauer (26), einer der aktivsten Mitstreiter der Psychiatrie-Reform, meinten, die Studentenrevolte und die Kulturrevolution der 68er-Jahre hätten das gesellschaftli-


Sonderdruck

Dringliche Reformen in der psychiatrischen Krankenversorgung der Bundesrepublik

Abb. 11: Die »Denkschrift«

che Umfeld für die Reform bereitet. Tatsächlich verbreiteten sie ein kritisches Bewusstsein gegenüber dem Althergebrachten. Sie stellten Disziplin, Hierarchie und direktoriale Macht in Frage und warfen eine breite Welle von Liberalität, Toleranz und von Sympathie für Randgruppen auf. So wurde sie zwar nicht, wie Klaus Dörner (27) meinte, der Impulsgeber, aber sie schuf, um mit Franz-Werner Kersting (24) zu sprechen, den gesellschaftlichen Resonanzboden, der die Psychiatrie-Reform beschleunigte und durchdrang. Den deutlichsten Hinweise darauf gibt die Folge psychiatriekritischer Veröffentlichungen der Jahre 1969–1974. Sie richtete sich laut Kersting entweder gegen das heruntergekommene, inhumane Versorgungssystem wie Frank Fischers erschütternder Bericht von 1969 »Irrenhäuser – Kranke klagen an« (28) und Asmus Finzens »Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern« von 1974 (29) oder sie verneinten die Existenz psychischer Krankheit und der Psychiatrie als Institution wie Michel Foucaults »Wahnsinn und Gesellschaft« (dt. 1969) (30) und Franco Basaglias »Die negierte Institution« (dt. 1971) (31). Auch Klaus Dörners Buch »Bürger und Irre« (1969) (32), das er selbst als ein Produkt antiautoritärer Studentenbewegung bezeichnet hat, gehört in die Reihe dieser kritischen Schriften, die entscheidend zur öffentlichen Aufmerksamkeit für die Psychiatrie und zur Verunsicherung der Verteidiger des überholten

Versorgungssystems beigetragen haben. Die Organisation einer gesellschaftskritischen, aber psychiatrienahen Begleitung der Reform begann mit der Gründung des Mannheimer Kreises 1969, der alle in der Psychiatrie tätigen Berufe hierarchiefrei umschloss. Aus ihm war die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie hervorgegangen, die maßgeblichen, wenn auch nicht immer und allzeit weisen Einfluss auf die Fortführung der Reform ausgeübt hat.

Die Vorbereitung der Enquete

Lassen Sie mich nun die konkreten Schritte zur Enquete wieder aus persönlicher Erfahrung vermitteln. 1958, als ich von München nach Heidelberg gekommen und meinem Freund Caspar Kulenkampff, dem damaligen Oberarzt der Frankfurter Klinik, näher gerückt war, gründeten wir zusammen mit Walter Bräutigam den Rhein-Main-Kreis, einen Zusammenschluss aufmüpfiger Oberärzte psychiatrischer Kliniken in Heidelberg, Frankfurt, Mainz, Freiburg und Strasbourg. Bei den allmonatlichen Treffen destillierten sich unterschiedliche Interessen heraus. Karl-Peter Kisker, Caspar Kulenkampff und ich wurden zu einer Verschwörergruppe, die den psychisch Kranken eine bessere Zukunft ermöglichen wollte. Die ersten Schritte bestanden in der Schaffung von Einrichtungen und Programmen, die als Vorbild dienen konnten, im eigenen Bereich. Caspar Kulenkampff gründete in Frankfurt das erste Übergangsheim und bald danach die erste Tagesklinik. Wir schufen vor Beginn der Enquete in Heidelberg ein Übergangsheim, eine Tages- und eine Nachtklinik und Patientenclubs zur Nachsorge. Ab 1962 betrieben wir einen zweijährigen Weiterbildungskurs in Sozialpsychiatrie für Krankenpflegepersonal aus der Idee, dass eine menschlichere und kompetente Behandlung psychisch Kranker nur über besser ausgebildetes und motiviertes Personal zu erreichen sei. Dieses Modell ist inzwischen als Fachweiterbildung der Psychiatrie staatlich anerkannt und in mehr als 30 psychiatrischen Einrichtungen etabliert worden. In Hannover wurde ab 1965 nach Amtsantritt von Karl-Peter Kisker ein Netz sozialpsychiatrischer Einrichtungen und ein Weiterbildungskurs für nichtärztliche Mitarbeiter vor Beginn der Enquete aufgebaut.

Prof. Walter von Baeyer, der Heidelberger Ordinarius, unterstützte unsere Reformbestrebungen aus eigener Überzeugung. 1959 gründete der »Deutsche Verein für Öffentliche und Private Fürsor-

ge« mit von Baeyer als stellvertretendem Vorsitzenden den »Aktionsausschuss zur Verbesserung der Hilfe für psychisch Kranke«. 1965 verabschiedete dieser Ausschuss die ersten Empfehlungen zur zeitgemäßen Gestaltung psychiatrisch-neurologischer Einrichtungen. Sie forderten die innere Gliederung und Spezialisierung der psychiatrischen Großkrankenhäuser und die Einrichtung von Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern in Großstädten. 1966 tagte der Aktionsausschuss unter Vorsitz von Baeyers auf dem Deutschen Fürsorgetag in Kiel zum Thema »Die Verantwortung der Gesellschaft für ihre psychisch Kranken« (1967). Die Sprecher hatten erstmals Gelegenheit, ihre Verbesserungsvorschläge, noch mit deutlichen Unterschieden der Standpunkte, einer breiteren Öffentlichkeit vorzulegen (s. Liste der Vorträge aus dem Tagungsprogramm: Tab. 3).

Tab. 3: Die Verantwortung der Gesellschaft für ihre psychisch Kranke. Quelle [33]

Einführung zum Thema der Tagung *Prof. Dr. Walter Ritter von Baeyer, Heidelberg*
Situation und Entwicklungstendenzen der Sozialpsychiatrie *Prof. Dr. Dr. Heinz Häfner, Heidelberg*
Der psychisch Kranke und die sozialen Dienste *Direktor Wyneken Kobus, Hannover*
Soziale Wiedereingliederung psychisch Kranker vom Standpunkt des psychiatrischen Krankenhauses und seiner Träger *Landesrat Dr. Hans-Werner Müller, Köln*
Soziale Wiedereingliederung psychisch Kranker vom Standpunkt der Universitätskliniken *Dr. Gregor Bosch, Frankfurt/M.*
Über den offenen psychiatrischen Fürsorgedienst *Med.-Direktor Dr. Helmut Lechler, Frankfurt/M.*
Die Annahme des psychisch Kranken durch die Gesellschaft *Dr. Walter Best, Marburg/Frankfurt/M..*
Podiumsgespräch *Zusammenfassung: Prof. Dr. Caspar Kulenkampff, Frankfurt/M.*

1963 hatte in der DDR ein Symposion im vogtländischen Rodewisch stattgefunden, dem die Veröffentlichung von Thesen folgte (34, 35). Sie forderten das Sicherungsprinzip durch ein umfassendes Fürsorgeprinzip zu ersetzen, die Anstaltstradition zugunsten einer therapeutischen Haltung aufzugeben, die Krankenstation zu öffnen und ein rehabilitatives Regime einzuführen. Leider wurden diese Schritte in die richtige Richtung, ähnlich wie die 1974 folgenden Brandenburger Thesen zur therapeutischen Gemeinschaft (36) vor der Wende nur zu einem bescheidenen Umfang umgesetzt. Das System war aus sich selbst heraus offensichtlich noch nicht reformfähig. 1963 war es von Baeyer und mir gelungen, Verbindung zur damaligen Gesundheitsministerin, Frau Dr. Schwarzhaupt, zu knüpfen. Wir wurden zu einem Gespräch gebeten. Ich hatte ein Aide-memoire ausgearbeitet, das einige der später in der zitierten Denkschrift veröffentlichten Daten über die katastrophale Situation der psychiatrischen Ausbildung und Versorgung, Informationen über die internationale Entwicklung und drei Vorschläge zur Ausbildung, Zustandsanalyse und zum Aufbau eines Modellinstituts enthielt:

- Schaffung von Ausbildungsstätten für Sozialpsychiatrie für Krankenpflegepersonal und Verbesserung der Psychiatrieausbildung der Medizinstudenten
- Analyse der psychiatrischen Versorgung in Deutschland und Erarbeitung von Reformvorschlägen
- Aufbau eines Modellinstituts für sozialpsychiatrische Forschung und Therapie.

Wir trafen auf Verständnis. Die Ministerin war noch von einem Besuch ihrer an Schizophrenie erkrankten Nichte im psychiatrischen Krankenhaus Bonn erschüttert. Sie stellte uns in Aussicht, den Bau des Modellinstituts zu fördern, sobald das Sitzland die Trägerschaft übernehme. Die übrigen Vorschläge wollte sie mit ihren Ministerkollegen erörtern. Dass es nach ein paar Jahren tatsächlich zur Enquete kam, dazu haben wiederum persönliche Gründe beigetragen. Caspar Kulenkampff hatte einen Assistenten, Dr. Manfred Bauer, dieser hatte einen Onkel, den vor kurzem verstorbenen Bundestagsabgeordneten Walter Picard (Abb. 12). Herr Picard saß damals in der Opposition und im Finanzausschuss. Ihm gebührt das Verdienst, unseren Reformbemühungen den politischen Transmissionsriemen vermittelt, die Enquete auf den Weg gebracht und die Psychiatrie-

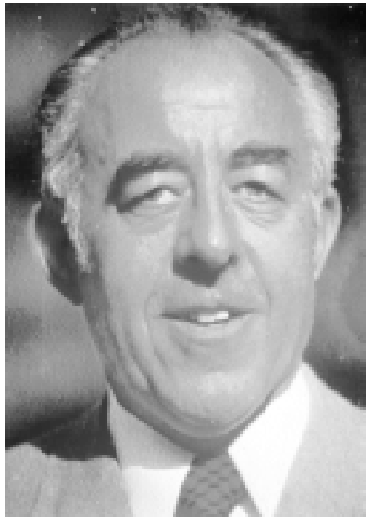


Abb. 12: Walter Picard

Reform auf der politischen Bühne bis zu seinem Tode 1999 erfolgreich begleitet zu haben. Ich verneige mich in Dankbarkeit vor diesem außergewöhnlichen Lebenswerk. Niemand hat mehr Verdienst für das Zustandekommen und die Realisierung der Psychiatrie-Enquete als unser verstorbener Freund Walter Picard. Er hat zuerst die CDU-Fraktion bewegt, einen Antrag einzubringen, den er mit Caspar Kulenkampff und mir, wie gestern Prof. Kulenkampff schon berichtete, unter Zeitdruck zusammengebastelt hatte. Am 17.4.1970 hat der Bundestag darüber beraten. Nach der Verweisung an den Ausschuss für Jugend, Familie und Gesundheit erfolgte am 8.10.1970 die erste von zwei Sachverständigenanhörungen. Das in sieben Punkten niedergelegte Ergebnis lag bereits auf halbem Wege zu den Enquete-Empfehlungen. Am 23.6.1971 hat der Deutsche Bundestag nach Anhörung der Berichterstatter beschlossen, die Bundesregierung mit der Durchführung einer Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik zu beauftragen. So war schließlich auf den Weg gebracht worden, was einer Minderheit schon lange vorher evident und dennoch nicht gelungen war.

Nachdem der Deutsche Bundestag das Schweigen der Mehrheit gebrochen hatte, kam es zu mehreren zielgleichen Parallel-

aktionen: Der Deutsche Ärztetag beschäftigte sich erstmals mit der Reform der psychiatrischen Versorgung. Die DGPN setzte 1970 unter Helmut Ehrhardt eine Kommission ein, die Übereinstimmung zur Reform unter Psychiatern herstellen sollte. Sie erarbeitete unter Leitung der verstorbenen Freiburger Psychiater Degkwitz und Schulte (37) einen Rahmenplan zur Versorgung psychisch Kranker mit Vorschlägen, die wesentliche Enquete-Empfehlungen vorwegnahmen. Die Evangelische Akademie Loccum verabschiedete am 10.10.1970 auf einer Tagung unter dem Titel »Der psychisch Kranke und die Gesellschaft« mit 130 Vertretern von Psychiatrie, Politik und Öffentlichkeit eine hilfreiche Resolution, die an den Fachausschuss des Bundestags gerichtet war. Die nachhaltigste Initiative aber war die Gründung der Aktion Psychisch Kranke. Ihr gehörten als Gründungsmitglieder neben dem Vorsitzenden Walter Picard Abgeordnete der übrigen Fraktionen des Bundestags und einige reformaktive Psychiater an, zu denen auch Caspar Kulenkampff, Gregor Bosch und ich zählten. Ihr Ziel war die dauerhafte, von Parteiinteressen unabhängige Repräsentanz der Interessen psychisch Kranker auf der politischen Bühne. Ich will hier nicht verheimlichen, dass ich Ende der 80er-Jahre wegen des verbandspolitischen Monopolismus des psychiatrischen Vorstandsteils aus der Aktion ausgetreten bin. Die Aktion übernahm auch die Verwaltung der Enquete-Kommission und praktisch aller nachfolgenden nationalen Kommissionen auf dem Gebiet der Psychiatrie-Reform. Die Liste der zu betreuenden Aktivitäten der Aktion spiegelt die wichtigsten Kapitel der Psychiatrie-Reform seit der Enquete auf Bundesebene wider:

- Sachverständigenkommission zur Erarbeitung eines Berichts über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (Zwischenbericht 1973, Abschlussbericht Psychiatrie-Enquete 1975)
- Beraterkommission zur Begleitung des Modellprogramms Psychiatrie (1980–1986)
- Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Bereich (Bericht und Empfehlungen der Expertenkommission 1988)
- Bericht zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR, Bestandsaufnahme und Empfehlungen (1991)
- Projektgruppe Qualitätssicherung der stationären Psychiatrie

(Bericht und Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in psychiatrischen Kliniken 1996)

- Kommission Personalbemessung im komplementären Bereich (Bericht personenbezogene Hilfsmittel in der psychiatrischen Versorgung 1997)

Die Enquete

Am 31.8.1971 hat die Sachverständigenkommission mit 19 Mitgliedern ihre Arbeit aufgenommen, am Ende waren es 23 (Tab. 4). Dazu kamen die Mitglieder von zehn Arbeitsgruppen, sechs Expertenteams, zwei Beiräten, eine größere Zahl von Gutachtern und externen Beratern. Asmus Finzen (17) hat die wesentliche Leistung der Enquete darin gesehen, dass sie die vielen Beteiligten in der mehrjährigen Periode ihrer Mitarbeit zu Sendboten der Reform ausgebildet und motiviert hat. Diese »Sendboten« vermittelten die Ziele der Reform in ihren Arbeitsbereichen und halfen, sie umzusetzen.

Tab. 4: Psychiatrie-Enquete: Mitglieder der Sachverständigenkommission

berufen bei Arbeitsaufnahme:	19 Mitglieder
nachträglich berufen:	6 + 2 »geborene Mitglieder«
vorzeitig ausgeschieden:	4 Mitglieder
Mitgliederzahl bei Arbeitsende:	23
Organe:	
Vorstand:	2 gewählte,
2 geborene Mitglieder (DGPN, Länder)	
10 Arbeitsgruppen:	91 Mitglieder
6 Expertenteams:	22 Mitglieder
Zentrales Redaktionsteam:	13 Mitglieder (aktiv nur 6!)
1 Geschäftsführer, 1 Wissenschaftlicher Mitarbeiter	
Sonstige Aktivitäten:	
Untersuchungsaufträge (Projekte):	21
Gutachten (honoriert):	21
Anhörungen:	2
Informationsreisen:	6

Der Vorsitz wurde Caspar Kulenkampff, damals Leiter der Abteilung für Gesundheitspflege des Landschaftsverbands Rheinland, der stellvertretende Vorsitz mir übertragen (Tab. 5). Wir haben die Gratwanderung, die vor uns lag, ohne Absturz bis zum guten Ende gebracht. Ich bewundere noch heute die weitblickenden, kompromissbereiten, integrativen Fähigkeiten meines Freundes Caspar Kulenkampff, die ich zuweilen kontrapunktisch ergänzt habe. Der Erhalt der Gemeinsamkeit der Kommissionsarbeit über alle Krisen hinweg bis zu einem, wenn auch nicht widerspruchsfreien, von allen getragenen Schlussbericht ist in erster Linie das Verdienst von Caspar Kulenkampff. Ex officio war ein Vertreter der Länder und war der jeweilige Präsident der DGPN, anfangs Rudolf Degkwitz, später Hanns Hippius, jeweils als Stellvertretender Vorsitzender im Vorstand vertreten. Wir hatten das Glück, viele enorm kreative, teilweise auch sehr diszipliniert arbeitende und sympathische Experten für die Enquete gewonnen zu haben. Die wenigen, die, durch den Geist der Zeit verführt, nichts geschafft hatten, gaben dem Redaktionsteam die Chance, einzelne Kapitel selbst zu schreiben und auf diesem Wege ohne Kontroverse zu gestalten. Welche Kapitel das sind, will ich für mich behalten.

Tab. 5: Sachverständigen-Kommission zur Erarbeitung der Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Quelle: [38]

Vorsitzender:	Stv. Vorsitzende:
Prof. Dr. Kulenkampff	Prof. Dr. Dr. Häfner, Heidelberg
Dr. Siede, Niedersachsen	
als Vertreter der Länder	Prof. Dr. Hippius, München
	als Präsident der DGPN
Mitglieder:	
Prof. Dr. Bosch, Berlin	Dr. Metz, Schleswig-Holstein
Prof. Dr. Cohen, Konstanz	Prof. Dr. J.E. Meyer, Göttingen
Prof. Dr. Degkwitz, Freiburg	Priv.-Doz. Dr. Reimer, Weinsberg
Dr. Dilling, München	Prof. Dr. Dr. Richter, Gießen
Prof. Dr. Harbauer, Frankfurt	Dr. Sautter, Baden-Württemberg
Prof. Dr. Huhn, Bonn	Frau Schmidt-Gante, Frankfurt
Prof. Dr. Janz, Ilten	Dr. Schmitz-Formes, Köln
Dr. Leonhardt, Bingen	Prof. Dr. Winkler, Gütersloh
Dr. Lotz, Nordrhein-Westfalen	Prof. Dr. von Zerssen, München

Die Arbeit der Enquete begann mit einer Planungsberatung durch das Quickborner Team. Diese Gruppe junger Leute in Turnschuhen, weiten Cordhosen und mit Dritte-Welt-Beuteln, klassische Vertreter der sanften 68er-Welle, hatte zuvor das Bundeskanzleramt unter Willy Brandt beraten. Mittels der Delphi-Methode wurden uns die Mittelwerte unseres bisherigen Wissens demonstriert. Was in der auf Mehrheitswahlen gründenden Agenda fehlte, etwa Psychotherapie und die psychiatrische Forschung, hat der Vorstand später ergänzt. Aus dieser Beratung gingen die Arbeitsgruppen: Intramurale Dienste, Extramurale Dienste, Ausbildung und Personal, Gerontopsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Suchtkranke, Rechtsfragen, »Ist-Daten« und die Nomenklaturkommission hervor. Sie spiegeln die wichtigsten Arbeitsfelder der Enquete wider.

Schon die erste Bestandsaufnahme bewog die Kommission, sich im Zwischenbericht vom 19.10.1973 auf die Versorgung chronisch psychisch Kranker zu konzentrieren. Der Zustand der Fachkrankenhäuser wurde als »brutale Realität« gebrandmarkt. 59 % der Kranken waren mehr als zwei Jahre und 39 % in Räumen mit elf oder mehr Betten untergebracht. Den Kranken, die dort viele Jahre zu fristen hatten, stand oftmals nur eine Schachtel unter dem Bett oder ein Spind auf dem Korridor zur Verfügung. Unvorstellbar dünn war auch die Personaldecke und die fehlenden Möglichkeiten der Nachsorge. Im Mittel stand ein Sozialarbeiter für 715 und eine Beschäftigungstherapeutin für 740 Aufnahmen zur Verfügung.

Naturgemäß waren die Vorstellungen so vieler heterogener Geister über die optimale Versorgung der Kranken und die Zukunft der Psychiatrie nicht einheitlich. Dennoch gelang es über alle Krisen hinweg einen gemeinsamen, wenn auch nicht widerspruchsfreien Schlussbericht vorzulegen. Ich will zwei Beispiele von Dissens erwähnen, der bewältigt, aber nicht voll ausgeräumt werden konnte. Der Vorstand hatte 1972 eine Arbeitsgruppe Psychotherapie und Psychosomatische Medizin mit zehn Mitgliedern, meist renommierte Psychotherapeuten, bestellt. Im Juni 1973 protestierte, wie Caspar Kulenkampff schon kurz berichtet hatte, erst das Kommissionsmitglied H.-E. Richter unter Berufung auf eine mündliche Meinungsäußerung des Bundeskanzlers Brandt und im November 1973 die psychotherapeutische Fachgesellschaft (DGPT) mit einem Brief des Vorstandes an Ministerin Dr. Focke. Er monierte einen »eklatanten Mangel: ... die zahlenmäßig stärkste Gruppe von psychisch

Kranken ... – psychoneurotisch und psychosomatisch Kranke – (ist) in der Enquete unzulänglich berücksichtigt«. Die DGPT forderte eine selbstständige Erhebung, fünf neue Arbeitsgruppen und Koordination durch ein eigenständiges Gremium, das nicht der Enquete untersteht. Die Spaltung in jeweils eine Psychiatrie- und Psychotherapie-Enquete mit unabsehbaren Folgen konnten wir mit Unterstützung des Bundesgesundheitsministeriums verhindern. Die Forderung einer eigenen Sachverständigenkommission, die das Auseinanderfallen der Enquete in zwei kontroverse Teile bedeutet hätte, haben wir, des politischen Drucks gewärtig, durch Akzeptanz einer Art Unterkommission mit nicht weniger als sechs neuen Arbeitsgruppen abwehren können. Wir veranstalteten Harmonisierungsgespräche zwischen Kommission und Psychotherapeuten und konnten schließlich die Psychotherapietexte in den Schlussbericht integrieren. Lediglich der Abschnitt 4.2.4 »Die Versorgung von neurotisch und psychosomatisch Kranken im stationären Versorgungsbereich (= stationäre psychotherapeutische und psychosomatische Dienste)« war vereinbarungsgemäß nur vom Vorstand abgesegnet worden. Ich habe mich in einem kritischen Sondervotum, leider – was den expansiven Aufbau psychosomatischer Krankenhausabteilungen und Kurkliniken angeht – ergebnislos, dazu geäußert: »Der weitere Aufbau oder die Erweiterung von Bettenkapazitäten in gesonderten Einrichtungen für Psychotherapie oder für psychosomatisch Kranke ist nur dort zu vertreten, wo diese der Forschung und Lehre dienen.« (1a) Das zweite Beispiel ist das Werk konservativer Anstaltsdirektoren, die mit der Hürde von mindestens 200 Betten dem Entstehen zahlreicher psychiatrischer Abteilungen entgegenwirken wollten. Dieser Bremsversuch – ich hatte ihn auch mit einem Sondervotum angegriffen – ist längst von der Realität überholt worden.

Die Enquete war überaus arbeitsreich. Der Höhepunkt war die bereits erwähnte Abfassung und Redaktion des Schlussberichts, die ein vier- bis sechsköpfiges Redaktionsteam im bayerischen Ferienhaus von Dr. Angela und Prof. Caspar Kulenkampff in einem mehrwöchigem finalen Crescendo zu Ende brachte. Bei allen Nöten und Kontroversen bleibt die Arbeit an der Enquete eine reiche und produktive Erfahrung, die mich mit Dankbarkeit gegenüber allen, die mitgearbeitet haben, und vor allem gegenüber meinem engsten Arbeitspartner, dem Vorsitzenden Caspar Kulenkampff, erfüllt.

Die Umsetzung der Enquete-Empfehlungen

Der Schlussbericht der Enquete gab den entscheidenden Anstoß zu einer tief greifenden Wende in Struktur und Funktion der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik. Die Empfehlungen sind als Leitlinien des Kernbereichs psychiatrischer Versorgung und ihrer rechtlichen Rahmenbedingungen heute noch gültig. In Gestalt von Prioritäten dargestellt, lauteten sie:

- Auf- und Ausbau eines bedarfsgerechten, gemeindenahen Versorgungssystems mit ambulanten und komplementären Diensten,
- Koordination und Zusammenarbeit innerhalb der Versorgungssysteme und Standardversorgungsgebiete,
- Aus- und Aufbau ambulanter Dienste und psychiatrischer Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern,
- Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung,
- vorrangige Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher und Alkohol- und Suchtkranker,
- Gleichstellung körperlich und seelisch Kranker in rechtlicher, finanzieller und sozialer Hinsicht.

In einem Sondervotum hatte ich Priorität auch für den Auf- und Ausbau der psychiatrischen Forschung gefordert: »Forschung auf dem Gesamtgebiet der Psychiatrie ist eine unerlässliche Voraussetzung für eine zuverlässige Ermittlung des Behandlungsbedarfs, für die Entwicklung oder Verbesserung von Vorbeugungs-, Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten und für die Erfolgsprüfung und Weiterentwicklung von Versorgungseinrichtungen. Forschungsförderung ist deshalb eine Aufgabe von höchster Priorität.« (1b) Es hatte nur bescheidenen Eindruck hinterlassen. In dem nachfolgenden Bundesmodellprogramm und in mehreren Landesprogrammen wurden die prioritären Ziele, wenn auch unterschiedlich rasch und unvollständig, so doch erstaunlich konsequent umgesetzt.

Indikatoren der Veränderung nach der Enquete

Heinrich Kunze (39) hat den Reformprozess unter den konzeptuellen Vorgaben der Enquete bis zur Auswertung der Ergebnisse der Psychiatriepersonalverordnung kürzlich dargestellt. Ich kann



Abb. 13: Betten in stationär psychiatrischen Diensten, alte und neue Bundesländer (x 1000). Quelle: Nach den Daten des Statistischen Bundesamts

mich auf ein paar aktuelle Indikatoren der Veränderung beschränken. Beginnt man mit der stationären Versorgung, so zeigt Abbildung 13, dass die Gesamtheit psychiatrischer Betten in den alten Bundesländern 1970–94 von etwa 1,8/1000 auf derzeit 0,8/1000 mehr als halbiert wurde. Gleichzeitig ist die Bettenauslastung deutlich von 101 % auf 87 % und sind die durchschnittlichen Aufenthaltsdauern drastisch von etwa 210 auf etwa 30 Tage zurückgegangen, worin sich vor allem der Rückgang der Langzeithospitalisierten spiegelt. Noch in den Jahren 1991–95 hat, wie Auerbach (40) an 57 Fachkrankenhäusern und 22 Abteilungen demonstrierte, der erhebliche Belegungsrückgang angehalten. Die Psychiatrie hat damit den größten Beitrag zu einem prioritären Ziel deutscher Gesundheitspolitik geleistet: massive Reduzierung der Krankenhausbetten und Übergang zur ambulanten Versorgung. Ein Merkmal des Mentalitätswandels, der von der Enquete mitangestoßen wurde, ist die Tatsache, dass Leiterinnen und Leiter, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter psychiatrischer Krankenhäuser auch gegen ihr persönliches Interesse die Enthospitalisierung und den Aufbau gemeindepsychiatrischer Versorgungsnetze, trotz Positions- und Arbeitsplatzverlusten, aktiv und engagiert mitgetragen haben. Der Ausbaugrad der ambulanten Versorgung hat sich in der Periode der Dehospitalisierung komplementär zur stationären Kapazität expansiv entwickelt. Zurzeit der Enquete verfügten wir über etwa einen Psychiater auf

ca. 68.000, empfohlen wurde 1 zu 50.000 und erreicht ist inzwischen die faszinierend hohe Rate von 1 zu 16.000. Da sich die Versorgung psychisch Kranker nicht mehr auf Psychosen und Demenz beschränkt, sondern auch die riesige Zahl der nichtpsychotischen Erkrankungen einschließt, kam dem Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung wachsende Bedeutung zu. Dank einer Initiative der DGPPN ist die psychotherapeutische Weiterbildung inzwischen Teil der psychiatrischen Facharztweiterbildung.

Außer den 4.750 vertragsärztlich tätigen, niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern verfügen wir derzeit, laut einer Umfrage der KBV zum Stichtag 31.12.1999, über 10.372 ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten und seit dem In-Kraft-Treten des Psychologengesetzes über 10.465 nichtärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten und 1.554 Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten. Zusammengenommen stellt dies eine psychiatrisch-psychotherapeutische Kapazität dar, die kaum in einem anderen Land in solch extensiver und vergleichbar qualifizierter Weise angeboten wird. Auch hier hat die mit der Enquete angestoßene Reform einen Durchbruch bewirkt.

Der Aufbau psychiatrischer Abteilungen ist weit gediehen, aber noch nicht abgeschlossen. Ihre Zahl wuchs von 44 in 1973 auf 126 in 1996 und auf 162 im Jahr 2000 auf dem Gebiet der gesamten Bundesrepublik. Ihre mittlere Größe liegt derzeit zwischen 75 und 80 Betten mit fallender Tendenz bei den größeren Einheiten. Die durchschnittliche Kapazität der Fachkrankenhäuser ist demgegenüber von rund 1000 auf 200–300 Betten zurückgegangen. Das Gespenst der Zwei-Klassen-Psychiatrie, während der Enquete noch äußerst lebendig, konnte durch die Umsetzung der Psychiatriepersonalverordnung (41) objektiv begraben werden. Dennoch existiert es als rhetorisches Passepartout für viele Kontroversen weiter. Wie die von Auerbach (40) übernommene Darstellung zeigt, konvergieren die Trends der Personalmessziffern zwischen Abteilungen und Fachkrankenhäusern (Abb. 14).

Die Einführung der Psychiatriepersonalverordnung 1991 war, wenn Sie sich an den Stellenschlüssel zu Enquetezeiten erinnern, ein historischer Schritt. Sie hat die psychiatrischen Krankenhäuser in die Lage versetzt, bedarfsgerecht differenzierte Therapieprogramme aufzubauen und einen entscheidenden Beitrag zu einem verständnisbereiten, personenbezogenen Umgang mit den Kranken zu

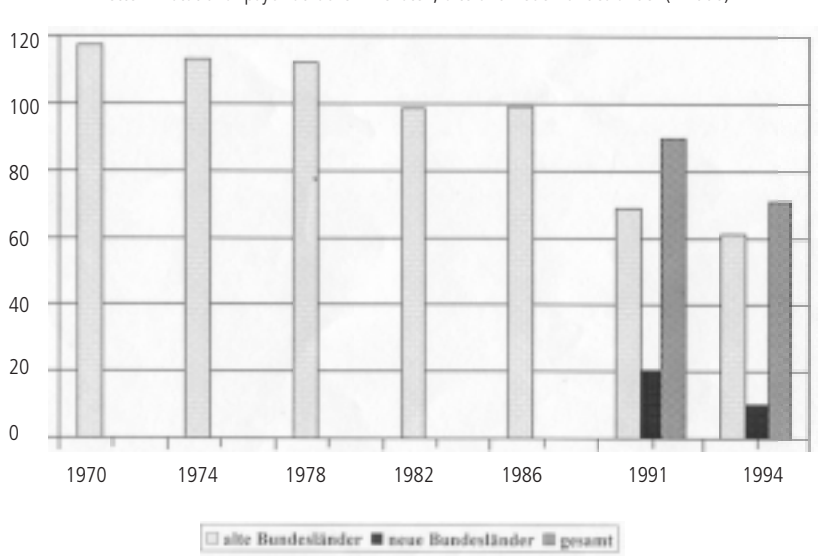


Abb. 14: Entwicklung der Personenmessziffern nach Psych-PV 1991-1995, alle Teilgebiete, ohne tagesklinische Behandlung; 1991=100. Quelle: [40]

leisten. Ihren Müttern und Vätern sei dank. Versorgungsplanung, wie sie die Enquete als epochale Vorgabe in Gang gesetzt hat, und ihre Umsetzung in wirksame Versorgungsrealität müssen erfahrungs- und lebensnah bleiben und die Interessen der Kranken und ihrer Angehörigen ebenso berücksichtigen wie das Wissen und die Kompetenz der Planer und Versorgungsträger. Glücklicherweise – und das ist ein weiteres Zeichen des *Mentalitätswandels* – werden diese Interessen heute von Verbänden der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen vernehmbar artikuliert.

Mit der Umsetzung der Enquete-Empfehlungen und ihrer Fortschreibung in Sachverständigenberichten und Modellprogrammen hat die Versorgung psychisch Kranker in Deutschland ein grundlegend neues Gesicht bekommen: Wir haben die Wende von einer hilflosen, vernachlässigten und schließlich der Unmenschlichkeit verfallenen Bewahrpsychiatrie zu einer offenen, hilfsbereiten und über wirksame Behandlungsinstrumente verfügenden, personennahen Psychiatrie erfahren dürfen. Das Erreichte und mit ihm der Geist

von Humanität und Partnerschaft in Behandlung und Versorgung bleiben jedoch in Gefahr, bei knappen Ressourcen und bei einem Wandel des Zeitgeists zu einer härteren, egoistischeren Mentalität wieder infrage gestellt zu werden. Dagegen werden wir auch in Zukunft einzutreten haben.

Lassen Sie mich schließen mit einem Wort, das Frau Bundestagsabgeordnete Schmidt-Zadel beim gestrigen Festakt gesprochen hat: Eine moderne Gesellschaft muss sich am Maße ihrer Solidarität mit ihren psychisch Kranken und Behinderten messen lassen.

Literatur

1 Deutscher Bundestag. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland zur psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bundesdrucksache 7/4200. Bonn: Bonner Universitätsdruckerei. 1975

1a a.a.O. S. 116

1b. a.a.O. S. 117

2 Jetter D. Das europäische Hospital. Von der Spätantike bis 1800. Köln: DuMont Buchverlag. 1986

3 Pinel P. Traité médico-philosophique sur l'alinéation mentale ou la manie. 1re édition 1801. 1801

4 Carmichael AG, Ratzan RM (Hrsg.). Medizin in Literatur und Kunst. Köln: Könemann. 1991

5 Roller CFW. Die Irrenanstalt in allen ihren Beziehungen. Karlsruhe: C.F. Müller. 1831

6 Jacobi M. Ueber die Anlegung und Einrichtung von Irren-Anstalten mit ausführlicher Darstellung der Irren-Heilanstalt zu Siegburg, Berlin. 1834

7 Solbrig KA (1841) (zitiert nach Eberstadt EKA) Von Solbrigs Liebe zu den Irren. In: Leibbrand W: Um die Menschenrechte der Geisteskranken. Nürnberg: Verlag Die Egge. 1946: 31–49

8 Crammer J. Asylum History. London: Gaskell, Royal College of Psychiatrists. 1990

9 Scherer K, Linde O, Paul R. Die Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster 1933–1945. Kaiserslautern: Institut für pfälzische Geschichte und Volkskunde. 1999

10 Leipert M, Styrnal R, Schwarzer W (Hrsg.). Verlegt nach unbekannt. Sterilisation und Euthanasie in Galkhausen 1933–1945. Köln: Rheinland-Verlag. 1987

11 Cording C. Die Regensburger Heil- und Pflegeanstalt Karthaus-Prüll im »Dritten Reich«. Würzburg: Deutscher Wissenschafts-Verlag. 2000

12 Schmidt G. Selektion in der Heilanstalt 1939–1945. 1. Aufl. Evangelisches Hilfswerk, 1965, 2. Aufl. Frankfurt: Suhrkamp. 1983

13 Ehrhardt HE. Euthanasie und Vernichtung »lebensunwerten« Lebens. Stuttgart: Ferdinand Enke. 1965

14 Dörner K et al. Der Krieg gegen die psychisch Kranken. Rehburg-Loccum: Psychiatrie-Verlag. 1980

15 Faulstich H. Von der Irrenfürsorge zur »Euthanasie«. Freiburg im Breisgau: Lambertus. 1993

16 Faulstich H. Hungersterben in der Psychiatrie 1914–1949. Freiburg im Breisgau: Lambertus. 1998

17 Finzen A. Das Ende der Anstalt. Bonn: Psychiatrie-Verlag. 1985

18 Von Cranach M. Siemen H-L (Hrsg.). Psychiatrie im Nationalsozialismus. München: Oldenbourg Verlag. 1999

19 Binding K, Hoche A. Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form. Leipzig: F. Meiner. 1920

20 Faulstich H. Der Eichberg im Ersten Weltkrieg. In: Vanja C, Haas S, Deutschle G, Eirund W, Sandner P: Wissen und irren. Psychiatriegeschichte aus zwei Jahrhunderten – Eberbach und Eichberg. Kassel: Historische Schriftenreihe des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen (Band 6). 1999: 129–141

21 WHO Regional Office for Europe. The Future of Mental Hospitals. Report on a Working Group. Mannheim, 2–5 November 1976. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 1976

22 Leipert M. Beteiligung der Rheinischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Galkhausen an der Vernichtung psychisch Kranker und Behinderter im Nationalsozialismus. In: Leipert M, Styrnal R, Schwarzer W: Verlegt nach unbekannt. Sterilisation und Euthanasie in Galkhausen 1933–1945. Köln: Rheinland-Verlag. 1987: S. 22–38

23 Panse F. Das psychiatrische Krankenhauswesen. (Schriftenreihe aus dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens, hrsg. Strahlau J, Zoller BE, Heft 19). Stuttgart: Georg Thieme. 1964

24 Kersting F-W. Psychiatriereform und '68. Westfälische Forschungen 1998; 48: 283–295

25 Häfner H. Dringliche Reformen in der psychiatrischen Krankenversorgung der Bundesrepublik. helfen und heilen 1965; 4: 1–8.

26 Bauer M. Jedes Ding hat seinen Anfang. Psychiat Prax 2000; 27: 144–146

27 Dörner K (Hrsg.). Jetzt wird's ernst – die Psychiatrie-Reform beginnt! Wie setzten wir die »Empfehlungen der Experten-Kommission der Bundesregierung zur Reform der psychiatrischen Versorgung« in die Praxis um? Gütersloh: 41. Gütersloher Fortbildungswoche 1989. 1990

28 Fischer F. Irrenhäuser. Kranke klagen an. München: Verlag Kurt Desch. 1969

29 Finzen A. Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern. München: R. Piper & Co Verlag. 1974

30 Foucault M. Wahnsinn und Gesellschaft. Frankfurt: Suhrkamp. 1969
31 Basaglia F (Hrsg.). Die negierte Institution oder Die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen. Ein Experiment der psychiatrischen Klinik in Görz. Frankfurt am Main: Suhrkamp. dt. 1971
32 Dörner K. Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Frankfurt: Europäische Verlagsanstalt. 1969
33 Reschke H. (Hrsg). Die Verantwortung der Gesellschaft für ihre psychisch Kranken. Schriftenreihe des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge. Schrift 235 Frankfurt: Eigenverlag des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge. 1969
34 Lange E. Die Rodewischer Thesen 1963 – Vermächtnis und Verpflichtung, Bekenntnis und Verwirklichung. Psychiat Neurol med Psychol 1979: 31: 385-392
35 Lange E. Auswirkungen der Rodewischer Thesen auf die Entwicklung der psychiatrischen Rehabilitation 1963-1983 in der DDR. In: Späte HF, Degenhard T: Vorträge der wissenschaftlichen Tagung vom 24.–27.5.1983 in Rodewisch. Bernburg: Bezirkskrankenhaus. 1983: 19–18
36 Schirmer R, Müller K, Späte HF. Brandenburger Thesen zur Therapeutischen Gemeinschaft. Psychiat Neurol med Psychol 1976; 28: 21–25
37 Degkwitz R, Schulte PW. Einige Zahlen zur Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik. Bisherige Entwicklung – Status quo – Vorschläge zur Verbesserung. Nervenarzt 1971; 42: 169–180
38 Zwischenbericht der Sachverständigenkommission. Bundestagsdrucksache 7/1124 vom 19.10.1973
39 Kunze H. Personenzentrierter Ansatz in der psychiatrischen Versorgung in Deutschland. Psycho 1999; 25: 728–735
40 Auerbach P. Die Zukunft des psychiatrischen Krankenhauses aus der Sicht psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern In. Cording C, Weig W: Die Zukunft des psychiatrischen Krankenhauses (Schriftenreihe der Bundesdirektorenkonferenz psychiatrischer Krankenhäuser 1). Regensburg: S. Roderer Verlag. 1997: 45–61
41 Kunze H, Kaltenbach L (Hrsg.). Psychiatrie-Personalverordnung: Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis. Stuttgart: Kohlhammer. 1996

Der Entwicklungshorizont der Psychiatrie-Enquete: Ziele – Kompromisse – zukünftige Aufgaben?

Heinrich Kunze

Aus eigener Anschauung kenne ich die Psychiatrie seit 1970. Maßgeblich beeinflussten mich mein Beginn in einer Tagesklinik in Berlin, das Buch von Frank Fischer (1969) »Irrenhäuser – Kranke klagen an«, mit einer bewegenden Widmung eines psychiatrischen Patienten sowie die von Prof. Häfner in seinem Vortrag genannten Bücher; die von Prof. von Zerssen organisierte Rundreise durch die bayerischen Bezirkskrankenhäuser sowie Weinsberg 1971 (Kunze, Kunze-Turmann 1975); der Mannheimer Kreis/die Dgsp; das Symposion am Zentral-Institut in Mannheim (im Sommer 1972), zu dem die führenden Köpfe der englischen Sozialpsychiatrie erstmals nach Deutschland kamen; das Weiterbildungsjahr 1972/73 in Fort Logan Mental Health Center, Denver, Col. USA sowie in der Tagesklinik von Douglas Bennett am Maudsley-Hospital in London. Ein riesiger Abstand tat sich auf zwischen den katastrophalen Verhältnissen in der psychiatrischen Versorgung des Wirtschaftswunderlandes Deutschland einerseits und andererseits dem, was damals schon international als Zielvorstellung für gute Psychiatrie galt.

Die heutigen Verhältnisse sind nicht mehr »elend und menschenunwürdig«, sie sind grundlegend gebessert, zum Teil Selbstverständlichkeit geworden, aber nicht für alle, insbesondere nicht für viele chronisch psychisch kranke Menschen einschließlich Suchtkranke und gerontopsychiatrisch Kranke. Einige wichtige Reform-Ziele sind noch in mehr oder weniger weiter Ferne. Darüber hat Herr Pörksen gestern gesprochen. Der enorme Erkenntniszuwachs der Psychiatrie ist unzureichend umgesetzt und wir können weiterhin von guten Beispielen in anderen Ländern im Sinne von *benchmarking* viel lernen. Auch deshalb findet parallel das Internationale Symposion statt. Die heute noch vernachlässigten Gruppen von chronisch psychisch Kranken beschweren sich nicht vernehmbar, sie leben jetzt weit verstreut und nicht mehr wie früher sichtbar konzentriert in Langzeitbereichen Psychiatrischer Krankenhäuser.

Mein Thema heute richtet den Blick zurück, weil dies auch für die zukünftigen Aufgaben erforderlich ist. Die früheren katastrophalen Verhältnisse, die Reformwege und Umwege müssen in der Erin-

nerung präsent bleiben. Denn ein Vergessen würde die Gefahr der Wiederholung verstärken. Wer nur die Gegenwart kennt, ahnt nicht, seit welch kurzer Zeit erst die eines sozialen Rechtsstaates einigermaßen angemessene Situation erreicht wurde. Herr Häfner hat dies sowie die weitreichenden historischen Wurzeln eindrücklich in Erinnerung gerufen. Die Vergangenheit im Bewusstsein zu behalten ist notwendig, um gegenüber »modernen« Gefahren der Vernachlässigung, der Entwertung und der Ausgrenzung von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen sensibel und wachsam zu bleiben. Die Psychiatrie-Reform der letzten Jahrzehnte ist ein komplexer Prozess auf verschiedenen, miteinander in Wechselwirkung stehenden Ebenen. Eine nicht abschließende Übersicht der Ziele gibt die Abbildung 1.

Lebensverhältnisse	inhuman	normalisiert
Ansehen von psychisch Kranken	Stigmatisierung	Wertschätzung
Bürgerliche und soziale Rechte	benachteiligt	gleichgestellt
Zwangsmaßnahmen	institutionelle Willkür	rechtsstaatliche Kontrolle
Behandlungsmöglichkeiten	gering	erheblich
Krankheitsverständnis	eindimensional	mehrdimensional
Therapeutische Beziehung	patriarchalisch	partnerschaftlich
Patienten	hilflose Objekte	Experten für ihre Behandlung
Angehörige	ausgegrenzt aus Behandlung	Mitwirkende
Ziel der Hilfe	Ausgrenzung	Integration
Psychiatrische Angebote	wohnortfern	wohnortnah
Art der Hilfe	stationär vor ambulant	ambulant vor stationär
Ausrichtung der Hilfen	institutionszentriert	personen- und lebensfeld-zentriert
Psychiatrie-Reform getragen von	wenigen Experten und Politikern	Kommunen, Ländern, Bund, Verbände

Abb. 1: Psychiatrie-Reform – Ziele der Veränderung

Das Prinzip der Humanität gehört an oberste Stelle. Es folgen Ziele, die sich auf gesellschaftliche und rechtliche Kontextbedingungen beziehen, auf die erheblichen Fortschritte in der Behandlung und Rehabilitation, auf Veränderungen in der Einstellung bei sowie zu Betroffenen (Erkrankte und Angehörige), sowie auf Organisationsformen von psychiatrischen Hilfen. Diese Veränderungen im Rahmen der Psychiatrie-Reform werden in verschiedenen Vorträgen und Symposien thematisiert, sie waren schon bei der Vorbereitung des Kongresses maßgeblich. So wurde zum Beispiel die Zeit für die Plenarveranstaltung heute Vormittag zwischen den Fachexperten und Betroffenenexpertinnen und -experten hälftig aufgeteilt. Bei möglichst vielen der folgenden Veranstaltungen vertreten Betroffene ihre Erfahrungen selbst. Die Psychiatrie-Reform ist ein überparteiliches Anliegen und wird von unterschiedlichen Organisationen vorangetrieben, dies kommt auch in der gemeinsamen Trägerschaft dieses Kongresses durch verschiedene Organisationen zum Ausdruck.

Ich will nun die wesentlichen Reformlinien darstellen, die mit der Psychiatrie-Enquete eingeleitet wurden und die zukünftigen Aufgaben darstellen (s. Abb. 2). Die Psychiatrie-Reform wird in der Regel primär auf der sozialrechtlichen, finanziellen und organisatorischen Ebene durchgeführt. Die hier dargestellten Entwicklungslinien haben vielfältige direkte oder indirekte Bezüge zu den Veränderungsebenen der Abbildung 1.

1. Ausgangslage: Die anstaltszentrierte Versorgung

2. Integration der psychiatrischen Krankenbehandlung in die medizinische Versorgung
   a) Behandlung durch niedergelassene Ärzte
   b) Integration der Heilfunktion der psychiatrischen Anstalt in die medizinische Krankenhausversorgung
   c) Die Zukunft der psychiatrischen Krankenbehandlung (ambulant vor stationär)

3. Leitlinien für Dienste für chronisch psychisch kranke Personen
   a) Konzeptionelle Vorgaben der »Enquete« (1975) und der »Empfehlungen« (1988)
   b) Die Expertenkommission 1992 bis 1996
   c) Kritik des Konzeptes der Rehabilitationskette
   d) Konsequenzen: Der personenzentrierte Ansatz

4. Perspektiven: Wie viel Integration ist möglich?

Abb. 2: Der Weg von der anstaltszentrierten Versorgung zum personenzentrierten Ansatz

1. Ausgangslage: Die anstaltszentrierte Versorgung

Die psychiatrische Versorgung war dominiert vom Anstaltsparadigma (Panse 1964; Faulstich 1993; Kunze 1990). Außerhalb der Anstalt gab es fast keine spezifischen Behandlungsmöglichkeiten oder professionellen Hilfen. Mit der Hilflosigkeit der Menschen außerhalb der Anstalten korrespondierten die Vorurteile gegenüber psychisch kranken Menschen als gefährliche, unberechenbare Verrückte. Die geheilten Patientinnen und Patienten wurden entlassen in Lebensverhältnisse ohne weitere spezifische Hilfemöglichkeiten. Solange jemand als nicht geheilt eingestuft wurde, blieb er oder sie in der Anstalt. Die frühere Anstalt hatte die beiden Hilfe-Funktionen zu heilen oder dauerhaft zu pflegen: Heil- und Pflegeanstalt. Die Psychiatrie-Enquete kritisierte die unzureichende Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Vergleich zu somatisch Kranken, die katastrophalen Lebensbedingungen und Behandlungsstandards in den großen psychiatrischen Anstalten und den Mangel an Behandlung und Hilfen außerhalb derselben. Unter Bezug auf das Prinzip der gleichen Rechte für psychisch kranke Menschen wie für somatisch Kranke forderte die Enquete die Integration der psychiatrischen Krankenbehandlung in die Medizin und bedarfsgerechte, gemeindenahe, ambulante Behandlung und komplementäre Hilfen, koordiniert und mit Versorgungsverpflichtung für überschaubare Regionen. 1988 gab das Bundesgesundheitsministerium die »Empfehlungen der Expertenkommission« heraus, in denen die Ergebnisse des Modellprogramms des Bundes (1981–1985) sowie weitere Erfahrungen in Deutschland und anderen Ländern ausgewertet wurden. Der Reform-Bedarf für chronisch psychisch kranke Menschen stand im Mittelpunkt dieser Empfehlungen.

Die Ablösung der Heil- und Pflegeanstalt aus dem 19. Jahrhundert durch Dienste in der Gemeinde erfordert die Realisierung der Reform-Empfehlungen, die die beiden Funktionen der Heil- und Pflegeanstalt betreffen.

2. Integration der psychiatrischen Krankenbehandlung in die medizinische Versorgung

Dies betrifft den Behandlungsaspekt, die frühere Funktion der Heilanstalt. Psychiatrie umfasst aber mehr als Behandlung im heutigen kostentechnischen Sinne – darüber später mehr.

a) Behandlung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und andere Fachkräfte

Die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten haben sich inzwischen dramatisch verbessert (DGPPN 1997). Während Ende 1974 in der Bundesrepublik die Zahl der niedergelassenen Nervenärztinnen kaum mehr als 1.000 betrug (damals noch überwiegend auch neurologisch tätig), gibt es jetzt schon über 4.500 niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater und zusätzlich die noch weitaus größere Zahl von Psychotherapeutinnen in der Praxis. Die meisten leichter und vorübergehend psychisch Kranken sind inzwischen gut versorgt. Hinzuweisen ist auch auf die niedergelassenen nichtärztlichen Therapeutinnen, deren Leistungen ärztlich verordnet werden können: Ergotherapie, Krankenpflege, Physiotherapie und neuerdings Soziotherapie. Die Bedeutung der Allgemeinärztinnen und -ärzte für die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Grundversorgung ist bei uns im Unterschied z.B. zu England noch nicht angemessen berücksichtigt.

b) Integration der Heilfunktion der psychiatrischen Anstalt in die medizinische Krankenhausversorgung

Schon der Zwischenbericht der Enquete-Kommission von 1973 weist auf den entscheidenden historischen Aspekt der Vorgeschichte hin, nämlich dass sich das psychiatrische Krankenhauswesen neben dem allgemeinen Krankenhauswesen entwickelt hat: Die Anstalten gingen aus der öffentlichen Armenfürsorge hervor. Ihre bauliche und personelle Ausstattung stand im Einklang mit dem erbbiologischen Determinismus und dem therapeutischen Pessimismus der früheren Dekaden, einschließlich der Zeit der Nazi-Herrschaft. Der Zwischenbericht sprach von den »elenden, zum Teil als menschenunwürdig zu bezeichnenden Umständen«. Dies führte einer-

seits zu Sofortprogrammen zur Beseitigung der »brutalen Realitäten«, zum anderen zu der Strategie: Verkleinerung der Anstalten und ihrer Einzugsbereiche durch Aufbau psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern (Rössler et al. 1996).

Mitte der achtziger Jahre herrschte allerdings noch folgendes Gefälle vor: In die Abteilung *darfst du* (höheres Prestige der Krankenhausmedizin und der neuen Institution, oft noch ohne Versorgungsverpflichtung), ins Psychiatrische Krankenhaus (PKH) *musst du* (Versorgungsverpflichtung, altes Stigma). In den Empfehlungen der Expertenkommission 1988 wurde die empirisch feststellbare Entwicklungstendenz einer Konvergenz von Abteilungspsychiatrie und Fachkrankenhauspsychiatrie auch als Ziel formuliert: Vorhandene und neu zu schaffende Abteilungen übernehmen Versorgungsverpflichtung, psychiatrische Anstalten werden zu Fachkrankenhäusern für überschaubare Einzugsbereiche. Beide Institutionen sind kein Ort zum Leben auf Dauer für Personen, die in ihrem Kreis oder ihrer Stadt nicht die notwendige Hilfe erhalten. Sie bieten keine Beheimatung (mehr) in Langzeitbereichen an. Die Fachkrankenhäuser enthospitalisieren die Langzeitpatientinnen (siehe unten). Die Integration der Fachkrankenhäuser in die Krankenhausmedizin ist vollzogen in Bezug auf die gesetzlichen Grundlagen (Krankenhausgesetz, Bundespflegesatzverordnung, Psych-PV) sowie in Bezug auf vergleichbare bauliche Ausstattung. Die Standortunterschiede bei Fachkrankenhäusern und Abteilungen sind differenziert zu bewerten. Wenn sich günstige Gelegenheiten bieten, ziehen Teile oder das ganze Fachkrankenhaus an einen besseren Standort um. Wichtig ist, dass die Krankenhäuser ihre Idendität aufgabenbezogen und nicht standortbezogen definieren.

Die psychiatrische Krankenhausversorgung ist in Bezug auf regionale Versorgungsverpflichtung dem Grunde nach einstufig, aber nicht einförmig. Es gibt Aufgabenschwerpunkte anders als in der somatischen gestuften Krankenhausversorgung, denn dort muss das Krankenhaus der jeweils höheren Stufe die Zuweisung der Klinik der niedrigeren Stufe akzeptieren. Die Schwerpunktdifferenzierungen in der Krankenhauspsychiatrie können einstufig sein für eine bestimmte Aufgabe, z.B. Drogenentzug für zwei benachbarte Versorgungsgebiete gemeinsam, oder die Aufnahmen erfolgen auf dem Vereinbarungswege zwischen der Klinik, den Patientinnen und den einweisenden Ärztinnen auf der Grundlage der freien Krankenhauswahl. Das Gebiet, für das eine Klinik die Versorgungsverpflichtung hat, ist nicht automatisch die Region, in Bezug auf welche Behandlungen wohnortnah sind, insbesondere in Ballungsgebieten. Entscheidend ist, dass bei den meisten Patientinnen und Patienten die Berücksichtigung von Ressourcen und Belastungen im Lebensfeld ebenso wie die Kooperation mit den Zielgruppen-spezifischen Hilfenetzen (z.B. Fachpraxen, Suchthilfe, Altenhilfe) für den Erfolg der Behandlung von zentraler Bedeutung ist. Das gilt auch für Behandlungsschwerpunkte von Kliniken. Distanzen und Verkehrsverhältnisse dürfen grundsätzlich teilstationären und ambulanten Behandlungsabschnitten nicht im Wege stehen.

Eine zentrale aber auch umstrittene Planungsgröße ist die Bettenmessziffer (Kunze 2000). Im Zuge der Enthospitalisierung und der Beschränkung psychiatrischer Anstalten auf ihre Behandlungsfunktion gingen die Bettenzahlen erheblich zurück. Diese Kurve kann aber nicht linear beliebig extrapoliert werden. Bettenmessziffern machen Sinn als statistische Größen, z.B. auf Landesebene, die aber als Norm für konkrete regionale Planung umso weniger geeignet sind, je kleinräumiger die Planung ist. Wie die Erfahrungen aus anderen Ländern, aber auch Untersuchungen in Deutschland z.B. Mannheim zeigen, sind behandlungsbedürftige Patientinnen nicht gleichmäßig in der Bevölkerung verteilt und ihre Inanspruchnahme richtet sich auch nicht allein nach den politisch beschlossenen Planvorgaben (vgl. freie Krankenhauswahl und Schwerpunktbildungen). Die höchstrichterlichen Urteile auf Bundes- und Landesebene haben klar den Grundsatz herausgearbeitet, dass die Bedarfsfestlegung die kumulierten und geprüften Einzelverordnungen von Krankenhausbehandlung zu berücksichtigen hat.

Psychiatrische Fachkrankenhäuser haben aus der Geschichte heraus häufig eigene institutionsspezifische Träger, doch die Vernetzungen mit somatischen Krankenhausträgern nehmen zu (vgl. z.B. Ingolstadt), Fachkrankenhäuser werden Abteilungen des Kreiskrankenhausbetriebes, Fachkrankenhäuser holen somatische Abteilungen herein und werden so zu Allgemeinkrankenhäusern (z.B. Bremen-Ost). Die Krankenhausökonomie erzwingt größere Einheiten, das einzelne kleine Kreiskrankenhaus wird zunehmend seltener. Hier zeichnen sich Möglichkeiten ab, dass psychiatrische Krankenhausträger und regionale somatische Krankenhausträger sich mehr oder weniger eng zu Trägerverbünden zusammenschließen.

Eine ganz entscheidende Verbesserung hat die Psych-PV ab 1991 gebracht, insofern sie für die Krankenhauspsychiatrie inklusive Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Personalausstattung vorschreibt, von der man global sagen kann, dass sie in Bezug auf Qualität ein mit der Somatik vergleichbares Niveau ermöglicht (Aktion Psychisch Kranke et al. 1998). Laut amtlicher Begründung sollte mit der Psych-PV der Übergang von der »Verwahrpsychiatrie« zur »Behandlungspsychiatrie« erreicht werden. Ein entscheidender konzeptioneller Fortschritt der Psych-PV besteht darin, »dass es erstmals gelungen ist, die Personalbemessung an den diagnostischen und therapeutischen Bedürfnissen der Patienten zu orientieren; das Bett als Maßstab hat ausgedient« (Luithlen im Geleitwort zu Kunze/Kaltenbach 1996). Die Psych-PV geht von notwendigen Behandlungsleistungen aus und nicht von organisatorischen Merkmalen, sei es solchen der Fachkrankenhäuser oder solchen der Abteilungen. Die Psych-PV ist eine gute Grundlage für Qualitätsmanagement (Bundesministerium 1996; Kunze 1998). Mit der Einführung der Psych-PV hat sich die Zahl der Aufnahmen pro Bett zwischen Fachkrankenhäusern und Abteilungen sehr angenähert, die Verweildauer ist insgesamt um ein Drittel gesunken.

Die Psych-PV hat zur Strukturklarheit zwischen Behandlungsfällen und Nichtbehandlungsfällen entscheidend beigetragen. In den fünf Jahren der Einführung wurden ebenso viele Planbetten abgebaut wie in den 20 Jahren zuvor. Von 1970 bis 1988 ging die Zahl der Betten in Westdeutschland von 117.600 auf 86.800 zurück. 1995 betrug die Bettenzahl in Westdeutschland nur noch 54.400, also über 50 Prozent weniger als 25 Jahre zuvor. Allerdings gibt es große Unterschiede zwischen den psychiatrischen Kliniken in Bezug auf die Verteilung der belegten Betten nach den Teilgebieten A (Allgemeine Psychiatrie), S (Sucht) und G (Gerontopsychiatrie) sowie den sechs Ebenen der Psych-PV in der Erwachsenen-Psychiatrie. Unter dem Gesichtspunkt der Bedarfsdeckung führen diese Unterschiede zu der Frage: Wenn z.B. eine versorgungspflichtige Klinik fast nur A-Patientinnen und kaum aus den Gruppen S und G hat und keine Fälle der Ebene 3, 4 und 5, wo befinden sich dann die entsprechend behandlungsbedürftigen Patientinnen aus der Versorgungsregion der Klinik:

- in anderen Kliniken (somatisch, psychiatrisch oder psychotherapeutisch) oder Reha-Klinik oder RPK?

- forciert in ambulante Behandlung entlassen?
- in Einrichtungen der Eingliederungshilfe oder Pflege abgedrängt?
- oder leben sie im Obdachlosenmilieu?

Es gibt Gefahren für die Psych-PV aus den allgemeinen Trends der Krankenhausfinanzierung. So hat die seit Jahren bestehende Deckelung der Budgets sowie die darüber hinaus gehenden Budgetkürzungen mit Unterfinanzierung vor allem der Personalkosten vielerorts zu einer Personalabsenkung unter Psych-PV-Standard geführt, wenn krankenhausintern bei insgesamt zu knappem Budget dem Basispflegesatzbereich oder somatischen Abteilungen Priorität gegenüber der Realisierung der Psych-PV-Stellen gegeben wird. Die Veränderung der Bundespflegesatzverordnung im Rahmen des GKV-Reform-Gesetzes 2000 hat dieser Praxis einen Riegel vorgeschoben, doch bleibt abzuwarten, welche Konsequenzen die Krankenhausträger und die Krankenkassen daraus ziehen. Das GKV-Reformgesetz 2000 hat eine weitere wichtige Regelung für die Krankenhauspsychiatrie gebracht: Psychiatrische Abteilungen wurden in Bezug auf die Ermächtigung zur Institutsambulanz endlich den Fachkrankenhäusern gleichgestellt. Ohne die Möglichkeit, bestimmte Patientinnengruppen auch ambulant zu behandeln, bleibt die vollstationäre und teilstationäre Behandlung Stückwerk und wird unnötig kostenaufwendig.

c) Die Zukunft der psychiatrischen Krankenbehandlung (ambulant und stationär)

Der Druck der Krankenkassen in Richtung auf möglichst kurze vollstationäre Verweildauern führt in die falsche Richtung. Psychische Erkrankungen lassen sich durch noch so gute und forcierte Behandlungen in ihrer Dauer nicht beliebig verkürzen. Eine qualitativ gute und zugleich Kosten sparende Behandlung muss auf eine möglichst niedrige Inanspruchnahme der Klinik im Jahr hinarbeiten (Zahl der Behandlungstage stationär, teilstationär, Institutsambulanz pro Jahr). In den Kliniken sind die stationären, tagesklinischen und ambulanten Behandlungsbereiche meist noch nach Abteilungen und Stationen getrennt mit schwierigen Übergängen, verbunden mit Beziehungsabbrüchen, hohen Schwellen, auch beim Übergang aus der

Krankenhausbehandlung in die nervenärztliche und hausärztliche Praxis. Diese Verhältnisse entsprechen nicht dem Bedarf für längerfristige Behandlung mit therapeutischer Kontinuität auch bei wechselndem Aufwand. Deswegen geht es in den Kliniken darum, Stationen nicht mehr bettenzentriert zu organisieren, sondern patientenzentriert, d.h. eine Behandlungseinheit realisiert stationäre, tagesklinische und ambulante Behandlung bei therapeutischer Kontinuität. Dann kann ein multiprofessionelles Behandlungsteam über alle drei Stufen mit flexiblen Übergängen und intermittierend (Belastungsurlaube mit therapeutisch vorbereiteten und ausgewerteten Erprobungen) auch längerfristige Behandlungen durchführen und so das Lebensfeld und die dort erreichbaren nicht-psychiatrischen Hilferessourcen aktiv einbeziehen. Oder anders formuliert: Statt der traditionell institutionszentrierten Klinikabläufe wird Behandlung patientenorientiert organisiert:

- Kontinuität der wichtigen therapeutischen Beziehungen in der Klinik auch bei Veränderung der Stufen stationär, tagesklinisch, ambulant.
- Kontinuität der Kliniktherapeutinnen auch für Angehörige, vor- und nachbehandelnde Ärzte und Ärztinnen, fachpsychiatrische sowie allgemeine soziale Dienste, Selbsthilfegruppen usw., mit denen die Patientin/der Patient in Verbindung steht (vor und nach der Klinikbehandlung).

Dann wird Diagnostik und Therapie stärker gesehen in ihrer Relevanz für die Patientinnen und Patienten in ihrer realen Lebenssituation, für ihre Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen, unter Berücksichtigung vorhandener Ressourcen. Angesichts solcher Behandlungsformen wird deutlich, dass herkömmliche Fall- und Verweildauerdefinitionen immer weniger aussagefähig sind. Geeignete Kennziffern müssen entwickelt werden.

Es gibt weitere zukunftsweisende Ansätze: Gemeinsame Behandlungsverantwortung zwischen Klinik einerseits und Fachärztin in der Praxis andererseits (z.B. Fachärztin in Praxis mit nichtärztlicher Therapeutin der Institutsambulanz oder Kooperationsklinik, bei der die Fachärztin aus der Praxis ihre Patientinnen und Patienten auf einer Klinikstation weiter behandelt; Krisenzentrum; Komplexliaisonbehandlung Psychiatrie – Somatische Abteilung; akute multiprofessionelle Krankenhausbehandlung zu Hause (Atriumhaus München, Alexianer Krefeld, Bamberger Hof Frankfurt, Bremen). So kann einerseits die Ergebnisqualität verbessert werden, weil Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen dabei unterstützt werden, in ihrer Umgebung mit der Krankheit und den hier erreichbaren therapeutischen Hilfen zu leben. Dies optimiert andererseits den Ressourcenverbrauch und dafür gibt es zwei grundsätzliche Blickwinkel:

Wenn die bisherige vollstationäre Behandlungsdauer in Bezug auf *die Länge bedarfsgerecht* ist, so kann die selbe Dauer mit geringerem Ressourcenverbrauch realisiert werden.

Wenn der bisherige vollstationäre *Ressourcenverbrauch konstant* gehalten wird, dann kann bei zu kurzer Behandlungsdauer eine längere Krankenhausbehandlung ermöglicht werden, oder neue Aufgaben können hinzugenommen werden (z.B. Behandlung von im somatischen Bereich fehlplatzierten Patientinnen mit psychiatrischen Diagnosen).

Ich hoffe, dass es gelingt, ausgehend von der Psych-PV und der Institutsambulanz geeignete Arbeitsformen und Finanzierungsgrundlagen für bessere Qualität und schlankeren Ressourcenverbrauch zur Überzeugung der Nutzerinnen (Betroffene, kooperierende Ärztinnen und andere Dienste, Kostenträger) zu entwickeln, statt in den Sog der Fallpauschalen der Somatik zu geraten.

Viel zu wenig entwickelt ist das Prinzip, dass die psychiatrische Fachkompetenz zu den Patientinnen und Patienten in die nichtpsychiatrische Hilfesituation kommt, die sie aus Anlass ihrer Schwierigkeiten aufgesucht haben. Dies gilt z.B. für Alkoholkranke, die mit somatischen Problemen bei der Hausärztin oder in somatischen Krankenhäusern auftauchen oder in Beratungsstellen für soziale Folgeprobleme, z.B. Arbeitslosigkeit oder Obdachlosigkeit – aber auch für andere Patientinnengruppen, wie z.B. gerontopsychiatrisch Kranke in Heimen und anderen Einrichtungen der Altenhilfe. Notwendig ist auch die Enthospitalisierung der psychiatrischen Professionellen.

Ein großes Problem ist weiterhin die Schnittstelle zwischen Krankenhausbehandlung (vgl. § 39 und § 118 SGB V) und der ambulanten Behandlung im KV-Bereich. Die derzeitige Gebührenordnung für die Fachpraxen macht Fälle mit mehr als zwei Terminen pro Quartal unwirtschaftlich. Hinzu kommen die bekannten Finanzierungsprobleme von neuen besseren, aber teueren Psychophar-

maka. Entgegen den Behauptungen mancher KV-Repräsentanten: »Wir versorgen alle, wir gewährleisten die Sicherstellung« werden aus den Fachpraxen Patientinnen mit überdurchschnittlichem Zeit- oder Medikamentenaufwand, die durchaus in der Praxis gut behandelt werden könnten, an die Institutsambulanzen verwiesen. Wie müssten die Steuerungsanreize der Gebührenordnung und die Finanzierung der Medikamente geändert werden, damit mehr Patienten und Patientinnen aus der Krankenhaussphäre auch von den niedergelassenen psychiatrischen Kolleginnen und Kollegen angemessen versorgt werden können? Dies ist in erster Linie eine Aufgabe der Selbstverwaltung inklusive der Verhandlung mit den Krankenkassen.

Die gerade ins SGB V eingeführte Soziotherapie soll die *Compliance* in Bezug auf ärztliche Behandlung, ärztlich verordnete Behandlungen anderer therapeutischer Professionen sowie die Befähigung zur Inanspruchnahme von weiteren Hilfen fördern und so zur angemessenen Versorgung für chronisch psychisch Kranke im eigenen Lebensfeld beitragen, damit sie möglichst nicht in die Klinik oder ins Heim müssen.

Eine gemeinsame Aufgabe ist es, die traditionelle Konfrontation zwischen niedergelassenen Fachkolleginnen und Kliniken zu überwinden: eine konstruktive Differenzierung und Arbeitsteilung zwischen den beiden Seiten führt zu einer Qualitätsverbesserung der psychiatrischen Versorgung mit der Konsequenz, dass für beide Seiten mehr als genug zu tun ist, weil es noch immer sehr viele unzureichend behandelte oder in der Somatik fehlplatzierte psychisch kranke Personen gibt.

Ob die jetzt so zahlreich niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch eine Zuständigkeit für Patientinnen und Patienten aus der Krankenhauspsychiatrie entdecken, ist eine spannende Frage.

So weit zu der Transformation der Heilfunktion der alten Anstalt in psychiatrische Behandlung im Rahmen der Medizin. Die Übernahme der Funktion der Pflegeanstalt ist ein viel komplexeres Problem, dessen Lösungen auch noch nicht so weit fortgeschritten sind wie in dem bisher betrachteten Behandlungsbereich.

3. Leitlinien zur Versorgung chronisch psychisch kranker Personen

Die Empfehlungen (1988) bezeichneten die Reform der Dienste für chronisch psychisch Kranke als den Prüfstein der Psychiatrie-Reform. Jedoch erst nach dem erfolgreichen Start der Psych-PV (einschließlich ihres wegweisenden methodischen Ansatzes) war das Bundesgesundheitsministerium ermutigt, dieses Problem aufzugreifen. Diese Aufgabe war aus verschiedenen Gründen schwieriger als die Psych-PV: Im Unterschied zur Psych-PV für Krankenhäuser gibt es keine direkte Bundeszuständigkeit für die Personalausstattung komplementärer Dienste, wenn auch viele sozialrechtliche Gesetze eine große Bedeutung in diesem Zusammenhang haben. Im Unterschied zur Finanzsituation zur Zeit der Ausarbeitung der Psych-PV wurde der Gestaltungsspielraum seitdem immer enger.

Vor allem ist es eine bedauerliche Tatsache, dass chronisch psychisch kranke Menschen noch nicht gleichgestellt sind, und dass die Beschäftigung mit ihnen viel weniger prestigeträchtig ist als die Behandlung von akut kranken Patientinnen und Patienten. Dies ist ablesbar an der Tatsache, dass die meisten Dienste für diese Menschen von der Sozialhilfe finanziert werden, dass in den Diensten und Einrichtungen das berufliche Qualifikationsniveau und die Bezahlung niedriger gehalten wird, und dass die Universitätspsychiatrie diesen Bereich in Forschung und Lehre bisher völlig unzureichend berücksichtigt. In der Aufbruchstimmung der früheren Heil- und Pflegeanstalten, die Psychiatrische Krankenhäuser werden wollten, wurden die meisten Langzeitpatientinnen und -patienten als sog. Pflegefälle aus dem Zuständigkeitsbereich der Psychiatrie herausdefiniert in die unspezifische Grundversorgung von Heimen (Kunze 1977).

a) Konzeptionelle Vorgaben der »Enquete« (1975) und der »Empfehlungen« (1988)

Viele der Langzeitpatientinnen und -patienten in den traditionellen psychiatrischen Krankenhäusern waren aufgenommen und dann nicht mehr entlassen worden wegen dem Mangel an Diensten außerhalb. Beide Expertenkommissionen machten folgende grundlegende Vorgaben in Bezug auf verschiedene Gruppen von Langzeit-

patientinnen, die wesentliche Voraussetzungen für das neue Konzept von gemeindeintegrierten Diensten sind:

Psychiatrische Krankenhäuser sollen ihre traditionelle überregionale Ersatzfunktion für solche Personen aufgeben, denen ein Platz zum Leben fehlt, die keine Behandlung, Rehabilitation und Unterstützung in ihrer Stadt/ihrem Kreis erhalten. Die Stadt/der Kreis sollen die politische Verantwortung für die Bereitstellung von angemessenen Diensten übernehmen, damit niemand wegen unzureichender Hilfen dauerhaft ausgegliedert wird.

Personen mit geistiger Behinderung sollen von dafür spezialisierten pädagogischen Diensten und Einrichtungen betreut werden. Sie können zur vorübergehenden Behandlung in eine psychiatrische Klinik aufgenommen werden, aber sie gehen dann zurück in ihr Leben zu Hause oder in eine Einrichtung für diese Zielgruppe.

Ältere Menschen mit chronisch-psychiatrischen Erkrankungen insbesondere Demenz-Syndromen, sollen – abgesehen von Krankenhausbehandlung – von den regionalen Diensten und Einrichtungen für Altenhilfe versorgt werden, unterstützt durch niedergelassene Fachärztinnen und multiprofessionelle ambulante psychiatrische Dienste (Institutsambulanz).

Aber in jeder Stadt/in jedem Kreis sind spezialisierte Dienste nötig für Erwachsene mit schweren chronischen psychischen Erkrankungen einschließlich Suchterkrankungen, wenn sie nicht selbstständig leben können. Denn für sie gibt es keine allgemeinen Hilfeformen wie für die oben genannten Gruppen sowie für Minderjährige über die Jugendhilfe.

Entsprechend diesen Konzepten haben die meisten Langzeitpatientinnen in den vergangenen Jahrzehnten die psychiatrischen Krankenhäuser verlassen. Sie wurden enthospitalisiert oder als sog. Pflegefälle umhospitalisiert in wohnortferne Heime und Anstalten. Über diese gewaltigen Veränderungen der Versorgungslandschaft für frühere Langzeitpatientinnen psychiatrischer Krankenhäuser gibt es fast keine Daten (Kunze 1981 und 1998, vgl. aber England: Becker 1998; Leff 1997).

b) Die Expertenkommission Personalbemessung im komplementären Bereich (1992 bis 1996)

Das Bundesgesundheitsministerium übertrug der Aktion Psychisch Kranke die Aufgabe, Grundlagen zur Personalbemessung im ambulanten[1] und komplementären Bereich auszuarbeiten. Das Projekt knüpfte beim methodischen Ansatz der Psych-PV an, nämlich ausgehend vom Hilfebedarf von Personen zielorientierte Leistungen zu beschreiben – anstelle von globalen und nicht aufgabenorientierten Messziffern für Personal in bestehenden Institutionen. Das Ziel ist es, wenn immer möglich die hilfebedürftigen Personen zu befähigen, in ihrer eigenen Umgebung zu leben und die Folgen ihrer chronischen Erkrankung mit der notwendigen Hilfe zu bewältigen. Die Kommission ging nicht von den existierenden Typen von Institutionen oder den sozialrechtlichen Zuständigkeiten entsprechend dem fragmentierten System der sozialen Sicherung aus. Vielmehr nahm sie als Bezugspunkt den individuellen Bedarf von Personen in ihrem konkreten Lebenskontext. Die Organisation der Hilfen und ihre Finanzierung haben sich daran zu orientieren, und der Bedarf der Person ist nicht den bestehenden Institutionen und Finanzierungsbereichen anzupassen (Kauder et al. 1997; Bundesministerium 1999; Kruckenberg et al. 1997). Dies bedeutet einen Paradigmenwechsel

- vom institutions- zum personenzentrierten Ansatz
- von der Angebots- zur Bedarfsorientierung.

c) Kritik des Konzeptes der Rehabilitationskette

Nach der Psychiatrie-Enquete (1975) entstand ein differenziertes System von verschiedenen Institutionen, die einen großen Fortschritt bedeuteten verglichen mit der Langzeitversorgung in psychiatrischen Anstalten: Übergangs- und Dauerwohnheim, Rehabilitationseinrichtung, betreutes Wohnen, Tageszentrum, verschiedenste Typen von ambulanten Diensten usw. (Müller). Diese verschiedenen Hilfebausteine verhalten sich i.d.R. angebotsorientiert, d.h. sie suchen sich die zu ihrem Konzept passenden Patientinnen und Pati-

1 Damit ist nicht die ambulante ärztliche Versorgung gemeint.

enten von nah und fern, statt sich nach dem Bedarf der in einer Region lebenden Personen zu richten. Die Folge ist: Je komplexer der Hilfebedarf, umso geringer die Chance, wohnortnah die notwendigen Hilfen zu erhalten. Dieses System von Institutionen war zwar als Alternative zur traditionellen psychiatrischen Anstalt konzipiert, basiert aber dennoch auf einem ihrer grundlegenden Prinzipien: Alle diese neuen Einrichtungstypen sind je verschiedene, aber in sich homogene Standardpakete für Personen, die einen gleichartigen Mix von Hilfekomponenten zur gleichen Zeit benötigen – wie die verschiedenen Stationen einer traditionellen psychiatrischen Anstalt. Und wenn der Hilfebedarf einer Person sich ändert, dann wird sie zum nächsten Standardpaket der Rehabilitationskette weitergereicht, deren Ende entweder die Entlassung als geheilt ist oder die dauerhafte Versorgung im Heim. Auch in dieser Hinsicht ist die funktionale Ähnlichkeit mit der Heil- und Pflegeanstalt unverkennbar (Kunze 2001). Das Leben in solchen Institutionen und die Organisation der Hilfen als Standardpakete hat Konsequenzen: Eine Person, die noch in der eigenen Wohnung lebt oder bei der Familie, die aber mehr Hilfe als traditionelle ambulante Behandlung oder Beratung benötigt, kann diese Hilfe nur erhalten, indem sie in eine Institution geht, denn ambulant bedeutet wenig und komplexe Hilfe ist nur in einer Einrichtung zu erhalten. Wenn der Hilfebedarf sich verändert, dann muss die Person das maßnahmehomogene Kästchen wechseln mit der Folge der Diskontinuität der therapeutischen und sozialen Beziehungen und dem Wechsel in eine neue Umgebung. Wer unabhängig von Hilfe wird, verliert damit wieder den bisherigen Lebensmittelpunkt und die damit verbundenen sozialen Bezüge.

Die Konsequenzen sind, dass entweder die Teilerfolge eines Reha-Abschnittes durch den Wechsel zum nächsten Abschnitt mehr oder weniger wieder zerstört werden (induzierte Rückfälle) oder die Menschen aus Angst vor den Folgen (die auch von den Therapeuten geteilt werden) in einem institutionalen Platz stecken bleiben. Die Integration in eine Einrichtung macht die Menschen abhängig von ihr durch die Anpassung an die präformierten institutionellen Lebensbedingungen. Mit der Dauer des Aufenthaltes nimmt die Gefahr der Entfremdung vom bisherigen sozialen Kontext zu:

- Standardversorgung verstärkt die Lebensuntüchtigkeit.
- Die Beziehungen zum früheren sozialen Leben nehmen ab, die Institution wird zum Lebensmittelpunkt.

- Die Angehörigen und andere relevante Bezugspersonen im normalen Leben lernen nicht, mit der chronisch kranken Person zusammenzuleben, und sie lernen nicht, geeignete Hilfen in Anspruch zu nehmen.

Eine Person mit langfristiger psychischer Erkrankung wird abhängig von der künstlichen sozialen Umgebung in der Institution und die Stabilität unter diesen Bedingungen kann nicht transferiert werden ins reale Leben außerhalb. Von der Psychologie und anderen Sozialwissenschaften wissen wir, wie schwierig die Generalisierung oder der Transfer von sozialtherapeutischen Behandlungsresultaten aus dem therapeutischen Setting ins reale Leben ist. Das Konzept eines Systems von je verschiedenen, jedoch in sich homogenen Hilfepaketen (Stationen in traditionellen psychiatrischen Krankenhäusern, Einrichtungseinheiten der Rehabilitationskette) in Verbindung mit der Strategie, Patientinnen von einer Einheit zur anderen weiterzubewegen, kann verstanden werden als ein Versuch der *Reduktion der Komplexität:* Für das Personal, für die Institution, und für die Kostenträger. – Aber die Patientinnen und Patienten sind besonders verletzlich für die oben beschriebenen schädigenden Effekte und sie müssen die Konsequenzen tragen, die sich aus der Reduktion der Komplexität zu Gunsten von therapeutischem Personal, Administration und Kostenträgern ergeben, d.h. die Verschlechterung ihrer Behandlungs- und Eingliederungsergebnisse.

Deshalb machte es keinen Sinn für die Kommission, Personalbedarf für das bestehende System von komplementären Einrichtungstypen zu definieren. Dieses System behindert Rehabilitation und Eingliederung und führt deshalb zur »strukturbedingten Verschwendung therapeutischer Ressourcen« (Bundesministerium 1988, S. 72).

d) Konsequenzen: Der personenzentrierte Ansatz

Das zentrale Ergebnis dieser Kritik ist, dass Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung dort stattfinden bzw. von dort aus erreichbar sein müssen, wo sie langfristig genutzt werden sollen, und *mit* den Bezugspersonen, die sie langfristig nutzen wollen: Kontinuität statt Fragmentierung, Integration statt Institutionalisierung (Kauder et al. 1997; Bundesministerium 1999). Voraussetzung dafür

ist, die *Räume zum Leben und die professionellen Hilfen zu entkoppeln,* um den Lebensmittelpunkt zum Bezugspunkt für alle professionellen Hilfen zu machen; um Hilfen so flexibel zu organisieren, dass Veränderungen nach Art und Umfang verwirklicht werden können ohne Unterbrechung wichtiger therapeutischer und sozialer Beziehungen.

Eine eigene Wohnung zu haben (allein, mit Verwandten oder befreundeten Personen) ist ein menschliches Grundbedürfnis und die entscheidende Voraussetzung für soziale Integration ebenso wie für psychische Stabilität und personale Identität. Wohnen ist der spezifische Bezugspunkt für Integration in der Gemeinde, für soziale Beziehungen, Freizeitaktivitäten und Arbeit. Jedoch gibt es Personen, die keine Wohnung haben oder halten können. Ihnen muss Wohnraum zur Verfügung gestellt werden, ggf. auch von einer Einrichtung, aber ohne aufgezwungene Intimität mit fremden Personen und unabhängig von einer Veränderung oder Beendigung von Hilfen. Und diese Hilfen zum möglichst selbstständigen Wohnen haben eine große Verschiedenheit von persönlichen Lebensstilen zu berücksichtigen. Von Betroffenen und aus Untersuchungen zum Thema »Lebensqualität psychiatrischer Patienten« wissen wir, wie wichtig für sie das Gefühl von Autonomie im persönlichen Lebensbereich ist.

Die Kommission gibt spezifische Empfehlungen zur Verwirklichung des personenzentrierten Ansatzes:

Patientenebene: Der Prozess der individuellen Problemlösung, ausgehend von dem Bedarf der Person in ihrem Lebensfeld, wurde ausgearbeitet (integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan: IBRP). Bei dieser Problemlösung haben Priorität die Fähigkeiten und Ressourcen der betroffenen Person und ihrer Bezugspersonen; nicht psychiatrische Dienste, und ergänzend hinzu kommen dann psychiatrische Dienste. Dieser Problemlösungsprozess ist möglichst mit der betroffenen Person zu entwickeln. Dabei ist auch zu klären, wer langfristig die Funktion des therapeutischen *Case Management* (Bachrach 1992) hat bzw. übernimmt. Die Kommission hat ausführlich untersucht, wie die Rahmenbedingungen für diesen personenzentrierten Hilfeprozess gestaltet werden müssen auf den Ebenen der *Organisation von Diensten und Einrichtungen, ihrer Finanzierung und der Steuerung*.

Bei der *Organisation* von Diensten und Einrichtungen zur Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung geht es um die zielgerichtete Integration der individuell notwendigen Leistungen verschiedener Fachkräfte unter einer Leitung als ambulante Komplexleistung. Wer bisher krankheitsbedingt von der additiven Struktur der Leistungen verschiedener ambulant tätiger Fachkräfte überfordert war, konnte die integrierte Form nur in Einrichtungen finden. Das Konzept des funktional beschriebenen Gemeindepsychiatrischen Verbundes aus den Empfehlungen der Expertenkommision (Bundesministerium 1988) wurde weiterentwickelt: Im Zentrum steht die Funktion der *ambulanten sozialpsychiatrischen Behandlung*; darum herum gruppieren sich *sozialpsychiatrische Leistungen*

- zur Selbstversorgung,
- zur Arbeit/Ausbildung,
- zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung
- sowie stationäre und teilstationäre Behandlung.

Betten zum Wohnen auf Dauer kommen in diesem Zusammenhang nicht vor wegen der Entkoppelung der Hilfe von den Räumen zum Wohnen (s.o.).

Finanzierung dieser Dienste und Einrichtungen. Der neue § 93 BSHG ist eine große Chance zur Realisierung von zwei ganz zentralen strukturellen Voraussetzungen für den personenzentrierten Ansatz: die Trennung der Maßnahme (ambulante bis stationäre Eingliederungshilfe) von den Räumen zum Leben der einzugliedernden Person; und die Verankerung der regionalen Versorgungsverpflichtung für eine definierte Zielgruppe im Rahmen der Leistungsverträge. – Eine weitere alte, aber deshalb umso dringlichere, Forderung ist die Zusammenfassung der auf örtliche und überörtliche Ebene zerteilten Zuständigkeit für Eingliederungshilfe. – Vom SGB IX erwarten wir eine deutliche Verbesserung der Voraussetzungen zur Überwindung der die Rehabilitation und Eingliederung behindernden Fragmentierung der Hilfeprozesse. Die leistungsrechtlichen Voraussetzungen müssen geschaffen werden, damit Leistungserbringer den Hilfeprozess ganzheitlich und kontinuierlich realisieren können, auch wenn Leistungsträger im Bereich Behandlung, Rehabilitation, Eingliederung und Pflege wechseln, und zwar im Längsschnitt wie im Querschnitt. Dies wäre eine entscheidende Voraussetzung für den Abbau der schon in den Empfehlungen der Expertenkommission (1988) angeprangerten »strukturbedingten Verschwendung therapeutischer Ressourcen« (S. 72). – Die grund-

sätzlich gegebenen sozialrechtlichen Ansprüche auf Rehabilitation durch vorrangige Leistungsträger müssen endlich stärker praktisch realisierbar werden, damit Patientinnen nicht mehr regelhaft unmittelbar aus der Kassenzuständigkeit (Krankenhausbehandlung) zur Sozialhilfe kommen. Eine kürzlich durchgeführte Umfrage der Aktion ergab, dass Plätze in rehabilitativen Angeboten nur zu zwei Prozent von (vorrangigen) Rehaträgern finanziert werden (Brill 2000).

Die *Steuerung* der Prozesse auf der Einzelfallebene, der Ebene der Organisation von Diensten und Einrichtungen sowie der Ebene der Finanzierung ist ein komplexes Geschehen, wobei Veränderungen auf den Ebenen sich wechselseitig fördern, aber auch blockieren können (Kauder et al. 1999). Das BMG fördert ein Umsetzungsprojekt bei der Aktion Psychisch Kranke. Entwickelte Regionen, die sich auf den Weg gemacht haben, den personenzentrierten Ansatz auf den verschiedenen genannten Ebenen praktisch umzusetzen, werden nach dem Konzept des *benchmarking* dabei unterstützt, die jeweils vorbildlichen Lösungen voneinander zu lernen um selber wieder als Referenzregion für andere Regionen Vorbild sein zu können. Die Projektausschreibung vor knapp einem Jahr fand eine unerwartet große Resonanz, ca. 50 Regionen bewarben sich. Mit den ausgewählten Referenzregionen sowie zahlreichen anderen Regionen, die sich selbst organisiert vernetzt gleichzeitig auf den Weg machen wollen, fand am 07. November in Kassel die Auftaktveranstaltung statt für das dreijährige Projekt. In Rheinland-Pfalz, Bayern und Baden-Württemberg kommen aus Landesmitteln geförderte Parallelprojekte in Gang, die einbezogen werden. Außerdem beginnt gerade bei der Aktion ein vom Bundesarbeitsministerium gefördertes Projekt mit dem Ziel, ausgehend von einer Bestandsaufnahme und der Grundidee des personenzentrierten Ansatzes, Empfehlungen zur Verbesserung der Rehabilitation, insbesondere der Teilhabe am Arbeitsleben zu formulieren.

Der personenzentrierte Ansatz ist im internationalen Kontext nicht neu. Die ersten empirischen Untersuchungen dazu führten Stein und Test sowie Polak in den USA Anfang der siebziger Jahre durch (Übersicht siehe: Kiesler et al. 1987). Als weitere Pioniere sind zu nennen: Ciompi in Bern und Hoult in Australien und England. Das Konzept (ambulantes multiprofessionelles Team für schwerer psychisch Kranke) wurde zum Grundpfeiler der psychiatrischen Versorgung für diese Zielgruppe, z.B. in Wien (Rudas 1986;

Stracher et al 1979) und England (Becker 1998; Bindman 1999; Thornicroft 1999). Auch in Deutschland wurde der personenzentrierte Ansatz da und dort schon praktiziert. Aber dies war bisher nur möglich mit besonderen administrativer Kreativität, Energie und finanzieller Risikobereitschaft gegen die Trägheit etablierter Strukturen auf der Arbeitsebene sowie den Ebenen der Einrichtungen, der Kostenträger und der (traditionellen) Planung. Die zentrale Aufgabe der Kommissionsarbeit war deshalb die Konzipierung von Veränderungen auf diesen vier Ebenen, damit die Verwirklichung von personen- und lebensfeldzentrierten Hilfen gefördert statt behindert wird.

4. Perspektiven: Wie viel Integration ist möglich ?

Statt chronisch psychisch kranke Personen in Asylen zu institutionalisieren, die Goffman (1961) als »totale Institutionen« beschrieb, oder sie in kleineren und größeren Institutionen, gut ausgestattet, aber mehr oder weniger separat vom normalen Leben, zu versorgen, ist es nach Bennett (1983) das übergeordnete Ziel, auch chronisch psychisch kranke Personen zu befähigen, »in einem so weit als möglich normalen sozialen Kontext den bestmöglichen Gebrauch von ihren verbliebenen Fähigkeiten zu machen«. Sie werden von Objekten paternalistischer Fürsorge in Institutionen zu Experten für ihre Krankheit und die unterstützte Bewältigung der Krankheitsfolgen in ihrer Lebenswelt.

Die entscheidende Frage ist: Werden auch psychisch kranke und insbesondere chronisch psychisch kranke Personen als Bürger und Bürgerinnen ihrer Stadt/ihres Kreises angesehen mit denselben bürgerlichen und sozialen Rechten wie gesunde oder somatische kranke und behinderte Personen? Sehen sich die Kreise und Städte in der politischen Verantwortung dafür zu sorgen, dass niemand dauerhaft aus seinem Kreis/ seiner Stadt ausgegliedert wird, weil hier die Hilfen unzureichend sind? Die Bereitschaft von Städten und Kreisen, auch diese Personen zu integrieren, ist aber auch abhängig von guten psychiatrischen Diensten, ausreichend Arbeit, Wohnungen und Geld sowie einem aktiven örtlichen Hilfe- und Kooperationsnetz von kommunalen, frei gemeinnützigen, kirchlichen u.a. Organisationen mit weitreichender Mitsprache der Betroffenen. Es gibt viele Beispiele in der Literatur für die Ausgliederung dieser

Personen aus ihren bisherigen Lebensverhältnissen mit der Folge, dass sie in wohnortfernen Heimen und kirchlichen Anstalten beheimatet werden oder in der forensischen Psychiatrie oder im Gefängnis landen, oder dass sie obdachlos werden und unter Brücken schlafen (Bachrach 1976 und 1996; Birmingham 1999; Lamb 1993). In dieser Hinsicht sind die Verhältnisse in Deutschland z.T. weniger schlimm als in einigen anderen Industriestaaten, das soziale Klima ist (noch?) nicht so rau. Der Massenmord und die tötliche Vernachlässigung schwer und chronisch psychisch kranker und geistig behinderter Menschen in der Nazizeit ist von Teilen der Bevölkerung sowie der Entscheidungsträger nicht vergessen und wirkt als moralischer Imperativ fort. Wird der humane Ansatz, Solidarität als gesellschaftliches Prinzip (Ernst 2001) auf Dauer bestimmend sein, auch schwer und chronisch psychisch Kranke zu integrieren, statt sie auszugrenzen?

Literatur

Aktion Psychisch Kranke (Hrsg). Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR – Bestandsaufnahme und Empfehlungen. Expertenbericht im Auftrag der Bundesregierung. Bonn, 1991

Aktion Psychisch Kranke, Deutsche Krankenhaus-Gesellschaft, Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg). Bundesweite Erhebung zur Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Band 99, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos, 1998

Bachrach LL. Deinstitutionalization: An Analytical Review and Sociological Perspective. National Institute of Mental Health, Rockville, Md. 1976

Bachrach LL. Case Management revisited. Hospital and Community Psychiatry 1992; 43: 209–210

Bachrach LL. The State of the State Mental Hospital 1996. Psychiatric Services 1996; 47:1071 – 1078

Becker T. Gemeindepsychiatrie – Entwicklungsstand in England und Implikationen für Deutschland. Stuttgart: Thieme, 1998

Bennett DH. The Historical Development of Rehabilitation Services. In: Watts SFN, Bennett DH (Hg). Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation. Chichester: Wiley; 1983: 15–42

Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (Psychiatrie-Enquete), Bundestagsdrucksache 7/4200, Bonn 1975

Bindman J et al. Evaluation Mental Health Policy in England. British Journal of Psychiatry 1999; 175: 427–30

Birmingham L. Between Prison and community – The »Revolving Door Psychiatric Patient« of the Nineties. British Journal of Psychiatry 1999; 174: 378–379

Brill KE. Zum Stand der Entwicklung komplementärer Angebote. Psychosoziale Umschau 4/2000, S. 4–5

Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutichen/psychosomatischen Bereich. Bonn, 1988

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg). Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken. Band 74 Schriftenreihe des BMG. Baden-Baden: Nomos, 1996

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg). Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung:
a) Band 116 I: Bericht zum Forschungsprojekt des BMG »Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung« der Schriftenreihe. Baden-Baden: Nomos, 1999
b) Band 116 II: Ambulante Komplexleistungen – Sozialrechtliche Voraussetzungen zur Realisierung personenzentrierter Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Baden-Baden: Nomos, 1999

Ciompi L (Hrsg). Sozialpsychiatrische Lernfälle. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1985

Ernst K. Psychiatrische Versorgung heute (2. Auflage), Sternenfels: Verlag Wissenschaft und Praxis, 2001

Dgppn. Die Behandlung psychischer Erkrankungen in Deutschland (Positionspapier). Berlin: Springer, 1997

Faulstich H. Von der Irrenfürsorge zur »Euthanasie« – Geschichte der badischen Psychiatrie bis 1945. Freiburg: Lambertus, 1993

Fischer F. Irrenhäuser – Kranke klagen an. München: Desch, 1969

Goffman, E. Asylums – Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Immates. Anchor: Doubleday, 1961. Asyle – Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt: edition suhrkamp, 1973

Hoult J. Community Care of the Acutely Mentally III. British Journal of Psychiatry 1986; 149: 137 – 144

Kauder V, Aktion Psychisch Kranke (Hrsg). Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrische Versorgung. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1997

Kauder V, Kunze H. Aktion Psychisch Kranke (Hrsg). Qualität und Steuerung in der regionalen psychiatrischen Versorgung. Tagungsbericht 26. Köln: Rheinland-Verlag, 1999

Kiesler CA, Sibulkin AE. Mental Hospitalisation (Chapter 9: Alternative Treatment: Noninstitutionalisation). Newbury Park, Cal, USA: Sage, 1987

Kruckenberg P, Kunze H, Aktion Psychisch Kranke (Hrsg). Tagungsberichte Band 24 – Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Köln: Rheinland-Verlag, 1997

Kunze H. Psychiatrie-Reform zu Lasten der chronischen Patienten? Entwicklungstendenzen der stationären Versorgung chronisch psychisch Kranker in England, den USA und der Bundesrepublik Deutschland. Nervenarzt 1977; 48: 83–88
Kunze H. Psychiatrische Übergangseinrichtungen und Heime – Psychisch Kranke und Behinderte im Abseits der Psychiatrie-Reform. Stuttgart: Enke, 1981
Kunze H. Funktionswandel des Psychiatrischen Krankenhauses. In: Thom A und Wulff E (Hrsg). Psychiatrie im Wandel. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1990. Krankenhauspsychiatrie 1990; 1: 117–126
Kunze H. Qualitätssicherung und Personalschlüssel. In: Hell D et al. (Hg). Qualitätssicherung der psychiatrischen Versorgung. Basel: Karger, 1998a
Kunze H. Der sog. Heimbereich – das »Bermuda-Dreieck« der komplementären Versorgung. In: Gaebel W, Falkai P (Hrsg). Zwischen Spezialisierung und Integration – Perspektiven der Psychiatrie und Psychotherapie. Wien – New York: Springer, 1998b: 425–437
Kunze H. Die einheitliche Bettenmessziffer bei der Bedarfsplanung für psychiatrische Kliniken – Kritik aus rechtlicher und fachlicher Perspektive. Spektrum 2000; 29: 38–42
Kunze H. De-Institutionalisierung im Kopf – Vom Anstaltsparadigma über die Rehabilitationskette zu personenzentrierten Hilfen. Krankenhauspsychiatrie (im Druck)
Kunze H, Kaltenbach L (Hrsg). Psychiatrie-Personal-Verordnung, (3. Auflage), Stuttgart: Kohlhammer, 1996
Kunze H, Kunze-Turmann M. Ansatz zur Evaluation der soziotherapeutischen Orientierung von Nervenkrankhäusern, Psychiatrische Praxis 1975; 2: 101–109
Kunze H, Pörksen N, Aktion Psychisch Kranke (Hrsg). Qualität in Psychiatrischen Kliniken. Tagungsberichte Band 23. Köln: Rheinland-Verlag, 1997
Lamb HR. Lessons learned from Deinstitutionalization in the US. British Journal of Psychiatry 1993; 162: 587–592
Leff J (Hrsg). Care in the Community. Illusion or Reality? Chichester: Wiley, 1997
Müller C. Psychiatrische Institutionen. Berlin: Springer, 1981
Panse F. Das psychiatrische Krankenhauswesen. Stuttgart: Thieme, 1964
Polak PR, Kirby M. A model to replace psychiatric hospitals. Journal Nervous Mental Disease 1976; 162: 13–22
Rössler W, Salize HJ. Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker. Daten, Fakten, Analysen. Band 77, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos, 1996
Rössler W, Salize HJ, Bauer M. Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern – Stand der Entwicklung in Deutschland. Psychiatrische Praxis 1996; 23: 4–9

Rudas S. Veränderungen der psychiatrischen Versorgung – Ergebnisse einer Psychiatrie-Reform aus der Sicht der Planung, Koordination und evaluierenden Verlaufsbeobachtung. Öster. Krankenhauszeitung 1986; 27: 349–366
Stein J, Test MA (Eds). Alternatives to Mental Hospital Treatment. New York: Plenum Press, 1978
Stracher A, Rudas S (Hrsg). Psychiatrische und Psychosoziale Versorgung in Wien. Band 2 Zielplan. Presse- und Informationsdienst der Stadt Wien, 1979
Thornicroft G et al. Community mental health teams: evidence or belief? British Journal of Psychiatry 1999; 175: 508–513

»Verhandeln statt Behandeln« – Partnerschaft im psychiatrischen Alltag

Franz-Josef Wagner

Vor 25 Jahren habe ich mich um alles andere als Psychiatrie gekümmert. Umso erstaunlicher ist für mich die Tatsache, heute vor Ihnen zu stehen, um aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen über Entwicklungstendenzen und Perspektiven der Psychiatrie-Reform zu sprechen, die aus der 25 Jahre alten Psychiatrie-Enquete erwachsen ist.

Ich habe meinen Vortrag in drei Hauptpunkte gegliedert, in die historische, die aktuelle und die zukünftige Situation des psychiatrischen Alltags. Im Spannungsfeld von 1930 bis 2010 versuche ich die Partnerschaft (Teilnehmerinnen, Mitspielerinnen, Gegnerinnen) und das Behandeln (bearbeiten, zu heilen suchen) und das Verhandeln (beraten über, zerreden) aufzuzeigen. Wie war es im Dritten Reich, wie stets gegenwärtig im stationären, komplementären und verbandsmäßigen Bereich mit der Partnerschaft und dem Verhandeln und was erwarten wir im nächsten Jahrtausend, sind die zentralen Fragen meines Vortrages.

Asmus Finzen schreibt in der Einführung zu seinem Buch: »Der Verwaltungsrat ist schizophren« 1996, psychisch Kranke erhalten in der Begegnung mit psychiatrischem Fachpersonal keinen Respekt. Die Psychiatrie-Erfahrenen machen immer wieder folgende Vorwürfe:

- Ihr hört uns nicht zu.
- Ihr berücksichtigt unsere Bedürfnisse nicht.
- Ihr behandelt uns, ohne mit uns darüber zu verhandeln, in welcher Weise.
- Ihr werdet viel zu schnell handgreiflich.
- Ihr wendet viel zu rasch Zwang an.

Für einen positiven Verlauf ist es eine Grundvoraussetzung das Medikamentenbehandlung, Psychotherapie, Soziotherapie und Rehabilitation zusammenzuarbeiten.

Historische Anekdoten

Erlauben Sie mir einen kleinen Exkurs in unsere braune Vergangenheit. Die psychiatrie-erfahrene 83-jährige Bundesverdienstkreuzträgerin Dorothea Buck, Ehrenvorsitzende und Gründungsmitglied des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener, Bildhauerin, Schriftstellerin und Begründerin der Psychoseseminare gemeinsam mit Thomas Bock (die Auszeichnung dafür, die Leo-Baeck-Medaille, durften die beiden Initiatoren sich nicht einmal teilen! Nur T. Bock galt der Dank, die Auszeichnung), wurde 1939 wegen einer vermeintlichen erbkranken Disposition (Schizophrenie) in Bethel zwangssterilisiert. Anlässlich der Einweihung des Mahnmals für die Opfer der 1176 Zwangssterilisationen am 18. Juni 2000 in Bethel, zu der sie nicht als Ehrengast, sondern als »Zeitzeugin« geladen war, beschrieb sie in ihrer Rede die zeittypische Ignoranz des Pflegepersonals den Patienten gegenüber: »Am meisten ängstigte mich, dass niemand mit uns sprach. In meiner dreivierteljährigen Zeit in diesem Haus erlebte ich nicht ein einziges Gespräch der Ärzte und Hauspfarrer mit mir. Der Chefarzt kam jeden Morgen mit den Assistenzärzten und der Hausmutter. Er gab uns die Hand und sagte ›Guten Morgen‹, aber er sprach nicht mit uns. Als Schüler von Emil Kraepelin beobachtete er nur unsere Symptome.«

Schön wäre es, sagen zu können, fünfundfünfzig Jahre später wird mit allen von uns gesprochen, so wie wir es in unseren seelischen Notlagen brauchen. Doch das ist leider nicht der Fall. Auch bis heute spielt zum Beispiel der soziale Hintergrund der Betroffenen eine Rolle, um mit den Psychiaterinnen im Gespräch sein zu können. Offensichtlich ist soziale Identifikation der Ärzteschaft mit den Patientinnen Garant für eine unangestrengte Kommunikation miteinander. Dagegen findet eine schlecht riechende »schizophrene« Arbeitslose weniger Zuwendung und Gehör. Das wird niemand ernstlich bezweifeln wollen. Untersuchungen zur höheren Vergabe von Neuroleptika an schwarze Amerikanerinnen von weißen Ärztinnen belegen dies. Es wird auch niemand bestreiten, dass ein depressiver Ingmar Bergmann oder ein Prinz Claus von Oranienburg gleichberechtigt und respektvoll behandelt werden und die Gespräche bekommen, die sie brauchen.

Nach der Enquete-Kommission, die die katastrophalen Zustände der Landeskrankenhäuser festhielt, empfahl die Expertenkom-

mission 1988 die Gleichstellung von psychisch und körperlich kranken Menschen. Mit der Gleichstellung wurde auch der Informationsaustausch zwischen psychisch Kranken und psychiatrischem Fachpersonal impliziert.

Auf Initiative des Dachverbandes und des Arbeitskreises Betroffener trafen sich erstmals Betroffene im Rahmen einer Tagung 1991 in Irsee. Dort wurde der Gedanke eines Zusammenschlusses erwogen. Dieser Zusammenschluss erfolgte am 9.–11. Oktober 1992 unter dem Titel »Verhandeln statt behandeln – Psychiatriepatienten schließen sich zusammen«. Schon 1992 hatte Wolfgang Voelzke, dessen Ausführungen von Ursula Zingler vorgetragen und ergänzt wurden, Nahziele definiert. »Wir werden versuchen, mit allen für den Psychiatrie-Bereich Verantwortlichen bzw. Tätigen ins Gespräch zu kommen und zu bleiben. Dazu zählen nicht nur die Politiker und Politikerinnen in den jeweiligen Parlamenten bzw. Ministerien, sondern auch wichtige Verbände, wie z.B. die Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie, die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde und der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband und die anderen Träger der freien Wohlfahrtspflege, die Kirchen und Gewerkschaften.« W. Voelzke entwickelte ein Konzept dazu, wie die Veränderung ablaufen sollte: »Zuerst in den ›Köpfen und Herzen‹ unserer Gesprächspartner, später in der Praxis, in den einzelnen Institutionen, in der engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tätig sind, und langfristig bundesweit.« Der Vortrag endet mit: »Ab heute wird man mit uns Psychiatrie-Erfahrenen rechnen müssen – bundesweit!«

Zu Ihrer Erheiterung möchte ich angesichts der sich tatsächlich weit verbreiteten Kooperation zwischen Professionellen, Angehörigen und Betroffenen an folgendes Bild (s. Abb. 1) eines Trapezkünstlers erinnern, der noch im Absturz forderte: »Unter gewissen Bedingungen bin ich zur Kooperation bereit.« Wie weit diese gewissen Bedingungen zwischen Professionellen, Angehörigen und Betroffenen, die seit den 90er-Jahren im Trialog zusammenfanden, Blüten treiben konnten, sodass kein Absturz droht/e, das soll im Folgenden Thema sein.



Abb. 1: Unter gewissen Bedingungen bin ich zur Kooperation bereit

Aktuelle Situation – Beispiele der Partnerschaft im stationären Alltag und bei Krisen

Das Psychiatrische Testament

Die Idee der Vorausverfügung für den Fall einer unfreiwilligen Behandlung kommt von dem amerikanischen Psychiater Thomas Szasz. Diese Vorausverfügung ist in Deutschland sehr umstritten. Bei einer Rechtsanwältin bzw. Notarin wird eine differenzierte Erklärung über Willensbildung, Dokumentationspflicht, Auftrag und Vollmacht an Vertrauenspersonen, Änderung des schriftlich dokumentierten Willens, Besonderheiten eigener Lebensführung, Erklärung insbesondere zu psychiatrischer Behandlung, Anstaltsunterbringung und Psychopharmaka sowie Regelung bei Betreuerbestellung hinterlegt.

Wie sieht die Partnerschaft im psychiatrischen Alltag mit dem Psychiatrischen Testament aus?

Eine Beachtung des persönlichen Testaments (Vorausverfügung), der einseitigen Willenserklärung für den Fall des psychiatrischen Aufenthaltes bzw. der Behandlungsmaßnahme, die selbst entworfen und

schriftlich festgehalten sein muss, ist durch die Psychiatrie nicht immer gegeben (keine Kooperation). Weiter gibt es Probleme über die Kenntnis der Vorausverfügung bei einem akuten Psychiatrieaufenthalt.

Die Behandlungsvereinbarung

Das Damoklesschwert – Psychiatrisches Testament – war für den Klinikleiter Pörksen aus Bethel/Bielefeld der Auftakt zur Zusammenarbeit mit den zur Verfügung stehenden engagierten Bielefelder Psychiatrie-Erfahrenen, hier seien vor allem Barbara Hildebrand, Brigitte Siebrasse und Wolfgang Voelzke genannt, ein tragfähigeres, realistischeres Gegenmodell zu konzipieren, das nun als Behandlungsvereinbarung in aller Munde ist.

Die Behandlungsvereinbarung ermöglicht Psychiatrie-Erfahrenen, in stabilen Zeiten ihre bisherigen Erfahrungen in der Klinik, aber auch ihre Wünsche und Bedürfnisse hinsichtlich zukünftiger Behandlungen zu benennen und mit ärztlicher, psychologischer und pflegender Klinikleitung zu verhandeln. Gemeinsam wird in der Behandlungsvereinbarung verbindlich festgelegt, wie mit zukünftigen Krisen umgegangen werden soll. Ziel der Vereinbarung ist es, bei einer evtl. Wiederaufnahme in die Klinik krisenhafte Zuspitzungen, Gewaltanwendungen und Zwangsmaßnahmen möglichst zu vermeiden und die Aufnahme- und Behandlungsbedingungen für die Psychiatrie-Erfahrenen zu verbessern.

Nachdem einzelne psychiatrische Kliniken Behandlungsvereinbarungen eingeführt hatten und diese im März 1997 anlässlich der Tagung »Die Behandlungsvereinbarung in der Akutpsychiatrie – Neue Wege im Umgang mit Krisen« positiv bewertet wurden, hatte der Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen Rheinland-Pfalz diese vertrauensbildende Maßnahme als landesweite Einführung in den Landespsychiatriebeirat gebracht. Anlässlich der 4. Sitzung des Landespsychiatriebeirates im November 1997 hatte eine Klinik diese Vereinbarung bereits eingeführt, eine Klinik lehnte sie ab und alle anderen Kliniken sahen die Einführung positiv. Auch die Landesärztekammer und die Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen befürworteten die Einführung von Behandlungsvereinbarungen. Zwischenzeitlich sind in einigen psychiatrischen Kliniken in Baden-Württemberg und in allen von Rheinland-Pfalz

Behandlungsvereinbarungen abschließbar. Das Gleiche haben die Psychiatrie-Erfahrenen des Saarlandes vor. Leider gelten die Vereinbarungen nur für die jeweilige Klinik, mit der die Verhandlungen geführt wurden.

Was beinhalten grundsätzlich die Behandlungsvereinbarungen: den Ablauf der Aufnahme, Informationen über die Medikamente, die Reihenfolge von Zwangsmaßnahmen, die soziale Situation sowie sonstige Absprachen, auch kann neben der Verbindlichkeit der Unterzeichner noch eine Vertrauensperson genannt werden.

Wie sieht die Partnerschaft im psychiatrischen Alltag mit Behandlungsvereinbarungen aus?

Psychiatrie-Erfahrene fühlen sich in der Regel bei der Verhandlung (freundliches Klima) ernst genommen und können für die Zukunft bessere Regelungen treffen, was das Vertrauensverhältnis zwischen psychiatrischer Klinik und Patientin verbessert. Ohne die Auseinandersetzung mit der eigenen psychiatrischen Krise oder Erkrankung ist der Abschluss einer Behandlungsvereinbarung nicht möglich. Die Klinikleitung kann die Qualität des medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Angebotes auf Grund der Wünsche der Psychiatrie-Erfahrenen steuern.

Der Krisenpass

Zeitgleich mit der öffentlichen Vorstellung der Behandlungsvereinbarungen in Bielefeld wurden auch Krisenpässe entwickelt. 1998 machte der Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen im ständigen Arbeitskreis des Landespsychiatriebeirates Rheinland-Pfalz den Vorschlag einen Krisenpass für Menschen mit psychischen Erkrankungen einzuführen. Im Frühsommer wurden 17.000 Krisenpässe gedruckt und verteilt.

Was beinhaltet der sechsseitige Krisenpass? Neben der Inhaberin wird die Person benannt, die im Krisenfall benachrichtigt werden soll, wo eine Behandlungsvereinbarung ausliegt, welche Medikamente bei Krisensituationen behilflich bzw. weniger erfolgreich waren, aktuelle Medikation sowie Stempel und Unterschrift der Ärztin.

Wie sieht die Partnerschaft im psychiatrischen Alltag
mit dem Krisenpass aus?

Im psychiatrischen Alltag entpuppt sich der Krisenpass ebenfalls als Vorteil. Einzelne klientenfreundliche Ordnungsämter in Rheinland-Pfalz beantragen keine Unterbringung nach dem PsychKG, da mit der Dokumentation der Behandlungsvereinbarung im Krisenpass der maßgebliche Wille in der gesunden Phase kundgetan wurde.

Regionale Krisenintervention

Seit der Tagung »Ambulante Notfalldienste entlasten Familien und psychisch Kranke« im Jahr 1988 fordern die Angehörigen die Einrichtung eines Krisendienstes zur Entlastung der Familien und der psychisch Kranken. Zwischenzeitlich haben sich in einigen Städten und Landkreisen verschiedener Bundesländer Krisendienste etabliert. Die Organisation und Erreichbarkeit der Krisenbereitschaft ist regional sehr unterschiedlich und geht vom telefonischen Krisenmanagement bis zum aufsuchenden Dienst.

Wie sieht die Partnerschaft im psychiatrischen Alltag mit der Krisenintervention aus?

Angehörige und in psychischen Krisen befindliche Menschen erhalten über Telefon Hinweise und Hilfsmöglichkeiten wie die kritische Situation oder die nächste Zukunft gemeistert werden kann. Es gibt uns Psychiatrie-Erfahrenen die Sicherheit, abends und auch am Wochenende – wenn die meisten Krisen auftreten – kompetente Ansprechpartner zu erreichen. Wie die Fallzahlen aus den verschiedenen Krisendiensten zeigen, sind Sucht und Familien-/Partnerinnen- und Trennungsprobleme die häufigsten Schwierigkeiten, mit denen sich die Mitarbeiterinnen der Dienste beschäftigen. Psychosen im akuten Stadium sind nur zu einem Bruchteil Inhalt der Anrufe. Was auffallend ist: Am Wochenende (Samstag und Sonntag) wird der Krisendienst bis zu 300 % häufiger genutzt als an den Wochentagen.

Alternative Psychiatrieformen

Es ist allgemein bekannt: die meisten psychischen Krisen, auch schwerste psychotische Zustände werden ohne Zutun professioneller Helfer überwunden, letztendlich im Wege einer Selbstregulierung, oft mit Unterstützung von Freundinnen, die keine psychologische Fachausbildung haben (vergleiche Zehentbauer 1997, Bock 1997, Bellion 1998).

Soteriastationen

Eines der bekanntesten Projekte, dass ein Mensch seinen »psychotischen Zustand« zwar in einer Psycho-Einrichtung »auslebt«, aber nicht mit Psychopharmaka gedämpft und behindert wird, sondern auf vielfache andere Weise Unterstützung erhält, ist das Soteria Haus in San Francisco, Kalifornien. Der Psychiatrieprofessor L.R. Mosher ging von der These aus, dass zwischenmenschliche Beziehungen in einer reizarmen Umgebung die Patienten ebenso wirksam beruhigen können wie die Neuroleptika. Ein soteria-orientiertes Konzept wurde erstmals in Deutschland von Th. Urbahn in der Abteilung Klinische Psychiatrie II in Gütersloh umgesetzt. Neben dem anderen Verständnis von Krankheit, dem anderen Verständnis von Pflege und Rehabilitation unterscheidet sich die Soteria-Station in Gütersloh auch in dem anderen Verständnis von Patient, Angehörigen, Professionellen und den institutionellen Strukturen. Nachdem Th. Urbahn nicht mehr in Gütersloh tätig ist und die Westfälische Klinik in Gütersloh konzeptionelle Änderungen vorgenommen hat, wird die Zukunft zeigen, was aus dem bisher erfolgreichen Soteria-Konzept in der Praxis in Gütersloh wird.

Wie sieht die Partnerschaft im psychiatrischen Alltag im soteria-orientierten Konzept aus?

Neben der grundsätzlichen Subjekt-Subjekt-Orientierung liegt möglichst viel Verantwortung bei der Patientin, die ihre eigene Expertin ist. Die Selbsthilfe, Bewältigungsstrategie hat wesentliche Bedeutung im Überwinden der Lebensgeschichte, nicht Krankengeschichte, wie das in den traditionellen Psychiatrien der Fall ist.

Windhorsegruppen

Auch dieses Konzept stammt aus den USA (1982, Nordhampton) und wird erstmals in Deutschland in Frankenthal (Rheinland-Pfalz) umgesetzt. Die Windhorsegruppe mit ein, zwei gesunden basisbetreuenden Mitbewohnern besteht aus bis zu acht Personen, die schichtweise die Betreuung des therapeutischen Haushaltes übernehmen. Sie verstehen sich als strukturierende Unterstützung im Alltagsleben und als Übergang zu einer selbstständigen Lebensführung in der Gesellschaft. Neben der Tagesstrukturierung richtet sich die Aufmerksamkeit der Basisbetreuung auf das Erkennen und Fördern der klaren Momente und Impulse, die auch in den psychotischen Verwirrungszuständen auftreten.

Wie sieht die Partnerschaft im psychiatrischen Alltag in den Windhorsegruppen aus?

Ähnlich wie das soteria-orientierte Konzept wird auf die Subjekt-Subjekt-Beziehung viel Wert gelegt. Der »Patient« verbleibt nach seinen Vorstellungen und Möglichkeiten im gesellschaftlichen Leben integriert mit dem Ziel, seine Zukunft aktiv und autonom zu gestalten. Es hat sich in den USA und Österreich gezeigt, dass Klinikaufenthalte drastisch reduziert und vermieden wurden.

Biotop Mosbach

Die niedergelassene Psychiaterin Lilla Sachse beschreibt in ihrem Buch »Heilsame Erfahrungen – Biotop Mosbach: eine Gruppe als Wegbegleiter durch psychiatrische Krisen«, wie sie mit den Gruppenmitgliedern in Gruppenarbeit Krisen bewältigt. Durch eine Reise in die Berge lernen Gruppenmitglieder für sich und in der Krise auch für andere Verantwortung zu tragen, sie lernen, dem Anderen in einer psychischen Krise beizustehen. Ergebnis dieser Reise ist die Einrichtung eines Krisenbettes in dem Begegnungshaus.

Wie sieht die Partnerschaft im psychiatrischen Alltag im Biotop Mosbach aus?

Der personenorientierte Ansatz der Aktion Psychisch Kranke wird gelebt, ohne dass er explizit ausformuliert wird. Menschen mit psychischen Erkrankungen werden in diesem Projekt als Menschen mit eigener Erfahrung und mit eigenen Erlebnissen begriffen. Psychose ist somit nicht mehr nur Erkrankung, sondern auch immer eine Chance sich zu verändern, sich zu entwickeln und sein eigenes selbstbestimmtes Leben zu führen. Menschen, die selbst psychisch kranke Episoden hatten und damit leicht verletzbar sind, sind in der Lage sich gegenseitig in einer Krise zu helfen. Dieser respektvolle Umgang miteinander ist nicht verordnet, in der Krise braucht ein Mensch den anderen, der ihn in seiner Krise in seinem Anderssein respektiert.

Weglaufhaus in Berlin

Am 1.1.1996 wurde nach langer Vorbereitung in Berlin das erste Weglaufhaus Deutschlands, die Villa Stöckle, für wohnungslose Psychiatrie-Betroffene eröffnet. Es bietet 13 Frauen und Männern (für sechs Monate) Schutz und Aufnahme (Rechtsgrundlage für die Kostenübernahme: § 72 Bundessozialhilfegesetz »Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten«). Sie können dort neue Kraft schöpfen, sich austauschen und Unterstützung finden bei der Verarbeitung ihrer Psychiatriegeschichte, dem Absetzen der Psychopharmaka, dem Wiedererlangen der bürgerlichen Rechte und der Entwicklung neuer Berufs- und Lebensperspektiven.

Wie sieht die Partnerschaft im psychiatrischen Alltag im Weglaufhaus aus?

Eine überschaubare Villa, in einer normalen Wohngegend Berlins, bietet den Bewohnern ohne Psychopharmaka, Zwangsmaßnahmen und unfreiwillige Behandlung Raum und Zeit für das verrückte Erleben. Das von Psychiatrie-Erfahrenen geleitete Haus stellt den Bewohnerinnen und Bewohnern der Wohngemeinschaft die Immobilie und gesundheitlichen Raum bereit, ein Leben ohne Psychopharmaka zu versuchen.

Wie funktioniert der Ansatz »Verhandeln statt Behandeln im stationären Alltag und bei Krisen?

Das Psychiatrische Testament wird nicht partnerschaftlich abgeschlossen, sondern einseitig verfügt auf der Basis der Menschenrechte.

Die Behandlungsvereinbarung und der Krisenpass sollen in stabilen, gesunden Zeiten mit dem psychiatrischen Fachpersonal für die kranke Phase verhandelt werden.

Die regionalen Krisenineterventionen funktionieren nur in der Zeit, in der der Betroffene realistisch denkt und Anregungen vom psychiatrischen Fachpersonal angenommen werden. So werden hier auch hauptsächlich diese Probleme als Fallzahl dokumentiert.

Bei den alternativen Psychiatrieformen sind durch die Subjekt-Subjekt-Beziehung (nach Asmus Finzen) die Voraussetzungen für Vorwürfe gegenüber dem psychiatrischen Fachpersonal nicht mehr gegeben. Es ist nicht grundsätzlich so, dass hier nur Betroffene die Leitung innehaben oder alle Mitarbeiterinnen die Doppelerfahrung der Betroffenheit und professionellen Ausbildung haben. Der eigentliche Schwerpunkt ist die Orientierung an den Bedürfnissen der Betroffenen. Die Personalintensität und die kontinuierliche Anwesenheit der Mitarbeiterinnen gewährleistet eine ständige Begleitung, deutlich geringere bis keine Psychopharmakaeinnahmen und ein hohes Maß an Verhandlung statt Behandlung.

Beispiele der Partnerschaft im komplementären Alltag

Bereits die Psychiatrie-Enquete forderte für den gemeindepsychiatrischen Verbund »ambulante Dienste an psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen und anderen Institutionen«, die von der Expertenkommission als »aufsuchend-ambulante Dienste« und »Einrichtung mit Kontaktstellenfunktion« weiter gegliedert wurden. Heute gibt es einige Konzepte außerstationärer Versorgungsstrukturen. Ich werde hier vorbildliche soziale und berufliche Partnerschaften aufgreifen und diese aus der Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen beleuchten.

Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP)

Durch die Psych-PV konnte die Psychiatrie-Reform im klinisch-stationären Bereich vorangetrieben werden. Für den gemäß dem anerkannten Prinzip »ambulant vor stationär« bedeutenden außerklinischen, komplementären Bereich, hat eine Kommission zur »Personalbemessung im komplementären Bereich psychiatrischer Versorgung« ein personenzentriertes, bedarfsorientiertes psychiatrisches Hilfesystem für schwer und chronisch psychisch kranke Menschen erstellt. Das personenzentrierte System, das sich in mehreren Ebenen darstellt, soll auch den Weg zu einem umfassenden quantifizierbaren Qualitätsmanagement in der kommunalen psychiatrischen Versorgung vorzeichnen. Erste Erfahrungen wurden in Rheinland-Pfalz mit dem Projekt »Wohnverbund« im Landkreis Trier-Saarburg und Stadt Trier sowie Landkreis und Stadt Kaiserslautern gesammelt. Anhand des IBRP wird die Planung des individuellen Hilfebedarfs – ambulante sozialpsychiatrische Grundversorgung, spezielle Therapieverfahren, sozialpsychiatrische Leistungen zur Selbstversorgung, Tagesgestaltung, Kontaktfindung und Teilnahme am öffentlichen Leben, im Bereich Arbeit und Ausbildung sowie zur Koordination durch eine therapeutische Bezugsperson – abgestimmt. Laut wissenschaftlicher Beratung und Begleitung erreicht die auf dem IBRP basierende Hilfeplanung noch nicht die Ausführlichkeit und Klarheit, die angestrebt wird. In der Aufnahmekonferenz wird der IBRP nicht ausführlich dargestellt, sondern nur in Kurzform referiert.

Wie sieht die Partnerschaft im psychiatrischen Alltag mit dem IBRP aus?

Der IBRP, der mit dem Psychiatrie-Erfahrenen erstellt werden soll, der über die Beeinträchtigungen durch die psychische Erkrankung, Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen bei der Aufnahme und Gestaltung persönlicher/sozialer Beziehungen sowie in den verschiedensten Lebensfeldern quantifizierbare Auskunft gibt, ist nur zu erstellen, wenn die Möglichkeit einer eigenen Reflexion besteht. Diese ausführliche Reflexion ist bei einer hohen Dosierung der medikamentösen Therapie sehr fraglich. Bisher wird im Modellprojekt »Wohnverbund« nur über Tagesstätte, Betreutes Wohnen und Heimunterbringung des Psychiatrie-Erfahrenen entschieden. Das

Konzept des IBRP bietet eine größtmögliche Partnerschaft im psychiatrischen Alltag an, die bisher nur begrenzt umgesetzt ist, z.B. dürfen Psychiatrie-Erfahrene nicht generell an der Aufnahmekonferenz teilnehmen, im Gegensatz zu professionellen Helfern erhalten ehemals psychisch Kranke keine Beratung und Schulung, wie und was die Bedeutung des IBRP ist. Somit kann nichts darüber in Selbsthilfegruppen weitergegeben werden.

Hilfe nach Maß für Behinderte (persönliches Budget)

Das zweijährige holländische Modell des persönlichen Budgets richtet sich in Rheinland-Pfalz an geistig, körperlich und psychisch behinderte Menschen mit einem personenbezogenen, kundenorientierten Konzept wie das Anreizsystem der Gewährung von Pflegegeld. Der behinderte Mensch erhält ein fixes und individuelles nach dem Bedarf bestimmtes Budget. Es wird als ambulante Eingliederungshilfe verstanden, die der sozialen Eingliederung (Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft) dient. Der Behinderte erhält gestaffelte Geldleistungen zur selbstständigen Ausgestaltung seines Hilfebedarfs. Im Rahmen des Verwendungszwecks sind die Geldbeträge frei verfügbar ohne einen Verwendungsnachweis. Voraussetzung für die Inanspruchnahme ist ein leistungsfähiges soziales Umfeld des Behinderten und die Gewähr, dass von dem Behinderten selbst oder mit Hilfe seines gesetzlichen Betreuers sachgerechte Entscheidungen getroffen und umgesetzt werden können. So sieht das in der Diskussion befindliche SGB IX die Einbeziehung der Selbsthilfegruppen zur Einrichtung von Servicestellen vor.

Wie sieht die Partnerschaft im psychiatrischen Alltag mit dem persönlichen Budget aus?

Das Konzept kommt der Forderung der Expertenkommission nach Gleichstellung aller Behinderten sehr nahe. Der kleine Unterschied liegt in den für psychisch Kranke speziellen Gesetzen. Trifft ein psychisch behinderter Mensch seine Entscheidungen zu seinem individuellen Budget nicht entsprechend der begutachtenden Stellen, wird ihm ein gesetzlicher Betreuer vorgesetzt oder die Hilfe reduziert. Weitere Probleme mit der eigenen Einschätzung der Lebenssituation und der persönlichen Fähigkeiten gemäß den Kategorien

gut, mittel und schlecht muss die Praxis des auf drei Jahre befristeten Modellprojektes zeigen.

Ambulant psychiatrische Behandlungspflege

Die Expertenkommission (1988) differenzierte zwischen somatischer und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege. Die psychiatrische Krankenpflege soll den Kranken und Behinderten bei seinen Bemühungen unterstützen, die Fähigkeit zu einer selbstständigen Lebens- und Haushaltsführung zu erhalten oder wiederzugewinnen. Seit Mitte der achtziger Jahre sind im Rahmen von Modellerprobungen psychiatrische Pflegekräfte im Einsatz. Seither konnte sich die ambulante psychiatrische Behandlungspflege mit der ungeklärten Leistungszuständigkeit nur in vergleichsweise wenigen Regionen etablieren. Neben dem Aufbau der Beziehung zum Pflegenden und Sicherung der ärztlichen Behandlung steht die Intervention bei Krisen im Vordergrund. Nach einer Behandlungspflege von bis zu drei Monaten konnte in den Modellerprobungen bei rund einem Drittel der Patienten und Patientinnen die Pflege abgeschlossen werden.

Wie sieht die Partnerschaft im psychiatrischen Alltag mit der ambulanten psychiatrischen Behandlungspflege aus?

In den Auswertungen der einzelnen Modellerprobungen ist zu erkennen, dass über 30 Prozent der Betreuungszeit für den lebenspraktischen Bereich wie Einkaufen, Ernährung, Körperpflege, Haushalt, Umgang mit Geld, Aufsuchen von Ärzten usw. vorzusehen sind. Ein Drittel der Zeit ist für die Aufnahme/Gestaltung sozialer Beziehungen, Tagesgestaltung, Entwicklung der Fähigkeiten/Fertigkeiten, Krisenbewältigung sowie Einzel- und Gruppentermine vorzusehen. Den Rest beanspruchen die institutionellen Tätigkeiten ohne Klienten wie Team- und Dienstgespräche, Dokumentation und Bürotätigkeiten, die indirekten Leistungen. Das Ziel, die Klientinnen in die Unabhängigkeit und Selbstständigkeit zu führen und zu entlassen, ist bei der ungeklärten Leistungszuständigkeit eine Absicht nur für Privilegierte.

Berufliche Integration

Mit dem Verlust der Arbeit geht für die meisten Psychiatrie-Erfahrenen ein Verlust des Sozialstatus, der inhaltlichen und zeitlichen Tagesstrukturierung und der sozialen Beziehungen einher. Bisher besteht die berufliche Rehabilitation fast ausschließlich im Besuch der »Werkstatt für Behinderte« als Einrichtung des besonderen Arbeitsmarktes. Die Aufgabenstellung einer solchen Einrichtung liegt in einer Beschäftigung von psychisch behinderten Menschen, die nicht in der Lage sind, einer Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachzugehen. Aufgabenimmanent für jede Werkstatt für Behinderte ist die Suche nach Möglichkeiten für die Eingliederung in das allgemeine Arbeitsleben. Eine Vermittlung auf einen beschützten Arbeitsmarkt wäre eine Zwischenlösung vor der Vermittlung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt.

Wie sieht die Partnerschaft im psychiatrischen Alltag der beruflichen Integration aus?

Bisher ist die Vermittlung von der Werkstatt für Behinderte auf den allgemeinen Arbeitsmarkt sehr gering. Die rechtliche Absicherung von Integrationsbetrieben und -projekten wäre eine Zwischenlösung, die die Arbeitsbedingungen hinsichtlich der Arbeitszeit, des Arbeitsklimas und der Arbeitsorganisation so gestalten, dass den spezifischen Bedürfnissen Rechnung getragen würde. Hier finden auch nicht handwerklich begabte Menschen einen Arbeitsplatz im Dienstleistungsbereich und der Leitung der Arbeit.

Wie funktioniert der Ansatz »Verhandeln statt Behandeln« im komplementären Alltag?

Der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) beinhaltet konzeptionell ein hohes Maß an Verhandlung statt Behandlung.

Ebenso richtet sich das persönliche Budget auf größtmögliche Autonomie des psychisch Behinderten, der seine Bedürfnisse entsprechend seinen fehlenden Fähigkeiten und Fertigkeiten frei wählen kann. Bisher haben wir keine Auswahl- und Entscheidungsmöglichkeiten in der beruflichen Integration entsprechend unseren

Fähigkeiten. Sind wir auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausgeschieden, steht uns nur die Berentung, Sozialhilfe, Umschulung und das handwerkliche Arbeiten in der Werkstatt für Behinderte zur Verfügung. Die Möglichkeit für ein Verhandeln ist hier, auf Grund der Diskriminierung und der Rahmenbedingungen, nicht gegeben.

Beispiele der partnerschaftlichen Vereinigungen der Selbsthilfebewegung

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. (BPE)

Neben der organisatorischen Anbindung an den Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V. sind wir Mitglied in der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte, arbeiten im Deutschen Behindertenrat und international im europäischen Netzwerk von Psychiatriebetroffenen, einer anerkannten Beraterorganisation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Europäischen Kommission, sowie im Weltverband von Psychiatriebetroffenen mit. Wir geben Stellungnahmen zu nationalen und internationalen gesetzlichen Vorhaben ab, veranstalten mit dem Dachverband Tagungen und veranstalten jährlich eine dreitägige Mitgliederversammlung zu aktuellen Themen in einer Jugendherberge. Mitglieder des Bundesverbands führen nationale und internationale Seminare durch und halten Vorträge vor Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen, psychiatrischem Fachpersonal und Interessierten. Der Bundesverband bietet seinen Mitgliedern neben der Unterstützung zum Aufbau einer Selbsthilfegruppe, eine telefonische Sozialhilfeberatung, Beratung bei Computerproblemen sowie Rechtsberatung an. In der Rechtsberatung wird bis zu 50 Prozent das Problem der Akteneinsicht vorgetragen. Eine große Nachfrage nach ihren Erfahrungen haben die verschiedenen Arbeitsgruppen wie Forensik und berufliche Integration. Neben diesen Informationen werden Buchbesprechungen, Aktivitäten des Vorstandes und anderer Verbände, Organisation, Gruppen und Einzelpersonen im vierteljährlich erscheinenden Rundbrief mitgeteilt. Seit 1999 bietet der Bundesverband eine Psychopharmaka-Beratung von einem Psychiatrie-Erfahrenen an, die sehr stark in Anspruch genommen wird, das Netzwerk »Stimmenhörer«, das Forschungsprojekt »Psychose- und Depressionserfahrene erforschen sich selbst« und vieles mehr. Seit August 2000 hat ein

ehemaliges Vorstandsmitglied des Bundesverbandes in Kooperation mit dem Dachverband eine 0,25 Stelle für Öffentlichkeitsarbeit, finanziert vom Bundesministerium für Gesundheit. Weiter gibt es, auf Anregung von Dorothea Buck und dem Bundesverband, in über hundert Orten in Deutschland Ortsgruppen und darüber hinaus Psychose-Seminare und Trialoggespräche.

Wie sieht die Partnerschaft im psychiatrischen Alltag der partnerschaftlichen Vereinigungen der Selbsthilfebewegung aus?

In den internationalen psychiatrischen Selbsthilfeorganisationen ist der Bundesverband anerkannt und hat meinungsbildenden Einfluss. In den Gremien mit psychiatrischem und nicht psychiatrischem Fachpersonal werden wir reserviert aufgenommen. Die partnerschaftliche Nachfrage nach unseren Erfahrungen und Erlebnissen vor, in und nach den psychischen Episoden sowie die Vor- und Nachteile der Psychopharmaka-Behandlung und die Informationen aus den Arbeitsgruppen erfährt eine immer größere Nachfrage.

Landesorganisationen der Psychiatrie-Erfahrenen

Bis heute sind dem Bundesverband 14 Landesorganisationen angegliedert, die den erweiterten Vorstand repräsentieren. Seit 1983 ist Ursula Zingler Mitglied der PSAG Stuttgart. Sie setzte sich über die Jahre dafür ein, dass eine Beschwerdestelle für psychisch kranke Menschen eingerichtet wird. Die Beschwerdestelle nahm 1993 ihre Arbeit auf. Sie fand bundesweite Nachahmung wie z.B. in Bielefeld, wobei die Mitglieder in Stuttgart und Bielefeld bis heute ehrenamtlich arbeiten. Landesorganisationen stellen Vertreter im Landespsychiatriebeirat, Landesarbeitskreis Psychiatrie und regionalen Psychiatriebeiräten – ein Psychiatrie-Erfahrener ist z.B. stellvertretender Vorsitzender des regionalen Psychiatriebeirates, ein anderer ist Mitglied in der Besuchskommission der Forensik. Wir arbeiten in landesweiten Behindertenverbänden mit und veranstalten selbst oder in Kooperation mit anderen Verbänden jährlich Tagungen.

Psychiatrie-Erfahrene haben in einer psychiatrischen Klinik eine Kochgruppe eingerichtet und bieten eine kognitive verhaltenstherapeutische Psychotherapie an.

Psychiatrie-Erfahrene übernehmen (nicht nur in Kooperation

mit anderen) Verantwortung, so hat z.B. Wolfgang Voelzke als Psychiatriekoordinator die verantwortungsvolle Aufgabe der Koordination und Steuerung psychiatrischer Versorgung für die Region Bielefeld übernommen. Am 5. Oktober 2000 wurde in Stuttgart der Verein »Offene Herberge« gegründet. Von den fünf Vorstandsmitgliedern sind vier Psychiatrie-Erfahrene. Auch der Vorsitzende ist Psychiatrie-Erfahrener. Das geplante Projekt besteht aus vier Elementen: der »Villa Zuflucht«, der Therapeutischen Wohngemeinschaft, der Kriseninterventionseinheit und dem »Clubhaus«.

Wie sieht die Partnerschaft im psychiatrischen Alltag der Landesorganisationen aus?

Für die 14 Landesorganisationen ist keine einheitliche Aussage hinsichtlich der Partnerschaft mit psychiatrischem und nichtpsychiatrischem Fachpersonal zu treffen. Einzelne Organisationen und Ortsgruppen haben eine gute Partnerschaft mit dem Fachpersonal und erhalten eine ministerielle, logistische und finanzielle Unterstützung. Manche Landesorganisationen bestehen als Arbeitsgemeinschaften ohne Anbindung an andere Behindertenverbände und Organisationen und werden vom Bundesverband unterstützt. Psychiatrie-Erfahrene wie Dorothea Buck, Wolfgang Voelzke, Ursula Zingler usw. konnten mit einer guten verantwortungsvollen Arbeit vor Ort die Akzeptanz in der Partnerschaft mit dem Fachpersonal vorbereiten.

Wie steht es mit dem Verhandeln statt Behandeln in dem Bundesverband und den Landesorganisationen aus?

Der geschäftsführende Vorstand des Bundesverbands, der aus sieben gleichberechtigten Geschäftsführerinnen und -führern besteht, legt Wert auf eine Kultur des Verhandelns. Nur in wenigen Organisationen können wir über die aus den dreißiger Jahren bestehenden benachteiligenden Gesetze sprechen. Einzelne Personen des Bundesverbands und der Landesorganisationen werden als gleichberechtigte Partnerinnen zum Verhandeln eingeladen und fachlich akzeptiert. Einige Vorzeige-Psychiatrie-Erfahrene können das Eis und die Diskriminierung brechen und Vorreiter sein für mehr individuelles und partnerschaftliches Verhandeln statt Behandeln im stationären und komplementären Bereich.

Vision der zukünftigen Situation im psychiatrischem Alltag

Die erste Vision von Wolfgang Voelzke *»Zuerst in den Köpfen und Herzen unserer Gesprächspartner, später in der Praxis, in der einzelne engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tätig sind«* möchte ich ergänzen mit *»Ab jetzt wollen wir für uns selbst und für andere Verantwortung übernehmen – von der Praxis in die Verantwortung«.* Dazu einige Beispiele, wie das Szenario in der stationären Psychiatrie und in der Krisenintervention aussehen soll:

- Psychisch kranke Menschen können zwischen herkömmlicher und alternativer Psychiatrie wählen, die von den Krankenkassen anerkannt sind.
- Alle Menschen, die mehrfach in der stationären Psychiatrie gewesen sind, haben einklagbare Behandlungsverträge und tragen Krisenpässe, die landesweit anerkannt sind.
- Psychisch kranke Menschen können zwischen ambulant und stationär wählen.
- Psychiatrie-Erfahrene sind in die Dienste der stationären Psychiatrie, in psychosoziale Einrichtungen und Krisenintervention integriert und übernehmen gegen Bezahlung mit ihrer Doppelerfahrung leitende, pflegende, psychologische und medizinische Verantwortung.

Im komplementären Alltag werden gegenwärtig die institutionsübergreifenden Konzepte entwickelt und umgesetzt. Hier ist das Szenario differenzierter:

- Das Konzept des Integrierten Rehabilitations- und Behandlungsplans wird auf den gesamten komplementären Alltag ausgeweitet, die Finanzierung wird neben dem Sozialhilfeträger anteilig von der Krankenkasse übernommen.
- Die Psychiatrie-Erfahrenen sind als Anwälte bei der Erstellung des IBRP anwesend und werden in der Aufnahmekonferenz zu den Problemen gehört.
- Psychiatrie-Erfahrene unterstützen und beraten psychisch behinderte Menschen in dem persönlichen Budget in allen Bundesländern und werden im Begutachtungsverfahren gehört.
- Psychiatrie-Erfahrene arbeiten und leiten handwerklich- und dienstleistungsorientierte Integrationsfirmen und -projekte. Die flexible Arbeitszeit ist auf jeden Psychiatrie-Erfahrenen zugeschnitten.

- Psychiatrie-Erfahrene nehmen die Position von Patientenvertrauenspersonen ein.

In der institutionellen Partnerschaft der Selbsthilfebewegung sieht das Szenario wiederum anders aus.

- Es gibt keine rechtlichen Benachteiligungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen und die Psychiatrie-Erfahrenen sind in Forschung und Lehre integriert.
- Medizinische, juristische, psychologische und andere Beratungsdienste werden vom Bundesverband landesweit angeboten mit der Möglichkeit des Verbandsklagerechts.
- Psychiatrie-Erfahrene sind in allen Behindertenverbänden und Organisationen bundes- und landesweit gleichberechtigtes Mitglied und übernehmen Verantwortung auch für andere Behindertenverbände.
- Auch in der Verwaltung tätige Mitarbeiterinnen haben Doppelerfahrung.
- Die Mitgliedschaft im Bundesverband und den Landesorganisationen bedeutet keine Stigmatisierung, sondern ist selbstverständlich für alle Menschen, die psychische Krisen erlebt haben.
- Die Verbände und Organisationen werden von den Ministerien, Krankenkassen und anderen Organisationen bevorzugt unterstützt.

Fazit

Bei der Analyse der letzten 25 Jahre trafen sich Psychiatrie-Erfahrene und psychiatrisches Fachpersonal zu einer teilweise fruchtbaren Kommunikation. Die Konzepte der Selbsthilfebewegung zur stationären und ambulanten psychiatrischen Versorgung sowie zu partnerschaftlichen Vereinigungen sehen eine Kooperation vor, in der keine Bedingungen gestellt werden. Der Dialog der Professionellen mit Vertretern des BPE besteht – vorausgesetzt, die Betroffenen fügen sich in vorgegebenen Strukturen ein.

Literatur

Ausgewählte, nicht übliche Literatur

Bock, Th. (1997): Lichtjahre. Psychosen ohne Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Bock, Th.; Deranders, J.E.; Esterer, I. (1996): Stimmenreich. Mitteilungen über den Wahnsinn. 5., unveränderte Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Braun, J.; Kettler, U. (1996): Selbsthilfe 2000: Perspektiven der Selbsthilfe und ihrer infrastrukturellen Förderung. 2. Auflage. Leibzig/Berlin: ISAB Verlag

Dietz, A.; Pörksen, N.; Voelzke, W. (1998): Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Finzen, A. (1996): »Der Verwaltungsrat ist schizophren«: Die Krankheit und das Stigma. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Finzen, A. (2000): Schizophrenie – die Krankheit verstehen. Bonn: Psychiatrie Verlag

Kempker, K. (1998): Flucht in die Wirklichkeit. Das Berliner Weglaufhaus. Berlin: Antipsychiatrie Verlag

Kempker, K. (2000): Mitgift. Notizen vom Verschwinden. Berlin: Antipsychiatrie Verlag

Kempker, K.; Lehmann, P. (1993): Statt Psychiatrie. Berlin: Antipsychiatrie Verlag

Knuf, A.; Gartelmann, A. (1997): Bevor die Stimmen wiederkommen – Vorsorge und Selbsthilfe bei psychotischen Krisen. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Lehmann, P. (1996): Schöne neue Psychiatrie. Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken (Band 1). Berlin: Antipsychiatrie Verlag

Lehmann, P. (1996): Schöne neue Psychiatrie. Wie Psychopharmaka den Körper verändern (Band 2). Berlin: Antipsychiatrie Verlag

Lehmann, P. (1998): Psychopharmaka absetzen. Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Lithium, Carbamazepin und Tranquilizern. Berlin: Antipsychiatrie Verlag

Lehmann, P. (1990): Der chemische Knebel. Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen. 2. Auflage Berlin: Antipsychiatrie Verlag

Stark, F.-M.; Bremer, F.; Esterer, I. (1997): Ich bin doch nicht verrückt...: erste Konfrontationen mit psychischer Krise und Erkrankung. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Weber, P.; Steier, F. (1998): Arbeit schaffen. Initiativen, Hilfen, Perspektiven für psychisch Kranke. Bonn: Psychiatrie Verlag

Wehde, U. (1991): Das Weglaufhaus. Zufluchtsort für Psychiatrie-Betroffene. Berlin: Antipsychiatrie Verlag

Werner, R. (1995): Alternatives to the Hospital for Acute Psychiatric Treatment. Washington, D.C.: American Psychiatric Press

Werner, W. (1998): Auflösung ist machbar. Vom Großkrankenhaus zur Dezentralisierung. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Zehentbauer, J. (1997): Chemie für die Seele. 8., aktualisierte Auflage. München: Arbeitsgemeinschaft sozialpolitischer Arbeitskreise

Zerchin, S. (1990): Auf der Spur des Morgensterns – Psychose als Selbstfindung. München: List

Aufsätze und Vorträge

Bellion, R. (1998) : Subjektives Erleben und individuelle Selbsthilfe. In: Bock, Th., Weigand, H.: Hand-werks-buch Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag 4., vollständig überarb. Auflage Bonn

Bellion, R. (1998): Die Zeit danach. In: P. Lehmann, Psychopharmaka absetzen. Berlin

Buck, D. (1990): 50 Jahre nach Beginn der »Euthanasie Morde«. 41. Gütersloher Fortbildungswoche

Buck, D. (1994): Die Psychose – eine therapeutisch noch ungenutzte Bildersprache der Seele. Plädoyer einer Betroffenen. In: Hamburger Ärzteblatt, Heft 5, 10 Mai

Buck, D. (2000): Zur Einweihung des Erinnerungs- und Mahnmals für die in Bethel von 1934–45 zwangssterilisierten Menschen am 18. Juni 2000

Buck D. (Pseudonym: Zerchin, S.) (2000): Das Leiden am medizinischen Krankheitsmodell der (Gemeinde)-Psychiatrie. Vortrag beim Reha-Kongress am 5. Mai 2000 in Hamburg

Kettler, U. (1998): Selbsthilfe im gemeindeorientierten Psychiatrieverbund. Zur Partizipation psychiatrieerfahrener Menschen und ihrer Angehörigen In: Selbsthilfegruppen Nachrichten

Lehmann, P. (1999): Förderung der psychischen Gesundheit und Vermeidung psychischer Störungen durch Empowerment: Ist Psychiatriepolitik ohne echte Beteiligung der Psychiatriebetroffenen möglich? Vortrag bei der Europäischen Konferenz »Förderung der psychischen Gesundheit und der sozialen Integration« Tampere (Finnland) 10.–13.10.1999

Lehmann, P. (1997): Psychopharmaka nehmen oder ablehnen? Psychiatrie reformieren oder abschaffen? Ein unauflösbarer Widerspruch? Rede bei der Tagung des BPE e.V. in Kassel 12. Oktober 1997. Antipsychiatrie Verlag

Lehmann, P. (1997) : Soteria und Empowerment. Antipsychiatrie Verlag

Voelzke, W. (1994): Auf dem Weg zum Trialog. Macht und Ohnmacht in den Beziehungen zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Professionellen. Psychosoziale Umschau 2

Voelzke, W. (1997): Experte für die eigene Erkrankung. In: Wienberg, G.: Schizophrenie zum Thema machen 2. Auflage Bonn: Psychiatrie-Verlag

Voelzke, W. (1996): Mit Psychosen leben lernen. Kerbe

Voelzke, W. (1995): Psychiatrie demokratisieren. Soziale Psychiatrie 4
Voelzke, W. (1998): Selbstorganisation Psychiatrie-Erfahrener; Referat für die Fortbildungsreihe im Psychiatrischen Krankenhaus Herborn, 20.1.1998
Voelzke, W.; Prins, S. (1993): Auf dem Weg zum psychiatrischen Krankenhaus der Zukunft aus Sicht Psychiatrie-Erfahrener. In: Dörner, K.: Akutpsychiatrie. 44. Gütersloher Fortbildungswoche
Voelzke, W.; Zingler U. (1992): Ab heute wird man mit uns rechnen müssen. Psychosoziale Umschau 4
Wagner, F.-J. (2000): Löchrige Vernetzung? Gemeindepsychiatrische Versorgung. Kerbe 2
Wagner, F.-J. (1999): Psychisch Kranke gehen in die Offensive. Psych. Pflege 5
Wagner, F.-J. (2000): Psychisch Kranke gehen in die Offensive. Selbsthilfe 2
Wagner, F.-J.: Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener in Rheinland-Pfalz. Kerbe 1/1998
Wagner, F.-J. (1998): Vorstellung des Landesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen (LVPE). moderne zeiten 1
Wagner, F.-J. (1997) Alternativen in der Akutpsychiatrie. Kerbe 4
Wagner, F.-J. (2000): Unterschied zwischen gesunden und kranken Tagen? In: Bilder aus gesunden und kranken Tagen. Herausgeber: Verein zur Unterstützung gemeindenaher Psychiatrie in Rheinland-Pfalz, Badenheim
Zingler, U. (1994): Der steinige Weg zur Stuttgarter Beschwerdestelle. Psychosoziale Umschau 4

Dokumentationen

Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V. (1998): Krisenintervention im ländlichen Raum; Fachtagung am 24.10.1998 in Trier
Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V. (1999): Neue Wege für psychisch Kranke – Integrationsfirmen; Fachtagung am 25.09.1999 in Mainz

Wir Betroffene brauchen Patientinnenanwälte und eine zeitgemäße Rehabilitation

Regina Kucharski

Hallo liebe Leserin und lieber Leser der Tagungssdokumentation,

da Herr Franz-Josef Wagner am Tag seines Referats aus gesundheitlichen Gründen verhindert war, bin ich, Regina Kucharski, ebenfalls Vorstandsmitglied des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE) als Stellvertreterin für den BPE delegiert worden. In dem folgenden Text möchte ich die paar Punkte aufführen, die ich als Vortragende dem Referat von Franz-Josef Wagner hinzugefügt habe:

In meiner Rede habe ich mich vermehrt für Teilzeitarbeitsplätze für uns Betroffene eingesetzt. Es ist ein Widerspruch, wenn man uns immer wieder eine höhere Stressanfälligkeit nachsagt, aber einem selbst nach zehn Jahren Rehabilitation immer noch für den Vollzeithochleistungsarbeitsmarkt »normalisieren« will. Das nützt zwar den in der Rehabilitation arbeitenden Professionellen, aber nicht uns. Aber nicht nur wegen unserer Stressanfälligkeit werden wir ausgegrenzt, sondern auch, weil wir durch die zunehmende Komprimierung der Ausbildungen und Fortbildungen zeitlich und inhaltlich von Bildung praktisch ausgeschlossen werden. Denn diese werden immer weniger von uns Betroffenen schaffen. Und häufig fehlen uns dann die nötigen Qualifikationen im Wettbewerb mit anderen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern. Um hier mit dem Benachteiligungsverbot von behinderten Menschen auch für Psychiatrie-Erfahrene ernst zu machen, ist es geboten, Teilzeitausbildungen und -umschulungen anzubieten, auch in höher- und hoch qualifizierten Berufen. Ebenso ist Psychiatrie-Erfahrenen ein Teilzeitstudium zu ermöglichen, vor allem durch die finanzielle Förderung der längeren Studienzeit, wobei die Förderung auch ruhig ein bisschen höher sein kann, damit man sich nicht wieder durch jobben überfordern muss.

Da es bei einigen von uns immer wieder zu Einbrüchen kommt, sind Rehamaßnahmen in modularisierter Form anzubieten mit der Möglichkeit des Erwerbs von anerkannten Teilfeldqualifikationen, und natürlich auch mit der Möglichkeit bei Unterbrechung zu einem späteren Zeitpunkt die Vollqualifikation zu erwerben. Dies hätte

den Vorteil, dass wenn man wegen Krankheit nach z.B. eineinhalb Jahren seine Ausbildung abbrechen muss, man wenigstens einen Abschluss über erworbene Teilfeldqualifikationen vorweisen kann anstatt eine abgebrochene Ausbildung.

Außerdem übe ich auch Kritik an der so genannten viel gelobten Versorgungsverpflichtung. Anders als dieses Wort propagiert, sichert es nicht unbedingt dem Psychiatrie-Erfahrenen die notwendige Behandlung und/oder psychosoziale Assistenz, aber dafür den Kliniken und sonstigen Einrichtungen ihre Patientinnen und Klientinnen. Häufig gibt es in den Versorgungsgebieten wenige Diagnoseetiketten, auf die man sich fokussiert und der Rest der Psychiatrie-Erfahrenen muss halt sehen, wo er bleibt. So hat die Psychiatrie-Reform Menschen mit Gewalterfahrung, wie z.B. Menschen mit multipler Persönlichkeitsstörung, Menschen mit Zwangserkrankungen, Menschen mit ADS oder autistischen Störungen einfach links liegen gelassen. Deshalb wollen wir, dass wir unsere pflichtversorgende Klinik selbst bestimmen und festlegen können. Vorsorgevollmachten sind vielleicht da ein erster Schritt.

Viele von den Vergessenen unter uns haben ein eher trauriges Lebensschicksal. Ihr Leben findet nicht, wie von der Psychiatrie-Reform vorgesehen, mitten in der Gemeinde statt. Nein, viele verbringen ihr Leben in viel zu großen, teils noch weit abgelegenen Heimen und leben nicht immer allein in einem Zimmer. Ohnehin ist die Bilanz der Psychiatrie-Reform aus Psychiatrie-Erfahrenen-Sicht angesichts der 25-jährigen Reformzeit eher als mies zu bezeichnen. Zwar wurden im klinischen Bereich fleißig Betten abgebaut, aber dies hat der Heimbereich problemlos wieder wettgemacht, sodass wir heute mindestens die doppelte Zahl an stationären Betten wie vor der Psychiatrie-Reform haben!

Trotzdem wimmelt es nur so von Hochglanzbroschüren, die hohe Qualität suggerieren. Das mag verstehen, wer will. Aber scheinbar fehlt auch dem psychiatrischen System wie dem Gesundheitswesen im Allgemeinen die nötige Patientinnen- bzw. Klientinnenorientierung, Zielorientierung und vielleicht auch die nötige Qualitätsorientierung. Deswegen haben wir uns im Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. über eine Einrichtung Gedanken gemacht, die die Rechte von uns in den Mittelpunkt stellt, die Strukturmängel aus der praktischen Arbeit möglichst zeitnah aufzeigt und Sanktionsmöglichkeiten gegenüber Institutionen hat. Und außerdem soll diese Einrichtung möglichst alle von uns erreichen, auch die stark isolierten Betroffenen, denn viele von uns sind mit Behandlungsvereinbarungen u.Ä. schlicht überfordert. Vielleicht wird es dann wahr, dass mehr Psychiatrie-Erfahrene ein selbstbestimmtes Leben leben, anstatt isoliert in gemeindepsychiatrischen Ghettos »integriert« zu werden oder noch schlimmer in Heimen verwahrt zu werden. Wir wollen deshalb unabhängige, hauptamtliche und der Betroffenensicht verpflichtende Patientenvertrauensleute bzw. -anwältinnen wie z.B. in den Niederlanden oder in Österreich üblich. Wir haben dazu auf unserer Jahrestagung in Kassel am 24. September 2000 eine Resolution verabschiedet:

»Patientenvertrauensleute! – Resolution des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener e.V.«

Psychiatrie-Betroffene sind die einzigen Menschen in rechtsstaatlichen Demokratien, denen die Freiheit entzogen werden darf, ohne eine Straftat begangen zu haben und die behandelt werden dürfen, ohne dass sie einverstanden sind.

Diese Verletzung der Persönlichkeitsrechte erfordert einen Ausgleichsfaktor in Form einer unabhängigen, kompetenten und legitimierten Beschwerdeinstanz für Menschen in psychischen Notlagen, denen Unrecht widerfahren ist oder widerfährt.

Deshalb fordern wir, der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener, eine einheitliche gesetzliche Verankerung mit dem Rechtsanspruch von Patientenvertrauenspersonen bzw. Patientenanwältinnen vertreten zu werden. Das Gesetz muss umfassen:

- Unabhängigkeit
- Parteilichkeit, d.h. Sichtweise des Betroffenen transportieren
- Hauptamtlichkeit (auch Teilzeit)
- An den Auftrag der Beschwerdeführerin gebunden sein
- Ständige Erreichbarkeit der Patientenvertrauensperson bzw. der Patientenanwältin, auch durch aktive Kontaktaufnahme
- Zuständig für den stationären und ambulanten Bereich, einschließlich forensischer Einrichtungen
- Befugnisse und Sanktionsmöglichkeiten gegenüber den Institutionen
- Recht und Pflicht zum Aufzeigen struktureller Mängel durch Beteiligung mit Stimmrecht in Entscheidungsgremien

- Kooperation und Vernetzung mit Betroffenengruppen
- Angemessene Qualifikation und Qualifizierung der Patientenvertrauensleute bzw. der Patientenanwältin
- Beteiligung mit Vetorecht bei der Wahl von Patientenvertrauenspersonen bzw. Patientenanwältin durch Psychiatrie-Betroffene
- Kontrollinstanz mit Sanktionsmöglichkeiten der Arbeit der Patientenvertrauensperson bzw. der Patientenanwältin durch Psychiatrie-Betroffene

Wir hoffen um eine baldige Umsetzung. Aber vielleicht fehlt ja noch der nötige Leidensdruck bei Kostenträgern und »Leistungsträgern«. Denn Systeme, die sich selbst zum Zweck haben, werden in einer modernen Gesellschaft irgendwann wegrationalisiert.

Gemeindepsychiatrischer Alltag – die Last der Angehörigen?

Rose-Marie Seelhorst

Sehr geehrte Damen und Herren,

einige von Ihnen werden sich vielleicht noch an mich erinnern. Im November 1998 hatte ich die Gelegenheit, zu Ihnen über »Qualität und Steuerung in der regionalen psychiatrischen Versorgung« zu sprechen. Ich bin seit ca. 25 Jahren betroffene Mutter – genau lässt sich das bei psychischen Erkrankungen nicht sagen – und seit etwa 15 Jahren intensiv in der Selbsthilfe der Angehörigen tätig. Zweifellos hat sich das Gesicht der Psychiatrie in Deutschland seit der Veröffentlichung der Psychiatrie-Enquete verändert. Ich erinnere mich noch an die großen Schlafsäle im Landeskrankenhaus Wunstorf und die hohen Mauern um das Gelände. Ich erinnere mich aber auch an die Umbruchstimmung unter den Ärztinnen, vor allem der damals noch jungen, wo eine große Bereitschaft herrschte, sich einzusetzen, etwas zu unternehmen, die psychiatrische Versorgung zu verbessern. Was geschah? Nach und nach wurden die psychiatrischen Krankenhäuser saniert. Die Räume und sanitären Einrichtungen befinden sich heute auf einem ähnlichen Niveau, wie wir sie in Krankenhäusern für somatisch Erkrankte finden. Es wurde eine Trennung zwischen Behandlungs- und Pflegefall vollzogen. Es kam vor, dass Patientinnen, die als Pflegefälle eingestuft worden waren, gleich stationsweise in Pflegeeinrichtungen verlegt wurden. Dadurch wurde die Distanz zur Ärztin vergrößert und rehabilitativ wurde und wird auch heute nur selten mit den Heimbewohnerinnen gearbeitet.

Die Verweildauer der Patientinnen und Patienten im psychiatrischen Krankenhaus wurde und wird noch immer weiter verkürzt. Die Folge: Der Hilfebedarf psychisch Kranker ist nach der Entlassung aus stationärer Behandlung heute größer denn je. Die Akutstationen sind häufig überfüllt, sodass Kranke im Flur liegen. Unruhe auf der Station wirkt sich auf das Klima aus, auf die Höhe der Medikamentengaben und auf die Zeit für Gespräche, Gespräche mit den Patientinnen und deren Angehörigen. Trotz aller Veränderungen erfüllt das psychiatrische Krankenhaus nur selten seine Hauptaufgabe, die Patientinnen zu beruhigen und die Betroffenen, das sind

die Patientinnen und die Angehörigen, ausreichend über die Krankheit und die Therapie zu informieren. Wenn es während der stationären Behandlung kaum Zeit für Gespräche mit den Angehörigen gab, zum Entlassungsgespräch müssten sie nun dringend geladen werden; denn jetzt erhebt sich die Frage, ob die im Krankenhaus begonnene Behandlung zu Hause fortgesetzt werden kann. Die Mühe und der Aufwand einer stationären Behandlung sollten sich doch lohnen!

Wenn man sieht, wie viele niedergelassene Psychiater und Psychiaterinnen es heute gibt, so könnte man versucht sein zu glauben, dass überall im Lande ausreichend für die medizinische Versorgung unserer psychisch Kranken gesorgt ist. Das ist leider nicht der Fall, weil es in Ballungsgebieten häufig sehr viele niedergelassene Psychiaterinnen gibt und auf dem flachen Land meist sehr wenige. Zusätzlich gibt es das Problem, dass nur ein Teil – und zwar ein kleiner Teil – der niedergelassenen Psychiaterinnen psychisch Schwerkranke, insbesondere solche, die an einer Form der Schizophrenie erkrankt sind, behandelt.

Diese Kranken brauchen Leistungen, welche die niedergelassene Psychiaterin entweder nicht ausreichend honoriert bekommt, die Sorgen um das Budget verursachen oder gar nicht verfügbar sind: Viel Zeit für Gespräche, evtl. teure Medikamente und aufsuchende Hilfe.

Inzwischen ist die Stimmung bei den niedergelassenen Ärztinnen auf einem so niedrigen Stand angelangt, dass sie sich nicht mehr scheuen, bisher erbrachte, dringend nötige Leistungen aufzukündigen. In der Stadt Hannover werden sie sich ab Januar 2001 nicht mehr an dem mühsam zustande gebrachten nervenärztlichen Hintergrunddienst beteiligen, weil sie die Honorierung für nicht ausreichend erachten. Das ist ein schmerzhafter Schritt rückwärts. Die psychisch Kranken und ihre Angehörigen waren froh, dass sie – wenn auch auf sehr mühsamen Weg – im Krisenfall eine Psychiaterin erreichen konnten, die ins Haus kam. Nun werden die PsychKG-Einweisungen wieder zunehmen, weil die Notärztin, die im seltensten Fall Psychiaterin ist, im Krisenfall lieber eine Einweisung einleiten wird, als sich auf die Beteuerungen des Kranken, nun bestünde keine Gefahr mehr, zu verlassen. Vielleicht wäre es einer kompetenten Psychiaterin in der gleichen Situation gelungen, die Patientin zu beruhigen, ihn zu überzeugen, eine niedergelassene Psychiaterin aufzusuchen oder – wenn das denn nötig ist – sich freiwillig in stationäre Behandlung zu begeben. Das wäre für die Therapie auf jeden Fall sehr förderlich.

Neulich suchte ich in unserer Geschäftsstelle in Hannover nach einer alten Unterlage und bekam dabei zufällig meinen ersten Brief als Vorsitzende unserer Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen an den damaligen niedersächsischen Sozialminister in die Hand. Ich schrieb sinngemäß, dass niemand den Angehörigen die Aufgabe abnehmen könne, sich mit der Tatsache auseinander zu setzen und abzufinden, dass ein Familienmitglied, etwa ein heranwachsendes Kind, psychisch erkrankt sei, vielleicht wegen einer paranoiden Psychose behandelt werden müsse. Aber, schrieb ich damals, ich hielte es für unerträglich und auf keinen Fall hinnehmbar, dass psychisch Kranke somatisch Kranken gegenüber benachteiligt würden und es an den nötigsten Hilfen fehle. Der Minister antwortete, dass auch er die Situation bedauere und unsere Arbeitsgemeinschaft gern mit einer Finanzierungshilfe unterstütze. Es hat sich leider bis heute nichts Grundsätzliches an meinen damals vorgetragenen Überlegungen geändert. Psychisch Kranke werden bis heute somatisch Kranken gegenüber benachteiligt.

Es gibt drei große Themenbereiche in der Psychiatrie, die eng miteinander zusammenhängen, so eng, dass Veränderungen auf einem der drei Problemfelder immer auch Auswirkungen auf die beiden anderen haben:

1. Die unglaubliche Diskriminierung, die psychisch Kranke durch die Gesellschaft erfahren.
2. Die fehlende Gleichstellung mit somatisch Kranken, die ein Zeichen von Diskriminierung ist und zu schweren Versorgungsmängeln führt.
3. Die systematische Verarmung psychisch Kranker, die sie durch Abhängigkeit von Sozialhilfeträgern erfahren.

Wenn psychisch Kranke ungenügend medizinisch behandelt werden und dazu noch bettelarm sind, werden in den meisten Fällen alle Bemühungen um eine Integration in die Gesellschaft scheitern. Solange die Diskriminierung psychisch Kranker bis in die relevanten Gesetze hinein reicht, geht es uns Angehörigen mit der Reform-Psychiatrie schlecht. Bis heute werden psychisch Kranke gegenüber

somatisch Kranken benachteiligt. Das zeigt sich bei den Krankenkassenleistungen, den Leistungen nach dem Pflegegesetz und an vielen anderen Stellen, an denen es darauf ankommt, die besonderen Bedürfnisse psychisch Kranker zu kennen und zu berücksichtigen. Wir Angehörigen sind enttäuscht, dass Psychiatrie-Politik, jedenfalls auf der Bundesebene, ohne Einbeziehung von Vertreterinnen der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen gemacht wird, obgleich es für beide Gruppen ständig stärker werdende Selbsthilfeorganisationen gibt. Unsere Gesellschaft hat an den psychisch Kranken noch viel gutzumachen. Weder die Psychiatrie-Erfahrenen noch wir Angehörigen haben auf Entschädigung für erlittene Verbrechen während der Nazizeit geklagt. Vielleicht war das ein Fehler. Vielleicht wären wir hinsichtlich der Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranken ein Stück weiter, wenn die Allgemeinheit veranlasst würde, sich mit der Psychiatrie im Dritten Reich auseinander zu setzen. Unter Diskriminierung leiden wir alle, die wir mit Psychiatrie zu tun haben. In Hannovers Schauspielhaus wird »Irre«, ein Schauspiel nach einem Roman von Rainald Goetz aufgeführt. Rainald Goetz hat in dem Roman seine Erfahrungen als junger Psychiater in einem Psychiatrischen Krankenhaus aufgearbeitet. Das Stück will zeigen, wie Ronald Goetz die psychiatrische Station erlebt hat. Patienten und Ärzte tauschen die Rollen. Es ist zum Heulen. Das Publikum lacht, über die Kranken, über die Ärzte. Begleitend zu den Aufführungen wird das Schauspielhaus Hannover mehrere Aktionstage durchführen mit Vorträgen und künstlerischen Darbietungen von psychisch Kranken. Höhepunkt wird am späten Abend des 25. November eine Podiumsdiskussion mit geladenen Teilnehmerinnen sein, die den Titel trägt »Wahnsinn wozu – Zur Abschaffung des Krankheitsbegriffes«.

Wir Angehörigen psychisch Kranker sind ebenso wie andere Psychiatrie-Vereine aus Hannover eingeladen, am 25. November einen Stand aufzubauen, um interessierten Besucherinnen einen Einblick in unsere Arbeit zu geben. Wir haben die Einladung mit Bedauern abgelehnt, weil wir der Überzeugung sind, dass allein der Titel der Podiumsdiskussion mehr Schaden anrichten wird, als durch Gespräche mit Repräsentanten von Psychiatrie-Vereinen wieder aufzufangen ist. Wir setzen uns dafür ein, dass psychisch Kranke mit somatisch Kranken gleichgestellt werden. Wir finden es unerhört, ahnungslosen und nicht betroffenen Bürgern reichlich Gelegenheit

zu geben, über Psychiater und psychisch Kranke zu spotten. In meiner Familie mit mehreren psychisch Kranken erlebe ich immer wieder, dass es sehr unterschiedlich aufgenommen wird, wer sich einen Spaß mit Ausdrücken wie »irre« oder »schizophren« erlaubt, ein Gesunder oder ein selbst Erkrankter. Auch Ausdrücke wie »Klapse« sollten Gesunde nicht verwenden. Ich denke, wir, die Angehörigen, und Sie, die Profis, sollten uns in dieser Hinsicht mehr kontrollieren. Wir sollten uns davor hüten, Ausdrücke, die häufig der Diffamierung dienen, salonfähig machen zu wollen.

Wir Angehörigen in Niedersachsen und Bremen haben uns in den vergangenen zwei Jahren intensiv mit dem Thema »Wo und durch wen findet Diskriminierung psychisch Kranker statt?« auseinander gesetzt. Nicht nur Umfragen in Niedersachsen und Bremen, sondern auch in anderen Bundesländern haben ergeben, dass sich Angehörige besonders häufig durch Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in psychiatrischen Einrichtungen gekränkt und beleidigt fühlen. Das beginnt mit der mangelhaften Gesprächsbereitschaft einer Reihe von Psychiatern und Psychiaterinnen, die auf keinen Fall mit Ausreden wie »Verschwiegenheitspflicht« zu erklären ist und setzt sich häufig im respektlosen Auftreten von Mitarbeiterinnen von Vereinen fort. Auch die Beziehung zwischen Angehörigen und gesetzlichen Betreuerinnen ist oft so schlecht, dass die Interessen des Kranken erheblich beschädigt werden. Das Ansehen in der Gesellschaft hängt davon ab, was jemand leistet. Wer wenig leistet, gilt wenig. Gesunde Kinder zu haben, die sich in der Schule und später im Beruf gut machen, gilt auch als Leistungsbeweis für gute und fähige Eltern. Erwachsene Kinder zu haben, die ganz gesund aussehen, aber nichts leisten, gar noch von Sozialhilfe leben, das gilt als Schande.

Angehörige von psychisch Kranken leben häufig hinter einer Wand von Furcht vor Entdeckung und Diffamierung durch die nichtbetroffenen Nachbarn und ferner stehenden Familienmitglieder. Wer nicht weiß, wie schwer das Leben für einen psychisch Kranken und seine nächsten Angehörigen ist, und sich einfach durch die Konfrontation mit psychischem Leiden gestört fühlt, kann leicht über einen Mitbürger sagen »Der gehört in die Anstalt!«. Lernt man den Betroffenen kennen und erfährt, was er und seine Familie durchgemacht hat, und wie froh alle sind, dass jetzt z.B. ein Leben in der eigenen Wohnung trainiert werden soll, wird u.U. anders reagiert. Information tut Not. Vor allem für die nichtbetroffenen Bürgerin-

nen und Bürger. Es wird eine Menge in der Psychiatrie gesprochen, auch im so genannten Trialog, aber, wenn es darauf ankommt, wird dann häufig doch über den Kopf der Angehörigen hinweg entschieden. Laden wir Angehörigen uns Profis zu einem Vortrag in den Gesprächskreis ein, heißt es meist von Seiten der Referentinnen »Sie, die Angehörigen, sind die Expertinnen!«, im täglichen Leben erfahren die Angehörigen dann nicht selten, dass ihre Meinung wenig gilt, dass – so kommt es uns dann zuweilen vor – nach Profi-Interessen entschieden wird. Ich habe den Eindruck, dass es auch in der Psychiatrie offenbar nicht ohne eine Hackordnung geht. Die Angehörigen, die den Kranken besonders gut kennen und häufig die größte Last zu tragen haben, stehen dabei an letzter Stelle.

Beispiel: Nach jahrelangem Aufenthalt in einer betreuten Wohngruppe zieht eine psychisch Kranke mit ihrem ebenfalls psychisch kranken Freund in eine eigene Wohnung. Es geht beiden meistens gut. Beide haben Arbeit. Damit der Übergang zur größeren Selbstständigkeit ohne Desaster verläuft, kümmert sich in der Folgezeit eine Mitarbeiterin des Vereins, der vor Ort das Betreute Wohnen anbietet, um die beiden Kranken. Sie tut das, indem sie sich mit den Kranken in einem nahen Café trifft. Eine ganze Weile geht das ganz gut. Dann erzählt mir die Mutter, die nicht am gleichen Ort wohnt, von chaotischen Zuständen in der Wohnung der Kranken. Sie spricht mit der Betreuerin. Diese lehnt es ab, einen Fuß in die Wohnung der Kranken zu setzen. Es fallen Vokabeln wie »Grenzüberschreitung« etc. *Die Mutter wird einfach nicht ernst genommen.* Schließlich beschwert sich die Mutter beim zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienst über die Mitarbeiterin des Vereins. Man schaut sich die Wohnung an. Man ist entsetzt. Warum wurde der Mutter nicht geglaubt? Warum werden Kranke, die selbstständig leben, nicht routinemäßig besucht? Die betroffene junge Frau arbeitet in einer Behindertenwerkstatt. Dort war durchaus aufgefallen, dass sie in letzter Zeit häufig fehlte oder viel zu spät zur Arbeit kam. Statt mit dem Verlust des Arbeitsplatzes zu drohen, hätte ein Mitarbeiter mal einen Hausbesuch machen sollen.

Vielleicht hätte der Mitarbeiter aus der WfB, wenn er sich auf den Weg gemacht hätte, und die Kranke in ihrer Wohnung aufgesucht hätte, die Unterbringung in einem Heim empfohlen. Tatsächlich konnte die Krise aufgefangen werden, indem alle Beteiligten sich darüber klar wurden, dass *praktische Hilfe*, Stichwort »Entrümpeln«

und schlichtes Putzen nötig war. Wen wundert's, dass die beiden Kranken in einer aufgeräumten, übersichtlichen und sauberen Wohnung viel stabiler wirkten. Niemand dachte mehr an Heimunterbringung. Manchmal genügen solche alltäglichen Hilfen. Manchmal ist mehr nötig. Solange es nicht die nötigen aufsuchenden Hilfen gibt, ist das Zusammenleben mit psychisch Kranken in der Tat häufig eine Zumutung für die übrigen Hausbewohner. Deshalb fordern wir Angehörigen vor allem aufsuchende Hilfe. Dabei kann es sich um eine Grund-Reinigung der Wohnung – wie eben geschildert – oder um eine Krisenintervention in der Nacht oder um Behandlungspflege nach dem SGB V usw. handeln. Die Folge vom Fehlen dieser nötigen Hilfen führt zu Diskriminierung seitens der Nichtbetroffenen und Tabuisierung seitens der Angehörigen nach dem Motto »Hoffentlich hat keiner etwas gemerkt«. Es gibt also einen direkten Zusammenhang zwischen dem Mangel an geeigneter Hilfe und Diskriminierung und Tabuisierung. Es gibt aber auch den Zusammenhang zwischen Diskriminierung und Armut.

Solange die nötigen Hilfen, die psychisch Kranke in bestimmten Situationen brauchen, nicht über die Krankenkassen finanziert werden – vor allem ambulante psychiatrische Krankenpflege – werden ähnliche, aber nicht gleichwertige Hilfen über das BSHG angeboten. Ohne die Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranken kommen wir nicht weiter. Die Diskriminierung durch den Gesetzgeber verhindert dringend anstehende Entwicklungen in den Angeboten und führt zwingend zur Verarmung des Kranken.

Aber, wird vielleicht gefragt, es gibt doch vor allem in Ballungsgebieten eine wachsende Zahl von Angeboten für psychisch Kranke. Weshalb genügt es denn nicht, einfach überall Betreutes Wohnen, Tagesstätten oder Behindertenwerkstätten anzubieten. Meine Antwort, weil diese Angebote eher selten von Schwerkranken genutzt werden. Dabei könnten die meisten Schwerkranken recht unauffällig in eigenen Wohnungen oder selbst gewählten Gemeinschaften leben, wenn sie im Bedarfsfall aufsuchende Hilfe bekämen.

Aber wie geht es denn nun mit der ambulanten psychiatrischen Pflege weiter, die bisher nur in Modellregionen für einen kleinen Kreis begünstigter Kranker angeboten wird? Was wird aus der Soziotherapie? Sollen jüngere psychisch Kranke weiterhin auf Leistungen aus dem SGB XI verzichten, weil ihr Hilfebedarf einfach nicht in die Schablone der Begutachtungsrichtlinien passt?

Gegenwärtig ist es in manchen Regionen so, dass eine Gruppe sozial anpassungsfähiger Kranker eine Menge – evtl. recht überflüssiger – Zuwendungen bekommt, Betreutes Wohnen, Tagesstätte, gesetzliche Betreuung. Andere, die als schwierig gelten, bekommen allenfalls in Abständen ihre Depotspritze Haldol. Angehörigen, die sich um psychisch schwer kranke Familienmitglieder in der eigenen Wohnung kümmern, ist es Angst und Bange bei der Vorstellung, wer nach ihrem Tod für den Kranken in kritischen Zeiten sorgen soll. Die behandelnde Ärztin rührt sich – so meine Erfahrung – nicht. Die gesetzliche Betreuerin weiß womöglich gar nicht, wie es um den Kranken steht.

Besonders groß ist die Angst der Angehörigen, die mit dem Kranken zusammenleben. Hinzu kommt, dass das Zusammenleben mit einem psychisch Kranken sehr anstrengend ist. Im Grunde geht man sich furchtbar auf die Nerven. Der Kranke den Gesunden und die Gesunden dem Kranken. Aber wie soll eine Veränderung möglich sein, wenn alle Beteiligten wissen, wie wenig echte Hilfe von professioneller Stelle in Krisen geleistet wird? Obgleich das enge Zusammenleben im Elternhaus weder für den Kranken noch für die betroffenen Angehörigen eine sinnvolle Dauerlösung darstellt, ist es die gebräuchlichste Form der Versorgung psychisch Kranker. Für die Betroffenen, die Kranken und die Angehörigen ist diese Lösung der Versorgung selten eine gute, für die nicht betroffene Gesellschaft immerhin eine billige. Wen wundert es, dass auf dem Boden der Vernachlässigung der Bedürfnisse psychisch Schwerkranker der Heimbereich weiter boomt. Selten werden die Kranken in ihrer eigenen Heimatregion untergebracht, häufiger dort, wo gerade ein Platz angeboten wird. Mit Gemeindepsychiatrie hat das nichts mehr zu tun. Eine Enthospitalisierung findet nicht statt, weil die für Langzeithospitalisierte erforderlichen ambulanten Angebote nicht vorhanden sind. Es ist kein Zeichen von Herzlosigkeit, wenn alt gewordene Eltern sich damit einverstanden erklären, dass ihr psychisch kranker Sohn oder Tochter in einem Heim untergebracht wird. Es ist vielmehr die Folge von jahrelanger Überforderung. Familiäre Verbundenheit ist gerade für Kranke und Behinderte etwas sehr Wertvolles, sie zu überstrapazieren, nenne ich ein Unglück. Gerade psychisch Kranke brauchen ihre Familienangehörigen, damit es überhaupt noch jemand gibt, der ihnen entspannt zuhört und sich ein lebenslanges Interesse an ihrem Wohlergehen bewahrt.

Psychisch Kranke sollten in der Wohnform leben, die sie für sich bevorzugt hätten, wenn sie nicht krank geworden wären, nämlich allein, mit einem Partner/einer Partnerin oder mit Freunden und Freundinnen. Wie soll das aber unter den gegebenen Umständen möglich sein? Das Betreute Wohnen stellt nicht die gewünschte Lösung dar, weil der gelegentliche Besuch eines Profis in Krisen nicht genügt und zwischendurch überflüssig ist. Außerdem ist es auch eine sehr teure Hilfe. Darüber kann die Tatsache, dass es kaum Selbstzahler beim Betreuten Wohnen gibt, nicht hinwegtäuschen. Zu all den psychischen und körperlichen Belastungen bei der Begleitung eines psychisch Kranken kommen die großen finanziellen Sorgen. Diese sind besonders groß, wenn der Betroffene so früh im Leben erkrankte, dass er sich noch keinen Anspruch auf Erwerbsunfähigkeits-Rente erarbeiten konnte. Diese Kranken – und das ist ein sehr großer Teil – sind auf Sozialhilfe angewiesen. Das ist nicht nur für den Kranken sondern auch für seine Eltern hart, die sich an den Kosten bis zur eigenen Armutsgrenze beteiligen müssen. Das Thema »finanzielle Absicherung« spielt deshalb eine so große Rolle, weil Armut von den Betroffenen zusätzlich zu der Belastung durch die Krankheit auch noch starke Einschränkungen verlangt, verhindert, dass sie sich dort sozial wieder einfädeln, wo sie durch die Erkrankung herausgefallen sind. Auf Sozialhilfe angewiesen zu sein, schränkt die Lust auf eine Tätigkeit, die mit den verbliebenen Kräften zu leisten wäre, erheblich ein, weil alle Entgelte auf die Sozialhilfe angerechnet werden. Das mag bei dem größten Teil von Sozialhilfeempfängern durchaus richtig und angemessen sein. Für psychisch Kranke ist es das nicht. Ich finde es krass ungerecht, dass zu der Bürde einer frühen Erkrankung auch noch die Einschränkungen kommen, die bekanntlich mit dem Empfang von Hilfe zum Lebensunterhalt verbunden sind. Deshalb sollten wir alle uns dafür einsetzen, dass Kranke und Behinderte, die sich keinen eigenen Rentenanspruch erarbeiten konnten, eine Grundrente bekommen. Als sich die ersten Schwierigkeiten in meiner Familie mit einem später erkrankenden Sohn zeigten, riet mir eine Therapeutin, nicht einfach die wachsende Bürde auf mich zu nehmen, sondern zu sagen, was mir zu viel ist. Wir Angehörigen sagen seit Jahren, welche Unterstützung wir brauchen, ohne sie zu bekommen. Ich kann für mich nicht sagen, dass dieses wiederholte Anfordern dringend nötiger Hilfe zu einem Gefühl der Erleichterung führt. Wir wissen rein theoretisch,

dass jede Teilnehmerin und jeder Teilnehmer dieser Veranstaltung seinen eigenen Blickwinkel auf die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung hat, und wie schwer es fällt, sich einmal in die Lage des anderen zu versetzen. Aber genau diese Fähigkeit müssen wir trainieren.

Ich habe mich mit meinen Darstellungen intensiv darum bemüht, mich ganz auf den Blickwinkel der Angehörigen zu konzentrieren. Das ist nicht so einfach, wie Sie vielleicht denken, weil ich so viel, so intensiven und so guten Kontakt zu Profis habe, dass ich immer wieder versucht bin, mir deren Standpunkt anzueignen. Es darf uns nicht zuerst um »Bestandsschutz« gehen. Wir müssen uns kritisch mit dem Geschaffenen auseinander setzen und uns auf die Not der Schwerkranken konzentrieren. Die so genannten schwierigen Patientinnen, die bisher wenig oder gar nicht erreicht wurden, müssen mit den geeigneten Angeboten umworben werden. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Psychiatrie-Reform und ‘68[1]

Franz-Werner Kersting

I. Problemstellung

»Am 9.7.1970 hat der Verwaltungsrat mit fünf Stimmen gegen die Stimme von Herrn Prof. Puppe [Dieter Puppe/Heidelberger Mathematiker] … nach mehrtägiger Besetzung der Diensträume des Rektors die Forderungen des ›Sozialistischen Patientenkollektiv[s] Dr. Huber‹ weitgehend erfüllt. Ich verkenne nicht die schwere Bedrängnis und die psychische Belastung, unter denen diese Entscheidung fiel. Ich will hier nicht zu ihrem Inhalt Stellung nehmen, in den zwangsläufig eine Vielfalt irrationaler Motive und Reaktionen Eingang fanden. Die Begründung der Entscheidung, die das Rektorat veröffentlicht hat, … kann ich jedoch nicht ohne Diskussion hinnehmen, zumal sie auf eine Denkschrift über die Lage der psychiatrischen Krankenversorgung Bezug nimmt, die ich 1965 zusammen mit [Walter] v[von] Baeyer und [Karl Peter] Kisker veröffentlicht habe.« [vgl. HÄFNER et al. 1965]

Das Rektorat stellt fest, dass sich bisher nichts Grundlegendes geändert habe. Die Tatsache, dass die mühevollen und vielseitigen Anstrengungen, die an der eigenen Universität unternommen worden sind, von der Universitätsspitze nicht zur Kenntnis genommen wurden, ist enttäuschend. Seit 1965 sind unter anderem eine Beratungsstelle für Studierende, ein psychotherapeutisches Ausbildungsseminar (an der Psychosomatischen Klinik), moderne Ausbildungsprogramme für Personal und Ärztinnen, eine Tagesklinik, eine Nachtklinik, ein Übergangsheim, Patientinnenclubs und gruppenpsychotherapeutische Aktivitäten für Studierende aufgebaut worden. Es ist also zumindest in Heidelberg manches von dem verwirklicht worden, was in der zitierten Denkschrift gefordert war.

1 Leicht veränderter und aktualisierter, um den ursprünglichen Fußnotenapparat gekürzter Wiederabdruck des gleichnamigen Beitrages in: Westfälische Forschungen 48 (1998), S. 283–295. Abdruck mit freundlicher Genehmigung der Aschendorffschen Verlagsbuchhandlung Münster. Ein zweiter Wiederabdruck erscheint unter dem Titel »›1968‹ als psychiatriegeschichtliche Zäsur« in: WOLLSCHLÄGER M. (Hrsg.). Sozialpsychiatrie. Entwicklung – Kontroversen – Perspektiven (Arbeitstitel). DGVT Verlag: Tübingen voraussichtlich August 2001

Der Bedarf ist noch keineswegs voll gedeckt. Es fehlt beispielsweise an psychiatrischen Einrichtungen für Alterskranke und, trotz der beträchtlichen Erweiterung der Kapazität, an einem ausreichenden Angebot psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten für die Bevölkerung im Ganzen und für die Studierenden. Das Studentenparlament hat sich unlängst in Erkenntnis der Probleme mit Nachdruck für einen Ausbau der psychotherapeutischen Beratung eingesetzt. Die Psychiatrische Klinik, die Psychosomatische Klinik und der Unterzeichnende haben sich seit mehreren Jahren ebenfalls sehr energisch darum bemüht. In jüngster Zeit scheinen sich erste Erfolge abzuzeichnen. Soll oder kann aber das ›SPK Dr. Huber‹, wie das Rektorat meint, in diese Bresche springen? (›Der Rektor rechtfertigt sein Nachgeben mit der Sorge für Studenten, die psychotherapeutische[r] Behandlung bedürften, die ihnen von der Medizinischen Fakultät nur unzureichend zuteil wird‹ – FAZ vom 15.7.1970)

»*.... Die Sorge, dass das nach der Katastrophe des Nationalsozialismus langsam wieder keimende Vertrauen in eine Psychiatrie, die sich ihrerseits um Modernisierung energisch bemüht, durch irrationale Misstrauensepidemien erneut zerstört wird, ist groß. Die zitierte Begründung des Rektorats, die sich eine Verbesserung der psychotherapeutischen Betreuung von Studierenden durch eine Gruppe verspricht, in der mehr Sektierer- oder mittelalterliche Kreuzzugsmentalität als moderne Psychiatrie steckt, nimmt die überaus schwierige Lage der psychisch Kranken in unserem Lande allzu sehr auf die leichte Schulter.*«

Diese bemerkenswerten Zeilen entstammen einem offenen Brief, den der damalige Leiter der Sozialpsychiatrischen Klinik der Universität Heidelberg, Heinz Häfner, am 20. Juli 1970 an das Rektorat seiner Universität richtete (vgl. den Abdruck in: Basisgruppe 1972 a, S. 94–98). Rektor der Heidelberger Uni war zu diesem Zeitpunkt der Theologe Rolf Rendtorff (s. Hildebrandt 1991, bes. S. 194ff.). Das kurzlebige, aber heftig umstrittene »Sozialistische Patientenkollektiv« um den Mediziner Wolfgang Huber hatte sich im Februar 1970 zusammengetan und umfasste bei seiner Schließung im Sommer 1971 etwa 500 Patientinnen und Patienten. Seine Protagonistinnen und Sympathisantinnen verfochten eine »antipsychiatrisch«-marxistisch orientierte Konzeption und Deutung des Verhältnisses von Krankheit und Gesellschaft und radikalisierten sich schließlich bis hin zu terroristischem Denken und Handeln im Um-

feld der RAF (s. Basisgruppe 1972 a und b; Rabert 1995, S. 193ff.).

Häfners Erklärung eignet sich in doppelter Hinsicht als Ausgangspunkt einer gesellschaftsgeschichtlichen Annäherung an das Thema »Psychiatrie-Reform und '68«: Einmal spiegelt sie schlaglichtartig jene politisch-emotional aufgeladene Diskusions- und Konfliktatmosphäre, die unter dem Topos der ›68er-Bewegung‹ bis heute ihren festen Platz im kollektiven Gedächtnis der Bundesrepublik (wie auch international) hat. Gleichzeitig lenkt sie aber auch den Blick auf den – bislang allerdings weniger bekannten und erforschten – Umstand, dass die so genannte 68er-Generation mit ihren antiautoritären Programmen und Aktionen in einem spezifischen Wechselverhältnis zu bereits angelegten, längerfristigen Entwicklungstrends von Politik, Gesellschaft und Kultur stand. Die Geschichtswissenschaft hat gerade erst begonnen, sich intensiver mit diesen Entwicklungslinien zu beschäftigen (vgl. Kleßmann 1991; Gilcher-Holtey 1998; Schildt et al. 2000; Kersting 1998). Und eine dieser Linien war eben das Bemühen um die Modernisierung und Humansierung der psychiatrischen Versorgung.

Die von der Forschung zwar schon wiederholt angeschnittene (vgl. insbes. Heinrich 1997, S. 223), aber noch nicht systematischer formulierte und verfolgte Frage nach dem Überlagerungs-, Durchdringungs- und Beschleunigungsverhältnis von Psychiatrie-Reform und '68 stellen, heißt mithin, beide Phänomene und Begriffe als Chiffren *ein- und derselben* gesamtgesellschaftlichen Umbruchphase im Übergang von den 60er zu den 70er-Jahren nehmen und diese Phase auf ihre maßgeblichen Voraussetzungen, Triebkräfte, Verlaufsformen, Folgewirkungen und Kosten hin beleuchten. Am Scheitelpunkt des Auf- und Umbruchs, den die bundesdeutsche Gesellschaft damals erlebte, stand nicht nur die antiautoritäre Studentenbewegung von 1967/68, sondern auch die denkwürdige Regierungserklärung Willy Brandts vom Oktober 1969 (»Wir wollen mehr Demokratie wagen«).

Der methodische Zugriff, für den hier am Beispiel der westdeutschen Reformbewegung in der Psychiatrie plädiert wird, der aber angesichts der internationalen Dimension der beiden Phänomene auch länderübergreifend und -vergleichend denkbar und notwendig wäre, erscheint nicht nur psychiatriehistorisch reizvoll. Er kann auch mithelfen, die beim 68er-Thema bislang dominierende Per-

spektive der studentischen Akteure und Unruhen gesellschaftsgeschichtlich auszuweiten und so der zwischen den beiden Polen »Studentenrevolte« und »Kulturrevolution« oszillierenden Interpretation (vgl. Kleßmann 1991) neue Impulse zu geben.

II. »Dringliche Reformen der psychiatrischen Krankenversorgung«

Wie die Vorläufer- und Parallelinitiativen in anderen Ländern – besonders bekannt und einflussreich wurde die »Kennedy-Botschaft« von 1963 –, so verfolgte auch die westdeutsche Psychiatrie-Reform im Grunde ein dreifaches Ziel (vgl. auch H. Häfner u. H. Kunze in diesem Band): Im Zentrum stand erstens die Behebung der katastrophalen Missstände insbesondere in der stationären psychiatrischen Versorgung der großen Anstalten bzw. Landeskrankenhäuser. Zweitens sollte die rechtlich-soziale Benachteiligung der psychisch Kranken beseitigt werden. – Der dänische Psychiater Strömgren formulierte 1970 einprägsam: »Der psychisch Kranke hat das Recht, das Krankenhaus durch das gleiche Tor zu betreten wie der körperlich Kranke.« (zit. nach Finzen 1985, S. 39) – Drittens ging es schließlich vor allem um den Wechsel von der verwahrenden, kustodialen hin zu einer therapeutischen und rehabilitativen Psychiatrie, denn die alten Versorgungsstrukturen hatten sich als Barrieren einer wirklichen Entfaltung der seit den 1950er-Jahren vorhandenen neuen Möglichkeiten psychiatrischer Therapie (Psychotherapie/Pharmakotherapie) erwiesen (vgl. Tölle 1987, S. 136f.).

Diese Problemlagen und Zielsetzungen wurden schon lange vor der 68er-Protestphase fachintern virulent und in zahlreichen sektoralen Einzelinitiativen auch praktisch angegangen (s. Hanrath 2001). Exponiertere Beispiele bilden die in dem Eingangszitat Häfners aufgelisteten Initiativen der Heidelberger Universitätspsychiatrie zusammen mit der erwähnten Denkschrift von Häfner, Baeyer und Kisker, die hierin 1965 unter dem Titel »Dringliche Reformen der psychiatrischen Krankenversorgung in der Bundesrepublik« den effektiven Stand dieser Versorgung als »nationale[n] Notstand« (Häfner et al. 1965, S. 118) proklamierten und bereits alle wesentlichen Forderungen formulierten, die zehn Jahre später in der Psychiatrie-Enquete des Deutschen Bundestages ihren Niederschlag fanden (vgl. Deutscher Bundestag 1975). Schon deshalb hätte

die Denkschrift eine größere psychiatrie- und zeithistorische Beachtung verdient. Exemplarische Hervorhebung verdienen aber etwa auch die Aktivitäten von Walter Schulte, Walter Theodor Winkler, Alexander Veltin und ihren Ärztekollegen am damaligen Westfälischen Landeskrankenhaus Gütersloh (s. Hanrath 2001; autobiographisch: Krüger 1995).

Gleiches gilt im Übrigen für die fast zeitgleichen und ganz ähnlich akzentuierten Einzelstimmen und -aktionen in der ehemaligen DDR. Unlängst hat Klaus-Dieter Waldmann daran erinnert, dass man im Herbst 1967 am heutigen Vogtland-Klinikum Plauen damit begann, die psychiatrische Abteilung offen – ohne geschlossene Station – zu führen (vgl. Waldmann 1998). Vorangegangen waren hier 1963 als Ergebnis eines Internationalen Symposiums im vogtländischen Rodewisch die »Rodewischer Thesen«. Ihnen folgten dann 1974 die »Brandenburger Thesen zur therapeutischen Gemeinschaft« von Siegfried Schirmer, Karl Müller und Helmut F. Späte (vgl. ebd.). In der Erklärung von Rodewisch hieß es unter anderem: »Die psychiatrischen Krankenhäuser und Kliniken müssen ihre allgemeinen Bedingungen, unter denen sie therapieren, kritisch überprüfen. Die besonderen, aus der Anstaltstradition übernommenen Maßnahmen, die den psychisch Kranken ›anders‹ als einen anderweitig Erkrankten im Krankenhaus behandeln, sind Zug um Zug zu beseitigen. Akut und chronisch Kranke können zum überwiegenden Teil auf völlig offenen Krankenstationen geführt werden. Entscheidend für die Öffnung der Krankenstationen sind ein durchdachtes rehabilitatives Heilregime, der fürsorgliche Geist des Pflegepersonals, die damit geschaffene Heilatmosphäre und die aktive Einstellung zur komplexen Therapie. Aus vorwiegend geschlossenen Heil- und Pflegeanstalten haben sich vorwiegend offene psychiatrische Fachkrankenhäuser zu entwickeln. Das umfassende Sicherungsprinzip der Heil- und Pflegeanstalten muss einem umfassenden Fürsorgeprinzip des Fachkrankenhauses weichen.« (zit. nach ebd., S. 24)

Die praktische Umsetzung der Rodewischer und Brandenburger Thesen blieb dann allerdings aus finanziellen, personellen sowie politischen Gründen »in den Anfängen stecken« und führte »nur in wenigen Einrichtungen zu dauerhaften und tiefgreifenden Verbesserungen der Lage der psychisch Kranken« (Bundesministerium für Gesundheit 1991, S. 3). Andernorts blieben »viele Defizite und zum Teil katastrophale und menschenunwürdige Verhältnisse« bestehen (ebd., S. 7).

hurenkind

III. Reform als »Bewegung«

Gegenstand einer wirklichen *Bewegung* im Zusammenwirken von Psychiatrie, Politik und Gesellschaft wurden die skizzierten Problemlagen und Zielsetzungen aber erst als Teil und Folge des Umbruchs im Übergang zu den 70er- Jahren – was dessen gesamtgesellschaftliche (»kulturrevolutionäre«) Prägekraft und Tiefenwirkung unterstreicht. In vergleichbarer Weise hat der Umbruch ja im Übrigen auch die gemeinhin bekannteren großen »neuen sozialen Bewegungen« (Frauen-, Ökologie- und Friedensbewegung) angestoßen (vgl. Rucht 1994; Raschke 1985). Wichtige, realgeschichtlich ineinander greifende und sich wechselseitig beeinflussende Indikatoren und Träger der Formierung und Institutionalisierung der psychiatrischen Reformbewegung waren:

- die erstmaligen Diskussionen und Pläne von »Deutschem Ärztetag« und »Deutscher Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde« zur Verbesserung der psychiatrischen Krankenversorgung;
- die auf Initiative von Professionellen aus Psychiatrie und Politik gegründete Aktion Psychisch Kranke (zur politischen Durchsetzung der Patientinneninteressen);
- die Bildung des »Mannheimer Kreises« durch in Psychiatriekliniken oder benachbarten Institutionen tätige Schwestern, Pfleger, Sozialarbeiterinnen, Arbeitstherapeutinnen, Ärztinnen, Psychologinnen und Soziologinnen, aus dem dann die »Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie« (DGSP) hervorging (mit den »Sozialpsychiatrischen Informationen« als Organ ihrer Fach- und Öffentlichkeitsarbeit);
- die Gütersloher Fortbildungswoche, auf der »die vielzitierte Formel von den ›elenden und menschenunwürdigen Verhältnissen‹« in den psychiatrischen Großkrankenhäusern »geboren« wurde (Dörner 1990, S. 7);
- die in der Evangelischen Akademie Loccum stattfindende Tagung »Der psychisch Kranke und die Gesellschaft«, auf der 130 Vertreter aus Psychiatrie, Politik und Öffentlichkeit eine reformorientierte und an den Bundestagsausschuss für Jugend, Familie und Gesundheit gerichtete Resolution verabschiedeten;
- zwei öffentliche Anhörungen in diesem Ausschuss;
- schließlich die vor allem von dem CDU-Abgeordneten Walter Picard (1923–2000) angestoßene (und dem Beispiel einer ganz ähnlichen Initiative des nordrhein-westfälischen Landtages folgende) Bundestagsinitiative an die Adresse des zuständigen Ministeriums, eine »Sachverständigenkommission zur Erarbeitung eines Berichts über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik zu berufen«: die so genannte Psychiatrie-Enquete unter Leitung des Psychiaters Caspar Kulenkampff
- alles Dinge, die sich in dem kurzen Zeitraum 1970/71 ereigneten!

Nach einer ersten Zwischenbilanz von 1973 legte die Enquete-Kommission schließlich 1975 ihren Abschlussbericht vor (s. Deutscher Bundestag 1975), der dann allerdings erst 1979 im Bundestag diskutiert wurde. Parallel zur Enquete-Arbeit waren auf der Ebene der Bundesländer regionale Psychiatriepläne konzipiert und verabschiedet worden. Der Expertenbericht stellte die alten Versorgungsstrukturen radikal in Frage. Als durch und durch reformbedürftig bezeichnete er vor allem: die Größe der Krankenhäuser; ihre abgeschiedene Lage, die einer gemeindenahen Versorgung (Vor- und Nachsorge) entgegenstand; ihre großen Einzugsgebiete; die (über)lange Verweildauer ihrer Patientinnen und Patienten; ihre überfüllten Bettensäle; die Quantität und Qualität ihrer Ärztinnen- und Personalrekrutierung; schließlich auch die falsche Unterbringung vieler ihrer Patientinnen und Patienten. In den Augen der Expertinnen und Experten galten ein großer Teil der psychisch gestörten alten Menschen, das Gros der geistig Behinderten, die Alkoholabhängigen sowie die chronisch Kranken ohne zwingenden Klinikaufenthalt nicht mehr als psychiatrisch behandlungsbedürftig und damit als nicht bedürfnisgerecht untergebracht.

IV. »Vergesellschaftung der Psychiatrie«

Wie ist es nun zu erklären, dass erst ’68 den Umschlag von reformorientierten Einzelinitiativen hin zu einer Reformbewegung in der westdeutschen Psychiatrie brachte? Hierzu drei thesenhafte Anmerkungen, die unter den heuristisch verstandenen Arbeitsbegriff der »Vergesellschaftung der Psychiatrie« subsumiert werden. Das Paradigma soll die Genese, Formierung und Zielrichtung der Reformbewegung erklären und beschreiben helfen. Es besagt nicht, dass die

Psychatrie etwa (sogleich) ihre traditionelle gesellschaftliche Randständigkeit (weitgehend) abgestreift hätte. Unter diesen Vorzeichen mag sich die Wendung auch als Komplementärbegriff zu der bekannteren Formel von der »Deinstitutionalisierung der Psychiatrie« eignen.

Erstens: Im Zeichen der antiautoritären – gegen »die Institutionen« gerichteten – Gesellschafts- und Traditionskritik und einer verstärkten Sensibilität für »das Soziale«, für Menschen- und Bürgerinnenrechte, erhielt auch das Thema Psychiatrie einen bislang in dieser Form unbekannten gesellschaftspolitischen Nähr- und Resonanzboden. Es wurde »ein öffentliches Thema« über die Anstaltsmauern hinaus (Kulenkampff 1985, S. 137). Teil und Indikator dieses »plötzlichen« Interesses am Psychiatriethema war etwa die Veröffentlichung und Resonanz der Schrift von Frank Fischer »Irrenhäuser. Kranke klagen an« von 1969 (vgl. Fischer 1969). Der »Germanist und Historiker« hatte den Klinikalltag als psychiatrischer »Laie« auf eigene Faust (vor allem durch eine mehrmonatige Einstellung und Arbeit als »Hilfspfleger« an verschiedenen Anstalten) »studiert«. Bereits 1967 war in der »ZEIT« eine erste Zwischenbilanz seiner Recherchen veröffentlicht worden (vgl. ebd., S. 10f.).

Auch psychische Krankheit wurde jetzt eben verstärkt als gesellschaftliches Problem reflektiert. Eine sich antirepressiv und emanzipatorisch verstehende Gesellschafts- und Psychiatriekritik popularisierte den Begriff der amerikanischen Soziologen Everett Hughes und Erving Goffman (vgl. Burns 1992, S. 142) von der Anstalt als »totaler Institution«. Keineswegs zufällig erschien jetzt, um 1970, nicht nur Goffmans im amerikanischen Original bereits 1961 publizierte berühmte Arbeit »Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen« erstmals in einer deutschen Übersetzung (s. Goffman 1972). Auch der im Original ebenfalls bereits 1961 erschienene Klassiker des französischen Sozialphilosophen Michel Foucault über »Wahnsinn und Gesellschaft« kam nun auf Deutsch heraus (s. Foucault 1969).

Darin hatte Foucault mit seiner These von der »großen Gefangenschaft« des Wahnsinns die im Zeichen bürgerlicher Aufklärung und Vernunft vermeintlich medizinisch-humanitär und fortschrittlich motivierte und voranschreitende Psychiatriegeschichte gewissermaßen ›entzaubert‹. Die Perspektive und Rezeption Foucaults (s. Kersting et al. 1993, S. 29ff.) begründete einen revisionistischen

gesellschaftsgeschichtlichen Zugriff auf das Psychiatriethema, seine Einordnung in den breiteren Kontext von Politik, Verwaltung, Wirtschaft und Gesellschaft. Die erste Generation kritischer revisionistischer Psychiatriegeschichten wurde dann von der großen, erstmals 1969 erschienenen Studie Klaus Dörners über »Bürger und Irre« angeführt (s. Dörner 1969/TB-Neuaufl. 1984) – ein Werk, dass der Mediziner und Soziologe selbst rückblickend »zeitlich« und »inhaltlich« als »ein Produkt … der antiautoritären Studentenbewegung« sowie auch als einen der hilfreichen Impulsgeber der »Psychiatrie-Bewegung in der Bundesrepublik und in Italien« bezeichnet hat (TB-Vorwort ebd.). In der Tat erlebte sein Buch neben mehreren anderen Übersetzungen auch eine Übersetzung ins Italienische. Umgekehrt erschien 1971 bei Suhrkamp der von dem radikalen politischen italienischen Psychiatrie-Reformer Franco Basaglia herausgegebene Band »Die negierte Institution oder Die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen« (s. Basaglia 1971).

Dieser Hinweis kann zu einem zweiten Punkt überleiten: ’68 war nicht zuletzt ein eminent *mediales* Ereignis, in dem die vielfach geradezu »florierenden« Printmedien sowie Fernsehen und Rundfunk eine große Rolle spielten (s. Deutsches Literaturarchiv Marbach 1998; Sösemann 1999; Marwick 2000) – und dies eben auch, indem sie auf ausländische Größen und Fortschritte der Psychiatriebewegung aufmerksam machten und diese zu vorbildhaften Anreizen für das eigene Engagement werden ließen. Hinzu kamen Auftritte der Vorbilder in Deutschland. Dieser Strang der Vergesellschaftung des Psychiatriethemas machte viele auch mit der radikalen – freilich in sich keineswegs homogenen – Reformvariante der »Anti-Psychiatrie« bekannt, »die die Etikettierung psychischer Störungen als Krankheit ablehnt[e] und die professionellen Versorgungsstrukturen der Psychiatrie für überflüssig erklärt[e] und ablösen« wollte (Weise 1998, S. 53f.) Einer der englischen Protagonisten dieser Variante, David Cooper, auf den auch der Begriff »Antipsychiatrie« zurückgeht (vgl. Kisker 1979, S. 812), sprach zum Beispiel 1968 im Audimax der Universität Hamburg.

Die Kategorie der Vergesellschaftung kann aber auch noch eine dritte wesentliche Determinante des katalysatorischen Ineinandergreifens von Psychiatrierefom und ’68 fassen. Sie weist zugleich über die Formierungsphase der Reformbewegung hinaus auf den konkreten Alltag der Psychiatrie-Reform. Die Überwindung der alten

kustodialen Versorgungsstrukturen und die Entfaltung einer neuen therapeutischen und rehabilitativen Versorgungslandschaft und -kultur setzte die stärkere Öffnung der Psychiatrie zur Gesellschaft voraus: über ambulante, teilstationäre und komplementäre Dienste, über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen. Dies erforderte ein gesellschaftliches Klima, das mehr auf Bürgerinnen- denn auf Untertanengeist setzte und alte Hierarchien und Berührungsängste zwischen Psychiatrie und Außenwelt überwand. '68 förderte solcherart Demokratisierungs- und Liberalisierungstendenzen, die – über das Nachrücken einer jüngeren Generation – in die psychiatrischen Krankenhäuser selbst zurückwirkten: Der überkommene direktoriale Herr-im-Hause-Standpunkt (vgl. Kersting 1996, bes. S. 41ff.) und die abgehobene Stellung der Ärzte und Ärztinnen wich mehr und mehr einem eher demokratischen, kollegialen, dem Teamgedanken verpflichteten Arbeits- und Umgangsstil, auch weil jetzt weitere neue Gruppen von Professionellen (wie Psychologinnen und Sozialarbeiterinnen) stärker zu beteiligen waren. Gleichzeitig gilt, dass diese gesellschaftlich eingebundene Struktur- und Klimaveränderung auch unerlässlich war, wollte man die Patientinnenbetreuung wirklich offener, individueller und demokratischer gestalten.

V. Frühe Reformorientierung und »Vergangenheitsbewältigung«

In einer gesellschaftsgeschichtlichen Annäherung an das Thema dieses Beitrags darf ein Bezug zum Problem des spezifischen Umgangs der deutschen Nachkriegsgesellschaft mit den Erblasten der NS-Zeit nicht fehlen. In der jüngsten historischen Forschung (s. zuletzt u.a. Thamer 1998) gilt dieses Problem als ein zentrales Element vor allem der Entstehung, der »Inkubation« von '68: Danach wurden Politisierung und Gesellschaftskritik der mittleren und jüngeren Generation wesentlich von deren Unbehagen an den zahlreichen personellen Kontinuitäten aus der NS-Zeit und dem unter ihren Vätern vorherrschenden Beschweigen und Verdrängen des braunen Kapitels der eigenen Geschichte angestoßen. Diese »Inkubationsthese« lässt sich in modifizierter Form auch aus psychiatriehistorischer Sicht formulieren: Denn im Übergang von den 50er zu den 60er- Jahren findet man bei einzelnen Vertretern der mittleren und jüngeren Psychiatergeneration eine spezifische Kombination aus fachlicher Reformorientierung einerseits und Sensibilisierung für das Problem der nationalsozialistischen Erblasten andererseits.

In dieser Verbindung manifestierte sich einmal ein allgemeines Unbehagen an dem 50er-Jahre-Klima der Schlussstrichmentalität und gesellschaftlichen »Stille« (H. Lübbe) hinsichtlich der NS-Vergangenheit. In diesem Klima war manche couragierte Aufarbeitungsinitiative aus der unmittelbaren Nachkriegszeit (z. B. Mitscherlich/Mielke 1947 u. 1949; Platen-Hallermund 1948) mittlerweile versandet. Hinzu kam die Bereitschaft und das demokratisch-moralische Verpflichtungsgefühl, die Medizin-Verbrechen unter Hitler als Stachel und kritisches Korrektiv der eigenen Berufsauffassung sowie des Verhältnisses von Krankheit und Gesellschaft insgesamt anzunehmen, also Frieden (umfassend-modern verstanden), soziale Demokratie und »Vergangenheitsbewältigung« als eine *Einheit* zu sehen und zu praktizieren. Dies fiel den jüngeren Ärztinnen und Ärzten naturgemäß leichter als ihren Vätern und Müttern, Kollegen bzw. Kolleginnen und akademischen Lehrern bzw. Lehrerinnen aus der Tätergeneration. Schließlich spielten auch individuelle lebensgeschichtliche Erfahrungen in der Nachkriegszeit eine Rolle. Der historische Ort dieser Einzelstimmen und -initiativen in dem Wandel der bundesdeutschen Gesellschaft von der »Kriegs- zur Friedenskultur« (Kühne 2000) wäre noch genauer zu vermessen.

Es waren, wohlgemerkt, Einzelfälle reform- und vergangenheitsorientierter Initiativen, die vom westdeutschen ärztlichen »main stream« des Verschweigens und Verdrängens sowie der durchschnittlichen fachlichen Routine teils überlagert, teils hervorgerufen wurden. Der Einzelfallcharakter dieser Stimmen; die pauschale Kritik und Verdrängungsthese der 68er-Generation, die solche Lernerfahrungen einiger älterer Jahrgänge nicht wahrnahm oder nicht gelten lassen wollte, diese Fachvertreter und -vertreterinnen vielmehr gelegentlich selbst unter »Faschismusverdacht« stellte; und die dann folgende Überlagerung des NS-Themas durch die alltagspraktischen Start- und Umsetzungsprobleme wie -diskussionen der Psychiatrie-Reform – all diese Faktoren trugen wohl dazu bei, dass die Einzelstimmen fast in Vergessenheit gerieten und selbst von der dann Ende der 70er-/Anfang der 80er-Jahre breit einsetzenden Auseinandersetzung mit den NS-Psychiatrieverbrechen (s. hierzu Kersting et al. 1993) zum Teil gar nicht wahrgenommen wurden!

Abschließend nun einige Beispiele: 1957 brachte der renommierte Berliner De Gruyter Verlag eine Publikation mit dem Titel »Praktische Psychiatrie« heraus. Verfasst hatte sie der damals am

hurenkind

Westfälischen Landeskrankenhaus Münster beschäftigte Arzt (Dr. med. und phil.) Manfred in der Beeck. In der Beecks durchaus beachtetes Buch knüpfte an das Wirken des mit seinem arbeitstherapeutischen Reformkonzept einer »aktiveren Krankenbehandlung« seit der Zwischenkriegszeit auch international bekannten Gütersloher Anstaltsdirektors Hermann Simon an. Es zielte auf eine »Zusammenfassung der von Simon aufgeworfenen Fragen und angeschnittenen Probleme entsprechend der Weiterentwicklung der Psychiatrie« (In der Beeck 1957, S. 11); und was Simon an Gedanken entwickelt hatte, ging über das weithin bekannte Konzept der Arbeitstherapie im engeren Sinne deutlich hinaus (s. Walter 1996, bes. S. 253ff.).

Im Schlussteil seiner Publikation unterstrich In der Beeck noch einmal seine Forderung nach einer modernen »individuellen Psychiatrie«, die allein in der Lage sei, aus den überkommenen Heilanstalten wirkliche Krankenhäuser mit gesellschaftlicher Akzeptanz zu machen. Allerorts sei man aufgerufen, in diesem Sinne Reformarbeit zu leisten, denn bekanntlich bestimme »das langsamste Schiff … das Tempo des Geleitzuges«. Schließlich bilanzierte der Landesmedizinalrat mit Blick auf die Jahre vor 1933, damals habe Deutschland lange Zeit »bezüglich der modernen psychiatrischen Therapie zu den schnellen Schiffen gezählt«. »Dann kamen Jahre«, so In der Beeck weiter, »in denen die geistig und seelisch Geschädigten trotz aller gerade zu jener Zeit aufkommenden organischen Behandlungsmethoden, dennoch nur verwaltet, dann sterilisiert und schließlich vergast wurden. Wir haben für das, was in jener Zeit in den Anstalten und mit unseren Kranken geschehen ist, immer noch eine nicht unerhebliche Hypothek an Schuld abzutragen! Es geht nicht an, dass die seelisch Leidenden weiterhin als zweitrangige Menschen und als Patienten 4. Klasse angesehen und behandelt werden!« (In der Beeck 1957, S. 110)

In der Beeck war damals 37 Jahre alt (vgl. Kersting 1996, S. 356ff.). Er hatte bereits vor 1945 Verhaltensorientierungen gewonnen und gezeigt, die eher auf Nonkonformität, Eigenständigkeit und einen erweiterten Gesichtskreis verwiesen. Die offene Sensibilität für das schwierige Thema des NS-Krankenmordes, mit dem er schon 1941 während eines Lazarettaufenthaltes erstmals konfrontiert worden war, rührte aber wohl vor allem von seiner Arbeit unter dem Psychiater Gerhard Schmidt her. In der Beeck hatte seine

Laufbahn 1947 als Volontärarzt bei Schmidt in den Lübecker Krankenanstalten Ost (vormals Anstalt Strecknitz) begonnen. Die Klinik behandelte damals zeitweilig auch die psychischen Folgeschäden jüdischer »Exodus«-Flüchtlinge. In der Beeck hatte bereits diese Arbeit auch als eine »Chance zur Wiedergutmachung« an Opfern der Hitlerdiktatur begriffen. Bedeutsamer erscheint allerdings, dass sein Mentor Schmidt erst kurz zuvor, noch in seiner damaligen Funktion als kommissarischer Leiter der Anstalt Egelfing-Haar bei München, einen beeindruckenden Bericht über das Euthanasiegeschehen in dieser Anstalt verfasst hatte.

Schmidts Arbeit »Selektion in der Heilanstalt 1939–45« zählt heute zu den frühen Klassikern der Euthanasieforschung, fand damals allerdings erst nach 20 Jahren einen ersten Verleger, und zwar 1965 bei dem Evangelischen Verlagswerk in Stuttgart (s. Schmidt 1965). Selbst ein Mann wie Karl Jaspers, der jetzt ein Geleitwort schrieb, hatte sich unmittelbar nach Kriegsende nicht in der Lage gesehen, eine Veröffentlichung des Schmidtschen Manuskriptes zu befürworten. Gleiches galt für Jaspers langjährigen Briefpartner Kurt Schneider (vgl. Blasius 1991, S. 53f.), damals als Nachfolger seines Namensvetters Carl Schneider Ordinarius für Psychiatrie und Neurologie an der Universität Heidelberg und dann einer der bedeutendsten und einflussreichsten deutschen Nachkriegspsychiater.

Was In der Beecks Buch angeht, so gewinnt man den Eindruck, dass es auch – gerade über die Anknüpfung an Simon – mithelfen sollte, den Wiederanschluss der westfälischen bzw. deutschen Psychiatrie an die allgemeine internationale Fachdiskussion zu fördern und Reputation zurückzugewinnen. Die zitierte Passage konnte diesem Anliegen zugute kommen, wenngleich sie nicht taktisch motiviert war.

Die im Falle Manfred In der Beecks zu beobachtende Kombination aus kritischer Reform- und Vergangenheitsorientierung lässt sich ebenfalls aus der eingangs zitierten Stellungnahme Heinz Häfners von 1970 herauslesen. Sie spiegelt sich darüber hinaus in seiner zusammen mit Karl Peter Kisker und Walter Ritter von Baeyer 1965 verfassten Reformdenkschrift, denn diese begann mit der Feststellung: *»Die Erkrankung an einem seelischen Leiden ist kein außergewöhnliches Schicksal, das nur wenige ereilt, sondern die häufigste Erkrankungsform in unserer Gesellschaft. Seelische Erkrankungen sind nicht Makel, wenn sie auch in einer unglücklichen Vergangenheit unserer*

Nation aufs äußerste diskriminiert waren, sondern Leiden, die unserer tätigen Hilfe mindestens ebenso bedürfen wie körperliche Krankheiten und Mängel. Seelische Leiden sind schließlich zum größten Teil nicht unheilbar und nur der Asylierung bedürftig…« (Häfner et al. 1965, S. 118) Und im weiteren Verlauf der Denkschrift erinnerten die Mediziner dann noch einmal an jene »Epoche, in der zahlreiche seelisch Kranke als ›lebensunwertes Leben‹ beseitigt worden waren, denen heute in modernen Behandlungseinrichtungen Möglichkeiten einer effektiven Therapie und Rehabilitation angeboten werden könnten. Dennoch ist eine echte Rehabilitation der seelisch Kranken in ihrer Gesamtheit, eine Wiedergutmachung des ihnen zugefügten Unrechts, auch bis heute noch nicht erfolgt« (ebd., S. 119).

Ferner verdient hier Hervorhebung, dass die drei Psychiater Mitte der 60er-Jahre unter dem Titel »Psychiatrie der Verfolgten« auch noch eine minutiöse, beeindruckende Bestandsaufnahme und Phänomenologie psychischer Verletzungen von »Opfern der nationalsozialistischen Verfolgung und vergleichbarer Extrembelastungen« vorlegten (s. Bayer et al. 1964). Die Publikations- und Wirkungsgeschichte ihres großen Buches wäre sicher eine eigene Untersuchung wert.

Als weiteres Beispiel für das Ausscheren Einzelner aus dem verbreiteten Klima der Tabuisierung der Vergangenheit sei hier auch der reformorientierte Gütersloher Klinikleiter Walter Theodor Winkler erwähnt: Winkler schrieb 1969 in einem Beitrag »Fortschritte der psychiatrischen Therapie in den letzten 50 Jahren«, in einem solchen Überblick dürfe *»die Kapitulation der deutschen Psychiatrie gegenüber dem nationalsozialistischen Regime nicht stillschweigend übergangen werden«* (Winkler 1969, S. 24). Entsprechend widmete Winkler der NS-Psychiatrie, was auch Ende der 60er-Jahre durchaus noch selten war, ein eigenes kurzes Kapitel (»Der therapeutische Nihilismus: Die Massenvernichtung ›lebensunwerten Lebens‹ in Deutschland 1940–1945«), in dem er insbesondere auf die Arbeit von Gerhard Schmidt sowie die frühe Dokumentation von Alexander Mitscherlich und Fred Mielke von 1947 über den Nürnberger Ärzteprozess zurückgriff.

Schließlich gehört in die Reihe der Beispiele auch der grundlegende, ebenfalls bereits 1967 erschienene Beitrag »Nationalsozialismus und Lebensvernichtung« aus der Feder von Klaus Dörner (s. Dörner 1967). Der Aufsatz war das Ergebnis einer schon in den

50er-Jahren einsetzenden Auseinandersetzung des Autors (Jg. 1933) mit der NS-Vergangenheit (vgl. Dörner 1988, S. 144). Dörners Beitrag fehlte allerdings noch jene dezidierte »Verknüpfung von NS-Geschichte und psychiatrischem Handeln heute« (Walter 1996), die dann ab Ende der 1970er-Jahre – auch vor dem Hintergrund eines als unbefriedigend empfundenen Standes der Psychiatrie-Reform – zum Signum seines zeithistorischen Interesse wurde (vgl. Kersting et al., S. 38ff.).

Literatur

Bayer W.R. von, Häfner H., Kisker K.P. (1964) Psychiatrie der Verfolgten. Psychopathologische und gutachtliche Erfahrungen an Opfern der nationalsozialistischen Verfolgung und vergleichbarer Extrembelastungen. Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg

Basaglia F. (1971) Die negierte Institution oder Die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen. Ein Experiment der psychiatrischen Klinik in Görz. Suhrkamp, Frankfurt a.M.

Basisgruppe Medizin Gießen/Fachschaft Medizin Gießen (Hg.) (1972 a) Dokumentation zum Sozialistischen Patientenkollektiv Heidelberg. PROLIT-Buchvertrieb, Gießen

Basisgruppe Medizin Gießen/Fachschaft Medizin Gießen (Hg.) (1972 b) Sozialistisches Patientenkollektiv Heidelberg SPK Dokumentation Teil 2 (Oktober 1970–August 1971). Prolit-Buchvertrieb, Gießen

Blasius D. (1991) Psychiatrischer Mord in der Zeit des Nationalsozialismus. Perspektiven und Befunde. In: Vanja C., Vogt M. (Bearb.), Euthanasie in Hadamar. Die nationalsozialistische Vernichtungspolitik in hessischen Anstalten. Landeswohlfahrtsverband Hessen, Kassel

Bundesministerium für Gesundheit (1991) Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR – Bestandsaufnahme und Empfehlungen (Redaktion: Aktion Psychisch Kranke). Bonn

Burns T. (1992) Erving Goffman. Routledge, London, New York

Deutscher Bundestag (1975) Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4200 und 7/4201

Deutsches Literaturarchiv Marbach (1998) Protest! Literatur um 1968. Eine Ausstellung des Deutschen Literaturarchivs in Verbindung mit dem Germanistischen Seminar der Universität Heidelberg und dem Deutschen Rundfunkarchiv im Schiller-Nationalmuseum Marbach am Neckar. Selbstverlag, Marbach am Neckar

Dörner K. (1967) Nationalsozialismus und Lebensvernichtung. Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte15, 121–152

Dörner K. (1969) Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt a.M. (TB-Neuaufl. 1984)
Dörner K (1988) Anmerkungen zu einem Brief Schelskys. In: Waßner R. (Hrsg.) Wege zum Sozialen. 80 Jahre Soziologie in Hamburg. Leske + Budrich, Opladen, 141–145
Dörner K. (1990) Einführung. In: Ders. (Hg.), Jetzt wird's ernst – die Psychiatriereform beginnt! Wie setzen wir die »Empfehlungen der Experten-Kommission der Bundesregierung zur Reform der psychiatrischen Versorgung« in die Praxis um? 41. Gütersloher Fortbildungswoche 1989. Verlag Jakob van Hoddis, Gütersloh, 7–10
Finzen A. (1985) Das Ende der Anstalt. Vom mühsamen Alltag der Reformpsychiatrie.Psychiatrie-Verlag, Bonn
Fischer F. (1969) Irrenhäuser. Kranke klagen an. Verlag Kurt Desch, München
Foucault M (1969) Wahnsinn und Gesellschaft. Suhrkamp (franz. Original 1961), Frankfurt a.M.
Gilcher-Holtey I. (1998) 1968 – Vom Ereignis zum Gegenstand der Geschichtswissenschaft. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
Goffman E. (1972) Asyle. Über die Situation psychiatrischer Patienten und andererInsassen. Suhrkamp, Frankfurt a.M.
Häfner H., Baeyer W.V., Kisker K.P. (1965) Dringliche Reformen in der psychiatrischen Krankenversorgung der Bundesrepublik. Über die Notwendigkeit des Aufbaus sozialpsychiatrischer Einrichtungen (psychiatrischer Gemeindezentren). Helfen und Heilen. Diagnose und Therapie in der Rehabilitation 4, 118–125.
Hanrath S. (2001) Zwischen ›Euthanasie‹ und ›Psychiatrie-Reform‹. Anstaltspsychiatrie in Westfalen und Brandenburg 1945–1964. Schöningh, Paderborn (im Druck)
Heinrich K. (1997) Hoffnung und Skepsis eines Entpflichteten. In: Gaebel W., Falkei P., Klieser E., Lehmann E. (Hg.), Psychiatrie heute – Perspektiven für morgen. Kurt Heinrich zum 70. Geburtstag. Schöningh, Paderborn, 215–225
Hildebrandt D. (1991) »...und die Studenten freuen sich!« Studentenbewegung in Heidelberg 1967-1973. esprint-Verlag, Heidelberg
In Der Beeck M. (1957) Praktische Psychiatrie. De Gruyter, Berlin
Kersting F.W. (1996) Anstaltsärzte zwischen Kaiserreich und Bundesrepublik. Das Beispiel Westfalen. Schöningh, Paderborn
Kersting F.-W. (1998) Entzauberung des Mythos? Ausgangsbedingungen und Tendenzen einer gesellschaftsgeschichtlichen Standortbestimmung der westdeutschen ›68er‹-Bewegung. Westfälische Forschungen 48, 1–19
Kersting F.-W., K. Teppe, B. Walter (1993) Gesellschaft – Psychiatrie – Nationalsozialismus. Historisches Interesse und gesellschaftliches Bewusstsein. In: Dies. (Hg.), Nach Hadamar. Zum Verhältnis von

Psychiatrie und Gesellschaft im 20. Jahrhundert. Schöningh, Paderborn, 9–61.
Kisker K.P. (1979) Antipsychiatrie. In: Ders., J. E. Meyer, C. Müller, E. Strömgren (Hg.), Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis, Bd. 1, Teil 1, 2. Aufl.. Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 811–825
Kleßmann C. (1991) 1968 – Studentenrevolte oder Kulturrevolution? In: Hettling m. (Hg.), Revolution in Deutschland? 1789–1989. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 90–105
Krüger H. (1995) Die Westfälische Klinik und ihre Bedeutung für die Psychiatrie. In: Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hg.), 75 Jahre Westfälische Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Neurologie Gütersloh. Grußworte, Ansprachen und Reden anläßlich des Festaktes am 28. Juni 1995. Selbstverlag, Münster-Gütersloh
Kühne T. (Hg.) (2000) Von der Kriegskultur zur Friedenskultur? Zum Mentalitätswandel in Deutschland seit 1945. LIT, Münster
Kulenkampff C. (1985) Erkenntnisinteresse und Pragmatismus. Erinnerungen an die Zeit von 1945 bis 1970. In: Dörner K. (Hg.) Fortschritte der Psychiatrie im Umgang mit Menschen. Wert und Verwertung des Menschen im 20. Jahrhundert. 36. Gütersloher Fortbildungswoche. Psychiatrie-Verlag, Rehburg-Loccum, 127–138.
Marwick A. (2000) Die 68er Revolution. In: Wende p. (Hg.), Große Revolutionen der Geschichte. Von der Frühzeit bis zur Gegenwart. Beck, München, 312-332
Mitscherlich A., Mielke F. (1947) Das Diktat der Menschenverachtung. Eine Dokumentation. Lambert Schneider, Heidelberg
Mitscherlich A., Mielke F.(1949) Wissenschaft ohne Menschlichkeit. Medizinische und eugenische Irrwege unter Diktatur, Bürokratie und Krieg. Mit e. Vorw. der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern. Lambert Schneider, Heidelberg
Platen-Hallermund A. (1948) Die Tötung Geisteskranker in Deutschland. Aus der deutschen Ärztekommission beim amerikanischen Militärgericht. Verlag der Frankfurter Hefte, Frankfurt a.M. (Reprint 2001: Psychiatrie-Verlag, Bonn)
Rabert B. (1995) Links- und Rechtsterrorismus in der Bundesrepublik Deutschland von 1970 bis heute. Bernard & Graefe, Bonn
Raschke J. (1985) Soziale Bewegungen. Ein historisch-systematischer Grundriss. Campus, Frankfurt a.M.-New York
Rucht D. (1994) Modernisierung und neue soziale Bewegungen. Deutschland, Frankreich und USA im Vergleich. Campus, Frankfurt a.M.-New York
Schildt A., Siegfried D., Lammers K.C. (Hg.) (2000) Dynamische Zeiten. Die 60er Jahre in den beiden deutschen Gesellschaften. Christians, Hamburg

Schmidt G. (1965) Selektion in der Heilanstalt 1939–1945. Geleitw. v. Karl Jaspers. Evangelisches Verlagswerk, Stuttgart (TB-Ausg. mit aufschlussr. Nachw.:1983)
Sösemann B. (1999) Die 68er Bewegung und die Massenmedien. In: Wilke J. (Hg.), Mediengeschichte der Bundesrepublik Deutschland. Böhlau, Köln, 672-697
Thamer H.-U. (1998) Die NS-Vergangenheit im politischen Diskurs der 68er-Bewegung. Westfälische Forschungen 48, 39–53
Tölle R. (1987) Zur neueren Entwicklungsgeschichte der Psychiatrie. In: Teppe K. (Hg.) Selbstverwaltungsprinzip und Herrschaftsordnung. Bilanz und Perspektiven landschaftlicher Selbstverwaltung in Westfalen. Aschendorffsche Verlagsbuchhandlung, Münster, 135–154
Waldmann K.-D. (1998) 30 Jahre offene Psychiatrie – ein Erfahrungsbericht. Sozialpsychiatrische Informationen 28/1, 24–27
Walter B. (1996) Psychiatrie und Gesellschaft in der Moderne. Geisteskrankenfürsorge in der Provinz Westfalen zwischen Kaiserreich und NS-Regime. Schöningh, Paderborn
Weise K. (1998) Leserbrief zu Asmus Finzen ›Antipsychiatrie und Sozialpsychiatrie – wie Feuer und Wasser‹. Sozialpsychiatrische Informationen 28/1, 53f.
Winkler W.T. (1969) Fortschritte der psychiatrischen Therapie in den letzten 50 Jahren. In: Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hg.), Wandlungen der Psychiatrie in fünfzig Jahren. Entwicklungen im Bereich des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe. Ardey, Dortmund

Themenbereich II: Entwicklungslinien

Vom Objekt zum Subjekt

Einleitung

Günther Wienberg

Seit Vorlage und als Folge der Psychiatrie-Enquete ist es in weiten Teilen in der Bundesrepublik gelungen, die psychiatrische Versorgung tiefgreifend umzustrukturieren. Die einschlägigen Stichworte sind: Enthospitalisierung, Dezentralisierung, Regionalisierung, Differenzierung, Qualifizierung, ambulant vor teilstationär vor stationär. In Anlehnung an die Begrifflichkeiten des Qualitätsmanagements könnte man sagen: Bei der Sturkturqualität der psychiatrischen Versorgung hat es in den 25 Jahren nach der Enquete alles in allem einen Quantensprung gegeben, wenn auch noch immer mit auffälligen regionalen Unterschieden. Wie aber sieht es mit der Prozessqualität aus? Was geschieht in (alten und neuen) psychiatrischen Einrichtungen und Diensten zwischen Patientinnen/Klientinnen, psychiatrischen Professionellen und Angehörigen? Von welcher Qualität sind die (Be-) Handlungs- und Hilfekonzepte? Und vor allem: Wie sieht es mit der Kooperations- und Beziehungsqualität aus?

Um den letztgenannten Aspekt ging es in diesem Symposion. Das Diktum der Enquete von den »elenden und menschenunwürdigen Zuständen« würde seiner Brisanz beraubt, verstünde man es lediglich als Urteil über die materiellen Lebensbedingungen in den alten Anstalten. Es ist unseres Erachtens auch anzuwenden auf die Qualität des Umgangs und der Beziehungen zwischen den Akteuren. Stichworte wie hierarchisch, autoritär, bevormundend, intransparent und objektivierend dürften die Beziehung zwischen psychiatrischen Fachleuten und betroffenen Patientinnen und Angehörigen bis Mitte der 70er-Jahre ganz überwiegend zutreffend charakterisieren. Mit der in den 80er-Jahren entstandenen Ange-

hörigenbewegung und die in den 90er-Jahren hinzugekommene Selbstorganisation der Psychiatrie-Erfahrenen sind zwei neue Kräfte entstanden, die die traditionelle Rollenverteilung im Felde der Psychiatrie von Grund auf in Frage stellen. Sie fordern den partnerschaftlichen Trialog ein. Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige wollen als Ko-Expertinnen mit ihren Kenntnissen, Erfahrungen, Bedürfnissen und Forderungen gehört und ernst genommen werden, vom psychiatrisch Tätigen wird eine neue Rolle erwartet: Verhandeln statt Behandeln. Partnerschaftlich miteinander verhandeln ist aber nur möglich in einer Beziehung von Subjekt zu Subjekt. Mit folgenden Fragen setzten sich die Beiträge dieses Symposiums auseinander:

- Wie weit sind wir in der bundesdeutschen Psychiatrie in den letzten Jahren auf dem Weg vom Objekt zum Subjekt gekommen?
- Ist die traditionell vorherrschende Tradition der Objektivierung durchbrochen?
- Haben psychiatrisch Tätige ihre neue Rolle verinnerlicht, oder ist der Trialog nur eine schmückende Arabeske?
- Wie erleben und bewerten Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige ihre neue Rolle und die Qualität der Beziehung und der Zusammenarbeit?

Vom Objekt zum Subjekt – aus Sicht eines psychiatrischen Professionellen

Günther Wienberg

Das Thema des Symposiums im Kontext der Tagung legt folgende Auslegung nahe:

- Es ist wünschenswert, dass sich Menschen – auch wenn sie unterschiedliche Rollen haben – in der Psychiatrie als Subjekte begegnen; d.h. insbesondere: Der eine (Professionelle) soll die anderen (Patientinnen, Angehörige) nicht als Objekte behandeln.
- Auf dem Weg zu diesem wünschenswerten Zustand ist die bundesdeutsche Psychiatrie in den vergangenen 25 Jahren tatsächlich nennenswert vorangekommen.

Ich vertrete die Auffassung: beides stimmt. Bevor ich für den zweiten Punkt Belege anführe, zunächst einige Bemerkungen zum ersten Punkt.

Begegnung von Subjekt zu Subjekt – was heißt das?

Es ist wünschenswert, dass sich Menschen in der Psychiatrie als Subjekte begegnen. Was heißt das konkret für mich, in meiner Rolle als Professioneller? Meine persönliche Antwort darauf stützt sich auf eine uralte, einfache und praktische ethische Regel: Gehe mit anderen so um, wie du möchtest, dass sie mit dir umgehen. Wie würde ich also wollen, dass mir begegnet wird, wenn ich »auf der anderen Seite« wäre? Die Antwort darauf ist eher spontan, ich habe bewusst nicht lange darüber nachgedacht. Am wichtigsten wäre mir:

- Achtung – meiner Individualität, meiner Erfahrungen und Bedürfnisse, meiner Möglichkeiten und Grenzen, meiner Würde
- Aufmerksames Interesse – an meiner Person und meiner Geschichte, an meiner Lebenssituation, an meinen Wünschen und Zielen
- Einfühlendes Verstehen, Empathie – zumindest der Versuch, sich einzufühlen und einzudenken in meine subjektive Welt, einschließlich ihrer Abgründe
- Begegnung auf gleicher Augenhöhe – offener, gleichberechtigter

Umgang, wann und soweit immer möglich (die Einschränkung bezieht sich auf Situationen, in denen meine Selbstverfügbarkeit erheblich eingeschränkt wäre, was ja gerade am Anfang einer psychiatrischen Behandlung eher wahrscheinlich ist).

So gelesen, mögen diese Aspekte eher selbstverständlich und damit banal klingen. Ihr Gewicht wird vielleicht eher deutlich, wenn man sich jeweils das krasse Gegenteil vorstellt:

- Nicht Achtung, sondern Miss- oder gar Verachtung
- Nicht Interesse, sondern Desinteresse oder gar Gleichgültigkeit
- Nicht Empathie, sondern Abgrenzung oder gar Ablehnung
- Nicht gleiche Augenhöhe, sondern Bevormundung oder gar Erniedrigung.

So schält sich ein Typ von professionell-psychiatrischer Haltung heraus, den wohl jeder psychiatrisch Tätige heute weit von sich weisen würde, für den es gleichwohl in der deutschen Geschichte Existenznachweise gibt. Der Exzess dieser Haltung, der Gipfel der Objektivierung herrschte vor nicht mehr als 60 Jahren, als viele psychiatrisch Tätige zu Mitwisserinnen, Mitverantwortlichen und Mittäterinnen bei der Ermordung von Zehntausenden psychisch kranker Menschen wurden. Das war die Degradierung des Menschen zum Objekt einer menschenfeindlichen Psychiatrie. Aber das ist lange her und längst vorüber. Stimmt das? Nach allem, was wir Jüngeren wissen, war eine objektivierende Grundhaltung bis weit in die 70er Jahre hinein kennzeichnend für den professionell-psychiatrischen Umgang mit psychisch kranken Menschen und ihren Angehörigen in der deutschen Psychiatrie. Das Diktum der Enquete von den »elenden und menschenunwürdigen Umständen« würde seiner Brisanz beraubt, verstünde man es lediglich als Urteil über die materiellen Lebensbedingungen in den Anstalten. Die waren in der Tat vielerorts katastrophal und wer dies nicht mit eigenen Augen gesehen hat, vermag es sich heute kaum noch vorzustellen. Aber es ging eben nicht nur um die äußeren Lebensbedingungen. »Elend und menschenunwürdig« waren auch die Beziehungen, war die Qualität des Umgangs zwischen den Akteuren. Stichworte wie hierarchisch, autoritär, bevormundend, intransparent, objektivierend etc. dürften die Beziehung zwischen psychiatrischen Fachleuten und den betroffenen Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen

bis Mitte der 70er Jahre ganz überwiegend treffend charakterisieren. Dies kann schon deshalb nicht überraschen, weil die bundesdeutsche Psychiatrie eine offene und selbstkritische Auseinandersetzung mit ihrer jüngeren Geschichte mehr als 30 Jahre lang vermieden hatte. Diese begann – von vereinzelten, vorübergehend vergessenen Vorläufern in den 50er Jahren abgesehen – erst Ende der 70er/Anfang der 80er Jahre. Genau besehen bedeutet das: Wir, die professionell psychiatrisch Tätigen, sind erst seit gut zwei Jahrzehnten überhaupt dabei, es anders zu versuchen. Wir sind erst am Anfang des Weges zu einer neuen Beziehungsqualität – von Subjekt zu Subjekt – und zu einer neuen Rollenverteilung – partnerschaftlich. Dabei darf nicht vergessen werden: Diese neue Beziehungsqualität und Rollenverteilung haben wir uns nicht von allein, aus freien Stücken verordnet, sondern wir mussten dazu herausgefordert und müssen auch weiterhin dabei gefordert werden. Und zwar von Subjekten, die uns ihrerseits auf gleicher Augenhöhe begegnen, denn zu einer partnerschaftlichen Beziehung gehören mindestens zwei. Wir brauchten und brauchen also selbstbewusste, kritische Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene als Gegenüber, um eine neue Art von Beziehung eingehen und durchhalten zu können. Mit der in den 80er Jahren entstandenen Angehörigenbewegung und der in den 90er Jahren hinzugekommenen Selbstorganisation der Psychiatrie-Erfahrenen sind zwei neue Kräfte entstanden, die die überkommene Rollenverteilung im Felde der Psychiatrie grundsätzlich und nachhaltig in Frage stellen. Sie fordern den partnerschaftlichen Trialog ein. Sie wollen als Co-Expertinnen und -experten mit ihren Kenntnissen, Erfahrungen, Bedürfnissen und Forderungen gehört und ernstgenommen werden. Sie erwarten von uns eine neue Rolle: Verhandlungspartnerinnen und -partner statt Behandelnde.

Begegnung von Subjekt zu Subjekt – es geht!

Zum zweiten Punkt. Wie weit sind wir in der bundesdeutschen Psychiatrie denn gekommen in den letzten 20 bis 25 Jahren auf dem Weg vom Objekt zum Subjekt? Wie bereits angedeutet: Meines Erachtens sind wir gemeinsam erheblich vorangekommen auf diesem Weg, wenn auch noch lange nicht am Ziel. Ganz sicher sind wir nicht so weit, dass wir die neue Beziehungsqualität und Rollenverteilung quasi flächendeckend realisiert hätten. In den Zigtausenden von Be-

gegnungen, die sich täglich ereignen im Kontext der Psychiatrie, zwischen Professionellen, Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen gibt es bis heute immer noch ein tausendfaches Scheitern, gerade auch von Professionellen. Von »uns« geht sicher auch heute noch viel Kälte, Desinteresse, Ignoranz und Überheblichkeit aus. Dies liegt nicht zuletzt darin begründet, dass jede Generation von psychiatrisch Tätigen sich die neue Qualität der Beziehungsgestaltung und Rollenverteilung erst erarbeiten muss, denn diese stehen tradierten Modellen des professionellen Selbstverständnisses noch immer entgegen.

Bei aller Skepsis und trotz aller Rückschläge gibt es doch Fortschritte, die einen Unterschied machen auf dem Weg vom Objekt zum Subjekt: Es konnte in den letzten 20 Jahren vielerorts und in vielfältiger Weise gezeigt werden, dass es tatsächlich »anders« geht als in der »alten« Psychiatrie. Wir kennen heute vorzeig- und umsetzbare, lehr- und lernbare, also *übertragbare* Modelle für eine subjektorientierte Zusammenarbeit mit Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen. Wir verfügen über dokumentierte Erfahrungen aus der Umsetzung, z.T. sogar über Forschungsergebnisse, die belegen: Es geht partnerschaftlicher, es geht auf (annähernd) gleicher Augenhöhe und dies verbessert die Zusammenarbeit aus Sicht aller Beteiligten.

Im Folgenden werden zwölf umgesetzte Beispiele für eine veränderte Beziehungsqualität und Rollenverteilung in der psychiatrischen Arbeit aufgeführt, die in fast allen Fällen an mehr als einem Ort der Psychiatrie umgesetzt sind (s. Abb. 1). Die Qualität der Beziehungen, die in den jeweiligen Beispielen beschrieben werden, ist sicher unterschiedlich. Sie unterscheiden sich z.B. in dem Maße, wie professionell psychiatrisch Tätige ihr eigenes Expertinnentum in die Beziehung einbringen. So sollen die senkrechten Pfeile in der Tabelle andeuten, dass die Dominanz der professionellen Expertinnen jeweils von oben (1) nach unten (4) abnimmt. Sie ist ohne Zweifel bei der Psychoedukation (1) noch relativ ausgeprägt, während die Professionellen unter (4) entweder gar nicht mehr direkt in Erscheinung treten oder nur mehr in eigener Sache (nicht als mehr als Therapeutinnen). Im Folgenden werden die in der Tabelle aufgeführten »Bausteine« einer subjektorientierten Zusammenarbeit von 1 bis 4 beschrieben und eingeordnet.

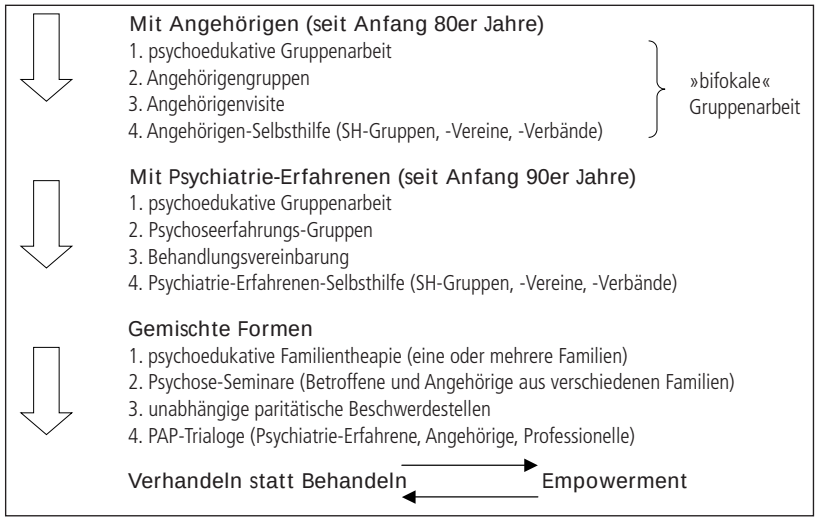


Abb. 1: Bausteine einer subjektorientierten Zusammenarbeit zwischen Professionellen, Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen

1. Psychoedukation

Der Begriff ist wenig einladend. Er stammt aus dem englischsprachigen Raum und hat sich in den letzten Jahren – mangels überzeugender Alternative – auch im deutschsprachigen Raum eingebürgert. Es geht dabei um Psychotherapie plus *education*, wobei *education* im Englischen nicht etwa Erziehung oder Training bedeutet, wie teilweise unterstellt wird (z. B. Bock 1998), sondern eher Bildung oder Aufklärung. »Unter dem Begriff der Psychoedukation werden systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, die dazu geeignet sind, Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen.« (AG Psychoedukation 2001, S. 3) Peter Fiedler formuliert das Credo psychoedukativ orientierter Therapeutinnen und Therapeuten folgendermaßen: »Eine moderne ... Psychotherapie zielt darauf ab, die betroffenen Menschen wie die Personen ihrer Bezugsgruppe zu ... Experten der jeweiligen psychischen Stö-

rung, Krankheit oder Behinderung zu machen. Das geht nur, wenn die Therapeuten ihr Expertenwissen mit den Betroffenen maximal teilen. Das geht weiter nur, wenn ... Therapeuten selbst ausgewiesene Experten in der ... Behandlung psychischer Störungen, Krankheiten und Behinderungen sind.« (Fiedler 1997, S. 18) Die Prämisse von Psychoedukation ist demnach eine doppelte: Professionell psychiatrisch Tätige verfügen (im günstigen Fall) über Expertinnenwissen, über das Betroffene nicht ohne weiteres verfügen. Dieses Wissen sollten sie den Betroffenen vorbehaltlos zur Verfügung stellen, die auf diese Weise zu Co-Expertinnen werden. Dabei ist vorausgesetzt, dass Betroffene ihrerseits vor und unabhängig von Psychoedukation über eigenes subjektives Wissen und Erfahrungen im Umgang mit der Erkrankung verfügen, die durch das Expertinnenwissen der Professionellen nicht »ersetzt«, sondern idealerweise in ein gemeinsames Krankheitskonzept integriert werden. Und: Psychiatrisch Tätige sind ihrerseits nur dann ernst zu nehmende Co-Expertinnen für die jeweilige Erkrankung, wenn sie sich auf der Höhe des aktuellen Standes von Wissenschaft und Forschung befinden. Dies impliziert einen hohen fachlich-ethischen Anspruch, der nicht ohne besondere Fort- und Weiterbildungsanstrengungen zu erfüllen ist. Diese Voraussetzung ist m.E. in der psychiatrischen Versorgungspraxis in aller Regel nur höchst unzureichend erfüllt.

Subjektorientierung entbindet psychiatrisch Tätige also nicht von ihren Pflichten als professionelle Expertinnen. Dies schließt den Respekt vor den subjektiven Erfahrungen, Kenntnissen und Deutungen von Betroffenen keineswegs aus. Aber die subjektive Seite ist nur die eine Seite der Medaille. Es gibt auch quasi-objektives, professionelles Wissen. Dieses ist bezüglich vieler psychischer Störungen in den letzten Jahrzehnten fast explodiert, auch wenn es noch viele Lücken hat. Betroffene haben ein Recht darauf, an diesem Wissen zu partizipieren und davon zu profitieren. Und sie sollten darüber entscheiden können, in welchem Umfang sie das tun wollen. Es heißt nicht umsonst: Wissen ist Macht. Empowerment von Psychiatrie-Erfahrenen schließt den Zugang zu Informationen und Wissen notwendig ein. Gleiche Augenhöhe heißt auch gleicher Zugang zu Informationen. Desinformation erzeugt Angst, Verunsicherung und Misstrauen in die Psychiatrie und ihre Hilfeangebote, wie sich am Beispiel des über fast ein Jahrhundert hinweg tabuisierten und damit stigmatisierenden Schizophrenie-Begriffs belegen lässt.

Psychiatrie-Erfahrene haben ein Recht darauf zu erfahren, welche Konzepte und Wissensbestände Professionelle in ihrer Arbeit leiten. Und psychiatrisch Tätige sollten über begründete Konzepte und belegbares Wissen verfügen, sonst werden sie ihrer professionellen Aufgabe nicht gerecht – Einfühlen und »Mitschwimmen« genügt nicht. Psychoedukative Therapiekonzepte gibt es heute für eine Vielzahl von psychischen Störungen und Erkrankungen (vgl. Fiedler 1995). In der bundesdeutschen psychiatrischen Versorgung haben in den letzten Jahren vor allem psychoedukative Formen der Zusammenarbeit mit schizophren erkrankten Menschen und ihren Angehörigen große Verbreitung gefunden (vgl. die Übersicht bei Schaub 1999). Psychoedukation wird in aller Regel im Gruppensetting durchgeführt, um den Erfahrungsaustausch unter Mitbetroffenen zu ermöglichen. Es gibt unterschiedliche Varianten:

- unifokale Gruppenarbeit in jeweils unabhängigen Gruppen von Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen (vgl. z.B. Fiedler et al. 1986, Wienberg et al. 1997);
- bifokale Gruppenarbeit (Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige aus den gleichen Familien sind in inhaltlich und zeitlich parallelen Gruppen) und
- psychoedukative Familientherapie (mit einer oder mehreren Familien, vergl. Hahlweg et al. 1995).

Psychoedukation ist i.d.R. hoch strukturiert, damit die Inhalte in geeigneter Weise bearbeitet werden können. Dies drückt sich auch darin aus, dass für die meisten Konzepte Therapiemanuale vorliegen. Auf der anderen Seite ist Psychoedukation nur dann qualifiziert (und subjektorientiert), wenn Raum ist für die individuellen Kenntnisse, Erfahrungen und Bedürfnisse der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. So wechseln in den Gruppensitzungen Sequenzen der Informationsvermittlung durch die Moderatorinnen und Gruppengespräche einander ab (vgl. Wienberg et al. 1999). Im Hinblick auf die Inhalte geht es i.d.R. um drei Themenbereiche:

- Erarbeitung eines Krankheitskonzeptes, das mit aktuellen Modellvorstellungen und wissenschaftlichen Kenntnissen vereinbar ist;
- Behandlungsmöglichkeiten einschließlich ihrer unerwünschten Wirkungen und Risiken;
- Stärkung der Selbsthilfe- und Bewältigungsmöglichkeiten der Teilnehmerinnen.

Psychoedukation ist Therapie und insofern nur verantwortbar, wenn geeignete Wirksamkeitsnachweise vorliegen. Dies ist der Fall, und zwar sowohl bezüglich eher »weicher« Kriterien (wie z.B. Krankheits- und behandlungsbezogenes Wissen und Einstellungen, Bewertung der Gruppenarbeit) als auch bezüglich »harter« Kriterien (wie Rückfall- und Rehospitalisierungshäufigkeit; vgl. Wienberg und Sibum 1997, Pitschel-Walz & Engel 1997, Hornung et al. 1999, Basan et al. 2000). Dabei erwiesen sich die Varianten unter Einbeziehung von Betroffenen *und* Angehörigen generell deutlich wirksamer, als die unifokale Arbeit mit Betroffenen *oder* Angehörigen. Eine Befragung von Moderatorinnen hat darüber hinaus ergeben, dass auch diese über erhebliche Lernerfolge durch die Teilnahme an der Gruppenarbeit berichten (Wienberg 1998).

2. Angehörigengruppen, Psychoseerfahrungs-Gruppen und Psychose-Seminare

Diesen drei Bausteinen gemeinsam ist, dass es sich nicht (mehr) um Therapie i.e.S. handelt und psychiatrisch Tätige in diesen Kontexten nicht (vorrangig) als Therapeutinnen agieren. Vielmehr sind sie entweder Initiatorinnen und Begleiterinnen (bei Angehörigen- und Psychoseerfahrungsgruppen) oder schlicht Teilnehmerinnen (bei Psychose-Seminaren). Die Inhalte und Themen werden i.d.R. von den Teilnehmerinnen aus der Situation heraus bestimmt oder vorab vereinbart. Die Zusammenarbeit ist eher wenig strukturiert und stark von den subjektiven Bedürfnissen der Gruppenmitglieder geprägt. Da es nicht um Therapie geht, sind Wirksamkeitsnachweise i.S. der Therapieforschung entbehrlich. Die »Wirkungen« (und Nebenwirkungen) dieser Formen der Zusammenarbeit erschließen sich aus Erfahrungsberichten und Bewertungen der Teilnehmerinnen.

- *Angehörigengruppen* haben seit Beginn der 80er Jahre größere Verbreitung in der Psychiatrie gefunden. Sie gehören somit zu den ersten systematischen Versuchen einer subjektorientierten Zusammenarbeit. Heute wird die Zahl der Angehörigengruppen in psychiatrischen Diensten und Einrichtungen auf mehr als 600 geschätzt (Gottschling 2000). Die Angehörigengruppe »dient nicht nur der Vermittlung von Information. Vielmehr ermöglicht sie die Begegnung und den Erfahrungsaustausch mit Menschen,

die sich mit dem gleichen Schicksal konfrontiert sehen, mit den gleichen Hoffnungen und Enttäuschungen, Sorgen und Konflikten. Das relativiert, solidarisiert, gibt Rückhalt. So können Angehörige Kraft schöpfen, ihre Gefühle der Ohnmacht, Schuld und Scham allmählich überwinden und (wieder) Selbstwertgefühl entwickeln. Das macht Mut, neue Verhaltensweisen auszuprobieren – und auch mal wieder aufs eigenen Wohlergehen zu achten« (Baumann et al. 1998, S. 191). Angehörigengruppen haben also im Wesentlichen eine entlastende und unterstützende Funktion. Katschnig und Koniecna (1989) postulieren aus professioneller Sicht die Erhöhung der Kompetenz im Umgang mit der Erkrankung und die Stärkung der Autonomie als wesentliche Ziele von Angehörigenarbeit und stellen fest: »Ein kompetenter und autonomer Angehöriger ist etwas Neues für die Psychiatrie. Dieser ›neue Angehörige‹ ist potenziell ein aktiv Mitwirkender bei der Bewältigung der Krankheit.« (Ebd., S. 323) Angehörigengruppen gibt es in unterschiedlichen Formen (offen/geschlossen, befristet/unbefristet). Oft machen sich Gruppen, die zeitweise durch Professionelle begleitet wurden, »selbstständig« und werden zu Selbsthilfegruppen (s. 3.). Insoweit in den Gruppen eine systematische Informationsvermittlung durch Professionelle erfolgt, nähern sie sich psychoedukativen Gruppen an. Hinweise zur Rolle und Funktion der Professionellen in Angehörigengruppen gibt Dörner (1987).
- Die sog. *Psychose(erfahrungs-)Gruppen* sind in Deutschland wesentlich weniger weit verbreitet als Angehörigengruppen und Psychose-Seminare. Psychiatrie-Erfahrene fordern jedoch: »Jede Patientin und jeder Patient muss die Möglichkeit erhalten, sich mit dem Psychoseerleben auseinander zu setzen.« (Völzke & Prins 1993) Psychoserfahrungsgruppen bieten dafür einen beschützenden Rahmen und Begleitung durch Professionelle. Sie finden oft im Kontext psychiatrischer Institutionen, aber außerhalb der Regelbehandlung statt. Das heißt die Teilnahme ist freiwillig und ist nur für Betroffenen indiziert, die sich mit den Inhalten ihres psychotischen Erlebens beschäftigen möchten. Die Gruppen können geschlossen oder offen geführt werden. Ziel der Zusammenarbeit ist »Deutung, Klärung, Sinnsuche« (Schernus & Schindler 1992). »Einen großen Raum nimmt ... die Beschäftigung mit Psychoseerlebnissen ein, der

Austausch von schlimmen und schönen Erlebnissen, die Angst vor dem Wiederkehren solcher Zustände. Wichtig ist allen, endlich einmal mit anderen Betroffenen darüber sprechen zu können. Ohne Angst und Scheu auch über Erlebnisse reden zu können, die höchst schambesetzt sind. Sie erleben eine besondere Art von Verstehen durch die anderen.« (Dörr et al. 1994, S. 10) Der Stellenwert solcher Erfahrungsräume ist hoch, berichten doch Betroffene immer wieder, dass das Desinteresse von Professionellen an ihrem inneren Erleben zu den am meisten kränkenden und enttäuschenden Erfahrungen mit der Psychiatrie gehört. Soweit es dem Einzelnen gelingt, höchst persönliche Erlebnisse und Erfahrungen auch in einem größeren und weniger geschützten Kreis zu thematisieren, können Psychose-Seminare ähnliche Funktionen erfüllen.

- *Psychose-Seminare* wurden erstmals 1989 an der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf durchgeführt, inzwischen sind sie an mehr als 100 Orten in Deutschland verwirklicht. An ihnen sind Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle/Studierende – z.T. auch Bürgerhelferinnen – »paritätisch« beteiligt. Dementsprechend finden sie i.d.R. nicht in psychiatrischen Institutionen statt, sondern an »neutralen« Orten, außerhalb von akuten Krisen und therapeutisch bedingten Abhängigkeiten. Professionelle sind möglicherweise (Mit-)Initiatoren, im Seminar selbst jedoch Teilnehmerinnen und Lernende: »Sie werden dabei nicht nur die Anderen, deren Erleben und Bedürfnisse in guten wie in schlechten Zeiten besser kennen lernen, sondern auch sich selbst und die Wirkung ihres Verhaltens auf die Anderen.« (Baumann et al.1998, S. 191) Ziel ist ein »annähernd herrschaftsfreier Diskurs«. Die Teilnehmerinnen versuchen »gemeinsam ihr Bild und Verständnis von Psychosen zu erweitern und zu klären, welche Hilfe und Unterstützung angemessen ist und welche unangemessen sein kann«; es geht um »Erzählen von Geschichten und um die Rekonstruktion von Sinnzusammenhängen« (Bock 1998, S. 285). Die Gruppen sind z.T. recht groß (20 bis 50 Personen), die Themen werden innerhalb des Seminars gemeinsam festgelegt. Entstehung, Ablauf, Erfahrungen und Ergebnisse von Psychose-Seminaren sind in »trialogisch« edierten Publikationen dokumentiert (Bock et al. 1992, 1994, 1997).

3. Angehörigenvisite, Behandlungsvereinbarung und Beschwerdestelle

Auf den ersten Blick haben diese drei Bausteine subjektorientierter Zusammenarbeit wenig gemein. Sie ähneln sich jedoch insofern, als in allen drei Fällen die herkömmliche Rollenverteilung zwischen Professionellen, Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen durchbrochen und neu konstelliert wird. Professionelle sind hier weder Therapeutin noch Begleiterin oder Unterstützerin. Sie agieren eher als Verhandlungspartnerinnen in einem Feld unterschiedlicher Interessen. Dies gestaltet sich in den drei Beispielen auf unterschiedlich akzentuierte Weise:

- In der *Angehörigenvisite* geht es um die Beteiligung am Therapieprozess des erkrankten Familienmitgliedes im (teil-)stationären Rahmen: »In der Regel werden alle behandlungsrelevanten Themen besprochen, die vom Patienten, seinen Angehörigen oder den Therapeuten als wichtig erachtet werden ... Neben einer einmal wöchentlich angebotenen Einzelsprechstunde des Stationsarztes sowie einer einmal wöchentlich stattfindenden Gruppenvisite ist die Angehörigenvisite der zentrale Ort, an dem ... wesentliche Fragen des Therapieplanes im gemeinsamen Gespräch behandelt werden.« (Ostermann & Hollander 1996) Die Patientin ist also i.d.R. selbst Teilnehmerin, dennoch handelt es sich hier um eine angehörigenzentrierte Form der Zusammenarbeit, denn die Angehörigenvisite stellt einmal in der Woche einen definierten Raum zur Verfügung, den Angehörige für ihre Belange nutzen können. Sie findet regelmäßig (i.d.R. wöchentlich) zur selben Zeit statt und Angehörige können sich vorher, z.B. durch die Patientinnen in den Terminplan eintragen lassen. Die Regelmäßigkeit und Offenheit dieses Angebotes ist ein wichtiger Aspekt, wenn man sich vergegenwärtigt, wie anstrengend und häufig entwürdigend es für Angehörige oft ist, einen Termin mit den verantwortlichen Therapeutinnen zu bekommen. In der von Ostermann und Hollander beschriebenen Variante beträgt die durchschnittliche Gesprächsdauer ca. 15 Minuten. Von Seiten des Klinikpersonals nimmt eine Mitarbeiterin des Pflegedienstes, die zuständige Sozialarbeiterin, die Stationsärztin sowie die Oberärztin an der Visite teil. Ein wichtiger Hinweis: »Es kommt einem Kunstfehler gleich, junge und unerfahrene Assistenzärzte... ohne entsprechende Hilfestellung

in ein so komplexes Beziehungsfeld zu schicken, wie es sich in der Angehörigenvisite entfalten kann. Bestenfalls kommt dabei ein gegenseitiges Nichtverstehen heraus, schlimmstenfalls eine Wiederholung und Wiederauflage von Schuldzuweisungen und überholten Theoriekonstruktionen wie die der ›schizophrenogenen Mutter‹« (ebd., S. 28). Über die Verbreitung dieses Bausteins einer subjektorientierten Zusammenarbeit in der deutschen Psychiatrie ist nichts bekannt.

- Auch bei der *Behandlungsvereinbarung* geht es um eine Verhandlung im Einzelfall, sie betrifft die klinische Behandlung. Als prospektive, vertrauensbildende Maßnahme soll sie die Grundlage für eine tragfähige therapeutische Beziehung schaffen. »Ziel ist es, dass ehemalige Patientinnen und Patienten – wenn es ihnen besser geht und sie als Verhandlungspartner gegenüber der Klinik auftreten können – ihre Erfahrungen über vorangegangene Klinikaufenthalte einbringen und Absprachen treffen, wie sie bei einer erneuten Klinikaufnahme angemessen behandelt und begleitet werden wollen. Dabei sollten die bisherigen – auch und gerade die verletzenden – Erfahrungen besprochen und soll gemeinsam nach Lösungen gesucht werden.« (Voelzke 1998 a, S. 269 ff.) Es handelt sich also um eine vorausschauende Vereinbarung für den Fall einer erneuten Krise. In Bielefeld ist dafür ein sechsseitiger Vordruck entwickelt worden mit den Gliederungspunkten Kontakte, Aufnahme und Behandlung, Medikamente, Zwangsmaßnahmen, PsychKG, soziale Situation und Sonstiges. An den Vereinbarungsgesprächen, die auf der zuständigen Station stattfinden, nehmen teil die Betroffene – ggf. unter Hinzuziehung einer Vertrauensperson –, die zuständige Oberärztin, die pflegerische Stationsleitung und die zuständige Sozialarbeiterin. Der Zeitaufwand beträgt ca. ein bis zwei Stunden (Dietz et al. 1998). Die abgeschlossene Vereinbarung wird auf der zuständigen Station und im Aufnahmezimmer der Klinik hinterlegt und ist jederzeit zugänglich. Behandlungsvereinbarungen werden mittlerweile in einer größeren Zahl von bundesdeutschen Kliniken abgeschlossen, darüber hinaus u.a. in Bern und Wien. Das Angebot richtet sich in erster Linie an psychosegefährdete Menschen, es wird bisher allerdings i.d.R. nur von einer Minderheit der Patientinnen in Anspruch genommen. Die Gründe dafür dürften vielschichtig sein (mangelnde

soziale Unterstützung, relativ hoher Aufwand, mehrwöchige Distanz zur letzten Klinikbehandlung etc.). In Befragungen von Patientinnen und Mitarbeiterinnen unserer Klinik wurden die Erfahrungen mit der Vereinbarung generell sehr positiv bewertet. In einer ersten Studie bei 49 Patienten konnte darüber hinaus gezeigt werden, dass Anzahl und Dauer von Klinikaufenthalten nach Abschluss einer Vereinbarung sinken. So nahm die kumulative stationäre Behandlungsdauer in den zwei Jahren nach der Vereinbarung im Vergleich zum gleichen Zeitraum vorher um 40 % ab (Projektgruppe Behandlungsvereinbarung 2001).

- Die Einrichtung von *Beschwerdestellen* für psychiatrische Patientinnen ist eine zentrale Forderung der Selbstorganisation Psychiatrie-Erfahrener. Dabei werden in Europa unterschiedliche Modelle diskutiert und praktiziert (Patientinnenvertrauenspersonen, Patientinnenanwälte, Ombudspersonen, Patientinnenfürsprecher, Beschwerdekommissionen, Beschwerdestellen etc.). Beschwerdestellen gibt es inzwischen in mehr als zehn Orten der Republik (z.T. im Aufbau), u.a. in Bielefeld. Hier befasste sich eine Arbeitsgruppe des Trialogs aus Professionellen, Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen (s. 4.) ab 1996 mit dem Thema. Die »Beschwerdestelle für Psychiatrie in Bielefeld« arbeitet seit 1998 auf ehrenamtlicher Basis. Sie richtet sich an psychisch kranke Menschen und ihre Angehörigen. »Ziel ist es, zur Qualität der psychiatrischen Versorgung... beizutragen (externe Qualitätssicherung); bei Konflikten oder Problemen von psychisch bzw. suchterkrankten Menschen bzw. deren Angehörigen, die diese im Rahmen der jeweiligen psychiatrischen Dienste und Einrichtungen nicht selbst geregelt bekommen, zu klären, zu vermitteln und auf Abhilfe für die Zukunft hinzuwirken.« (Voelzke 1998 b, S. 17) Die Beschwerdestelle ist paritätisch besetzt mit erfahrenen Mitarbeiterinnen psychiatrischer Dienste und Einrichtungen, Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen. Sie bietet u.a. eine wöchentliche, offene Sprechstunde an, bearbeitet die Beschwerden nach einer Geschäftsordnung und erstattet einen schriftlichen Jahresbericht. Entscheidungen über den Umgang mit einer Beschwerde müssen im Konsens getroffen werden, es geht also auch hier um ein Verhandeln und Aushandeln im Einzelfall.

4. Angehörigen-Selbsthilfe, Psychiatrie-Erfahrenen-Selbsthilfe und PAP-Trialog

Gemeinsames Merkmal dieser letzten vier Bausteine ist, dass Professionelle in diesen Formen der Zusammenarbeit entweder gar nicht mehr bzw. allenfalls als initiale Unterstützerinnen auftauchen (Selbsthilfe) oder aber als gleichberechtigte Partnerinnen in einem Aushandlungsprozess, in dem es nicht mehr um einzelne Betroffene, sondern um sozial- und psychiatriepolitische Aktivitäten geht (PAP-Trialog).

Die *Selbsthilfe-Bewegung der Angehörigen* psychisch Kranker in Deutschland hatte 1985 mit der Gründung des Bundesverbandes der Angehörigen ihren ersten Kulminationspunkt. Der Bundesverband wird getragen von Landesverbänden und zahlreichen Initiativen und Selbsthilfevereinigungen auf örtlicher Ebene. Das typische Mitglied einer Angehörigen-Selbsthilfegruppe oder -organisation ist weiblich und Mutter eines psychosekranken Familienmitgliedes (Gottschling 2000). Als psychiatriepolitische Akteure setzten sich die organisierten Angehörigen u.a. ein für die vorrangige Berücksichtigung der chronisch bzw. langwierig Kranken, die auf aufsuchende Hilfe angewiesen sind, für bedarfsgerechte Angebote in den Bereichen Tagesstruktur, (Aus-)Bildung, Beschäftigung und Wohnen sowie für eine rund um die Uhr verfügbare und qualifizierte Notfallversorgung (vgl. Baumann et al. 1998). Diese Schwerpunktsetzungen deuten darauf hin, dass in der Angehörigenbewegung vor allem Menschen mit einem schwer und chronisch kranken Familienmitglied organisiert sind. Angehörige vertreten ihre Belange im Rahmen von Veröffentlichungen, Vorträgen, Tagungen und in den Medien. Sie organisieren Seminare und Informationsveranstaltungen, fördern aber auch Solidarität und Geselligkeit unter Mitbetroffenen. Katschnig und Konieczna stellen aus professioneller Sicht schon 1985 fest: »Auf dem Hintergrund der allgemeinen Selbsthilfebewegung hat sich im Rahmen der in den letzten fünfzehn Jahren gegründeten Angehörigenselbsthilfeorganisationen ein ›neuer‹ Typ des Angehörigen herausgebildet, dem die Passivität und Verzagtheit des ›alten‹ Angehörigen zunehmend abgeht.« (1985, S. 203) Dieser »neue Typ« der selbstbewussten Angehörigen hat sich auch in Deutschland in den letzten beiden Jahrzehnten zu einer wichtigen Diskussions-, Konflikt- und Bündnispartnerin für psychiatrische Professionelle auf regionaler und überregionaler Ebene entwickelt. Professionelle handeln subjektorientiert, wenn sie diese Partnerin respektieren und sich auf sie einlassen. Darüber hinaus können sie die Angehörigen-Selbsthilfe materiell unterstützen, z.B. in dem sie Räumlichkeiten oder andere Sachmittel zur Verfügung stellen.

- Die *Selbsthilfe-Bewegung der Psychiatrie-Erfahrenen* hat sich in Deutschland in ihrer Breite erst ab Ende der 80er/Anfang der 90er Jahre entwickelt. Der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener wurde 1992 gegründet. Er hat mehr als 650 Mitglieder in ca. 80 Selbsthilfegruppen und -vereinen (Voelzke 1998 a). Der Verband setzt sich ein für die gleichberechtigte Beteiligung der Psychiatrie-Erfahrenen an der Planung, Entwicklung und Realisierung von Maßnahmen, Einrichtungen etc., für einen Verzicht auf staatliche und therapeutische Gewaltanwendung, für eine Verbesserung der rechtlichen, sozialen und ökonomischen Stellung von (ehemaligen) Patientinnen. Er will Möglichkeiten zur Vorbeugung psychischer Krisen entwickeln, über die Rechte von Patientinnen informieren und dazu beitragen, dass sie gewährt und wahrgenommen werden und er will eine Anlaufstelle für Beschwerden sein (Voelzke 1998 b). Der Verband beteiligt sich an oder organisiert Fortbildungen, Tagungen, Veröffentlichungen und politischen Aktivitäten. In den Selbsthilfegruppen geht es um Erfahrungsaustausch und gegenseitige Unterstützung sowie die solidarische Vertretung gemeinsamer Interessen. Eine besondere Bedeutung haben Gespräche »...über unsere schmerzhaften und verletzenden Erfahrungen in psychiatrischen Kliniken. Dauerthemen sind insbesondere: Zwangsunterbringungen, Zwangsmedikamentierung, Isolierung, Fixierung, das Gefühl von Ausgeliefertsein und Ohnmacht« (Voelzke 1998 a). Der Bundesverband hat eine Materialsammlung zur Gründung von Selbsthilfegruppen herausgegeben. Psychiatrisch Tätige können einen Beitrag dazu leisten, die Selbstorganisation von Betroffenen zu fördern (z.B. materiell). Sie handeln subjektorientiert, wenn sie die Selbstorganisation von Betroffenen als Gesprächs- und Verhandlungspartner respektieren.
- *PAP-Trialog*: Das Stichwort »Trialog« ist in den letzten Jahren zum allgemeinen Oberbegriff für alle Arten des partnerschaftlichen Diskurses zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und

Professionellen geworden. In diesem Zusammenhang soll jedoch auf eine spezielle Variante eingegangen werden, die es seit 1993 in Bielefeld gibt. Der Bielefelder PAP-Trialog ist ein offenes Forum, in dem sich die drei Gruppen als psychiatriepolitische Interessenvertreterinnen begegnen. Es geht also nicht um individuelle (Krankheits-)Geschichten, sondern um die Erörterung aktueller Probleme der Psychiatrie vor Ort, um Interessenkonflikte und Beziehungspflege, um gemeinsame Aktivitäten und Initiativen. Der PAP-Trialog tagt viermal jährlich und wird jeweils von einer Gruppe mit Tagesordnung vorbereitet, moderiert und protokolliert. Teilnehmerinnen sind Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige sowie engagierte Mitarbeiterinnen aus unterschiedlichen psychiatrischen Diensten und Einrichtungen, zumeist mit Leitungsfunktion. Ergebnisse der bisherigen Arbeit sind u.a.: die Einführung der Psychose-Seminare, das jährliche Psychiatrie-Seminar im Rathaus, die Bielefelder Behandlungsvereinbarung, die Realisierung einer Beschwerdestelle. Der PAP-Trialog hat sich in Bielefeld zum Kristallisationspunkt für unterschiedliche Initiativen auf dem Weg vom Objekt zum Subjekt entwickelt.

Zum Schluss

Noch einmal: Es ist klar, dass die hier skizzierten subjektorientierten Formen der Zusammenarbeit keineswegs selbstverständlich sind. Es gibt immer noch viel zu wenig davon. Vielleicht ist man mancherorts sogar schon wieder auf dem Rückzug. Entsprechend skeptisch urteilt eine Psychiatrie-Erfahrene: »Ist es nicht vielleicht doch eher so, dass es den Trialog nur auf Tagungen und in Seminaren gibt, während er am Alltag schlicht und ergreifend vorbei geht?« Und sie fährt fort: »Vor ein paar Tagen habe ich mich mit einer jungen Psychiatriemitarbeiterin unterhalten. Die meinte: ›... Ach ja, der Trialog, kenn‘ wa, ham wa schon durch, dit wa ma so’n Modewort in den 90er Jahren ...‹« (Klafki 2001, S. 6).

Gleichwohl: Die genannten Beispiele stehen dafür, dass es »anders« gehen kann, und dass es vorangegangen ist auf dem Weg vom Objekt zum Subjekt, hin zu einer neuen Beziehungsqualität und Rollenverteilung. Für psychiatrische Professionelle stellen diese Formen der Zusammenarbeit mit Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen eine große Herausforderung dar und zugleich einen Prüfstein für

die Qualität ihrer Arbeit. Ich empfehle, die Liste dieser zwölf beispielhaften Bausteine als *»Checkliste für die Subjektorientierung in einer psychiatrischen Versorgungsregion«* zu benutzen. Zwölf Punkte sind sicher schwer erreichbar, in Bielefeld haben wir aber immerhin bereits elf (mit Ausnahme der psychoedukativen Familientherapie). Acht oder mehr Punkte wären schon ganz gut, vier oder weniger eindeutig ungenügend. Jeder Punkt mehr wäre ein Schritt voran auf dem Weg vom Objekt zum Subjekt!

Literatur

Ag Psychoedukation (Hrsg.): Psychoedukative Interventionen bei der Behandlung schizophrener Erkrankungen. Unveröffentl. Typopskript 2001

Basan, A., Pitsch-Walz, G., Bäuml, J.: Psychoedukative Gruppen bei schizophrenen Patienten und anschließende ambulante Langzeitbehandlung. In: Fortschr. Neurol. Psychiat. 2000, 68, 537–545.

Baumann,K.S., Lürssen, M., Heim, S., Schmitz-Moormann, L.: Angehörigenarbeit – Hilfen für Familien. In: Bock, T., Weigand, H. (Hrsg.): Handwerksbuch Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag 1998

Bock, T.: Zur Selbstverständlichkeit psychischer Erkrankungen – Argumente für eine anthropologische Sicht. In: Bock, T., Weigand, H. (Hrsg.): Handwerksbuch Psychiatrie, 4. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag 1998

Bock, T., Deranders, J.E., Esterer, I. (Hrsg.): Stimmenreich. Mitteilungen über den Wahnsinn. Bonn: Psychiatrie-Verlag 1992

Bock, T., Deranders, J.E., Esterer, I. (Hrsg.): Im Strom der Ideen. Stimmenreiche Mitteilungen über den Wahnsinn. Bonn: Psychiatrie-Verlag 1994

Bock, T., Deranders, J.E., Esterer, I. (Hrsg.): Es ist normal, verschieden zu sein. Psychose-Seminare – Hilfen zum Dialog. Bonn: Psychiatrie-Verlag 1997

Dietz, A., Pörksen, N., Voelzke, W.:Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag 1998

Dörner, K.: Handwerksregeln für Angehörigengruppen. In: Dörner, K., Egetmeyer, A., Koenning, K. (Hrsg.), Freispruch der Familie, Neuaufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag 1987

Dörr, R., Morisse, K., Weiland, I.: Psychose hat viele Gesichter. Erfahrungen mit einer tagesklinischen Gesprächsgruppe. Soz. Psychiatr. 1994, 18/4, 9–11

Fiedler, P.: Psychoedukative Verhaltenstherapie in Gruppen. In: Verhaltensmod. Verhaltensmed. 1995, 16/1, 35–53

Fiedler, P.: Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie. In: Verhaltensther. Verhaltensmed. 1997, 18/1, 7–39
Fiedler, P., Niedermeier, R., Mundt, C.: Gruppenarbeit mit Angehörigen schizophrener Patienten. München: Psychologie Verlags Union 1996
Gottschling, W.: Angehörige in Bewegung – 15 Jahre Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V. Psychosoz. Umschau 2000, 15/4, 24–26.
Hahlweg, K., Dürr, H., Müller, U.: Familienbetreuung schizophrener Patienten. Weinheim: Psychologie Verlags Union 1995
Hornung, W.P., Feldman, R., Klingenberg, S., Buchkremer, G., Reker, T.: Long-term effects of a psychoeducational psychotherapeutic intervention for schizophrenic outpatients and their key-persons – results of a five-year follow-up. In: Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 1999, 249, 162–167.
Katschnik, H., Konieczna, T.: Die Philosophie und Praxis der Selbsthilfe für Angehörige psychisch Kranker. In: Böker, W., Brenner, H.D. (Hrsg.): Bewältigung der Schizophrenie. Bern: Huber. 1985
Katschnik, H., Konieczna, T.: Was ist in der Angehörigenarbeit wirksam? – Eine Hypothese. In: Böker, W., Brenner, H.D. (Hrgs.): Schizophrenie als systemische Störung. Bern: Huber 1989
Klafki, H.: Mauer im Kopf – über Grenzen, Ambivalenzen und Zeitsprünge. Soz. Psychiatr. 2001, 25/1, 4–6
Ostermann, J., Hollander, S.: Die Angehörigenvisite. In: Psychiat. Prax. 1986, 23, 279–281
Pitsch-Walz, G., Engel, R.R.: Psychoedukation in der Schizophreniebehandlung. Psycho 1997, 23, 22–23
Projektgruppe Behandlungsvereinbarung: Evaluation von Behandlungsvereinbarungen mit psychisch Kranken – vertrauensbildende Maßnahmen in der stationären Psychiatrie. Bielefeld: Unveröffentl. Forschungsantrag 2001
Schaub, A.: Psychoedukative und bewältigungsorientierte kognitive Therapien bei schizophrenen und schizoaffektiven Störungen. In: Psychotherapie 1999, 4, 74–83.
Schernus, R., Schindler, D.: »Psychosegruppe« oder das Suchen der gemeinsamen Sprache. In: Dörner, K. (Hrsg.): Akut-Psychiatrie. 44. Gütersloher Fortbildungswoche. Gütersloh: Jakob van Hoddis 1993
Voelzke, W.: Selbstorganisation und gemeinsame Selbsthilfe. In: Bock, T., Weigand, H. (Hrsg.): Handwerksbuch Psychiatrie, 4. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag 1998a
Voelzke, W.: Selbstorganisation Psychiatrie-Erfahrener. Erweiterte Fassung eines Vortrages für die Fortbildungsreihe im Psychiatrischen Krankenhaus Herborn. Bielefeld: Unveröffentl. Typoskript. 1998b
Voelzke, W., Prins, S.: Auf dem Weg zum psychiatrischen Krankenhaus der Zukunft aus der Sicht der Psychiatrieerfahrenen. In: Dörner, K. (Hrsg.): Akut-Psychiatrie. 44. Gütersloher Fortbildungswoche. Gütersloh: Jakob van Hoddis 1993
Wienberg, G.: Gesundheitsförderung bei chronischen psychischen Erkrankungen – Das Beispiel der psychoedukativen Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv Erkrankten. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften: Unveröffentl. Dissertation 1998
Wienberg, G., Schünemann-Wurmtaler, S., Sibum, B.: Schizophrenie zum Thema machen – Manual und Materialien, 3. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag 1999
Wienberg, G., Sibum, B.: Psychoedukative Therapie schizophren Erkrankter – Einordnung und Überblick. In: Wienberg, G. (Hrsg.): Schizophrenie zum Thema machen – Grundlagen und Praxis. Bonn: Psychiatrie-Verlag 1997

Vom Objekt zum Subjekt – aus der Sicht eines Angehörigen

Reinhard Peukert

Thesen

1. Unter dem Gesichtspunkt der Subjekt-Orientierung ist die BRD-Psychiatrie ein Leopardenfell – mit hellen und mit dunklen Flecken.
2. Die Um-Orientierung auf das Subjekt vollzieht sich in einem unhintergehbaren Spannungsverhältnis.
3. »Subjektorientierung« heißt, dass die Subjektivität *aller* Beteiligten zum Tragen kommen sollte.
4. Orientierung auf das Subjekt: Ja – aber müssen es gerade die Angehörigen sein?
5. Konsequenzen aus Sicht der Angehörigen:
   Eine Orientierung auf das »Angehörigensubjekt« würde vor allem darin bestehen, die objektiven Belastungen der Angehörigen anzuerkennen, vor allem aber auch, daraus Konsequenzen zu ziehen.

These 1: Unter dem Gesichtspunkt der Subjekt-Orientierung ist die BRD-Psychiatrie ein Leopardenfell – mit hellen und mit dunklen Flecken

1. Die Angehörigen stimmen mit den Profis und Psychiatrie-Erfahrenen in der Bewertung der »Bausteine« eines subjektorientierten Psychiatrie überein – auf den »schwarzen Flecken« des Leopardenfells.
2. Es wird voraussichtlich zunehmend schwieriger, auf den »weißen Flecken« die Subjekt-Orientierung völlig zu vernachlässigen – ein Ergebnis von Empowerment und der von Zeit und Raum gelösten Kommunikationsstrukturen.
3. Die weißen Flecken »anzugrauen« ist eine trialogische Aufgabe: die Profis transportieren Informationen,
   - die Angehörigen beschweren sich und jammern über die unhaltbaren Zustände
   - die Psychiatrie-Erfahrenen skandalieren die Verhältnisse und

   jede der Gruppen unterstützt die andere.

4. Auf den unterschiedlichen Ebenen (Arbeitsebene vs. Gremien) werden Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene sehr unterschiedlich eher einbezogen oder eher nicht einbezogen.
   Man könnte auch sagen: Mal sitzen die Angehörigen, mal die Psychiatrie-Erfahrenen im Schwarzen – Hat das System?

Subjektorientierung kann sich u.a. in zwei Bereichen zeigen (s. Abbildung 1):

1. Darin, dass Angehörigen und/oder Psychiatrie-Erfahrenen empathisch-nachvollziehend und mit verstehender Akzeptanz begegnet wird,
2. und darin, dass sie in Handlungen und Entscheidungen einbezogen werden.

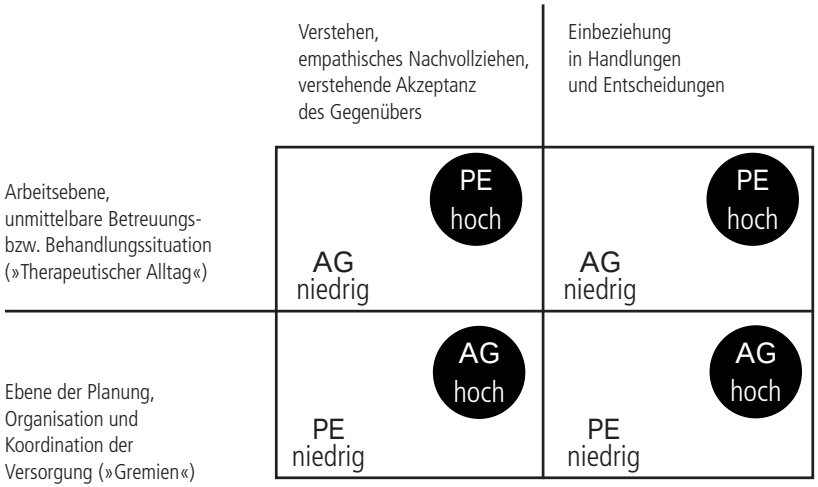


Abb. 1: Zum aktuellen Stand »vom Objekt zum Subjekt« – eine grafische Spekulation. Hier nur im Verhältnis der Profis zu den Psychiatrie-Erfahrenen (PE) und den Angehörigen (AG); sicherlich wären auch die anderen Relationen interessant!

Auf zwei Ebenen ist empathischer Nachvollzug und verstehende Akzeptanz sowie die Einbeziehung in Handlungen und Entscheidungen möglich:

A. Auf der Arbeitsebene, dort, wo die unmittelbare Betreuung und Behandlung stattfindet, im »therapeutischen Alltag«.

B. Auf der Ebene von Planung, Organisation und Koordination der Versorgung, d.h. in den Gremien.

Es hat den Anschein, als ob mit den Angehörigen und den Psychiatrie-Erfahrenen seitens der Professionellen und politisch Verantwortlichen sehr unterschiedlich verfahren wird – je nachdem, um welche Ebene es sich handelt. Angehörige scheinen in den Gremien verträglich, ggf. sogar gern gesehen zu sein – im Betreuungsalltag ganz und gar nicht. Macht ihr Einbezug in die alltägliche Arbeit die Verhältnisse zu kompliziert? Psychiatrie-Erfahrenen als Subjekten zu begegnen, scheint im Behandlungs- und Betreuungsalltag leichter zu gelingen als in den Gremien. Sind ihre Wünsche und Forderungen dort zu sperrig?

These 2: Die Um-Orientierung auf das Subjekt vollzieht sich in einem nicht übergehbaren Spannungsverhältnis

Aus Angehörigensicht gibt es drei Kriterien, an denen Subjektorientierung gemessen werden kann – die allerdings zu anderen Wirklichkeiten in Widerspruch treten können:

1. Wird ein subjektiver Bezug hergestellt, wird (erfolgreich) versucht, dem Anderen zu begegnen?
   Zu versuchen, dem Anderen zu begegnen, heißt nicht zu versuchen, ihn zu verstehen, denn »zu verstehen« heißt, sich seiner zu bemächtigen. »Ich verstehe dich!« ist das Schlimmste, was man der Subjektivität des Anderen antun kann (frei zitiert nach Nietzsche aus der Morgenröte). Ist in der Psychose nicht gerade die Beziehungs- und Begegnungsfähigkeit gestört? Ist die Psychose nicht auch ein Versuch, der Begegnung mit sich und Anderen zu entgehen?
2. Erhalten diejenigen, die sich als hilfsbedürftig definieren oder als hilfsbedürftig wahrgenommen werden die Hilfen, die ihnen auch subjektiv als hilfreich erscheinen?
   Legitimiert sich professionelle Hilfe nicht gerade darin, dass der Professionelle (besser) weiß, was helfen könnte? Ist Psychiatrie nicht immer auch ein Gewaltverhältnis? – Gibt es nicht den Doppelauftrag von Hilfe für den Leidenden und Kontrolle im Dienst des Gemeinwesens?
3. Werden die, die sich als Beteiligte oder Mit-Beteiligte verstehen,

auf allen Ebenen in den Hilfeprozess einbezogen? Gibt es nicht eine unfassbare Komplexität und Vielfalt von Beziehungsnetzen? Wer entscheidet darüber, wer Beteiligter ist und wer nicht? – Ist die Mutter die Beteiligte, die Betreuerin des Dienstes oder der Freund? Widerspricht schnelle, flexible und strukturierte professionelle Hilfe nicht der Einbeziehung von Beziehungspartnern?

These 3: »Subjektorientierung« heißt, dass die Subjektivität aller Beteiligten zum Tragen kommt

»Vom ›Schiefolog‹ zum Trialog«

Das heißt, in Psychose-Seminare sollten sich auch die Profis einbringen, und zwar ihre Probleme mit der Psychiatrie, ihre Ängste im Arbeitsalltag – anstatt die Psychose-Seminare passiv als Lernchance für sich zu definieren – um sich hinterher mit anderen Profis über die Gespräche im Psychose-Seminar auszutauschen, und die Bearbeitung der eigenen Probleme ausschließlich in den exklusiven Kreis der Supervision zu verlegen.

»Von der Angehörigenarbeit zum Angehörigensubjekt«

Damit ist gemeint: »Öffnung für die Erfahrungen der Angehörigen« statt »Angehörigenarbeit«. Allerdings hat es den Anschein, als ob nach wie vor objektivierende »Angehörigenarbeit« statt »Öffnung für die Erfahrungen von Angehörigen« den Alltag bestimmt und auf dem Weg zum »Angehörigensubjekt« im Wege steht.

- Wie wäre sonst zu erklären, dass Angehörigen mit dem Verweis auf Schweigepflicht Informationen vorenthalten werden – statt mit den Patientinnen bzw. Betreuten über die Sinnhaftigkeit solchen Informierens zu sprechen? (Zum Beispiel unter der Perspektive, dass ja die meisten Psychiatrie-Erfahrenen Kontakte zu ihren Angehörigen pflegen und hin und wieder in schwierigen Zeiten darauf zurückgreifen.)
- Wie wäre sonst zu erklären, dass selbst Angehörige, deren krankes Familienmitglied mit in der gemeinsamen Wohnung lebt, an Behandlungs- und Betreuungsplanungen nicht beteiligt werden?
- Wie wäre sonst zu erklären, dass in psychiatrischen Krankenhäusern »Angehörigenvisiten« (d.h. regelhafte Gespräche des gesamten Teams mit den Angehörigen) eine Ausnahme sind?

- Wie wäre sonst zu erklären, dass nur wenige niedergelassene Nervenärztinnen von der Abrechnungsmöglichkeit »Gespräch mit Angehörigen« Gebrauch machen?
- Wie wäre sonst zu erklären, dass in den Gemeindepsychiatrischen bzw. Psychosozialen Zentren Angebote für Angehörige nach wie vor Mangelware sind?
- Wie wäre sonst zu erklären, dass Krisendienste – von den Angehörigen gefordert, seit sie zu sprechen begonnen haben – in der BRD nur für 5 % der Bevölkerung zur Verfügung stehen? usw.

These 4: Orientierung auf das Subjekt: Ja – aber müssen es gerade die Angehörigen sein?

1. Herr Völzke zeigt, dass Subjektorientierung daran gebunden ist, sich als Subjekt der Versorgung erfahren zu können. Dem ist nichts hinzuzufügen. Aber: Wir haben den Eindruck, dass dies im unmittelbaren Umgang mit den Patientinnen/Klientinnen leichter zu fallen scheint als im Umgang mit uns Angehörigen. So, wie dem Psychiatrie-Erfahrenen als Subjekt begegnet werden kann bzw. sollte, und nicht als einem (interessanten) Exemplar einer Diagnosegruppe, so können auch die Angehörigen in ihrer subjekthaften Einzigartigkeit erfahren werden – statt sie zu klassifizieren (z.B. als »High Expressed Emotions«- oder »Low Expressed Emotions«-Familie).
2. Die Interaktionen zwischen Angehörigen, Psychiatrie-Erfahrenen und Professionellen sind nach wie vor von überraschenden wechselseitigen Zuschreibungen geprägt – so entspricht z.B. das Bild der Professionellen vom »guten Angehörigen«, dem der Angehörigen von der »guten Mitarbeiterin«, und das vom »schlechten Angehörigen«, dem der »schlechten Mitarbeiterin«.

Der/die »gute Angehörige«
- ist kooperationsfähig,
- hat Krankheitsverständnis und Krankheitseinsicht,
- ist beziehungsfähig zu Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern,
- ist an der Beziehung zu Mitarbeiterinnen wegen des kranken Familienmitgliedes interessiert,
- folgt den Empfehlungen der Profis,

- motiviert die Klientin zur Wahrnehmung der professionellen Angebote,
- akzeptiert die Ziele der Mitarbeiterinnen: Klientinnenzufriedenheit, Autonomie, und Eigenverantwortung,
- ist den Mitarbeiterinnen dankbar,
- begleitet und unterstützt den Kranken,
- kann sich von ihm/ihr abgrenzen,
- er/sie ist (fast) immer präsent, kann zuhören, lässt dem Klienten/der Klientin Raum und passt seine Erwartungen der Realität an (d.h.: schraubt sie runter),
- bietet einen optimalen Familienhintergrund,
- hat Realitätssinn,
- akzeptiert Tatsachen,
- akzeptiert das Anderssein, die Verhaltensauffälligkeiten,
- geht verantwortungsvoll mit dem Klienten/der Klientin um – indem er/sie sich an die Absprachen mit der Professionellen hält,
- fällt weder Entscheidungen, noch handelt er/sie über den Kopf der Klientinnen/Klienten hinweg,
- ist entwicklungsfähig,
- kann für sich sorgen.

Der/die »schlechte Angehörige«
- verweigert die Kooperation,
- kann die Krankheit nicht akzeptieren,
- hat inadäquate Erwartungen (in der Regel zu hohe),
- lässt nichts an sich ran und setzt sich nicht auseinander,
- ist nicht kritikfähig,
- kritisiert immer nur die Anderen,
- kontrolliert Betreuerin und Klientin/Klienten,
- nur Äußerlichkeiten sind ihm wichtig: Kleidung, ordentliche Wohnung, Regelungen,
- hält Absprachen nicht ein,
- nörgelt, macht Vorwürfe, ist ungeduldig – Mitarbeiterinnen und Klientin gegenüber,
- mischt sich ein,
- gibt schlechte Ratschläge, oft konträr zu denen der Betreuerin,
- bevormundet und überbehütet den Kienten/die Klientin,
- ihm/ihr ist egal, wie es der Klientin/dem Klienten geht,
- verstärkt Abhängigkeit zwischen Angehörigen und Klientinnen,

- ist besserwisserisch und entwertend gegenüber Profis,
- engagiert sich grenzverletztend: hält Grenzen zu Klientin/Klienten und Mitarbeiterinnen/Trägern nicht ein,
- setzt Andere unter Druck, ohne einen eigenen Beitrag zu leisten; (ist z.B gegen Zwangseinweisungen – aber lässt selbst alles zu!)
- verhält sich unehrlich (gegenüber krankem Familienmitglied bei Konflikten),
- wälzt die Verantwortung auf den Profi ab,
- vermittelt dabei der/dem Klientinnen/Klienten: Der Profi kann alles! der Profi hat alles zu machen!,
- spielt die Angebote gegeneinander aus,
- hat keine Ahnung von Arbeit mit psychisch Kranken – interessiert sich nur für seinen kranken Angehörigen, sieht nicht die Gruppe und die Belastung der Mitarbeiterinnen,
- die Krönung: er fordert Betreuung *für sich!*

These 5: Konsequenzen aus Sicht der Angehörigen

Eine Orientierung auf das »Angehörigensubjekt« würde vor allem darin bestehen, die objektiven Belastungen der Angehörigen anzuerkennen, vor allem aber auch, daraus Konsequenzen zu ziehen,

- d.h. alltagsentlastende Dienstleistungen – und nicht Betrachtung der Angehörigen als »Ressource«;
- d.h. 24-Stunden Krisenhilfe an sieben Tagen in der Woche, und zwar bundesweit – und nicht nur für 5 % der Bevölkerung (und dann zumeist nur an Wochenenden, manchmal auch in den Abendstunden, ganz selten auch nachts);
- d.h. Einbeziehung nicht nur in die Gremien, sondern in den Behandlungs- und Betreuungsalltag – und Schluss mit der »Schweigepflichts-Keule«.

Wir benötigen eine »trialogische Psychiatrie«, mit zwei Zentren:

1. Einem flexiblen, regional zuständigen, verfügbaren Team (siehe Abb. 2)
2. Eine dialogische Interaktion untereinander (siehe Abb.3)

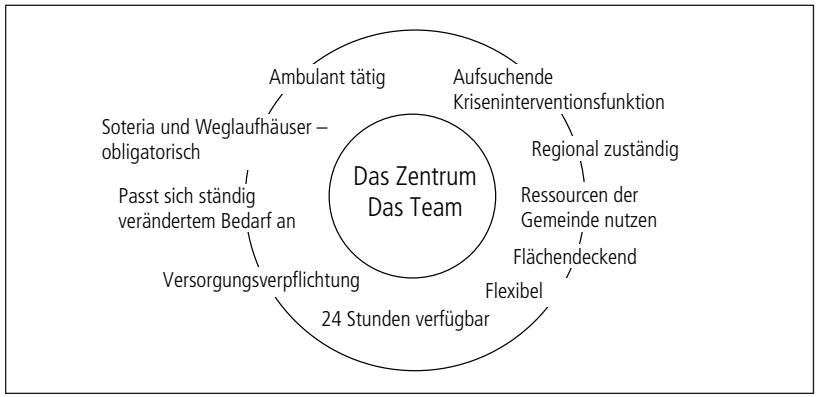


Abb. 2: Die Zukunft ›Trialogischer‹ Psychiatrie – strukturell



Abb. 3: Die Zukunft ›Trialogischer‹ Psychiatrie – interaktiv

Vergessen Sie nie:
Die Familien sind der größte und
flexibelste Einrichtungstyp der Gemeindepsychiatrie!

Vom Objekt zum Subjekt – aus Sicht eines Psychiatrie-Erfahrenen[1]

Wolfgang Voelzke

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Thema »Vom Objekt zum Subjekt« erläuterte gerade Herr Dr. Wienberg aus Sicht Professioneller. Herr Prof. Dr. Peukert nimmt die Beurteilung aus der Sicht von Angehörigen vor. Mein Part ist es heute, den subjektiven Teil aus Sicht Psychiatrie-Erfahrener darzustellen. Deshalb bekommen Sie auch einen überwiegend subjektiven Beitrag. Dabei habe ich mich allerdings bemüht, auch Erfahrungen anderer Psychiatrie-Betroffener (intersubjektive Erfahrungen) einzubeziehen.

Als ich meine ersten persönlichen Erfahrungen mit der Psychiatrie machte, wurde gerade die Psychiatrie-Enquete herausgegeben. Man schrieb das Jahr 1975. Ich hatte mein Abitur abgeschlossen und meine Ausbildung zum gehobenen Verwaltungsdienst bei der Stadt Bielefeld begonnen. Der Übergang von Schule zu Beruf war für mich als ein einschneidendes Lebensereignis mit außergewöhnlich schwierigen Anforderungen verbunden. Ich bin nach allen »Regeln der Kunst« psychisch zusammengebrochen und wurde anschließend Objekt psychiatrischer Behandlung.

So schaue ich heute auf 25 Jahre Erfahrung in und mit der Psychiatrie zurück. Deshalb habe ich es gerne übernommen, zu den Auswirkungen der Psychiatrie-Enquete Stellung zu nehmen. Im Folgenden will ich aus meiner Erfahrung kurz zusammenfassen, was auf meinem Weg vom Objekt zum Subjekt wichtig war.

1 Erstveröffentlichung unter dem Titel Voelzke, W.: »Die Psychiatrie auf dem Weg vom Objekt zum Subjekt«, in: Wollschläger, M. (Hrsg.): Sozialpsychiatrie. Entwicklung – Kontroversen – Perspektiven. DGVT Verlag, Tübingen, erscheint voraussichtlich August 2001.

1. Fremdbestimmung, Zwang und Gewalt prägten das Bild der Psychiatrie

Während meiner fünf stationären Aufenthalte zwischen drei Wochen und fünfeinhalb Monaten in psychiatrischen Kliniken habe ich fast alles erlebt, was da so drin ist – um sich als Objekt psychiatrischer Maßnahmen zu erfahren.

Erfahrungen mit der Psychiatrie:

- Krankenbehandlung
- Hilfe zur Krisenbewältigung
- Fremdbestimmung
- Zwangsunterbringung
- Zwangsbehandlung
- Isolierzimmer (»Stübchen« genannt)
- Fixierung
- Sprung aus den Krankenhausfenster aus Panik
- Klageerhebung wegen nicht kunstgerechter Behandlung/Beaufsichtigung

Die ambulante und vor allem die stationäre Psychiatrie hat in unserer Gesellschaft nicht nur die Funktion der *Krankenbehandlung* und *Hilfe zur Krisenbewältigung*. Nein, der Staat fordert von Menschen, bei denen eine psychische Erkrankung *diagnostiziert* wurde und die aus dem Rahmen fallen, ein *gesellschaftliches Opfer* (Saage & Göppinger, Marschner & Volckart & Wagner, 1994, S. 8 f., 26 f., 36 f., 216 ff.). Unter bestimmten rechtlichen Bedingungen (richterliche Entscheidung wegen Fremd- oder Selbstgefährdung) müssen sie *Zwangsmaßnahmen* bei akuten oder schweren Krisen *dulden*.

Wenn dann Mitarbeiterinnen gerade in der stationären Psychiatrie immer wieder *sehr beeinträchtigte* Menschen erleben – selbst wenn diese *freiwillig* in der Klinik sind –, so ist die Gefahr sehr groß, dass Psychiatrie-Betroffene zu *Objekten* psychiatrischer Maßnahmen werden – oder sich im stationären Alltag zumindest so fühlen müssen.

2. Empowerment/Selbstermächtigung sowie die Förderung gesünderer Lebensweise und Selbstbestimmung kann das Bild der Psychiatrie ändern

Gerade von dem Hintergrund der neuen, richtungsweisenden Konzepte von *Empowerment* (Chamberlin, 1993, S. 317; Lehmann, 1997; Voelzke,1998f, S. 259; Keupp 1998a, 1998b, 1999) und *Salutogenese* (Antonovsky, 1997, S. 34 ff., Göpel & Hölling, 2000), also *Selbstermächtigung* und *gesundheitsfördernder Lebensweise* auch in sozialer und ökologischer Hinsicht mit einem höheren Maß an Selbstbestimmung, ist es entscheidend, dass sich alle psychiatrischen Institutionen und vor allem die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich auf diese Grundsätze einer *subjekt- und ressourcenorientierten Arbeit* (Ziskoven, 1994, S. 26 f.; Dörner & Plog, 1996; Schädle-Deininger & Villinger, 1997; Bock, 1998; Voelzke 1998 b, c, d, e; Knuf & Seibert, 2000) ausrichten .

Was macht nun *subjektorientierte Arbeit* aus? Was braucht es, damit Klientinnen und Klienten sich nicht mehr (nur) als Objekt, sondern (auch) als Subjekt psychiatrischer Versorgung erfahren können?

Auf der Beziehungsebene:

- Einfühlungsvermögen (Empathie)
- Akzeptanz
- Echtheit (Authentizität) auch bei der Aufgaben/Rollenwahrnehmung
- (Berufs-)Ethische Grundhaltung

Der persönliche Umgang und die Begegnung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Patientinnen und Patienten sollte durch die o.g. Grundsätze geprägt sein. Dies gilt nicht nur für den psychiatrischen, sondern auch für den somatischen Bereich (Gordon & Edwards, 1997).

Die *Gestaltung der Beziehungen* zu und *Selbstbestimmungsmöglichkeiten* von Patientinnen bzw. Klientinnen gehört zu den wichtigsten Elementen der Struktur- und Prozessqualität in psychiatrischen Hilfesystemen (BEB & PIC, 1998; Bock, 1998; Kauder/Aktion Psychsich Kranke, 1997, S. 17,57 ff., 105 ff., 217 ff.; Peeck & Von Seckendorf & Heinecke, 1995; Prins, 1998; Schernus, 1998; Voelzke 1998 c, d, e; Weise, 1999).

Um Betroffenen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu möglichen, ist im Sinne von *Empowerment* und *Salutogenese* Folgendes von Bedeutung:

Auf der Bewusstseins- und Handlungsebene:

- Ein eigenes Verständnis der Situation, Stärken und Möglichkeiten entwickeln
- Problemlagen selbst definieren
- Das Gefühl haben, selbst etwas ändern zu können
- Entscheidungsmacht und Wahlmöglichkeiten haben
- Eigene Rechte und Möglichkeiten wahrnehmen
- Veränderung bewirken, im persönlichen Bereich und in der Gemeinschaft
- Den eigenen Weg, die eigene Identität selbst und neu bestimmen
- Den eigenen Lebensweg akzeptieren und darin einen Sinn erkennen können

3. Erfahrungen mit subjektorientierten Formen psychiatrischen Handelns

Wegen der eng begrenzten Zeit will ich im Folgenden die verschiedenen »Bausteine« des Dialogs und Verhandelns zwischen Psychiatrie-Erfahrenen und Professionellen sowie Angehörigen nicht erläutern, sondern aus meiner Erfahrung nur kurz bewerten.

Psychoedukative Gruppenarbeit

Ein Meilenstein auf dem Weg, den Objektstatus als Patient und das Ausgeliefertsein an die psychische Dekompensation und psychiatrische Behandlung zu verlassen, war meine Teilnahme am PEGASUS-Projekt 1990 (Voelzke, 1997b).

Das Konzept ist auf *Information* und *Psychoedukation*, auf *Förderung der eigenen Wahrnehmung* des Krisengeschehens, der Rückfall-Vorbeugung und *selbstbestimmten Steuerung* ausgerichtet.

Damit waren Voraussetzungen dafür geschaffen, dass ich nach all den Erfahrungen als Objekt psychiatrischer Diagnose und Behandlung mich jetzt als Subjekt aktiv mit eigenen Möglichkeiten und Entscheidungen erleben konnte.

Wichtige Elemente sind dabei für mich:

Psychoedukative Gruppenarbeit:
- *Aufklärende Fachinformationen* über Erkrankung und psychiatrische Behandlung, die Orientierung ermöglichen
- Rahmen und Ablauf durch Professionelle bestimmt
- Anerkennung als Experte für die eigene Erkrankung
- Akzeptanz des Psychose-Erlebens durch Erörterung individuellen Krisenerlebens
- Erarbeitung von Frühwarnzeichen und individueller Krisenprophylaxe, um selbst handeln zu können

Sehr beeindruckend war für mich die »Zuschreibung« und innere Haltung der professionellen Moderatorinnen und Moderatoren. Sie begegneten Psychiatrie-Erfahrenen als *»Experten« für ihre Erkrankung.*

Psychoseerfahrungs-Gruppen

Stand bei der psychoedukativen Gruppenarbeit für mich die *aufklärende Fachinformation*, die Orientierung und selbstständigeres Umgehen mit der Erkrankung ermöglichte, im Vordergrund, so war dies bei der Psychoserfahrungs-Gruppe die *Akzeptanz des psychotischen Erlebens*, die Verarbeitung und das *tiefere Verständnis* (Schernus & Schindler, 1992).

Dazu half die von zwei Psychologinnen geschaffene positive Gesprächsatmosphäre und der vertrauensvolle Austausch in der Gruppe.

Psychoseerfahrungs-Gruppen:
- Rahmen/Gesprächssituation durch Professionelle geschaffen
- Anerkennung als Experte für die besondere psychische Erfahrung
- *Akzeptanz des Psychoseerlebens* durch vertrauensvolles Gespräch in der Gruppe und Integration in die Biografie
- Verarbeitung auch schmerzhafter Erlebnisse in der Psychose
- Bemühen um *tieferes Verständnis* und Sinnsuche im Hinblick auf die erlebten psychischen Ausnahmesituationen

Behandlungsvereinbarung

Ein weiterer Meilenstein auf dem Weg vom Objekt zum Subjekt war die Mitwirkung bei der Erarbeitung der Behandlungsvereinbarungen des Vereins Psychiatrie-Erfahrener Bielefeld mit der örtlichen psychiatrischen Klinik und der Abschluss einer eigenen Behandlungsvereinbarung 1994 (Voelzke, 1997b).

Dies setzt jedoch eine Auseinandersetzung mit den bisherigen, häufig schmerzhaften Erfahrungen in den psychischen Krisen, mit Vorsorgemöglichkeiten, Vertrauenspersonen und Krisenmanagement voraus (Knuf & Gartelmann, 1997). Wichtige Elemente sind für mich:

Behandlungsvereinbarung:
- Anerkennung als Experte für die eigene Erkrankung
- Informationen zu früheren Klinikaufenthalten und gegenwärtigen Therapiekonzepten, die Orientierung ermöglichen
- Akzeptanz des Psychoseerlebens durch Erörterung des individuellen Krisengeschehens
- Erarbeitung von Frühwarnzeichen, individueller Krisenprophylaxe und Anforderungen an die zukünftige Therapie, um selbst handeln zu können
- Auseinandersetzung mit der eigenen psychosozialen Situation und Bemühen um Vertrauensperson/en
- *Verhandeln* über zukünftige Therapie *statt* sich passiv *behandeln* zu lassen
- Begegnung mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der psychiatrischen Akutklinik außerhalb der stationären Behandlung *in stabilem Zustand mit mehr Selbstbewusstsein ohne direkte Abhängigkeit*

Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener

Voraussetzung für die Verhandlung mit der psychiatrischen Klinik und die Erarbeitung der Behandlungsvereinbarung war der Aufbau einer *Selbsthilfebewegung* Psychiatrie-Erfahrener vor Ort. Diese ermöglichte in der *Selbsthilfegruppe* die Bearbeitung der schmerzhaften Erfahrungen in der psychischen Krise aber auch durch die Behandlung in der Klinik.

Dadurch entstand eine Gruppe, die sich nicht nur *selbst half*, sondern *psychiatriepolitisch* tätig wurde. Das war die Voraussetzung, um als Verhandlungspartner der Klinik gegenübertreten, Einfluss ausüben und Verbesserungen erreichen zu können (Voelzke, 1998 f).

Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener:

Selbsthilfegruppe

- Akzeptanz als Person – ohne Mitwirkung und Bewertung durch Professionelle aus der Psychiatrie
- Akzeptanz der psychischen Krisen und besserer Umgang damit

Selbsthilfevereine und -verbände

- Gegenüber/Partner/Gegner von psychiatrischen Institutionen und professionell in der Psychiatrie Tätigen
- Ringen um Selbstverständnis zwischen Ablehnung und Reformieren der Psychiatrie
- Verwirklichung von *Empowerment* als Gruppe und Vereinigung
- Geltend machen und Umsetzen von Forderungen Psychiatrie-Erfahrener

In den letzten zehn Jahren hat sich in Bielefeld eine aktive Selbsthilfebewegung Psychiatrie-Erfahrener entwickelt. Mit Selbsthilfegruppen, Gründung des Vereins Psychiatrie-Erfahrener, Mitgestaltung des TRIALOGs und der seit 1993 regelmäßig stattfindenden Psychose-Seminare in der Volkshochschule in Bielefeld sowie der Erarbeitung und Umsetzung der Behandlungsvereinbarung mit der Psychiatrischen Klinik haben Psychiatrie-Erfahrene viel erreicht. Psychiatrie-Erfahrene beteiligen sich in Bielefeld in unterschiedlichen Gremien an der psychiatrischen Versorgung: Psychiatriebeirat der Stadt Bielefeld, Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft, Arbeitskreis Frauen und Psychiatrie, Runder Tisch Arbeit Psychiatrie, TRIALOG, AK PEGASUS. Der Verein Psychiatrie-Erfahrener Bielefeld veranstaltet seit 1999 monatlich einen Themenabend zu unterschiedlichen Fragestellungen mit externen und internen Referentinnen. Bielefeld soll dabei als ein Beispiel die Entwicklung einer Selbsthilfebewegung vor Ort verdeutlichen.

Mit der *Gründung der Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener 1992* (Bücher, 1992; Schiebuhr, 1992; Buck, 1992; Zingler &

Voelzke, 1992) formierte sich die Selbsthilfebewegung Psychiatrie-Erfahrener als bundesweite Kraft, die das umsetzt, was *Empowerment/Selbstermächtigung* meint. Dabei haben Psychiatrie-Erfahrene unterschiedliche Auffassungen darüber, welche Bedeutung und Funktion die Psychiatrie hat und haben kann (Lehmann, 1998a). Das Spektrum reicht von der *Reform der Psychiatrie* (Bücher, 1992; Buck, 1992; Schiebuhr 1992; Zingler & Voelzke 1992; Voelzke 1998b–1998i) bis zur *Forderung*, die *Psychiatrie abzuschaffen* (Kempker, 1991; Kempker & Lehmann, 1993; Lehmann, 1996, 1998b). Es werden *Alternativen in der Psychiatrie* (Voelzke & Prins, 1993; Jiko, 1995; Voelzke, 1998 b, c, d, f, g, h; Fricke, 1999) und *Alternativen zur Psychiatrie* (Wehde, 1991; Kempker & Lehmann, 1993; Hölling, 1996; Kempker, 1998; Lehmann, 1996, 1998b) gefordert.

Psychose-Seminare

Psychose-Seminare gibt es in Bielefeld seit 1993, in Hamburg seit 1989 und in immer mehr Städten in der Bundesrepublik Deutschland (Bock & Buck & Esterer, 1997). Wichtig ist dabei Folgendes:

Psychose-Seminare:

- Rahmen trialogisch von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen, Professionellen geschaffen
- Möglichst auf neutralem Boden (VHS, UNI) – ohne Machtgefälle
- *Gegenseitige Akzeptanz* als Gesprächspartnerinnen zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen, Professionellen und Bürgerinnen
- Anerkennung Betroffener *als Expertinnen/Experten* für besondere psychische Erfahrungen
- Akzeptanz des Psychoseerlebens durch vertrauensvolle Gespräche in der Gruppe – außerhalb einer Behandlung
- Bearbeitung auch schmerzhafter Erlebnisse in der Psychose
- Bemühen um *tieferes Verständnis* von psychischen Ausnahmesituationen aus *unterschiedlichen Sicht- und Erlebensweisen*

TRIALOG – Kooperationsgespräche zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Professionellen

Voraussetzung für den Aufbau der Kooperationsgespräche zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und in der Psychiatrie Tätigen ist es, dass es vor Ort aktive Selbsthilfebewegungen von Psychiatrie-Betroffenen und Angehörigen gibt. Sofern es vor Ort *Bürgerhelferinnen*/Ehrenamtliche in der Psychiatrie gibt, sind diese selbstverständlich einzubeziehen. Leider gibt es sie in Bielefeld nicht. Erst dann ist der Aufbau von TRIALOG-Gesprächen und die Entwicklung gemeinsamer Initiativen möglich. In Bielefeld gingen vom TRIALOG *vielfältige Aktivitäten* aus: Psychose-Seminare an der Volkshochschule, Gestaltung der Psychiatrie-Seminare (Pörksen, 1992) und verschiedene Arbeitsgruppen u.a. zu den Themen: Umgang mit Gewalt in der Psychiatrie, Neuroleptika, Patientinnenbefragung, Zwangssterilisationen in Bielefeld-Bethel, AK Behandlungsvereinbarung. Kennzeichnend für dieses Forum des Austausches, der Klärung von strukturellen Problemen und der Initiativen zur Verbesserung der gegenwärtigen Psychiatrie (Voelzke, 1994, 1998f) sind folgende Punkte:

TRIALOG – Kooperationsgespräche Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige, Professionelle:

- *Gegenseitige Akzeptanz als Gesprächspartnerinnen*/ (als Expertinnen für den eigenen Bereich) zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen, Professionellen und (sofern vor Ort aktiv) Bürgerhelferinnen
- Forum zur Diskussion aktueller Probleme der Behandlung, Versorgung und Zusammenarbeit in der Psychiatrie
  – *unabhängig vom Einzelfall*
  – auf der *Beziehungs- und Strukturebene*
  – aus drei unterschiedlichen Sichtweisen
  – um gemeinsame Lösungen zu finden
- Kennen lernen der psychiatrischen Versorgungsstrukturen
- Gemeinsame Initiativen zur Verbesserung der gegenwärtigen Psychiatrie

Dabei werden Fragen und Probleme der psychiatrischen Versorgung zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Professionellen

sehr unterschiedlich bewertet (Fricke, 1999; Schliebener, 1999; Schliebener, 2000, Fricke, 2000). Im Trialog besteht die Möglichkeit, diese unterschiedlichen Sichtweisen (Einzelfall unabhängig) zu erörtern und gemeinsame integrative Lösungen zu finden. Dort können gemeinsame Initiativen zur Veränderung der Psychiatrie entstehen, die den Interessen Betroffener (und ihrem Anspruch auf subjektorientierte Psychiatrie) gerechter werden als bisher. Dabei können sich die Personen, die direkt an den Gesprächen im TRIALOG teilnehmen, selbst als handelnde Subjekte erleben. Auch dies trägt zur Stärkung der geänderten Rolle Betroffener bei.

Beschwerdestelle für Psychiatrie

Besonders hervorheben möchte ich die paritätisch aus Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Professionellen besetzte ehrenamtliche Beschwerdestelle für Psychiatrie in Bielefeld (Brill, 1994a, 1994b; Zingler 1994b; Voelzke, 1998f, S. 273 f.). Diese bietet wöchentlich eine Sprechstunde in der Patientenstelle des Gesundheitsladens e V. an. Die Arbeit der Beschwerdestelle ist durch Folgendes gekennzeichnet:

Beschwerdestelle für Psychiatrie:

- Trialogisch besetzte Beschwerdegruppe
- *Klärung von Konflikten im Einzelfall*
  – von psychisch-/suchterkrankten Menschen,
  – von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter und
  – deren Angehörigen
  – in allen Bereichen der Psychiatrie
  – wenn eigene Bemühungen erfolglos blieben
- Gegen Hilflosigkeit und Abhängigkeit
- Erarbeitung gemeinsamer Lösungen *für die Zukunft*, durch Mediation/Erörterung unterschiedlicher Sichtweisen
- Externes Qualitätscontrolling

4. Der Weg vom Objekt zum Subjekt

Der Weg zur Wahrnehmung der eigenen psychischen und sozialen Situation und Rechte begann bei mir mit der Akzeptanz und »Zuschreibung«, dass Psychiatrie-Erfahrene Experten/Expertinnen für die eigene Erkrankung/für ihre psychischen Krisen (und damit auch für die gesamte Lebenssituation) sind bzw. werden können. Geht das? Ja – es geht! Es ist der einzige Weg.

Wer – wenn nicht *ich* – muss mich täglich prüfen (ob ich z.B. Psychopharmaka nehme oder nicht), erkennen und mich an meinen Grenzen und Möglichkeiten ausrichten?! *Wer* – wenn nicht *ich* – kann *den Weg zu mir nur selbst* gehen? Das Erkennen von Frühwarnzeichen, die Wahrnehmung von Rückfallvorbeugung, der Aufbau der Beziehung zu Vertrauenspersonen und die Umsetzung eines Krisenplanes, ggf. mit Behandlungsvereinbarung oder anderen vorsorgenden Regelungen, aber auch die Ablehnung von psychiatrischen Maßnahmen und die Suche nach Alternativen ist zunächst eine *höchst persönliche* Angelegenheit.

Ich habe viele Psychiatrie-Erfahrene kennen gelernt, die, mehr als alle Professionelle, zu Experten/Expertinnen für ihre psychischen Krisen geworden sind (Zerchin, 1990; Buck, 1994; Buck, 1998, Buck, 2000; Bellion, 1996, 1998a, 1998b; Clausen, 1995; Handtke-Sohn & Jesperson, et al. 1993; Kempker & Lehmann, 1993; Zingler, 1995; Zerchin, 1990). Professionelle erleben Betroffene immer nur sehr begrenzt – häufig in Ausnahmesituationen. Betroffene besitzen aber vielfältige Fähigkeiten und Möglichkeiten. Es ist entscheidend, diese Ressourcen bei Betroffenen anzuerkennen und zu fördern. Für die Zukunft wird es darauf ankommen, auf allen Feldern der psychiatrischen Versorgung und Behandlung Räume/Strukturen zu schaffen, die es Psychiatrie-Erfahrenen, aber auch Angehörigen ermöglichen, so selbstbestimmt wie möglich zu leben. Der Bundesverband Psychiatrieerfahrener e.V. hat auf diesem Kongress mit Nachdruck gefordert, dass Psychiatrie-Erfahrene nicht nur als *Expertinnen für ihre psychischen Krisen,* sondern darüber hinaus *auf allen Ebenen der psychiatrischen Behandlung und Versorgung angemessen/partnerschaftlich beteiligt* werden müssen.

Im Sinne von Empowerment, Entstigmatisierung und Gleichberechtigung gehe ich noch einen Schritt weiter: *Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung* sollten unter bestimmten Bedingungen (insbesondere sofern sie dies selbst wollen, nach weitgehender Verarbeitung der eigenen Erfahrung, mit fachlicher Distanz und Klarheit der Rolle) auch *als Mitarbeiterinnen in der Psychiatrie* tätig sein und im »Lager« der Professionellen akzeptiert werden evtl. sogar eine besondere Bedeutung bekommen. Ich lerne immer mehr Professionelle kenne, die gleichzeitig Psychiatrie-Erfahrung haben. Es kommt m.E. darauf an, hier *Grenzen* zu *überwinden*, das *Subjektive* und die *objektiven Bedingungen zu verbinden*. Professionelle mit Psychiatrie-Erfahrung könnten dazu beitragen, dass *mehr Wege und Möglichkeiten* in der Psychiatrie geschaffen werden, dass Betroffene sich nicht nur passiv als Objekt sonder *immer mehr als* Subjekt in der Psychiatrie erleben können.

5. Objektive psychiatrische Versorgungsbedingungen und subjektive Handlungsmöglichkeiten

Psychiatrie-Erfahrene haben auf ihrem Lebensweg in Bielefeld die Möglichkeit, sich aktiv und offen mit ihrer psychischen Krise bzw. Erkrankung auseinander zu setzen und dazu vielfältige Hilfen in Anspruch zu nehmen. Darüber hinaus hat sich das *Bewusstsein vieler Mitarbeiterinnen* und Mitarbeiter in der Psychiatrie in Bezug auf die *Rolle* und *individuellen Möglichkeiten* der *Betroffenen* in den letzten zehn Jahren in Richtung des Grundsatzes *»Verhandeln statt Behandeln«* geändert. Mit der *Gründung* des *Bundesverbandes* Psychiatrie-Erfahrener e.V. 1992, der örtlichen *Selbsthilfegruppen* und der *Landesverbände Psychiatrie-Erfahrener* sind *Betroffene als handelnde Personen* (z.T. mit den unzureichenden Begriffen »Nutzerinnen« oder »Kundinnen« bezeichnet) viel stärker als je zuvor im Bewusstsein der Mitarbeiterinnen und Leitungskräfte in der Psychiatrie präsent. Aber ein Ausbau der gemeindepsychiatrischen Versorgung hat nicht automatisch mit mehr Freiheit, Selbstbestimmung und Beteiligung Psychiatrie-Erfahrener zu tun.

Matthias Seibt hat auf der Tagung vom 01.–03.06.2000 zu »Lebenswelten – Zwischen Platte und Klinik. 25 Jahre Psychiatriereform (?) – widerstreitende Perspektiven« zu Recht darauf hingewiesen, dass in den letzten 25 Jahren die *Gesamtzahl* der stationär in p*sychiatrischen Krankenhäusern und* in entsprechenden *Heimen* untergebrachten Menschen *nicht abgenommen* hat und dass die *Zwangsunterbringungen* nach PsychKG bzw. Landesunterbringungs-

gesetz und die gesetzlichen Betreuungen *erheblich zugenommen* haben (Seibt, 2000).

Intensive *gemeindepsychiatrische Versorgung* kann als Folge eines differenzierten Hilfenetzes auch zu *mehr Kontrolle*, mehr rechtlicher Absicherung und *mehr Einschränkungen* individueller Freiheit(sgrade) führen. Darüber hinaus sind differenzierte Hilfesysteme noch kein Garant dafür, dass Menschen mit besonderen Schwierigkeiten (so genannte Systemsprenger) nicht wie früher *in wohnortferne Spezialeinrichtungen abgeschoben* werden. Deshalb muss beim weiteren Aus- und Umbau des sozialpsychiatrischen Netzes (unter Berücksichtigung der Tendenz, zur rechtlichen Absicherung vermehrt vormundschaftsgerichtliche Entscheidungen herbeizuführen, die früher nicht erwirkt wurden) darauf geachtet werden, dass *genügend Freiräume* für Menschenwürde, *für individuelle Lebenswege* und *Selbsthilfepotenziale* bleiben bzw. geschaffen werden. Dazu gehört die Umsetzung der *Mindestforderungen* des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE) vom 07.06.1995 *zur Veränderung des Stationsalltags* in der bundesdeutschen Psychiatrie (Voelzke 1995, 1996b):

1. Patiententelefone in einer Kabine auf jeder Station
2. Münzkopierer deutlich sichtbar im Eingangsbereich jeder Anstalt
3. Auf jeder Station deutlich sichtbar ein Anschlag, dass auf Wunsch Briefpapier, Briefumschläge und Briefmarken zur Verfügung gestellt werden
4. Aufhängen des BPE-Flugblattes auf jeder Station
5. Anbieten eines täglichen Spaziergangs unter freien Himmel von mindestens 1 Stunde Dauer
6. Einrichten einer Teeküche auf jeder Station, dass man sich rund um die Uhr zu Essen und zu Trinken machen kann.

Hier erleben Psychiatrie-Erfahrene sich *nicht ausreichend ernst genommen*. Peter Lehmann vertritt die Auffassung, dass zwischen Psychiatrie-Betroffenen und in der Psychiatrie Tätigen *keine gleichberechtigte Partnerschaft* besteht (auf der Tagung »Lebenswelten – 10 Jahre Psychose-Seminare« in Schwerin, 7.-9.07.2000). Häufig herrsche im Umgang mit dem BPE Ausgrenzung statt gleichberechtigter Teilhabe. So wird deutlich, dass *viel zu tun bleibt*, um *Psychiatrie-Erfahrene* an der Ausgestaltung psychiatrischer Hilfen sowohl *individuell*

im Rahmen eines Hilfeplanes/Behandlungs- und Rehabilitationsplanes als auch *strukturell* im Rahmen von Beratungs- und Entscheidungsgremien über die Schaffung und Veränderung von Hilfebausteinen und Hilfesystemen *angemessen* – das heißt *partnerschaftlich* – zu *beteiligen*. Dazu gehört auch, Psychiatrie-Erfahrene an der Entwicklung und Veränderung von Konzepten psychiatrischer Dienste und Einrichtungen, an Qualitätsmanagement, psychiatrischen Fort- und Weiterbildungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und der gesamten psychiatrischen Versorgung zu beteiligen und der Stigmatisierung psychischer Erkrankung in der Öffentlichkeit entgegenzuwirken.

6. Zusammenfassung

In den letzten 25 Jahren hat sich für Psychiatrie-Erfahrene Grundlegendes geändert: Es gibt heute verständliche Literatur und Aufklärung über psychische Erkrankungen. Es gibt differenzierte gemeindepsychiatrische Hilfen, die Selbstorganisation Psychiatrie-Erfahrener und vielfältige – auch erprobte – Formen des Dialogs. Damit hat sich der Stellenwert und die Rolle psychisch erkrankter Menschen im psychiatrischen Hilfesystem vom Objekt in Richtung Subjekt ein Stück verbessert. Aber um die Selbsthilfekräfte Betroffener im Sinne von Empowerment zu stärken, eigene Bewältigungsstrategien und Selbsthilfeprojekte zu fördern sowie Psychiatrie-Erfahrene partnerschaftlich auf allen wesentlichen Ebenen und Gremien der psychiatrischen Versorgung zu beteiligen, bleibt noch viel zu tun.

Literatur

Antonovsky, A. (Hrsg.) (1997): Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt.

Aktion Psychisch Kranke e.V. (Verf.) (1996): Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken. Projekt 1994–1996 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. (Band 74 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit). Baden-Baden: Nomos.

Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe e.V. (BEB) & Fachverband Psychiatrie in der Caritas (Pic) (Hrsg.) (1998): Pro Psychiatrie-Qualität. PPQ. Handbuch zur Qualitätsentwicklung in der Sozialpsychiatrie (1. Auflage). Reutlingen: Diakonie-Verlag.

Bellion, R. (1996): Der andere Weg. Selbsthilfe in psychotischen Krisen. Soziale Psychiatrie 20 (3), 4–7.
Bellion, R. (1998a): Subjektives Erleben und individuelle Selbsthilfe. In Th. Bock & H. Weigand (Hrsg.), Hand-werks-buch Psychiatrie (S. 249–258). (4. neu bearbeitete Auflage) Bonn: Psychiatrie-Verlag.
Bellion, R. (1998b): Nach dem Absetzen fangen die Schwierigkeiten erst an. In P. Lehmann (Hrsg.), Psychopharmaka absetzen. (S. 310–323) Berlin: Lehmann Antipsychiatrieverlag.
Bock, Th., Buck, D., Gross, J., Mass, E., Sorel, E. & E. Wolpert (Hrsg.): (1995). Abschied von Babylon. Verständigung über Grenzen in der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
Bock, Th., Buck, D., Esterer, I. (Hrsg.) (1997): Es ist normal, verschieden zu sein. Psychose-Seminare – Hilfen zum Dialog. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
Bock, Th. (1998): Partnerschaft – Perspektiven einer dialogischen Psychiatrie. In: Th. Bock & H. Weigand (Hrsg.), Hand-werks-buch Psychiatrie (S. 280–314). (4. neu bearbeitete Auflage) Bonn: Psychiatrie-Verlag.
Brill, K.-E. (1994a): Vertrauen ist gut – Kontrolle ist besser. Mitsprache- und Beschwerdemöglichkeiten der Nutzer psychiatrischer Angebote. Psychosoziale Umschau (1), S. 15 f.
Brill, K.-E.(1994b): Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser. Wege zur Interessenvertretung und Qualitätssicherung: Ombudspersonen und Beschwerdestellen Psychosoziale Umschau (2), S. 12–14
Buck, D. (1992): »Niemand wagt, über sein Psychose-Erleben zu sprechen« Die Suche nach dem Sinn im Wahnsinn muss Teil der Therapie werden. Psychosoziale Umschau (4) (Sonderdruck), S. 10–12
Buck, D. (1994): Qualität psychiatrischer Arbeit aus der Sicht Psychiatrie-erfahrener. Kerbe,12 (3) 16 f.
Buck, D. (1998): Selbst-Verständnis von Psychosen und Depressionen. In Th. Bock & H. Weigand (Hrsg.), Hand-werks-buch Psychiatrie. (S. 13–92). (4. neu bearbeitete Auflage) Bonn: Psychiatrie-Verlag.
Buck, D. (2000): Verleugnet – vergessen. Eröffnungsrede zur Einweihung des Mahnmals für die in Bethel von 1934 bis 1945 zwangssterilisierten Menschen. Soziale Psychiatrie, 24 (2), 27–29
Bücher, E. (1992): Niemand ist eine Insel. Grußwort der Gründungs-kommission. Psychosoziale Umschau (4) (Sonderdruck), S. 7–8
Chamberlin, J. (1993): Erfahrungen und Zielsetzungen der nordamerikanischen Selbsthilfe-Bewegung. In K. Kempker & P. Lehmann (Hrsg.), Statt Psychiatrie. (S. 300–317). Berlin: Lehmann Antipsychiatrieverlag.
Claussen, H.-J. (1995): Meine Psychose. In: Th. Bock et al. (Hrsg.), Abschied von Babylon. Verständigung über Grenzen in der Psychiatrie. (S. 178–182). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
Dörner, K. & Plog, U. (1996): Arbeitshaltung in der Psychiatrie. (S. 39–51), Psychotherapeutische Haltung. (S. 562–565). In K. Dörner & U. Plog (Hrsg.), Irren ist menschlich. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
Fricke, R. (1999): Was für eine Psychiatrieentwicklung wollen wir als Psychiatrie-Erfahrene? In: Th. Urban (Hrsg.): Gute Psychiatrie in schlechten Zeiten? Aussichten der Psychiatriereform im Spannungsfeld von Fachlichkeit, Ethik und ökonomischen Interessen. (S. 143–149) Gütersloh: Jakob van Hoddis.
Fricke, R. (2000): Diskussion um die Westfälische Klinik Gütersloh. Stellungnahme zur Berichterstattung in Soziale Psychiatrie 1 und 2/2000. Soziale Psychiatrie,24 (3), 46–48
Göpel, E. Hölling, G. (2000): Die Salutive. Bausteine für eine Salutogenese-Initiative. In: Gesundheitsakademie e.V. (Hrsg.) Salutive. Beiträge zur Gesundheitsförderung und zum Gesundheitstag 2000. (S. 178–188) Frankfurt am Main: Mabuse.
Gordon, Th. & Edwards, W.St. (Hrsg.) (1997): Patientenkonferenz Ärzte und Kranke als Partner. Hamburg: Hoffmann und Campe.
Handtke-Sohn, E., Terwegs, U.N., Solomun, Z., Shimrat, I., Jesperson, M. et al. (1993): Was hilft mir, wenn ich verrückt werde? In: K. Kempker & P. Lehmann (Hrsg.): Statt Psychiatrie. (S. 26–59). Berlin: Lehmann Antipsychiatrieverlag.
Hölling, I. (1996). Ohne Netz. Psychiatriebetroffen und wohnungslos: Erste Erfahrungen mit dem Weglaufhaus in Berlin. Soziale Psychiatrie, 20 (2), 20–22.
Jesperson, M. (1993). Was hilft mir, wenn ich verrückt werde? In K. Kempker & P. Lehmann (Hrsg.), Statt Psychiatrie (38–40). Berlin: Lehmann Antipsychiatrieverlag.
Jiko, I. (1995): Elemente der Soteria bewegen die Akutstationen. In: K. Dörner & K. Böker (Hrsg.). Das Krankenhaus lernt laufen. Wie vollenden wir die De-Institutionalisierung verantwortlich? (S. 170–175). Gütersloh: Jakob van Hoddis.
Kauder, V./Aktion Psychisch Kranke e.V. (Hrsg.) (1997): Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Kurzfassung des Berichtes zum Forschungsprojekt des BMG »Personalbemessung im komplementären Bereich in der psychiatrischen Versorgung« Manual mit Behandlungs- und Rehabilitationsplänen. Psychosoziale Arbeitshilfen Nr. 11. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
Kempker, K. (Hrsg.) (1991): Teure Verständnislosgkeit – Die Sprache der Verrücktheit und die Entgegnung der Psychiatrie. Berlin: Lehmann Antipsychiatrieverlag.
Kempker, K. (Hrsg.) (1998): Flucht in die Wirklichkeit. Das Berliner Weglaufhaus. Berlin: Lehmann Antipsychiatrieverlag.
Kempker, K. & Lehmann, P. (1993): Statt Psychiatrie. Berlin: Lehmann Antipsychiatrieverlag.
Keupp, H. (1998a): Ohne Angst verschieden sein. Von der fürsorglichen

Belagerung zum Empowerment In: Th. Bock & H. Weigand (Hrsg.). Hand-werks-Buch Psychiatrie. (S. 76–92) (4. neu bearbeitete Auflage) Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Keupp, H. (1998b): Ermutigung zum aufrechten Gang. Die Chancen einer Zivilgesellschaft für das Subjekt. Soziale Psychiatrie, 22 (3), 4–8.

Keupp, H. (1999): Identitätsarbeit in einer multiphrenen Gesellschaft – Wenn die Passungen zwischen Subjekt und Lebenswelt immer schwieriger werden. Sozialpsychiatrische Informationen, 29 (1), 7–15.

Knuf, A. & Gartelmann, A. (Hrsg.) (1997): Bevor die Stimmen wiederkommen. Vorsorge und Selbsthilfe bei psychotischen Krisen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Knuf, A. & Seibert, U. (Hrsg.) (2000): Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Lehmann, P. (Hrsg.) (1996): Schöne neue Psychiatrie. (Band 1:) Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken. (Band 2:) Wie Psychopharmaka den Körper verändern. Berlin: Lehmann Antipsychiatrieverlag.

Lehmann, P. (Hrsg.) (1997): Soteria und Empowerment. Über die Interessen Psychiatrie-Betroffener (2. erweiterte Auflage). Berlin: Lehmann Antipsychiatrieverlag.

Lehmann, P. (1998a): Vielfalt statt Einfalt. Über die unterschiedlichen Positionen innerhalb der Psychiatrie-Erfahrenen-Bewegung. Soziale Psychiatrie, 22 (2), 9–13

Lehmann, P. (Hrsg.) (1998b): Psychopharmaka absetzen. Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Anitdepressiva, Lithium, Carbamazepin und Tranquilizern. Berlin: Lehmann Antipsychiatrieverlag.

Peeck, G., Von Seckendorff, Ch. & Heinecke, P. (1995): Ergebnis der Umfrage unter den Mitgliedern des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener zur Qualität der psychiatrischen Versorgung. Sozialpsychiatrische Informationen, 25 (4), 30–34.

Pörksen, N. (Hrsg.) (1992): Psychiatrie-Seminar. Gemeinsame und unterschiedliche Interessen von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Professionellen. Bielefeld: Psychiatrische Klinik Gilead (Die Unterlagen der Tagung vom 14.11.1992 im Rathaus der Stadt Bielefeld können über die psychiatrische Klinik Gilead gGmbH, Remterweg 69/71, 33617 Bielefeld bezogen werden.)

Prins, S. (1998): Lebensqualität und psychische Erkrankung. Kerbe, 16 (3), 19–21

Saage, E. & Göppinger, H. neu bearbeitet von Marschner, R. & Volckart B. & Wagner, B. (Hrsg.). (1994). Freiheitsentziehung und Unterbringung – Materielles Recht und Verfahrensrecht – Kurzkommentar. München: C.H. Beck.

Schädle-Deininger, H. & Villinger, U. (1997): Pflegerische Grundhaltung (S.43–45). Grundlagen psychiatrischer Pflege (S. 81–129). In:

Schädle-Deininger, H. & Villinger, U. (Hrsg.). Praktische psychiatrische Pflege. Arbeitshilfen für den Alltag (2. Auflage). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Schernus, R., Schindler, D. (1992): »Psychose-Gruppe« oder das Suchen der gemeinsamen Sprache. In: K. Dörner: Akutpsychiatrie. Durch Auflösung der Grenzen zum kommunalen Krankenhaus der Zukunft Gütersloh: Jakob van Hoddis.

Schernus, R. (1998): Sichert die Qualitätssicherung die Qualität? Psychosoziale Umschau, 13 (2), 4–7.

Schiebuhr, E. (1992): Ermutigung zum Zusammenschluss – im Gedenken an die NS-Opfer. Geschichte und Entstehung der Psychiatrie-Erfahrenen-Bewegung. Psychosoziale Umschau (4) (Sonderdruck), S. 7–8

Schliebener, G. (1999): Was für eine Psychiatrieentwicklung wollen wir als Angehörige? In Th. Urbahn (Hrsg.), Gute Psychiatrie in schlechten Zeiten? Aussichten der Psychiatriereform im Spannungsfeld von Fachlichkeit, Ethik und ökonomischen Interessen. Gütersloh: Jakob van Hoddis.

Schliebener, G. (2000): Rückwärts in die Zukunft? Westfälische Landesklinik Gütersloh wirbt mit »neuem therapeutischen Konzept«. Soziale Psychiatrie ,24 (1), 26–28.

Seibt, M. (2000): Das System kann nur von den Menschen geändert werden, denen es nicht gefällt. 25 Jahre Psychiatriereform aus Sicht eines Psychiatrie-Erfahrenen. Soziale Psychiatrie ,24 (2), 10–13.

Stark, W. (1991): Empowerment als Grundlage psychosozialer Arbeit und lebensweltbezogenen präventiven Handelns. In G. Hörmann & W. Körner (Hrsg.), Klinische Psychologie. Ein kritisches Handbuch (S. 213–231). Hamburg: Rowolt.

Stark, W. (Hrsg.) (1996): Empowerment. Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis. Freiburg i.B.: Lambertus.

Voelzke, W., Prins, S. (1993): Auf dem Weg zum psychiatrischen Krankenhaus der Zukunft aus der Sicht Psychiatrie-Erfahrener. In: K. Dörner (Hrsg.). Akutpsychiatrie. Durch Auflösung der Grenzen zum kommunalen Krankenhaus der Zukunft (S. 15–31). Gütersloh: Jakob van Hoddis.

Voelzke, W. (1994): Auf dem Weg zum Trialog – Macht und Ohnmacht in den Beziehungen zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Professionellen. Psychosoziale Umschau,9 (2), 6–7.

Voelzke, W. (1995): Psychiatrie demokratisieren. Erwartungen und Forderungen von Psychiatrie-Erfahrenen an die institutionelle Psychiatrie. Soziale Psychiatrie (4), S. 37–38.

Voelzke, W. (1996a): Mit Psychosen leben lernen. Kerbe, 14 (1), 8–10.

Voelzke, W. (1996b): Referat vor der Bundesdirektorenkonferenz am 7.6.1995 in Bielefeld-Bethel. Psychosoziale Umschau (1), S. VII.

Voelzke, W. (1997a): Rechtzeitig vorsorgen und mit Begrenzungen leben lernen. In A. Knuf & A. Gartelmann (Hrsg.), Bevor die Stimmen

wiederkommen. Vorsorge und Selbsthilfe bei psychotischen Krisen (S. 44–50). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
Voelzke, W. (1997b): Experte für die eigene Erkrankung – Psychoedukative Gruppenarbeit aus Sicht eines Betroffenen. In G. Wienberg (Hrsg.), Schizophrenie zum Thema machen. Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen. Grundlagen und Praxis (S. 228–231). (2. Auflage) Bonn: Psychiatrie-Verlag.
Voelzke, W. (1998a): Sinn und Zweck, Chancen und Grenzen der Behandlungsvereinbarung. In A. Dietz, N. Pörksen, W. Voelzke (Hrsg.), Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie (S. 16–28). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
Voelzke, W. (1998b): Psychiatrisch-psychotherapeutisch-psychosomatische Versorgung in Deutschland – Quo vadis? Podiumsgespräch DGPPN-Kongreß, Düsseldorf am 21. September 1996. In W. Gaebel & P. Falkai (Hrsg.), Zwischen Spezialisierung und Integration – Perspektiven der Psychiatrie und Psychotherapie (S. 453–455). Wien: Springer.
Voelzke, W. (1998c): Psychotherapeutische Behandlung in der psychiatrischen Versorgung aus der Sicht Psychiatrie-Erfahrener für die 10. Jahrestagung der Klinischen Psycholog/innen des Landschaftsverbandes Rheinland »Effektivität der psychologischen Behandlung in der Psychiatrie«. Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 30 (1), 47–67.
Voelzke, W. (1998d): Qualitätsmanagement in der Psychotherapie aus der Sicht von PatientInnen. Stellungnahme des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener e.V. zu Qualität und Qualitätssicherung als gemeinsame Leistung von PsychotherapeutIn, PatientIn und Kostenträger. Report Psychologie, 23 (8), 648–653.
Voelzke, W. (1998e): Wie erleben Psychiatrie-Erfahrene Beziehungsqualität? Kerbe, 16 (3), 17–19.
Voelzke, W. (1998f): Selbstorganisation und gemeinsame Selbsthilfe. In Th. Bock & H. Weigand (Hrsg.), Hand-werks-Buch Psychiatrie (S. 259–279). (4. neu bearbeitete Auflage) Bonn: Psychiatrie-Verlag.
Voelzke, W. (1998g): Psychotherapie und Psychiatrie. Anmerkungen aus der Sicht eines Psychiatrie-Erfahrenen. Soziale Psychiatrie, 22 (4), 10–12.
Voelzke, W. (1998h). Gewalt und Aggression im stationären Bereich aus Sicht Psychiatrie-Erfahrener. In D. Sauter & D. Richter (Hrsg.), Gewalt in der psychiatrischen Pflege (S. 17–28). Bern: Huber
Voelzke, W. (1998i): Gemeinsam mit meiner Psychiaterin. In P. Lehmann (Hrsg.), Psychopharmaka absetzen (S. 187–192). Berlin: Lehmann Antipsychiatrieverlag.
Wehde, U. (Hg.) (1991): Das Weglaufhaus – Zufluchtsort für Psychiatrie-Betroffene. Erfahrungen, Konzeptionen, Probleme. Berlin: Lehmann Antipsychiatrieverlag.
Weise, K. (1999): Beziehungsgestaltung in der Psychiatrie. Kerbe, 17 (2), 11–12.

Wienberg, G. (Hrsg.) (1997): Schizophrenie zum Thema machen. Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen. Grundlagen und Praxis (2. Auflage) Bonn: Psychiatrie-Verlag.
Zerchin, S. (Hrsg.) (1990): Auf der Spur des Morgensterns. Psychose als Selbstfindung. München: List.
Zingler, U., Voelzke, W. (1992): »Ab heute wird man mit uns rechnen müssen« Strategien der Betroffenen: Wir stehen zu uns selbst und suchen Verbündete. Psychosoziale Umschau (4) (Sonderdruck), S. 18–20.
Zingler, U. (1994a): Der steinige Weg zur Stuttgarter Beschwerdestelle. Psychosoziale Umschau (49), S. 10–14.
Zingler, U. (1994b): Beschwerdestelle in Stuttgart. Von der Idee zur Realisierung. Kerbe,12 (3). S. 17–20.
Zingler, U. (1995): An mir selbst erkrankt. Selbstheilung einer Depression. In Th. Bock et al. (Hrsg.), Abschied von Babylon. Verständigung über Grenzen in der Psychiatrie. (S. 204–210). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
Ziskoven, M. (1994): Auf dem Weg zu einer subjektorientierten Psychiatrie. Sozialpsychiatrische Weiterbildung im Trialog. Kerbe, 12 (4), 26 f.

Vom Patienten in der Institution zur Person in der Gemeinde

Einleitung

Ruth Vogel

In 25 Jahren hat sich im Rahmen der psychiatrischen Versorgung vieles grundlegend verändert. Heute gibt es neben den stationären Angeboten fast flächendeckend ambulante Einrichtungen, die Klinikaufenthalte vermeiden sollen oder sie zumindest verkürzen. Auch die stationäre Psychiatrie findet häufig nicht mehr wohnortfern in Großkliniken, sondern schon zur Hälfte in psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern statt. Von daher begann Ruth Vogel das Symposium mit der Darstellung der Entwicklung der Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen in den letzten zehn Jahren in Viersen. Anhand von Fallbeispielen wurden die Wege aus der Institution in die Gemeinde beschrieben. Die im Folgenden abgedruckten Beiträge beleuchten aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen Karin Haehn, der Bürgerhelferin Brunhilde Schäfer und dem professionellen Helfer Klaus Liedke die Entwicklung »Vom Patienten in der Institution zur Person in der Gemeinde«.

Die Diskussion im Symposium widmete sich darüber hinaus den Fragen, die bisher noch nicht zufrieden stellend gelöst werden konnten:

- Welche Möglichkeiten gibt es, im Sinne von Deinstitutionalisierung tätig zu werden?
- Was passiert mit denjenigen, die von den ambulanten Angeboten nicht erreicht werden?
- Wie kann man eine ambulante Versorgungsverpflichtung erreichen?
- Wie können die Großheime dezentralisiert werden?
- Wie kann eine wirkliche Nutzerinnenkontrolle durch Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige wirksam werden?

Statement aus Sicht einer Psychiatrie-Erfahrenen

Karin Haehn

Durch die etwa sechs Jahre intensive Selbsthilfearbeit in meiner Selbsthilfegruppe für Menschen mit Psychiatrieerfahrung oder mit seelischen Problemen, habe ich gelernt, mit den Symptomen meiner Krankheit umzugehen. Diese sehr belastende Erkrankung verliert ihre Bedrückung, wenn rechtzeitig erkannt wird, dass wieder eine Krise im Anmarsch ist. Unter Krise verstehe ich den Zustand, indem viele Steinchen der Belastung, sei es von Innen oder von Außen, mich daran hindern, ein unauffälliges, unbeschwertes Leben zu führen. In den ersten Jahren meiner psychiatrischen Karriere vor etwa 25 Jahren war ich hilflos den ausgrenzenden Mechanismen der Gesellschaft, Familie und meines eigenen Gewissens ausgeliefert. Als ich vor gut fünf Jahren begann, durch die Gründung der Landesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener Bayern, auch die Zusammenhänge der sozialpolitischen Strukturen zu überblicken, gelang es mir immer häufiger, selbstbewusst durch mein Dorf zu gehen, in dem Bewusstsein, ich bin ein vollwertiger Mensch, wie die anderen, so genannten normalen Menschen auch. Inzwischen bin ich Mitglied des geschäftsführenden Vorstands des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener e.V. und lerne bei jeder Begegnung, jeder Tagung und jedem Seminar Menschen kennen, die ähnlich wie ich durch die Kraft der Selbsthilfe wieder zu einem aushaltbaren Leben gekommen sind. Die Zusammenarbeit mit den organisierten Angehörigen wird durch die gemeinsamen Psychoseseminare immer besser. Auch das Vertrauen zu den professionell tätigen Menschen regeneriert sich allmählich. Immerhin war es bei mir jahrzehntelang durch unerträgliche psychiatrische Zwangsmaßnahmen deutlich gestört.

Die Menschen – das Gemeinwesen – die Institutionen

Klaus Liedke

Im Themenbereich »Entwicklungslinien« lautet die Leitfrage der heutigen Symposien »Was wurde erreicht – wohin soll es weitergehen?«. Der Titel »Vom Patienten in der Institution zum Bürger in der Gemeinde« zielt offensichtlich auf die Absicht der Reformpsychiatrie, die Behandlung psychisch Kranker ebenso wie den Umgang mit sozialen Folgezuständen an den Heimatort der Betroffenen zu verlegen, räumlich wie institutionell. Im Sinne einer Verbesserung der Lebenslage psychisch kranker Menschen ist zu fragen, welche Dinge dabei inzwischen gut gelöst wurden und welche noch nicht zufrieden stellen können.

Zu den drei im Titel enthaltenen Begriffen Menschen (als Patientinnen und Bürgerinnen), Institutionen und Gemeinde wird je ein eher erfahrungsbezogener, gegenwartskritischer und zukunftsgerichteter Aspekt benannt. Aus den neun knappen Aussagen wird ein kurzes Fazit gezogen.

Menschen ...

... können auch weiterhin psychisch erkranken und unter einer seelischen Behinderung leiden. Etwas anderes hat natürlich auch keiner behauptet, und dennoch ist dies eine recht wesentliche Feststellung. Mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit erkranken die Menschen heute wie früher, in Deutschland wie in allen anderen Ländern an psychischen Leiden. Die Krankheitsbilder sind im Wesentlichen gleich geblieben, weder sind genaue Ursachen noch kausale Behandlungsmöglichkeiten bekannt, gezielte Heilung insoweit meist nicht möglich. In der Folge psychiatrischer Erkrankungen treten fast immer soziale Probleme auf, die als Behinderung angesehen, jedoch kaum von der eigentlichen Erkrankung unterschieden werden können. Die so festgestellte besondere Lebenslage und sozialrechtliche Tatbestände bewirken immerhin den Anspruch auf diverse Hilfen, deren Umfang in Folge wesentlich verkürzter Klinikaufenthalte und des Wandels gesellschaftlicher Werte erheblich an Bedeutung gewonnen haben.

... haben als Betroffene und Beteiligte unterschiedliche Bedürfnisse. Menschen mit psychischer Erkrankung können Familienmitglieder oder Partnerin sein, als Patientin behandelt oder Klientin betreut werden, nachbarschaftlich zusammen leben oder unter Kolleginnen arbeiten. Die ganze Lebenslage eines Menschen wird erst erkannt, wenn der soziale Kontext wahrgenommen und die wesentlichen Bedürfnisse erkannt werden. Die Bemühungen um eine adäquate Hilfeleistung sind jedoch nicht zu trennen von der Betroffenheit der anderen Beteiligten bzw. deren Interessen und Sichtweisen: Angehörige psychisch Kranker, Betreuerinnen, Nachbarinnen und betriebliches Umfeld, usw. Angemessene Entscheidungen über eine richtige medizinische Behandlung und geeignete soziale Arrangements setzen Umgangsformen voraus, die dem »Verhandeln statt Behandeln« zwischen Ärztin und Patientin ebenso entsprechen wie die des »Runden Tisches« unter Mitwirkung aller an einer Behandlungs- und Betreuungssituation beteiligten Stellen, oder eines »Trialogs« auf der sozialpolitischen und auf Verbandsebene. Diese Haltungen stellen vielleicht die wichtigste Errungenschaft der Reformpsychiatrie dar.

... müssen im Gespräch konstruktive und verträgliche Lösungen entwickeln. Die Sinnhaftigkeit eines abgestimmten Behandlungs- und Betreuungsprozesses wird theoretisch kaum von irgendjemand bestritten. In der Praxis muss die »ganzheitliche« Sicht der Lebenslage betroffener Menschen jedoch stärker berücksichtigt werden. Die Frage nach dem Patientinnen- oder Betreuteninteresse entspricht einer modernen »Kundinnenorientierung« im gesundheitspolitischen oder sozialwirtschaftlichen Verständnis. Nötig ist dazu etwa eine multiprofessionelle Zusammenarbeit, die unterschiedliche Spezialkenntnisse und verschiedene Arbeitsfelder entlang eines übergeordneten Behandlungs- und Betreuungsziels einbringt, statt die Lebenswelt eines betroffenen Menschen um den jeweils eigenen Standpunkt zu zentrieren. Auf der anderen Seite muss freilich der Anspruch betroffener Personen respektiert werden, nicht als gläserne Patientin von allen Beteiligten zusammen verplant zu werden. Nötig wäre auch die Möglichkeit zu einer flexiblen und bedarfsgerechten Kombination sozialrechtlich erwirkter Einzelleistungen, um so den Lebensprozess betroffener Menschen kreativer stützen zu können, als wenn ein verwaltungstechnischer Ausschließlichkeitsanspruch im Vordergrund steht.

Gemeinwesen ...

... müssen ihre Bürgerinnen und Bürger unterstützen, können aber nicht die persönliche Lebensbewältigung ersetzen. Die Reform der Psychiatrie hat bewirkt, dass psychisch kranke Menschen nicht mehr an fernen Orten und für lange Zeit in großen Anstalten untergebracht werden. Eine regionale Versorgung durch Fachkliniken und niedergelassene Fachärztinnen sowie »komplementäre« Dienste und Einrichtungen erleichtern die Möglichkeit, auch Krankheitszeiten und soziale Bedürfnislagen im vertrauten Umfeld zu erleben. Zahlreiche Übergänge zwischen Hilfe und Selbstständigkeit ermöglichen eine Anpassung an die jeweiligen Schwierigkeiten und schaffen Entwicklungsspielräume. Die Probleme der Lebensbewältigung sind für Menschen mit psychischer Erkrankung indessen geblieben. Allein geht es oft nicht und gemeinsam auch nicht. Psychiatrisches Handeln kann deshalb sowohl freiheitsberaubende Fürsorge als auch unterlassene Hilfeleistung bedeuten. Um das rechte Maß an Hilfe zu finden, ist ein ethisch motiviertes Abwägen über angemessene Maßnahmen erforderlich, ebenso die Einsicht, dass individuelle Krankheitsverläufe von Menschen nur begrenzt durch professionelles Einwirken beeinflusst werden können.

... geben die sozialpolitischen Rahmenbedingungen für Hilfeleistungen vor. Ein eng geknüpftes Netz der sozialen Sicherung garantiert jeder Bürgerin und jedem Bürger das Recht auf Unterstützung und Sorge, falls bestimmte Lebensrisiken eintreten. Allerdings sind die staatlichen Vorsorgesysteme nicht in erster Linie auf Lebenslagen wie die einer seelischen Behinderung, sondern auf leistungsrechtliche Tatbestände ausgerichtet. Die damit ohnehin schon unangemessene Bedeutung spezifischer Maßnahmen wird durch ein stark reguliertes Sozial- und Gesundheitswesen noch verschärft. Die Möglichkeiten zur individuellen Leistungsgestaltung sind eingeschränkt. Den sozial- und gesundheitspolitischen Absichten zum Trotz werden Hilfeleistungen immer unübersichtlicher (so etwa das ärztliche Abrechnungssystem, die sozialhilferechtlichen Leistungsentgelte) oder exklusiver (so etwa die Soziotherapie). Ein pragmatischer Umgang mit den Restriktionen und ein geschickter Umgang mit gegebenen Ressourcen kann freilich dennoch ein fachlich befriedigendes Hilfesystem für psychisch kranke Bürgerinnen ermöglichen.

... müssen die Integration von benachteiligten und auch von störenden Bürgerinnen und Bürgern anstreben. Eine wirksame Hilfe für einen Menschen mit psychischer Erkrankung ist schon aufgrund der fachlichen Möglichkeiten begrenzt und die zur Verfügung stehenden Mittel sind es auch. Was aus einer konkreten Situation gemacht wird, hängt vor allem von der geschickten Verknüpfung vieler verschiedener Einflüsse im persönlichen und gesellschaftlichen Umfeld einer betroffenen Person ab. Die Bemühungen eigenständiger Lebensbewältigung müssen sich in ein hilfsbereites Gemeinwesen integrieren lassen, ebenso muss sich professionelle Unterstützung in den individuellen Lebenszusammenhang einfügen. Dabei darf die unangenehme Seite des Zusammenlebens mit störenden Mitmenschen weder unterschlagen noch beschönigt werden. Unverträglichkeiten müssen gelöst, nicht nur besprochen werden. Wünschenswert ist eine Solidarität im Bewusstsein der Mitmenschlichkeit und des Risikos eigener Betroffenheit. Hilfreich ist die Toleranz aufgrund der Einsicht, dass nicht alle Versuche individueller Lebensbewältigung gesund verlaufen, dass psychische Krankheit und seelisches Leiden eine erfolgsverwöhnte und leistungsbezogene Gesellschaft mit ihrer unvermeidlichen Kehrseite bereichern.

Institutionen ...

... können ihre Hilfeleistungen nicht ohne unerwünschte Nebenwirkungen anbieten. Keine soziale Organisation hat sich vorgenommen, Menschen zu schaden, denen eigentlich zu helfen war und dennoch sind diese Nebenwirkungen gut bekannt. Im Bemühen um eine zuverlässige Stütze widmen sich Dienste und Einrichtungen immer mehr als nur einem Menschen und vernachlässigen daher in bestimmtem Maße die individuellen Bedürfnisse Einzelner. Gerade der Anspruch eines fürsorglichen Umgangs mit bedürftigen Menschen kann bewirken, dass mehr als eigentlich notwendig und förderlich getan wird. Der Effekt einer Gewöhnung an überflüssige und vermeidbare, in der Folge damit schädliche Hilfe kann allerdings auch dem Streben nach rationeller Hilfeleistung entspringen. Zwischen der unvermeidbaren Nebenwirkung einer wohlmeinenden institutionellen Hilfe und der zweckdienlichen Inkaufnahme persönlicher Nachteile von Betroffenen lässt sich jedoch anhand fachlicher Kriterien unterscheiden. Zu berücksichtigen sind dabei vor allem der

regionale Bezug von Einrichtungen und ihre Größe sowie die Orientierung an normalen Lebensbezügen.

... haben die Versorgungsansprüche eines Gemeinwesens zu erfüllen. Die Existenzberechtigung sozialer Institutionen besteht darin, Menschen in einer besonderen Lebenslage spezifische Hilfeleistungen zu gewähren. Dies bedeutet einerseits die Orientierung an den Bedürfnissen der betroffenen Personengruppe und jedes einzelnen Menschen, andererseits aber auch eine bedarfsgerechte Verteilung der begrenzten Ressourcen auf alle Bürgerinnen eines definierten Gemeinwesens. Diese gelegentlich gegensätzlichen Anforderungen müssen durch Sozialbetriebe mittels kontingentierter Stellen, Plätze und Betten erfüllt werden. Trotz gesetzlicher und fachlich formulierter Ansprüche gibt es für diese komplexe Aufgabe gegenwärtig keine eigentlich tauglichen Steuerungsinstrumente, weder ein verwaltungs- oder betriebswirtschaftlich begründetes System einer Leistungssteuerung noch praktisch funktionierende Modelle. Auch das Instrument des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans der Aktion Psychisch Kranke ist hier nur begrenzt nützlich. Es bleibt einstweilen die selbst eingegangene Verpflichtung, das Beste zu tun.

... müssen ihre Leistungsfähigkeit nach wirtschaftlichen Kriterien gestalten. Die Anforderung, beste menschliche Hilfe bei einem vertretbarem Aufwand zu leisten, ist bekanntlich auch in kommerziellen Leistungsbereichen vertraut. Im Sozialwesen wird allerdings noch immer in erstaunlichem Umfang auf ökonomisches Fachwissen verzichtet, freilich auch, weil es für viele Probleme noch keine theoretischen Grundlagen gibt. Zu entwickeln wäre etwa das Modell einer effektiven Ressourcenlenkung mittels geeigneter Anreize für die beteiligten Partner, ohne dass unnötig gelenkt, aber auch ohne dass Hilfsbedürftigkeiten übergangen werden. Anstelle eckiger Verwaltungsverfahren oder längst überholter planwirtschaftlicher Ansätze müsste z.B. über die Prozesse eines Marketing für soziale Dienstleistungen nachgedacht werden. Probleme der betrieblichen Führung lösen sich dann aller Erfahrung nach anhand der wirtschaftlichen Ausrichtung, der Effizienz und Güte der sozialen Arbeit. Die entsprechenden Kriterien bereitzustellen, ist dabei die Aufgabe der Fachleute aus Psychiatrie und Sozialwirtschaft.

Fazit

Die Entwicklung »Vom Patienten in der Institution zur Person in der Gemeinde« während 25 Jahre Reformpsychiatrie stellt vorwiegend eine programmatische Aussage dar. Wenn Menschen erkranken, sind sie auch heute noch Patientinnen und Patienten und Hilfen werden gebraucht, die nur durch Institutionen erbracht werden können. Im Gegensatz zu früher muss heute aber auch kein schwer Kranker auf Dauer in Hospitälern bleiben, denn am Lebensort der Betroffenen ist meist viel Unterstützung möglich. Indessen bleiben insbesondere die Übergänge und Zustandswechsel problematisch:

- Bei den **Menschen** betrifft dies die Übergänge zwischen akuter Erkrankung und gesunden Lebensphasen mit oder ohne Beeinträchtigung.
- Bei den **Institutionen**, den Einrichtungen und Diensten, betrifft dies die Wandlung der betrieblichen Leistungsbereitschaft zur individuellen Inanspruchnahme einer Hilfe sowie die Schnittstellen zwischen klinischer und außerklinischer Versorgung.
- Auf der Ebene des **Gemeinwesens** betrifft dies die öffentliche Akzeptanz von Bürgerinnen und Bürgern in einer besonderen Lebenslage sowie die Verständigung über fachliche Ansprüche nach umfassender Hilfe und sozialrechtliche Gegebenheiten.

Eine konstruktive Bewältigung der unvermeidlichen Krisen und Konflikte setzt eine intensive Kommunikation über die unterschiedlichen Interessen der Beteiligten voraus. Die Gemeindepsychiatrie hat hierfür zwar geeignete Umgangsformen (z.B. Verhandeln statt behandeln, Runder Tisch, Trialog) entwickelt, bislang aber nicht überall hinreichend etablieren können. Eine vollständig »personenzentrierte« Ausrichtung im Hilfesystem ›Gemeindepsychiatrie‹ ist angesichts des komplexen Geschehens ziemlich unrealistisch. Vielmehr wird auch in Zukunft eine immer wieder wechselnde und der jeweiligen Situation angemessene Balance gefunden werden müssen, die sich unter ethischen Aspekten an den Bedürfnissen der betroffenen Menschen orientiert, ebenso wie an den Interessen des Gemeinwesens unter sozialpolitischen und sozialwirtschaftlichen Aspekten.

Die Sicht einer Bürgerhelferin

Brunhilde Schäfer

Ich arbeite seit vielen Jahren ehrenamtlich in einem offenen Angebot für insbesondere chronisch psychisch kranke Frauen und Männer – einem der vier Dortmunder Kontaktclubs. Vor diesem Hintergrund ergab sich meine Mitarbeit im Arbeitskreis »Bürgerhilfe« des Dachverbandes, den ich derzeit im Vorstand vertrete. Die Dortmunder Kontaktclubs sind vor 25 Jahren gegründet worden und waren das erste Angebot überhaupt im ambulanten Raum, bevor sich dann später professionelle Arbeit entwickelte. Und damit wird klar, dass die »Bürgerhilfe« in der Psychiatrie in meiner Heimatstadt eine lange Tradition hat. Wenn ich mich nun also im Sinne des Titels für dieses Symposium äußern soll, dann geht das für mich und mein Verständnis von Bürgerhilfe nur umgekehrt. Ich begegne in meiner ehrenamtlichen Arbeit keinen Patientinnen und Patienten, und ich habe auch nicht im Blick, so etwas wie eine Minitherapeutin zu sein. Mein Entschluss zur ehrenamtlichen Arbeit hat viel mit meinen Aktivitäten in der Friedensbewegung zu tun, und so war für mich von Anfang an klar, dass ich Menschen aus meinem ganz persönlichen Umkreis begegnen und sie nach meinen Kräften unterstützen wollte. Und diese Kräfte liegen nun eben nicht im therapeutischen Bereich, sondern haben zu tun mit Partnerschaft und Solidarität. Ich gehe davon aus, dass nicht alle Anwesenden Berührungen mit der »Bürgerhilfe« haben und möchte darum beschreiben, wie unsere ehrenamtliche Arbeit aussieht. Nach meiner Erfahrung gibt es in den Köpfen einiger professioneller Menschen immer noch das Bild von Kaffee kochenden karitativen Mütterchen. Mein Verständnis von Bürgerhilfe ist das jedenfalls nicht. Am Anfang der ehrenamtlichen Arbeit haben wir nach Überprüfung unserer Kräfte und zeitlichen Möglichkeiten zunächst entschieden, an welchen Tagen und zu welchen Zeiten wir uns treffen können, um gemeinsam etwas zu unternehmen. Und Gemeinsamkeit ist bei allen Aktivitäten die erste Voraussetzung. Ich begegne Mitbürgerinnen und Mitbürgern, die zum Teil im gleichen Stadtviertel wie ich wohnen und die ich auch auf der Straße und beim Einkaufen treffe. Und wenn wir uns zu unseren festen Zeiten treffen, ist zwar das Zusammentreffen organisiert, aber wir begegnen uns auch dort auf der gleichen Ebene. Das

heißt dann im Klartext, dass wir gemeinsam ein Programm vorbereiten, dass wir uns gemeinsam verantwortlich fühlen für die ganz normale Organisation und dass wir uns gemeinsam freuen können oder auch gelegentlich streiten. Meine Unterstützung besteht zunächst darin, dass ich mich zusammen mit meinen ehrenamtlichen Kolleginnen verantwortlich fühle für die regelmäßige Öffnung unseres offenen Angebots und mich auch in der Rolle einer guten Gastgeberin sehe, die darauf achtet, dass sich ihre Gäste wohl fühlen.

Und das heißt dann beispielsweise auch zuzuhören, wenn jemand reden möchte, ehrlich zu sein und so zu reagieren wie es auch im Umgang mit meinen Freunden und Nachbarn geschieht. Ich erlebe Menschen, die oft die gleichen Probleme und Erfahrungen haben wie ich. Und das ist dann die Basis für unsere Gespräche, die alle Bereiche des gemeinsamen Alltags berühren. Dabei ist dann auch allen Beteiligten klar, dass ich keinen Arbeitsauftrag zu erfüllen habe und keine Dokumentation erstellen muss, sodass wir uns die Zeit nehmen können, die wir gemeinsam bestimmen. Zeit braucht es auch für den Aufbau von vertrauensvollen Beziehungen, wenn wir es denn gegenseitig wollen. Wenn das gelungen ist, tauschen wir uns natürlich auch aus über die leidvollen Erfahrungen, die nahezu alle im Laufe ihrer psychischen Krankheit gemacht haben. Und dabei lerne ich über diese Gespräche ganz unmittelbar, was es für jeden Einzelnen bedeutet hat, sich mit der eigenen Erkrankung und deren Folgen auseinander setzen zu müssen. Für mich sind diese Erfahrungen eine Grundlage, um »in die Gemeinde hinein« als ganz normale Mitbürgerin Vorurteile und Ängste abbauen zu können.

Ich gehe nun den Weg in der umgekehrten Richtung weiter: Ich erlebe, dass Menschen, die ich gut kenne und die mir nahe stehen, professionelle Hilfe brauchen und sie in aller Regel auch bekommen. Und ich bin auch Gesprächspartnerin, wenn es auf diesem Gebiet Schwierigkeiten gibt. So lerne ich zunächst einmal aus einer sehr subjektiven Perspektive, wie diese professionelle Unterstützung erlebt wird und frage mich gelegentlich, ob diese Unterstützung nicht ein Ausmaß hat, dass jede Eigeninitiative erstickt. Ein weiteres Wegstück in Richtung »Patientin/Patient sein« begleite ich, wenn ich die Frauen und Männer besuche, die eine stationäre Behandlung in der Klinik entweder aus eigenem Antrieb oder auch in einigen Fällen zwangsweise erhalten. Auch dort sehe ich mich natürlich um, unter

welchen Bedingungen sie leben und frage nach, welche Therapie sie erhalten. Und wenn ich erkennen kann, dass etwas nicht in Ordnung ist, gehört es auch zu meinem Verständnis von Bürgerhilfe, dass ich mich einmische. Und nach dieser Beschreibung nun zum Titel dieses Symposions »Vom Patienten in der Institution zur Person in der Gemeinde«. Ich habe eine ganz persönliche Vorstellung von dem, was mit dieser Aussage gemeint ist, gleichzeitig habe ich mich mit Frauen und Männern zu diesem Thema unterhalten, die alle chronisch krank sind – und die hatten eine ganz andere Vorstellung von dem, was eine »Person in der Gemeinde« ausmacht. Diesen Frauen und Männern waren 25 Jahre Psychiatrie-Reform weitgehend schnuppe, weil sie es viel wichtiger fanden, ihre Situation jetzt und heute zu betrachten. Angesichts von Krankheit und dem Verlust von Ausbildung und Arbeitsplatz machten sie ihre Position als Person in der Gemeinde an der Tatsache fest, über welche materiellen Mittel ein Mensch jeweils verfügt. Und da nahezu alle, die zu uns kommen, ein nur sehr geringes Einkommen haben, bestand Einigkeit darüber, dass dies das Haupthindernis auf dem Weg zur Person in der Gemeinde ist und nicht etwa – wie ich vermutete – das Leiden an Vorurteilen. Vor diesem Hintergrund versuche ich nun, meine Position in dieser Frage zu beschreiben. Ich denke als Bürgerhelferin und Mitbürgerin, dass ich mit meiner ehrenamtlichen Arbeit eine Brücke bauen kann in die Gemeinde hinein. Das letzte Stück des Weges muss nach meinem Verständnis aber jeder/jede für sich gehen oder eben auch nicht. Ich habe es mehr als einmal erlebt, dass Frauen und Männer für sich entschieden haben, innerhalb dessen, was als Psychiatrieszene beschrieben wird, zu bleiben. Und das nicht etwa, weil sie von Vorurteilen zurückgestoßen wurden, sondern weil sie festgestellt haben, dass sie in diesem Umfeld die nötige Sensibilität und Wärme gefunden haben, die sie als wichtigen Teil ihres Lebens sehen. Und das trifft sich dann wieder mit meiner Meinung, dass Hilfe und Unterstützung wichtig sind, aber mindestens genauso wichtig ist es, dass diese Unterstützung wie auch die alltägliche Begegnung von selbstverständlicher gegenseitiger Achtung und Akzeptanz begleitet werden.

Vom »Wildwuchs« zur Versorgungsverpflichtung im Gemeindepsychiatrischen Verbund

Einleitung

Ulrich Krüger

Die erste Phase der Psychiatrie-Reform war von einem Auf- und Ausbau sowie einer (institutionellen) Differenzierung von Angeboten zur Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung psychisch kranker Menschen geprägt. Diese Entwicklung, die vielfach zu einem institutionellen Nebeneinander von verschiedenen Hilfeangeboten führte, trug dem spezifischen Bedarf schwer und chronisch psychisch kranker Menschen jedoch allenfalls bedingt Rechnung und in den Mittelpunkt der Diskussion um die strukturelle Weiterentwicklung rückte der »Gemeindepsychiatrische Verbund« als ein Kernstück der Empfehlungen der Expertenkommission« (vgl. Aktion Psychisch Kranke Tagungsberichte Bd. 16).

Bei aller Kritik an einzelnen Punkten der Vorschläge der Expertenkommission zum Gemeindepsychiatrischen Verbund, gab es eine breite Zustimmung zur Gesamttendenz der Empfehlungen und es folgten seither vielfältige Bestrebungen zum Aufbau und zur Umsetzung gemeindepsychiatrischer Verbünde (vgl. Aktion Psychisch Kranke, Qualität und Steuerung in der regionalen psychiatrischen Versorgung, Tagungsberichte Bd. 26).

In den folgenden Beiträgen wird dies am Beispiel des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) München Süd von Dr. Gabriele Schleuning dokumentiert. Zur Bedeutung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes aus Sicht der Angehörigen nimmt Dr. Alfred Speidel Stellung. Dr. Ingmar Steinhart und Kordula Kleinwort stellen im letzten Beitrag das Basis-Struktur-Modell als Ausgangspunkt gemeindepsychiatrischer Planungen in Mecklenberg-Vorpommern dar.

Der GPV München Süd: Fakten und Fragen nach fünf Jahren GPV-Entwicklung

Gabriele Schleuning

Der Gemeindepsychiatrische Verbund (GPV), über den ich spreche, ist angesiedelt im psychiatrischen Versorgungssektor München Süd, der ca. 360.000 Einwohner umfasst und einer der vier Sektoren ist, die im Rahmen einer umfassenden Umstrukturierung des Bezirkskrankenhauses (BKH) Haar und seines Zuständigkeitsgebietes 1993 etabliert worden sind. Die psychiatrische Versorgung dieses Sektors teilen sich im stationären und teilstationären Bereich der Fachbereich (FB) Süd des BKH Haar und das Psychiatrische Krisenzentrum Atriumhaus (die ebenfalls im Sektor angesiedelte Psychiatrische Universitätsklinik ist nicht an der Pflichtversorgung beteiligt). Die sehr umfangreiche und differenzierte ambulant-komplementäre Versorgung wird von einer Vielzahl von Einrichtungen geleistet, die insgesamt 32 Trägern zugeordnet sind. Darüber hinaus verfügt der Sektor über 45 niedergelassene Nervenärztinnen bzw. Psychiaterinnen.

Die Entwicklung des GPV München Süd begann 1995. Sie wurde initiiert von der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) des Sektors, die sich kurz davor konstituiert hatte.

Entwicklung des GPV München Süd von 1995 bis 2000

Die Entwicklung 1995 bis 2000 zeigt folgender Überblick:

1995 Einrichtung des Arbeitskreises GPV der PSAG Süd

1996 Etablierung einer GPV-Gründungsrunde: die zwei Sozialpsychiatrische Dienste (SPDi) des Sektors, das Psychiatrische Krisenzentrum Atriumhaus, der FB Süd des BKH Haar; Regelmäßige Fachvertreter-Treffen, Fachvertreter und Träger-Treffen, Fallkonferenzen

1997 Aufnahme der Bereiche Wohnen und Tagesstruktur Versorgungsvereinbarungen zwischen den beteiligten Einrichtungen

1998 GPV-Rahmenkonzept durch den Bezirk Oberbayern
Implementierung eines Modellvorhabens GPV in München Süd; Moderiertes Erarbeiten eines Kooperationsvertrages (Zielsetzung, Mitglieder, Rechtsform, Organe, Geschäftsordnung)

1999 Einrichtung einer hauptamtlichen GPV-Koordinations-Stelle;
Abschluss eines Kooperationsvertrages Ambulant-komplementärer Verbund (AKV) durch sechs Einrichtungsträger;
Abschluß eines Kooperationsvertrages zwischen AKV und stationärem Bereich; dadurch Gründung des GPV i.G.

2000 Aufnahme von sechs weiteren Einrichtungsträgern in den GPV

Neben örtlichen Besonderheiten, wie beispielsweise dem Vorhandensein eines Psychiatrischen Krisenzentrums mit ausgeprägter Kooperationstätigkeit, wurde die Entwicklung des GPV in München Süd vor allem auch gefördert durch das Rahmenkonzept des Bezirks Oberbayern, das für den Gemeindepsychiatrischen Verbund folgende Konstruktion vorsieht:

1. Zunächst schließen sich die ambulanten und komplementären Einrichtungen per Kooperationsvertrag zu einem so genannten Ambulant-komplementären Verbund (AKV) zusammen.
2. In einem zweiten Schritt wird der (teil-)stationäre Bereich einbezogen, der zu diesem Zwecke einen Kooperationsvertrag mit dem AKV abschließt.
3. In einem dritten Schritt treten die niedergelassenen Nervenärztinnen bzw. die kassenärztliche Vereinigung (KV) dem Verbund bei.

Soweit zur Entwicklung der Strukturen von 1995–2000.

Entwicklung der Arbeitsebene von 1995–2000

Auch fachlich, d.h. auf der Arbeitsebene hat sich in diesem Zeitraum viel getan:

- Wir kennen die Einrichtungen im Sektor (»Psychiatrischer Stadtführer«)
- Wir wissen um die Vielfalt der Krankheitskonzepte, Sprachen, Behandlungsansätze und -kulturen.
- Wir sind über patientinnenbezogene Absprachen zu allgemeinen Kooperationsabsprachen gelangt.

- In der PSAG und ihren Arbeitskreisen haben wir uns laufend um Abstimmung der Angebote und Abläufe in allen Funktionsbereichen bemüht.
- Wir haben seit 1996 regelmäßig Fallkonferenzen, im Rahmen des Case Management (CM)-Projektes auch Helferkonferenzen durchgeführt.
- Wir haben uns vielfach projektbezogen verständigt (Krisenerhebung, gemeinsame Fachtagungen, einrichtungsübergreifendes CM-Team, Mobiler Krisendienst).

Ohne diese Vorleistungen auf den Ebenen:
- Patientinnenbezogene Zusammenarbeit
- Struktur
- Gemeinsame Leitlinien

wären die beiden 1999 unterzeichneten Kooperationsverträge, der AKV-Vertrag und der Vertrag zwischen AKV und stationärem Bereich, nicht möglich gewesen.

Der GPV im Sektor München Süd heute

Beispiele, die den GPV-Entwicklungsstand im Sektor München Süd widerspiegeln sind:

1. Die in § 3 des AKV-Kooperationsvertrages dargelegten Zielsetzungen

Der AKV bemüht sich besonders um die Versorgung schwer und chronisch psychisch kranker Menschen mit dem Ziel, sie zu einer möglichst eigenständigen und selbstverantwortlichen Lebensführung in einem überschaubaren und vertrauten Lebens- und Sozialraum zu motivieren und zu befähigen. Dazu stellt er seine quantitativ ausreichende psychiatrische Versorgung im ambulant-komplementären Bereich seiner Region sicher, die sich an folgenden fachlichen Standards orientiert:
- wohnortnahe Bereitstellung der notwendigen Hilfen,
- personenzentrierte Struktur der Angebote und Organisation der Hilfeleistungen,
- »Normalisierungsprinzip«, das heißt weitestgehender Erhalt möglichst normaler Lebensverhältnisse auch für psychisch schwer und chronisch Kranke,

- Vorrang des Grundsatzes: ambulant vor stationär.

Er tut dies, indem er, soweit die zur Erfüllung dieses Standards notwendige Finanzierung gesichert ist,
- die dazu erforderlichen Leistungen erbringt, sie dokumentiert und ihre Qualität sichert,
- die Versorgungssituation laufend beobachtet und überprüft und dabei auftauchende Versorgungsdefizite feststellt,
- Versorgungslücken schließt und qualitative Defizite behebt,
- den Kostenträgern gegenüber eine verbindliche Versorgungsverpflichtung übernimmt.

2. Die Organisationsstruktur des GPV

- Trägerversammlung (Stand 11/2000: zwölf Einrichtungsträger)
- Vertreterrat (»2 + 2-Runde«)
  Zwei Vertreter des AKV (davon ein Sprecher)
  Zwei Vertreter des stationären Bereiches (davon ein Sprecher)
- Fachausschüsse
- GPV-Koordinatoren (2 x 0,5 Stellen)

3. Die gemeinsam verabschiedeten aktuellen Arbeitsvorhaben (Stand: 11/2000)

- Gemeinsames Leitbild
- Überleitungskonferenz = Hilfeplanungskonferenz
- Gemeinsame Dokumentations-Instrumente (z.B. Klientinnenbegleitbogen)
- Verbundprojekt Case Management mit Anwendung des IBRP (4 x 0,5 zusätzliche Stellen seit 01.08.2000)
- Verbundprojekt Mobiler Krisendienst (erweiterter Einsatz seit 01.11.2000)

Versuche zu ordnen und zu strukturieren, sind unternommen, der Wildwuchs in München Süd ist durchleuchtet. Durch die Entwicklung der vergangenen Jahre sind die Probleme, die sich in einer Region, in der sich 35 Einrichtungsträger die psychiatrische Versorgung teilen, erfasst:
- Erhebliche Überschneidungsbereiche in den Tätigkeitsprofilen der Einrichtungen

- Nicht-Vorhalten unattraktiver Leistungsbereiche
- Dienstzeitmodelle, die wenig bedarfsgerecht sind
- Spezifische Interessenskonstellationen von Mitarbeiterinnen, Einrichtungen, Trägern
- Administrative und finanzierungsrechtliche Probleme bei dem Versuch, Abläufe und Leistungen zu flexibilisieren
- Mangelnde Gepflogenheiten zur Leistungsdokumentation als Basis für Abstimmung und Steuerung

Die vertragliche Bindung, die zwölf dieser 35 Trägern mit den oben genannten Kooperationsverträgen eingegangen sind, stellen eine deutliche Willensbekundung dar, dieses Problem anzugehen. Um den Gemeindepsychiatrischen Verbund aber so zu gestalten, dass er tatsächlich ein abgestimmtes, aufeinander bezogenes, ressourcenschonendes, Über- und Unterversorgung vermeidendes personenzentriertes Hilfesystem für alle psychisch kranken Menschen des Sektors sicherstellt, reichen diese Verträge nicht aus. Sie lassen wichtige Fragen offen, wie die Praxis bei der Umsetzung der oben genannten Arbeitsvorhaben zeigt.

Der GPV-Vertrag in München Süd lässt Fragen offen

- Wie ist »Verpflichtung« umzusetzen bzw. ihre Umsetzung zu überprüfen?
- Wie sind die Interessen der einzelnen Träger zu überwinden, um etwas Einheitliches zu gestalten?
- Wie sind Entscheidungs- und Leitungsstrukturen zu etablieren?

Um den komplexen, weitreichenden, im Rahmen der GPV-Entwicklungen in München Süd und derzeit stattfindenden Umbau des psychiatrischen Versorgungsgeschehens auf seinen verschiedenen Ebenen (Behandlungsplanung, Zusammensetzung des Leistungsgeschehens, Inanspruchnahme von Hilfefunktionen durch die verschiedenen Zielgruppen, Verbindlichkeit von Kooperationsvereinbarungen etc.) transparent zu machen, aber auch um ein personenzentriertes regionales Hilftesystem zu fördern, beteiligt sich der GPV München Süd aktuell an mehreren Vorhaben.

Evaluationsvorhaben in München Süd (Stand: 11/2000)

- APK-Projekt: Implementation der Personenzentrierten Hilfen
- BMG-Projekt: Leistungsprofile und Kosten einer integrierten gemeindepsychiatrischen Versorgung
- Kompass-Projekt: Indikationen und Effizienz von Soziotherapie im außerstationären (teilstationären) Bereich
- GPV-Evaluationsprojekt: Qualitative Untersuchung der zur GPV-Entwicklung in München Süd eingesetzten Kooperationsformen und -instrumente

All dies sind Versuche, den GPV zu befähigen, die vertraglich vereinbarte Versorgungsverpflichtung, die den Wildwuchs abgelöst hat, praktisch umzusetzen und dadurch ein umfassendes Hilfesystem sicherzustellen, das den geforderten fachlichen und ökonomischen Standards gerecht wird. Was über die genannten im Sektor Süd laufenden Maßnahmen hierzu erforderlich ist, möchte ich als Frage an die Diskussionsrunde stellen.

Die Psychiatrie-Reform ist noch lange nicht umgesetzt – Statement aus Sicht der Angehörigen

Alfred Speidel

Wir haben uns in diesem Symposium zusammengefunden, weil wir wissen, dass die Psychiatrie-Reform noch nicht abgeschlossen wurde. Wir Angehörige müssen feststellen, dass sie sogar vielerorts stehen geblieben ist oder nach einigen hoffnungsvollen Anfängen nur noch im Schneckentempo vorankommt. Veranstaltungen wie diese hier bilden gewissermaßen eine Welt für sich. Hier treffen sich immer wieder Aufgeklärte, Expertinnen und Experten, die fortschrittlich gesinnten Vertreterinnen der Psychiatrie-Reform. Sie berichten über ihre Erfolge und machen ihre Vorzeigeprojekte bekannt. Das könnte den Anschein erwecken, dass diese progressiven Ansichten und die Modellvorhaben inzwischen überall gültiger Standard wären. Es fehlen aber bei all diesen Veranstaltungen die Vertreterinnen der konservativen Psychiatrie, die von Patientinnenrechten, Einbeziehung der Angehörigen, Verhandeln statt Behandeln, Enthospitalisierung und anderen Prinzipien der Psychiatrie-Reform überhaupt nichts halten. Solange jene weitermachen wie bisher, können wir die Psychiatrie-Reform nicht abhaken und uns zufrieden zurücklehnen. Ich habe manchmal den Eindruck, dass wir Angehörigen und einige Betroffene die einzigen sind, die diese Wirklichkeit nicht nur kennen, sondern immer wieder versuchen, sie publik zu machen. Denn nur für uns ist es von entscheidender Bedeutung, dass die Prinzipien der Psychiatrie-Reform tatsächlich praktiziert werden. Uns wäre nicht damit gedient, wenn man auf hoher Expertinnen-Ebene zu dem allgemeinen Konsens gelangen würde, die Psychiatrie-Reform sei umgesetzt. Ich habe den Eindruck, dass nicht systematisch ein neues Versorgungssystem aufgebaut wurde. Überall da, wo eine gute Versorgungsstruktur entstand, ist das eher einer Reihe günstiger Zufälle zu verdanken. Die Angehörigen haben daran einen großen Anteil. Sie sind besonders in ländlichen Gebieten oft die Einzigen, die sich überhaupt um den Ausbau der gemeindenahen Psychiatrie kümmern. Wenn sie nicht die Bedürfnisse anmelden, nicht auf die neuen Möglichkeiten der Versorgung und die Verpflichtungen aus den Psychiatriegesetzen hinweisen, bleibt alles beim Alten. Das heißt – ich muss mich korrigieren – es bleibt nicht beim

Alten, sondern es wird eher schlechter. Denn der Abbau der bestehenden Strukturen (wie z.B. Verkürzung von Aufenthaltsdauer, Wegrationalisierung von bisherigen Möglichkeiten für Hilfe und Versorgung) schreitet voran, ohne Rücksicht darauf, ob die gemeindenahen Strukturen, die an diese Stelle treten sollten, bereits da sind oder nicht. Kurz gesagt, Konsequenz und systematisches Vorgehen finden wir in der Verantwortung der Länder beim Abbau zentraler Strukturen. Wir finden Konsequenz und systematisches Vorgehen keineswegs beim Aufbau gemeindenaher Einrichtungen in der Verantwortung von Städten und Landkreisen. Dass dies so abläuft, ist nicht unbedingt Böswilligkeit oder absichtliches Nicht-Wollen der Verantwortlichen in kommunaler Politik und Verwaltung. Wir müssen bedenken, dass es oft auf Unkenntnis beruht, auf Nichtverstehen, weil die psychischen Probleme und ihre Auswirkungen für Nichtbetroffene und Nichtfachleute schwer zu verstehen sind. Darum gibt es wenige außerhalb der Psychiatrie, die sich aktiv betätigen, um die Lage der Betroffenen und der Angehörigen zu verbessern. Wir haben uns in diesem Symposium die Frage zu stellen, ob die Einführung von Versorgungsverpflichtungen sinnvoll ist und wie vorgegangen werden soll. Die Erfahrungen sind gut, solange es sich um klinische Akutabteilungen handelt. Hier brauchte man nur das bekannte Verfahren der großen Landeskliniken auf die neuen Fachabteilungen an den Allgemein-Krankenhäusern zu übertragen. Aber wie soll Versorgungsverpflichtung bei einer Tagesstätte, bei Betreutem Wohnen, für Krisendienste oder für Arbeitsmöglichkeiten funktionieren? Hier stecken wir in dem Dilemma: Die Strukturen sind sehr unterschiedlich. Müssen wir deshalb, für jeden Kreis oder jede Stadt ein maßgeschneidertes Konzept erarbeiten? Ich muss gestehen, es graut mir davor. Es hat zwar Vorteile, wenn man nach angepassten Lösungen sucht, bei denen die regionalen Besonderheiten berücksichtigt sind, doch ohne feste Vorgaben ist es schwer, etwas durchsetzen. Ich muss dabei an die harten Kämpfe gegen diejenigen denken, die in einem solchen Fall zu sagen pflegen: »Da müssen wir erst einmal den Bedarf feststellen!« Dann wird ein Gutachten oder eine Machbarkeitsstudie in Auftrag gegeben. Damit sind die Verantwortlichen zunächst aus dem Schneider, sie brauchen nicht mehr weiter nachzudenken und haben ein bis zwei Jahre Zeit gewonnen. Zeit in der für die Betroffenen nichts geschieht und trotzdem das Geld ausgegeben wird.

Ich wäre sehr froh, wenn es uns jetzt hier gelänge, ein paar Leitlinien zu erarbeiten, die uns helfen, in unseren Regionen rasch zu Ergebnissen zu kommen.

Lebensfeldorientiert in einem Flächenland – Das Basis-Struktur-Modell als Ausgangspunkt gemeindepsychiatrischer Planungen in Mecklenburg-Vorpommern

Ingmar Steinhart und Kordula Kleinwort

Ausgangssituation

Unmittelbar nach der »Wende« machte die Psychiatrie in Mecklenburg-Vorpommern zunächst durch Negativ-Schlagzeilen – ausgelöst durch den bundesweit ausgestrahlten Film *Die Hölle von Ueckermünde* – mit ebenso desolaten fachlichen konzeptionellen Vorstellungen wie baulichen Zuständen in der Ueckermünder Anstalt im Nordostzipfel des Landes auf sich aufmerksam. Mittlerweile hat sich eine bunte Palette von differenzierten sozialpsychiatrisch orientierten Einrichtungen mit einer ebenso vielfältigen Trägerlandschaft entwickelt. Im Wesentlichen handelt es sich um das von der Psychiatrie-Enquete (1975) und den nachfolgenden Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung von 1988 empfohlene Institutionsspektrum von »kleineren« Einrichtungen in den so genannten »komplementären« Bereichen Wohnen, Arbeit, Tagesstruktur.

Wie aus der Tabelle 1 ersichtlich, existieren in Mecklenburg-Vorpommern mittlerweile insgesamt 1.752 Plätze im komplementären Bereich, davon sind 800 Plätze direkt dem stationären Bereich (Psychiatrische Pflegeheime und Psychosoziale Übergangswohnheime) zuzuordnen. Besonders positiv zu bewerten ist in Mecklenburg-Vorpommern die heute erreichte nahezu flächendeckende Vorhaltung von 550 Tagesstättenplätzen. Hinzu kommt, dass mittlerweile 402 Psychiatrie-Erfahrene in gemeinwesenintegrierten Wohnformen leben, davon über 314 Menschen im »Betreuten Wohnen«, die übrigen in »Therapeutischen Wohngemeinschaften«. Darüber hinaus konnten psychiatrische Abteilungen über das Land verteilt an Allgemeinkrankenhäusern etabliert werden; die landesweite Bettenmessziffer für die Psychiatrie liegt bis heute mit 0,59 Betten pro 1.000 Einwohner deutlich unter vergleichbaren Daten anderer Bundesländer. Daher müssen in Mecklenburg-Vorpommern heute keine Psy-

Tabelle 1: Betreuungsangebote und Ausgaben der Sozialhilfeträger in Mecklenburg-Vorpommern 1999 (* Die Ausgaben für Begegnungsstätten, Selbsthilfegruppen und Angehörigeninitiativen sind hierin nicht enthalten

	Gesamt M-V	Psychiatrische Pflegeheime	Psychosoziale Wohn- und Übergangsheime	Therapeutische Wohngemeinschaften	Betreutes Wohnen	Tagesstätten
Anzahl vorgehaltener Plätze	1752	458	342	88	314	550
Anzahl der Plätze pro 10.000 Einwohnerinnen	9,79	2,56	1,91	0,49	1,75	3,07
Ausgaben* DM/Jahr	49.290	21.100	13.665	1.770	2.770	9.985
Ausgaben* pro Einwohnerin DM/Jahr	27,55	11,79	7,64	0,99	1,55	5,58

chiatriebetten abgebaut werden; vielmehr kann in Ruhe und mit Bedacht eine vorsichtige Anpassung an den tatsächlichen Bedarf »von unten« vorgenommen werden. Somit erfolgt die Ausweitung von »Bettenkapazitäten« derzeit primär unter sozialpsychiatrischen Aspekten, d.h. bedarfsorientiert, und die Aufstockung v.a. teilstationärer Kapazitäten ist verbunden mit dem Auftrag an diese Tageskliniken, im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern möglichst im Verbund mit Institutsambulanzen oder sozialpsychiatrisch orientierten Schwerpunktpraxen an dezentralen Standorten den Bürgerinnen und Bürgern eine wohnortnahe tagesklinische Behandlung anzubieten und dabei gleichzeitig die stationären Einheiten zu entlasten (s. Abb. 2, Basis-Struktur-Modell, Ebene 2).

Den insgesamt positiven Trend unterstreicht, dass sich alle ehemaligen Anstalten des Landes v.a. in Ueckermünde, Stralsund und Kloster Dobbertin auf dem Weg eines Aufbruches und Neubeginnes befinden, verbunden mit einer Umstrukturierung und Dezentralisierung. Diese Entwicklung wird sowohl von den Trägern selbst vorangetrieben, ist aber auch – z.B. im Gegensatz zur anstaltszentrierten

Politik in anderen neuen Bundesländern – wie Brandenburg, Sachsen-Anhalt – erklärte Politik des Landes Mecklenburg-Vorpommern: Anstaltsähnliche Unterbringung bzw. Verwahrung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sollen in einem überschaubaren Zeitraum nicht nur überwunden werden, sondern dann auch definitiv der Vergangenheit angehören. Die bisherigen überregionalen Anstaltsstrukturen sollen jeweils durch ein dezentrales gemeindeintegriertes Verbundsystem ersetzt werden; die kleineren, über das Land verteilten »psychiatrischen Pflegeheime« (i.A. 32 bis 40 Plätze) mit jeweils einer Wohngruppe, die von der baulichen wie personellen Ausstattung auch geschlossen geführt werden kann, sollen im Rahmen eines Pflichtversorgungsauftrages erneute »zentrale Konzentrationen von schwierigen Menschen« (der »harte Kern«) in größeren »Anstalten« und fernab der Gemeinde verhindern.

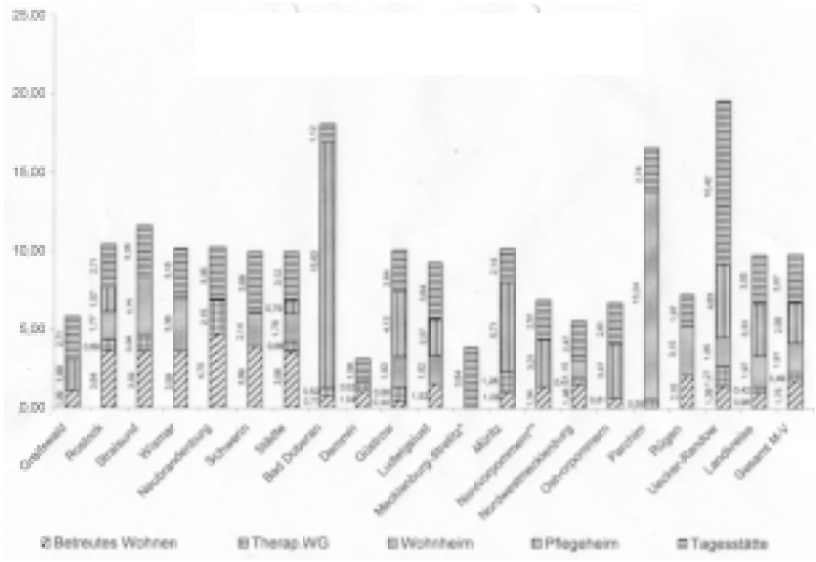
Getrübt wird diese nach den Kriterien der Expertenkommission von 1988 als äußerst positiv zu bewertende Entwicklung der institutionellen Landschaft durch die nach wie vor sehr hohe Zahl von Heimplätzen im Land, die immer noch die »Hauptlast« der Versorgung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen tragen. Leider wurden auch nach der Wende einige wenige »Struktursünden« (legt man gemeindepsychiatrischen Kriterien der Strukturqualität zugrunde) begangen: z.B. wurde an einem sehr dezentralen Standort ein psychiatrisches Pflegeheim mit über 100 Betten neu etabliert. Die der psychiatrischen Versorgung zuzurechnenden Heimkapazitäten in einer Größenordnung von 800 Plätzen in einem Bundesland mit einer Fläche von 23.170 km² und mit nur 1.789.322 Einwohnern entsprechen einem Verhältnis von 4,47 Plätzen/10.000 Einwohnern und einem Anteil von ca. 67 % aller im Bereich des Wohnens bereitgestellten Platzkapazitäten. Der Heimbereich »frisst« insgesamt sogar 70 % aller Ausgaben der örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger im Bereich der Psychiatrie auf. Positiv schlägt sich nieder, dass in die Tagesstätten mittlerweile immerhin 20 % der Gelder fließen.

Eine Überprüfung auf Stadt/Land-Unterschiede und bezüglich der regionalen Verteilung der Angebote erbrachte deutliche Unterschiede:

1. In den Städten Wismar, Schwerin, Rostock, Stralsund, Greifswald und Neubrandenburg beträgt der Anteil der Ausgaben für stationäre Angebote im Vergleich zu den übrigen Versorgungs-

angeboten lediglich 50 %. Dagegen liegen die Daten in den ländlichen Regionen mit 78 % deutlich höher.

2. Gleiches gilt für die Gesamtverteilung der Angebote über das Land (s. Abb. 1). Sowohl bezüglich der Plätze als auch hinsichtlich der finanziellen Ausgaben zeigten sich doch erhebliche Unterschiede. In manchen der ländlichen Regionen existieren nach wie vor überhaupt nur wenige gemeindepsychiatrische Angebote, in anderen ländlichen Regionen existieren überproportional viele Heimplätze. Bedingt ist dies einerseits durch alte größere Standorte, die mit ihren Dezentralisierungsbemühungen noch nicht sehr weit fortgeschritten sind oder bei denen die Dezentralisierung in der gleichen Gebietskörperschaft des alten Standortes erfolgt, aber auch durch den Neuaufbau unverhältnismäßig großer Heime bezogen auf die Bevölkerungsdichte. Neben diesen Ungleichgewichten fällt auch auf, dass der Ausbau von Mög-



* Betreutes Wohnen verfügbar, z.Z. nicht abgefordert
** bei Bedarf keine obere Begrenzung der Plätze im Betreuten Wohnen

Abbildung 1: Anzahl vorgehaltener Plätze pro 10.000 Einwohnerinnen in psychiatrischen Einrichtungen in M-V 1999

lichkeiten Betreuter Wohnangebote regional sehr unterschiedlich ausgeprägt ist. So haben die Bewohnerinnen mancher Landkreise eine deutlich geringere Auswahlmöglichkeit bei den ambulanten Angeboten und eine durchaus höhere Wahrscheinlichkeit, in einem Heim aufgenommen zu werden. Es drückt sich in der Abbildung auch die (zumindest hinter vorgehaltener Hand geäußerte) Strategie mancher Kommunen aus, durch die Verweigerung ambulanter Angebote den eigenen Haushalt zu entlasten und stattdessen durch die Zuweisung in Heime den (ambulanten) Hilfebedarf zu Lasten des überörtlichen Sozialhilfeträgers zu decken.

Zusammenfassend kann die Situation in Mecklenburg-Vorpommern, orientiert an den (heute überholten) eher institutionell orientierten Normen und Werten der Psychiatrie-Enquete und den Empfehlungen der Expertenkommission von 1988 als weitestgehend gut bezeichnet werden. Die fachlichen Entwicklungen der letzten fünf Jahre und die Empfehlungen der Kommission der Bundesregierung von 1996, die eng verbunden sind mit der Forderung nach einem Paradigmenwechsel vom institutionszentrierten zum personenzentrierten Ansatz, haben allerdings in den Strukturen, der Strukturplanung und insbesondere in der Finanzierung noch keinen entscheidenden Niederschlag gefunden. So sind die Finanzierungsanreize nach wie vor noch institutionszentriert und stellen keinesfalls die Klientin oder den Klienten in den Mittelpunkt, wie dies dem heutigen Stand der Wissenschaft und letztlich auch dem BSHG entsprechen würde. Es sind daher in den letzten Jahren verstärkt Forderungen laut geworden, die Entwicklung der Psychiatrie nicht mehr nach veralteten institutionszentrierten Standards voranzutreiben und somit den Entwicklungsrückstand der Ost- auf die Westdeutsche-Psychiatrie über Jahrzehnte fest zu schreiben, sondern vielmehr den Paradigmenwechsel hin zu einem personenzentrierten und lebensfeldorientierten Ansatz einzuleiten. Das Sozialministerium hat daher das *Modellprojekt Sozialpsychiatrie*[1] *»Struktur, Qualität und Finanzierung gemeindepsychiatrischer Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern«* mit einer Laufzeit von zunächst 3,5 Jahren bis Ende

1 Projektträger ist der Landesverband Psychosozialer Hilfsvereine Mecklenburg-Vorpommern e.V.

2001 ins Leben gerufen. Das Modellprojekt Sozialpsychiatrie soll fachliche Impulse für die notwendigen Strukturveränderungsschritte im Sinne eines personenzentrierten und lebensfeldorientierten Ansatzes geben. Eng verbunden mit diesen Entwicklungsschritten für Strukturen ist die landeseinheitliche Schaffung einer Hilfeplanung entsprechend § 46 BSHG auf Basis eines personenzentrierten Ansatzes und eines einheitlichen Instrumentariums (Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan), die Überwindung der Splittung zwischen überörtlichem und örtlichem Kostenträger der Sozialhilfe (§ 100 BSHG) sowie die Ausgestaltung des § 93 BSHG entsprechend den neuen Strukturen der Versorgung. Fachlich-inhaltlich begleitet die Arbeit des Modellprojektes ein vom Sozialministerium über den Staatssekretär personenbezogen berufener Beirat, in dem sowohl die Gesundheits- und Sozialpolitikerinnen aller Parteien des Landtages vertreten sind als auch Vertreterinnen der psychosozialen Hilfs- und Trägervereine, des Liga-Fachausschusses, der Psychiatrie-Erfahrenen, der Angehörigen psychisch Kranker, der Kliniken und der Universitätspsychiatrie, der Pflegeheime, der Sozialpsychiatrischen Dienste, der Kostenträger der Sozialhilfe etc. Insofern ist die Meinungsbildung innerhalb der fachlichen Ausrichtung auf breite Füße gestellt und eine sehr hohe Transparenz für alle von der Umprofilierung der Psychiatrie »betroffenen« Gruppen sichergestellt. Von diesem Modellprojekt erhofft sich das Land Mecklenburg-Vorpommern eine zukunftsfähige Chance und die Möglichkeit, ein eigenes Profil psychiatrischer Entwicklung auf dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Forschung sowie auf einem zeitgemäßen Niveau gemeindepsychiatrischer Versorgung zu entwickeln. Die im Folgenden näher skizzierten Strukturplanungen lassen bei Ausschöpfung und Gestaltung der gegebenen rechtlichen Rahmenbedingungen im BSHG und bei konsequenter praktischer Umsetzung den Schluss nicht als übertrieben erscheinen, dass Mecklenburg-Vorpommern in wenigen Jahren zu den Bundesländern mit einem der höchsten fachlichen Standards und Entwicklungspotenziale bezogen auf einen gemeindeintegrierten und lebensfeldorientierten Ansatz psychiatrischer Versorgung gehören wird.

Basis-Struktur-Modell

Als ein fachlicher Standard für die zukünftige Umprofilierung der Psychiatrie wurde vom Modellprojekt Sozialpsychiatrie das so genannte »Basis-Struktur-Modell« als Leitlinie entwickelt. Ein solches Vorhaben gestaltete sich vor allem deswegen schwierig, da Mecklenburg-Vorpommern als Flächenland mit einer sehr geringen Bevölkerungsdichte ganz andere Versorgungsstrukturen erfordert als die bisherigen westdeutschen Vorzeigemodelle, wie z.B. Bremen, Berlin oder Regionen im Rheinland. Der Qualitätsstandard sollte zwar unter bestimmten fachlichen Gesichtspunkten (lebensfeldorientiert, personenzentriert) als verbindliche Leitlinie sehr »eng« beschrieben werden, andererseits musste die neue »Norm« ausreichende Spielräume für »individuelle regionale Entwicklungen« lassen. Unter Beachtung der dünnen Besiedelung und der bestehenden Angebote wurde dann bei der Erarbeitung des *Basis-Struktur-Modells gemeindeintegrierter Versorgung* zwar von den Vorschlägen der Expertenkommissionen von 1988 und 1997 ausgegangen, vorgeschlagen wurde jedoch ein differenzierteres Drei-Ebenen-Modell der psychiatrischen Versorgungsstrukturen, wobei bezogen auf ländliche Regionen und die Hansestadt Rostock unterhalb der Ebene von Gebietskörperschaften (in Abweichung vom Vorschlag der Expertenkommission) in so genannten »Subsektoren« (40.000 bis 60.000 Einw.) die Sicherstellung der gemeindepsychiatrischen Grundversorgung erfolgt und oberhalb der Ebene der Gebietskörperschaften, in den sogenannten Versorgungsregionen, bestimmte übergeordnete Dienstleistungen vorgehalten werden.

Da eine solches Modell kein Korsett für die gemeindepsychiatrische Versorgung in einer Region sein darf, sondern vielmehr eine Entwicklungsperspektive in und für eine Region darstellt, wurden zunächst Leitlinien für ein allgemein gültiges Basis-Struktur-Modell entwickelt:

- Ein Basis-Struktur-Modell muss so konzipiert werden, dass chronisch und/oder schwer psychisch beeinträchtigte Menschen in ihrem Lebensumfeld (Gemeinde/Kreis/Stadt) die ihnen entsprechenden Hilfen vorfinden können.
- Ein Basis-Struktur-Modell verfolgt den Grundsatz: ambulante und teilstationäre Hilfen haben Vorrang vor stationären Hilfen.
- Ein Basis-Struktur-Modell verfolgt den Grundsatz, dass die

Hilfen gemeindeintegriert, d.h. in der Regel auf Kreis-/Stadtebene vorgehalten werden.

- Ein Basis-Struktur-Modell verfolgt den Grundsatz einer regionalen Versorgungsverpflichtung.
- Ein Basis-Struktur-Modell verfolgt den Ansatz, dass die Hilfen personenzentriert erbracht und an die angestrebte Lebensform der Klientinnen angepasst werden.
- Ein Basis-Struktur-Modell verfolgt den Grundsatz einer hohen Priorität für therapeutische Bezugspersonen.
- Ein Basis-Struktur-Modell verfolgt den Ansatz eines funktional gegliederten Gemeindepsychiatrischen Verbundes.
- Ein Basis-Struktur-Modell verfolgt den Grundsatz eines hohen fachlichen Standards der psychiatrischen Fachkräfte.

Ausgehend von diesen Leitlinien wurde das Drei-Ebenen-Modell der Basis-Struktur für die psychiatrische Versorgung (s. Abb. 2) entwickelt, stets mit dem Grundgedanken verbunden, dass es sich hierbei um ein »Modell« für eine regional zu entwickelnde Perspektive handelt, das nicht 1 : 1 in die jeweilige Gebietskörperschaft kopiert werden kann, sondern spezifisch adaptiert werden sollte.

Die *erste Ebene* des Modells ist die für ländliche Gebiete und die Großstadt Rostock vorgeschlagene Ebene von *Subsektoren* innerhalb der Gebietskörperschaften, in denen insbesondere folgende *»basale« Hilfsangebote* vorhanden sein sollten:

1. Sozialpsychiatrische Leistungen zur Selbstversorgung, insbesondere aufsuchende Leistungen im Wohnbereich (d.h. eigene Wohnung) in Form des *Betreuten Wohnens* oder *Betreuter Wohngemeinschaften*
2. Ambulante sozialpsychiatrische Behandlung im Sinne von Grundversorgung durch Fachärztinnen oder Institutsambulanzen sowie der Möglichkeit einer kurz andauernden Behandlung und Krisenintervention im Idealfall verbunden mit tagesklinischen Behandlungsmöglichkeiten
3. Sozialpsychiatrische Leistungen zur Tagesgestaltung, Kontaktfindung und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben insbesondere im Hinblick auf die Angebote von offenen Treffpunkten und Freizeitaktivitäten sowie Hilfen zur Tagesstrukturierung und Alltagsgestaltung, im Idealfall verbunden mit Zuverdienstmöglichkeiten.

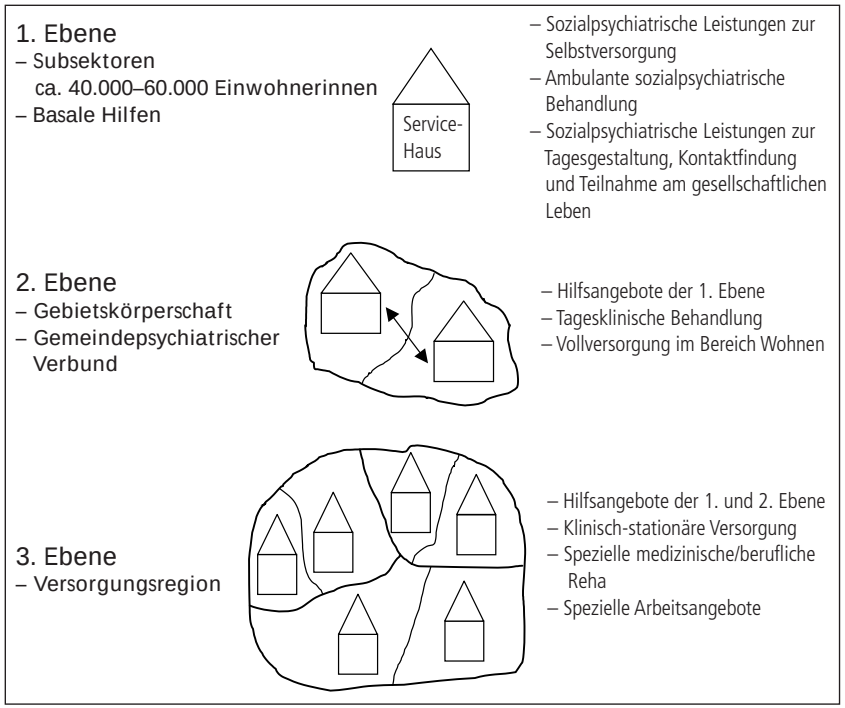


Abbildung 2: Basis-Struktur-Modell als Drei-Ebenen-Modell

Durch das Vorhalten derartig basaler Hilfefunktionen erscheint es gewährleistet, dass den Grundbedürfnissen chronisch psychisch Kranker und schwer gestörter Menschen in ihrem Lebensumfeld Rechnung getragen werden kann, ohne ihnen lange (und z.T. belastende) Wegezeiten oder gar Anstalts- bzw. anstaltsähnliche Unterbringungen fernab von der Gemeinde zumuten zu müssen.

Neben dem Aspekt, dass fachärztliche Behandlung vor Ort bereitgestellt werden muss, zielt diese erste Ebene vor allem darauf ab, den Grundsatz »ambulant vor stationär« tatsächlich in die Praxis umzusetzen. Insofern kommt dem Wohnen in der eigenen Wohnung mit aufsuchender professioneller Unterstützung – sofern erforderlich – als wichtigste und normalste Lebensform für Psychiatrie-Erfahrene eine vorrangige Bedeutung zu. Betrachtet man in den aktuellen Tabellen die Zahlenverhältnisse zwischen »Betreutem

Wohnen« und »Heimunterbringung«, so ist heute in Mecklenburg-Vorpommern dieser Grundsatz genau umgekehrt umgesetzt.

Die *zweite Ebene* ist die Ebene der *Gebietskörperschaft.* Diese Ebene stellt die zentrale Strukturebene dar, da hier die Basisstruktur der gemeindepsychiatrischen Versorgung in Form des funktional gegliederten *Gemeindepsychiatrischen Verbundes* in Anlehnung an die Empfehlungen der Expertenkommission von 1997 organisiert wird. Auf dieser Ebene soll vor allem das verbindliche Hilfeplanungsverfahren im Rahmen einer Clearingstelle angesiedelt werden und die Steuerung eines regionalen Budgets erfolgen, das sich auf die Finanzierung der Ebenen 1 und 2 des Basis-Struktur-Modells bezieht. Insbesondere hervorzuheben ist die Vollversorgung im Bereich Wohnen innerhalb der Gebietskörperschaft und die Erreichbarkeit einer Tagesklinik innerhalb des Verbundes. Dies beinhaltet, dass alle Dauerwohnformen (Einzel- und Paarwohnen, Klein- und Großgruppenwohnen) auch für sehr »schwierige« und zum Teil auch sehr aggressive Menschen in jeder Region vorgehalten werden sollten. Sofern Menschen mit einem hohen Aggressions- oder Gefährdungspotenzial für sich oder andere in geschlossenen Gruppen untergebracht werden müssen, so ist dieser Forderung auch im Rahmen der Pflichtversorgung auf der Ebene 2 nachzukommen. Sollte dies innerhalb einer Gebietskörperschaft nicht möglich sein, so hat der Verbund mit einem Nachbar-Verbundsystem entsprechende Verträge abzuschließen. Die Standorte für die psychiatrischen Pflegeheime (s.o.) sind also so zu wählen, dass sie maximal zwei benachbarte Gebietskörperschaften auf Basis vertraglich fixierter Absprachen versorgen.

Die *dritte Ebene* ist die der *Versorgungsregion*. Auf dieser Ebene findet die *klinisch stationäre Versorgung* statt, und es werden die eher spezialisierten Angebote der medizinisch/beruflichen Rehabilitation und *spezielle Angebote* im Funktionsbereich Arbeit organisiert.

Das Modell beansprucht für sich sowohl den Bedarfen insbesondere von psychisch schwer bzw. chronisch gestörten Menschen als auch den gegenwärtigen fachlich-professionellen Standards gerecht zu werden – und es setzt an den Gegebenheiten in Mecklenburg-Vorpommern an. In der Adaptation des Basis-Struktur-Modells auf die Ebenen 1, 2 und 3 soll bei der regionalen Umsetzung vor allem nach Wegen und Möglichkeiten der Weiterentwicklung bestehender Einrichtungen gesucht werden. Auch der Aufbau eines

Wohnverbundsystems mit dem Schwerpunkt »Wohnen in den eigenen, angemieteten vier Wänden« bedeutet vielfach nicht den Aufbau neuer Einrichtungen, sondern wird in der Regel von den vorhandenen Angeboten durch Umstrukturierung und Weiterentwicklung ausgehen.

Insbesondere bieten sich die Reorganisierung von institutionell organisierten Wohnformen, insbesondere Heimbereichen, zu klientinnenzentrierten Wohnformen mit funktional gegliederter Angebotsstruktur an, wobei die Entkoppelung von Wohnform und Betreuungsdichte und die Stärkung der Rechte von Psychiatrie-Erfahrenen an erster Stelle stehen muss. Andererseits beinhalten die Empfehlungen des Basis-Struktur-Modells den sofortigen Stopp des Auf- und Ausbaues bzw. der baulichen Erneuerung von Heimkapazitäten an noch nicht realisierten Standorten. Heimzentrierte Planungen sollen zukünftig direkt durch Gemeindepsychiatrische Verbünde mit vergleichbarem Finanzvolumen im Bereich von Investitionen und Betriebskosten ersetzt werden.

Als organisatorische Ausformung sollten in den Subsektoren bzw. bevölkerungsarmen Gebietskörperschaften so genannte »Service-Häuser« entstehen, entweder als neue Angebotsformen oder ausgehend von einem bestehenden Angebot, wie z.B. einer Tagesstätte oder einer Kontakt- und Beratungsstelle oder einem dezentralen Standort des Sozialpsychiatrischen Dienstes oder einem bestehenden, dann umgewandelten Wohnangebot. Um das Kriterium der Erreichbarkeit zu erfüllen, sollten in einem solchen »Service-Haus« dezentral möglichst viele Angebote aus unterschiedlichen Funktionsbereichen vorgehalten werden – möglichst inklusive ambulanter und teilstationärer Behandlungsmöglichkeiten.

Neben den Veränderungen auf der Seite der Anbieter wird sich auch die Alltagspraxis bei Kostenträgern und öffentlichen Verwaltungen an eine neue Situation anpassen müssen. Die Einrichtung der Clearingstelle sowie eine verbindliche und abgestimmte individuelle Hilfeplanung setzen neue Formen der Zusammenarbeit zwischen Anbietern, Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und den Kostenträgern voraus. Sie erfordern vielfach eine Reorganisation der Verwaltungsstrukturen und Aufgabenverteilungen in den Sozial- und Gesundheitsämtern.

Finanzierung

Nachdem Anfang des Jahres 1999 im Beirat des Projektes ein breiter Konsens über die fachliche Weiterentwicklung der Psychiatrie in Mecklenburg-Vorpommern anhand der inhaltlichen Standards des Basis-Struktur-Modells erzielt werden konnte, wird zurzeit konsequenterweise an einer Umsetzung im Rahmen der neuen Regelungen des BSHG (insbes. § 93 BSHG) gearbeitet. Im Wesentlichen geht es darum, für einen personenzentrierten und lebensfeldorientierten Standard nicht nur die entsprechenden Finanzierungsvoraussetzungen zu schaffen, sondern auch finanzielle Anreize für personenzentriertes Arbeiten:

1. Eine wesentliche Hürde wird voraussichtlich bereits zu Beginn des Jahres 2002 fallen. Zu diesem Zeitpunkt sollen der örtliche und der überörtliche Kostenträger vor Ort, d.h. bei den Städten und Landkreisen, zusammengelegt werden.[2] Hierdurch wird eine funktionale Organisation der Hilfen und die Entkoppelung von Wohn- und Betreuungsform erst möglich.
2. Ebenfalls ist geplant, den Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) als Standard für die Erstellung des Hilfeplanes nach § 46 BSHG landesweit einzusetzen. Landesweite und flächendeckende Schulungen beginnen in der zweiten Jahreshälfte 2001.
3. Die Bildung von Gruppen mit vergleichbarem Hilfebedarf entsprechend § 93 d BSHG soll anhand von Minutenwerten auf der Basis einer personenzentrierten Hilfeplanung in vier Leistungsbereichen (Grundversorgung, Selbstversorgung, Tagesstrukturierung und Arbeit) erfolgen. Die Gespräche zur Ausgestaltung der Entgeltvereinbarungen und des Finanzrahmens finden derzeit statt.

2 Dieser Vorschlag steht im Widerspruch zu den Empfehlungen der Expertenkommission und den Planungen anderer Bundesländer, wie z.B. NRW, die eine Zusammenlegung auf überörtlicher Ebene anstreben. Für Mecklenburg-Vorpommern ist allerdings die Frage noch ungelöst, wie die landesweite Steuerung der Psychiatrieentwicklung auch unter finanziellen Gesichtspunkten nach der geplanten Zusammenlegung auf kommunaler Ebene erfolgen soll.

Mittlerweile ist ein breiter Konsens zwischen der LIGA der Wohlfahrtspflege, den psychosozialen Hilfsvereinen, dem überörtlichen Kostenträger und dem Sozialministerium dahingehend entstanden, dass nach einem Übergangszeitraum von wenigen Jahren beginnend mit dem Jahr 2002 Leistungen nach BSHG nur noch nach einem neuen personenzentrierten System finanziert werden. Insbesondere den Anbietern mit althergebrachten Strukturen können im Einzelfall längere Übergangszeiträume zur Anpassung an die Standards des Basis-Struktur-Modells eingeräumt werden.

Ebenfalls ist noch offen, inwiefern das Land die Umstellung auf einen personen- und lebensfeldorientierten Ansatz durch finanzielle Anreizprogramme zur Stärkung ambulanter Angebote unterstützen wird. Zum Beispiel könnte anstelle des Investitionsprogramms für stationäre Einrichtungen ein Förderprogramm zum Aufbau von »Service-Häusern« in allen 18 Gebietskörperschaften aufgelegt werden.

Der ehrliche Wille, nicht nur zum »Reförmchen«, sondern zu einem grundlegenden Paradigmenwechsel in der Psychiatrie innerhalb der vereinbarten Zeitschiene von wenigen Jahren zu kommen, ist bei allen Beteiligten in Mecklenburg-Vorpommern trotz Skepsis bei Detailfragen der Umsetzung und drohender Einsparungen deutlich zu spüren, sodass wir heute bereits eine vorsichtig optimistische Prognose für die Entwicklung einer Vielfalt von regional ausdifferenzierten und in die Praxis umgesetzten Basis-Struktur-Modellen in Mecklenburg-Vorpommern wagen. Informationen zum »Basis-Struktur-Modell« können beim Projektteam in Rostock unter folgender Anschrift bezogen werden:

Landesverband Psychosozialer Hilfsvereine
Mecklenburg-Vorpommern e.V.
Modellprojekt Sozialpsychiatrie
Schiffbauerring 20
18109 Rostock
Tel.: 0381/123 71 17
E-Mail: LPH-MV@t-online.de

Von vertrauten Hemmnissen zu neuen Chancen und Risiken – Sozialrecht im Wandel?

Einleitung

Rainer Hölzke

Die Referenten dieses Symposiums hatten sich im Vorhinein darauf verständigt kein Rechtskundeseminar abzuhalten, des Weiteren sollte darauf verzichtet zu werden, auf die vielfältigen Details der momentanen sozialrechtlichen Auseinandersetzungen einzugehen, und es wurde auch nicht als sinnvoll angesehen, Kostenträgerauseinandersetzungen auf dem Podium zu führen. Stattdessen sollte folgender Frage nachgegangen werden: Woran liegt es, dass für psychisch kranke Menschen nach wie vor eine Benachteiligung in Recht und Realität besteht, wobei die Benachteiligung z.T. nicht in der Gesetzgebung liegt, sondern bei der Gesetzesanwendung auftritt?

Ziel des Symposiums war es, »öffentlich« darüber nachzudenken, woran es jenseits der Niederungen der alltäglichen (sozialrechtlichen und sozialpolitischen) Auseinandersetzungen liegt, dass psychisch kranke Menschen in wichtigen Teilbereichen der Versorgung somatisch kranken Menschen sozialrechtlich nicht gleichgestellt sind. Des Weiteren sollte überlegt werden, was zu tun ist, um den Missstand von weitgehender gesetzlicher Gleichstellung aber praktischer Ungleichstellung zu beseitigen.

Die Referenten

- Dr. **Diether Bischoff** vom Bundesverband der Angehörigen psychisch kranker Menschen
- **Detlef Chruscz**, Referent des Vorstandes des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen
- **Rainer Hölzke** vom Vorstand der Aktion Psychisch Kranke
- **Ernst Rabenstein**, Referent beim Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland
- Dr. **Gerhard Vigener**, Leiter des Landeswohlfahrtsverbandes Baden

gingen jeweils vor ihrem Herkunftshintergrund auf die geschilderte Problematik ein.

Bei den im Folgenden abgedruckten Referaten des Symposiums wird die geneigte Leserin und der geneigte Leser feststellen, dass trotz unterschiedlicher Ansätze ähnliche Schlussfolgerungen gezogen werden.

Selbsthilfe im sozialpsychiatrischen Geschehen

Diether Bischoff

Zur Bedeutung der Selbsthilfe

Die Bedeutung der Selbsthilfe ist in den Jahren, die seit der Psychiatrie-Enquete vergangen sind, auch im sozialpsychiatrischen Geschehen zunehmend deutlicher geworden. Ihr fachlicher, sozialpolitischer und demokratischer Wert hat an Konturen gewonnen. Aus dem Munde von Fachleuten und Politikern sind über uns Selbsthelfer Wohlwollen, Anerkennung und Bestätigung ausgebreitet worden. Auch *Hilfe zur Selbsthilfe* ist uns zuteil geworden. Ihr Umfang, ihre Art und Bedingungen sind aber weit hinter dem Maß zurückgeblieben, das nötig ist, wenn Selbsthilfe zum Wohl der psychisch akutkranken Menschen, der Psychiatrie-Erfahrenen, die gesellschaftlich mehr oder weniger integriert leben, und der Angehörigen das leisten soll, was im Wege von Selbsthilfe wirksam und sozial preiswert geleistet werden kann. Art, Umfang und Bedingungen der bisher gewährten Hilfe zur Selbsthilfe zeigen, dass viel Bestätigung und Anerkennung Schall und Rauch sind. Zu sehr kollidieren hinter den schönen Worten persönliche und politische Interessen. Zu kompliziert ist die Zuordnung von Öffentlicher und Freier Wohlfahrtspflege. Zu hilflos ist der Umgang mit dem Verfassungsgrundsatz der Subsidiarität und dem Recht der kommunalen Selbstverwaltung.

Aufgabe der folgenden Ausführungen soll sein, den Hilfebedarf der Selbsthilfe im sozialpsychiatrischen Bereich und die Hemmnisse bewusster zu machen, die einer wirksamen, in der Not stützenden und die Herzen wärmenden Hilfe immer wieder im Wege stehen.

Was ist Selbsthilfe?

Um den Begriff zunächst zu umreißen: Ich verstehe hier unter Selbsthilfe *nicht* die Maßnahmen, die der Erkrankte (wenn ich von Personen rede, meine ich geschlechtsneutral immer *den Menschen*) oder seine Angehörigen oder auch Freunde und Freundinnen im Rahmen einer persönlichen Beziehung trifft, um Leid und Last zu mindern.

Ich rede vielmehr von der *kollektiven* Selbsthilfe, zu der psychisch kranke Menschen und mit und neben ihnen auch ihre Angehörigen sich in Gruppen, Gemeinschaften oder Verbänden zusammenschließen, um sich gegenseitig zu helfen. Wie die Bundesregierung in der Beantwortung früherer Großer Anfragen anerkannt hat, sind *Kriterien* dieser *Selbsthilfe:*

- Eigene Betroffenheit
- Grundsätzliche Gegenseitigkeit in der Hilfsbereitschaft
- Ausübung von Funktionen im Kollektiv *nur* aufgrund demokratischer Wahlen
- Freiwillig-unentgeltliches soziales Engagement und
- Unabhängigkeit von der professionellen Öffentlichen und Freien Wohlfahrtspflege

Nur unter diesen Kriterien findet sich – in der Selbsthilfe Behinderter und chronisch Kranker ganz allgemein – die Kombination von dem Wissen und den Bedürfnissen, die auf eigener Betroffenheit beruhen, mit der Bereitschaft, freiwillig und unentgeltlich aktiv zu werden, eine Kombination, die für die Gesellschaft als Basis-Struktur von Demokratie und Sozialstaat von hohem ideellen und materiellen Wert ist. Die Selbsthilfe im sozialpsychiatrischen Feld wird geleistet im Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen e.V. (BPE) und im Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (BApK), insbesondere den Landes-, Regional- und Orts-Strukturen beider Verbände. Darüber hinaus gibt es eine größere Zahl von autonomen Selbsthilfe-Gruppen, die sich den beiden Verbänden aus Unkenntnis oder wegen Kontakt- und räumlichen Schwierigkeiten oder bewusst nicht angeschlossen haben. Unter den Gruppen befinden sich auch solche, die sich aus Betroffenen und Nicht-Betroffenen als Mitgliedern zusammensetzen. Sie können zur Selbsthilfe-Bewegung gezählt werden, solange eindeutig *die Betroffenen* Wollen und Tun der Gruppe bestimmen und die von den Selbsthelfern weithin gern gesehenen *Nicht-Betroffenen* sich als Helfer und Berater betätigen. Der gesellschaftliche Wert der Selbsthilfe liegt insbesondere im gesundheits- und im sozialpolitischen Bereich. Aber auch finanz- und wirtschaftspolitisch ist sie bedeutsam. Ebenso wichtig ist sie demokratiepolitisch, weil gesellschaftliches Engagement in ihrem Rahmen in einer Intensität gelebt wird, wie sie auf weiten anderen Feldern der Gesellschaft nicht zu finden ist.

Voraussetzungen für die Selbsthilfe

Selbsthilfe kommt nicht ohne Hilfe, ohne *Hilfe zur Selbsthilfe* aus. Nahezu all ihr Tun kostet Geld. Es geht nicht ohne Inanspruchnahme von Raum, von Verkehrs- und Nachrichten-Mitteln, von Geräten, von Verbrauchsgütern und schließlich von fachlich vorgebildeter Arbeitskraft, z.B. von Bürokräften oder praktisch oder wissenschaftlich arbeitenden Fachleuten. Wir Selbsthelfer können neben unserem freiwilligen sozialen Engagement unter den uns drückenden Lasten nicht auch noch die für die professionellen Helfer erforderlichen Mittel aufbringen, zumal wir wegen der eigenen oder der in der Familie bestehenden Erkrankung materiell häufig im unteren Bereich gesellschaftlicher Standards leben, weithin auch Sozialhilfe in Anspruch nehmen müssen.

Wir rufen deshalb um Hilfe. Dies geschieht im Wesentlichen in drei Richtungen, in Richtung

- auf die Organisationen und Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege, von deren Spitzenverbänden bis hinunter zu Fachverbänden, die z.T. Mitveranstalter dieser Tagung sind, wie BEB, DVPH, DGSP und zur Deutschen Arbeitsgemeinschaft,
- auf die Krankenkassen
- und auf die Öffentliche Wohlfahrtspflege.

Unterstützung der Selbsthilfe durch die Freie Wohlfahrtspflege

Von den Organisationen der *Freien Wohlfahrtspflege* erfahren wir im Wesentlichen Sachleistungen. Wir sind dafür sehr dankbar. Aber ich muss anmerken, dass Bedingung für solche Leistungen häufig nicht nur Zweckmäßigkeit, Angemessenheit und vernünftige Kalkulation sind, was korrekt ist, sondern nicht selten wird Hilfe nur gewährt, wenn die Vorhaben der Selbsthilfe die vielfältigen *eigenen Interessen des Leistenden* nicht konkurrierend tangieren. Veranstaltet ein Wohlfahrtsverband selbst Ähnliches oder verfolgt er mit Rücksicht auf die vielen ihm angehörenden Einrichtungsträger in demselben Problemfeld gar andere Ziele, ist Hilfe zu Selbsthilfe für ihn nicht mehr geboten.

Bei der Inanspruchnahme solcher Leistungen stellt sich deshalb immer die Frage von Bevormundung und Abhängigkeit einerseits

oder Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit andererseits. Eine wirklich durchgreifende demokratische Kontrolle der Freien Wohlfahrtspflege, die die Lage der Selbsthilfe verbessern könnte, besteht in Deutschland kaum. Die Lage der Selbsthilfe hier unterscheidet sich insoweit deutlich negativ von der in fast allen europäischen Nachbarländern.

Unterstützung der Selbsthilfe durch die Krankenkassen

Der zweite Adressat unserer, in diesem Fall auf § 20 Abs. 4 SGB V gestützten Hilfe-Ersuchen sind die *Krankenkassen*. Wir begrüßen deren Bereitschaft sehr, Hilfe zu leisten. Ihre Zahlungen sollen nach der verbesserten gesetzlichen Regelung zwar zu einem erheblichen Teil nicht direkt an die Selbsthilfe, sondern an die Freie Wohlfahrtspflege (DPWV, DAG, SHG) gehen, damit diese dann *Hilfe zur Selbsthilfe* leiste. Der Nutzen der Förderung durch die Krankenkassen für uns Selbsthelfer bleibt *insoweit* also mit dem eben genannten Problemkreis Bevormundung oder Selbstbestimmung belastet. Dennoch hilft uns unter unseren Lasten auch dieser (Um-)Weg von Selbsthilfe-Förderung, insbesondere denen unter uns, die in autonomen Gruppen arbeiten. In der Praxis läuft die Förderung durch die Krankenkassen allerdings recht mühsam an. Wenn ich es richtig sehe – ich bin in diesem Feld nicht mehr tätig –, gibt es dabei zwei Problembereiche:

Erstens: Selbsthilfe findet mit entsprechend unterschiedlichen Aufgaben und in je eigener Verantwortung auf Bundes-, Landes- und Orts-Ebene statt. Die jeweils höheren Ebenen leisten dabei wichtige politische und fachliche Hilfe. Materielle Hilfe zur Selbsthilfe müssen die Organisationen sich jedoch in ihrer Ebene selbst beschaffen. Die Bundesverbände z.B. geben keine Finanzzuweisungen an die Landesverbände. Dies ist bewusst so gestaltet, um möglichst wenig interne Verwaltung zu benötigen und um finanzielle Abhängigkeiten und Bevormundung zwischen den Ebenen zu vermeiden, mit anderen Worten: um möglichst basis-demokratisch zu bleiben. Jede Ebene für sich muss dementsprechend Antragsteller gegenüber ihrer Ebene bei den Krankenkassen sein. Dort stoßen die Anträge jedoch nicht selten auf eine andere Bewilligungs-Struktur. So werden Anträge mit der Begründung abgelehnt, der Bundesverband des Antragsstellers werde von der Bundesinstanz der Krankenkasse gefördert. Der Antragsteller müsse sich an ihn wenden.

Zweitens: Weithin unklar ist noch, nach welchem Schlüssel die Mittel aufgebracht und zugewiesen werden sollen. Während auf der Seite der Krankenkassen theoretisch die Zahl der Versicherten Maßstab sein könnte, für die wegen psychischer Erkrankung geleistet wird, erhebt sich auf der Seite der Selbsthilfe das Problem, dass der *Selbsthilfe-Organisationsgrad* bei den Betroffenen und Angehörigen im sozialpsychiatrischen Bereich, verglichen mit dem bei sonstigen Behinderungen oder somatischen chronischen Krankheiten nicht groß ist. Gründe hierfür sind die schwere Belastung durch die Krankheit und die immer noch verbreitete gesellschaftliche Stigmatisierung.

Ganz wichtig für uns organisierte Selbsthelfer ist es deshalb, von den Krankenkassen ebenso wie von den nicht organisierten Betroffenen und Angehörigen in unserer Vorreiter-Rolle anerkannt zu werden. Was wir, um ein Beispiel zu nennen, als Selbsthelfer in einer Reihe von Kliniken mit der Einsetzung von Vertrauensleuten (Ombudsleuten) durch die Klinik erreicht haben, kommt allen Erkrankten zugute und dient indirekt der Gesundheitsvorsorge.

Unterstützung der Selbsthilfe durch die Öffentliche Hand

Ich wende mich nun der Hilfe zur Selbsthilfe seitens der Öffentlichen Hand zu und möchte gleich zu Beginn den Eindruck nicht verhehlen, dass die Selbsthilfe im sozialpsychiatrischen Bereich weniger gefördert wird als die in den Bereichen der meisten anderen Behinderungen oder chronischen Erkrankungen. Diesen Eindruck habe ich aus zahlreichen persönlichen Beobachtungen in der Vorstandsarbeit des Bundesverbandes der Angehörigen, der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Behinderter (BAGH) und im Landesbehindertenrat Nordrhein-Westfalen gewonnen. Natürlich bedarf eine so pauschale Feststellung sorgfältiger Verifizierung, bevor entschieden werden kann, wie die Förderung zu verbessern ist.

Auf der kommunalen Ebene sind die Verhältnisse von Ort zu Ort recht unterschiedlich. Allgemein gültige Feststellungen können hier kaum getroffen werden. Mühe machen in allen Bereichen der Behinderten-Selbsthilfe immer wieder die auch bei Behörden bestehenden Unklarheiten über die verfassungsrechtliche Kompetenz-Abgrenzung zwischen Bund und Ländern sowie die Schwerfälligkeit der Landesbehörden, mit der kommunalen Selbstverwaltung um-

zugehen. Es erfordert Geschick und Beharrlichkeit auf Seiten der Länder, den hohen Förderungs-Standard einzelner Kreise oder Gemeinden und die daraus gewonnenen Erfahrungen als Beispiel in anderen Landesteilen wirken zu lassen.

Klarer und allgemein gültiger erkennbar sind die Gründe dafür, dass die Selbsthilfe-Förderung im sozialpsychiatrischen Bereich auf Bundes- und weithin auch auf Landesebene hinter der Förderung in den anderen Bereichen zurückgeblieben ist.

Ein erster Grund liegt in einem gewissen Mangel an Standing der Selbsthilfe-Verbände gegenüber den Ministerien und Parlamenten, wenn man den Vergleich zu den Behindertenverbänden außerhalb des sozialpsychiatrischen Bereichs zieht. Der Mangel dürfte im Wesentlichen, wie oben an anderer Stelle schon angesprochen, in der spezifischen Art liegen, in der psychische Erkrankung die Betroffenen und auch ihre Angehörigen belastet und stigmatisiert. Dies zeigt besonders deutlich ein Vergleich der Verbandsarbeit zwischen dem Verband der Angehörigen psychisch Kranker und der Lebenshilfe, dem hoch qualifiziert arbeitenden Verband der Angehörigen geistig Behinderter.

Ein zweiter, durchaus wesentlicher Grund ist – so wenig das auf den ersten Blick einleuchten mag – ein organisatorischer, nämlich die Verortung der Selbsthilfe innerhalb des Bundesministeriums für Gesundheit und einer Reihe von Landes-Gesundheitsministerien. Während die Behinderten-Selbsthilfe in allen anderen Behinderungs- und Krankheitsbereichen im BMG z.B. in einem eigenen Referat (in einer anderen Abteilung) betreut wird, ist für die sozialpsychiatrische Selbsthilfe ein Referat in der Gesundheits-Abteilung zuständig. Das hat zwar seine Gründe, so den späten Start der Selbsthilfe im sozialpsychiatrischen Bereich und den zusammenfassenden politischen Impuls der Psychiatrie-Enquete. Es hat aber mehrere schwerwiegende Nachteile. Den in Bund und Ländern mit der Selbsthilfe im sozialpsychiatrischen Bereich befassten *Psychiatrie*-Referaten fehlen zunächst, wie sich immer wieder zeigt, Erkenntnisbreite und Erfahrung, mit den Spezifika der Selbsthilfe umzugehen. Das ist zugegebenermaßen auch nicht leicht. Wir Selbsthelfer sind schwierige Partner. Verglichen mit den stetigen behördlichen Arbeitsabläufen, die weithin auch für die Freie Wohlfahrtspflege und die Fachverbände auf der Helfer-Seite formgebend geworden sind, erscheinen unsere Betätigungsformen nicht selten chaotisch, eben

nicht professionell. Unter hoher persönlicher Belastung sinnen wir auf immer neue und bessere Möglichkeiten der Abhilfe unserer Not und stören damit den behördlichen Betrieb. Das Referat Selbsthilfe im BMG hat insoweit wesentlich mehr Erfahrung sammeln können, insbesondere auch durch Vergleich der vielen Formen und Methoden, in denen Selbsthilfe gewachsen ist. Dass es sozialpsychiatrisch nicht speziell vorgebildet ist, wiegt weniger schwer, weil es ohnehin darauf eingestellt ist, mit den Auswirkungen zahlreicher, untereinander außerordentlich unterschiedlicher Behinderungen und chronischen Krankheiten umzugehen. Hinzu kommt, dass es den Psychiatrie-Referaten in Bund und Ländern kaum gelingen kann, die Anliegen und Interessen der Selbsthilfe ebenso gewichtig in ihre Erwägungen einzustellen wie die der professionellen Unternehmens- und Trägerseite. Hieran sind die Psychiatrie-Referate gehindert, solange sie die Förderung der Selbsthilfeseite mit ihren völlig anderen Bedingungen an die Förderung der Helferseite koppeln. Sie bewirken damit faktisch die gleiche Bevormundung und Abhängigkeit, wie sie vielfach auch zwischen Selbsthilfe und Freier Wohlfahrtspflege bestehen. Die ministeriellen Referate bleiben weithin dem Denken der Helferseite verhaftet, das leichter verstanden, erarbeitet und dargestellt werden kann.

Selbsthilfe dient und nützt den Betroffenen und ihren Angehörigen

Dies wirkt sich in erheblichem Maße auch gesundheits- und sozialpolitisch aus, weil auf der Seite der professionellen Hilfe fachliche Fortschritte deutlich stärker mit dem Festhalten an gesellschaftlichen Machtstrukturen verbunden sind als auf der Selbsthilfeseite. So ist von manchem gesundheits- oder sozialpolitischen Impuls der derzeitigen Bundesregierung, die Selbsthilfe zu fördern, im tatsächlichen Wirken der ministeriellen Ebene kaum etwas zu spüren. Abschließend meine ich: Selbsthilfe dient und nützt den Betroffenen und ihren Angehörigen. Die sozialpsychiatrische Fürsorge in der Gesellschaft wird durch Förderung von Selbsthilfe qualitativ besser, effektiver und sozial preiswerter. Die Selbsthilfe kann auf der Basis des derzeitigen rechtlichen Instrumentariums ausreichend gefördert werden. Es bedarf allerdings politischer Entscheidungen, die angesichts der Notwendigkeit, mit knappen Mitteln auszukommen, nicht leicht sind. Dabei sollte das Subsidiaritätsprinzip konsequenter als bisher angewendet werden. Mittel zur Förderung einer bestimmten Aktivität sollten immer dann der basis- und bedarfsnäheren Selbsthilfe zukommen, wenn die Aktivität im Wege der Selbsthilfe wenigstens ebenso gut durchgeführt werden kann wie auf professionellem Wege.

Egoismen abbauen, Kooperation stärken

Detlef Chruscz

In den vergangenen 25 Jahren hat die Reform in der Psychiatrie zu einem Strukturwandel von einer verwahrenden zu einer therapeutisch-rehabilitativen psychiatrischen Versorgung geführt. Auf Grundlage der Psychiatrie-Enquete von 1975 sind seitdem durch Modelle und Forschungsprojekte umfassend Konzepte für die Gestaltung einer modernen Psychiatrie aus öffentlichen Mitteln gefördert und bedeutende Investitionen zur Entwicklung sowie technischen Ausstattung dieses Versorgungsbereiches vorgenommen worden. Stellte die Psychiatrie-Enquete noch eine »katastrophale Versorgungslage« in Deutschland fest, lässt sich heute der Strukturwandel von der einrichtungs- zur personenzentrierten Versorgung in gemeindenahen Verbünden auch an Zahlen belegen:

- Positiv hat sich die Zahl der zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Psychiaterinnen/Nervenärztinnen entwickelt. Sie stieg um das sechsfache seit Beginn der 70er-Jahre und liegt Ende 1999 bei 5.400.
- Es bestehen mittlerweile über 300 psychiatrische Institutsambulanzen.
- In mittlerweile 42 Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte (RPK) stehen 803 Plätze – davon 166 teilstationär – zur Verfügung.
- Die Zahl der Zwangseinweisungen ist zurückgegangen. Sie liegt heute zwischen 1 und 5 % aller Aufnahmen.
- Ebenfalls verändert hat sich die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus. Lag sie in den 70er-Jahren zwischen 100 und 200 Tagen, ist sie heute auf 20–30 Tage gesunken.
- Die Zahl der Krankenhausbetten in der Psychiatrie von 100.000 (1971) in Westdeutschland reduzierte sich auf knapp 70.000 im gesamten Bundesgebiet Mitte der 90er-Jahre. 37 % der Betten für psychisch Kranke stehen heute in 150 psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern. 1970 gab es nur 21 psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern.

Dass diese Entwicklung so eingetreten ist, liegt nicht zuletzt an dem Netz aus Institutsambulanzen, Tageskliniken, niedergelassenen Ärz-

tinnen und sozialpsychiatrischen Diensten, die psychisch Kranken ein Verbleiben im gewohnten Lebensumfeld ermöglichen. Aus dem angesprochenen Hilfenetz ist mittlerweile jedoch auch ein Labyrinth psychiatrischer Hilfeangebote mit entsprechenden Kostenwirkungen geworden.

- Neben der ambulanten Behandlung, die durch Fachärztinnen für Psychiatrie und Nervenärztinnen sichergestellt wird, bestehen ambulante Angebote von Psychotherapie, häusliche Krankenpflege und Ergotherapie.
- Rat, Information und Begleitung sowie Unterstützung bieten sozialpsychiatrische Dienste.
- Die stationäre Versorgung übernehmen die Krankenhäuser. Ihnen angeschlossen sind Tageskliniken, Nachtkliniken und Institutsambulanzen, die wiederum in die ambulante Versorgung wirken.
- Es existieren spezielle Rehabilitationseinrichtungen, Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) und Behinderte sowie betreute Wohnformen in unterschiedlichen Ausprägungen der Betreuung.
- Zugleich gibt es Hilfen zur Tagesgestaltung und Kontaktstiftung, die von psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen, Patientinnenklubs und Tagesstätten wahrgenommen werden.
- Im Bereich der beruflichen (Wieder-)Eingliederung bestehen Angebote der stufenweisen Wiedereingliederung, Hilfen zur Erlangung und Erhaltung des Arbeitsplatzes, begleitende Hilfe im Arbeitsleben sowie die berufliche Rehabilitation und besondere Arbeitsangebote.
- Last but not least komplettieren die Selbsthilfegruppen das Angebot psychiatrischer Hilfen.

Sicherlich ist diese Aufzählung nicht komplett. Idealtypisch müssten diese differenzierten Angebote individuell bedarfsgerecht für die beste Patientinnenversorgung wirksam werden. Der psychisch Kranke erhält – entsprechend seinem Zustand/Bedarf die Versorgung, die zur Heilung, Besserung und Rehabilitation am wirksamsten beiträgt. Die Versorgung müsste prozesshaft »gemanaged« werden. Es muss jedoch bei aller Vielfalt der oben genannten Angebote berücksichtigt werden, dass nach wie vor erhebliche regionale Unterschiede bestehen. Dies hat zur Folge, dass das gesamte Spektrum der Ange-

bote nur in wenigsten Regionen, vor allem in den großstädtischen Ballungsräumen verfügbar ist. Der überwiegende Teil der Angebote bietet jeweils eine Auswahl von Hilfen an, wobei sich die Aufgabenbereiche einzelner Einrichtungen gelegentlich überschneiden. Während die von den Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern finanzierten Hilfeangebote, z.B. Krankenhausbehandlung, Leistungen der Reha-Einrichtungen, jeweils einheitliche Aufgabenstellungen und Zielsetzung sowie eine meist vergleichbare personelle Ausstattung haben, bestehen bei den aus öffentlichen Mitteln und der Sozialhilfe finanzierten Angeboten erhebliche Unterschiede in den einzelnen Bundesländern. Selbst bei identischer Bezeichnung unterscheiden sich Aufgabenstellung und Zielsetzung sowie organisatorische Anbindung und Finanzierung des jeweiligen Angebotes. Es ist selbst dann nicht sicher, dass bei einer kompletten Versorgungsstruktur der Versicherte eine Chance hat, die für ihn jeweils bedarfsgerechte Versorgung zu erhalten. Wo regionale Hilfeangebote für psychisch Kranke bestehen, gab es im Vorfeld Personen oder Institutionen, die diese Angebote ins Leben gerufen haben. Gleichzeitig prägen diese damit auch die gesamte Angebotsstruktur und bringen ihre Interessen mit ein. Diese Interessen sind nicht immer nur vom Allgemeinwohl bestimmt. Es bestehen sicher auch ökonomische, Institutions- und Berufsgruppen-Interessen. Zum Beispiel Krankenhäuser, die Betten in der psychiatrischen Abteilung abbauen, möchten alleine aus betriebswirtschaftlichen Interessen eine Institutsambulanz aufbauen, um die vorgehaltenen Leistungen – wie beispielsweise Ergotherapie – betriebswirtschaftlich optimal einzusetzen. Von dem Übergriff in den ambulanten Bereich durch die Krankenhäuser fühlen sich die niedergelassenen Nervenärztinnen und Psychiaterinnen bedroht, obwohl sie die in der psychiatrischen Institutsambulanz vorgehaltenen Leistungen kaum selbst erbringen können. Für den psychisch Kranken entsteht eine Situation, in der je nach Ausgangspunkt – niedergelassene Nervenärztinnen, psychiatrische Institutsambulanz, RPK usw. – versucht wird, ihn möglichst lange an das eigene System zu binden. Übergaben der psychisch Kranken von bspw. der Institutsambulanz an die niedergelassene Ärztin gehen oft in Egoismen von Berufsgruppen oder Institutionen unter. Und dies auch dort, wo Verbünde existieren. Da werden z.B. gemeinsame Sitzungen auf Tage und Zeiten gelegt, an denen z.B. niedergelassene Nervenärztinnen

in der Regel in ihre Praxis eingebunden sind. In Anbetracht der zahlreichen sozialrechtlichen Nachbesserungen ist weniger bei materiellrechtlichen Leistungsansprüchen nachzubessern, sondern vielmehr die Zusammenarbeit wirksam und entscheidend zu fördern, insbesondere an den Übergängen von der stationären zur ambulanten Behandlung und zur Rehabilitation.

Die Formel im Sozialgesetzbuch V »... bei der Krankenbehandlung den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen ... « (§ 27 Abs. 1 Satz 3 SGB V) war noch ein Versuch des Gesetzgebers, auf ein weiteres als das somatische Krankheitsverständnis hinzuweisen und der Selbstverwaltung eine Lösung zu überlassen. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat hier allerdings versagt, der Forderung des Gesetzgebers ausreichend nachzukommen. So wurde im Zuge der Gesundheitsreform 2000 mit dem § 37 a SGB V die erste spezifische Leistung für psychisch Kranke – Soziotherapie – im Sozialgesetzbuch festgeschrieben. Damit wurde die Grundlage für eine deutliche Verbesserung der ambulanten Versorgung psychisch Kranker gelegt. Mit der Soziotherapie steht jetzt in der ambulanten Versorgung erstmals eine Leistung zur Verfügung, die entscheidend die unterschiedlichen Hilfsangebote für psychisch Kranke auch außerhalb der Klinik erschließen und bündeln kann. Denn hierzu sind psychisch Kranke oft selbst nicht in der Lage. Soziotherapie trägt dazu bei, den psychisch Kranken in seinem Lebensumfeld zu stabilisieren und hilft damit die so genannten »Drehtüreffekte« in der stationären Versorgung zu vermeiden. Sie ermöglicht zum Teil erst eine außerstationäre Behandlung und Rehabilitation. Derzeit werden Richtlinien vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen erarbeitet, die Voraussetzungen sowie Art und Umfang der Versorgung mit Soziotherapie festlegen. Ein unstrittiges und wichtiges Element ist dabei der Nachweis der Kooperation der verordnenden Ärztinnen und der Leistungserbringer mit den regionalen Einrichtungen, die Hilfeangebote für psychisch Kranke bereithalten. Denn ohne Kooperation enden die Hilfeangebote für die Betroffenen recht bald und führen zu den beklagten Missständen. Mit der Soziotherapie soll ein weiteres und hoffentlich wirksames Element im Rahmen eines »Gemeindepsychiatrischen Verbundes« geschaffen werden. Gemeindepsychiatrische Verbünde gibt es in Deutschland mittlerweile einige. Problem dabei ist ihre unterschiedliche Art der Kooperation. Es bestehen zwar idealty-

pische Definitionen zur Struktur und Organisation solcher Gemeindepsychiatrischer Verbünde, aber von einheitlichen Strukturmerkmalen ist man in der Praxis weit entfernt. Vielleicht kann die Soziotherapie dazu beitragen, zumindest Mindeststandards dieser Zusammenschlüsse festzulegen.

Eine Möglichkeit, die Sektorgrenzen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zu überwinden, hat der Gesetzgeber auch mit dem Einstieg in die integrierte Versorgung geschaffen. Vorbild sind die BKK Praxisnetze in Berlin. Die §§ 140 a–h SGB V ermöglichen eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung, die bisher an den Kassenärztlichen Vereinigungen scheiterte. Die Vertragspartner – Vertragsärztinnen, Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken sowie weitere Leistungserbringer – verpflichten sich, die Koordination und Dokumentation der Leistungen sicherzustellen. Im Sinne einer personenzentrierten Versorgung psychisch Kranker ist dieser Ansatz sehr viel versprechend. Auch im Bereich der Träger der medizinischen Rehabilitation – insbesondere der Rentenversicherung und der Krankenversicherung – gilt es, Hindernisse abzubauen, die einer durchgängigen Leistungserbringung im Wege stehen. Insbesondere die Beschränkung der Leistungsverpflichtung der Rentenversicherung auf das Ziel des Erhalts oder der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit hinzuwirken, ist gerade im Kontext psychischer Erkrankungen in Bezug auf die Erwerbsprognose problematisch. Die weiter gefasste Verpflichtung der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst diese Fälle. Die im Referentenentwurf des Sozialgesetzbuches IX vorgesehene Zuständigkeitsklärung kann sicherlich dazu beitragen, die Verfahren im Sinne des Rehabilitationsbedürftigen zu beschleunigen.

Dennoch wäre es sicherlich auch überlegenswert gewesen, im Zuge der Neuordnung des Rehabilitationsrechts die medizinische Rehabilitation insgesamt in die Hände der gesetzlichen Krankenversicherung zu legen. Sie würde die künstliche Schnittstelle Akutversorgung, die immer Sache der gesetzlichen Krankenversicherung ist, zur medizinischen Rehabilitation im Interesse einer nahtlosen Versorgung beseitigen. Von einer solchen klaren Zuständigkeitsregelung würden nicht zuletzt auch die psychisch Kranken profitieren. Zusammenfassend kann man sagen, dass sich in den vergangenen 25 Jahren viele Hilfeangebote für psychisch Kranke entwickelt haben, die in unterschiedlicher regionaler Ausprägung die Versorgungslandschaft bestimmen und inzwischen weitgehend von der Sozialversicherung, vor allem von den Krankenkassen finanziert werden. Jetzt gilt es, Hemmnisse und Egoismen von Leistungsträgern und -erbringern abzubauen, um zu kooperierenden und integrierenden Strukturen zu kommen. Dabei ist jetzt weniger der Gesetzgeber gefragt als die Bereitschaft der einzelnen Akteure des Gesundheitssystems, an einer auf Kooperation ausgerichteten Versorgungsstruktur mitzuwirken.

Aspekte der sozialrechtlichen Gleichstellung psychisch Kranker

Rainer Hölzke

An den Anfang meiner Betrachtung möchte ich das Ergebnis einer Umfrage hinsichtlich der sozialrechtlichen Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch kranken Menschen stellen. Diese Umfrage wurde kürzlich von der Aktion Psychisch Kranke durchgeführt.

Hauptergebnis ist die Tatsache, dass den mindestens 65.000 Plätzen, die vom nachrangigen Leistungsträger »finanziert« werden, höchstens 1.100 Plätze in Deutschland in Einrichtungen zur Verfügung stehen, die von vorrangigen Leistungsträgern »finanziert« werden, gegenüberstehen. Bei den 65.000 Plätzen handelt es sich um Plätze sämtlicher Angebotsformen im Rahmen von Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Menschen. Bei den 1.100 Plätzen handelt es sich um Plätze in Rehabilitationseinrichtungen für Psychisch Kranke (RPKs) und in Übergangseinrichtungen. Dies bedeutet, dass max. 1,7 % der Plätze im nicht-klinischen Bereich von vorrangigen Leistungsträgern »finanziert« werden. Ich gehe nun der Frage nach, woran dies m.E. liegt und wie dieses zu bewerten ist. Aus meiner Sicht spielen hier drei Aspekte eine wichtige Rolle:

- ein ökonomischer Aspekt,
- ein struktureller bzw. Regulierungsaspekt,
- ein Aspekt, der mit dem Wesen von seelischen Behinderungen und psychischen Erkrankungen zu tun hat.

Die Bedeutung des *ökonomischen Aspektes* möchte ich ausschließlich mit verschiedenen Zitaten belegen:

- Bundestagsdrucksache 12/4016, Seite 18: »Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung sieht die Bundesregierung keine Möglichkeit, durch die Einführung zusätzlicher Vorschriften im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung zur weiteren Entlastung der psychisch Kranken und ihrer Angehörigen beizutragen. Eine Ausweitung der Leistungsansprüche für psychisch Kranke wäre mit dem Ziel der Gesundheitsreform, den Beitragssatz zu stabilisieren, nicht vereinbar.«
- Eine Legislaturperiode früher gingen die Mitglieder des Ausschusses für Arbeit- und Sozialordnung des Deutschen Bundestages davon aus, »dass die Versorgung psychisch Kranker mit Leistungen des Gesundheitswesens im besonderen Maße verbesserungsbedürftig sei« (Drucksache 11/3460, Seite 37).
- In der selben Drucksache heißt es dann allerdings eine Seite weiter unter anderem: »Die Einfügung einer zusätzlichen Vorschrift im Leistungsrecht, wie sie auch der Bundesrat vorgeschlagen habe, werde abgelehnt, da dies den finanziellen Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes gefährde.«
- Das Sozialgericht Düsseldorf stellt am 30.03.1992 unter anderem fest: »Der Kammer ist bewusst, dass im Rahmen der Rehabilitation psychisch Kranker medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation Hand in Hand gehen müsse, und die einzelnen Maßnahmen kaum voneinander zu trennen sind ...« Nach Auffassung der Kammer ergibt sich, »... dass der Gesetzgeber zwar die bestehenden Defizite bei der Versorgung psychisch Kranker gesehen hat, aber bewusst wegen der finanziellen Auswirkungen für die gesetzliche Krankenversicherung von einer Änderung abgesehen hat. Die Kammer hält sich an diese Entscheidung des Gesetzgebers gebunden«.
- Professor Schwarz führte 1990 in der Zeitschrift »Arbeit und Sozialpolitik« Nr. 11/12 aus: »Der Versorgungsdruck auf die Sozialversicherungen wurde im Wesentlichen dadurch genommen, dass zeitgleich zu Beginn dieses Abstimmungsprozesses (es ging damals um die Frage, wer außerklinische Hilfsangebote zu bezahlen hat) das BSHG die Eingliederungshilfen aus psychisch Kranke erweiterte und sich damit faktisch in den nächsten Jahren eine Regelfinanzierung über die Sozialhilfeträger bundesweit durchsetzen konnte. Die Sozialhilfe ist aber ihrer Natur nach kein Träger der Regelversorgung. Diese politische Leistungsverschiebung erfolgt dann eher in unerfreulicher, aber öffentlich wie politisch offenbar hinreichend verdrängter Fortsetzung einer Krankheits- und Versorgungsauffassung gegenüber chronisch psychisch Kranken, die sich im 3. Reich herausgebildet hat und die in dieser Krankengruppe eine im Wesentlichen nicht mehr therapierbare Residualgruppe sah. Es ist mangels anderer Rahmenvorgaben des Gesetzgebers der Krankenversicherung nicht zu verdenken, dass sie nicht ›freiwillig‹ diesen Leistungsbereich an sich gezogen hat, wenngleich ihr gesetzlicher Auftrag seit dem Rehabilitationsangleichungsgesetz dies zuließ.«

- Gesundheitsbericht für Deutschland/Statistisches Bundesamt/ 1998: »Es hat sich eingebürgert, dass rehabilitative Leistungen in der Regel durch die Sozialhilfe finanziert werden. Diese Regelung führt dazu, dass die Betroffenen und ihre direkten Angehörigen in weitaus größerem Maße zu finanziellen Eigenleistungen verpflichtet sind als bei der Zuständigkeit von anderen Leistungsträgern. Betroffene und Angehörige gelangen dadurch nicht selten bis an die Armutsgrenze. Eine Veränderung dieser Benachteiligung chronisch psychisch Kranker wird von vielen Verantwortlichen angestrebt.« (Seite 218)
- Das schon erwähnte Sozialgericht Düsseldorf stellte im selben Urteil fest: »Allerdings soll nach § 27, 3 SGB V insbesondere bei der medizinischen Rehabilitation den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung getragen werden. Mit dieser Vorschrift wird aber lediglich abstrakt dem Gebot der Gleichstellung von psychisch und somatisch Kranken Rechnung getragen. *Die Vorschrift hat lediglich Hinweisfunktion, ohne dass damit grundsätzlich das Leistungsspektrum der Krankenkassen erweitert werden sollte.*«
- Rössler schrieb 1994 in der Zeitschrift »Die Rehabilitation«: »... Die Schwierigkeiten der heutigen psychiatrischen Rehabilitation resultieren weniger aus dem Mangel an wissenschaftlich begründeten und überprüften Rehabilitationsverfahren, sondern gründen vor allem in der Anwendungspraxis des Sozialrechts.«

Mit dem *Regulierungsaspekt* meine ich die Tatsache, dass gesetzgeberische Politik auf Bundesebene in den letzten Jahren im Rahmen der Selbstverwaltungslösung wichtige Gestaltungsspielräume abgegeben hat in der Hoffnung, die Versicherungsträger werden es schon richten. Dabei wurden allerdings die Spielräume hinsichtlich psychisch kranker Menschen insbesondere für die Krankenkassen im Sinne einer irritierenden »Doppelbotschaft« formuliert. Es soll zwar auf die Vorgabe des SGB V, »den besonderen Belangen psychisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen« eingegangen werden, aber das Ganze solle auf keinen Fall mehr Geld kosten (die Versicherungsbeiträge dürfen nicht erhöht werden, die Lohnnebenkosten müssten sinken).

Diese Situation bildet günstige Bedingungen, die Interessen seelisch behinderter Menschen in einem *Bermuda-Dreieck* verschwinden zu lassen, das folgendermaßen entsteht:

- die Legislative hat alles getan, des Weiteren hat sie Gestaltungsspielräume abgegeben, hat keinen klaren Gestaltungsrahmen vorgegeben und hat auch keinen Regulierungsvorbehalt festgelegt,
- die vorrangigen Leistungsträger dürfen/wollen auf keinen Fall mehr Geld ausgeben und ihnen wird mindestens unter der Hand mitgeteilt, dass dies auch nicht so schlimm sei, wenn sie in Richtung psychisch kranker Menschen nicht tätig werden,
- Sozialgerichte greifen nicht regulierend ein – abgesehen von Entscheidungen bzgl. der Kostenübernahme von Rehabilitationsmaßnahmen durch den Rentenversicherungsträger in Übergangseinrichtungen,
- für psychisch kranke Menschen und deren Angehörige ist es äußerst schwierig bis unmöglich, sozialgerichtliche Auseinandersetzungen zu führen,
- Verbände, welcher Art auch immer, haben bislang keine entsprechende Schlagkraft entwickelt,
- viel Druck wird genommen, da der Sozialhilfeträger – in dem Umfang systemwidrig – in die Bresche gesprungen ist und das Ausmaß der sozialrechtlichen Problematik so nicht deutlich wird.

Schließlich gehört es – um auf den dritten Aspekt zu kommen – zum Wesen *psychischer Erkrankungen*, dass es sich bei ihnen, insbesondere bei einem chronischen Verlauf, um ein komplexes Geschehen handelt, bei dem stabilisierende oder belastende Situationen in den verschiedenen Lebensbereichen durch Rückkoppelungseffekte miteinander verbunden sind.

Die Ermittlung des Hilfebedarfes erfordert daher eine genaue Kenntnis der Person des hilfebedürftigen Menschen, der vorhandenen und der beeinträchtigten Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie des sozialen Umfeldes mit den vielfältigen Wechselwirkungen.

Es ist also viel zu kurz gedacht, wie es häufig geschieht, ausschließlich das äußere Erscheinungsbild der zugrunde liegenden »Krankheit« zu betrachten. Der Verlust einer psychischen Funktion, wie z.B. der Aufmerksamkeit, kann im Wesentlichen nicht kontextunabhängig therapiert oder ausgeglichen werden, denn langfristige Effekte und Erfolge sind nur dann zu erzielen, wenn die Störung der Aufmerksamkeit hinsichtlich ihrer Folgen, z.B. bei der Wahrneh-

mung von Aktivitäten des täglichen Lebens betrachtet, wird und auch innerhalb dieses Rahmen »angegangen« wird. Des Weiteren ist – um in diesem Beispiel zu bleiben – zu beachten, dass die Störung der Aufmerksamkeit die Wahrnehmung von Aktivitäten des täglichen Lebens beeinträchtigen kann (z.B. Körperpflege), was wiederum die Partizipation an sozialen Beziehungen, z.B. der Familie, beeinträchtigen kann. Das Beheben bzw. der Ausgleich von sozialen Auswirkungen etc., der Störung, wird fälschlicherweise häufig nicht der Leistungszuständigkeit vorrangiger Leistungsträger zugeordnet, sondern als »sozialer Klimbim« dem Sozialhilfeträger überantwortet. Die Kenntnisse bezüglich des Hilfebedarfes von psychisch kranken Menschen sind bei den Entscheidungsträgern äußerst unzureichend vorhanden bzw. werden letztlich nicht angenommen und akzeptiert, es wird unterschätzt, dass es um einen diskontinuierlichen, über lange Zeit häufig wechselnden lebensfeldbezogenen Hilfebedarf geht und nicht darum, dass jemand einen »Stand« erreicht und dann im Sinne einer Rehabilitationskette sich quasi automatisch weiterentwickelt. Daraus ergibt sich der Eindruck, dass aufgrund dieses diskontinuierlichen Hilfebedarfes bei den Leistungsträgern die Befürchtung entsteht, Rehabilitation psychisch kranker Menschen lohne nicht, von daher könne/müsse es sich ausschließlich um eine sozialhilfefinanzierte, also steuerfinanzierte Leistung handeln, die nicht von der Versichertengemeinschaft, sondern von »der Gesellschaft« insgesamt erbracht wird.

Schritte zur Gleichstellung psychisch Kranker

Ernst Rabenstein

Betrachtet man die Versorgungslandschaft und die Angebote für psychisch kranke Menschen, so ist festzustellen, dass sich in den letzten Jahren durchaus einiges getan hat. In einigen Regionen haben sich vielfältige und differenzierte Versorgungsangebote entwickelt. Diese sind allerdings regional sehr unterschiedlich, sowohl hinsichtlich der Qualität wie der Quantität und der Verfügbarkeit der Angebote. Dies war trotz – oder je nach Standpunkt – wegen der Ausgestaltung unseres Sozialleistungsrechts möglich. In den Sozialleistungsgesetzen findet sich verschiedentlich der Satz »den besonderen Belangen psychisch Kranker ist Rechnung zu tragen«. Ein solcher Satz zeigt im Grunde, dass unser Sozialrecht eben nicht in notwendigem Umfang auf die besonderen Belange psychisch Kranker ausgerichtet ist und es ist sehr fraglich, ob ein solcher programmatischer Satz geeignet ist, die bekannten Hemmnisse zu überwinden. Dass dies zumindest partiell möglich ist, zeigt sich daran, dass die Praxis der Leistungsgewährung von Sozialleistungsträgern in einzelnen Regionen äußerst unterschiedlich ist. Da aber auch Sozialleistungsträger vielfältigen Interessen und Zwängen unterliegen, kann ein solcher programmatischer Satz die strukturellen Probleme des Sozialleistungsrechtes, die den Ausbau eines bedarfsgerechten Versorgungsangebotes behindern, nicht lösen. Das historisch gewachsene, so genannte gegliederte System mit seinen differenzierten Zuständigkeitsproblemen und Leistungsmöglichkeiten ist meines Erachtens eines der Hauptprobleme. Krankheiten oder Behinderungen entstehen und entwickeln sich eben nicht nach einem gegliederten System. Der notwendige Unterstützungsbedarf gerade bei schwer psychisch kranken oder seelisch behinderten Menschen ist komplex und umfassend. Die Analyse unseres Rehabilitationssystems zeigt, dass Rehabilitation dort am effektivsten und effizientesten ist, wo ein Rehabilitationsträger umfassend zuständig ist, wie dies z.B. bei der Unfallversicherung der Fall ist (die wenigsten psychischen Krankheiten oder seelischen Behinderungen sind jedoch auf einen Unfall oder eine Berufskrankheit zurückzuführen, sodass die Unfallversicherung für diesen Personenkreis leider – möchte man sagen – kaum als Leistungsträger in Frage kommt).

Notwendig und sachgerecht wäre, dass einem komplexen Hilfe- und Unterstützungsbedarf eine umfassende Leistungsgewährung aus einer Hand gegenübersteht. Aus diesem Grund hatten wir uns auch dafür eingesetzt, ein einheitliches Leistungsgesetz für Menschen mit Behinderungen zu schaffen. Die Politik hat entschieden, dies zunächst nicht zu realisieren. Dies müssen wir zur Kenntnis nehmen. Es kann uns aber nicht davon abhalten, uns weiterhin dafür einzusetzen, dass ein einheitliches Leistungsgesetz für Menschen mit Behinderungen geschaffen wird.

Wenn es auch zur Zeit nicht möglich ist, bei der Weiterentwicklung des Rehabilitationsrechts einen großen Schritt noch vorne zu tun, so gibt es doch eine Reihe von kleinen Schritten, die realisierbar erscheinen und die zumindest besonders gravierende Probleme unseres gegliederten Systems etwas entschärfen können. Das gegliederte System der Rehabilitation erfordert es, zunächst die Zuständigkeit eines Leistungsträgers zu klären. Gerade angesichts knapper Kassen der Sozialleistungsträger hat sich in den letzten Jahren eine hohe Kompetenz von Sozialleistungsträgern entwickelt, sich für unzuständig zu erklären und nicht, wie man es vielleicht im Interesse der Betroffenen erwarten könnte, alle Möglichkeiten einer umfassenden Zuständigkeit auszuschöpfen. Besonders erschwerend kommt hinzu, dass diese Zuständigkeitsklärungen unglaublich viel Zeit erfordern. Bei den Rentenversicherungen beträgt z.B. die durchschnittliche Zeit, die zwischen der Beantragung einer Leistung und der Erteilung eines Leistungsbescheides vergeht 313 Tage. Dass dies ein untragbarer Zustand ist, dürfte kaum von jemand bezweifelt werden. Eine rasche, möglichst wohnortnah organisierte Entscheidung über die Gewährung von notwendigen Rehabilitationsleistungen ist deshalb auch ein Schwerpunkt, der im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens SGB IX geregelt werden soll. Ob dies gelingt, bleibt abzuwarten. Ein weiterer Punkt erschwert die Erbringung von Rehabilitationsleistungen für psychisch kranke Personen: sowohl der Krankheitsverlauf als auch die Prognose des Krankheitsverlaufs bzw. des Rehabilitationserfolges sind wenig vorhersagbar. Wird nun die Gewährung einer Rehabilitationsleistung an eine Erfolgsprognose geknüpft, ist dies eindeutig eine Regelung, die zu Lasten der Betroffenen geht. Sinnvoller wäre es, ähnlich wie bei der Eingliederungshilfe nach dem BSHG, den Rehabilitationsträger zur Erbringung von Rehabilitationsleistungen zu verpflichten, solange eine Aussicht

besteht, dass das Ziel der Rehabilitationsmaßnahme erreicht werden kann. Der Unterstützungsbedarf gerade schwerer psychisch kranker Personen ist umfassend und erfordert eher eine Orientierung an dem lebensweltlichen Paradigma statt an dem medizinischen Paradigma (im engeren Sinne). Da aber lebensweltlich orientierte Hilfen eher der sozialen Rehabilitation zugesprochen werden, ergibt sich hier wieder eines der typischen Abgrenzungsprobleme, wenn Rehabilitationsträger nur für medizinische Rehabilitation zuständig sind. Eine Klarstellung in den Leistungsgesetzen derart, dass zu der medizinischen Rehabilitation auch so genannte psychosoziale Leistungen gehören, wie dies im SGB IX vorgesehen ist, könnte ein Schritt dazu sein, dem Grundsatz der umfassenden Hilfegewährung aus einer Hand etwas näher zu kommen. Unterschiedliche Kostenzuständigkeiten, z.B. für stationäre Leistungen oder für ambulante Leistungen – wie im Bereich der Sozialhilfe –, verhindern einen Umbau des Versorgungssystems von weniger stationär zu mehr ambulant. Die Entscheidung, die gesamte Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe, unabhängig ob es sich um ambulante oder stationäre Maßnahmen handelt, in die Hand des überörtlichen Sozialhilfeträgers zu geben, wie dies in Bayern geschehen ist, ist sicher ein wichtiger und notwendiger Schritt, um die Weiterentwicklung von bedarfsgerechten wohnortnahen Angeboten für psychisch kranke Menschen zu erleichtern. Dies ist auch ohne Änderung der sozialleistungsrechtlichen Vorschriften möglich und zeigt, dass auch das bestehende Sozialrecht Weiterentwicklungsmöglichkeiten eröffnet, wenn es nur im Sinne der betroffenen Menschen angewandt und ausgelegt wird.

Um vertraute Hemmnisse zu überwinden, bedarf es des Einflusses von Interessengruppen. Bei der Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung ergab sich z.B. vor etwa 25 Jahren ein Entwicklungsschub, der die Situation dieser Menschen erheblich verbessert hat. Dies war möglich durch die Gründung von Eltern- bzw. Angehörigenvereinigungen, wie z.B. der Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. Ich begrüße es deshalb ausdrücklich, dass auch im Bereich der psychisch Erkrankten sich Angehörige und auch Psychiatrie-Erfahrene zusammengeschlossen und organisiert haben. Ihr Einfluss hat in den letzten Jahren erheblich zugenommen, auch wenn er vielleicht noch nicht im notwendigen und wünschenswerten Umfang zum Tragen kommt. Ich bin jedoch überzeugt davon, dass diese Be-

wegung einer der wesentlichsten Faktoren bei der Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft für psychisch kranke Menschen sein wird. Wer, wenn nicht Angehörige psychisch Kranker oder Psychiatrie-Erfahrene, könnte authentischer die Interessen dieser Personen vertreten. Die Mitbeteiligung und Mitwirkung dieser Gruppierungen ist auch in den Leistungsgesetzen zu verankern.

Das Grundproblem der leistungsrechtlichen Absicherung der Hilfen für chronisch psychisch kranke Menschen liegt in unserem gegliederten Sozialsystem

Gerhard Vigener

Das Grundproblem der leistungsrechtlichen Absicherung der Hilfen für chronisch psychisch kranke Menschen liegt in unserem gegliederten Sozialsystem, in einer Zeit weit vor der Psychiatrie-Enquete! Dabei will ich nicht zur bismarkschen Sozialgesetzgebung zurückgehen, die in ihren Anfängen sicherlich weder die Behandlung noch die Rehabilitation psychisch Kranker im Mittelpunkt der Betrachtung hatte. Eines der entscheidenden Daten war für mich der »Halbierungserlass« von 1942, mit dem geregelt wurde, dass bei krankenversicherten »Geistes- und psychisch Kranken« die Kosten der Unterbringung zwischen Krankenkasse und Fürsorge zu teilen seien. Dieser Halbierungserlass überstand die Nazi-Zeit und wurde letztlich erst in den 70er-Jahren im Zusammenhang mit der Psychiatrie-Enquete aufgehoben. Die »Fürsorge«, die spätere Sozialhilfe, machte sich bei der Mitfinanzierung auf Grund des Halbierungserlasses lange Zeit wenig Gedanken über die Leistungsart und die Leistungsinhalte der Hilfen für psychisch kranke Menschen. Die Rechnungen der psychiatrischen Krankenhäuser wurden entweder unter stationärer Krankenhilfe oder Hilfe zur Pflege abgebucht. Dieser Praxis folgend, wurde die stationäre Anschlusshilfe, die sich an einen langen Krankenhausaufenthalt anschloss, als Hilfe zur Pflege klassifiziert. Sie wurde dann in Pflegeheimen durchgeführt, die – wie bei mir im Schwarzwald – häufig in privater Trägerschaft standen. Über die Inhalte der Arbeit machten sich bis zur Psychiatrie-Enquete gerade auch in den Pflegeheimen für psychisch Kranke nur sehr wenige Menschen Gedanken. Seit der Psychiatrie-Enquete ist vor allem in Mitverantwortung und Mitregie der Sozialhilfeträger ein mehr oder weniger dichtgeknüpftes Netz außerstationärer Hilfeangebote für chronisch psychisch kranke Menschen entstanden, dass das Akutbehandlungsangebot in Kliniken ergänzt. Es entstanden »Übergangsheime«, Wohnheime für psychisch Kranke, Betreute Wohngemeinschaften, Betreutes Einzelwohnen, Zweigwerkstätten für psychisch Kranke als anerkannte Werkstätten für Behinderte, Tagesstätten für psychisch Kranke und vieles mehr! Die in diesen

Einrichtungen gewährte Hilfeart ist heute üblicherweise die Eingliederungshilfe für Behinderte nach dem Bundessozialhilfegesetz. Eingliederungshilfe wird einem behinderten Menschen nach § 39 BSHG gewährt, um eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und den Behinderten in die Gesellschaft einzugliedern oder eine drohende Behinderung zu verhüten. In § 40 BSHG ist beispielhaft ein Leistungskatalog aufgezählt. Weder in § 39 noch in § 40 ist etwas über die Dauer der Eingliederungshilfemaßnahme ausgesagt. Da Sozialhilfe – auch die Eingliederungshilfe – bedarfsdeckend sein muss, ist auch die Dauer der Hilfegewährung abhängig von der Situation der einzelnen Hilfeempfängerin. Der Anspruch auf Eingliederungshilfe kann zum Teil lebenslang bestehen. Bei chronisch psychisch kranken Menschen ist eine sehr lange Hilfedauer im Rahmen der Eingliederungshilfe Regelfall. Darin liegt eines der großen Probleme, wenn wir über die Rehabilitation chronisch psychisch Kranker sprechen und beklagen, dass es in diesem Bereich große Defizite gibt und die psychisch Kranken gegenüber den somatisch Erkrankten benachteiligt werden. Die Rehabilitationsleistung der Renten- und Krankenversicherungen und auch der Arbeitslosenversicherung sind zeitlich befristet! Die Leistungsnormen im SGB V, SGB VI und SGB III legen Fristen fest, in Einzelfällen auch Verlängerungen. Die Rehabilitation eines chronisch psychisch kranken Menschen kann nun in den meisten Fällen nicht innerhalb dieser Fristen beendet werden. Das führt dazu, dass in der Regel die Eingliederungshilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz zumindest im Anschluss an eine medizinische oder berufliche Rehabilitation weiter notwendig sein wird. Sozialhilfe muss im Rahmen der Eingliederungshilfe für Behinderte mit ihren Maßnahmen einen Hilfebedarf decken, der zum Teil lebenslang anhält. Daher ist es so schwer, die Eingliederungshilfe mit der medizinischen und beruflichen Rehabilitation gleichzusetzen. Daher ist es auch so schwer, den Sozialhilfeträger zum Rehabilitationsträger zu machen, wenn man die unterschiedliche Systematik der Sozialversicherungen mit der Sozialhilfe betrachtet. Weil die Eingliederungshilfe für Behinderte unabhängig von Vorversicherungszeiten und Leistungsfristen einen Hilfebedarf des Behinderten abdecken muss, und dies oft über viele Jahre hinweg, geschieht dies in der Systematik des Sozialhilferechts und damit des untersten Netzes der sozialen Sicherung, das vom Nachrang dieses Netzes geprägt ist. Darin liegt

das zweite Problem, das es so schwer macht, die Eingliederungshilfe in die Systematik der Rehabilitation durch Rehabilitationsträger einzubeziehen. Wäre dieser Nachrangsgrundsatz nicht vorhanden, könnten sich alle Nichtpflichtversicherten darauf verlassen, dass ein leistungsstarkes Hilfesystem, das in einem noch größeren Maße als die Sozialversicherungen auf den Rehabilitationsbedarf des Einzelnen eingehen muss, als steuerfinanziertes System kostenfrei zur Verfügung steht. Das kann nicht gewollt sein!

Die mir bekannten Entwürfe eines SGB IX, auf das wir heute alle unsere Hoffnungen richten, versuchen den Spagat, die Sozialhilfe zum Rehabilitationsträger zu machen, den Nachrang teilweise zu beseitigen und dennoch aus der Eingliederungshilfe für Behinderte kein kostenfreies Leistungsgesetz für wohlhabende Nichtversicherte zu machen. Ob dieser Spagat tatsächlich gelingt, steht für mich noch in den Sternen. Positiv weiterentwickelt erscheinen mir die Regelungen über die Leistung zur medizinischen Rehabilitation im Referentenentwurf zum SGB IX zu sein. Hier wird deutlich, dass die Rehabilitation chronisch psychisch kranker Menschen multiprofessionell erfolgen muss und dass sie insbesondere auch psychologische und pädagogische Hilfen beinhaltet. Wie weit dies dann umgesetzt wird, wie weit auch die klarer geregelte Pflicht zur Zusammenarbeit der einzelnen Leistungsträger und Absprache im Einzelfall erfüllt wird, hängt sicherlich viel auch vom guten Willen und der Bereitschaft der Beteiligten ab, dieses Gesetz mit Leben zu erfüllen. Die Umsetzung des Reha-Angleichungs-Gesetzes sollte uns nicht Beispiel sein.

Besonders spannend wird, wie die Erstattung selbst beschaffter Leistungen nach § 16 des SGB IX praktiziert werden kann und von den Gerichten angenommen wird. Diese Norm sieht vor, dass der Leistungsberechtigte dem Rehabilitationsträger eine angemessene Frist zur Gewährung der Rehabilitationsleistung setzen kann, wenn zuvor nicht innerhalb von bestimmten Fristen entschieden worden ist. Lässt der Reha-Träger diese angemessene Frist, die ihm der Leistungsberechtigte gesetzt hat, verstreichen, kann der Versicherte sich die Leistung selbst beschaffen und Kostenerstattung beanspruchen. Die Sozialhilfeträger haben diesen Paragrafen mit großer Aufmerksamkeit gelesen.

Igl hat in seinem Gutachten für die Aktion Psychisch Kranke darauf hingewiesen, dass die Bemühungen um die sozialrechtliche

Absicherung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker letztendlich erst dann von Erfolg gekrönt sein können, wenn das SGB V und das SGB VI eindeutige Leistungsnormen enthalten. Diese Aussage ist weiter zutreffend. Ob mit dem jetzt vorliegenden Referentenentwurf des SGB IX diese Forderung erfüllt werden kann, bleibt abzuwarten.

Vom Streit um die Ursachen seelischen Leidens zum integrativen Krankheitsverständnis

Einleitung

Henning Saß

Nicht zuletzt aus der Erkenntnis heraus, dass der Verlauf psychischer Erkrankungen neben biologischen wesentlich auch von der psychodynamischen und sozialen Faktoren beeinflusst wird, ist das mehrdimensionale (bio-psycho-soziale) Krankheitskonzept entwickelt worden. Seine Entsprechung findet es in einem mehrdimensionalen Behandlungskonzept, wie es beispielsweise in der Psych-PV explizit für die Versorgungsplanung zugrunde gelegt worden ist.

Das Symposium widmete sich der Frage: Ist mit der Entwicklung des mehrdimensionalen Krankheitskonzepts der Streit zwischen somatischen (biologischen, genetischen), psychodynamischen und soziogenetischen Theorieentwicklungen beigelegt worden oder »ruht« er nur? In den folgenden Beiträgen werden von kompetenten Vertreterinnen und Vertretern der einzelnen Arbeits- und Forschungsrichtungen neue Entwicklungen und gegenwärtiger Kenntnisstand dargestellt. Die Ausführungen sind ein Beitrag zu einer Verknüpfung der Einzelaspekte zu mehrdimensionalen Gesamtkonzepten.

Zur Phänomenologie eines integrativen Krankheitsverständnisses

Hinderk Emrich

Einführung

Das naturwissenschaftliche Weltbild der Medizin ist tatsachenorientiert; das will sagen: es ist geprägt durch eine spezifische Form empiriebezogenen Denkens. Was aber sind »Tatsachen«? Aus der Komplexität der Wirklichkeit der Erfahrung müssen spezifische Aspekte herauskristallisiert werden, damit Tatsachen zu wissenschaftlich relevanten Fakten werden. Diesen Prozess nennt man – im Gegensatz zur phänomenologischen Reduktion in der Philosophie (Husserl) – die naturwissenschaftliche Reduktion: komplexe Erfahrungen werden auf einfachere Erfahrungen zurückgeführt. Der diesem Prozess zugrunde liegende Reduktionismus sagt gewissermaßen ständig: »Dies ist nichts anderes als …«

Fettsucht beispielsweise ist dann nichts anderes als ein Übergewicht an Nahrungszufuhr bei zu geringem Katabolismus im Stoffwechsel. Dies ist ein notwendiger, wie wir sehen werden, oft nicht hinreichender Weg, um der Komplexität der Phänomene gerecht zu werden. Aufgrund von Ernährungsstudien hat man lange Zeit geglaubt, Fettsucht beruhe nur auf Überernährung im Sinne eines monokausalen Modells. Heute wissen wir, dass wir polykausal denken müssen, wir müssen dem puren Reduktionismus einen den komplexen Phänomenen gerecht werdenden anti-reduktiven Phänomenalismus entgegensetzen, zumindest zuordnen. So weiß man heute, dass Fettsucht mit Regulationsstörungen der den Lipidstoffwechsel steuernden Peptide zusammenhängt und letztlich einen genetischen und damit molekularen Anteil hat, also polykausal mit Lebensumständen eines Menschen verknüpft ist und damit diesen zuzuordnenden psychodynamischen Faktoren.

Nun ist moderne Medizin aber Nosologie-orientiert; das will sagen, wir gehen davon aus, dass der Normalzustand des Menschen der »Gesundheit« entspricht und dass Krankheiten in Form von Ursachen pathogenetischer Art in diesen gesunden Normalzustand gewissermaßen »einbrechen«. Das muss nicht so sein: es ist auch

vorstellbar, dass Gesundheit einen dynamischen Prozess darstellt, in dem gesunde und kranke Anteile immer als eine Art Gemisch auftreten, wobei nicht genau klar ist, ob bestimmte Anteile in mancher Hinsicht günstige, in anderer Hinsicht aber eben ungünstige Eigenschaften haben, sodass von der einen Perspektive aus eine Eigenschaft als pathogenetisch von einer anderen aber als »salutogenetisch« erscheint, was zudem in unterschiedlichen Situationen und Belastungen noch einmal verschieden sein kann. Der Begriff der »Salutogenese« wird hier im Sinne des israelischen Psychosomatikers Antonovsky (1) eingeführt, um deutlich zu machen, dass ein Krankheitskonzept nicht notwendigerweise dazu führen muss, der Krankheit gewissermaßen »den Krieg zu erklären«, sondern auch bedeuten kann, dass in therapeutischer Hinsicht versucht wird, gesunde Anteile zu stärken und in diesem Sinne »salutogenetisch« zu wirken. Diese Perspektiven lassen sich, wie neuere Befunde der molekularen Medizin zeigen, noch radikalisieren: so lässt sich zeigen, dass bestimmte Krankheiten vom Phänotypischen her durch verschiedene genetische Konstellationen hervorgerufen werden können, dass aber je nach genetischer Situation die Therapie bei phänomenologisch gesehen gleichartiger Krankheitserscheinung unterschiedlich sein muss, da die letztlich pathophysiologisch relevante genetische Disposition unterschiedlich ist. Andererseits aber lässt sich zeigen, dass von einer einzigen genetischen dispositionellen Veränderung mehrere unterschiedliche Phänotypen hervorgerufen werden können. Wir haben also sowohl einen Pluralismus in pathogenetischer Hinsicht, als auch in phänomenologischer Hinsicht, was bedeutet, dass die monokausale 1:1 Zuordnung in der Medizin bereits bei körperlichen Krankheiten im Sinne von Stoffwechselstörungen unzutreffend ist. In der psychiatrischen Grundlagenforschung ist dies noch auf eine wesentlich grundsätzlichere Weise deshalb der Fall, weil psychiatrische Krankheiten nicht darin aufgehen, psychophysiologische Störungen der Aktivität des Zentralnervensystems zu sein. Vielmehr kommen hier in noch viel stärkerem Maße als bei körperlichen Krankheiten lebensgeschichtliche Erlebnisfaktoren, lerngeschichtliche Prozesse im Sinne von Traumatisierungen, von Konditionierungen, von Stressoren im Sinne der »Life-Event-Forschung« ins Spiel, von denen man heute annimmt, dass sie tief in die Neuroplastizität des Gehirns eingreifen und insofern die Neurobiologie des ZNS beeinflussen, verändern, patho-

plastisch überformen. Aufgrund dieser Ergebnisse hat man dem Leib-Seele-Dualismus im Rahmen der psychiatrischen Wissenschaften eine besondere heuristisch relevante Rolle zugesprochen, wobei den Forschern in zunehmendem Maße klar geworden ist, dass diesem Dualismus letztlich – von einem integrativen Weltbild aus – ein »nichtreduktiver Monismus« auf eine bisher schwer durchschaubare Weise zugrunde liegen muss. Da dieser integrative Ansatz für Menschen als begrenzte geistige Wesen explizit nicht durchschaubar ist, nähert man sich diesem Problem durch die Etablierung einer Hierarchie verschiedener »heuristischer Betrachtungs-Ebenen«. Hier werden die verschiedenen phänomenalen Verstehens-, Reflexions- und Forschungsebenen definiert, die vom molekularen Prozess bis zum psychischen Gesamterleben die verschiedenen Aspekte des heutigen Psychiatrieverständnisses beschreiben. Dabei handelt es sich neben der molekularen Ebene (die zelluläre Ebene, die Ebene neuronaler Netze und die Neurotransmitterchemie), um die darüber gelagerte Ebene der neuropsychologischen Systembeschreibung bis hin zur Phänomenologie kognitiver und psychodynamischer Prozesse. Hier stellt sich nun die Frage, in welcher Weise die verschiedenen Schichten aufeinander bezogen werden können. Nach dem klassischen Modell monokausaler Betrachtung müsste es Regeln geben, die angeben, in welcher Weise die verschiedenen Ebenen aufeinander zu beziehen sind. Von der systemischen Ebene aus, der »Synergetik«, wie sie von dem Physiker Haken (2) definiert wurde, ist es dagegen eben gerade nicht möglich, derartige Systemzuschreibungen im Sinne von Ursache-Wirkungs-Beziehungen zu generieren. Vielmehr ist es so, dass entsprechend der Theorie »nichtlinear-dynamischer Prozesse« eine Beschreibung der Dynamik des Gesamtsystems im Sinne der »Chaostheorie« notwendig ist, die das System als schwingungsfähig beschreibt und zeigt, welche Arten von »Attraktoren« sich in bestimmten Systemzuständen herausbilden können, sich stabilisieren können und damit bestimmte Dynamiken des Systems charakterisieren können. Geht man von diesem, im Streit bei der Frage um die Ursachen seelischen Leidens hin zu einem integrativen Krankheitsverständnis absolut notwendigen wissenschaftlichen Fortschritt aus, so ergibt sich eine systembiologische Konzeption der psychiatrischen Grundlagenforschung, die die Chance enthält, sowohl die salutogenetischen als auch die pathogenetischen Anteile der normalen und veränderten Konstitution von

Menschen zu beschreiben und therapeutische Konzepte aufgrund dieser Erkenntnisse zu entwickeln. So lässt sich zeigen (beispielsweise von Standpunkt der evolutionären Erkenntnistheorie psychodynamischer Prozesse), dass Anlagen, die dazu disponieren, depressive, manische bzw. auch psychotische Dekompensationen möglich zu machen, andererseits auch salutogenetische Prozesse fazilitieren können. Dies bedeutet, dass ein Denken der Molekularbiologie, gewissermaßen »gentherapeutisch« im Sinne eine monokausalen Modells einzugreifen, eine Katastrophe herbeiführen könnte, in dem Sinne, dass der Mensch sich bestimmte kreative, regulative und salutogenetische Anteile seiner Konstitution zerstören würde und darüber hinaus geistig-seelische Armut induzieren könnte. An diesen Überlegungen zeigt sich auch, dass die Psychiatrie, die schon traditionell immer auch eine »Hüterin« vom Fragen nach dem Menschenbild im Gesamtfeld der Medizin gewesen ist, hier einen ganz spezifischen Beitrag leisten kann im Hinblick auf den Schutz der Pluralität der genetischen Konstitution, wie wir sie in uns vorfinden.

Zum Problem der integrativen Sichtweise bei »Angst« und »Psychose«

Angst

Das Phänomen Angst gehört zu den fundamentalen Erfahrungen unseres Lebens. Der Begriff »Angst« leitet sich etymologisch von »Enge« ab: »Mir ist ängstlich« bedeutet: mir ist »eng«: nicht nur ist der Hals zugeschnürt, es entsteht Luftnot, Herzklopfen und demzufolge Erstarrung – es ist auch das ganze Lebensgefühl in Angst »eng«, das Weltverhältnis ist durch Enge bestimmt. Für die Philosophie des 19. Jahrhunderts hat dies im Werk des dänischen Philosophen Sören Kierkegaard bedeutet, dass Angst etwas Existenzielles im Wirklichkeitsverhältnis des Menschen beinhaltet: Menschsein bedeutet für Kierkegaad existentiell »In-Angst-Sein«, was zur Gründung der Existenzphilosophie bis Heidegger, Sartre und Camus geführt hat. Dabei ist Angst aber nicht nur ein Synonym für eine gestörte Befindlichkeit, einen krankhaften Gefühlszustand, sondern auch ein Ausdruck für die Möglichkeit des Mutes zum »Sprung« in

die eigenen Möglichkeiten, d.h. in die eigenen Freiheitsoptionen. In diesem Sinne heißt es bei KIERKEGAARD: der »Begriff Angst« steht für die Realität der »Möglichkeit der Freiheit« (3). Für SIGMUND FREUD (4) war dann 50-70 Jahre später das Symptom der Angst der Mittelpunkt seines psychoanalytischen Denkens und Forschens im Hinblick auf eine Theorie der Verdrängung und der unbewussten intrapsychischen Konflikte als Ursachen neurotischer Symptombildungen. Freud hat in mehreren einander widersprechenden Entwürfen versucht, das Geheimnis der Angst, in ihrem Verhältnis zu Libido und dem 3-Instanzen-Modell »Es – Ich – Über-Ich« aufzuklären. Auch für die Verhaltenstherapeuten ist »Angst« ein zentrales Forschungsthema im Hinblick auf Konditionierungsprozesse und die Wirkung von Stressoren auf die behaviorale Ökonomie.

Systemtheorie der Angst

Es gehört zu den herausragenden Kapiteln der Geschichte der neurobiologischen Psychologie der Gegenwart, dass das Phänomen »Angst« zu einem erheblichen Teil auf molekularer Ebene interpretierbar und auch zum Teil therapierbar geworden ist. Hierbei spielte die Entdeckung der Benzodiazepine und ihre Einführung in die Therapie von Angstzuständen eine entscheidende Rolle. Angst ist ein natürliches Phänomen des Alltagslebens und ist begrifflich wie methodisch schwer zu fassen. Angst als »Alarmzustand des Nervensystems« kann als notwendiger Schutzmechanismus aufgefasst werden, der situativ durch angsterzeugende Stimuli ausgelöst wird. »State anxiety« (ein vorübergehender Angstzustand aufgrund von Angststimuli) kann unterschieden werden von »trait anxiety«, worunter die individuelle Grundängstlichkeit verstanden wird. Angst ist dann als pathologisch anzusehen, wenn sie in vergleichbaren Situationen wesentlich ausgeprägter als von anderen Individuen erlebt wird oder sich gegen Objekte oder Situationen richtet, die üblicherweise keine Angst auslösen. In den gegenwärtigen Theorien über Wahrnehmung, Aufmerksamkeit und Bewusstsein spielt der Begriff des »mitlaufenden Weltmodells« von PRINZ (5) eine entscheidende Rolle. Hierbei geht man davon aus, dass bewusste Wahrnehmung einen interaktiven Prozess darstellt, bei dem Wahrnehmungshypothesen »getestet« und die im »Konzeptualisierungsprozess« gebildeten Hypothesen mit den jeweils einlaufenden Sinnesdaten ver-

glichen werden. Dieser Vergleich zwischen den in Langzeit-Gedächtnisspeichern repräsentierten, als »Weltmodell« charakterisierbaren Erwartungswerten und den jeweils in der aktuellen Situation sich ergebenden Sinnesdaten, stellt die wesentliche Grundlage für die bewusste Erfassung von Wirklichkeit dar. Ein prägnantes Beispiel hierfür ist die Gewöhnung an das regelmäßige Tropfen eines Wasserhahnes, das so weit in das mitlaufende Weltmodell eingebaut werden kann, dass es schließlich völlig unbeachtet bleibt (selektive Aufmerksamkeit). Bei Ausbleiben eines solchen Tropfgeräusches kann dann jedoch eine regelrechte »Weckreaktion« erfolgen, gerade deshalb, weil die Diskrepanz zwischen dem Erwartungswert und der tatsächlichen Sinnesdatenlage das »Comparator-System« gewissermaßen »alarmiert«.Die Autoren GRAY und RAWLINS (6) haben dieses Grundprinzip angewendet, um zu einem modellhaften Verständnis der Neurobiologie der Angst und deren psychopharmakologischen Therapiemöglichkeiten zu gelangen. Nach diesem Modell wirken angstlösende Medikamente dadurch, dass sie ein »behavioral inhibition system«, d.h. ein Hemmsystem bestimmter Verhaltensweisen in seiner Aktivität beeinflussen, und zwar so, dass sie die durch ungewöhnliche Außenreize und verschiedener Arten von Stressoren ausgelöste Aufmerksamkeitsreaktion und den damit verbundenen Erregungszustand herabmindern, was zur Folge hat, dass das im jeweiligen Moment sinnvolle Verhalten durch den Stressor weniger stark gehemmt wird (Stressreduktion). In diesem Sinne ist davon auszugehen, dass die vorzugsweise im Hippocampus (s. Abb. 1) und verwandten Strukturen lokalisierten »Comparator-Systeme« neurobiologische »Alarmsignale« gerade dann aussenden, wenn unerwartete Sinnesdaten auftreten, die das übliche Ausmaß von Diskrepanz überschreiten. Diese Diskrepanzmeldung wird in psychischer Hinsicht vom System als »Angstzustand« erlebt. Benzodiazepine haben offensichtlich die Eigenschaft, diese Diskrepanzmeldung in ihrem Ausmaß zu verringern bzw. die Ansprechbarkeit des Systems auf diese Signale zu vermindern.

Angst als Paradigma für eine integrative Betrachtung

Angstzustände sind nicht auf Neurosen beschränkt. Angst-Symptome sowohl somatischer Art (Zittern, Schwitzen, Herzklopfen) wie rein gefühlsmäßiger Art gehören vielmehr auch zum integralen Be-

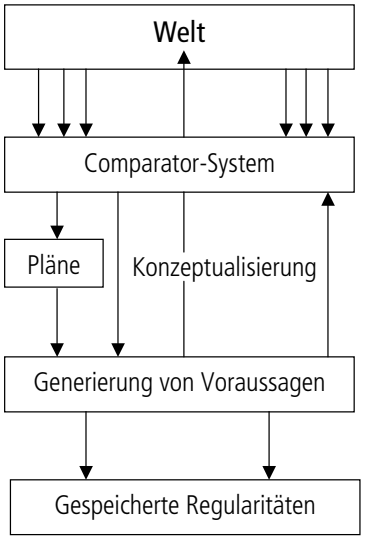


Abbildung 1: Darstellung des »hippocampalen Comparator« Systems nach Gray und Rawlins, wobei jeweils Abgleiche zwischen Außendaten und gespeicherten Innendaten (stored regularities) durchgeführt werden.

stand aller großen psychiatrischen Krankheitsbilder wie der schweren Depression, den psychotischen Dekompensationen und vielen körperlich verstehbaren Erkrankungen wie psychoorganischen Syndromen, Anfallserkrankungen etc. Wie kommt man nun zu einem integrativen Krankheitsverständnis der Symptombildung »Angst«? Um eine pure Addition von Theorien kann es sich nicht handeln, denn einerseits widersprechen die Theorien einander, zum anderen muss das theoretische Rüstzeug ja angewendet werden, um in dem konkreten Beispiel erhellend zu wirken, Verstehenspotenzial freizusetzen und damit auch innovative therapeutische Strategien zu ermöglichen. Die Methode, die man dabei anwendet, ist der heuristische Eklektizismus im Sinne eines »pattern-recognition« Prozesses. Was ist hierunter zu verstehen? Über das Wesen des Psychischen gibt es bisher keine einheitliche in sich geschlossene und widerspruchsfreie »Generaltheorie« oder Supertheorie wie etwa die Quantenmechanik als Supertheorie der Physik (mit allerdings auch noch un-

fertigen »Rändern«). Die Theorien der Psyche und ihrer Störungen sind also quasi »vorläufig«, unvollständig, nur für Teilgebiete zutreffend. Sie sind eigentlich nur Subtheorien und Wirklichkeits- bzw. Arbeitshypothesen. Im »pattern-recognition Prozess« wird nun vom Psychiater und Psychotherapeuten versucht, die Phänomenologie, die Lebensgeschichte, die Konstitution und Biologie des Patienten auf die vielfältigen Subtheorien des Psychischen zu beziehen und nach einer »Passung« zu suchen, sich quasi durch das eigene Hintergrundwissen inspirieren zu lassen: »Was könnte hier am ehesten zutreffen?« Das Zusammenfügen der auf diese Weise ausgewählten theoretischen Konzepte – hier über die Angst – ist der eigentliche Prozess des Erzeugens eines integrativen Krankheitsverständnisses des betrachteten Patienten. Mein erster psychiatrischer Lehrer, Prof. Th. Spoerri, hat einmal in einer Vorlesung gesagt (in Bern): »Der Psychiater muss alles wissen, sogar auch über die Rocklängen von Damen Bescheid wissen.« Das heißt, es ist wichtig, in der Psychiatrie immer wieder auch über den eigenen Tellerrand, den eigenen bisherigen Erfahrungshorizont hinauszuschauen, und einen Theorien-Pluralismus zuzulassen. Der Verstehensprozess in der Psychiatrie ist im Sinne von Kants Kritik der reinen Vernunft (7) eine »Synthesis«: es müssen verschiedene Partialaspekte, verschiedene kategoriale Bestimmungen synthetisch im Sinne einer komplexen aktiven Leistung zusammengefügt werden – als »poiesis«, als ein Tun, ein Schaffen, ein »Erzeugen« – um dem gegenwärtigen Patienten mit seiner Angstproblematik gerecht zu werden.

Integrative Aspekte in der Betrachtung von Psychosen

Psychotische Dekompensationen sind von der Phänomenologie her noch wesentlich komplexer und heterogener, als dies bei Angstzuständen der Fall ist. Hier ist es deshalb auch besonders schwer, ein integratives Krankheitsverständnis hervorzubringen. Psychosen greifen so tief in alle Bereiche des Mentalen – in Wahrnehmen, Denken, Fühlen und Handeln – ein, dass die bisherigen Konzepte zum Verständnis von »dem Psychotischen« völlig unzureichend sein müssen. Wäre es anders, hätten wir längst gewissermaßen eine »Generaltheorie des Mentalen«. Ein zentraler Aspekt für eine erfolgreiche Zugehensweise zum Phänomen »Psychose« scheint dabei allerdings zu sein, dass Psychosen in ihrer flimmernden Vielgestaltigkeit offen-

bar etwas zu tun haben mit der Symptomatik der »Inkohärenz«, dem Nicht-Zusammenstimmen im psychischen und kognitiven Raum. »Kohärere« heißt auf Latein »zusammenhängen«. Psychotische Phänomene, gleich welcher Ursache, zeichnen sich dadurch aus, dass die üblicherweise vorhandenen Zusammenhänge gestört sind. Ein wichtiges Phänomen, wo sich dies bemerkbar macht, ist die sog. »Kognitions-Emotions-Kopplung«, auch »Wahrnehmungs-Emotions-Kopplung«. Dies ist ein zentraler Bereich in unserem Denken, Wahrnehmen und Erleben, wo der Kognition bzw. der »aisthetic cognition« – dem wahrnehmenden Denken – bestimmte Gefühlserlebnisse, bestimmte »begleitende Gefühlstöne« zugeordnet werden. In der Psychose kann diese Zuordnung in bizarrer Weise inadäquat, zerhackt, widersprüchlich, verzerrt und »verschroben« erscheinen, was beim Betrachter des Verhaltens des Betreffenden ein unangenehmes Gefühl der »Uneinfühlbarkeit« (8) bzw. ein »Praecox-Gefühl« auslösen kann. Ebenso wie bei der Theorie der Angst ist auch bei der Theorie der psychotischen Dekompensation ein Theorien-Pluralismus zu beachten, der beinhaltet, dass wir für ein adäquates integratives Krankheitsverständnis eine Fülle von Subtheorien und Konzepten des Psychotischen im Sinne eines eklektischen pattern-recognition Prozesses in uns aufrufen müssen und dann im Sinne einer Synthesis aus den so gewonnenen »Bausteinen« ein Verständnis dessen generieren müssen, woran ein Patient krank ist. Dies kann bedeuten, herauszufinden, wie z.B. gerade in meiner Klinik bei einem durch einen neurodegenerativen Prozess langsam ertaubenden und erblindenen jungen Mann, dass psychotische Symptome bei ihm nicht auf einen »endogenen-psychotischen« Prozess, sondern auf die Psychodynamik einer Reifungs- und Ablösungskrise zu beziehen sind, die völlig andere therapeutische Aspekte bedingen, als dies bei einer Adoleszenten-Schizophrenie der Fall gewesen wäre.

Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass integratives Krankheitsverständnis darauf beruht, dass eine Fülle heterogener theoretischer Bruchstücke über die Pathogenese von Störungen in einem Elektions-Prozess (Auslese-Prozess) auf ihre Erklärungskraft geprüft werden und dann anhand der konkreten Problemlage zu einem hoffentlich adäquaten integrativen Wirklichkeitsmodell synthetisch – im

Sinne einer Poiesis – verschmolzen werden. Dieser Prozess der »heuristischen Elektion« ist allerdings immer nur approximativ möglich, ist nicht abschließbar und bedarf der Offenheit gegenüber »Überraschungen«, bedarf der Fertigkeit, den beschriebenen Prozess immer wieder neu durchzugehen, da unsere Wirklichkeitsmodelle und die Außenrealität nie vollständig miteinander übereinstimmen.

Literatur

1 Antonovsky A.: Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen 1997
2 Haken H.: Synergetics: An introduction; nonequilibrium phase transitions and self-organization in physics, chemistry and biology ; with 152 figures. Berlin [u.a.] 1978
3 Kierkegaard S.: Der Begriff Angst. Stuttgart 1992
4 Freud S.: Hemmung, Symptom und Angst (1926). Frankfurt a.M. 1992
5 Prinz, W.: Wahrnehmung und Tätigkeitssteuerung. Heidelberg 1983
6 Gray Ja, Rawlins Jnp.: Comparator and buffer memory: An attempt to integrate two models of hippocampal functions. In: Isaacson, R.L., Pribram, K.H. (Eds.): The Hippocampus. New York: Plenum vol. 4./ 986: 151–201
7 Kant I.: Kritik der reinen Vernunft. Frankfurt a.M. 1974
8 Jaspers K.: Allgemeine Psychopathologie. Berlin 1913

Das integrative Krankheitsverständnis – aus alltags- und lebensweltorientierter Sicht

Klaus Obert

Beitrag aus Sicht der ambulanten Sozialpsychiatrie (Psychosoziale Dimension)

Der Streit um die Ursachen der seelischen Erkrankung hin zum integrativen Krankheitsverständnis erinnert mich an meine Studienzeit. Ich denke an die sogenannten »Grabenkämpfe« zwischen den Anhängern, die psychische Erkrankungen rein organisch bedingt betrachteten, den Anhängern der psychischen »Variante«, die in Fehlentwicklungen während der frühen Kindheit den Ursprung der Erkrankung sahen und den sog. »Sozialen«, welche den Ursprung sämtlicher Erkrankungen in unzumutbaren gesellschaftlichen Bedingungen festmachten. Die damaligen Auseinandersetzungen kennzeichneten sich durch eine geringe Dialogbereitschaft. Jede Seite saß fest in ihrem ideologischen Graben. Es bestand kaum ein Wille zur Kompromissbereitschaft. Rückblickend auf die meines Erachtens weitgehend überwundene Auseinandersetzung sind drei Ergebnisse von Bedeutung:

- Für die Betroffenen in der Anstalt war die theoretische Diskussion wenig fruchtbar, wenn nicht gleichzeitig praktisch an der Überwindung der Anstalt, wie z.B. in Triest oder in Arezzo, gearbeitet wurde.
- Die Diskussion und die Auseinandersetzung um die Institution Psychiatrie und damit auch um die Ursache seelischer Erkrankung war aus historischen Gründen dringend erforderlich. Das somatische Krankheitsverständnis bis hin zur Interpretation der Unheilbarkeit und dem Euthanasie-Programm der Nationalsozialisten erforderte zwingend eine dementsprechende Auseinandersetzung. Unter anderem waren diese harten, teilweise auch unerbittlichen »Kämpfe« Teil der damaligen gesellschaftlichen Auseinandersetzung der ’68 Bewegung und der Zeit danach.
- Trotzdem (oder gerade auch) wegen der Härte und Intensität konnte die Basis geschaffen werden für die Entwicklung eines integrativen Krankheitsverständnisses.

Das Problem aus alltags- und lebensweltorientierter Sicht

Zur Definition von lebenswelt- und alltagsorientierter Sichtweise

Alltagsorientierte Sozialpädagogik stellt den Menschen im sozialen Feld, in seiner Lebenswelt in den Mittelpunkt des Handelns. Der Respekt vor dem Anderen und dem Anderssein, die Akzeptanz und die Förderung des Eigensinnes der Adressaten sind grundlegend für das Handeln.

»Menschen im Kontext von Lebenswelt: Sie erscheinen immer zunächst in gegebenen Zusammenspiel sozialer struktureller und individueller Faktoren, also nicht als gleichsam isolierte für sich bestehende Individuen, sondern innerhalb eines sozialen Netzes in dem sie sich selbst erfahren können.« (Thiersch 1996, S. 122/123)

Der Mensch wird als soziales Wesen gesehen, das die Aufgabe hat, aktiv in der Interaktion mit seinem Umfeld die Kompetenzen zu erwerben, die es ihm ermöglichen, das Aufgegebene zu bewältigen und das Neue zu integrieren. Die Gestaltung des Ortes, des Lebensraumes, der überschaubaren Zeit und der Beziehungen im sozialen Gefüge mit den darin geltenden Rollen, Aufgaben, Regeln und Bedeutungsmuster sind für das Individuum zentrale Aufgaben. Im Versuch der Bewältigung dieser Aufgaben lernt der Mensch als soziales Wesen, sich in seiner Lebenswelt zurechtzufinden, sich die Kompetenzen anzueignen und in der Spannung von Verlässlichkeit und Neuem einen gelingenden Alltag zu gestalten. Diese Definition ist quasi identisch mit den Anforderungen an die Arbeit mit chronisch psychisch kranken Menschen unter der Vorgabe der Versorgungsverpflichtung sozialpsychiatrischer Dienste im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Alltags- und lebensweltorientiertes Handeln bedeutet, dass es bestimmt ist durch ein Menschenbild, in welchem wiederum das entsprechende Gesundheits- und Krankheitsverständnis eingelassen ist. Menschenbild und Verständnis von Gesundheit/Krankheit und die daraus folgende sozialpsychiatrische Handlungsweise ergeben sich einerseits notwendig und unabdingbar aus den Anforderungen des Alltags der chronisch psychisch kranken Menschen in ihrem sozialen Kontext. Andererseits wirken sie auf die Gestaltung und Entwicklung des Lebensfeldes der Betroffenen und ihrer Umgebung zurück. Der Vergleich des Menschenbil-

des von sozialpsychiatrischen Leitlinien mit alltags- und lebensweltorientierten Ansätzen ergibt eine Deckungsgleichheit (Obert 2001, Kapitel 6). Dies wiederum hat folgende *Handlungsweisen und -maximen* zur Konsequenz:

Sozialpsychiatrisches Handeln findet in der Lebenswelt der Adressaten statt und versucht, sich der Situation anzupassen (situativ bestimmtes Handeln). Die vor Ort vorgenommene Einschätzung und Bewertung der Gesamtsituation schließt jedoch unter Umständen nicht aus, dass eine kurzfristige Herausnahme der Betroffenen aus ihrer Umgebung erforderlich ist. Dies widerspricht auch nicht der Maxime der Regionalisierung. Wesentlich dabei ist, wie die Betroffenen ihren Raum, ihre Zeit und das soziale Gefüge gestalten, welche Defizite dabei hinderlich sind und welche begleitende Unterstützung sie benötigen. Die gleichzeitige Orientierung an der Ganzheitlichkeit schließt zwangsläufig den Blick auf die somatische Befindlichkeit mit möglichen Folgehandlungen ein. Alltagsorientiertes, sozialpsychiatrisches Handeln heißt deshalb

- dort zu beginnen, wo der/die Klient/Klientin steht,
- ihn/sie in gegebenen Verhältnissen zu unterstützen,
- auf die Verbesserung der Lebensbedingungen und -möglichkeiten der Adressaten hinzuarbeiten,
- materielle und soziale Grundlagen wieder herzustellen und abzusichern,
- sich in sozialpolitische Planungsprozesse einzumischen.

Alltagsorientiertes, sozialpsychiatrisches Handeln heißt weiter

- Ressourcen vor Ort aufzutun,
- das Leben im Gemeinwesen objektiv sicherer zu gestalten,
- nicht-professionelle und professionelle Hilfen im Alltag zu koordinieren und zu vernetzen.

Dieses Handeln baut darauf auf,

- die Gegenseitigkeit zu wahren,
- das Verhältnis von Nähe und Distanz immer wieder auszuloten,
- sich der Lebenswelt der Klienten und Klientinnen auszusetzen,
- sich auf die Adressaten und ihre Lebenswelt einzulassen,
- aber auch notwendigerweise in reflexive Distanz zu gehen, zu provozieren, zu verfremden und gleichzeitig zu stützen,
- mit Fantasie und Kreativität an die Aufgaben heranzugehen,

- in schwierigen Situationen zu vermitteln und Kompromisse auszuhandeln,
- offen und umfassend zu handeln, aber auch zu strukturieren, durchzuhalten, Geduld walten zu lassen, zu planen, zu organisieren und zu managen, schematisch zu ordnen, d.h. eine gegliederte Offenheit zu praktizieren.

Mit diesen *Handlungsmaximen ist folgendes Gesundheits-/Krankheitsverständnis* verbunden:

In Anbetracht der Übereinstimmung, dass es die Ursache für die psychischen Erkrankungen nicht gibt, hat sich ein Kompromiss und gleichzeitig die Beendigung des Schulenstreites aus den 70er Jahren durchgesetzt: »Es fällt auf, dass im derzeitigen psychiatrischen Diskurs das Konflikthafte der späten 60er Jahre fehlt, die jeweils andere Perspektive der Psychiatrie – die soziale, die psychologische, die biologische – wird in der Regel anerkannt. Sie wird nicht abgelehnt oder gar verdammt.« (Finzen 1998, Seite 65)

Nicht der organische Ursprung oder die psychische Fehlentwicklung oder die schwierige Familie oder die unzumutbaren sozialen und materiellen Bedingungen verursachen jeweils für sich genommen eine psychische Erkrankung und deren Folgen. Vielmehr besteht Einigkeit darüber, dass die verschiedenen Faktoren zusammenwirken müssen, damit möglicherweise (oder wahrscheinlich) eine Erkrankung manifest wird. Eine weitere Dimension, die in der Diskussion um die Entstehung der Erkrankung hinzukommt, ist das Stress-Diathese-Modell (Vulnerabilitätsmodell von Zubin/Spring 1977). Vereinfacht zusammengefasst geht es davon aus, dass bei psychisch kranken Menschen (vor allem bei schizophrenen Erkrankungen) eine besondere Verletzlichkeit (Vulnerabilität) vorhanden ist. Das Zusammentreffen und Zusammenwirken ungünstiger Faktoren in Verbindung mit dieser Verletzlichkeit kann eine Erkrankung oder einen Rückfall auslösen. Das Konzept sieht einen bio-psycho-sozialen Wirkungszusammenhang in Verbindung mit dem Vulnerabilitätsmodell. Es erklärt und begründet letztlich nicht die Entstehung und den Verlauf der Erkrankungen. Es bildet aber für die Ausrichtung der praktischen Arbeit vor allem mit chronisch psychisch kranken Menschen plausible Verstehensmöglichkeiten und Rahmenbedingungen. Vor diesem Hintergrund kann auf den Verlauf der Erkrankung durch alltags- und lebensweltorientierte Arbeit

Einfluss genommen werden. Weiter kann darauf hingearbeitet werden, im Gemeinwesen reizarme Zeit und Raum strukturierende Bedingungen zu schaffen, ohne jedoch Unterforderungen hervorzurufen. Zumindest trägt es auf der Ebene des Verstehens dazu bei, allen chronisch psychisch kranken Menschen eine Perspektive im Gemeinwesen zu ermöglichen, auch wenn sich über Jahre hinweg im Einzelfall keine oder nur geringe Änderungen abzeichnen. Auch hier ist wieder eine Deckungsgleichheit des Gesundheits- und Krankheitsverständnisses von sozialpsychiatrischen Ansätzen und alltagstheoretischer Sichtweise zu erkennen (Obert a.a.O., Kapitel 6).

Schlussbemerkung

Vor dem Hintergrund dieses eher pragmatisch und offenen, durch die Anforderungen der Lebenswelt bestimmten Grundverständnisses möchte ich abschließend auf die eingangs gestellte Frage antworten, ob die Auseinandersetzung noch besteht oder nicht. F. Basaglia und A. Pirella (die Begründer der demokratischen Psychiatrie in Italien) fordern, dass die Paradigmakrise des klassischen medizinischen Modells nach 1945, welches in der Definition und Umsetzung der Unheilbarkeit und Vernichtung von psychisch kranken Menschen kulminierte, nicht »gelöst« wird, sondern vielmehr konstruktiv genutzt werden sollte. Vor dem Hintergrund dieser Forderung hat diese Krise u.a.

- die Psychiatriereform,
- die Veränderung des Verständnisses von Gesundheit und Krankheit,
- die Diskussion um die gesellschaftliche Bedingtheit und Funktion der Psychiatrie von Hilfe und Kontrolle und
- die Entstehung der Psychiatrie-Erfahrenenbewegung, der Angehörigenbewegung und das Engagement der Bürgerhelfer/innen

gefördert, wenn nicht sogar erst ermöglicht. Diese Entwicklungen wirkten wiederum auf die Veränderung des Gesundheits-/Krankheitsverständnisses ein. Sie bewegte sich auf eine umfassendere, alle Faktoren berücksichtigende Definition zu. Das multifaktorielle, mehrdimensionale, bio-psycho-soziale Modell in Zusammenhang mit dem Vulnerabilitätskonzept ist deshalb m.E. kein die Auseinandersetzung scheuender Kompromiss. Der Kompromiss beinhaltet vielmehr die Möglichkeit und die Perspektive, in einem offenen Prozess unter gleichberechtigter Beteiligung aller Gruppierungen – Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige, Bürgerhelferinnen, Professionelle und die Öffentlichkeit – die Diskussion um das Verständnis im Sinne eines handlungsorientierten Verstehens (und nicht Erklärens im traditionellen, medizinisch-naturwissenschaftlichen Verständnis) weiterzuentwickeln.

Literatur

Basaglia F.: Scritti 1 und 2 (a cura di Ongaro-Basaglia F.). Turin 1981

Finzen A.: Das Pinelsche Pendel – Die Dimension des Sozialen im Zeitalter der biologischen Psychiatrie. Bonn 1998

Obert K.: Alltags- und lebensweltorientierte Ansätze als Grundlage sozialpsychiatrischen Handelns – Ein Beitrag zur sozialpsychiatrischen Methodik am Beispiel eines Sozialpsychiatrischen Dienstes. Bonn 2001

Pirella A.: Ein schwieriger Weg – Zwanzig Jahre Psychiatriereform in Italien (1978–1998). In: Sozialpsychiatrische Informationen 3/1998, S. 22–28

Thiersch H.: Die Frage nach der Lebenswelt und problematische Bewältigungsmuster. Zum Verständnis von sozialer Arbeit und Therapie. In: Nervenheilkunde – Zeitschrift für interdisziplinäre Fortbildung 3/1996, S. 122–126

Zubin J./Spring B.: Vulnerability – A new view of schizophrenia. In: Journal of Abnormal Psychology 86 /1977, S. 103–126

Auslöser, Ursachen und Überwindung einer endogenen Depression: Eine ehemalige Patientin berichtet von ihren Erkenntnissen

Ursula Zingler

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Mitstreiterinnen und Mitstreiter für eine subjektorientierte Psychiatrie,

bevor ich Ihnen meine Ausführungen zum vorgegebenen Thema »Vom Streit um die Ursachen seelischen Leidens zum integrativen Krankheitsverständnis« unterbreite, stelle ich mich kurz vor. Ich bin 61 Jahre alt, seit 37 Jahren verheiratet, Mutter und Großmutter. Seit fast 26 Jahren bei einem großen medizinischen Verlag als Redakteurin und Korrektorin angestellt, jedoch hauptsächlich betriebsrätlich tätig – bis vor kurzem als Vorsitzende. In meiner Freizeit engagiere ich mich auf vielfältige Weise als Mitglied des geschäftsführenden Vorstandes des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener (BPE), als Vorsitzende der Landesarbeitsgemeinschaft Baden-Württemberg und Sprecherin der Stuttgarter Gruppe. Vor 19 Jahren musste ich mich in psychiatrische Behandlung begeben. Im Entlassungsbericht aus klinischer Behandlung vom 2.3.1982 steht als Diagnose »Monopolare endogene Depression (ICD 296.1)«. Fast ein Jahr fehlte ich damals am Arbeitsplatz. Die Prognose war schon allein aufgrund meines Alters ungünstig. Nach Überwindung der seelisch bedingten Störung schwor ich mir, alles zu tun, um nie wieder in ein solch »Schwarzes Loch« – wie ich den Zustand der Depression nenne – zu geraten. Viele glückliche Umstände halfen mir, ein neues seelisches Gleichgewicht zu erlangen, sodass ich bis heute weder psychiatrische noch psychotherapeutische Unterstützung benötige. Als Expertin in eigener Sache will ich Ihnen von meinem Weg berichten. Ich bin der Überzeugung, damit der Bitte von Herrn Prof. Saß gerecht zu werden. Seine Empfehlung lautete, darüber zu berichten, »wie aus meiner Sicht seelische Leiden entstehen und wie sie umfassend verstanden werden können«. Zudem ist es ihm wichtig, »die Gesichtspunkte der Beziehung zwischen den Kranken und ihrer sozialen Umgebung« zu beleuchten.

Im Frühjahr 1981 war ich 41 Jahre alt, seit 18 Jahren verheiratet und voll berufstätig. Unsere Tochter hatte ihr 17. Lebensjahr

vollendet. Als Folge eines Vorgesetztenwechsels war meine Arbeit immer unbefriedigender geworden. Als ich damals nach einem dieser unsinnigen Dienstgespräche an meinen Arbeitsplatz zurückkehrte, spürte ich, dass in mir etwas kaputtging. Eine große Hoffnungslosigkeit machte sich breit, und ich murmelte vor mich hin: »Wozu das Ganze noch? Nur für Wandern und Fernsehen?« Eine Kollegin, die das Geschehen seit geraumer Zeit beobachtete, sagte: »Frau Zingler, Sie sind krank. Gehen Sie zum Arzt.« Was sie damit meinte, wusste ich nicht, jedoch nahm ich eine kleine Erkältung zum Anlass und ließ mich arbeitsunfähig schreiben. In der darauf folgenden Nacht wachte ich nach ca. eineinhalb Stunden auf und dachte: »O Gott, o Gott, vierzehn Tage zu Hause! Was machst du denn da nur?« Damit begann meine Schlaflosigkeit. Nach drei Wochen wurde ich zum Facharzt für Neurologie und Psychiatrie überwiesen mit den Worten: »Wenn überhaupt einer helfen kann, dann Dr. St.« Jener hörte sich meine Geschichte an, schrieb mich krank, verordnete Limbatril und Dalmadorm und sagte sinngemäß: »Ich verschreibe Ihnen dies und das, jenes und welches. Wenn alles nicht hilft, wird Ihnen sicherlich Lithium helfen; einer Studentin, der ich es gerade verschrieb, hat es sehr geholfen.« Er meinte noch: »Kümmern Sie sich um Ihre Familie, und suchen Sie sich einen anderen Arbeitsplatz.« Seine Diagnose: »Endogene Depression, ausgelöst durch exogene Depression.«

All das machte mich nicht froh, sondern hinterließ bei mir ein Gefühl der Unbehaglichkeit. Ich war jedoch erleichtert, vorläufig nicht an den Arbeitsplatz zurück zu müssen. Brav schluckte ich die Medikamente und konnte endlich wieder schlafen – allerdings zwölf Stunden am Stück, was mich in Panik versetzte. Erzählte ich dem Arzt von meinen Ängsten im Zusammenhang mit den Medikamenten, drohte er mit Einweisung in eine Klinik, falls ich nicht täte, was er anordnete. Nach dem Grund meiner Angst fragte er nicht. Sie war real; hatte ich mich doch längst mit Wirkungen und Nebenwirkungen der Psychopharmaka befasst. Mein Unwohlsein, meine Probleme – das war mir bald klar – konnten sie nicht beheben.

Allein gelassen, dachte ich nach, was mich so kaputtgemacht haben könnte und kam zu dem Schluss, dass es das berufliche Dilemma allein kaum gewesen sein konnte. Mir gingen meine Sätze und Gedanken, die den Zusammenbruch begleiteten, nicht mehr aus dem Sinn, ebenso wenig die Gefühle, die ich bei den Hinweisen

des Psychiaters empfand. Seine Hinweise verwarf ich bald. Ich hatte mich neben der Berufstätigkeit stets um meine Familie gekümmert, meine Arbeit machte ich gern. Mir fiel auf, dass ich mit mir nichts anfangen konnte. Die Hausarbeit erledigte ich immer widerwilliger und unkonzentrierter. Ich erkannte, dass Wandern und Fernsehen in der praktizierten Art nicht meine Hobbys waren. Ein Gespräch, das ich mit einer allein stehenden Kollegin geführt hatte, fiel mir ein. Sie war gerade aus Moskau gekommen, als ich mich bei ihr über mein eintöniges Leben beklagte. Sie sagte damals: »Frau Zingler, Sie müssen etwas für sich haben.« »Du hast gut reden«, dachte ich. »Wie soll denn das gehen? Schließlich bin ich verheiratet.« Ihr Hinweis nagte an mir. Mir fiel nichts ein, wie ich die Angelegenheit lösen könne. Ich musste zum Familienunterhalt beitragen, zudem durfte ich – so hatte ich das gelernt – die Familie nicht vernachlässigen. Nur, wie war das alles unter einen Hut zu bringen?

Meine Verzweiflung wuchs, einen kompetenten Berater hatte ich nicht. Auf Hinweis von Kollegen vereinbarte ich einen Termin bei einer niedergelassenen Psychotherapeutin, sagte ihn ab; begann eine Familientherapie, brach sie ab; ging zur Psychologischen Beratungsstelle und war bei einer Verhaltenstherapeutin. Alles brach ich – als nicht hilfreich erkannt – ab. Letztere meinte: »Sie tun mir Leid« und empfahl »Stricken Sie jeden Tag eine Viertelstunde«. Dafür kassierte sie 80 DM. Ein Kollege riet mir kurz nach Ausbruch der Krise, in eine Universitätsnervenklinik zu gehen. Sein Hinweis: »Gehen Sie hin – egal, was daraus wird.« Der Gedanke, meine Familie allein zu lassen, löste Angst aus. Irgendwann wechselte ich, da ich nicht länger Versuchskaninchen sein wollte, den Arzt. Seine Nachfolgerin war lieb und nett, ließ mich gewähren, tröstete meine Familie mit den Worten: »Jede Depression geht vorbei, behandelt oder unbehandelt, es dauert manchmal allerdings drei bis vier Jahre.«

In den folgenden Monaten setzte sich bei mir der Gedanke fest, das Beste sei, mir das Leben zu nehmen. Aber, zur Ausführung fehlte mir der Mut. War es denn sicher, dass ich – falls ich vom achten Stock unserer Wohnung in die Tiefe springen würde – wirklich tot bin? Der Baum, der darunter stand, hätte meinen Sturz mildern können. Querschnittgelähmt wollte ich nicht sein. Dann dachte ich daran, mich mit Tabletten zu vergiften. Aber wem – Tochter oder Mann – sollte ich es zumuten, mich zu finden? Um sie herauszuhalten, entwickelte ich die Idee, mich scheiden zu lassen und mir dann das

Leben zu nehmen. Der Hinweis auf die Universitätsnervenklinik kam erneut. Jene bereits erwähnte Kollegin nahm sich Urlaub, fuhr mich zum Aufnahmegespräch. Ließ ich den ersten Aufnahmetermin platzen – die Ärztin war mir unsympathisch –, so klappte es doch mit dem zweiten drei Wochen später.

Sehr sorgfältig bereitete ich meine Abwesenheit vor. Ich wollte kein Chaos hinterlassen. Das alles tat ich in der Überzeugung, dass mein Leben mit dem Gang in die Klinik nie wieder in Freiheit stattfinden würde. Ich hatte Angst. Alle rieten mir, mich in klinische Behandlung zu begeben, aber keiner sagte mir, was mich dort erwartet. Am Aufnahmetag – ca. neun Monate nach Beginn der ambulanten Behandlung – wollte mich die Bürodame in der Aufnahme trösten und sagte: »Es ist nicht schlimm hier. Sie werden sehen. Viele kommen immer wieder, um sich einstellen zu lassen.« »O Gott«, dachte ich, »bin ich eine Maschine?« Der sympathische Stationsarzt meinte: »Das Beste ist, Sie bleiben erst einmal hier. Wir können Ihnen zwar Ihre Probleme nicht nehmen; wir können jedoch versuchen, Ihnen zu helfen, dass Sie damit umgehen können.« – Eine Aussage, die mich ansprach.

Die wenigen Psychopharmaka wurden abgesetzt. Der Arzt nahm sich viel Zeit für mich. Er ließ mich reden, reden, reden. Ich breitete vor ihm alle »Kümmernisse« der letzten zwei Jahre aus – also alles, was mir seit dem Vorgesetztenwechsel zu schaffen gemacht hatte. Ich redete über berufliche, private Probleme. Als ich einmal das Verhalten meines Mannes gegenüber Menschen und Tieren bemängelte, sagte der Arzt, er – mein Mann – solle sich in Behandlung begeben. Sofort nahm ich meinen Dieter in Schutz.

Drei Tage nach meinem Gang in die Klinik entschlossen sich meine Ärzte zum Schlafentzug. In dieser Nacht machte ich eine merkwürdige Entdeckung: Immer wenn ich an meinen Mann dachte, ging es mir gut; jedoch wenn ich an Trennung dachte, ging es mir schlecht. Mein Verstand und mein Gefühl stimmten nicht überein.

Alles nahm ich wahr – so z.B. Kneippen, Sauna, Bewegungstherapie. In der Sauna war ich bis dahin noch nie. Sie bekam mir gut, ich entwickelte ein neues Körpergefühl. Zur Bewegungstherapie fällt mir das Folgende ein: Balken und Seile wurden aufgestellt, ausgelegt; jeweils zwei Patientinnen fassten sich an, mal gab die eine nach Musik Figuren an, mal die andere. Mir fiel es sehr schwer, die

Bewegungen meiner Partnerin nachzuahmen. War jedoch ich am Zug, ging es mir ausgezeichnet. Im anschließenden interpretierenden Gespräch erarbeitete ich, dass ich wohl lieber den Ton angebe, als mich unterzuordnen: keine günstige Konstellation für eine Angestellte, deren Vorgesetzter es sich zum Ziel gemacht hatte, ihr jedes Mitspracherecht zu nehmen.

Eines Tages sagte eine Pflegerin so in den Raum hinein: »Leute gibt es, die wollen sich scheiden lassen, sich eine neue Wohnung suchen, einen neuen Bekanntenkreis aufbauen und die Arbeitsstelle wechseln. Alles auf einmal, dabei ist jeder Punkt für sich ein volles Programm.« Ich hörte das und dachte: »Die meint ja dich. Recht hat sie.« Ich nahm mir vor, nichts aufzugeben, verwarf gemäß der Erkenntnis der Schlafentzugsnacht zuerst den Gedanken an Scheidung, dachte über eine neue Basis für unsere Ehe nach.

Folgende Begebenheit half mir weiter: Die Ärzte wollten mich »als Fallbeispiel« für eine Vorlesung an der Universität gewinnen: Auf diese Weise könne ich anderen Menschen sicherlich helfen – so ihr Hinweis. Ich war darüber so erschrocken, dass ich das »Angebot« heftig schluchzend ablehnte. Meine Mitpatienten bestärkten mich in meinem Entschluss. Ich bekam trotz dieser Unterstützung ein schlechtes Gewissen, ging zum Arzt zurück und bot mich für die Vorlesung an. Seine Art zu reagieren, war eine große Überraschung für mich. Er legte den Arm um mich und erwiderte: »Frau Zingler, Sie müssen ›Nein‹ sagen lernen. Ihre Reaktion war richtig, und schauen Sie mal, wir sind Ihnen auch gar nicht böse.« Vor allem, dass man mir nicht böse war, tröstete mich sehr. Mein erstes »Nein« versuchte ich ein wenig später. Richard, ein Mitpatient, wollte mit mir wie so oft in die Stadt gehen. Ich hatte diesmal keine Lust. Erst nach langem Zögern – an das »Nein« denkend, aber ihm nicht »weh« tun wollend – nahm ich allen Mut zusammen und gestand ihm meine Lustlosigkeit ein. Ich hatte wahnsinnige Angst, er würde sich zurückziehen. Seine Reaktion »Macht nichts, gehen wir ein anderes Mal. Ja?« gab mir Mut, diesen Schwachpunkt anzugehen.

Bei der Entlassung gab mein Arzt mir auf den Weg: »Machen Sie kleine und keine großen Schritte, und denken Sie daran, selbst wenn Sie etwas für sich tun, Sie verlieren die Liebe Ihrer Familie nicht.« Ich freute mich auf mein neues Leben, nutzte die Zeit bis zur Arbeitsaufnahme für einen Urlaub mit meinem Mann, war neugierig, wie es weitergeht.

Als ich aus der Klinik entlassen wurde, war ich stabilisiert, aber nicht stabil. Mir war bekannt, wo ich an mir zu arbeiten hatte. Hilfe erhielt ich dazu nicht. Ich nahm mir vor, mein Leben neu einzurichten, suchte zuerst neben Familie und der unbefriedigend gewordenen Berufstätigkeit eine eigene Freizeitaufgabe. Ich wusste, dass dies auf Kosten meiner Familie ging. Da ich aber nicht mehr bereit war, wie vor der Krise, meine Freizeit im ewigen Einerlei zu verbringen, stand mein Entschluss fest, eher die Ehe aufzugeben, als das Ziel, ein anderes Leben zu leben. Ich hoffte, mein Mann würde für die Änderung meiner Lebensweise Verständnis aufbringen. Laienhelferinnen für psychisch kranke Menschen wurden gesucht. Ich fand meinen Freizeitklub, stand als Laien-/Bürgerhelferin vor allem chronisch psychisch kranken Menschen als Gesprächspartnerin zur Verfügung. Bald wurde ich Vorstandsmitglied des Trägervereins, übernahm die Öffentlichkeitsarbeit, kam in die verschiedensten Gremien hinein. Da ich bemerkte, wie viel am wirklichen Bedürfnis der seelisch kranken Menschen vorbei geplant wird, besuchte ich Tagungen, meldete mich zu Wort, fing an, Referate zu halten. Nach vielen Jahren als Einzelkämpferin gründete ich 1991 die »Initiative Psychiatrie-Erfahrener« in Stuttgart, setzte mich für den Zusammenschluss auf Bundes- und Landesebene ein. So wurde mit der Zeit diese Tätigkeit nicht nur zu einem Stück Freiheit, was ich mir während der Krise bereits erträumte, sondern sie gab meinem Leben auch einen neuen Sinn.

Durch Zufall bekam ich »Grundformen der Angst« von Fritz Riemann (1981) in die Hände. Ein Glücksfall, denn nun konnte ich für mich erarbeiten, weshalb der Vorgesetztenwechsel und die damit verbundenen schikanösen Maßnahmen zum Auslöser für meine Krise werden konnte. Mit Hilfe dieses Buches lernte ich, meine »Fehlentwicklung« nachzuvollziehen. Ich begriff, weshalb ich mir während des Jahres der Krankheit meinen Problemlösungsgedanken im Weg stand, mich nicht traute, sie umzusetzen und stattdessen als einzigen Ausweg Scheidung und Selbstmord sah. Nach der Beschreibung von Riemann war mein zentrales Problem »die nicht geglückte ›Eigendrehung‹, die mangelnde Entwicklung des Subjekt-Seins …« Aus der gleichen »Ich-Schwäche« kam ich »weder dazu, starke eigene Impulse, Wünsche, Zielsetzungen zu haben noch« gelang es mir, »in reifer Form die Überforderungen abzulehnen, ja sie überhaupt als solche zu erkennen« »… Depressive Menschen«, so steht

dort, »können schwer ›nein‹ sagen, aus Verlustangst und aus Schuldgefühlen ... Ihnen bleibt nur die Depression oder der unbewusste Streik, wenn ihre Toleranzgrenze überschritten wird, was sie aber nicht von ihren Schuldgefühlen befreit ... Solange sie versuchen, die Angst vor der Ich-Werdung dadurch zu vermeiden, dass sie immer mehr auf ihr Eigen-Sein verzichten, ist die Situation unlösbar. Was hier helfen kann, ist nur das Wagnis, ein eigenständiges Individuum zu werden.« (Riemann 1981, S. 85) Ich las heraus, dass das Verhalten meiner Mutter die »Entwicklung des Subjekt-Seins« verhindert hatte. Es steht dort: »Wenn das Kind in den Augen seiner Mutter ungezogen war – was meist nur hieß, dass es nicht sofort gehorchte, oder etwas tat, was ihr nicht passte – legte sie sich auf das Sofa und ›starb‹ ...« (Riemann 1981, S. 80). Meine Mutter »starb« zwar nicht, sie sagte damals: »Dann ist die Mutti ganz traurig.« Das genügte, um mich von meinem Tun abzuhalten. Auch hatte ich nicht gelernt, zuzugreifen. Laut Riemann ist das Kind »so daran gewohnt, sich zurückzustellen, keine Ansprüche zu haben, daß es auch später immer auf andere ausgerichtet ist und deren Forderungen und Erwartungen zu erfüllen bemüht ist« (Riemann 1981, S. 83). Mir fiel ein, dass ich stets bemüht war, die Menschen um mich herum zufrieden zu stellen. Ich erfüllte ihre Wünsche, Anliegen, Bitten an mich zuverlässig, häufig mich dabei selbst überfordernd. Das »Nein-Sagen« hatte ich nicht gelernt. Zeigte der Hinweis des Arztes mir meine Schwachstelle, so wies Riemann mich auf die Ursache derselben hin. Ich erkannte, dass ich ein Recht auf das »Nein« habe. Die Besucher des Kontaktklubs boten mir reichlich Gelegenheit, es zu üben. Und als ich dann eines Tages hörte »Es heißt, liebe deinen Nächsten wie dich selbst. Es heißt nicht, lieb ihn mehr«, war endgültig der Knoten geplatzt.

Nach Riemann ist mein Mann vor allem den zwanghaften Persönlichkeiten zuzuordnen. Er hat es schwer, einmal gefasste Entschlüsse und Entscheidungen umzuwerfen. Seine Art, an vielen Dingen herumzunörgeln, nennt Riemann die »Aggressionsform Zwanghafter« (Riemann 1981, S. 128). Meine Güte, dachte ich, was habe ich mich abgestrampelt, damit er zufrieden ist. Sogar unsere Tochter habe ich eingespannt, als ich sagte: »Räume auf, Papi kommt gleich heim, damit er nicht schimpft.« Welch ein unsinniger Kraftaufwand. Mir wurde klar, dass ich mich noch so anstrengen kann, sein Herumnörgeln kann ich nicht abstellen. Hier kann nur er selbst

tätig werden. Immer und immer wieder wies ich ihn in den folgenden Jahren darauf hin, wie sinnlos es ist, sich an so vielen Dingen zu reiben. Es dauerte lange, bis er anfing, umzudenken. Seine damalige Art, das Leben zu bewältigen, also das Festhalten an Regeln sowie Prinzipien und Nörgeln, in Kombination mit meinem Bedürfnis, vor allem ihn zufrieden zu stellen, erschwerte die Lösung aus der symbiotischen Beziehung. Umgehend fing ich an, meine Bedürfnisse gegen seine abzugrenzen, überhörte seine »Nörgelei« oder nahm sie lieber in Kauf, als weiterhin zu versuchen, sie zu vermeiden.

Auch die Verhaltensweise meines damaligen Vorgesetzten ist dem zwanghaften Typ zuzuordnen. Laut Riemann haben diese Menschen »immer die Angst, dass alles sofort unsicher, ja chaotisch würde, wenn sie auch nur ein wenig lockerer ließen, dem Andersartigen sich öffneten und nur etwas nachgäben, ... sie sind daher immer darauf bedacht, durch immer mehr Macht, Wissen und Übung dahin zu kommen, daß nicht Ungewolltes und Unvorhergesehenes ›passiert‹ ...« (Riemann 1981, S. 110). Ihre »Aggression ... dient der Macht, und die Macht dient wieder der Aggression« (Riemann 1981, S. 126).

Als ich erkrankte, war ich bereits seit sechs Jahren als Verlagsangestellte tätig und in den ersten drei Jahren zweimal befördert worden. Aufgrund einer Umstrukturierung war ein ehemaliger Kollege seit zwei Jahren mein Vorgesetzter. Er lebte nach dem Motto »Was schert mich mein Geschwätz von gestern« und war erkennbar machtbesessen, brauchte stets ein Opfer. Ich war sein drittes. Er begann, uns die Selbstständigkeit systematisch zu nehmen, ließ sich Briefe zur Zensur vorlegen, unterschlug Korrespondenz, schrieb vor, in welcher Reihenfolge und wie die Arbeit zu erledigen sei, führte Zeitvorgaben ein. Die totale Kontrolle! Fortbildungsmöglichkeiten, z.B. Fachzeitschriften, gab es für uns nicht mehr. Ich setzte mich lange zur Wehr, wandte mich an die Geschäftsleitung und mit einer Beschwerde an den Betriebsrat. Als ich dann – müde geworden – meine Abwehrmaßnahmen einstellte, seinen Weisungen unwidersprochen Folge leistete, kam es zu meinem seelisch bedingten Zusammenbruch.

Ich beschloss, ihm nicht nochmals die Macht einzuräumen, mich in die Arme der Psychiater zu treiben. Und da er ohnehin nur verliehene Macht besaß, war er künftig in meinen Augen ein Nichts. Ich änderte meine Einstellung ihm gegenüber und erzählte mir: »Wenn mich einer ärgern will und ich ärgere mich über ihn, so tue

ich ihm einen Gefallen und nicht mir. Also ärgere ich mich nicht, und so ist der Ärger dort, wo er hingehört, nämlich beim Verursacher.« Es dauerte Jahre, bis ich mich ihm gegenüber unverletzlich gemacht hatte. Es lohnte sich. Ich überstand ohne Rückfall und weitere Behandlung das Jahr nach der Krise, eine darauf folgende fristlose Kündigung, gewann den Kündigungsschutzprozess in zwei Instanzen und habe danach mit Hilfe einer Einigungsstelle den Arbeitsplatz im Verlag gewechselt. Befriedigend ist die Arbeit, für die ich Gehalt beziehe, bis heute nicht. Für mich ist sie nur noch eine Gelderwerbsmöglichkeit.

Die Sätze »Wozu das Ganze noch? Nur für Wandern und Fernsehen?« und die Gedanken »O Gott, o Gott, vierzehn Tage zu Hause! Was machst du denn da nur?« waren die Ausgangspunkte für meine Umorientierung. Hinter diesen Sätzen – so wusste ich es bereits während des Jahres der Suche nach Hilfe – steckte das ganze Elend meines bis dahin gelebten Lebens. Die Freizeitgestaltung war die meines Mannes. Sie engte mein Leben ein, machte es arm, ja langweilig. Ich traute mich nicht, mich davon abzuseilen oder mich gar zur Wehr zu setzen. Und da ich einen zufriedenen Mann haben wollte, überließ ich ihm die Planung der Freizeit. Ich sagte damals: »Wenn du zufrieden bist, bin ich das auch.« Die Gedanken meiner ersten schlaflosen Nacht bedeuteten, dass Arbeit mein Teil der Lebensgestaltung war. Hier konnte ich mich selbst verwirklichen. Als dann mein Vorgesetzter meine Arbeit sinnlos werden ließ, hatte auch mein Leben logischerweise seinen Sinn verloren. Lebte ich bis zur Krise, um zu arbeiten, so arbeite ich nun, um zu leben.

Es ist mir gelungen, ein neues seelisches Gleichgewicht zu erarbeiten. Das war möglich, da ich mir einen Platz außerhalb von Beruf und Familie erobern konnte. Je mehr mir das gelang, umso leichter konnte ich den Anspruch, Erfolg und Erfüllung im Arbeitsleben finden zu wollen, aufgeben.

Appell

Wie mir gelingt es nur etwa einem Drittel der erstmals psychiatrische Behandlung erfahrenden Menschen, keine Rückfälle zu erleiden und damit eine fortführende oder erneute Behandlung zu vermeiden. Bei dem großen Heer der professionellen Helfer und Helferinnen ist das eigentlich nicht zu verstehen. Ich bitte Sie, haben Sie

Geduld und helfen Sie alle mit, dass auch andere die Möglichkeit erhalten, *ihren* Weg zu finden. Geben Sie diesen Menschen die Chance, sie selbst zu werden. Die Angehörigen bitte ich, die Veränderung mit zu tragen. Denken Sie daran, jeder hat das Recht, *sein* Leben zu leben.

Und bitte (!) sagen Sie nicht: Frau Zingler hatte ja *nur* eine Depression. Bei Stimmenhörern usw. kann das *so* nicht funktionieren. Eine derartige Aussage ist sicherlich nicht richtig. Für ein Referat, das ich 1992 hielt, interviewte ich eine Bekannte. Hier ein kurzer Auszug: »Plötzlich, ich war 29 Jahre alt und Studentin der Medizin, hörte ich Stimmen, die mein Verhalten kommentierten und mir sagten, was ich zu tun habe. Die Stimmen verboten mir den Kontakt zu anderen. Sie waren für mich real, und ich kommunizierte mit ihnen. Ich wurde immer unkonzentrierter, bekam Angstzustände und entwickelte ein großes Misstrauen gegen die Bewohner meiner Wohngemeinschaft ... Schlafstörungen stellten sich ein, mein Zustand wurde immer schlimmer. Ich ging in *einen Park* (abweichend vom Original), wo mir die Stimmen befahlen, mich auszuziehen und in den winterlich eisigen Bach zu steigen. Ich fühlte mich wie eine Ente und ließ mich einfach treiben, ich litt an totalem Realitätsverlust. Passanten holten die Polizei, die mich aus dem Wasser herausholte und wegtrug. Erst am nächsten Tag wachte ich in der Klinik auf, mir fehlt ein ganzer Tag ... Ich war schrecklich unruhig. Trotz allem war die Klinik eine Hilfe, ich war gezwungen zu erzählen, was ich erlebt hatte und konnte den Hinweis, dass ich krank sei, annehmen. Ich empfand es allerdings nicht als hilfreich, dass ... niemand sich dafür interessierte, was ich vorher erlebt hatte und was die Stimmen mir sagen wollten. Die Auskunft, dass diese Krankheit unheilbar sei, machte mich nicht froh ... mit meinen Ängsten alleingelassen, wurde ich entlassen ... Mein Studium schaffte ich nicht mehr, Existenzängste stellten sich ein ... und kam bald über den Notarzt (erneut) in die Klinik ... Fragebögen über Persönliches und meine Befindlichkeit füllte ich weisungsgemäß aus, eine Rückmeldung erfolgte nicht ... Jedoch erkannte ich während des Klinkaufenthaltes, dass ich wie bisher nicht weitermachen konnte, das Studium über meine Kräfte ging. Ich fing nach der Entlassung an, meine Kräfte zum Gesunden einzusetzen, entwickelte ein neues Bewusstsein, entledigte mich der bis dahin angesammelten Lebensschlacken und bin seit nunmehr sieben Jahren ohne Rückfall. Hilfe bei der Aufarbei-

tung hatte ich nicht. Ich machte mich allein auf die Suche, wobei meine medizinischen Kenntnisse von Nutzen waren ...« (Zingler 1993, S. 47f.). Sie, ich und viele andere unseres Verbandes sind der Überzeugung, dass es hilfreich ist, nach dem Sinn der Erkrankung zu fahnden, die Gedanken/Gefühle/Stimmen zu interpretieren und die gewonnenen Erkenntnisse zur Umorientierung zu nutzen.

Prof. Dr. med. Eliot Sorel, Präsident der WASP, sagte im letzten Jahr während einer Pressekonferenz in Berlin: »Wir müssen weltweit forschen, wie Heilungsgeschichten funktionieren.« Ein lobenswerter Gedanke! Denn es darf nicht weiterhin hauptsächlich von glücklichen Umständen abhängen, dass jemand dauerhaft sein Leben in den Griff bekommt. Darum bitte ich u.a. den neben mir sitzenden Herrn Prof. Hinderk Emrich: Setzen Sie doch diesen Gedanken umgehend mit uns, den Psychiatrie-Erfahrenen, in die Tat um. Machen Sie – gemäß Ihrer vorherigen Aussage – Tatsachen, von denen wir berichten, zu wissenschaftlichen Faktoren.

Literatur

Riemann, F.: Grundformen der Angst – eine tiefenpsychologische Studie. Ernst Reinhardt Verlag, München 1981

Zingler, U.: Hilfe wider Willen/Der psychiatrische Notfall. In: Beiträge sozialer Arbeit der Diakonie. Bd. 8, Reutlingen, 1993

Einleitung

Niels Pörksen

Die Integration psychisch kranker und behinderter Menschen in die Gesellschaft steht und fällt mit der Frage, ob und wie sie am Arbeitsleben teilnehmen. Ohne Arbeit, ohne sinnvolle Betätigung gegen Entlohnung, ist ein erfülltes Leben für Menschen in unserer Gesellschaft, ob sie behindert sind oder nicht, kaum denkbar. Welche Bedeutung Betätigung für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben hat, das zeigt sich auch in dem hohen Anteil ehrenamtlich tätiger Menschen in allen Bereichen gesellschaftlichen Lebens. In dem neuen Schwerbehindertengesetz, dem Sozialgesetzbuch (SGB) IX, wird deshalb zurecht als übergeordnetes Ziel aller Maßnahmen die »Teilhabe Behinderter am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben« definiert. In der psychiatrischen Versorgung gilt seit den Jahren der Psychiatrie–Enquete als wesentliches Ziel aller Maßnahmen die Teilhabe psychisch Kranker am Leben in der Gesellschaft. Der Kongress »25 Jahre Psychiatrie-Enquete« hat die erheblichen Fortschritte auf dem Wege zum Ziel der Integration markiert, hat jedoch auch deutlich gemacht, wie schwer es ist, in Zeiten hoher Arbeitslosigkeit und zunehmender Leistungsanforderungen an jeden Arbeitnehmer die konkrete Teilhabe aller Behinderten am Arbeitsleben zu realisieren. Maßnahmen der Ergotherapie während ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlung sowie vielfältige Leistungen der Rehabilitation in Beruflichen Trainingszentren (BTZ), in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK), in Behinderten-Werkstätten (WfB), Arbeits- und Zuverdienstprojekten sorgen zwar dafür, dass in nahezu allen Städten und Landkreisen vielfältige Angebote vorgehalten werden. Diese kommen allerdings nur einem Teil der Menschen zugute, die sie brauchen. Bisher gibt es keine klare Vorgaben und Standards, keine verbindlichen Perspektiven in der beruflichen Rehabilitation für psychisch

kranke Menschen, deren »besonderen Bedürfnissen« auch in der beruflichen Eingliederung Rechnung getragen werden muss. Mit dem SGB IX wird ein Weg beschritten, vor Ort in gemeinsamen Servicestellen, die Rehabilitationsmöglichkeiten und deren Finanzierung zu bündeln. Darüber hinaus muss es aber so etwas wie verbindliche Zugänge ins Arbeitsleben geben. Wie das z.B. aussehen kann, was es jetzt schon gibt, was erforderlich ist, das wird derzeit in einem vom Bundesministerium für Arbeit (BMA) veranlassten und von der Aktion Psychisch Kranke durchgeführten mehrjährigen Projekt »Rehabilitation psychisch Kranker« erarbeitet. Auf dem Weg zum Recht auf Arbeit sind wir allerdings erst kleine Schritte vorangekommen, dies wurde im Symposium zum Thema »Von der Beschäftigung zum Recht auf Arbeit« sehr deutlich. In allen nachfolgenden Beiträgen wird allerdings auch klar, wie kreativ und konsequent an dem Ziel »Teilhabe aller psychisch Kranken am Arbeitsleben« gearbeitet wird.

Eine Rückschau auf die Psychiatrie-Enquete und die Empfehlungen der Expertenkommission

Christiane Haerlin

Das Symposium begann mit der Auseinandersetzung mit den Textpassagen, die zum Thema »Von der Beschäftigungstherapie zum Recht auf Arbeit« im Abschlussbericht der Enquete und in den Empfehlungen der Expertenkommission zu finden sind.

Beschäftigung und Arbeit im Abschlussbericht der Enquete

Im Abschlussbericht der Enquete widmet sich das *Kapitel 5 Spezielle rehabilitative Dienste* dem Thema »Beschäftigung und Arbeit«. Hier wurde folgender Grundsatz geprägt:

Alle Leistungen sollten das Ziel haben, die Arbeitsfähigkeit zu erhalten (s. Dtsch. Bundestag 1975, S. 228 bis 233).

Der Beitrag des Abschlussberichtes wurde wie folgt gewertet:

Dem Grundsatz, dass alle Leistungen das Ziel haben sollten, die Arbeitsfähigkeit zu erhalten und herzustellen, ist heute wie damals zuzustimmen. Heute wird deutlich, wie stark die rehabilitative Landschaft sich für psychisch Kranke geöffnet und erweitert hat und dieser Grundsatz wesentlich besser verwirklicht werden kann. Dies wird kenntlich an der folgenden Übersicht:

- Es gab damals viele veraltete Arbeitstherapien in psychiatrischen Großkrankenhäusern und es erstaunt sehr, dass dieser Tatsache nur zwei kleine, eher statistisch orientierte Kapitel (s. Dtsch. Bundestag 1975, Kap. 2.2.3.4.2 Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten S. 133f und Kap. 2.2.4. Arbeits- und Beschäftigungstherapie S. 135f) gewidmet sind. Forderungen nach konzeptionelle Veränderungen fehlen gänzlich.
- Es gab sodann Werkstätten für alle »Behinderte unter einem Dach«, die oftmals keine geeignete Struktur für eine Vielzahl von psychisch Behinderten hatten.
- Die räumlich getrennten Zweigwerkstätten mit modernen und diversifizierten Arbeitsbereichen waren noch nicht konzipiert. Allerdings wurde eine interne, aus heutiger Sicht nicht praktikable Trennung der Behindertengruppen empfohlen. Es galt das Schwerbehindertengesetz von 1974, das umfangreiche beglei-

tende Dienste vorschlug und vom Kausalprinzip abging, weshalb mehr Behinderte berücksichtigt werden konnten.
- Es wurde im Enquete-Bericht mehr Gewicht auf die Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke gelegt, die jedoch noch kaum für psychisch Behinderte geöffnet und geeignet waren. Die Notwendigkeit einer fundierten Ausbildung wurde jedoch schon gesehen.
- Der richtige Gedanke von »beschützten Arbeitsplätzen« wurde wenig konkret beschrieben und, wie wir wissen, in all den Jahren eher in begrenzten Modellen, statt großflächigen strukturellen Lösungen umgesetzt.

Vier Innovationen, die bis heute guten Bestand haben und ausgebaut werden, wurden erst nach der Enquete ins Leben gerufen und in diesem Bericht gar nicht erwähnt:
- Ein »Kind der Psychiatrie-Reform« waren die seit 1980 existierenden Beruflichen Trainingszentren (BTZ) in der Struktur speziell für psychisch Behinderte konzipiert, die den direkten Wiedereinstieg ins Arbeitsleben anstrebten.
- Ein weiteres »Kind der Reformen« war der »Psychosoziale Dienst (PSD), heute »Berufbegleitender Dienst (BBD)«, durch den eine langfristige Begleitung im Arbeitsleben psychisch Behinderter gewährleistet wird.
- Die Selbsthilfefirmen, jetzt Integrationsfirmen, sind oft als emanzipatorisches Gegenbild zu den Anstaltsarbeitstherapien gesehen worden. Sie bilden heute an vielen Orten die Hoffnungsträger für eine »Teilhabe am normalen gesellschaftlichen Leben« unter gewissen schützenden Rahmenbedingungen.
- Außerdem war im Enquete-Bericht von den »Rehabilitationseinrichtungen psychisch Kranker (RPK)«, die Brücken zwischen medizinischer und berufliche Rehabilitation darstellen, noch keine Rede.

Diese Bausteine haben einen deutlichen Fortschritt in der beruflichen Rehabilitation und Integration gebracht.

Beschäftigung und Arbeit in den Empfehlungen der Expertenkommission

In den Empfehlungen der Expertenkommission (1988) wurde im *Kapitel C. 8 Arbeit und berufliche Rehabilitation* (BMG 1988, S. 341–77) auf das Thema eingegangen.

Während die Textteile der Enquete weitgehend der Vergangenheit angehören, wirken die 1988 auf über dreißig Seiten verfassten Empfehlungen der Expertenkommission, die auf den Erfahrungen des Modellprogramms fußen, ganz aktuell. Es werden sowohl die Entwicklungen seit der Enquete aufgezeigt mit dem inzwischen erreichten Ist-Stand als auch wünschenswerte Rahmenbedingungen und Voraussetzungen beschrieben.

Hier wurden Prinzipien der beruflichen Integration ausbuchstabiert, die bis heute gültig sind und sich in dem Leitsatz konzentrieren:

Keine Erprobung ohne Förderung, keine Förderung ohne dauerhafte Beschäftigung! (s. BMG 1988, S. 372)

Die Schritte dahin, vor allem im kommunalen ambulanten System mit Versorgungsverpflichtung werden mit einer detaillierte Prioritätenliste versehen. Wir sind heute noch damit beschäftigt diese abzuarbeiten.

Als Positivbilanz lässt sich festhalten, was inzwischen, z.T. sogar als Netz, entstanden ist:
1. Die neuen Zweigwerkstätten für psychisch Behinderte
2. Die Tagesstätten mit arbeitsähnlichen Strukturen
3. Die Integrationsfirmen
4. Die Beruflichen Trainingszentren
5. Die Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke

Hinzu kommt die Öffnung der Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke und weiterer Bildungsträger, die sogar sehr gerne Maßnahmen für psychisch Behinderte auflegen, da diese Zielgruppe in der rehabilitativen Landschaft immer noch anwächst. Kritisch anzumerken sind jedoch verschiedene Aspekte, die damals zwar gesehen wurden, sich jedoch bis zum heutigen Tage schwer umsetzen lassen:
1. Die begleitende, langfristige berufliche Beratung, die nicht nur während der Phase der Begleitung am Arbeitsplatz, die vom BBD

erbracht wird, stattfinden sollte. Denn es geht darum, auch während weiterer Krisen und Krankheitsphasen, erneuter Rehabilitationsphasen und Arbeitslosigkeit für die Integration in die Arbeit ein kontinuierliches Case Management anzubieten.

2. Die frühzeitige Rehabilitationsplanung muss bereits während der stationären Behandlung auf einer fundierten Diagnostik basieren. Diagnostische Abklärung und Beratung weisen in der Arbeitstherapie noch große Mängel auf. Kein Wunder ist es, wenn deshalb nach der Entlassung immer wieder »Löcher« entstehen, die oft zur Neuerkrankung beitragen. Das notwendige Instrument muss weit flexibler sein, als dies die Institution RPK leisten kann. Es handelt sich hier um eine Gemeinschaftsleistung, eine auf die einzelnen Patientinnen bezogene Verzahnung von psychiatrischen und rehabilitativen Leistungen.
3. Auf der Ebene der Fachgremien hat sich nur im Rheinland ein flächendeckendes Netz von regionalen »Gremien Rehabilitation und Arbeit« gebildet, das sowohl für individuelles Case Management als auch, noch wichtiger für die Steuerung der Wege zwischen den Diensten sorgt. Diese Gremien zeigen u.a. Versorgungslücken auf, versuchen diese, in die sozialpolitische Entscheidungsebene zu bringen und dafür zu sorgen, dass fehlende Angebote aufgebaut werden.
   Auf dieser Ebene ist es wichtig, nicht nur nach Institutionen und deren Angeboten zu gehen, sondern eine »funktionale Betrachtungsweise« zu entwickeln. Der Expertenbericht tut dies auf S. 371 im Ansatz. Heute wissen wir, dass wir wesentlich präziser fragen müssen: »Was benötigen die psychisch Kranken und Behinderten einer Region – auch jene, die noch nicht in die Gunst der vorhandenen Einrichtungen gekommen sind.«
   Dafür ist es notwendig eine neue Sichtweise/Matrix über die Region zu legen und sich Rechenschaft abzulegen, jenseits der vorhandenen Institutionen, welche rehabilitativen Angebote bereits da sind, welche zu verbessern sind, welche fehlen und aufgebaut werden müssen.
4. Letztendlich fehlt eine Steuerung der Angebote der beruflichen Rehabilitation und Arbeit auf kommunaler Ebene: Je vielfältiger die Angebots- und Trägerlandschaft wird, desto wichtiger muss auf der Ebene der Kostenträger und Sozialpolitik ein Planungs- und Steuerungsgremium vorhanden sein, dem Fachgremien und Dienste zuarbeiten und das für eine Region den Rahmen der notwendigen Entwicklung im Bereich der beruflichen Rehabilitation und Arbeit mit langfristigen Perspektiven setzt.

Dies ist eine der schwierigsten Aufgaben der nächsten Jahre. Es gibt Meinungen, dass im neuen SGB IX ein Teil der Aufgaben durch die neuen Service-Stellen erfüllt werden. Wir werden dies sehen und bei einer erneuten Bilanz in einigen Jahren mehr wissen.

Literatur

Deutscher Bundestag (Hrsg.): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bonner Universitäts-Buchdruckerei. Bonn 1975

Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. Bonn 1988

Mensch und Arbeit

Wolfgang Krahl

Arbeit ist in Deutschland ein Begriff, über den sich unsere Gesellschaft wesentlich definiert. *Wertarbeit*, ein Wort, das fast synonym mit Deutschland ist, kann man nicht ohne Schwierigkeiten in eine andere Sprache übersetzen. Eine Gesellschaft, die der Arbeit einen solchen Stellenwert zuschreibt, übernimmt damit aber auch die Verantwortung, Arbeit zur Verfügung zu stellen. In letzter Zeit kursiert das Schlagwort der »Gesellschaftsarbeit«, häufig verstanden im Sinn von ehrenamtlicher Arbeit. Diese kann erst Sinn machen nach bezahlter Arbeit. »Gesellschaftsarbeit« darf nicht als Alibi dienen, die Forderung nach bezahlter Arbeit für alle aufzugeben. Bezahlte Arbeit gibt durch Einkommen wirtschaftliche Unabhängigkeit und Freiheit, ein Arbeitsplatz ermöglicht die Aufnahme von sozialen Beziehungen. Arbeit gibt der Zeit Struktur, damit erst kann als Gegensatz von Arbeitszeit – Freizeit entstehen. Beide verhalten sich wie zwei Seiten einer Medaille, die eine ist nicht ohne die andere denkbar. Dadurch wird auch erklärbar, warum sich Menschen ohne Arbeitsplatz im Allgemeinen schwer damit tun, Freizeitangebote wahrzunehmen. Eine Schwierigkeit, die jeder Sozialarbeiter, jede Sozialarbeiterin kennt, der Wohneinrichtungen betreut, in denen die Bewohnerinnen und Bewohner keinen Arbeitsplatz haben. Erinnert sei hier auch an die große Arbeitslosigkeit in den dreißiger Jahren und an die Untersuchungen der Arbeitslosen von Marienthal. Neben der wirtschaftlichen Not und vielen anderen Problemen wurde dabei auch eine Änderung des Freizeitverhaltens beobachtet. Trotz kostenlosem Angebot der Bücherei und Aktivitäten in Vereinen wurden diese Angebote nicht mehr wahrgenommen. Obwohl mehr als genügend Zeit vorhanden war, verarmte das soziale Leben insgesamt. Wenn ein Leben ohne Arbeit schon für gesunde Menschen zu solchen Konsequenzen führt, wie viel mehr dann für Menschen mit psychischen Behinderungen. Psychische Krankheit bedeutet neben dem Leiden an der Krankheit häufig auch den Verlust des Arbeitsplatzes und damit der Sozialbeziehungen, die ein solcher Arbeitsplatz bietet. Neben ökonomischen und sozialen Einbußen leidet auch das Selbstwertgefühl – besonders in einer Gesellschaft wie der unseren. Die Wichtigkeit von bezahlter Arbeit auch für den

Gesunderhaltungsprozess von psychisch Kranken ist lange bekannt und wird immer wieder durch wissenschaftliche Untersuchungen bestätigt. Es wird jedoch zu wenig getan, um Betroffenen eine Chance auf bezahlte Arbeit zu geben. Arbeitgeber zahlen lieber eine Ausgleichsabgabe, als Behinderte in Betrieben einzustellen. Auch bei fast vier Millionen Arbeitslosen darf psychosoziale Rehabilitation die Forderung nach bezahlter Arbeit nicht ausschließen und sich lediglich mit Fragen nach Wohnen und Freizeit beschäftigen. Lebensqualität wird in unserem Kulturkreis wesentlich über Arbeit bestimmt. Zwei Projekte an denen ich mitbeteiligt war, haben mir den Stellenwert von Arbeit in der psychosozialen Rehabilitation besonders deutlich gemacht. Von 1978 bis 1981 hatte ich die einmalige Gelegenheit, in Malaysia psychiatrisch tätig zu sein. Damals wurde in Malaysias größtem psychiatrischen Krankenhaus ein Rehabilitationsprogramm für stationäre psychisch kranke Männer begonnen, mit dem Ziel, die Patienten wieder in die Gemeinde zu integrieren. Zu diesem Zeitpunkt arbeitete die Hälfte der Bevölkerung Malaysias in der Landwirtschaft und es bot sich an, Arbeitsplätze in diesem Sektor zu vermitteln. Relativ einfach war es, technische Fähigkeiten mit den Patienten einzuüben. Wesentlich schwieriger war es, Residualsymptome und Symptome, die durch die lange Hospitalisierung entstanden waren, anzugehen. Zwischen 1978 und 1981 konnten wir 41 chronisch schizophrene Patienten in die Gemeinde entlassen, diese hatten ein Durchschnittsalter von 41,5 ± 7,8 Jahren und waren 11,5 ± 8,5 Jahre hospitalisiert. Eine Nachuntersuchung sechzehn Jahre später zeigte, dass sechsundzwanzig (63 %) der ehemaligen Patienten fünf Jahre oder länger außerhalb der Klinik lebten und in der Lage waren, ihren Lebensunterhalt selbst zu verdienen, wichtig in einem Land, in dem es keine Sozialhilfe gibt.

Bei der jahrelangen Mitarbeit in arbeitsorientierter Rehabilitation psychisch Kranker habe ich gelernt, dass nicht alles was an schönen Rehabilitationsmodellen ausgedacht wird, auch für jedes Individuum passt. Wer kommt schon auf die Idee, das Handlesen eine Arbeitsalternative sein kann – wenn auch in einer Nische? Dieser ehemalige Langzeitpatient aus Malaysia, bei dem die Mitarbeit im Farmprojekt nicht so funktionierte, wie wir es uns vorstellten »erfand« seinen eigenen Arbeitsplatz. Er fuhr morgens mit seinem Fahrrad zu einem großen, fächerförmigen Baum, baute dort Tisch und Reklametafel auf und wartete auf Kunden, die meist nicht lange auf

sich warten ließen. Er ließ sich deren Hand zeigen und las dann Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft – gab Lebensberatung. Diese Arbeit gab ihm Tagesstruktur, soziale Kontakte mit seinen Klientinnen und Klienten und ein gutes Einkommen. Er war stolz auf seine Arbeit, kamen doch verschiedene Klientinnen und Klienten immer wieder, um sich Rat und Voraussagen zu holen. Encik Gembira hatte seinen Arbeitsplatz erfunden.

Wir führen die guten Rehabilitationsergebnisse in Malaysia darauf zurück, dass zu Beginn des Rehabilitationsprogrammes eine günstige Arbeitsmarktsituation mit passenden Arbeitsstellen für unsere Patienten bestand. Arbeitgeber konnten ermutigt werden, entlassene Patienten anzustellen. Zum anderen ermöglichte das nationale malaysische Gesundheitssystem eine kontinuierliche psychosoziale und medizinische Nachsorge. Um ähnlich gute Ergebnisse in industrialisierten Ländern zu erhalten, wäre es notwendig, dass eine kontinuierliche Betreuung von chronischen Patientinnen gewährleistet wird und das entsprechende Tätigkeiten für psychisch Behinderte gesucht oder geschaffen werden. Das härteste Erfolgskriterium für eine erfolgreiche Behandlung und Rehabilitation von psychische Kranken ist meines Erachtens der Nachweis einer bezahlten Arbeit. Dieses Kriterium wird aber nur selten gefordert und noch seltener erfüllt. Ein solches Kriterium weist nicht nur dem Individuum, sondern auch der Gesellschaft Verantwortung zu.

Meine zweite wesentliche Erfahrung in Hinblick auf den Stellenwert von Arbeit bei der psychosozialen Rehabilitation verdanke ich der Selbsthilfefirma »Irseer Kreis Versand«, bei der ich schon in der Gründungsphase involviert war. In Deutschland ist es heutzutage für einen Menschen, der an einer psychischen Erkrankung leidet oder litt und im Zusammenhang mit der Erkrankung seinen Arbeitsplatz verlor, schwer wieder einen Arbeitsplatz zu finden. Um den Zugang zu Arbeitsplätzen zu erleichtern wurde 1989 der »Irseer Kreis Versand« gegründet. Diese Firma, die Artikel für Beschäftigungstherapie, Schulen, Kindergärten, Altenzentren, Volkshochschulen und Privatpersonen versendet, begann zunächst die Arbeit mit sieben Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen, davon waren fünf Psychiatrie-Erfahrene. Heute hat die Firma insgesamt 26 Mitarbeiterinnen, davon sind 18 Psychiatrie-Erfahrene. Sieben dieser Mitarbeiterinnen arbeiten Vollzeit, vier in Teilzeit und sieben sind im Zuerwerb beschäftigt. Die Firma bietet weiterhin fünf bis sechs Arbeitstrainingsplätze für die Arbeitstherapie des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren an. Des Weiteren stellt die Firma gelegentlich Praktikumsplätze für die Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke (RPK) Kempten bereit. Die Finanzierung der Integrationsfirma erfolgt zu 90 % aus Erträgen des Versandhandels. Mit Ausnahme eines EU-Projektes erhält die Firma keine Finanzmittel, die nicht auch jedem anderen Arbeitgeber bei Beschäftigung von Schwerbehinderten zustehen. Die Integrationsfirma hatte im Jahre 1999 einen Umsatz von 3,4 Millionen Mark, im Jahre 2000 ist zu erwarten, dass diese Zahl noch übertroffen wird.

Um die subjektive Seite und den Stellenwert der Arbeit in einer Firma darzustellen seien hier Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des »Irseer Kreis Versand« zitiert:

»Gott, also ich war in der Situation, dass ich vorher arbeitslos war, hatte aber schon ein langes Berufsleben hinter mir, hatte aber immer sehr große Probleme an meinen Arbeitsplätzen, weil ich halt nicht so leistungsfähig war und auch nicht erfolgreich. Und deswegen war ich immer auf der Suche nach einer Nische, wo ich meinen Fähigkeiten und meinen Kräften entsprechend ein Einsatzgebiet finden konnte. Und das habe ich hier gefunden.«

»Ich habe von 1983 bis 1989 viele psychiatrische Aufenthalte gehabt, habe während der Zeit, nachdem ich meine Ersparnisse aufgebraucht hatte, von der Sozialhilfe gelebt. Nachdem ich dann 1989 in die Werkstatt für psychisch Behinderte gekommen bin, habe ich weiterhin nur Sozialhilfe bezogen und eine kleine Belohnung von 180,- bis 220,- DM zusätzlich. Ja und nachdem ich in den Irseer Kreis gekommen bin, ging das mit dem richtigen, normalen Verdienen an. Auf bescheidenem Niveau startete das und inzwischen sind wir bei recht stattlichen Beträgen. Wir werden tariflich bezahlt. Jeder von uns der hier ganztags beschäftigt ist, kann davon leben, teilweise sein Auto davon unterhalten. Sozialhilfe bezieht keiner mehr, einige haben eine Teilrente.«

»Ich war total orientierungslos, habe mir meinen Arbeitsplatz ganz mühsam erobern müssen und habe aber innerlich ein großes Aufatmen gehabt. Es war für mich eine viel menschlichere Atmosphäre als an vielen anderen Arbeitsplätzen, die ich gehabt habe. Es hat mir sehr viel Spaß gemacht, weil ich das erste Mal das fühlte, dass ich ein ausgewogenes Verhältnis an Bewegung, geistiger und sitzender Tätigkeit habe. Und dann auch die Kontakte, also es war sehr gut.«

»Nachdem ich hier fest eingestellt war, habe ich sofort dieses Gefühl

gehabt, einen richtig normal anerkannten Arbeitsplatz zu haben, weil er ja auch richtig nach Tarif bezahlt wird. Die Selbstbestätigung, die man hatte, eine richtige Arbeit zu haben und nicht mehr von der Sozialhilfe zu leben, das war schon beachtlich.«

»Ich bin in den sechs Jahren, in denen ich hier bin, abgesehen von einer kleinen Ausrutschergeschichte letztes Jahr, nicht wieder erkrankt und ich denke mir, dass ein wichtiger Faktor eben in dieser Arbeit besteht, zumal ich ja in den sechs Jahren davor 13 oder 14 mal stationäre psychiatrische Aufenthalte hatte. Ich glaube, ich bin im Ansehen bei meinen wenigen Freunden dadurch ein bisschen gestiegen, dass ich eine voll bezahlte Stelle habe, die nicht am untersten Rand der sozialen Rangleiter steht, also wir machen ja was Sinnvolles, wirtschaftlich Erfolgreiches.«

»Ich habe wenig Kontakte und ich kann halt dazu sagen, dass es schon anerkannt wird, dass man arbeitet. Aber die meisten denken, da geht es locker zu, das ist keine richtige Arbeit. Dem ist aber nicht so, wir müssen unsere Leistung hier bringen und es gibt auch Phasen, wo es Stress gibt.«

»Also, das Betriebsklima ist im Großen und Ganzen recht gut, wobei es doch einen Unterschied zwischen psychisch behinderten und nicht psychisch behinderten Angestellten gibt. Es ist doch eine gewisse Grenze vorhanden und mein Gott, unser Projektleiter der W.M. ist ziemlich autoritär, also er hat sehr menschliche Züge, er ist sehr großzügig und sozial sehr engagiert, aber er sieht das dann auch oft von der Betriebsseite her.«

»Ich denke, wir haben hier auch verschiedene Krankheitsbilder vertreten und wenn es einem schlecht geht und man ist sehr sensibel, dann kann einen das einen auch sehr mitnehmen und auch belasten, also ich merk' das schon. Und ich denke, das ist halt der Preis, damit leben wir.«

»Ich finde den Irseer Kreis einen sozial außergewöhnlichen Betrieb, sehr fördernd für die soziale Intelligenz«

Die gegenwärtige Globalisierung vernichtet Arbeitsplätze nicht nur bei uns, sondern noch mehr in den wirtschaftlich benachteiligten Regionen dieser Welt. Dem Modell der Globalisierung das nur *Shareholder-Values*[1] gelten lässt, muss ein Modell der Globalisierung entgegengestellt werden, das auch *Careholder-Values*[2] beinhaltet. Es nützt nichts, die Globalisierung zu beklagen, sie ist nicht rückgängig zu machen. Die Chancen liegen in einem Austausch von Erfahrungen, bisher auf europäischer Ebene in den »Horizon Projekten« verwirklicht. Nur wenn Globalisierung Austausch, aber nicht Ausplünderung bedeutet, werden auch benachteiligte Gruppen an der Globalisierung profitieren können. Für eine gerechte Verteilung von Arbeit und damit auch Einkommen werden weiterhin die lokalen Mitspieler entscheidend sein: die Unternehmen, die Kommunen, Verbände, Bürgerorganisationen etc. Der Nobelpreisträger 1998 für Wirtschaft, der Inder Amartya Sen, sieht eine »gerechte Verteilung von Handlungsmöglichkeiten« als wesentliche Voraussetzung einer gesunden wirtschaftlichen Entwicklung an. Neben politischen Vorgaben sind auch Mut und Fantasie gefragt, die neue Modelle der Arbeit konzipiert, die Nischen entdeckt und schafft, um für alle einen Platz in einer neuen Arbeitswelt zu garantieren.

Wir alle wissen, dass Menschen mit Behinderungen, seien sie körperlicher oder seelischer Art, arbeiten können und wollen. Nicht nur Freiheit heilt, sondern Freiheit ergibt sich auch aus Arbeit, aus selbstgewählter, selbstbestimmter Arbeit. Arbeit gibt Lebensinhalte, Hoffnung, Selbstwertgefühl, Autonomie im wirtschaftlichen wie auch im persönlichen Sinn.

1 *Shareholder-Value:* Nur an der Gewinnmaximierung für Aktionäre orientierte Einstellung von Unternehmen.

2 *Careholder-Value:* Einstellung, die auch die soziale Sorge (care) um Mitarbeiter und gesellschaftliche Belange einschließt.

Maßnahmen beruflicher Frührehabilitation in der psychiatrischen Klinik

Gerhard Längle

Die Bedeutung von Arbeit für vielfältige Aspekte der Lebensgestaltung ist unbestritten und an vielen Stellen ausgeführt (Jahoda 1983, Hinker 1997). Auch ihre besondere Bedeutung für die Gruppe der psychisch Kranken und Behinderten ist vielfach diskutiert (Längle 1999). Im Verlauf der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten in der psychiatrischen Klinik stellt sich daher regelhaft die Frage nach der beruflichen Zukunft. Besondere Bedeutung gewinnt dieses Thema bei einer schweren Akuterkrankung oder bei wiederholter stationärer Behandlung im Rahmen eines chronischen Krankheitsverlaufes. Die Beratung und Begleitung der Patientinnen bei der Planung beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen ist dann Aufgabe des gesamten therapeutischen Teams. Die Ausgangssituation ist allerdings ungünstig, denn die Basis gesicherten Wissens, auf die sich das Team stützen kann, ist schmal. Die Unsicherheit beginnt bereits bei der Definition des Rehabilitationsziels: Es gibt keine klaren Kriterien anhand derer mit der Patientin gemeinsam entschieden werden könnte, ob in ihrem speziellen Falle die Wiedereingliederung am alten Arbeitsplatz, ein Arbeitsplatz auf dem zweiten Arbeitsmarkt oder in der Werkstatt für Behinderte, eine berufliche Neuorientierung im Rahmen eines Berufsförderungswerkes oder die Berentung auf Zeit die angemessene langfristige Zielsetzung darstellt.

Trotz ermutigender Ansätze, wie der Arbeit von Reker (1998), fehlt es an wissenschaftlichen Untersuchungen, die für eine solche Entscheidung eine zuverlässige Grundlage liefern könnten. Gesichert ist lediglich, dass Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation so früh wie möglich beginnen sollten. Womit aber zu beginnen ist, welche Maßnahmen als Erste zu ergreifen sind, ist ebenfalls unklar. Die oft beschriebenen Phasenmodelle (z.B. in Bühler 1998) täuschen einen geradlinigen, planbaren Rehabilitationsverlauf vor, der dem realen Verlauf einer psychischen Erkrankung nicht gerecht wird (vgl. Längle 1999). Es gibt bisher keine Kriterien für eine differenzielle Indikationsstellung für die eine oder andere berufliche Rehabilitationsmaßnahme. Eine Zuweisung zur »stufenweisen Wiedereingliederung«, in ein Berufsförderungswerk, in das Berufliche Trainingszentrum, in den Trainingsbereich der Werkstatt für Behinderte oder in ein Schnupperpraktikum erfolgt in der Regel anhand der persönlichen Erfahrung der Therapeutinnen und Beraterinnen und ist oft eher orientiert am Angebot in der Region als am Bedarf der einzelnen Patientinnen.

Auch hier gibt es im Rahmen wissenschaftlicher Untersuchungen erste ermutigende Ansätze, wie z.B. das MELBA-Konzept (BMA 1997) oder die Ergebnisse der Arbeitsgruppe in Osnabrück (Wiedl et al. 1998), ohne dass dadurch bereits eine empirisch gesicherte Grundlage für unser Zuweisungsverhalten zu den verschiedenen Maßnahmearten zur Verfügung stünde. Woran können sich Patientinnen und therapeutisches Team in der Klinik also halten? Wie kann man das Thema »Arbeitswelt« in angemessener Form in die klinische Behandlung einbeziehen? Wie sind Patientinnen und Therapeutinnen zu Entscheidungen zur Rehabilitationsplanung zu befähigen? Wie kann man das, was man tut, auf eine empirisch abgesicherte Basis stellen?

Im Folgenden sollen beispielhaft drei unterschiedliche Konzepte dargestellt werden, die sich mit diesem Problem auseinander setzen und seit einiger Zeit erprobt werden. Dabei soll einerseits die Maßnahme selbst, der angestrebte Effekt, als auch die Möglichkeit, diesen wissenschaftlich zu überprüfen, betrachtet werden. In die Literaturliste ist weiterführende Literatur zu den einzelnen Konzepten aufgenommen.

Die traditionelle Ergotherapie und Arbeitstherapie werde ich im Folgenden nicht berücksichtigen, da sie seit Jahrzehnten in den psychiatrischen Kliniken etabliert und andernorts ausführlich dargestellt ist (z.B. Oberle 1998).

Das erste Konzept: Gezieltes defizitorientiertes Leistungstraining

Im Mittelpunkt dieses Konzeptes steht das gezielte Training von Fähigkeiten, für die ein Defizit bei einzelnen Patientinnen oder bei einer Diagnosegruppe (z.B. Patientinnen mit Schizophrenie) festgestellt wurde (Vauth et al. 2000). Vorgeschaltet ist häufig eine differenzierte Testdiagnostik zur Identifikation der Leistungsdefizite. Das Training selbst kann verschiedene Formen annehmen und beispielsweise als standardisiertes computergestütztes Konzentrationstraining

oder als manualisiertes soziales Wahrnehmungstraining in der Gruppe durchgeführt werden (Übersicht z.B. in Giebeler 1998). Trainingsziel ist die Verbesserung der jeweiligen Fähigkeit.

Da diese Maßnahmen, die häufig in Händen von Psychologinnen liegen, stark dem Ideal eines Laborexperimentes angenähert sind, sind die direkten Effekte der Maßnahme gut messbar. Schwer zu überprüfen und deswegen noch ungeklärt ist, inwieweit die verbesserten Fähigkeiten sich in der realen Arbeitswelt als alltagsstabil erweisen.

Das zweite Konzept: Berufsbezogenes Training von Fähigkeiten

Beispielhaft für das zweite Konzept kann das »Arbeitsdiagnostische Zentrum« des NLKH Osnabrück mit seinem »Intensivtraining« genannt werden, das sowohl von Patientinnen der RPK-Einrichtung vor Ort, als auch von Patientinnen der Klinik als Sonderform der Arbeitstherapie genutzt wird. In den Sparten Büro/EDV, Holzwerkstatt und Grafik/Gestaltung werden von den Patientinnen selbständig schriftlich festgelegte Aufgaben bearbeitet. Die Aufgaben beginnen mit einfachem Schwierigkeitsgrad und steigern sich im Laufe des Programms. Hilfen werden in Form von Manualen oder Nachschlagewerken vorgehalten, das therapeutische Personal soll nur in Ausnahmefällen befragt werden. Ziel ist es, in einem arbeitsweltähnlichen Milieu anhand berufspraktischer Aufgaben, die eigenen arbeitsrelevanten Fähigkeiten zu trainieren. Die Selbst- und Fremdeinschätzung der Fähigkeiten, die in diesem Rahmen entsteht, dient als Grundlage für die weitere Rehabilitationsplanung. Begleitend zur Maßnahme werden in enger Zusammenarbeit mit der Universität leistungsdiagnostische Verfahren eingesetzt und weiterentwickelt (Wiedl et al 1998). Eine abschließende Einschätzung, ob die erworbenen Fähigkeiten auch im Arbeitsalltag einzusetzen sind, ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht möglich.

Das dritte Konzept: Training in der Arbeitswelt, der Therapeutische Arbeitsversuch

Das Modell des »Therapeutischen Arbeitsversuches« wird in Tübingen seit ca. zehn Jahren durchgeführt (Längle et al. 1997 und 2000), ein ähnliches Projekt existiert in Mannheim seit vielen Jahren (Bailer

et al. 1998). Die Patientinnen gehen für zwei bis vier Stunden pro Tag an einen Arbeitsplatz, der zuvor gemeinsam mit dem Sozialdienst der Klinik ausgewählt wurde. Die Arbeitsplätze können in Handwerksbetrieben, im Dienstleistungsbereich, im Handel oder in Eigenbetrieben der Universität oder des Großklinikums angesiedelt sein. Die Patientin wird im Betrieb wie eine Praktikantin geführt, ist aber weiterhin in voll- oder teilstationärer Behandlung.

Die Patientinnen nehmen auf diese Weise für einige Stunden am Tag einen Rollenwechsel vor, sind nicht Patientinnen, sondern Mitarbeiterinnen. Sie finden sich, wenn auch mit reduzierten Anforderungen, in der normalen Arbeitswelt wieder. Die Anforderungen dort sind komplex, nicht spezifisch auf die individuelle Leistungsfähigkeit zugeschnitten, und nicht immer vorhersehbar. Die Patientinnen berichten über eine verbesserte Fähigkeit zur Selbsteinschätzung, die Steigerung des Selbstvertrauens und zunehmende Bereitschaft, Rehabilitationsmaßnahmen zu planen. Eine Sonderform dieser Maßnahme ist die so genannte »stufenweise Wiedereingliederung« für Patientinnen, die einen Arbeitsplatz haben und in derselben Form noch während des Klinikaufenthaltes stundenweise in ihrem Betrieb arbeiten können. Der »Therapeutische Arbeitsversuch« wird seit einigen Jahren wissenschaftlich begleitet (Längle et al. 2000), die bisherigen Ergebnisse sind ermutigend. Bei der Evaluation einer solch komplexen, unspezifischen Maßnahme finden sich jedoch alle methodischen Probleme der sozialpsychiatrischen Feldforschung wieder, so dass eine abschließende Bewertung der Effekte ebenfalls noch nicht möglich ist.

Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich festhalten:

1. Die Festlegung von Rehabilitationszielen sowie die Planung von Rehabilitationsmaßnahmen am Ende der stationären Behandlung erfolgt auf der Basis therapeutischer Erfahrung. Wissenschaftlich abgesicherte Kriterien für eine differenzielle Indikationsstellung und eine daraus resultierende Zuweisung zu den Maßnahmen existieren erst in Ansätzen.
2. Um Voraussetzungen für eine frühzeitig beginnende berufliche Rehabilitation zu schaffen, werden während der stationären Behandlung unterschiedliche Wege beschritten:

- Leistungsdefizite werden durch gezielte Maßnahmen verbessert, in der Hoffnung auf eine Generalisierung der Effekte auf andere Leistungsbereiche in der poststationären Behandlungsphase. Das standardisiert erfasste Leistungsprofil dient als Anhaltspunkt für die Rehabilitationsplanung.
  Vorteil: Die Maßnahme ist problemlos zu installieren und relativ einfach zu beforschen.
  Nachteil: Die Relevanz für das Alltagsleben ist ungeklärt
- Die selbst gesteuerte Lösung von komplexen Aufgaben, die an den Anforderungen in der Arbeitswelt orientiert sind, soll die arbeitsrelevanten Fähigkeiten verbessern. Die begleitend durchgeführte »Prozessdiagnostik« ist Grundlage für die weitere Rehabilitationsplanung.
  Vorteil: Die Maßnahme ist kliniknah, manualisiert, die Bedingungen sind gut kontrollierbar.
  Nachteil: Die Effekte sind nicht einfach zu erfassen; ob die Übertragung auf die reale Arbeitswelt gelingt ist unklar.
- Die arbeitsrelevanten Fähigkeiten werden in der realen Arbeitswelt trainiert. Die Rehabilitationsplanung erfolgt aufbauend auf den eigenen Erfahrungen der Patientinnen.
  Vorteil: Während der Maßnahme herrschen alltagsidentische Anforderungen.
  Nachteil: Es handelt sich um eine unspezifische Komplexmaßnahme, daher ist die Evaluation erschwert.

Eine Klärung der Effekte des zweiten und dritten Maßnahmetyps kann von einer breit angelegten multizentrischen Studie im Rahmen des »Kompetenznetzwerkes Schizophrenie«, gefördert durch das BMBF, erwartet werden, die derzeit in Tübingen, Mannheim, Osnabrück, Hannover und Düsseldorf durchgeführt wird.

Wir hoffen, in ein paar Jahren zumindest für die schizophrenen Patientinnen und Patienten zu wissen, welche der verschiedenen Maßnahmen während der Klinikbehandlung für welche Gruppen von Patientinnen und Patienten besonders geeignet sind, und welche Hilfen für die Rehabilitationsplanung davon zu erwarten sind.

Literatur

Bailer J, Waschkowski H, Müller-Bischof Ch, Rey E: Konzepte und Ergebnisse zur beruflichen Reintegration chronisch psychisch Kranker. Prax Klin Verhaltensmed und Rehabil 42/1998: 61–70

Bühler A: Wege der beruflichen Integration für psychisch behinderte Menschen In: Mauthe HJ (Hrsg.) Rehabilitationspsychiatrie. Enke Stuttgart 1998

Bundesministerium für Arbeit und **Sozialordnung** (Hrsg.): MELBA – Psychologische Merkmalsprofile zur Eingliederung Behinderter in Arbeit. Forschungsbericht Nr. 259. Stollfuß Bonn 1997

Giebeler U: Kognitive Therapieverfahren bei schizophren Erkrankten. In: Mauthe HJ (Hrsg.) Rehabilitationspsychiatrie. Enke Stuttgart 1998

Hinker N: Arbeit als anthopologisches Moment. In: Hartmeier N, Hinker N, Winter M: Die Bedeutung des therapeutischen Arbeitsversuches. Tübingen 1997

Jahoda M: Wie viel Arbeit braucht der Mensch? Arbeit und Arbeitslosigkeit Im 20. Jahrhundert. Weinheim 1983

Längle G: Besonderheiten in der Rehabilitation psychisch Kranker. In: Längle G, Welte W, Buchkremer G (Hrsg.): Arbeitsrehabilitation im Wandel. Stand und Perspektiven der Integration psychisch Kranker und geistig behinderter Menschen. Attempto Tübingen 1999

Längle G, Welte W: Arbeit für psychisch Kranke, ein zentrales Thema der Rehabilitation psychisch Kranker, Krankenhauspsychiatrie 8/1997: 62–67

Längle G, Köster M, Mayenberger M, Günthner A: Der Therapeutische Arbeitsversuch: Eine Annäherung an die rbeitswelt für Psychiatriepatienten. Psychiatr Prax 27/2000: 176–182

Oberle S: Rehabilitationspsychiatrie – Die Bedeutung der Ergotherapie in der medizinischen Rehabilitation. In: Mauthe Hj (Hrsg.) Rehabilitationspsychiatrie. Enke Stuttgart 1998

Reker Th: Arbeitsrehabilitation in der Psychiatrie. Steinkopff Darmstadt 1998

Vauth R, Dietl M, Stieglitz RD, Olbrich HM: Kognitive Remediation. Nervenarzt 71/2000: 19–29

Wiedl KH, Winöbst J, Schöttke H: Estimating rehabilitation potential in schizophrenic subjects. In: Böker F, Brenner HD, Genner R (Eds): Rehabilitation of cognitive disorders in schizophrenic patients. Huber Bern 1998

Weig W: Überlegungen zum Entwicklungsstand und den theoretischen Grundlagen der Ergotherapie in der Psychiatrie. Sozialpsychiatr Inform 4/1984: 5–7

Einleitung

Wolf Crefeld

Das Symposium befasste sich mit einem langsam fortschreitenden Wandel in der Gesellschaft und im Bewusstsein der Psychiatrie-Betroffenen: Aus psychisch Kranken als fremdbestimmten Objekten heillos-heilsamen psychiatrischen und justiziellen Handelns werden Bürgerinnen und Bürger, die sich ihrer persönlichen Rechte bewusst sind und mit oder ohne gesellschaftliche Unterstützung ihrer Autonomie und ihrer persönlichen Würde Geltung verschaffen.

Prof. Wolf Crefeld stellte von einem Erfahrungsbericht ausgehend dar, dass Psychiatrie stets einen Ort besonderer Gefährdung der höchstpersönlichen Rechte, der von ihr Betroffenen, darstellt. Auch wohlmeinende Fürsorglichkeit der psychiatrisch Tätigen kann dies nicht ausschließen. Aber es gibt politische, fachliche und rechtliche Wege, die – in unterschiedlicher Weise wirksam – dieser Gefährdung Schranken setzen können.

Dazu berichtete Dr. Inge Schöck über die Funktion und Arbeitsweise der Patientenfürsprecherinnen und der multiprofessionellen Beschwerdestellen in Baden-Württemberg. Deren Grundsatz ist, für einen Umgang mit psychisch erkrankten Menschen zu sensibilisieren, der nicht diskriminierend ist, die Würde der Einzelnen wahrt und ihre Rechte nicht beschneidet.

Gisela Lantzerath, stellvertretende Vorsitzende des Vormundschaftsgerichtstages, stellte den sozialstaatlichen Auftrag der Rechtsfürsorge durch rechtliche Betreuer dar. Doch zwischen rechtlichen Normen und sozialer Realität bestehen auch zehn Jahre nach der Verabschiedung des Betreuungsrechts durch den Deutschen Bundestag immer noch gewaltige Divergenzen. Deshalb versah sie den Titel ihres Vortrags mit einem Fragezeichen: Vom Handlanger der Psychiatrie zum Garanten des Willens und der Interessen?

Angelika Dietz ging von ihrer Erfahrung aus, dass durch die Selbsthilfebewegung und Selbstorganisation der Psychiatrie-Erfahrenen sich die Beziehung zwischen Behandlerinnen und Patientinnen gewandelt haben. Am Beispiel der Behandlungsvereinbarung zwischen Klinik und ehemaligen Patientinnen zeigte sie auf, welche Veränderungen durch Respekt und Neugier im Umgang miteinander erreicht werden können.

Seinem ausdrücklichen Wunsch entsprechend, als Letzter zu sprechen, gab schließlich Peter Lehmann aufgrund der Erfahrungen des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener seiner Skepsis Ausdruck, wenn Psychiaterinnen und Psychiater zu viel von Empowerment reden. Empowerment und Partnerschaft sind schöne Worte, doch Umarmungen können bekanntlich auch erdrücken. Sind die, welche sie im Munde führen, auch bereit, ihre Machtpositionen von den Betroffenen in Frage stellen zu lassen, wenn diese das Wort Selbstbestimmungsrecht als das nehmen, was es wirklich bedeutet: Selbst bestimmen können?

»Das süße Brigittchen bekommt jetzt eine Spritze« – Bemerkungen zur besonderen Gefährdung der Autonomie und Würde des Menschen in psychiatrischen Einrichtungen

Wolf Crefeld

Zu unserem Symposium »Von der Entmündigung zum Empowerment« darf ich Sie sehr herzlich begrüßen. Empowerment – dieser Begriff entstammt der amerikanischen Emanzipationsbewegung der Frauen und der Befreiungsbewegung der Schwarzen und meint Einforderung und Förderung politisch-gesellschaftlicher Teilhabe. Wer sich mit der Übertragung dieses Begriffs auf die Selbsthilfe der Psychiatrie-Betroffenen eingehender befassen will, dem sei das jüngst erschienene Buch von Knuf und Seibert (Knuf, Seibert 2000) empfohlen. Aber wozu dieser Begriff, wird manche sozialpsychiatrisch Engagierte fragen; ist denn gesellschaftliche Teilhabe der Psychiatrie-Betroffenen nicht inzwischen ein selbstverständliches gemeindepsychiatrisches Ziel? Haben wir nicht längst vielerorts Betreutes Wohnen und Sozialpsychiatrische Zentren, um die Aussonderung in Anstalten zu verhindern? Haben wir nicht Psychose-Seminare, in denen Psychiatrie-Erfahrene zu Wort kommen? Ist das Entmündigen nicht Vergangenheit, und tun wir nicht auch für die Uneinsichtigen unter den Kranken nur unser Bestes in deren wohl verstandenem eigenen Interesse?

Es geht in diesem Symposium um mehr als nur das Recht auf einen Ort des Lebens und Überlebens in der Gemeinde. Es geht um Teilhabe an allem dem, was die Bürgerin und den Bürger ausmacht, es geht somit um die höchst persönlichen Rechte eines Menschen, um seine Würde, aber auch um die Verletzlichkeit seiner Gefühle und die Zerstörbarkeit seiner persönlichen Lebenswelt. Wer glaubt, dies alles sei nur eine Frage des guten Willens und wohlmeinender Fürsorglichkeit der in der Psychiatrie Tätigen, übersieht einen wesentlichen Teil der Realität in der gesellschaftlichen Institution Psychiatrie, einem Ort der Ungleichheit. Und sie und er verkennen, dass Fürsorge – das Sorgen-für – immer die Gefahr zunächst des heimlichen und schließlich des unheimlichen Entmündigens einschließt.

Psychiatrie ist, auch wenn dieser Satz bei manchen ein Tabu berührt, ein Ort besonderer Gefährdung der höchstpersönlichen

Rechte, der von ihr Betroffenen. Er wird es auf unabsehbare Zeit auch bleiben. Angesichts der Kürze, der uns heute zur Verfügung stehenden Zeit, will ich versuchen, diese besondere Gefährdung anhand einer Episode aus einem Erfahrungsbericht in zwei Statements deutlich zu machen.

I

In einem vom Paranus-Verlag veröffentlichten Text berichtet Brigitte Richter (Richter 1997), wie sie als junge Theologiestudentin »hoch psychotisch« und »völlig in meiner Wahnwelt gefangen« von der Polizei in ein psychiatrisches Krankenhaus eingeliefert wurde. Kurz darauf kommt ein Arzt »mit wirklich schönen Augen«, wie ihr auffällt. Sein Expertenblick erlaubt ihm alsbald gegenüber den Krankenschwestern die Feststellung, dass »das süße Brigittchen« – wie er die junge Studentin zu nennen beliebt – noch einige Tage hier bleiben müsse und jetzt eine Spritze bekomme. Damit verschwindet er. Was dem folgt, ist ein wilder Kampf zwischen einer bis dahin selbstbewussten, aber über die Machtverhältnisse in psychiatrischen Institutionen nicht informierten jungen Frau und fünf Krankenschwestern, deren berufliches Los es ist, die ärztliche Verordnung vollstrecken zu müssen. Sie schaffen es schließlich, indem sie ihr ein Kissen auf den Mund drücken und ihr so die Luft zum Atmen nehmen. Als das vom Doktor so genannte »süße Brigittchen« einen Tag nach dieser Behandlung wieder aufwacht, findet es sich an ein Bett gefesselt. Und als die Schwestern schließlich für sie Zeit haben, zeigen sie ihr gekränkt, vorwurfsvoll und wenig freundlich die vielen blauen Flecke, die diese widerspenstige Neuaufnahme von gestern ihnen beigebracht hat – Ergebnis einer Form psychiatrischer Behandlung, die durch Gemeindenähe nicht ausgeschlossen wird. Wie Brigitte Richter aus eigener Wahrnehmung bezeugen kann, stellen solche Behandlungen auch heute noch einen Teil des Alltags dieser Anstalt dar. Dazu zwei thesenhafte Bemerkungen.

II

Im 19. Jahrhundert ereiferte sich die Psychiatrie, als ein Teil der erfolgreich werdenden Medizin öffentliche Anerkennung zu finden und so übernahm sie auch besonders beflissen die damals bei Ärz-

ten als modern geltende Haltung, die Patientinnen und Patienten mit der Distanziertheit eines naturwissenschaftlichen Forschers zu Objekten akribischer Suche nach Symptomen zu reduzieren. Das Ziel der Suche war, dass der Arzt dann mit der Autorität des Experten verkünden konnte, was mit den Kranken als das medizinisch für sie Beste zu geschehen habe. Das war nicht nur Ausfluss einer jenem Jahrhundert besonders eigentümlichen autoritär-paternalistischen Art von Fürsorglichkeit, die sich über die Gefühle und Lebensvorstellungen der Kranken hinwegsetzte. Es war auch Ausdruck eines damals modernen Paradigmas von Wissenschaftlichkeit ärztlichen Expertentums, dass Gefühle und Erlebnisse der Kranken als Epiphänomene, als Nebensache im Rahmen eines hypothetischen Krankheitsprozesses galten, dem man mit einer solchen reduktionistischen, die Kranken zu Objekten verkümmernden Betrachtungsweise auf die Spur zu kommen hoffte. In Georg Büchners Woyzeck ist diese damals neuartige ärztliche Attitüde zu einer Szene verdichtet, in der Woyzeck, von der Untreue seiner Marie im höchsten Maße erregt, für den Arzt nicht mehr darstellt als einen psychopathologisch interessanten medizinischen Casus, dessen Äußerungen seines Gemütszustandes leidenschaftslos und ohne jede Anteilnahme vom Arzt psychopathologisch beschrieben wird.

Nicht anders verhält sich der Arzt »mit den schönen Augen« in Brigitte Richters Bericht: Er stellt aufgrund seiner Expertenkenntnis eine Diagnose und trifft die sich daraus ergebende Verordnung. Das war's, damit hat er seine Aufgabe aus jener Sichtweise erfüllt. Seine distanzlose Ausdrucksweise, mit der er seine Verordnung der jungen Frau kund tut, ist dagegen wohl als das Ritual einer von Außenkontrollen wenig berührten ärztlichen Machtdemonstration zu verstehen. Die Konsequenzen seines Diagnostizierens und Verordnens, nämlich die Auseinandersetzung mit der von Angst, aber auch Überlebenswillen erfüllten psychotischen jungen Frau bleibt als medizinische Nebensächlichkeit den Krankenschwestern überlassen.

Wenn heute mancherorts in der Psychiatrie solche Attitüden distanziert-teilnahmslosen Expertinnentums immer noch gepflegt werden, so allerdings nicht, weil es für sie noch eine fachlich aktuelle Begründung gäbe. Der Grund dürfte eher ganz einfach darin zu sehen sein, dass eine solche Distanziertheit die Arbeit weniger mühsam macht. Sie spart Zeit und Aufwand. Nirgendwo in der Medizin kann man sich so bequem über das Erfordernis einer Verständigung

mit einem Menschen in einer schweren Krisensituation hinwegsetzen wie in der Psychiatrie. Statt sich mit den betroffenen Menschen heutigen Therapieerfordernissen entsprechend kommunikativ auseinander zu setzen und sie zugleich als Bürgerinnen und Bürger mit ihrer menschlichen Würde zu respektieren, lässt sich in der Psychiatrie unter Verweis auf die oft wenig hinterfragte Uneinsichtigkeit der Patientinnen und Patienten therapeutisch verschleiert kurzen Prozess machen. Psychiatrisch Tätigen ist insbesondere in geschlossenen Einrichtungen oft viel Macht gegeben, und weil diese sich hier wie nirgendwo sonst in der Medizin therapeutisch verschleiern lässt, besteht die Gefahr des Machtmissbrauchs in der Psychiatrie in einem ganz besonderen Maße. Wie groß in Institutionen für psychisch Kranke die Spielräume sind, gegebene Macht leichtfertig einzusetzen, zeigt die Erfahrung, dass allein die Einführung einer Dokumentationspflicht für Fixierungen deren Häufigkeit reduziert hat.

Psychiatrische Tätigkeit beinhaltet die Möglichkeit besonderer Machtwahrnehmung und deren therapeutisch verschleierten Missbrauchs. Sie bedarf deshalb besonderer Selbstüberprüfung und qualifizierter Supervision. Darüber hinaus aber sind von außen kommende politische, rechtliche und persönlich-anteilnehmende Kontrollen notwendig.

III

Unsere Gesellschaft braucht angesichts ihrer Ordnungsbedürfnisse die Institution Psychiatrie, das wissen wir spätestens seit Erving Goffmans »Asyle« (Goffmann 1977). Geliebt wird von ihr die Psychiatrie dennoch nicht. Eher wird sie gering geschätzt, wie man in früheren Jahrhunderten den Henker verachtete, auch wenn man sich seiner Dienste bediente. Jedenfalls gehört es zu einem durchgängigen Phänomen der Psychiatrie in ihrer zweihundertjährigen Geschichte, dass man sie, wo immer es geht, verkümmern lässt und minder ausstattet. So war – wir wissen es dank der Psychiatrie-Enquete – die Qualifikation ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geringer als in der übrigen Medizin und ihre Pflegesätze niedriger. Doch auch 25 Jahre danach werden psychiatrische Patientinnen und Patienten von unserem Sozialleistungssystem benachteiligt, bedeutet eine längere Krankheitskarriere, Sozialhilfeempfängerin oder -empfänger zu werden, wird bedarfsgerechte multiprofessionelle Teamarbeit im ambulanten Bereich von der Sozialversiche-

rung nicht finanziert, widmet man dem körperlich Schwerkranken auf den Intensivstationen weit größeren therapeutischen Aufwand als dem Menschen in einer schweren psychotischen Krise und sind die beruflichen Ausbildungsstandards für psychosoziale Notfallsituationen wesentlich dürftiger als für medizinische und technische Notfälle. Man muss im Fall Brigitte Richters deren dem Anschein nach therapeutisch unumgängliche brutale Behandlung als eine Folge unzureichender fachlicher Qualifikation des Arztes wie auch der Krankenschwestern interpretieren. So dilettantisch arbeitet man in Operationssälen und auf internistischen Stationen heutzutage nicht.

Wie vor Jahren die Wiener Sozialwissenschaftler Rudolf Forster und Jürgen Pelikan (Forster, Pelikan 1984) in Untersuchungen im Auftrag des österreichischen Justizministers dargestellt haben, ist die regelhaft anzutreffende Tendenz zur Unterausstattung psychiatrischer Institutionen ein Hauptgrund dafür, dass dort im besonderen Maße mit der Gefahr von Grundrechtsverkürzungen und Repressionen zu rechnen ist. Das sind Erfahrungen, so das Fazit von Pelikan und Forster, die Staat und Gesellschaft verpflichten, besondere Vorkehrungen zum Schutze der Rechte psychisch kranker Menschen zu treffen. Ich darf daran erinnern, dass die von der Enquete-Kommission dargestellten Realitäten in den psychiatrischen Anstalten auch damals rechtswidrig waren.

Die wiederkehrende Erfahrung, dass psychisch kranke und behinderte Menschen im besonderen Maße der Gefahr von unverhältnismäßigen Eingriffen in ihre höchstpersönlichen Rechte ausgesetzt sind, macht die Förderung ihrer Teilhabe an allem dem, was die Selbstbestimmung und die Würde einer Bürgerin oder eines Bürgers ausmacht, zu einer ständigen Aufgabe in unserer Gesellschaft. Mit »Sorge-für« allein ist es dabei nicht getan. Die Aufgabe kann nur mit den Psychiatrie-Erfahrenen gemeinsam gelingen.

IV

Wir werden uns auf diesem Symposium mit vier recht unterschiedlichen Ansätzen befassen, von denen zu hoffen ist, dass sie einen wichtigen Beitrag zum Schutz der Rechte der von der Psychiatrie betroffenen Menschen zu leisten vermögen. Jeder dieser Ansätze hat jeweils seine Schwächen und Stärken, von keinem ist eine vollkommene Lösung zu erwarten. Aber sie mögen sich gegenseitig wirkungsvoll ergänzen, um den der Institution Psychiatrie strukturell eigentümlichen Gefährdungen der höchstpersönlichen Rechte und der Würde ihrer Patientinnen und Patienten wirksam zu begegnen.

Literatur

Forster, R., Pelikan, J.: Rechtsfürsorge für psychisch Kranke und geistig Behinderte. Eigenverlag des Bundesministeriums für Justiz, Wien, 1984

Goffmann, E.: Asyle. Suhrkamp, Frankfurt/M., 1997

Knuf, A., Seibert, U.: Selbstbefähigung fördern – Empowerment und psychiatrische Arbeit. Psychiatrie-Verlag Bonn 2000.

Richter, B.: Fixiert in: Brückenschlag. 1997, Heft 13 Paranus-Verlag Neumünster. Ebenfalls in: Psychiatrie-Netz (www.psychiatrie.de): Texte von Psychiatrie-Erfahrenen.

Interessen wahren, Rechte verwirklichen – Erfahrungen von Beschwerdestellen und PatientenfürsprecherInnen in Baden-Württemberg

Inge Schöck

Notwendigkeit einer Beschwerdeinstanz

Wenn Menschen als Betroffene in die Psychiatrie geraten, ist es ihnen oft nicht möglich, ihre Rechte und Interessen gegenüber ÄrztInnen, Pflegepersonal, sozialen Diensten, Beratungsstellen und anderen Institutionen in vollem Umfang wahrzunehmen. Ohne nähere Prüfung hält man sie häufig für nicht in der Lage, ihre Situation richtig einzuschätzen und ihr Leben selbst und in eigener Verantwortung zu bestimmen. Anders als somatisch Kranke sind sie deshalb tendenziell eher in Gefahr, durch ihre »HelferInnen« bevormundet zu werden. Besonders in stationären Einrichtungen gibt es ein deutliches »Machtgefälle« zwischen der Institution und ihren PatientInnen. Das gilt insbesondere, wenn eine geschlossene Unterbringung, Zwangsmedikation oder Fixierungen angeordnet werden. Auch im nichtstationären Bereich kommt es nicht selten vor, dass ärztliche und nichtärztliche HelferInnen ihre PatientInnen bzw. KlientInnen – sicher in guter Absicht – unter Druck setzen, bevormunden oder schlicht und einfach nicht ernst nehmen.

In der Regel ist die PatientIn bzw. KlientIn nur sehr ungenügend über ihre Hilfeansprüche und über ihre Rechte informiert. Das nur schwer überschaubare Angebot an Behandlungs-, Betreuungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten sowie die Zugangsbedingungen erschweren es den Erkrankten, selbstbestimmt die für sie geeignete Hilfe in Anspruch zu nehmen. Das Selbsthilfepotenzial der Betroffenen schwankt zudem krankheitsbedingt und macht es oft unmöglich, dass sie zu jeder Zeit wirkungsvoll ihre Interessen und Rechte selbst artikulieren und vertreten können. Auch der juristische Weg ist für die Betroffenen häufig wenig Erfolg versprechend, weil er von der Zeit und den Kosten her zu aufwendig ist und den Einzelnen in der aktuellen Situation überfordert. Er ist für viele Anliegen auch nicht angemessen. Aus dieser Erkenntnis heraus ist in der jüngeren Zeit vermehrt das Thema Beschwerdekommission, Ombudsmann/

Ombudsfrau, PatientenfürsprecherInnen diskutiert worden. Nachbarstaaten wie die Niederlande und Österreich haben seit langem Einrichtungen dieser Art. In Nordrhein-Westfalen z.B. sind Beschwerde-Kommissionen schon im Umfeld der Psychiatrie-Enquete eingerichtet worden; sie haben aber eine hohe Zugangsschwelle. In Bayern gibt es ehrenamtliche PatientenfürsprecherInnen an den psychiatrischen Kliniken. Thüringen hat ehrenamtliche PatientenfürsprecherInnen in sein neues Psychiatriegesetz aufgenommen.

Gerade in der Psychiatrie braucht es eine fachlich kompetente, von den Einrichtungen und Diensten her unabhängige Beschwerdeinstanz. Es braucht eine Interessenvertretung, die psychisch erkrankte und behinderte Menschen unterstützt, die darauf achtet, dass ihre Rechte gewahrt und ihre Anliegen und Belange wahrgenommen werden können, die nachfragt und aktiv informiert und nicht zuletzt für einen Umgang mit psychisch erkrankten Menschen sensibilisiert, der nicht diskriminierend ist und auf die Würde der Einzelnen achtet. In Beschwerdefällen sollen sich die Einzelnen ohne hohe Hürden an eine solche Beschwerdestelle wenden können.

Die Entwicklung in Baden-Württemberg

In Stuttgart entstand die erste Inititative, Beschwerdeinstanzen für PatientInnen in der Psychiatrie aufzubauen. Eine Psychiatrie-Erfahrene (Frau Zingler), eine Psychiatrie-Tätige (Frau Ziskoven) und ich als Bürgerhelferin brachten das Thema 1989 in die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) ein. In einem kleinen Kreis, dem sich Angehörige, Psychiatriefachleute aus dem stationären und ambulanten Bereich, später auch ein Arzt und ein Amtsrichter anschlossen, diskutierten wir das Thema und holten Informationen ein. Wir erreichten, dass 1992 ein themenbezogenes Hearing im Psychosozialen Ausschuss der Stadt Stuttgart stattfand. Die Haltung der Beteiligten war aufgeschlossen, aber es war auch klar, dass die Finanzierung einer hauptamtlichen PatientenfürsprecherIn noch auf Jahre hinaus keine Chance haben würde. Unsere Vorbereitungsgruppe fing deshalb 1993 selbst als Beschwerdestelle ehrenamtlich unter dem Dach der PSAG an. Es war uns klar, dass nur durch konkrete Beschwerdebeispiele die zahlreichen Zweifler von der Notwendigkeit einer solchen Beschwerdeinstanz zu überzeugen waren. Das Neue für Baden-Württemberg und darüber hinaus ist, dass es sich

um eine multiprofessionell zusammengesetzte Gruppe handelt, in der Psychiatrie-Erfahrene, professionelle MitarbeiterInnen, Angehörige, BürgerhelferInnen und ein Jurist zusammenwirken.

Vor dem Hintergrund der ersten praktischen Erfahrungen der Stuttgarter Beschwerdestelle, den Diskussionen in und mit dem bundesweit tätigen Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen sowie dem Vorbild der Patientenvertrauenspersonen in den Niederlanden hat der Landesverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen mit Erfolg beim Sozialministerium angeregt, in ganz Baden-Württemberg Beschwerdeinstanzen einzurichten. Die von einer Arbeitsgruppe beim Sozialministerium entwickelte *»Konzeption für Patientenfürsprecher als Interessenvertretung psychisch erkrankter Menschen«* wurde vom Landesarbeitskreis Psychiatrie (dem beratenden Gremium des Sozialministeriums) im November 1994 verabschiedet. Der Begriff *Beschwerdestelle* wurde für die Landeskonzeption abgelehnt. Vom Sozialministerium aus wurde diese Konzeption in einer Modellphase (1996 bis 1998) in jenen neun Landkreisen erprobt, die Standort eines Zentrums für Psychiatrie sind. Ein weiterer Landkreis (Bodenseekreis) klinkte sich freiwillig ein. Das Ergebnis war, dass die bereits tätigen PatientenfürsprecherInnen beibehalten wurden und das Sozialministerium die vom Landesarbeitskreis Psychiatrie beschlossene flächendeckende Ausweitung den Stadt- und Landkreisen empfohlen hat. Zu mehr konnte man sich bisher nicht durchringen.

Durch das 1996 in Kraft getretene Gesetz zur Umorganisation der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser in Zentren für Psychiatrie wurde die Stellung der PatientenfürsprecherInnen aufgewertet; es wurde ihnen die gesetzlich verankerte Position eines beratenden Mitglieds im Aufsichtsrat mit Vortragsrecht eingeräumt. Die ehrenamtlichen Patientenfürsprecher und -fürsprecherinnen sind für den stationären und den ambulanten Bereich in dem jeweiligen Landkreis zuständig. Die PatientenfürsprecherInnenfunktion kann auf bis zu drei Personen aufgeteilt werden. Sie erhalten z.Zt. einen pauschalen Auslagenersatz (monatlich DM 500.-). Laut Konzeption kann ihnen ein multiprofessionell besetzter Beirat zur Seite stehen. Die Bestellung erfolgt nach der Landkreis- bzw. Gemeindeordnung durch den Kreistag bzw. Gemeinderat auf vier Jahre. Die PatientenfürsprecherIn ist fachlich dem Psychiatrie-Arbeitskreis zugeordnet, der auch bei der Suche nach einer geeigneten Persönlichkeit eingebunden ist.

Laut Konzeption ist es Ziel, die Rechte und Interessen psychisch kranker Menschen zu wahren und eine selbstständige Interessenwahrnehmung zu ermöglichen. Aufgaben sind:

- Anregungen und Beschwerden von psychisch Kranken und Angehörigen entgegennehmen, überprüfen und in Zusammenarbeit mit den Betroffenen gegenüber Dritten vertreten im Sinne von Schlichtung, Vermittlung und Problem-Lösung;
- weiterführende Beschwerde- oder Rechtsmittelmöglichkeiten vermitteln, wenn dies erforderlich ist und gewünscht wird;
- sich wiederholende Beschwerden und Probleme festhalten, die für eine Institution typisch zu sein scheinen oder strukturelle Probleme betreffen. Weiterleiten an die entsprechenden verantwortlichen Stellen, wenn nach einem Klärungsversuch mit der Institution selbst keine Änderung eintritt oder zu erwarten ist.
- Die Beschwerdeinstanz soll eine möglichst niedrige Zugangsschwelle haben.

Um die Idee von Beschwerdeinstanzen bzw. PatientenfürsprecherInnen voranzubringen und die Diskussion landesweit und öffentlich zu führen, hat der Landesverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen seit Anfang 1995 einen offenen Arbeitskreis ins Leben gerufen, der sich zweimal jährlich zum Informations- und Erfahrungsaustausch trifft. An ihm beteiligten und beteiligen sich auch die meisten PatientenfürsprecherInnen. Angeregt durch diesen Informationsaustausch entstanden weitere multiprofessionell zusammengesetzte Beschwerdegruppen (z.B. in Mannheim, Tübingen, Ulm/Alb-Donau-Kreis und Kreis Esslingen), die in Anlehnung an das Beispiel der Stuttgarter Beschwerdestelle aus einer multiprofessionell zusammengesetzten Gruppe bestehen. Dies geschah parallel zur Modellphase der Patientenfürsprecherkonzeption und in Stadt- und Landkreisen, in denen kein Zentrum für Psychiatrie existiert. Diese Beschwerdeinstanzen gingen aus dem jeweiligen Psychiatrie-Arbeitskreis hervor, dem sie – wie die PatientenfürsprecherInnen in der Landeskonzeption – einen jährlichen Tätigkeitsbericht unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen vorlegen. Die Mitglieder einer Beschwerdestelle verpflichten sich ebenfalls zur Verschwiegenheit. Die Gruppen erhielten z.T. eine Anschubfinanzierung für die Auslagen, z.T. werden diese durch eine inzwischen bei der Kommune eingerichtete laufende Förderung ersetzt.

Standards

Bei unseren landesweiten Treffen haben wir mittlerweile auch Standards zur Qualitätssicherung unserer eigenen Arbeit diskutiert, die ich hier stichwortartig anführen möchte (1):

1) Eine gute zeitliche und örtliche Erreichbarkeit
2) Unabhängigkeit (personell und finanziell)
3) KlientInnengesteuerte Inanspruchnahme: d.h. die KlientIn bzw. BeschwerdeführerIn entscheidet, was als Beschwerde aufgegriffen werden soll; die einzelnen Schritte werden mit ihr abgesprochen, auch die Beendigung der Beschwerdebearbeitung wird von ihr bestimmt
4) Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen, wie z.B. die Schweigepflicht
5) Parteilichkeit für die Person, die die Beschwerde führt; sie muss ganz sicher sein können, dass ihre Angelegenheiten auch in ihrem Interesse vertreten wird
6) Rechenschaft über die Tätigkeit, Kontrolle der Tätigkeit: dazu gehören regelmäßige Berichterstattung in anonymisierter Form insbesondere im Psychiatrie-Arbeitskreis
   Sofern eine einzelne PatientenfürsprecherIn ernannt wird, sollte ihr ein Beirat zugeordnet werden, der aus Professionellen, Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und engagierten BürgerInnen besteht. Sie bringen ihre Sichtweisen bei einer Beschwerdebesprechung gleichberechtigt ein. Durch diese fachliche Multikompetenz erhöht sich die Beratungsqualität.
7) Legitimation: ein vor Ort übertragenes Mandat, das von allen im Zuständigkeitsbereich liegenden Institutionen akzeptiert wird. Die am dauerhaftesten und am besten akzeptierte Form der Legitimation wäre eine gesetzlichen Verankerung.

Die Stuttgarter Beschwerdestelle

Unsere Beschwerdestelle setzt sich zurzeit aus 13 Mitgliedern zusammen: ein Jurist, drei Psychiatrie-Erfahrene, drei Angehörige, eine Bürgerhelferin, vier SozialarbeiterInnen der Sozialpsychiatrischen Dienste und dem Sozialdienst der beiden Stuttgarter Kliniken, eine Praktikantin der Sozialpädagogik. Durch ihre multiprofessionelle Zusammensetzung hat unsere Beschwerdestelle mehrere Vorteile:

- die verschiedenen Perspektiven erhöhen die Qualität bei der Fallbehandlung,
- die damit verbundene Diskussionskultur besitzt gleichzeitig eine Kontrollfunktion (für die Qualität der Beschwerdebearbeitung),
- die Beschwerdefälle können arbeitsteilig behandelt werden, je nach besserem Problemzugang der Teammitglieder,
- die beschwerdeführende Person hat Wahlmöglichkeiten bei der Kontaktaufnahme bzgl. der (Fach-)Kompetenz und des Geschlechts,
- durch die größere Zahl an Gruppenmitgliedern, die sich für die Behandlung der Beschwerde verantwortlich sehen, verteilt sich der Arbeitsanfall auf mehr Schultern,
- Menschen finden sich eher zur Mitarbeit in einem Team bereit, da sie so nicht ganz allein Verantwortung in einem sehr weitgespannten Problemfeld tragen zu müssen

Nachteile sind z.B.:

- eine gewisse Schwerfälligkeit in der Bearbeitung, weil die Gruppensitzungen nur monatlich stattfinden,
- wenn die Beschwerdestellenmitglieder nicht konsensfähig sind, kann dies zu einer Blockade führen (kam bis jetzt aber nicht vor).

Beschwerdefälle: Zahlen und Inhalte

Wir hatten Beschwerden und informelle Anfragen von Betroffenen und Angehörigen aus dem stationären und dem ambulanten Bereich zu bearbeiten (insgesamt 70 förmliche Beschwerden und ca. 140 informelle Anfragen in fünf Jahren). Sie betrafen nach der Häufigkeit:

1) Beschwerden über den verbalen Umgang von Professionellen mit PatientInnen bzw. KlientInnen in der stationären und ambulanten Versorgung
2) Beschwerden über freiheitsentziehende Maßnahmen
   - Beschwerden gegen Fixierungen
   - Beschwerden gegen die Unterbringung nach dem Unterbringungsgesetz
   - Beschwerden gegen die Ausgangsregelung bzw. Beschränkung der Besuchszeit im stationären Bereich

   Die Beschwerden richteten sich gegen behandelnde ÄrztInnen und Pflegepersonal.

3) Beschwerden über Medikation
   Beschwerden betrafen im stationären Bereich die Art und Dosierung von Neuroleptika, zum Teil die Information und Aufklärung über Wirkweise und Nebenwirkungen der Medikamente, die als nicht ausreichend erlebt wurde.
   Die Beschwerden richteten sich gegen ÄrztInnen.
4) Beschwerden über gesetzliche Betreuungen
   - Beschwerden gegen die Einrichtung einer Betreuung. Beschwerdegegner: ÄrztInnen, GutachterInnen und SozialarbeiterInnen
   - Beschwerden über das gestörte Verhältnis zur gesetzlichen BetreuerIn. Die Beschwerden richteten sich gegen professionelle BetreuerInnen.
   - Beschwerden über unzureichende Bearbeitung der Angelegenheiten des Betroffenen. Die Beschwerde richtete sich gegen eine Vormundschaftsrichterin.
5) Beschwerden über Diagnosenstellung
   - z.B. die Diagnose »geistig gestört« bzw. »geistig behindert«
6) Sonstige Beschwerden
   - schlechte Kooperation zwischen Klinik und Reha-Einrichtung
   - Arbeit in einer Reha-Einrichtung
   - Datenweitergabe an eine Pharmafirma

Die Mehrzahl der »Fälle« konnte von der Beschwerdestelle nach klärenden und vermittelnden Gesprächen mit beteiligten ÄrztInnen, PflegepersonenTherapeutInnen, BetreuerInnen usw. zur Zufriedenheit der BeschwerdeführerIn bearbeitet werden. »Böser Wille« seitens der Professionellen war kaum im Spiel, eher fehlende Sensibilität im Umgang mit Betroffenen und eine Tendenz, im oft anstrengenden Alltag PatientInnen nicht ernst zu nehmen, sie zu erziehen oder zu bevormunden. Manchmal wurde auch schlichte Unkenntnis von PatientInnenrechten offenbar.

Wir machten in der Stuttgarter Beschwerdestelle eine bemerkenswerte Erfahrung: Es war auffallend, wie lange und wie intensiv bei einzelnen Betroffenen – objektiv oder subjektiv – erfahrene Ungerechtigkeiten, respektloser oder verletzender Umgangston oder in der Reaktion überzogenes oder disziplinierendes Handeln negativ nachwirkte. Das stellte mitunter eine hohe Hürde in der weiteren

Inanspruchnahme von professionellen Hilfen dar. Bei aktuellen Fällen konnten wir dann die Erfahrung machen, dass eine Vermittlung auch bei fast aussichtslos verhärteten Fronten durchaus noch eine für alle Beteiligten befriedigende und befreiende Lösung ermöglichte, wenn alle Seiten sich ernst genommen sahen. Die notwendige Kommunikation zwischen den Beteiligten kam wieder in Gang.

Es ist uns bewusst, dass eine Beschwerdeinstanz wie die PatientenfürsprecherInnen bzw. die Beschwerdestelle für professionell im psychiatrischen und psychosozialen Bereich Tätige eine Herausforderung im Hinblick auf das Selbstverständnis als Helfer darstellt. Sie kann auch als »eine Bedrohung der professionellen Autonomie hinsichtlich der Problemdefinition und Interventionsstrategie« empfunden werden, wie Rudolf Forster in seinem Aufsatz über advokatorische Unterstützung für psychiatrische Patienten herausstellte. (2)

Dies zeigt sich auch in einer besonderen Empfindlichkeit gegen den Begriff »Beschwerdestelle«. Wir halten die Verwendung des Begriffs jedoch für wichtig, um keine falschen und vom Umfang her nicht einlösbaren Erwartungen bei Betroffenen zu wecken. Abwehr kann sich auch dann formieren, wenn das Aufgreifen und die Behandlung einer Beschwerde als Eingriff in die Therapie gewertet wird. Aber: Eine therapeutische Beziehung darf nicht zur Bevormundung der Klientin oder des Klienten mutieren.

Vorbehalte resultieren aus der Befürchtung, dass die Beschwerdestelle sich als destruktiv wirkendes Instrument von noch erkrankten, nicht realtitätsangepassten KlientInnen benutzen lässt. Die vielfältige fachliche Kompetenz der BeschwerdestellenmitarbeiterInnen verhindert eine solche Instrumentalisierung durch die KlientIn.

Betroffene und Angehörige äußern die Befürchtung, dass die BeschwerdeführerIn Nachteile nach einer Beschwerde zu erwarten hat. Diese Angst kann berechtigt sein. Die Beteiligten sollen aber wissen, dass diese Benachteiligung wieder aufgegriffen werden kann.

Entscheidend für uns ist, dass viele Betroffene erstmals erlebten, dass sie mit ihrem Anliegen, ihrer Beschwerde ernsthaft angehört wurden. Das war eine sehr wichtige Erfahrung für sie. Beschwerdestellen bzw. PatientenfürsprecherInnen sind notwendig, weil sie für psychisch erkrankte Menschen eine verlässliche und unabhängige Anlaufstelle sind. Sie sind auch für professionell Arbeitende notwendig, weil sie ein gewichtiges Element der Qualitäts-

sicherung darstellen. Ich setzte meine Hoffnung darauf, dass allein schon durch die Möglichkeit kritischen Nachfragens eine Änderung der Verhaltensweisen und Einstellungen angestoßen wird.

Literatur

1 Witschard S.: Advokatorische Unterstützung für psychisch Kranke unter besonderer Berücksichtigung der Patientenfürsprecher-Konzeption in Baden-Württemberg. Dipl. Arbeit im Fachbereich Sozialwesen der Fachhochschule Ravensburg-Weingarten, Februar 2000

2 Forster R.: Zwischen Selbstbestimmung und Expertenherrschaft: Advokatorische Unterstützung für psychiatrische Patienten. In: Störfaktor 3. Wien 1989, H. 1, S. 78–99, hier S. 81

Vom Handlanger der Psychiatrie zum Garanten des Willens und der Interessen – Sozialstaatlicher Auftrag und Realitäten der Rechtsfürsorge durch Betreuung

Gisela Lantzerath

Das am 01.01.1900 in Kraft getretene BGB war Ausdruck der politischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Verhältnisse des Deutschen Kaiserreichs. Sein Leitfaden war der/die vernünftige, selbstverantwortliche und urteilsfähige Bürger/Bürgerin, der/die seine/ihre Lebensverhältnisse selbstbestimmt ordnet und seine/ihre Interessen selbst wahrnimmt. Das konservativ-liberale bürgerliche Gesetz kümmerte sich nur wenig um den Schutz wirtschaftlich und intellektuell Unterlegener. In diesem Kontext wurde das Vormundschaftsrecht denn auch eher als Instrument der Ausgrenzung Unbrauchbarer – Geistigkranker, Geistesschwacher, Trunk- und Verschwendungssüchtiger, wie der Gesetzgeber sie nannte – verstanden, denn als Hilfe für diese Personen. Heribert Prantl bezeichnete die Entmündigung in seinem Eröffnungsvortrag des 5. Vormundschaftsgerichtstags am 21.11.1996 in Bonn als eine »Art juristischer Entsorgung«. Die ordentlichen Bürgerinnen und Bürger, ihr Vermögen, ihre Ordnungsvorstellungen sollten geschützt werden, und zwar sowohl mit den Mitteln des Rechts als auch der Medizin und der Polizeiorgane. Vormünder sahen deshalb ihre Aufgabe mehr darin, den Zielen der Gesellschaft, der sie sich zugehörig fühlten, zu dienen, als sich Gedanken um das Wohl der Betroffenen zu machen. Diese wurden in einer unheiligen Allianz von Justiz und Psychiatrie ausgesondert, abgeschoben, verwahrt und behandelt, oft gegen ihren Willen und ohne zwingende Notwendigkeit. Wohlgemerkt geschah dies auf der Basis geltenden Rechts und im Einverständnis mit einer Gesellschaft, der es an Wertschätzung kranker und behinderter Menschen fehlte.

Vor diesem Hintergrund waren Vormünder – ohne jeden Zweifel an der Richtigkeit ihres Tuns – häufig Handlanger von Institutionen, die sie zur Legitimation ihres Handels missbrauchten. Eine Lobby für die Betroffenen waren Vormünder jedenfalls in der Regel nicht, was aber angesichts des Stellenwertes der »Unbrauchbaren« Anfang des vorigen Jahrhunderts nicht verwundert. Festzuhalten ist jedoch, dass es diese Einstellung war, die ursächlich für die Prakti-

ken im Umgang mit dem betroffenen Menschen war, nicht das geschriebene Recht. Dieses hätte – wie sich in den sechziger Jahren gezeigt hat – durchaus anders angewendet, zu anderen Ergebnissen führen können.

Mit den gesellschaftlichen Veränderungen im Laufe des 20. Jahrhunderts und dem Wandel der wirtschaftlichen und sozialen Lebensbedingungen wurde immer wieder Kritik geübt am geltenden Recht der Vormundschaft und Entmündigung, das von den Betroffenen, ihren Familien, aber auch von der Bevölkerung zunehmend als Diskriminierung und Missachtung der Würde der Betroffenen empfunden wurde. Die Reformbestrebung der sechziger Jahre und insbesondere die Psychiatrie-Enquete aus dem Jahre 1975 führten zu einem veränderten Bewusstsein und einem anderen Umgang mit Menschen, die psychisch, seelisch oder geistig krank waren und sich abweichend verhielten. Sie mündeten schließlich in der Verabschiedung des Betreuungsgesetzes, das – im Konsens aller politischen Kräfte – am 01.01.1992 in Kraft trat. Dieses Gesetz ist ein sozialpolitisches Reformwerk mit eigenem sozial-staatlichen Auftrag. Es hat normativ einen deutlichen Fortschritt gebracht und die legislativen Reformanliegen der Psychiatrie-Enquete umgesetzt.

In seinem Zentrum steht das Wohl der Betroffenen, ihre persönliche Betreuung unter Beachtung ihrer Wünsche, ihrer Selbstbestimmung, ihrer Grundrechte. Der vom Gericht unter Beachtung des Erforderlichkeitsgrundsatzes und der Subsidiarität gegenüber anderen Hilfen bestellte Betreuer bzw. die Betreuerin hat den sozialstaatlichen Auftrag, Betreuten ein Leben nach diesen Grundsätzen zu ermöglichen. Ihnen obliegt hier eine Garantenstellung. Deshalb ist schon bei der Auswahl der Betreuerin zu prüfen, ob sie Willens und in der Lage ist, die Betreuung unter dem Gesichtspunkt der Menschlichkeit, der Menschenwürde und des Selbstbestimmungsrechts zu führen. Sie muss Anwältin der Betroffenen sein, die Verantwortung zu tragen hat für deren gelungene Lebensführung, Lebensqualität und soziale Teilhabe an der Gesellschaft. Professionelle sozialarbeiterische Betreuungsarbeit ist deshalb in erster Linie persönliche Betreuung, die sich nicht in gesetzlicher Vertretung erschöpft. Kommunikation und Interaktion sind die Basis jeder gelingenden Betreuung.

Der zentrale Ansatzpunkt, sozusagen die »Regieanweisung« für die Führung der Betreuung ist § 1901 BGB, in dem die Pflichten

der Betreuerin – und damit die Rechte der Betreuten – normiert sind. Aus dieser Vorschrift ergibt sich, dass das Selbstbestimmungsrecht aus Artikel 2 Abs. 1 i.V. mit Artikel 1 Abs. 1 (Menschenwürde) des Grundgesetzes wesentliche Grundlagen des Betreuungsrechts ist. Die Betreuerin hat zum Wohl der Betreuten zu handeln, wozu auch gehört, dass die Betreute im Rahmen ihre Fähigkeit ihr Leben nach ihren Wünschen gestalten kann, auch nach evtl. früher geäußerten, die zu erkunden sind. Die Betreuerin hat der Betreuten – so weit irgend möglich – ein Leben in ihrer gewohnten Umgebung zu ermöglichen. Heimverlegungen oder Unterbringungen sind deshalb nur äußerste Maßnahmen. Eine Zwangsbehandlung der Betreuten ist nur bei fehlender Einsichtsfähigkeit überhaupt zulässig. Außerdem enthält die Vorschrift ein Kommunikations- und ein Rehabilitationsgebot, denen die Betreuerin verpflichtet ist.

Eine Betreuerin, die sich an diese Handlungsanweisung des § 1901 BGB hält, kann nur eine Garantin des Willens und der Interessen der Betreuten sein. Sie lässt sich weder von Familie und Nachbarinnen der Betreuten noch von Ärztinnen und Einrichtungen für deren jeweilige Interessen instrumentalisieren. Sie lässt sich auch nicht vom Vormundschaftsgericht den Umfang ihrer Tätigkeit vorschreiben. Sie übt ihr Amt selbstständig aus, ist gesetzliche Vertreterin der Betreuten und erfüllt – rechtsfürsorglich – ihre Pflichten, die ihr § 1901 auferlegt.

Realität oder Utopie?

In den letzten Jahren hat sich eine erfreuliche Fachlichkeit professioneller sozialarbeiterischer Betreuungsarbeit entwickelt. Diese stößt aber an vielen Stellen des Betreuungswesens an ihre Grenzen. Betreuung ist immer auch ein Infrastrukturproblem. Engpässe und mangelnde Kapazitäten und Qualitäten ambulanter Dienste, fehlende rehabilitative oder teilstationäre Angebote, fehlende Altenwohnungen, Missstände in Pflegeheimen und psychiatrischen Einrichtungen stellen Betreuerinnen vor Probleme, die nicht durch eine Rechtsreform, sondern nur durch eine Sozialreform gelöst werden können. Hier können Betreuerinnen sich einmischen und langfristig Einfluss nehmen. Aktuell sind – Infrastrukturdefizite und Qualitätsmängel in ärztlicher, pflegerischer und stationärer Behandlung nicht von Betreuerinnen zu kompensieren, wohl aber zu beanstan-

den. Missstände sind aufzuzeigen und an die entsprechenden Stellen weiterzuleiten. Dies gilt auch für Dauerkatheter, Pampers und PEGs ohne medizinische Indikationen. Kurzfristig und aktuell können aber diese Defizite dazu führen, dass auch eine engagierte Betreuerin nicht in der Lage ist, den Wünschen der Betreuten zu entsprechen.

Betreuung ist eine interdisziplinäre Veranstaltung. Sie erfordert eine vertrauensvolle Zusammenarbeit aller am Verfahren beteiligten Berufsgruppen im gegenseitigen Respekt und in gegenseitiger Anerkennung der jeweiligen Kompetenz und auch der jeweiligen Rolle im Koordinationsgeflecht. Die Betreuerin bzw. der Betreuer als Garanten des Willens und der Interessen der Betroffenen haben dann einen schweren Stand, wenn sie z.B. in der Psychiatrie nicht gern gesehen sind und als unprofessionelle Störerinnen und Störer abgewimmelt werden. Sie müssen Familienangehörigen oder Nachbarinnen klar machen, dass sie weder Lückenbüßer für fehlende Angebote noch Hilfspolizei oder Wahrer der Hausordnung sind. Sie müssen Ansprüche von Institutionen abwehren, die sie immer noch und immer wieder für ihre Bedürfnisse einspannen wollen. Und schließlich müssen sie – auch dies soll nicht unerwähnt bleiben – sich mit Gerichten auseinander setzen, die ihnen ihre Vergütung für professionell geleistete Arbeit vorenthalten oder nur sehr schleppend und reduziert auszahlen wollen. Gerade hier auf dieser Veranstaltung will ich aber auch nicht unerwähnt lassen, dass ich gelegentlich den Eindruck habe, dass Betreuerinnen und Gerichte in der Psychiatrieszene immer noch als natürliche Feinde und nicht als Helferinnen der Betreuten angesehen werden, was sicher unserer gemeinsamen Verantwortung im Betreuungswesen nicht dienlich ist.

Die Behandlungsvereinbarung – Versuch einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen ungleichen Partnerinnen

Angelika Dietz

Behandlungsbedingungen haben sich verbessert

Wir haben es heute Morgen in den Vorträgen gehört: Die Behandlungsbedingungen in der Akutpsychiatrie haben sich in den letzten 25 Jahren entscheidend verbessert: In den Kliniken wurden die Bettensäle abgeschafft, die Personalverordnung Psychiatrie hat für eine wesentlich bessere Personalausstattung in den Psychiatrischen Krankenhäusern gesorgt. Die Kliniken haben Stationen verkleinert und die Türen geöffnet. Multiprofessionelle Teams entwickeln kompetente Therapieprogramme; das Krankheitsverständnis hat sich verändert, man spricht miteinander. Als ich vor gut 20 Jahren in der Psychiatrie als Psychologin anfing, wurde von nicht wenigen Profis die Auffassung vertreten, Gespräche mit den Patientinnen und Patienten würden eine Dekompensation fördern.

Das Ohnmachtsgefühl ist geblieben

Wenig verändert hat sich die Angst und der Schrecken vieler Patientinnen und Patienten vor der Psychiatrie. Sie fühlen sich der Willkür der Professionellen ausgeliefert, missverstanden und ohnmächtig, wenn sie akut erkrankt in die Klinik kommen. Viele können insbesondere in der Aufnahmesituation und in den Tagen der akuten Krise ihre Interessen in der Klinik nicht adäquat und wirkungsvoll vertreten. Das Gefühl, die Geschehnisse nicht beeinflussen zu können und das Gefühl der Hilflosigkeit dominieren. Aufgrund dieser Ängste und ihrer bisherigen Erfahrungen mit der Psychiatrie kommen viele Psychiatrie-Erfahrene zu spät in Behandlung, sie zögern diese hinaus und müssen dann oft gegen ihren Willen eingewiesen und zwangsbehandelt werden.

Mit den tief greifenden Kränkungen und Stigmatisierungen, die mit diesem Ohnmachtsgefühl verbunden sind, habe ich seit einem Jahr als niedergelassene Psychotherapeutin zu tun. Auch nach vie-

len Jahren noch ist das Gefühl von Ausgeliefertsein und Hilflosigkeit bei den Betroffenen sehr präsent und kann von ihnen eindrucksvoll beschrieben werden. Das ist für mich als ehemalige Klinikmitarbeiterin bedrückend. Ich glaube, dass es uns als Profis oft nicht deutlich genug ist, was Psychiatrie-Erfahrene in diesen kritischen Stunden und Tagen gefühlsmäßig erleben und durchleiden.

Einflussnahme und Mitbestimmung

Jede, die sich wegen einer Krankheit in stationäre Behandlung begibt, möchte an der Festlegung von Therapiezielen und Behandlungsmethoden verantwortlich mitwirken können, insbesondere dann, wenn Entscheidungsspielräume vorhanden sind. Dies ist in der somatischen Medizin nicht anders als in der Psychiatrie. In der Psychiatrie waren die Einflussmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten vergleichsweise gering. Mit dem Betreuungsgesetz – 1992 in Kraft getreten – und den Veränderungen zum 1.1.1999 wurde die Rechtstellung der Betroffenen verbessert. Diskussionen um Vorausverfügungen, Patientinnentestamente und Vorsorgevollmachten haben die Auseinandersetzung in dieser Frage belebt. Neue Impulse erhält sie durch die aktuelle, im Zuge der Gesundheitsreform 2000 begonnene Diskussion um die weitere Stärkung der Patientinnenrechte.

Behandlungsvereinbarungen

In Bielefeld haben wir 1993 gemeinsam mit den Psychiatrie-Erfahrenen eine wirksame Mitbestimmungsmöglichkeit für ehemalige Patientinnen und Patienten in Form der Behandlungsvereinbarung entwickelt. In der Behandlungsvereinbarung werden im Gespräch zwischen allen an einer zukünftigen Behandlung Beteiligten, Modalitäten einer zukünftigen Aufnahme und Behandlung in der Klinik ausgehandelt, schriftlich festgehalten und von allen Beteiligten unterschrieben. Beteiligt sind: die ehemalige Patientin, ihre Vertrauensperson, die für die zukünftige Behandlung zuständige Oberärztin, die Pflege und der Sozialdienst. Im Falle einer zukünftigen Behandlung ist die Behandlungsvereinbarung eine verbindliche Handlungsanleitung für alle Beteiligten, u.a. zu den Themen: Aufnahme in die Klinik, medikamentöse Behandlung, Zwangsmaßnahmen, Kontakte

und die soziale Situation. Bestandteil der Behandlungsvereinbarung ist nach der Veränderung des Betreuungsrechts am 1.1.1999 eine Vorsorgevollmacht, damit die Betroffene eine Person ihres Vertrauens benennen kann, die im Fall eigener Entscheidungs- und Handlungsunfähigkeit für die Patientin rechtswirksam handeln kann. Mit der Behandlungsvereinbarung wird in ähnlicher oder an die jeweiligen regionalen Bedingungen angepasster Form in vielen Kliniken im In- und Ausland gearbeitet; u.a. beschloss der Landschaftsverband Rheinland die Einführung in allen Landeskliniken, in Rheinland-Pfalz wurde den Kliniken per Runderlass die Einführung empfohlen. Im neuen PsychKG des Landes NRW wird die Behandlungsvereinbarung ausdrücklich als zu berücksichtigende Willensäußerung im § 2 des Gesetzestextes benannt.

Zusammenarbeit ungleicher Partner

Mit der Behandlungsvereinbarung geht es um den Versuch eines partnerschaftlichen Umgangs miteinander, auf der Grundlage gegenseitigen Respekts.

Kennzeichen dieses Versuchs:

- Es handelt sich um eine zweiseitige Verpflichtung im Rahmen der Möglichkeiten der Verhandlungspartner, nicht um eine einseitige Willenserklärung auf Seiten der Psychiatrie-Erfahrenen oder um einseitige Bemühungen auf Seiten der Professionellen.
- Die Behandlungsvereinbarung wurde in Bielefeld in einem partnerschaftlichen Prozess zwischen den organisierten Psychiatrie-Erfahrenen und der Klinik ausgearbeitet, in den letzten Jahren immer wieder verändert und weiterentwickelt.
- Die Behandlungsvereinbarung wird nicht während des stationären Aufenthaltes abgeschlossen. Während des stationären Aufenthalts besteht ein Abhängigkeitsverhältnis, Psychiatrie-Erfahrene können nicht so frei verhandeln, ihre Wünsche und Forderungen offensiv vorbringen.
- Psychiatrie-Erfahrene können eine Freundin oder einen Freund oder eine andere Vertrauensperson zur »Verstärkung« beim Vereinbarungsgespräch mitbringen.
- Behandlungsvereinbarungen bewegen sich nicht im rechtsfreien Raum. Bei Nichtbeachtung bzw. unbegründeter Abweichung kann ggf. von einem Behandlungsfehler ausgegangen werden.

- In der Präambel der Behandlungsvereinbarung wird auch auf andere Möglichkeiten der Willensäußerung, wie das Psychiatrische Testament, hingewiesen.
- Die Klinik hat sich verpflichtet, für die Einhaltung der Absprachen Sorge zu tragen, auch bei einer Unterbringung im Rahmen des PsychKG oder des Betreuungsgesetzes.
- Die Klinik hat sich verpflichtet, auf der Grundlage der Dokumentation über ihr Vorgehen Rechenschaft abzulegen – insbesondere für den Fall, dass sich die Klinik nicht an die Absprachen halten konnte.
- Die Behandlungsvereinbarung beinhaltet einen Lernprozess für beide Seiten. Psychiatrie-Erfahrene setzen sich erneut mit der eigenen Erkrankung auseinander und mit Erinnerungen an frühere Klinikaufenthalte. Professionelle setzen sich mit den Wahrnehmungen und Beobachtungen bei früheren Klinikaufenthalten und insbesondere dem Erleben von Zwangsmaßnahmen auseinander. Das Selbstverständnis, als Professioneller genau zu wissen, wie eine effektive Behandlung auszusehen hat, wird in Frage gestellt.
- Die Behandlungsvereinbarung beinhaltet Respekt voreinander und Neugier füreinander; es wird akzeptiert, dass jemand etwas anderes will als die Partnerin/der Partner.
- Beide Seiten profitieren: Reduzierung von Gewalt im Klinikalltag, die Patientinnen und Patienten kommen frühzeitiger und in stabilerem Zustand in die Behandlung, Zwangsbehandlungen bei Patientinnen oder Patienten mit Behandlungsvereinbarung sind kaum noch nötig, kürzere Verweildauer und Minimierung des Schadens im Vorfeld der Klinikeinweisung sind das Ergebnis.

Empowerment

Die Diskussion um die Stärkung der Patientinnenrechte ist lebendiger geworden. Die Schaffung partnerschaftlicher Strukturen und Entscheidungsabläufe steht jedoch erst am Anfang. Der Trialog, Psychoseseminare, Behandlungsvereinbarungen, Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen in politische Gremien, all dies sind gute richtungsweisende Beispiele.

Empowerment – die Selbstbefähigung Psychiatrie-Erfahrener

fördern – bedeutet eine persönliche Herausforderung und einen Lernprozess auch für Professionelle, die sich als Teil der Reformbewegung verstehen: Es steht uns nicht zu, zu definieren, was für Psychiatrie-Erfahrene gut und richtig ist. Dieses Handeln »im wohlverstandenen Interesse«, auch das rein fürsorgliche Handeln, birgt die Gefahr der Bevormundung. Notwendig ist die weitestgehende Einbeziehung der Betroffenen – der Psychiatrie-Erfahrenen und ihrer Angehörigen – in Gremien und Entscheidungsabläufe. Darauf kann jeder im psychosozialen Bereich Tätige in seinem eigenen Arbeitsbereich hinwirken.

Wenn Psychiater zu viel von Empowerment reden

Peter Lehmann

Empowerment, so steht es im neuen Buch des Psychiatrie-Verlags von Andreas Knuf und Ulrich Seibert (Knuf, Seibert 2000), komme aus der Befreiungsbewegung der Schwarzen und Frauen und bedeute Auflehnung gegen Unterdrückung und Machtlosigkeit – eigentlich. Gemäß der Definition von Judi Chamberlin, der »großen alten Dame der Selbsthilfebewegung« und Mitbegründerin des US-amerikanischen National Empowerment Center, heißt Empowerment im psychosozialen Bereich unter anderem: »mit der eigenen Stimme sprechen, die eigene Identität neu definieren, die eigenen Möglichkeiten und das Verhältnis zu institutionalisierter Macht neu definieren« (Chamberlin 1993, S. 317). Diese Definition wurde in Deutschland in vielfältiger Weise bekannt gemacht, z.B. in Artikeln der ›Sozialen Psychiatrie‹ oder im Mitgliederrundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE). Ziele von Empowerment sind Gleichberechtigung und Selbstbestimmungsrecht.

Sozialpsychiatrisierung von Empowerment

Was machen psychiatrisch Tätige aus dieser Aussage? Der Psychologe Wolfgang Stark aus München ignorierte in seinem Buch »Empowerment« Publikationen von Psychiatrie-Betroffenen ausnahmslos (Stark 1996). Knuf und Seibert lassen zwar einige zu Wort kommen, haben allerdings bereits eine eigene Definition von Empowerment: Neben verstärkter Einflussnahme auf der politischen Ebene sehen sie Empowerment unter anderem als »Bewältigung der psychischen Krankheit« und als »vermehrte Mitbestimmung bei der Behandlung« (Knuf, Seibert 2000, S. 5). Neben den Betroffenen als den Subjekten des eigentlichen Empowerments sehen sie professionell Tätige Empowerment machen als Menschen, die von (omni)potenten Helferinnen zu Beraterinnen und Förderinnen eines zunehmenden Emanzipations- und Partizipationsprozesses werden. Schön gesagt. Solche Definitionen sind dazu angetan, eine Vielzahl von Fragen zu stellen:

- Was ist mit den Menschen, die die Denunzierung einer störenden und unbequemen Lebens- und Sinnesweise und unzivilisiert ablaufender emotionaler Prozesse als krank und damit als medizinisch behandlungsbedürftig grundsätzlich zurückweisen (Kempker 1991)? Wieso sollen diese Menschen Mitbestimmungsprozesse ausgerechnet mit Medizinerinnen anstreben?
- Was ist mit den Menschen, die unter psychopharmakabedingten chronischen Psychosen und Muskelstörungen leiden bzw. die es schlicht ablehnen, das Menschenrecht auf körperliche Unversehrtheit als Verhandlungsmasse zur Disposition zu stellen (Lehmann 1996)? Sollen ein Schutz vor einer (weiteren) Verletzung ihres Selbstbestimmungsrechts für diese Menschen kein Thema sein?
- Was bringen aufwendige Gespräche mit Medizinerinnen und Medizinern, die aufgrund ihrer naturwissenschaftlich orientierten Ausbildung ständig von Stoffwechselentgleisungen träumen und gar nicht in der Lage sein können, Menschen mit psychischen Problemen sozialer Natur bei Emanzipationsprozessen beizustehen? Hatte nicht auch das 1995 in der Zeitschrift ›Sozialpsychiatrische Informationen‹ publizierte Ergebnis einer Umfrage des BPE eine als »vernichtend« zu bezeichnende Absage an die Psychiatrie erbracht, als nur 10 % der Antwortenden angaben, dort Hilfe zur Lösung der Probleme gefunden zu haben,



Abbildung 1: Passen sich Psychiatrie-Erfahrene in die vorgegebenen Strukturen, fördern wir ihre Empowerment-Prozesse

die zur Psychiatrisierung geführt hatten (Peeck/Von Seckendorff/Heinecke 1995).

- Was soll mit psychiatrisch Tätigen Positives erreicht werden, die z.B. Jugendliche aus nichtigem Anlass mit Elektroschocks, Insulinkoma-Behandlungen und multiplen Pharmacocktails traumatisieren (Kempker 2000, S. 36–61) und mit dieser energischen Behandlungsattitüde Leitfiguren psychiatrischer Berufsverbände werden?
- Wo bleiben in psychiatrischen Diskussionszusammenhängen Psychiatrie-Betroffene, die die Anwendung des Strafrechts auch im psychiatrischen Bereich fordern bei dem Straftatbestand, der da heißt »fortwährende strafbare Körperverletzung durch Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit ohne wirksame Aufklärung über Behandlungsrisiken und Alternativen«?
- Wie können sozialpsychiatrisch Tätige unterstützend wirken, wenn sie nicht einmal in der Lage sind, massivste Vorschädigungen ihrer Patientinnen durch brutale biologische Behandlungsmaßnahmen zu erkennen?

Löst die Verwendung des Modebegriffs Empowerment all diese Probleme? Oder soll die Vielzahl der Psychiatrie-Betroffenen inner- und außerhalb des BPE, die unter der Losung »Geld und Rechte« nach einem wirksamen Schutz vor willkürlichen psychiatrischen Übergriffen und nach selbst verwalteten nichtpsychiatrischen Alternativen streben (Wehde 1991; Kempker 1998), wieder einmal ausgegrenzt werden? Und sollen Machtmissbrauch, strukturelle Menschenrechtsverletzungen und psychiatrische Inkompetenz wieder einmal unter den Tisch gekehrt werden?

Selbstverständlich gibt es auch Psychiatrie-Betroffene, die überzeugt sind, in der Psychiatrie Hilfe bekommen zu haben, die für sich sogar Zwangsbehandlung als hilfreich definieren, die jene menschlichen, psychotherapeutischen und sozialen Hilfen erhalten haben, die anderen vorenthalten wurden, die sich – aus welchen Gründen auch immer – unter dem Motto »Verhandeln statt behandeln« – mit mehr oder – in der Praxis meist – weniger Mitbestimmung zufrieden geben, Beispiel Behandlungsvereinbarung. Deren Sichtweise soll in keiner Weise diskreditiert werden. Aber es ist die Sichtweise eines Teiles der Betroffenen, und sie zur Sichtweise der Betroffenen insgesamt zu erklären, ist unredlich.

Empowerment in öffentlichen Veranstaltungen?

Bisher besteht im psychosozialen Bereich auf vielen Ebenen ein Ungleichgewicht, eine Benachteiligung von Psychiatrie-Betroffenen. Solange dies noch so ist, sollten – wie dies beispielsweise manchmal zum Abbau der Diskriminierung von Frauen praktiziert wird – Quoten eingeführt werden: bei der Stellenbesetzung, bei Planungskomitees von Kongressen, bei Zusammensetzung von Podien, der Vergabe von Hauptreferaten, der Leitung von Arbeitsgruppen usw. Da Kongressteilnahme oft für die Masse der zu 80 % arbeitslosen Psychiatrie-Betroffenen unerschwinglich ist, muss Psychiatrie-Betroffenen eine finanziell erheblich ermäßigte Kongressteilnahme ermöglicht werden. Und sie müssen endlich auch bei Pressekonferenzen beteiligt werden, damit sie den Hauch einer Chance bekommen, das in den Medien grassierende Stereotyp des gemeingefährlichen und behandlungsbedürftigen Irren zu korrigieren. Wem ist aufgefallen, dass beim Festakt zur Feier »25 Jahre Psychiatrie-Enquete – Bilanz und Perspektiven der Psychiatrie-Reform« am 21. November in Bonn – Bad Godesberg ursprünglich nicht ein/e einzige/r Psychiatrie-Betroffene/r sprechen sollte? Wer der großen Empowerment-Enthusiasten hat gegen diese Ausgrenzung protestiert? Was ist das für eine Psychiatrie-Reform, wenn bei der Pressekonferenz zum Festakt die Betroffenen mal wieder – wie selbstverständlich – ausgegrenzt waren?

Empowerment im Selbsthilfebereich?

Angesichts der großen Zahl Psychiatrie-Betroffener Menschen ist die Anzahl der im Selbsthilfebereich-Tätigen mehr als gering. Und nur ein Bruchteil setzt sich aktiv und offensiv für die Vertretung der eigenen Rechte ein. Viele Betroffene freuen sich, wenn ein Profi überhaupt mal zuhört, wenn sie als Menschen wahrgenommen werden. Man kann es ihnen nicht verdenken angesichts ihrer Erfahrungen in der Psychiatrie.

Doch wenn sich Betroffene organisieren, wenn sie ihre Interessen öffentlich vertreten oder wenn sie ihre Selbsthilfe- und Beratungstätigkeiten gefördert haben wollen, finden nicht einmal diese Wenigen Unterstützung. Weshalb wird der Selbsthilfebereich nicht finanziell gefördert bzw. in der Regel – im Vergleich zu anderen

Ausgaben – mit Almosen abgespeist? Wo ist der Protest, wenn das Bundesministerium für Gesundheit Millionen für die psychiatrische (»Anti-«)Stigmatisierungskampagne der biologischen Psychiatrie zum Fenster hinauswirft, um selbst die bescheidensten Förderanträge von Selbsthilfeorganisationen mit dem Argument »Kein Geld« abzuschmettern? Wo ist der Protest gegen den Skandal, dass sich offenbar Verbraucherverbände die Krankenkassengelder unter die Nägel gerissen haben, die eigentlich für Selbsthilfe-Einrichtungen gedacht sind?

Fazit

Empowerment, Partnerschaft und Gleichberechtigung sind schöne Worte. Sie eignen sich für Sonntagsreden. Da Partnerschaft nur unter Gleichberechtigten denkbar ist, sind alle, die Empowerment und Gleichberechtigung wirklich wollen, freundlichst aufgefordert, die rechtliche, soziale und finanzielle Situation von Psychiatrie-Betroffenen auf allen Entscheidungsebenen zu stärken, bestehende Machtgefälle zu verringern, Allianzen mit Psychiatrie-Betroffenen einzugehen, sich öffentlich im Rahmen ihrer Möglichkeiten und Verbände zu äußern.

Da erfahrungsgemäß Menschen an ihren Machtpositionen hängen, sollten Psychiatrie-Betroffene nicht auf den Sankt-Nimmerleins-Tag warten, sondern gemeinsam daran gehen, eine Gegenmacht aufzubauen. Dazu müssen sie sich zusammenschließen und gemeinsam auf den Weg zur Gleichberechtigung machen. Wenn sie eine Hand voll Nichtbetroffener begleitet, sollten sie sich freuen. Wenn jene aber in einer Weise von Empowerment reden, dass sie nur den ursprünglich mit emanzipativem Sprengstoff versehenen Begriff entschärfen und die Idee in altbekannter psychiatrischer Art uminterpretieren, verbiegen, entschärfen, eingemeinden – »kooptieren« ist der Fachbegriff in der internationalen Selbsthilfe- und Befreiungsbewegung –, dann zeigt dies, wie weit der Weg ist zu einer Gegenmacht, zu echtem Empowerment, wie wichtig es aber auch ist, diesen Weg zu beschreiten. Das Ziel müssen allerdings die am Selbstbestimmungsrecht, am wirksamen Mitbestimmungsrecht, an echter Partnerschaft interessierten Betroffenen bestimmen, niemand sonst.

Literatur

Chamberlin J.: Erfahrungen und Zielsetzungen der nordamerikanischen Selbsthilfebewegung. In: Kempker K., Lehmann P. (Hg.): Statt Psychiatrie. Berlin: Antipsychiatrieverlag. 1993: 300–317

Kempker K.: Teure Verständnislosigkeit – Die Sprache der Verrücktheit und die Entgegnung der Psychiatrie. Berlin: Antipsychiatrieverlag. 1991

Kempker K. (Hg.): Flucht in die Wirklichkeit. Das Berliner Weglaufhaus. Berlin: Antipsychiatrieverlag. 1998

Kempker K.: Mitgift – Notizen vom Verschwinden. Berlin: Antipsychiatrieverlag. 2000

Knuf A., Seibert U.: Selbstbefähigung fördern. Bonn: Psychiatrie-Verlag. 2000

Lehmann P.: Schöne neue Psychiatrie. Band 1: Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken. Band 2: Wie Psychopharmaka den Körper verändern. Berlin: Antipsychiatrieverlag. 1996

Peeck G, Von Seckendorff C., Heinecke P.: Ergebnis der Umfrage unter den Mitgliedern des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener zur Qualität der psychiatrischen Versorgung. In: Sozialpsych. Information 1995, 25, 4: 30–34

Stark W.: Empowerment. Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis. Freiburg: Lambertus Verlag. 1996

Wehde U.: Das Weglaufhaus – Zufluchtsort für Psychiatrie-Betroffene. Erfahrungen, Konzeptionen, Probleme. Berlin: Antipsychiatrieverlag. 1991

Von den Rodewischer Thesen zur Psychiatrie-Reform im Osten Deutschlands

Einleitung

Bernhard Riecke

Die Rodewischer Thesen 1963 – also zwölf Jahre vor der Enquete der früheren Bundesrepublik und heute vor 37 Jahren – sind immer noch aktuell. Moderne sozialpsychiatrisch-rehabilitative Gedanken, wie aufsuchende Hilfe, offene Stationen in den Kliniken, enge Verbindung zum Arbeitsmarkt, Unabhängigkeit von Kostenträgern (die so genannte Einheitskasse für alle Belange) konnten sich allerdings nicht überall durchsetzen.

Auch die Brandenburger Thesen zur therapeutischen Gemeinschaft 1976 akzeptierten ausdrücklich die Großkrankenhäuser, versuchten aber, die Akzeptanz der psychisch Kranken in der Gesellschaft zu verbessern.

Da in der früheren DDR nicht alle wünschenswerten Veränderungen in der Psychiatrie durchgesetzt werden konnten, besonders auch die Großkrankenhäuser ausdrücklich akzeptiert wurden, blieben nach der Wende der umfangreiche Enthospitalisierungsprozess und der Aufbau gemeindenaher Versorgungsstrukturen als dringlichste Aufgaben.

Das Symposium beleuchtet mit seinen verschiedenen Aspekten die Zeit vor und nach der Wende. Durch Beispiele aus Sachsen, Thüringen und Brandenburg wurde der Aufbau moderner psychiatrischer Versorgungsstrukturen dargestellt.

Die Entwicklung der Krankenhauspsychiatrie im Land Brandenburg seit 1990

Ulrich Hoffmann

1. Allgemeinpsychiatrie

Die Ausgangssituation bei Bildung des Landes Brandenburg am 03.10.1990 war wie in allen neuen Bundesländern durch die Konzentration der psychiatrischen Krankenhausversorgung auf wenige Standorte gekennzeichnet. Vor allem fünf große Fachkrankenhäuser – die Landeskliniken Brandenburg, Eberswalde, Lübben, Neuruppin und Teupitz – trugen die Hauptlast der Versorgung. Daneben existierten eine rein psychiatrisch arbeitende Fachabteilung am Kreiskrankenhaus Rüdersdorf und weitere vier gemischte neurologisch-psychiatrische Abteilungen an den allgemeinen Krankenhäusern in Cottbus, Forst, Frankfurt/Oder und Klettwitz (s. Abb.1).

Schon im Ersten Krankenhausplan des Landes Brandenburg, der 1991 erarbeitet und im Frühjahr 1992 beschlossen wurde, war deshalb im Fachgebiet Psychiatrie die Linie einer konsequent an den Erfordernissen der Gemeindenähe orientierten Krankenhausplanung eingeschlagen worden. Diese krankenhausplanerische Maßgabe wurde auch in der 1994 durchgeführten Überarbeitung des Ersten Krankenhausplanes beibehalten und hat sich bewährt. Die Anzahl psychiatrischer Krankenhausstandorte wurde zunächst rein planerisch durch Errichtung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern deutlich erhöht. Der zweite Krankenhausplan (1998) sieht insgesamt 18 Standorte vor; die planerische Entwicklung hat damit zunächst ihren Abschluss erreicht.

Dank einer ebenso konsequent wie die Krankenhausplanung betriebenen Krankenhausinvestitionsförderung konnte eine zügige Umsetzung der Planzahlen erreicht werden: Seit Dezember 1998 sind 18 Standorte betriebsfähig; der weitere Ausbau der tagesklinischen Behandlung wird von allen Standorten aus vorangetrieben. Damit werden 1998 die Vorgaben des Krankenhausplanes hinsichtlich der Standorte erfüllt und ein Versorgungsgrad erreicht sein, bei dem mit einem Einzugsgebiet je psychiatrischer Krankenhausabteilung von durchschnittlich 140.000 Einwohnern größtmögliche



Abbildung 1: Psychiatrie im Land Brandenburg (1990)

Gemeindenähe besteht. Die Planzahlen, die ursprünglich eine Bettendichte von etwas mehr als 80 Betten auf 100.000 Einwohnerinnen vorsahen, sind entsprechend dem fachlichen Trend in diesem Gebiet insgesamt behutsam nach unten korrigiert worden und liegen nun mit 75,5 Betten/Plätze auf 100.000 Einwohnerinnen etwas unter dem bundesweiten Durchschnitt an aufgestellten Betten. In den Planzahlen ist der Anteil der teilstationären Plätzen vollständig enthalten. Der gegenwärtige tatsächliche Bettenbestand (2000) liegt mit gut 60 aufgestellten Betten auf 100.000 Einwohnerinnen noch deutlich unter der Planzahl. Mit 18 Standorten und durchschnittlich 140.000 Einwohnerinnen im Aufnahmegebiet ist der Forderung nach einer wohnortnahen psychiatrischen Krankenhausversorgung rechnerisch allemal Genüge getan. Der geringen Besiedelungsdichte im Land Brandenburg und der damit in Zusammenhang stehenden

Weitläufigkeit der Aufnahmegebiete trotz der überschaubaren durchschnittlichen Einwohnerinnenzahl trägt die Krankenhausplanung dadurch Rechnung, dass in nicht wenigen Fällen einem vollstationären Standort ein teilstationäres Angebot in Form einer Tagesklinik an einem anderen Ort innerhalb des Aufnahmegebietes zugeordnet wird. Tagesklinische Plätze werden allerdings krankenhausplanerisch den vollstationären Betten gleichgestellt; sie sind in der genannten Bettenziffer von 75,5 auf 100.000 Einwohnerinnen enthalten und machen im Durchschnitt 14 % der Gesamtkapazität aus, wobei die Psychiatrischen Abteilungen eher einen höheren (rund 17 %), die Fachkrankenhäuser einen etwas niedrigeren Anteil (7 %) ihrer Kapazität in Form von tagesklinischen Plätze vorhalten. Die einheitliche Beplanung von Betten und Plätzen war bewusst gewählt worden, um die »eins-zu-eins« Austauschbarkeit von vollstationären und teilstationären Angeboten deutlich zu machen. Die Landschaft hat sich entsprechend differenziert entwickeln und den jeweils örtlichen Gegebenheiten anpassen können; die jeweiligen Anteile reichen je nach Krankenhaus von 55 % Betten/45 % Plätze bezogen auf die Gesamtkapazität des Hauses bis zu 97 % Betten/3 % Plätze. In der künftigen Krankenhausplanung sollen vollstationäre Betten und teilstationäre Plätze zugunsten der Übersichtlichkeit der Darstellung konsequent getrennt ausgewiesen werden.

Dieser konsequenten Dezentralisierung entspricht auch die tatsächliche Entwicklung der Versorgungsleistung. Waren 1991 noch rund 87 Prozent aller psychiatrischen Krankenhausbetten in den fünf traditionellen großen Fachkrankenhäusern konzentriert, so finden sich in 2000 schon rund 62 Prozent aller vollstationären Betten und 82 % aller teilstationären Plätze in psychiatrischen Abteilungen an gemeindenah gelegenen Allgemeinkrankenhäusern. Diese weisen auch gut 65 % aller jährlich etwa 23.000 Behandlungsfälle auf. Die durchschnittliche Verweildauer liegt bei knapp 23 Tagen (1999), wobei die Landeskliniken in der Tendenz leicht über diesem Wert liegen. Jedem psychiatrischen Krankenhausstandort ist durch Rechtsverordnung ein klar definiertes Aufnahmegebiet zugeordnet, für welches die Fachabteilung im Sinne des Vollversorgungsauftrages zuständig ist. Diese örtliche Zuständigkeit bezieht sich insbesondere auf diejenigen Patientinnen, die gegen ihren Willen in einer psychiatrischen Krankenhausabteilung untergebracht und behandelt werden müssen.

Die vorliegenden Versorgungsdaten untermauern den Erfolg der eingeschlagenen Zielrichtung. Bei einer Quote von (Stand Sommer 2000) 60 aufgestellten Betten auf 100.000 Einwohner liegt die Fallzahl über dem Bundesdurchschnitt (8,7/100.000 im Land Brandenburg gegenüber 7,1/100.000 im Bundesdurchschnitt), die Verweildauer mit knapp 23 Tagen (gegenüber 31 Tagen) deutlich darunter. Der Auslastungsgrad der psychiatrischen Betten hat sich seit 1991 von Jahr zu Jahr trotz oder wegen der Zuwächse verbessert und liegt mit 89,6 % derzeit leicht über dem Bundesdurchschnitt (88,0 %). Damit bestätigt sich offenkundig die sehr gute Akzeptanz des gemeindenahen Angebotes der psychiatrischen Fachabteilungen im Lande (s. Abb.2).

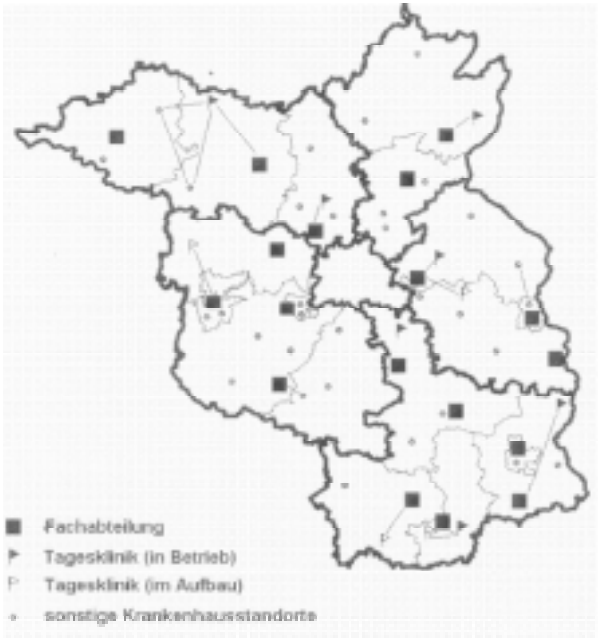


Abbildung 2: Psychiatrie im Land Brandenburg (2000)

Eine klinisch-stationär so stark dezentralisierte Versorgung psychisch Kranker bedarf der Ergänzung durch außerstationäre Dienste und Einrichtungen, die sich insbesondere um die chronisch psychisch Kranken kümmern, damit die Langzeitbereiche in den traditionellen Großanstalten verkleinert werden können und keine neuen großen Sammelbecken für Langzeitbetreuungsbedürftige entstehen. Deshalb wurde im Land Brandenburg ab dem Jahr 1992 das Landesprogramm »Aufbruch Psychiatrie« aufgelegt, dass die Zielrichtung der »Enthospitalisierung« durch die Förderung von gemeindenahen Angeboten der ambulanten und stationären komplementären Versorgung unterstützen und absichern sollte.

Im Rahmen dieses Landesprogramms »Aufbruch Psychiatrie« wurden 1992 bis 2000 knapp 90 Millionen DM an Fördergeldern für den Aufbau eines Gefüges an gemeindenahen Versorgungsstrukturen ausgegeben. Damit konnten folgende Versorgungsbausteine einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung realisiert werden:

29 Kontakt-und Beratungsstellen, 13 Tagesstätten, 27 Angebote an betreutem Einzel- oder Paar-Wohnen, 18 betreute Wohngemeinschaften, zehn Firmen für psychisch Kranke (Kantine, Fahrradwerkstatt, Wäscherei), zehn Abteilungen für psychisch Kranke an Werkstätten für Behinderte (z.B. Gärtnerei, Verkaufsstellen).

Neben dieser flächendeckend angelegten Förderung von konkreten Einzelprojekten zur landesweiten Verbesserung des Versorgungsniveaus im nicht durch die Krankenversicherung abgedeckten, so genannten »komplementären« Bereich wurde im Rahmen des Landesprogrammes auch Wert gelegt auf die Sicherstellung der notwendigen vernetzenden, koordinierenden und steuernden Funktionen. Deshalb wurden Psychiatrie-Koordinatoren in den Landkreisen und kreisfreien Städten gefördert und in monatlichen Koordinatoren-Tagungen fortgebildet und beraten.

Durch den Aufbau von beschützten Wohnformen wird die Enthospitalisierung der großen Langzeitbereiche der psychiatrischen Fachkrankenhäuser und die Entflechtung der traditionellen Großeinrichtungen der Behindertenhilfe zugunsten kleiner, gemeindenah gelegener Angebotsformen vorangetrieben und komplementiert. So wurden neben den schon genannten niedrigschwelligen Angeboten an betreuten Wohnformen im Zeitraum von 1992 bis 2000 allein 23 Wohnheime für chronisch psychisch Kranke und eine nahezu gleiche Zahl an Heimen für chronisch mehrfach geschädigte Alkoholkranke geschaffen. Die Einrichtungen stellen rund 450 bis 500 neu geschaffene Wohnheimplätze bereit. Sie verfügen über eine durchschnittliche Kapazität von etwa 18 bis 20 Plätzen, die kleinsten sind nur acht Plätze groß, die größte umfasst einschließlich ei-

ner Außenwohngruppe 48 Plätze. Insgesamt bestehen im Land Brandenburg, einschließlich der älteren, noch nutzbaren, aber zur Renovierung und Sanierung vorgesehenen Einrichtungen, gut 50 Wohnstätten für psychisch Kranke mit einer durchschnittlichen Größe von knapp 20 Plätzen, für Alkoholiker sind 41 Heime mit einer Durchschnittsgröße von etwa 23 Plätzen vorhanden.

Mit Hilfe der Landesförderung aus »Aufbruch Psychiatrie« und dem Engagement der vielen, oft kleinen Trägerorganisationen konnte landesweit eine weitgehend gleichmäßige Angebotsdichte erreicht werden. Die Langzeitbereiche der fünf Landeskliniken (bzw. in einem Falle ihrer Nachfolge-Einrichtung) wurden im Zeitraum von 1991 bis heute von etwa 2.200 Plätzen auf rund 400 Plätze verkleinert, die etwa je zur Hälfte mit – meist sehr alten – psychisch kranken und mit geistig behinderten Menschen belegt sind und auch in den nächsten Jahren konsequent verkleinert werden sollen; im Bereich der großen Heimträger konnte eine ähnliche Entflechtungspolitik angeregt werden.

2. Kinder- und Jugendpsychiatrie

Im Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie war die Ausgangssituation gekennzeichnet von einer Konzentration auf nur drei als wirklich eigenständige Fachabteilungen betriebene Standorte. Die Krankenhausplanung legt auch hier das Leitbild der Dezentralisierung zugrunde und sieht in jedem der fünf Krankenhausversorgungsgebiete eine stationäre Abteilung vor. Sie verzeichnet 224 kinder- und jugendpsychiatrische Betten, die an den Standorten Brandenburg, Eberswalde, Frankfurt/Oder, Lübben und Neuruppin betrieben werden. Die Spezifik der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungserfordernisse im Land Brandenburg bringt mit sich, dass durch die entsprechenden Fachabteilungen großräumige Gebiete, in der Regel ohne eine auch nur annähernd ausreichende Anzahl von niedergelassen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen (landesweit werden sieben Praxen niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiaterinnen betrieben), zu versorgen sind. Gründliche klinische Diagnostik ist häufig nur im Rahmen von kurzzeitigen stationären Aufnahmen möglich. Diesen Besonderheiten im Lande entspricht es, dass die Versorgungsdaten vergleichsweise hohe Fallzahlen bei gleichzeitig deutlich unterdurchschnittlicher Verweildauer ausweisen.

Psychiatrischer Versorgungsbedarf chronisch schizophren Erkrankter in verschiedenen betreuten Wohnformen – Ein Beitrag zum Enthospitalisierungsprozess nach der politischen Wende

Thomas W. Kallert und Matthias Leiße

Einleitung

Nach der politischen Wiedervereinigung Deutschlands im Jahr 1990 sahen sich die so genannten neuen Bundesländer der Aufgabe gegenüber, gemeindepsychiatrische Versorgungsstrukturen neu aufzubauen [1-3]. Insbesondere wurden verschiedene neue betreute Wohnmöglichkeiten für chronisch psychisch Kranke etabliert. Dabei wurde angestrebt, Patientinnen mit unterschiedlichen Schweregraden psychopathologischer Auffälligkeiten und sozialer Behinderungen unterschiedliche betreute Wohnformen mit entsprechend differierenden Behandlungskonzeptionen anzubieten:

1. Pflegeheimbereiche im psychiatrischen Großkrankenhaus (besonders geschützte, aber nicht geschlossene Versorgungseinrichtungen mit fachpsychiatrischer konsiliarischer Betreuung),
2. Sozialtherapeutische Wohnstätten (die Bewohnerinnen neben Unterkunft und Verpflegung psychiatrische und sozialtherapeutische Behandlung bieten) und
3. ambulant betreutes Wohnen (niederschwellige flankierende Maßnahme für chronisch psychisch kranke Menschen, die zu autonomer Lebensführung in eigener Wohnung in der Lage sind).

Der vorliegende Artikel analysiert den individuellen normativen psychiatrischen Versorgungsbedarf [4, 5] chronisch schizophrener Patientinnen in den unterschiedlichen betreuten Wohnangeboten der Region Dresden (Landeshauptstadt des Freistaates Sachsen mit etwa 500.000 Einwohnerinnen). Aus dem gesamten Spektrum psychischer Störungen weist diese diagnostische Subgruppe die größte Anzahl psychischer und sozialer Beeinträchtigungen/Behinderungen auf [6, 7] und ist am stärksten vom Dehospitalisierungsprozess betroffen. Diesen Patientinnen eine effektive Behandlung zur Ver-

fügung zu stellen, kann als Qualitätsindikator eines psychiatrischen Versorgungssystems betrachtet werden. Ihren klinisch erfassten Bedarf zu decken, ist eine international postulierte evaluative Zielstellung [8].

Im Einzelnen werden die folgenden thematischen Schwerpunkte behandelt:

1. Klinische Erfassung des psychiatrischen Versorgungsbedarfs chronisch schizophrener Patientinnen in kürzlich etablierten betreuten Wohnformen
2. Vergleich der diesbezüglichen Resultate in einer Region, deren gemeindepsychiatrisches Versorgungsangebot noch in Entwicklung begriffen ist, mit Resultaten aus anderen europäischen Regionen und
3. Identifizierung einiger Ursachen für bestehende Defizite im setting-spezifischen Bedarfsdeckungsstatus.

Methodik

Studiendesign

In einem Längsschnitt-Ansatz, der einen Zeitraum von zwei Jahren abdeckt, werden zu drei (jährlichen) Untersuchungszeitpunkten 244 Patientinnen und Patienten mit – gemäß ICD-10-Kriterien [9] diagnostizierten – schizophrenen Störungen, die in verschiedenen institutionellen Ausformungen des betreuten Wohnens (siehe unten) leben, untersucht. Die hier dargestellten Resultate basieren auf der Erstuntersuchung, die vier Wochen nach dem Rekrutierungszeitpunkt erfolgte.

Untersuchungsinstrumente

Die Erfassung soziodemographischer und krankheitsbezogener Daten erfolgte mit einem selbst entwickelten standardisierten Dokumentationsbogen. Der psychopathologische Status wurde mit der Positiv- und Negativ-Syndrom-Skala (PANSS [10]) beurteilt.

Der individuelle psychiatrische Versorgungsbedarf sowie das Ausmaß der Bedarfsdeckung wurde mit dem Needs for Care Assessment (NCA [4]) erfasst. Dieses Instrument deckt 22 Bereiche

(siehe Tabelle 4) ab, die in zwei Sektionen unterteilt sind: 1. Krankheitssymptomatik und Verhaltensstörungen (klinische Sektion A/C) und 2. Soziale Fähig- und Fertigkeiten (Sektion B). Basierend auf Informationen von in engem Kontakt mit dem Patienten stehenden (Bezugs-)Therapeuten wird zunächst das aktuelle Funktionsniveau des Patienten in jedem NCA-Bereich beurteilt. Falls das Funktionsniveau beeinträchtigt ist[1], werden die einem bestimmten Bereich zugeordneten einzelnen Behandlungselemente dahingehend bewertet, ob sie angemessen sind, gegenwärtig angeboten werden und (potenziell) wirksam sind, ob sie in inadäquater Form angeboten wurden, ob sie fortgesetzt werden sollen, ob diesbezüglich innerhalb der nächsten zwölf Monate wahrscheinlich Bedarf entstehen wird und ob sie – aus einer Reihe von Gründen (z.B. noch nicht etablierte therapeutische Angebote und Institutionen) – zwar angemessen wären, in letzter Zeit aber nicht in adäquater Form angeboten werden konnten. Mittels eines Algorithmus ergibt sich aus den beiden genannten Bewertungsschritten ein Bedarfsdeckungsstatus in jedem einzelnen Bereich, der sich folgendermaßen differenzieren lässt: Kein Bedarf, gedeckter Bedarf, nicht gedeckter Bedarf Diagnostik, nicht gedeckter Bedarf Behandlung, nicht deckbarer Bedarf.

Statistische Bearbeitung der Daten

Alle statistischen Berechnungen wurden mit dem Statistikpaket SPSS für Windows, Version 6, durchgeführt. Signifikanztests wurden jeweils 2-seitig vorgenommen. Je nach Skalenniveau, Verteilung und Abstufung der jeweiligen Variablen erfolgten Mittelwertsvergleiche mittels einer einfachen Varianzanalyse (ANOVA), wobei auch multiple Gruppenvergleiche (Scheffé-Test) durchgeführt wurden, und wurden χ^2-Tests für Mehrfeldertafeln eingesetzt, um signifikante Gruppenunterschiede zu ermitteln. Zusätzlich wurden die patientenbezogenen Häufigkeiten beeinträchtigter NCA-Funktionsniveaus einer hierarchischen Clusteranalyse (WARD-Methode) unterzogen.

1 Funktionsniveau 1 = gegenwärtig kein Problem, aber deutliches Problem innerhalb der vergangenen zwei Jahr und/oder ein deutliches Problem droht; Funktionsniveau 2 = gegenwärtig deutliches Problem (im letzten Monat)

Untersuchungsgruppen

Insgesamt wurden im Zeitraum September 1998 bis März 1999 fünf Patientinnen-Gruppen (Tabelle 1), die in den nachfolgend aufgeführten betreuten Wohnformen leben, auf freiwilliger Basis und nach schriftlich erteilter Zustimmung rekrutiert:

Pflegeheimbereich eines psychiatrischen Großkrankenhauses (N = 50): Aus den 260 Bewohnerinnen und Bewohnern des Pflegeheims am Sächsischen Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Arnsdorf (etwa 30 Kilometer nordöstlich von Dresden gelegen) wurden alle Patientinnen und Patienten mit der Diagnose einer schizophrenen Störung in die Studie eingeschlossen.

Tabelle 1: Soziodemographische und krankheitsbezogene Charakteristika der Patientengruppen (Angaben in %)

	Psychiatrisches Pflegeheim (N = 50)	Sozialtherapeutische Wohnstätte (N = 51)	ambulant betreutes Wohnen (N = 38)	mit der Familie lebend (N = 50)	allein lebend (N = 55)
Alter (in Jahren)[1]	58.5 ± 10.4	44.5 ± 10.8	45.4 ± 11.7	44.4 ± 10-4	47.1 ± 11.5
Anteil der Männer	50.0	68.6	60.5	46.0	70.9
überwiegender finanzieller Unterhalt					
Erwerbstätigkeit	–	–	–	4.0	7.3
Sozialhilfe	2.0	–	5.1	–	5.5
Altersrente	26.0	2.0	10.3	4.0	7.3
Erwerbsunfähigkeitsrente	72.0	98.0	82.1	82.0	74.5
Krankheitsdauer (in Jahren)[2]	35.5 ± 9.9	19.6 ± 10.0	18.0 ± 11.1	16.2 ± 10.9	19.5 ± 10.9
Aufenthaltsdauer in der Wohnform (in Jahren)	4.5 ± 1.0	3.0 ± 2.7	4.1 ± 4.7	21.0 ± 13.8	13.1 ± 12.3

1 ANOVA: F = 14.9, df = 4,239, p < .001; signifikante Unterschiede zwischen Gruppe 1 und den Gruppen 2/3/4/5 (p < .001) [Scheffé-Test]

2 ANOVA: F = 25.9, df = 4,239, p < .001; signifikante Unterschiede zwischen Gruppe 1 und den Gruppen 2/3/4/5 (p < .001) [Scheffé-Test]

1. Sozialtherapeutische Wohnstätten (N = 51): Die sozialtherapeutischen Wohnstätten in Bischofswerda und Kamenz (30 bzw. 40 Kilometer von Dresden entfernt) haben überwiegend aus dem Sächsischen Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Arnsdorf enthospitalisierte Patientinnen und Patienten aufgenommen. Mit Ausnahme von zwei Ablehnungen erfolgte die Befragung aller an Schizophrenie erkrankten Bewohner dieser Einrichtungen.
2. Ambulant betreutes Wohnen (N = 38): Hierbei handelt es sich sowohl um betreute Wohngruppen als auch um Einzelwohnungen in und außerhalb Dresdens, in denen enthospitalisierte und andere chronisch schizophren Erkrankte in und außerhalb Dresdens Aufnahme gefunden haben. Der Kontakt wurde mit Hilfe der betreuenden Institutionen (gemeinnützige psychosoziale Hilfsvereine) hergestellt (fünf Patientinnen und Patienten lehnten eine Teilnahme an der Untersuchung ab).
3. Mit Familie in häuslicher Umgebung lebende Patientinnen und Patienten (N = 50): Diese Subgruppe umfasst schizophren Erkrankte, die mit ihrer Ursprungsfamilie oder ihrer eigenen Familie im Stadtgebiet von Dresden leben. Diese Patientinnen und Patienten wurden – wie in der 5. Subgruppe – in der Regel durch Vermittlung ihre behandelnden Nervenärztin rekrutiert. Während des 4. Quartals 1998 fragten zehn niedergelassene Dresdner Psychiaterinnen (zufällig ausgewähltes Drittel der in der Region niedergelassenen Psychiaterinnen) alle ihrer schizophren erkrankten Patientinnen und Patienten hinsichtlich eines Einverständnisses zur Studienteilnahme an (Quote an Ablehnungen in der 4. und 5. Subgruppe jeweils 15 %).
4. Allein in eigener Wohnung lebende Patientinnen und Patienten (N = 55): Diese Patientinnen und Patienten leben allein in eigener Wohnung und erfahren keine über die Kontakte zu ihrer behandelnden Nervenärztin hinausgehende gemeindepsychiatrische Betreuung.

Das Durchschnittsalter beträgt für die Gesamtklientel 48,1 (± 12,1) Jahre, wobei die Patientinnen und Patienten im psychiatrischen Pflegeheim am ältesten und die in der Familie lebenden am jüngsten sind. Eine dementsprechende Verteilung zeigt die durchschnittliche Krankheitsdauer.

Bezüglich der Diagnosen überwiegt die Form der paranoiden Schizophrenie (45,1 % der Gesamtklientel), gefolgt vom schizophrenen Residuum (33,6 %). Hebephrenie und Katatonie sind mit jeweils 6,6 % zu registrieren, während die anderen Schizophrenieformen nur eine marginale Rolle spielen.

Für die Patientinnen und Patienten im psychiatrischen Pflegeheim spiegelt die ermittelte durchschnittliche Aufenthaltsdauer in diesem Wohnsetting nicht deren reale Situation wider. Sie hatten oft schon eine wesentlich längere Zeitspanne dort verbracht, aber ihre Unterbringung war aus formalen Gründen als Krankenhausaufenthalt ausgewiesen worden, was sich erst aufgrund der im Gefolge der politischen Wiedervereinigung ablaufenden sozialrechtlichen Veränderungen (Trennung in »Behandlungs-« und »Pflegefall«) differenzierte. Die für die Bewohnerinnen und Bewohner sozialtherapeutischer Wohnstätten ermittelte durchschnittliche Aufenthaltsdauer korrespondiert mit dem Umstand, dass die ersten Einrichtungen dieses Typs vor etwa vier bis fünf Jahren eröffnet wurden.

Zwischen den Subgruppen bestehen signifikante Unterschiede der psychopathologischen Symptomatik (siehe Tabelle 2). Patientinnen und Patienten im psychiatrischen Pflegeheim weisen die größte Ausprägung psychopathologischer Symptome auf, gefolgt von der Klientel sozialtherapeutischer Wohnstätten und ambulant betreuter Wohnformen.

Tabelle 2: Gruppenmittelwerte für die PANSS-Skalen

	Psychiatrisches Pflegeheim (N = 50)	Sozialtherapeutische Wohnstätte (N = 51)	ambulant betreutes Wohnen (N = 38)	mit der Familie lebend (N = 50)	allein lebend (N = 55)
Gesamtwert	94.8[2-5]	72.0[1,4*,5*]	65.1[1]	59.9[1,2*]	60.4[1,2*]
Positivsymptome	18.1[2-5]	13.2[1]	13.2[1]	11.3[1]	12.8[1]
Negativsymptome	29.5[2-5]	21.3[1,4*,5]	18.1[1]	16.9[1,2*]	16.6[1,2]
Allgemeine Psychopathologie	47.3[2-5]	37.4[1,4*,5*]	33.7[1]	31.7[1,2*]	31.1[1,2*]

ANOVA: für alle Skalen F > 12.6, df = 4,239, p < .001; die kleinen hoch gestellten Zahlen zeigen an, gegenüber welcher/n Subgruppe(n) statistisch signifikante Unterschiede bestehen (Scheffé-Test: * p < .05, andere p < .01)

Ergebnisse

Psychiatrischer Versorgungsbedarf

Entsprechend den Festlegungen im NCA ist ein psychiatrischer Versorgungsbedarf dann vorhanden, wenn das Funktionsniveau eines Patienten oder einer Patientin beeinträchtigt ist, d.h. (1) ein aktuelles klinisch bedeutsames oder (2) ein zurückliegendes (in den letzten beiden Jahren) oder drohendes Problem beurteilt wird, und dies auf eine potenziell behandelbare oder präventiven Maßnahmen zugängliche Ursache zurückzuführen ist. Tabelle 3 zeigt die durchschnittliche Anzahl von Bereichen mit demzufolge ermitteltem Versorgungsbedarf für die fünf Patientinnengruppen, wobei die beiden NCA-Sektionen getrennt dargestellt werden.

In Sektion A (Krankheitssymptome und Verhaltensstörungen) weisen die Patientinnen und Patienten des psychiatrischen Pflegeheims und der sozialtherapeutischen Wohnstätten im Vergleich mit den anderen Subgruppen eine etwas erhöhte Anzahl von Bereichen mit bestehendem Versorgungsbedarf auf. Eine detailliertere Analyse der Bereiche mit den stärksten Gruppenunterschieden (siehe Tabelle 4) belegt, dass speziell in den Bereichen »Negativsymptomatik« und »körperliche Erkrankungen« die beiden in den Heimeinrichtungen wohnenden Gruppen durch den größten Umfang klinisch signifikanter Probleme charakterisiert sind. Aber dieses Ergebnis trifft nicht für alle Bedarfsbereiche zu. Hinsichtlich »produktiv-psychotischer Symptomatik« haben Patientinnen und Patienten in sozialtherapeutischen Wohnstätten und hinsichtlich »selbst- oder fremdgefährdendem Verhalten« haben Patientinnen und Patienten im psychiatrischen Pflegeheim ein vergleichsweise niedriges Bedarfsniveau. Im bereichsspezifischen Ausmaß an bestehendem Bedarf zeigen die Ergebnisse in Sektion B (soziale Fähig- und Fertigkeiten) zum einen eine homogenere Reihung zwischen den Subgruppen, zum anderen größere Unterschiede in der gruppenbezogenen durchschnittlichen Anzahl festzustellenden Bedarfs. Mit Ausnahme der Bereiche »Schulbildung« und »Arbeit« sind alle Gruppenunterschiede in den Bereichen der Sektion B statistisch hochsignifikant (siehe Tabelle 4), wobei Patientinnen und Patienten im psychiatrischen Pflegeheim und in sozialtherapeutischen Wohnstätten stets das höchste Ausmaß betreuungsrelevanter sozialer Behinderungen aufweisen.

Tabelle 3: Anzahl gegenwärtiger klinisch relevanter und zurückliegender oder drohender Probleme in den Patientengruppen

		Subgruppen				
		Psychiatrisches Pflegeheim (N = 50)	Sozialtherapeutische Wohnstätte (N = 51)	ambulant betreutes Wohnen (N = 38)	mit der Familie lebend (N = 50)	allein lebend (N = 55)
NCA-Sektion A: Krankheitssymptomatik und Verhaltensstörungen	gegenwärtig kein Problem, aber deutliches Problem innerhalb der vergangenen zwei Jahre und/oder ein deutliches Problem droht	2.4 ± 1.2	2.9 ± 1.0	2.5 ± 1.2	2.4 ± 1.1	2.6 ±1.2
	gegenwärtig deutliches Problem (im letzten Monat)	2.2 ± 1.4	1.7 ± 1.0	1.6 ± 1.3	1.6 ± 1.3	1.5 ± 1.1
	Summe (Anzahl von Bereichen mit Versorgungsbedarf)[1]	4.6 ± 1.2	4.6 ± 1.4	4.1 ±1.7	4.0 ± 1.8	4.1 ± 1.6
NCA-Sektion B: Soziale Fähig- und Fertigkeiten	gegenwärtig kein Problem, aber deutliches Problem innerhalb der vergangenen zwei Jahre und/oder ein deutliches Problem droht	2.4 ± 1.4	2.1 ± 1.3	2.2 ± 1.5	1.3 ± 1.2	2.4 ± 2.0
	gegenwärtig deutliches Problem (im letzten Monat)	4.3 ± 1.8	2.8 ± 1.9	1.5 ± 1.5	1.4 ± 2.2	0.6 ± 1.4
	Summe (Anzahl von Bereichen mit Versorgungsbedarf)[2]	6.7 ± 1.4	4.9 ± 1.7	3.7 ± 2.1	2.7 ± 2.7	3.0 ± 2.4

1 ANOVA: F = 2.5, df = 4,239, p = < .05; aber in paarweisen Vergleichen zwischen den Gruppen [Scheffé-Test] keine signifikanten Unterschiede
2 ANOVA: F = 42.8, df = 4,239, p < .001; signifikante Unterschiede zwischen den Subgruppen 1/2 und 3/4/5 (p < .001) und zwischen der Subgruppe 1 und 2 (p < .05) [Schefflé-Test]

Tabelle 4: Häufigkeit von Patienten mit NCA-bereichsspezfischem psychiatrichen Versorgungsbedarf in den Subgruppen

Versorgungsbereiche der klinischen (A/C) und sozialen (B) NCA-Sektion	Subgruppen: Psychiatrisches Pflegeheim (N = 50)		Sozialtherapeutische Wohnstätte (N = 51)		ambulant betreutes Wohnen (N = 38)		mit der Familie lebend (N = 50)		allein lebend (N = 55)		Signifikanzniveau (df = 4)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	χ^2	p
A1. Produktive psychotische Symptomatik	45	90.0	41	80.4	27	97.4	49	98.0	55	100.0	19.0	< .001
A2. Negativsymptomatik, Antriebs-Motivationsprobleme	50	100.0	47	92.2	31	81.6	40	80.0	37	72.7	19.9	< .001
A3. Tardive Dyskinesien und andere Medikamentennebenwirkungen	39	78.0	33	64.7	21	55.3	28	56.0	27	49.1	10.2	= .04
A4. Neurotische Symptomatik	3	6.0	10	19.6	3	7.9	5	10.0	8	14.5	n. s.	
A5. Demenz, organische Psychosen	4	10.0	7	13.7	1	2.6	1	2.0	1	1.8	9.9	= .04
A6. Körperliche Erkrankungen	33	66.0	26	51.0	12	31.6	16	32.0	12	21.8	26.5	< .001
A7. Selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten	12	24.0	33	64.7	22	57.9	27	54.0	31	56.4	20.2	< .001
A8. Sozial unangepasstes Verhalten	25	50.0	16	31.4	8	21.1	13	26.0	21	38.2	10.6	= .03
A9. Psychosozialer Stress	21	42.0	24	47.1	20	52.6	24	48.0	30	54.4	n. s.	n. s.
C1. Alkoholmissbrauch	4	8.0	14	27.5	7	18.4	7	14.0	15	27.3	9.7	= .04
C2. Problembereich Partnerbeziehung/ Familie	3	6.0	16	31.4	13	34.2	17	34.0	13	23.6	n. s.	

Tabelle 4: Häufigkeit von Patientinnen mit NCA-bereichsspezifischem psychiatrischen Versorgungsbedarf in den Subgruppen – Fortsetzung von S. 389

Versorgungsbereiche der klinischen (A/C) und sozialen (B) NCA-Sektion	Subgruppen											
	Psychiatrisches Pflegeheim (N = 50)		Sozialtherapeutische Wohnstätte (N = 51)		ambulant betreutes Wohnen (N = 38)		mit der Familie lebend (N = 50)		allein lebend (N = 55)		Signifikanzniveau (df = 4)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	χ^2	p
B1. Körperpflege	43	86.0	32	62.7	10	26.3	9	18.0	16	29.1	65.4	< .001
B2. Einkaufen	38	76.0	33	64.7	16	42.1	24	48.0	16	29.1	33.1	< .001
B3. Nahrungsaufnahme	50	100.0	49	96.1	18	47.4	23	46.0	26	47.3	68.3	< .001
B4. Sauberhalten des Wohnraums/ Haushalts	42	84.0	45	88.2	26	68.4	24	48.0	32	58.2	25.5	< .001
B5. Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel	44	88.0	18	35.3	7	18.4	6	12.0	2	3.6	104.4	< .001
B6. Freizeitgestaltung	49	98.0	45	88.2	29	76.3	32	64.0	35	63.6	28.4	< .001
B7. Schulbildung	2	4.0	2	3.9	0	0	1	2.0	1	1.8	n. s.	
B8. Arbeit	0	0	1	2.0	7	18.4	9	18.0	7	12.7	–	
B9. Kommunikationsfertigkeiten	45	90.0	26	51.0	8	21.1	6	12.0	12	21.8	84.4	< .001
B10. Geldwirtschaft	34	68.0	28	54.9	19	50.0	18	36.0	12	21.8	27.9	< .001
B11. Allgemeine Geschäftsfähigkeit	50	100.0	51	100.0	37	97.4	31	62.0	38	69.1	50.4	< .001

Die Häufigkeiten der für die einzelne Patientin/den einzelnen Patienten ermittelten zurückliegenden und/oder drohenden sowie aktuell vorhandenen klinisch signifikanten Problemstellungen in den beiden NCA-Sektionen zugrunde gelegt, wurde eine hierarchische Clusteranalyse durchgeführt. Diese erbrachte – in Übereinstimmung mit Resultaten früherer Studien der Autoren [11] – eine 4-Cluster-Lösung (Abbildung 1), die sich in ihrer Anzahl von Bereichen mit beeinträchtigtem Funktionsniveau voneinander unterscheiden. Tabelle 5 zeigt die unterschiedlichen Verteilungen dieser Cluster in den fünf Subgruppen.

I: Hohe Anzahl von Bereichen mit gegenwärtigen deutlichen Problemen in der sozialen NCA-Sektion (N = 93)
II: Hohe Anzahl von Bereichen mit zurückliegenden und/oder drohenden Problemen in der klinischen und sozialen NCA-Sektion (N = 72)
III: Hohe Anzahl von Bereichen mit gegenwärtigen deutlichen Problemen in der klinischen NCA-Sektion (N = 34)
IV: Niedrige Anzahl von Bereichen mit Problemen im NCA, ausgenommen einige zurückliegende und/oder drohende Probleme in der klinischen NCA-Sektion (N = 45)

Abbildung 1: 4-Cluster-Lösung (I–IV), die auf der für den einzelnen Patienten ermittelten Häufigkeit bereichsspezifischer Funktionsniveaubeeinträchtigungen basiert

Tabelle 5: Häufigkeitsverteilung der vier Versorgungsbedarfs-Cluster in den Subgruppen

Cluster	Psychiatrisches Pflegeheim (N = 50)		Sozialtherapeutische Wohnstätte (N = 51)		ambulant betreutes Wohnen (N = 38)		mit der Familie lebend (N = 50)		allein lebend (N = 55)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
I	33	66.0	28	54.9	12	31.6	14	28.0	6	10.9
II	8	16.0	19	37.7	11	28.9	9	18.0	25	45.5
III	9	18.0	3	5.9	5	13.2	10	20.0	7	12.7
IV	–	–	1	2.0	10	26.3	17	34.0	17	30.9

$\chi^2 = 71.1$, df = 12, $p < .001$ für den unterschied zwischen den Gruppen

Bedarfsdeckungsstatus in den einzelnen Subgruppen

Entsprechend dem Algorithmus des NCA werden Defizite im Bedarfsdeckungsstatus meist für den Fall identifiziert, dass das Funktionsniveau der Patientin oder des Patienten beeinträchtigt ist, sie bzw. er aber keine adäquate Behandlung erhält. Dies kann auf zwei Gegebenheiten zurückzuführen sein: 1. Das psychiatrische Versorgungssystem stellt, z.B. aufgrund noch nicht etablierter therapeutischer Angebote und Institutionen, keine Behandlung für die spezielle Problematik zur Verfügung (ungedeckter Behandlungsbedarf) oder 2. die einzelnen Behandlungselemente werden nicht in adäquater Form angeboten und als nicht fortzuführen beurteilt oder aber die Patientin bzw. der Patient lehnt diese Versorgungsmaßnahme ab (nicht deckbarer Bedarf).

Tabelle 6 demonstriert die Bereiche mit dem größten Umfang ungedeckten (auf die Behandlung bezogen) und nicht deckbaren Versorgungsbedarfs. Dies sind Bereiche, die insbesondere motivationale Fähigkeiten sowie auf soziale Interaktionen gerichtete Fertigkeiten erfordern. Der Anteil nicht deckbaren Versorgungsbedarfs wird dabei (in der Regel) durch Patientinnen und Patienten begründet, die eine angemessene Behandlung ablehnen. Dies führt zu der Schlussfolgerung, dass der nicht gedeckte/nicht deckbare Bedarf in diesen Bereichen oft die Konsequenz von Einstellungen und Verhaltensweisen der Patientinnen und Patienten darstellt und weniger als Ergebnis einer Ineffektivität des psychiatrischen Versorgungssystems interpretiert werden kann. Diese Annahme wird durch einen Vergleich zwischen den Subgruppen (Tabelle 7) bestätigt. Patientinnen und Patienten in (zeitlich) strukturierten (multimodalen) Betreuungsangeboten mit klar definierten Sozialkontakten (psychiatrisches Pflegeheim, sozialtherapeutische Wohnstätte, mit der Familie zusammen lebend) sind bezüglich ihrer »Negativsymptome« eher gut behandelt, weil es für sie kaum eine Möglichkeit gibt, den Behandlungsprogrammen auszuweichen. Im Gegensatz dazu weisen allein lebende Patientinnen und Patienten (Subgruppen 3 und 5) wesentliche Defizite in ihrem Bedarfsdeckungsstatus bezogen auf diesen Bereich auf, weil sie diesbezügliche Behandlungsangebote ablehnen (können). In den Bereichen »Freizeitaktivitäten« und »Kommunikationsfertigkeiten« weisen hingegen die Patientinnen und Patienten im psychiatrischen Pflegeheim und in den sozialtherapeutischen Wohnstätten die höchsten Raten nicht deckbaren Bedarfs auf. Dies ist dem Umstand geschuldet, dass die Teilnahme an hierauf gerichteten, in den Einrichtungen verfügbaren Behandlungsangeboten keinesfalls obligatorisch ist.

Als ein besseres evaluatives Kriterium der Effektivität des psychiatrischen Versorgungssystems kann der Anteil von Patientinnen und Patienten gelten, deren Bedarf ungedeckt ist, obwohl für sie ein bestehender diagnostischer oder therapeutischer Versorgungsbedarf in einzelnen Gebieten beurteilt wurde. Der entsprechende Umfang in einzelnen NCA-Bereichen schwankt zwischen 0,6 % (B3: Nahrungsaufnahme) und 41,7 %; die Gebiete mit einem hohen Anteil ungedeckten Bedarfs sind aus Tabelle 8 ersichtlich. Während realistischer-

Tabelle 6: Teilbereiche mit dem höchsten Anteil ungedeckten und nicht gedeckten Versorgungsbedarfs (gesamte Studienpopulation)

Einzelne Versorgungsbedarfsbereiche	gedeckter Bedarf		ungedeckter Bedarf (Behandlung)		nicht deckbarer Bedarf	
	N	%	N	%	N	%
A2. Negativsymptome	177	72.5	13	5.3	19	7.8
B6. Freizeitgestaltung	117	47.9	15	6.1	42	17.2
B9. Kommunikation	61	25.0	11	4.5	21	8.6

Tabelle 7: Patienten in den Subgruppen mit nicht gedecktem und nicht deckbarem Versorgungsbedarf

Einzelne Versorbedarfsbereiche	Bedarfsdeckungsstatus	Psychiatrisches Pflegeheim (N = 50)		Sozialtherapeutische Wohnstätte (N = 51)		ambulant betreutes Wohnen (N = 38)		mit der Familie lebend (N = 50)		allein lebend (N = 55)	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Negativsymptome	nicht gedeckter Behandlungsbed.	0	0	2	3.9	3	7.9	3	6.0	5	9.1
	nicht deckbarer Behandlungsbed.	1	2.0	1	2.0	4	10.5	1	2.0	12	21.8
Freizeitgestaltung	nicht gedeckter Behandlungsbed.	1	2.0	3	5.9	3	7.9	5	10.0	3	5.5
	nicht deckbarer Behandlungsbed.	11	22.0	12	23.5	6	15.8	7	14.0	6	10.9
Kommunikation	nicht gedeckter Behandlungsbed.	4	8.0	3	5.9	0	0	2	4.0	2	3.6
	nicht deckbarer Behandlungsbed.	7	14.0	11	21.6	2	5.3	0	0	1	1.8

weise Möglichkeiten vorhanden sind, dass ein normativer Bedarf in den Bereichen »Partnerschaft/Familie« und »psychosozialer Stress« aufgrund der spezifischen Konstellation der Lebensbedingungen nicht gedeckt werden kann, bedeutet in den drei anderen Gebieten das Vorliegen eines ungedeckten Bedarfs prinzipiell immer, dass adäquate Behandlungsmaßnahmen vom psychiatrischen Versorgungssystem nicht angeboten werden.

Diskussion und Schlussfolgerungen

In begrenztem Ausmaß können die Resultate wenigen anderen Studien über schizophren erkrankte Patientinnen und Patienten, die in gemeindepsychiatrischen Settings betreut werden [12–15], gegenübergestellt werden. Vergleiche zwischen Patientinnengruppen, die sich durch ihre spezielle Betreuungsstruktur auszeichnen, z.B. vollstationär und ambulant behandelt [16] werden oder Tagesstätten besuchen und in betreuten Wohnangeboten leben [17], sind sehr selten. Bis jetzt ist keine NCA-Studie in verschiedenen betreuten Wohnsettings durchgeführt worden.

Tabelle 8: Bereiche mit hohem Anteil ineffiktiver Versorgungsangebote (gesamte Studienpopulation

Einzelne Versorgungsbedarfsbereiche	1 Patienten mit Versorgungsbedarf		2 nicht gedeckter Bedarf (Behandlung oder Diagnostik)	
	N	%	N	%
B8. Arbeit	24	9.8*	10	41.7
C2. Partnerschaft/eigene Familie	62	25.4	8	12.9
B6. Freizeitgestaltung	190	77.9	22	11.6
A9. Psychosozialer Stress	119	48.8	13	10.9
A4. Neurotische Symptome	29	11.9	3	10.3

* Aufgrund eines hohen Patientenanteils an Erwerbsunfähigkeitsrentnern (82 % der Gesamtklientel) spiegelt diese Prozentangabe nicht den tatsächlichen Bedarf in diesem Bereich

Berücksichtigt man nur die durchschnittliche Anzahl gegenwärtiger klinisch relevanter Probleme, die in den Subgruppen im klinischen Sektor zwischen 1,5 und 2,2 gelegen ist, dann sind diese Ergebnisse denen von Brugha et al. [17] und Lesage et al. [12] vergleichbar. Das Ergebnis, dass in den Subgruppen, die in gemeindeorientierten Wohnangeboten leben, 0,6 bis 1,5 aktuelle Probleme im sozialen Sektor vorhanden sind, stimmt ebenfalls mit den Befunden von Lesage et al. [12] und Rössler et al. [13] überein. Jedoch liegen die durchschnittlichen Werte für die beiden Gruppen von Heimbewohnern (2,8 und 4,3) diesbezüglich entschieden höher.

Berücksichtigt man zudem vorbestehende und drohende Probleme, dann weist unsere Klientel in 4,0 bis 4,6 klinischen und in 2,7 bis 6,7 sozialen Bereichen therapeutisch relevante Probleme auf. Dies bestätigt, dass die hier untersuchten schizophrenen Patientinnen und Patienten unter einem hohen Ausmaß sozialer Behinderungen und klinischer Funktionseinbußen leiden, das oberhalb des Niveaus angesiedelt ist, was für ein im Westen Deutschlands gelegenes gemeindepsychiatrisches Versorgungssystem berichtet wurde. Die von Salize et al. [15] vorgelegten Ergebnisse für die Region Mannheim (durchschnittlich 3,6 therapierelevante Probleme im klinischen Sektor und 2,6 im sozialen Sektor) liegen unterhalb des

Niveaus, das in unserer Studie für außerhalb von Heimeinrichtungen lebende Patientinnen und Patienten ermittelt wurde. Der hier zu konstatierende Bedarfsumfang ist insbesondere in der sozialen Sektion besser mit intensiv behandelten Langzeit-Hospitalisierten [18] und zum Teil mit teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten des Camberwell High Contact Survey [19] vergleichbar.

Unterteilt nach dem betreuten Wohnsetting weisen die Patientinnengruppen klare Unterschiede hinsichtlich des Ausmaßes klinischer Funktionseinbußen und sozialer Behinderungen auf. Patientinnen und Patienten im psychiatrischen Pflegeheim, gefolgt von Bewohnerinnen sozialtherapeutischer Wohnstätten sind durch den höchsten Bedarfsumfang gekennzeichnet, was insbesondere für die soziale Sektion gilt. Diese Ergebnisse sind offensichtlich durch ein hohes Ausmaß von Negativsymptomen erklärlich und zudem auch durch in diesen beiden Subgruppen häufig vorliegende körperliche Erkrankungen mitbedingt.

Die Resultate der hierarchischen Clusteranalyse bekräftigen diese Ergebnisse. Die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten im psychiatrischen Pflegeheim (66 %) und in den sozialtherapeutischen Wohnstätten (55 %) weisen wenige aktuelle Probleme im klinischen Sektor, aber einen hohen psychiatrischen Versorgungsbedarf im sozialen Sektor auf. Obwohl sich in diesen beiden Subgruppen auch Patientinnen und Patienten mit einer überdurchschnittlichen Anzahl aktueller therapierelevanter klinischer Probleme finden lassen (z.B. im psychiatrischen Pflegeheim 18 %), ist diese Klientel in besonderer Weise durch Antriebsminderung, Hospitalismus und soziale Behinderung charakterisiert. Vor diesem Hintergrund lassen sich auch die eher geringeren Häufigkeiten von »produktiv psychotischen Symptomen« in sozialtherapeutischen Wohnstätten und von »selbst- oder fremdgefährdendem Verhalten« im psychiatrischen Pflegeheim erklären. Unter den allein lebenden Patientinnen und Patienten – und auch zum Teil unter denen in sozialtherapeutischen Wohnstätten – können einige identifiziert werden, die nur zurückliegende oder drohende Probleme in beiden Sektionen aufweisen. Diese Patientinnen und Patienten, die sich oft in einem Remissionsstadium ihrer Erkrankung befinden, benötigen nur intermittierend Stimulation von Aktivitäten, Supervision und Problembestimmung. Dies gilt auch für Patientinnen und Patienten, die generell nur eine Funktionsniveaubeeinträchtigung in einigen Bereichen aufweisen.

Diese letztgenannte Kategorie wird zum Großteil aus Patientinnen und Patienten, die mit ihrer Familie oder allein leben, konstituiert und findet sich weniger häufig in betreuten Wohnangeboten. In einer solchen Konstellation können regelmäßige Kontakte mit der niedergelassenen Psychiaterin und gegebenenfalls auch ein aufsuchendes Betreuungsangebot der sozialpsychiatrischen Dienste als zentrale Behandlungselemente gelten.

Das Ergebnis, dass sich die identifizierten Versorgungsbedarfs-Cluster in den fünf Subgruppen unterschiedlich verteilen, belegt sehr klar, dass in den einzelnen untersuchten Betreuungsstrukturen eine große Spannbreite therapeutischer Anforderungen besteht, die sich auf therapeutische Zielstellungen und vorzuhaltende Behandlungsangebote bezieht, die sich aber auch in der personellen Ausstattung niederschlagen muss.

Aus verschiedenen Gründen kann das Konstrukt des normativen psychiatrischen Versorgungsbedarfs nicht als objektiver Indikator der Qualität eines psychiatrischen Versorgungssystems [20] gelten: Es ist nicht vollständig einer subjektiven Evaluation entzogen, ist an der Erfüllung eines Minimalstandards hinsichtlich wenigstens potenziell effektiver angebotener Betreuungsmaßnahmen orientiert und es ist auf die inhaltlichen Bereiche, die in das verwendete Untersuchungsinstrument eingeschlossen sind, beschränkt. Trotzdem ergeben sich aus den Resultaten Hinweise auf Defizite und Lücken im komplementären Angebotssektor. Der Anteil ungedeckten Bedarfs in den klinischen Sektionen liegt in unserer Kohorte (ausgenommen »neurotische Symptome«, siehe unten) auf einem Niveau, das sich mit anderen Regionen in (West-)Deutschland, die über ein besser ausgebautes gemeindepsychiatrisches Versorgungssystem verfügen, vergleichen lässt. Der höchste Wert bereichspezifisch ungedeckten Bedarfs (»Negativsymptome«: 5,3 %) liegt im Bereich des in Mannheim gefundenen Resultates (6,1 %), wobei diese städtische Region über ein modellartiges System gemeindepsychiatrischer Versorgungseinrichtungen verfügt [15]. Im Gegensatz dazu sind die entsprechenden Werte für unsere Subgruppen in der sozialen Sektion deutlich schlechter. Dabei wird am klarsten eine Unterversorgung für die Bereiche »Arbeit« und »Freizeitaktivitäten« ersichtlich. Diese Resultate stimmen in etwa mit den in Granada (Spanien) ermittelten Anteilen ungedeckten Bedarfs überein. Diese Region kann als ein Beispiel eines psychiatrischen Versorgungssystems mit

begrenzten Ressourcen [15] gelten. In der Region Dresden liegen die Hauptursachen dieses Ausmaß ungedeckten Bedarfs darin, dass der Versorgungsstandard bezüglich des Angebotes psychologischer und psychoedukativer Interventionen, die auf die Etablierung von Coping-Strategien zielen, sowie auch hinsichtlich des Trainings sozialer Fertigkeiten (noch) als defizient beurteilt werden muss.

Im Gegensatz dazu wird ungedeckter Bedarf hinsichtlich »neurotischer Symptome« nicht so eindeutig durch eine mangelnde Verfügbarkeit etablierter Betreuungsangebote hervorgerufen. Wahrscheinlicher ist hier, dass das Vorliegen dieses Problems aufgrund ebenfalls vorhandener, schwerwiegenderer Symptome übersehen wird und dass die Behandlung »neurotischer Symptome« in der aktuellen »Philosophie« gemeindepsychiatrischer Betreuung schizophrener Patienten keinen bedeutsamen Platz einnimmt.

Obwohl die Qualität komplementärer psychiatrischer Versorgung in der Region Dresden noch nicht mit dem Niveau gemeindepsychiatrischer Versorgungssysteme in London [17], Verona [12] oder Mannheim [15] verglichen werden kann, konnten dennoch angemessene Raten gedeckten Versorgungsbedarfs in zentralen Bereichen der ambulant-komplementären Versorgung schizophrener Patientinnen und Patienten (produktiv-psychotische Symptome, Nebenwirkungen der Neuroleptika, selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten, Sauberhalten des Wohnraums/Haushalts, allgemeine Geschäftsfähigkeit) ermittelt werden. Somit kann zusammenfassend festgestellt werden, dass die untersuchte Region im Osten Deutschlands binnen des 10-Jahres-Zeitraums nach der politischen Wiedervereinigung erhebliche Fortschritte im Aufbau eines gemeindeorientierten psychiatrischen Versorgungssystems erzielt hat und mittlerweile basale Elemente des psychiatrischen Versorgungsbedarfs chronisch psychisch Kranker ausreichend abdeckt.

Literatur

1. Haug HJ, Rössler W. Deinstitutionalization of psychiatric patients in central Europe. Eur Arch Psychiat Clin Neurosci 1999; 249: 115–122
2. Holler G, Schnabel R, Marx M. Aufbau von gemeindepsychiatrischen Versorgungsstrukturen in ausgewählten Modellregionen in den neuen Ländern. Abschlussbericht der Modellerprobung. In: Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit (Hrsg.) Band 78. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. 1996

3. Leiße M, Kallert TW. Die Etablierung Sozialpsychiatrischer Dienste im Freistaat Sachsen. Eine Analyse zum Wandel der extramuralen psychiatrischen Versorgung. Regensburg: Roderer-Verlag. 1998
4. Brewin CR, Wing JK, Mangen SP, Brugha TS, MacCarthy B. Principles and practice of measuring need in the long-term mentally ill: The MRC Needs for Care Assessment. Psychol Med 1987; 17: 971–982
5. Brewin CR. Measuring individual needs for care and services. In: Thornicroft G, Brewin CR, Wing J. (eds.) Measuring Mental Health Needs. London: Gaskell, 1992: 220–236
6. Häfner H, Nowotny B, Löffler W, An Der Heiden W, Maurer K. When and how does schizophrenia produce social deficits?. Eur Arch Psychiat Clin Neurosci 1995; 246: 17–28
7. Häfner H, Löffler W, Maurer K, Hambrecht M, An Der Heiden W. Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 1999; 100: 105–118
8. Olfson M, Goldman H. Mental health services research. In: Breakey WR (ed.): Integrated Mental Health Services. Modern Community Psychiatry. New York, Oxford: Oxford University Press. 1996: 102–119
9. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (eds). Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien (Tenth revision of the International Classification of Diseases, Chapter V (F): Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber-Verlag. 1993
10. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull 1987; 13: 261–76
11. Kallert TW. Versorgungsbedarf und subjektive Sichtweisen schizophrener Patienten in gemeindepsychiatrischer Betreuung. Darmstadt: Steinkopff-Verlag. 2000
12. Lesage AD, Mignolli G, Faccincani C, Tansella M. Standardized assessment of the needs for care in a cohort of patients with schizophrenic psychoses. In: Tansella M. (ed.): Community Based Psychiatry: Long-Term Patterns of Care in South Verona. Psychol Med Monograph Suppl 1991; 19: 27–33
13. Rössler W, Salize HJ, Riecher-Rössler A, Meise U. Rehabilitative Strategien in der Behandlung Schizophrener. In: Hinterhuber H, Fleischhacker WW, Meise U (eds.) Die Behandlung der Schizophrenien. State of the Art. Innsbruck, Wien: Verlag Integrative Psychiatrie. 1995: 257–275
14. Wiersma D, Giel R, De Jong A, Nienhuis FJ, Slooff CJ. Assessment of the need for care 15 years after onset of a Dutch cohort of patients with schizophrenia, and an international comparison. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1996; 31: 114–121
15. Salize HJ, Küstner BM, Torres-Gonzales F. Needs for care and

effectiveness of mental health care provision for schizophrenic patients in two European regions: a comparison between Granada (Spain) and Mannheim (Germany). Acta Psychiatr Scand 1999; 100: 328–334
16. Van Haaster I, Lesage AD, Cyr M, Toupin J. Further reliability and validity studies of a procedure to assess the needs for care of chronically mentally ill. Psychol Med 1994; 24: 215–222
17. Brugha TS, Wing JK, Brewin CR, MacCarthy B, Mangen S, Lesage A. The problems of people in long-term psychiatric day care. An introduction to the Camberwell High Contact Survey. Psychol Med 1988; 18: 443–456
18. Pryce IG, Griffiths RD, Gentry RM, Hughes ICT, Montague LR, Watkins SE, Champney-Smith J, Mc Lackland BM. How important is the assessment of social skills in current long-stay in-patients? An evaluation of clinical response to needs for assessment, treatment and care in a long-stay psychiatric in-patient population. Brit J Psychiat 1993; 162: 498–502
19. Brewin CR, Wing JK, Mangen SP, Brugha TS, MacCarthy B, Lesage A. Needs for care among the long-term mentally ill: A report from the Camberwell High Contact Survey. Psychol Med 1988; 18: 457–468
20. Kallert TW, Leiße M. Schizophrenic patients' normative needs for community-based psychiatric care: an evaluative study throughout the year following hospital release in the Dresden region. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2001; 36: 1–12

Psychiatrie-Reform – ein gesamtdeutsches Anliegen

Irene Norberger

Über die Bedeutung der sog. *neuen* Psychiatrie nach der Wende im Osten Deutschlands

Beim letzten Bundestreffen der Angehörigen psychisch Kranker in Leipzig sollte ich zum Thema zehn Jahre *neue* Psychiatrie in den neuen Bundesländern sprechen. Um *neue* Psychiatrie kann es sich ja wohl nicht handeln! Es ist erstaunlich, dass bereits 1963 die *Rodewischer Thesen* auf einem internationalen Symposium (Rodewisch liegt in Sachsen), an dem auch Psychiatriefachleute der DDR mitgearbeitet haben, verabschiedet wurden.

Ich zitiere ein paar Sätze aus diesen Thesen: *»Moderne medikamentöse Behandlungsverfahren und aktive Soziotherapie, beide unter optimalen Heilbedingungen, bilden eine untrennbare Einheit im Denken der Ärzte und des Pflegepersonals.*

Bei den akut Kranken muss vom frühestmöglichen Zeitpunkt an in allen Behandlungsmaßnahmen über das Antipsychotische hinaus der Rehabilitationscharakter erkennbar sein, d.h. Rückführung ins tätige, freie und verantwortliche Leben. Keine Diagnose einer Psychose rechtfertigt die sichere Annahme eines schicksalmäßigen Verlaufs und mit ihr die fatalistische Einstellung zu ihren Behandlungsmöglichkeiten. Akut und chronisch Kranke können zum überwiegenden Teil auf völlig offenen Krankenstationen geführt werden. (…) Mit allen geeigneten Mitteln der Volkserziehung ist der Intoleranz psychisch Kranken gegenüber zu begegnen. Es muß alles vermieden werden, was geeignet ist, psychisch Kranke in der Öffentlichkeit zu diffamieren und sie außerhalb der Gesellschaft zu stellen. Die Studierenden sind mit den rehabilitativen Maßnahmen der psychiatrischen Krankenhäuser, insbesondere mit den Maßnahmen der Sozio- und Arbeitstherapie im Rahmen des Kollegbetriebes auf geeignete Weise bekannt zu machen.«

Meine Damen und Herren, welch hehre Ziele! Aber sie zeigen doch, dass in der psychiatrischen Fachwelt der DDR durchaus das Wissen und Bewusstsein eines sozialpsychiatrischen Ansatzes vorhanden war. Wenn auch nur ein Teil davon verwirklicht worden wäre, wir könnten heute nicht von zehn Jahre Psychiatrie in den neuen

Bundesländern sprechen, sondern auf 37 Jahre Psychiatrie-Reform zurückblicken! Diese etwas spitze Kritik darf ich mir erlauben, weil ich zu dieser Zeit im öffentlichen Gesundheitswesen tätig war und auch Einblick in psychiatrische Krankenhäuser, vor allem die vielen Pflegeheime hatte. Sie waren bis zur Wendezeit »menschenunwürdig«! Später, Ende der 80er-Jahre, habe ich als Angehörige ähnliche Erfahrungen machen müssen. Wahr ist, dass zwar psychisch Kranke in den Arbeitsprozess eingegliedert wurden, denn die Betriebe hatten die Auflage, beschützte Arbeitsplätze zu schaffen. Wahr ist aber auch, dass sich das sog. Kollektiv – trotz jahrzehntelanger sozialistischer Erziehung – gegen solche »Arbeitskräfte« wehrte, weil mit ihnen der Plan nicht erfüllt werden konnte und die Erfüllungsprämien ausfielen. Ich habe viele solcher Gespräche in den Betrieben führen müssen. Also standen psychisch Kranke trotzdem wieder außerhalb der Gesellschaft. Das Gleiche galt für das beschützte Wohnen. In den 60er Jahren wurden solche Wohngemeinschaften geschaffen, in den 80er Jahren waren sie kaum mehr vorhanden.

1976 wurden dann die *Brandenburger Thesen zur therapeutischen Gemeinschaft* verabschiedet. Wenn man sie heute liest, wird deutlich, dass sich die Politik der Psychiatrie angenommen hatte. Dort heißt es: *»Daraus wird ersichtlich, dass das Prinzip der therapeutischen Gemeinschaft im Grunde erst unter den Bedingungen einer sozialistischen Gesellschaftsordnung wirklich zur Entfaltung kommen kann, weil nämlich erst hier die erstrebte intramurale Demokratie in Übereinstimmung steht mit der Demokratie draußen (…) Therapeutische Gemeinschaft in diesem Sinne bedeutet nicht Abschaffung der Autorität schlechthin, sondern die Realisierung des sozialistischen dialektischen Verhältnisses von ausgeübter Souveränität und anerkannter Unterordnung, von Freiheit und Disziplin auch im Binnenbereich der psychiatrischen Großkrankenhäuser.«* Es fällt kein Wort über die Abschaffung der Großkrankenhäuser. Während bei den »Rodewischer Thesen« noch von einem sozialpsychiatrischen Ansatz ausgegangen wurde, gibt der Staat jetzt offen zu erkennen: *»Wir sind nicht der Auffassung, dass es sich bei den psychotischen Erkrankungen um ›Soziosen‹ handelt (…) Daraus ergibt sich die Notwendigkeit der Abgrenzung von spekulativen antinaturwissenschaftlichen und anarchistischen sozialpsychiatrischen Störungen des westlichen Auslandes.«*

Das, meine Damen und Herren, war ein deutlicher Abschied vom sozialpsychiatrischen Ansatz und den *Rodewischer Thesen* von

1963. Dies bedeutete, dass die Behandlung mit Neuroleptika Vorrang hatte, denn sie kam den Staat ja auch sehr viel billiger, zumal in diesen Jahren auch schon keine finanziellen Ressourcen für die Psychiatrie mehr vorhanden waren.

Meine Absicht war es bisher zu verdeutlichen, dass Reformen in der Psychiatrie sehr stark von den finanziellen Ressourcen abhängen und noch entscheidender von den gesellschaftlichen und politischen Gegebenheiten. Ich bin überzeugt, dass die ehemalige DDR auf dem Gebiet der Psychiatrie auf dem neusten Stand in Europa mithalten konnte, nur fehlten die gesellschaftlichen und politischen Voraussetzungen zur Umsetzung. Von einer *neuen* Psychiatrie nach der Wende kann deshalb nicht gesprochen werden.

Zur Situation der Angehörigen vor und nach der Wende

In der DDR gab es nur vereinzelt Selbsthilfegruppen, nämlich für alkohol- und medikamentenabhängige Menschen oder Krebspatientinnen. Diese Gruppen waren jedoch integrierter Bestandteil fachbezogener Beratungsstellen eines übermächtigen Gesundheitswesens. Eine Mängel- und Defizitdiskussion in Bezug auf die medizinische und soziale Betreuung wurde offiziell nicht zugelassen. Dazu kamen noch Angst und Autoritätsfurcht, die sich nicht allein auf die DDR-Psychiatrie beschränkte, Erfahrungen von Unterdrückung und das Fehlen eigenständiger Interessenvertretungen von Psychiatriepatientinnen und Angehörigen. Sie haben die Auflehnung gegen das entmündigende Behandlungsverfahren und die unmenschlichen Verwahrpraktiken erschwert. Angehörige kamen weder im Sprachgebrauch noch in der Einbeziehung rehabilitativer Maßnahmen vor. Der Psychiatrie-Reform in den neuen Bundesländern ging, ebenfalls eine sog. »Psychiatrie-Enquete« voraus. Es wurden dabei – wie auch vor 25 Jahren in den alten Bundesländern – die verheerenden und menschenunwürdigen Bedingungen offen dargelegt. Kein Zweifel, die psychiatrische Versorgung war bis dahin in allen Bereichen von jahrzehntelanger Vernachlässigkeit der psychisch Kranken geprägt.

Für Angehörige stand anfangs aber die Selbsthilfe im Vordergrund. Angehörige fanden sich erstmals zusammen, durften zusammenfinden, aus Gefühlen der Verzweiflung und Scham, die sie niedergedrückt hatten, wenn sie von allen verlassen – auch von

Ärztinnen und Ärzten – sich nicht mehr zurechtfanden im Wirrwarr psychiatrischer (Un-)Versorgung. Sie durften sich nun verstanden fühlen, auch gerade dann, wenn ihre Verhaltensweisen in schwierigen Situationen hinterfragt und kontrovers besprochen wurden. Im Gespräch miteinander konnten sie zurückfinden zu der Gelassenheit, die ihnen dann half, eine vertrauensvolle Distanz zu ihren Kranken aufzubauen, damit sie nicht im Strudel der Ängste und Verzweifelung untergingen.

Die Erfolge der Psychiatrie in den neuen Bundesländern sind unbestritten. In zehn Jahren ist so viel aufgeholt worden, dass wir jetzt in Gesamtdeutschland auf gleichem Niveau stehen und doch ist das, meine Damen und Herren, für Angehörige und Betroffene noch immer nicht befriedigend. Theoretisch und planerisch ist vieles auf dem Weg, die Psychiatrie ist in vielen Bereichen Vordenkerin für ein modernes Versorgungssystem mit integrierten und flexiblen Angeboten. Bis zur Umsetzung ist es jedoch noch ein weiter Weg.

Ich glaube, auf diesem Weg haben sich nun alte und neue Bundesländer getroffen. Sie unterscheiden sich nicht mehr hinsichtlich des gemeinsamen Anspruchs und der Wirklichkeit in der psychiatrischen Versorgung.

Psychiatrie-Reform in Gesamtdeutschland

Einige Beispiele für zukünftige Reformaufgaben aus Sicht der Angehörigen:

1. Im Rahmen des Forschungsprojektes »Vom institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung« wurde der *personenzentrierte Ansatz* für den ambulanten und komplementären Bereich zwar weiterentwickelt, aber es ist leider noch immer beim »Ansatz« geblieben, d.h. das patientinnenorientierte Versorgungssystem sucht und hält die Kranke, die in die Institution passt, bzw. für die eine Finanzierung gefunden wird.
2. Das Thema *Qualitätssicherung* in der psychiatrischen Versorgung hatte in den letzten Jahren der Psychiatrie-Reform Hochkonjunktur. Es gab darüber eine Unmenge von Forschungsberichten, Publikationen, Tagungen, Kongresse, Seminare mit vielen Worten und Papier. Es gibt viel Verwirrendes darüber zu lesen, das gilt besonders für die Begriffe Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Natürlich: Das Thema Qualitätssicherung in der Psychiatrie darf niemand verpassen.
Standards sind notwendig. In den – so lese und höre ich oft – ethischen, humanistischen, philosophischen, theologischen und ökonomischen Betrachtungen über Qualitätssicherung kommen jedoch Betroffene und Angehörige kaum zu Wort. Es wird kaum gefragt, was für sie Qualität – Lebensqualität – bedeutet. Damit meine ich, ob Betroffene und ihre Angehörigen die Rollen ausfüllen, die sie im Leben spielen möchten, oder ob sie Kontakte im weiteren sozialen Umfeld erleben können, wie Betroffene und ihre Familien leben wollen.
Eine Umfrage des Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker zum Thema Qualität in Thüringer psychiatrischen Kliniken ergab z.B., dass 59,4 % nicht über Therapievorstellungen und 72 % nicht über Wirkung und Nebenwirkungen der Medikamente aufgeklärt wurden. In die Entlassungsvorbereitung wurden 38 % der Angehörigen nicht einbezogen. Ich bin mir sicher, dass dieses Ergebnis im Bundesdurchschnitt ähnlich ausfallen würde.

3. Ein weiterer Schwerpunkt der psychiatrischen Versorgung ist die gesetzliche Weiterentwicklung und hier vor allem die Neugestaltung des Rehabilitationsrechts im Rahmen des geplanten *Sozialgesetzbuches IX*. Dass dieses Gesetzesvorhaben noch immer nicht auf den Weg gebracht ist, geschweige denn zur Anwendung kommt, zeigt dass die Gleichstellung psychisch Kranker immer noch nicht gelungen ist. Noch immer tragen die Familien die Hauptlast in finanzieller Hinsicht. Es ist noch keine Lösung in Sicht, z.B. die Sozialhilfeträger in den Kreis der Rehabilitationsträger einzubeziehen. Dies würde bedeuten, dass bei Rehabilitationsleistungen der Sozialhilfe die Unterhaltspflicht der Bedürftigen und ihrer Angehörigen nicht zu prüfen sind.
4. In diesem Zusammenhang denke ich auch an die *Soziotherapie*, auf die seit In-Kraft-Treten der Gesundheitsreform 2000 psychisch Kranke einen Rechtsanspruch haben. In der Praxis ist sie noch immer nicht umgesetzt. Zum einen fehlen erst noch die Richtlinien und zum anderen die Verträge zwischen den Krankenkassen und geeigneten Personen bzw. Institutionen. Angehörige sehen gerade in der Soziotherapie die Koordination der zur Verfügung gestellten Hilfsangebote mit dem Ziel, dass psy-

chisch Kranke diese Angebote selbstständig in Anspruch nehmen. Das wäre eine enorme Entlastung für Angehörige und die Betroffenen selbst würden bestimmen, wie sie leben und arbeiten wollen.

5. Zur *häuslichen psychiatrischen Krankenpflege* lässt sich sagen, dass eine längst überfällige bundesweite Einführung weiter auf sich warten lässt, auch wenn ich dazu schon eine Unmenge Papier gelesen habe! Auch hier gibt es bereits Gutachten bzw. einen Vorschlag zur Beschreibung der Leistungen.
6. Angehörige beklagen immer wieder, dass die *Werkstätten für Behinderte (WfB)* eher Endpunkte der »Patientinnenbetreuung« sind und eine Rehabilitation dort kaum stattfindet. Beklagenswert ist, dass seelisch Behinderte in der WfB z.T. acht Stunden täglich Fabrikarbeit verrichten und viele bis zu eineinhalb Stunden Fahrtweg morgens und abends haben. Das ist eine absolute Überforderung. Ich kenne viele Patientinnen, die ihren hart erkämpften Platz aus diesen Gründen wieder aufgegeben haben.
7. *Gemeindepsychiatrie*, so wie sie in den Empfehlungen der Expertenkommission schon vor 25 Jahren vorgeschlagen wurde und in die Psychiatriepläne der Länder eingegangen ist, heißt die Rückkehr der Betroffenen, der chronisch Kranken in die Gemeinde. Dieses Recht muss eingelöst werden. Bisher tragen immer noch die Angehörigen den größten Teil hierzu bei. Sehr viel wird davon abhängen, dass die Institutionen, die die gemeindenahe Versorgung gewährleisten, dies gemeinsam mit den Angehörigen und den Betroffenen organisieren. Lebensqualität für Betroffene und für Angehörige bedeutet, dass beiden Seiten die Möglichkeit zur Emanzipation offen steht. Es muss für den Betroffenen und den Angehörigen die richtige Lebens- und Betreuungsform in der Region gefunden werden. Dies muss für Betroffene und Angehörige zur Verbesserung der Lebensqualität führen.

Ich denke, es ist deutlich geworden, dass die Probleme und auch der Kampf um eine bessere Psychiatriepolitik in den neuen Bundesländern im zehnten Jahr der Psychiatrie-Reform sich in keiner Weise mehr von denen in ganz Deutschland unterscheiden.

Es sind genügend gemeinsame sozialpolitische Aufgaben für Staat und Gesellschaft zu bewältigen, bis ein System geschaffen ist, das dem Einzelnen eine seinen Bedürfnissen entsprechende Versorgung gewährt.

Was Angehörige brauchen, ist ein personenzentriertes System, d.h. ein dichtes Netz ambulanter Hilfen, das sich am individuellen Bedarf der Betroffenen und ihrer Familien orientiert und die Wohnung in den Mittelpunkt stellt. Denn wenn die Familien nicht dazu in der Lage sind, die ihnen auferlegten Pflichten zur Mitversorgung zu erfüllen, weil sie nicht genug Unterstützung erhalten, wird das Ziel der gemeindenahen Versorgung und Betreuung, die Rückführung der psychisch Kranken in die Gemeinschaft, ad absurdum geführt.

Literaturverzeichnis

Rodewischer Thesen. Internationales Symposium über psychiatrische Rehabilitation vom 23.05.–25.05.63 in Rodewisch (Vogtl.).

Bundesministerium für Gesundheit. Bericht zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR – Bestandsaufnahme und Empfehlungen – im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. (30.05.91)

Kommunale Verantwortung in der psychiatrischen Versorgung – Gedanken zur Psychiatrie-Reform in Sachsen

Angelika Waldmann

Dezentralisierung – Enthospitalisierung – Kommunalisierung

Wenn wir heute die Entwicklungslinien der Psychiatrie-Reform im Osten Deutschlands verfolgen und deren Möglichkeiten und Grenzen diskutieren, kommen wir an bestimmten Schlagworten nicht vorbei. Es sind solche Begriffe wie Dezentralisierung und Enthospitalisierung, die auch die Diskussion der 90er-Jahre in den neuen Ländern geprägt haben. Jedes Bundesland kann dynamische, nicht immer unkomplizierte Entwicklungen in diesen Bereichen vorweisen. Damit solche Schlagworte aber nicht zu hohlen Phrasen verkommen, ist es wichtig, sie immer wieder zu hinterfragen und nach ihrer Bedeutung innerhalb des Reformbemühens abzuklopfen. Gerade die genannten Prozesse haben massive Folgen für die außerklinische Versorgungssituation psychisch kranker Menschen nach sich gezogen. Viele ambulante Dienste und Einrichtungen sind in den letzten zehn Jahren, oftmals fast im Zeitraffertempo entstanden, um dem Anspruch nach gemeindenaher Versorgung, nach Integration psychisch Kranker in ihrem eigenen Lebensumfeld gerecht zu werden. Es lohnt sich also, noch ein drittes Schlagwort in die Debatte zu werfen, nämlich das der Kommunalisierung der psychiatrischen Versorgung, was nichts anderes besagt, als dass sich der Schwerpunkt der Versorgung zunehmend in die Kommune verlagert.

Kommunalisierung der psychiatrischen Versorgung im Osten Deutschlands

Kommunalisierung, also Übernahme kommunaler Verantwortung kann schließlich nur heißen, *einheitliche* Versorgungsbedingungen für alle Betroffenen zu schaffen. Es kann nicht mehr nur um punktuelle Modellvorhaben gehen, wie sie z.B. unmittelbar nach der Wende in Bundesmodellprogrammen sehr hilfreich gewesen sind, um beim Aufbau außerklinischer Versorgungsstrukturen Erfahrungen zu sammeln, sondern jetzt sind grundsätzliche Weichenstellungen gefragt, die dazu führen, dass die administrative Zuständigkeit für psychiatrische Versorgung tatsächlich in die Verantwortung der Kommunen übergeht. Denn das ist ja immer das Ziel der Psychiatrie-Reform gewesen, dass sie da ankommt, wo sie letztlich auch hingehört, nämlich in der Kommune, der Gemeinde, dem unmittelbaren Lebensumfeld des Betroffenen selbst.

Kommunale lebensfeldbezogene psychiatrische Versorgung in Sachsen

Der Freistaat Sachsen hat in den letzten Jahren versucht, dieser Forderung konsequent Rechnung zu tragen und zwar sowohl unter gesetzgeberischen Aspekten als auch im weiteren Verwaltungshandeln. Ich möchte Ihnen diese Entwicklungslinien aus meiner Sicht als Psychiatrie-Koordinatorin einer kreisfreien Stadt als Diskussionsgrundlage kurz vorstellen. Die Kürze der Zeit lässt natürlich nur einen sehr groben Überblick zu.

Die Grundsätze der psychiatrischen Versorgung in Sachsen orientieren sich an der Konzeption eines gemeindepsychiatrischen Verbundes, wobei in Ergänzung zu Psychiatrischen Kliniken, niedergelassenen Nervenärztinnen und Sozialpsychiatrischen Diensten an Gesundheitsämtern weitere Hilfen in entsprechenden Einrichtungen sichergestellt werden sollen. Dafür ist im SächsPsychKG von 1994 ein direkter Versorgungsauftrag der Landkreise und kreisfreien Städte festgelegt. Die Kommunen sind nach § 6 SächsPsychKG für die Gewährung und Koordination der sozialpsychiatrischen komplementären Hilfen zuständig. Sie sind per Gesetz dafür verantwortlich, dass die notwendigen Hilfen in der Region zur Verfügung stehen. Freilich setzt sich so etwas nicht von selbst durch. Vor diesem Hintergrund war es von besonderer Bedeutung, dass etwa ab 1995 in allen Landkreisen und kreisfreien Städten Psychiatrie-Koordinatorinnen eingesetzt wurden, die innerhalb der Kommunalverwaltungen für die Entwicklung und Koordination ambulant-komplementärer Versorgungsangebote zuständig sind, die in Zusammenarbeit mit allen an der Versorgung Beteiligten regionale Psychiatriepläne erstellt haben und in der Regel auch die Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften als beratende Fachgremien leiten.

Gremien und Institutionen allein machen natürlich die Ver-

sorgungsqualität einer Region noch nicht aus. Auch ein gut ausgebautes ambulant-komplementäres System auf der Grundlage verbindlicher regionaler Psychiatriepläne garantiert für sich allein noch keine gute gemeindenahe Versorgung. Viel ist davon abhängig, inwieweit sich alle Beteiligten in einem fortwährenden Verständigungsprozess aktiv in die gemeinsame Arbeit einbringen und inwieweit sie bei grundsätzlichen Entscheidungen zur regionalen Versorgung auch tatsächlich gehört werden. Damit ist die Entwicklung eines gemeinsamen gemeindepsychiatrischen Bewusstseins, eines gemeinsamen Selbstverständnisses von freien Trägern, Kommunalverwaltungen, Betroffenen, Angehörigen und Professionellen angesprochen, das sich bis in politische Gremien hinein fortsetzen muss und das auch vom Engagement und vom Einsatz der Bürgerinnen und Bürger einer Kommune getragen wird. Es ist eine ganz wesentliche Aufgabe von Psychiatrie-Koordinatorinnen, diesen Prozess in der kommunalen Öffentlichkeit voranzubringen, ihn zu moderieren und unterstützend zu begleiten.

Nach der etwa 1998 sachsenweit beendeten regionalen Psychiatrieplanung schlossen die meisten Landkreise und kreisfreien Städte mit den jeweiligen Freien Trägern, denen sie Aufgaben nach SächsPsychKG übertragen hatten, Versorgungsverträge ab. Orientierung war hierbei ein vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie erarbeiteter Musterversorgungsvertrag. Mit diesen Versorgungsverträgen soll gesichert werden, dass jeder hilfebedürftige psychisch Kranke – unabhängig von Art und Schwere seiner psychischen Behinderung – die notwendigen und angemessenen Hilfen in der Kommune erhält. Seit 1999 werden in Sachsen nur noch solche Hilfeangebote gefördert, für die auch ein Versorgungsvertrag abgeschlossen wurde.

Eine weitere wichtige Forderung des Sächsischen PsychKG, auf die ich noch kurz eingehen möchte, ist die im § 7 Abs. 2 getroffene Festlegung einer jährlichen Psychiatrieberichterstattung aller an der Versorgung beteiligten Dienste und Einrichtungen.

Meines Wissens ist das SächsPsychKG das bundesweit erste Landespsychiatriegesetz, das verbindlich festschreibt, die erbrachten psychiatrischen Versorgungsleistungen im ambulant-komplementären Bereich zu dokumentieren und den Kommunen und dem Staatsministerium Bericht zu erstatten. Nur so können Leistungs- und Qualitätstandards entwickelt werden, die zum einen die Betreu-

ungsprozesse transparent machen, zum anderen einen effektiven Einsatz der begrenzten Mittel sicherstellen können. Es geht darum, gemeindepsychiatrische Arbeit im kommunalen Raum verständlich zu machen und eine umfassende Qualitätsdiskussion in Gang zu setzen. Gleichzeitig ist den Kommunen mit dem Erhalt von Planungsdaten ein Steuerungsmittel in die Hand gegeben, mit dem sie ihrer Verantwortung kompetenter gerecht werden können. Im Rahmen eines Forschungsprojektes der Universitäten Leipzig und Dresden wird dieses EDV-gestützte Dokumentationssystem (BADO-K) derzeit in Sachsen erprobt. Es soll im nächsten Jahr in allen sächsischen Versorgungsregionen angewandt werden.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Entwicklung in Sachsen dazu beigetragen hat, dass Kommunalverwaltungen und Kommunalpolitiker in den letzten zehn Jahren allmählich für die Belange der psychiatrischen Versorgung sensibilisiert werden konnten. Gerade in Zeiten leerer Kassen ist es besonders wichtig, an diesen Stellen ein Verantwortungsbewusstsein zu entwickeln, um günstige Rahmenbedingungen zur Integration chronisch psychisch kranker Menschen zu schaffen.

Meine Damen und Herren, natürlich sind die Ziele der Psychiatrie-Reform damit noch lange nicht erreicht. Viele Aufgaben liegen auch in Zukunft noch vor uns. Die Strukturen unseres Versorgungssystems sind von oft unübersichtlicher Träger- und Finanzierungsvielfalt geprägt und nach wie vor mehr institutionen- als personenzentriert. An den sozialrechtlichen Voraussetzungen hat sich in den letzten zehn Jahren leider nichts Wesentliches geändert. Um zu einer vernetzten und integrierten psychiatrischen Versorgung zu kommen, werden also noch viele Anstrengungen nötig sein. Es bleibt das Ziel, integrierte, aufeinander abgestimmte Leistungen, die sich am individuellen Hilfebedarf orientieren in kommunaler Verantwortung innerhalb eines gemeindepsychiatrischen Verbundes zu realisieren. Ich denke, dass die Entwicklung der Psychiatrie-Reform in Sachsen vor diesem Hintergrund Interesse verdient und vielleicht auch Anstöße geben kann, gemeinsame Lösungen auf dem Weg zu einer kommunalen lebensfeldbezogenen psychiatrischen Versorgung zu finden.

Was wurde aus den Rodewischer Thesen? Überblick und Bilanz

Klaus-Dieter Waldmann

Angeregt durch einige leitende Psychiater, die in ihren Einrichtungen moderne Formen der Betreuung psychisch Kranker praktizierten, das heißt, neben der Somatotherapie auch kombiniert sozio- und psychotherapeutische Verfahren anwendeten, wuchs Ende der 50er und Anfang der 60er Jahre der Bedarf einer Neuordnung der psychiatrischen Versorgung in der damaligen DDR. Als Folge dieser Initiative wurde im Mai 1963 das erste so genannte »Symposium sozialistischer Staaten über psychiatrische Rehabilitation« in Rodewisch/Vogtland durchgeführt.

Die dort formulierten Entwicklungsgrundsätze im Rahmen von Empfehlungen zur »Rehabilitation psychisch akut und chronisch Kranker« wurden als »Rodewischer Thesen« bekannt (1). Die in ihnen enthaltenen Forderungen sollten zu einem Wandel der psychiatrischen Versorgung führen. Im Folgenden sollen einige der zehn Thesen vorgestellt werden.

1. These

»Unabhängig von allen hypothetischen Vorstellungen über das Wesen und die Nosologie der Psychosen, ihrer chronischen Verlaufsformen, insbesondere auch der so genannten Defektbildung, ist in jedem Falle eine aktive therapeutische Einstellung zu fordern. Keine Diagnose einer Psychose rechtfertigt die sichere Annahme eines schicksalsmäßigen Verlaufes und mit ihr die fatalistische Einstellung zu ihren Behandlungsmöglichkeiten. Die umfassende Rehabilitationsbehandlung (›komplexe Therapie‹) reicht in undogmatisch kombinierter Anwendung von den neuroleptischen Psychopharmaka über vielfältigste Methoden der Arbeitstherapie bis zu den gruppentherapeutischen Verfahren; die Anwendung neuroleptischer Psychopharmaka soll der wissenschaftlichen Erkenntnis folgend kurmäßig (kurzzeitig begrenzt, hoch dosiert) und langfristig (niedrig dosiert, so genannte Dauereinstellungen) unter ständiger ärztlicher Kontrolle stationär wie ambulant erfolgen.«

Zu bemerken ist, dass der Rehabilitationsbegriff in der Psychiatrie zu DDR-Zeiten eine andere Wertung als heute hatte und frei

von kostenspezifischen Zuständigkeiten war. Die Rehabilitation wurde als fester Bestandteil der psychiatrischen Therapie aufgefasst, was sicher auch im Sinne einer ganzheitlichen psychiatrischen Betreuung ein sinnvoller Grundsatz war. Es gab keine Abhängigkeit von Kostenträgern!

Das Prinzip der komplexen Therapie (Einheit aus Somato-, Sozio- und Psychotherapie) setzte sich allmählich in den psychiatrischen Einrichtungen der DDR durch.

2. These

»Optimale Therapie kommt nur unter optimalen Bedingungen optimal zur Wirkung. Die psychiatrischen Krankenhäuser und Kliniken müssen ihre allgemeinen Bedingungen, unter denen sie therapieren, kritisch überprüfen. Die besonderen aus der Anstaltstradition übernommenen Maßnahmen, die den psychisch Kranken ›anders‹ als einen anderweitig Erkrankten im Krankenhaus behandeln, sind Zug um Zug zu beseitigen. Akut und chronisch Kranke können zum überwiegenden Teil auf völlig offenen Krankenstationen geführt werden. Entscheidend für die Öffnung der Krankenstation ist ein durchdachtes rehabilitatives Heilregime, der fürsorgliche Geist des Personals, die damit geschaffene Heilatmosphäre und die aktive Einstellung zur komplexen Therapie. Aus vorwiegend geschlossenen Heil- und Pflegeanstalten haben sich vorwiegend offene psychiatrische Fachkrankenhäuser zu entwickeln. Das umfassende Sicherungsprinzip der Heil- und Pflegeanstalt muss einem umfassenden Fürsorgeprinzip des Fachkrankenhauses weichen.«

In dieser These wird besonders hervorgehoben, dass die Bedingungen der offenen Türen an die Änderung des Klimas in der Klinik und auf den Stationen geknüpft sind. Auch das Behindern einer optimalen Therapie durch geschlossene Stationen wurde richtig erkannt. Als äußeres Zeichen wurden in den 60er und 70er-Jahren in vielen Fachkrankenhäusern die Gitter von den Fenstern entfernt und einzelne Stationen geöffnet. Allerdings wurden dort meist die Aufnahmestationen in der Regel weiterhin geschlossen geführt. Auch einige psychiatrische Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus, so zum Beispiel 1967 in Plauen, setzten die totale Öffnung aller Stationen durch, wohlgemerkt bei Vollversorgung der Region. Heute wird eine zunehmende Anzahl von Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, aber auch Stationen von Fachkrankenhäusern, offen geführt. Be-

günstigt wird das auch dadurch, dass zum Beispiel im Sächsischen PsychKG die Unterbringung möglichst in offener Form festgeschrieben ist.

In den »9 Thesen zur therapeutischen Gemeinschaft« (2), die in der Bezirksnervenklinik Brandenburg 1974 entwickelt wurden, wird hervorgehoben, dass die geschichtlich ableitbare Struktur unserer psychiatrischen Krankenhäuser geeignet ist, zusätzliche Störungen hervorzurufen und bestehende zu stärken, es wird vor allem die Notwendigkeit der »offenen Türen« für die therapeutische Gemeinschaft betont. Es muss allerdings erwähnt werden, dass die realen Zustände in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern, die noch bis zur Wende eine sehr hohe Bettenzahl aufwiesen, extrem weit von »optimalen Bedingungen« entfernt waren.

5. These

»Bei erreichter Stabilität der ärztlichen Versorgung im Bereich der Psychiatrie wird im Sinne des Dispensairesystems die nachgehende Fürsorge als kontinuierliche Arbeit eines Kollektivs aus Psychiatern, Psychologen und Fürsorgerinnen zu entwickeln sein. Dieses Kollektiv soll engste Verbindung zu den Produktionsbetrieben unterhalten und Arbeitsplatzstudien ermöglicht bekommen. Damit ist ein umfassendes System der psychiatrischen Außenfürsorge mit besonderer Betonung der nachgehenden Fürsorge auf- und auszubauen. Es ist unerlässlich, dass jeder Kreis neben mindestens einem Psychiater mindestens eine hauptamtliche psychiatrische Fürsorgerin besitzt, die entweder ihre Anleitung vom regional zuständigen Fachkrankenhaus erhält und mit diesem eng verbunden arbeitet, oder die sogar unmittelbar zum Kader des Fachkrankenhauses selbst gehören sollte.«

Zu dem Inhalt dieser These ist zu bemerken, dass die ärztliche Versorgung auf dem Gebiet der Psychiatrie – allerdings auch teilweise in anderen Fachgebieten – in der ehemaligen DDR sehr instabil war. Während sie in attraktiven Städten und Gegenden gut bis ausreichend war, gab es viele Bereiche in ländlichen und industriellen Gebieten, bei denen die Stellen vakant waren. So wurden bei weitem nicht alle Kreise, so auch im bevölkerungsreichsten Bezirk Karl-Marx-Stadt, von einer Psychiaterin, bzw. einem Psychiater versorgt. Diese Situation verschlechterte sich noch durch die Ausreise vieler Ärztinnen in die damalige Bundesrepublik, besonders in den 80er Jahren.

Dieses System der ambulanten psychiatrischen Betreuung kann aus heutiger Sicht als an vielen Stellen gut funktionierend eingeschätzt werden. Auch die enge Zusammenarbeit mit den stationären Bereichen zählte dazu, zumal die Grenzen zwischen ambulant und stationär fließend und nicht so starr wie in der Gegenwart waren. Kostenabgrenzungen spielten bei dem Einheitssozialversicherungssystem keine Rolle.

Auf Grund der Personalknappheit gab es allerdings zahlreiche Regionen, in denen eine stabile Versorgung psychisch Kranker nicht möglich war. So wurde 1982 von führenden DDR-Psychiatern kritisiert, dass im ambulanten Bereich zu wenig aktiv nachgehende und aufsuchende Fürsorge, Prävention und Rehabilitation realisiert würde.

7. These

»Die gewaltige soziologisch-gesellschaftliche Bedeutung der psychischen Krankheiten als Volkskrankheiten ist weit stärker als bisher herauszustellen, auf geeignete Weise zu popularisieren, mit dem Ziel einer wirksamen Prophylaxe, der unbedingten Früherfassung und Frühbehandlung von psychisch Kranken. Mit allen geeigneten Mitteln der Volkserziehung ist der Intoleranz psychisch Kranken gegenüber zu begegnen.«

Diese These blieb allerdings eine bloße Absichtserklärung. Ende der 70er-Jahre wurden immer breitere Bereiche der Psychiatrie tabuisiert. So wurde jegliche Berichterstattung über Suizide und Suchterkrankungen unterbunden, weil dadurch die »heile Welt« des Sozialismus in Frage gestellt werden könnte. Auf Grund enger ideologischer Barrieren, die zum Beispiel den Alkohol als ein Relikt der vorsozialistischen Gesellschaftsform bewerteten, die die Vertreter der Psychoanalyse ausgrenzten oder die die Ursache von Neurosen im Konflikt von neuen sozialistischen und noch aus dem Kapitalismus stammenden Lebensformen sahen, war es nicht möglich, zu einer höheren Akzeptanz psychischer Erkrankungen bei der Bevölkerung beizutragen. Solche Fehleinschätzungen verhinderten eine breite Öffentlichkeitsarbeit. Eine Selbsthilfebewegung psychisch Kranker sowie die organisierte Angehörigenarbeit waren aus politischen Gründen nicht erwünscht. Von einigen Gesundheitspolitikern wurde Selbsthilfe als mehr zum kapitalistischen Gesundheitswesen gehörend aufgefasst, die im Sozialismus nicht benötigt wurde, da die

Patienten und Patientinnen im sozialistischen Gesundheitswesen allumfassend betreut würden. Die Mehrheit der Psychiater und Psychiaterinnen der ehemaligen DDR hatte jedoch ein distanziertes Verhältnis zu derartigen plumpen ideologischen Erklärungen.

Bei einer Gesamteinschätzung der Realisierung der Rodewischer Thesen muss man davon ausgehen, dass auch die DDR-Psychiatrie kein monolithischer Block war, sondern dass sicher auch in der Umsetzung dieser Thesen regionale Unterschiede bestanden. Wenn 1989 zur Wendezeit manche Großkrankenhäuser Regionen von über einer Million erwachsenen Einwohnern und Einwohnerinnen versorgten und Langzeitpatienten und -patientinnen oft eine durchschnittliche Verweildauer von zehn Jahren hatten, so zeigt das, dass grundlegende Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung besonders von chronisch Kranken nicht erreicht wurden. Andererseits galten diese Rodewischer Thesen als Handlungsrichtlinie, nach der versucht wurde, eine moderne Psychiatrie aufzubauen.

Zusammenfassend kann also festgestellt werden, dass die Forderungen der Rodewischer Thesen für die damalige Zeit durchaus sehr progressiv waren, immerhin zwölf Jahre vor der Enquete der alten Bundesrepublik. Die Realisierung musste jedoch aus finanziellen und ideologischen Gründen zu DDR-Zeiten in den Anfängen stecken bleiben, wie die Analyse im Bericht »Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR« im Auftrag der Bundesregierung 1990 zeigte (3). Sicher wurden zum Abbau des Nachholbedarfs in den neuen Bundesländern, vor allem durch die Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung und den Aufbau komplementärer Einrichtungen die letzten Jahre genutzt, andererseits sind gerade auf Grund der gegenwärtigen angespannten finanziellen Situation einheitliche Kostenregelungen für diese Bereiche, wie sie schon Anfang der 70er Jahre im Westen gefordert wurden, bundesweit überfällig. Viele Forderungen der Rodewischer Thesen sind auch heute, zu Beginn des neuen Jahrtausends, in Ost und West noch nicht erfüllt. Dazu gehören die Realisierung einer komplexen psychiatrischen Therapie mit enger Verflechtung von stationären und ambulanten Bereichen, eine Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung und die Gestaltung einer offenen Psychiatrie. Diese Ziele sind auch unter den heutigen Bedingungen in der Bundesrepublik, 37 Jahre nach der Verabschiedung der Rodewischer Thesen, weiterhin aktuell.

Literatur

1 Rodewischer Thesen. Internationales Symposium über psychiatrische Rehabilitation vom 23.05.–25.05.63 in Rodewisch (Vogtl.). Z. ges. Hygiene 1965; 9: 61–65
2 Schirmer S, Müller K, Späte HF. Neun Thesen zur Therapeutischen Gemeinschaft. Psychiatrie, Neurologie und med. Psychologie 1974; 26: 50–54
3 Bundesministerium für Gesundheit. Bericht zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR – Bestandsaufnahme und Empfehlungen – im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. (30.05.91)

Die Neugründung einer psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus – Chancen und Risiken für die Entwicklung personenzentrierten Handelns

Dyrk Zedlick

Die Gründung einer neuen Institution in Zeiten des Paradigmenwechsels vom institutions- zum personenzentrierten Handeln birgt immer die Gefahr einer Renaissance institutionsbezogenen Verhaltens im jeweiligen therapeutischen Umfeld in sich. Zum einen ist die Institution mit ihrem eigenen Neuaufbau, also »mit dem Ding an sich«, und den damit verbundenen vielfältigen internen Problemen beschäftigt, wobei häufig zur internen Stabilisierung erst einmal Abgrenzungen nach außen stattfinden müssen. Zum anderen scheint häufig eine neu geschaffene Institution mit der Konzentration psychiatrischen Fachpersonals nun der neue Hoffnungsträger für die Lösung der vorhandenen vielfältigen psychiatrischen Versorgungs- bzw. Betreuungsprobleme in der jeweiligen Region zu sein (i.S.: »Jetzt haben wir endlich die Klinik vor Ort, die wird es schon richten«).

Die Gründung einer neuen Institution bietet aber auch die Chance eines Neuanfangs. Für die hier zu diskutierende Psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus ist dies die Möglichkeit einer wohnortnahen und lebensfeldbezogenen Behandlung und einer besseren Integration in den gemeindepsychiatrischen Verbund. Eine weitere Chance besteht darin, von Anbeginn eine patientinnenbezogene therapeutische Grundhaltung innerhalb der Abteilung zu entwickeln. Am Beispiel des Aufbaus der Psychiatrischen Abteilung am Kreiskrankenhaus Glauchau möchte ich Ihnen diesen widersprüchlichen Prozess skizzenhaft zu beschreiben versuchen.

Glauchau ist die Kreisstadt des westsächsischen Landkreises Chemnitzer Land, ca.15 km von Zwickau und 30 km von Chemnitz entfernt. Die Psychiatrische Abteilung des Kreiskrankenhauses mit 60 Betten und 20 tagesklinischen Plätzen versorgt den eher kleinstädtisch-ländlichen Kreis Chemnitzer Land mit einem Einzugsgebiet von ca. 142.500 Einwohnern. Die ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung wird von fünf niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten für Neurologie und Psychiatrie und drei niedergelassenen psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten sichergestellt. Ein sozialtherapeutisches Wohnheim für chronisch psychisch Kranke und drei Kontakt- und Beratungsstellen befinden sich im Aufbau bzw. sind in diesem Jahr eröffnet worden. Die landschaftlich schöne Region, die bis zur Wende wirtschaftlich vor allem durch Maschinenbau und Textilindustrie geprägt war, hat nach der Schließung vieler Betriebe eine für Sachsen relativ hohe Arbeitslosenquote von 16 bis 18 %, der größte Arbeitgeber im Landkreis ist mittlerweile das Kreiskrankenhaus.

Die Psychiatrische Abteilung wurde im April 1998 eröffnet und übernahm im Rahmen des sächsischen Psychiatrieplanes mit dem dort verankerten Ziel der weiteren Kommunalisierung der psychiatrischen Versorgung schrittweise die stationäre psychiatrische Vollversorgung des Landkreises mit 0,42 Betten/1.000 Einwohnerinnen, die vorher größtenteils von dem gemeindefern liegenden SKH Rodewisch geleistet werden musste. Für die stationäre Abteilung wurden ein ehemaliges Wohngebäude aus den 60er-Jahren und für die Tagesklinik eine Villa aus der Gründerzeit auf dem Gelände des Kreiskrankenhauses mit Fördermitteln des Freistaates Sachsen grundlegend umgebaut. Ein Vorteil war dabei die frühzeitige Einbeziehung des zukünftigen Leiters in die Planung der innenarchitektonischen Gestaltung der Klinik, wodurch es möglich wurde, im Rahmen der gegebenen finanziellen und baulichen Vorraussetzungen, konzeptionelle Vorstellungen umzusetzen. Die Einrichtung in den Patientinnenzimmern, Gemeinschafts- und Therapieräumen, sowie Arbeitsräumen für das Personal sollte eine wohnliche Atmosphäre herstellen, Begegnung ermöglichen und Akzeptanz und Wertschätzung vermitteln. Dem diente auch die abwechslungsreiche, aber unaufdringliche Farbgestaltung der Klinikräume und -gänge, die aber auch noch reichlich Spielraum für die Gestaltung durch ihre zukünftigen Nutzerinnen bieten. Eine konsequente Nutzerinnenorientiertheit hätte natürlich die Einbeziehung von Betroffenen- und Angehörigenvertretern schon in dieser Planungsphase bedeutet, wie dies beispielweise in Großbritannien teilweise der Fall sein soll. Aber auch unabhängig vom Fehlen psychiatriepolitisch aktiver Betroffenen- und Angehörigenorganisationen in der Region und der in Deutschland dafür notwendigen gesetzlichen Richtlinien, würde derzeit solch ein Ansinnen nicht nur bei den Bauträgern als Anmaßung gewertet werden.

Ein weiterer Vorteil von einem Neuaufbau einer Institution ist

die Möglichkeit von Anfang an die Regeln der neuen Institution festzulegen, für eine psychiatrische Einrichtung ist dies das therapeutische Grundkonzept. Hierbei besteht natürlich auch die Gefahr, dieses von uns vorgegebene Konzept eher zu sehr »therapeutinnenorientiert« statt patientinnenzentriert auszurichten. Wir entschlossen uns, die Abteilung nach den Prinzipien der »Offenen Psychiatrie« zu gestalten, die erst kürzlich in dem Sammelband von Bernardi et al. (2000) sehr anschaulich dargestellt wurden. Deshalb möchte ich hier nur stichwortartig die strukturellen und therapeutischen Grundsäulen nennen: Bewusster Verzicht auf eine Aufnahmestation, heterogene Zusammensetzung der Patientinnen und Patienten auf den Stationen, also Prinzip der Durchmischung nach Alter, Geschlecht, Diagnose und Krankheitsstadium mit teilweiser integrierter tagesklinischer Behandlung und grundsätzliche Offenheit aller Stationen (Schließungszeit 1999: 20.00 h). Milieutherapeutisch versuchen wir Prinzipien der therapeutischen oder auch tätigen Gemeinschaft umzusetzen, dass die Patientinnen im Rahmen ihrer Möglichkeiten einen Teil der Alltagsorganisation in eigene Regie übernehmen (z.B. Frühstücks- und Abendbrotbuffet) und sich einander mit ihren »gesunden Anteilen« unterstützen, beispielsweise im Rahmen von Gruppenvisiten und Gruppentherapien, aber auch bei Formen der Patientinnenselbstverwaltung und gemeinsamer Freizeitgestaltung. Neben der stationsorienierten Basistherapie wird bausteinartig ein überstationär spezialisiertes, diagnosespezifisches Therapieangebot vorgehalten.

Die Patientinnenstatistik des ersten ganzjährigen »Betriebsjahres« 1999 zeigt, dass die Verteilung der Krankheitsbilder bei den insgesamt 1.022 Behandlungsfällen (m: 583, w: 439) mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 29,5 Tagen (Tagesklinik 42,81, Station 24,01) dem anderer vergleichbarer Einrichtungen entspricht. Den Hauptanteil bilden die affektiven Störungen und Abhängigkeitserkrankungen, gefolgt von den Anpassungs- und Belastungsstörungen sowie den Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Das Durchschnittsalter betrug 48,23 Jahre (m: 44,7; w: 52,3). 89,17 % der Auf- und Wiederaufnahmen kamen aus dem Pflichtversorgungsgebiet des Chemnitzer Landes, Einweisungen auf richterliche Anordnung erfolgten in 1,87 % der Fälle.

Ein zumindest für die ostdeutschen Regionen typischer Befund ist auch, dass ein Großteil der Patientinnen (83 %) nicht (mehr) im

ersten Arbeitsmarkt beschäftigt ist. Die durch die Wiedervereinigung forcierte Deindustrialisierung einer ganzen Region schlägt sich in den Biografien und schließlich auch in den Krankheitsgeschichten der betroffenen Personen nieder (Anteil der Langzeitarbeitslosen unter den Patientinnen der Abteilung 23,9 %). Der größte Anteil der Patientinnen lebt in einer privaten Wohnform (88,9 %), in Heimbereichen lebten 6 % der Fälle, 1,33 % waren ohne festen Wohnsitz.

Alle Betten waren faktisch von Beginn an, also unmittelbar nach der schrittweisen Eröffnung der jeweiligen drei Stationen, voll belegt, 1999 betrug die Gesamtbelegung 102 %, mit einer tagesklinischen Auslastung von 107 %. Die aktuell immer noch anhaltende hohe Auslastung hängt möglicherweise auch damit zusammen, dass sich in der Region die komplementären Strukturen für chronisch psychisch Kranke erst im Aufbau befinden, die zumindest bei einem Teil der weniger schwer erkrankten Patientinnen einen stationären Aufenthalt ersetzen oder zumindest verkürzen könnten. Die Einrichtung einer Institutsambulanz wurde zum damaligen Zeitpunkt von dem zuständigem Zulassungsausschuss der Krankenversicherung abgelehnt.

Wie nehmen nun die Patientinnen die ersten Gehversuche der Abteilung mit der Ausrichtung auf eine patientinnenzentrierte Behandlung wahr, wie sehen sie ihren Klinikaufenthalt und bewerten die Qualität der Behandlung? Über die gesamten zwei Jahre hinweg wurden die Patientinnen gebeten, bei der Entlassung einen Fragebogen in anonymisierter Form auszufüllen, in dem sie verschiedene Aspekte der Betreuung beurteilen, Effekte auf ihren Gesundheitszustand beschreiben, und ihre Meinung zu positiven und negativen Seiten der Einrichtung äußern konnten. Die Auswertung wurde durch eine externe Untersucherin durchgeführt (Mitzscherlich & Zedlick 2000; Mitzscherlich 2000).

Ohne hier eine detailierte Auswertung der Patientinnenfragebögen leisten zu wollen, zeigen sich als allgemeine Tendenzen über die gesamten zwei Jahre eine sehr positive Reaktion der Patientinnen auf die Abteilung insgesamt, insbesondere auf das allgemeine, zwischenmenschliche Klima, das verbal immer wieder als freundlich, verständnisvoll, einfühlsam beschrieben wird. Im (quantitativen) Vergleich aller therapeutischer Maßnahmen wird das Beziehungsklima als wirksamster therapeutischer Faktor bewertet. Dieser Be-

fund hat uns in seiner Deutlichkeit sehr überrascht. Wir selbst waren von einem klaren Votum für die traditionellen Behandlungsformen – Medikamente, Einzelgespräche, Gruppentherapien – ausgegangen. Noch wichtiger als die speziellen Therapien in der Klinik waren für viele Patientinnen die sozialtherapeutischen Angebote, die im Zusammenhang mit Arbeits- und Wohnungssuche, alternativen Betreuungsangeboten und somit sozialer Integration außerhalb der Klinik zu tun hatten. Bei den durch die Patientinnen beschriebenen Effekten des Krankenhausaufenthaltes wurden, außer dem »zur Ruhe kommen«, so weit reichende Wirkungen wie Gesundung, neue Einsichten, soziale Integration und höheres Selbstbewusstsein genannt (vor allem von den tagesklinischen Patientinnen). Spezifische Symptombesserungen werden im Vergleich damit weniger beschrieben. Viele stationäre Patientinnen bewerten das gute zwischenmenschliche Klima, die Möglichkeit sich frei zu bewegen und das häufig damit verbundene Gefühl, in ihren Bedürfnissen ernst genommen zu werden, als sehr positiv. Dies deckt sich auch mit den Ergebnissen der Untersuchung über die wichtigsten Faktoren für die Zufriedenheit mit einer stationär-psychiatrischen Behandlung aus Sicht der Patientinnen von Spießl et al. (1999), wo den als Autonomiefaktor interpretierbaren Behandlungsbedingungen eine entscheidende Bedeutung zukam. Die in den Patientinnenbefragungen widergespiegelte, und durchaus als ein gewisses Maß an wahrgenommener Patientinnenorientiertheit interpretierbare positive Gesamteinschätzung hat natürlich auch eine negative Rückseite. Insgesamt wird die Institution Klinik in einem starken Maß auch als »Oase in der Wüste«, als Schutz- und Rückzugsraum, teilweise geradezu als »Kurklinik« wahrgenommen, was auch dazu führt, dass manche Patientinnen, insbesondere solche, die ihren Alltag unter wesentlich belastenderen Bedingungen leben, am liebsten bleiben würden, andere (besonders Suchtpatientinnen) »gern« wiederkommen (Mitzscherlich 2000). Hier ist nun einer der kritischen Punkte erreicht, wo auch wohnortnahe, einem kustodialen Milieu in ihrer Konzeption entgegenwirkende Abteilungen zum »Risiko« für die Verwirklichung einer personenbezogenen und am Lebensfeld orientierten Therapieausrichtung werden können. Dies ist dann der Fall, wenn das Bemühen um Personenbezogenheit nur innerhalb des klinischen Rahmens und auf den Status des Klinikpatientinnen bezogen bleibt. Um dies zu vermeiden, wird zukünftig eine noch

frühzeitigere Orientierung am jeweiligen Lebensfeld schon während des stationären Aufenthaltes notwendig sein, auch wenn dies häufig unseren therapeutischen »Selbstverwirklichungsneigungen«, aber auch den vereinzelten unrealistischen Versorgungsansprüchen der Patientinnen entgegenstehen sollte.

In der Zusammenarbeit mit hiesigen niedergelassenen Fachärztinnen zeigten sich neben dem Streitpunkt Institutsambulanz auch weniger von uns erwartete Schwierigkeiten. (Die bekannten Dauerprobleme bei der Fortführung einer personenbezogenen und somit individuellen medikamentösen Behandlung auf Grund der Budgetorientierung der niedergelassenen Nervenärztinnen seien hier nur am Rande erwähnt). Mit dem Vorhandensein der neuen Abteilung wird u.a. von zwei niedergelassenen Fachkollegen bzw. Fachkolleginnen ein kritisch gesehener Anstieg ihrer Patientinnenzahlen um 20 % in Verbindung gebracht, wobei die Patientinnen u.a. durch die Vermittlung stärkerer Selbsthilfepotenziale während des klinisch-tagesklinischen Aufenthaltes möglicherweise zunehmend auch eigene Vorstellungen über ihre weitere ambulante Therapie äußern. Diese entsprechen teilweise nicht der eher noch hier in der Region verbreiteten paternalistischen Grundhaltung in der allgemeinen ambulanten Versorgung einschließlich des sozialpsychiatrischen Dienstes des Landkreises, mit der auch die Abteilung z.B. bei der Diskussion um die Indikation einer gerichtlich anzuordnenden Unterbringung bei »Therapieuneinsichtigkeit« und »sozial auffälligen Verhaltens« oder der individuellen Ausgangs- und Urlaubsreglung vereinzelt in Konflikt gerät.

Die Neugründung einer Psychiatrischen Abteilung bedeutet für die ambulanten Dienste einer betreffenden Region immer erst einmal eine Zunahme an patientinnenbezogenem Betreuungsbedarf und an notwendiger Vernetzungsarbeit. Zum einen finden viele Patientinnen jetzt eher den Weg in die wohnortnahe, stationäre, psychiatrische Behandlung als früher in das wohnortferne Fachkrankenhaus und dadurch möglicherweise auch Eingang in das nachstationäre, ambulante, psychiatrische Behandlungsnetz. Zum anderen bleiben die Patientinnen auch während der stationären Behandlung mehr oder weniger »vor Ort« und nutzen die komplementären Angebote oder einfach ihren normalen Lebensraum bei Ausgängen und Beurlaubungen. Damit die verschiedenen institutionellen Interessen nicht gegeneinander und stärker personenorientiert vermittelt werden können,

wird unabhängig von der Arbeit in der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft des Landkreises zukünftig eine mehr einzelfallbezogene Kooperation der Abteilung mit den ambulanten Diensten notwendig sein. Die Psychiatrische Abteilung als neue Institution darf sich dabei aber auch nicht durch die größere örtliche Nähe zur Gemeinde als allgemeines psychosoziales »Problemlösungsmuster« missbrauchen lassen.

Auch in Glauchau diente die Psychiatrische Abteilung wie vielerorts als Katalysator für den Aufbau einer Betroffenen- und einer Angehörigeninitiative sowie von komplementären Strukturen, wobei sich aber auch Risiken »institutioneller Gewöhnung« ergeben können. So dienten die Räume der Tagesklinik, der Selbsthilfegruppe und des Angehörigenvereins (Lebenswege e.V.) als 14-tägiger Treffpunkt, der mit der Gründung eines psychosozialen Hilfsvereins (Kontaktlinse e.V.) in dessen angemieteten Räume in die Gemeinde verlagert werden sollte. Obwohl Betroffene Mitgründer des Hilfsvereins waren, stieß bei den Betroffenen die von uns angestrebte Loslösung »aus dem Schutz der Institution« auf deutlichen Widerstand, wobei z.B. ein Protestschreiben mit folgenden abschließenden Worten endete: »...Wir möchten gern wieder zurück.« Auch hier werden Vermittlungsbemühungen notwendig sein, die den Sinn und die Notwendigkeit auch institutionsferner, gemeindeintegrierter Betreuungsstrukturen verdeutlichen sollten.

Zusammenfassend sei festgestellt, dass diese notwendigen Vermittlungsprozesse auf den verschiedenen Ebenen des gemeindepsychiatrischen Verbundes mehr Zeit als die vergangenen zwei Jahre beanspruchen werden und im Idealfall zu einer gemeinsamen personenzentrierten Grundhaltung in der psychosozialen Versorgungslandschaft des Landkreises führen sollten, in welcher der Betroffene, die ihm seiner Meinung nach angemessene Behandlungs- und Betreuungsform weitestgehend selbst bestimmen kann.

Die Gründung einer neuen Institution kann dabei auch die Chance bieten, von Anbeginn die Entwicklung einer personenbezogenen Grundhaltung und therapeutischen Kultur innerhalb und außerhalb der Institution zu fördern, die dabei objektiv gegebenen Grenzen wahrzunehmen und zu akzeptieren, um so zur Depotenzierung des professionellen Machbarkeitsanspruches beizutragen. Dies hängt natürlich entscheidend davon ab, inwieweit die in der Institution Tätigen die Grundhaltung des Paradigmenwechsels verinnerlicht bzw. überhaupt für ihre therapeutische Arbeit akzeptiert haben.

Wie Kruckenberg (2000) noch einmal sehr klar darstellte, besteht das letztendliche Ziel des »sozialpsychiatrischen Paradigmenwechsels« darin, das System der komplexen psychiatrischen Hilfen so zu gestalten, »... dass einem akut oder chronisch psychisch erkrankten Menschen in jeder Situation und zu jedem Zeitpunkt eine auf seine individuellen Bedürfnisse und seine Fähigkeiten und die Besonderheit seiner individuellen Lebenswelt ausgerichtete integrierte Behandlung und Betreuung gewährt wird«.

Im Großen Fremdwörterbuch steht unter *institutionalisieren* auch: *etwas in eine [gesellschaftlich anerkannte] feste [starre] Form bringen*. Hoffen wir, dass es uns gemeinsam gelingen möge den *personenzentrierten Ansatz* in diesem Sinne in der bundesdeutschen Psychiatrielandschaft *zu institutionalisieren*, ohne dabei aber all zu sehr zu erstarren.

Literatur

Bernardi O. u.a.: Psychiatrie mit offenen Türen – Offene stationäre Psychiatrie in der Pflichtversorgung. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 2000

Kruckenberg P.: Der Mensch im Mittelpunkt. Von einem institutions- zu einem personenzentrierten psychiatrischen Hilfesystem. Sozialpsychiatrische Informationen 3/2000, S. 17–21. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Mitzscherlich B.: Wer ist hier eigentlich ver-rückt? Über den Aufbau einer psychiatrischen Abteilung an einem sächsischen Krankenhaus. Hannover: Expressum-Verlag, 2000, S. 161–183

Mitzscherlich B., Zedlick D.: Vom Konzept zur Realität – Die Glauchauer Psychiatrische Abteilung in der Aufbauphase. Leipziger Beiträge zu Psychiatrie & Verrücktheit, Symptom Nr. 5 im Jahr 2000, S. 76–87

Spießl H. u.a.: Die »ideale« stationär-psychiatrische Behandlung aus der Sicht der Patienten. Psychiatrische Praxis 26 (1999), S. 3–8. Stuttgart: Georg Thieme Verlag

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Dr. Diether Bischoff, Angehöriger, Bonn
Detlef Chruscz, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen
Prof. Dr. Wolf Crefeld, Evangelische Fachhochschule, Bochum
Angelika Dietz, Diplom-Psychologin, Praxis für Psychotherapie, Bielefeld
Prof. Dr. H.M. Emrich, Leiter der Abteilung Klinische Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover
Andrea Fischer, Bundesgesundheitsministerin a.D., MdB, Berlin
Karin Haehn, Vorstandsmitglied im Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V., Bad Heilbrunn
Christiane Haerlin, Leiterin des Rehabilitationszentrums des BTZ Berufliche Bildung Köln GmbH, Köln
Prof. Dr. Dr. Dres.h.c. Heinz Häfner, Em. Professor für Psychiatrie der Universität Heidelberg, ehem. Direktor des Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim
Dr. Ulrich Hoffmann, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen, Potsdam, Psychiatriereferent 1991–2000
Rainer Hölzke, Diplom Psychologe, Wohnhaus Jüthorn, Vorstandsmitglied der Aktion Psychisch Kranke, Hamburg
Bernhard Jagoda, Präsident der Bundesanstalt für Arbeit, Nürnberg
Erwin Jordan, Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit a.D., Bonn
PD Dr. med. habil. Thomas Kallert, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrische Universitätsklinik der TU Dresden
Priv. Doz. Dr. Franz-Werner Kersting, Historiker am Westf. Institut für Regionalgeschichte, Münster und an der Universität Siegen
Kordula Kleinwort, stellvertretende Projektleiterin des Modellprojekt Sozialpsychiatrie, Landesverband Psychosozialer Hilfsvereine Mecklenburg-Vorpommern e.V.
Dr. Wolfgang Krahl, Leiter der Suchtfachabteilung des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren
Ulrich Krüger, Geschäftsführer der Aktion Psychisch Kranke, Bonn
Regine Kucharski, Vorstandsmitglied im Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener, Wiesbaden
Prof. Dr. med. Caspar Kulenkampff, Vorsitzender der ehem. Enquete-Kommission, Hamburg
Prof. Dr. Heinrich Kunze, Ärztlicher Direktor der Psychiatrischen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen, Bad Emstal, Stellv. Vorsitzender der Aktion Psychische Kranke
Dr. Gerhard Längle, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Rehabilitationswesen der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen, Leiter der Tübinger Forschungsgruppe Sozialpsychiatrie, Tübingen
Gisela Lantzerath, Diplom-Rechtspflegerin, Amtsgericht Bochum
Peter Lehmann, Verleger, Diplom-Pädagoge, Vorstandsmitglied im Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V., Berlin
Dr. Matthias Leiße, Diplom-Psychologe, Psychiatrische Universitätsklinik der TU Dresden
Klaus-D. Liedke, Geschäftsführer, Lebensräume gemeinnützige Betreuungsgesellschaft mbH, Offenbach
Irene Norberger, Vorsitzende des Landesverbandes Thüringen der Angehörigen psychisch Kranker, Stadtroda
Klaus Obert, Vorstandsmitglied der Psychiatrie in der Caritas, Sozialpsychiatrischer Dienst, Stuttgart
Prof. Dr. Reinhard Peukert, Fachhochschule Wiesbaden, Vorsitzender des Landesverbandes der Angehörigen psychisch kranker Hessen, Wiesbaden
Dr. Niels Pörksen, ehem. Chefarzt Psychiatrische Klinik Gilead-Bethel, Vorstandsmitglied der Aktion Psychisch Kranke, Bonn
Ernst Rabenstein, Stellvertretender Geschäftsführer im Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe, Referent im Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland, Stuttgart
Dr. Bernhard Riecke, Chefarzt am Sophien- und Hufeland-Klinikum gGmbH, Weimar, Vorstandsmitglied der Aktion Psychisch Kranke
Dr. med. Dr. phil. Wolfgang Rutz, WHO-Beauftragter für psychische Gesundheit in Europa, Kopenhagen, Dänemark
Prof. Dr. Henning Saß, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Direktor der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Aachen
Brunhilde Schäfer, Vorstandsmitglied im Dachverband der Psychosozialen Hilfsvereinigungen, Bonn
Dr. Gabriele Schleunig, Ärztliche Leiterin des Krisenzentrums Atriumhaus, München
Regina Schmidt-Zadel, MdB, Berlin, Vorstandsvorsitzende der Aktion Psychisch Kranke
Dr. Inge Schöck, Vorsitzende des Landesverbands Psychosozialer Hilfsvereinigungen Baden Württemberg, Stuttgart
Rose-Marie Seelhorst, Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen (AANB) e.V., Hannover
Dr. Alfred Speidel, Vorsitzendes Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker e.V., Lahnstein
Dr. Ingmar Steinhart, wissenschaftlicher Projektleiter des Modellprojekt Sozialpsychiatrie, Vorsitzender des Dachverbandes Psychosozialer Hilfsvereinigungen, Bonn

Dr. Gerhard Vigener, Leiter des Landessozialamtes, Ltd. Verwaltungsdirektor des Landeswohlfahrtsverband Baden, Karlruhe
Wolfgang Voelzke, Psychiatrie-Erfahrener, Koordinator für Psychiatrie und Sucht, Fachdienst Jugend, Soziales und Wohnen, Bielefeld
Ruth Vogel, Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, Köln
Franz-Josef Wagner, Vorstandsmitglied im Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.und Vorsitzender der LVPE Rheinland Pfalz e.V., Trier
Dr. Angelika Waldmann, Ärztliche Leiterin des sozialpsychiatrischen Dienstes und Psychiatriekoordinatorin der Stadt Plauen, Vorstandsmitglied der Aktion Psychische Kranke
Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Waldmann, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie der Vogtland-Klinikum Plauen GmbH
Dr. Günther Wienberg, Vorstand, v. Bodelschwinghsche Anstalten Bethel, Bielefeld
Dr. Dyrk Zedlick, Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Kreiskrankenhaus Rudolf Virchow Glauchau gGmbH, Glauchau
Ursula Zingler, Vorstandsmitglied im Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V., Landesarbeitsgemeinschaft Baden-Württemberg, Lauffen am Neckar

Veröffentlichungen und Informationstagungen der Aktion Psychisch Kranke

Band 1	**»Gemeindenahe Psychiatrie«**
vergriffen	Tagungen am 27.10.1975 in Stuttgart, am 8. und 9.11.1975 in Mannheim, am 27.11.1975 in Köln-Merheim, am 5. und 6.3.1976 in Berlin
nicht dokumentiert	**»Was nun nach der Psychiatrie-Enquete«** Gemeindenahe Psychiatrie am Beispiel Frankfurt Tagung am 18. und 19.11.1976 in Frankfurt
nicht dokumentiert	**»Die Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete unter dem Aspekt der Rehabiliation psychisch Kranker und Behinderter«** Tagung am 2. und 3.12.1976 in München
nicht dokumentiert	**»Probleme der Rehabilitation seelisch Behinderter im komplementären Bereich«** Tagung am 24. und 25.6.1977 in Loccum
Band 2	**»Rechtsprobleme in der Psychiatrie«**
vergriffen	Tagung 7.10.1977 in Hamburg
Band 3	**»Die Psychiatrie-Enquete in internationaler Sicht«**
vergriffen	Tagung am 1. und 2.6.1978 in Bonn
nicht dokumentiert	**»Gemeindenahe Psychiatrie im Raum Hannover: Ausnahme oder Regel?«** Tagung am 14. und 15.11.1978 in Hannover/Wunstorf
Band 4	**»Probleme der Versorgung erwachsener geistig Behinderter«**
vergriffen	Tagung am 27. und 28.09.1979 in Bonn
Band 5	**»Bestand und Wandel in der psychiatrischen Versorgung in der BRD – fünf Jahre nach der Enquete«**
vergriffen	Tagung am 23.11.1979 in Mannheim
nicht dokumentiert	Informationsveranstaltung **zum »Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung«** am 31.1.1980
Band 6	**»Ambulante Dienste in der Psychiatrie«**
vergriffen	Tagung am 13. und 14.6.1980 in Hannover
Band 7	**»Drogenabhängigkeit und Alkoholismus«**
vergriffen	Tagung am 6. und 7.11.1980 in Mannheim
Sonderdruck	**»Modellprogramme des Bundes und der Länder in der Psychiatrie«**
vergriffen	Tagung am 25. und 26.6.1981 in Bonn
Band 8	**»Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter«** Tagung am 19.11.1982 in Bonn

Band 9	**»Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung«**
vergriffen	Tagung am 2. und 3.12.1982 in Bonn
Band 10	**»Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern«**
	Tagung am 10. und 11.11.1983 in Offenbach
Band 11	**»Komplementäre Dienste – Wohnen und Arbeiten«**
	Tagung am 6. und 7.7.1984 in Bonn
Band 12	**»Kinder- und Jugendpsychiatrie – eine**
vergriffen	**Bestandsaufnahme«**
	Tagung am 18. und 19.10.1984 in Bonn
Band 14	**»Notfallpsychiatrie und Krisenintervention«**
vergriffen	Tagung am 15. und 16.5.1986 in Bonn
Band 15	**»Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch Kranker – Ein interantionaler Vergleich«**
	Tagung am 27. und 28.11.1986 in Bonn
Band 16	**»Der Gemeindepsychiatrische Verbund als ein Kernstück**
vergriffen	**der Empfehlungen der Expertenkommission«**
	Tagung am 22. und 23.6.1989 in Bonn
Band 17	**»Die therapeutische Arbeit Psychiatrischer Abteilungen«**
vergriffen	Tagung am 23./24. und 25.10.1986 in Kassel
Band 18	**»Administrative Phantasie in der psychiatrischen**
vergriffen	**Versorgung – von antitherapeutischen zu therapeutischen Strukturen«**
	Tagung am 20. und 21.6.1990 in Bad Emstal
Band 19	**»Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten der**
vergriffen	**Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik und auf dem Gebiet der ehemaligen DDR«**
	Tagung am 29./30. und 1.12.1990 in Berlin
nicht dokumentiert	**Regionalkonferenzen** über den Bericht **»Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR«** im Land Mecklenburg-Vorpommern am 17. und 18.10.1991 in Neubrandenburg; im Land Sachsen-Anhalt am 13. und 14.11.1991 in Hettstedt; im Land Sachsen am 21. und 22.11.1991 in Arnsdorf; im Land Brandenburg am 28. und 29.11.1991 in Brandenburg; im Land Thüringen am 16. und 17.12.1991 in Hildburghausen
Band 20	**»Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen«**
vergriffen	Tagung am 3. und 4.6.1992 in Bonn
Band 21	**»Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung –**
vergriffen	**Regionale Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen«**
	Tagung am 4. und 5.5.1993 in Bonn

Sonderdruck	**»Enthospitalisieren statt Umhositalisieren«**
Selbstverlag	Tagung am 12. und 13.10.1993 in Ueckermünde
Sonderdruck	**»Personalbemessung im komplementären Bereich – vor**
vergriffen	**der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation«**
	Tagung am 27. und 28.4.1994 in Bonn
Band 22	**»Das Betreuungswesen und seine Bedeutung für die**
vergriffen	**gemeindepsychiatrische Versorgung«**
	Tagung am 17. und 18.5.1995 in Bonn
Band 23	**»Qualität in Psychiatrischen Kliniken«**
vergriffen	Tagung vom 8. bis 10.5.1996 in Bonn
	»Neue Entwicklungen in der Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen«
	Tagung vom 21. bis 23.10.1996 in Bonn
	Tagungsbeiträge dokumentiert in: Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.): Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen. Lambertus, Freiburg i. Br. 1997
Band 24	**»Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen**
vergriffen	**Versorgung«**
	Tagung am 23. und 24.4.1997 in Bonn
Band 25	**»Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie«**
	Tagung am 24. und 25.9.1997 in Bonn
Band 26	**»Qualität und Steuerung in der regionalen psychiatrischen Versorgung«**
	Tagung am 11. und 12.11.1998 in Bonn

Bezug der lieferbaren Bände sowie Nachbezug des vorliegenden:

Aktion Psychisch Kranke
Brunsgasse 4–6
53117 Bonn
Fax: 0228/67 67 42