

F. Bremer/H. Hansen/J. Blume (Hg.)

Wie geht's uns denn heute!

Sozialpsychiatrie zwischen alten Idealen
und neuen Herausforderungen



Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme:
Ein Titeldatensatz für diese Publikation ist bei Der Deutschen Bibliothek erhältlich.

© bei den Autorinnen und Autoren
© für diese Ausgabe 2001 Paranus Verlag der Brücke Neumünster gGmbH
Postfach 1264, 24502 Neumünster, Telefon (04321) 2004-500
www.paranus.de

Satz und Umschlaggestaltung: drei-satz, die Brücke Neumünster gGmbH
Druck und Bindung: Offset-Druck, die Brücke Neumünster gGmbH

ISBN 3-926200-47-2

Inhalt

- 7 Hartwig Hansen: *Zeitzeichen*
- 16 Oskar Negt: *Zeitgeist und Krankheit*
- 27 Wolfgang Wodarg: *Krankheit und Menschenwürde in der Psychiatrie*
- 35 Hans-Ludwig Siemen: *Vom Mythos der Enquete – Versuch einer kritischen Annäherung*
- 51 Niels Pörksen: *Die Solidarität der Schwachen kann mehr bewirken als der gesammelte Fachverstand der Experten – Persönliche Bilanz nach 30 Jahren*
- 64 Heiner Keupp: *Lernschritte in Psychiatriereform: Von der »Fürsorglichen Belagerung« zu einer Empowerment-Perspektive*
- 83 Christian Zechert: *Sozialpsychiatrie hat Zukunft, muss sie aber noch gestalten*
- 90 Klaus Dörner: *Von der Institutions- zur Bürgerorientierung*
- 106 Frank-Otto Pirschel, Harald Schmidt, Martin Bührig, Peter Kruckenberg, Maria Stock: *Regionalisierung – Zurück in die Gesellschaft*
- 115 Bettina Kroll, Wielant Machleidt, Stephan Debus, Martina Stigler: *Soteria zwischen Euphorie und Ernüchterung*

- 126 Thomas Bock: *Eine Frage der Glaubwürdigkeit – Zur inhaltlichen und strukturellen Gestaltung von »Antistigma-Kampagnen«*
- 132 Jürgen Blume: *Psychose-Seminare – Chancen und Grenzen*
- 136 Renate Schernus: *»Den Leuten aufs Maul geschaut« – Sozialpsychiatrie von unten*
- 163 Anonymus: *Abschied von sozialpsychiatrischen Ideen oder: Alles nur noch Fassade*
- 166 Fritz Bremer: *Erosion oder Reform?*
- 178 Heinz Deger-Erlenmaier: *25 Jahre Psychiatrie-Reform. (K)Ein Grund zum Feiern? Eine Polemik*
- 190 Beate Lisofsky: *Wunschland und Wirklichkeit – Stand der Angehörigenbewegung*
- 197 Karlheinz Walter: *Die Reform wieder flottmachen*
- 205 Dorothea Buck: *SELBSTHILFE – groß geschrieben*
- 215 Matthias Seibt: *Stand und Perspektiven der organisierten Psychiatrie-Erfahrenen*
- 222 Dagmar Barteld-Paczkowski: *»...dass sie mich anhören und ihre Fragen zurückstellen!« – Ein Gespräch mit Jürgen Blume*
- 229 Charlotte Koning: *»Wer Visionen hat, soll zum Arzt gehen.«*
- 238 Autorinnen und Autoren

Hartwig Hansen

Zeitzeichen

Im August 2000 erreicht uns ein Brief. Es ist die Einladung zu einem großen Einweihungsfest in der Fachklinik Heiligenhafen an der Ostsee. Was soll da eingeweiht werden?

Die ersten Sätze springen mich an:

»Psychiatrie gewinnt Öffentlichkeit.

Psychiatrie wird neu verstanden.

Psychiatrie wird selbstverständlich.

Ein langer Weg, und wir möchten, daß Sie dabei sind.

Die Fachklinik Heiligenhafen wird *psychatrium* Gruppe.«

Es ist so weit. Die Psychiatrie wird »geliftet«. Wir fahren hin.

Die Sozialministerin des Landes Schleswig-Holstein enthüllt das »Firmenlogo« als Statue auf dem Anstaltsvorplatz und sagt: »Vor kurzem hatte man Angst *um* Heiligenhafen, jetzt hat man Angst *vor* Heiligenhafen.« In einem heiß diskutierten Gutachten war die Schließung des Langzeitbereichs der Fachklinik vorgeschlagen worden.

Heute hat man den Turbogang in die Zukunft des dritten Jahrtausends eingelegt und einen Namen mit Anklängen an die ferne Vergangenheit gewählt: Das Atrium war der offene Hauptraum in altrömischen Häusern. Also kein Tippfehler...

Der Geschäftsführer der *psychatrium*-Gruppe erläutert zur Eröffnung des Festes, dass »Langzeitpatienten zu Bewohnern« wurden. Und dass die Psychiatrie »flächendeckend« sein müsse: Grund- und Regelversorgung in der Gemeinde, Spezialangebote in psychiatrischen Zentren.

Das Ganze ginge nicht ohne ein verbindliches Leitbild und eine wohl überlegte PR-Konzeption. Und dann lässt der Geschäftsführer die »Katze aus dem Sack«: »Wir werden uns im Gesundheitswesen immer im Rahmen sich ändernder sozialpolitischer Zielvorgaben bewegen müssen, doch für ein Unternehmen mit einer klaren und offensiven Strategie ist dies immer eine Chance, seine Marktstellung zu verbessern.« Weitere Spezialausdrücke des Marketing erwecken den unangenehmen Eindruck, man sei auf einer Fortbildung für Manager: »Nachfrage, Image, Corporate Design, kommunikationsstrategische Absichten und Unternehmensentwicklung«.

In seiner ganzen Rede spricht der Geschäftsführer nicht mit einer Silbe die direkt an, um die es hier auch weiterhin gehen soll. »Die Bewohner« und »Kunden« stehen im Halbkreis um die enthüllte Statue und applaudieren brav. Ich klatsche nicht. Für mich bekommen die Worte der Ministerin eine neue Bedeutung: Nicht Angst um, sondern Angst vor Heiligenhafen.

Auf der Festwiese verkauft der Referent für Öffentlichkeitsarbeit T-Shirts, Käppies und Becher mit dem Firmenlogo: *psychatrium* Gruppe.

Wie war das noch in der Einladung? »Psychiatrie wird neu verstanden!«

Schöne neue Welt der frisch übertünchten Psychiatrie im Fangnetz der Marktgesetze.

*

»Am Ende hat man vielleicht die fiskalischen Einsparziele erreicht, gleichzeitig aber auch das Krankenhaus kaputtgespart und die emotionalen und physischen Ressourcen der Mitarbeiter vergeudet, was langfristig ein sehr teures Unterfangen ist.«

Ein Mitarbeiter in einem psychiatrischen Krankenhaus, der seinen Beitrag in diesem Buch anonym veröffentlicht, weil er arbeitsrechtliche Konsequenzen befürchtet.

*

Mein Freund hat Geburtstag und zum Feiern eingeladen.

Wir stehen noch ein bisschen befangen im Flur. Der Gastgeber fragt mich: »Kennt Ihr Euch eigentlich? Das ist Maria, die arbeitet in einem Wohnheim. Wird dich vielleicht interessieren.«

»Hat gearbeitet«, sagt Maria und lächelt, »heute war der letzte Tag.«

Ich sage: »Da hast du aber eine ganze Menge Leute eingeladen zu deinem Abschied.«

Im Gespräch stellt sich heraus, dass es ein Wohnheim für psychisch Kranke war, und ich frage etwas hilflos: »Heute also der letzte Tag... Verbesserst du dich denn?«

Maria erwidert: »Langfristig hoffentlich schon. Auf die Dauer waren mir die psychisch Kranken zu anstrengend. Ich mache jetzt eine Ausbildung in Qualitätsmanagement, mit ISO-Norm 9000 und so..., wird vom Arbeitsamt bezahlt.«

Wir gehen in die Küche und suchen was Trinkbares.

*

»Stellen Sie sich bitte folgende Situation vor«, fordert die Referentin die in einem workshop versammelten Preisträger des *Lilly Schizophrenia Reintegration Awards* auf. »Eine Sparkasse hat sich entschlossen, in ihren Räumen Bilder aus der Kunsttherapie einer Klinik auszustellen.

An dem Eröffnungsabend kommt die Prominenz der Stadt zusammen und unterhält sich beim Sektempfang über Geschäftliches und Alltägliches. Das Interessante dabei: Es sind keine der Künstlerinnen und Künstler anwesend, sie wurden nicht eingeladen.«

Die Referentin, Geschäftsführerin einer PR-Agentur, von *Lilly* eingeladen, um den Anwesenden im Einführungsvortrag etwas über Öffentlichkeitsarbeit in der Psychiatrie zu vermitteln, schaut ins Publikum und fragt: »Was würden Sie tun? Hätten Sie die Schizophrenen eingeladen?«

Es bleibt still im Raum. Es ist der 23. September 2000. Auf den Papierblocks, die überall auf den Tischen liegen, steht oben rechts: *Lilly* – Antworten, auf die es ankommt.

*

Beim Spaziergang durch den Schlossgarten nach dem üppigen Dreigängemenü in gediegenem Ambiente gesteht mir dann der leitende Oberarzt einer großen Klinik: »Wir verschreiben schon lange kein Zyprexa mehr. Und haben prompt die Quittung bekommen: Zu unserem ›Tag der offenen Tür‹ hatte *Lilly* uns einen stattlichen Betrag zugesagt. Vierzehn Tage vorher rief der Außendienstmitarbeiter an und überprüfte den Umsatz der letzten Zeit. Und weil der zurückgegangen war, strich uns die Firmenleitung kurzerhand 50% der zugesagten Spende. So geht das dann.«

Auf meine Frage, ob ich das zitieren dürfe, lächelt der Oberarzt und meint: »Aber lassen Sie auf jeden Fall meinen Namen und den der Klinik raus.«

*

»Unser Psychose-Seminar ist auf der Suche nach Alternativen. Alternativen zur Anstaltspsychiatrie. Wir haben einen Pädagogen eingeladen, der eine Zeit lang in Triest gearbeitet und die Auflösung der Anstalt mitbekommen hat. Unsere beiden ärztlichen Profis – eine Ärztin, ein Arzt – bestreiten dem Referenten schon eingangs die Zuständigkeit. Kompetent seien bei diesem Thema eigentlich nur Ärzte.

Trotzdem wird das Referat gehalten und diskutiert. Der Zwangscharakter der psychiatrischen Anstalt rückt ins Zentrum. Ein Erfahrener sagt: »Das ist halt der Unterschied. Ihr habt den Schlüssel nach draußen. Wir nicht.« Die beiden ärztlichen Profis fühlen sich angegriffen, polemisch attackiert. Zwangseinweisung diene dem Schutz des Patienten vor sich selbst...

Beim nächsten Treffen des Psychose-Seminars fehlen diese beiden Profis. Auch später werden sie nicht mehr kommen.«

Teilnehmer eines Psychose-Seminars (Psychiatrie-Erfahrener)

*

»Entgegen den Erwartungen hat die Sozialpsychiatrie als wissenschaftliche Disziplin vom Boom der praktischen Sozialpsychiatrie nicht profitiert. (...)

An den Universitäten im deutschsprachigen Raum bestehen allenfalls noch ein halbes Dutzend sozialpsychiatrische Abteilungen mit eigenständigen Forschungsaufträgen, davon mehr als die Hälfte in Österreich und der Schweiz.

Es gibt vor allem zwei Gründe für das gegenwärtige Dilemma der Sozialpsychiatrie als wissenschaftliche Disziplin: die latente Wissenschaftsfeindlichkeit vieler Sozialpsychiater und die Randstellung von Sozial- und Kulturwissenschaften in der gegenwärtigen Medizin.

Es ist unübersehbar, daß alle nicht naturwissenschaftlichen Disziplinen in der Medizin auf dem Rückzug sind.

(...) Die medizinischen Fakultäten, vor allem aber die psychiatrischen Universitätskliniken werden sich entscheiden müssen.(...)

Sonst wird es in spätestens 15 Jahren keine wissenschaftliche Sozialpsychiatrie mehr geben.«

ASMUS FINZEN in der FAZ vom 27.12.2000 unter dem Titel:
»Sozialpsychiatrie ohne Zukunft? Im medizinischen Alltag etabliert – wissenschaftlich ausgeblutet«

*

»Als ich 1990 als Gesundheits- und Sozialminister – erst einige Wochen im Amt – nach Waldheim ging, war ich angesichts der menschenunwürdigen Verhältnisse erschüttert. Die Besuche in anderen psychiatrischen Großkrankenhäusern zeigten ebensolche inhumanen Verhältnisse. Die Lebensbedingungen für die Menschen nachhaltig zu verbessern, ist seitdem eine wesentliche politische Aufgabe für mich. (...)

Ich möchte einen Tetralog fordern. Ich meine damit die Ergänzung des Trialogs um einen vierten Partner, nämlich den Psychiatriepolitiker. Dieser Tetralog bedeutet für mich: miteinander sprechen, sich gegenseitig zu verstehen suchen, zu reflektieren und dann handeln. (...)

Wichtige Anknüpfungspunkte an die Psychiatrie der DDR waren:

- die Rodewischer Thesen von 1963,
- die Brandenburger Thesen von 1974,
- die sektorierte sozialpsychiatrisch orientierte Versorgungsstruktur in Leipzig,

- die multiprofessionellen neuropsychiatrischen Abteilungen an Polikliniken,
- die Betriebsabteilungen für Behinderte sowie
- die Tageskliniken in Dresden, Leipzig und Hochweitzschen (...)

Ein wichtiger Aspekt, der uns auch in Zukunft beschäftigen wird, ist die Akzeptanz psychisch Kranker in der Gesellschaft. Für die USA wurde geschätzt, dass ca. 50 % aller psychiatrischen Projekte am Widerstand der Bevölkerung scheitern. Fachleute vermuten, dass es in Deutschland nicht viel anders ist. (...)«

HANS GEISLER, Sächsischer Staatsminister für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie, unter dem Titel »Psychiatrische Versorgung im Freistaat Sachsen«, in: Sonderheft »Psychiatrische Praxis«, September 2000, Georg Thieme Verlag, S. S77–82

*

»Der Fall des geistig behinderten 46-jährigen Siegfried K. hat viele Menschen berührt, nachdenklich gemacht. Bundesweit sorgte der Vorfall an der Stadtbahnhaltestelle für Schlagzeilen. Vier Jugendliche, 16 bis 18 Jahre alt, hatten den Behinderten grundlos beleidigt, angespuckt und mit Knallkörpern erschreckt – ohne dass Passanten eingriffen. (...) Sie wollten ›Spaß‹ haben, wie einer der 16-Jährigen in seinem Geständnis sagte.«

BRAUNSCHWEIGER ZEITUNG vom 18. November 2000 und 26. Januar 2001

*

»Es ist geil, ein Arschloch zu sein.«

»Der Nominator« CHRISTIAN (»Big Brother«), wochenlang die Nummer 1 der Single-Charts in Deutschland.

*

»Von der Enthospitalisierung (Transhospitalisierung = Problemverschiebung) sind vor allem diejenigen Patienten betroffen, die nicht

in das neue System von stationärer Akutversorgung, ambulanter Betreuung und familiärer Unterstützung passen, insbesondere also alt gewordene chronische, demente und behinderte Patienten. Sie fallen durch den Rost. Je kränker und hilfebedürftiger die Bewerber um einen Heimplatz sind, desto schlechter werden die Einrichtungen, die sie aufnehmen.

Darüber hinaus erleben wir bei der gegenwärtig häufig praktizierten Form des betreuten Wohnens die Geburt einer perfekten psychiatrischen Subkultur. Integration findet nicht mehr statt.«

In: PsychPress Nr. 10, Oktober 2000, S. 4, Georg Thieme Verlag, mit Bezug auf das Sonderheft »Psychiatrische Praxis«, September 2000, zum Thema: »Grenzen der Enthospitalisierung«

*

»Ich befürchte manchmal, manche Formen von Sozialpsychiatrie könnten dazu führen, dass die Ausgrenzung nicht aufgehoben, sondern bloß unsichtbar gemacht wird.«

CHARLOTTE KONING in diesem Buch

*

»Mir ist klar geworden, dass wir Professionellen uns unsere therapeutischen, diagnostischen und versorgungstechnischen babylonischen Türme gebaut haben, die die unmittelbare Begegnung mit den oft befremdlichen inneren Erfahrungen und Lebenswünschen, die sich in psychischen Störungen äußern, verhindern. (...)

Die dialogische Beteiligungskultur bedarf einer intensiven Förderung. Die Dominanz der ExpertInnen ist im Bereich von Psychiatrie und Sozialpsychiatrie sicher noch nicht auf breiter Basis überwunden, aber wir Professionellen haben die Beispiele für die Fähigkeit zu Selbstartikulationen und zur Selbstorganisation der Betroffenen anzuerkennen. Es sollte zum vornehmsten Ziel unserer professionellen Aktivitäten werden, diese Fähigkeit zu ermutigen und zu unterstützen.«

HEINER KEUPP in diesem Buch

»Jahrbuch 2000

Wir freuen uns, allen interessierten Freunden der Psychiatrieszene eine Auswahl aus den Betroffenenzeitungen vorlegen zu können. Diese Zeitungen (Psychiatrie-Erfahrene schreiben für Psychiatrie-Erfahrene) sind zum Teil seit über zehn Jahren fleißig dabei, ein breites Meinungsbild unserer Erfahrungen, Wünsche und auch Träume zu Papier zu bringen. (...)

Der Vorstand des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V.«

In: Der ver-rückte Pegasus, Jahrbuch 2000 der Zeitungen Psychiatrie-Erfahrener, Eigenverlag.

*

»Die ›virtuelle Couch‹ ist bereits zum geflügelten Wort geworden. Damit sind Selbsthilfe-, Beratungs- und Therapieangebote im Internet gemeint. Sie erleben einen wahren Boom und sind ebenso vielfältig wie vergleichbare Angebote im ›realen Leben‹: Menschen mit psychischen Problemen nutzen Mailinglisten und Newsgroups für den Erfahrungsaustausch ebenso wie in der Psychiatrie und in angrenzenden Bereichen arbeitende Profis; Psychiatrie-Erfahrene machen auf ihrer Homepage ihre Probleme und Erfahrungen öffentlich; Verbände stellen Informationen ins Netz; wissenschaftliche Einrichtungen informieren über ihre Forschungsergebnisse; Beratungseinrichtungen bieten ihre Hilfe bei psychischen Problemen ebenso an wie ausgebildete Therapeuten oder Scharlatane.«

LUDWIG JANSSEN (Hg.) in seinem Buch »Auf der virtuellen Couch – Selbsthilfe, Beratung und Therapie im Internet.« Psychiatrie-Verlag, 1998

*

»Die Psychiatrie ist nicht nur in wissenschaftlicher, sondern gerade auch in praktischer Hinsicht weiterhin in Bewegung. Allerdings hat derzeit niemand einen Überblick darüber, wie die Lage der Psychiatrie in der vereinten Bundesrepublik wirklich ist. Alle Aussagen dazu können sich nur auf einzelne empirische Befunde stützen, niemand im Lande verfügt über Daten, die die Psychiatrie im Ganzen betreffen.

Wer jetzt die weitere Entwicklung vorantreiben will, braucht eine Basis, auf der rationale Entscheidungen möglich werden.

Deswegen ist die Zeit reif für eine neue Psychiatrie-Enquete.«

MANFRED BAUER in der FAZ vom 22.11.2000 unter dem Titel:
»Nervenkraft für den Systemwechsel – Das nahe Ende der Sonderkrankenhäuser: Fünfundzwanzig Jahre Psychiatrie-Enquete«

*

»*Paranus – der Verlag, der sich einmischt.*

Uns scheint es, als sollten wir diesem, unserem Motto ein weiteres Mal folgen. Wir möchten uns deshalb gerne mit einem Buchtitel in die Diskussion über Stand und Perspektiven der Sozialpsychiatrie einmischen. Es gibt wahrlich viele Fragen und – wir sagen es offen – viele uns beunruhigende Entwicklungen (nicht nur) in der psychiatrischen Landschaft.

Uns scheint: Die Sozialpsychiatrie ist nach dreißig Jahren Bewegung – am Beginn des neuen Jahrhunderts – nach wie vor rastlos, aber zunehmend rastlos geworden. Die Sachzwänge des Alltags erzeugen immer mehr Druck und Rastlosigkeit.

Die Verteilungskämpfe stehen im Vordergrund. Große Zielbestimmungen, die »visionären Entwürfe«, scheinen keinen Platz mehr zu haben.

In der Praxis geht es um den Erhalt des Erreichten, von Fort-Schreiten ist kaum noch die Rede. Die biologische Perspektive auf psychische Erkrankungen setzt sich wieder mehr und mehr durch, auch zu beobachten in der Postenbesetzung ehemals sozialpsychiatrischer »Standorte«.

Wir wollen ein Buch machen!

Und möchten damit wenigstens ein Quäntchen Orientierung in der zunehmenden Unübersichtlichkeit zu schaffen versuchen.«

(Aus dem Konzeptbrief an die Autorinnen und Autoren, Mai 2000)

Und jetzt liegt das Buch in Ihrer Hand. Und nicht nur dieses Buch. Eine anregende Lektüre und viel Spaß beim Diskutieren wünschen

FRITZ BREMER, HARTWIG HANSEN und JÜRGEN BLUME

Oskar Negt

Zeitgeist und Krankheit*

Mir ist unbekannt, was gesund und krank ist. Und bei dem Thema »Zeitgeist und Krankheit« geht es mir ähnlich. Ich weiß nicht genau, was beides bedeutet.

Nehmen wir den »Zeitgeist«. Irgendwie haben die Menschen immer das Bedürfnis gehabt, sich auch über das, was »Zeitgeist« ist, zu verständigen, woher vorherrschende Definitionen kommen, was Kategorien sind, in denen gedacht wird, wie die Menschen an die für sie lebenswichtigen Dinge herangehen. Insofern kann man sagen, es gibt so etwas wie einen Zeitgeist, der vielleicht nicht klar zu definieren ist, der aber doch jedes individuelle Denken mit prägt. Ich will einfach den Versuch machen, annäherungsweise zu verdeutlichen, welche Kategorien und Symbole augenblicklich in unserer Gesellschaft herumswirren.

Nehmen wir ein Beispiel: Globalisierung und Individualisierung sind Zeitgeist-Kategorien, von denen man glaubt, ohne sie könne man gar nicht begreifen, was heute der Fall ist. Ich möchte diesen Faden umherlaufender öffentlicher Kategorien weiterspinnen, um die geistige Situation unserer Zeit genauer bestimmen zu können. Wir leben in einer Zeit, in der die gesellschaftliche Krise, mit der wir es zu tun haben, Wesentliches von dem ausdrückt, was der französische Soziologe DURKHEIM als »*Anomie*« bezeichnet hat. Eine anomische Situation hat nach DURKHEIM nichts damit zu tun, dass die Reichen gesund

* Bearbeiteter, in freier Rede gehaltener Vortrag am 4. März 2000 in der Medizinischen Hochschule Hannover, Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie.

sind und die Armen krank, sondern anomische Zustände (am Beispiel wachsender Selbstmordraten und Arbeitsteilungspathologien erörtert DURKHEIM diesen Krisentyp) bestehen darin, dass eingespielte Wertsysteme nicht mehr unbesehen gelten und neue nicht da sind, aber gesucht werden.

Es ist eine Zwischenwelt, in der die Menschen existieren. Sie wissen, dass alte Normen ihr Ansehen verloren haben, z.B. die alte Arbeits-Leistungs-Norm gilt nicht mehr fraglos. Alle heutigen Biografien zeigen, dass diese Normen so nicht mehr akzeptiert werden, wie wir sie noch in der Nachkriegszeit innerlich bejaht haben. Und trotzdem ist die Gesellschaft von einer geradezu wahnwitzigen Leistungsbesessenheit bestimmt, d.h. Leistung wird in einem Maße heute definiert, wie MAX WEBER sie für die protestantische Ethik auf ihrem puritanischen Urgrund definierte. Arbeit um der Arbeit willen, Erwerbsfleiß ohne Unterlass, als individuellen Anteil an der schuldhaften Sündenabtragung. Aber gleichzeitig widerspricht der gesamte Produktionszusammenhang diesem Leistungsbegriff, weil wir es nicht mehr mit einer Mangelökonomie zu tun haben, die noch für MAX WEBER vorgegeben war. Nie hat man in der Geschichte vorher geglaubt, dass Menschen, die so viel produzieren können, sich trotzdem Tag und Nacht mit Ökonomie befassen. Ökonomisches Denken beherrscht die Träume und die Wirklichkeit heute in einer Weise, als wäre Produktivität der Arbeit und Produktionsaustausch für die Herstellung des gesellschaftlichen Gleichgewichts und des Wohlstands nach wie vor das Hauptproblem. Das ist – glaube ich – ein krankmachender Spannungszustand. Wir leben in einer Gesellschaft, die noch nie so reich war, und wir leben in einer Gesellschaft, in der noch nie so viel über Ökonomie reflektiert wurde. Das würde DURKHEIM als eine strukturelle Kollision von Werten bezeichnen. Darin besteht eines der Elemente des anomischen Zustands; hier sind Spannungspotentiale angesammelt, die natürlich nicht alle sofort in den Körper und in die Seele der Menschen gehen und hier etwa Krankheitssymptome irgendwelcher Art erzeugen. Aber der Boden dafür ist sehr groß und fruchtbar für solche Symptome, weil hier – und das gilt insbesondere für die jüngere Generation – etwas auftritt, was für sie rational nicht verstehbar, noch nicht einmal zu begreifen ist durch Hinweis auf viel gespanntere Gesellschaftszustände der Vergangenheit.

Wie können sich junge Menschen Vorstellungen von einer lebensfähigen und erstrebenswerten Zukunft machen, wenn man ihnen heute gängige Prognosen vorhält? Was bedeutet es für sie, wenn z.B. Siemens oder andere Konzerne Zukunftsszenarien präsentieren, in denen ihre gewaltige wirtschaftliche Leistungsfähigkeit demonstriert werden soll, um Machtkonkurrenten einzuschüchtern? Im Jahre 2003 werde mit der Hälfte der Arbeitskräfte das Doppelte produziert, heißt es da. Wenn die mikroelektronische Rationalisierung bis tief in den Dienstleistungsbereich hinein greift, dann geht die Jahrhunderthoffnung auf das Tertiäre zu Bruch.

Aus einer Würzburger Untersuchung (RAINER THOME: Arbeit ohne Zukunft? Verlag Vahlen München, 1997) geht hervor, dass wir in den Dienstleistungsbereichen, würde die Rationalisierung völlig frei von ethischen, rechtlichen und gewerkschaftlichen Prägungen ablaufen, mit einem Schlage 6–7 Millionen Arbeitslose zusätzlich hätten; die wirkliche Rationalisierung habe in vielen Dienstleistungssektoren noch gar nicht richtig begonnen, z.B. Abbau von Schalterarbeitsplätzen in bestimmten Bereichen (Banken, Verkehrsbetriebe). Rationalisierung erhöht in einem Maße die Produktivität der Gesellschaft, dass es für junge Leute nicht mehr verständlich ist, wie sich hier Arbeits- bzw. Leistungsnormen auf dem alten Niveau halten und verinnerlichen lassen. Mit anderen Worten: In dieser kulturellen Erosionskrise – wie ich sie bezeichnen möchte – geht es wesentlich um die Verteilung von Gütern, von Reichtümern und Armut, am wenigsten um die Produktion selbst, obwohl die Menschen Tag und Nacht gerade damit in Beschäftigung und Aufmerksamkeit gehalten werden.

Wir befinden uns auf dem Wege zu einer Gesellschaft, die gedrittelt ist, so wie gesellschaftskritische Soziologen das zutreffend analysiert haben: 30 % sind praktisch von der Gesellschaft und ihrem Produktionszusammenhang abgekoppelt, (in den Vereinigten Staaten gibt es 36 Millionen Menschen unter der Armutsgrenze, sie sind abgekoppelt), und der französische Soziologe ALAIN TOURAINE sagt: 30 % leben in fortwährend prekären Lebensverhältnissen, haben vorübergehend Jobs oder Jobs, die in Niedriglohnsektoren liegen und sie zu jener wachsenden Schicht der »working poor« machen. Und 40 %

geht es relativ gut, aber auch in dieser wohl geordneten und anständigen Gesellschaft ist Existenzangst ein wesentliches Element, weil im sozialpolitischen Klima des Überlebenskampfes die Sorge, den erreichten Besitz zu verlieren, in alle gesellschaftlichen Poren dringt. TOURAINE sagt mit Recht, diese Schicht ist anfällig für Fremdenfeindlichkeit, weil die verunsicherten Menschen nach Ursachen für die Angst suchen.

Wenn man diese Spaltungen und diese Zerrissenheit der Gesellschaft nimmt, dann kann man sagen, dass viele Potentiale entstanden sind, die sich auf den Körper und die Seele der Menschen auswirken können. Diese Erosionskrisen sind mit Identitätsbrüchen der Menschen verknüpft. Berufliche Karrieren sind längst nicht mehr gradlinig. Man spricht heute von *Patchworkidentitäten*, was dadurch gekennzeichnet ist, dass es kein Kernbild mehr gibt, sondern Gelegenheitsbindungen entstehen, die mit vorübergehenden Jobs, mit wechselnden Partnerschaften verknüpft sind. Mit anderen Worten: Es sind Gelegenheitsökonomien, auch in den Persönlichkeitshaushalten im Spiele. Das liegt nahe in einer Gesellschaft, in der Betriebswirtschaft praktisch ganz das aufgezehrt hat, was einmal Volkswirtschaft (Nationalökonomie) war. Die betriebswirtschaftliche Ideologie hängt heute wie eine Pest in den Köpfen fast aller Menschen. Aber die betriebswirtschaftliche Denkweise hat einen gewaltigen Nachteil: Die Rationalisierung und das Sparen bei den Einzelbetrieben hat zur Folge, dass alle eingesparten Kosten auf andere abgewälzt werden, am Ende bezahlt die ganze Gesellschaft.

Dieses System der Verschiebung der Kosten ist ein fatales Unbewusstes in unserer Gesellschaft, und diese betriebswirtschaftliche Ideologie findet sich als ein jede vernünftige Organisation der Gesellschaft zersetzendes Gift in den bekannten Schlankheitskategorien: Lean-Produktion, Lean-Management, Lean-Education u.a. Die betriebswirtschaftliche Mentalität, die das Ganze erfasst, besteht in der Täuschung, dass gesamtgesellschaftliche Vernunft, der Wohlstand des Ganzen, nichts anderes sei als die Summe betriebswirtschaftlicher Rationalität. Das ist eine der größten Täuschungen und Betrugsmanöver des heutigen Kapitalismus, und so etwas hat es in der ökonomischen Wissenschaft noch nie gegeben.

Seit ADAM SMITH ist immer davon die Rede gewesen, dass die Summe der rationalisierten Einzelbetriebe nicht alleine den Volkswohlstand ausmacht, sondern dass dafür mehr erforderlich ist – da sind auch Ethiken und religiöse Barrieren, da ist im Hintergrund auch der Staat, da sind viele Dinge, die Balancen in der gesellschaftlichen Reichumsverteilung sichern. Steht betriebswirtschaftliches Denken wie heutzutage am Anfang und Ende der Kalkulationen, dann hat das unter anderem die Folge, dass präventive Strategien der Beackerung der Krisenherde gegenüber dem, was die Bewältigung der Folgen betrifft, immer nachrangig ist.

Die präventive Strategie gilt als weiche Materie, z.B. Beratungsgespräche bei Ärzten werden so minimal abgerechnet, als ob das eine weiche Materie wäre, während die Krankheit, die somatisierten Folgen, als harte Materien erscheinen, auf die man eher eingeht.

Aber diese Verkehrung der Ursache-Folge-Beziehung, die übrigens die gesamt-gesellschaftlichen Kosten in die Höhe treibt, betrifft nicht nur Krankheiten, sie gilt auch für den gesamten Bereich von Kriminalität, von Jugendkriminalität. Es gibt viel empirisches Material, das zeigt: Wer heute an Lehrern spart, an Personal in Kindertagesstätten, an der Förderung der Familien, der muss damit rechnen, dass fünf oder sieben Jahre später ein Innenminister auftritt und zusätzliche Mittel für eine Erweiterung der Gefängnisse und zur Verstärkung der Polizei fordert. Die Kultusminister werden mit ihren Vorlagen Schwierigkeiten haben, der Innenminister wird aber die Gelder bekommen. Das ist das Geheimnis dieser absolut verdrehten Krisenadministration. Untersuchungen des amerikanischen Gefängnis Komplexes zeigen, dass die einzige progressive Rate in der Schaffung von Arbeitsplätzen die für Gefängnispersonal ist. Seit 1996 sind in den USA jeden Monat vier neue Gefängnisse gebaut worden; nicht die Armut – die Armen werden bekämpft und kriminalisiert. Wir haben in Europa eine Rate von 80 Gefängnisinsassen auf 100.000 Einwohner, in den Vereinigten Staaten sind es 640. Das ist eine gewaltige arbeitsmarkt-relevante Größe.

Die betriebswirtschaftliche Rationalisierung führt dazu, dass der einzelne Bereich immer rationeller wird und das gesellschaftliche Ganze immer irrationaler. Mit immer weniger Anwendung menschlicher

Arbeitskraft wird immer mehr produziert, erhöhen sich Produktivität und die Gewinne der Shareholder. Das Ganze wird immer unvernünftiger, irrationaler im Spannungsgefüge zwischen arm und reich, zwischen denjenigen, die haben und denen weiterhin gegeben wird, und der wachsenden Zahl der Verlierer, denen gesellschaftlicher Zusammenhalt verloren zu gehen droht. Wenn die Form ausgleichender Gerechtigkeit in einer Gesellschaft im Zeitgeist verschwindet, dann ist die Selbstzerrissenheit einer Gesellschaft an einem Wendepunkt angekommen, der gefährliche Gewaltpotentiale heraufbeschwört. Nach einer demoskopischen Untersuchung des Allensbacher-Instituts glauben 68% der Deutschen nicht an eine *ausgleichende Gerechtigkeit*. Das ist eine ganz bedrohliche Veränderung des öffentlichen Bewusstseins, wenn Menschen nicht mehr das Gefühl haben, in einem System ausgleichender Gerechtigkeit zu leben; seit THOMAS JEFFERSON ist ausgleichende Gerechtigkeit ein zentraler Regelungsmechanismus der Demokratie.

Das Auszehren dieser »Ökonomie des Ganzen Hauses« – wie ich es einmal symbolisch sagen möchte – durch die z.T. räuberisch auftretende betriebswirtschaftliche Ökonomie führt dazu, dass sich der geistige Zustand einer ganzen Gesellschaft verändert und krisenhaft zuspitzt – vor allen Dingen auch in Bereichen, die gar nicht öffentlich werden.

Diese gesellschaftlichen »Krankheitssymptome« können hervorbrechen bei einer Krise des Parteiensystems, wie sie sich heute andeutet. Sie können hervorbrechen bei einer rechtsradikalen Entwicklung wie in Österreich und in Frankreich. Diese Scheinlösungen sind immer damit verknüpft, dass es gegen die Schwachen, gegen die Ausländer, gegen die Behinderten, gegen die Nicht-Angepassten geht. Kein rechtsradikales System ist mir bekannt, das auf seine Fahnen geschrieben hätte: »Wir wollen endlich mal die Konzerne zwingen, etwas in das Gemeinwesen einzubezahlen«, sondern es geht in erster Reihe gegen die ohnehin Ohnmächtigen in der Gesellschaft.

Das ganze Gesundheitssystem ist ja von diesem betriebswirtschaftlichen Denken zentral betroffen. Die jüngsten Zahlen über das Gesundheitssystem, die NEFIODOW veröffentlicht hat, belegen, dass

rund ein Sechstel des Sozialprodukts für das Gesundheitssystem verwendet wird. In Deutschland waren es 1994 etwa 460 Milliarden DM, in den USA fast 1 Billion Dollar, und die Zahl der Erwerbstätigen im Gesundheitswesen nahm in Deutschland zwischen 1983 und 1993 um etwa 600% zu. Das kann sehr verschiedene Deutungen herausfordern. Meine ist eher darauf gerichtet, dass jetzt nicht besondere Aufmerksamkeit auf dem Gesundheitssystem liegt, sondern dass diese Zahlen die verschleierte Widersprüche in der Gesellschaft zur Erscheinung bringen. Immer stärker werden die Menschen im Netz dieses betriebswirtschaftlich-ideologischen Denkens mit den Folgekosten privat belastet; Privatisierung der Folgekosten kollektiv nicht gelöster Probleme ist ein wesentlicher Punkt. In dieser Gesellschaft setzen sich immer deutlicher Tendenzen durch, die Folgekosten gesellschaftlich bedingter, aber auf diesem Boden nicht gelöster Probleme den einzelnen Menschen aufzubürden – in unserer Gesellschaft grassiert eine Art »*Privatisierungswahn*«.

Noch nie in der Geschichte ist so wenig über die Machtstrukturen, über Eigentumsverhältnisse und Herrschaftsgefälle der Gesellschaft nachgedacht worden; alles konzentriert sich auf die Frage, wie können wir Kosten privatisieren. Das führt natürlich zu Ungleichgewichten, weil die Menschen hoch vergesellschaftet sind, aber gezwungen, ihre Lebensumkreise privat zu organisieren. Derartige Spannungen sind, wenn sie kollektiv nicht bearbeitet werden, Krankheitsherde, die Auswirkungen auf die psychosoziale, geistige und körperliche Verfassung der Menschen haben.

Was bedeutet eine solche Einschätzung der gesellschaftlichen Krise für unser Menschenbild?

Wir haben es zu tun mit einer Gesellschaft im epochalen Umbruch, mit einer *kulturellen Erosionskrise*, die durch bloße ökonomische Faktoren gelenkt, überlagert, verschoben werden kann, aber diese gesellschaftliche Krise ist keine Frage der Konjunktur. Und selbst wenn wir Hochkonjunktur hätten – die Gewinne haben sich von 1980 bis 1998 mehr als verdoppelt, aber auch die Massenarbeitslosigkeit – wäre es unmöglich, zum Alten und Gewohnten einfach zurückzukehren. Das hat es in der Geschichte noch nie gegeben. Immer sind ökonomische Konjunkturen geeignet gewesen, in Rezessionen freigesetzte

Arbeitskräfte auf dem Markt wieder anzusammeln, aber die Schere hat sich heute immer weiter geöffnet, von steigenden Gewinnen, die nicht mehr in Arbeitsplatzinvestitionen eingehen, und der wachsenden Masse von Einkommensverlusten und sozial Ausgegrenzten. Wir sind mit Strukturveränderungen der Arbeits- und Erwerbsgesellschaft konfrontiert und dürfen nicht darauf hoffen, dass dann die Ökonomie in Ordnung ist, wenn, wie in den USA, statistisch Vollbeschäftigung existiert, aber die Familien nur noch durch Kombination von vier oder fünf Teiljobs existieren können. Im Gegenteil; die amerikanische Gesellschaft ist in einem Zustand, in dem die Identitätsbildung, die gerade für flexible Menschen notwendig ist, verschwindet. Und das ist eine gefährliche Geschichte, wenn die Menschen wurzellos und ohne feste Orientierungen herumgewirbelt werden. Es wäre ja nicht das erste Mal, dass eine ganze Gesellschaft verrückt wird.

Ich möchte deshalb einige für den gesellschaftlichen Zusammenhalt und individuell befriedigende Verhältnisse charakteristische Balancen skizzieren. Das Fatale liegt darin, dass eine in Reichtum überquellende Gesellschaft nicht in der Lage ist, bestimmte Verteilungen vorzunehmen, die als ausgleichende Gerechtigkeit verstanden werden. Aber die Balancestörungen beziehen sich auch auf andere Bereiche. Nur zwei Beispiele dazu: Ich glaube, dass in dieser Gesellschaft die *Balance zwischen Nähe und Distanz gestört* ist.

Die »lebbaren Einheiten« beruhen auf einer solchen Balance von Nähe und Distanz. Lebbare Einheiten sind höchst sensible Kollektiv-Gebilde. Sie können in Nachbarschaftsverhältnissen entstehen, in kommunalen oder Wohnzusammenhängen. Dass immer stärker fragmentierte Familienstrukturen häufig nicht mehr funktionieren, kann als Unglück bedauert werden, muss aber keine Katastrophe sein, wenn Auswege gesucht werden. Man beginnt auch in der Architektur über Wohnungen nachzudenken – z.B. in Dänemark –, in denen mehrere Generationen leben können, ohne sich auf die Nerven zu gehen: nicht zu nah, nicht alles gemeinsam, dennoch nicht wie in einer Anstalt. Es ist nicht die Symbiose einer fragmentierten Familie – 39% der Kinder und Jugendlichen in den USA wachsen bei nur einem Elternteil auf und die Tendenz ist steigend auch in Deutschland. Wie

verarbeitet eine menschenwürdige Gesellschaft diese Tatbestände? Scheidungen führen ja eher zu Symbiosen zwischen dem verbliebenen Elternteil und dem Kind. Hier wird nicht mehr gelernt, worin Teilen besteht und was Kompromisse ausmacht, sondern es werden Geschenke gemacht, Gefälligkeiten herausgefordert und Zuneigungen erkauft.

Früher musste man um seinen Anteil kämpfen, Kompromisse eingehen. Ich bin in einer Familie mit sieben Kindern aufgewachsen und war das Kleinste, ich habe quasi von Kindheitsbeinen an gelernt, Kompromisse einzugehen und zu teilen, weil ich sonst gar nichts bekommen hätte. Ich habe gelernt, ich muss was abgeben oder ich muss schweigen, wenn die anderen Geschwister vor den Eltern etwas verborgen hielten und mich ins Vertrauen gezogen hatten. Der Umgang mit anderen Menschen in Nähe-Verhältnissen ermöglicht gelingende Sozialisation. Nur hier und in diesen Zeitbeziehungen gibt es sie. Auch der Anschluss ans Internet wird keine gesunden Menschen erzeugen, auch wenn manche den Eindruck haben, sie seien Weltbürger geworden, wenn sie ans Internet angeschlossen sind.

Ich glaube, dass wir hinreichende Gründe haben, die *Berufsethiken* in allen Bereichen heute umzudefinieren. Die alten Berufsethiken – das gilt für einen Hochschullehrer genauso wie für einen Arzt – sind unter zwei Gesichtspunkten nicht mehr ausreichend: Der eine Aspekt verweist darauf, dass sich in sprunghafter Entwicklung eine technologische Dimension entfaltet hat, insbesondere in Medizintechniken, welche in die Integrität der Persönlichkeit, die Würde und den Lebenszusammenhang der Menschen so entschieden eingreifen, dass wir es hier mit Fragestellungen zu tun haben, die wir so vorher gar nicht kannten. Ob ein Apparat, der den Körper am Leben erhält, der nichts Lebenswertes mehr sichert, abgeschaltet werden darf? Ob also ein Leben lebenswürdig ist, das von einer Maschine abhängt? Es sind neue Anforderungen an den Arztberuf, aber auch an viele andere Berufe.

Die Rückbeziehung der eigenen Tätigkeit: Was soll ich tun und was muss ich unter allen Umständen unterlassen!? Rückbeziehung auf das, was über den eigenen beruflichen Horizont hinausgeht und so etwas

wie die symbolische Kraft innerhalb einer Gesamtgesellschaft betrifft, das verweist auf eine moralische Dimension. Damit meine ich, dass es ein Problem ist, wie Apparatedizin Lebenszusammenhänge immer stärker berührt. Ich spreche noch gar nicht von dem Missbrauch, von Genmanipulation und anderen Dingen. Ich spreche von der Alltagssituation, und hier wird es künftig so sein, dass man nicht den untergeordneten Pflegern oder Krankenschwestern auflasten kann, über Leben oder Tod zu entscheiden, sondern dass hier ganz *neue ethische Imperative* notwendig sind.

Der zweite Punkt ist der – HANS JONAS hat das angesprochen –, dass wir so etwas wie eine »*Ferne-Ethik*« benötigen. Alle Ethiken europäischen Zuschnitts sind Nähe-Ethiken, sind im Grunde Stammesethiken. Du sollst nicht töten, einen einzelnen Menschen. Schon die Nürnberger Prozesse haben gezeigt, dass das so einfach nicht ist. Wer tötet da eigentlich, wer ist der Schuldige an diesen Verbrechen, wenn sich ganze Verwaltungsapparate von Verantwortung freisprechen? Und natürlich haben sich die Angeklagten auch kompetent mit dieser prekären Situation beschäftigt und daraus Folgerungen gezogen.

Zum Schluss: Ich glaube, dass wir diese Fragen, die KANT in der Kritik der reinen Vernunft gestellt hat: *Was kann ich wissen? Was soll ich tun? Was darf ich hoffen?* heute ganz neu stellen müssen. Dieses »Was kann ich wissen?« hat seinen erkenntnistheoretischen, philosophischen Rang eingebüßt – die Wissensanhäufung erdrückt uns. ERWIN CHARGAFF, der geniale Biogenetiker, hat gesagt, wir müssen nicht alles wissen, was wir wissen können. Es ist eine ganz neuartige Situation in der Technologie. Heute ist alles naturwissenschaftliche Wissen technisch umsetzbar. Das war bei NEWTON überhaupt nicht der Fall. Das einzubeziehen – »Was soll ich tun?« – ist unabdingbar. Sollen wir immer im Sinne neutraler Forschung alles wissen, oder sind auch hier ethische Grenzen gesetzt, Wege geöffnet, etwa zu unterlassen. Wir sollten darüber nachdenken.

Wenn wir den innengeleiteten, urteilsfähigen, eigensinnigen Menschen als das positive Bild vom Menschen betrachten und nicht den leistungsbewussten Mitläufer wollen, müssen wir in diesen kulturellen

Zusammenhängen sehr viel umdefinieren und viel stärker berücksichtigen, dass die Menschen als tätige, denkende und mitfühlende Lebewesen in dieses gesellschaftliche System einbezogen sind, in dem die Krise – wie das ursprüngliche Wort bezeichnet – ja auch die Chance einer Erneuerung enthält und nicht nur eine Entwicklung, die nach unten geht. Wir leben in einer Gesellschaft, in der es sehr notwendig ist, in allen Bereichen das *Emanzipationspotential* freizusetzen.

Wolfgang Wodarg

Das Verständnis von Krankheit und Menschenwürde in der Psychiatrie

Nationale und internationale Herausforderungen

Vor 25 Jahren hat die vom Bundestag eingesetzte Expertenkommission zur Reform der Psychiatrie ihren Schlussbericht vorgelegt. Inzwischen sind viele ihrer Empfehlungen umgesetzt. Die katastrophalen Zustände, die in den einstigen Heil- und Pflegeanstalten herrschten, sind fast überwunden. Immer mehr Patienten werden wieder in ihrer unmittelbaren Umgebung gemeindenah versorgt. Das Konzept der Sozialpsychiatrie konnte sich weitgehend durchsetzen. Gleichwohl haben sich die Hoffnungen, mittels dieser Reform die chronischen Verläufe psychischer Erkrankungen zu verhindern, nicht erfüllt und die Herausforderungen, denen sich die psychiatrischen Dienste aufgrund der strukturellen Veränderungen stellen müssen, sind längst nicht bewältigt. Anspruch und Wirklichkeit klaffen noch weit auseinander, betrachtet man die reale Situation eines zwischen verschiedenen Institutionen und Diensten hin- und hergeschobenen Patienten.

Kann also, was die Lebenssituation psychisch Kranker angeht, sicherlich nicht mehr von »menschenunwürdigen Verhältnissen« (Psychiatrie-Enquete 1975) gesprochen werden, bleibt doch zu fragen, wie menschenwürdige Verhältnisse angesichts einer wachsenden Zahl zu Versorgender und bei bestehendem Sparzwang gesichert und gefördert werden können. Ist im nationalen Rahmen der Wille zur Verbesserung vorhanden und liegen die Probleme bei der Umsetzung und Finanzierung der guten Vorhaben, so lässt sich in der europäischen

Diskussion ein Defizit bei der Formulierung von Grundrechten und deren rechtlicher Verankerung beobachten. In meinem Beitrag möchte ich zunächst diese europäische Diskussion über die zu garantierenden Grundrechte für nichteinwilligungsfähige Patienten betrachten. In einem zweiten Teil möchte ich eindringlich dafür plädieren, dass das am ganzen Menschen und seinen Bedürfnissen ausgerichtete Behandlungskonzept weiterentwickelt wird. Die Reform kann zielgerichtet weitergetrieben werden, wenn, wo immer dies möglich ist, an die Stelle der teuren stationären Behandlung ambulante Angebote treten, und wenn die Wiedereingliederung psychisch Kranker in die Gesellschaft als wichtigster Teil der Therapie verstanden und kostenträgerübergreifend finanziert wird. Allerdings setzt dies, wie KLAUS DÖRNER gesagt hat, »die Kultivierung des kommunalen Miteinanders der Menschen« voraus, das immer ein Miteinander von Stärkeren und Schwächeren ist.

I. Psychiatrie und Menschenwürde in der europäischen Diskussion

Die europaweit, besonders aber in Deutschland sehr kontrovers geführte Debatte zum »Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin« des Europarats, besser bekannt unter seinem früheren Titel »Bioethikkonvention«, hat sich vor allem an der Frage des Umgangs mit nichteinwilligungsfähigen Personen entzündet. Die Konvention erlaubt unter anderem fremdnützige Forschung an Menschen, die bedingt durch ihr Alter, eine Behinderung oder Erkrankung nicht oder nicht mehr in der Lage sind, ihre informierte Zustimmung zu einem medizinischen Eingriff zu geben. Bereits in dieser Diskussion, die sich zu einer breiten Protestaktion gegen die Europaratskonvention entwickelt hat, zeigt sich, wie groß die Sorgen, Ängste und Bedenken vieler Bürger im Hinblick auf die vor allem durch technischen Fortschritt geprägte Entwicklung der Medizin in den letzten 20 Jahren sind.

Die Einrichtung der Enquête-Kommission »Recht und Ethik der modernen Medizin« beim Deutschen Bundestag trägt diesem wachsenden Bedürfnis nach ethischer Reflexion dieser für den Einzelnen

und die Gesellschaft so folgenreichen Technologien Rechnung. Zwar eröffnen schnell fortschreitende weltweite Entwicklungen in Biologie und Medizin neue Ansätze für Prävention, Diagnostik und Therapie bislang nicht oder nur begrenzt heilbarer Leiden, aber die Ausweitung medizinischer Handlungsmöglichkeiten verändern unser Verständnis von Gesundheit und Krankheit und damit auch unser Menschenbild. Bei dem angestrebten Ziel der Leidvermeidung mittels Technik könnte die Menschenwürde auf der Strecke bleiben.

Die im ersten Artikel unserer Verfassung verbrieft Wahrung der Menschenwürde wird vor allem dort zur Aufgabe, wo Menschen schwach sind, zu schwach, um selbstbestimmt zu entscheiden.

Das beim Europarat angesiedelte Steering Committee on Bioethics (CDBI), verantwortlich für die Ausarbeitung und Ergänzung der Konvention, hat eine Arbeitsgruppe beauftragt, sich Gedanken zu machen, wie die Menschenrechte von Personen, die psychisch krank sind, geschützt werden können. Die hier geleistete Vorarbeit soll zu einer neuen Richtlinie des Europarates führen, die den Schutz der Menschenrechte und der Würde von Menschen sicherstellt, die an einer Geistesstörung leiden. Geschützt werden sollen insbesondere diejenigen, die als unfreiwillige Patienten in einer psychiatrischen Einrichtung untergebracht sind. Die Ergebnisse der Beratungen dieser Arbeitsgruppe – gemeinhin als »White Paper« bezeichnet – wurden im August 2000 zur öffentlichen Diskussion freigegeben. Viele haben seither scharfe Kritik an diesem Papier geäußert. Auch ich bin der Meinung, dass diese Vorlage in wesentlichen Punkten gegen den Grundsatz der Menschenwürde sowie gegen einzelne Grundrechte verstößt. Bis zur endgültigen Verabschiedung einer neuen Richtlinie des Europarates muss noch viel Arbeit geleistet, ein gesamtgesellschaftlicher Diskurs geführt werden, der hoffentlich hilft, die Lebensumstände psychisch Kranker wieder verstärkt ins allgemeine Bewusstsein zu heben und kontinuierlich zu verbessern.

Einige Punkte scheinen mir besonders bedeutsam, wenn es darum geht, die Würde von psychisch kranken Menschen zu achten und zu schützen: Die Zwangsunterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung stellt einen erheblichen Eingriff in die Autonomie des Kranken

dar. Daher muss die Entscheidung über die unfreiwillige Behandlung oder Unterbringung einer psychisch kranken Person auf einer richterlichen Entscheidung beruhen. Das Entwurfspapier der europäischen Arbeitsgruppe sieht dagegen nur die Entscheidung durch einen »relevant independent body« vor. Das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit und das Recht auf Freizügigkeit gehören jedoch zu den grundgesetzlich verankerten und unaufhebbaren Grundwerten unseres Gemeinwesens. Ein Eingriff in diese Freiheitsrechte bedarf unbedingt der richterlichen Legitimation und ist auf eine gesetzliche Grundlage zu stellen.

Auch ein weiterer im »White Paper« enthaltener Vorschlag, nämlich der, dass irreversible Eingriffe in die Fortpflanzungsfähigkeit nur im besten Interesse der betroffenen Person (»in the best interest of the person concerned«) erfolgen sollten, ist meines Erachtens mit der im Grundgesetz festgeschriebenen Menschenwürdegarantie nicht vereinbar. Zur Zeit des Nationalsozialismus wurden die Persönlichkeitsrechte und die körperliche Unversehrtheit von kranken Menschen aufs Grausamste verletzt. Das »Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« von 1933 hat Sterilisationen nicht nur erlaubt, sondern in zahlreichen Fällen zwingend vorgeschrieben. Sterilisation und Tötung sind nicht gleichzusetzen, sie entspringen jedoch der gleichen entsetzlichen Ideologie, die den Anspruch erhebt, zwischen »lebenswert« und »lebensunwert« unterscheiden zu können. Diese Erfahrungen prägten den deutschen Gesetzgeber nach Ende des Zweiten Weltkrieges. So ist heute im Bürgerlichen Gesetzbuch (von 1905) festgeschrieben, dass Sterilisationen nie gegen den natürlichen Willen des Betroffenen erfolgen können.

Als weiteren wichtigen Punkt möchte ich hier das Recht auf Privatsphäre ansprechen, das auch bei psychisch kranken Personen, die in medizinischen Einrichtungen untergebracht sind, unbedingt gewahrt werden muss. Dazu gehört, dass Telefonate nicht abgehört werden dürfen. Die Arbeitsgruppe des Europarates legt jedoch auch hier weniger strenge Maßstäbe an. Zwar weist das »White Paper« einerseits auf die notwendige Einhaltung des Artikels zehn der Europäischen Menschenrechtskonvention hin, der besagt, dass »jeder das

Recht auf Respektierung des Privatlebens hinsichtlich der Information seines oder ihres Gesundheitszustandes« hat. Andererseits soll aber das Abhören von Telefongesprächen im Einklang mit der Hausordnung der betreffenden psychiatrischen Einrichtung erlaubt sein. Dieser Vorschlag verstößt nach meiner Auffassung gegen das legitime Recht der Patienten auf freie Kommunikation mit ihrer Umwelt und wird dem Bedürfnis eines jeden Menschen nach Intimsphäre in keiner Weise gerecht.

Der Umgang mit psychisch kranken Menschen, die in vielen Fällen ihre Einwilligung selbst nicht mehr geben können, ist ein Prüfstein für eine humane Medizin. Menschen mit Behinderung, Demenz oder psychischen Störungen erleben die Umwelt oft als bedrohlich und invasiv. Zwangsmaßnahmen sollten daher nur in äußersten Notfällen, etwa zum Schutz des Lebens des Patienten, angewandt werden. Die Intimsphäre ist auf der anderen Seite mit größter Sensibilität zu achten und sollte nicht einem vermeintlich gutmeinenden Paternalismus weichen. Es gibt moralisch-rechtliche Grundlagen unseres Gemeinwesens, die für jeden Menschen, unabhängig von seiner Begabung, körperlichen oder geistigen Ausstattung, in gleicher Weise gelten. Auch europaweite Regelungen zum Schutz der Menschenwürde im Bereich der Psychiatrie müssen diesem Grundsatz entsprechen.

II. Handlungsbedarf im deutschen Gesundheitswesen

Die strukturellen Veränderungen der psychiatrischen Versorgungslandschaft bringen im Wesentlichen zwei neue Herausforderungen für die psychiatrischen Dienste mit sich:

- 1) Verlagerung der Betreuung chronisch Kranker in den außerstationären Bereich.
- 2) Enorm anwachsende Zahl der Aufnahmen vor allem mehrfach kranker Patienten in den Kliniken im Verbund mit zunehmend kurzen Verweildauern.

Hinzu kommen neue Problemfelder: Zunahme der Zahl psychisch kranker Straftäter, bei denen vielfach die etablierten therapeutischen Konzepte versagen, immer jüngere Suchtkranke und immer mehr

altersbedingte Störungen der Psyche. Als weitere Belastung für die psychosoziale Versorgung erweist sich das unerwartet schnelle Anwachsen von Randgruppen. Hier baut sich für die Zukunft ein riesiges Reservoir für mögliche Verhaltensstörungen auf, das weder Bürgern noch Politikern erlaubt, die Dinge treiben zu lassen.

Der Ausbau des sozialpsychiatrischen Netzes brachte durch die Auffächerung der Dienste neue Probleme mit sich: Ein Teil der Patienten wanderte in die Obdachlosigkeit, in ungenügend betreute Pflegeheime oder in die gerichtliche Psychiatrie ab. Heimunterbringungen in weit abgelegenen Orten sind noch immer keine Seltenheit. Die Ursachen für die unzulängliche Versorgung chronisch psychisch Kranker liegen aber auch in der mangelnden therapeutischen Kontinuität. Noch immer ist die Versorgung von Patienten traditionell auf die Institutionen bezogen, für deren Auslastung von den Institutionen im eigenen Interesse Sorge getragen wird: Die unterschiedlichen Einrichtungen, ambulanten Dienste, Wohnheime, Tageskliniken oder Werkstätten suchen sich die Patienten, die ins Betreuungskonzept passen, und orientieren sich nicht am Bedarf der in einer Region lebenden Kranken. Die Dauerpatienten sind einem ständigen Wechsel von therapeutischen und sozialen Beziehungen ausgesetzt, was zu einer Entfremdung vom ursprünglichen sozialen Umfeld führt und die Lebensuntüchtigkeit vermehrt.

Das Konzept einer patientenorientierten Versorgung setzt eine Instanz voraus, die langfristig die therapeutische Führung (case management) übernimmt. Dies kann ein Arzt, ein in freier Praxis tätiger Psychiater oder auch ein Sozialarbeiter sein, der die Organisation multi-professioneller Hilfe koordiniert.

Koordination ist auch bei der Finanzierung erforderlich, weil die unterschiedlichen Kostenträger – Krankenkassen, Rentenversicherung oder Sozialhilfe – dafür aufkommen müssen. Das Konzept einer integrierten Versorgung wäre nicht nur im Interesse der Patienten die bessere Lösung, sondern eröffnet auch Sparmöglichkeiten in nicht zu verachtender Größenordnung. Um die personenorientierte Versorgung in Deutschland voranzubringen, ist kürzlich ein vom Bundesgesundheitsministerium gefördertes und von der Aktion Psychisch Kranke organisiertes Projekt angelaufen, um die Möglichkeiten der Zusammenarbeit zu erkunden.

In der Fachdiskussion der vergangenen Jahrzehnte zeichnet sich immer mehr ein Entwurf ab, der ein grundsätzliches Umdenken in Richtung einer ganzheitlichen, die Gesamtheit der Lebensbezüge reflektierende Sichtweise anmahnt. Übertragen auf die psychiatrischen Verhältnisse heißt dies, den Patienten nicht nur stärker in die Verantwortung zu nehmen (verhandeln statt behandeln), sondern noch einen Schritt weiterzugehen und gezielt nach solchen Faktoren zu suchen, die selbständiges Handeln fördern. Die Patienten selbst fühlen sich oft keineswegs krank im Sinne der psychiatrischen Definition und kommen erstaunlich gut im Leben zurecht, wenn man sie gewähren lässt und anstelle einer kostspieligen Therapie, die der Krankheit entgegenwirken soll, eine Alltagsbewältigung ermöglicht, die sich die positiven Impulse und Ressourcen des Patienten zunutze macht. Selbsthilfeinitiativen setzen das Recht auf Arbeit, das Grundbedürfnis, auch mit Beeinträchtigung ein sozial und wirtschaftlich sinnvolles Leben zu führen, an die erste Stelle ihres Forderungskatalogs, ganz im Gegensatz zu Reformprogrammen, die in der Vergangenheit von Nicht-Betroffenen erarbeitet worden sind und dem Grundsatz der Hilfe zur Selbsthilfe untergeordnete Bedeutung zugemessen haben.

Es kann nicht mehr nur darum gehen, Krankheiten zu erkennen und zu behandeln, zumal gerade in der Psychiatrie eben meist keine einfachen biologischen Ursachen für ein krankhaftes Verhalten vorliegen, das krankhafte Verhalten möglicherweise sogar als solches ein Anzeichen für eine Bewältigungsstrategie des Patienten, mithin eine Form der Selbsthilfe ist. Beide Blickrichtungen, die Therapie von Krankheit und die Gesundheits-orientierte Handlungsmöglichkeit der betreuten Personen müssen zu einem neuen ganzheitlichen Konzept vereinigt werden. Damit ist nicht gemeint, lediglich gesundheitsförderliche Einzelmaßnahmen zu der traditionellen Behandlung hinzuzufügen. Vielmehr muss ein grundsätzlicher Richtungswechsel erfolgen, der die wirklichen Bedürfnisse der Patienten ermittelt und eine flexible und bedarfsgerechte Versorgung ermöglicht. Für die Neuorganisation der Krankenhausstrukturen im Bereich der Psychiatrie bedeutet dies, dass das Krankenhaus nicht mehr als isolierter Fachbetrieb zur Krankenbehandlung fungiert, sondern spezialisierter und allseitig durchlässi-

ger Teil einer auf eine bestimmte Region bezogenen Versorgungsstruktur wird, in der stationäre, teilstationäre und ambulante Fachdienste eng vernetzt sind mit nichtpsychiatrischen Fachdiensten, Diensten der allgemeinen Lebenshilfe, mit der Administration und mit Bürger- bzw. Selbsthilfeinitiativen. Das Ergebnis dieser sicherlich schwierigen Reformen müsste sein, dass der Patient nicht von Instanz zu Instanz weitergereicht oder im Drehtürmodus herein- und herausbefördert wird, sondern in Form einer fachlichen, wohldosierten Einzelfallbetreuung über die Institutionen hinweg begleitet wird.

Aus den Prinzipien der Gesundheitsförderung und personensorientierten Versorgung folgt die Notwendigkeit der Beachtung und Unterstützung gesunder, die persönlichen Kompetenzen fördernder Lebensbedingungen. Eine ganzheitliche Rehabilitationsplanung wäre ein wichtiges Ziel einer Reform des Sozialgesetzbuches. Der vorliegende Entwurf für das SGB IX erscheint hier lediglich als ein erster zaghafter Schritt und bedarf besonders in Bezug auf chronisch Kranke und auf psychisch Kranke mit hohem Integrationsbedarf einige Ergänzungen. Für eine kostenträgerübergreifende, an den Bedürfnissen der/des Einzelnen ausgerichtete Begutachtung mit angemessenen Möglichkeiten von Nachuntersuchungen und Ergänzungen – je nach Entwicklung des Krankheitsbildes bzw. des Hilfebedarfs – auf der einen Seite und für eine integrierte gemeindenahе, allen Einwohnern offen stehende Hilfsangebote mit abgestufter Professionalität auf der anderen Seite sind vom Gesetzgeber die geeigneten Rahmenbedingungen und Anreize zu schaffen. Dieses Konzept kann aber letztlich nur dann wirkungsvoll sein, wenn die Einbindung psychisch Kranker in eine funktionierende soziale Gemeinschaft mit ihren unterschiedlichen Gruppierungen und Institutionen gewährleistet ist und Bürger auch unentgeltlich Verantwortung für schwächere Mitbürger zu übernehmen bereit sind.

Hans-Ludwig Siemen

Vom Mythos der Enquete – Versuch einer kritischen Annäherung

Ohne Zweifel: es hat eine Psychiatriereform in Deutschland gegeben. Allein schon, weil die Verhältnisse in der Psychiatrie bis weit in die siebziger Jahre vielerorts »elende und menschenunwürdige« waren. 1973 lebten fast 100.000 Menschen in großen psychiatrischen Anstalten, davon 63.000 Menschen in den 44 Großanstalten mit weit mehr als 1000 Betten. Sie mussten zumeist in geschlossenen Stationen mit durchschnittlich 38 Betten, die überwiegend streng nach Geschlechtern getrennt waren, in Schlafräumen, in denen oft mehr als 10 Betten standen, leben. Fast die Hälfte dieser Menschen litten schon länger als fünf, über 30 Prozent sogar länger als zehn Jahre unter diesen elenden Bedingungen.

Keine Frage: die Art der psychiatrischen Versorgung hat sich in den vergangenen 30 Jahren erheblich gewandelt: die meisten ehemaligen Großkrankenhäuser sind zu psychiatrischen Kliniken geworden und verfügen über weniger als 500 Betten, es sind über 100 psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern entstanden und in fast allen Regionen der Bundesrepublik hat sich ein differenziertes Netz ambulanter, teilstationärer und komplementärer Dienste und Einrichtungen entfaltet.

Ein wesentlicher Bezugspunkt für diese Reformen ist der »Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland«¹ kurz: »Psychiatrie-Enquete« aus dem Jahre 1975. Es lohnt sich, diese »Enquete«, ihre Entstehungsbedingungen und ihre Wirkungsge-

schichte ein wenig genauer zu betrachten, will man die Entwicklung der Psychiatriereform in der Bundesrepublik² besser begreifen.

Zur Vorgeschichte der »Enquete«

Anfang der siebziger Jahre befand sich die bundesdeutsche Psychiatrie in einer tief greifenden Krise, die von einer breiten Öffentlichkeit als solche wahrgenommen wurde und auf verschiedenen Ebenen zu Forderungen nach nachhaltigen Reformen der psychiatrischen Versorgung führte.

Nach dem Ende des Nationalsozialismus – mehr als 350.000 Menschen waren zwangssterilisiert und ca. 140.000 Bewohner der deutschen Anstalten im Zuge der Vernichtungsaktionen ermordet worden – hatte sich bleiernes Schweigen über die Psychiatrie ausgebreitet. Die grauenhaften Ereignisse während des Nationalsozialismus wurden verleugnet und verdrängt. Als wäre nichts geschehen, funktionierte das psychiatrische Versorgungssystem auf hergebrachte Weise: psychisch kranke Menschen wurden mit den jeweils zeitgemäßen Therapieverfahren behandelt, wenn möglich entlassen oder aber für längere Zeit bzw. dauerhaft in den psychiatrischen Anstalten versorgt. Auch durch die Einführung der Psychopharmaka löste sich dieser Zustand der Unbeweglichkeit nicht auf. Ungehört verhallten die einzelnen, in den fünfziger und sechziger Jahren vorgetragenen Kritiken an den Zuständen in den Anstalten. Die wenigen Versuche, neue Formen der Behandlung und Betreuung psychisch kranker Menschen zu praktizieren, blieben ohne Nachahmer.

- 1 Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode, Drucksache 7/4200 sowie 7/4201, 25. November 1975.
- 2 Die Reform der psychiatrischen Versorgung in der ehemaligen DDR kann hier nicht dargestellt werden. Vgl. dazu ACHIM THOM, ERICH WULFF: *Psychiatrie im Wandel, Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West*. Bonn, 1990; HEINZ-PETER SCHMIEDEBACH u.a.: *Offene Fürsorge – Rodewischer Thesen – Psychiatrie-Enquete: Drei Reformansätze im Vergleich*. In: *Psychiatrische Praxis*, 27, Heft 3, April 2000, S. 138–143.

Die riesigen Anstalten, zumeist fernab der Großstädte in ländlichen Regionen gelegen, mit ihrem klar reglementierten Alltag, ihren uniformen, jede Individualität negierenden Verhaltensmaßregeln und ihren rigiden, an feudale Strukturen erinnernden Umgangsformen zwischen Ärzten, Pflegern und »Insassen« passten nicht in das Bild der durch die Studentenrevolte aufgeweckten Gesellschaft, die – von einer SPD/FDP-Koalition regiert – Demokratie wagen und das Sozial- und Bildungssystem reformieren wollte. Allein das Wort »Insasse«, ein bis weit in die siebziger Jahre gebräuchlicher Begriff für die Anstaltsbewohner, beschreibt eindringlich, was Psychiatrie damals hauptsächlich war: eine totale Institution, nach außen hin abgeriegelt, mit einem eigenen Rechtssystem ausgestattet, in das die Patienten sich einzugliedern hatten.

Die ZEIT veröffentlichte im Januar 1967 mehrere Artikel, in denen die Zustände in den Anstalten angeprangert wurden. Beunruhigt fragte FRANK FISCHER, Autor der ZEIT-Artikel, in seinem 1969 erschienenen Buch »Irenhäuser – Kranke klagen an«:

»Konnte es möglich sein, daß seelisch kranke Menschen in diesen verschlossenen Gebäuden wie willenlose Objekte herumgestoßen und mit minimalem Aufwand an ärztlicher Hilfe versorgt werden, den nur Zyniker als Therapie bezeichnen würden?«

Die »Frankfurter Allgemeine Zeitung« bezeichnete die psychiatrischen Anstalten als »Bewahranstalten« und beklagte, dass Experten zwar seit Jahren diskutieren, was getan werden könnte, aber nur wenig getan worden sei (FAZ vom 1.7.69). Die »FAZ« berichtete ausführlich über die wenigen Reformansätze in der Psychiatrie und bot ASMUS FINZEN und TILMAN MOSER die Gelegenheit, ihre kritischen Positionen zur Lage der Psychiatrie und den nötigen Reformen ausführlich darzustellen (z.B. FAZ vom 30.7.69; 17.12.69).

Selbst die psychiatrische Fachpresse begann, die wachsende öffentliche Empörung positiv aufzunehmen und nicht mehr nur als Folge überzogener Darstellungen untypischer Einzelfälle abzutun. Im »Nervenarzt«, dem Verbandsorgan der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde kam CASPAR KULENKAMPFF in einer differenzierten Würdigung des Buches von FRANK FISCHER zum Schluss,

dass es sich bei den Schilderungen »nicht um literarische Erfindungen, sondern um harte Fakten handelt, ja dass wir in sehr vielem Typisches, die landläufige Unsitte, den systematischen Fehler wiedererkennen.«³

Neben den unwürdigen Zuständen in den Anstalten wurde die wachsende Funktionsunfähigkeit des psychiatrischen Versorgungssystems kritisiert. Die riesigen psychiatrischen Krankenhäuser mit ihrem großen Anteil an langfristig untergebrachten Patienten besaßen weder ausreichend qualifiziertes Personal noch genügend Aufnahme- und Behandlungskapazität, um eine zunehmende Zahl von Patienten zeitgemäß behandeln zu können. So musste z.B. 1965 für die rheinländischen Landeskrankenhäuser wegen erheblicher Überbelegung ein Aufnahmestopp erlassen werden.⁴ Die relativ geringen Aufnahmekapazitäten Mitte der sechziger Jahre sind darauf zurückzuführen, dass nach 1945 nur eine geringe Bereitschaft bestanden hatte, neue psychiatrische Krankenhäuser zu bauen, obwohl während des Nationalsozialismus im Zuge der Vernichtungsaktionen viele psychiatrische Anstalten geschlossen worden waren. Die sog. Bettenmessziffer (Betten auf 1000 Einwohner), die 1936 noch 2,4 betragen hatte, war deshalb in der Bundesrepublik mit 1,6 in 1973 im Vergleich zu anderen westeuropäischen Ländern (z.B. England: 2,6; Schweden: 3,5) vergleichsweise niedrig.

Dabei hatten sich die Anforderungen an die Behandlungskompetenzen bereits Mitte der fünfziger Jahre durch die Einführung der Psychopharmaka deutlich verändert, ohne dass das Versorgungssystem entsprechend reagiert hätte. Viele Patienten konnten zwar relativ frühzeitig entlassen werden, da aber außerhalb der Krankenhäuser ambulante Nachsorgeangebote nur unzureichend vorhanden waren, nahm die Zahl der Wiederaufnahmen deutlich zu, betrug streckenweise fünfzig Prozent aller Aufnahmen. Außerdem wurden Ende der

3 CASPAR KULENKAMPFF: *Wie schlecht ist die Krankenhauspsychiatrie in diesem Lande?* In: *Nervenarzt*, 41, Heft 3, 1970, S. 150–152.

4 H.-W. MÜLLER u.a.: *Zur Hospitalisierung psychisch Kranker im Rheinland in den Jahren 1962–1965.* In: *Nervenarzt*, 41, Heft 5, 1970, S. 234.

sechziger Jahre vermehrt Menschen mit Alkoholerkrankungen den psychiatrischen Krankenhäusern zugewiesen⁵ und die Altersstruktur der Bevölkerung begann sich sichtbar zu verändern, psychische Erkrankungen des höheren Lebensalters traten in wachsendem Maße auf.

Diese hier kurz skizzierte Krise der Psychiatrie war sehr tief greifend: einerseits hatte die Institution Psychiatrie das Vertrauen der Öffentlichkeit verloren, psychisch kranke Menschen auf humane, die Würde des Menschen wahrende und die Persönlichkeit achtende Weise zu behandeln. Andererseits war die Institution Psychiatrie wegen ihrer starren Strukturen nicht mehr in der Lage, den gewachsenen Anforderungen an ihr Handlungsvermögen nachzukommen. Die Zuspitzung dieser Widersprüche war so gravierend geworden, dass sich Bundespolitiker zum Handeln aufgerufen fühlten. Am 5. März 1970 stellten mehrere Abgeordnete der CDU/CSU-Bundestagsfraktion auf Anregung von WALTER PICARD den Antrag, die Bundesregierung solle die Situation der Psychiatrie in der Bundesrepublik umfassend untersuchen und die Maßnahmen benennen, die »notwendig sind, damit die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung den heute geltenden wissenschaftlichen Erkenntnissen ... gerecht wird.«⁶ Nach zwei Anhörungen im zuständigen Ausschuss beschloss der Bundestag am 23. Juni 1971, eine Enquete über die Lage der Psychiatrie erstellen zu lassen.

Die Machtkämpfe vor der »Enquete«

Die Krise der deutschen Psychiatrie war auch deshalb offenkundig geworden, weil in den übrigen westlichen Ländern bereits seit den fünfziger Jahren grundlegende Reformen der psychiatrischen Ver-

5 Die Zunahme der Aufnahmediagnose Alkoholismus von 1960 bis 1973 um bis zu 700% war auf das veränderte Konsumverhalten der Bevölkerung zurückzuführen: Der jährliche Pro-Kopf-Verbrauch an reinem Alkohol stieg von 3,2 Litern in 1950 auf 12,2 Liter in 1973. (Enquete, a.a.O., S. 13).

6 Wortlaut des Antrages in: Nervenarzt, 41, Heft 5, 1970, S. 260.

sorgung eingeleitet worden waren und die politisch und kulturell um die Integration in die westliche Staatengemeinschaft bemühte Bundesrepublik in diesem Bereich nicht nachstehen wollte.

Dabei ist zu beachten, dass sich die Bestrebungen in England, Italien, Frankreich, Skandinavien und den USA, die Psychiatrie theoretisch wie praktisch weiterzuentwickeln und neue Formen der professionellen und therapeutischen Begegnung mit dem psychisch kranken Menschen zu erproben, auf Traditionen in den jeweiligen Ländern beziehen konnten und sich jeweils im Laufe eines langjährigen Prozesses entwickelten. In der Bundesrepublik hatte so ein quasi organischer Reformprozess nicht stattfinden können. Die erbbiologische Verengung der psychiatrischen Lehre nach 1933 und die grauenhaften Vorgänge in den psychiatrischen Anstalten während des Nationalsozialismus verstellten einen unbedarften Rückgriff auf psychiatrische Traditionen. Und nach 1945 erschwerten die Angst vor strafrechtlicher Verfolgung und die »Unfähigkeit zu trauern«, wie MARGARETE und ALEXANDER MITSCHERLICH treffend analysierten, eine offene und kreative Reformdebatte.

So wundert es nicht, dass Ende der sechziger und Anfang der siebziger Jahre die psychiatriekritische Literatur in Deutschland zumeist aus Übersetzungen bestand. Um nur einige zu nennen:

BATESON, JACKSON, LAING u.a. legten 1969 ihre umfassenden Forschungsergebnisse zum Zusammenhang von »Schizophrenie und Familie« auch dem deutschen Publikum vor und formulierten einen differenzierten Kontrapunkt zu den vorherrschenden somatogenetischen Erklärungsansätzen psychischer Erkrankungen. Im Vorwort wünschte CASPAR KULENKAMPFF, dass »der weit gespannte Überblick ... diejenigen, welche in Deutschland die Psychiatrie verwalten, in heilsame Unruhe versetzen sollte.«⁷

1971 wurden die Untersuchungsergebnisse von ERVING GOFFMAN »Asyle – Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen« auch dem deutschsprachigen Publikum zugänglich.

7 CASPAR KULENKAMPFF, Vorwort in: BATESON, JACKSON, LAING, LIDZ, WYNNE u.a.: *Schizophrenie und Familie*. Frankfurt, 1969, S. 10.

In dem ebenfalls 1971 veröffentlichten Buch »Die negierte Institution oder Die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen« berichteten FRANCO BASAGLIA, GIOVANNI JERVIS, AGOSTINO PIRELLA und ihre Mitstreiter über ihre Erfahrungen mit dem »Experiment der psychiatrischen Klinik in Görz«, in dessen Verlauf die dortige Klinik aufgelöst wurde. In seinem Vorwort fand BASAGLIA fast prophetische Worte:

»Die Realität der Irrenanstalt wurde (in Görz – d. V.) überwunden mit all ihren praktischen und wissenschaftlichen Implikationen. Jetzt stehen wir vor der Frage, wie der nächste Schritt aussehen muß. ... Es gibt nur eine Alternative: entweder verläßt unsere Arbeit nicht den Rahmen dieser Institution – und wird dann unvermeidlich zur Involution einer dynamischen Bewegung, die allmählich erstarrt – oder aber wir versuchen, mit unserer Aktion die Aufmerksamkeit auf die Diskriminierung und Ausschließung zu lenken, die die Gesellschaft am Geisteskranken vornimmt.«⁸

1973 erschien MAUD MANONNIS Buch »Der Psychiater, sein Patient und die Psychoanalyse« in dem sie neben ausführlichen theoretischen Erörterungen die reformerischen Entwicklungen in Frankreich darstellte, sich sehr differenziert mit der Anti-Psychiatrie von LAING und COOPER auseinandersetzte und unter Einbeziehung der Psychoanalyse dazu aufforderte, den Patienten als Subjekt zu betrachten und zu behandeln. 1973 und 1975 wurden BRUNO BETTELHEIMS Erfahrungen aus seiner Arbeit mit emotional schwer gestörten Kindern in Chicago auf deutsch veröffentlicht, in denen er eine andere Ausrichtung der Institution Psychiatrie forderte und in therapeutischer Hinsicht neue Wege der Behandlung psychisch schwer beeinträchtigter Menschen beschrieb.

Auch in der Bundesrepublik der sechziger Jahre gab es Reformversuche. Die von KULENKAMPFF und BOSCH in Frankfurt, von HÄFNER, RAVE-SCHWANK und in Heidelberg bzw. Mannheim und von PLOG und DÖRNER in Hamburg initiierten Veränderungen blieben aber

8 FRANCO BASAGLIA (Hg.): *Die negierte Institution oder Die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen*. Ein Experiment der psychiatrischen Klinik in Görz. Frankfurt, 1971, S. 8.

weitgehend auf die Universitätskliniken beschränkt, konzentrierten sich wesentlich auf die Verbesserung der Akutversorgung und konnten keine allgemeine Durchschlagskraft entwickeln, die die desolante Situation in den psychiatrischen Anstalten hätte ändern können. Allerdings beeinflussten die Initiatoren dieses »sozialpsychiatrischen Vorgeplänkels« (MANFRED BAUER) die spätere Psychiatriereform in erheblichem Maße.⁹

Als eigentlicher Auftakt der psychiatrischen Reformbewegung in der Bundesrepublik wird der Sozialpsychiatrische Kongress, der am 3. und 4. April 1970 in Hamburg stattfand, bezeichnet.¹⁰ Auf diesem Kongress entstand die Idee, sich regelmäßig zu einem praktischen und theoretischen Erfahrungsaustausch zu treffen. Das erste Treffen fand Ende Mai 1970 in Mannheim statt, der »Mannheimer Kreis« war geboren und diskutierte halbjährlich in verschiedenen Städten aktuelle praktische und theoretische Fragen der Sozialpsychiatrie. Angetrieben durch die allgemeine, eine Psychiatriereform fordernde Stimmung wurde der Versuch unternommen, auch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde zu »reformieren«. CASPAR KULENKAMPFF sollte auf dem Ende Oktober 1970 stattfindenden Kongress zum Präsidenten der DGPN gewählt, so die Gründung einer sozialpsychiatrischen Sektion ermöglicht und der Verband mit sozialpsychiatrischem Gedankengut »infiltriert« werden. Wie geplant klappte es auch: KULENKAMPFF setzte sich gegen den von den traditionellen Psychiatern aufgestellten JÖRG WEITBRECHT durch und wurde zum Präsidenten der DGPN gewählt. Allein, der Erfolg währte nicht lange. Die Wahl wurde vom alten Vorstand angefochten und vom Amts-

9 MANFRED BAUER: *Woher wir kommen, wo wir stehen, wohin wir gehen*. In: HOFFMANN-RICHTER, U. u.a. (Hg.): *Sozialpsychiatrie vor der Enquete*. Bonn, 1997, S. 115; vgl. auch ders.: *Jedes Ding hat seinen Anfang – Anmerkungen zur Entstehungsgeschichte der Psychiatrie-Enquete*. In: *Psychiatrische Praxis*, 27 (2000), S. 144–146.

10 vgl. KLAUS DÖRNER, URSULA PLOG (Hg.): *Sozialpsychiatrie*. Neuwied, 1972.

11 EHRHARD blieb als »Notvorstand« im Amt, bis im Juni 1971 DEGKWITZ mit klarer Mehrheit vor KULENKAMPFF zum neuen Vorsitzenden der DGPN gewählt wurde. Vgl. *Nervenarzt*, 42, Heft 2, 1971, S. 112; *Nervenarzt*, 42, Heft 4, 1971, S. 222ff; *Nervenarzt* 1971; Heft 9, S. 448 und MANFRED BAUER: *Woher wir kommen, wo wir stehen, wohin wir gehen*, a.a.O., S. 113f.

gericht Marburg für ungültig erklärt.¹¹ Auch als Reaktion auf die Abschottung der DGPN gegen die sozialpsychiatrische Bewegung wurde am 18. Dezember 1970 die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) als berufsübergreifender Verband gegründet. Damit standen sich in der Bundesrepublik zwei Verbände gegenüber, die selten gemeinsam und oft gegeneinander die Entwicklung der Psychiatriereform wesentlich beeinflusst haben. Die DGPN vereinte als Berufsverband in der Mehrheit reformunwillige Psychiater und Nervenärzte¹², nahm aber mit HANNS HIPPIUS und FRITZ REIMER, die beide moderate Reformen der Psychiatrie befürworteten, entscheidenden Einfluss auf die Arbeit der Sachverständigen-Kommission.

Der Mannheimer Kreis und die DGSP fanden sehr schnell großen Zuspruch bei allen in der Psychiatrie arbeitenden Berufsgruppen und befassten sich in kreativ gestalteten Tagungen intensiv mit unterschiedlichen Aspekten der Psychiatriereform, ohne sich auf einheitliche theoretische und praktische Positionen verständigen zu können, die geeignet gewesen wären, die Inhalte der Enquete grundlegend zu beeinflussen.¹³

Die »Enquete«

Am 23. Juni 1971 beschloss der Deutsche Bundestag, von einer Sachverständigen-Kommission eine »Enquete über die Lage der Psychiatrie« anfertigen zu lassen. Die konstituierende Sitzung der Sachverständigen-Kommission fand am 31. August 1971 statt. CASPAR KULENKAMPFF wurde ihr Vorsitzender, HEINZ HÄFNER, RUDOLF

12 Diese Mehrheitsströmung brachte DEGKWITZ zusammen mit P.W. SCHULTE 1971 in seinem Artikel »*Einige Zahlen zur Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik. Bisherige Entwicklung – Status quo – Vorschläge zur Verbesserung*« (Nervenarzt, 42, Heft 4, S. 169–180) zum Ausdruck. Darin forderte er eine deutliche Erhöhung der psychiatrischen Bettenzahl durch die Einrichtung »kleinerer psychiatrischer Anstalten mit 200–300 Betten« und sprach sich gegen die Einrichtung psychiatrischer Abteilungen aus.

13 vgl. zu den ersten Jahren der DGSP und des Mannheimer Kreises den Jubiläumsband »*10 Jahre Info*« der Sozialpsychiatrischen Informationen. Rehbürg-Loccum, 1980.

DEGWITZ und HANNS HIPPIUS wurden zu stellvertretenden Vorsitzenden bestimmt. Allein mit dieser Zusammensetzung der Kommission waren wichtige Vorentscheidungen getroffen worden. Die Reformversuchen nur begrenzt zugänglichen Psychiater bildeten die eindeutige Mehrheit. Mit GREGOR BOSCH saß unter 20 Teilnehmern ein einziger ausgewiesener Reformpsychiater in der Kommission, unterstützt noch von HORST-EBERHARD RICHTER, der sich auf die Durchsetzung psychotherapeutischer Belange konzentrierte. In den unterschiedlichen, viele Personen zählenden Arbeitsgruppen vertraten noch CHRISTIANE HAERLIN, MARIA RAVE-SCHWANK, ASMUS FINZEN, MANFRED BAUER, NIELS PÖRKSEN und ALEXANDER VELTIN die sozialpsychiatrische Bewegung.

Nach einem vierjährigen Diskussionsprozess legte die Sachverständigen-Kommission 1975 den Bericht über die Lage der Psychiatrie in Deutschland vor. Ein beeindruckendes Werk, mit Anhang 1800 Seiten dick und 1,8 kg schwer.

Wichtiger Bestandteil der Enquete war die Analyse der damaligen Situation der psychiatrischen Versorgung. Bis heute ist dieses die einzige, die gesamte Bundesrepublik umfassende Zustandsbeschreibung der Psychiatrie geblieben. »Die Beseitigung grober inhumaner Missstände« wurde als Grundforderung erhoben, die »unbedingt jeder Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter voranzugehen hat.«¹⁴

Als »Rahmenbedingungen einer Neuordnung der Versorgung« wurden folgende vier Prinzipien festgelegt:

- das Prinzip der gemeindenahen Versorgung
- das Prinzip der bedarfsgerechten und umfassenden Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten
- das Prinzip der bedarfsgerechten Koordination aller Versorgungsdienste
- das Prinzip der Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken.¹⁵

14 Enquete, S. 408

15 a.a.O.

Zwar forderte die Sachverständigen-Kommission apodiktisch, dass »Versorgungskonzeptionen, die gegen diese Rahmenbedingungen verstoßen, verworfen werden müssen«, hielt sich aber in ihren eigenen Empfehlungen nur sehr bedingt an diese Prinzipien.

Gemeindenah sollten vor allem die neu zu schaffenden ambulanten, teilstationären und rehabilitativen Dienste und Einrichtungen sein. Bei den oft weitab gelegenen psychiatrischen Krankenhäusern wurde von diesem Prinzip abgesehen: »*Es ist klar* (warum war dies klar? - d.V.), *daß die bestehenden psychiatrischen Krankenhäuser in öffentlicher oder freier Trägerschaft bei realistischer Beurteilung auch weiterhin einen wesentlichen Teil der stationären Versorgung zu erbringen haben werden.*«¹⁶ Entsprechend unverbindlich wurde der Aufbau von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern gefordert: Psychiatrische Abteilungen sollten errichtet werden, »*wo immer dies möglich ist.*«¹⁷ Wobei unbedingt von den »*schon vorhandenen Einrichtungen*« ausgegangen werden müsse. Will heißen: Abteilungen nur dort, wo sie die bestehenden Krankenhäuser in ihrer Existenz nicht bedrohen würden.

»Das Prinzip der Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken« meinte vor allem die Gleichstellung der Psychiatrie mit den übrigen medizinischen Wissenschaften. In ungewohnt deutlichem Ton forderte die Enquete: »*Der Prozeß einer Eingliederung der Psychiatrie in die Gesamt-Medizin ... bildet eine unabdingbare Voraussetzung für die notwendige Verbesserung der psychiatrischen Versorgung.*«¹⁸

Die Sachverständigen-Kommission sprach eine Vielzahl von Empfehlungen zum Aus- und Aufbau eines differenzierten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungssystems aus, die sie nach Prioritäten ordnete, die »länder- und bundeseinheitlich« die Form eines globalen konzeptionellen Rahmens darstellen sollten.

16 Enquete, S. 217

17 Enquete, S. 216, Hervorhebungen im Original

18 Enquete, S. 205, Hervorhebungen im Original

Als erste Priorität wurde der »Aus- und Aufbau der komplementären Dienste (»Heimsektor«)« gefordert. Vor allem in den großen psychiatrischen Krankenhäusern würden sich »*sehr verschiedenartige Gruppen von psychisch Kranken, Behinderten und sozial Isolierten*« ansammeln, die »*fehlplaciert*«, weil nicht »*krankenhausbedürftig*« seien.¹⁹ Da diese »fehlplacierten« Menschen die Funktionsfähigkeit der psychiatrischen Krankenhäuser beeinträchtigen würden, sollten diese, so die Sachverständigen-Kommission, »*in den Bereich der komplementären Dienste überführt werden.*«²⁰

Schon vor der Fertigstellung der Enquete wurden viele vermeintlich »fehlplacierte« Patienten in oft kommerziell betriebene, billige und nur notdürftig ausgestattete, vormals leer stehende Ferienheime, Hotels und ähnliche Gebäude »abgeschoben«. Diese Entwicklung setzte sich nach der Enquete massiv fort. Die Kommission kritisierte zwar »*derartig bedenkliche Verlegungsaktionen*« und wusste auch, dass es keine gesetzliche Handhabe gab, um ausreichende Qualitätsmaßstäbe im »Heimsektor« festzuschreiben und zu kontrollieren. Dennoch wurde der Ausbau eben dieses Bereiches als zentral für die Reform der Psychiatrie angesehen. Die Verlegung der Langzeitpatienten sei die Voraussetzung dafür, dass die psychiatrischen Anstalten nur noch wirklich krankenhausbedürftige Menschen behandeln und somit zu wirklichen, den somatischen Häusern vergleichbaren Krankenhäusern würden.²¹ Der Gesamtbedarf an Heimplätzen wurde auf mindestens 2,24 Betten je 1000 Einwohner veranschlagt, das wären 138.000 Betten in solchen Einrichtungen gewesen, weit mehr, als die psychiatrischen Krankenhäuser an Betten hatten.²²

19 Enquete, S. 205

20 Enquete, S.102–105; 409

21 Enquete, S. 206; 217; 375f

22 Enquete, S. 22. Nach den Untersuchungen der Kommission gab es 1973 bereits 36.000 solcher Heimplätze, 100.000 sollten zusätzlich geschaffen werden. S. 102

An die zweite Stelle ihrer Prioritätenliste stellte die Sachverständigen-Kommission den »*Aus- und Aufbau der ambulanten Dienste*«, womit vor allem der Ausbau der ambulanten nervenärztlichen Versorgung gemeint war.²³

An die dritte Stelle ihrer Prioritäten setzte die Kommission den Ausbau von Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern, gefolgt von der Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung und der Forderung, für Kinder und Jugendliche sowie für Suchtkranke, insbesondere Alkoholranke, die Versorgung deutlich zu verbessern.

So weit die zentralen Forderungen der Enquete-Kommission. Sicher birgt dieses umfangreiche Werk noch viele andere Aspekte, die hier nicht referiert werden können, aber das Gesamtbild nicht wesentlich beeinflussen würden. Auf den ersten Blick zeichnet sich die Enquete – hält man sich die gravierende Kritik an der Psychiatrie als Wissenschaft und als Institution Ende der sechziger, Anfang der siebziger Jahre vor Augen – durch einen geringen Gestaltungswillen aus: Den Mittelpunkt aller Vorschläge bildete das psychiatrische Krankenhaus, das in einem umgrenzten Versorgungsgebiet eng mit den neu zu schaffenden und gemeindenah orientierten ambulanten, teilstationären und rehabilitativen Diensten und Einrichtungen zusammen arbeiten sollte. Grundlegend Neues oder grundsätzlich Anderes war damit nicht formuliert, und entsprechend groß war die Ernüchterung bei denjenigen, die sich innerhalb und außerhalb der Kommission engagiert für grundlegendere Reformen eingesetzt hatten.

Die Enquete und ihre Wirkungen

Die Wirkungen der Enquete für die reale Umgestaltung der psychiatrischen Versorgung werden häufig überschätzt. Die verschiedenen in den siebziger und achtziger Jahren aufgelegten Landespläne, Initiativen der Kostenträger und die Personalverordnung Psychiatrie haben

²³ Enquete, S. 209ff; 409

die Struktur der psychiatrischen Versorgung mindestens ebenso stark beeinflusst wie die Enquete.

Bedeutsam ist die Enquete unter einem ganz anderen Gesichtspunkt: sie war vor allem Anderen eine breit angelegte Diskussionsveranstaltung unter Psychiatern, in der sich diese auf eine gemeinsame Haltung zur Reform der psychiatrischen Versorgung verständigen wollten. Die Zusammensetzung der Sachverständigen-Kommission spiegelte die realen Kräfteverhältnisse in der Psychiatrie der siebziger Jahre: die weit überwiegende Mehrheit der in der Kommission versammelten Personen war gegen grundlegende Reformen, sie wurden aber von den relativ wenigen reformorientierten Kräfte überzeugt, wenigstens ansatzweise eine gemeindepsychiatrische Orientierung zuzulassen. Die Enquete formulierte den größtmöglichen Kompromiss bzw. den kleinsten gemeinsamen Nenner, auf den sich die unterschiedlich orientierten Vertreter der Institution Psychiatrie einigen konnten. Zukünftige Konflikte waren damit keinesfalls ausgeräumt. So kritisierten z.B. ASMUS FINZEN und KLAUS DÖRNER 1976 und 1977 die Enquete in sehr deutlichen Worten. Sie habe den psychisch Kranken nichts gebracht, die »miserable Situation« in den Großkrankenhäusern nicht verändert (ASMUS FINZEN), sie sei »zu wenig konkret«, »zu perfekt«, »zu technokratisch«, »zu wenig von der Ambulanz her gedacht« (KLAUS DÖRNER).²⁴ Und beide forderten dazu auf, aktiv zu werden, Verantwortung zu übernehmen und alle Möglichkeiten zu nutzen, die Psychiatrie von Innen und Außen her zu reformieren. Spätestens mit dem Beschluss der DGSP aus dem Jahre 1979, die Großkrankenhäuser aufzulösen, und spätestens mit der Denkschrift »Holocaust und die Psychiatrie – oder der Versuch, das Schweigen in der Bundesrepublik zu brechen« aus dem gleichen Jahr standen die Konflikte der Reformpsychiatrie mit der etablierten Psychiatrie deutlich im Vordergrund.

24 vgl. ASMUS FINZEN, HILDE SCHÄDLE-DEININGER: Was sagt die Enquete zum Psychiatrischen Krankenhaus? In: dieselben: »*Unter elenden menschenunwürdigen Umständen. Die Psychiatrie-Enquete*«. Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie, Band 25, Rehburg Loccum, 1979, S. 211–222; KLAUS DÖRNER: *Wie sehen wir die Enquete und was machen wir damit?*, a.a.O., S. 223–234

In einem wesentlichen Punkt wurde der Kompromisscharakter der Enquete aber nicht aufgekündigt: bei der Ausgliederung der »Langzeitpatienten«, der »fehlplacierten« psychisch kranken Menschen aus den psychiatrischen Krankenhäusern. Eindeutig erklärte die Enquete, dass die klinische Psychiatrie für diesen Personenkreis, die chronisch psychisch kranken Menschen, nicht mehr umfassend zuständig sei. Damit war die massenhafte Verlegung von Psychiatriepatienten in oft nur notdürftig ausgestattete Heime fachlich legitimiert.

Und noch ein Weiteres war legitimiert: die Aufspaltung der psychiatrischen Versorgung in unterschiedliche, sich oft gegeneinander bewegende Subsysteme. Einerseits die personell und sachlich gut ausgestatteten psychiatrischen Kliniken und Abteilungen, die sich auf die kurzfristige Akutbehandlung konzentrieren, und andererseits ein immer noch wachsender Heimsektor, in dem viele tausend psychisch kranke Menschen ohne große Chancen auf ein eigenständiges und selbstbestimmtes Leben wohnen müssen. Ambulante Betreuungs- und Hilfeangebote stehen nur den weniger stark beeinträchtigten Betroffenen zur Verfügung.

Diese Aufspaltung in verschiedene Subsysteme hemmt die weitere Entwicklung der Psychiatrie in erheblichem Maße. Fachkrankenhäuser streiten mit den Abteilungen um Anerkennung, Einfluss und Gelder. Ambulante Betreuungsangebote können sich nicht gegen die Übermacht der heimlich groß gewordenen Heime durchsetzen. Der klinische, immer biologischere Blick steht neben und gegen »Empowerment«-Ansätzen, die pädagogische Vollversorgung neben spannungs- und risikoreichen Integrationsversuchen in den »normalen« Alltag. Die »gemeindepsychiatrischen Steuerungsinstrumente« wie Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) oder Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV) erweisen sich in vielen Regionen als wirkungslos.

Nach 25 Jahren Psychiatrieenquete wird es Zeit, intensiv darüber nachzudenken und zu streiten, welche wirkungsvollen und darum mächtigen Instrumente es geben kann, die psychiatrischen Subsysteme so zusammenzuführen, dass nicht die Institutionen, sondern die Interessen und Bedürfnisse der Betroffenen im Mittelpunkt stehen.

Literatur:

- FRANCO BASAGLIA (Hg.): *Die negierte Institution oder Die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen – Ein Experiment der psychiatrischen Klinik in Görz*. Frankfurt, 1971
- BATESON; JACKSON; LAING; LIDZ; WYNNE u.a.: *Schizophrenie und Familie*. Frankfurt, 1969
- BRUNO BETTELHEIM: *So können sie nicht leben – Die Rehabilitation emotional schwer gestörter Kinder*. Stuttgart, 1973; derselbe: *Der Weg aus dem Labyrinth – Leben lernen als Therapie*. Stuttgart, 1975
- DÖRNER, KLAUS; PLOG, URSULA (Hg.): *Sozialpsychiatrie*. Neuwied, 1972
- FINZEN, ASMUS; HOFFMANN-RICHTER, ULRIKE: *Was ist Sozialpsychiatrie?* Bonn, 1995
- FISCHER, FRANK: *Irrenhäuser – Kranke klagen an*. München, 1969
- HOFFMANN-RICHTER, ULRIKE; HASELBECK, HELMUT; ENGFER, RENATE (Hg.): *Sozialpsychiatrie vor der Enquete*. Bonn, 1997
- MANONNI, MAUD: *Der Psychiater, sein Patient und die Psychoanalyse*. Olten, 1973
- MITSCHERLICH, ALEXANDER und MARGARETE: *Die Unfähigkeit zu trauern – Grundlagen kollektiven Verhaltens*. Frankfurt, 1977

Niels Pörksen

Die Solidarität der Schwachen kann mehr bewirken als der gesammelte Fachverstand der Experten

Persönliche Bilanz nach 30 Jahren

Die Stationen:

- Mannheim – Abteilung Gemeindepsychiatrie
- Bad Dürkheim – der Landeswohlfahrtsverband Hessen verschiebt seine Langzeitpatienten außer Landes
- Häcklingen-Uelzen – »Ausgrenzen ist leichter«
- Bielefeld-Bethel – von der Anstalt in den Alltag der Gemeindepsychiatrie

Station 1 – Abteilung Gemeindepsychiatrie Mannheim

Ausgehend von einer einjährigen Intensivausbildung am Institut für Gemeindepsychiatrie der Harvard-Universität in Boston im Jahr des intensiven gesellschaftlichen Wandels 1967/68 und in der Blütezeit der amerikanischen Mental-Health-Bewegung erhielt ich nach der Rückkehr ab 1969 das Angebot der Sozialpsychiatrischen Klinik der Universität Mannheim-Heidelberg (Vorläufer des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit), eine Abteilung Gemeindepsychiatrie aufzubauen mit der Zielsetzung, psychiatrisches Handeln in der Gemeinde, außerhalb der eigentlichen Psychiatrieszene, zu entwickeln.

Mit einem multiprofessionellen Team, einer psychiatrischen Fachkrankenschwester, einer Sozialarbeiterin, einem ärztlichen Fachkollegen, einer Public-Health-Expertin aus den USA, Sekretärinnen und Praktikanten begannen wir uns in die soziale Szene der Stadt Mannheim einzumischen. Die Erfahrungen dieser Zeit wurden 1974 im Rowohlt-Verlag unter dem Titel »Kommunale Psychiatrie – das Mannheimer Modell« publiziert.

Keiner – auch wir nicht – wusste zu Beginn dieser neu geschaffenen Abteilung, wie die konkrete Tätigkeit eines gemeindepsychiatrischen Teams aussehen würde. Nach ersten vorsichtigen Kontaktaufnahmen in der sozialen Landschaft der Stadt entstanden unterschiedliche Arbeitsfelder:

1. Wir führten eigene Projekte durch: Etwa den Aufbau eines Clubs für chronisch psychisch Kranke, die in der Stadt lebten, gemeinsam mit dem Mannheimer Hausfrauenverband, der über viele Jahre mitarbeitete.
2. Wir gründeten die Mannheimer Arbeitsgemeinschaft für Suchtkrankenhilfe, gemeinsam mit einer Gruppe Heidelberger Studenten. Diese Initiative brachte uns viel Ärger aus der traditionellen Suchthilfeszene ein, weil sie pragmatisch, unideologisch und nicht dem Abstinenzdogma verhaftet begleitende Hilfen für Betroffene anbot.
3. Wir initiierten die Organisation von Selbsthilfeinitiativen und tagesstrukturierenden Angeboten in heruntergekommenen und verwahrlosten Notunterkünften der Stadt. Mitzuerleben, wie völlig verwahrloste, vereinsamte und verschrobene Einzelgänger bereit waren, ihre eigenen Interessen wahrzunehmen und zu vertreten, wie sie wieder lernten, miteinander zu reden und zu feiern, Regeln des Umganges untereinander einzuhalten, unmittelbare Gewaltandrohungen nicht als zentrales Mittel der Kommunikation zu nutzen usw. – das sind Erfahrungen, die man sich heute wieder zu Nutze machen kann, wenn man denjenigen chronisch psychisch Kranken behilflich sein will, die sich dem Netz des gemeindepsychiatrischen Vollversorgungsanspruches entzogen haben, in Notunterkünften leben und dennoch auf sozialpsychiatrische Hilfen angewiesen sind.
4. Wir leisteten Beratungshilfen und Supervisionen in sozialen Brennpunkten, im Sozialamt, in der Nichtsesshaftenberatungsstelle der

Stadt (in der handfeste psychiatrische Probleme von Sachbearbeitern zu regeln waren und nicht von psychiatrischen Fachleuten wie in der Poliklinik der Universität), in einem kleinen Resozialisierungsverein für jugendliche Strafgefangene, in der Erziehungsbeistandschaft, in Einrichtungen der Jugendhilfe und vieles mehr.

Die Altenhilfe, teilweise privatwirtschaftlich oder karitativ organisiert, war wenig an der Zusammenarbeit mit einem gemeindepsychiatrischen Team interessiert, das sich überwiegend für Enthospitalisierungsprojekte und für die Förderung persönlicher Selbständigkeit jedes einzelnen Menschen stark machte.

Das Projekt »Gemeindepsychiatrie«, so wie wir es verstanden, scheiterte im Wesentlichen aus drei Gründen:

Die Zeit war noch nicht reif, psychiatrisches Handeln außerhalb der Psychiatrie in der Gemeinde auf- und auszubauen. Es war die Zeit vor der Psychiatrieenquete, vor den Enthospitalisierungsinitiativen, vor dem Aufbau ambulanter und komplementärer psychiatrischer Dienste. Die Psychiatrie musste zunächst »ihr eigenes Feld bestellen«, bevor sie sich in die vielfältigen psychosozialen Handlungsfelder der Kommunalen Jugendhilfe, der Sozialhilfe, der Wohnungslosenhilfe, Altenhilfe usw. berechtigterweise einmischte.

Gemeindepsychiatrisches Handeln (in) der Gemeinde ist nicht allein mit den Möglichkeiten neutraler Beratung und Supervision getan. Einmischen, Position beziehen, Mitmachen ist notwendig.

So scheiterte eine geplante Zusammenarbeit mit dem im Aufbau befindlichen Beratungsinstitut an der Universität Gießen, geleitet von Prof. FÜRSTENAU, weil dieser sich der strikten Beraterneutralität verpflichtet fühlte und alles andere – wie auch das Handeln seines Kollegen HORST-EBERHARD RICHTER – als »sozialträumerische Phantasterien« abtat.

In der Stadt Mannheim gefiel dem Dezernenten für Sozial- und Gesundheitspolitik das Auftreten der Gemeindepsychiatrie nicht: »Wo immer ich hinkomme, Ihr wart schon da und habt die Leute agitiert,

Sozial- und Jugendhilfepläne eingefordert, sozialpolitische Initiativen unterstützt oder initiiert.«

Auch die Leitung der Sozialpsychiatrischen Klinik, Vorläufer des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit, hatte sich von der kleinen, aber feinen Abteilung Gemeindepsychiatrie eine Image-Verbesserung und ansehnliche öffentlichkeitswirksame Projekte erwartet und nicht so sehr eine Politik des sich Einmischens und der Parteinahme. Klinik und Universität als Orte neutraler Forschung und Lehre fühlten sich nicht angemessen gewürdigt.

Letzten Endes waren die ersten beiden Gründe ausreichend, das befristete Arbeitsverhältnis des Leiters der Abteilung Gemeindepsychiatrie vorzeitig zu beenden.

Dennoch: 25 Jahre nach der Psychiatrieenquete, nach der Professionalisierung der Psychiatrie, nach zunehmender Realisierung gemeindepsychiatrischer Handlungsfelder, wird unvermindert deutlich: Psychiatrisches Handeln geschieht am ehesten integrativ in der somatischen Medizin, in der Suchtkrankenhilfe, in der Wohnungslosenhilfe, in der Altenhilfe. An vielen Stellen, so etwa im Sozialamt der Stadt Köln zeigen sich Ansätze einer solchen Entwicklung.

Als Abteilung Gemeindepsychiatrie mit dem erwähnten sozialintegrativen Handlungskonzept war sie zu früh. Wer sich heute das Buch »Kommunale Psychiatrie« von 1974 vornimmt, entdeckt allerdings die unverminderte Aktualität. Gemeindepsychiatrie ist Integration psychiatrischen Handelns vor Ort und nicht nur die Gestaltung gemeindenaher psychiatrischer Handlungsfelder.

2. Bad Dürkheim – ein kurzes Intermezzo

Oder: Der vergebliche Versuch des Landeswohlfahrtverbandes Hessen, die Anstaltsreform durch Verlegung von Langzeitpatienten in entfernte leer stehende Heime oder Sanatorien zu realisieren.

Aus der Not geboren und bedingt durch den Arbeitsplatzverlust in Mannheim übernahm ich die Position des Chefarztes der Rehabilita-

tionsklinik Sonnenwende in Bad Dürkheim. Gemeinsam mit dem Psychologen WOLFGANG ECKARDT, der dazu seine Position im Quickborner Team, einer Sozialberatungsfirma aufgab, übernahm ich die Leitung der Bad Dürkheimer Klinik, einem ehemaligen Sanatorium der LVA, jetzt in angeblich gemeinnütziger Trägerschaft einer Sanatoriumsgesellschaft.

Innerhalb weniger Wochen wurde uns klar, dass hier – angestoßen durch den Zwischenbericht der Psychiatrieenquete zu den elenden menschenunwürdigen Verhältnissen in psychiatrischen Anstalten – die einzelnen Bundesländer damit begannen, ihre Langzeitpatienten überwiegend in die leer stehenden Sanatorien, Rehabilitationskliniken oder neu erbauten Großanstalten abzuschieben. Von den Langzeitpatienten in Bad Dürkheim erfuhren wir, dass sie oft ohne Wissen und Mitwirkung in Busse verfrachtet wurden, ihre wenige persönliche Habe in Bündeln oder alten Koffern mitbrachten und so unvorbereitet in einer völlig fremden Gegend angeblich zu Rehabilitationszwecken verlegt worden waren.

Der Krankenhausträger schmückte sich mit den sozialpsychiatrisch orientierten Leitungspersonen, war aber an nichts anderem als Geldverdienen mit diesen Langzeitpatienten interessiert. Unser Bemühen um Verselbständigung der Patienten, Entwicklung individueller Rehabilitationspläne, angemessener Arbeitsformen in eigenen Werkstätten usw. wurde missbilligend zur Kenntnis genommen. Der Träger hatte Heimarbeit für die Patienten organisiert, damit sie, fast ohne Entlohnung, zur Kostendämpfung und Gewinnmaximierung beitragen.

WOLFGANG ECKARDT wurde bereits nach sechs Wochen fristlos entlassen, mich als eher auf Integration bedachten Psychiater hoffte man zum Bleiben und zur Stabilisierung der Einrichtung halten zu können.

Vielleicht wäre es möglich gewesen, die nach Bad Dürkheim verlegten Frauen und Männer allmählich so weit zu fördern, dass sie hätten entlassen werden können. Anonyme Vormundschaften wurden von uns innerhalb weniger Wochen durch Initiativen bei Gerichten aufgehoben, die Patienten begannen, sich zu organisieren, sich wieder für ihr

eigenes Leben zu interessieren. Krankenschwester und Pfleger, in Schnellkursen zu psychiatrischem Grundverständnis angeleitet, gewannen Interesse an der Arbeit.

Letzten Endes war es einerseits unsere eigene Ungeduld und andererseits die zunehmende Skepsis des Krankenhausträgers, die mich entweder zu mehr Anpassung oder zu offensivem Handeln mit dem Risiko der Entlassung zwangen. Letzteres erfolgte dann mit »bundesweitem Getöse«. Angefangen mit einem ganzseitigen Artikel in der »Frankfurter Allgemeinen«, in dem vorwiegend der Landeswohlfahrtsverband Hessen wegen seiner »Patientenverschiebungspraxis« angeprangert wurde, einem mehrseitigen Dossier von ERNST KLEE in der ZEIT, Artikeln in der lokalen Presse und im lokalen Fernsehen sowie täglichen Berichterstattungen in HR 2 »Neues aus der Sonnenwende« war letztlich der Rausschmiss eingeleitet worden.

Die von STEFAN AUST aufgezeichnete Panoramasendung entfiel, weil sich »unglücklicherweise« zum selben Zeitpunkt GÜNTER WALLRAFF in Athen hatte anketten lassen und weil dem NDR eine einstweilige Verfügung des Heimträgers drohte.

Die Medien waren bereit und interessiert für solche Berichterstattungen. Der Landeswohlfahrtsverband Hessen knickte ein und nahm viele der Langzeitpatienten zurück, die zurück wollten und änderte seine Verlegungspraktiken. Das mag als Erfolg gewertet werden.

Für Patienten, Kolleginnen und Kollegen vor Ort muss unser ungeduldiges, selbstgerechtes und manchmal überhebliches Auftreten letzten Endes doch befremdlich gewesen sein. Bei sehr kritischer Betrachtung eines älteren ruhiger gewordenen Gemeindepsychiaters wäre ein behutsames, auf Entwicklungsprozesse setzendes Vorgehen erfolgreich gewesen, auch im Hinblick auf eine über Jahrzehnte ausgebliebene gemeindepsychiatrische Vollversorgung der Region um Bad Dürkheim, die von der Sonnenwende aus ohne weiteres möglich gewesen wäre.

Ein persönlich negatives Nachspiel hatte das Ganze: Als der verantwortliche Landesrat im Landeswohlfahrtsverband Hessen mich An-

fang der achtziger Jahre zum ärztlichen Leiter des psychiatrischen Krankenhauses Merxhausen berufen wollte, erinnerten einige sich an die Ereignisse von Bad Dürkheim. In einem persönlichen Gespräch gab mir der damalige Landesdirektor PÜNDER dann zu verstehen, dass man auf mich deshalb verzichten müsse, weil man Sozial- und Gemeindepsychiatrie in Zukunft zwar wolle, aber niemals mit Unterstützung der Medien. Die späte Rache des angeprangerten mächtigen Wohlfahrtsverbandes.

3. Station: Häcklingen (Lüneburg) und Uelzen

Häcklingen 1974 – eine kleine psychiatrische Klinik mit 104 Betten, einem gemeinnützigen Verein als Träger, hervorgegangen aus der Arbeits- und Sozialbehörde in Hamburg mit dem Ziel, eine Alternative zur Anstaltspsychiatrie aufzubauen. Mitbegründer und ärztlicher Leiter EMIL THIEMANN lebte in der Klinik, war 24 Stunden ansprechbereit, ein liebenswerter, patriarchalischer Leiter, der genesene Patienten zu Mitarbeitern machte und Grundsätze therapeutischer Gemeinschaft verwirklichte.

Der Vorstand des Vereins hatte mich nach Häcklingen geholt mit dem Ziel, die etwas verschlafene therapeutische Lebensgemeinschaft, in der viele Patienten über Jahre blieben und sich auf Dauer einzurichten schienen, in eine gemeindepsychiatrisch orientierte Klinik zu verändern.

So ein Prozess geht nicht ohne Versorgungsregion. Nach zähem Ringen ließ sich das Sozialministerium Niedersachsen dazu bewegen, den benachbarten Landkreis Uelzen mit seinen 100.000 Einwohnern als Pflichtversorgungsgebiet auszuweisen.

Die »Offiziellen« im Landkreis Uelzen waren anfangs befremdet darüber, dass ihr Beitrag zur psychiatrischen Versorgung in Zukunft mehr sein sollte als der, die Kranken und Unbequemen per Gesetz in das Landeskrankenhaus Lüneburg einzuweisen und sich damit eigener Zuständigkeit zu entledigen. »Wir wollen hier keine Psychiatrie, wir wollen vor allem nicht, dass hier die Ruhe im Landkreis gestört wird durch Wohngemeinschaften oder ähnlichem...«

Der Widerstand wuchs, nachdem es uns gelungen war, eines der ersten Bundesmodellprojekte nach der Psychiatrieenquete zu erhalten – einen Sozialpsychiatrischen Dienst für den Landkreis Uelzen, in Trägerschaft unseres Vereins.

Mit einem multiprofessionellen Team machten wir uns – mehr oder weniger ungefragt und in räumlicher und fachlicher Distanz zum örtlichen Gesundheitsamt – für die Belange der psychisch Kranken und Suchtkranken im Landkreis zuständig und verantwortlich. Trotz aller Widerstände trieb uns die Begeisterung für eine gemeindepsychiatrische Versorgung, möglichst ohne stationäre Behandlung, voran. Der damalige ärztliche Leiter, DR. JOCHEN ZENKER, hospitierte im »Mekka der Psychiatrie ohne Institution«, in der Provinz Arezzo in Italien. Eine Delegation aus Italien kam nach Häcklingen und Uelzen, machte uns Mut und forderte uns heraus.

Für mich entstand die absurde Situation, einerseits die Mitarbeiter des sozialpsychiatrischen Dienstes zu motivieren, in enger Abstimmung mit niedergelassenen Ärzten und den sozialen Diensten Patienten um jeden Preis ambulant zu versorgen und Krankenhauseinweisungen zu vermeiden – gelegentlich durch stundenlange tägliche Kriseninterventionsbemühungen bei Hausbesuchen –, dann aber in die Klinik zurückzukehren und mit der Existenzfrage konfrontiert zu sein, die sich leerenden Betten mit Patienten füllen zu müssen, notfalls aus den von uns nicht versorgten benachbarten Landkreisen bis hin nach Hamburg.

Die Psychiatrie war noch nicht reif für ein regionales Gesamtbudget. So schien es uns als die Rettung aus der Krise, als die Bundesregierung 1980 den Startschuss zum Bundesmodellprogramm gab. Wir erklärten uns dazu bereit, mit dem vorhandenen Personal alle ambulanten, stationären und komplementären Aufgaben im Landkreis Uelzen zu übernehmen, notfalls mit den Mitarbeitern der Küche einen Mittagstisch vor Ort zu organisieren, mit den Mitarbeitern der Gärtnerei im Arbeitsprojekt mit Patienten zur Pflege der städtischen Parks in Uelzen usw.

Aufgabe des Projektes sollte es sein, unser Wirken wissenschaftlich zu begleiten und die Fehlbedarfsfinanzierung, die durch Belegungseinbrüche erwartet wurden, zu übernehmen.

Dieser Traum ging nicht in Erfüllung, weil der Protagonist der CDU-geführten Bundesländer, FRANZ-JOSEF STRAUSS die »Entpsychiatisierung der Psychiatrie« befürchtete und alle CDU-geführten Länder zum Ausstieg aus dem Modellprogramm bewegen konnte. Niedersachsen, damals von der CDU regiert, schloss sich dem an. Wir waren wieder auf uns zurückgeworfen.

Es gab dann doch noch eine erfolgreiche Geschichte über das Wirken des gemeindepsychiatrischen Handelns in Uelzen.

In Erwartung des bevorstehenden Auslaufens des Modellprojektes Sozialpsychiatrischer Dienst und nach dem inzwischen in Kraft getretenen niedersächsischen PsychKG, das sozialpsychiatrische Dienste an Gesundheitsämtern vorsah, bemühten wir uns darum, die Aufgaben der Hilfen und Schutzmaßnahmen nach Psych KG übertragen zu bekommen. Die zuständigen Dezernenten lehnten unser Ansinnen lächelnd ab. Sie planten, das Türschild einer Sozialarbeiterin im Gesundheitsamt mit dem Zusatz »Sozialpsychiatrischer Dienst« zu versehen und somit dem Auftrag des Landes Genüge zu tun.

In unserer Not organisierten wir eine bundesweite Tagung in den Räumen des Stadttheaters Uelzen unter prominenter Mitwirkung des Initiators der Psychiatrieenquete, des Bundestagsabgeordneten der CDU WALTER PICARD, des Mitinitiators des Modellprogramms HORST-EBERHARD RICHTER, der Begründerin sozialpsychiatrischer Dienste in der Bundesrepublik RUTH MATTHEIS, Senatsdirektorin aus Berlin und vieler anderer. Eine gelungene Tagung, von Fachleuten und Medien so bewertet.

Im Landkreis Uelzen allerdings wurde der CDU-Bundestagsabgeordnete PICARD von seinen Parteifreunden nicht empfangen. RUTH MATTHEIS und HORST-EBERHARD RICHTER interessierten zwar den NDR und die schreibende Zunft, nicht aber den Landrat oder den Kreisdi- rektor. Den engagierten Mitarbeitern des Landkreises war dringend geraten worden, an der Veranstaltung nicht teilzunehmen.

In unserer Not organisierten wir eine Bürgerinitiative, gemeinsam mit

Patienten, unserem Tagestreff, der Teestube, Angehörigen, niedergelassenen Nervenärzten und Hausärzten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Wohlfahrtsverbände und der Kirchen.

Es gelang in wenigen Wochen, täglich Thema in den Medien zu werden, an jedem Wochenende in der Fußgängerzone für unser Anliegen zu werben, skeptische niedergelassene Nervenärzte mit in die Spitze der Bewegung hineinzubringen, den für Vormundschafts- und Unterbringungsfragen zuständigen Richter einzubinden und vieles mehr.

Was der gesammelten Fachwelt nicht gelang, schafften »Betroffene«, Patienten, Angehörige, Professionelle und eine engagierte Öffentlichkeit im Verbund mit den die Initiative fördernden Medien. Alle gemeinsam erreichten die Verhandlungsbereitschaft der Verantwortlichen des Landkreises Uelzen. Der Bund schaltete sich vermittelnd ein, stellte eine großzügige Auslauffinanzierung des Modellprojektes in Aussicht und sorgte so mit dafür, dass der Sozialpsychiatrische Dienst die Regelversorgung des Landkreises nach dem niedersächsischen Psych KG übernahm.

Ergebnis dieser Initiative war die Bestätigung einer gemeindepsychiatrischen oder sozialpolitischen Grundwahrheit. Nichts ist so mächtig wie die Solidarität der Betroffenen im Verbund mit den Verantwortlichen.

Für die Klinik und den Träger gab es außerhalb des zuständigen Landkreises keine wirkliche Existenzberechtigung. Inzwischen – im Jahre 2000 – ist zumindest die Tagesklinik neben dem Sozialpsychiatrischen Dienst in der Stadt Uelzen angesiedelt, die Entscheidung zur Verlagerung der Klinik endgültig gefallen.

Versorgungs-Psychiatrie lässt sich nur innerhalb der verantwortlichen kommunalen Strukturen realisieren. Derartige Prozesse dauern offensichtlich lange.

Aber die »Rettung« des Sozialpsychiatrischen Dienstes war in meiner beruflichen Laufbahn eines der eindrucksvollsten und erfreulichsten Erfolgsprojekte. Es brauchte allerdings auch für uns Eingeweihte eine Weile bis zu der Einsicht, dass die Kraft und Solidarität der Schwa-

chen mehr bewirken kann als der gesammelte Fach- und Sachverstand der Experten.

Einiges aus der Arbeit in Häcklingen wurde in dem Buch »Häcklingen-Uelzen – Ausgrenzen ist leichter«, Psychiatrie Verlag, 1981, publiziert.

4. Station – Gemeindepsychiatrie in Bielefeld

In Bielefeld waren die Voraussetzungen anders. Die von Bodelschwingschen Anstalten hatten mich 1984 eingestellt mit der Zielsetzung, aus einem überregionalen psychiatrischen Großkrankenhaus für krankenhausbehandlungsbedürftige Patienten und Langzeitbewohner ein regionales psychiatrisches Versorgungskrankenhaus für die Großstadt Bielefeld zu realisieren. Bis zu dem Zeitpunkt war die Westfälische Klinik in Gütersloh zuständig.

Die Ausgangslage war günstig:

Zahlreiche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den von Bodelschwingschen Anstalten waren in hohem Maße bereit, die Umwandlung eines überregionalen Großkrankenhaus in ein Gemeindepsychiatrisches Zentrum mitzugestalten. In der Stadt Bielefeld war die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit den am Ort befindlichen von Bodelschwingschen Anstalten groß, die psychosoziale Arbeitsgemeinschaft tagte seit Jahren in den Räumen der von Bodelschwingschen Anstalten. Anfang 1985 führten der Sozialausschuss sowie der Krankenhausausschuss gemeinsam ein ganztägiges Hearing durch mit der Zielsetzung, die gemeindepsychiatrische Entwicklung aus der Perspektive der Kommune festzulegen.

Absolute Priorität räumten alle dem Aufbau eines Krisendienstes rund um die Uhr ein, ähnlich wie in der Stadt Bremen. Als Nächstes wurden Arbeits- und Beschäftigungsprojekte sowie das Betreute Wohnen angestrebt.

In den 15 Jahren meiner Tätigkeit in Bielefeld gab es trotz mancher Schwankungen einen breiten überparteilichen Konsens in der Förde-

rung gemeindepsychiatrischen Handelns. Der Krisendienst stand als Daseinsvorsorge nie zur Disposition, auch nicht, als die Kassen knapp wurden. Betreutes Wohnen in der Gemeinde Bielefeld ist für psychisch Kranke und geistig Behinderte in einem Ausmaß entwickelt worden wie kaum in einer anderen Stadt der Bundesrepublik. Die zuständigen Träger haben sich zum gemeindepsychiatrischen Verbund zusammengeschlossen.

Nach mehreren Anläufen gelang es, ein Gemeinschaftsprojekt für die Versorgung chronisch mehrfach geschädigter alkoholabhängiger Menschen unter Federführung der Stadt Bielefeld aufzustellen. Gemeinsam mit Wohnungslosenhilfen der Stadt und der von Bodelschwinghschen Anstalten, des aufsuchenden Gesundheitsdienstes, der Wohnraumbewirtschaftung, des Betreuten Wohnens und der Psychiatrischen Klinik sowie der Psychiatrischen Ambulanz entstand ein dichtes Netz an verbindlichen Hilfen für diesen Personenkreis mit der Zielsetzung, hier ein Pflichtversorgungsmodell zu schaffen. Die zuständige Steuerungsgruppe ist gemeinsam mit der Steuerungsgruppe Drogenhilfe beim verantwortlichen Dezernenten der Stadt angesiedelt.

Die gemeindepsychiatrische Entwicklung wird von den verschiedenen Trägern in der Kommune, vor allem aber vom Psychiatriebeirat und dem zuständigen Sozialamt Gesundheitsausschuss verantwortlich begleitet und gesteuert, der Psychiatriekoordinator hat eine zentrale Funktion. Die Rolle der verschiedenen Dienste und Angebote der Klinik, der Tageskliniken sowie der Ambulanz sind als Basis der gemeindepsychiatrischen Versorgung unabdingbar.

Bleibende Erkenntnis

Wichtigste Erkenntnis ist die, dass letzten Endes Gemeindepsychiatrie am ehesten funktionieren kann, wenn die Zuständigen und Verantwortlichen vor Ort den notwendigen langen Atem im Aushandeln und Entwickeln gemeindepsychiatrischer Projekte mitbringen.

Weiterhin ist gemeindepsychiatrisches Handeln nur dann Erfolg versprechend, wenn es Personen gibt, die sich das Gelingen zur Aufgabe machen, die sich permanent einmischen, und sich permanent darum bemühen, die notwendigen Schritte zur Realisierung gemeindepsychiatrischen Handelns zu tragen.

Bei aller berechtigten Kritik an meinem häufigen Fernbleiben aus dem klinischen Alltag: Für mich war das übergeordnete Ziel immer die Realisierung gemeindepsychiatrischer Projekte vor allem für die Menschen mit schweren psychischen Störungen. Deren Leben spielt sich im Wesentlichen außerhalb der Klinik in der Gemeinde ab. Dort musste von daher auch ein zentraler Schwerpunkt meines Handelns angesiedelt sein. Regelmäßige Kontakte zu Politikern und den Behörden, Mitwirkung in den Gremien von Sozial- und Gesundheitsausschüssen und Psychiatriebeirat, psychosozialer Arbeitsgemeinschaft und ad-hoc-Arbeitsgruppen waren für mich von Anfang an selbstverständlich und unabdingbar. In Bielefeld waren die Rahmenbedingungen vor allem wegen der hohen gemeindepsychiatrischen Motivation der Mitarbeiterschaft in den von Bodelschwingschen Anstalten und der Stadt günstig. Hinzu kamen die erfolgreichen örtlichen Vereine der Angehörigen und Psychiatrieerfahrenen, mit denen seit Beginn der 90er Jahre gemeinsam im Dialog wesentliche Schritte zur Weiterentwicklung der Psychiatriereform »vor Ort« erarbeitet wurden, nicht zuletzt die Behandlungsvereinbarung (mit ANGELIKA DIETZ und WOLFGANG VOELZKE) und die Initiativen zur Öffnung der Türen.

Heiner Keupp

Lernschritte in Psychiatriereform

Von der »Fürsorglichen Belagerung« zu einer Empowerment-Perspektive

Jeden Tag können wir hören, dass die Zeiten, in denen sich die soziale Reformbewegungen formiert hätten, endgültig vorbei seien. Es seien Reformbewegungen auf dem Plateau entwickelter Wohlfahrtsstaaten gewesen. Sie hätten im Wesentlichen einen weiteren Ausbau dieser Wohlfahrtssysteme gefordert und eine nachholende Modernisierung für gesellschaftliche Bereiche betrieben, die – wie Bildung oder psychosoziale Versorgung – Vorstellungen von Chancengleichheit offenkundig nicht entsprachen. In jenen Zeiten hätte sich der Traum von einem Zeitalter »immerwährender Prosperität« ausgebildet, wie es BURKART LUTZ 1984 formuliert hat. Er hat allerdings bereits damals diesen Traum als »kurzen Traum« bezeichnet, als Illusion.

War das Projekt der Gemeindepsychiatrie, der Rekommunalisierung von psychischem Leid und den erforderlichen Hilfen, ein Teil dieser Illusion? Zeigt das allmähliche Verblässen der Faszinationskraft, die gemeindepsychiatrische Projekte einst ausgezeichnet hatte, nicht, dass ihre Zeit vorbei ist? In der Psychiatrie haben sich biologische Denkmodelle und Therapieverfahren, nach Jahren heftiger Kritik, wieder gut erholt und wohl eher an Bedeutung gewonnen.

Man könnte ja mal den Versuch unternehmen, sich vorzustellen, wie die Fachhistoriker der Zukunft die hinter uns liegenden drei Jahrzehnte beschreiben und einordnen werden. Geschichte ist nie eine bloße Ereignisabfolge, die allenfalls in Bezug auf die »grauen Vorzeiten« auf Vermutungen und Schlussfolgerungen angewiesen ist, weil

die Quellenlage die Rekonstruktion der objektiven Ereignisse erschwert oder verunmöglicht. Geschichte ist Narration und folgt einer spezifischen Erzähllogik (WHITE 1990). So lässt sich auch die Geschichte der Sozialpsychiatrie höchst unterschiedlich erzählen. Wenn eine Geschichte der Sozialpsychiatrie der letzten Jahrzehnte des 20. Jahrhunderts verfasst würde, könnten sicherlich unterschiedliche Versionen vorgelegt werden. Zwei mögliche will ich skizzieren. Eine könnte so lauten:

In den ersten Jahrzehnten nach dem 2. Weltkrieg waren die westlichen Industriegesellschaften durch eine hohe wirtschaftliche Prosperität gekennzeichnet. Auf einem solchen gesellschaftlichen Niveau wurden differenzierte und umfassende Wohlfahrtsprogramme entwickelt. Es wurden großräumige sozialpolitische Reformprojekte entworfen und umgesetzt, vor allem auch im Bereich der psychosozialen Versorgung. Im Zuge dieser Entwicklung hat es eine enorme Konjunktur psychosozialer und psychotherapeutischer Konzepte und Projekte gegeben. Vor allem die Berufsgruppen der PsychologInnen und SozialarbeiterInnen erlebten einen gewaltigen Zunahmeschub und vermehrten ihren Bestand um mehrere 100 Prozent. Als Höhepunkt dieser Entwicklung kann man die Psychiatrie-Enquete im Jahre 1975 bezeichnen, mit der ein umfassendes Reformprogramm für die psychosoziale Versorgung vorgelegt wurde. »Gemeindenaher Versorgung« oder »Sozial-« bzw. »Gemeindepsychiatrie« waren die Reformziele. Es ging um den Aufbau von gemeindenahen Einrichtungen, die zum einen Aufgaben einer umfassenden Prävention psychischer Störungen übernehmen und zum anderen ein differenziertes System von Hilfen für Menschen mit psychischen Störungen bürgernah anbieten sollten. Als Anspruch wurde ein möglichst vollständiger ambulanter Ersatz für die bis dahin vorherrschende stationäre Unterbringung von psychisch kranken Menschen formuliert. In den Reformkreisen war man sich in dem Ziel weitgehend einig, die traditionellen psychiatrischen Großkrankenhäuser aufzulösen bzw. sie radikal in ihrem Bettenbestand zu reduzieren. Als zentrale Reformziele wurde die möglichst umfassende Reintegration psychiatrischer Patienten in normale Lebens- und Arbeitsvollzüge formuliert.

Ungeduldig warteten die Reformgruppierungen auf die Initiative der Bundesregierung. Es dauerte mehr als drei Jahre, bis diese ihre offizielle Stellungnahme zur Psychiatrie-Enquete abgab, und in ihr wurden Hoffnungen auf finanziell gut ausgestattete Umsetzungsprogramme deutlich gebremst. Der DGSP-Sternmarsch 1980 war nicht zuletzt eine Reaktion auf die erkennbare Reformmüdigkeit der sozialliberalen Regierung. Deren Antwort stand bereits im Schatten der zunehmenden ökonomischen Krise der westlichen Industriestaaten – bereits von Begriffen wie »Sozialabbau«, »Arbeitslosigkeit« und »Krise des Sozialstaats« geprägt. In vielen dieser Länder sind die sozialdemokratischen Regierungen abgelöst worden (in der Bundesrepublik kam es zur sog. »Wende«). Man sprach – scheinbar voreilig – vom Ende des »sozialdemokratischen Zeitalters«.

In den letzten 1 1/2 Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts wurden die wohlfahrtsstaatlichen Programme in allen westlich-kapitalistischen Gesellschaften schrittweise abgebaut. Viele »Errungenschaften« der Reformära konnten nicht erhalten werden. Im Zuge dieses gesellschaftlichen Strukturwandels ist auch die Stimme der Gemeindepsychiatrie zunehmend leiser geworden. Die großen psychiatrischen Anstalten sind in ihrer Bettenkapazität erheblich reduziert worden. Sie sind erheblich modernisiert worden, wurden zu »Kliniken« und haben ihren zentralen Stellenwert im Gesamtsystem psychosozialer Versorgung eher gefestigt. Im Zuge dieser Modernisierung haben sie – gemessen an internationalen Vergleichsstandards – ein gutes Niveau stationärer Hilfen erreichen können. Hier lässt sich wohl kaum von einer nachhaltigen gemeindepsychiatrischen Reform sprechen. Zum Ende des Jahrhunderts waren zwar sozialdemokratische Parteien fast in allen europäischen Ländern in der Regierungsverantwortung, aber sie waren auch um einen »dritten Weg« bemüht, der sich von der Idee sozialstaatlicher Vollversorgung deutlich unterscheidet. Die politische Gestaltungskraft einzelner Parteiformierungen ist offensichtlich erloschen. Stattdessen stellen die Betriebswirte mit ihrem Managementdiskurs eine neue hegemoniale Ordnung des Kosten-Nutzen-Denkens und der instrumentellen Vernunft her. An die Reformdiskurse der Emanzipation und der Deinstitutionalisierung wird nur noch bei Abschiedsfeiern der Reformveteranen erinnert.

Die Geschichte könnte jedoch auch anders erzählt werden. Der erste Teil wäre identisch, aber die Entwicklung ab den 80er Jahren würde anders rekonstruiert werden. Ins Zentrum würde der Gedanke gerückt werden, dass die Gemeindepsychiatrie weniger durch Aus- und Abbau wohlfahrtsstaatlicher Systeme, also durch externe staatliche Sozialpolitik, bestimmt war, sondern durch die Vitalität ihrer Konzepte wie Netzwerkförderung, Selbstorganisation oder Empowerment. Sie definiert ihre internen Erfolgskriterien nicht durch die Erringung institutioneller Machtpositionen, sondern durch spezifische inhaltliche Ziele. Vor allem wird der Erfolg der Gemeindepsychiatrie weniger an spektakulären öffentlichen Aktionen gemessen, sondern an neuen Normalitäten, die entstanden sind. Die Selbstverständlichkeit, mit der Sozialpsychiatrische Dienste vorhanden sind und wirksame Arbeit im Netz psychosozialer Versorgung übernommen haben; das Vorhandensein abgestufter Hilfesysteme von Therapeutischen Wohngemeinschaften, über Betreutes Einzelwohnen, Tag- und Nachtkliniken, Tagesstätten, kunsttherapeutische Ateliers, Arbeitsprojekte, ambulante Gerontopsychiatrische Dienste etc. Es wird über »Gemeindepsychiatrische Verbundlösungen« verhandelt.

In den letzten drei Jahrzehnten hat sich also eine beachtliche Transformation der psychosozialen Versorgung vollzogen und vieles trägt ein gemeindepsychiatrisches Gütesiegel.

Beide Lesarten sind legitim, aber sie ergeben noch längst keine »vollständige Wahrnehmung«. Ich möchte noch eine dritte Version vorschlagen. Sie orientiert sich weniger an den politischen Veränderungen, sondern an den ihnen zugrunde liegenden gesellschaftlichen Umbrüchen. Es war immer Anspruch der Gemeinde- oder Sozialpsychiatrie, das eigene Handeln als gesellschaftliches Handeln zu reflektieren. Die Vorsilbe »Sozial-« in der Sozialpsychiatrie hat uns in der DGSP Identität und eine kämpferische Perspektive ermöglicht und gleichzeitig hat sie etwas Beunruhigendes, vor allem dann, wenn – wie gegenwärtig – dieses »Soziale« so unklar wird. Jedenfalls setzt es uns unter den Anspruch, immer wieder von neuem das »Sozialpsychiatrische Projekt« zu reflektieren. Als wir unseren Verband gründeten, standen wir am Beginn einer gesellschaftlich-ökonomischen Aufschwungphase, die es nahe legte, die Reform der ausgrenzenden tra-

ditionellen Psychiatrie auf die Tagesordnung zu setzen. Die Arbeitsmärkte schienen ungeahnte Entwicklungsmöglichkeiten zu offerieren und es wurde zu einer realistischen Option, möglichst vielen Menschen, auch und gerade solchen mit schweren lebensgeschichtlichen Hypotheken, Integrationsmöglichkeiten in diese Arbeitsmärkte zu verschaffen. Ausgrenzung sollte durch »Rekommunalisierung« überwunden werden und die Arbeitsintegration war ein bevorzugtes Ziel. Natürlich gab es auch den Diskurs über die »krankmachende«, zerstörerische Qualität von Arbeit, aber der damals so offensiv angelegte Versuch einer »Humanisierung der Arbeitswelt« schien diesem Diskurs seine Bedrohlichkeit zu nehmen. Wir hatten jedenfalls auch als »sozialpsychiatrisches Projekt« auf die normalitätsspendende Kraft der »Erwerbsarbeit« gesetzt, jener Zivilreligion des Kapitalismus. Der sich globalisierende Kapitalismus ist dabei, die Grundmuster unserer alltäglichen Selbstverständlichkeiten zu demontieren, und längst ist noch nicht erkennbar, wann sich wieder ein stabiles Muster etablieren wird.

Gesellschaftliche Veränderungsdynamiken

Die großen Gesellschaftsdiagnostiker der Gegenwart sind sich in ihrem Urteil relativ einig: Die aktuellen gesellschaftlichen Umbrüche gehen ans »Eingemachte« in der Ökonomie, in der Gesellschaft, in der Kultur, in den privaten Welten und auch an die Identität der Subjekte. In Frage stehen zentrale Grundprämissen der hinter uns liegenden gesellschaftlichen Epoche.

Einer der interessanten Analytiker der Gegenwartsgesellschaft ist MANUEL CASTELLS, der in einer groß angelegten Analyse die gesellschaftliche Transformationen der Weltgesellschaft in den Blick genommen hat (CASTELLS 1996; 1997; 1998). Er rückt die elektronische Kommunikationsmöglichkeiten ins Zentrum seiner Globalisierungstheorie. Sie hätten zum Entstehen einer »network society« (so der Titel des ersten Bandes der Castells'schen Trilogie) geführt, die nicht nur weltweit gespannte Kapitalverflechtungen und Produktionsprozesse ermöglichen würde, sondern auch kulturelle codes und Werte

globalisiert. Für CASTELLS bedeutet »die Netzwerkgesellschaft einen qualitativen Wandel in der menschlichen Erfahrung« (1996, S. 477): Die Konsequenzen der Netzwerkgesellschaft »breiten sich über den gesamten Bereich der menschlichen Aktivität aus, und transformieren die Art, wie wir produzieren, konsumieren, managen, organisieren, leben und sterben«. (CASTELLS 1991, S. 138)

Dieser mächtige neue Kapitalismus, der die Containergestalt des Nationalstaates demontiert hat, greift unmittelbar auch in die Lebensgestaltung der Subjekte ein. Auch die biografischen Ordnungsmuster erfahren eine reale Dekonstruktion. Am deutlichsten wird das in Erfahrungen der Arbeitswelt.

Einer von drei Beschäftigten in den USA hat mit seiner gegenwärtigen Beschäftigung weniger als ein Jahr in seiner aktuellen Firma verbracht. Zwei von drei Beschäftigten sind in ihren aktuellen Jobs weniger als fünf Jahre. Vor 20 Jahren waren in Großbritannien 80% der beruflichen Tätigkeiten vom Typus der 40 zu 40 (eine 40-Stunden-Woche über 40 Berufsjahre hinweg). Heute gehören gerade noch 30% zu diesem Typus und ihr Anteil geht weiter zurück.

KENNETH J. GERGEN sieht ohne erkennbare Trauer durch die neue Arbeitswelt den »Tod des Selbst«, jedenfalls jenes Selbst, das sich der heute allüberall geforderten »Plastizität« nicht zu fügen vermag. Er sagt: »Es gibt wenig Bedarf für das innengeleitete, ›one-style-for-all‹-Individuum. Solch eine Person ist beschränkt, engstirnig, unflexibel. (...) Wir feiern jetzt das proteische Sein (...) Man muss in Bewegung sein, das Netzwerk ist riesig, die Verpflichtungen sind viele, Erwartungen sind endlos, Optionen allüberall und die Zeit ist eine knappe Ware.« (2000, S. 104)

In seinem viel beachteten Buch »Der flexible Mensch« liefert RICHARD SENNETT (1998) eine weniger positiv gestimmte Analyse der gegenwärtigen Veränderungen in der Arbeitswelt. Der »Neue Kapitalismus« überschreitet alle Grenzen, demontiert institutionelle Strukturen, in denen sich für die Beschäftigten Berechenbarkeit, Arbeitsplatzsicherheit und Berufserfahrung sedimentieren konnten.

An ihre Stelle ist die Erfahrung einer (1) »*Drift*« getreten: Von einer »langfristigen Ordnung« zu einem »neuen Regime kurzfristiger Zeit« (S. 26). Und die Frage stellt sich in diesem Zusammenhang, wie dann überhaupt noch Identifikationen, Loyalitäten und Verpflichtungen auf bestimmte Ziele entstehen sollen. Die fortschreitende (2) *Deregulierung*: Anstelle fester institutioneller Muster treten netzwerkartige Strukturen. Der flexible Kapitalismus baut Strukturen ab, die auf Langfristigkeit und Dauer angelegt sind. »Netzwerkartige Strukturen sind weniger schwerfällig.« An Bedeutung gewinnt die »Stärke schwacher Bindungen«, womit zum einen gemeint ist, »dass flüchtige Formen von Gemeinsamkeit den Menschen nützlicher seien als langfristige Verbindungen, zum anderen, dass starke soziale Bindungen wie Loyalität ihre Bedeutung verloren hätten«. (S. 28) Die permanent geforderte Flexibilität entzieht (3) »festen Charaktereigenschaften« den Boden und erfordert von den Subjekten die Bereitschaft zum »Vermeiden langfristiger Bindungen« und zur »Hinnahme von Fragmentierung«. Diesem Prozess geht nach SENNETT immer mehr ein begreifbarer Zusammenhang verloren. Die Subjekte erfahren das als (4) *Deutungsverlust*: »Im flexiblen Regime ist das, was zu tun ist, unlesbar geworden.« (S. 81) So entsteht der Menschentyp des (5) *flexiblen Menschen*: ein »nachgiebiges Ich, eine Collage von Fragmenten, die sich ständig wandelt, sich immer neuen Erfahrungen öffnet – das sind die psychologischen Bedingungen, die der kurzfristigen, ungesicherten Arbeitserfahrung, flexiblen Institutionen, ständigen Risiken entsprechen«. (S. 182) Lebenskohärenz ist auf dieser Basis kaum mehr zu gewinnen. SENNETT hat erhebliche Zweifel, ob der flexible Mensch menschenmöglich ist. Die wachsende (6) *Gemeinschaftssehnsucht* interpretiert er als regressive Bewegung, eine »Mauer gegen eine feindliche Wirtschaftsordnung« hochzuziehen. (S. 190) »Eine der unbeabsichtigten Folgen des modernen Kapitalismus ist die Stärkung des Ortes, die Sehnsucht der Menschen nach Verwurzelung in einer Gemeinde. All die emotionalen Bedingungen modernen Arbeitens beleben und verstärken diese Sehnsucht: die Ungewissheiten der Flexibilität; das Fehlen von Vertrauen und Verpflichtung; die Oberflächlichkeit des Teamworks; und vor allem die allgegenwärtige Drohung, ins Nichts zu fallen, nichts ›aus sich machen zu können‹, das Scheitern daran, durch Arbeit eine Identität zu erlangen. All die-

se Bedingungen treiben die Menschen dazu, woanders nach Bindung und Tiefe zu suchen.« (S. 189 f.)

RICHARD SENNETT ist skeptisch, dass die sich abzeichnenden neuen Arbeits- und Lebensformen dem Menschen gut tun. Weniger eindeutig ist ZYGMUNT BAUMAN, der seit seinen beiden deutschen Büchern »Moderne und Ambivalenz« und »Dialektik der Ordnung« als einer der einflussreichsten zeitgenössischen Denker gilt. In seinem Buch »Unbehagen in der Postmoderne« (BAUMAN 1999a) versucht er sich erneut an einer zukunftsorientierten Gegenwartsdiagnose. Er knüpft schon im Titel seines Buches an FREUDS große Kulturkritik an, die vor genau 70 Jahren erschien: »Das Unbehagen in der Kultur«. FREUD hatte festgestellt, dass »der Kulturmensch für ein Stück Glücksmöglichkeit ein Stück Sicherheit eingetauscht« hat. (FREUD 1930) Für BAUMAN hat sich in der Postmoderne die Relation umgekehrt und die Subjekte erleben eine andere Art von Unbehagen: »*Postmoderne Männer und Frauen haben ein Stück ihrer Sicherheitsmöglichkeiten gegen ein Stück Glück eingetauscht.*« (1999a, S. 11, kursiv im Original) Und dann kommt ein Satz, der mir so bekannt vorkommt, obwohl ich das Buch zum ersten Mal lese: »Das ›Unbehagen der Postmoderne‹ entsteht aus einer Freiheit, die auf der Suche nach Lustgewinn zu wenig individuelle Sicherheit toleriert.« (ebd.) Wo habe ich diesen Satz schon einmal gehört? Und dann fällt es mir ein: Beim Frühstück las ich in der SÜDDEUTSCHEN ZEITUNG die Überschrift zu einem Artikel über den Regelungsbedarf im Internet: »Lieber Freiheit als Sicherheit«. (SZ vom 19./20.02.2000, S. 2) Das berühmte Buch von ERICH FROMM »Furcht vor der Freiheit« würde heute einen Nachfolger »Furcht in der Freiheit« brauchen. In dem entgrenzten globalisierten Kapitalismus erleben die Menschen eine spezifische »Entsicherung«.

Solche tief greifenden Veränderungsdynamiken können auch nicht spurlos an der Gemeindepsychiatrie vorbeigehen. Wenn diese ihrem eigenen Anspruch gerecht werden will, muss sie ihr eigenes Anliegen immer wieder auf dem Hintergrund gesellschaftlicher Wirklichkeiten reflektieren und sie wird sich selbstkritisch immer wieder der eigenen Prämissen versichern müssen. Das ist ein Stück professioneller Erinne-

rungsarbeit. So verstehe ich auch dieses Buch und die folgenden autobiografischen Reflexionen.

Mühsame Erfahrungsprozesse der Psychiatriereform

Lange hat es gedauert, bis ich die Realitäten der psychiatrischen Versorgung in spezifischen Ausschnitten wahrnehmen konnte. Im Zuge der eigenen Professionalisierung zum Psychologen, der seine politische Sozialisation in der StudentInnenbewegung mit seiner Suche nach einer fachlichen Identität in der Psychologie verbinden wollte, war mein Einstieg zunächst eine Kopfgeburt. Die Politisierung im Zuge der StudentInnenbewegung hatte zur Folge, dass kein Winkel unserer Gesellschaft von einer gesellschafts-kritischen Durchleuchtung ausgespart blieb. Die Klinische Psychologie schien zunächst auf der »guten Seite«: Sie wollte ja das Leid der Menschen verringern. Aber diese naive HelferInnenattitüde konnte einer kritischen Analyse nicht standhalten. Ins Visier gerieten vor allem die psychologische Isolation der Menschen von ihrem sozialen Kontext, wie sie sich in den Menschenbildern, in der Psychodiagnostik und vor allem auch in einem Krankheitsverständnis ausdrückte, das das Leid der Menschen ausschließlich auf Verursachungsgründe in den Personen reduzierte. Des Weiteren wurde das Hilfeselbstverständnis dekonstruiert: Was als professionelle Hilfe zu einer besseren Lebensbewältigung angesehen wurde, wurde jetzt als Anpassungsstrategie an eine repressive Gesellschaftsordnung entlarvt. Die Analysen wurden in dem Maße radikaler, wie auch das Elend der psychiatrischen Versorgung in unser Blickfeld geriet. Hier kam zu dem neurotischen Elend vor allem der Mittelschichten, aus denen wir mehrheitlich selbst kamen, eine brutale gesellschaftliche Realität hinzu, die geradezu auf eine Skandalisierung wartete. Jetzt hatten wir in unserem eigenen professionellen Handlungsfeld Belege für die menschenverachtende und -zerstörende Qualität einer Gesellschaftsordnung gefunden, für die einzig und allein die »Logik des Kapitals« bestimmend war.

Die professionelle Komplizenschaft mit dem spätkapitalistischen System von Ausbeutung und Herrschaft sollte radikal aufgekündigt

werden. Es bestand die gemeinsame Überzeugung, dass eine repressive und auf Klassenunterschieden beruhende Gesellschaft Menschen psychisch und gesundheitlich verkrüppeln muss. In den sozialepidemiologischen Befunden habe ich einen Beleg für das gesehen, was wir als »Klassengesellschaft« zu benennen gelernt hatten. Am meisten hat mich die Tatsache empört, dass die Gruppen in der Bevölkerung, die per saldo die höchsten Belastungen mit psychischem Leid erfahren, die schlechtesten Chancen auf adäquate Hilfeformen hatten. Diese Befunde zeigten in harten Zahlen das auf, was CHRISTIAN VON FERBER (1971) die »gesundheitspolitische Hypothek der Klassengesellschaft« genannt hat. In meinem Selbstverständnis als Wissenschaftler wollte ich diese Hypothek seriös aufzeigen und die daraus erforderlichen gesundheitspolitischen Maßnahmen ableiten (KEUPP 1974).

Noch immer befinden wir uns in der Phase der »Kopfgeburt«. Die Situation psychiatrischer Patienten kannten wir im Wesentlichen aus den skandalisierenden Medienberichten, aus seltenen Besuchen in den Anstalten, in die man allerdings auch kaum hineinkam. Das in Bildern transportierte Elend von LangzeitpatientInnen in den Anstalten rubrizierten wir unter dem Konzept der »Hospitalisierung«. Die Lektüre von ERVING GOFFMANS (1972) eindrucksvollem Buch »Asyle« gab uns eine wissenschaftlich seriöse Begründung für die Bilder.

In der Psychiatrie »internierte« Personen waren in unseren Diskursen ständig präsent, aber sie waren Konstrukte unserer eigenen Theoriebildung. Sie erfüllten eine wichtige Funktion in unserer eigenen Deutung spätkapitalistischer Lebensverhältnisse. Sie erschienen uns als Symptom einer kapitalistischen Gesellschaftsordnung, die die Menschen mit ihren Konsumprodukten und ihrer »Kulturindustrie« mit Haut und Haar, ohne widerständigen Rest, integrierte. Die durchgängige Entfremdung konnte in einer solchen – von HERBERT MARCUSE treffend auf den Begriff gebrachten – »eindimensionalen Gesellschaft« nicht mehr reflektiert werden, sie wurde zur Normalitätserfahrung. Es kam zu einer intensiven Debatte über Normalität und Abweichung, über die »Pathologie der Normalität«, über »gute Gründe«, in einer »verrückten Gesellschaft« verrückt zu werden, und über politische und ökonomische Gründe der Ausgrenzung von gelebter Differenz.

Mein fachwissenschaftlicher Beitrag zu dieser Debatte wurde meine Habilitationsschrift (KEUPP 1976). Die Bücher von LAING, COOPER oder BASAGLIA wurden in Riesenaufgaben verkauft, sie wurden zu »Kultbüchern« weit über die Fachszenen hinaus. Es gab einen Diskurs zur Überwindung (klein-)bürgerlicher Normalitätsgehäuse und die »Verrückten« wurden als Avantgarde idealisiert, die sich bereits auf eine »Reise« begeben hatten, auf der wir ihnen möglichst bald nachfolgen sollten. Es war bereits ein intensiver Diskurs über die Bedingungen einer lebhaften »multikulturellen Gesellschaft«, obwohl wir damals diesen Begriff noch nicht hatten. Es war jedoch weitgehend ein projektiver Diskurs, der ohne dialogische Bezüge zu den Psychiatrieerfahrenen auskam.

Aus der »Kopfgeburt« wurde dann doch langsam Praxis. Aus der rein psychiatriekritischen sind wir in eine psychiatriegestaltende Phase eingetreten. In der notwendigen Politik der »kleinen Reformschritte« sind viele nicht mehr mitgegangen, für die die Antipsychiatrie vor allem eine kulturevolutionäre Bewegung war, eine Politik der Lebensstile und Alltagskultur, aber die Utopie einer veränderten Gesellschaft, in der Ausgrenzung von Dissenz und Differenz überwunden, in der »Verrücktheit« und »Anderssein« normalisiert werden könnten, war uns noch nicht abhanden gekommen. Manche Konflikte im psychiatriepolitischen Reformverband, der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), gingen genau um diese Fragen. Die großen Worte wie »Deinstitutionalisierung« (Auflösung der »Irrenhäuser«) oder »Rekommunalisierung psychischen Leids« wurden zu Reizworten, weil sie von einem utopischen Überschuss getragen wurden, der mehr wollte, als technisch-quantitative Lösungen. Vielleicht verloren diese Debatten auch deshalb an Schwung und Bedeutung, weil sie keine kommunizierende Verbindung mehr zu einer breiteren soziokulturellen Öffentlichkeit hatten. Unsere utopischen Energien hatten sich im Wesentlichen aus dem Hoffnungspotential gespeist, dass die »real existierende Bundesrepublik« und ihr aus ökonomischer Potenz gespeister »Krämergeist« nicht das »Ende der Geschichte« sein würde.

Neben den projektiven Identifikationen gab es noch eine andere Haltung, die scheinbar eine große Faszination an psychisch Kranken ausdrückte und die trotzdem die reale Begegnung vermied. Es war ein ästhetisierender Bezug. Die Kunst- und Kulturszenen der fortgeschrittenen Industriegesellschaften haben sich schon in den 20er Jahren für die künstlerische Arbeit von psychisch Kranken interessiert und dieses Interesse ist eher größer geworden. In den kreativen Schöpfungen sah man Ausdrucksgestalten von inneren Wirklichkeiten, die aus den rationalistischen Normalitätsbezirken an- und eingepasster Bürger ausgeblendet und deshalb bei ihnen verschüttet sind. In der Esoterik der Kunstbetrachtung war die Begegnung mit Repräsentationen des »inneren Auslandes« möglich, aber die reale Begegnung mit ProduzentInnen der Bilder ist – mit einigen Ausnahmen, wie z.B. im Künstlerhaus Gugging u.a. – vermieden worden. Es war Zulassung von Ambivalenz in dosierter und jederzeit wieder abstellbarer Form.

Die Realität der psychiatrischen Versorgung war offensichtlich durch hohe Wahrnehmungsbarrieren verstellt. Eine war durch das NS-Erbe begründet. Die Beteiligung führender Repräsentanten der Psychiatrie an den nationalsozialistischen »Euthanasie«programmen war mehr als 30 Jahre kaum ein Thema. Aber im kollektiven Unbewussten hat das Konstrukt vom »lebensunwerten Leben« seine Ordnungsfunktion behalten: Eltern geistig behinderter Kinder hatten Angst vor Ächtung und Vernichtung; Angehörige psychisch Kranker haben unter den Alltagsbelastungen im Arrangement mit ihren »verrückten« Eltern, Kindern oder EhepartnerInnen weniger gelitten, als unter den gesellschaftlichen Ängsten vor Menschen, die sich in die alltägliche Ordnung der Dinge nicht zu fügen vermögen.

Wie tief dieses nur unzureichend bearbeitete NS-Vernichtungsprogramm für psychisch Kranke noch in den Erlebnismustern der Menschen wirksam ist, ist mir 1984 erst so richtig bewusst geworden. Die Bayerische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, in deren Vorstand ich zu dieser Zeit aktiv war, hatte zusammen mit anderen Organisationen die Ausstellung »Heilen und Vernichten im deutschen Faschismus« nach München geholt. Im Rahmenprogramm dieser Ausstellung hatten wir auch einen Vortrag mit dem greisen GERHARD SCHMIDT ver-

anstaltet, der von der amerikanischen Besatzung 1945 zum kommissarischen Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing/Haar eingesetzt worden war. Er hatte in einem nüchternen Tatsachenbericht festgehalten, was er bei seinem Dienstantritt vorfand und was er durch Dokumente und Zeugenbefragung über Art und Ausmaß des organisierten Mordes an psychisch Kranken herausfinden konnte. Er hatte in den 50er Jahren große Mühe, überhaupt einen Verlag für seine Dokumentation zu finden. Erst Anfang der 80er Jahre wurde sein Buch einem breiteren Publikum bekannt (SCHMIDT 1983). Zu der Veranstaltung mit Herrn SCHMIDT kamen sehr viele Menschen, darunter eine Reihe von älteren Personen, die ich bei einer Veranstaltung dieses Typs noch nie gesehen hatte. Nach dem Vortrag meldete sich unter anderem auch eine Frau, die den ehemaligen Anstaltsleiter annähernd 40 Jahre nach dem Ende des Nationalsozialismus mit unsicherer Stimme fragte, ob er wüsste, was aus dem Kind ihrer Freundin geworden sei. Sie nannte den Namen des Kindes und sagte, dass ihre Freundin nicht wüsste, wie ihr Junge gestorben sei und sich auch nicht getraut hätte, sich darüber bei der zuständigen Behörde Auskunft erteilen zu lassen. Natürlich konnte der alte Herr diese Frage nicht beantworten. Aber sie verfolgt mich bis heute. Welch tiefe Spuren haben diese psychiatrisch legitimierten und vollzogenen Massentötungen von psychisch Kranken in der deutschen Bevölkerung hinterlassen? Die Ängste sind 1945 nicht verschwunden, sondern sie haben bis in die Gegenwart eine Art unbewusster Kontaktsperre zu psychisch Kranken aufgebaut.

Sie war sicherlich auch ein Grund, warum die menschenunwürdigen Zustände in den psychiatrischen Anstalten in der Nachkriegszeit gesellschaftlich bis Ende der 60er Jahre kaum wahrgenommen wurden. Eine von ihrer Aufbaumentalität geprägten Gesellschaft, die ihre Aufbauleistungen stolz vorzeigte, die von einer erstaunlichen wirtschaftlichen Prosperität geprägt war, ließ es zu, dass sich der Zustand in den psychiatrischen Institutionen kaum von der Vorkriegszeit unterschied. Erst die Initiative einiger reformorientierter Fachleute und engagierter Politiker führte dazu, dass 1969 vom Deutschen Bundestag eine Kommission eingesetzt wurde, die einen Veränderungsprozess einleiten sollte. Und sie hat einen solchen Prozess tat-

sächlich in Gang setzen können (vgl. den Beitrag von HANS-LUDWIG SIEMEN in diesem Buch).

Das Hauptziel dieses Reformprozesses war die Modernisierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung, die in dem Zustandsbild der 50er und 60er Jahre als Schandmal in einem ansonsten so fortgeschrittenen wohlfahrtsstaatlich geprägten Land wie der BRD in Erscheinung treten musste. Die damalige Expertenkommission hat den Modernisierungsauftrag mit jener technokratischen Gründlichkeit übernommen und ausgeführt, die dem sozialliberalen Planungshorizont der 70er Jahre entsprach. Orientiert war diese Planung an den international führenden Versorgungsmodellen. Herausgekommen ist der Plan für ein lückenloses Netz, das über alle psychosozialen Krisenherde und Problemlagen geworfen werden sollte. Psychisches Leid sollte von einem System »fürsorglicher Belagerung« eingefriedet werden. Die Enquete hat an keiner Stelle den Anspruch einer Strukturreform erhoben: Das Prinzip der »Deinstitutionalisierung« anstaltsförmiger Internierungssysteme und einer radikalen Rückverlagerung psychosozialer Hilfen in die Lebenswelt war nicht formuliert worden. Ebenso wenig gab es einen strukturellen Bruch in der Deutung psychischen Leids: Das »medizinische Modell« blieb das Leitmodell.

Als Modernisierungsprojekt kann sich die Psychiatrie-Enquete durchaus sehen lassen. Die Kliniken sind mittlerweile in einem rundherum vorzeigbaren Zustand. Eine Verkleinerung der Großkrankenhäuser wird fast überall stolz vermeldet. Auch sozialpsychiatrische Dienste gehören schon beinahe zur Grundausstattung vieler Regionen. Das Modernisierungsprogramm wäre in noch größerem Umfang realisiert worden, wenn es nicht von der ökonomischen Krise eingeholt worden wäre, die sich schon Mitte der 70er Jahre abzuzeichnen begann.

Modernisiert wurde das psychiatrische Versorgungssystem, aber kam es wirklich zu einer Strukturreform? Diese Frage wurde von uns eher verneint. Die Unterscheidung zwischen Modernisierung und Strukturreform ist von zentraler Bedeutung. In manchen Klagen aus dem Lager der Psychiatriereformer lässt sich heraushören, dass die fiskalische Krise und die »Wendepolitik« ein echtes Reformprojekt um sei-

ne Realisierungschance gebracht hätten. Aber nur wenn wir uns von diesem Mythos lösen können, können wir aus den Erfahrungen der vergangenen Jahren auch lernen. Da ist durchaus eine Chance gegeben, die Reformkonzepte noch einmal zu reflektieren.

Die Anstalt ist gestärkt aus dem Modernisierungsprojekt hervorgegangen. Vor allem konservative Kliniken präsentieren sich wieder mit ungebrochenem oder zurückgewonnenem Selbstbewusstsein der Öffentlichkeit. Sie sind sich ihrer gesellschaftlichen Nützlichkeit und Notwendigkeit wieder sicher. Die zunehmenden Aufnahmezahlen liefern alltäglich das stärkste Argument für ihre Unverzichtbarkeit. Die tiefe gesellschaftliche Spaltung, die sich durch die bundesrepublikanische Gesellschaft zieht und durch die neokonservative Politik verschärft wird, hat die klassischen gesellschaftlichen Kontrollstrukturen revitalisiert, von deren Verschwinden in den wohlfahrtsstaatlichen Utopien der 70er Jahre schon gesprochen wurde. Der für die Psychiatrie seit ihrer gesellschaftlichen Etablierung so grundlegende Zusammenhang von Not und Leid, Armut und psychischen Störungen ist wieder sichtbar geworden. Die innere Militarisierung der bundesrepublikanischen Gesellschaft (etwa im Setzen auf Stärke, Härte, Leistungsbereitschaft und Elite) führt mit Notwendigkeit zur Regeneration des Kontrollmandats der Psychiatrie. Die Sogwirkung der Anstalt, ihr Prinzip des gesellschaftlichen Ausschlusses, droht auch die wenigen Alternativstrukturen, die in den letzten Jahren entstanden sind (z.B. Sozialpsychiatrische Dienste oder therapeutische Wohngemeinschaften), ihrer Hegemonie zu unterstellen.

Der größte Fehler der Psychiatrie-Reformbewegung der Bundesrepublik war wohl, dass sie sich fast ausschließlich für eine bessere *Versorgung* von Menschen mit psychischen Problemen eingesetzt hat, nicht aber für eine *Befreiung*. Es wurde versucht, den Versorgungspol der Psychiatrie zu stärken und dadurch den Kontrollpol zurückzudrängen. Der Doppelcharakter von Hilfe und Kontrolle, der für die Psychiatrie von Beginn an konstitutiv ist, konnte dadurch nicht außer Kraft gesetzt werden. Umso weniger Ressourcen für eine angemessene Versorgung verfügbar sind, desto deutlicher zeichnet sich wieder die »hässliche Fratze der Kontrolle« ab. Das zwingt zu der schmerz-

lichen Einsicht, dass »fürsorgliche Belagerung« im Sinne umfassender therapeutischer Normalisierungsprogramme die Kontrolldimension nicht auflösen konnte. Gegenwärtig tritt die fürsorgliche Komponente immer mehr in den Hintergrund und es bleibt die Belagerung jener Menschen, die in den herrschenden Normalitätshorizont nicht hineinpassen oder sich diesem entziehen. In einigen neueren Psychiatriegesetzen der Bundesländer (am ausgeprägtesten wohl im bayerischen »Unterbringungsgesetz«) steht der Schutz der Öffentlichkeit (besser: der »öffentlichen Ordnung«) vor störender Devianz (wieder) im Vordergrund.

Persönlichkeits- und Bürgerrechte der psychiatrisch Internierten waren zunächst überhaupt kein Thema. Auch in der Reformszene zeigte sich, dass es in der BRD kaum eine Bürgerrechtstradition gibt. Inzwischen hat allerdings das neue Betreuungsrecht eine verbesserte gesetzliche Form der Absicherung eines besondern Persönlichkeitsschutzes für psychiatrische Patienten geschaffen.

Angesichts einer spürbaren Lähmung in der professionellen Reformszene sind es gegenwärtig vor allem einige Gruppen von Psychiatriebetroffenen, von denen Veränderungsimpulse ausgehen, und diese sind für Professionelle oft alles andere als bequem. Es werden einerseits elementare Menschenrechte eingeklagt (z.B. das Recht auf Ablehnung jeder Form von Zwangsbehandlung) und andererseits die materiellen Voraussetzungen für selbstbestimmte und -organisierte Lebensformen gefordert, die nicht unter professioneller Anleitung oder Aufsicht stehen sollen. Diese Forderungen geraten oft in Widerspruch zu dem, was von professionellen Helfern für notwendig gehalten wird (im »wohlverstandenen Interesse« der Patienten, wie wir dann zu sagen pflegen). Diese Widersprüche werden sich nie völlig auflösen lassen. Für professionelle Helfer wäre es eine wichtige Einsicht, dass durch die Stärkung von Selbstorganisation (oder »Empowerment«, wie es in den USA heißt) und durch das Einklagen von Menschenrechten der zunehmenden staatlichen und administrativen Kontrollmacht wirksame Elemente von Gegenkontrolle erwachsen können. Progressive Professionelle werden sich für neue Bündnisse öffnen und sich von ihrem professionellen Mythos trennen müssen,

dass sie stellvertretend für die Betroffenen und ihre Angehörigen »zu ihrem Besten« handeln könnten.

Für mich ist diese Einsicht engstens mit einer traumatischen politischen Erfahrung verbunden. An einem Wochenende Ende 1984 hatte die Bundesarbeitsgemeinschaft der GRÜNEN zu einer psychiatriepolitischen Tagung nach Berlin geladen. Endlich sollten Eckpunkte für ein psychiatriepolitisches Programm der entstehenden neuen Partei formuliert werden. Die Psychiatriereformer der Bundesrepublik kamen voller Hoffnung zu dieser Tagung, endlich eindeutige und radikale Reformpositionen im politischen Raum vernehmbar artikulieren zu können, und sie erlebten doch ein spezifisches Waterloo. Ich hatte mir eine Reihe von Punkten überlegt, die ich in das geplante Programm einbringen wollte. Letztlich bin ich stumm geblieben. Warum? Zu dieser Tagung waren auch Betroffenen-Initiativen geladen worden. Und den Tagungsort nutzte vor allem die Berliner Irrenoffensive. Allein ihre Existenz war ja schon ein Grund zur Revision von Positionen, die damals auch in der Reformszene geteilt wurden. MICHAEL LUKAS MOELLER, damals meist als Selbsthilfe-Moeller tituiert, hatte mit der Autorität des Experten betont, dass psychisch Kranke aufgrund ihrer spezifischen psychischen Verfassung nicht »selbsthilfefähig« seien.

Nun begegneten wir da einer handlungsmächtigen Gruppe von psychiatrienerfahrenen Menschen. Dieser Überraschung folgte die Traumatisierung. Diese Gruppe sah nicht die »böse Gesellschaft« oder die »böse Psychiatrie« als ihre Hauptgegner an, sondern Leute wie uns, die für sich einfach ungeprüft von der Unterstellung ausgingen, dass sie die legitimen Interessenvertreter der psychisch Kranken seien. Sie konfrontierten uns mit dem Vorwurf, dass sie die fürsorgliche Form der Entmündigung, die sie vor allem von sozialpsychiatrisch orientierten Professionellen erfahren würden, als besonders raffinierte Repression erleben würden. Warum würden wir sie, als die eigentlichen ExpertInnen, nicht fragen, was für sie gut und richtig ist. Sie forderten das Recht auf Selbstorganisation und sie forderten vor allem auch die sozialpolitischen Ressourcen dafür. Ihre Frage, warum wir die finanziellen Ressourcen für die Psychiatriereform immer nur dazu

nutzen wollten, um unsere eigene Etablierung auszubauen, traf mich völlig unvorbereitet. Jedenfalls war ein wunder Punkt getroffen und er hat eine tiefe Krise in meinem Selbstverständnis ausgelöst. Sie hat auf jeden Fall einen Lernprozess angestoßen, der die Denkmöglichkeit eröffnet hat, dass wir Professionelle eigene Interessen haben, die nicht umstandslos mit denen der Betroffenen gleichzusetzen sind. Hier muss eine notwendige Differenzierung erfolgen und erst dann entsteht die Chance, unsere professionelle Kompetenz zur Unterstützung und Ermutigung zur Selbstorganisation der Betroffenen einzusetzen, statt an ihrer Stelle zu handeln.

Mir ist klar geworden, dass wir Professionellen uns unsere therapeutischen, diagnostischen und versorgungstechnischen babylonischen Türme gebaut haben, die die unmittelbare Begegnung mit den oft befremdlichen inneren Erfahrungen und Lebenswünschen, die sich in psychischen Störungen äußern, verhindern. Der begonnene Dialog hat hier eine ganz neue Perspektive eröffnet. Psychiatrieerfahrene und Angehörige beginnen ihre Erfahrungen zu formulieren und wir Professionelle beginnen, darauf zu hören. Dieses Zuhörenlernen und die dia- und dialogischen Prozesse zu fördern, ist der zentrale Sinn der »Empowerment«-Perspektive.

Unter dem Titel »Abschied von Babylon« fand 1994 der Weltkongress für Soziale Psychiatrie in Hamburg statt. Er war von diesem dialogischen Prinzip bestimmt. Ich werde nie das große Abschlussplenum dieses Kongresses vergessen. Geplant waren eine Rückschau auf den Kongress und noch drei abschließende Referate. Eines sollte ich halten. In der Rückschau auf die abgelaufene Kongresswoche beteiligten sich immer mehr Psychiatrieerfahrene. Sie hatten viele kritische Anmerkungen zum Kongress anzubringen, der natürlich noch immer sehr stark von einer professionellen Dominanzkultur bestimmt war. Aber sie drückten auch mit großer Selbstverständlichkeit ihre Zugehörigkeit zu diesem Kongress aus. Der Zeitplan geriet gewaltig unter Druck und so entschloss ich mich, auf meinen Vortrag zu verzichten. Die dadurch gewonnene Zeit konnte so für die eindrucksvolle Demonstration der dialogischen Beteiligungskultur genutzt werden.

Diese dialogische Beteiligungskultur bedarf einer intensiven Förderung. Die Dominanz der ExpertInnen ist im Bereich von Psychiatrie und Sozialpsychiatrie sicher noch nicht auf breiter Basis überwunden, aber wir Professionellen haben die Beispiele für die Fähigkeit zu Selbstartikulationen und zur Selbstorganisation der Betroffenen anzuerkennen. Es sollte zum vornehmsten Ziel unserer professionellen Aktivitäten werden, diese Fähigkeit zu ermutigen und zu unterstützen.

Literatur

- BAUMAN, Z. (1999a): *Unbehagen in der Postmoderne*. Hamburg, Hamburger Edition
- BAUMAN, Z. (1999b): *In search of politics*. Stanford, Stanford California Press
- CASTELLS, M. (1991): *Informatisierte Stadt und soziale Bewegungen*. In: M. WENTZ (Hg.): *Die Zukunft des Städtischen*. Frankfurt, Campus, S. 137–147
- CASTELLS, M. (1996): *The rise of the network society*. Vol. I von: *The information age: Economy, society and culture*. Oxford, Blackwell
- CASTELLS, M. (1997): *The power of identity*. Vol. II von: *The information age: Economy, society and culture*. Oxford, Blackwell
- CASTELLS, M. (1998): *End of millenium*. Vol. III von: *The information age: Economy, society and culture*. Oxford, Blackwell
- VON FERBER, CHR. (1971): *Gesundheit und Gesellschaft*. Stuttgart, Kohlhammer
- GERGEN, K. (2000): *The self: death by technology*. In: D. FEE (Ed.): *Pathology and the postmodern. Mental illness as discourse and experience*. London, Sage, S. 100–115
- GOFFMAN, E. (1972): *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt, Suhrkamp
- KEUPP, H. (1972b): *Psychische Störungen als abweichendes Verhalten. Zur Soziogenese psychischer Störungen*. München/Berlin/Wien, Urban und Schwarzenberg
- KEUPP, H. (1976): *Abweichung und Alltagsroutine*. Die Labeling-Perspektive in: *Theorie und Praxis*. Hamburg, Hoffmann und Campe
- KEUPP, H. (Hg.) (1972a): *Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie. Darstellung einer Kontroverse*. München/Berlin/Wien, Urban und Schwarzenberg
- KEUPP, H. (Hg.) (1974): *Verhaltensstörungen und Sozialstruktur*. Epidemiologie: *Empirie, Theorie, Praxis*. München/Berlin/Wien, Urban & Schwarzenberg
- LUTZ, B. (1984): *Der kurze Traum immerwährender Prosperität*. Frankfurt, Campus
- SCHMIDT, G. (1983): *Selektion in der Heilanstalt 1939–1945*. Frankfurt, Suhrkamp
- SENNETT, R. (1998): *Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus*. Berlin, Rowohlt
- WHITE, H. (1990): *Die Bedeutung der Form. Erzählstrukturen in der Geschichtsschreibung*. Frankfurt, Fischer

Christian Zechert

Sozialpsychiatrie hat Zukunft, muss sie aber noch gestalten

Fast alle wichtigen Impulse zur Stärkung der ambulanten psychiatrischen Versorgung in Deutschland haben ihren Ursprung in den Rodewischer Thesen (1963) bzw. in der Enquete zur Lage der Psychiatrie (1975). Die in den sozialpsychiatrischen Fachverbänden wie Aktion Psychisch Kranke (APK), Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) und Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen (DV) zusammengeschlossenen Fachkräfte sorgten in den westlichen Bundesländern zusammen mit politisch Verantwortlichen in Gemeinden, Bundesländern und im Bund für umfassende Reformen. Multiprofessionalität, Orientierung an den chronisch psychisch kranken Menschen, Auflösung der Langzeitbereiche, die Transformation von einer »zentralstaatlichen« Psychiatrie der großen überörtlichen Träger zu einer dezentralen Psychiatrie der Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, regionale Pflichtversorgung und Sektorisierung sind bekannte Leitgedanken, die ihre prinzipielle Gültigkeit bis heute nicht verloren haben. Diese strukturellen Umwälzungen führten zweifellos zu einer erheblich fachgerechteren und dynamischeren Akut- und Chronisch-Kranken-Psychiatrie.

Kritische Zwischenbilanz

Erst in den achtziger Jahren wurden spätestens mit dem Bericht der Expertenkommission (1988) auch die Schwächen der bisherigen Psychiatriereform der westlichen Bundesländer deutlich. Hierzu drei Beispiele:

Mangelnde Realisierung der Pflichtversorgung im sog. ambulanzkomplementären Bereich

Eine der großen Schwächen der Reform ist es, dass die zahlreichen psychiatrischen Trägervereine in den Städten und Landkreisen nur unzureichend miteinander kooperieren. Die Ursache ist nicht nur in dem historisch bedingten sog. »Wildwuchs« kleiner oder auch großer Trägervereine zu sehen. Sie ist auch Ausdruck einer sozialpolitischen Steuerungsschwäche der 30 Milliarden DM schweren überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Obgleich sie die »Goldenen Zügel« in der Hand halten, stehen sie noch vor der Aufgabe, unter Respektierung des Subsidiaritätsprinzips einen fachlichen Anforderungskatalog zu erstellen, der die ambulante Pflichtversorgung festschreibt und bundesweite Gültigkeit besitzt.

So selbstverständlich den Krankenkassen z.B. mit dem Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WISO) ein beratendes fachliches Institut zur Seite steht, so vergeblich wird man entsprechende Forschungs- und Beratungsinitiativen bei der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) der überörtlichen Träger der Sozialhilfe suchen.

Die Sicherstellung der ambulanten und stationären Pflichtversorgung – selbstverständlich für die niedergelassenen Nervenärzte, psychiatrischen Abteilungen und Fachkliniken – ist bei den psychiatrischen Trägervereinen und sonstigen Trägern nicht förmlich verankert. Hier sind unabhängig vom Streit um den § 100 BSHG die Landeswohlfahrtsverbände als überörtliche Träger, die Kommunen als Träger der örtlichen Sozialhilfe über ihre Spitzenverbände aufgerufen, für eine Regelung zu sorgen, insbesondere dann, wenn die Vereine es nicht durch Verbundsysteme und freiwillige Erklärungen selber tun.

Mehr Umhospitalisierung als Deinstitutionalisierung

Ca. 80 % der chronisch psychisch kranken Menschen wurden aus den Langzeitbereichen in Heime aller Art verlegt. Alten- und Pflegeheime, Behindertenheime und psychiatrische Heime übernahmen zwar nicht die alte skandalöse Qualität, aber die Funktion der kustodialen Anstalt. Allein die Heime der Behindertenhilfe waren mit ihren 140.000 Plätzen eines der großen »Auffangbecken« neben Alten- und Pflege-

heimen. Auch in den neunziger Jahren spielten die sog. »Pflegesatz-einrichtungen« für chronisch psychisch Kranke eine entschieden kostenträchtigeren Rolle als die Finanzierung der ambulanten Betreuung und Behandlung im Zuhause der Patienten. Der gesetzlich verankerte Anspruch – ambulant vor stationär – wurde nicht wirklich realisiert.

Mangelnde formalisierte Mitbestimmungsrechte der Betroffenen auf allen Ebenen

Bislang hatte man auch vergessen, die unmittelbar Betroffenen in die Umgestaltung einzubeziehen: Angehörige der psychisch Kranken und die Betroffenen selbst spielen bei allen Planungen und Konzeptionen eine eher untergeordnete Rolle. Die traditionelle Einrichtungsorientierung der Sozialpsychiatrie hat die Subjektorientierung, das dialogische Denken und die Familie als den größten Träger der psychiatrischen Versorgung zwar erkannt, aber deren Beteiligung noch nicht formalisiert. Der »Dialog« hat sich als Metapher zwar durchgesetzt, verankert als rechtlich einforderbare Selbstverständlichkeit mit entsprechendem finanziellen Ausgleich für das unbezahlte Engagement der Angehörigen und Betroffenen ist er noch längst nicht.

Neue Perspektiven der Sozialpsychiatrie

1. Zweifellos müssen in die künftigen Reformen der Sozialpsychiatrie die Heime der Behindertenhilfe und die Alten- und Pflegeheime einbezogen werden. Heime dürfen nicht die rehabilitative Sackgasse für die Menschen bleiben, denen aufgrund struktureller und organisatorischer Mängel in der ambulanten Versorgung keine Alternativen geboten werden. Ambulant vor stationär – dies gilt auch und gerade für die chronisch psychisch Kranken in Heimen. Der Auftrag der Eingliederungshilfe ist ernsthafter als bisher umzusetzen. Psychiatrische Heime haben künftig ihren rehabilitativen Auftrag deutlicher zu formulieren, indem sie lernen, sich nach und nach überflüssig zu machen. Sie verwandeln sich zu Dienstleistungszentren und Fachdiensten und bieten individuell abforderbare Teilhilfen an. Sie ziehen sich zurück, ohne dass der Bewohner seine Wohnung aufgeben muss.

2. Die Angehörigen und die betroffenen psychisch kranken Menschen müssen mehr als bisher formalisiertes Mitspracherecht erhalten. Sei es bei der Bestimmung von Forschungszielen insbesondere in den psychiatrischen Universitätskliniken, indem sie dort Sitz und Stimme erhalten, oder bei der örtlichen Ausgestaltung der Abteilungen und Fachkliniken. Angehörigen- und Betroffenenbeiräte mit Stimmrecht kommen diesem Anliegen nahe. Deren Beteiligungsrecht ist künftig mehr und mehr förmlich zu verankern.

3. Abkehr vom Einrichtungsdenken hin zu einer neuen Wahrnehmung des unmittelbaren Hilfebedarfs des psychisch kranken Menschen. Nicht »Wohin passt dieser chronisch psychisch kranke Mensch?«, sondern »Wie kann ich die Hilfe organisieren, die der Patient braucht, wenn ich diese in meiner Region nicht vorfinde?«. Der von der Aktion psychisch Kranke vorgelegte »Integrierte Beratungs- und Hilfeplan« geht hierbei in die richtige Richtung.

4. Genauso wie sich die psychiatrischen Abteilungen und Fachkliniken und die niedergelassenen Nervenärzte zur ambulanten Pflichtversorgung verpflichten, genauso müssen dies künftig auch die psychiatrischen Hilfsvereine für ihr komplementäres Hilfeangebot tun. Diese für niedergelassenen Nervenärzte selbstverständliche Praxis gilt es auch bei den Wohlfahrtsverbänden und psychiatrischen Trägervereinen umzusetzen. Verstöße gegen die ambulante Pflichtversorgung durch Trägervereine müssen sanktionsfähig werden.

5. Wenn die Sozialpsychiatrie ihren Anspruch – mit den Schwächsten und Kränksten zu beginnen – ernst nimmt, dann folgt daraus, dass wir noch mehr als bisher die psychiatrische Basisversorgung an den Bedürfnissen der chronisch psychisch Kranken auszurichten haben. So selbstverständlich wie uns das Wort »Akutpsychiatrie« von den Lippen kommt, so selbstverständlich sollten wir uns auch an den Begriff der »Chronisch-Kranken-Psychiatrie« innerhalb der ambulanten Versorgung gewöhnen.

6. Stärker als bisher müssen auch die neuen Gruppen der psychisch kranken Menschen beachtet werden: Die jungen sog. »new chronics«,

die psychisch kranken Wohnungslosen, psychisch kranke, traumatisierte Frauen mit Gewalterfahrung, die depressiven Patientinnen, die forensischen Patienten und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, die Gruppe der Patienten mit Doppeldiagnosen, insbesondere mit Psychose und Abhängigkeit, sowie der insgesamt ansteigende Anteil der Abhängigkeitskranken stellt die Sozialpsychiatrie vor neue Anforderungen. Sie muss eine fachlich begründete Antwort auf die wachsende Forderung nach mehr Spezialisierung, Differenzierung und gezielterer Therapie für diese Gruppen geben können, ohne ihre Prinzipien der Regionalisierung und Sektorisierung aufzugeben. Sozialpsychiatrie muss sich ernsthafter als bisher dem Recht der Patienten auf die beste Therapie stellen.

7. Das Verhältnis von Sozialpsychiatrie und Forschung ist im außeruniversitären Bereich angespannt, wenn man von der Versorgungsforschung einmal absieht.

Berufsständische Scheuklappen in den Sozialberufen, sozialpsychiatrischer Dünkel der »Macher« gegenüber den »Theoretikern«, aber auch die historische Notwendigkeit der siebziger Jahre, zuerst handeln zu müssen und dann zu forschen, führten dazu, dass Forschung und die damit verbundene gestalterische Bedeutung gerade von der Sozialpsychiatrie immer wieder diskreditiert wird. Universitäre Forschung wird insbesondere im ambulanten Bereich noch immer als weitgehend fremdbestimmt und von Karriereinteressen geprägt erlebt. Dies ist zwar nicht völlig falsch, hilft in dieser Abwehrhaltung jedoch nicht weiter.

Es fehlt an wissenschaftlichen Instituten für Sozialpsychiatrie, die mit der Qualität universitärer Forschung ausgestattet sind und sich den Themen der kommunalen Psychiatrie widmen. Diese sind für eine künftig wissenschaftlich argumentierende Sozialpsychiatrie unverzichtbar. Das Defizit einer außeruniversitären sozialpsychiatrischen Forschung für den ambulanz-komplementären Bereich ist bisher weder von diesem noch von der Forschungsförderung, noch von ambitionierten Forschern ausreichend anerkannt worden. Hier gilt es für die Sozialpsychiatrie, Gründungsinitiativen für ein verbändeübergreifendes neues Institut für Kommunale Psychiatrie zu entwickeln und von der universitären Forschung methodisch und strategisch zu lernen.

Darüber hinaus ist es unglaublich, dass z.B. der Streit um die Frage der Spezialisierung versus Durchmischung auf psychiatrischen Stationen bis heute so gut wie nicht mit entsprechenden empirischen Ergebnissen unterfüttert werden kann.

8. Psychiatrie und Gewalt sind traditionell eng verwoben. Diese unheilige Ehe gilt es nach und nach in Frage zu stellen, obgleich eine vollständige Auflösung oder Aufhebung von Gewalt unwahrscheinlich ist. Die Mittel der allmählichen Veränderung sind z.B. der Abschluss von Behandlungsvereinbarungen zwischen Patient und Klinik, mittels derer die Interessen und Bedürfnisse der zum zweiten oder dritten Mal aufgenommenen Patienten gerade in angespannten Krisensituationen besser berücksichtigt werden. Auch Soteria-Projekte können zum Regangebot der psychiatrischen Abteilungen und Fachkliniken werden, um dort Räume für ein positiv erlebbares Zulassen von Psychosen bei geringster Medikalisierung sicherzustellen. Auf der anderen Seite müssen die zum Teil erschreckend hohen Zahlen der Zwangsaufnahmen, die Zahl der Fixierungen, der Isolierungen, der Türschlusszeiten und Zwangsmedikationen in den Kliniken immer wieder kritisch hinterfragt werden, um zu prüfen: Wie können wir die Dauer der Fixierung senken, wie können wir eine andere Form als die der Zwangsmedikation finden? Welche Alternativen gibt es zur helfenden Gewalt der psychiatrisch Tätigen? Warum sind die Zahlen regional so unterschiedlich?

Ausblick

Die Zukunft der Sozialpsychiatrie ist nicht gefährdet. Es liegen genügend Aufgaben noch vor ihr, aus denen sie ihre Berechtigung bezieht. Dennoch muss sie zwei Bereiche stärker als bisher einbeziehen:

Therapie in all ihren Varianten als Kernaufgabe des Psychiatrischen Krankenhauses bzw. der Abteilung muss auch für die Sozialpsychiatrie integraler Nachweis ihrer Qualifikation werden. Hierbei geht es nicht darum, oberflächlich dem sozio-bio-psychosozialen Modell das Wort zu reden, sondern tatsächlich jedem Patienten die für ihn mög-

lichst beste Therapie zuteil werden zu lassen. Es scheint, als habe nicht immer die Sozialpsychiatrie hierauf eine Antwort.

Zweitens muss sie lernen, Forschung in ihrer Bandbreite als Dienstleistung mehr als bisher zu akzeptieren. Sie muss den Dialog mit der Forschung außerhalb der Versorgungsforschung stärker als bisher suchen. Nur so kann sie bei der Formulierung von Forschungsfragen, bei der Umsetzung von Forschungsstrategien und bei dem Kampf um die Verteilung von Ressourcen ernsthaft mitwirken.

Klaus Dörner

Von der Institutions- zur Bürgerorientierung*

Im Folgenden möchte ich aus zehn Perspektiven die Frage beleuchten, ob und in welchem Ausmaß wir Sozialhelfer selbst Ausgrenzer sind.

Dabei werde ich diese zehn Perspektiven zum besseren Verständnis in einen größeren historischen Zusammenhang stellen.

1. *Deinstitutionalisierung oder:*

Wir sagen zwar »Ambulant vor stationär«, verhalten uns aber nach dem Motto: »Stationär vor ambulant«.

Ausgrenzung lässt sich (nicht ausschließlich, jedoch wesentlich) auf Armut zurückführen.

Der Beginn der Neuzeit – also die Zeit um 1500 – ist nicht zuletzt durch eine erste, tief greifende, gesamteuropäische sozialpolitische Operation charakterisiert, die – als Ausgrenzung durch Institutionalisierung – für alle folgenden Jahrhunderte bis heute methodisch wegweisend war. Damals entdeckte man nämlich, dass es »anständig« sei, dass die Menschen ihr Brot durch eigener Hände Arbeit verdienen. Entsprechend fand man, dass es viel zu viele nicht arbeitende Arme gäbe, eine »Armenepidemie«, die die Bürger ökonomisch und emotional überfordere. Dafür fand man in allen europäischen Ländern fast zeitgleich dieselbe Problemlösung: Einmal warf man die fremden Armen hinaus; zum anderen teilte man die verbleibenden eigenen

* Dieser Text erschien erstmalig im »Diakonie Forum 22: Ausgrenzung als gesellschaftliches Problem«, herausgegeben vom Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche von Westfalen, Münster 2000, und wurde leicht gekürzt.

Armen in die kranken, also arbeitsunfähigen und daher guten Armen und die gesunden, also arbeitsfähigen und daher bösen Armen. Für die ersteren schuf man Institutionen vom Typ Krankenhaus, für die letzteren Institutionen vom Typ Arbeits-, Korrektions- und Zuchthaus, anfangs einschließlich der zur Abschreckung öffentlich vollzogenen Todesstrafe.

Dieses noch relativ pauschale System wurde mit Beginn der Moderne, also in der Zeit um 1800, die u.a. durch Vermarktwirtschaftlichung und Industrialisierung gekennzeichnet ist, differenziert und verfeinert. Denn einmal ersetzte man die bisherige Zwangsarbeit für die gesunden Armen, die sich immer wieder als unproduktiv erwiesen hatte, durch den formal freien Arbeitsvertrag, der die Produktivität des nun entstehenden flächendeckenden Netzes von Fabriken bei Strafe des Hungersterbens erzwang. Zum anderen differenzierte man jetzt die kranken Armen nach Krankheits- oder Behinderungsorte, wodurch das im Grundsatz heute noch bestehende System flächendeckender Netze sozialer Institutionen für Krüppel, psychisch Kranke, geistig Behinderte, dissoziale Jugendliche und Altersgebrechliche entstand, was die Professionalisierung spezialistischer Berufe nach sich zog. Mit dieser Problemlösung, von deren Segnungen wir alle auch heute noch profitieren, waren alle zufrieden, bis die Verbrechen der Nazis an den Behinderten – in anderen Ländern verständlicherweise früher als in Deutschland – weltweit viele Menschen nach 1945 zum Nachdenken darüber brachten, ob nicht die institutionelle Ausgrenzung als »soziale Euthanasie« die Bereitschaft auch zur physischen Euthanasie fördern könne. Unter dem zunächst nur angelsächsischen Begriff »Deinstitutionalisierung« – als globaler Bewegung – ging man an die Arbeit zu prüfen, ob nicht statt wie bisher immer mehr, vielmehr immer weniger Institutionen das Beste für alle sei, auch unter dem Gesichtspunkt der Demokratie und der Menschenrechte. Diese Bewegung der Deinstitutionalisierung scheint ungewöhnlich kraftvoll zu sein; denn obwohl sie eigentlich gegen die ökonomische Vernunft und damit gegen die jeweils stärkeren Bataillone gerichtet ist, schreitet sie – trotz konjunktureller Rückschläge – stetig fort, so dass man auch noch zumindest für die nächsten Jahrzehnte auf ihre ungebrochene Vitalität bauen kann.

Dennoch – als wir (ein Häufchen von sechs bis acht Mitarbeitern) in Gütersloh 1980 mit der Entlassung der Langzeitpatienten begannen, was wir anfangs auch nur bei 10 bis 20 % für möglich hielten, waren – wie auch sonst immer in der ganzen Welt – alle dagegen – aus vordergründiger ökonomischer Vernunft: Verwaltungsleiter, Pflegedienstleiter, Personalrat, Krankenhausträger und selbst Kostenträger hatten gute Gründe, die als Folge unseres Handelns drohende Betriebszerstörung abzulehnen. Anfangs haben wir daher alle anderen als Ausgrenzer kritisiert. Zum Glück haben wir bald gemerkt, dass dies ein Fehler war; denn auf diese Weise hatten wir uns zu den guten und alle anderen zu moralisch schlechten Menschen gemacht, die dadurch schon zwecks moralischer Selbstachtung gezwungen gewesen wären, uns auch mit moralisch-politischen Machtmitteln niederzumachen, was ihnen leicht gelungen wäre.

Diesen Fehler bedenkend, haben wir uns folgende Grundhaltung zu Eigen gemacht: »Damit eine große Zahl sich gegenseitig fremder Menschen gefahrlos miteinander leben können, haben wir die Herrschaftsform der Demokratie gewählt. Diese besagt, dass allen Menschen die Verfechtung ihrer eigenen egoistischen auch gegensätzlichen Interessen – in vereinbarten Grenzen – garantiert ist. Wenn also z.B. Du Verwaltungsleiter gegen die Entlassung der Langzeitpatienten bist, dann respektieren wir dies als Dein Recht. Daher können wir aber auch von Dir erwarten, dass Du unsere Entlassungsversuche als unser Recht respektierst. Wir anerkennen uns also gegenseitig als *Gegner* wie in einem Spiel oder in einer Sportart, die nur auf der Basis einer gewissen vereinbarten Fairness betrieben werden kann, und schauen mal, wer welche Runde gewinnt.«

Als Kurzformel dafür hat sich für uns der Satz bewährt: »In der Begegnung begegnen sich Gegner.«

2. Wir sagen gern »Selbsthilfe geht vor Fremdhilfe«, verhalten uns aber noch lieber umgekehrt.

Die schon erwähnte Demokratie war ursprünglich in der Zeit der Aufklärung, also im 18. Jahrhundert, die Idee einer kleinen Elite aus besitzenden, gebildeten, gesunden (vor allem hirntüchtigen) und damit selbstbestimmten Männern. Wie schon bei den alten Griechen

kamen darin alle anderen Gruppen, insbesondere die Armen, die Frauen und die Kranken/Behinderten, nicht vor, neben den letzteren als den inneren Fremden (den Befremdlichen) die äußeren Fremden, also die Ausländer, sowieso nicht. Da aber auf dem Papier alle Menschen frei und gleich sein sollten und da die zunächst ausgeschlossenen Gruppen um die Anerkennung als demokratische Rechtssubjekte zu kämpfen begannen, waren die letzten beiden Jahrhunderte ein Prozess der Demokratisierung immer neuer Bevölkerungsgruppen. Am deutlichsten wird das bei den Armen: in dem Maße, wie sie durch die Fabrikarbeit zu bürgerlicher Selbstdisziplin »veredelt« wurden, schlossen sie sich – als Proletariat – zu immer mächtigeren politischen und gewerkschaftlichen Selbsthilfebewegungen zusammen. Als sie sich Ende des 19. Jahrhunderts dann auch noch vom »Lumpenproletariat« (ein anderes Wort für Benachteiligte, Kranke, Behinderte) distanzieren, war dies das Eintrittsbillet in die bürgerliche Gesellschaft. Auch die Frauen erkämpften sich über Selbsthilfebewegungen nach und nach das Wahlrecht und andere Attribute demokratischer Gleichberechtigung. (Natürlich ist der materielle Prozess der Anerkennung als Freie und Gleiche auch heute noch lange nicht abgeschlossen: noch heute sterben z.B. Arme an fast allen Krankheiten häufiger als Reiche.)

Dieser Prozess hatte freilich auch die unbeabsichtigte Folge, dass das Ausgrenzungsbedürfnis, die Ausgrenzungswut der Bürger sich etwa ab 1900 nur noch auf die Bevölkerungsgruppe der Behinderten konzentrierte, die man von dieser Zeit an – in aller Unschuld: auch von Seiten der Kirchen – als »Minderwertige«, als »Untermenschen«, als »Entartete« oder als »Ballastexistenzen« bezeichnen konnte, was wesentlich zu der Bereitschaft, sie von ihrem Elend zu erlösen, sie zu vernichten – dies wurde schon im Ersten Weltkrieg deutlich – beitrug, vom Zweiten Weltkrieg ganz zu schweigen.

Aus eben diesen Gründen ist es für mich die kostbarste und beachtenswerteste Errungenschaft der letzten Jahrzehnte, dass – parallel zur Bewegung der Deinstitutionalisierung und diese auch fördernd – nacheinander alle Bevölkerungsgruppen mit einer Behinderung oder einer chronischen Erkrankung sich in Selbsthilfegruppen organisiert

haben und gemeinsam eine Bewegung bilden. Wir befinden uns also heute mitten in dem Prozess der Anerkennung auch der Behinderten, als der letzten Bevölkerungsgruppe, als gleichberechtigte Bürger, wobei viele formale und materielle Schritte schon gegangen sind, ebenso viele freilich auch noch fehlen. Dabei ist allerdings auch dies zu bedenken: Die Tragfähigkeit der demokratischen Prinzipien ist im Klub einer kleinen Bürger-Elite ungleich leichter mit Leben zu füllen als in einer Achtzigmillionen-Massengesellschaft, weshalb es unfair ist, die dadurch mitbedingten Demokratie-Defizite nur den Politikern anzulasten; es ist vielmehr unser aller Gestaltungsaufgabe.

Als wir in Gütersloh mit unserer Arbeit anfangen, wollten wir die Langzeitpatienten entlassen, wir wollten sie ändern, wir wollten ihnen sagen, was ihr nächster Schritt sei. Ebenso regelmäßig sind wir damit gescheitert. Erst als wir nicht mehr auf unsere aktiven, sondern auf unsere passiven Tugenden setzten, als wir lernten, auf sie wirklich zu hören, mit dem »dritten Ohr« zu hören, was sie uns zu sagen hätten, bereit waren, ihnen zu dienen, uns von ihnen regelmäßig unsere ebenso regelmäßigen Fehler korrigieren zu lassen und die dazu notwendige Demut aufbrachten, konnten sie die Schritte tun, an denen wir sie durch unsere Helfer-Aktivität gehindert hatten: nur sie konnten sich entlassen, konnten ihre Ausgrenzung aufheben.

Verallgemeinert bedeutet das für unseren Umgang mit der Selbsthilfebewegung der Behinderten, dass wir sie durch unsere aktive Förderung genauso zerstören können wie durch ihre Bekämpfung. Wenn wir nicht weiterhin selber Ausgrenzer sein wollen, haben wir unsere überwiegend aktive Grundhaltung radikal zu überdenken; wir haben erst noch zu lernen, was es bedeutet, dass wir Sozialhelfer ihnen zu dienen haben, dass wir immer nur befristete Ersatzlösungen darstellen und dass jeder Schritt von uns von unserer Bereitschaft gesteuert sein muss, uns zurückzunehmen, uns überflüssig zu machen, unsere Betriebe und unseren Arbeitsplatz zur Verfügung zu stellen. Erst wenn diese schwierigen, passiven Künste unsere Qualitätssicherungskataloge beherrschen, sind wir nicht mehr Ausgrenzer. Ob es wohl wenigstens ein Qualitätskontrollinstrument, ein Leitbild, ein Zertifikat gibt, das dies schon operationalisiert hätte?

3. Wir sprechen gern von der »Würde des Menschen«. Halten wir dabei die Würde des Anderen nicht für gleich groß wie unsere eigene Würde?

Zu Beginn der Moderne hielt es KANT für notwendig, Menschen und Sachen so voneinander zu unterscheiden, dass er ersteren Würde zusprach, während er letzteren einen Wert im Sinne von Preis zumaß. Die tabu-hafte Unantastbarkeit und Hoheit der Würde bedeutete für ihn nicht nur die Selbstzweckhaftigkeit des Menschen, sondern auch die säkularisierte Form der Gotteskindschaft und Gottesebenbildlichkeit des Menschen. Der Artikel 1 des Grundgesetzes versteht sich auf diesem historischen Hintergrund. Wenn ich ihn lese und von da aus über die Ethik meiner Beziehung zu anderen Menschen nachdenke, erfahre ich zu meiner anfänglichen Überraschung, dass Würde immer nur der Andere hat, nicht ich. Ähnliches hat schon ROSA LUXEMBURG gesehen, für die Freiheit nie die eigene, sondern immer die Freiheit des Anderen war. Das Grundgesetz beginnt also mit der atemberaubenden Provokation, dass ich erstmal leer ausgehe: während dem Anderen Würde zugesprochen wird, bleibt mir nur die Pflicht, diese zu achten und zu schützen – ohne Garantie, dass ich irgendetwas dafür zurückbekomme, freilich mit der Vision, dass, wenn alle das tun, mir vielleicht auch die Gnade oder Gabe der Würde, ohne dass ich sie mir verdienen kann, zuteil wird. Gleichwohl muss ich, damit Menschen überhaupt Würde haben können, anfangen, und zwar mit den beiden Tätigkeiten des »Achtens« und des »Schützens« der Würde des Anderen, wobei erstere für Abstand und Respekt, letztere für Nähe und Fürsorge steht.

Als wir in Gütersloh merkten, dass wir mit unserem aktiven Machen nichts ausrichten konnten, dass wir auf diese Weise die Langzeitpatienten nur weiterhin als Objekte behandeln würden, wurde uns allmählich – durchaus schmerzhaft – klar, dass wir uns zurückzunehmen hätten, dass wir zu jedem von ihnen, getrennt voneinander, eine persönliche Beziehung zu finden hätten, tragfähig genug, damit zwei Menschen eine schwierige Wegstrecke gemeinsam gehen könnten. Aber wie sollte das zustande kommen? Einfach zu behaupten »Wir sind doch alle Menschen, haben dieselbe Würde und stehen auf der-

selben Ebene, wo die Beziehung wechselseitig ist«, wäre zynisch gewesen, hätte das bestehende einseitige Machtverhältnis, schon gar innerhalb der Institution, nur verleugnet. Wechselseitigkeit, so erkannten wir, kann nicht von selbst entstehen, ist nicht plötzlich da; vielmehr muss einer anfangen, und das kann nur ich sein! Wie Vertrauen nur sein kann, wenn ich »blind« vorschieße, so kann symmetrische Wechselseitigkeit nur sein, wenn ich einseitig, asymmetrisch die hoheitliche und unantastbare Würde des Anderen achte und schütze, indem ich mich – selbst schutzlos – dem Anderen aussetze, in seinen Dienst trete, auf ihn höre. Sonst bleibt unser beliebtes Reden von der »Wechselseitigkeit der Beziehungen« nur harmonisierende Soße, unter der ich meine faktische Macht, den Fortbestand meines Ausgrenzungsregimes, nur um so besser verstecken kann.

Ähnlich ist es übrigens mit der »Selbsthilfe«. Dieser Begriff ist an sich absurd, denn meine Tätigkeit des Helfens kann sich immer nur auf Andere, nie auf mich beziehen. Selbsthilfe kann zu einer Gruppe oder zu einer Bewegung nur dadurch werden, dass irgendjemand mal anfängt, einseitig in Vorleistung tritt, etwas nicht für sich, sondern für einen Anderen zu tun. Genauso absurd ist letztlich auch die »Selbstbestimmung«, die nur über den Umweg der Fremdbestimmung zu haben ist: nur wenn ich mich von der Andersheit, Fremdheit, Würde des Anderen fremdbestimmen lasse, finde ich zu meiner Bestimmung, zu meiner moralischen Freiheit der Selbstbestimmung.

Schließlich: Auch wenn wir noch so gern von der Würde des »Behinderten« sprechen, sind wir erst dann nicht mehr Ausgrenzer, wenn der Behinderte seinerseits die Würde anderer Menschen achten und schützen kann – und das ist unter den Bedingungen institutioneller Ausgrenzung so gut wie unmöglich.

4. Wir heucheln, wenn wir behaupten, dass wir uns gerade für die Schwächsten einsetzen.

Es ist schon verräterisch, wenn wir so gern von den »Schwachen« sprechen. Wieso ist ein Mensch mit Behinderung »schwächer« als ohne Behinderung? Wenn wir nicht »schwach bei Kasse« meinen, sollten wir lieber von den Verletzbarsten sprechen, die daher am meis-

ten zu achten und zu schützen sind. Wenn wir aber uns als Sozialhelfern selbstkritisch über die Schultern gucken, werden wir uns dabei ertappen, dass wir uns meistens zuerst denjenigen zuwenden, die für unsere therapeutische oder pädagogische Hilfe am vielversprechendsten sind, bei denen Erfolge am schnellsten zu erwarten sind, die am rentabelsten sind. Schließlich brauchen wir für den Erhalt unserer Arbeitsplätze auch Erfolgsstatistiken. Auch die Rehabilitationsgesetzgebung folgt dieser Logik. Schließlich ist schon meine Arbeit mit den Fitteren schwierig genug, so dass ich zu den weniger Fitten irgendwie nicht mehr komme – sie sind damit abgeschrieben, ausgegrenzt.

Natürlich haben wir in Gütersloh auch diesen Fehler gemacht. Erst ziemlich spät ist uns aufgefallen: »Wenn wir so weitermachen, bleiben zum Schluss ein oder zwei Stationen übrig mit der Konzentration des ›harten Kerns‹ der Allerschwierigsten, wo gar nichts mehr geht. Da aber niemand auf solch einer Station längere Zeit arbeiten könnte, bräuchten wir wieder eine größere Zahl von weniger Schwierigen, um die Schwierigsten untermischen zu können – und im Nu hätten wir die alte Anstalt wieder hergestellt. Um uns die Korrektur dieses Fehlers wenigstens ein bisschen zu erleichtern, haben wir uns so etwas wie einen kategorischen Imperativ vorgeschrieben: »Handle in Deinem Verantwortungsbereich so, dass Du mit dem Einsatz all Deiner Ressourcen an Hörfähigkeit, Zeit, Kraft, Manpower, Aufmerksamkeit und Liebe immer bei dem beginnst, bei dem es sich ›am wenigsten lohnt‹.« Natürlich ist das nur eine Norm, die kein Mensch ständig erfüllen kann. Dennoch war es eine große Hilfe für uns, dieser Norm wenigstens so weit zu folgen, wie es uns möglich war, und auf diese Weise das Unwahrscheinliche zu verwirklichen, nämlich alle Langzeitpatienten zu entlassen. Ähnlich schwer war es für uns, den Kostenträger wenigstens zu der gerade von ihm zu erwartenden ökonomischen Vernunft zu bringen: »Nur wenn Du für eine Minderheit von ca. 15 % mehr zahlst als bisher und für die anderen dafür umso weniger, kannst Du für eine bestimmte Region in der Bilanz zu einer Halbierung Deiner Gesamtkosten kommen.«

Auch allgemein formuliert dieser kategorische Imperativ so etwas wie ein Grundgesetz für die Existenzberechtigung eines Sozialbereichs in der Gesellschaft, nämlich im Kontrast zum Wirtschaftsbereich, wo

es legitim ist, immer dort zu investieren, wo »es sich am meisten lohnt«. Nur so können wir die unserer menschlichen Bequemlichkeit folgende schleichende Ökonomisierung des Sozialen vermeiden.

5. Wir beanspruchen Zeitsouveränität – für uns, nicht für die Anderen.

Immer wieder neigen wir Sozialhelfer dazu, genau zu wissen, wann der richtige Zeitpunkt für den nächsten Schritt unserer Bewohner, Patienten, Klienten gekommen ist – eine unschuldige Methode, unser Herrschafts- und Ausgrenzungsregime aufrechtzuerhalten.

Erst als wir in Gütersloh merkten, dass wir mit solchen Zeitvorgaben immer wieder auf den Bauch fielen, haben wir einen Lehrsatz entwickelt, an den wir uns gegenseitig immer wieder gebetsmühlenhaft erinnert haben: »Zeit spielt keine Rolle«. Damit ist noch mehr die innere als die äußere Zeit gemeint. Erst wenn ich in der Beziehung glaubwürdig bin, dass seine, nicht meine Zeit gilt, kann der Andere mir signalisieren, wann für ihn der richtige Zeitpunkt für einen Schritt gekommen ist. Das galt für die Langzeitpatienten, ebenso aber auch für die genauso wichtigen Angehörigen. Mit dieser Zeitgestaltung von unten oder vom Anderen her unterscheidet sich unsere »Deinstitutionalisierung« von der häufig zu beobachtenden »Enthospitalisierung«, bei der von oben oder von mir aus als Programm vorgegeben wird, bis zu welchem Zeitpunkt ein Mensch oder ein Dutzend oder hundert Menschen zu entlassen sind, weshalb dabei meist nur eine Umhospitalisierung in Heime herauskommt. Wir haben 15 Jahre gebraucht, also ein so langsames Tempo, dass dies auch den wichtigen Nebeneffekt hatte, dass kein Mitarbeiter betriebsbedingt den Arbeitsplatz verlieren musste. Im Nachhinein wissen wir: Wir waren noch zu schnell; 20 Jahre wären menschlich und damit fachlich angemessener gewesen.

Dies lässt sich verallgemeinern: Je mehr Zeit für mich keine Rolle spielt und je glaubwürdiger ich in der Beziehung zum Anderen darin bin, dass nicht meine, sondern seine Zeit gilt, desto weniger muss der Andere schon aus Gründen der Selbstachtung seine Energie im Wider-

stand gegen meine Ungeduld verschleifen, so dass er seine Verselbständigungsschritte unter dem Strich schneller gehen kann, als wenn Zeit- und damit Ausgrenzungsdruck bestünde.

6. Wir sind ungerecht, wenn wir die Ausgrenzungstendenz der Kommunen beklagen.

Wir vergessen nämlich dabei, dass es für die Kommunen 150 Jahre lang schlicht vernünftig war, gerade die schwierigen sozialen Probleme auf die überörtliche Ebene zu verschieben bzw. in weit abgelegene Spezialinstitutionen auszulagern, dass es gerade mal 20 Jahre her ist, seit mit dem »betreuten Wohnen« erstmals nicht wie bisher immer stationäre, sondern auch ambulante Hilfen finanziert werden. Eine so epochale Umgewöhnung braucht Zeit.

In Gütersloh haben wir in vielen Gesprächen mit jedem einzelnen kommunal Verantwortlichen oft Jahre gebraucht, bis er sich darauf besinnen konnte, dass die Daseinsfürsorge auch noch für den schwierigsten Bürger ursprünglich und immer eine kommunale Aufgabe war, zwar über ein Jahrhundert ausgelagert, heute aber wieder möglich sein könnte.

Wir Sozialhelfer behindern aber diesen, die Ausgrenzung aufhebenden Umgewöhnungsprozess, solange wir selbst nicht die Probleme kleinräumig in ihrem eigenen familiären und kommunalen Kontext anzugehen bereit sind, sondern weiterhin großräumig auf entfernte, hochprofessionelle und scheinbar rationale Spezialangebote setzen, wo beeinträchtigte Bürger aus ihren für sie bedeutsamen Bezügen herausgerissen und zu Monokulturen sortiert sind, was ihre Chronifizierung und damit Ausgrenzung fördert.

7. Wir sind heuchlerische Ausgrenzer, solange wir fehlenden Wohnraum und fehlende Arbeit lediglich bejammern.

Indem wir einfach nicht zur Kenntnis nehmen, dass der Wohnungsmarkt nun mal marktwirtschaftlich organisiert ist, können wir zwar die Guten bleiben und machen dadurch die Wohnungsmarkt-Beein-

flusser zu den Bösen, nur dass diejenigen, für die wir angeblich da sein wollen, nichts davon haben.

Erst als wir in Gütersloh die fähigste Therapeutin für die Beeinflussung des Wohnungsmarktes frestellten, weil diese Fähigkeit dort eben am dringlichsten gebraucht wurde, verloren sich unsere Probleme des Findens geeigneten Wohnraums. Freilich mussten wir auch lernen, uns den Gesetzen des Wohnungsmarktes zu unterwerfen, damit wir sie auch nutzen konnten. So mussten wir lernen, in besonders schwierigen Fällen die Nachbarn erst vom Tag des Einzugs an über die Besonderheiten der neuen Bewohner zu informieren, damit sie keine Zeit fänden, Angst zu entwickeln, ein linkes Verfahren, dessen Richtigkeit uns die Nachbarn in der Regel im Nachhinein attestierten. Umgekehrt mussten wir lernen, dass bei einem nicht zu schlichtenden Streit zwischen einem unserer Langzeitpatienten und dem Vermieter wir selbst dann den Mietvertrag kündigten, wenn eigentlich der Bewohner und nicht der Vermieter Recht hatte: das bedeutete die Inkaufnahme einer kurzfristigen Ungerechtigkeit, um langfristig und für viele andere zu Glaubwürdigkeit und damit Gerechtigkeit auf dem Wohnungsmarkt zu kommen.

Statt moralischer Entrüstung haben wir also die Bürger so zu nehmen, wie sie sind, haben nicht die Entlarvung der Borniertheit eines Nachbarn über die Interessen einer Wohngruppe zu stellen. Mehr noch: wir müssen bereit sein, uns die Hände schmutzig zu machen, Schuld auf uns zu nehmen, um im Dschungel des Wohnungsmarktes den Anteil zu erkämpfen, den die Beeinträchtigten ohne unsere Stellvertretung nie würden haben können. Dass wir auch ausgrenzungs-aktiv sind, wenn wir den Wohnungsvertrag an den Betreuungsvertrag koppeln und damit den Behinderten knebeln, versteht sich.

Wenn wir uns darüber empören, wie brutal die Unternehmer die »Schwachen« ausgrenzen, benutzen wir auch sie als Projektionsfläche für unsere eigenen Ausgrenzungstendenzen. Zudem zeigen wir damit, dass wir uns dafür zu schade sind, die Realität der Wirtschaftsbetriebe überhaupt zur Kenntnis zu nehmen, von der einseitigen finanziellen Abhängigkeit des Sozial- vom Wirtschaftsbereich zu schweigen.

Dabei vergessen wir schon, dass immerhin die Gesellschaft als einziger Bevölkerungsgruppe ausgerechnet den Behinderten das garantiert, was sie dem Rest der Gesellschaft verwehrt – nämlich das Recht auf Arbeit; (dass die damit gemeinten »Werkstätten für Behinderte« freilich selbst noch – wie die Heime – der Deinstitutionalisierung bedürfen, damit der Behinderte seine Tätigkeit dort wirklich als Arbeit erfahren kann, steht auf einem anderen Blatt, gehört aber ebenfalls zu unseren Aufgaben).

Besonders lange hat es in Gütersloh gedauert, bis wir zu unserer zunächst kompletten Überraschung auf die Signale der Langzeitpatienten hören konnten, dass die meisten von ihnen arbeiten und sich mit einem Betrieb identifizieren wollten; und noch länger hat es gedauert, bis wir verstanden, dass für viele von ihnen zwei Stunden Arbeit am Tag so viel bedeuten kann, wie für andere acht Stunden. Erst daraufhin wechselten einige von uns – Sozialarbeiter, Krankenschwester – »in das andere Lager«, wurden Unternehmer und gründeten zehn Selbsthilfe- und Zuverdienstfirmen mit ca. 300 Voll- und Teilzeitarbeitsplätzen. Erst durch die empirische Nachuntersuchung aller entlassenen Langzeitpatienten konnten wir beweisen, dass sie mit ihren Signalen ins Schwarze getroffen hatten: Für die meisten erwies sich die Möglichkeit der Arbeit und der Betriebsidentifizierung als der wichtigste Stabilisator für die Fähigkeit, in einer normalen Wohnung dauerhaft mit wenig oder gar keiner Betreuung zurechtzukommen.

Was sich auf diese Weise für chronisch psychisch Kranke, geistig Behinderte, chronisch Suchtkranke und selbst für einen Teil gerontopsychiatrisch Kranker als gültig erwiesen hat, dürfte auch für die meisten anderen sozialen Problemgruppen gelten. Deshalb gehört – neben dem System der Behindertenwerkstätten – die Bewegung der Selbsthilfe- oder Integrationsfirmen zu dem Kostbarsten, was wir in den letzten 20 Jahren zustande gebracht haben, wobei die bisher erprobten Branchen insbesondere in den Dienstleistungsbereich auszudehnen sind. Deshalb können und müssen noch viel mehr von uns »guten Sozial Helfern« sich die Rolle des »bösen Unternehmers« aneignen, um durch die Kombination beider Fähigkeitsbündel den Behinderten und anderen Beeinträchtigten besser helfen zu können.

Das heißt aber auch: Wer Ausgrenzung nicht will, ist nur dann glaubwürdig, wenn er das Ziel verfolgt, das Recht auf Arbeit für alle zu erkämpfen – ein, trotz der Massenarbeitslosigkeit, erstaunlicherweise langfristig erreichbares Ziel, da die Unternehmer hierfür langsam zunehmend zu Bundesgenossen zu gewinnen sind. In Gütersloh wird jedes zweite Jahr vom Landrat ein Sozial-Oscar an denjenigen Unternehmer verliehen, der sich am meisten für die Beschäftigung psychisch Kranker und geistig Behinderter engagiert hat.

8. Indem wir uns über die Ellenbogenmentalität der Bürger und der Öffentlichkeit entrüsten, verfestigen wir bestehende Ausgrenzungstendenzen.

Indem wir Sozialhelfer bekunden, dass wir ganz anders, nämlich nicht egoistisch, sondern altruistisch sind, machen wir die Bürger zu den »Bösen«, gegen die wir die »Schwachen« schützen müssen, womit wir unsere Notwendigkeit und unsere Existenzberechtigung legitimieren.

Wir haben in Gütersloh relativ schnell gemerkt, dass alle paar Wochen in den Lokalzeitungen ein Beispiel für gute Beziehungen zwischen den Ex-Langzeitpatienten und den Bürgern stehen müsse, damit diese im Laufe der Zeit von ihrer eigenen Toleranz überzeugt sind. Dies entsprach auch durchaus der faktischen Entwicklung, denn jedes Jahr nahm die Zahl der Kontakte der Bürger zu Menschen zu, denen sie früher nie begegnet wären, und ersetzte zunehmend die Profi-Kontakte. Und was die Schüler und damit die zukünftigen Gütersloher Bürger angeht: inzwischen sind es sieben Schulen, von denen jeder Schüler wenigstens einmal in seiner Schulzeit ein praktisches Projekt gemeinsam mit psychisch Kranken oder geistig Behinderten macht und damit seine Fremdenangst zu überwinden lernt.

Auch allgemein ist viel mehr darauf zu achten, dass Öffentlichkeit immer hergestellt ist, und wenn wir sie nicht herstellen, dann tun es andere. Zudem sind viel mehr die postmodernen Werte der Individualität, der Pluralität und der Bereitschaft zu nutzen, die Unterschiedlichkeit und das Nebeneinander von Szenen, Milieus oder Subkultu-

ren nicht nur zu tolerieren, sondern zu begrüßen, mit der Möglichkeit neuer Formen von bürgerschaftlichem Engagement.

Ein Beispiel: Statt die Bürger nur mit Berichten über Ausländerfeindlichkeit zu füttern und damit die Vermutung ihrer eigenen Ausländerfeindlichkeit zu fördern, wären sie zu loben für ihre in der deutschen Geschichte beispiellose Akzeptanz äußerer und innerer Fremdheit innerhalb weniger Jahrzehnte von den Ostflüchtlingen 1945 über die Gastarbeiter, die körperlich, geistig und seelisch Behinderten bis zu den auslandsdeutschen und asylsuchenden Migranten.

9. Ausgrenzer sind wir auch, wenn wir die Tragfähigkeit der Familien schlechtreden.

Hier brauchen wir noch einmal den langen Atem der Geschichte: Während in der Vormoderne die Haushalte, eng verflochten in der Nachbarschaft, im Regelfall Orte nicht nur des Wohnens und Lebens, sondern auch des Arbeitens von Menschen ohne und mit Behinderung waren, wurden sie mit Beginn der Moderne zwecks industrieller Verwertbarkeit von immer mehr Aufgaben entlastet, verloren ebenso viel Autorität, bis sie nur noch als Kleinfamilien die Funktion der emotionalen Erziehung der Kinder hatten. Viele dieser ehemaligen Haushaltsaufgaben haben wir Sozialhelfer übernommen und damit zum Bedeutungsverlust der Familien – wie unvermeidlich auch immer – beigetragen. Während aber auch alle anderen bürgerlichen Institutionen wie Kirche, Schule, Militär und Nationalstaat an Autorität und Tragfähigkeit verloren haben, bleibt die Familie aufgrund ihrer existentiellen, biologisch-biographischen Alternativlosigkeit in ihrem institutionellen Kern erhalten. Dabei folgen wir Sozialhelfer immer noch der traditionellen Argumentation mit dem Ziel der weiteren Schwächung der Familie, wenn wir etwa unsere beliebte Intuition zum Ausdruck bringen, dass eine Familie ein Mitglied bloß an uns abschieben will, oder wenn wir einer Familie einreden, dass die Last durch einen Behinderten für sie doch unerträglich sein müsse oder wenn wir die strukturelle Gewalt in unseren Institutionen für moderner und besser halten als die wegen der emotionalen Nähe in einer Familie gelegentlich unvermeidliche physische Gewalt.

Aufgrund unserer intensiven Arbeit mit Angehörigen, für die wir manchmal – mit Gewinn – mehr Zeit als für die Behinderten aufbrachten, sind wir in Gütersloh zu dem ungemein hilfreichen Erfahrungssatz gekommen: »Keine Familie grenzt ein Mitglied wirklich freiwillig aus«, so sehr der Sozialhelfer in meinem Inneren sich gegen diesen Satz auch wehrt.

Hier scheint eine tiefgreifende historische Nachdenklichkeit für uns Sozialhelfer angesagt sowie Phantasie für andere, zeitgemäße Problemlösungen, die bis dahin gehen können, dass eine Familie mit einem Schwerstbehinderten als Sozialbetrieb anerkannt wird. Statt der Alles-oder-Nichts-Alternative, wonach ein Behinderter entweder ganz in der Familie oder ganz außerhalb ist, bevor er sich als Erwachsener ohnehin verselbständigt, bedarf es neuer Formen der Kombination der Kräfte der Profis und der Familienmitglieder, denen Gelegenheit zu geben ist, gerade so viel in die Betreuung einzubringen, dass sie zugleich auch noch ihre eigene Individualität verwirklichen können.

10. Wenn wir Sozialhelfer aufhören würden, Ausgrenzer zu sein, wäre Bürgergesellschaft möglich.

Schon die 9. Perspektive machte einen Weg deutlich, über den wir zu einem Netz von Kristallisationskernen für eine Bürgergesellschaft kommen könnten. Diese müsste also nicht nur eine Idee bleiben, sondern könnte wenigstens annäherungsweise Realität werden, wenn wir nur wollten. Zu den Voraussetzungen dafür gehört sicher ziemlich zentral die Bereitschaft von uns Sozialhelfern, Gründe für Ausgrenzung nicht mehr bei anderen zu suchen, also Ausgrenzung nicht mehr als »gesellschaftliches Problem« zu definieren, sondern sie vor allem zu unserem eigenen Problem zu machen. Wenn wir bereit wären, uns aus den traditionellen ausgrenzungsfördernden Sozial-TÜV-Positionen – nicht aus anderen Positionen – zurückzunehmen, würde ein gesellschaftlicher Freiraum, ein bürgerschaftlicher Spielraum entstehen, sicher mit Risiken, auch neuen Risiken, aber vermutlich mit noch mehr Chancen.

Abschließend noch zwei Gedanken zur Fantasieanregung. Der erste ist eine – diesmal etwas traurige – Geschichte aus Gütersloh: Der mit

Abstand schwierigste Mensch, mit dem wir es zu tun hatten, war jemand, der unentwegt klaute, und zwar auf eine ziemlich gemeine Weise, indem er etwa alten Frauen die Handtasche entriss oder Kindern ihr Taschengeld abpresste. Obwohl wir jahrelang viel Manpower um ihn herum konzentrierten, war alles vergeblich; er schwebte ständig zwischen Gefängnis und Forensik; wir waren verzweifelt, und er auch. Eines Tages meinte einer von uns: »Wenn wir ihm einfach das Geld der Hälfte oder eines Viertels des Gehalts einer unserer Stellen bar auf die Krallen geben würden, wäre das Problem vielleicht gelöst und der Kostenträger hätte sogar noch etwas eingespart.« Obwohl wir alle ziemlich sicher waren, dass ein solcher Versuch wahrscheinlich gelingen würde, hatten wir nicht die Fantasie und noch weniger den Mut zum Verzicht, dies in die Tat umzusetzen, was mich anhaltend beschämt.

Der andere Gedanke ist eine Fiktion: Wenn weiterhin keine der etablierten politischen Parteien bereit wäre, eine Problemlösung für die Verursachung von Ausgrenzung durch Armut in ihr Programm aufzunehmen, wie wäre es, wenn alle Sozialhelfer, also im weiteren Sinne alle Mitarbeiter im Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen und vielleicht noch aus einigen anderen Dienstleistungsbereichen sich zu einer eigenen Partei zusammenschließen? Da es sich hier vielleicht um das Kernproblem der Moderne, ja, der Neuzeit handelt, wären die Chancen dafür vermutlich gar nicht mal so schlecht.

Frank-Otto Pirschel, Harald Schmidt
Martin Bührig, Peter Kruckenberg, Maria Stock

Regionalisierung – Zurück in die Gesellschaft

1. Zurück in die Gesellschaft

Das aktuelle Bremer Projekt »Regionalisierung der stationären Psychiatrie« ist die Fortsetzung der sozialpsychiatrischen Reformentwicklung seit den 70er Jahren. Für die psychiatrische Pflichtversorgung der Stadtgemeinde Bremen (ca. 550.000 Einwohner) ist das in fünf Kliniken unterteilte Zentrum für Psychiatrie im Zentralkrankenhaus (ZKH) Bremen Ost zuständig. Das am südöstlichen Stadtrand von Bremen gelegene ZKH Bremen Ost ist seit 1977 ein integriertes Krankenhaus mit heute insgesamt ca. 1200 Betten einschließlich mehrerer somatischer Disziplinen. Die Psychiatrischen Kliniken, die sich aus der langen Tradition der um die Jahrhundertwende auf diesem Gelände errichteten Bremer Nervenlinik entwickelt haben, umfassen heute insgesamt ca. 650 Betten. Wir stehen jetzt vor der Aufgabe, ein integriertes gemeindenahes Versorgungssystem aufzubauen und personenzentrierte Hilfen vor Ort zu etablieren. Durch die Verlagerung vollstationärer Plätze in die Regionen kommt die Klinik den Hilfesuchenden entgegen. Zugleich strukturieren wir um: Vollstationäre Betten werden aufgegeben, mehr ambulante und teilstationäre Behandlungsmöglichkeiten in neuen, gemeindenahen Psychiatrischen Behandlungszentren geschaffen. Zugespitzt formuliert: Die aufgeklärte Gesellschaft bekommt die ihr zugehörige, aber verdrängte Verrücktheit zurück.

Die 1975 von der Enquete-Kommission formulierten Zielsetzungen einer umfassenden und bedarfsgerechten gemeindenahen Versorgung aller psychisch Kranken sind bis heute nicht eingelöst worden. Jeder

Schritt in diese Richtung erforderte auch in einem so kleinen Bundesland wie Bremen neben der breiten fachlichen Überzeugungsarbeit stets die Suche nach politischen Bündnispartnern, denn nur im ebenso komplexen wie manchmal konfliktreichen Wechselspiel von Betroffenen- und Angehörigeninteressen, fachlichen Überzeugungen und politisch-finanziellen Möglichkeiten können letztlich (im doppelten Sinn) neue Räume eröffnet werden.

In diesem Kräftefeld wurde in Bremen bereits 1980 der Beschluss gefasst, das ehemalige NS-Gefängnis und Marinehospital Kloster Blankenburg, ein Ort 50 km außerhalb Bremens, in das seit 1958 bis zu 390 so genannte therapieresistente oder nicht tragbare Patienten hin abgeschoben worden waren, als psychiatrische Verwahranstalt aufzulösen. Der eigentliche Meilenstein ist das Jahr 1988, in dem die letzten Patienten aus den großenteils unwürdigen Verhältnissen befreit und in die Stadt zurückgeholt wurden.

Zwischen 1980 und 1988 waren in Bremen-Stadt die organisatorischen und räumlichen Voraussetzungen für die Umsetzung geschaffen worden. In jedem der fünf Stadtbezirke mit ca. 100.000 Einwohnern wurde ein Sozialpsychiatrischer Dienst eingerichtet, in Zusammenarbeit mit den freien Trägern wurden Wohnheime, Begegnungs- und Werkstätten geschaffen, die Aufnahmestationen des ZKH Bremen Ost wurden je einem der fünf Versorgungsbezirke zugeordnet.

Diese komplexe Struktur von ambulanter und stationärer Versorgung ist gut entwickelt und durch die Binnensektorisierung des Zentralkrankenhauses (ZKH) Bremen Ost eng mit der Klinik verzahnt. Dennoch gibt es bemerkenswerte Mängel. Jede Einrichtung entwickelt ihr Angebot nach eigenem Konzept und erwartet Klienten, die sich danach richten – und nicht umgekehrt. Die Mitarbeiter eines Arbeitsbereiches gestalten die Beziehungen zu den Klienten, die Arbeitsabläufe, die Räumlichkeiten und anderes weitgehend nach den eigenen Bedürfnissen und oft erst zweitrangig nach denen der Klienten – meist ohne sich dessen bewusst zu sein. Wenn ein Klient nicht mehr zum Angebot passt, wird er »überwiesen«, d.h. weitergereicht, obwohl das meist mit fatalen Beziehungsabbrüchen und Informationsverlusten verbunden ist. Schwierig zu betreuende Patienten werden herumgeschoben oder fallen aus dem Hilfenetz ganz heraus.

Ein weiteres Problem. Das für die vollstationäre Versorgung zuständige ZKH Bremen Ost ist aus den entfernteren Stadtbezirken mit öffentlichen Verkehrsmitteln nur in ein bis zwei Stunden zu erreichen.

Fallbeispiel Herr R.

Aus dem am weitesten entfernten Stadtteil Bremen-Nord erreichte Herr R. unsere Suchtklinik trotz dieser Entfernung innerhalb von vier Monaten dreimal, um zu entgiften. Herr R. war 52 Jahre alt, alleinstehend und arbeitete als Hausmeister in einer großen Wohnanlage. Mäßig entzügig, sozial umgänglich, abstinenzorientiert und frühzeitig daran interessiert, sich im Rahmen der Veränderung Selbsthilfegruppen in seinem Stadtteil anzusehen, musste er während aller Entgiftungsaufenthalte mehrfach in der Woche fast ganz Bremen durchqueren, um zu den Selbsthilfegruppen zu kommen, den Kontakt zum Sozialpsychiatrischen Dienst (SPSD) zu stabilisieren und weitere entlassungsvorbereitende Erledigungen zu machen. Inzwischen ist es Herrn R. gelungen, zu einem Mitarbeiter des SPSD und zu Selbsthilfegruppen tragende Beziehungen aufzubauen.

Das wird nach der Eröffnung des Psychiatrischen Behandlungszentrums Bremen-Nord im Jahr 2002 anders ablaufen können: Soweit überhaupt notwendig, würde Herr R. wenige Tage zur Entgiftung stationär aufgenommen werden, es wäre aber auch unter Prüfung der medizinischen Voraussetzungen möglich, die Entgiftung tagesklinisch oder ganz ambulant durchzuführen, Herrn R. in der ersten Phase psychosoziale Einzelberatung und orientierende Gesprächsgruppen anzubieten und die Veränderungen direkt in seinem Lebensumfeld zu gestalten.

Aus internationalen Untersuchungen ist bekannt, dass sich die Nutzung von psychiatrischen Krankenhäusern im Regelfall mit der Entfernung vom Wohnort verändert. Das zeigen auch die Bremer Zahlen: Aus dem besonders weit entfernten Bremer Norden wird eine proportional geringere Patientenzahl bei längeren Verweildauern versorgt. Diese Erfahrungen decken sich mit der Empfehlung der Expertenkommission zum Bundesmodellprogramm von 1988, umfas-

send strukturierte Versorgungsregionen für nicht mehr als jeweils 100.000 bis 150.000 Einwohnern zu schaffen.

Das Projekt »Regionalisierung der stationären Psychiatrie« ist ein großer Schritt in diese Richtung: Wir verschieben das Krankenhaus und wir entgrenzen das Krankenhaus. Nicht nur im am weitesten entfernten Stadtbezirk Bremen-Nord wird im dortigen ZKH zusätzlich eine allgemeinpsychiatrische Akutstation eingegliedert, sondern in allen Stadtteilen werden in den kommenden Jahren neue Psychiatrische Behandlungszentren mit ambulanten und teilstationären Versorgungsmöglichkeiten geschaffen.

2. Neue Qualitäten

Damit wollen wir die Qualität in gleich drei Richtungen verbessern: die Qualität der Behandlung, der Arbeitsbedingungen und der Angebotsstruktur. Verbesserte Behandlungsqualität bedeutet zuvorderst, das Augenmerk auf ein respektvolles, vertrauensstiftendes persönliches Klima zu richten und sich an den Bedürfnissen, Fähigkeiten und Zielen der Patienten zu orientieren. Personenzentrierte, differenzierte Behandlungsangebote, wohnortnahe, warme Behandlungs- und Aufenthaltsräume und die Einbeziehung des sozialen Umfeldes sind dabei Mittel zum Zweck. Verbesserte Angebotsstruktur bedeutet, die teilstationäre und ambulante Versorgung auszuweiten, die stationären und teilstationären, die ambulanten und komplementären Dienste enger zu vernetzen, die Länge und die Häufigkeit der Krankenhausbehandlung zu senken und durch die Einrichtung regionaler Notdienste mit kontinuierlicher Besetzung die Erreichbarkeit für die Patienten auch im persönlichen Sinne zu sichern.

Ohne die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind diese Veränderungen nicht möglich. Es ist daher auch unser Ziel, die Arbeitsbedingungen im Zuge des Regionalisierungsprozesses zu verbessern. Das bedeutet gerade heute, die bestehenden Arbeitsplätze zu sichern, die individuellen Ressourcen und Potentiale durch Qualifizierungsangebote zu stärken und durch die vielseitigere, gestaltende Arbeit das Arbeitsklima und die Arbeitszufriedenheit zu erhöhen.

3. Behandlungszentrum Bremen-Nord

Das erste Psychiatrische Behandlungszentrum wird zur Zeit im Bremer Norden errichtet und wird ab Frühjahr 2002 für die psychiatrische Pflichtversorgung in dem Stadtbezirk zuständig sein. Neben der unweit am Krankenhaus Bremen-Nord eingerichteten Station mit 20 vollstationären Betten sind darüber hinaus für das Behandlungszentrum

- eine Außenstation mit 18 vollstationären Betten,
- eine Tagesklinik mit 24 Plätzen (davon 14 akuttagesklinisch),
- eine Institutsambulanz sowie
- die Beratungsstelle Nord des Sozialpsychiatrischen Dienstes vorgesehen.

Erwähnenswert scheint in diesem Zusammenhang, dass die bislang praktizierte Kombination von Institutsambulanz des Zentralkrankenhauses Bremen Ost und dem vom Gesundheitsamt unterhaltenen Sozialpsychiatrischen Dienst in Bremen-Nord beibehalten und in das Behandlungszentrum integriert wird. Die Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes werden somit dem Krankenhaus übertragen. Insgesamt sollen im Behandlungszentrum durchschnittlich 52 gegenwärtig im Krankenhaus Bremen Ost versorgte Patienten behandelt werden.

Die konzeptionelle Ausrichtung des Behandlungszentrums sieht einmal die personelle Kontinuität vor (weitgehende Vermeidung des Wechsels von Therapeuten), zum anderen die Kombination der therapeutischen Angebote nach den individuellen und situativen Erfordernissen sowie die Ausrichtung des Angebotes auf die Klientel der Allgemeinpsychiatrie, der Geronto- und Suchtpsychiatrie. Dazu werden entsprechend drei Behandlungsteams gebildet, jeweils zuständig für die Therapie und die Koordination konzeptioneller Gesichtspunkte. Insbesondere werden die Patientinnen / Patienten durch die verschiedenen Phasen der Behandlung begleitet, wobei die Therapeuten je nach individuellem Bedarf die im Zentrum bestehenden Angebote (Klinikstation, Tagestherapie, Institutsambulanz, Tagesklinik, Sozialpsychiatrischer Dienst) nutzen werden. Die besondere Berücksichtigung der ansässigen komplementären Dienste, der niedergelassenen

Nervenärzte, der Selbsthilfe- und Angehörigengruppen erfolgt unter dem Gesichtspunkt, schrittweise einen *Gemeindepsychiatrischen Verbund* zu organisieren.

Insgesamt lassen sich mit der Konzeptionierung und Durchführung der vorgehaltenen Organisationsformen wesentliche Vorteile verwirklichen:

- Verlegungen und die damit verbundenen Beziehungsabbrüche und Informationsverluste werden weitgehend vermieden.
- Therapieangebote können flexibler und individueller bereitgestellt werden.
- Der Zugang insbesondere bei Verschlimmerungen im Verlauf und bei Wiedererkrankungen wird niedrigschwellig gehalten, was unseres Erachtens nicht zu unterschätzende präventive Auswirkungen haben dürfte.

4. Eine andere Psychiatrie

Wir fassen unsere gesamten Aktivitäten schlagwortartig unter dem Motto »*Regionalisierung. Persönliche Hilfen vor Ort. Wir schaffen eine andere Psychiatrie*« zusammen. Diese Formel spannt den Bogen von der räumlichen Veränderung bis hin zur *ressourcenorientierten, mitmenschlichen Begleitung*. Der Aufbau personaler Kontinuität der therapeutischen Arbeit – wann immer möglich über die Grenzen ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlung hinweg – ist ein grundlegender und strukturbestimmender Leitgedanke des therapeutischen Konzepts. Dieses personenzentrierte Arbeiten heißt immer subjektorientiertes Arbeiten, partnerschaftlich, in Zusammenarbeit mit dem Klienten, ausgehend von seinen Bedürfnissen, Fähigkeiten, Zielvorstellungen und Lebensverhältnissen, aber natürlich durchaus auch in Auseinandersetzung mit ihm bezüglich des realistisch Erreichbaren. Die in den nächsten Jahren geplanten strukturellen Veränderungen sollen die Voraussetzungen für diese Art des Arbeitens verbessern, was *stabile persönliche Beziehungen als zentralen Wirkfaktor* voraussetzt.

Daher hat der Aufbau und die kontinuierliche Pflege eines offenen, zugewandten, wertschätzenden und verlässlichen zwischenmenschlichen Kontaktes Priorität bei allen therapeutischen Maßnahmen. Der

Aufbau einer tragfähigen persönlichen Beziehung verbunden mit einem therapeutischen Arbeitsbündnis gelingt bei schwer und bei chronisch psychisch erkrankten Menschen meist nur langsam und bleibt ständig gefährdet. Organisationsbedingte, im Grunde vermeidbare Beziehungsabbrüche wie z.B. wiederholte Weiterverweisungen sind in der Regel schädlich und damit kontraindiziert und sollen zukünftig, wo nicht gänzlich vermieden, doch erheblich eingeschränkt werden.

Inhaltlich nicht weniger wichtig ist die Umstellung auf einen ressourcenorientierten Umgang mit den Patienten und ihren Angehörigen. Diagnostik und Therapie haben sich in der Vergangenheit oft zu sehr an den Problemen und Defiziten der psychisch erkrankten Menschen orientiert und damit zu Demotivation, Selbstwertverlust und Stigmatisierung beigetragen. (Übrigens führt die mangel- statt ressourcen- und lösungsorientierte Kommunikation auch zum defizitorientierten Umgang innerhalb der Helfer/innen-Teams.). Ohne Probleme und Einschränkungen zu übersehen, soll die Behandlung aber vor allem von den Fertigkeiten und Stärken, den Bedürfnissen und Zielsetzungen, der *Sinnorientierung der Patienten*, ausgehen und die in ihrem sozialen Umfeld vorhandenen Unterstützungsmöglichkeiten einbeziehen. Mit anderen Worten: Behandlung zielt neben der Bearbeitung von Störungen und Symptomen immer auf die Verbesserung oder Stabilisierung von Autonomie, Selbstwertgefühl, Beziehungsfähigkeit, Alltagskompetenz und Erlebnisfähigkeit des Patienten ab und ist in diesem Sinne selbsthilfeorientiert und gesundheitsfördernd. Art und Umfang der Hilfen sind mit allen Beteiligten, insbesondere mit dem Patienten, abzusprechen oder zu vereinbaren.

Eine wichtige Ergänzung ist eine lebensnahe, einladende und überschaubare Alltagsgestaltung in einem angemessenen Milieu, das konsequent an den Bedürfnissen der psychisch kranken Menschen orientiert ist und so wenig wie möglich durch Interessen der Institution bestimmt wird. Grundlegende Wirkfaktoren, die sich auf die Gestaltung der zwischenmenschlichen und räumlichen Atmosphäre beziehen, sind im Rahmen des Soteria-Konzeptes beschrieben und werden im Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie des ZKH Bremen Ost bereits schrittweise in das Behandlungskonzept der bestehenden Stationen integriert, auch wenn man nicht übersehen kann, dass architektonische und finanzielle Zwänge nicht alles realisieren lassen, was

wünschenswert ist (vgl. auch den folgenden Beitrag von KROLL in diesem Buch).

Entsprechend dem jeweiligen Kompetenz- und Störungsbild wird auf dieser Grundlage ein individuell ausgearbeitetes therapeutisches Programm durchgeführt. Das Programm umfasst im Regelfall unterschiedliche Einzelleistungen, Gruppenangebote (diagnosespezifisch und diagnoseübergreifend) und milieuthérapeutische Angebote. Hierzu ist bei allen therapeutischen Berufsgruppen eine hohe fachliche Kompetenz, Flexibilität und eine enge Zusammenarbeit im Behandlungsteam erforderlich. Besonders in den Bereichen, in denen eine Durchmischung der Patientengruppen angestrebt wird, ist für diejenigen Mitarbeiter, die bisher in eher auf einzelne Störungsbilder spezialisierten Bereichen tätig waren, eine ergänzende fachliche Qualifizierung im Umstellungszeitraum erforderlich, die aus den bereitgestellten Umstellungsmitteln finanziert werden können. Außerdem wird mit der Ambulantisierung der Arbeit manche liebgewonnene Krankenhaushaltung (»Mache ich jetzt nicht, mach' ich später, der Patient ist sowieso da.«) zugunsten einer verbindlichen und anspruchsvollen, aber auf Dauer befriedigenderen Umgehensweise aufgegeben werden müssen.

Zur Verwirklichung des Grundsatzes, personenbezogene Hilfen vor Ort zu leisten, ist ein dreifacher Strukturwandel erforderlich:

- Von der institutionszentrierten zur personenzentrierten Organisation des psychiatrischen Versorgungssystems;
- Schwerpunktverlagerung aus dem vollstationären in den teilstationären und ambulanten Bereich mit flexiblen Übergängen;
- und die Regionalisierung der stationären Versorgung durch Binnenregionalisierung im ZKH Bremen Ost und durch den Aufbau von Behandlungszentren in den vom ZKH Bremen Ost entfernten Stadtbezirken.

Die Behandlungszentren sollen langfristig zu Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie an den regionalen Allgemeinkrankenhäusern mit regionaler Versorgungsverpflichtung werden; zum jetzigen Zeitpunkt ist diese Veränderung nur für den Bezirk Nord vorgesehen.

Im Sinne der personalen Kontinuität der Behandlung und der Flexibilisierung der Angebote sollen vollstationäre und teilstationäre Angebote mit der Institutsambulanz (einschließlich Kriseninterven-

tion) und den Beratungsaufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes integriert werden. Dabei soll eine möglichst hohe Durchlässigkeit zwischen diesen Angeboten erreicht werden.

Die bereits heute enge Vernetzung mit den übrigen Diensten und Einrichtungen der Region über die stadtteilbezogenen Regionalkonferenzen, mit den niedergelassenen Ärzten, mit den so genannten komplementären Diensten in den Bereichen Selbstversorgung (insbesondere im Wohnbereich), Arbeit, Tagesgestaltung, Kontaktförderung und Teilhabe am öffentlichen Leben soll intensiviert und zu einem gemeindepsychiatrischen Verbund weiterentwickelt werden. Erfolgversprechende Ansätze, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen nach dialogischen Prinzipien in die Planung einzubeziehen, gibt es bereits, wenngleich es nicht immer einfach ist, zwischen den Interessen der Beteiligten und den festgelegten politischen und finanziellen Vorgaben zu vermitteln.

Die Finanzierung der gesamten Umstellung ist möglich, weil sich das Land Bremen an den notwendigen Bau- und Umbaukosten mit insgesamt DM 20 Millionen beteiligt und die Krankenkassen mit dem ZKH Ost vereinbart haben, das Budget nicht vor Anfang 2004 neu zu verhandeln und bis dahin auch zeitweilige Belegungseinbußen durch die Umstellung zu finanzieren. Dazu wurde der Klinik die Möglichkeit eingeräumt, das neue Angebot der akuttagesklinischen Versorgung bereits zu erproben und bis Ende 2003 wie die vollstationäre Behandlung abzurechnen. Diese Erfahrungen werden inhaltlich und statistisch ausgewertet und zur Grundlage der Neuverhandlungen gemacht werden. Damit sollen zukünftig Patientinnen und Patienten, die das vollstationäre Angebot nicht nutzen wollen und vom regeltagesklinischen Programm überfordert wären, sehr individuelle Behandlung und Unterstützung in den Psychiatrischen Zentren und in der eigenen Wohnung erhalten.

Trotz mancher Hindernisse und zeitlicher Verzögerungen beurteilen wir diese Etappe der Regionalisierung der stationären Psychiatrie als wichtigen und großen Schritt, unseren Patientinnen und Patienten auf allen Ebenen näher zu kommen. Abgeschlossen ist die »Vergemeindung« der Psychiatrie damit nicht, und es bleibt die Aufgabe, in den kommenden Jahren neue politische und finanzielle Spielräume auszuloten und zu nutzen.

Bettina Kroll, Wielant Machleidt,
Stephan Debus, Martina Stigler

Soteria zwischen Euphorie und Ernüchterung*

Seit ihrer Gründung im Jahre 1971 ist Soteria zum Synonym geworden für eine humane, möglichst neuroleptikafreie bzw. -arme, vorwiegend psycho-, sozio- und milieutheraeutische Behandlung außerhalb eines psychiatrischen Krankenhauses. Soteria steht für ein Ich-stärkendes Milieu, in dem Psychosen weniger als Krankheit denn als Ausdruck einer existentiellen Krise und als Beziehungsstörung verstanden werden. Eine einführende und nahe Psychosebegleitung, eine wohnliche, alltagsnahe und verbindliche Umgebungsgestaltung sowie die Förderung einer therapeutischen Gemeinschaft kennzeichnen die Einrichtung.

Besondere Faszination geht von diesem Projekt deshalb aus, weil es als Kontrastprogramm den gängigen »Wahnsinn« psychiatrischer Stationen – baulich und organisatorisch – verdeutlicht und einen verstehenden Umgang mit psychotischen Erlebnismustern anstrebt. Im Mittelpunkt steht eine »Kultur des Mit-Seins«, bei der die Einrichtung als gemeinsamer Lebensraum entworfen wird, der von den Patienten und Mitarbeitern gemeinsam bewohnt wird.

Trotz ermutigender Resultate sowohl der amerikanischen als auch der Schweizer Soteria-Forschung wurde bisher nirgends der Versuch un-

* Dieser Text erscheint ungekürzt mit umfangreichen Literaturangaben ebenfalls in: CIOMPI, L., HOFFMANN, H., BROCCARD, M. (Hg.): *Wieso wirkt Soteria? Eine atypische Schizophreniebehandlung kritisch durchleuchtet*. Bern, Huber, 2001.

ternommen, Soteria in größerem Rahmen umzusetzen und als selbstverständlichen Bestandteil der psychiatrischen Grundversorgung zu etablieren. Zwar ist das Projekt aus dem sozialpsychiatrischen Diskurs nicht mehr wegzudenken und zunehmend Thema einer erstarrenden Betroffenen- und Angehörigenbewegung, doch bleibt es bislang weitgehend eine »Ideenbewegung«. Es gibt viele originelle Ideen, Phantasien und Vorschläge, aber wenig institutionalisierte Realität.

Die Auswirkungen der Soteria-Idee bewegen sich daher in den letzten Jahren im Spannungsfeld zwischen Utopie-Euphorie (der »Hebamme« kreativer Gedanken) und bitterer Ernüchterung (angesichts erheblicher Realisierungsschwierigkeiten der Soteria-Idee in der psychiatrischen Wirklichkeit). Den Soteria-Ansatz will der »Gründervater« LOREN MOSHER heute als Philosophie verstanden wissen, als *Soteriologie*; eine Haltung, die vorurteilslose Zuwendung, Einfühlung und Respekt umfasst und letztendlich überall anwendbar ist – auch im psychiatrischen Krankenhaus. Unter dem philosophischen Schirm, den MOSHER aufgespannt hat, finden sich mittlerweile in Deutschland und Österreich zahlreiche Initiativen, Projekte und Kliniken. Mit der Soteria-Idee wird dabei kreativ umgegangen. Die verschiedenen Vorgehensweisen lassen sich im Wesentlichen in drei Strategien unterteilen. Anhand ihrer bekanntesten Ausprägungen sollen sie im Folgenden skizziert werden.

Strategie 1

Analog zum US-amerikanischen und Schweizer Vorbild streben einige Projektinitiativen die Etablierung von Soteria als Alternative zum psychiatrischen Krankenhaus an. Als kleine, überschaubare, nicht-hierarchische Einheit soll Soteria gezielt auf die Bedürfnisse (ersterkrankter) schizophrener Patienten abgestimmt werden. Konzeptionell gibt es kaum Differenzen zur gegenwärtigen Ausprägung der Soteria Bern.

Von 1997 bis 1999 existierte ein erstes deutsches Soteria-Projekt in Frankfurt/Oder. Diese »*Soteria an der Oder*« befand sich in Trägerschaft eines eigens gegründeten unabhängigen Vereins und konnte mit Hilfe von Fördermitteln aus dem Sozialfonds der Europäischen Union

sowie mit Unterstützung des Brandenburgischen Sozialministeriums in einer zweijährigen Modellphase finanziert werden. Da die angestrebte kostendeckende Regelfinanzierung über die Krankenkassen und andere Leistungsträger nicht realisiert werden konnte, ließ sich die längerfristige Existenz dieser Einrichtung nicht sichern.

Soteria Zwiefalten (Schwäbische Alb) ist aus einer Initiative des Zentrums für Psychiatrie Zwiefalten im Januar 1999 entstanden. Für den Aufbau und die längerfristige Finanzierung wurden sechs Behandlungsbetten der Klinik an die Soteria abgegeben. Formell handelt es sich um eine von insgesamt drei Aufnahmestationen, allerdings mit dem Schwerpunkt ersterkrankte schizophrene Patienten, die etwa 50% der Klientel ausmachen. Die Einrichtung ist außerhalb des Klinikgeländes in einer alten Villa untergebracht. Aufgrund der wenigen Behandlungsplätze bei gleichzeitiger Personalausstattung über den Standard der Personalverordnung Psychiatrie (Psych. PV) hinaus ist gegenwärtig noch eine finanzielle Bezuschussung durch die Klinik erforderlich. Soteria passt inhaltlich in das angestrebte Klinikprofil vermehrter Kundenorientierung und Werbung neuer Zielgruppen. Eine entsprechende Öffentlichkeitsarbeit wird betrieben, die auch Patienten außerhalb der Versorgungsregion anlockt. Die Belegungszahlen liegen gegenwärtig bei über 100 Prozent.

In Österreich gibt es eine Initiative für ein »autonomes« Soteria-Haus des »Vereins für Psychosebegleitung und Psychotherapie« in Wien. Das für die Region Niederösterreich geplante »Krisenhaus« soll 8 Plätze mit 12,5 Stellen für das Begleitungsteam umfassen. Die Mitarbeiter sollen aus verschiedenen Berufsgruppen kommen und mit der Psychosebegleitung betraut sein. Die ärztlich-psychiatrische Betreuung erfolgt konsiliarisch. Angestrebt wird eine Mischfinanzierung, bei der die für das Begleitungsteam nötigen Tagessätze vom Land, die rein ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen von den Krankenkassen und die für den Betrieb des Hauses anfallenden Kosten von der Gemeinde getragen werden. Der Soteria-Verein führt im Auftrag des Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds ab August 2000 eine Machbarkeitsstudie durch, deren Ergebnisse die Grundlage für kommende Budget-Verhandlungen darstellen wird.

Zahlreiche weitere deutsche Initiativen zielten und zielen in eine vergleichbare Richtung: u. a. der »*Arbeitskreis Soteria Bremen*«, der die erste internationale Soteria-Tagung im Jahre 1995 in Bremen organisierte, sich jedoch aufgrund stagnierender Realisationschancen auflöste. Einige ehemalige Mitglieder formierten sich neu zur »Initiative Krisenhaus Süd«, die sich als dezentrale Behandlungseinrichtung nicht nur an ersterkrankte schizophrene Patienten richten will. Weiterhin werden ähnliche Ansätze verfolgt durch die Berliner Initiative »KommRum e.V.«, »Lebensraum« Berlin bzw. »Förderkreis Soteria für Berlin«, das Projekt »TOLL-HAUS« in Köln, die »Soteria AG Nürnberg«, »Soteria für Frankfurt/Main e.V.« und »Soteria-Haus München«.

Damit erkunden eine Vielzahl von Initiativen, die über gut ausgearbeitete Konzepte verfügen, die Möglichkeiten einer Realisierung, wobei das Kernproblem, nämlich die Verfügung über Wohngemeinschaftsplätze (Finanzierung durch diverse Versicherungsträger) bzw. Betten, die durch die Krankenkassen finanziert sind, noch ungeklärt ist. An Letzterem aber wird sich die Verwirklichung eines Soteria-Konzepts entscheiden. Die meisten Initiativen stagnieren an diesem Punkt.

Strategie 2

Ein anderer Weg im Umgang mit der Soteria-Idee besteht in der Adaptation des Konzepts an die Versorgungs-(verpflichtete) Psychiatrie. Ziel ist hier keine klinikexterne Soteria, sondern ein innerstationärer Wandlungsprozess. Um eine qualitative Verbesserung der psychiatrischen Behandlungsbedingungen zu initiieren, werden Elemente der Soteria in das Arbeitsfeld einer herkömmlichen, allgemeinpsychiatrischen Akutstation integriert.

Diese mittlerweile relativ populäre Entwicklung wurde angestoßen durch das innovative Vorgehen des Teams des *Hermann-Simon-Haus 2 (HSH) der Westfälischen Klinik Gütersloh* (seit 1993) sowie die *Station 9 des Psychiatrischen Krankenhauses Gießen*. Wesentliche Komponenten der praktischen Umsetzung der Soteria-Idee auf den Modellstationen sind u. a.:

- Die Einrichtung einer gemütlichen Wohnküche als zentraler Begegnungs- und Kommunikationsraum für Mitarbeiter und Patienten bei gleichzeitiger Abschaffung des Dienstzimmers.
- Die konsequente Umsetzung eines Bezugspersonensystems.
- Die Einbeziehung von Angehörigen u.a. durch Schaffung einer Übernachtungsmöglichkeit auf der Station.
- Die Besetzung eines Empfangstresens ähnlich einer Hotelrezeption zur Gewährleistung einer grundsätzlich offenen Stationstür.
- Die Einrichtung eines Weichen Zimmers als Rückzugsraum und zur Einzelbegleitung in akuten Krisen.
- Angebot der Begleitung von Patienten in akuten psychotischen Krisen ohne Medikation bzw. mit Niedrigmedikation auf Wunsch.

Die Untersuchungsergebnisse einer qualitativen Studie zum Gütersloher Vorgehen verweisen insgesamt auf eine positive Bilanz des stationären Wandlungsprozesses (vgl. KROLL, B.: *Mit Soteria auf Reformkurs. Ein Alternativprojekt bewegt die Akutpsychiatrie.* Gütersloh, Jakob van Hoddis, 1998). Analog zur Zielsetzung lässt sich durch die Integration von Soteria-Elementen ein angenehmes und unterstützendes, von Respekt und Offenheit geprägtes Stationsklima herausbilden, in dem Gewalt und Zwangsmaßnahmen sowie formalisierte Kontrollstrukturen (z.B. eine geschlossene Stationstür) in ihrer Auftretenshäufigkeit drastisch reduziert werden. Die Veränderungen tragen zum Abbau von Hierarchien und zur flexiblen Orientierung an den Bedürfnissen der Patienten bei (Haltungsänderung). Die positiven Ergebnisse spiegeln sich sowohl in der Bewertung der Stationsatmosphäre durch die Mitarbeiter und Patienten als auch in so genannten »hard facts« über die Anzahl von Zwangsmaßnahmen und Türschließungen etc.

Als Resultat der stationären Rahmenbedingungen wie der gemeindefernen Verortung in einer psychiatrischen Großklinik kann die angestrebte konsequente Ausgestaltung des Gesamtsettings entlang eines Psychoverständnisses von MOSHER und CIOMPI jedoch nicht vollständig eingelöst werden. Vor allem die hohe Patientenzahl (mindestens 19) bei vergleichsweise geringer Personalausstattung und die nicht-selektive Aufnahmepraxis, die in vielen Fällen eine parallele

Begleitung gleich mehrerer akut erkrankter Patienten erforderlich macht, haben negative Auswirkungen auf die anvisierte Umsetzung von enger Krisenbegleitung, Reizschutz und Positivierung des psychotischen Erlebens. Die Akutstation widerspricht der Forderung nach optimaler Einfachheit, Klarheit und Übersichtlichkeit des gesamten kognitiv-affektiven Feldes, was zur Folge hat, dass ein wesentliches Potential der Soteria-Idee nicht ausgeschöpft wird.

Ein zentraler Nachteil des institutionellen Settings, nämlich als »Teil der Klinik« unmittelbar den Personal- und Richtungsentscheidungen der Leitungsgremien der Klinik und des Trägerverbandes unterstellt zu sein, droht das Gütersloher Experiment im Zuge des Wechsels der Klinikleitung mittlerweile einzuholen. Die herausragende Bedeutung der Pionierstation wird dadurch jedoch keinesfalls gemindert: Es konnte gezeigt werden, dass Soteria unter den regulären Versorgungsbedingungen ohne Inanspruchnahme zusätzlicher Ressourcen in bestehende psychiatrische Strukturen integrierbar ist und zur Qualitätsverbesserung des Behandlungsangebotes beiträgt. Das Vorgehen liefert wichtige Erfahrungen für die Erweiterung des diagnostischen Patientenspektrums, das von einer Soteria-(ähnlichen)Behandlung profitieren kann. Entsprechend motivierend ist die Ausstrahlung.

Resonanz finden das Gütersloher und das Gießener Modell vielerorts. Mit jeweils individueller Ausprägung und teilweise konzeptionellen Erweiterungen werden Soteria-Elemente in das psychiatrische Arbeitsfeld implementiert, u.a. im ZKH Bremen Ost, in den Rheinischen Kliniken Langenfeld, in der Psychiatrischen Klinik Gilead IV Bielefeld, im Johanniter Krankenhaus Geesthacht, im Westfälischen Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie Paderborn, im Alexianer Krankenhaus Aachen und im Landeskrankenhaus Klagenfurt.

Strategie 3

Die Vertreter dieser Strategie forcieren neben der Zusammenführung von Soteria mit der Abteilungspsychiatrie und ihrer Versorgungspflichtung grundsätzliche Veränderungen, die eine Gemeindeorientie-

rung des Versorgungssystems voraussetzen. Die vielerorts geplante Regionalisierung des gemeindefernen stationären Behandlungsangebotes soll hierbei genutzt werden, um über die klassische Abteilungskonzeption hinauszugehen und eine konsequente Strukturreform auf der Basis der Soteria-Idee zu vollziehen.

Diesen vollkommen neuen Schritt will man an der *Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH)* machen. Nach mehrjähriger Planungsarbeit und nach Gründung des Vereins »Soteria Hannover e.V.« steht 2001 die Umsetzung bevor. Die MHH plant die Auslagerung von insgesamt 10 Klinikbetten inklusive Personal aus dem Krankenhaus in einen Stadtteil von Hannover. Auf diese Weise ist der größte Anteil der Finanzierung durch die Krankenkassen gewährleistet. Mehrkosten werden von der MHH im Rahmen der Regelfinanzierung übernommen. Institutionell ist das Projekt in die sektorierte Pflichtversorgung der MHH eingebunden und richtet sich an alle vollstationär psychiatrisch behandlungsbedürftigen Menschen. Bei den 18 in der Institution verbleibenden stationären Plätzen der allgemeinspsychiatrischen Station werden analog zum Gütersloher oder Gießener Modell ebenfalls Soteria-Elemente einbezogen. Auf diese Weise wird ein gemeindepsychiatrisches, konzeptionell aufeinander abgestimmtes Gesamtversorgungsangebot für die Bevölkerung einer Region geschaffen.

In *Bremen* haben die Krankenkassen bereits grünes Licht gegeben für einen Regionalisierungsprozess, der im bundesweiten Vergleich Pilotcharakter hat. Die Grundgedanken (oder »Wirkfaktoren«) von Soteria sollen hierbei in ein integriertes ambulant-teilstationär-stationäres System übertragen werden, in dem vor allem die personale Kontinuität der Begleitung erhalten bleibt mit dem Ziel, mit jedem und für jeden Patienten ein auf seine individuelle Situation zugeschnittenes, »personenzentriertes« Hilfeprogramm zu entwickeln (vgl. den vorangegangenen Artikel von PIRSCHEL u.a. in diesem Buch).

Eine ähnliche gemeindepsychiatrische Organisationsform stellt das seit 1994 existierende »*Atrium-Haus München*« dar. Dieses Psychiatrische Krisenzentrum verfügt über 15 Krisenbetten, eine Krisenambulanz und eine Langzeit-Nachsorgeambulanz sowie eine Tagesklinik.

Als »sozialpsychiatrische Intensivbehandlung« schafft die Einrichtung Paradigmen für eine dezentrale gemeindeorientierte Versorgung. Bisherige Zukunftspläne stagnieren, die die Krisenbetten nach einem Umbau der Räumlichkeiten zu »Soteria-Betten« mit den zugehörigen Behandlungsmodalitäten umstrukturieren wollten. Gleichzeitig werden die gemeindepsychiatrische Grundhaltung mit der Soteria-Idee verwoben.

Die Initiative »KrisenHaus« von *pro mente Oberösterreich in Linz* sieht Soteria nicht als Parallelstruktur zur stationären Psychiatrie, sondern als Prototyp eines möglicherweise zukünftig flächendeckenden Angebotes zur vollstationären, aber auch tagesklinischen und ambulanten Krisenbegleitung im gemeindepsychiatrischen Verbund eines »Zentrums für Psychosoziale Gesundheit«. Dafür soll ein zeitlich und räumlich flexibel arbeitendes multiprofessionelles Team zur Verfügung stehen, das sowohl über ein psycho- und soziotherapeutisches als auch medizinisch-psychiatrisches Behandlungsrepertoire verfügt. Eine Laienhelferkultur im Sinne eines Hilfenetzwerkes soll als »erweitertes Team« entstehen. Die Form der Finanzierung dieses Vorhabens ist derzeit allerdings noch nicht absehbar.

Die *Soteria-Initiative Münster* hat nach skandinavischen Vorbildern (s.u.) ein Konzept für eine »ambulante Soteria« entwickelt. In kooperativer Zusammenarbeit mehrerer extramuraler Träger soll das Projekt der möglichst frühzeitigen Behandlung psychotischer Krisen im häuslichen Umfeld dienen. Der bereits existierende Krisendienst soll auf diese Weise zur systemischen Netzwerkarbeit vor Ort und längerfristigen Krisenbegleitung ausgebaut werden. Für dieses Vorhaben konnten jedoch bislang weder Modellmittel eingeworben noch konnte die zentralversorgende Klinik für eine entsprechende Umwidmung stationärer Kapazitäten gewonnen werden. Damit ließ sich auch die angestrebte Finanzierung durch die Krankenkassen oder die Kommune bis dato nicht realisieren.

Diskussion

Bei der gegenwärtigen und sich vermutlich weiter zuspitzenden Finanznot sind die Chancen zur Realisierung eines zusätzlichen und zudem u.U. kostenintensiveren Behandlungsangebotes äußerst gering. Es überrascht daher nicht, dass die konkreten Planungs- und Umsetzungsansätze klassischer Soteria-Projekte stagnieren (Strategie 1), während facettenreiche klinikangebundene Soteria-Vorhaben florieren (Strategie 2 und 3). Letztere erweitern mit ihren innovativen Entwicklungsimpulsen das Spektrum psychiatrischer Visionen im Umgang mit der Soteria-Idee. In der Regel dehnen sie den Soteria-Ansatz über die Gruppe der ersterkrankten schizophrenen Patienten auf alle psychiatrisch behandlungsbedürftigen Menschen einer Region aus. Das vollstationäre Setting eines Soteria-Hauses wird in ein gemeindenahes Versorgungssystem »übersetzt«.

Gewollt oder ungewollt kommt es bei diesen Strategien allerdings zu mehr oder minder großen Veränderungen der ursprünglichen Soteria-Konzeption. Nicht selten bildet die Soteria-Idee nur eine Stimme im Chor verschiedener therapeutischer bzw. (sozial-)psychiatrischer Stimmen, auf die man sich bei den anvisierten Reformen beruft. Die Vorhaben, die sich auf Strategie 2 und 3 stützen, irritieren und polarisieren die Soteria-Bewegung. Trotz grundsätzlichen Interesses an der Fortentwicklung und Abwandlung der Soteria-Idee besteht ihnen gegenüber Misstrauen, da sie als »Verdünnungen« der ursprünglichen Soteria-Konzeption empfunden werden. Dabei wird angezweifelt, dass sie »vergleichbare Kurz- und Langzeiteffekte zu entfalten vermögen wie der volle klinikexterne Soteria-Ansatz«.

Zweifelsohne bergen diese Vorgehensweisen neben ihrem innovativen Reformpotential auch die Gefahr der Aushöhlung des Soteria-Konzepts. Zum Beispiel könnten Einzelelemente aus dem Gesamtkonzept der Soteria herausgegriffen werden und unverbunden in einen völlig anderen Kontext gestellt werden. Möglicherweise nutzen ansonsten traditionell ausgerichtete psychiatrische Krankenhäuser das »Label« Soteria werbewirksam in einer Tendenz zur »Schönfärberei«, um ihr Image gegenüber Betroffenen und Angehörigen aufzupolieren.

Eine nachhaltige Impulsgebung und letztlich zukunftsweisende Richtungsentscheidung für eine soteriaorientierte Psychiatriereform ist ausschließlich dann zu erwarten, wenn es gelingt, die wesentlichen Wirkfaktoren der Soteria zu eruieren und in ihrer herausragenden therapeutischen Wirksamkeit nach gültigen wissenschaftlichen Standards zu evaluieren. Dies hat man sich z.B. an der MHH mit der Begleitforschung zur Soteria zum Ziel gesetzt.

Weiter helfen könnte auch der Blick zu den Initiatoren neuartiger skandinavischer Behandlungsmodelle. In Schweden büßte die *Soteria Nacka* zwar ihre stationären Betten ein. Doch inspiriert durch ausgesprochen erfolgreiche finnische und norwegische Pionieransätze formierte sich u.a. in *Södertälje* ein mobiles Krisenteam zur ambulanten Psychosebegleitung von ersterkrankten Menschen. Die hierzu vorliegenden Forschungsergebnisse sind viel versprechend in Bezug auf die Verminderung bzw. Vermeidung von Hospitalisierung und Entwicklung von Chronizität.

Im Sinne der Strategie 3 führt dies zur Vision von der Weiterentwicklung des Soteria-Modells zu gemeindenahen, flexibel-offenen Einrichtungen mit fließenden Übergängen von der ambulanten, teilstationären und stationären Behandlung möglichst unter einem Dach, mit denselben Bezugspersonen für alle Phasen des Krankheitsverlaufs und wohnlicher Atmosphäre. Mit derartigen Soteria-Konzeptionen und -Umsetzungserfahrungen ließe sich eine offensive Kosten- und Effektivitätsdebatte führen, die Überzeugungskraft entfaltet und neue Bündnispartner auch auf Seiten der Kosten- und Leistungsträger wie von selbst gewinnt.

Dass Soteria über eine breite Anwendbarkeit verfügt, konnte auch MOSHER durch die Begleitforschung zu seinen Soteria-Nachfolge-Projekten zeigen. Die auch in Bezug auf den Kostenfaktor positiven Ergebnisse bei der Erweiterung des Anwendungsspektrums auf die Gruppe der schwer und chronisch psychisch kranken Patienten inspirierten MOSHER zur Formulierung der eingangs bereits erwähnten *Soteriologie*.

Nach Meinung MOSHERS sollte es im Umgang mit der Soteria-Idee in erster Linie darum gehen, Soteria-Prinzipien oder -Wirkfaktoren zu formulieren und zu validieren, die überall umzusetzen sind – in der eigenen Wohnung, dem Soteria-Haus oder auf einer psychiatrischen Akutstation. Die zentrale Herausforderung bestehe darin, den Soteria-Gedanken angemessen umzusetzen, ohne ihn zu zerstören.

Ohne Frage hat die Bewegung rund um die Soteria-Idee Ausdauer bewiesen. Von der Eröffnung der ersten Soteria in der Nähe von San Francisco 1971 bis zur aktuellen »ambulanten Soteria« oder der Soteriologie sind immerhin 30 Jahre vergangen. Trotz aller Realisierungsschwierigkeiten gibt die Vielfalt der derzeitigen Ansätze und fachlichen Diskussionen im Umgang mit der Soteria-Idee Anlass zu vorsichtigem Optimismus in Bezug auf die Entwicklung der kommenden Jahre.

Thomas Bock

Eine Frage der Glaubwürdigkeit

Zur inhaltlichen und strukturellen Gestaltung von »Antistigma-Kampagnen«

Unter Vorurteilen leiden Psychiatrieerfahrene, ihre Angehörigen und mit etwas Einschränkung auch die psychiatrisch Tätigen. Vorurteile gefährden therapeutische Fortschritte und die strukturelle Weiterentwicklung der Psychiatrie. Insofern kann und muss der Kampf gegen Stigmatisierung ein zutiefst gemeinsames Anliegen sein, das nur im echten Dialog gelingen kann. Schließlich sind die Vorurteile von heute die Fehler der Psychiatrie von gestern. Die Psychiatrie war und ist also am Prozess der Stigmatisierung selbst beteiligt; sie kann eine Antistigmakampagne alleine beim besten Willen nicht glaubhaft zustande kriegen. Die Gefahr ist zu groß, dass neue Vorurteile befördert, statt alte abgebaut werden, und dass die zarten Ansätze des Dialogs durch autoritäre Monologe erschlagen werden.

Vorurteile werden nicht durch einzelne einseitige Hochglanzveranstaltungen beseitigt; notwendig sind gemeinsame, kontinuierliche und vielfältige Anstrengungen auf allen Ebenen: Die Auseinandersetzung mit Stigmatisierung gehört in jede Therapie, sie beginnt in der Auseinandersetzung von Erfahrenen, Angehörigen und Profis mit sich selbst und untereinander, ein Prozess, den die Psychoseminare seit zehn Jahren organisieren und fördern.

Psychoseseminare – eine »Antistigmakampagne von unten«

Der Dialog in den Psychoseseminaren fördert den Abbau *wechselseitiger* Vorurteile, aber er wirkt darüber hinaus längst auch in die Öffentlichkeit hinein: Das Treffen in der Volkshochschule, die Ankündigung im Lokalblatt, der Bericht in der Kirchenzeitung an 100 Orten in beständiger Regelmäßigkeit vermitteln Selbstverständlichkeit und wirken öffentlichen Ängsten entgegen.

Seit ihrer Entstehung bilden Psychoseseminare eine Art »Antistigmakampagne von unten«. Sie haben einiges dazu beigetragen, dass es heute längst nicht mehr so riskant ist wie vor zehn Jahren, sich als »psychoseerfahren« zu bekennen. Das Wort »Psychoseerfahrung« ist im Kontext der Psychoseseminare entstanden und spiegelt den dort erreichten sprachlichen Kompromiss. Die rein pathologische Sichtweise wurde abgelöst, der Krankheitsaspekt um die anthropologische Sichtweise ergänzt. Dieses umfassendere Bild gilt es, offensiver noch in die Öffentlichkeit zu tragen: ein nicht mehr nur fremdes ausschließlich pathologisches, sondern ein anthropologisches Verständnis von Psychosen – als existentielle Krisen, als Zustand extremer Dünnhäutigkeit und allzumenschlicher Verletzbarkeit. Dabei geht es nicht darum, Psychosen zu verharmlosen, oder gar ihre Krankheitswertigkeit und Hilfsbedürftigkeit zu bestreiten.

Zu Krankheitsbegriff und Psychoseverständnis

Psychosen sind im Sinne des Sozialgesetzbuches Krankheiten: Wer aus psychischen oder somatischen Gründen arbeitsunfähig ist, ist krank, d.h. er/sie hat Anspruch auf Lohnersatzleistungen: »Krankheit« ist eben auch ein Schutzbegriff. Welche Hilfen jemand braucht, ist damit nicht unbedingt festgelegt. Hilfen braucht auch, wer nicht krank ist. Und gesundheitliche Hilfen sind keineswegs nur medizinisch.

Psychosen sind aber nicht nur Stoffwechselstörungen, nicht einmal in erster Linie. Sie sind tiefe Sinnkrisen, Zustände tiefer innerer Verunsi-

cherung und Selbstentfremdung – mit dem Risiko der somatischen Eigendynamik. Eine Psychiatrie, die das alles auf den Hirnstoffwechsel reduziert, verstärkt die Selbstentfremdung des Einzelnen und treibt Psychoseerfahrene in Resignation oder Noncompliance. Psychiater, die eine Antistigmakampagne mit diesem Bild bestreiten, erzeugen neue Stigmata anstatt alte zu beseitigen.

Die offizielle Kampagne »open the door«

Die offizielle Kampagne »open the door« ist umstritten: Wenig Transparenz. Unklarheit, wer über welche Mittel zu entscheiden hat. Wenig Dialog. Insbesondere die Psychoseerfahrenen kritisieren, dass sie nicht selbstverständlich einbezogen wurden. Eine vertane Chance. Das Wenige, das von der offiziellen Kampagne bisher inhaltlich bekannt wurde, fällt hinter den erreichten Stand der Verständigung zurück:

Wer Psychosen als Hirnkrankheit bezeichnet und ihre absolute Heilbarkeit propagiert, hat wohl eher im Sinn, die Psychiatrie auf einen einseitigen Hochglanz zu polieren, als Verständnis und ein menschliches Bild von Psychosen zu erzeugen. Selbst die fachimmanente Diskussion ist weiter, im Verständnis von Psychosen differenzierter und hinsichtlich der eigenen Möglichkeiten wohlthuend bescheidener und pragmatischer: Schizophrene und affektive Psychosen werden von somatischen Prozessen, z.B. im Hirnstoffwechsel, begleitet. Dass diese aber von psychischen und sozialen Prozessen unabhängig und isoliert Psychosen hervorrufen könnten, kann niemand ernsthaft behaupten, erst recht nicht beweisen. Und um Patienten für einen pragmatischen Umgang mit Neuroleptika zu gewinnen, ist es weder notwendig, sondern oft eher schädlich, diese zu dem gleichen Reduktionismus zwingen zu wollen, der schon die Psychiatrie allzu lange vergiftet hat. Schließlich führen nicht nur die somatischen Nebenwirkungen, sondern auch und vor allem eingeengte Krankheitsbilder und autoritäre Behandlungsstrukturen zu Noncompliance.

	offizielle Antistigmakampagne	Psychoseseminare Antistigmakampagne »von unten«
<i>Psychoseverständnis</i>	»Hirnkrankheit«	»Existenzielle Krise« mit psychosozialer und somatischer Eigendynamik
<i>Heilbarkeit</i>	»Psychosen sind mit Psychopharmaka heilbar.«	»Psychosen sind nicht immer heilbar, aber man kann mit ihnen leben lernen.«
<i>Schuld</i>	»Familien sind unschuldig.«	»Es mag tragische Wechselwirkungen geben, aber keine ursächliche Schuld.«
<i>Behandlung</i>	»Atypische Neuroleptika sind das Mittel der Wahl.«	»Notwendig ist vor allem eine langfristige therapeutische Begleitung, ein Gegenüber zur Orientierung.«

Tenor der offiziellen Kampagne:

Schizophrenie ist eine Hirnkrankheit. Sie ist heilbar. Niemand trifft irgendeine Schuld. Die Psychiatrie ist in der Lage, die mit der Krankheit verbundenen Probleme zu lösen. Man braucht keine Angst mehr zu haben vor schizophrenen Menschen. Die Heilung wird vor allem durch atypische Neuroleptika erreicht.

Botschaft der Psychoseseminare:

Die Möglichkeit, psychotisch zu werden, ist tief in jedem Menschen verankert (vgl. Träume, egozentrische Wahrnehmungen eines Kindes, Halluzinationen nach Isolationserfahrungen u.a.). Aus der Realität auszusteigen, kann in subjektiv ausweglosen Widersprüchen eine Erleichterung bedeuten. Der Weg aus der Psychose erfordert eine (therapeutische) Person als Gegenüber, als langfristige Begleitung und Hilfe zu Integration und Orientierung. Manche lernen, Psychosen zu vermeiden, andere, mit ihnen zu leben, wieder andere ziehen aus der Psychoseerfahrung wichtige Schlüsse für ihr Leben. Neuroleptika sind eine Technik zur Symptomreduktion – nicht mehr und nicht weniger.

Öffentlichkeitswirksame Aktionen der Psychoseseminare

Die Psychoseseminare wollen ihre Arbeit in der Öffentlichkeit verstärken, eine Antistigmakampagne von unten mit deutlichen inhalt-

lichen Unterschieden zur offiziellen Kampagne und mit Stärken dort, wo diese ihre Schwächen hat. Beim zweiten bundesweiten Erfahrungsaustausch der Psychoseseminare im Juli 2000 in Schwerin wurden die Erfahrungen mit öffentlichen Aktionen gegen Stigmatisierung ausgetauscht und gesammelt:

- Gezielte Einladung an Journalisten, z.T. gute Berichte in Lokalzeitungen
- Leserbriefaktionen bei skandalösen Berichten
- Beteiligung an Straßenfesten u.a. lokalen Feiern
- Mitarbeit in (psychiatriepolitischen) Arbeitskreisen der Kommunen
- Spezielle Psychoseseminare in Kirchen, Berichte in Kirchenzeitungen
- Eigene Initiativen zur Information in örtlichen Betrieben
- Einladung von Mediatoren (örtliche Polizei, Richter, Pastoren)
- Teilnahme an öffentlichen Foren und Talkshows (z.B. Hildegard Wohlgemuth, die »Bettelkönigin«, am 29.2.2000 bei Biolek)
- Erprobung und Vorbereitung von Kampagnen an Schulen

Die Teilnehmer der Psychoseseminare werden ihre bisherigen Erfahrungen systematisch auswerten und dokumentieren. In den nächsten zehn Jahren soll diese öffentliche Arbeit verstärkt werden. An verschiedenen Orten werden nachhaltige Initiativen an Schulen und in Kirchen vorbereitet. Ein besseres Verständnis von Psychosen und der direkte Kontakt zu »Zeitzeugen« stehen dabei im Vordergrund. Psychosen sollen nicht ausschließlich »pathologisch« definiert, sondern sichtbar werden als zutiefst menschliche Reaktion auf existentielle Verunsicherung, besonders extreme Dünnhäutigkeit, Rückgriff auf kindliche Wahrnehmungen, Aufbrechen von Unbewusstem, als Erscheinung (subjektiv) vergleichbar dem Träumen, allerdings ohne den Schutz des Schlafes. Auch in der öffentlichen Darstellung geht es also subtil und vielfältig um eine »anthropologische« Sicht auf Psychosen. Das bedeutet nicht, sie zu verharmlosen oder die Notwendigkeit von Behandlung zu leugnen. Doch will man wirklich Toleranz

gegenüber psychisch erkrankten Menschen fördern, muss man auch Verständnis und Nähe statt Fremdheit vermitteln.

Aus der Schweriner Erklärung vom Bundestreffen der Psychoseseminare

»...Ein besseres Verständnis von psychischen Erkrankungen zu vermitteln und einen unbefangeneren Umgang mit psychisch erkrankten Menschen zu erreichen, war und ist gemeinsames Anliegen von Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen und psychiatrisch Tätigen. Umso mehr kritisieren wir, dass die gerade anlaufende offizielle Antistigma-Kampagne (bisher) wenig dialogisch konzipiert ist: Zentrale Hochglanzveranstaltungen erscheinen wenig geeignet, Vorurteile abzubauen. Mit der einseitigen Darstellung der Schizophrenie als »Hirnkrankheit« werden eher neue Barrieren errichtet. Und eine allzu forsche Betonung der Heilbarkeit ist nicht ungefährlich, weil die Familien, die eine andere Erfahrung machen, ausgegrenzt werden. Psychiater, die moderne Behandlungsmethoden darstellen, wirken nach unserer Erfahrung weniger vertrauensbildend als Angehörige, die sich an die Öffentlichkeit trauen, und Psychoseerfahrene, die für sich selbst sprechen.

Wir kritisieren, dass der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener nicht gleichberechtigt an der Konzeption der Kampagne beteiligt wird und die vielen dezentralen Erfahrungen der Psychoseseminare unberücksichtigt bleiben. Von Form und Inhalt her erscheint die offizielle Kampagne unglücklich. Wir fordern die Organisatoren auf, diese Konzeption zu verändern. Und wir fordern die Bundesregierung auf, für eine demokratische Struktur der Kampagne und eine demokratische Mittelvergabe zu sorgen. Die Aufgabe ist zu wichtig, als dass die Chance eines echten Dialogs vertan werden darf. Dezentrale und langfristig wirksame Maßnahmen werden nur gemeinsam gelingen. Eine einseitige an den Interessen von Pharmafirmen und Universitätspsychiatrie orientierte Kampagne schadet mehr als sie nutzt, weil sie den schon erreichten Stand der Verständigung zwischen Erfahrenen, Angehörigen und Psychiatrisch Tätigen gefährdet...«

Jürgen Blume

Psychose-Seminare

Chancen...

Vor zehn Jahren wurde in Hamburg das erste Psychose-Seminar gegründet. Heute gibt es, verteilt auf ganz Deutschland über hundert Einrichtungen dieser Art. Was trieb und treibt die daran Beteiligten – Erfahrene, Profis und Angehörige – dabei an?

Die Psychose-Erfahrenen wollten ernst genommen und nicht mehr bloßes »Objekt« sein. Die Profis, die sich darauf einließen, wollten ihre Patienten aus deren eigener Sicht, als Erfahrene kennen lernen, um sie besser zu verstehen. Die Angehörigen wollten nicht mehr nur »Störfaktor« sein. Auch sie sind »betroffen«, auch sie haben Empfindungen und leiden.

Die gängige psychiatrische Anordnung verhindert in der Regel ein gleichberechtigtes, offenes Gespräch. Im Hintergrund lauern die Machtverhältnisse – der Arzt gibt die Medikamente, bestimmt die Aufenthaltsdauer etc. Das Psychose-Seminar ist ein Versuch, auf diese Probleme zu antworten.

- Das Psychose-Seminar tagt an »neutralem« Ort.
- Es wird eine Begegnung »auf gleicher Augenhöhe« angestrebt.
- Man/frau lernt sich außerhalb akuter Krisen kennen.
- Therapeutische und familiäre Abhängigkeiten sollen vermieden werden.
- Durch das Gespräch mit Angehörigen, die gerade nicht die eigenen Angehörigen sind, und umgekehrt, soll es leichter fallen, sich zu öffnen. Die blockierenden Rollen (z.B. Sohn/Mutter) fallen bei »Fremden« nicht so ins Gewicht.

- Das Psychose-Seminar eröffnete neue Chancen und Perspektiven:
- Die eigene Wahrnehmung wird durch die anderen relativiert. Ein Psychose-Erfahrener kann die Wahrnehmung fremder Eltern unter Umständen eher akzeptieren und in der Folge das Verhältnis zu den eigenen Eltern verbessern.
 - Die Angehörigen vermitteln den Profis – aber vielleicht auch den Psychose-Erfahrenen – Einblicke in Vorgeschichte, unbekannte Seiten, Schwächen und Stärken der »Psychose-Erfahrenen«.
 - Die *subjektive Erfahrung* wird zum Hauptgegenstand. Und zwar die Erfahrung aller Beteiligten. Gegensätzliche Erlebnisse und Zweifel sind zugelassen und erwünscht.
 - Ziel ist eine gemeinsame Sprache.

Die Rollen können sich verändern:

Psychose-Erfahrene werden zu Experten.

Die Angehörigen sind auch mit ihren Bedürfnissen und Empfindungen wichtig.

Die Profis müssen sich einen Zugang erst erarbeiten, und dafür vor allem zuhören.

Die Grenzen zwischen den Dialog-Partnern werden durchlässig. Die Leitung und Moderation soll von einem gleichberechtigten Team aus einem Angehörigen, einem Profi und einem Psychose-Erfahrenen übernommen werden.

Für die Psychose-Erfahrenen kann das Psychose-Seminar ein Stück Rehabilitation und Rückgewinnung von Kompetenz bedeuten.

THOMAS BOCK hat den möglichen Nutzen für alle Beteiligten auf die Formel gebracht:

Für Psychose-Erfahrene kann das Psychose-Seminar eine Therapie ohne Absicht sein, für Angehörige eine Familientherapie ohne Familie und für die Profis eine Supervision ohne Bezahlung.

... und Grenzen

In weiten Teilen verwirklicht wohl jedes Psychose-Seminar diese Ziele. Praktisch stoßen wir im Psychose-Seminar aber immer wieder an Grenzen:

- In unserem Kieler Seminar sind in der Regel die Psychose-Erfahrenen gefragt. Die Präsentation ihrer Wahrnehmungen wird erwartet, die anderen warten auf ihre Beiträge. Zum Teil trägt das voyeurhafte Züge. Spannende Geschichten werden begrüßt. Die Profis hingegen sind dann gefragt, wenn es um Medikamente, Krankheitsbilder und Therapieformen geht, also wieder in ihrer alten Rolle: als Profis.
- Die Profis bringen sich noch zu wenig mit ihren Ängsten, Zweifeln und Gefühlen in die Runde ein. Zuzugeben, dass auch sie ein Problem haben, unsicher sind, fällt ihnen besonders schwer. Souveränität war ja eigentlich ihr Job.
- Die Anwesenheit von Studenten und Auszubildenden (Pfleger etc.) weckt zwiespältige Gefühle. Zum einen erweitert das Psychose-Seminar ihren Blickwinkel und vertieft ihre Ausbildung. Die Sicht der Psychose-Erfahrenen kann ihnen bei ihrer zukünftigen Berufspraxis sicher helfen. Zum anderen ist die Teilnahme von Menschen mit relativ geringer/keiner Erfahrung ein Problem. Die Rollen der Zuhörenden und der Berichtenden sind schon vorgegeben.
- Es gibt Themen, die nicht mehr in einem »herrschaftsfreien Diskurs« behandelt werden können. Die gemeinsamen Interessen haben ihr Ende. So war es bei uns mit dem Thema »Auflösung der Anstalten«. Es war eine harte Diskussion und es war die alte Differenz spürbar. Der eine besitzt den Schlüssel, der andere steht hinter verschlossenen Türen. Und beide hatten ihre Erfahrungen und Erinnerungen. Zwei Profis (beide Ärzte) sind seitdem nicht mehr beim Psychose-Seminar erschienen.
- Der Moderatorenplatz der Angehörigen bleibt oft unbesetzt. Die reale Leitung hat in der Regel der Profi inne. Dies hat sicherlich auch etwas mit Erfahrung zu tun. Als Sozialarbeiter oder -pädagoge ist das Moderieren schließlich das täglich Brot, während für viele Angehörige oder Psychose-Erfahrene dasselbe Neuland darstellt. Aber ich denke, es liegt auch an dem noch fehlenden Selbstbewusstsein der Erfahrenen und Angehörigen. Moderieren kann jeder lernen. Und Fehler müssen erlaubt sein.
- Die Verteilung ist ungleichgewichtig. Die Angehörigen sind unterrepräsentiert. Und innerhalb der Profis überwiegen Sozialarbeiter und Therapeuten. Interessanterweise gibt es in jüngster Zeit eine

kleine Veränderung zu beobachten. Angehörige spielen eine größere Rolle. Waren es früher eher Eltern, sind es heute Partner oder Kinder. Und teilweise gibt es nun eine Erwartungshaltung der Erfahrenen an diese Angehörigen. Wie habt ihr eine Situation erlebt? Wie geht ihr mit Ansprüchen und Anforderungen seitens der Erfahrenen um?

- Oft ist die alte Rollenverteilung im Psychose-Seminar immer noch vorhanden. Das Ziel, diese aufzuheben, sollte als Prozess verstanden werden. Die Institution Psychose-Seminar beseitigt sie nicht an sich. Auch der »Triolog« kann die Realität außerhalb des Psychose-Seminars nicht auf einen Schlag verändern. Die neue Anordnung verändert sicherlich eine Menge, ohne dass allerdings sofort etwas völlig Neues entsteht.

Die Psychose-Seminare sind ein Versuch, den »normalen« psychiatrischen Alltag aufzuknacken, sie sind aber immer auch von ihm geprägt.

Wichtig scheint mir, das Seminar nicht »therapeutisch« zu überfordern. Hier werden weder Profis, noch Angehörige oder Psychose-Erfahrene eine »Lösung« ihrer Probleme finden.

Wichtig scheint mir vor allem der Austausch von Erfahrungen und von Sichtweisen und von Wahrnehmungsweisen. Wer einmal die Schwierigkeiten bei einigen Ärzten kennen gelernt hat, mit ihnen ins Gespräch, in einen Dialog zu kommen, wird diesen Triolog nicht gering schätzen.

Eigenes Denken kann relativiert werden, wenn man sich darauf einlässt, anderen zuzuhören. Man muss ja nicht jede andere Sichtweise übernehmen, aber zur Kenntnis nehmen sollte man sie.

Zwei Äußerungen einer Angehörigen in unserem Psychose-Seminar sollen verdeutlichen, was ich mir wünsche. Am Anfang einer Sitzung bat sie darum, ihr in wenigen Worten zu erklären, was »Schizophrenie« sei. In der Schlussrunde teilte sie als ihre Erfahrung des Abends mit, dass diese Frage ihr nicht mehr wichtig sei.

Renate Schernus

»Den Leuten aufs Maul geschaut« Sozialpsychiatrie von unten

Vorbemerkung

Aus der Perspektive von Leitung, auf der zu verkehren ich bis vor kurzem die Ehre hatte, scheint in der Psychiatrie alles ziemlich gut geregelt und im Griff zu sein.

Jeder gibt sich qualitätsgesichert (gegen Qualität kann nun wirklich keiner was haben). Jeder gibt sich rational, was den Umgang mit den natürlich knappen Ressourcen betrifft (woher sollen denn die Mittel auch kommen?). Jeder ist kundenorientiert und personenzentriert (man hat ja endlich das passende Instrumentarium). Und gemeindepsychiatrisch ist man sowieso (es wird heftig »enthospitalisiert« und den Gemeindepsychiatrischen Verbund haben wir auch). Vor allem aber sind wir immer bio-psycho-sozial (vorbei die Einseitigkeiten früherer Zeiten). Selbst die Pharmaindustrie (die man auf keinen Fall ver-teufeln sollte) gebärdet sich so sozialpsychiatrisch wie noch nie.

Optimismus ist angesagt. Social Psychiatry is possible.

Just als ich mich dieser positiven Selbstsuggestion entspannt überlassen wollte, fiel mir dummerweise ein ganz altes unmodernes Sufi-Sprichwort ein. Es lautet: »Über Hornissen lass dich von Gestochenen informieren.« Damit war die Idee geboren, einige Interviews mit »Gestochenen« zu führen. Ich entschloss mich, Psychiatrieerfahrene (P), Angehörige (A) und Mitarbeiter (M) zur Lage der Sozialen Psychiatrie zu interviewen, bei der letztgenannten Gruppe diejenigen, die Tag für Tag viele Stunden mit Patienten bzw. Klienten verbringen, also die so genannten Basismitarbeiter.

Achtzehn Interviews kamen zu Stande. – Ich führte sie mit begeisterter Neugier, fand eins interessanter als das andere, nicht ahnend, was ich mir – eine zukünftige Auswertung betreffend – damit antat. Da sitze ich nun und achtzehn Stimmen gehen in meinem Kopf spazieren, wollen sortiert und ausgewertet werden. Schließlich raffte ich mich auf, dem Stimmenchaos ein Ende zu bereiten und das Gehörte sieben Schwerpunkten zuzuordnen.

1. Der Begriff Sozialpsychiatrie im Alltag

In diesem Abschnitt wird dargestellt, was von den Interviewten unter Sozialpsychiatrie verstanden wird und welche Erwartungen sich mit dieser Bezeichnung verbinden. Ich war erstaunt, dass keiner mit den Schultern zuckte und den Begriff als Kunstwort aus der professionellen Sprache abtat, womöglich noch aus der von vorgestern. Vier intentionale Bedeutungsfelder werden dem Begriff Sozialpsychiatrie zugeordnet, die einzeln oder auch miteinander verbunden genannt werden:

- Anstreben von Integration und Normalität
- Kritik oder Korrektur der »anderen« Psychiatrie
- Berücksichtigung sozialer Einflüsse für die Entstehung und Behandlung psychischer Krankheiten
- »Sozialsein« als Forderung an die Psychiatrie überhaupt

Die meisten Äußerungen deuten darauf hin, dass der Begriff Sozialpsychiatrie bei den Interviewpartnern vorwiegend positiv besetzt ist. Es ergibt sich der Eindruck, dass über diesen Begriff am leichtesten eine Identifikation mit der Psychiatrie möglich ist. Sagt man Sozialpsychiatrie, so sagt man mit, dass es sich um eine Psychiatrie handelt, die um ihre Verbesserungsbedürftigkeit weiß. Eine Ausnahme erwähne ich später, da in ihr gerade Letzteres bezweifelt wird. Bei den Mitarbeitern ist am ehesten ein Gefühl für die historische Ortung des Begriffs herauszuspüren. Nimmt man die vier Tendenzen zusammen, könnte man daraus eine Definition basteln, die sicher nicht schlechter wäre als manche Lehrbuchdefinition.

Hier nun einige Aussagen zur Sozialpsychiatrie, hervorgehoben durch die Frage: »Was verbinden Sie mit dem Begriff Sozialpsychiatrie?«

Anstreben von Integration und Normalität

»Eine Psychiatrie, die sich hauptsächlich nicht auf einem Klinikgelände oder in irgendeiner Anstalt abspielt, sondern außerhalb, in der Stadt oder dort, wo die Leute wohnen, also in Form von Kontaktstellen oder Betreutem Wohnen oder irgendwelchen Anlaufstellen.« (P)

»Sozialpsychiatrie hat für mich mit dem Leben direkt zu tun. Also wie Menschen ein ganz normales Leben führen können, und wie man ihnen dabei helfen kann.« (M)

»Sozialpsychiatrie bedeutet, dass psychiatrisch erkrankte Menschen auch in ihrem sozialen Umfeld betreut werden. Dass sie nicht aus ihrem sozialen Umfeld herausgerissen werden, sofern sie eins haben. Und wenn sie keines haben, stelle ich mir darunter vor, dass sie in eine soziale Bezugswelt integriert werden sollen – können – müssen.« (A)

Kritik oder Korrektur der »anderen« Psychiatrie

»Das ist eine Richtung in der Psychiatrie, die ein bisschen sympathischer ist als die rein biologische Sicht.« (P)

»Ein ehemals moderner Ansatz in der Psychiatrie, eine Gegenbewegung ganz allgemein zu diesen biologischen Auffassungen.« (M)

»Ich verbinde damit eine Riesenaufbruchsstimmung in den Anstalten.« (M)

»Eine Psychiatrie, die nicht nur auf die Diagnosen sieht.« (M)

Berücksichtigung sozialer Einflüsse für die Entstehung und Behandlung psychischer Krankheiten

»Eben, dass da mehr darauf geachtet wird, was für eine Vorgesichte der Mensch hatte, was für Menschen um ihn rum waren. Ganz grob gesagt, Familie, was ihm bei der Arbeit passiert, was für ein menschliches Umfeld er hatte.« (P)

»Da werden die Psychiatriebetroffenen direkt angesprochen und mit einbezogen.« (P)

»Dass die Verbindungen gesehen werden, die existieren zwischen dem Alltag der Menschen und psychiatrischen Problemen.« (M)

»Eine Psychiatrie, die sich um die sozialen und menschlichen Zusammenhänge kümmert.« (M)

»Unter Sozialpsychiatrie verstehe ich die Bewegung, die die gesellschaftlichen Verhältnisse stärker ins Blickfeld rückt, die zu der Erkrankung eines Menschen beigetragen haben, oder auch die Einflüsse, die von der Lebensbiografie auf jemanden gewirkt haben, die auch immer im gesellschaftliche Kontext stehen.« (M)

»Dass psychische Störungen, die sich im sozialen Leben auswirken, auch direkt dort, an der Stelle, angegangen werden. Dass man da arbeitet als Mitarbeiter.« (M)

»Sozialsein« als Forderung an die Psychiatrie überhaupt

»Das Wort Psychiatrie war zu Beginn für mich mit innerer Ablehnung behaftet. Sozialpsychiatrie habe ich dann leibhaftig an meinem Angehörigen kennen gelernt und das hat die Bedeutung von Psychiatrie für mich sehr, sehr gewandelt. Ich finde, das sind zwei Begriffe, die unbedingt zueinander gehören.« (A)

»Einen ungeheuerlichen Fortschritt der Psychiatrie für Betroffene und für Angehörige auf der menschlichen Ebene.« (A)

»Die Unterbringung von Akutkranken in Krankenhäusern, das nennt man Psychiatrie, ja, und die notwendige soziale Eingliederung danach Sozialpsychiatrie.« (P)

Der Unbestimmtheitsgrad des Begriffs Sozialpsychiatrie scheint nicht größer als bei anderen in der Alltagssprache verwendeten Begriffen, mit denen Verständigung gelingt. Auch wenn in den zuletzt zitierten Aussagen der DÖRNERsche Satz »Psychiatrie ist soziale Psychiatrie oder sie ist keine Psychiatrie« (2) bestätigt wird, wird der Begriff als solcher nicht als überflüssig empfunden. Nach den Interviews war ich nicht mehr so sicher, ob WOLTER-HENSELER mit seiner Bemerkung von 1993 wirklich Recht hat. Sie lautet:

»Die Zeit ist über den Begriff ›Sozialpsychiatrie‹ hinweggegangen, er hat seinen historischen Ort und seinen Gehalt verloren, ist nur noch ein Torso, vage und unbestimmt; er führt zu Missverständnissen oder lässt bestenfalls die Diskussion in einem Nebel von Beliebigkeiten versinken, aber er ist nicht mehr tauglich zur Bezeichnung von Positionen in der Diskussion.« (4)

Ob es Begriffe noch geben sollte oder nicht, dies zu entscheiden, ist vielleicht nicht so sehr Sache von akademischen Experten, sondern entscheidet sich im und durch den alltäglichen Sprachgebrauch. Begriffe, die nicht mehr notwendig sind, verschwinden von selbst, nicht durch Entscheidungen.

Ich weiß nicht, ob man es im akademischen Diskurs jemals schaffen wird, nur mit klaren, präzisen, eindeutigen Begriffen zu operieren. Im Bereich der Alltagssprache verständigt man sich mühelos mit Begriffen, bei denen vage und unbestimmte Konnotationen stets mitschwingen. Verwirrungen treten häufig erst dann auf, wenn man solche Begriffe in Eindeutigkeitskorsetts zwingen will.

Gerade in der Psychiatrie müsste man doch das Hinhorchen auf das, was gemeint ist, was mitschwingt, als wichtige Voraussetzung für Verständigung überhaupt zu würdigen wissen.

2. Sozialpsychiatrie und mehr

Neben der ersten Frage bezog sich auch noch die vorletzte Frage meines Interviews direkt auf den Begriff »Sozialpsychiatrie«. Sie lautete: »Hat die Psychiatrie, wie Sie sie in Bielefeld erleben, den Namen Sozialpsychiatrie verdient?« Hierauf antworten die befragten Angehörigen alle mit einem eindeutigen »Ja«. Eine Angehörige setzt hinzu: »*Mich beschäftigt die Frage, ob die Sozialpsychiatrie für uns in Bielefeld erhalten bleiben wird.*«

Bei den Mitarbeitern ist eine gewisse Ambivalenz zu spüren. Ihre Antworten lauten z.B.: »*Ich finde schon, hier wird viel versucht.*« – »*Teilweise schon. Man bemüht sich.*« – »*Verglichen mit anderen Psychiatrien – ja.*« – »*Ja, es gibt ein gut gespanntes Netz.*« – »*Falls Bielefeld ganz vorn liegt, dann sollen sie auch zusehen, dass sie vorn bleiben.*« Eine Mitarbeiterin, die in der Akutpsychiatrie arbeitet, äußert deutliche Ängste: »*Ich glaube, im Moment verändert sich das, und ich habe Angst, dass der Wortteil ›sozial‹ aus der Begrifflichkeit mehr und mehr verschwindet. Ich habe Sozialpsychiatrie kennen gelernt, glaube aber, dass sich das in nicht soziale Psychiatrie verändern wird. Und ich glaube, an die Stelle tritt mehr und mehr der Krankheitsaspekt und nicht der Schwerpunkt der sozialen Beziehungen.*«

Die Antworten der Psychiatrieerfahrenen lassen sich viel schwerer auf einen Nenner bringen. Zwei sagen ganz eindeutig »Ja«. Zwei verneinen eindeutig. Bei Letzteren hört sich dies folgendermaßen an: »Ne, mit der Wiedereingliederung – das kommt noch ein bisschen zu kurz.« – »Nein, da fehlt mir einfach so die soziale Komponente.« Einer differenziert zwischen der Klinik und dem Bereich des Betreuten Wohnens. Letzteren könne man als sozialpsychiatrisch gelten lassen. In der Klinik sei die Psychiatrie eher biologistisch, und wo sie sozial sein wollte, da habe sie ihn auch genervt: »Das empfand ich alles als lästig, was man da mit mir angestellt hat. Das konnte ich nicht so ganz ernst nehmen – diese Basteleien und so – dann diese schrecklichen Gesprächsgruppen bei einem Pfarrer und so.«

Drei der Psychiatrieerfahrenen zögern deutlich mit der Antwort, weil sie in den letzten Jahren die Klinik nicht mehr aus eigener Anschauung kennen. Das Betreute Wohnen in der Stadt werten sie zunächst gar nicht als Psychiatrie, sagen dann aber, dafür würde der Begriff zulässig sein.

Eine weitere Antwort zitiere ich ausführlich, da mir scheint, dass sie die auch bei anderen mitschwingende Ambivalenz gegenüber der real existierenden Sozialpsychiatrie deutlich zum Ausdruck bringt: »Dass die Dinge nicht mehr auf einem Klinikgelände oder in Bethel oder so stattfinden, sondern in Bielefeld in der Stadt, das heißt noch nicht unbedingt alles. Die Stadt Bielefeld ist zunächst ein politisches Gemeinwesen, eine Ansammlung von Häusern und Straßen. Aber damit es auch für den einzelnen Psychiatrieerfahrenen zu einem sozialen Gefüge wird, in dem er seinen Platz hat, damit es auch lebbar wird und die Leute auch wirklich Lebensqualität haben, da reicht es nicht, einfach nur die Sachen in die Stadt zu verlagern. Es gibt Psychiatrieerfahrene, ja, die leben mitten in der Stadt, aber sie haben so gut wie gar nichts an Kontakten oder an Beschäftigung oder an Lebenssinn. Sie werden dann so ab und an mal per Krankenwagen in die Klinik gebracht und wieder zurück in die Wohnung. Es gibt andere Psychiatrieerfahrene, die leben auch mitten in der Stadt, mitten im Gewusel, bloß die sehen trotzdem den ganzen Tag rund um die Uhr nichts anderes als psychiatrische Strukturen, nämlich die betreute WG mit einer hohen Betreuungsfrequenz, den WfB-Arbeitsplatz und sie verbringen die ganze Freizeit nur beim Verein für Betreutes Wohnen.

Es wird natürlich immer Menschen geben, für die das nötig ist und die das auch brauchen. Aber manchmal denke ich bzw. beschleicht mich das Gefühl, dass die Ausgrenzung von Psychiatrieerfahrenen durch die Sozialpsychiatrie nicht so sehr aufgehoben, sondern nur unsichtbar gemacht wird.«

Sie selbst habe teilweise bessere Erfahrungen mit gewöhnlichen städtischen Stellen als mit psychiatrischen Angeboten gemacht. Beratung z.B. hinsichtlich Arbeitsfindungsfragen und Schwerbehindertenausweis seien dort »schnell, effektiv, kompetent, freundlich und ohne jede Herablassung« erfolgt.

Sie habe auch bei Erwachsenenbildungsangeboten, bei denen es um Kommunikation ging, mitgemacht. »Bei diesen Seminaren war ich aber keine psychisch Kranke, die therapiert werden musste, sondern gleichberechtigte und zahlende Teilnehmerin und sah auch, dass viele Nichtbetroffene die gleichen Probleme haben.«

Mit diesem Interviewausschnitt soll der zweite Abschnitt beendet werden. Er weist m.E. deutlich darauf hin, dass eine Sozialpsychiatrie, die sich im status quo – auch wenn es ein recht ansehnlicher status quo ist – einrichtet und »sich nicht selbst auf außerpsychiatrische Lösungen hin zu überschreiten versucht« (Zitat einer Psychiatrieerfahrenen), von den üblichen Gefährdungen aller (psychiatrischen) Institutionen bedroht bleibt.

Vielleicht wäre aber auch von hier aus eine Vision für eine zukünftige Entwicklungsrichtung der Sozialpsychiatrie zu entfalten, die dem Impuls ihrer Entstehung mehr entspräche als ein allzu technokratischer Ausbau des gemeindepsychiatrischen Netzes und seiner normierten Spielregeln.

3. Das Wichtigste

Achtzehnmal (heraus)geforderte Menschlichkeit

Viele meiner Gesprächsanstöße in den Interviews kreisten um das Thema »Was ist gute psychiatrische Arbeit?« und gipfelten in der, wie ich finde, sehr modernen Frage »Was ist Ihrer Meinung nach das wichtigste Merkmal von Qualität in der Psychiatrie?«

Das, was als wichtigstes Merkmal für Qualität von allen genannt wurde, ist jedenfalls nicht das, was in Zeitschriften und auf Kongressen zur Zeit am heftigsten diskutiert wird. Es entspricht andererseits dem, was jeder Mitarbeiter, der lange genug in der Psychiatrie gearbeitet hat, erwarten würde. Das ist eigenartig. Es ist das Selbstverständlichste, und gerade weil es so selbstverständlich scheint, steht es in der Fachwelt nicht im Vordergrund inhaltlicher und sozialpolitischer Forderungen.

Als wichtigste Elemente von Qualität in der Psychiatrie werden genannt:

- Individuelle Behandlung versus normiertem Vorgehen
- Zeit haben versus Hektik
- Ferner: Freundlichkeit, Respekt, Verständnis, Gespräche, Zuhören
- sowie die Übersetzung psychiatrischen Fachwissens in verständliche Informationen

Für keinen meiner 18 Gesprächspartner kommt – auch nicht andeutungsweise – eins der zur Zeit heiß diskutierten Themen der psychiatrischen Fachwelt als »wichtigstes« in den Blick; also z.B. der Streit darüber, ob Spezial- oder Sektorstationen mehr Qualität bedeuten, oder ob Abteilungen stets besser sind als Fachkrankenhäuser, ob alle Heime oder nur die schlechten abgeschafft werden sollen, ganz zu schweigen von so etwas wie dem »Mangel an akademischen Gewicht und Prestige« der Sozialpsychiatrie. (1)

Als das Wichtigste werden hartnäckig, ohne eine Abweichung und geradezu penetrant, von allen drei Gruppen verschiedene Spielarten des zwischenmenschlichen Umgangs, häufig verbunden mit der Forderung nach mehr Mitarbeitern, benannt.

Da selbst sehr beeindruckt von den individuellen Nuancen dieser Äußerungen, würde ich gerne 18 Stimmen zitieren. Das würde jedoch den Rahmen dieses Buches sprengen, deshalb nur drei Zitate:

Ein Psychiatrieerfahrener:

»Das Wichtigste ist die Menschlichkeit und das Zuhören, dass nicht einfach gesagt wird ›der ist jetzt krank, was der sagt, ist egal, wir bestimmen jetzt, was für ihn gut ist‹. Auch bei notwendigen Zwangsmaßnahmen sollte man dem Menschen nicht das Gefühl vermitteln, ›was du sagst, ist eh nicht so entscheidend, weil du krank bist‹.« (P)

Eine Angehörige:

»Echte Qualität braucht genügend Menschen, die kompetent, mit guter Ausbildung und nicht mit fachfremder Ausbildung im Team zusammen arbeiten können, und die deswegen psychisch Kranke gut begleiten können, ohne ins Rotieren zu geraten oder Schnellschüsse verpassen zu müssen, weil es anders nicht mehr geht, oder Menschen wegschließen zu müssen oder was es da sonst noch alles gibt.« (A)

Ein Mitarbeiter:

»Ja, Qualität, das klingt so bombastisch. Ich glaube, oft ist es wichtig, eben keinen Weg zu haben und nicht zu wissen, was besser ist, sondern zuzuhören und dem anderen zu signalisieren, dass ihm, wenn er was sagt oder sich erklärt, auch zugehört wird und dass das auch ernst genommen wird. Das sind so urmenschliche Sachen, die ich wichtig finde. Die kann man aber so schlecht erklären, weil, da heißt es dann gleich, du mit deiner rosa Brille, was sind denn das für große Worte. Aber, ich glaube, das hat am meisten Bedeutung.« (M)

Highlights

Eine Frage der Interviews drehte sich darum, was von den Einzelnen an der von ihnen erlebten Psychiatrie als besonderes Highlight angesehen wird. (»Was finden sie an der Psychiatrie, wie Sie sie kennen gelernt haben, richtig gut?«) Bei dieser Frage hätte es ja vielleicht nahe gelegen, dass endlich mal neue Medikamente, besondere psychotherapeutische Methoden, neueste Forschungsergebnisse oder zumindest Forschungshoffnungen oder wenigstens all die wunderbaren, gemeindenahen Einrichtungen gerühmt worden wären. Es wird manchen enttäuschen: Als wunderbar wurde von den Psychiatrieerfahrenen das Angebot von Reisen besonders hervorgehoben.

Im Originalton:

»Richtig gut finde ich, dass von verschiedenen Einrichtungen, z.B. Psychiatrische Ambulanz, dass da Reisen angeboten werden, dass Patienten und Mitarbeiter zusammen etwas unternehmen.« (P)

»Ich weiß nicht, ob mir was Positives einfällt. Doch: die Möglichkeit, auch als Sozialhilfeempfänger schöne Urlaube zu machen, auf Grund von Spendengeldern, insbesondere die Segelfreizeit war toll.« (P)

Einmal wird ferner das Überschreiten der Abgrenzungen zwischen Patienten und Mitarbeitern als besonders positiv erwähnt: »*Wo man auch merkt, es ist nun einmal so, es sind beides Menschen und nicht nur eben zwei Seiten von Menschen.*« (P) Ansonsten wird auch bei dieser Frageversion wieder hervorgehoben: Redenkönnen, Zeit bekommen, nicht verurteilt werden, Einzelgespräche – wobei hinsichtlich letzterer offensichtlich der fachliche Background oder die Therapierichtung für die Psychiatrieerfahrenen keine herausragende Bedeutung zu haben scheinen.

Auch die Angehörigen bleiben auf ähnlicher Linie.

Eine Angehörige betont die Wichtigkeit des Aspekts des menschlichen Umgangs sogar in Abhebung von der Suche nach schneller Heilung:

»*Ja, also ich finde erst einmal richtig gut, dass ich in der Psychiatrie ernsthaft am Menschen interessierte Mitarbeiter kennen gelernt habe, die nicht an einer vorschnellen Heilung im Sinne von Wiederherstellung irgendwelcher äußeren Funktionierfähigkeiten interessiert waren. Und ich habe diese Menschen als sehr lebenserfahren erlebt.*« (A)

Und die Mitarbeiter, was finden die so richtig gut an der Psychiatrie? Sie betonen, dass ihnen nie langweilig werde, natürlich – wundere sich, wer kann – wegen der vielen Begegnungsmöglichkeiten mit so interessanten Menschen. Sie betonen, dass die Öffnung der Psychiatrie gut sei und dass es überall dort um so besser werde, wo der Einzelne in den Blick kommt. Eine Mitarbeiterin schildert als Beispiel für ein typisches Highlight Folgendes: »*Jetzt vor meinem Urlaub rief mich noch mal eine Bewohnerin an, von der ich auch Bezugsperson bin. Sie hat mir noch einmal einen schönen Urlaub gewünscht, das hat sie noch nie gemacht. Und das hatte so was – fast ein bisschen was, – na, wo ich gedacht habe, da ist auch ein bisschen eine Beziehung entstanden. Ja, ich habe mich darüber gefreut, dass sie da einfach so dran gedacht hat.*« (M)

4. Blinde Flecke

Vielleicht haben sich den etwas Schizoideren unter den Lesern bei so viel Beziehungsfreude bereits einige Nackenhaare gesträubt. Deshalb eile ich schleunigst hinweg zur zusammenfassenden Darstellung negativer Aspekte. (»Was fehlt der Psychiatrie, so wie Sie sie erleben oder erlebt haben? Wo hat die Psychiatrie ihren ›blinden Fleck‹?«)

Natürlich wiederholt sich auch hier mit negativem Vorzeichen vieles von dem bereits Dargestellten. Eine Übersicht über die wichtigsten »blinden Flecke« ergibt Folgendes. In der Psychiatrie werde nicht gesehen, dass:

- es in Bezug auf das Finden von Arbeit und hinsichtlich von Arbeitsrehabilitation zu wenig und zu wenig fachgerechte Hilfe gibt;
- Arbeit nicht gerecht entlohnt wird, z.B. in der Werkstatt für Behinderte;
- Integration massiv durch den Mangel an persönlichem Geld behindert wird;
- es sowohl in Bezug auf Arbeit als auch in Bezug auf die Behandlung zu wenig flexible und individuelle Möglichkeiten gibt, die den enormen Persönlichkeitsunterschieden psychisch kranker Menschen gerecht werden;
- es zu wenig Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit gibt;
- die Psychiatrie ihre Neigung zur Abschottung noch längst nicht überwunden hat.

Auch hier muss ich mich leider auf nur wenige Zitate beschränken. Defizite in Bezug auf Arbeit werden interessanterweise nur von Psychiatrieerfahrenen, von diesen jedoch sehr vehement, akzentuiert. Ein Beispiel für viele:

»Meine Erfahrungen hinsichtlich beruflicher Beratung durch Mitarbeiter der Psychiatrie waren nicht sehr gut. Man ist zwar liebevoll und ermutigend mit mir umgegangen, aber die Beratung war nicht von besonderer Sachkenntnis geprägt und ging an meiner Arbeitsrealität vollständig vorbei.

Ich habe mir eigentlich von der Psychiatrie besondere Unterstützung gewünscht und nicht, dass die mir das noch schwerer machen.

Eine ganz ausgezeichnete Erfahrung machte ich hingegen mit einer Beratung bei der städtischen Stelle ›Frau und Beruf‹, die ich in

Anspruch nahm, weil ich mit meiner beruflichen Situation einerseits unzufrieden war, andererseits auch nicht nach den Sternen greifen kann. Ich erhielt dort Tipps, die ich erstmals als realistisch, konkret und auch umsetzbar empfunden habe.» (P)

Das Thema »alle über einen Kamm«, das ebenfalls insbesondere die Psychiatrieerfahrenen beschäftigte, wird in folgendem Beitrag plastisch an einer sehr modernen Einrichtungsform dargestellt: *»Ich war mal sechs Monate in einer Tagesklinik gewesen. Da wurde auch zu sehr drauf geachtet, dass alle Patienten mit Psychosen immer das Gleiche machen. Z.B. wenn dann eine 3/4 Stunde lang ein Rezept für die einfachste Quarkspeise vorgelesen wird, und anschließend mit acht Leuten in den Marktkauf gegangen wird, um eine Tüte Zimt zu kaufen, dann fühle ich mich irgendwie nicht ernst genommen. Und dann frage ich mich auch, ob das auch aus einer gewissen Ratlosigkeit heraus geboren ist, solche Sachen dann mit den Patienten zu machen.« (P)*

Bedenkt man, dass zu den Lieblingszielen moderner Psychiatrie insbesondere Integration und die berühmte Normalisierung gehören, stimmt es nachdenklich, dass meine Gesprächspartner – und zwar mehrere aus allen drei Gruppen – gerade die Tendenz zur Abschottung und die Künstlichkeit der Psychiatrie als blinde Flecken benennen.

Eine Psychiatrieerfahrene führt dazu Folgendes dezidiert aus:

»Ich hab manchmal das Gefühl, man freut sich zu sehr über seine eigenen Einrichtungen, dass sie gut funktionieren... Die Psychiatrie hat eine spezialisierte Wahrnehmungsweise und dadurch blendet sie vieles aus, was eigentlich für mich dazugehört. Das, was in der Gesellschaft als normal gilt, ist ja auch sehr breit gefächert, je nach dem Milieu, in dem man steckt, gelten ganz andere Dinge als normal, und ich würde mir einfach wünschen, dass Psychiatrie stärker darauf aus ist, den Leuten mehr in unterschiedliche ›Normalitäten‹ reinzuhelfen.« (P)

Eine Mitarbeiterin aus der Akutklinik sagt zum Thema Eigenwelt der Psychiatrie:

»Ich denke, dass der Psychiatrie heutzutage wieder mehr der Blick für die sozialen Belange fehlt. Es wird sehr medizinisch zur Zeit

geguckt. Der Alltag fällt doch mehr oder weniger hinten raus, und das würde ich auch als den blinden Fleck zur Zeit betrachten.» (M)

5. Psychotherapie

Vielleicht interessiert an dieser Stelle, welche Erwartungen, bei dem vorherrschenden Wunsch nach vielen Gesprächen und individueller Behandlung, sich auf Psychotherapie richten. Zunächst einmal sei zusammenfassend gesagt: Psychotherapie wird überwiegend positiv gesehen. Die Psychiatrieerfahrenen betonen besonders stark, dass auch hinsichtlich der Psychotherapie die Nähe zur Alltagswelt und die Natürlichkeit des Umgangs nicht verloren gehen dürfen. Methodenreinheit, hohe fachliche Spezialisierung werden nicht hoch gewertet. Die Gefahr der Abgehobenheit der Künstlichkeit wird betont. Psychotherapie wird von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen vorrangig mit Gesprächspsychotherapie gleichgesetzt. Der Begriff wird definitiv nicht von hilfreichen Gesprächen aller Art getrennt. Nun einige beispielhafte Antworten:

»Ich halte z.B. Gesprächstherapie für ganz wichtig. Und das hat mir auch oft Anstoß gegeben, Dinge in meinem Leben zu verändern und vielleicht manchmal das Leben ein wenig positiver zu sehen.« (P)

»Ich bin da auch ein bisschen skeptisch. So, wie ich bin, will ich auch bleiben. Mich nicht da irgendwie so therapeutisch glatt polieren lassen. Mir haben eigentlich immer nur Gespräche was gebracht, wo ganz einfach nur mit dem gesundem Menschenverstand vorgegangen wird.« (P)

Und nun ein längeres Zitat, auf das ich einfach nicht verzichten konnte:

»Ich kann nicht so gut haben, wenn die Psychotherapie so verläuft, dass ich das Gefühl habe, ich rede gar nicht mit einer Person, die mir wirklich zuhört, sondern ich rede mit einem Handbuch für Psychotherapie, wo dann immer die entsprechenden Sätzchen kommen und dann bin ich schon einigermaßen genervt... Ich habe auch ein Problem, wenn psychiatrische Behandlung zu sehr aufs Psychotherapeutische konzentriert bleibt. Also, da entwickelt sich ja so ein ganz bestimmter Kommunikationsstil, und der ist für eine bestimmte Zeit

oder für bestimmte Bereiche vermutlich sinnvoll, aber ich würde mir vor allem einen ganz alltäglichen Kommunikationsstil in der Psychiatrie wünschen. Also einfühlsam ja, aber auch normal.» (P)

Eine Angehörige betont eher skeptisch die Gefahr des Manipulativen: *»Auch die Psychotherapie sollte auf der Spur bleiben, dass es kein Rezept gibt zur Heilung von psychisch Kranken, und aufpassen, dass sie nicht anfängt, an die Herstellung von so etwas wie Normalität zu glauben, was ja an sich schon ein Unwort für mich geworden ist, dass das nicht machbar ist und nicht erzwingbar sein kann. Sie soll die Menschen ein Stück begleiten, mit diesen Menschen ein Stück gehen, alles für sie tun, damit sie ihren Umweg, den sie eingeschlagen haben, oder den ihr Körper, ihr Geist oder ihre Seele eingeschlagen haben, damit sie den auch zu Ende gehen können, oder dass sie ihn weiter gehen können, so, dass er zu ihnen passt.«*

In dieser Aussage wird m.E. besonders scharfsichtig und sensibel erspürt, wo die Möglichkeiten der Psychiatrie liegen und wo sie gefährdet sein könnte, Unmögliches zu wollen.

Von Mitarbeiterseite werden als wünschenswerte Psychotherapieformen Verhaltenstherapie, verschiedene Körpertherapien und systemische Psychotherapie genannt. Bei Letzterer findet Erwähnung, dass sie als besonders gut vereinbar mit Sozialpsychiatrie anzusehen sei.

6. Forschung

Im Prinzip – ja

Wie bewerten nun Menschen, die alle, ohne auch nur im Geringsten zu zögern, die erste Priorität für Qualität in der Psychiatrie konkurrenzlos im Bereich des zwischenmenschlichen Umgangs und in der hinsichtlich Qualität und Quantität möglichst optimalen Mitarbeiterausstattung sehen, den Bereich der Forschung?

Alle Befragten der drei Gruppen finden Forschung wichtig bis sehr wichtig. Dies lässt auf Antrieb die Aussage zu, dass Kommunikationsfreunde nicht unbedingt Forschungsmuffel sein müssen. Die meisten sagen, dass sie Forschung sowohl in biologischer als auch in psychosozialer Richtung befürworten.

Nur eine Person (eine Mitarbeiterin, die jahrzehntlang in einem kleinen Heim mit chronisch kranken Menschen gearbeitet hat) thematisiert, dass es bei begrenzten Mitteln Konflikte zwischen verschiedenen Prioritäten geben könnte. Im Originalton: *»Weil ich glaube, wenn man das so hoch ansiedelt, dann bleibt das andere dabei vielleicht auf der Strecke. Dann investiert man da nicht genug für Alltagsbetreuung und für das, was dabei nötig ist.«* (M)

Einig sind sich so gut wie alle darin, dass es erstrebenswert sei, dass sich Forschung mit der Entwicklung nebenwirkungsärmerer Medikamente befasst. Ferner wird auf die Notwendigkeit der Erforschung von Wechselwirkungen hingewiesen zwischen biochemischen Abläufen bei Psychosen und biografischen- sowie Umfeldvariablen. Allerdings will sich keiner zu Medikamentenversuchen zur Verfügung stellen. Einer sagt z.B.: *»Wenn es etwas durchschlagend Besseres gäbe, würde ich das gerne nehmen, aber als Versuchskaninchen nicht.«* (P)

Eine psychiatrienerfahrene Frau äußert folgendes Forschungsinteresse: *»Was ich z.B. sehr gerne mitmachen würde, sind so Sachen, die biografisch sind, weil die Krankheit ja sehr stark Biografie zerstört oder unterbricht, und für meine Begriffe die Erkrankung auch nicht immer ganz schlüssig biografisch zu erklären ist, ... (aber dennoch) irgendwo eingebettet ist.«* (P)

Andere Psychiatererfahrene betonen, dass sie erforscht sehen möchten, wie Menschen überhaupt gesund bleiben oder gesund werden.

Wichtig ist für alle Psychiatererfahrenen, dass sie nicht durch Forschung labilisiert werden und dass ihr psychotischer Zustand nicht ausgenutzt wird für Forschung, die sie in diesem Zustand nicht selbst beurteilen können. Dafür ein Beispiel: *»Ich würde bei keiner Forschung mitmachen in einem Zustand, in dem ich akut psychotisch bin, auch nicht mit meiner Zustimmung. Weil, es hat so ähnliche Sachen schon gegeben bei mir. Das habe ich auch in meiner Behandlungsvereinbarung dokumentiert und also ausgeschlossen.«* (P)

Von Seiten der Angehörigen und der Mitarbeiter werden über die genannten Aspekte hinaus nur noch zwei weitere genannt. Eine Angehörige betont, dass die Ergebnisse biologischer Forschung zur Schuldentlastung von Angehörigen dienen könnten. Mehrere Mitarbeiter meinen, Forschung dürfe nicht so abgehoben sein und müsse sich

stärker auf die alltägliche Lebensqualität der Betroffenen beziehen und außerdem lange Zeiträume umfassen. »Ja, wenn man so im Alltag steht, da sind die Dinge ziemlich komplex, und Forschung zeichnet sich dadurch aus, dass die Variablen so fürchterlich abgespeckt werden.« (M)

Eine andere Mitarbeiterin sagt, dass man mit den Ergebnissen einer Forschung, die die Wirklichkeit im Eigeninteresse der Forscher zurechtstutze, in der Praxis nichts anfangen könne. Alternativ dazu fällt ihr ein: »Ich würde Langzeitstudien machen, wirklich lebensgeschichtlich forschen und dabei berücksichtigen, welche medikamentösen, sozialpsychiatrischen oder auch ganz alltäglichen Hilfen es gegeben hat und was letztendlich hilfreich war.« (M)

Gratwanderung

Trotz einer grundsätzlich offenen und positiven Einstellung zur Forschung gab es bei allen Befragten Ängste, dass im Rahmen von Forschung die persönliche Würde und Integrität verletzt werden könnte. Die Hoffnung auf Mögliches wird kontrapunktisch begleitet von der Furcht, dass Unmögliches vielleicht versucht werden könnte.

Ich zitiere zunächst zwei psychiatrienerfahrene Frauen:

»Was ich gefährlich finde, das sind zum Beispiel Früherkennungs-Untersuchungen, ob ein Kind behindert ist. Das finde ich ein ziemlich schwieriges Thema, ob das dann im Endeffekt zur Abtreibung kommen soll. Da hab ich halt ein bisschen Angst. Ja, ich denk, dass das auch viel mit unserer Gesellschaft zusammenhängt, wie Behinderte gesehen werden, und dass wir in einer Leistungsgesellschaft leben und dass dann manche Leute auf Behinderte heruntergucken, weil die eben nicht so leistungsfähig sind wie die so genannten Normalen – also nicht so gut arbeiten können, nicht so gut funktionieren halt.« (P)

»Es gibt Gefahren dabei. Man kann ganz schnell dazu kommen zu sagen, es gibt keine psychische Krankheit mehr, auf dem Wege, dass man eben dafür sorgt, dass es keine Menschen mehr gibt, die an psychischen Erkrankungen erkranken können. Im Übrigen: wenn uns jetzt meinetwegen so ein Depressions-Gen präsentiert wird oder so ein Schizophrenie-Gen, ich glaube nicht, dass die Probleme damit gelöst sind, ich glaube, da kriegen wir erst recht Probleme.« (P)

Eine Angehörige formuliert folgendermaßen:

»Ich glaube, wir brauchen nicht nur die psychisch Kranken, sondern wir alle brauchen diese Bereiche in unserer Seele, in unserem Sein, die so grenzwertig sind. Die sind nicht umsonst da, sondern vielleicht deshalb, um uns Fingerzeige für Menschlichkeit zu geben. Und wenn es die nicht mehr gibt, dann fehlt ein Teil. Deswegen darf Forschung das nicht ausmerzen oder auszumerzen versuchen.« (A)

Eine andere Angehörige sagt kurz und bündig:

»Ich denke zwischen biologischer Forschung und eugenischem Missbrauch ist ne Gratwanderung.« (A)

Auch in den Äußerungen der Mitarbeiter spiegeln sich moderne Diskussionen wider und werden skeptisch aufgegriffen.

Eine Mitarbeiterin sagt:

»Ich würde z.B. Traumaforschung mit Kernspintomographie strikt ablehnen. Das sind Untersuchungen bei gleichzeitiger Konfrontation mit dem Traumaerlebnis. Ich kenne viele Menschen, die traumatisiert sind. Und die müssen sehr, sehr behutsam begleitet werden.« (M)

Eine andere: *»Ich würde auf jeden Fall Forschung an nicht einwilligungsfähigen Personen ablehnen.« (M)*

Bei einem Mitarbeiter ist sacht zu spüren, dass Dagegensein nicht immer leicht ist. Er sagt: *»Wenn's gegen die Würde des Einzelnen geht ... will ich doch hoffen, dass ich strikt dagegen bin.« (M)*

7. Zukunftserwartungen

Befürchtungen und Hoffnungen

Nun zu etwas anderem, nämlich zur Zukunft der modernen Psychiatrie.

Eins der schönsten und modernsten Worte, nämlich das Stichwort »Qualitätssicherung«, löste paradoxerweise verhaltene bis heftige Zukunftsbefürchtungen bei den befragten Personengruppen aus. Bemerkenswert ist allerdings, dass sich mehr Befürchtungen bei Angehörigen und Mitarbeitern als bei Psychiatrieerfahrenen zeigen. Ich zitiere zunächst zwei Angehörige:

»Qualität nur messbar zu definieren, komplett überprüfbar zu definieren ist meiner Ansicht nach gefährlich und führt zu falschen Ent-

wicklungen, die, glaube ich, auch mit diesem Wort durchaus transportiert werden sollen, nämlich Einsparungen, Verfügbarkeit von Prozessen, von Abläufen, Berechenbarkeit. Ich glaube, dass da das Menschliche, das eben immer auch andere Wege kennt, als die, die bisher vorgeherrscht haben, unter die Räder kommt, dass es notwendig ist, Wege offen zu halten, die anders verlaufen als geplant.« (A)

»Ich sehe das ein bisschen düster. Ich habe den Eindruck, dass es Veränderungen gibt. Gelder werden eingespart, dadurch muss die Medikation vielleicht höher angesetzt werden, es gibt weniger Stellen. Die Zeit der Öffnung scheint eher rückläufig zu sein und so gesamtgesellschaftlich ist ja auch festzustellen, dass die Richtung wieder mehr zur Betonung von Leistung hin geht.« (A)

Die Mitarbeiter – durchaus wohlgezogen – heben stets als Erstes hervor, dass es wichtig sei, auf Qualität zu achten und bestimmte Bereiche, z.B. Angehörigenarbeit, Aufnahmesituation, Umgang mit Gewalt usw. zu überprüfen und ggf. zu verbessern. Der Schwerpunkt liegt jedoch auch bei ihnen auf einer deutlich skeptischen Haltung.

»Es gibt so eine Gegenbewegung. Bei der es vielleicht eben nicht so sehr um sozial-psychiatrische Ansätze geht, sondern: wir wollen mehr Wissenschaft und mehr Medizin. Und wenn man auf dem anderen Auge dann wieder blind wird, das wäre schon schlecht... Und eben dies Setzen auf Machbarkeit und dass die Ruhe und die Gelassenheit fehlen, die kleineren Umwege zu gehen, die vielleicht teurer sind, aber irgendwie doch menschlicher.« (M)

»Man kennt das ja aus der Wirtschaft. Da geht es einfach darum, mit weniger Personaleinsatz mehr zu produzieren. Also Arbeitsprozesse zu optimieren, dass ist auch Qualitätssicherung. Und im Umgang mit Menschen kann man, glaube ich, so nicht denken.« (M)

Eine Mitarbeiterin formuliert kurz und bündig:

»Wenn die finanzielle Seite immer knapper wird, dann wird Psychiatrie wahrscheinlich immer rigider.« (M)

Einen anderen Aspekt betont folgender Beitrag:

»Ich könnte mir vorstellen, dass der weitere Abbau der Heimplätze voranschreitet, dass die ambulanten Anbieter größer werden, aber dass eben dadurch im Heimbereich selber schwierigere Menschen leben werden, also dass dort eine geballte Unruhe, ein bestimmtes Klima geschaffen wird, das es letztlich den dort lebenden Menschen

schwerer macht, eingegliedert zu werden oder vielleicht auch den Schritt in eine unabhängigere Lebensform zu gehen. Das wird schwierig, wenn gleichzeitig Stellen gestrichen werden.« (M)

Sehr alltagsnah auch folgende Äußerung:

»Es gibt trotz allem Reden über Qualitätssicherung immer weniger Zeit für eine qualitativ gute Arbeit... Umzugsarbeit, Verwaltungsarbeit, Berichte für den Kostenträger, Dokumentation... Wenn ich die Qualität daran messe, dass ich teilweise Bewohner, die ich betreue, an manchen Arbeitstagen überhaupt nicht sehe, ist die Qualität schon ziemlich gering. So kann es in Zukunft eigentlich nicht weitergehen.« (M)

Ähnlich eine weitere Mitarbeiterin aus dem Bereich dezentraler Heime: *»Ich hoffe, dass zukünftig nicht alle Mitarbeiter die meiste Zeit am Schreibtisch verbringen, was aufschreiben, was abhaken, irgendwelche Listen ausfüllen. Der Computer kommt mir da natürlich ins Sichtfeld. Ich habe ein gemischtes Gefühl, wenn es dann letzten Endes dahin führt, dass die Mitarbeiter gar nicht mehr bei den Leuten so direkt sind, dann finde ich das ganz komisch. Und ich glaube, das könnte für Menschen auch eine Verlockung sein. Ich denke, mein Gott, wo bleibt denn die eigentliche Arbeit, wo bleibt da die Qualitätssicherung.« (M)*

Eine Mitarbeiterin aus der Akutklinik formuliert: *»Ich glaube, dass die Klinik sich verkleinern wird, dass viele Menschen eher ambulant betreut werden können. Das ist einerseits gut, aber ich befürchte, dass Menschen aus den sozialen Randgruppen nicht mehr so sehr im Blick sein werden, sondern eher die Menschen, die sich selbst mehr vertreten können. Da habe ich auch ein paar Ängste an der Stelle, aber in die Richtung glaube ich, dass sich die Psychiatrie entwickeln wird.« (M)*

Eine andere verhalten skeptisch: *»Wenn die Psychiatrie so bleiben könnte wie jetzt, wäre es schon gut.« (M)*

Falls einige dieser Befürchtungen leicht wahnhaften Charakter haben sollten, müsste man in diesem Fall sagen, dass die Psychiatrieerfahrenen weniger wahnhaft sind als die Mitarbeiter und Angehörigen.

Das Stichwort Qualitätssicherung löst bei den meisten Psychiatrieerfahrenen entweder Achselzucken – *»sagt mir so nichts«* – oder positive Bewertungen aus.

Diejenigen jedoch, die in versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen stehen, reagieren ähnlich wie die Mitarbeiter und Angehörigen mit Skepsis. Z.B. sagt eine Psychiaterin, die einen langen Zertifizierungsprozess an ihrem eigenen Arbeitsplatz in einer WfB erlebt hat, Folgendes: »Ob das unbedingt alles so toll ist, dass man immer so reibungslos funktionieren muss, bezweifle ich. Ich habe also gemischte Gefühle, dass es ständig darum geht, irgendwie die Arbeit zu verbessern, die Arbeitsleistung zu verbessern, die Abläufe zu verbessern.« (P)

Eine andere Frau äußert: »Die Psychiatrie könnte sehr stark verwissenschaftlicht werden, sehr unpersönlich. In der Psychiatrie wird ja weniger mit Apparaten gearbeitet, aber wenn ich das mit der sonstigen Medizin vergleiche, wo es immer mehr die Zwei-Minuten-Apparate-Medizin gibt, könnte man sagen, vielleicht wird die Psychiatrie auch so. Es ist für mich offen, was wird, vielleicht wird es auch einfach gegenläufige Entwicklungen geben.« (P)

Ansonsten werden die Zukunftserwartungen recht positiv formuliert: »Die Psychiatrie wird offener, freundlicher. Es passiert mehr in der Stadt.« – »Angehörige und Betroffene werden beteiligt.« – »Bessere Medikamente und neue Therapieformen werden entwickelt.« – »Behinderte werden aus den Heimen rauskommen.« – »Der Schwerpunkt wird auf mehr Selbständigkeit liegen.« Zwei Personen stellen fest, dass sie keinerlei großartige Veränderungen erwarten.

Gute Ideen

Das bei den befragten Personen vermutete Potential an guten Ideen für eine aktive Gestaltung zukünftiger Psychiatrie wurde durch die Frage angestoßen: »Wenn Sie in Bielefeld viel Geld, viel Macht, viel Einfluss hätten, sowie ein Herz für psychisch kranke Menschen, welche Veränderungen würden Sie dann in Gang setzen?«

Schwerpunktartig zeichnen sich vier Felder ab, für die zum Teil recht konkrete Ideen entwickelt werden:

- Arbeits- und Integrationsprojekte
- Alternativen zu oder Veränderung der Akutklinik
- Öffentlichkeitsarbeit
- Mitarbeiterausbildung

Zu Arbeits- und Integrationsprojekten entwickeln vor allem die Psychiatererfahrenen Ideen, z.B.: *»Ich würde dann für solche Projekte sorgen, wo Menschen arbeiten können, die nicht den ganzen Tag durchhalten können. Da müssen die nicht immer bleiben, sondern dass man auch immer guckt, ob vielleicht noch mehr möglich ist. Da ich das eben von mir auch kenne, dass man dann selber eher denkt, mehr geht nicht, ich schaffe mehr nicht, und man da öfter auch mal so einen Anstoß braucht.«* (P)

»Ich würde den Patienten, die in der WfB arbeiten, ein Gehalt zahlen, was irgendwie dem entspricht, was sie auch leisten. Es müssen keine horrenden Summen, aber es sollte mehr als der Tropfen auf dem heißen Stein sein... Viele psychisch kranke Leute sind sozial schlecht gestellt und haben wenig Geld, und da müsste irgendetwas getan werden.« (P)

»Also ich würde versuchen, ein Projekt von Psychiatererfahrenen für Psychiatererfahrene aufzuziehen mit Arbeitsmöglichkeiten, weil es sehr viele gibt, die eben Arbeit suchen oder gerne arbeiten würden, lieber als irgendwelchen anderen Tagesstrukturen nachzugehen. Und ich würde auch eine Gesprächsgruppe anbieten für Menschen mit Psychosen, die im Arbeitsleben stehen, weil die erhebliche Probleme haben, über die sie sich mit niemandem austauschen können.« (P)

»Ich würde zum Beispiel eine Firma gründen und psychisch Kranke einstellen und einen geringen Teil auch gesunde Leute, die in der Lage sind, die Leute anzuleiten, und ich würde auch psychisch Kranken eine Chance geben, eine Ausbildung zu machen, ne gute eben mit psychologischer Betreuung.« (P)

»Wenn ich auch nur etwas Geld hätte, würde ich zusammen mit den Angehörigen eine kleine Geschäftsstelle aufmachen mit festen Sprechzeiten (nach Zielgruppen getrennt), Büro, Infomaterial, Bibliothek zum Thema und ein paar 630,- DM-Jobs für Psychiatererfahrene, vielleicht noch einen Gruppenraum dazu.« (P)

»Empowerment«, ein Begriff, den fast alle meiner Interviewpartner nicht kannten und der für sie fremd und *theoretisch* klang, lässt sich *praktisch* gleichsam ohne vorherige professionelle Einwirkung als reife Frucht aus diesen engagierten Antworten ernten.

Auch ein Mitarbeiter entwickelt Ideen in die gleiche Richtung. Er formuliert:

»Ja, ich würde einen oder mehrere kleine Wirtschafts- oder Handwerkerbetriebe aufmachen, wo es für die Betroffenen einen Dauerarbeitsplatz geben kann, den sie so lange, wie sie meinen, auch wahrnehmen können. Und wir könnten dort arbeiten ohne den wirtschaftlichen Druck, der immer mehr Arbeitsplätze gefährdet. Ein Betrieb, wo es mit der Minderleistung gar nicht so zum Tragen käme. Wo man auch mal ein Auge zudrücken kann, wenn es nicht so schnell geht.« (M)

Alternativen zur oder Veränderungen der Akutklinik – auch zu dieser Thematik gibt es anregende Ideen.

Zunächst einige Zitate von Psychiatrieerfahrenen:

»Ich würde die Klinik freundlicher gestalten. Eben von den Räumlichkeiten her und dass die Menschen wirklich auch mehr so persönlichen Raum haben. Das sehe ich manchmal nicht ein, warum die Menschen unbedingt so eine Wohnatmosphäre haben müssen, die eigentlich sonst kein anderer hat. Also, mit so viel Leuten auf einem Flur und so eng und was weiß ich. Das ist, denke ich, weil nicht genug Geld da ist und weil es ein bisschen praktischer ist.« (P)

»Ich würde erst mal versuchen, die Gebäude von der Akutpsychiatrie so auszurichten, dass sie nicht in der Hinsicht optimiert sind, dass die Putzfrauen da möglichst einfach sauber machen können. Als ideale Psychiatrie würde ich so 'ne Gründerzeitvilla ansehen, wo man sich einfach wohl fühlt, weil es da schön ist und nicht so kahle moderne Bauten. Und es müsste auch nicht unbedingt daran gespart werden, dass man am Wochenende mal rausfahren kann, wie es früher noch war – das war früher besser, dass man regelmäßig Ausflüge machte.« (P)

»Also wenn ich etwas verändern könnte, dann würde ich die Stationen der Akutklinik verändern, verkleinern – die sind mir zu groß.« (P)

Die Vorstellungen der Mitarbeiter lassen sich mit dem bisher Zitierten m.E. gut in Einklang bringen, z.B.:

»Ich würde versuchen, eine Einrichtung zu installieren, die soteriarmäßig geführt wird mit viel engagierten Mitarbeitern und Ehren-

amtlichen, die sich auch hauptsächlich um schwer gestörte Menschen kümmert.« (M)

»Ich würde ein großes Haus kaufen und würde in diesem Haus so etwas wie ein Soteriaprojekt in Gang setzen, wo aber auch die Möglichkeit besteht, immer mit der realen Welt Kontakt zu halten.« (M)

»Ich würde das ganze Geld in ambulante psychiatrische Pflege stecken, in Treffpunkte, in Möglichkeiten, zu Hause psychische Krisen durchleben zu können.« (M)

Zur Öffentlichkeitsarbeit haben alle drei Gruppen konkrete Vorschläge zu machen.

Eine psychiatrieerfahrene Frau:

»Ja, stärkere Öffentlichkeitsarbeit, das fehlt mir auch. Also, dass eben psychische Krankheit in der Bevölkerung so normal wird wie eine körperliche Krankheit, das ist eigentlich mein Wunsch, dass das mal passiert. Es wäre nicht schlecht z.B., wenn der Verein Psychiatrieerfahrener regelmäßige Sendezeit bekäme in Radio Bielefeld.« (P)

Ein Mitarbeiter:

»Ich würde versuchen, die großen Fernsehanstalten dafür zu gewinnen, Öffentlichkeitsarbeit zu machen.« (M)

Eine Angehörige:

»Was ich mir vorstellen könnte, wäre z.B. der ganze Bereich Gesundheitserziehung in der Schule. Der wird vor allem nur so biologisch aufbereitet, dort könnte man vielleicht was machen oder im Bereich Religionsunterricht, auch unabhängig vom Religionsunterricht dann, wenn Themen behandelt werden wie: ›Grenzen des Lebens‹, ›Menschen, die anders sind‹... Man müsste ganz konkret dort hingehen, Kontakte herstellen mit Betroffenen, sie erzählen lassen von ihren Erfahrungen, also diese direkten Kontakte auch zwischen jungen Menschen. Über Schule ginge das vielleicht. Ich weiß, dass das sehr unrealistisch klingt, aber ich glaube, die Psychiatrie braucht diese Wege, um auch wirklich gehört zu werden. Wie ich das so mitkriege als Lehrerin und über meinen Sohn, bekommen die Schüler im Bio-Leistungskurs z.B. ganz dezidiertes Wissen über den Aufbau der DNA und DNS mit und wie so bestimmte Gehirnprozesse biochemisch ablaufen. Aber was das mit der Seele eines Menschen machen kann und was das letztendlich fürs Menschsein auch bedeuten kann,

darüber haben sie oft überhaupt keine Vorstellungen, und diese Verbindung von biologischem Wissen zu seelischen Vorgängen, also der ganze Bereich der Psychosomatik ist nach meinem Wissen jedenfalls im Biologieunterricht der Oberstufe fast ganz unterbelichtet. Und das setzt sich auch so – wie ich von Biologiestudenten weiß – an der Universität fort, es sei denn, sie gehen nach Herdecke oder so, woanders kommt das viel zu wenig vor.» (A)

Die Bedeutsamkeit gut ausgebildeter Mitarbeiter wird vor allem von den Angehörigen betont. Ein Beispiel: *»Ich würde in die Ausbildung von Menschen, die in der Psychiatrie arbeiten, investieren. Da dürften keine Leute sitzen, die das in irgendwelchen Büchern oder an leeren Tischen gelernt haben, sondern Ausbildung müssten Menschen betreiben, die aus der Psychiatrie kommen, die z.B. für bestimmte Zeiten dafür freigestellt werden, die dann aber auch wieder in der Psychiatrie arbeiten.« (A)*

Fast alle der zitierten »Projektvorschläge« sind natürlich nicht neu im Sinne von »noch nie gehört«, aber sie sind in den allermeisten Städten nicht oder nicht ausreichend umgesetzt. Sie kommen in den Interviews nicht als Kopfgeburten psychiatrischer Theoretiker daher, sondern ihre Realisierung wird von Menschen dringend gewünscht, die den psychiatrischen Alltag täglich hautnah erleben oder erlebt haben.

Schlussbemerkung

Wie in unseren modernen Zeiten die verschiedensten Tendenzen, Laufendes und »Gegenläufiges«, zusammenspielen, mag ein wenig aus den Interviews hervorgegangen sein. Sowohl in Bielefeld als auch an anderen Orten ist die psychiatrische Landschaft in den letzten drei Jahrzehnten recht gut bestellt worden. Aber diese Landschaften sind eingebunden in allgemeine gesellschaftliche Trends, deren Spuren sich im Bewusstsein und auch bereits im Alltag der von mir Interviewten zeigen. Viele beschäftigen sich mit Befürchtungen, Vermutungen, Fragen. Es ist so, als würden feine Risse in den bisherigen Werthaltungen wahrgenommen.

Keiner erwartet, dass Rosengärten geschaffen werden, aber man ist sich unsicher, in welche Richtung sich die Psychiatrie eigentlich bewegt, und ob man mit Kollegen, Vorgesetzten und Kostenträgervertretern noch über die Alltagswirklichkeit oder wie ein Mitarbeiter formulierte »Urmenschliches« reden kann, oder ob es mindestens »optimale Versorgungsstrukturen« innerhalb des »weltweit wettbewerbsfähigsten und dynamischsten, wissenschaftsbasierten Wirtschaftsraums« sein müssen. (5)

Was mich bei den Interviews am meisten berührt hat, ist die unübersehbare Kluft zwischen den Prioritäten, die die »Gestochenen« mit großer Entschiedenheit setzen, und denen, die mir bei Kostenträgern, Leitungen und in Fach- und Wissenschaftskreisen begegnen. Hierin spiegelt sich keineswegs der so gerne herbeigeredete Gegensatz zwischen mehr biologisch oder mehr sozial betonter Psychiatrie.

Auf diesen Ebenen könnte man durchaus mit Einverständnis aller Beteiligten arbeiten, wenn denn die ersten Prioritäten der Hauptbetroffenen hinsichtlich der wichtigsten Merkmale von Qualität berücksichtigt wären. Welche es sind, wurde deutlich genug gesagt. Sie haben allesamt mit konkreter Alltagswirklichkeit zu tun. Jetzt müsste man sich nur noch dazu entschließen, diese Prioritätssetzungen so ernst zu nehmen, dass man ab sofort beginnt, in ihre Umsetzung auch die meisten Energien und die meisten finanziellen Mittel zu stecken. Das hätte auch den Vorteil, dass so die Gefährdungen durch Ökonomisierung, Technisierung und überzogene Wissenschaftsgläubigkeit, die manch einer wohl nicht von ungefähr am Horizont zu sehen meint, am besten unter Kontrolle wären.

Das Bekenntnis zur Sozialpsychiatrie und das eifrige Arbeiten an der Veränderung von Strukturen und Systemen, wodurch alles noch sozialer werden soll, schützt nicht prinzipiell davor, die Erfahrungswelt der Menschen, auf die sich all das ja eigentlich beziehen soll, und die Erfahrungswelt der Mitarbeiter, die alltäglich mit ihnen zusammen sind, aus dem Blick zu verlieren.

Auf der Basis der Errungenschaften der Psychiatriereform und solange sich der ökonomische Druck noch in Grenzen hielt, gab es diesbezüglich ein gewisses Gleichgewicht, für das nicht zuletzt auch die vielen Anstöße aus den Selbsthilfebewegungen eine Rolle spielten.

In den letzten zwei bis drei Jahren jedoch wird immer deutlicher, dass die Begegnungswelt, der Alltag des Umgangs zwischen Klienten und Mitarbeitern sich immer mehr verändert. Zum einen mangelt es an Zeit wegen der Personalkürzungen, zum anderen wird der Blick der verbliebenen Mitarbeiter von den verschiedensten instrumentellen Anforderungen, die die Arbeit ökonomischer, rationeller und qualitativ besser machen sollen, gebannt (Kostenträgerberichte, Leitbilder, Fragebögen verschiedenster Art, Leistungstypen, Hilfebedarfserhebungen, Qualitätssicherungsverfahren, Umstellungen auf Computersysteme etc.).

Für die Mitarbeiter (für die Leitungen sowieso) hat dies z.T. auch etwas Faszinierendes, weil es suggeriert, dass etwas in den Griff zu kriegen, zu machen ist, Fortschritte zu erzielen sind. Eine Haltung, die vor allem danach sucht, den Klienten auf *seinem* Weg zu begleiten – mit der für ihn persönlich nötigen Zeit und den für ihn notwendigen Umwegen – hat es zunehmend schwerer.

Der Patient/Klient merkt vor allem, dass weniger Zeit für ihn da ist. In den Interviews wurde dies deutlich zum Ausdruck gebracht. Am problematischsten ist diese Entwicklung mit Sicherheit für die Personengruppen, die sich nicht selbst artikulieren können, sowie in sozial- und gemeindepsychiatrisch unterentwickelten Regionen mit großen Heimbereichen, die bisher noch gar nicht oder nicht ausreichend in Bewegung gekommen sind.

Was tun? Einerseits weniger tun, weniger Instrumentelles, Technisches Standardisiertes, Strukturelles, dafür mehr Inhaltliches. Sich die Anregungen dafür von Betroffenen holen, dabei die Basismitarbeiter nicht vergessen. Strukturen schaffen (nun doch) für regelmäßigen Austausch zwischen Leitung und den Gruppen, die in den Interviews repräsentiert waren. Nicht vom Schreibtisch her leiten, sondern: »Management bei walking around« (hört sich doch auch modern an). Gegen die reine Lehre von der so heilsamen Trennung zwischen strategischem und operantem Management öfter mal verstoßen. Sich nicht allen Kostenträgeranforderungen stromlinienförmig ergeben. Kontrolle mehr über regelmäßige Besuche und Gespräche als über

Berichte und Bögen ausüben. Den Marktjargon nicht übernehmen, er macht blind für Menschen.

Auf die Frage, was er tun würde, wenn ihm die Macht übergeben würde, lässt ROBERT MUSIL seinen Helden antworten: »Es bliebe mir nichts anderes übrig, als die Wirklichkeit abzuschaffen.« (zitiert nach 3)

Viele Menschen in Leitungspositionen scheinen dies so zu erleben, dass ihnen nichts anderes übrig bleibt, als die Alltagswirklichkeit, die Erfahrungswelt »abzuschaffen«. Vielleicht können die Interviews dazu ermutigen, dies nicht zu tun, sondern die eigene Wirklichkeits-sicht um Aspekte »von unten« zu erweitern und die Richtung des eigenen Handelns davon anregen zu lassen.

Literatur

- (1) CIOMPI, LUC: *Welche Zukunft hat die Psychiatrie?* In: Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis, Tübingen (dgv), 1/2000, S. 13
- (2) DÖRNER, KLAUS: *Was ist Sozialpsychiatrie?* In: FINZEN, ASMUS UND HOFFMANN-RICHTER, ULRIKE (Hg.): *Was ist Sozialpsychiatrie?* Bonn 1995, S. 84
- (3) PÖRKSEN, UWE: *Weltmarkt der Bilder*. Stuttgart 1997
- (4) WOLTER-HENSELER, DIRK: *Von der Nutzlosigkeit polemischer Begriffsschlampe-
rei oder in memoriam Sozialpsychiatrie*. In: FINZEN, ASMUS UND HOFFMANN-
RICHTER, ULRIKE (Hg.): *Was ist Sozialpsychiatrie?* Bonn 1995, S. 156
- (5) Erklärung der Staats- und Regierungschefs der EU in Lissabon, Frankfurter
Rundschau vom 6.11.2000

Anonymus

Abschied von sozialpsychiatrischen Ideen oder: Alles nur noch Fassade

Im Nachfolgenden möchte ich die Veränderungen an einem norddeutschen psychiatrischen Krankenhaus in den letzten Jahren aus Sicht eines Mitarbeiters beschreiben und die Konsequenzen für die Patienten aufzeigen. Da sich das Betriebsklima in diesem Krankenhaus nicht durch einen offenen kritischen Dialog auszeichnet, sondern durch Repression und Druck gekennzeichnet ist, habe ich mich entschlossen, um arbeitsrechtliche Konsequenzen zu vermeiden, diesen Beitrag anonym zu verfassen.

Die Veränderungen in den letzten Jahren sind sicherlich im gesamtgesellschaftlichen Kontext der immer stärkeren Ökonomisierung aller Lebensbereiche zu sehen. Im Gesundheitswesen macht sich das durch einen starken finanziellen Druck der Krankenkassen (Budgetierung) auf die Krankenhäuser bemerkbar. Die Folge ist ein massiver Bettenabbau in der Psychiatrie.

Ich möchte auf keinen Fall für Bettenburgen und eine überlange psychiatrische Krankenhausbehandlung plädieren.

Wenn aber nur noch Fallzahlen und eine durchschnittliche Verweildauer von unter 30 Tagen, die noch massiv gesenkt werden soll, das Handeln als zielleitende Maxime dominieren, geht aus meiner Sicht eine gute, am Patienten orientierte Behandlungsweise verloren. Eine Psychose ist eine existenzielle, viele Lebensbereiche beeinflussende und verändernde Erkrankung.

Ihre Heilung, ihr Abklingen, ihre Behandlung brauchen Zeit.

Wenn ich von anvisierten durchschnittlichen 21 Krankenhausbehandlungstagen höre, halte ich dies bei der Schwere der Krankheit für nicht ausreichend. Bei allem Verständnis für begrenzte finanzielle Res-

sourcen und daraus resultierenden Rationalisierungsvorhaben und Einsparquoten muss aber auch deutlich gesagt werden: Eine humane sowie psychopharmako-, psycho- und sozialtherapeutische, dem heutigen Wissensstand entsprechende psychiatrische Behandlung ist personal- und kostenintensiv. Sie beinhaltet nach meinem Verständnis vor allem auch Beziehungsarbeit. Für den Aufbau und die Pflege braucht das Krankenhauspersonal aber ausreichende Personal- und Zeitressourcen, z.B. für regelmäßige wöchentliche Gesprächsangebote. Dieser Qualitätsstandard wird nicht mehr umgesetzt.

Der allumfassende ausschließlich ökonomische Blickwinkel hat für mich dazu geführt, dass keine/kaum fachliche Visionen mehr entwickelt werden, die Arbeitsverdichtung stark zugenommen hat und die Mitarbeiter motivationslos, depressiv in sich zurückgezogen ihre Arbeit verrichten (innere Kündigung). Kreative, hochqualifizierte personelle Ressourcen liegen brach. Das Grundgefühl »Es wird mit mir gemacht« breitet sich aus. Individuelle Gestaltungsmöglichkeiten für Mitarbeiter und Patienten gehen zunehmend verloren.

Durch die Umsetzung der Personalverordnung Psychiatrie sind seit Anfang der neunziger Jahre vermehrt nichtärztliche Berufsgruppen (Psychologen, Sozialpädagogen, Ergo-, Kunst-, Tanz- und Musiktherapeuten) in den psychiatrischen Behandlungskontext eingebunden gewesen. Der Behandlungsalltag war für die Patienten vielseitiger und es stand neben der medikamentösen Behandlung ein breites Spektrum von unterschiedlichen Therapieangeboten zur Verfügung (Einzel- sowie Gruppentherapien, Angehörigengruppen, Psychoedukative Gruppen, Tanz- und Bewegungstherapie, Kunst- und Ergotherapie etc.). Diese Vielfalt geht im Zuge der starken Personaleinsparungen für die Patienten jetzt wieder verloren. Die psychotherapeutischen und sozialpsychiatrischen Behandlungs- und Versorgungsangebote werden zunehmend zurückgeschraubt. Die Behandlung droht wieder auf eine reine psychopharmakotherapeutische reduziert zu werden. Für mich ist dies ein eindeutiger Qualitätsverlust.

Ein weiterer Punkt ist, dass sich durch die größere Anzahl von Sozialpädagogen das Betreuungsverhältnis von Patienten je Sozialpädagoge gravierend verbesserte. Die jetzt stärkere Einbindung und Integration in das stationäre Setting wurde möglich (stationsintegrierte Sozialarbeit). Für die Patienten machte sich dies in einer intensiveren

Versorgung und Entlassungsvorbereitung bemerkbar. Die nachstationäre Versorgung konnte nachhaltig verbessert werden. Die Vernetzungsarbeit zwischen Klinik und dem sozialen und beruflichen Komplementärbereich konnte jetzt nachhaltig intensiviert werden. All diese Errungenschaften drohen durch den Personalabbau wieder verloren zu gehen.

Für die Mitarbeiter bedeutet diese Erfahrung, dass es keine Gewähr gibt, dass das Erreichte Bestand hat. Die Folgen sind Motivationsverlust und Resignation seitens der Mitarbeiter. Bei den Patienten hält wieder Langeweile und Leerlauf Einzug in den Krankenhausalltag.

Eine Lösung für dieses Dilemma kann aus meiner Sicht nur darin bestehen, dass man, bezogen auf unser Krankenhaus, eine offene, transparente Kommunikation über die zukünftige Entwicklung der Psychiatrie führt, in der ökonomische Sparzwänge nicht alle sozialpsychiatrischen Überlegungen von vornherein abblocken. Sonst hat man am Ende die fiskalischen Einsparziele erreicht, gleichzeitig aber auch das Krankenhaus kaputtgespart und die emotionalen und physischen Ressourcen der Mitarbeiter vergeudet, was langfristig ein sehr teures Unterfangen ist.

Fritz Bremer

Erosion oder Reform?

Die gegenwärtige Entwicklung in der psychiatrischen Versorgung bewegt sich in einem Feld zwischen Fortschritten in der Emanzipation psychisch erkrankter Menschen zum einen und ihrer Gefährdung und Vernachlässigung zum anderen.

Ob bei der Verhandlung von Leistungs-, Vergütungs-, Qualitätsprüfungsvereinbarungen, bei der »Implementierung von Qualitätsmanagementmethoden« und Dokumentationssystemen, ob bei der beabsichtigten nachhaltigen Verkürzung der durchschnittlichen Behandlungsdauer in Kliniken oder der Planung von Bettenabbau, ob bei der Umsetzung des Konzepts personenzentrierter Hilfen, ob nun bei der Entfaltung von Sponsoring und Preisung durch Pharmafirmen oder Kooperationsverträgen derselben mit Angehörigenverbänden – es ist schwer auszumachen, was Modernisierung, was Reform zur Zeit will und erreicht. Geht es in der einen oder anderen Entwicklung um Verbesserungen, die im gut verstandenen Interesse der betroffenen Menschen sind, die sozialpsychiatrische Behandlung, Betreuung, Beratung humaner, ambulanter, offener, genauer, aufmerksamer machen? Oder geht es um die Durchsetzung von Abbau, von Sparpolitik, die sich mit einem Modernisierungsvokabular ideologisch tarnt und aufrüstet? Geht es gar um eine klammheimliche schleichende Entwertung, Vernachlässigung, Bedrohung psychisch erkrankter Menschen, die auf unsere Solidarität angewiesen sind?

Hier soll die Geschichte und aktuelle Lage einmal nicht aus der Perspektive der Arbeit in der Klinik beschrieben werden.

Aus sozialpädagogisch-sozialpsychiatrischer Perspektive ist folgende bemerkenswerte Entwicklung zu erkennen: Mitte der 70er bis Anfang der 80er Jahre waren wir in recht großer Zahl beteiligt an der Gründung von Selbsthilfevereinen, die sich für die Interessen psychisch erkrankter Menschen stark machten. Die grundlegende Haltung in diesen Vereinen war: Solidarität! Wir – betroffene, psychiatriererfahrene Menschen und engagierte Mitstreiter – vertreten *ein* sozial-, psychiatriepolitisches Interesse. Und: Patienten sind keine Objekte des Handelns der Psychiatrie. Aus diesen Vereinen wurden Einrichtungen gemeindenaher, sozialpsychiatrisch orientierter Versorgung, ambulante kommunale Einrichtungen, Einrichtungen der Eingliederungshilfe (BSHG). Viele Entwicklungen mussten den politischen Vertretern der Kommunen bzw. des Landes abgerungen werden. Es gab keine sozialpsychiatrisch-politisch geklärte Perspektive. Stück für Stück entstand Stückwerk. Vieles wurde tatsächlich der Initiative der Vereine, die nun zu Einrichtungsträgern geworden waren, überlassen. Daraus ergab sich für die Vereine, auch in den Pflegesatzverhandlungen mit den Kostenträgern, mit der Politik eine gewisse »Definitionsmacht«: Niemand hatte uns gerufen. Aber im Sinne der Aufbruchstimmung aus der Mitte der 70er Jahre wurde unsere Arbeit von skeptischem Wohlwollen begleitet.

Ein scharfer Wechsel der Sozialpolitik seit Ende der 80er Jahre wurde dann in der Veränderung des BSHG – unter Federführung des von Helmut Kohl für diese Aufgabe eingesetzten Ministers Seehofer – manifest. Insbesondere entwickelte die Umsetzung des § 93 eine Dynamik, die Schritt für Schritt zu einer Verschiebung der Definitions- und Verhandlungsmacht zu Gunsten der Kostenträger, der Politik führte. All die Initiativen, die die Entwicklung der Reform, der Verbesserung der psychiatrischen Versorgung mit Engagement und mit Risikobereitschaft unter Einsatz des Mittels der Eingliederungshilfe wesentlich vorangetrieben und gestaltet haben, geraten nun durch die Vertragsinstrumente, die aus dem § 93 abgeleitet werden, in ein anderes Fahrwasser: Gestaltungsraum wird teils eingeschränkt, teils differenziert entwickelt. Vergütungssätze sollen sich zukünftig an Mittelwerten orientieren. Kontrollinstrumente werden eingesetzt. Managementvokabular hält Einzug. Alle Beteiligten wissen: So wird auch

Sparpolitik durchgesetzt. Niemand spricht das klar und deutlich aus. Denn alle wollen in dieser Lage pragmatisch sein, handlungsfähig bleiben, dem Prozess Aspekte der Modernisierung und Verbesserung abgewinnen.

Das Selbstbewusstsein der sozialpädagogisch-sozialpsychiatrisch Tätigen hat einigermaßen gelitten in diesen 25 Jahren, bzw. war nie wirklich und unabhängig von Fremdbestimmungen und Zuschreibungen entwickelt.

In der ersten Phase der Reform wurden diese Berufsgruppen und Einrichtungen bezeichnet – oder besser: gekennzeichnet – als »nicht-medizinische«, »außerklinische« oder »komplementäre«. Sie wurden negativ definiert durch das Nichtvorhandensein der Ärzte, der Medizin, der Klinik. In der Hauptsache gab es den Arzt in der Klinik und ergänzend die »Angebote draußen«. In dieser Zeit versuchten Sozialpädagogen, Bedeutung und Wirkung in der Arbeit zu erlangen, indem sie fleißig diagnostisches, therapeutisches, pharmakologisches Fachwissen aufsoßen.

Seit spätestens Ende der 80er Jahre gibt es einen Umschwung parallel zur Tendenzwende in der Sozialpolitik. Sozialmanagement, betriebswirtschaftliche Begriffe, Begriffe aus dem, dem industriellen Produktionsbereich abgeschauten, Qualitätsmanagement marschieren machtvoll durch die Diskussion. Nun definieren sich die Einrichtungen der Eingliederungshilfe, die inzwischen unentbehrliche Arbeit in der gemeindenahen Versorgung psychisch erkrankter Menschen leisten, vor allem betriebswirtschaftlich.

Es gehört schon eine gehörige Portion selbstquälerische Energie dazu, sich über zwanzig Jahre in einem solchen Feld von Entwertung und Fremdbestimmung zu bewegen. Oder anders gesagt: Es ist an der Zeit, den Mitspielern in diesem Spiel zu sagen, wie es ohne die »Nichtmediziner«, »Nichtpsychiater«, »Nichtbetriebswirte« aussehen würde.

Für die Region, deren Versorgungssituation ich recht gut überschauen kann, lässt sich schlicht und ergreifend feststellen: nachhaltige, über eine längere Zeit andauernde, tägliche, regelmäßige Betreuung,

Beratung, Begleitung findet für die Mehrzahl der psychisch erkrankten Menschen unter anderem in den sozialpädagogisch-sozialpsychiatrisch arbeitenden Einrichtungen der Eingliederungshilfe statt. Diese Einrichtungen weiterhin »komplementär« zu nennen, hat nichts mehr mit der Realität zu tun. Eine Politik, die diese Einrichtungen gefährden würde, würde zugleich mit der Vernachlässigung der betroffenen Menschen spielen.

Die Politik selbst bewegt sich in Widersprüchen. Ein Beispiel: Das zuständige Ministerium bereitet im Verlauf eines ermutigend offenen, demokratischen Anhörungsprozesses die Formulierungen für den »Psychiatrieplan 2000« vor. Alle Beteiligten werden eingeladen, befragt, können Vorschläge machen. Das Ergebnis ist genau so ermutigend wie der Prozess der Erarbeitung. Eine der wesentlichen Aussagen: Stärkung der regionalen Planung, der Planungskompetenz, Stärkung der regionalen Kooperation, Koordination, Entwicklung des gemeindepsychiatrischen Verbundes. Und vor allem auch die Stärkung der Interessenvertretung der betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen. Prima. Der Plan wird beschlossen und veröffentlicht.

Wenige Monate später wird ebenfalls veröffentlicht: ein von derselben Regierung in Auftrag gegebenes Gutachten zur Krankenhausbettenplanung, u.a. mit Empfehlungen für den Psychatriebereich mit gravierenden Folgen. Es geht um Streichungen, Verlagerungen, die nachhaltige Auswirkungen haben würden für die betroffenen Menschen und auch für die Arbeit in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe. Ich stelle nun fest: Die Gutachter halten bei der Erhebung der Daten die Einbeziehung der betroffenen Menschen und auch der Einrichtungen der Eingliederungshilfe nicht für notwendig. Mir ist nicht bekannt, dass bei der Erarbeitung des Gutachtens entsprechend besetzte Anhörungsrunden zum Thema: Planung, Streichung, Umverteilung in der klinisch-psychiatrischen Versorgung stattgefunden hätten. Fazit: Dieses Vorgehen in so wichtigen Fragen ist genau das Gegenteil der im »Psychiatrieplan« empfohlenen Arbeitsweise.

Ähnlich geht es in der Diskussion um die Kürzung der Behandlungsdauer in der Klinik. Für die psychiatrischen Tageskliniken ist eine Absenkung von durchschnittlich 37 auf 21 Tage im Gespräch.

Abbau von Betten, Reduzierung der Behandlungsdauer – grundsätzlich keine falschen Ziele! Aber – bitte schön unter Einbeziehung aller beteiligten Personengruppen und Einrichtungen!

Wer diese Ziele erreichen will, muss zugleich eine Politik zur Stärkung der ambulanten Arbeit, der entsprechenden Strukturen und dazugehörigen Finanzierungsmöglichkeiten voranbringen. Wer diese Ziele im wohlverstandenen Interesse der betroffenen Menschen anstrebt, muss alle Beteiligten an einen Tisch holen. Wer nicht beides gleichzeitig anpackt, betreibt – vielleicht unwissentlich – Abbau zum Nachteil der Betroffenen, gefährdet Menschen und überhöht dieses Vorgehen womöglich als »Fitmachen des Systems«, als »Modernisierung« garniert mit Qualitätsmanagement.

Die Politik bewegt sich im Widerspruch zwischen Reformwunsch, Weiterentwicklung der gemeindenahen Versorgung auf der einen Seite und Sparzwang, Verknappung der Mittel auf der anderen. In einer solchen Lage wäre eine klare Bestandsaufnahme für alle Beteiligten hilfreich.

Ich nehme den »Psychiatrieplan 2000« des Landes Schleswig-Holstein ernst und leite daraus die Forderung ab, die möglichst weitgehende, ambulante, gemeindenahе, bedarfsgerechte Versorgung psychisch erkrankter Menschen mit Nachdruck weiter zu entwickeln. Die gegenwärtig widerspruchreichen Verteilungskämpfe zeigen, dass diese Forderung idealistisch bleibt bzw. ideologisch verwahrlost, wenn die Idee des gemeindepsychiatrischen Verbundes kein wirkliches Fundament bekommt.

Wirklich gemeindenah muss die gemeindenahе Psychiatrie erst noch werden. Vorerst ist dieser Begriff sogar schon wieder ein Etikett geworden, das zum einen die Wirklichkeit nicht wirklich beschreibt, zum anderen als Hinweis auf neue Gettobildung gesehen wird. Was ist notwendig für die Entwicklung der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung? Die betroffenen, psychiatrie-erfahrenen Menschen müssen befragt werden, ebenso ihre Angehörigen, auch die MitarbeiterInnen der verschiedenen Einrichtungen. Durch solche Befragungen werden die Bedürfnisse und Erfahrungen formuliert, die wichtige Hin-

weise auf regionale Planung geben können. Auch Bürgerbefragungen sind notwendig. Die Menschen, von denen erwartet wird, dass sie als Nachbarn, als Kollegen, als Mitbürger die »Gemeinde« bilden – für psychisch erkrankte MitbürgerInnen – müssen ihre Meinungen ihre Bedürfnisse formulieren. Sie müssen doch vorbereitet sein. Auch sie benötigen Unterstützung für die Begegnung, für den Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen. Ihre Kenntnisse von psychischer Erkrankung, auch ihre Unkenntnis, ihre Vorstellungen von, ihre Forderungen an psychiatrische Versorgung müssen einbezogen werden. Auch wenn es Kopfzerbrechen und Kosten verursacht, auch wenn es Auseinandersetzung mit befürchteten oder unerwarteten Auffassungen bedeutet – Gemeindenähe ohne Bürgernähe, gemeindepsychiatrische Versorgung ohne Bürgerbeteiligung geht nicht.

Wir haben für die nun anstehenden Reformschritte, für die Entwicklung neuer Perspektiven als Grundlage keine Bestandsaufnahme, keinen Enquetebericht, wie vor 25 Jahren. Ein Enquetebericht heute müsste vor allem die Lebenssituation der vielen psychiatrie-erfahrenen, psychisch erkrankten Menschen in den Gemeinden, in den Regionen untersuchen. Um ein vollständiges Bild zu erarbeiten, müssten die Menschen in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe, in den Kliniken, auf der Straße – eben auch die MitbürgerInnen befragt werden. Um regional planen zu können, sollten wir das in den Regionen tun. Wir erhielten Hinweise auf die erwartete Zukunft. Wir erhielten zugleich Hinweise auf die Einschätzung, die Qualität unserer gegenwärtigen Arbeit. »Psychische Erkrankungen«, »Psychiatrie« – diese beladenen und vermiedenen Themen würden zumindest zeitweilig und punktuell zum Thema der Gemeinde. Zur Gemeindenähe gehört Öffentlichkeit. Zur Planung zukünftiger psychiatrischer Strukturen gehört Demokratisierung der Planung. Genau das wäre eine wichtige gemeinwesenorientierte Aufgabe des gemeindepsychiatrischen Verbundes.

Bürgerbefragungen, Entwicklung und Stärkung von Selbsthilfe – das z.B. sind Mittel, die dem »Gemeindepsychiatrischen Verbund« anders auf die Beine helfen können. Die Gesprächskultur der Psychose-seminare gilt es weiter zu entwickeln. Psychiatrieerfahrene Menschen

und auch die Angehörigen müssen unterstützt werden bei der Organisation ihrer Interessenvertretung und Mitwirkung in kommunalen Gremien. Einrichtungsbezogene Beiräte der betroffenen Menschen und Beschwerdestellen sollten in allen Regionen möglich werden.

»Psychiatrie« würde anders diskutiert. Trägerinteressen wären neu beleuchtet, ebenso die Aufspaltung in »Klinik« und »Eingliederungshilfe«. Modelle wie »Ambulante Psychiatrische Akutbehandlung zu Hause« (Frankfurt/Main) und »Integrative Psychiatrische Behandlung« (Krefeld) oder auch die in Schweden praktizierte »Frühintervention« hätten vielleicht eine Chance, wirkliche Gemeindenähe zu entfalten und eine Verankerung bzw. Entstigmatisierung des Themas zu bewirken.

Um den hier in wenigen knappen Linien angedeuteten Gehalt von »Gemeindenähe« und »Versorgung im Verbund« zu entwickeln und praktisch werden zu lassen, sind politische Kreativität, finanzielle Mittel, Zeit, Arbeit notwendig. Von alleine kommt dieser Entwicklungsschritt, der eine wirklich qualitativ andere Psychiatrie – und etwas mehr – bringen könnte, nicht.

Das hier Gemeinte ist recht gut zusammengefasst am Ende der Rede unserer ehemaligen Gesundheitsministerin, Andrea Fischer, am 21.11.2000 in Bonn zum Kongress »25 Jahre Psychiatrie-Enquete – Bilanz und Perspektiven der Psychiatriereform«:

»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 eine bessere Versorgung psychisch kranker Menschen. Es geht um eine Veränderung der ganzen Gesellschaft in ihrer Einstellung zu Fremden und Andersartigen.«

Behalten wir doch bitte diese Perspektive einmal im Sinn und werfen einen Blick auf eine gegenläufige Linie.

Um Bürgerbeteiligung, bürgernahe Psychiatrie als Teil von Gemeinwesen, um Empowerment, um Stärkung von Selbsthilfe in Bewegung zu bringen, ist authentischer, persönlicher, verbindlicher, fachlicher, politischer Einsatz notwendig. Wie soll das zuwege gebracht werden,

wenn gleichzeitig die Authentizität, der Wirklichkeitsgehalt der Erfahrungen vieler beteiligter Menschen in Frage gestellt wird. Und genau das geschieht heute auf vielfältige Weise.

Wie schon gesagt – seit einigen Jahren wird auf allen Ebenen psychiatrischer Praxis, auch in den Einrichtungen der »Eingliederungshilfe« über Qualitätsmanagement diskutiert. Qualitätsmanagementsysteme werden entwickelt, eingekauft, implementiert.

Jede Einrichtung begibt sich auf den Weg der Leitbildentwicklung. Welche Ziele verfolgen wir eigentlich? Wussten wir das in den vergangenen 20 Jahren nicht? Neue Konzepte für bereits bestehende Einrichtungen werden geschrieben, Dokumentationssysteme mit Enthusiasmus begrüßt – oder doch nur vom Kostenträger gefordert?

Für alle pflegesatzgebundenen Einrichtungen werden Leistungsvereinbarungen ausgeklügelt, die in äußerst nüchterner Sprache das Feld beschreiben, in dem nach wie vor im Wesentlichen Begegnung geschieht, extrem divergierende Erfahrungen von Menschen in ganz unterschiedlichen Rollen aufeinandertreffen. Beim Lesen dieser Vereinbarungen stellt sich mir der Eindruck ein, eine etwas komplizierte Gebrauchsanweisung oder Reparaturanleitung vor Augen zu haben.

Viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verbrauchen seit einigen Jahren viel Zeit und Energie mit dem Anfertigen all dieser Texte. Im Rahmen der verschiedenen Verfahren werden immer mehr Befragungen durchgeführt, Formulare ausgefüllt, Manuale entwickelt.

Der leitende Mitarbeiter eines Sozialamtes, der mit dem Thema Hilfeplanung konfrontiert ist, fragte mich in einem Gespräch: »Wer soll das nur alles machen? Und wann? Und was kostet das?« Ich konnte als leitender Mitarbeiter auf der Einrichtungsseite nur in gleichem Wortlaut zurückfragen.

Auf der Einrichtungsseite müssen all diese Arbeiten zusätzlich erledigt werden von MitarbeiterInnen, deren Gehälter im Rahmen der Personalschlüssel mit den Pflegesätzen, die für die einzelnen Patientinnen und Patienten gezahlt werden, finanziert werden.

All die neuen Anforderungen bewirken schlicht und ergreifend, dass immer mehr Zeit über Formularen, vor PCs, in Sitzungen verschwindet und für die direkte Begegnung, für Beziehung und Aufmerksamkeit für die Menschen, für die diese Sätze gezahlt werden,

verloren geht. Werden auf diese Weise nicht die Mittel für die Betroffenen – sie sind die Antragsteller, an sie sind die Bewilligungsbescheide gerichtet – vom Gesetzgeber geradezu provoziert – zweckentfremdet? Die Forderung, den betroffenen Menschen, den Antragstellern selbst das Geld zum Einkauf von Leistungen zur Verfügung zu stellen, diese Forderung gewinnt im Lichte der oben gestellten Frage doch wohl eine besondere Brisanz.

Das Geschäft der vielen Institute und Unternehmen, die Qualitätsmanagementmethoden und Dokumentationssysteme anbieten, Fortbildungen, Software und entsprechende Beratungen, blüht. Die Mittel, die aus den Einrichtungen in diese Firmen fließen, stammen aus den Pflegesätzen der Eingliederungshilfe. Ist das gewollt? Wer kann das wollen? Meinten diejenigen, die entsprechende Änderungen in das BSHG hineinschrieben, das sei im Interesse der betroffenen Menschen? Von wem wurden sie beraten? Und können heute all die Beteiligten auf Kostenträger- und Einrichtungsseite, die an all den Vereinbarungen, Systemen, Formularen arbeiten, wirklich meinen, mit dieser Arbeit das Sinnvollste zu tun für die weitere Reform und Verbesserung der gemeindenahen Versorgung für psychisch erkrankte Menschen?

Ich sehe die Gefahr, dass die alltägliche Wirklichkeit der Arbeit, der Begegnung in unseren Einrichtungen, die Wirklichkeit der Menschen, um die es in dieser Arbeit geht, überschattet wird von einem aufgeblähten Datenformalismus. Wir arbeiten an einer Abspaltung, an der Überwölbung der Realität durch eine dokumentierte, qualitätsgemachte, PC-gestützte Überwirklichkeit. Welche wird in Zukunft maßgeblich sein? Werden die reale Begegnung, die Irritation in der Beziehung, die Möglichkeit von Irrwegen und Umwegen für Menschen, die Psychosen erleben, die Zeit, die für schwierige Verständigungs- und Entwicklungswege notwendig ist, Inhalt, Umfang, Dauer, Ziel, Motive der Arbeit bestimmen? Oder soll sich diese Wirklichkeit den Medien ihrer Darstellung anpassen? Glaubt jemand auf diesem Weg sparen zu können?

Auch wir begaben uns für die Einrichtungen der »Brücke« in Neumünster auf den Weg der Leitbildentwicklung und bildeten eine Arbeitsgruppe. In einer der ersten Sitzungen bemerkte ein erfahrener

Kollege: »Vielleicht sollten wir als Leitsatz aufschreiben: Wir sind nach wie vor fest entschlossen, die Realität zu sehen und uns mit den Realitäten der Menschen zu befassen.« An diesen Satz habe ich seither in vielen AG- und AK-Sitzungen zu den oben genannten Themen gedacht.

Meine Anfänge der Auseinandersetzung mit dem Erleben psychischer Erkrankung und psychiatrischer Theorie und Praxis waren u.a. geprägt von der Erfahrung als Pfleger in einem großen psychiatrischen Krankenhaus in den 70er Jahren und von den Büchern »Phänomenologie der Erfahrung« und »Das geteilte Selbst« von R. D. LAING. In seinem autobiografischen Buch »Weisheit, Wahnsinn, Torheit – Der Werdegang eines Psychiaters 1927–1957« (Köln, 1987) las ich nun noch einmal seine Beschreibung seines mühevollen, widerspruchreichen Weges als junger Psychiater in der psychiatrischen Abteilung eines Militärhospitals. Er war auf der Suche nach einem Verständnis des ungewöhnlichen Verhaltens der Patienten, nach einer Möglichkeit zu verstehen und etwas Sinnvolles mit und für sie zu tun. Er musste zu allererst auf irritierende, teils qualvolle Weise feststellen, dass die meisten Praktiken und Rituale der psychiatrischen Institution dazu dienten, die Erfahrungen der Patienten auszublenden, geradzusystematisch nicht zur Kenntnis zu nehmen.

Ich vermute, dass es jungen ambitionierten Kolleginnen und Kollegen in unseren oben genannten Einrichtungen angesichts der gegenwärtigen Entwicklungen ähnlich ergehen muss.

LAING beschreibt sehr eindrücklich sein Leiden an diesem gewaltförmigen Prozess der Anpassung an psychiatrische Standards der frühen fünfziger Jahre. Er erlebt nicht nur Missachtung der Erfahrung, der Lebensgeschichte, der Realität der Patienten. Er erlebt zugleich die Forderung, in dieser Missachtung sich seiner eigenen Erfahrung von der Erfahrung der Patienten zu entfremden und auf diese Weise funktionstüchtig im System der Klinik zu sein.

Damals verschwanden die Erfahrungen hinter medizinisch-psychiatrischer Theorie und Praxis. In unseren Einrichtungen der gemeindenahen Psychiatrie geraten die authentischen Erfahrungen der Patienten

und Mitarbeiter nun in Gefahr durch sozialwissenschaftlich, statistisch, Daten sammelnde, PC-gestützte Kontroll- und Spärhaltung. Wenn wir auf diesem Weg fortschreiten, wenn wir fortfahren, diesen Weg als einzig machbaren Fortschritt zu begreifen, verlieren wir nicht nur den realen Kontakt zu den realen Menschen mit psychischen Erkrankungen – wir verlieren auch den Kontakt zu uns und den wesentlichen Motiven der Arbeit, die wir einmal als Reform im Sinne von Menschenwürde und Emanzipation verstanden.

LAING entwickelte aus seinen Erfahrungen als junger Psychiater seine Ideen und praktischen Versuche zu einer anderen Psychiatrie. Er formulierte im Kern die Forderung: Nimm die Erfahrung des anderen ernst und für wahr. Nimm Deine Erfahrung von der Erfahrung des anderen ernst und für wahr. Orientiere Dein Verhalten an Deiner Erfahrung.

Kennen Sie das? Beim Arzt, bei der Versicherung ... Sie stehen am Tresen. Die Mitarbeiterin schaut auf den Bildschirm, tickert auf der Tastatur, wartet, liest am Bildschirm, schaut keinesfalls Sie an und sagt: »Ah, da haben wir Sie ja!« Ist es schon so weit? Sieht unser Beratungskontakt zu einem Menschen in einer psychosenahen Verfassung auch so aus? Können wir uns ohne den Datensatz am PC nicht mehr orientieren im direkten Kontakt? Was wird der Andere denken über die Wirklichkeit seiner Anwesenheit? Wird er seine wahre Identität auf dem Bildschirm vermuten oder wird er bei sich bleiben? Wird er vermuten, die Wahrnehmung des Mitarbeiters sei verrückt oder wird er ihm trauen? Heißt die Botschaft: »Du bist in meiner Wahrnehmung erst angekommen, wenn deine Daten auf dem Bildschirm erscheinen!« oder: »Aha, hier im PC habe ich dich. Jetzt bist du handhabbar!«?

Ich möchte ein Gespür dafür vermitteln, dass die Methoden und Medien der Darstellung dazu tendieren, die Art der Begegnung selbst zu verändern. Die Tendenz der Veränderung heißt: Objektivierung des Anderen, Depersonalisation. Und das heißt: Wenn es um psychisch erkrankte Menschen geht, dürfen diese Methoden und Medien keinesfalls bedenkenlos eingesetzt werden.

Es könnte sein, dass in Zeiten des »personenzentrierten Ansatzes« in Wirklichkeit um den subjektiven Zugang, um den Zugang zum Subjekt, um das Recht auf subjektive Beziehung in der Betreuungsarbeit wieder gekämpft werden muss. Mit all den Datensammeleien, Formalisierungen, Kontrollen wird etwas so lange in die Wirklichkeit – in die Erfahrungswelt, in meine, deine, seine subjektiven realen Erfahrung der vergangenen 25 Jahre – hineingeredet, bis es anfängt, selber den Anschein von Wirklichkeit zu erlangen. Und deine Erfahrungen schrumpfen scheinbar zu nichts. Und da die Beschreibungen in technokratischer, subjektentleerer Tonart, da die PC-gestützten Datenmasken so nüchtern und fremd wirken, da sie so weit von der alltäglichen Begegnungswirklichkeit entfernt sind, entwickeln sie um sich eine Aura von Kühle und Macht, von machtvoller zentraler Wirklichkeitskontrolle. Und – täuschen wir uns nicht: sie werden »Instrumente« genannt. Sie sind Instrumente der Kontrolle. Sie sollen etwas kontrollieren, das mit ihrer Hilfe überhaupt nicht verstanden wird. Sie schlagen uns jetzt schon das Wesentliche unserer Arbeit aus den Händen: Unser Vertrauen in die letztendlich schlichte, aber großartige Fähigkeit zur Beziehung als Grundlage unserer Arbeit, unserer Begegnungen mit psychisch erkrankten Menschen. Eine langjährige Kollegin sagte im Januar 2001 nach einem Gespräch über Dokumentationssysteme: »Dieses Denken, zu dem wir uns da zwingen, wirkt wie Gehirnwäsche.«

Ich möchte uns auffordern zu dem, was da mit unserem Wahrnehmen, Denken, Empfinden, mit unserer Beziehungsfähigkeit, mit unseren Erfahrungen geschieht, nicht mehr zu schweigen. Wir müssen wieder wahrhaftig über unsere Erfahrungen in der Begegnung mit psychisch erkrankten Menschen sprechen.

Ich möchte wirklich dazu auffordern: Traut Euren persönlichen, alltäglichen, regionalen Erfahrungen. Glaub dem, was Ihr in der Begegnung seht, hört, spürt. Verliert nicht den Kontakt zu Euch und den Menschen mit psychischen Erkrankungen, denen Ihr begegnet.

Nur wenn wir uns in dieser Weise in der Arbeit bewahren und authentisch bleiben, können wir auch authentisch im Gemeinwesen gemeindenah politisch arbeiten und helfen, der Reform eine weitere Perspektive zu geben.

Heinz Deger-Erlenmaier

25 Jahre Psychiatrie-Reform – 15 Jahre Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker

(K)Ein Grund zum Feiern? – Eine Polemik

25 Jahre Psychiatrie-Reform – eine »unendliche Geschichte«

November 2000. Das etwas besondere Jahr neigt sich seinem Ende entgegen. Der Winter lässt auch im Allgäu auf sich warten. Statt Schnee laue Lüfte und milde Winde, eher Frühlingserwachen. Vom Klimawandel sprechen wohl die Klimaforscher, Pessimisten eher von Klimakatastrophe. Klimawandel auch in der bundesdeutschen Psychiatrie. Die sozialpsychiatrischen Kämpfer sind müde geworden oder schon im Ruhestand. Nur gelegentlich flackern noch kleine Scharmützel auf, so z.B. zwischen den Psychiatrischen Abteilungen und den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern. Das Jahr 2000 wird zum Jubiläumsjahr deklariert, Feiern ist angesagt, 25 Jahre Psychiatrie-Reform sind zu bejubeln. 1975 wurde die Psychiatrie-Enquete vorgelegt, kilo- und bedeutungsschwer. Nie enden wollende Modellprogramme wurden zur Metapher für eine Reform der Psychiatrie, die Züge einer »unendlichen Geschichte« annehmen sollte. Vor einigen Tagen trafen sich alle bedeutsamen bundesdeutschen Psychiatrieverbände (oder die sich dafür halten) in Bonn-Bad Godesberg, wie immer an die Hand genommen von der *Aktion psychisch Kranke*, um sich der Erfolge der »Jahrhundertreform« zu vergewissern. Die Psychiatrie tagte wieder einmal. Dies scheint überhaupt ihr liebstes Hobby zu sein: Tagungstourismus. Bundesweit, europaweit, weltweit. Möglich macht's –

nicht immer, aber immer öfter – auch die Pharma-Industrie. Einige Tagungen weniger und dafür etwas häufiger das Ohr und möglichst auch die helfende Hand bei den Sorgen, Nöten und Ängsten der Psychiatrie-Erfahrenen, das wäre ein echter Beitrag für eine Reform der Psychiatrie.

Ich will hier nicht resümieren, ob und wie erfolgreich die Psychiatrie-Reform war. Ja, die gravierendsten »elenden, menschenunwürdigen Bedingungen« wurden beseitigt. Dies ist nun allerdings noch kein Grund für Jubelfeiern, sondern wohl die selbstverständliche Bringeschuld einer Psychiatrie, die Jahre zuvor psychisch kranke Menschen auf unmenschlichste Weise vernichtet oder der Vernichtung anheim gegeben, sie verstümmelt (Sterilisation) hat und sich dazu bis in die 70er, 80er Jahre, abgesehen von einer Handvoll einsamer Rufer in der Wüste, in Schweigen hüllte und gerne den Mantel des Vergessens darüber gebreitet hätte.

Unbestritten: die psychiatrische Versorgung ist besser als vor 20 Jahren. Nur: von der psychiatrischen Versorgung können psychisch kranke Menschen nicht leben!

Wie sind denn die Lebensbedingungen chronisch psychisch kranker Menschen im Jahr 2000? Das ist die entscheidende Frage, an der sich Reform messen lassen muss.

90 Prozent aller komplementären und ambulanten Hilfen sind nach wie vor sozialhilfefinanziert, mit all den bekannten diskriminierenden Begleiterscheinungen wie Einsatz des Einkommens und Vermögens der Psychiatrie-Erfahrenen und ihrer unterhaltspflichtigen Angehörigen. Die Tatsache, an einer schweren psychischen Erkrankung zu leiden, führt geradewegs in die Armut.

Adäquate Arbeitsplätze für psychisch Kranke? Fehlanzeige! Die wenigen Plätze in den sehr sinnvollen Integrationsfirmen sind ein Tropfen auf den heißen Stein.

Grundsicherung? Fehlanzeige!

Gleichbehandlung mit somatisch Kranken? Fehlanzeige!

Integration in die Gesellschaft? Fehlanzeige! Die großen Anstalten sind nicht mehr, die Ghettos sind in die Gemeinde verlagert, sie sind »schöner geworden«, das war's dann aber auch. 25 Jahre später bemerkt man den Irrtum und die Psychiater und ihre Verbände zetteln gemeinsam mit der Pharma-Industrie eine sog. Anti-Stigma-Kampagne an. Die Psychiater wären wohl besser beraten, sich selbst erst einmal zu entstigmatisieren. Wenn sie sich ihren Platz auf der Wertschätzungsskala ihrer eigenen Berufsgruppe, der Ärzte, anschauen – sie rangieren da nämlich ziemlich am Ende –, bevor sie gemeinsam mit der ach so großzügigen Pharma-Industrie uns Angehörige und die Psychiatrie-Erfahrenen zu Objekten ihrer verfehlten Bemühungen machen. Entstigmatisieren können wir Angehörige und Psychiatrie-Erfahrenen uns nur selbst und so ist der »Anti-Stigma-Kampagne von unten« (Psychose-Seminare etc.), die DOROTHEA BUCK und THOMAS BOCK ins Spiel gebracht haben, viel Erfolg zu wünschen.

Flächendeckende Krisen- und Notfallhilfe? Fehlanzeige!

Bedarfsgerechte ambulante Hilfen für chronisch psychisch kranke Menschen? Fehlanzeige ! Noch nie gab es so viele psychisch Kranke, die in der Obdachlosigkeit ihr Dasein fristen müssen.

Vor 15 Jahren wurde uns von den reformerischen Psychiatrie-Verbänden das regionale »globale Budget« als die zukunftsweisende Alternative verkauft. Dies erschien auch mir als ein gangbarer Weg, um die stigmatisierende Sozialhilfe-/»Fürsorge«abhängigkeit zu überwinden. Die gleichen Apologeten rufen Mitte der 90er Jahre »Kommando zurück« und erfinden das Komplexleistungsprogramm, den »Integrierten Reha- und Behandlungsplan« (IRBP). Weg von der pauschalierten Leistung, hin zu individualisierten Leistungsprogrammen. Tagelang werden nun die Psychiatriearbeiter geschult, vorerst wieder einmal in Modellregionen, vertun ihre Zeit in Schulungsprogrammen und Hilfebedarfskonferenzen (welch schreckliches Wort) in großer Besetzung, um am Ende festzustellen, dass aufgrund fehlender, geeigneter Angebote der Bedarf in der Region nicht befriedigt werden

kann. Der »gläserne Patient«, dessen intimste, personenbezogene Daten in allen PC's der Anbieter umherschwirren, steht am Ende dieser Entwicklung. Ein Fall für die Datenschützer! Was aber viel schlimmer ist und heute übersehen wird: Individualisierung von Hilfeleistungen hat in der jüngsten Sozialgeschichte immer auch eine Individualisierung der Kosten zur Folge gehabt. Lehrbuchmäßig lässt sich dies an der Reform des Pflschafts- und Vormundschaftsrechts demonstrieren. Das Instrument der Betreuung sollte die entwürdigende Entmündigung ersetzen. Der zu betreuende Mensch mit seinen individuellen Bedürfnissen sollte im Mittelpunkt stehen. Und wie sieht die Realität aus? Seit dem 1.1.1999, dem Inkrafttreten des »Betreuungsrechtsänderungsgesetzes«, werden nicht mehr reale Betreuungsleistungen finanziert, sondern nur noch »rechtliche« Betreuung. Der Betreute kann in einem viel größeren Umfang als zuvor zur Begleichung der Betreuungskosten herangezogen und auch die unterhaltspflichtigen Angehörigen können zur Kasse gebeten werden, was vor der Reform nicht möglich war. Der Gesetzgeber hatte nichts anderes als eine Minimierung der Kosten im Sinn. AXEL BAUER, Vormundschaftsrichter, hat es treffend umschrieben: »Dieses Gesetz ändert die Philosophie der gesetzlichen Betreuung. Bisher war es eine staatliche Aufgabe. Nun wird es zu einem privaten Risiko umfunktioniert. Hier findet ein Dogmenwechsel statt. Der Staat zieht sich raus aus der Verantwortung, die er für die einzelnen Betroffenen als Schutzbedürftige hat.«

Das Muster wird deutlich:

- »Individualisierung« der Hilfestellung =
- Individualisierung der Kosten =
- Aufkündigung der Solidargemeinschaft / Entsolidarisierung.

Wir werden die Entwicklung bei den individualisierten Hilfebedarfsprogrammen aufmerksam beobachten müssen.

Alle diejenigen, die im Jahr 2000 selbstzufrieden auf 25 Jahre Psychiatrie-Reform zurückblicken, seien dazu eingeladen, einmal acht Tage ihres Lebens rund um die Uhr mit einem chronisch psychisch kranken Menschen zu teilen, sei es auf der Station eines psychiatrischen Krankenhauses, in einer betreuten WG, in einem Wohnheim, in seiner eigenen Wohnung, in seiner Familie, in seinen sonstigen Lebenszusammenhängen.

Die Wahrnehmung dieser Realität wäre sehr ernüchternd.

*15 Jahre Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker –
Von der Selbsthilfe
zum Marketinginstrument der Pharma-Industrie*

Kaum wahrgenommen hat die psychiatrische Fachöffentlichkeit im Jahr 2000 ein anderes Jubiläum: Der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. wurde 15 Jahre alt. Im Juni 1985 in Bonn aus der Taufe gehoben, ist auch er ein Kind der Psychiatrie-Reform, denn ohne die Initiative und tatkräftige Unterstützung engagierter Profis, sowohl publizistisch (»Freispruch der Familie«) wie ganz handfest, wäre es uns damals nicht gelungen, den Fragen und Anliegen der Angehörigen psychisch kranker Menschen einen organisatorischen Rahmen zu geben. Leider ist dies offensichtlich schon in Vergessenheit geraten. Stellvertretend möchte ich hier nur an KONSTANZE KOENNING, KLAUS DÖRNER, ALBRECHT EGETMEYER, ASMUS FINZEN, KLAUS NOUVERTNÉ, JOSEF SCHÄDLE und ARND SCHWENDY erinnern. Als Mitgründer des Angehörigenverbandes und Funktionär der ersten Stunde habe ich deren Engagement hautnah erlebt. Zu nennen wären hier aber auch all die Angehörigen, die seit Anfang der 80er Jahre unter schwierigen Bedingungen Verantwortung übernommen haben. Auch sie scheinen vergessen. Ein Verband, der kein Verhältnis zu seiner Geschichte hat und sich ihrer nicht erinnert, hat keine Zukunft. Möglicherweise hat ja zumindest der bundesweite Zusammenschluss der Angehörigen seine Zukunft tatsächlich schon hinter sich. Dazu später mehr. 1985 gab es noch keinen einzigen Landesverband. Zwischenzeitlich finden wir erfreulicherweise in allen Bundesländern, auch in den neuen, Landesverbände.

Was ist aus der Angehörigenbewegung in diesen fast schon zwanzig Jahren geworden? Zwanzig Jahre deshalb, weil es schon seit 1982 den Arbeitskreis Angehörige im Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen gab und schon 1982 das erste Bundestreffen der Angehörigen stattfand.

Blitzlichtartig möchte ich aus der Distanz – ganz subjektiv und unausgewogen – Entwicklungen und Fehlentwicklungen beleuchten.

Es gab in den 80er Jahren durchaus die Hoffnung, hier könnte ein mitgliedsstarker, mächtiger, unabhängiger Verband entstehen. Wenn man daran denkt, wie viele Angehörige psychisch kranker Menschen es in unserem Land alleine zahlenmäßig geben müsste, war diese Hoffnung durchaus verständlich. Ich hatte diese Hoffnung nie und habe schon 1986 im Rahmen der ersten Klausurtagung des Vorstands des Bundesverbandes in Irsee die Meinung vertreten, dass aus der Angehörigenbewegung nie eine Massenbewegung werden würde, vor allem aus psychologischen Gründen. So konnte ich auch nicht enttäuscht werden. Es war damals und ist heute eine verschwindend kleine Minderheit von Angehörigen, die sich organisiert und die in den Angehörigenverbänden ihre Heimat gefunden hat. Warum dies so ist, kann leicht erklärt werden. Nur sollte man seitens der Angehörigen aufhören, genau dies dem Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen vorzuwerfen und deshalb seine Legitimation in Zweifel zu ziehen.

Vollkommen unabhängig von der Zahl ihrer Mitglieder haben beide Verbände die Legitimation, die Interessen der Psychiatrie-Erfahrenen, die Interessen der Angehörigen, offensiv zu vertreten.

Eine sehr weitreichende Folge hatten und haben die Mitgliederzahlen allerdings für die Angehörigen: der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker war aufgrund seines Beitragsaufkommens alleine nie überlebensfähig und immer auf die finanzielle Förderung Dritter angewiesen. Die existenznotwendige Förderung durch das Bundesgesundheitsministerium war aber, bis zum heutigen Tage, nur über den Dachverband und in einer Bürogemeinschaft mit ihm zu haben. Jahrelange, um nicht zu sagen jahrzehntelange, heftige Konflikte waren die Folge, die in der Regel einer rationalen Grundlage entbehrten. Nie hat der Dachverband auf Positionen oder die Politik des Angehörigenverbandes Einfluss genommen, nie hat er Anlass zu inhaltlichen Differenzen gegeben, und trotzdem wurden unendlich viele Energien in diesen Auseinandersetzungen verschwendet. Immer wieder wurde versucht, diese »Zwangsehe« zu verlassen, die Scheidung zu vollziehen, und immer wieder scheiterte man. Wenn man daran denkt, was ELKE TITZE in den zehn Jahren ihres Wirkens beim Dachverband für die Angehörigen mit ihrer grenzenlosen Einsatzbereitschaft geleistet

hat, wird deutlich, wie unnützlich diese »Grabenkämpfe« waren. Viel sinnvoller wäre gewesen, die hier verschwendeten Energien den Problemen der Angehörigen zuzuwenden. Ich möchte dies an einem Beispiel deutlich machen. Wie oben schon angedeutet, hat sich durch das »Betreuungsrechtsänderungsgesetz« zum 1.1.1999 die Situation der Angehörigen massiv verschlechtert. Dieser Gesetzentwurf war über zwei Jahre in der parlamentarischen Beratung, ohne dass versucht worden wäre, durch Lobbyarbeit das Schlimmste zu verhindern. Ja, ich weiß, es sind nur wenige, die sich in Vorständen von Angehörigenverbänden und -vereinen engagieren und diese sind chronisch überlastet und müssen nebenbei noch ihr eigenes, sehr belastetes, Leben bewältigen. Umso wichtiger ist es, mit den knappen Ressourcen sinnvoll umzugehen und die Aktivitäten in die richtige Richtung zu lenken. Der Dachverband war ganz sicher das falsche Objekt.

Was mich sehr traurig stimmt, ist folgende Tatsache: die mangelnde Solidarität unter Angehörigen. Es gibt kaum Kandidaten für frei werdende Positionen in Angehörigenverbänden und -vereinen, Angehörigenvereine mussten sich schon auflösen, weil man keinen Nachfolger für den 1. Vorsitzenden gefunden hat. Man besucht jahrelang Angehörigenselbsthilfegruppen, ist aber nicht bereit, dem Landesverband als Mitglied beizutreten, obwohl der Mitgliedsbeitrag nicht das Hindernis darstellen kann. Ich könnte hier noch eine Reihe weiterer Beispiele anführen. Es wäre sicher lohnenswert, sich mit diesem Problem intensiver zu beschäftigen. Was müssten die Angehörigenverbände tun, um für potentielle Mitglieder attraktiv zu werden?

Nun war das Jahr 2000 nicht nur das Jahr der Jubiläen. Es passierte etwas, was mein Selbstverständnis von Angehörigenselbsthilfe bis in die Grundfesten erschütterte: Der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker schließt einen Kooperationsvertrag mit einem Pharma-Konzern, mit Lilly Deutschland. Dies erfahre ich zunächst nicht aus dem Mitteilungsblatt des Bundesverbandes, der *Psychosozialen Umschau*, sondern aus der *Sozialen Psychiatrie*, die wiederum den *Eppendorfer* zitiert. Ich frage mich, welchen Teufel hat den Vorstand des Bundesverbandes geritten, sich auf solch einen Deal einzu-

lassen und damit seine Glaubwürdigkeit aufs Spiel zu setzen? Sicher, auch an mir ist nicht vorbeigegangen, dass seit Mitte der 90er Jahre die Zusammenarbeit zwischen den Angehörigenverbänden und der Pharma-Industrie schleichend immer intensiver wurde. Hier haben sich vor allem Lilly Deutschland und Janssen-Cilag und die von ihnen beauftragten Public-Relations-Firmen hervorgetan. Im Rahmen einer Buchbesprechung habe ich in der *Psychosozialen Umschau* 4/99 dazu eine leicht kritische Anmerkung gemacht. Eine Diskussion fand bisher nirgends statt. Wo nimmt der Vorstand des Bundesverbandes seine Legitimation her, mit einem Pharma-Konzern eine vertraglich vereinbarte Kooperationsvereinbarung einzugehen? In keinem Aktionsprogramm des Bundesverbandes ist formuliert, dass es zu den vorrangigen Zielen der Angehörigenbewegung gehört, mit der Pharma-Industrie zu kooperieren! In den sechs Jahren, in denen ich nach der Gründung des Bundesverbandes dem geschäftsführenden Vorstand angehörte, stand das Thema »Kooperation mit der Pharma-Industrie« nie zur Debatte – und wie ich meine aus guten Gründen. Es ist schon schlimm genug, wie sich die Pharma-Industrie in den Verbänden der Psychiater, national und weltweit, und in den psychiatrischen Kliniken breit gemacht hat.

Bedarf es erst einer so spektakulären Aktion wie der des amerikanischen Psychiaters und Vaters der Soteria-Projekte, LOREN MOSHER, der nach 30jähriger Zugehörigkeit aus dem amerikanischen Verband der Psychiater (APA) unter Protest ausgetreten ist und feststellt: »Die Psychiatrie ist von der Pharma-Industrie aufgekauft.« (*Soziale Psychiatrie*, Sept. 2000), um zu zeigen, was die Stunde geschlagen hat? Ja, nicht nur die Psychiatrie ist von der Pharma-Industrie aufgekauft, sondern auch die Angehörigenselbsthilfe. Es fällt offensichtlich leicht, alle Prinzipien über Bord zu werfen, wenn das große Geld lockt. Müssen wir LOREN MOSHERS Beispiel folgen und uns aus den Angehörigenverbänden zurückziehen, um unserer eigenen Glaubwürdigkeit willen? Formal verkauft Lilly Deutschland sein Engagement mit dem Kampf gegen Stigmatisierung und der Teilhabe am medizinischen Fortschritt. So stellt es auch der Bundesverband dar. Was ich von dieser Art »Anti-Stigma-Kampagne« halte, habe ich weiter oben schon kundgetan. In Wahrheit geht es um etwas ganz anderes. Lilly produ-

ziert und vertreibt mit Zyprexa eines der neuen, so genannten atypischen Neuroleptika. Gut verdienen kann Lilly nur, solange dieser Wirkstoff noch geschützt ist und nicht als Generika von anderen Produzenten nachgemacht werden kann. Und im Moment sind diese atypischen Neuroleptika noch horrend teuer, rund 1.500,- DM im Quartal. Und nun singen die Angehörigenverbände das »Hohelied« auf die atypischen Neuroleptika und wie gut verträglich sie doch sind und dass sie doch kaum Nebenwirkungen haben. Und sie schimpfen auf die niedergelassenen Nervenärzte, die die atypischen Neuroleptika nicht verordnen, weil sie alle Budgets sprengen. Sie sagen nicht, dass die atypischen Neuroleptika auch keine Wundermittel sind, dass Gewichtszunahmen bis zu 30 kg nicht gerade zur Lebensqualität und Entstigmatisierung beitragen, dass zwei atypische Neuroleptika wegen lebensgefährlicher Nebenwirkungen schon vom Markt genommen werden mussten und ganz viele Patienten diese neuen Medikamente nicht vertragen. Mir begegnen in meinem beruflichen Alltag ständig Psychiatrie-Erfahrene, die negativste Erfahrungen mit diesen atypischen Neuroleptika gemacht haben. Und sie sagen auch nicht, dass noch kein einziger Nervenarzt in Deutschland in Regress genommen wurde, weil er atypische Neuroleptika verordnete. Aber was kann Lilly Deutschland Besseres passieren, als ein von ihm gesponserter Angehörigenverband, der eifrigst die Werbetrommel rührt?

Nur, hat dies alles noch etwas mit Angehörigen-Selbsthilfe zu tun? Selbsthilfe nach dem Motto: »Hilf dir selbst, sonst hilft dir Lilly...«? Verkehrte Welt! Und dem Ganzen wird mit der Ankündigung, dass auch mit Janssen-Cilag ein Kooperationsvertrag geschlossen werden soll, die Krone aufgesetzt. Zufälligerweise hat Janssen-Cilag mit Risperdal auch ein atypisches Neuroleptika auf dem Markt...

Wie dankbar die Angehörigen sich für die ihnen zuteil werdende finanzielle Unterstützung zeigen, möchte ich mit einem konkreten Beispiel erläutern. In Mecklenburg-Vorpommern gibt der dortige Landesverband der Angehörigen mit dem *Lichtblick* eine recht professionell gemachte Zeitschrift heraus. Man ist auf dem neuesten Stand der medialen Entwicklung. Die Online-Ausgabe wird von Lilly Deutschland und Janssen-Cilag finanziert. Die neueste Print-Ausgabe habe ich

von der ersten bis zur letzten Zeile gelesen. In den unterschiedlichsten redaktionellen Zusammenhängen werden an 13 (!!) verschiedenen Stellen die Segnungen der atypischen Neuroleptika hochgelobt. Und hier findet der Leser dann auch Fotos von der feierlichen Vertragsunterzeichnung der Kooperationsvereinbarung zwischen Lilly Deutschland und dem Bundesverband. Der *Psychosozialen Umschau*, immerhin das Mitteilungsblatt des Bundesverbandes, ist der ganze Vorgang nur ein paar Zeilen wert. Dank *Lichtblick* erfahren wir etwas mehr. Es fällt auf, dass überall Prof. DIETER NABER aus Hamburg mit von der Partie ist, so auch bei dieser Vertragsunterzeichnung. Als pharmakologischer Berater des Bundesverbandes oder weil er sich seine Forschung von Lilly finanzieren lässt? Als es in den Anfangsjahren darum ging, sich für die Anliegen der Angehörigen psychisch kranker Menschen stark zu machen, habe ich von Herrn Prof. DIETER NABER nichts gehört und gesehen. Und auch Herr Prof. HANNS HIPPIUS hat plötzlich die Angehörigen entdeckt. Über seine Nähe zur Pharma-Industrie und seine Forschungen möchte ich mich hier nicht näher auslassen, weil damit sehr unangenehme Erinnerungen verbunden sind. Ich bin DOROTHEA BUCK sehr dankbar, dass sie dies dokumentiert hat (BUCK, D. (Hg.): Menschenversuche mit Glückspillen – Schweigen und vorübergehen? Hamburg, Selbstverlag 1990)

Ich hätte nie für möglich gehalten, dass Angehörigenfunktionäre sich so leicht instrumentalisieren lassen und ihre Glaubwürdigkeit verlieren.

Einige der Lobeshymnen auf die atypischen Neuroleptika im oben zitierten *Lichtblick* überschreiten m. E. die Grenze zur Fahrlässigkeit, und ich würde mir wünschen, dass unabhängige Wissenschaftler – sofern es sie denn überhaupt noch gibt – sich einmal damit auseinandersetzen.

Sind sich die so eng kooperierenden Angehörigenfunktionäre darüber im Klaren, welche Verantwortung sie für die Angehörigen an der Basis haben, die nun all ihre Hoffnungen auf atypische Neuroleptika setzen und u.U. die x-te bittere Enttäuschung erleben werden? Ganz abgesehen davon, dass die Einnahme von Medikamenten in den Verantwortungsbereich ihres erkrankten Angehörigen fällt!

Ein ganzes Geflecht von Beziehungen und Abhängigkeiten zwischen der Pharma-Industrie und den Angehörigenverbänden hat sich in den letzten Jahren entwickelt. Aus Platzgründen muss ich mir hier nähere Einzelheiten ersparen. Es gibt sie nicht mehr, die »pharmaindustriefreie Zone« in der deutschen Angehörigenbewegung.

Um die Begriffsverwirrung vollständig zu machen, wird die Partnerschaft auch noch unter dem Stichwort »social sponsoring« verkauft und dabei übersehen, dass es hier um nichts anderes geht, als um die Marketingstrategie eines Weltkonzerns, in die sich die Angehörigen willig einfügen. So einfach ist das.

Ich wüsste ein lohnendes Feld für »social sponsoring«: die dauerhafte Finanzierung von adäquaten Arbeitsplätzen für psychisch kranke Menschen mit entsprechender Entlohnung.

Meine Hochachtung hat der Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen und seine Landesorganisationen, die bisher standhaft geblieben sind und auf Finanzierung durch die Pharma-Industrie verzichten. Sie sind in der Psychiatrie aber auch wirklich die einzigen Experten, denn sie müssen mit den Wirkungen und vor allem auch mit den Nebenwirkungen dieser Medikamente leben!

Ausblick

Die Botschaft, die die Angehörigenbewegung z. Zt. vermittelt, hat mit den ursprünglichen Zielen der Gründerjahre nichts mehr gemein. Was einige befürchtet haben, ist eingetreten: die »Amerikanisierung«, die Reduktion auf eine rein medizinisch-biologische Sicht psychischer Erkrankung unter Ausblendung aller anderen Gesichtspunkte. Und so marschieren Angehörigenfunktionäre Arm in Arm (und immer öfter fliegen sie auch...) mit den Managern der Pharmakonzerne und singen unter dem Motto »Make Partnerships Work« das »Hohelied« auf die atypischen und sonstigen Neuroleptika. Ja, wahrhaft amerikanische Verhältnisse. NAMI ¹ lässt grüßen!

Wo sind die demokratischen Strukturen, die eine Diskussion über diese bedenkliche Fehlentwicklung erlauben? Die Delegiertenversammlung des Bundesverbandes hat sich selbst aufgelöst. Einzelmitglieder gibt es nicht mehr. Nur noch die Landesverbände sind Mitglieder im Bundesverband und die profitieren ebenfalls von den Segnungen der Pharma-Industrie. Sehr ratlos bleiben wir zurück oder setzen Zeichen gegen den Ausverkauf der Ideale, für die wir einst angetreten sind.

- 1 Der US-amerikanische Angehörigenverband »National Alliance for the Mentally Ill / NAMI« wurde zwischen 1996 und 1999 mit 11,72 Millionen Dollar von der Pharma-Industrie gesponsert. (vgl. *Psychosoziale Umschau* 1/2001, S. 34)

Beate Lisofsky

Wunschland und Wirklichkeit

Gestern kam die Absage. Endgültig. Nach längerem Hin und Her hat sich die Landespressekonferenz e.V. entschieden, dem Berliner Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker keine Möglichkeit zu geben, gemeinsam einen Pressetermin auszurichten. Schließlich gebe es ja in der Hauptstadt so an die 200 Vereine, und da könne man nun wirklich nicht erwarten, dass jeder kleine Verein ein Podium zur Selbstdarstellung bekommen könne. Soweit zum Alltag der Angehörigenarbeit, hier nicht als Arbeit mit, sondern von (organisierten) Angehörigen gemeint.

Im Jahr 2000 beging der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. sein 15-jähriges Jubiläum. Einzelne Angehörigengruppen – etwa in Stuttgart – gibt es schon doppelt so lange.

In diesen Zeitraum fällt zweifelsohne ein Paradigmenwechsel in der psychiatrischen Versorgung, den man wohl etwa so fassen könnte: Angehörige, Familien nicht in die Behandlung und Therapie psychisch kranker Menschen einzubeziehen, ist ein ärztlicher Kunstfehler.

Inzwischen gibt es in allen Bundesländern Landesverbände der Angehörigen psychisch Kranker mit sehr unterschiedlicher personeller und finanzieller Ausstattung. Der Bundesverband betreibt in Bonn gemeinsam mit dem Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V. eine Geschäftsstelle und seit dem Sommer 2000 ein Pressebüro in der deutschen Hauptstadt.

Der »Trialog«, zumindest als das Miteinander-Reden von Profis, Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen ist in aller Munde und es gibt kein sozialpsychiatrisches Podium, auf dem nicht mindestens ein Angehörigenvertreter Sitz und Stimme hat. Letzteres meist zum Ende der Rednerliste. Das Gleiche gilt für einschlägige Zeitschriften und

Buchprojekte, wo es mittlerweile politisch korrekt ist, gleich zu welcher Thematik, ein Statement der Angehörigen an- und einzufordern. Das gilt natürlich auch für den Paranus Verlag.

Trotzdem hat sich die Angehörigen-»Bewegung« weder im gemeindepsychiatrischen Ghetto, geschweige denn in der gesamtgesellschaftlichen Wahrnehmung zu einer Kraft entwickelt, die ihrer zahlenmäßigen oder qualitativen Bedeutung in der psychiatrischen Versorgung bzw. den reservierten Plätzen auf den Podien entsprechen würde.

Die Hoffnungen der ersten Generation, durch und mit dem Verband eine auch politisch relevante Kraft zu schaffen, wie es etwa die Lebenshilfe im Bereich geistig behinderter Menschen zweifellos ist, hat sich so bis heute nicht erfüllt.

Was sind die Ursachen und was sollte getan werden, um den Verband eine dem Gewicht der Familien in der Versorgung psychisch Kranker entsprechende Rolle zu verschaffen?

Der BApK ist heute nach wie vor in erster Linie ein Elternverband. Seine Mitglieder sind die einzelnen Landesverbände, bei denen wiederum einzelne Mitglieder bzw. auch Angehörigengruppen organisiert sind. Sowohl über genaue Mitgliederzahlen wie auch ihre demographische Zusammensetzung gibt es keine genauen Angaben. Dasselbe gilt ebenso für etwaige Diagnosen der betroffenen kranken Familienmitglieder, wobei der Schwerpunkt auf chronisch schizophran Erkrankten liegen dürfte.

Zur Lebenssituation, den objektiven und subjektiven Belastungen und auch den Ressourcen von Familien mit einem psychisch kranken Angehörigen ist die Forschungs- und damit Datenlage dürftig. Das ergab auch eine Recherche, die der BApK in 2000 in Auftrag gegeben hat. Der Anlass war das 19. Bundestreffen des Angehörigenverbandes Ende November 2000 in Leipzig, das sich mit der Situation der Familien, den ökonomischen, sozialen und gesundheitlichen Belastungen der Angehörigen im 25. Jahr der Psychiatriereform befasste.

Angehörige psychisch kranker Menschen – so viel lässt sich zumindest sagen – sind durch die Erkrankung ihrer bzw. ihres Angehörigen sowohl subjektiv nach eigenem Erleben als auch in ihrer Gesundheit und objektiv in den unterschiedlichsten Bereichen belastet.

Vor allem in den Bereichen »Gesundheit«, »Freizeit« und »Finanzen« benennen Angehörige am häufigsten subjektive Belastungen. Objektive Faktoren wie

- die finanzielle Belastung,
- das Kümmern und Motivieren,
- Konflikte und Spannungen,
- Diskriminierung,
- der Verlust von Familienmitgliedern und Freunden,
- Stigmatisierung,
- das eigene Hilfesuchverhalten, aber auch
- gesundheitliche Beschwerden,
- die Psychopathologie, Compliance und Gewalttätigkeit des Erkrankten,
- Bewältigungskonzepte der Angehörigen,
- die subjektiv empfundene Lebensqualität,
- der Wunsch nach Veränderung der eigenen Lebenssituation,
- positive Aspekte der Unterstützung des bzw. der Erkrankten und
- Wünsche an psychiatrische Einrichtungen stehen in engem Zusammenhang mit dem subjektiven Belastungsempfinden.

Aus dieser umfangreichen Liste können drei Belastungsfaktoren identifiziert werden, die eine Vorhersage der subjektiven Belastung von Angehörigen psychisch kranker Menschen erlauben. Es sind dies

- die psychische und psychosomatische gesundheitliche Beeinträchtigung der Angehörigen,
- die Existenz von Spannungen und Konflikten zwischen Angehörigen und Erkrankten sowie
- die soziale Isolation als Folge des eigenen gesellschaftlichen Rückzuges und/oder des Rückzuges von Freunden.

Hinzu kommt – mit schwächerem statistischen Zusammenhang – die Psychopathologie der Erkrankten, insbesondere in Form einer Positivsymptomatik und als soziale Regelverletzungen bis hin zu gewalttätigem Verhalten.

Der Vergleich der einzelnen Untersuchungen im Rahmen der Recherche legte offen, dass Eltern psychisch Kranker in den Studien, in

denen der Anteil der Mitglieder von Angehörigenvereinigungen überwog, im Vergleich zu Partnern der Erkrankten deutlich überrepräsentiert sind. Gleichzeitig ist hier der Anteil der Frauen höher.

Die unterschiedliche Zusammensetzung der Stichproben hat Einfluss auf die Ergebnisse: Mitglieder von Angehörigenvereinigungen fühlen sich in nahezu allen Bereichen subjektiv stärker belastet als andere Angehörige. Dies könnte darauf hindeuten, dass die Mitgliedschaft in der Angehörigenvereinigung Ausdruck eines besonderen Engagements und Veränderungswillens angesichts ausgesprochen schwieriger gesundheitlicher und sozialer Lebensumstände ist.

Es fällt auf, dass Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker, die aus einem unangemessenen Umgang der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen und Dienste mit Betroffenen und Angehörigen und bzw. (strukturellen) Mängeln des Versorgungssystems resultieren, bisher nicht wissenschaftlich untersucht werden.

Die Angehörigen wünschten sich im Rahmen der »Gießener Angehörigen-Studie« (GISA, 1999) von der psychiatrischen Einrichtung, mit Respekt behandelt und in die Behandlung des erkrankten Familienmitgliedes mit einbezogen zu werden. Beide Themenfelder sind nicht neu und nicht nur für Angehörige relevant. In der Terminologie des Qualitätsmanagements formuliert, haben wir hier aus der Perspektive der Kundengruppe »Angehörige« bedeutsame Prozess- und Ergebnisqualitätsindikatoren vor uns. Sie zu operationalisieren und auf ihre Voraussetzungen und Wirkungen hin zu untersuchen, steht daher im Interesse des Gesamtsystems »psychiatrische Versorgung«.

(Die zusammenfassende Studie, auf die hier Bezug genommen wird, wurde erstellt von THOMAS SCHMITT-SCHÄFER, Wittlich, und wird z.Zt. noch bearbeitet.)

Was lehrt uns dies nun aus Sicht der Angehörigen? Für den Verband – als Selbsthilfe-Organisation, demokratische Interessenvertretung und Lobby – ergeben sich durchaus interessante und für die weitere Entwicklung existenziell bedeutsame Aufgabenstellungen.

Wie kann Forschung initiiert und unterstützt werden, sich stärker als bisher der spezifischen Situation der Angehörigen psychisch Kranker zuzuwenden und genau jene Fragestellungen zu untersuchen, denen aus ihrer Perspektive besondere Bedeutung zukommt?

Wie kann sich der Verband weiter und verstärkt den Partnern, Lebensgefährten sowie den Kindern psychisch kranker Menschen gegenüber öffnen, um dem gemeinsamen Ansinnen: die Situation von Angehörigen und Erkrankten zu verbessern, nachhaltiger gerecht werden zu können ?

Zu bedenken ist dabei auch, dass sich in den letzten 25 Jahren eben nicht nur Psychiatrie, sondern ganz massiv auch gesellschaftliche Verhältnisse verändert haben; ein Aspekt, der generell, aber vor allem natürlich für die Familien selbst, von entscheidender Bedeutung ist. Stichworte dazu: kleinere Familien – im städtischen Raum wird heute jede zweite Ehe geschieden, Arbeitslosigkeit als Massenphänomen, nicht zu vergessen der rasante Umbruch, der sich in den letzten zehn Jahren in den neuen Bundesländern vollzogen hat. All das hat natürlich Auswirkungen, die die Familien, sowohl als Leistungserbringer psychiatrischer Versorgung wie als Nutzer im Hilfesystem zuerst erfahren.

Hinzu kommt, dass sich das Bild des psychisch Kranken in der Öffentlichkeit ungünstig verändert. Und auch da können die Familien gleichsam als Seismographen einer Entwicklung gelten, die das professionelle Hilfesystem auch, aber verzögert und in unterschiedlichem Maße »abgepolstert« erfährt.

Hieraus ergibt sich die massive Forderung der Angehörigen an ihren Verband nach mehr und besserer Öffentlichkeitsarbeit, nach Aufklärung der Bevölkerung und dem »Kampf« gegen Stigma und Diskriminierung psychisch Kranker, ihrer Familien und des Systems Psychiatrie.

Es ist sicher eine Binsenweisheit, dass dies nicht (nur) durch Kampagnen, PR-Agenturen und (Hochglanz-)Broschüren zu haben ist.

Das A und O ist der Mut, die Aufrichtigkeit und Kraft der Betroffenen und der Angehörigen, Diskriminierung nicht zu verinnerlichen, sich zu sich, dem Leben mit seinen Krisen, Einschränkungen und Hoffnungen zu bekennen. Hier Hilfe zur Selbsthilfe zu geben, ist m.E. die schwerste, aber auch die erfolgversprechendste Aufgabe der Angehörigenverbände in der Auseinandersetzung mit dem Stigma psychischer Krankheit. Wie heißt es im Faltblatt des BApK: »Sein Ziel sind aufgeklärte und aktive Angehörige, die ihre Rechte kennen und auch für sich selbst Hilfe einfordern.«

Natürlich bedeuten diese Überlegungen nicht, auf verbandsinterne und übergreifende Anstrengungen zu verzichten, über das Leben mit psychischer Krankheit aufzuklären und aktiv gegen Vorurteile und Diskriminierung anzugehen. Hier stellen sich zunehmend verstärkt Fragen nach Bündnispartnern, nach Kooperation und Vernetzung der Aktivitäten. Der BApK hat, bedingt durch seine Geschichte und die gemeinsame Geschäftsstelle, enge Beziehungen zum Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V. und zum 1992 gegründeten Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener sowie zu den anderen sozial-psychiatrisch orientierten Fachverbänden. In der letzten Zeit gibt es verstärkt Bemühungen, partiell die Zusammenarbeit mit anderen Organisationen, etwa den Berufsverbänden der Psychiater oder niedergelassenen Nervenärzten, aber auch den anderen Verbänden der Selbsthilfe zu suchen. Dieser Prozess, wie alles »Neue« mit Chancen und Risiken behaftet, scheint dennoch im Interesse der Bündelung von Kräften wie auch Ressourcen bei chronisch knappen öffentlichen Kassen unabdingbar. Besonders brisant und kontrovers diskutiert ist in diesem Zusammenhang die Unterstützung durch die Pharmaindustrie, wobei hier die »Risiken« mit der Angst vor (finanzieller) Abhängigkeit, die »Chancen« in der effektiveren Umsetzung eigener Ziele und Aufgaben zu beschreiben wären. Um diese Zusammenarbeit transparent zu machen und dafür feste Regeln zu schaffen, hat der Angehörigenverband im vergangenen Jahr Kooperationsvereinbarungen mit der Lilly Deutschland GmbH und Janssen Cilag geschlossen.

Werden »die Angehörigen« jetzt also etabliert, kommt nach dem »Sitzen zwischen allen Stühlen« also Sitz und Stimme an den »richtigen« Tischen?

Ob dies mach- und wünschbare Alternativen sind, bleibt der Diskussion innerhalb des Verbandes vorbehalten.

»Das Ziel des Verbandes sind aufgeklärte und aktive Angehörige...« Deshalb möchte ich zurückkommen auf das Bundestreffen 2000, wo es nicht nur um das Konstatieren und Beklagen von Belastungen für Familien ging, sondern wo die Teilnehmer auch aufgefordert waren, ihre Vorstellungen und Träume zu entwickeln. Hier anzuknüpfen, ist Aufgabe wohl nicht nur aller (Selbst-)Helfer. Ich zitiere den Text einer Angehörigen aus dem Protokoll der Tagung:

»Mein Leben im Wunschland

Die psychische Erkrankung meines Mannes hat ihren Schrecken verloren: wenn es eine manische Phase gibt, habe ich sofort Hilfe für ihn: den Arzt, die Schwester, die Medikamente oder das Soteria-Haus – letzteres akzeptiert er sofort.

Nach der akuten Phase, die wir in Neutralität überstehen, begegnen wir uns anfangs stundenweise, wie bei einem Neuanfang. Wir lernen uns wieder kennen, vorsichtig, mit den eingetretenen Veränderungen. Ich habe – gemeinsam mit Freunden und Angehörigen – gelernt, nicht alles Glück dieser Welt nur von meinem Mann zu erwarten.

Er hat begriffen, dass Hilfe-Annehmen gelernt werden muss, dass Isolation kein Ausweg ist.

Wir haben eine zeitweilige Haushaltshilfe und fahren für ein paar Tage an einen ruhigen, aber anregenden Ort: Landschaft, Kultur. Unsere Hunde, die für meinen Mann in bedrängten Zeiten eine emotionale Hilfe sind, dürfen mitkommen. Über sie sind immer unverfängliche Gespräche möglich.

Unsere Kinder haben mehr Verständnis für die antriebsarme Zeit des Vaters, auch wenn sie das nicht nachvollziehen können. Angst vor wirtschaftlichen Folgen des manischen Konsums (auch Alkoholkonsums) brauche ich nicht mehr zu haben. Der wirtschaftliche Ruin steht nicht mehr ins Haus. Ich habe auch gelernt, die manische Phase nicht durch Diskussionen eskalieren zu lassen, sein Misstrauen in dieser Zeit zu ertragen. In der folgenden Depression habe ich Geduld gelernt, seine Vernachlässigung in der Körperpflege zu übersehen – der Hausbesuch der Schwester wirkt besser als meine Einwände.

Es gelingt mir auch, ihn allmählich wieder für seine Umwelt zu interessieren – wie schön wäre es, wenn Medikamente helfen würden, dass er wieder freudige Gefühle empfinden könnte.

Seit ich die Krankheit besser verstehe, passe ich auf, dass ich meine Interessen und meine Gesundheit ernst nehme. Nur so bin ich auch bereit, alle Persönlichkeitsänderungen meines Mannes zu akzeptieren und neue Wege für unseren Umgang miteinander zu finden. Wir haben einen neuen Bekanntenkreis – gemeinsame Probleme verbinden. Und wir haben unsere Wertschätzung füreinander in der Krankheit nicht verloren.

Wir wollen gemeinsam älter werden.«

Karlheinz Walter

Die Reform wieder flottmachen

»Eine extramurale (ambulante) Betreuung bestimmter Patientengruppen kann sowohl für den betroffenen Kranken als auch für die Familienangehörigen größere Probleme mit sich bringen als eine intramurale (stationäre) Betreuung. Daher wird sich der Gedanke einer gemeindenahen psychiatrischen Betreuung nur dort in optimaler Weise verwirklichen lassen, wo eine genügende Anzahl von Vorsorge-, Übergangs- und Nachsorgeeinrichtungen vorhanden ist und wo es durch geeignete Hilfsangebote gelingt, die Belastung der Angehörigen zu verringern.«

Diese weisen Sätze aus der Psychiatrie-Enquete haben in 25 Jahren nichts an Gültigkeit eingebüßt. Allerdings sind sie zwischendurch auch öfter in Vergessenheit geraten, vorwiegend bei Psychiatriepolitikern und Kostenträgern. Aber wer möchte den Politikern auch zumuten, dass sie immer mit der Enquete unter dem Arm herumlaufen? Mir als Angehörigen hat es jedenfalls gut getan, die Angehörigen schon in der Enquete erwähnt zu finden, wenn auch nur an der oben zitierten Stelle.

Quasi als Denkanstoß für die Autoren hatten die Herausgeber dieses Buches ein paar nachdenkenswerte Fragen aufgeworfen. Die haben auch mir zu denken gegeben. Aus den meisten dieser Fragen klingt die Sorge heraus, die Sozialpsychiatrie könnte unter einem wieder zunehmenden Einfluss von klinischer Psychiatrie und Medikamentenbehandlung ins Hintertreffen geraten. Ist es wirklich so, dass sich hier zwei Lager gegenüberstehen, die sich womöglich unversöhnlich bekämpfen, zumindest aber gnadenlos miteinander konkurrieren?

Ich kann diesen Gegensatz nicht sehen. Biologisch-naturwissenschaftliche Denkweisen einerseits und Sozialpsychiatrie andererseits sind keine Alternativen, sondern müssen einander ergänzen. Heute, 25 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete, ist endlich das eine ohne das andere nicht mehr denkbar.

Beide Sichtweisen werden nicht (mehr) von Ideologien oder Visionen getragen, sondern bieten konkrete Handlungsanweisungen, anerkannte Regeln der Kunst in der Behandlung und Rehabilitation ernsthaft psychisch Kranker. Ursächlich überwiegend biologisch entstandene Krankheit erfordert eine biologische, also medikamentöse Grundversorgung, die aber meistens die krankheitsbedingte Einschränkung der sozialen Kompetenz nicht allein beheben kann. Dies wiederum kann am ehesten die Sozialpsychiatrie leisten.

Die Fragen besorgter sozialpsychiatrisch Tätiger können also nicht dem Rang der Sozialpsychiatrie in einer modernen psychiatrischen Behandlung und Betreuung gelten, denn dieser Rang ist unbestritten. Schon eher ist denkbar, die Sorge entspringt der Frage nach dem Wieviel und nach dem Wo, das heißt: Wie viel sind die Kostenträger bereit, für Sozialpsychiatrie noch auszugeben und in welche bestehenden Einrichtungen soll ein weiterer Ausbau integriert werden? Ich denke, den meisten Angehörigen ist der Ort der Ansiedlung nicht so wichtig. Pragmatisch finden sie, man sollte jeweils einen Weg wählen, der psychiatriepolitisch betrachtet am ehesten Aussicht auf Erfolg hat, also: Macht es, wo ihr wollt, aber macht es endlich!

Gesundheitspolitisch fänden wir es fatal, wenn der Eindruck entstünde, es gäbe unter Experten einen Streit zweier »Lager« über die Fortentwicklung der Psychiatrie. Es wird auch ohne solchen überflüssigen Streit schwer genug werden, unter den aktuellen Rahmenbedingungen überhaupt noch etwas zu bewegen. Knappe Kassen bei Bund, Ländern, Kommunen und Krankenkassen und ein über die Maßen kompliziertes System der Finanzierung, dazu unter der Decke ein beinhardter Verteilungskampf in den verschiedenen Bereichen von Gesundheitsfürsorge.

Braucht die Soziale Psychiatrie eine »neue Zielbestimmung«? Antwort: Im Prinzip nein! Aber es könnte sich lohnen, über die Art nüchtern nachzudenken, wie sie ihre bisherigen Ziele zu verwirklichen suchte. Wie förderlich ist ein gewisser Absolutheitsanspruch, die Tendenz zu perfekten Entweder-oder-Lösungen?

Manchmal ist doch eine differenzierte Betrachtungsweise, ein Abwägen des Für und Wider im speziellen Fall hilfreicher. Sektorisierung muss nicht für jede Patientenklientel ideal sein im Vergleich zur Spezialisierung an Kliniken. Die biologisch-naturwissenschaftliche Forschung kommt auf dem Gebiet der Ursachenforschung voran (wenn auch eher als Grundlagenforschung) und ist dort keine Konkurrenz für Sozialpsychiatrie. Bei der Entwicklung wirksamerer Medikamente stört sie nicht die Sozialpsychiatrie, sondern hilft ihr für den Zugang zum kranken Menschen. Wiederum hat Sozialpsychiatrie im heutigen System ärztlicher Versorgung die größere Chance, auf Dauer die so wichtige Compliance zu fördern. Der Umbau von Fachkliniken, ihre von manchen befürchtete Orientierung nach außen, muss kein Nachteil für die Sozialpsychiatrie sein, wenn die Klinik in übergeordnete örtliche Beratungs- und Entscheidungsgremien eingebunden ist.

Sozialpsychiatrie lebt nicht zuletzt von der Art und Weise, wie die unmittelbar Beteiligten – Betroffene, Angehörige und Helfer – einander wahrnehmen, miteinander reden, einander respektieren. Angehörige haben schon sehr früh versucht, mit den professionellen Helfern besser ins Gespräch zu kommen, allerdings bis in die achtziger Jahre hinein mit wenig Erfolg. Verquaste Theorien über die Ursachen psychischer Krankheiten waren oft der Grund, wenn die Helfer es vorzogen, Angehörige, besonders Eltern, auszugrenzen anstatt anzuhören. Gleichzeitig mit dem Fortschreiten der Angehörigenbewegung in Deutschland hat es an dieser Stelle eine deutliche Bewegung zum Besseren gegeben. Heute zum Beispiel üben Betroffene, Angehörige und Helfer gemeinsam in Psychoseminaren, einander wahrzunehmen, miteinander zu reden, einander zu respektieren. Wir hören viel Gutes über diese Seminare. Sicherlich gibt es aber auch Vorbehalte. Der Erfolg eines Seminars hängt immer sehr von der Kompetenz der Moderatoren ab und oft auch von der zufälligen Zusammensetzung

der Teilnehmer. So kann es vorkommen, dass aus den Reihen der Betroffenen Meinungen über die Rolle der Medikamente und über Selbsthilfe der Betroffenen dominant werden, die Angehörige auf das Äußerste provozieren müssen. Solche Meinungen geistern auch durch die Literatur und darum hier eine deutliche Antwort aus den Reihen der Angehörigen.

Es gibt Menschen, die den Vorzug haben, dass sie von der Krankheit in einer Weise betroffen sind, die es ihnen ermöglicht, ohne fremde Hilfe und auch ohne Medikamente geregelt zu leben. Dies ist dann auch eine besondere Leistung des betreffenden Menschen und verdient unseren Respekt. Diese Menschen haben die Selbsthilfe als das entscheidende Mittel zur Überwindung einer psychischen Störung erlebt und so räumen sie der Selbsthilfe den obersten Rang ein, während fremde Hilfe von ihnen als schädlicher und entwürdigender Eingriff in die persönliche Autonomie abgelehnt wird. Bis dahin nachvollziehbar. Kritisch wird es erst, wenn die in dieser Weise Betroffenen den Anspruch erheben, solche Einstellung sei allgemein gültig, also für alle Formen psychischer Erkrankung wegweisend. Unsere Angehörigen machen in der Regel ganz andere Erfahrungen. Die meisten müssen erkennen, dass mindestens zeitweise fürsorgliches Begleiten und zuweilen auch Eingreifen geboten ist, damit Hilfe mobilisiert wird und Gefahren abgewendet werden. Solche Gefahr kann entstehen, wenn man etwa den Patient in schweren Krisen sich selbst überlässt. Auch kann lange Zeit unbehandelte Krankheit in die Selbstisolation führen, in therapeutische Chancenlosigkeit, in Obdachlosigkeit oder gar in Straffälligkeit. Wir Angehörigen wissen, wovon wir reden, und müssen energisch widersprechen, wenn zum Beispiel Psychosen ganz allgemein als unverzichtbare Reifungsschritte einer Persönlichkeit glorifiziert und Medikamente pauschal als Teufelszeug diffamiert werden.

Mit Hoffnung, aber auch mit Sorge verfolgen die Angehörigen die Bemühungen um den Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV). Einerseits halten wir es für eine zentral wichtige Forderung, dass Entscheidungen über die Stationen einer Behandlung und Rehabilitation ihrer Kranken mit Umsicht und Kompetenz getroffen werden, nicht

aber zwischen Tür und Angel und auch nicht nach dem Zufallsprinzip, wenn zum Beispiel in der nächstgelegenen Einrichtung zufällig ein Platz frei geworden ist. Solche Entscheidungen über den weiteren Verlauf einer Rehabilitationsmaßnahme sind bei psychisch Kranken besonders wichtig und gleichzeitig besonders schwierig. Es ist vergleichsweise leicht, die Stationen der Rehabilitation eines von Schlaganfall oder Querschnittslähmung betroffenen Menschen zu organisieren. Sehr viel schwieriger ist das bei einem psychisch Kranken. Dementsprechend größer ist auch der für dessen Beratung zu erwartende Aufwand. Die Hoffnungen der Angehörigen stützen sich auf künftig mehr mögliche Qualität durch die Betreuung im GPV, mehr Umsicht bei Entscheidungen über den Reha-Verlauf. Sorge bereitet es ihnen, wenn jetzt die Planung des GPV mit übertriebener Perfektion betrieben wird, denn das könnte seine Einführung sehr verzögern oder behindern. Das Buch »Qualitätssicherung und Dokumentation im GPV« des Sozialministeriums Baden-Württemberg umfasst etwa 1200 Seiten, wirkt also eher abschreckend auf die beteiligten Einrichtungen, die es doch zu gewinnen gilt. Zu bedenken ist auch: Es werden künftig im GPV mehr Menschen mehr über Krankengeschichten erfahren müssen. Das ist unvermeidlich, wenn künftige Reha-Planungen effektiver sein sollen. Aber wird es auch mit dem Recht auf Datenschutz zu vereinbaren sein? Dies ist ein echter Zielkonflikt! Nicht zuletzt haben die Angehörigen auch Sorge um die Akzeptanz bei den angeschlossenen Einrichtungen, wenn, wie bisher geplant, der GPV zum Nulltarif eingerichtet werden soll. Ein nicht unbeträchtlicher zusätzlicher Aufwand bei diesen Einrichtungen müsste dann an der Betreuung der Patienten wieder eingespart werden. Schließlich wünschen sich Angehörige ein geregeltes Anhörungsrecht und eine deutliche Abgrenzung des GPV vom Begriff des Kartells.

Der GPV soll ein großer Wurf werden. Man hat sich viel vorgenommen, und es wird nicht sehr schnell gehen mit der Verwirklichung. Vielleicht hätte eine bescheidenere Planung auch eine schnellere Umsetzung bewirken können.

Zur Bestandsaufnahme: Die Psychiatriereform tritt in den letzten Jahren auf der Stelle, ein Stillstand, der schon an Rückschritt grenzt. Für die Fortführung fehlt nicht eine »neue Zielbestimmung«, sondern es

fehlen die Mittel. Genauer gesagt: Es fehlt am politischen Willen der Entscheidungsträger, notwendige Mittel bereitzustellen. Und so kommt es, dass 25 Jahre nach der Psychiatriereform und elf Jahre nach dem Bericht der Expertenkommission noch heute Grundelemente der Versorgung ganz fehlen oder nur in wenigen Regionen verwirklicht oder so ärmlich ausgestattet wurden, dass sie ihren Auftrag nur mangelhaft erfüllen können. Ich denke dabei an die Krisen- und Notfallhilfe, an Tagesstätten, an niedrigschwellige Beschäftigung, an ambulante Dienste für aktiv nachgehende und aufsuchende Betreuung, an Psychiatriekoordinatoren und Beschwerdestellen. Und speziell in Baden-Württemberg denke ich auch an Institutsambulanzen, die unseren Kranken noch immer vorenthalten werden. Auf Dauer unhaltbar sind auch die bestehenden extremen Unterschiede in der Dichte und Qualität der ambulanten Versorgungseinrichtungen von Region zu Region. Zur Qualität müssen den Angehörigen auch Fragen erlaubt sein, zum Beispiel: Welche Anstrengungen unternehmen die Verantwortlichen für medikamentöse Hilfen, damit ihr Angebot die Patienten auch immer zuverlässig erreicht? Tragödien können die Folge sein, wenn Patienten unkontrolliert und auch unbemerkt Medikamente absetzen. Compliance ist für viele Patienten einerseits unentbehrlich, andererseits oft ein langwieriger Prozess. Es gibt dafür noch keine Pille, vielmehr braucht man die »sprechende Medizin«. Wir finden es sehr bedenklich, wie das Gespräch in der Psychiatrie fortwährend wegrationalisiert wird – in den Kliniken, die sich mit immer kürzerer Verweildauer in Richtung Durchlauferhitze entwickeln, beim Nervenarzt, wenn er im Verlauf eines Fünf-Minuten-Gesprächs die Depotspritze setzt.

Und welchen Stellenwert hat die nachgehende, aufsuchende Hilfe für chronisch psychisch Kranke in der Praxis der zur Zeit existierenden ambulanten Einrichtungen? Noch immer tun sich Dienste und Ärzte bei ihrem Hilfeangebot schwer mit der Geh-Struktur. So mancher Patient bleibt dabei ohne Chance.

Mit Blick auf die nervenärztliche Betreuung chronisch psychisch Kranker hatte die Enquete seinerzeit festgestellt, dass der niedergelassene Nervenarzt »zwar immer noch die gemeindenäheste Fachinstitution für psychisch Kranke« sei, dass aber mit dem damals repräsen-

tierten Typ der Nervenarztpraxis die notwendige Nachsorge für die aus Klinikbehandlung entlassenen Patienten nicht ausreichend gewährleistet werden könne. Was hat sich seitdem bei uns verändert? Die Anzahl der niedergelassenen Nervenärzte ist inzwischen erheblich angewachsen, aber ebenso die Zahl der zu versorgenden Kranken. Vereinzelt Versuche zur Entwicklung sozialpsychiatrischer Schwerpunktpraxen scheiterten an der Finanzierung. Schließlich wurden in jüngerer Zeit die Rahmenbedingungen für sozialpsychiatrische Leistungen in der Nervenarztpraxis durch Budgetierung und Einschränkungen bei den abrechenbaren Leistungen in einem Maße verschlechtert, dass spürbare Hilfe durch Sozialpsychiatrie beim Nervenarzt nicht mehr erwartet werden kann.

Wie kann es sein, dass nach Jahrzehnten einer Reform noch immer so gravierende Defizite in der ambulanten Versorgung psychisch Kranker zu beklagen sind? Hauptursache ist ein Fehlstart der Reform schon gegen Ende der siebziger Jahre. Reform sollte doch Umbau heißen. Stattdessen begann die Reform mit einem Abbau, nämlich mit dem bedingungslosen Abbau von zehntausenden Psychatriebetten. Aber schon damals hätte man wissen können, dass die nunmehr »gemeindenah« notwendige Behandlung und Betreuung der immer noch kranken oder behinderten, in die Gemeinde verlegten Menschen zwar billiger, aber keineswegs kostenfrei zu haben war. Und es wäre sehr einfach gewesen, diese Erkenntnis mit einer schlichten Bedingung auch politisch durchzusetzen, nämlich: Für jedes abgebaute Krankbett finanzieren die bisherigen Kostenträger, also meistens Krankenkassen und Wohlfahrt, einen Platz in der Gemeinde, das heißt neue Einrichtungen, die den Kranken am Wohnort seinen Bedürfnissen entsprechend fördern können. Eine solche Forderung hätte nur die Politik umsetzen können. Sie hat es leider versäumt. Erst heute und somit Jahrzehnte nach dem Bettenabbau taucht plötzlich der Begriff des »kostenneutralen Umbaus« auf, soll heißen: Jede Mark für geplante neue oder ergänzende Versorgungsmaßnahmen muss an anderer Stelle des bestehenden Versorgungssystems eingespart werden. Mit dieser leider viel zu späten Forderung ist die Psychiatriereform ausgebremst. Die mit dem Bettenabbau jährlich eingesparten Milliarden wurden nur zum kleinen Teil für den Aufbau alternativer ambulanter Einrich-

tungen eingesetzt. Der große Rest ist längst auf Nimmerwiedersehen in ganz anderen Bereichen der Gesundheitsfürsorge außerhalb der Psychiatrie versickert. Geblieben ist allein die Verantwortung der Politik für die schweren Fehler der Vergangenheit. Eine Reform, die angetreten war, die Ungleichbehandlung psychisch Kranker in unserer Gesellschaft zu beseitigen, hat die Ungleichbehandlung noch vertieft. Unsere chronisch Kranken in der Gemeinde werden zu Verlierern der Psychiatriereform.

Es ist unbestritten, dass sich die Situation psychisch Kranker in unserem Land seit der Enquete deutlich verbessert hat, gerade mit Blick auf ihre Menschenwürde. Aber auch in anderen Bereichen der Gesundheitsfürsorge wurden in 25 Jahren beachtliche Fortschritte erzielt und auch die anderen bleiben nicht stehen. Wir haben keinen Anlass, uns mit dem Erreichten zu bescheiden. Vielmehr sollten sich möglichst alle Beteiligten gemeinsam und jeder an seinem Ort dafür einsetzen, dass die festgefahrene Reform wieder flott kommt.

Dorothea Buck

SELBSTHILFE – groß geschrieben

Meine fünf als »schizophren« diagnostizierten Schübe in den Jahren 1936–1959 liegen Jahrzehnte zurück. Damals gab es in den von mir erlebten fünf Psychiatrien noch keine Psychologen, Sozialarbeiter oder gar Kunst- und Musiktherapeuten, und es gab noch keine ambulanten sozialpsychiatrischen Dienste. Es war eine gesprächslose Psychiatrie, obwohl nach einer Umfrage in unserem »Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener« von 1995 auch nur 10% der heutigen befragten Psychiatriebetroffenen Gespräche in der Psychiatrie erlebt hatten. Seit 1959 habe ich als Patientin oder Klientin nichts mehr mit der Psychiatrie zu tun. Umso mehr mit Psychiatriebetroffenen. Denn seit meinen ersten Recherchen ab 1961 zu den damals totgeschwiegenen psychiatrischen Patientenmorden der sog. »Euthanasie« an »mindestens 275.000 Erwachsenen und Kindern« (so die Schätzung des Internationalen Militärgerichtshofes in Nürnberg 1946) von 1939–1945, und den rigorosen Zwangssterilisationen ab 1933 an 350. – 400.000 Menschen ließ mich das Thema »Psychiatrie« nicht wieder los. Für eine Patientenbühne bearbeitete ich die »Euthanasie« mit einem Satyrspiel nach griechischem Vorbild zur 30. Wiederkehr ihres Beginns 1969 (in: A. TISCHER (Hg.): »Brauchen wir ein Mahnmal?« Edition Temmen, 2000).

Gerade die damals völlig gesprächslose und heute immer noch gesprächsarme Psychiatrie, die erst zu diesen Verbrechen hatte führen können – denn Menschen, mit denen man nicht spricht, lernt man auch nicht als Menschen kennen – war für mich der Anstoß zum gleichberechtigten Erfahrungsaustausch zwischen Psychoseerfahrenen, Angehörigen und Helfenden, für den ich 1989 den Psychologen

DR. THOMAS BOCK in unserem ersten Hamburger Psychose-Seminar oder TRIALOG hatte gewinnen können. Aus diesem ging 1990 unsere »Hamburger Initiative Bundesverband ... Erfahrener« hervor. 1992 gründete sich unser »Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener«. Inzwischen gibt es weit über 100 Psychose-Seminare in der BRD und im benachbarten Ausland.

»Anliegen und Wünsche der Psychiatererfahrenen« sollen nach dem Vorschlag der Herausgeber in meinem Beitrag zu Wort kommen. Dazu müssen die jüngeren Psychiatrie-Betroffenen gehört werden. Darum zitiere ich aus der Rede von MATTHIAS SEIBT bei der Tagung »Lebenswelten – 25 Jahre Psychiatriereform« vom 1. bis 3. Juni 2000 in Köln seine Bilanz des Fortschritts vor und nach der Psychiatrie-Enquete von 1975.

Fortschritte in der Psychiatrie seit 1945 (Zitat):

»Seit 1946/47 wird der Tod nur als ›Neben-/-wirkung der Behandlung in Kauf genommen, er ist kein Behandlungsziel mehr. Weitere Reformen bis 1975 waren: Anfang der 50er Jahre die Einführung der Neuroleptika – angeblich eine ganz tolle Verbesserung; weiter ist zu nennen die Ausbreitung des Ende der 30er Jahre im faschistischen Italien entwickelten Elektroschocks über die ganze Welt. Dieser wird in Deutschland übrigens sehr viel seltener als in den angelsächsischen Ländern und Skandinavien angewandt, weil unsere faschistische Vergangenheit hier hinderlich ist. In Italien wird er meines Wissens gar nicht mehr angewandt. Die Anwendung der Lobotomie ging zurück, nachdem man Hunderttausende von Menschen verstümmelt hatte. Auch die Zeit von 1941 bis 1975 war also voller ›Reformen‹, die das Gesicht der Psychiatrie stärker verändert haben als die, die nach 1975 stattgefunden haben.

Was führte nun 1975 zur Psychiatrie-Enquete? Es gab massiven äußeren Druck auf das System Psychiatrie. Sehr viele Journalisten haben in den 60er Jahren berichtet, wie menschenunwürdig auch nach den bislang durchgeführten Reformen das System noch ist. Es gab einen anderen Zeitgeist, der Einfluß des Hitlerfaschismus nahm ab, es wur-

den Menschen erwachsen, die nicht mehr in diesem Wertesystem groß geworden waren. Diese Menschen wollten daher auch nicht in Institutionen arbeiten, wo dieses Wertesystem zumindest teilweise noch Gültigkeit hatte. Es stand mehr Geld zur Verfügung ... Das macht Menschlichkeit auch einfacher, wenn Geld und andere Ressourcen vorhanden sind. Das waren die äußeren Bedingungen. Und dann hat man sich mit sehr viel Reformeifer ans Werk gemacht. Es hat viele Menschen gegeben, die mit wirklichem Idealismus an diese Aufgabe gingen, auch im System. Wie sieht das jetzt aus, 25 Jahre später? Positiv ist: Übergriffe in der Psychiatrie sind inzwischen Ausnahmen. Unmenschliche Behandlung ist vor 25 Jahren auf vielen Stationen die Regel gewesen. Zwang wurde an vielen Stellen durch Druck ersetzt. Das ist sicherlich auch besser, natürlich funktioniert dadurch das ganze System auch sehr viel reibungsloser und ist leichter ausbaubar. Es ist menschlicher geworden in der Psychiatrie. Viele Psychiatrie-Erfahrene, die die letzten 25 Jahre am eigenen Leib mitbekommen haben, bestätigen mir das.

Das sind die drei meines Erachtens positiven Punkte.«

Vor- und Nachteile einer ambulanten Versorgung

»Fragwürdig ist: Die ambulante Versorgung wurde ausgebaut. Ein psychiatrisches Netz hat sich über das Land gelegt. So etwas ist schön, wenn man Hilfe sucht. Wenn man jedoch versucht, diesem System Psychiatrie zu entkommen, weil man sein Leben als normaler Mensch oder als Sonderling statt als psychisch Kranker leben möchte, ist ein enges Netz nicht hilfreich ... Es gibt Untersuchungen, daß dort, wo viel ambulante Versorgung ist, auch viele Psychiatrieaufenthalte und Zwangseinweisungen stattfinden. Es ist eben nicht so, daß die ambulante Versorgung die stationäre Versorgung überflüssig macht. Es ist vielmehr so, daß die ambulanten Profis sich letztendlich auf das stationäre System verlassen. Sei es, daß ihre Weisheit am Ende ist, sei es, daß sie die Zwangseinweisung selber provozieren. Beliebt ist z.B., wenn jemand seine Medikamente nicht nimmt (... seine Medikamente? ... naja die ihm aufgezwungenen jedenfalls ...), daß der Betreuer deswegen die Auszahlung des von ihm verwalteten Geldes stoppt. Das kommt oft vor...

Negativ ist: Immer mehr Menschen werden als psychisch krank bezeichnet, die Psychiatrie ist eine richtige Wachstumsindustrie. Es hat eine Explosion der Heimplätze gegeben. Wenn wir zusammenrechnen, Psychiatriebetten plus Heimplätze, dann haben wir heute mindestens die doppelte Zahl an stationär untergebrachten Menschen wie 1975. Leider gibt es im Heimbereich keine genauen Statistiken, wer hätte daran schon Interesse? Die Psychiatriebetten werden jedes Jahr gezählt und ihre Verringerung als Indiz für die stattgefundene Reform einer leicht zu belügenden Öffentlichkeit präsentiert. Es hat eine Explosion der Psychopharmaka-Verschreibung gegeben, mindestens das Vierfache wie 1975 wird verschrieben. Es hat seit 1990 mehr als eine Verdoppelung der Betreuten gegeben.

Das ist das Ergebnis dieses Teils der Psychiatriereform.» (Zitatende)

MATTHIAS SEIBTS Vorschlag: Kein Geld mehr in das System Psychiatrie zu stecken, sondern in die Selbsthilfe und in ihre Projekte, würde das Selbstvertrauen, die Selbstverantwortung und damit auch die Gesundung vieler Psychiatriebetroffener mit Sicherheit entscheidend stärken.

Denn es ist ja gerade die von den biologistischen Psychiatern bestimmte nur defizitäre und von einer Hirnstoffwechselstörung primär verursachte seelische Störung, die den schweren Makel, das Stigma zur Folge hat, unter dem alle Psychiatriebetroffenen leiden. Dass man seine eigenen seelischen Erfahrungen als nur »krank« und wertlos von sich selber abspalten muss, dass sie nur medikamentös bekämpft werden ohne eine Hilfe zu ihrem Verständnis, um sie ins normale Leben integrieren zu können, diese psychiatrische Entmutigung statt Ermutigung schadet mehr als sie helfen kann. Wer sich mit dieser negativen psychiatrischen Sicht nicht abfinden will, muss auch heute noch – ebenso wie zu meinen Psychiatriezeiten – die zur Heilung notwendigen Einsichten selber finden.

Darum sind unsere Selbsthilfegruppen so dringend notwendig, in denen diejenigen, die ihre Heilung gewannen, der beste Beweis für die Fragwürdigkeit des »medizinischen Krankheitsmodells« der heute schon wieder dominierenden biologistischen Psychiatrie sind. Zu mei-

nen Psychiatriezeiten war es EMIL KRAEPELIN (1856– 1926), der das Konzept der erblich und körperlich verursachten unheilbaren endogenen Psychosen vertrat und die Gespräche seiner Vorgänger mit ihren PatientInnen, wie WILHELM IDELER (1795–1860), durch die Beobachtung ihrer Symptome ersetzte.

Auf KRAEPELIN und auf seine diagnostisch-nosologischen Grundbegriffe bezieht sich auch heute noch die Internationale Classifizierung der Diagnosen (ICD-Schlüssel) der Weltgesundheitsorganisation.

Dabei hatte schon KRAEPELIN ein »rücksichtsloses Eingreifen« gegen die erbliche Minderwertigkeit, das »Unschädlichmachen« der psychopathisch Entarteten mit Einschluss der Sterilisierung gefordert.

Selbsthilfe-Projekte

Trotz erfreulicher Reformen wird die Psychiatrie schon wegen ihrer unzureichenden Gespräche, ihres häufigen Nichternstnehmens der PatientInnen als zu wenig hilfreich erlebt. Aber es gibt auch weiterhin Verstöße gegen die Rechte der PatientInnen. Darum gründen sich immer mehr **Beschwerdestellen**. Sie sind möglichst mit einem/r Juristen, Betroffenen, Angehörigen, Professionellen und BürgerhelferIn besetzt.

Die erste **Beschwerdestelle** initiierte URSULA ZINGLER, Mitbegründerin unseres »Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener«.

Sie schreibt:

»Die Beschwerdestelle Stuttgart, an die sich selbstverständlich auch Angehörige wenden können, hat ihre Arbeit am 8. Februar 1994 aufgenommen. Vor allem Mitglieder der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) Stuttgart bilden sie. Ich gehöre seit 1983 zur PSAG. Seit 1982, nach Überwindung einer eigenen seelisch bedingten Erkrankung, nehme ich mich der Belange meiner psychisch erkrankten Mitmenschen an. Da ich als Patientin erlebte, wie wenig hilfreich das System Psychiatrie ist, und später als Bürgerhelferin erfuhr, wie sehr die Rechte der/des Einzelnen mißachtet werden, geht es mir vor allem um das Erlangen einer patientengerechten Psychiatrie und um die Wahrung der Rechte dieser Gruppe. Viel liegt dabei im Argen ...

Da wurden Menschen, die weder ihre Gesundheit noch ihr Leben gefährdeten, auf geschlossenen Stationen untergebracht, andere aus nichtigem Anlaß fixiert oder Ausgangssperren und Kontaktverbote erlassen. Zudem entsprach die vom Gesetzgeber vorgesehene Heilbehandlung meist nicht der Realität. Die ausschließliche Behandlung mit Psychopharmaka war fast die Regel. Eine Aufklärung der Patienten über die beabsichtigten Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen erfolgte in der Mehrzahl der Fälle nicht. Seitdem nehmen sich Angehörige, Bürgerhelfer, Professionelle, Psychiatrie-Erfahrene und ein ehemaliger Amtsrichter in Stuttgart gemeinsam des Themas an...« (Zitatende)

Als besonders demütigend wird in der Psychiatrie das gewaltsame »Abspritzen« und Fixieren (Fesselung der Hand- und Fußgelenke und des Bauches ans Bett) erlebt. Zitat aus einem heute (20. 10. 2000) erhaltenen Brief: *»In Wiesloch habe ich erlebt, daß man einige Patienten im Kot und Urin stundenlang hatte liegen lassen... Das ist eine ungeheure Demütigung in der heutigen Zeit. Setzen Sie sich bitte auch dafür ein, daß die Patienten keine Überdosierungen bekommen, die darunter leiden. Fingerspitzengefühl der Ärzte wäre da vonnöten. Meist reduziert der behandelnde Facharzt draußen, wenn man von der Psychiatrie rauskommt, schon am 1. Tag die Medikamente zur Hälfte oder Dreiviertel. Oft hört man auch in den offenen Psychiatriepraxen die Empörung über die unnötig hohe Dosierung...« (Zitatende)*

Um sich vor diesen und anderen Schrecken der Psychiatrie schützen zu können, eröffnete am 1. Januar 1996 der »Verein gegen psychiatrische Gewalt« das **Berliner Weglaufhaus »Villa Stöckle«** für 13 wohnungslose Psychiatrie-Betroffene. Hier arbeiten vor allem selbst psychiatrienerfahrene Fachleute. Die behördliche Einschränkung der Aufnahmen auf wohnungslose Hilfesuchende gefährdet den Fortbestand des Hauses immer wieder.

In der Planung befindet sich seit Jahren das **Weglaufhaus im Ruhrgebiet**.

Um in einer akuten Krise der übermächtigen Psychiatrie nicht hilflos ausgeliefert zu sein, initiierte die **Bielefelder Selbsthilfegruppe für Psychoseerfahrene und Manisch-Depressive** eine im gesunden Zustand mit der zuständigen Psychiatrie-Abteilung ausgehandelte **Behandlung-Vereinbarung**. Sie wurde von den Bielefelder Psychiatrieerfahrenen, dem leitenden Arzt der Psychiatrischen Klinik Gilead in Bethel/Bielefeld, Dr. NIELS PÖRKSEN, und der dortigen Psychologin ANGELIKA DIETZ erarbeitet. Formulare können in der Klinik Gilead, Remterweg 69/71, 33617 Bielefeld, Tel.: (05 21) 1 44-24 76 (Frau PLEININGER-HOFFMANN) bestellt werden.

In die **Behandlungs-Vereinbarung** werden die eigene Vertrauensperson und die gewünschte Bezugsperson in der Klinik, besondere Wünsche an den Therapieplan mit genauer Angabe der akzeptierten und nicht akzeptierten Medikamente, der akzeptierten und nicht akzeptierten Notfallmaßnahmen, und wer bei letzteren benachrichtigt werden soll, eingetragen, was in der Wohnung und beim Arbeitsplatz geklärt werden muss und anderes.

Über die Wirkung der 1993 in der Bielefelder Klinik Gilead in Kraft getretenen **Behandlungs-Vereinbarung** schrieb BRIGITTE SIEBRASSE von der Bielefelder Selbsthilfegruppe 1998:

»Vier bis fünf Jahre hat es nur gedauert, um bundesweit das Bielefelder Behandlungsvereinbarungsmodell bei Betroffenen, Angehörigen und Profis bekannt zu machen und durchzusetzen. Dazu können wir Bielefelder Psychiatrieerfahrene zu diesem Zeitpunkt sagen, daß der psychiatrische Aufenthalt verbessert und wohl auch entmystifiziert werden konnte, vor allem für die, die sich darauf eingelassen haben. Nach wie vor halten wir besonders hoch, daß jeder Betroffene, di/der sich auf eine Behandlungsvereinbarung einläßt, zu einem wichtigen Prozeß des Nachdenkens über die eigene Situation angehalten wird.«

Nicht nur die Betroffenen, auch die PsychiatriemitarbeiterInnen haben bei dem Vereinbarungsgespräch die Chance, die Wirkung ihres Tuns auf die PatientInnen während ihres Klinikaufenthaltes zu reflektieren.

In dem mit zeitlichem und emotionalem Abstand geführten Gespräch kann manches Unverständliche auf beiden Seiten verstehbarer werden.

Andere Betroffene möchten erneute psychotische und depressive Krisen und Klinik-Aufenthalte lieber ganz vermeiden. Sie gründeten deshalb im Herbst 1994 die **AG »Selbstcheckerinnen im Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener«**.

Wie die eigene Psychose verstanden und ins normale Leben integriert, statt nur medikamentös verdrängt werden kann, ist ein wichtiges Thema auch in unseren vielen Selbsthilfegruppen. Die Selbsthilfegruppen im Rhein-Ruhrgebiet trugen ihre Erfahrungen in der 12-seitigen Schrift **»Tips und Tricks, um Verrücktheiten zu steuern«** zusammen. Wer könnte authentischer über das von der Norm abweichende seelische Erleben berichten, als die Betroffenen? Denn im Unterschied zur Körpermedizin wissen wir Psychose- und Depressionserfahrenen nur selber, was der eigenen seelischen Störung vorausging, wie wir sie erlebten und bewältigten. Wenn wir eine Reform der medizinisch orientierten Psychiatrie mit ihrer nur medikamentösen Symptomverdrängung erreichen wollen, müssen wir die fehlende psychiatrische Forschung der seelischen Ursachen unserer Psychosen, ihrer Sinnzusammenhänge mit den Lebensgeschichten und was sie uns zu sagen haben, selbst in die Hand nehmen. Denn 98% der Forschungsgelder gehen in die somatische Psychiatrie-Forschung.

Ihr setzten wir 1997 unser **BPE-Forschungsprojekt »Psychose- und Depressionserfahrene erforschen sich selbst«** entgegen. Später soll daraus eine Stiftung als Alternative zur psychiatrischen »Stiftung: Gehirnforschung« werden.

Da zu unserem »Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener« auch psychoseerfahrene DiplompsychologInnen gehören, formulierte einer von ihnen die Fragen, eine andere wertet die Antworten aus. Im Unterschied zu Fachleuten ohne eigene Psychoseerfahrung haben sie nicht nur einen unmittelbaren Zugang zu diesem Erleben, sondern als selbst Betroffene auch das Vertrauen der am Forschungsvorhaben Beteiligten. Nach dem Abschluss der umfangreichen Auswertung wollen wir die Ergebnisse im Paranus Verlag veröffentlichen.

Unser jüngstes Selbsthilfeprojekt ist die von unserem Landesverband Psychiatrie-Erfahrener, Hamburg, gegründete **Initiative TRIALOG AKTIV**. In ihr fanden sich Psychiatrieerfahrene, Angehörige und Helfende zusammen, um ein Erholungs- und Kreativzentrum zu planen und zu realisieren. Nach 11 1/2 Jahren unseres Erfahrungsaustausches dieser drei Gruppen in unseren über 100 Psychose-Seminaren bietet sich als nächster Schritt ein gemeinsames Leben und Tun in einem Erholungszentrum an. Hier sollen aus den Psychiatrien entlassene PatientInnen die Möglichkeit haben, für mehrere Wochen oder auch Monate sich vom Psychiatrieaufenthalt zu erholen.

Angehörige und Helfende unterschätzen die tiefe Verunsicherung nach einer Psychose, wenn das normale dicke Fell wieder gewachsen ist und man selbst nicht mehr versteht, dass man so Phantastisches denken und tun konnte, das vor dem Hintergrund eines häufig veränderten Welterlebens sonst nicht gespürter Sinnzusammenhänge so zwingend und notwendig erschien. Die in den meisten Psychiatrien auch heute noch erfahrene menschliche Abwertung, das Nicht-Ernst-Genommenwerden untergraben das Selbstvertrauen noch mehr. So verunsichert aus der Psychiatrie entlassen, müsste nun eine Zeit der Freiheit und Akzeptanz in einer wohltuenden Umgebung folgen, um nicht wieder sofort ins alte Umfeld zurück zu müssen. Hier können Betroffene, Angehörige und Helfende beim gemeinsamen Wandern, Singen, Musizieren, Töpfern, Modellieren, Malen, Kochen, Garten- und Hausarbeit ins Gespräch kommen und wieder Mut fassen. Nicht als »Betreute« und »Versorgte«, sondern als geachtete Glieder einer Feriengemeinschaft, in der diese Tätigkeiten nicht als Therapien geschehen, sondern zur gemeinsamen Freude und Ermutigung. Damit gar nicht erst die Tendenz des sich in seine Vier-Wände-Zurückziehens entsteht aus dem Gefühl heraus: Du bist als »seelisch krank« oder »seelisch behindert« in dieser Gesellschaft der Tüchtigen nicht als vollwertiger Mensch geachtet. Ein Gefühl, das auf die Angehörigen übergreifen kann. Dieser gesellschaftlichen Abwertung wollen wir unser Projekt des **TRIALOG AKTIV** entgegensetzen. (Weitere Informationen bei WOLFGANG HEUER, Oldenburger Straße 63, 22527 Hamburg.)

Nicht nur der zum Objekt der Behandlung, Verwahrung, Versorgung und Betreuung Abgewertete, dem man nur zugesteht, ein »psychisch Kranker«, noch nicht einmal ein »psychisch kranker Mensch«, zu sein, wird im **TRIALOG AKTIV** als gleichwertiger Mitmensch gesehen. Auch die von **Vielen gehörten Stimmen** erleben in anderen Ländern eine Auf- und Umwertung. Der niederländische Psychiatrieprofessor **MARIUS ROMME** ging, von seiner stimmenhörenden Patientin **PATSY HAAGAN** inspiriert, mit ihr vor das niederländische Fernsehen. Sie baten die Zuschauer mit ähnlichen Erfahrungen, sich bei ihnen zu melden. Von den 450 AnruferInnen kamen 150 ohne Psychiatrie aus. Manche äußerten sich sogar zufrieden über ihre Erfahrung des Stimmenhörens. Moses, Jesus, Mohammed, Theresa von Avila, Hildegard von Bingen, Johanna von Orleans, Goethe, Lessing, Gandhi und viele andere begnadete Menschen hörten Stimmen. Die deutsche Psychiatrie bewertet dagegen das Stimmenhören als sicheres Symptom für eine Schizophrenie. **HANNELORE KLAFKI** gründete das **Netzwerk Stimmenhören** (c/o **SEKIS**, Albrecht-Achilles-Straße 65, 10709 Berlin).

Als zukünftiges Zentrum unserer Selbsthilfebewegung initiierte **RENÉ TALBOT** vom Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Berlin das »**Haus des Eigensinns – Museum der Wahnsinnigen Schönheit**« an der Stelle der ehemaligen Villa Tiergartenstraße 4 in Berlin. Hier, wo namhafte Psychiatrieprofessoren ab 1939 die Todesurteile über zigtausende PsychiatriepatientInnen als »lebensunwertes Leben« nur nach Fragebogen mit einem roten Positivzeichen gefällt hatten, soll zum Gedenken an unsere ermordeten Leidensgefährten ein Haus für Kunstausstellungen, Gespräche, Visionen für eine tolerantere Gesellschaft entstehen.

»Die Solidarität der Schwachen kann mehr bewirken als der gesammelte Fachverstand der Experten.« So beginnt **NIELS PÖRKSENS** Beitrag zu diesem Buch. Ist es nicht gerade der »Fachverstand der Experten«, ihre an der Norm ausgerichtete nur defizitäre, uns pathologisierende Sichtweise, die uns erst zu den »Schwachen« macht?

SELBSTHILFE heißt daher für uns: die Befreiung vom entmutigenden psychiatrischen Fachverstand, um eine auf unseren Erfahrungen gründende empirische Psychiatrie zu erreichen.

Matthias Seibt

Stand und Perspektiven der organisierten Psychiatrie-Erfahrenen

A) Der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener

Im Oktober 1992 gründete sich der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE¹) in Bedburg-Hau bei Kleve. Sehr unklar war damals, wohin der Weg dieses Vereins gehen würde. Acht Jahre später ist es an der Zeit, eine Bilanz aufzumachen.

Was haben wir erreicht? Schon diese Frage enthält eine unausgesprochene Voraussetzung.

Haben wir etwas erreicht?

Ich unterscheide folgende Bereiche:

- a) Die reine Selbsthilfe
- b) Die innere Organisation / Struktur der Selbsthilfebewegung
- c) Kontakte zum Rest des Trialügs (Profis, Angehörige)
- d) Kontakte zu Medien und Politik
- e) Kontakte zur Pharmaindustrie
- f) Veränderung der Psychiatrie

a) Die reine Selbsthilfe

Hier verzeichnet die BPE-Selbsthilfegruppenliste mittlerweile 93 unabhängige Gruppen bundesweit. Unabhängig meint nicht durch Sozi-

1 Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener, Thomas-Mann-Str. 49a, 53 111 Bonn.
Erstkontakt: 02325 / 55 87 14. www.bpe-online.de.

alarbeiter/innen oder Psycholog/inn/en angeleitet. Die Gruppengröße reicht von zwei Menschen bis hin zu einem Verein mit 110 (Förder-) Mitgliedern. Die Arbeitsweise der Gruppen ist sehr unterschiedlich. Es gibt kein verbindendes Element, wie z.B. die zwölf Schritte der Anonymen Alkoholiker. Während einige Gruppen die psychiatrische Ideologie² unhinterfragt übernehmen, üben andere laut und deutlich auf bundesweiter Ebene Kritik³ an der Psychiatrie. Speerspitze ist hier immer noch die Berliner Irrenoffensive, deren Selbstdarstellung unter www.psychiatrie-erfahrene.de ich jede/r/m Psychiatrie-Erfahrenen wärmstens empfehle.

Ein Wort zur Warnung: Das dort Vertretene ist sehr weit von dem entfernt, was in unserer Gesellschaft als wahr gilt⁴. Es ist eine Welt-sicht, die sich zu überdenken lohnt.

b) Die innere Organisation/Struktur der Selbsthilfebewegung

Der BPE akzeptiert nur natürliche Personen mit Psychiatrie-Erfahrung als Mitglieder⁵. Fördermitglieder (natürliche und juristische Personen) werden ab 120,- DM pro Jahr akzeptiert, sofern ihr Wirken dem des BPE nicht allzu deutlich entgegensteht. Oberstes beschlussfassendes Organ ist die Mitgliederversammlung, faktisch mächtigstes der geschäftsführende Vorstand. Wie überall gibt es auch hier die Versuchung, sich über die eindeutig formulierten Interessen und Aufträge der Mitglieder hinwegzusetzen. Wie überall⁶ ist es die Aufgabe der Mitglieder, dafür zu sorgen, dass genau das nicht passiert.

Forensik-Insass/inn/en werden laut Beschluss der Mitgliederversammlung vom Herbst 1997 nur akzeptiert, wenn sie keine Delikte gegen die Person (Tötungs- und Sexualdelikte, schwere Körperverletzung) begangen haben. Ansonsten werden sie an einen dem BPE ange-

2 Ideologie ist die fremde Weltanschauung im eigenen Kopf. Z.B. Arbeiter/innen, die Unternehmer/innen/interessen als ihre eigenen begreifen.

3 Das Wort ist zu schwach.

4 bzw. Konsens ist. Ist irgendetwas wahr, woran mehr als ein Mensch glaubt?

5 Ab 1.200,- DM monatlichem Einkommen 60,- Jahresbeitrag, Taschengeldemp-fänger/innen 12,- Jahresbeitrag, ansonsten 30,- DM.

schlossenen Arbeitskreis Forensik verwiesen. FRIEDRICH SCHUSTER, Wildermannstraße 70, 45659 Recklinghausen ist aktivstes Mitglied dieses Arbeitskreises.

Bis auf Sachsen und Sachsen-Anhalt⁷ gibt es überall Landesorganisationen. Das reicht von Papiertigern bis hin zu Landesorganisationen mit halbjährlichen Plenumtreffen. Der Einfluss anderer Interessengruppen (Pharmaindustrie, Professionelle, Angehörige) auf diese Landesorganisationen ist unterschiedlich groß. Allgemein gilt bislang: Je desorganisierter die Erfahrenen, umso deutlicher werden Interessen Dritter vertreten.

Seit etwa drei Jahren stagniert die Mitgliederzahl⁸. Versuche einer stärkeren Service-Orientierung (Rechtsberatung, Sozialhilfeberatung, Computerberatung für Mitglieder) sowie verstärkter Werbung (Selbsthilfegruppen können sich den alle drei Monate erscheinenden BPE-Rundbrief in 5- oder 10-facher Ausfertigung ein Jahr lang zusenden lassen⁹) zeigten bislang keinen messbaren Erfolg.

c) Kontakte zum Rest des Trialügs (Profis, Angehörige)

Hauptsache, man redet miteinander. Gut, dass wir darüber gesprochen haben. Ich fand Ihre Darstellung äußerst interessant. Ich nehme heute einiges mit nach Hause.

6 Als Joschka Fischer die GRÜNEN in den Kosovo-Krieg führte, sagte er auf der Bundesdelegiertenversammlung in Bielefeld, er werde einen anders lautenden Beschluss nicht beachten. Statt den Mann sofort rauszuwerfen, wurde diese Äußerung nicht einmal wahrgenommen, geschweige denn kritisiert. Die Abkehr vom demokratischen und die Anwendung des Führerprinzips war also bereits auch bei den grünen Kritiker/innen des Kriegs verinnerlicht.

7 Im September 2000 fand ein Treffen der ostdeutschen Psychiatrie-Erfahrenen in Brandenburg statt. Etwa 100 Teilnehmer/innen verabredeten, sich das nächste Mal im Mai 2001 an gleicher Stelle wieder zu sehen.

8 700 ordentliche und 30 Fördermitglieder, Stand Dezember 2000, jährlich 400.000 Psychiatrie-Einweisungen in der BRD

9 Bestellungen bei Matthias Seibt, Landgrafenstr. 16, 44652 Herne, Matthias.Seibt@ruhr-uni-bochum.de

So etwas geht runter wie Butter, nicht wahr? CHARLES BUKOWSKI schrieb einmal, das Beste sei, wenn ihm bei seinen Vortragsreisen der Hass entgegenschlage. Das helfe, einen klaren Kopf zu bewahren.

Miteinander reden ist nichts, worauf Menschen in einer Demokratie stolz sein sollten. Das ist selbstverständlich. Ein Mitglied der Dortmunder Selbsthilfe¹⁰ sagte einmal zum Dortmunder Oberbürgermeister: »Es ist uns völlig egal, ob Sie mit uns reden. Wichtig ist allein, ob Sie tun, was wir wollen.«

Das trifft den Punkt. Von dieser Sicht der Dinge sind die meisten organisierten Psychiatrie-Erfahrenen allerdings Lichtjahre entfernt. Die Begeisterung, endlich einmal so behandelt zu werden, wie das ohne die Diagnose psychisch krank der Fall wäre, vernebelt oft den Blick darauf, dass sich ansonsten wenig oder nichts zum Besseren¹¹ verändert.

Statt sich die menschliche Zuwendung von den Kolleg/inn/en in der Selbsthilfe zu holen, wird für meinen Geschmack viel zu oft um die Zuwendung der Fachleute gebuhlt. Ein Mann aus meiner Selbsthilfegruppe beklagte sich, er werde überall verspottet und niedergemacht. Dem Einwand, hier bei uns sei das doch nicht so, wusste er zu entkräften: »Ja Ihr. Ihr zählt doch nicht.«

d) Kontakte zu Medien und Politik

Das Medieninteresse an den organisierten Psychiatrie-Erfahrenen ist gering bis nicht gegeben. Günstigstenfalls darf man als Betroffener schildern, wie man z.B. ans Bett geschnallt wurde oder wie einem die »Medikamente« (nicht) geholfen haben usw. Die Medien präsentieren

10 Die Schriften der Dortmunder Selbsthilfe können durch Überweisung von 4,- DM für »Sozialhilfe – Dein gutes Recht«, 7,- DM für »Altenheimskandal Bertholdshof«, 10,- DM für »Das Recht auf Heimat« auf Konto 480 46-464, Postbank Dortmund, BLZ 440 100 46 bezogen werden. DSH, Jakobstr. 1, 44147 Dortmund.

11 Die Zahl der Heimplätze und »Betreuungen« ist seit BPE-Gründung explodiert, die Zahl der Todesfälle in den Anstalten (Statistisches Jahrbuch) nicht zurückgegangen.

erstens durchgängig das psychiatrische Weltbild, der »psychisch Kranke« findet zweitens fast¹² nur dann Erwähnung, wenn er sich oder andere tötet oder schwer schädigt.

Besser sieht es in der Politik aus. Die Behandlung durch Bündnis 90/Die GRÜNEN kann nur als zuvorkommend bezeichnet werden. Die anderen Parteien sind da zurückhaltender. Die Ergebnisse (eine Viertelstelle Öffentlichkeitsarbeit für fünf Monate, zwei Empfehlungsschreiben zur Einrichtung bzw. Verlängerung einer ABM zum Thema Psychopharmakaberatung) bleiben gleichwohl bislang mager. Allerdings war unsere Lobbyarbeit bislang auch etwas amateurhaft.

Wieviel die von den GRÜNEN angestoßene Ausweitung der Selbsthilfeförderung bringt, ist noch unklar.

e) Kontakte zur Pharmaindustrie

existieren auf Bundesebene nicht. Die Mitgliederversammlung vom Herbst 1996 beschloss, grundsätzlich keine Pharmagelder anzunehmen. Das Stimmungsbild auf der letzten Mitgliederversammlung am 23. September 2000 war eindeutig. Nach meinen Beobachtungen sprachen 90% der Redner/innen sich ohne Wenn und Aber gegen eine Annahme von Pharmageldern aus.

Es gibt verzweifelte Bemühungen der Pharmaindustrie, auch¹³ unsere Bewegung sponsern zu dürfen. Eigentlich ist es ja schön, dass jemand uns mit dem Geld hinterherläuft. Betrachtet man jedoch, in welcher Abhängigkeit Ärzt/inn/e/n und die gesamte Medizin als Wissenschaft von der Pharmaindustrie schon vor 20 Jahren¹⁴ waren, können wir stolz auf unsere Unabhängigkeit sein.

Wes Brot ich ess, des Lied ich sing.

12 Untersuchungen nennen eine Quote von etwa 90%.

13 Viele Selbsthilfeorganisationen hängen an diesem Tropf.

14 Maßgebliches Buch: Kurt Langbein u.a.: *Gesunde Geschäfte Die Praktiken der Pharma-Industrie*, Köln 1981, vergriffen

Angesichts der drastisch verkürzten Lebenserwartung von Neuroleptika-Konsument/inn/en möchte ich selbst mich mit diesem Blutgeld jedenfalls nicht besudeln¹⁵.

f) Veränderung der Psychiatrie

Sehr gering bis nicht gegeben. Unsere sechs Forderungen vom 7. Juni 1995 zum Anstaltsalltag

- a) Patiententelefone in einer Kabine auf jeder Station
- b) Münzkopierer deutlich sichtbar im Eingangsbereich jeder Anstalt
- c) auf jeder Station deutlich sichtbar ein Anschlag, dass auf Wunsch Briefpapier, Briefumschläge und Briefmarken zur Verfügung gestellt werden
- d) Aufhängen des BPE-Flugblatts auf jeder Station
- e) Anbieten eines täglichen Spaziergangs unter freiem Himmel von mindestens einer Stunde Dauer
- f) Einrichten einer Teeküche auf jeder Station, dass man sich rund um die Uhr zu essen und zu trinken machen kann, wurden ignoriert. Die DGSP hat sich hierzu bis zum heutigen Tag¹⁶ nicht geäußert.

Hoffnungsvoll stimmt mich die Eröffnung des Berliner Weglaufhauses vor der Psychiatrie am 1.1.1996. Dort sind die Hälfte der Mitarbeiter/innen selbst psychiatrie-erfahren. Krankheitsbegriff und Psychopharmaka, das hat man dort nicht gern. Stattdessen spielt die menschliche Zuwendung, das Bewältigen des Alltags und die Schaffung einer Perspektive die Hauptrolle. Eine nicht-psychiatrische Oase in der Wüste der psychiatrischen Versorgung und Entmündigung.

15 Für Kognak oder andere Sorten Alkohol sollte man als verantwortungsvoller Mensch ja auch keine Werbung machen, selbst wenn man selber einen guten Tropfen zu schätzen weiß.

16 8. Januar 2001. Nachtrag: Am 15. Januar 2001 erreichte mich eine Email: »Die sechs Forderungen des BPE zur stationären Psychiatrie werden von der DGSP voll unterstützt. Ich bitte Sie, in Ihren oder den Verlautbarungen des BPE darauf hinzuweisen. Ferner teile ich Ihnen mit, dass die DGSP soeben einen Antrag auf Mitgliedschaft beim BPE gestellt hat.«

B) Organisation außerhalb des BPE

Ich nenne die von mit Pharma-Geldern von einem Psychologen aufgelegte Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen. Das Netzwerk Stimmenhören. Emotions Anonymous. Bekannt ist mir, dass auch Menschen mit den Diagnosen MPS oder ADS¹⁷ über Selbsthilfestrukturen verfügen. Auch völlig unabhängig vom BPE organisieren sich bisweilen Psychiatrie-Erfahrene auf Ortsebene. Es gibt viele Selbsthilfegruppen zum Thema »Angst und Depression«, die in der Regel arzt- und pharmahörig sind.

C) Perspektiven

Entweder wir werden so erfolgreich wie die Homosexuellen, die Gesetzesänderungen erkämpft und ihre Darstellung in den Medien zum Positiven verändert haben. Oder wir erleben einen Anstieg der Diskriminierung und Ausgrenzung auf das Niveau der Jahre 1933 bis 1945. Die nötigen Gesetzesänderungen für die zweite Variante wurden von Medizin und Pharmaindustrie im so genannten Bioethik¹⁸gesetz auf europäischer Ebene durchgesetzt.

17 Multiple Persönlichkeitsstörung und Attention Deficit Syndrom

18 Das Wort Ethik macht in diesem Zusammenhang einen Bedeutungswandel durch. Früher ging es um die Frage: Darf ich, was ich kann? Heute heißt das: Wie erreiche ich, dass ich darf, was ich kann? Früher war die erlaubende bzw. verbietende Instanz Gott oder die Vernunft oder die Menschenrechte. Heutzutage das Gesetz, bzw. die Rechtsprechung. Heute geht es darum, die (sowieso unzureichenden) juristischen Sicherungen für die Schwachen und Wehrlosen abzuschaffen.

»... dass sie mich anhören und ihre Gedanken zurückstellen!«

Ein Gespräch mit Dagmar Barteld-Paczkowski vom Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Schleswig-Holstein

Jürgen Blume: *Was hat der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Schleswig-Holstein in der Zeit deiner Mitarbeit für die Erfahrenen erreicht?*

Dagmar Barteld-Paczkowski: Seit 1995, dem Gründungsjahr des Landesverbandes, hat sich viel verändert.

Wir Psychiatrie-Erfahrenen haben an der Entwicklung des Psychiatrie-Plans 2000 und dem neuen PsychKG des Landes Schleswig-Holstein mitgewirkt. Unsere Forderungen nach Mitwirkung bei der Planung und Gestaltung der Psychiatrielandschaft wurden dort schriftlich verankert.

So müssen in Schleswig-Holstein nun in jedem Gremium, das über Psychiatrie berät und entscheidet, auch Menschen mitarbeiten, die die Psychiatrie als Patient kennen gelernt haben.

Ebenso gibt es durch Gespräche über die häufig als ungerecht und unangebracht empfundenen und erlebten Zwangsanordnungen und Behandlungen inzwischen einige trägerinterne Beschwerdegremien, einen überregionalen Verein sowie beginnende regionale Arbeitsgruppen, die Beschwerden annehmen. Es ist so, dass wir Psychiatrie-Erfahrenen viele Möglichkeiten der Mitsprache und Mitwirkung auf allen Ebenen der Planung und Umsetzung haben. Nur die Mitwirkungsververtretung in der Krankenhausplanung ist nicht festgeschrieben und bleibt damit abhängig von den bisher planenden Menschen.

Wie ist die Resonanz der Psychiatrie-Erfahrenen auf die Arbeit eures Verbandes, also ihrer eigenen Interessenvertretung?

Unser Landesverband wird noch zu wenig als Interessenvertretung genutzt.

Das liegt zum Teil auch daran, dass unsere Interessen als Spinnerei, Wahnhalt und das Engagement dafür als Symptom verunglimpft werden. Wir werden mit Missachtung gestraft. Ein Grund für den Vereinsbeitritt ist oft der Wunsch nach »Abschaffung der Psychiatrie« in ihrem derzeitigen, wenig kommunikativen Umgehen mit den Patienten. Die laute Forderung nach Veränderung ist für viele durch einen, häufig sogar zwangsgestellten und zwangsberuhigten, Psychiatrieaufenthalt ge- oder behindert oder gar beendet worden.

Welche Erfahrungen hast du mit den anderen Beteiligten des Dialogs – Angehörigen und Profis – z.B. im Psychose-Seminar gemacht?

Meine dialogischen Erfahrungen schwanken durch die gesamte Skala des mitmenschlichen Umgangs. Sie reichen von Achtung, Akzeptanz, Anerkennung, Neugier und Dankbarkeit bis zur Beschimpfung, Beleidigung und Ausgrenzung. Ich glaube, dies liegt immer auch an der jeweiligen Souveränität des Mitmenschen, in seiner Sicherheit im Umgang mit Psychiatrie-Erfahrenen und nicht immer an der eigenen Art.

Welche Bedeutung misst du Gedankenaustausch und Gespräch im Dialog bei?

Unter allen Beteiligten des Multilog, nicht nur des Dialogs, gibt es unterschiedliche Persönlichkeitsstrukturen. Da wir aber alle individuelle Erfahrungen haben, aus denen sich das individuelle Leben, die persönlichen Forderungen und Anforderungen sowie Urteile und Vorurteile ableiten, ist das Gespräch und der Austausch über Gefühle und das daraus folgende Handeln wichtig.

In den Gesprächen werden die selbst erlebten Situationen manchmal von anderen erzählt. Das sind die Situationen, in denen man erschreckt, sich ertappt oder sogar befreit fühlen kann und fühlt. Die

Aspekte einer anderen Sichtweise zu der eigenen Problematik zu hören und innerlich zu den eigenen hinzuzufügen, finde ich persönlich als bewusstseinserweiternd, als Vergrößerung meines Wissens. Für mich hat die »Erleuchtung« während der psychotischen Lebenskrisenbewältigung eine magische Rolle gespielt. Nur durch reale Gespräche und das Zulassen kommunizierbarer Gedanken konnte ich wieder klarer und sicherer denken und leben.

Psychose-Seminare, Trialoge und Multiloge sind für mich bereichernd, denn ich gewinne auch Erkenntnisse über das Psychose-Erleben anderer, und bin froh, dass wir alle »nicht ganz dicht« sind. Die Entscheidung für das eigene Erleben, das Verändern meiner Gedankeninhalte und die Erweiterung meiner Kenntnisse lassen mich aktiv für mich sorgen. Blicke ich nur in meinem gedanklichen Monolog, würde ich nur alt, aber nicht reifer oder sogar weiser werden. Ich bin froh, mit vielen Menschen in meinem äußeren Umfeld zu kommunizieren.

Hilft dir der Dialog bei eurer Interessenvertretung?

Bei der Interessenvertretung der Psychiatrie-Erfahrenen hilft mir der Dialog dahingehend, dass ich merke, »die Anderen«, insbesondere die »Profis«, wissen auch nicht alles. Wir haben alle Vorstellungen, aber die Gestalt und die Form entspricht diesen Vorstellungen selten. Doch durch das Austauschen und Abgleichen der Vorstellungen wird die Gestalt der Psychiatrie eine andere Form bekommen und das tut allen Menschen gut.

Eine persönliche Frage. Welche Hilfe erwartest du von einem Arzt bzw. Profi?

Meine Erwartungen an helfende Menschen sind riesig groß. Ich erwarte, dass sie mich anhören und ihre Gedanken zurückstellen. Meine Geschichte ist meine Geschichte. Ich will nicht hören, dass mein Gegenüber das schon von anderen gehört hat und weiß, wie es mir geht. Das weiß ich ja selbst nicht so genau an der Schwelle des Wahns.

Ich will, dass er nicht glaubt, alles zu wissen und zu können, und dann die Behandlung abrupt durch eine Diagnosestellung oder den Satz: »Ihnen ist ja nicht zu helfen!« beendet wird.

Ich erwarte Zeit für Gespräche mit mir, Zutrauen zu meinen starken und gesunden Anteilen, Zuversicht auf eine veränderte Zukunft und Zuneigung in Form von Achtung vor mir als Mensch und meiner Biografie. Ich erwarte auch die Bereitschaft, mich durch schwere und psychotische Phasen zu begleiten, dass man mir meine Fähigkeit, meine Verrücktheit auch zu steuern, nicht abspricht und mich auch Hopfen-tee trinken lässt, statt mir gleich Staurodorm o.a. zu verordnen. Ein guter Arzt hat auch viel von einem Seelsorger, der auf meine spirituelle Art Rücksicht nimmt, indem er sie sich anhört. Sollte der »Helfer« nicht mit meiner Weltanschauung konform denken, würde ich mir wünschen, dass er sich im Kolleginnen- und Kollegenkreis nach Therapeuten umsieht, die meiner Denkrichtung, weltanschaulich und spirituell, entsprechen, und mich dorthin abgibt und nicht versucht, mich umzupolen.

Worin siehst du die Hauptdefizite der Behandlung psychotisch erkrankter Menschen in der gegenwärtigen Psychiatrie?

Das größte Defizit sehe ich immer noch in einer »besserwischerischen« Haltung. Es ist trotz großer Anstrengungen zur Aufklärung noch nicht gelungen, die Auffassung von der seit der Geburt festgelegten Fügung zum Ausbruch der Psychose zu verändern. Aber wenn es wirklich so wäre, würden sich zum Beispiel alle Menschen alle Knochen brechen oder kein Mensch überhaupt einen Knochen. Es ist auch nicht so, dass ein Mensch psychotisch aufwacht, obwohl er am Abend zuvor völlig ausgeglichen und unbelastet ins Bett ging und gut geschlafen hat. Auch ist eine Psychose nicht mit einem absoluten, totalen Gedächtnisverlust verbunden, wie offensichtlich von einigen Ärzten auch heute noch angenommen wird. Jedenfalls sagte mir mal ein Arzt in einem Gespräch: »Ich müsste mir mal vorstellen, was es bedeutet, Angst vor dem Verrücktwerden zu haben.« Darauf konnte ich nur antworten: »Ich weiß, wie es ist, diese Angst zu haben, den Verstand zu verlieren, denn ich hatte die Angst und verlor den Verstand, weil mich keiner verstand. Doch ich habe ihn auch wieder

gefunden.« Dafür erntete ich nur verständnislose Blicke und es war auch das »wissende Lächeln« dabei.

Ein Problem ist es, wenn *über* den Menschen gesprochen wird, aber nicht *mit* ihm. In meinem Fall war es so, dass mit meinem Ehemann über mich gesprochen wurde, aber es kein Gespräch zu dritt gab. Bei der Visite und auch den Arztbesuchen nach dem Klinikaufenthalt wurde mir etwas gesagt und verordnet, wie ich die Medikamente zu nehmen hatte. Meine Psychoseentwicklung wurde nie besprochen, sondern mein Wunsch danach als »nicht krankheitseinsichtig« bezeichnet. Wäre es eine Neurose, Magengeschwür, Angststörung oder »nur« eine Depression ohne Wahngedanken gewesen, hätte ich bis zu meinen Urgroßeltern und deren Problemen zurückgehen dürfen. Ich hätte Schuld zuweisen können anstatt genetisch abgeurteilt zu sein. Doch so musste ich, und nicht nur ich, einsehen, dass ich verrückt bin und niemand dafür etwas könnte und mein Umfeld völlig wirkungs- und einflusslos wäre. Bei der Begleitung und Behandlung von Menschen mit psychotischer Krisenbewältigung wird nach wie vor zu viel mit Pharmazie bewirkt, statt mit Zeit, Zuversicht, Zutrauen und Zärtlichkeit gewirkt.

Das Geschilderte sind bis heute immer noch keine Einzelfälle.

Welche speziellen Hilfen benötigen psychotisch erkrankte Menschen?

Eine spezielle Hilfe wäre die Umkehrung der eben beschriebenen Situationen.

Zum Beispiel wäre für mich eine Familienbegleitung sehr hilfreich gewesen. Damals hatte ich noch nahen Kontakt zu meinen Kindern. Doch für die Kinder gab es auch keine Unterstützung und heute haben die Kinder die ablehnende, gleichgültige Haltung ihres sie allein erziehenden Vaters mir gegenüber angenommen und nur sehr wenig Kontakt zu mir. Das ist sicher ein familienspezifisches, aber nicht nur mein Problem.

Es ist auch wichtig, dass ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen dem Hilfebedürftigen und dem Hilfe anbietenden Menschen besteht. Es ist besonders wichtig, dass man sich und seine geänderten Wahrnehmungen versteht und die Zusammenhänge begreifen kann und darf!

Eine Kombination von Medikamenten – Tropfen, Pillen und Pulvern – mit Liebe, Achtung, Zuwendung, Zeit, Zärtlichkeit und geliebter Kommunikation ist die Hilfe, die wir benötigen, um unsere Seelennot befrieden zu können und Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl zu erwerben und zu erhalten.

Welche Probleme ergeben sich in der Zusammenarbeit und dem Zusammensein psychisch kranker Menschen, unterschiedlicher Menschen mit unterschiedlichen Krankheiten?

Die Zusammenarbeit wird manchmal schwierig, wenn es zu persönlichen Machtkämpfen und zur unsachlichen Bekämpfung der anderen Meinung kommt. Im Zusammensein und der Zusammenarbeit mit seelisch verletzten und seelisch verletzenden Menschen ist dies aber mit besonders viel Leid verbunden.

Ein Mensch, der sich nach all der Unterdrückung behaupten möchte, will sich nicht wieder unterordnen. Es kommt aufgrund der hierarchischen Wertigkeit der unterschiedlichen Diagnosen wieder zu diskriminierenden und ausgrenzenden Äußerungen. So trifft es mich persönlich sehr, wenn ich immer wieder zur Rücksicht auf Menschen mit der Neigung zu suizidalem Verhalten aufgefordert werde. Ich fühle mich nicht für die Suizide verantwortlich, solange man mir sagt, meine Psychose sei schon vorgeburtlich angelegt gewesen und ich sei dafür allein verantwortlich. Durch die gesellschaftliche Ächtung der nicht-somatischen und nicht-neurotischen Diagnosen werden psychiatrisch diagnostizierte Menschen häufig in die Kategorie der gefährlichen Mitbürger gestellt.

Welches sind die Möglichkeiten der Hilfe durch eine Selbsthilfegruppe, die »normale« psychiatrische Hilfe nicht leisten kann?

In den Selbsthilfegruppen braucht niemand die Angst vor Ausgrenzung aufgrund der Diagnose zu haben. Die Gedanken werden dort nicht verboten, sondern es ist sogar erwünscht und gut, sich auszutauschen. Die »verrückten« Eigenarten und Besonderheiten werden nicht verurteilt. Alle, die in Selbsthilfegruppen zusammentreffen, haben die Erfahrung der Ausgrenzung erlebt oder erleben sie noch. In

den Selbsthilfegruppen kann man sich outen. Dort kann auch über die Vorurteile gegenüber Psychotikern gesprochen werden. Über die Haltung: »Dazu gehöre ich nicht, ich bin doch nicht verrückt.« In Selbsthilfegruppen ist es möglich, mit der Erkenntnis über die eigene Verrücktheit und deren Akzeptanz erste und gute Erfahrungen zu machen. In Selbsthilfegruppen sollte neben der Bewältigung der schmerzhaften Situationen auch Eigenakzeptanz ermöglicht werden. In Selbsthilfegruppen sind wir alle gleich. Wir sind nicht ohne Verstand und nicht minderbegabte Menschen, sondern wir haben andere Verhaltensweisen angenommen als die gesellschaftlich festgesetzten und akzeptierten Normen.

Selbsthilfegruppen können die Keimzelle für veränderte gesellschaftliche Normen sein. Wenn wir Psychiatrie-Erfahrenen uns nicht mehr schämen, verstecken oder schuldig fühlen, sondern selbstsicher über unsere Probleme sprechen können, wird die Gesellschaft ihre Haltung psychisch kranken Menschen gegenüber verändern. Auch wir sind Mitglieder der Gesellschaft!

Charlotte Koning

»Wer Visionen hat, soll zum Arzt gehen.«¹

Da wird mir nun die Frage vorgelegt: Was erwarten Psychose-/Psychiatrie-Erfahrene von Versorgungssystemen? Als ob nicht längst viele und auch kompetente Psychiatrie-Erfahrene sich dazu geäußert hätten. Aber gut, ich setze mich hin und schreibe »Ich als Psychiatrie-Erfahrene...« Und stutze. Doch, doch, ich bin Psychiatrie-Erfahrene, das ist durchaus ein Teil meiner Identität, bewusst und gewollt habe ich sogar einen gleichnamigen Verein mitbegründet. Trotzdem. Ich bin nämlich auch noch etwas anderes. Ich bin Tochter, Schwester, Schwägerin (Paten-)tante, Freundin. Ich bin Mieterin, in vielfacher Hinsicht Konsumentin oder Kundin, Fahrradfahrerin, (Straßen-)Bahnreisende. Vielleicht ist das bei Psychiatrie-Erfahrenen eine Ausnahme, aber ich bin zudem noch Arbeitnehmerin, Kollegin, Mitglied eines Berufsverbandes. Ich bin PC-Nutzerin, Leserin und Schreibende. Würden Sie mich kennen lernen, wären auch diese Rollen hinfällig, Sie würden mein Gesicht, meine Stimme wahrnehmen, vielleicht würde ich Ihnen sogar etwas aus meiner Lebensgeschichte erzählen. »Ich als Psychiatrie-Erfahrene...« – »Ich als Oberpostschaffnerin...« – bei KURT TUCHOLSKY können Sie das in einem ganz anderen Zusammenhang viel schöner nachlesen². Psychiatrie-Erfahrene, das ist wieder diese Reduktion auf einen Teilaspekt des Lebens, und der Begriff »Psychiatrie-Erfahrener« lässt ja noch Raum, gibt Hoffnung, enthält auch, wenn man will, einen gewissen Anspruch. »Psychisch Kranke«

1 Dieses Zitat wird HELMUT SCHMIDT zugeordnet. ...Wann ist eigentlich mein nächster Arzttermin?

2 Nach einem Satz von KURT TUCHOLSKY: *Das »Menschliche«*, 1928. In: »Panter, Tiger & Co.«, Hamburg, 1954.

oder »chronisch psychisch Kranke«, da werden wir Betroffenen namenlos und gesichtslos, verlieren unsere Biografie und unsere Identität. Wir werden alle mit ein, zwei Merkmalen beschrieben, die dazu noch negativer Art sind, wir werden zu einem Haufen Erbsen, alle rund, alle grün, alle gleich. Und dazu passt dann der Begriff »Versorgungssysteme« aus der Verwaltung und Planungspolitik sehr gut, die Versorgungssysteme sind dann die Dosen, in die wir Erbsen eingeweckt werden. Ich als Erbse werde nun gefragt: »Welche Dose hätten Sie denn gern?«

Ich hoffe, Sie ahnen schon, dass dies mehr sein soll als bloß eine satirisch-schnurrige Einleitung. Es soll nämlich auch um die Sozialpsychiatrie gehen. Ihre Probleme, ihre Aussichten, na, Sie kennen das alles, besser als ich wahrscheinlich. Es gibt hierbei auch eine gute Nachricht: Ich kenne ja nun eine ganze Reihe anderer Psychiatrie-Erfahrener. Viele von ihnen – aber bestimmt nicht alle! – viele, das muss man einfach so mal sagen dürfen, haben ein erheblich besseres Leben, als sie es in der Gesellschaft und der Psychiatrie vor vierzig Jahren gehabt hätten. Ich übrigens auch. Mit Sicherheit ist das ein Verdienst der Sozialpsychiatrie und der Psychiatriereform. Ich weiß: die Reform hat manche neuen Probleme auch erst geschaffen. »Das rosarote Narrenparadies haben wir nicht bekommen.«³ Der Weltfrieden ist übrigens auch noch außer Sichtweite. Und wie komme ich eigentlich dazu, die Psychiatrie zu loben, wo es mir doch angesichts meiner eigenen Erfahrungen jedesmal quer runtergeht, wenn wieder öffentlich selbstbeweihräuchert wird, wir hätten die schönste und beste Psychiatrie und alles wäre ganz prima? Wie ich dazu komme? Weil dieses bessere Leben dieser Psychiatrie-Erfahrenen ein reales Ergebnis ist, das man nicht einfach so vom Tisch wischen darf. Wir brauchen es nämlich nachher noch mal. Sie werden schon sehen.

Doch zu den Versorgungssystemen. Hier gibt es viel zu bedenken: Sollen alle Kliniken aufgelöst oder lieber doch ausgebaut werden? Ist

3 Dieser Ausspruch stammt von WOLF BIERMANN und hat natürlich einen anderen Zusammenhang. Er passt m.E. aber auch hier. Nachweisbare Quelle leider nicht bekannt.

Sektorisierung allein selig machend und Spezialisierung ganz was Böses? Wie kann die Psychiatrie von ihren Nabelschauenden befreit werden? Sind atypische Neuroleptika wirklich das Wundermittel schlechthin? Da kann man bestimmt nächtelang durchdiskutieren. Und gerade das sollte ich als Psychose-Erfahrene lieber nicht tun. Mein Arzt hat mir jedenfalls davon abgeraten.

Was macht gute Psychiatrie aus? Gute Psychiatrie – übrigens auch gute Selbsthilfe – macht sich selbst überflüssig. Natürlich nicht als Institution, wohl aber für den jeweils Einzelnen. Das wird in dem einen Fall nur in ganz geringem Maße möglich sein, in einem anderen Fall sehr weitgehend oder sogar ganz. Jedenfalls darf Psychiatrie KlientInnen und PatientInnen nicht unnötig an sich binden. Gute Psychiatrie hat das immer im Blick, und auch, dass Psychiatrie nicht der Mittelpunkt des Geschehens, sondern nur ein ganz kleiner, ausschnittthafter Bereich ist. Gute Psychiatrie glaubt daran, dass das »normale Leben«, richtig dosiert und angewendet, uns Psychiatrie-Erfahrenen besser bekommt als jede noch so schön eingerichtete und konzipierte psychiatrische Einrichtung, und holt dieses Leben zu sich herein, wenn wir nicht in der Lage sind, hinauszugehen. Gute Psychiatrie ist aber dann auch zur Stelle, wenn sie wirklich gebraucht wird. Gute Psychiatrie weiß und berücksichtigt, dass es sich bei ihren PatientInnen um völlig unterschiedliche Leute handelt, selbst wenn die Diagnosen gleich lauten und die mitgebrachten Probleme ähnlich aussehen. Gute Psychiatrie legt Wert auf dialogisches Arbeiten, weil sie gemerkt hat, dass sich dadurch die Qualität ihrer Arbeit verbessert.

Womit wir bei der derzeitigen Qualitätsdebatte angelangt wären. Früher dachte ich einmal, Qualität sei ein positiver Begriff. Deshalb waren wir Psychiatrie-Erfahrenen – und wohl auch die Angehörigen – ja gerade erst angetreten, weil wir mit der Qualität in der Psychiatrie nicht zufrieden waren. Aber ob diese Debatte dasselbe meint wie wir? Ich höre da, man wolle verstärkt auf die Ergebnisqualität achten, und frage mich, ob damit etwas gegen den Drehtüreffekt unternommen wird. Wobei wir Psychiatrie-Erfahrenen übrigens auch sehr an der Prozessqualität interessiert sind, nämlich auf welchem Wege dieses Ergebnis erreicht wird.

Was sind für mich Qualitätsmerkmale in der Psychiatrie? Da werde ich erst einmal den mittlerweile schon angejahrten Grundsatz »Verhandeln statt Behandeln« hervorkramen und entstauben. Dieser bedeutet u.a., dass wir nicht zu Objekten, seien es Behandlungs- oder Forschungsobjekten degradiert werden wollen. Einige Profis – nicht mal immer die schlechtesten – haben Bauchschmerzen wegen dieses Grundsatzes, weil sie glauben, damit seien manche PatientInnen überfordert. Meine Herren (es handelt sich meistens um Herren), dieser Grundsatz bedeutet doch nicht, dass nun sämtliche Psychiatrie-Erfahrenen sich in komplizierte, fachliche Fragen einarbeiten, weitreichende Entscheidungen im Alleingang treffen, theoretische Konzeptionen nachlesen, zu psychiatrischen Großveranstaltungen rennen oder irgendwelche Artikel verfassen(!). Der Teufel steckt bekanntlich im Detail: Eine notwendige, aber unterlassene Erläuterung. Ein Alleingelassenwerden mit einer unverständlichen, erschreckenden Diagnose. Fehlende Aufklärung über mögliche oder beabsichtigte Behandlungsformen. Ja, auch über Risiken der Behandlung. Eine Zwangsmaßnahme, die uns unbegründet erscheint oder in überzogener Form durchgeführt wird. Unnötige Geheimniskrämerei. Fehlender Hinweis auf Rechte. Ein unterlassenes Gespräch. Wird einem/einer Psychiatrie-Erfahrenen eigentlich mal freiwillig Akteneinsicht angeboten, oder muss man dazu eine übermäßige Kämpfernatur sein und womöglich erst einen Gerichtsbeschluss erwirken? Manchmal schlicht und ergreifend die Vernachlässigung selbstverständlicher Höflichkeitsformen. Auch ein Chefarzt kann einem Patienten bei der Visite die Hand geben oder anderweitig begrüßen. Ein Beiseiteschieben aller Begründungs- und Deutungsversuche des /der PatientIn als irrelevant. Verschweigen oder Verbieten möglicher Entscheidungsspielräume für den/die PatientIn. Fehlende Ermutigung. Wortloses Abgeschnittenwerden von wichtigen Lebensplänen usw.

Sehen Sie, auch ich versuche natürlich, in größeren Zusammenhängen zu denken, so gut ich kann. Ich habe z.B. ein Problem damit, wenn im ambulanten/komplementären Bereich ständig neue Sondereinrichtungen für Psychiatrie-Erfahrene geschaffen werden. Gut, dass es diese Einrichtungen gibt. Aber eigentlich gehören Psychiatrie-Erfahrene, so weit es geht, in die Welt da draußen. Ich befürchte manchmal, manche Formen von Sozialpsychiatrie könnten dazu füh-

ren, dass die Ausgrenzung nicht aufgehoben, sondern bloß unsichtbar gemacht wird. Aber den meisten Psychiatrie-Erfahrenen ist das Hemd näher als der Rock. Auch ich habe noch nie einen Gedanken daran verschwendet, ob es Sinn macht, unsere Psychiatrische Klinik hier vor Ort aufzulösen, geschweige denn, dass ich wüsste, wie dies zu bewerkstelligen sei. Wohl habe ich viele Situationen erlebt, in denen ich mir gewünscht hätte, es gäbe in der Stadt ein paar »niedrigschwellige« Krisenbetten. Und einige wenige Situationen habe ich erlebt, wo ich daran dachte, dass diesem/dieser Psychiatrie-Erfahrenen vielleicht ein antipsychiatrisches Weglaufhaus gut tun könnte. Obwohl ich dies selbst, jedenfalls zur Zeit, gar nicht in Anspruch nehmen würde. Soviel ich weiß, wird da auch schon mit Mischformen experimentiert.... Doch oft rege ich mich wegen ganz anderer Dinge auf: Fehlendes Interesse von Seiten eines Arztes an einer optimal eingestellten Medikation. (Macht es eigentlich wirklich Sinn, PatientInnen, die dauerhaft Medikamente ablehnen, diesen die Pillen langfristig aufzudrängen? Oder sollte man diese nicht besser in ihrem medikamentenfreien Leben kompetent unterstützen? Ich kenne da einige gelungene Beispiele...). Ein Krisendienst, der bei einer sich dramatisch zuspitzenden Situation keinen Anlass zum Handeln sieht (unterlassene Hilfeleistung!). »Vergessen«, einen Patienten auf geeignete Psychotherapie aufmerksam zu machen.

Qualitätsbewusstsein ist, wenn die Psychiatrie einen großen Ehrgeiz darein setzt, möglichst ganz ohne oder mit sehr wenig Gewalt auszukommen. Und subtiler oder offener Druck wird von vielen PatientInnen ebenfalls als Gewalt empfunden. Über die Zeitökonomie in der Psychiatrie könnte man auch einmal neu nachdenken – immer diese Wechselbäder zwischen öder Langeweile und extremer Hektik... Sind die Beschäftigungs- und Arbeitsangebote von psychiatrischer Seite wirklich für alle PatientInnen adäquat? Könnte dort nicht eine größere Vielfalt herrschen? Nur einige wenige Psychiatrie-Erfahrene sind nämlich zusätzlich auch noch geistig behindert.

Noch zu wenig Arbeitsangebote gibt es außerdem. Und wie haben das eigentlich die Psychiatrie-Erfahrenen gemacht, die doch einen Arbeitsplatz auf dem regulären Arbeitsmarkt gefunden und gehalten haben? Bei den Wiedereingliederungsverfahren könnte ich mir noch

einige effizientere und den Anforderungen der modernen Arbeitswelt angemessenere Methoden vorstellen, die zudem die (Erfahrungs-)Potentiale der Psychiatrie-Erfahrenen nutzen. Vermeidbare Wechsel wichtiger BezugsmitarbeiterInnen sind auch so eine Sache. Ich halte für Einrichtungen, die wiederholt oder dauerhaft genutzt werden, personelle Kontinuität für ein ganz wichtiges Qualitätsmerkmal. Sowie auch die Überschaubarkeit der Anzahl der Personen, mit denen man/frau es in der Behandlung zu tun kriegt. Vier Ärzte, fünf Meinungen... Beratung, die sich als uninformiert und fachlich inkompetent erweist – da sollte man die Psychiatrie-Erfahrenen doch auf die entsprechend spezialisierte Beratungsstelle verweisen. Auch wenn das vielleicht die Konkurrenz ist oder man sich selbst für allwissend hält. Wenn der Psychologe nun mal nichts über einen Schwerbehindertenausweis weiß...

Und vielleicht das allerwichtigste Qualitätsmerkmal: sprachliche Sensibilität, die übrigens nicht dasselbe ist wie schaumgoldumkränzte Märchenerzählerei. Ganz im Gegenteil. Das sichern Sie mal standardmäßig ab. Sprache und Psyche, Sprache und psychische Erkrankung – darüber kann man viel nachdenken. Besonders, wenn man/frau psychische Probleme auch als soziales Phänomen begreift. In dieser Hinsicht könnte die Psychiatrie auch mal aus sich herausgehen und z.B. mit der Juristerei ins Gespräch kommen. Wenn in ganz normalen Versicherungsverträgen immer noch von »Geisteskranken« die Rede ist, ist das einfach nicht mehr zeitgemäß. Man muss uns ja nicht gleich in »Seelenkünstler« umtaufen. Dass wir da überhaupt so manches Mal ausgeschlossen werden...

Für viele Betroffene und Angehörige ist auch das recht vielfältige Angebot psychiatrischer Hilfen zu einem ziemlich undurchschaubaren Dschungel geworden. Einen kleinen Leitfaden für unsere Stadt »Leben mit psychischen Problemen« o.ä. habe ich auch noch nicht gesehen. Und wenn dieser Leitfaden dann in Arztpraxen oder der Bürgerberatung ausliegt, trägt das vielleicht doch etwas zur Entstigmatisierung bei?

Qualität hieße auch, verstärkt darauf zu achten, dass Frauen und Männer verschieden sind, nicht nur unterschiedlich auf die Medikamente reagieren, sondern auch aus unterschiedlichen Gründen psy-

chische Probleme haben und teilweise ganz anders damit umgehen. Und selbst in neuerer Zeit lese ich, dass die einfachsten Forderungen des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener (offene Teeküchen auf den Stationen, täglich eine Stunde Aufenthalt an der frischen Luft, Schreibzeug, Kopierer, schließbare Telefonkabinen, Aushang des Flugblattes einer Selbsthilfegruppe oder des Bundesverbandes) offenbar vielerorts noch nicht erfüllt seien. Da endet denn doch mein Verständnis: Es handelt sich um wenig arbeits- und kostenaufwendige Maßnahmen – für anderes wird sehr viel mehr Geld aus dem Fenster geworfen –, die zudem keinerlei Grundsatzfragen (Ist die Psychose eine Krankheit? Sind Medikamente gut oder böse? Darf es Diagnosen überhaupt geben?) berühren, sondern mit denen ganz banalen, einfachen, alltäglichen Bedürfnissen entsprochen wird, die wir alle bei einem Klinikaufenthalt haben oder hätten. Ich war vor etlichen Jahren auf einer Station, auf der diese Forderungen erfüllt waren, und habe dies sehr zu schätzen gewusst – um so mehr, als es sich um eine überraschende Einweisung und einen recht langen Aufenthalt handelte. Auch konnte ich nicht beobachten, dass dadurch das ganze Stationsleben völlig aus den Fugen geriet. Oder ist es nur, weil diese Forderungen von streitbaren Psychiatrie-Erfahrenen kommen?

So weit erstmal. Ob ich wohl sinnvoll auf die Eingangsfrage eingegangen bin? Ich hätte mir auch einen speziellen Bereich herausgreifen oder mir zu strukturellen Problemen etwas überlegen können. Nicht, dass diese unwichtig sind. Für mich und viele andere Psychiatrie-Erfahrene ist nach wie vor der entscheidende Punkt, wie wir von professioneller Seite wahrgenommen und angesprochen werden. Und zwar nicht bloß in einer wohlwollenden Theorie oder irgendwelcher Zuckergussliteratur. Sondern dort, wo der Kontakt stattfindet, in der Begegnung von Person zu Person. Wird dabei über unsere Köpfe hinweggeredet und entschieden, werden wir herablassend behandelt, unnötig in infantile Rollen gedrängt, bleiben wir in den Augen der Profis unwissend und inkompetent? Werden unsere sämtlichen Lebensbereiche und -äußerungen nur noch unter psychiatrischen (und das heißt meist eben doch: pathologischen) Aspekten und Interpretationsmustern gesehen? Oder wird Psychiatrie ihrem eigenen Anspruch gerecht, uns darin zu unterstützen, die Selbstbestimmung, die uns

möglicherweise durch unsere psychischen Probleme verloren geht, zurückzugewinnen, manchmal überhaupt erstmalig zu erobern? Und dann noch eine Form von Selbstbestimmung, wie wir sie uns selber wünschen? Naja. Neu ist das alles nicht. Im Grunde habe ich sowieso nur wiederholt, was alle längst wissen. Egal. Mir kommt da ein ganz anderer Verdacht, wenn ich die sozialpsychiatrische Literatur und manche anderen Äußerungen der letzten Zeit und dazu diese Anfrage so bedenke. Das geht nämlich weit über das Benennen und Bedenken ernsthafter Probleme der Gegenwart und möglicher Gefahren in der Zukunft hinaus. Das geht auch über Warnungen hinaus, vor allem werden die Warnungen nur dort verbreitet, wo sowieso schon jeder gewarnt ist. Ich will Ihnen meinen Eindruck da mal schildern: die Sozialpsychiatrie klagt, ihr würden die großen Ziele und Visionen fehlen. Da wird viel gegrübelt und sich zurückgezogen. Erst als unfehlbar dahergekommen, Kritik und manchmal jegliche Rückmeldung zurückweisend, werden nun Misserfolge und Fehler betont und Erfolge abgewertet. Statt sie offensiv dem Biologismus entgegenzuhalten. Überhaupt eine große Furcht vor dem biologistischen Kollegen oder Konkurrenten. Dass wir Psychiatrie-Erfahrenen uns so davor fürchten, rührt aus unserer Geschichte und aus unserem Selbstverständnis. Aber die Sozialpsychiatrie? Das lässt auf ein verringertes Selbstwertgefühl schließen. Schwunglos und antriebslos sei sie, die Sozialpsychiatrie, nicht im Geringsten in der Lage, die bedrückenden Umstände oder Entwicklungen aufzuhalten oder abzuändern. Innere Leere, Sinnlosigkeit, Stagnation seien die vorherrschenden Gefühle. Wissen Sie, das erinnert mich an etwas, was ich selbst erlebt habe. Wie bringe ich es Ihnen nur schonend bei? Also... in meinem Apothekenblättchen steht, das alles seien Anzeichen für eine ernst zu nehmende Depression. Nun ist es heraus. Was tun? Zu den auch von der Sozialpsychiatrie gern verteilten Antidepressiva greifen? Ich nenne nur ein paar Markennamen: Dörnerol, Finzenten, Pörksapim. Aber ach, solche angeblich antriebssteigernden und stimmungsaufhellenden Mittelchen haben damals bei mir auch nichts geholfen. Was sonst? Lichttherapie? Gespräche? Johanniskrauttee? Bewegung? Arbeit? Oder eher Ruhe? Etwa gar heilsame Schocks? Wunderkuren aus den USA? Philosophische Lektüre? Konsequente Antipsychiatrie? Vielleicht eine Selbsthilfegruppe? Ich habe da überhaupt keine Ahnung.

Was geht mich das auch an. Ich will nur noch kurz erzählen, was mir einmal in meiner Depression passierte, mit einem Profi. Die äußeren Umstände und der Blick in die Zukunft waren erdrückend und düster, auch noch in der Rückschau. Ansonsten ging es mir wie oben beschrieben. Da sagt doch dieser Therapeut zu mir: »Also gut. Sie stecken in einer Krise. Versuchen Sie doch mal, diese Krise auch als Chance zu sehen. In jeder Krise steckt doch eine Chance, eine Möglichkeit zur positiven Veränderung.« Ganz schön dreist, nicht wahr?

ANONYMUS, der Autor ist langjährig sozialpsychiatrisch und psychotherapeutisch in einer psychiatrischen Klinik tätig.

DAGMAR BARTELD-PACZKOWSKI, geb. 1951 in Hamburg. Ausbildung beim Deutschen Wetterdienst in Neustadt (Weinstraße), Berufswechsel in die allgemeine Verwaltung. Mutter von drei Kindern. 1989 Beginn einer Ausbildung zur Waldorflehrerin. 1992 erster Psychiatrie-Aufenthalt. Dadurch grundlegende Veränderung des Lebens. 1995 gründet sie mit anderen den Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen Schleswig-Holstein. Seitdem in dessen Vorstand und u.a. als Ombudsfrau aktiv, beteiligt an der Planung/Umsetzung des Psychiatrieplanes des Landes Schleswig-Holstein. Zur Zeit Ausbildung zur Hauswirtschafterin beim Deutschen Hausfrauenbund.

JÜRGEN BLUME, geb. 1960 in Kiel, wo er heute wieder lebt. Er lernte Buchhändler und studierte Germanistik, Geschichte und Journalistik und ist heute Mitarbeiter des Paranus Verlages und u.a. Co-Moderator im Kieler Psychoseseminar.

THOMAS BOCK, PD Dr., Dipl. Psych., geb. 1954, verheiratet, drei Kinder, Leiter der Psychosen-Ambulanz an der Uni-Klinik Hamburg-Eppendorf, diverse Fachveröffentlichungen.

FRITZ BREMER, geb. 1954 in Lübbecke, ist Diplompädagoge und arbeitet seit Mitte der 70er Jahre in sozialpädagogischen und sozialpsychiatrischen Einrichtungen. Er gründete 1985 mit Henning Poersel den »Brückenschlag – Zeitschrift für Sozialpsychiatrie, Literatur, Kunst« und später den Paranus Verlag. Heute ist er (Mit-)Geschäftsführer der Brücke Neumünster gGmbH. Er ist verheiratet und Vater von drei Kindern.

DOROTHEA BUCK, geb. 1917, Bildhauerin. Von 1969 bis 1982 Lehrerin für Kunst und Werken an der Fachschule für Sozialpädagogik Hamburg. Unter dem Anagramm Sophie Zerchin (gebildet aus »Schizophrenie«) erschien »Auf der Spur des Morgensterns – Psychose als Selbstfindung«, Hg.: Hans Krieger (Paul List Verlag) 1990, Neuauflage als Econ&List-Taschenbuch, 1999. Beiträge in Büchern und Zeitschriften. Gründungs- und Vorstandsmitglied im »Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener« bis 1996. Seitdem Ehrenvorsitzende des BPE.

MARTIN BÜHRIG, Dr. med., Oberarzt im Zentralkrankenhaus Bremen Ost und zukünftiger Oberarzt im Psychiatrischen Behandlungszentrum Bremen-Nord, Mitarbeiter der Zentralen Planungsgruppe Regionalisierung der stationären Psychiatrie in Bremen (ZPG).

STEPHAN DEBUS, Dr. rer. hum. biol., Jahrgang 1955, wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Abteilung Sozialpsychiatrie der Medizinischen Hochschule Hannover, Mitinitiator und Geschäftsführer der Soteria-Hannover. Forschungsgebiete: Milieuforschung und qualitative Methoden.

HEINZ DEGER-ERLENMAIER, Jahrgang 1944, Angehöriger und Diplom-Sozialarbeiter (FH); 1984 Mitglied der Gründungs- und Satzungskommission des »Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker«. Nach der Gründung des Bundesverbandes 1985 bis 1991 dessen stellvertretender Vorsitzender. Zahlreiche Veröffentlichungen zur Angehörigenarbeit; Planung und Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen zum Thema »Angehörige und Psychiatrie« in ganz Deutschland. Nach Tätigkeiten in der Behindertenhilfe und Jugendpflege Aufbau eines Sozialpsychiatrischen Dienstes in Pforzheim. Seit 1994 im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren tätig, dort Leiter des Tageszentrums.

KLAUS DÖRNER, Jahrgang 1933, Prof. Dr. med., Dr. phil., 1980 bis 1996 Leitender Arzt des Landeskrankenhauses Gütersloh; Lehrstuhl an der medizinischen Fakultät der Universität Witten-Herdecke, lebt heute wieder in Hamburg. Zahlreiche Publikationen, zuletzt: »Der gute Arzt«, München, Schattauer Verlag, 2000.

HARTWIG HANSEN, Jahrgang 1957, Diplompsychologe, war von 1988 bis 1995 Geschäftsführer des Bonner Psychiatrie-Verlages und ist heute freier Mitarbeiter im Paranus Verlag. Er lebt in Hamburg und arbeitet dort auch als Paar- und Familientherapeut.

HEINER KEUPP, Jahrgang 1943, ist Hochschullehrer für Sozial- und Gemeindepsychologie an der Universität München. Seine Arbeitsinteressen beziehen sich auf soziale Netzwerke, gemeindenaher Versorgung, Gesundheitsförderung, Jugendforschung, postmoderne Identität und Kommunitarismus. Zahlreiche Veröffentlichungen, zuletzt: »Identitätskonstruktionen« (1999) und »Eine Gesellschaft der Ichlinge? Zum bürgerlichen Engagement von Heranwachsenden« (2000).

CHARLOTTE KONING, Jahrgang 1959, ehemals Sonderschullehrerin, nun schon seit langem als Verwaltungsangestellte tätig, nebenbei auch noch aktive Psychiatrie-Erfahrene.

BETTINA KROLL, Jahrgang 1969, Dipl.-Psych., absolvierte während ihres Studiums an der Universität Bremen mehrmonatige Praktika in der Akutpsychiatrie in Bremen und Gütersloh sowie in der Soteria Bern. Zur Zeit arbeitet sie auf einer all-gemeinpsychiatrischen Akutstation des Johanniter Krankenhauses Geesthacht und ist dort u.a. mit der Integration von Elementen der Soteria in den Stationsalltag befasst.

PETER KRUCKENBERG, Prof. Dr. med., Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I im Zentralkrankenhaus Bremen Ost.

BEATE LISOFSKY, Jahrgang 1958, Dipl.Journalistin, z. Zt. Pressereferentin des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker (BApK) und Redakteurin der Psychosozialen Umschau.

BApK-Geschäftsstelle, Thomas-Mann-Str. 49, 53111 Bonn, bapk@psychiatrie.de
BApK-Pressebüro, Mannheimer Str. 32, 10713 Berlin, Tel: 0 30 / 86 39 57-04, Fax: 0 30 / 86 39 57-02/-05, bapk-berlin@psychiatrie.de

WIELANT MACHLEIDT, Dr. med., Professor für Sozialpsychiatrie und Leiter der Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie an der Medizinischen Hochschule Hannover, Initiator der »Soteria Hannover« und Leiter der »Internationalen Arbeitsgemeinschaft Soteria« (IAS).

OSKAR NEGZ, Jahrgang 1934, seit 1971 Professor für Sozialwissenschaften an der Universität Hannover, Veröffentlichungen der letzten Zeit: »Achtundsechzig. Politische Intellektuelle und die Macht«, Göttingen, Steidl Verlag; »Kindheit und Schule in einer Welt der Umbrüche«, Göttingen, Steidl Verlag; z. Zt. in Arbeit: »Arbeit und menschliche Würde. Bausteine einer Ökonomie des Ganzen Hauses«.

FRANK-OTTO PIRSCHHEL, Dr. rer. pol., Dipl.-Soz.päd., Mitarbeiter der Zentralen Planungsgruppe Regionalisierung der stationären Psychiatrie in Bremen (ZPG).

NIELS PÖRKSEN, Jahrgang 1934, Dr. med., Facharzt für Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie, Medizinstudium in Berlin, Zürich und Kiel (dort Promotion), weiteres s. Beitrag in diesem Buch, Vorstandsmitglied der Aktion Psychisch Kranke Bonn-Berlin, Vorsitzender im Verein Lebensräume e.V. in Bielefeld und der Deutsch-Polnischen Gesellschaft für Seelische Gesundheit.

RENATE SCHERNUS, Jahrgang 1942, Diplompsychologin, Mitarbeit in den von Bodelschwinghschen Anstalten Bethel von 1970–2000. 1970–1985 Arbeit mit anfallskranken Kindern und Jugendlichen. 1985–1996 Leiterin einer Klinik für mittelfristige psychiatrische Behandlung. April 1996–September 2000 Leiterin des Fachbereichs Psychiatrie der Teilanstalt Bethel. Mitglied der Betheler Ethikkommission. Seit Oktober 2000 Arbeit in eigener psychotherapeutischer Praxis. Redaktionsmitglied der Sozialpsychiatrischen Informationen. Letzte Buchveröffentlichung: »Die Kunst des Indirekten – Plädoyer gegen den Machbarkeitswahn in Psychiatrie und Gesellschaft«, Paranus Verlag, Neumünster 2000.

HARALD SCHMIDT, Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut, Mitarbeiter der Zentralen Planungsgruppe Regionalisierung der stationären Psychiatrie in Bremen (ZPG).

MATTHIAS SEIBT ist Diplompsychologe und war sechs Jahre Vorstandsmitglied des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener e.V. Zur Zeit macht er für diesen Verband Psychopharmaka-Beratung unter der Bochumer Telefonnummer (02 34) 6 40 51 02.

HANS-LUDWIG SIEMEN, Jahrgang 1954, arbeitet als Psychologe in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Erlangen und ist Vorsitzender des »Vereins zur Wiedereingliederung psychisch kranker Menschen – Die Wabe e.V.«. Beschäftigt sich seit vielen Jahren mit der Geschichte der Psychiatrie.

MARTINA STIGLER, Jahrgang 1972, Diplomierte Sozialarbeiterin. 1994–1996 Tätigkeit am Psychiatrischen Krankenhaus der Stadt Wien Baumgartner Höhe. Mitbegründung des Vereins für Psychosebegleitung und Psychosentherapie und des Vereins Freiräume für Menschen in psychischen Ausnahmezuständen, in beiden leitende Funktion seit 1997. Koordinatorin des Krisenhausprojekts in Niederösterreich. Mitverantwortliche für den ersten Wiener Trialog seit 1995. Studium der Theologie und der Vergleichenden Literaturwissenschaften.

MARIA STOCK, Dipl.-Soz.päd., Krankenschwester, Mitarbeiterin der Zentralen Planungsgruppe Regionalisierung der stationären Psychiatrie in Bremen (ZPG).

KARLHEINZ WALTER, Jahrgang 1926, Dipl. Ing. (Tragwerksplanung), 20 Jahre Angehöriger, Landesverband Baden-Württemberg der Angehörigen psychisch Kranker.

WOLFGANG WODARG, Jahrgang 1947, Dr. med., Ltd. Medizinaldirektor a. D., Mitglied des Deutschen Bundestages seit 1994 für den Wahlkreis 1 (Flensburg-Schleswig); 1988 Eintritt in die SPD, seit 1990 Mitglied des Bundesvorstandes der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen, seit 1994 stellvertretender Bundesvorsitzender.

CHRISTIAN ZECHERT, geb. 1949 in Plön, Dipl.-Sozialarbeiter, Dipl.-Soziologe, verheiratet, zwei Kinder. Seit 1988 Wissenschaftlicher Angestellter der Krankenanstalten Gilead in den von Bodelschwingschen Anstalten Bethel, Bielefeld. Schwerpunkt: Statistik, Medizinische Dokumentation, Evaluation, Forschung und Projektmanagement. 1997–2001 Sprecher des Fachausschusses Forschung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie; stellvertretender Vorsitzender im geschäftsführenden Vorstand des Dachverbandes Psychosozialer Hilfsvereinigungen, Bonn.