

Der Weg der Psychiatriegeschichte zu Sozialpsychiatrie

(Esslingen am Neckar – 1983/Alter Rathaus)

Hartwich schreibt im Geleitwort zu seiner Übersetzung von Wing´s "Sozialpsychiatrie", dass derjenige, der die Sozialpsychiatrie als ein eigenständiges und losgelöstes Fach ansieht dazu beiträgt, dass der verbleibende Bereich der Psychiatrie als unsozial bezeichnet wird. Die Sozialpsychiatrie ist nach wie vor fester Bestandteil des Kernbereichs Psychiatrie, lediglich die soziale Perspektive wird etwas stärker berücksichtigt.

Nicht einseitige Polarisierung sondern nur sinnvolle Integration der vielfältigen und interessanten Teilbereiche unseres Faches kann zur angemessenen Gewichtung der einzelnen Perspektiven führen, die dann im richtigen Mischungsverhältnis gebündelt dem individuellen psychiatrisch kranken Menschen als Hilfe angeboten werden sollte.

Es geht darum, dass die begeisternden Ideen von der gemeindenahen Versorgung seelisch leidender Menschen nicht nur beschriebene Blätter in vielen Büchern bleiben. Es kostet viel Mühe, hier neue Wege zu entwickeln, es gehört Mut dazu, diese auch zu begehen.

Es gehört auch eine Portion Kraft dazu, sich selbst immer wieder zu hinterfragen, ob das, was ich gerade mache, den Betroffenen ihre Handlungsfähigkeit wiederzuerlangen hilft, oder ob ich einen Schritt zuviel getan habe und damit den Betroffenen Überraschte oder sogar am Ende unselbstständig werden ließ, ihn „entmündigte“.

2. DEFINITION DER ZIELE

Für meine Begriffe lohnt es sich nicht, lange auf dem Schlagwort der sozialen Psychiatrie herumzureiten. Es ist viel interessanter und effektiver, sich mit einigen Zielvorstellungen zu beschäftigen.

Diese sind:

1. Wiedergewinnung der größtmöglichen Autonomie des Betroffenen
2. Mobilisierung von ausreichendem Potential an Selbsthilfemöglichkeiten
3. Erhalten von ursprünglichen Lebensbedingungen oder
4. entwickeln von neuen, der erreichten Autonomie adäquaten Lebensbedingungen
5. Errichten und aufrechterhalten eines gemeindenahen sozial-psychiatrischen Hilfs- und Behandlungsverbundes

Der sozialpsychiatrische Helfer ist, wie andere auf dem Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie Tätigen auch, auf seine Art ein Geburtshelfer, der durch seine wie auch immer jeweils notwendigen Interventionen, Strategien und Maßnahmen dem Betroffenen hilft, an die Ressourcen zu kommen, mit denen der Patient die oben genannten Ziele erreichen kann und der ihn dort unterstützt, wo Fähigkeiten fehlen oder noch nicht entwickelt sind.

In der Psychiatriedebatte wird oft von Unterversorgung, und ebenso oft von Überversorgung gesprochen. Diese beiden Begriffe beschreiben nicht nur generell

Probleme der Psychiatrie als Disziplin, sondern auch eine alltägliche Dynamik in unserer Arbeit. Für das Alltägliche der Unterversorgung und der Überversorgung versucht sich jeder sozialpsychiatrische Helfer deshalb sensibel zu machen, weil es eine der wenigen Möglichkeiten für uns ist, in unserer Arbeit mit dem Benutzer zusammen den jeweiligen individuellen Mittelweg, einen ausgewogenen zu finden.

Es geht darum, jeweils mit dem Benutzer herauszufinden, wo ich helfen soll und wie viel, das heißt, wie viel kann der Patient noch selbst für sich machen, und hellwach dafür zu bleiben, wenn die Zeit gekommen ist, dass ich mich wieder zurückziehen und das Geschehen dem Patienten selber gestalten und regieren lassen kann.

Hierzu gehört die Beobachtung, dass oft viel Hilfe bedrückend sein kann, zur Selbstaufgabe führt und in der Folge Verschlechterungen der Autonomie nach sich zieht. Das heißt, der Betroffene identifiziert sich mit der Hilfe als Institution mit zunächst für ihn beruhigenden Erfahrungen, entdeckt sich selbst bald nicht mehr dahinter und erlebt schließlich eine vorher nicht da gewesene Hilflosigkeit, aus der ihm Niemand mehr helfen kann - denn in der Institution "Hilfe" befindet er sich bereits.

Hier ist die in unseren Institutionen des Öfteren zu beobachtende Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit der Betroffenen auszumachen, die dann auch Suizide nach sich ziehen kann, als Ausdruck einer Einbahnstraße der Hilfe, die zu einer Sackgasse der Hilfe geworden ist - wenn der Betroffene sich in einem Teufelskreis von Erkrankung und Hilfe befindet, aus dem kein Entrinnen ist.

War jemand zu Beginn sehr hilflos, fällt es uns sicher schwerer aus unserer vorwiegend helfenden und unterstützenden Haltung herauszukommen, und dem Patienten mehr Eigenverantwortung zuzutrauen. Hier geht es uns ähnlich wie allen Eltern, denen es immer wieder schwer fällt ihren Kindern die gewonnene Eigenverantwortlichkeit zuzutrauen und das jeweils mögliche an Selbstgestaltung des eigenen Lebens zu gewähren.

Im wesentlichen dreht sich also die sozialpsychiatrische Arbeit sowohl im direkten Umgang mit dem Patienten wie auch bei der Planung und Organisation von Hilfeangeboten beim Aufbau des Sozialpsychiatrischen Hilfsverbands um die Frage: Wie viel Hilfe jeweils notwendig und wie viel Selbsthilfe schon möglich ist, wobei drauf zu achten ist, dass der Betroffene durch Hilfsangebote nicht gezwungen wird, die erhaltenen "Autonomie-Anteile" aufzugeben.

Ich nehme an, dass sie mich jetzt gerne fragen würden, woher ich die Sicherheit nehme, dass ich gerade das Richtige tue. Es gibt viele Gesichter der Menschen. Das alles, was uns umgibt oder womit wir arbeiten, ist mit Unsicherheiten verbunden, man kann sich eben nicht darauf verlassen.

Die Unsicherheit im Gesicht eines Menschen geschrieben, zeigt mir aber immer wieder an, wie es dem anderen geht oder wie er darauf reagiert, was ich gerade eben gemacht habe. In Folge dessen ist bei meiner alltäglichen Arbeit das Gesicht und der ganze Ausdruck des seelisch leidenden Menschen das wichtigste Buch, in dem ich lese

und aus dem ich Informationen für meine Überlegungen, Vorschläge, Theorien, Interventionen und Verhaltensweisen entnehme.

Und darum geht es, dass wir - und das nicht nur in der Psychiatrie - hinsehen, uns keine Vorurteile über den Anderen bilden, sondern eine Meinung mit ihm zusammen. Dazu stelle ich mir die Frage, ist es mir schon einmal ähnlich ergangen wie es wohl dem Anderen gerade geht, und was hätte mir damals am ehesten geholfen. In dem ich mich hineinversetze, mich einlasse, habe ich eine bessere Möglichkeit den anderen zu verstehen.

Damit ist das nächste wesentliche Ziel der Sozialpsychiatrie kurz umrissen, nämlich, das Streben nach einer Suchhaltung bei uns Professionellen, d.h.: ich suche so lange bis ich den Betroffenen und mit ihm zusammen verstehe, worauf es ankommt und welche Wege zu Änderungen führen können.

Hier muss der Vollständigkeit halber darauf hingewiesen werden, dass Änderungen allgemein als Therapie verstanden werden und dass Änderungen eine Veränderung der Anteile, die die Autonomie des Betroffenen verhindern, oder, im Sinne der erwähnten Geburtshilfe, den nicht benutzten Anteilen zum Leben zu verhelfen.

3. ZUR GESCHICHTE

Zum Stichwort Hilflosigkeit bei Überversorgung muss erwähnt werden, dass keine Hilfe zu organisieren ebenso in einer Sackgasse der Hoffnungslosigkeit endet. Der Psychoanalytiker Erich Fromm hat in seinem Buch "Die Furcht vor der Freiheit" den Satz geschrieben: "Die Möglichkeit allein gelassen zu werden, ist die schwerste Bedrohung im Leben." (Ende des Zitats)

Diese Möglichkeit, alleine gelassen zu werden und die daraus resultierende Bedrohung, ist im Verlauf der Geschichte immer gegenwärtiger geworden, in der zunehmenden Isolation bedrückender und dies nicht nur bei seelisch leidenden Menschen. Eigentlich müsste man diesen Menschen für ihre Sensibilität dafür dankbar sein, dass sie uns auf etwas aufmerksam machen, was wir in unserer vermeintlichen Robustheit nicht merken.

Ich möchte nur jeden einzelnen von Ihnen eben verwirren, während ich einige Zahlen jetzt nebeneinander stelle:

In der Bundesrepublik Deutschland suchen etwa 6-8 Millionen Mitbürger einmal pro Jahr ihren Arzt wegen seelischer Beschwerden auf, etwa 3 Millionen gehen im gleichen Jahr wegen schwerer Erkältungskrankheiten zu ihrem Doktor. Im gleichen Zeitraum suchen 600.000 den Nervenarzt auf, 200.000 werden jährlich in Psychiatrischen Krankenhäusern oder Abteilungen aufgenommen, und 14.000 nehmen sich in einem Jahr das Leben.

Im Naziregime wurden schätzungsweise 120.000 psychisch Kranke, Behinderte und Epilepsiekranken umgebracht, bis Hitler unter Druck der Öffentlichkeit diese wahnsinnige Euthanasie Aktion abbrechen musste.

Während Sie verwirrt sind, darf ich Ihnen sagen, dass diese Hilflosigkeit, die sich aus Ihrer Verwirrung ergibt, wiederum einer der besten Mittel ist, die Sie haben, um aus diesem Zustand wieder herauszukommen. Während sie Betroffenheit und Hilflosigkeit zulassen, lassen Sie auch das zu, was Ihnen oder anderen hilft, für sich selber etwas zu tun. Wenn Sie es nicht zulassen, müssen Sie sich abgrenzen, den anderen ausgrenzen und sich das Problem vom Leibe halten.

Psychiatrie ist ein Thema, über das bis heute noch ungern gesprochen wird und das mit großen Vorurteilen belastet ist. Eine der Gründe dürfte auch die geschichtliche Entwicklung der Psychiatrie sein.

Jede Gesellschaftsform bestimmt, wie mit ihren Kranken und behinderten Menschen umgegangen wird. An die Stelle offenen Diskriminierung, die in der Nazizeit ihren Höhepunkt erreichte, tritt heute eine unauffällige, verdeckte Deklassierung auf, indem die Gesellschaft eine wehrlose Menschengruppe in Anstalten absondert und damit aus ihrem Bewusstsein verdrängt. Die so genannten Robusten und Funktionierenden verdrängen die so genannten Sensiblen, anders Funktionierenden.

Heute ist vieles besser geworden, aber hat unser aller Bewusstsein als Mitbürger mit der Entwicklung Schritt gehalten? Und wie lange sind die professionellen Helfer noch gewillt ihr Engagement für Veränderungen aufrecht zu erhalten, oder bleiben sie lieber wieder für lange Zeit hinter dem warmen Ofen der psychotherapeutischen Naivmalerei hocken? Und wird dieses Verdrängen durch zunehmende staatliche Demontage der finanziellen Rahmen-Bedingungen im sozialen Bereich unterstützt? Ganz sicher wird es unterstützt. Oder andersherum gesagt: es wird bewusst in Kauf genommen, dass durch nicht ausreichende Behandlung immer mehr Betroffene berentet werden – damit fallen sie aus den Statistiken raus und keiner muss sie mehr beachten, weil sie offiziell versorgt sind.

Ich möchte nun einen unvollkommenen Spaziergang durch die Geschichte machen.

Die griechische Kultur bevorzugte eine nüchterne Sicht der psychischen Krankheiten. Sie waren eben Krankheiten wie andere auch. Der angemessene Umgang war schon damals strittig: Körperliche Gewalt, diverse Medikationen oder die heilende Kraft des Dialogs, des Gesprächs. Diät spielte eine große Rolle, allerdings wurde darunter nicht nur das Essen alleine, sondern die Lebensweise überhaupt verstanden – Lebensdiät = Lebensstil.

Im Mittelalter waren Gesundheit und Soziales eine Sache der Kirchen und Ordensgemeinschaften. Sie betrieben und leiteten die Hospitäler, die für alle Menschen offen standen, die aus körperlichen, seelischen und sozialen Gründen in Not geraten waren. Jedoch waren nur wenige psychisch Kranke in diesen Hospitälern. Normalerweise blieben sie im Verband der eigenen Großfamilie in Pflege oder sonst wie in der Dorfgemeinschaft.

Die Inquisition hingegen, der viele seelische Kranke als Besessene oder Hexen zum Opfer fielen, begann ihre Leid bringende Aktivitäten erst mit Ausgang des Mittelalters und dauerte bis weit in die Neuzeit. Seelisch Kranke und andere "eigenartige" Menschen wurden hier zum ersten (und nicht zum letzten) Mal als Sündenbock

benutzt. Hier wird deutlich, was unreflektierte Ideologie für einen Unheil anrichten kann.

In der Renaissance, der Zeit der aufblühenden Städte, entsteht das Bestreben, die eigene Stadt von unsozialen, bettelnden, vagabundierenden, unsauberen, gefährlichen und störend-auffälligen Menschen zu reinigen, das Streben, solche Menschen unsichtbar zu machen oder auszugrenzen. Viele Unsoziale (und seelisch Kranke) wurden aus der Stadt ausgewiesen. Die als störend-gefährlich Angesehenen werden in Zellen, in der Stadtmauer oder in Türmen untergebracht, in sog. "Narrentürmen".

Im Zeitalter des Absolutismus ist der Staat zum ersten mal in der abendländischen Geschichte vital am Besitz einer möglichst großen Zahl gesunder und arbeitsfähiger Untertanen interessiert. Man versucht durchaus dirigistisch die Menschen vernünftig zu machen. Die Aufklärung sagt, dass jeder Mensch "an sich" vernünftig ist.

Irre wurden von der Straße und damit aus dem öffentlichen Bewusstsein verbannt und gemeinsam mit Kriminellen, Bettlern und Landstreichern, Arbeitslosen, Dirnen, politisch Unliebsamen und Geschlechtskranken hinter Schloss und Riegel gebracht. Die hier untergebrachten waren billige Arbeitskräfte, die man gewinnbringend an Manufakturen verpachten konnte.

Erst die vom Geist der Aufklärung gestiftete und geprägte philanthropische Grundhaltung einer breiten Öffentlichkeit durchbrach die herrschende administrative Reglementierung. Man drang auf menschenwürdige Behandlung. In Frankreich wurden Irre "von ihren Ketten befreit", nachdem durch die französische Revolution für alle Bürger die Menschenrechte durchgesetzt waren.

In Wien wurden durch den Willen Josefs II. mehrere karitative Stiftungen zu einem Hauptspital zusammengeschlossen und räumlich mit dem "Narrenturm" zu dem Komplex eines Allgemeinkrankenhauses vereinigt: "Erstmals wurden hier die Geisteskranken als Kranke schlechthin angesehen und nicht grundsätzlich von allen anderen Patienten getrennt."

Als vernünftig für das neue industrielle System galt im 19. Jahrhundert die Fähigkeit zum reibungslosen monotonen Funktionieren, Freisein von störenden persönlichen Eigenarten sowie Kalkulierbarkeit und Vorausberechenbarkeit des Verhaltens. Aus der Großfamilie konnte die, für den industriellen Produktionsprozess zweckrationelle Kleinfamilie werden, mit deren schädigenden Folgen wir bis heute unter anderem zu tun haben.

In dieser Zeit findet auch die Geburt der Psychiatrie als Einrichtung, als Institution statt, erst in England, dann in Frankreich, und im Anschluss in Deutschland. Die Psychiatrie zunächst als Lösung der sozialen Probleme.

Es wurden zwischen 1800 und 1860 insgesamt 76 psychiatrische Krankenhäuser neu errichtet und weitere 18 Altbauten für die Pflege und Betreuung Geisteskranker adaptiert und in psychiatrische Anstalten umgewandelt. Wenn man für die Irren arbeitete und mit ihnen aß und lebte, galt man als kaum weniger ausgegrenzt wie sie.

Man steckte Patienten in Zuber mit lebenden Aalen, brachte sie in Drehmaschinen zur Bewusstlosigkeit, traktierte sie mit schmerzenden Wasserkuren, kurz man versuchte sie um jeden Preis zur Vernunft zu quälen.

Es wäre freilich verfehlt, das Innenleben der Anstalten ausschließlich aus der Repressionsperspektive zu sehen. Es gab auch Ansätze einer Milieu- und Arbeitstherapie. Man könnte für das 19. Jahrhundert sicherlich Grundüberlegungen aufzeigen, die auf das moderne Modell einer therapeutischen Gemeinschaft hindeuten. Es bedurfte schon des, wenn auch kurzlebigen geistigen Aufschwungs der nachgeholt und halben bürgerlichen Revolution von 1848, um auch in Deutschland ein vollständiges Modell der Psychiatrie auch als Wissenschaft herzustellen.

1845 verarbeitete Griesinger seine Erfahrungen in "Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten". Er entwickelte die Idee der Stadtasyle: kleine stationäre Einheiten in der Gemeinde, Hausbesuche, Beachtung der Lebensbedingungen, ambulante Nachsorge. Damit forderte er als Erster wirkliche Gemeindepsychiatrie und kann getrost als Begründer dieser Bewegung betrachtet werden. Griesinger meint, man müsse auch in Deutschland mehr Freiheit geben und führt weiter aus:

"der Grund dieses „Muss“ liegt nicht nur darin, dass es überhaupt ein Unrecht ist, die Freiheit eines kranken Menschen mehr zu beschränken, als dies strikt notwendig ist, sondern wesentlich darin, dass die gesunden Gemütskräfte, deren Erhaltung und Betätigung zu einem wahrhaft humanen Leben eine Hauptaufgabe bei diesen chronischen Fällen ist. In vieljähriger Kasernen artigen Disziplin, in einer mechanisierten Lebensweise und einem steten Zusammensein des Kranken mit lauter anderen Kranken verkümmern und untergehen die individuellen Ressourcen, wie wir dies an Hunderten von Kranken der Pflegeanstalten sehen, weil diese Kräfte eben nur bei einem gewissen Maße von Freiheit gedeihen können." Soweit das Zitat aus dem oben erwähnten Buch von Griesinger, dem heute nichts aktuelleres entgegen gesetzt werden kann.

In dieser Zeit wird auch sehr viel in den Fachkreisen über Geel diskutiert. Das damalige Dorf, heute Stadt Geel liegt etwa 45 Km südlich von Antwerpen. Die Geschichte nahm ihre Entwicklung im Zuge einer Legende seit dem 7. Jahrhundert. Auf dem Grab der von ihrem geisteskranken Vater getöteten Königstochter sollen arme Irre geheilt worden sein. Geisteskranke wurden von ihren Familien mehr und mehr hierher geführt und zuletzt in den Hütten, die entstanden waren, zurückgelassen. Die Verhältnisse brachten es mit sich, dass die Einwohner von Geel die Irren an ihrem Tisch mitessen ließen und sie zur Arbeit anhielten.

Die Geschichte ging weiter, bis 1850/52 durch besondere Gesetze die familiäre Versorgung in Geel durch den Staat übernommen wurde, Ärzte und Pfleger zusätzlich eingestellt wurden und 1862 eine Aufnahmeeinheit errichtet wurde. Heute werden in Geel etwa 1500 Patienten versorgt, 300 in der Klinik und die übrigen in den Pflegefamilien. Die Betreuung der Pflegefamilien wird hauptsächlich durch Pflegekräfte geleistet. 9 Ärzte werden in Geel für die Versorgung als ausreichend angesehen.

Die Landeskrankenhäuser bildeten damals für die Geisteskranken gleichsam eine Durchlaufstation, keine Bleibe. Patienten fielen bei längerer Krankheit dann wieder der völlig unzureichenden Fürsorge der Gemeinden anheim. Hier auf kommunaler Ebene stellte sich das eigentliche Irrenproblem. Die Gemeinden wären ohne die Hilfe katholischer Klöster und Ordenskongregationen, die traditionell in der Irrenpflege engagiert waren, überfordert gewesen.

Seit Anfang der 90er Jahre praktizieren die Behörden unter Ausblendung der von ihnen selbst geäußerten Zweifel eine Kontrolle, die den Irren zunehmend der Betreuung durch seine Angehörigen entzog. Ein dichtmaschiges Netz bürokratischer Regelungen kettete ihn an die Anstalten, aus denen es meist kein Entrinnen gab. Staatliche Irrenfürsorge wandelt sich zu staatlicher Irrenüberwachung. Man errichtete die neuen Anstalten in ländlich idyllischer Lage.

Die Liberalisierung in den Anstalten setzte sich erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts mühsam durch. Hier finden auch die ersten Ansätze von örtlicher Betreuung durch die Arbeit der Nervenärzte.

Der Nationalsozialismus pervertierte mit der Euthanasieaktion das bis dahin entstandene Gedankengut. Diese Vorgänge haben die psychiatrische Versorgung in der Bundesrepublik Jahrzehntlang in Misskredit gebracht.

Man kann daher die Sozial-Psychiatrie auch als Antwort auf diese tragische Geschichte betrachten.

Als wesentliches Merkmal versucht die Gemeindenähe mit dem Bestreben, eine Senkung des Krankenstandes im Bereich der psychischen Störungen durch folgendes zu erreichen:

1. Prävention im engeren Sinne als Ausrichtung der Gesamtversorgung
2. Vermeidung der Hospitalisierung durch Konzentration auf ambulante Behandlung
3. Abbau von Vorurteilen
4. Neuorientierung des Behandlungsziels in der Psychotherapie, der Anspruch auf völlige Umstrukturierung der Persönlichkeit wird aufgegeben und auch Teilerfolge angestrebt, in dem nicht mehr alleine innerpsychische Veränderungen angestrebt werden, oft Veränderungen in Lebensverhältnissen oder Änderungen bei den Bezugspersonen

Eingebettet wird dieses in Organisationsprinzipien der Lebens-Raum nahen Versorgung, im Zuge systematischer Verteilung von Behandlungseinrichtungen nach demographischen und geographischen Gesichtspunkten. Allgemeine Verfügbarkeit der ambulanten Versorgung ist wie die Kontinuität ein wichtiges Organisationsprinzip, ebenso wie die interdisziplinäre Arbeitsorganisation verschiedener Berufsgruppen.

Konkret sollen nun Sektorisierung und Standortplanung stattfinden, ambulante Dienste in Gemeinden eingerichtet neben Tageskliniken, Nachtkliniken sowie Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Ergänzend sollen psychiatrische Dienste in den Betrieben tätig werden.

Behandlungsprinzipien sollen Vorsorge, Nachsorge und Rehabilitation beinhalten, getragen von allseitigen therapeutischen Vorgehen. Jegliche Einseitigkeit, etwa die Fixierung auf Psychoanalyse oder Psychopharmaka, soll fallengelassen werden zugunsten des Einsatzes aller jeweils gebotenen und verfügbaren therapeutischen Mittel.

Therapeutische Gemeinschaft ist ein wichtiger Versuch, überflüssigen Zwang in psychiatrischen Krankenhäusern abzubauen und sowohl Patienten wie auch Personal aktiv an der Therapie zu beteiligen. Ein wichtiges Prinzip wie auch Ziel ist dabei die Öffnung von geschlossenen Stationen.

Somit spielt die Gruppentherapie eine wesentliche Rolle bei dem sozialpsychiatrischen Umgestalten von Kliniken. Wegen dieser Verflechtung läßt sich auch der Bereich der Psychotherapie von der psychiatrischen Versorgung kaum noch trennen. Die veränderte Stellung der Psychotherapie im System der Versorgung hängt auch damit zusammen, dass sie zunehmend neben der Form der Gruppentherapie auch die Form der Kurztherapien verwendet.

Negatives Gegenbild zu allen gemeindepsychiatrischen Forderungen sind die psychiatrischen Fachkrankenhäuser herkömmlicher Prägung, namentlich die psychiatrischen Landeskrankenhäuser, auf welche im Jahr 67,1 % des Bettenbestandes entfielen, und dies im Gegensatz zu den insgesamt nur 4,4 %, welche Fachabteilungen einschließlich psychiatrischer Universitätskliniken auf sich vereinigen konnten.

Diese Entwicklung ist - zusammen mit der Gemeindeferne der meisten Psychiatrischen Landeskrankenhäuser - das Ergebnis einer nun mehr als 150 Jahre zurückliegenden Entscheidung in jenem Streit, den seinerzeit Griesinger und Roller miteinander führten. Griesinger hatte die damals übliche Trennung zwischen heilbaren und unheilbaren Irren durch eine Abgrenzung zwischen psychisch akut und chronisch Kranken zu ersetzen versucht. Demgemäß verlangte er stadt- bzw. wohnortnah gelegene Kliniken nach dem Beispiel des von ihm gegründeten Heidelberger Stadtasylys zur kurzfristigen Hospitalisierung der psychiatrisch Akutkranken.

Griesingers Vorstellungen von der Einbeziehung bestimmter Bezugspersonen in die Behandlung und der Berücksichtigung präorbider sozialer Verhältnisse des Patienten beim Entwurf eines Therapieplans sind, wie Dörner bemerkt hat, teilweise bis heute "sozialpsychiatrischer Wunschtraum" geblieben, nachdem die "Section Psychiatrie" der Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte 1868 in Dresden sich endgültig gegen die von ihm geforderte Trennung ausgesprochen und beschlossen hatte, "wie bisher darauf hinzuwirken, dass neu zu bauende Irrenanstalten außerhalb der Städte angelegt werden".

So sprach sich die Sektion nach Jahrzehnte langen vorherigen kontroversen Debatten auch gegen eine psychiatrische Versorgungsstruktur nach dem Modell der Geelschen familialen Betreuung.

Das ist der Zustand, mit dem sich die moderne Geschichte zu beschäftigen hat.

Natürlich sind die eben erwähnten Zahlen von 1973 überholt, denn inzwischen gab es die Enquete der Bundesregierung, einige Reformen und zwei Modellprogramme.

Und wie geht man mit psychiatrischen Problemen im Ausland um.

AUSLAND

In Frankreich befreit Pinel 1791 die Irren von ihren Ketten. Darauf folgend wird erst 1883 das bis heute gültige Gesetz über psychiatrische Krankenversorgung und Einweisungsmodalitäten psychiatrischer Patienten verkündet. Das Gesetz schrieb den Departements die Schaffung von psychiatrischen Krankenhäusern vor und übergab dem Präfekten die letzte Verantwortung.

Danach erst entstanden viele der psychiatrischen Großkrankenhäuser mit ihrer seit 1861 einheitlichen ärztlich direktorialen Leitung. Die Abgeschlossenheit dieser Großkrankenhäuser, die besonderen administrativen Zuständigkeiten, sowie getrennte Laufbahnen für Ärzte bedingten eine Auseinanderentwicklung der Anstalts- und der Akademischen-Psychiatrie

Während des 2. Weltkriegs verhungern Zehntausende von psychisch Kranken in den Anstalten. In St. Alban verbinden sich 1941-1944 radikale Demokratisierungs- und Reformversuche (Öffnung der Anstalten, gemeinsame Landarbeit, um die Ernährung zu sichern) mit Entwürfen neuer Versorgungsstrukturen und politisch-militärischem Widerstand gegen die deutsche Besatzung und das Vichy-Regime.

In der Nachkriegszeit verhinderte das rasche Ende der Resistance-Koalitionsregierung die Durchsetzung der in St. Alban entwickelten Vorstellungen von einer demokratischen, gemeindenahen, stationären und ambulanten integrierenden, sozialen Psychiatrie. Lebhaftere theoretische Diskussionen lassen die asyläre Psychiatrie im wesentlichen unverändert. Eine psychoanalytisch orientierte therapeutische Gemeinschaft mit gesellschaftspolitischen Zielsetzungen, gewinnt erst mit der Studentenbewegung von 1968 einen weiteren Wiederhall.

1954 erfolgte der erste Versuch einer sektorisierten Psychiatrie im 13. Stadtbezirk von Paris durch Paumelle. 1972 wurden Durchführungsverordnungen zur Sektorisierung erlassen, die den Sektor statt des psychiatrischen Krankenhauses zum zentralen Element der psychiatrischen Versorgung machen.

Das Sektorprinzip wird zumindest formal im Sinne territorialer Begrenzungen auf überschaubare Versorgungseinrichtungen und Integration von ambulanter und stationärer Versorgung in ganz Frankreich eingeführt.

Charakteristisch für die französischen psychiatrischen Institutionen vor allem der Pariser Region, ist deren starke psychoanalytische Durchdringung was die Gefahr einer Psychiatisierung sozialer Probleme mit sich bringt.

In England gibt es neben den strukturellen Aspekten des Nationalen Gesundheitsdienstes, pragmatische Lösungen, die für viele Fragen gefunden wurden, während man sich zur gleichen Zeit auf dem Kontinent, oft auf Grund mangelnder praktischer Erfahrung noch in Ideologie-Diskussionen erschöpfte. Besonders auf den

Gebieten der Sozialpsychiatrie und der psychiatrischen Epidemiologie sind englische Forscher führend.

Durch den Nationalen Gesundheitsdienst fielen alle Hospitäler an den Staat, wodurch psychiatrische Krankenhäuser die gleichen Rechte bekamen, wie alle anderen Krankenhäuser auch.

Erst durch die Gesetzgebung von 1959 begann sich die Situation für die psychiatrischen Patienten tatsächlich zu ändern. Zwei Empfehlungen wurden laut: die immer noch praktizierten Unterschiede zwischen körperlich und psychisch Kranken aufzuheben und die Behandlung psychisch Kranker aus den Anstalten in die Gemeinden zurück zu verlagern.

Der 1962 verabschiedete Hospitalplan sieht vor, dass die Versorgung psychisch Kranker auf Distriktebene erfolgen soll, d.h. für die Bevölkerungszahlen zwischen 80.00 bis ca. 450.000 Einwohnern.

Die Entwicklung ist nicht mit der Geschwindigkeit vorangegangen, wie von vielen erhofft wurde. Noch immer steht die große Mehrzahl der Betten, etwa 95 %, in psychiatrischen Großkrankenhäusern. Darüber hinaus ist die Abteilungsgröße an Allgemeinkrankenhäusern oft nicht ausreichend, um eine wirkliche Vollversorgung der Region gewährleisten zu können.

Eine eindrucksvolle Verbesserung der psychiatrischen Versorgung ist in England durch großzügige Förderung von Tageskliniken gegeben, erhöhte sich deren Zahl bis 1970 auf 115 und umfasste 1974 mehr als 150. Zum Vergleich in der Bundesrepublik waren 1977 zwischen 20-25 Tageskliniken zu zählen. Tageskliniken haben zweifellos in England zu der drastischen Bettenreduktion der Großkrankenhäuser beigetragen, ohne die in anderen Ländern bei Bettenreduktion beobachtete schlechtere Versorgung.

Auch in der Schweiz ist die Entwicklung der sozialen Psychiatrie durch eine pragmatische Grundtendenz charakterisiert und geht mit vier Modellen verschiedene Wege. Klinikzentriertes Modell im Kanton Wallis, poliklinikzentriertes Modell in Genf, Sektorsierung in Kanton Waadt und Regionalisierung im Kanton Zürich.

Eine Förderung der außerklinischen Psychiatrie und insbesondere der sozialen Psychiatrie ist nur dort vorgesehen, wo es sie schon gibt. In der Mehrzahl der Kantone zeigt sich eine deutliche Tendenz, die krankenzentrierte Psychiatrie weiter zu entwickeln, und zwar vor allem durch den Ausbau bereits vorhandener Spitäler.

Staatliche Familienpflege, in der Schweiz eine jahrzehntelange Tradition, bildet eine der wesentlichen Ausnahmen zu anderen Ländern.

Bei den psychiatrischen Fachärzten führen die guten psychotherapeutischen Ausbildungsmöglichkeiten zu einer einseitigen Auswahl ihrer privaten Klientel; die mangelnde Versorgung der nicht psychotherapierbaren Patienten ruft nach einer stärkeren Zusammenarbeit von Sozialpsychiatrie und Allgemeinärzten.

Einen radikalen Weg zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung ist die italienische Bewegung der Demokratischen Psychiatrie, mit dem verstorbenen Psychiater Franco Basaglia an der Spitze, gegangen. Es wurde erreicht, dass in Italien per Gesetz die Irrenhäuser geschlossen wurden und die Kranken in die Gemeinde zurückgegeben wurden.

Dies erforderte natürlich den Aufbau einer entsprechenden psychiatrischen Betreuung außerhalb der Kliniken. So wurde die sektorale Versorgung begründet, indem das jeweilige Einzugsgebiet der betreffenden Anstalt in Versorgungszonen, in Sektoren unterteilt wurde, denen jeweils eine Abteilung in der Klinik zugeordnet war. Das Personal der entsprechenden Klinikabteilung wurde so verantwortlich für die ambulante und stationäre psychiatrische Versorgung der korrespondierenden externen Zone.

Dort, wo sich die Kommune - und das ist vielerorts in Italien der Fall gewesen - nicht rechtzeitig auf die Situation vorbereiten wollten oder konnten, füllten sich die Gefängnisse, verwehrten die Betroffenen auf der Straße, es fehlte Hilfe. Heute werden wieder Stimmen laut, aus diesen Gründen zu der alten Versorgungsreform zurückzukehren.

Dort, wo ein psychiatrisch-sozialer Dienst eingerichtet wurde, dessen Team aus Arzt, Psychologe, Krankenschwestern und Sozialarbeitern für bestimmte Region mit Pflichtversorgungsauftrag zuständig ist, dort sind die Ergebnisse wiederum beneidenswert.

Dieses wie auch das nachfolgende Beispiel von USA zeigen am eindringlichsten, dass in der Psychiatrie ebenso wie in der Arbeit mit einzelnen darauf geachtet werden muss, den Mittelweg zu suchen und so vorzubereiten, dass er nicht in eine Sackgasse führt.

Die zunehmende Kritik an den z. T. zu Schlangengruben heruntergekommenen Großkrankenhäusern war der wichtigste Anstoß für die Einsetzung einer Enquete Kommission 1955-61 in den USA. Die Enquete erschien fast anderthalb Jahrzehnte früher als in der Bundesrepublik.

Die 1963 von Präsident Kennedy begonnene Reform legte den Schwerpunkt auf den Aufbau eines völlig neuen, wohnortnahen Versorgungssystems und vernachlässigte die Einbeziehung der traditionellen Großkrankenhäuser. Neu gegründete psychiatrische Gemeindezentren erhielten zunächst massive finanzielle Unterstützung aus Bundesmitteln und gingen dann stufenweise in die Trägerschaft der Kommunen und Kreise über.

Förderungswürdige Zentren müssen folgende fünf als wesentlich vorgeschriebene Dienste umfassen: stationäre Dienste, ambulante Dienste, teilstationäre Dienste, 24-Stunden-Notfall-Dienst, Dienste für Öffentlichkeitsarbeit und Beratung.

Die Zahl der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern wuchs von 1963 bis 1971 um 60 % auf 750. Die psychiatrischen Großkrankenhäuser schrumpften sich teilweise gesund, indem sie sich weitgehend ihrer chronischen

Stationen entledigten und für Alterspatienten praktisch einen generellen Aufnahmestopp durchsetzten. Es gibt aber immer noch einige Anstalten mit mehreren Tausend Insassen.

Die Population aller öffentlichen psychiatrischen Krankenhäuser sank von 1955 bis 1975 von 559.000 auf unter 200.000. Gleichzeitig stieg jedoch die Zahl der psychisch Kranken und Behinderten in Wohn- und Pflegeheimen zwischen 1964 und 1969 von 222.000 auf 427.000. Die meisten dieser außerpsychiatrischen Institutionen sind privat betriebene Heime, die sich in Abbruchzonen der Städte konzentrieren (umfunktionierte Hotels, Motels und Primitivunterkünfte).

Zu dieser katastrophalen Fehlentwicklung hat im wesentlichen die mangelhafte Koordination zwischen den verschiedenen Kostenträgern und politischen Ebenen beigetragen. Die Patienten wurden kostentechnisch in den Verantwortungsbereich der Sozialhilfe (Bundesmittel) umgeschichtet, aber zugleich von weiterer psychiatrischer Versorgung weitgehend ausgeschlossen. Zu dem folgenden Elend der von Geschäftemachern ausgenutzten Patienten, gesellte sich eine quälende Einsamkeit.

In den Skandinavischen Ländern sind Entwicklungen, die vor mehr als 25 Jahren begonnen haben reizvoll, die psychiatrische Versorgung in der Region Oslo, ist für die Bundesrepublik ein geradezu ideales Modell.

Nach dem 2. Weltkrieg hatten die Anstalten hierzulande mit dem äußerst mangelhaften Zustand ihrer Häuser zu kämpfen, der durch die schlechte Wirtschaftslage nach den beiden Weltkriegen und durch die katastrophale Vernachlässigung während der Nazizeit entstanden war. Der Neubau psychiatrischer Krankenhäuser hatte seit der Jahrhundertwende nicht mehr mit der Bevölkerungsentwicklung Schritt gehalten.

Die Hauptlast der Betreuung trugen etwa 60 Landeskrankenhäuser, die jeweils eine durchschnittliche Bettenzahl von über 1500 hatten und vielfach noch haben. Die Großkrankenhäuser waren aus den alten Heil- und Pflegeanstalten hervorgegangen und ihre Bausubstanz stammte oft noch aus dem 19. Jahrhundert. Sie waren meistens stadtfern in ruhigen, ländlichen Gegenden errichtet worden.

Diese Krankenhäuser mussten und müssen weitgehend heute noch alle Arten von psychisch Betroffenen aufnehmen (Psychotiker, Suchtkranke, Schwachsinnige, Epileptiker, psychisch kranke Rechtsbrecher usw.). Die Bettenkapazität der einzelnen Anstalten war durch die Schaffung von Erweiterungsbauten weit über jedes vertretbare Maß hinaus angewachsen.

Dazu kam noch die durch den Aufnahmestopp - die Zahl der Aufnahmen vervierfachte sich im Lauf der ersten zwanzig Jahre nach dem 2. Weltkrieg - erzwungene Aufstellung zusätzlicher Betten. Damit war die Umwandlung aller für soziale Aktivität benutzbaren Räume zu Krankenstationen und die katastrophale Überbelegung der Abteilungen verbunden.

Zusammen mit dem vielerorts herrschenden Personalmangel führt diese Entwicklung fast in allen psychiatrischen Krankenhäusern zu elenden und menschenunwürdigen

Lebensbedingungen, denen vor allem die so genannten chronisch Kranken ausgesetzt waren.

Dadurch wurde die Entwicklung von differenzierten Therapien erschwert. Kranke und Pflegepersonal, die oft wenig Außenkontakt hatten, bilden eine stereotype Binnenstruktur, die dem Kranken einerseits Schutz und Versorgung gewährleistete, andererseits aber auch den Nachteil sekundärer hospitalisierungs Erscheinungen mit sich bringt.

1952 setzte eine neue Epoche in der medikamentösen Therapie der Psychosen ein mit der Entwicklung der Neuroleptika gegen Schizophrenie und Manie und Thymoleptika gegen endogene Depressionen. Diese Mittel bewirkten erstmals in der Geschichte der Psychopharmaka nicht lediglich eine Dämpfung und Ruhigstellung, sondern vermochten wahnhaftes Erleben, Sinnestäuschungen und Verstimmungen anzugehen und zu bessern.

Der bis heute anhaltende Fortschritt in der Psychopharmakotherapie hat die Gestalt und den Verlauf der Psychosen verändert, die akuten Verläufe wesentlich abkürzt und den Weg für soziotherapeutische, psychotherapeutische und rehabilitative Bemühungen entscheidend erleichtert. Die Psychopharmaka haben so innerhalb weniger Jahrzehnte das Gesicht der psychiatrischen Krankenhäuser verändert.

Trotzdem waren im Jahre 1973 immer noch 46 % aller Patienten in diesen Fachkrankenhäusern länger als fünf Jahre und allein fast ein Drittel länger als 10 Jahre in verwahrender Behandlung. Diese wurden von einem gravierenden Ärztemangel begleitet mit einem Patient/Arztverhältnis von 300:1. Nach den Empfehlungen der WHO sollte das Verhältnis 30:1 betragen.

Für die meisten Patienten bestand die Alternative zwischen Landeskrankenhaus und freier Praxis. Eine Brücke im Sinne eines abgestuften Versorgungsnetzes zwischen oft geschlossener Klinik und der ambulanten Behandlung fehlte. Weder von den Landeskrankenhäusern noch von den niedergelassenen Ärzten konnten diese Funktionen wahrgenommen werden.

Das ist die Zeit von neuen Initiativen. 1970 stellte eine Gruppe von Bundestagsabgeordneten den Antrag an das Parlament mit der Aufforderung, es möge die Bundesregierung mit einer umfassenden Untersuchung über die psychiatrisch-psychohygienische Versorgung der Bevölkerung beauftragen. Im gleichen Jahr im Mai trifft sich der erstemal der Mannheimer Kreis, in dessen Folge im Dezember die Gründungsversammlung der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP) stattfindet. Gleich danach im Januar 1971 wird die Aktion Psychisch Kranke gegründet. Im Juni 1971 beschließt der Bundestag, eine Enquete über die Lage der Psychiatrie erstellen zu lassen und im August konstituiert sich die Sachverständigen Kommission.

Bei diesem Sachstand war es den Psychiatern vordringlich, zunächst untereinander eine Übereinstimmung darüber herbeizuführen, welche Wege zu beschreiten und wie die Akzente zu setzen sind. Das Ergebnis war eine Denkschrift als Rahmenplan zur

Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik, vorgelegt im September 1971 von der Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde.

Im Januar 1972 folgt der Zielplan zur Versorgung psychisch Kranker und Schwachsinniger im Lande Nordrhein-Westfalen, August 1972 Rahmenplan zur Versorgung psychisch Kranker und geistig Behinderter im Rheinland.

Oktober 1973 erfolgt der Zwischenbericht der Sachverständigen Kommission und 1975 der Bericht der Bundesregierung über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland.

In dem Schlussbericht der Enquete-Kommission werden die vorher erwähnten katastrophalen Zustände in der Psychiatrie beschrieben incl. der fehlenden Abstimmung und Konkurrenzen zwischen den einzelnen Versorgungseinrichtungen.

Diesen Zuständen soll durch eine auf 4 Prinzipien beruhende Reform begegnet werden:

1.

Durch eine dezentrale gemeindenahere Versorgung, d.h., Beschränkung psychiatrischer Dienste auf kleine, überschaubare Versorgungsgebiete. Dadurch kann eine Region versorgt werden, und die psychiatrischen Einrichtungen können sich am Bedarf der Region orientieren.

2.

Rechtliche und finanzielle Gleichstellung seelisch und körperlich Kranker, d.h. unter anderem die Reintegration der Psychiatrie in die allgemeine Medizin. Damit ist der Einbezug psychiatrischer Abteilungen in allgemeine Krankenhäuser gemeint, um die Kluft zwischen somatisch und psychisch orientierter Medizin wieder überbrücken zu können und eine Gleichbehandlung von psychischen Störungen ohne Ausgrenzung zu ermöglichen.

3.

Psychiatrische Krankenhäuser sollten eine Gesamtgröße von maximal 200 Betten nicht überschreiten. Hierin sind allerdings Tagesklinikplätze, andere halbstationäre Einrichtungen und flankierende Maßnahmen mit einbegriffen, dazu gehören weitere Versorgungselemente mit stufenweiser Rehabilitation und nachgehender Fürsorge. Inzwischen konnte die Zahl der Psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern von 44 im Jahre 1973 auf 61 im Jahre 1979 erhöht werden - heute sind es mehr.

4.

Bedarfsgerechte Koordination und Kooperation aller Versorgungsdienste und umfassende Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten.

Ergänzt wurden diese Prinzipien durch einen 7 Punkte umfassenden Forderungskatalog, der u. a. die Einrichtung von Modellversorgungsgebieten zur Überprüfung von Forschungsvorschlägen umfasst.

Das Vorhaben der Bundesregierung, Modellregionen einzurichten, wird von den CDU-regierten Ländern torpediert; Modellregionen aus Bundesmitteln wurden zunächst nur in SPD-Ländern eingerichtet.

Um die außenstationäre psychiatrische Versorgung weiter entwickeln zu können, hatte die Landesregierung in Baden-Württemberg im August 1980 ein eigenes 5-jähriges Modellprogramm beschlossen. Durch das, wissenschaftlich begleitete Landesprogramm, soll laut des zuständigen Ministeriums vor allem in Erfahrung gebracht werden, wie die psychiatrische Vor- und Nachsorge im Alltag gestaltet werden muss, wie groß der Bedarf überhaupt ist und welche Hilfen notwendig sind.

REFORMZIELE UND REALITÄT - BILANZ

Inzwischen ist die Psychiatrie im wesentlichen wieder zur Tagesordnung zurückgekehrt. Lediglich die zwei angesprochenen Programmvorhaben erinnern gegenwärtig noch an die mit der Einsetzung der Psychiatrie-Enquete-Kommission verbundenen Hoffnungen auf eine Reform der psychiatrischen Versorgung.

Die überwiegende Zahl der Modelleinrichtungen muss sich erst mit existentiellen Sorgen herumschlagen, da die Nachfolgefinanzierung nicht gesichert ist und die Verantwortlichkeiten zwischen verschiedenen Ebenen der Verwaltung hin und her geschoben werden. Eine mögliche Mischfinanzierung der Dienste wird nur schleppend diskutiert.

Im Sinne einer Zwischenbilanz kann an dieser Stelle zusammengefasst werden, dass gemeindenahere psychiatrische Versorgung durchaus nicht nur einen Akzent setzenden Arbeitsbegriff darstellt, sondern ein gerade hierzulande alternatives Versorgungskonzept, welches die Erreichbarkeit, Überschaubarkeit und kooperative Verknüpfung einer bedarfsgerechten Vielfalt von Diensten und Möglichkeiten darstellt, und dies in räumlicher Beziehung zu einer oder mehreren Gemeinden.

Allerdings muss die Organisation und Kooperation maßgeblich von den örtlichen Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften ausgehen, denn diese können die Versorgung noch am besten den örtlichen Bedürfnissen anpassen.

Es bleibt Grund genug zur Skepsis, da Problemgruppen der heutigen Psychiatrie oft immer noch als einzige Perspektive den Aufenthalt in einer Großklinik haben, wenn im ambulanten Bereich nicht wesentliche strukturelle Änderungen stattfinden.

In Baden-Württemberg gibt es z.B. bis heute keine einzige Institutsambulanz, abgesehen von den Ambulanzen der Universitätskliniken.

Dabei liegen die Vorurteile von ambulanten Versorgungseinrichtungen auf der Hand:

- sie gewähren den einzelnen Patienten und Klienten durch das belassen in seinen sozialen Bezügen ein Maß an persönlicher Freiheit, das psychiatrische Großstrukturen nicht bieten können
- Die Umorientierung in der psychiatrischen Therapie zur Sozialpsychiatrie hat deutlich gemacht, dass nicht nur der einzelne Benutzer im Zentrum der

therapeutischen Hilfe zu stehen hat, sondern auch sein soziales Umfeld. D.h., dass die Behandlung in der Regel dort erfolgen soll, wo die Probleme auftreten, in der Familie, im sozialen Umfeld.

- Ambulante Dienste und komplementäre Hilfsangebote erfordern ein ungleich weniger aufwendiges Hilfesystem als stationäre Großeinrichtungen - das gilt z.B. für die Verwaltungstechnik und die professionelle Durchstrukturierung. Durch eine weitgehende Beteiligung der ambulanten Dienste an den Versorgungsaufgaben kann eine therapeutisch sinnvollere und sogar kostengünstigere Arbeit geleistet werden.

- gemeindenahere Dienste ermöglichen wegen ihrer Überschaubarkeit eine weitgehende Beteiligung der Betroffenen an der inhaltlichen Weiterentwicklung dieser Dienste sowie Mitwirkung an Entscheidungsprozessen. Hilfe zur Selbsthilfe wird hier auch dadurch ermöglicht, dass es auch Betroffenen freisteht, sich, z.B. als Mitglieder von Trägervereinen, an der Planung von Diensten zu beteiligen, soweit die Arbeit des "Professionellen" zu kontrollieren.

Den Vorteilen ambulanter und komplementärer Versorgungseinrichtungen steht allerdings eine Praxis gegenüber, die einige der positiven Möglichkeiten dieser Einrichtungen wieder aufhebt. Ursache dafür sind nicht konzeptionelle Mängel, auch nicht schlechte Arbeit, sondern ein Leistungssystem im Sozialversicherungswesen, das es einzelnen Einrichtungstypen immer nur ermöglicht, einzelne Hilfeleistungen anzubieten.

Ein System von integrierten Hilfsangeboten in verschiedenen Bereichen wird oft durch das gegliederte Sozialversicherungssystem, das bestimmte Hilfsangebote jeweils einem bestimmten Kostenträger zuordnet, unmöglich gemacht. Ambulante Dienste, die in ihrer Angebotspalette ein breiteres Hilfeleistungsspektrum aufweisen, sind oft sehr schlecht oder überhaupt nicht finanziert; sie leben vom idealistischen Einsatz der Mitarbeiter oder von der Unterstützung öffentlicher oder freier Träger, eine Tatsache, die jedoch kein Regelfinanzierungssystem bedeutet.

Patientengruppen, für die diese Hilfsangebote eine Überforderung darstellen, oder deren Hilfesuche in anderen Bereichen liegen, werden wieder einmal ausgefiltert. Diese Praxis hat dazu geführt, dass bestimmte Problemgruppen unter den psychisch Kranken vom derzeitigen ambulanten und komplementären Versorgungssystem kaum erfasst werden, für sie stellt oft die Großklinik alten Typs noch das einzige Hilfsangebot dar.

Viele so genannte Langzeitkranke fallen durch das Netz der ambulanten, komplementären Einrichtungen, weil ihrem Grundbedürfnis nach einer kontinuierlichen Begleitung durch Mitarbeiter, die ihnen vertraut sind, nicht entsprochen werden kann. Oft ist nur die Langzeitstation der Großklinik in der Lage, die Kontinuität, die diese Menschen dringend benötigen, zu bieten; dies jedoch um den Preis eines weitgehendsten Verlustes der persönlichen Privatsphäre.

Diese Tendenz wird nur teilweise durchbrochen durch das Engagement vorrangig freier Träger, die ihre Aufgabe auch in der Versorgung von Problempatienten sehen und die eine konzeptionell breite Entwicklung ihrer Dienste vorangetrieben haben,

(z.B. in Hücklingen und in Solingen), die staatlichen Träger oft nicht möglich war durch die fehlende Flexibilität der Dienste und die große Hemmschwelle, die das aufsuchen von staatlichen Behörden für viele Klienten bedeutet.

Außerdem darf im Zeitalter des Datenverbundes die mögliche soziale Kontrolle nicht vergessen werden.

Sollen und wollen ambulante Dienste einen Teil der Struktur der Großkliniken überflüssig machen, d.h. zu einer Verkleinerung oder schrittweisen Auflösung der großen Strukturen beitragen, so haben sie bestimmte Funktionen, die bisher ausschließlich bei diesen Großkliniken lagen, mit zu übernehmen und das heißt, sie müssen nach dem Prinzip der Pflichtversorgung arbeiten. Sie müssen Versorgung anbieten und nicht weiter delegieren.

Damit meine ich, dass sich ein Dienst regional für alle Patientengruppen als Ansprechpartner zuständig fühlt, d.h., dass dieser Dienst bestimmte Patientengruppen nicht ausfiltern, sozial-psychiatrisch nicht rehabilitierbare oder nicht so schnell rehabilitierbare Patienten an andere Einrichtungen, wie Großkliniken, weitergeben kann.

Dass der Traum der Sozial-Psychiatrie bis heute so wenig umgesetzt ist, liegt aber auch daran, dass das psychiatrisch-psychotherapeutische Gebiet ein Tummelplatz für unzählig viele Meinungen, Vorgehensweisen, Schulen und Haltungen ist, die mit der jeweils entsprechenden Ideologie schwerpunktmäßig oder für sich alleine derart in den Vordergrund gestellt werden, dass eine allumfassende ganzheitliche Vorgehensweise oft wegen der aufgestellten Polaritäten nicht möglich ist.

Immer noch, wie in der geschichtlichen Entwicklung schon erkennbar, verhindert die theoretisch beobachtende, nur nach wissenschaftlichen Interessen ausgerichtete Psychiatrie die Entwicklung der praktischen handlungs orientierenden Vorgehensweise vor Ort.

Dieses alles wird noch dadurch ergänzt, dass die Arbeit in der Psychiatrie nicht einfach ist, persönlich des öfteren aufreibend und entmutigend; man muss sich ständig auf irgendetwas einlassen. Kompromisse schießen, das eigene Durchhaltevermögen wird mehr als einem lieb ist beansprucht und die ständigen Widerstände von verschiedensten Seiten ebenso wie die zögernde Haltung der politischen Ebenen, belasten die alltägliche Arbeit noch dazu, oft sehnt man sich einfach nur nach Ruhe.

Aber auch das Eigeninteresse von uns selbst, hier vor allen Dingen der Ärzte, wirkt sich auf die Durchführung der gemeindenahen Psychiatrie hemmend aus: Hier spielen Standesinteressen, private finanzielle Interessen und Ängste sich überhaupt auf einen anderen Menschen mehr einzulassen, eine wichtige Rolle.

So wird der Traum von einer allumfassenden kontinuierlichen und lebensnahen psychiatrischen Versorgung auch durch die jeweiligen privaten Träume und Ängste der Professionellen in seiner Umsetzung verhindert. Das alles verursacht wohl die zu

beobachtende Entmutigung und das Nachlassen des sozial-psychiatrischen Engagements.

Hier sind wir an einem Punkt, den wir aus der Geschichte auch schon kennen, wir müssen hier aufpassen, dass der Trend nicht wieder zurückgeht, dass wir uns nicht alle miteinander in der Anstalt wieder finden. Man kann auch als sozial-psychiatrisch Tätiger bei der Arbeit auf der Gemeinde-Straße die gleiche Anstaltspsychiatrie betreiben, wenn man nicht tagtäglich versucht die wichtigsten Grundsätze umzusetzen.

Das wichtigste Kriterium zur Beurteilung der Qualität unserer Arbeit ist die Meinung der Betroffenen, der Benutzer, der Patienten. Das heißt, dass nicht wissenschaftliche Untersuchungen und große Computeranlagen uns die Richtigkeit unseres Weges bescheinigen werden, sondern eine kontinuierliche und direkte Supervision von den Patienten selbst ist die einzige Möglichkeit zu erfahren, ob unsere Hilfsangebote auch wirklich hilfreich sind.

So lange wir dieses Supervisionsprinzip nicht akzeptieren, werden wir uns ständig in einer Schaukelbewegung zwischen der Anstalt und der Lebens-Raum nahen Psychiatrie befinden.

Das ist der Hospitalismus der Professionellen.

Egal welche Tätigkeit innerhalb der psychosozialen Versorgung man im Auge hat und unabhängig von der Stelle, die man ausfüllt oder an welche Anweisungen oder Organisationsformen man gebunden ist - immer sollte diese Tätigkeit vom Bestreben getragen sein, den Betroffenen zur größtmöglichen Autonomie in ihrer Entfaltung zu verhelfen unter Vermeidung jedweder wie auch immer gearteten Manipulation. Nur so können Menschen wachsen und bleiben nicht alleine.

Je mehr sich die Isolation des unfreiwilligen Alleinseins in eine existentielle Not unserer Gesellschaft verbreitet, desto weniger darf der sozialpsychiatrische Ansatz ein Traum bleiben.

Somit unterscheidet sich dieser Traum nicht von Träumen anderer Lebensbereiche. Er passt in die Landschaft unseres Lebens, wo es immer wieder heißt, ob wir das, was wir als lebensrettend erkennen, auch in die Tat umsetzen wollen, ob wir auf einen Messias warten wollen, der die Ökologie wieder herstellt, der uns sagt, habt keine Angst, es ist alles vorbei und überhaupt, das war doch alles gar nicht wahr.

Wer weiß, vielleicht wird es sogar dafür wieder eine gute Tablette geben.