

Rückhalt für ein Leben in der Gemeinde

Aus dem Grußwort von Michael Köpke zur Tagung „Schizophrenie - die Krankheit verstehen“ am 4.5.1996 in Rostock

Als ich darüber nachgedachte, was es zur Einleitung der heutigen Veranstaltung zu sagen gibt, waren meine Gedanken auf den Menschen gerichtet, der heute im Mittelpunkt der Veranstaltung steht - auf Herrn Prof. Finzen.

Er gab wesentliche Anstöße zur Reform der Psychiatrie, und das regte mich an, mich der Wegweiser zu erinnern, die die Psychiatrieplanung in Mecklenburg-Vorpommern begleitet haben und die, wie ich während dieser Erinnerung feststellte, nicht an Aktualität verloren haben. Damit bleibe ich dem Motto der heutigen Veranstaltung treu - „Verstehen Lernen!“.

Allerdings beschränke ich mich auf einige, wenige Gedanken beim „Verstehen Lernen der Krankheit“, auf den Aspekt, in welchen Strukturen Hilfen geleistet werden können und/oder sollten, denen psychisch kranke und behinderte Menschen bedürfen.

Psychiatrie rückt in den Blickpunkt der Öffentlichkeit

Beginnen möchte ich mit dem Jahr 1975, in dem Finzen gemeinsam mit anderen Autoren die psychiatrischen Institutionen Europas und insbesondere Deutschlands als ungenügend, veraltet und überholungsbedürftig bezeichnete.

Während sich in einer Reihe von westlichen Ländern, vor allen in England, den Niederlanden und in den skandinavischen Ländern, die Anstaltspsychiatrie kontinuierlich zu einer dezentralisierten Gemeindepsychiatrie mit einer Reihe von präventiv wirkenden Diensten entwickelt hat, ist die deutsche Psychiatrie erst am Ende der 60er Jahre wieder in den Blickpunkt der Öffentlichkeit gerückt.

Erst zu dieser Zeit wurde aus verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen Kritik an den „menschenunwürdigen“ Zuständen in den psychiatrischen Anstalten mit der Folge geübt, daß der deutsche Bundestag im Jahre 1973 eine Enquete zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik in Auftrag gab.

Sie wurde 1975 veröffentlicht. Die Enquete forderte eine radikale Reform der psychiatrischen Versorgung. Kulenkampff meinte 1976, daß eines der Hauptanliegen der Bundesenquete darin bestand, dem Prinzip der Dezentralisation zum Durchbruch zu verhelfen. Im übrigen können die Hauptpunkte der Enquete folgendermaßen charakterisiert werden: 1. die gemeindenahere Versorgung, 2. die bedarfsgerechte und umfassende Versor-

gung aller psychisch Kranken und Behinderten, 3. die bedarfsgerechte Koordination aller Versorgungsdienste, 4. die Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken.

Die aus 120 Mitarbeitern bestehende Enquete-Kommission hat nach einer sehr gründlichen Analyse des Ist-Zustandes und vergleichbarer Vorgänge in anderen Ländern das noch ungeordnete Gedankengut eingesammelt, die internationalen Erfahrungen berücksichtigt und versucht, die vielfach divergierende Bestrebungen beteiligter Gruppen einem Ausgleich zuzuführen. Die Enquetekommission machte die mangelnde Koordination der Institutionen ebenso deutlich wie den Nachteil des zu großen Krankenhauses mit 1000 und mehr Betten. Besonders wurde aber hervorgehoben, daß im Gegensatz zu anderen Ländern in der Bundesrepublik Ambulanzen fast völlig fehlten.

Es wurden Standardversorgungsgebiete von 150 000 bis 350 000 Einwohnern festgelegt, in denen alle Hilfen, deren die psychisch Kranken und Behinderten bedürfen, vorgehalten werden sollen.

Als prioritär betrachtet die Kommission: 1. den Aus- und Aufbau der komplexeren Diensten, 2. den Aus- und Aufbau der ambulanten Dienste, 3. den Ausbau von Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, 4. die Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung, 5. die vorrangige Verbesserung der Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen sowie von Suchtkranken und insbesondere von Alkoholikern, 6. die Entwicklung von Modellversorgungsgebieten in städtischen wie ländlichen Regionen.

Veränderungen in Gang gesetzt

1985 konnte Finzen, der auch maßgeblich an der Enquete mitgewirkt hatte, schreiben, daß die Mitarbeiter der Kommission zu Mediatoren, zu Vermittlern zwischen Planern und Praktikern wurden („Das Ende der Anstalt“).

Sie setzten dort, lange vor Abschluß der Enquete, dringend notwendige Veränderungen in Gang. In dem Jahrzehnt, das der Veröffentlichung der Enquete folgte, kam es in der Bundesrepublik zu einer zeitlichen Überschneidung von politisch getragenen Reformwellen und einer heftigen Auseinandersetzung mit der unheilvollen politischen Vergangenheit der Nazi-Zeit, vor allem was die „Tötung unwerten Lebens“, d.h. der Massenmord an psychisch Kranken, betrifft. Dieses Zu-

sammentreffen ist gewiß kein Zufall. Beide Bewegungen haben ihre Grundlage in dem unbedingten Willen nach Respekt des Individuums und der konsequenten Verteidigung der Persönlichkeitsrechte.

In der gleichen Zeit bemühte sich auch die Forschung um Ergebnisse, die zu einer effizienten Psychiatrieplanung beitragen können. Bei der Angebotsplanung besteht eine zentrale Frage darin, in welcher Häufigkeit welche psychischen Störungen vorkommen und wie sich diese Häufigkeit verändert.

Häfner beantwortet diese Frage 1985 vorsichtig, wenn er schreibt: „Der Eindruck, die Häufigkeit psychischer Erkrankungen habe in den letzten 10 Jahren zugenommen, besteht nur teilweise zu Recht. Ein großer Teil der sichtbaren Zunahme ist bedingt durch veränderte Krankheits- und Problemdefinitionen, durch vermehrte Behandlungsangebote und gestiegene Nachfrage. Die bedeutendsten Faktoren, die zu einer wirklichen Zunahme psychischer Erkrankungen führten, sind der wachsende Anteil alter Menschen an der Bevölkerung und die höhere Lebenserwartung jüngerer Jahrgänge.“

Ein echtes Problem, das durch die epidemiologische Forschung erhellt werden kann, ist das Problem der Fehlplatzierung. Dies gilt vor allem für die Gerontopsychiatrie. Hier haben die Arbeiten von Bergener und Jacobaschk klärend beigetragen, indem sie faßbare Zahlen beibrachten. Durch die Arbeiten von Dilling wurde deutlich, wie groß der Anteil an der Betreuung psychisch Kranker durch die Hausärzte ist.

So kann also zusammenfassend festgestellt werden, daß die Epidemiologie wertvolle Beiträge zur Planung im Sinne der Abklärung der Häufigkeit bestimmter Störungen in einer Population beigebracht hat, jedoch relativ wenig zur Frage der optimalen Gestaltung einer psychiatrischen Versorgungsstrategie beisteuerte. Die Verfeinerung der pharmakotherapeutischen Behandlung trug zur Verkürzung der Aufenthaltsdauer in den Einrichtungen bei. Einen größeren Einfluß auf die Wandlung der Institutionen hatte aber die immer breiter gefächerte Einbeziehung der Psychotherapie. Aufgabe der Institution ist es, Ort eines neuen zwischenmenschlichen Verstehens und Austauschens zu sein, verhärtete Positionen innerhalb des sozialen und familiären Gefüges aufzulockern und neue Antworten

in der Konfliktbearbeitung anzubieten. Die Systemtheorie und ihre Anwendung im Sinne der Familientherapie hat ihren Einzug genommen, sie beeinflusst den Umgang der Pflegenden mit den Patienten und Angehörigen. All diese Aspekte beeinflussen wohl das therapeutische Klima, den Stil des Umgangs, die Arbeitsweise der Behandelnden, nicht aber die Organisation als solche.

Intensiviert wurde allgemein die Beschäftigungstherapie. Dabei handelte es sich um einen echten Ausbau der Versorgung. Im wesentlichen wird mit der Beschäftigungstherapie ein Angebot nach Maß für die Eingliederung der Kranken angestrebt.

Ciampi postulierte 1988 eine patientenzentrierte anstelle einer institutionszentrierten Versorgungsstrategie. Diesen Ansatz verfolgt letztlich auch die Expertenkommission, die im gleichen Jahr vor dem Irrglauben warnt, Therapie, Rehabilitation und Versorgungsmanagement könnten derart perfektioniert werden, daß schließlich seelisches Leiden generell zu beseitigen sei.

Psychiatrische Hilfen an Bedürfnissen orientieren

Gerade mit dem Blick auf chronisch psychisch kranke Menschen geht es vielmehr darum, neben die therapeutischen Anstrengungen zur Heilung solche zur Linderung und Stützung zu stellen, um so auch ein Leben mit seelischer Behinderung erträglich zu machen.

In der Auswertung der Modellprojekte, die auf der Basis der Enquete entstanden, forderte auch die Expertenkommission in Ihren Empfehlungen eine gezieltere Zuwendung zu den konkreten Bedürfnissen nach Hilfe des einzelnen.

Die Expertenkommission verkleinerte die Standardversorgungsgebiete weiter. Es war nicht mehr die Rede von einer Versorgungskette, sondern von einem Netz. Es sollen nicht mehr isolierte Bausteine der psychiatrischen Versorgung nebeneinander gestellt werden.

Vielmehr geht es darum, ein durchlässiges System zu schaffen, das flexibel auf die wechselnden Bedürfnisse der psychisch Kranken reagieren kann. Ein so flexibles Netz, das gleichzeitig äußerst komplex ist, kann nur bei einer entsprechenden Koordination funktionieren. Der Aspekt der Koordination gewinnt damit eine noch größere Bedeutung.

1989, das Jahr, in dem in der DDR eine grundlegende Veränderung der gesellschaftlichen Verhältnisse eingeleitet wurde, erschien ein Artikel über die Wandlungen der psychiatrischen Institutionen (von Prof. Dr. C. Müller). Er stellt eine kompetente Zusammenstellung der thematisierten Prozesse für die westliche Welt dar. Für die östliche Welt trifft er die

Aussage, daß in den kommunistischen Ländern, das schloß zu diesem Zeitpunkt die DDR ein, erstaunlicherweise sehr wenig Bewegung festzustellen sei, was eine Reform betrifft. Diese Aussage wird auch nicht weiter differenziert.

Vorteile und Mängel der ehemaligen DDR-Psychiatrie

Bemühungen, die in den Rodewischer oder Brandenburger Thesen formuliert wurden, blieben unerwähnt. In der DDR hatten sich aber multiprofessionelle ambulante Behandlungszentren entwickelt, die die Einheit von medizinischer Behandlung und psychosozialer Betreuung realisierten. Tagesklinische Behandlungsmöglichkeiten, insbesondere für Abhängigkeitskranke, schlossen sich nahtlos diesen Strukturen an. In einigen Kliniken folgte man bereits 1980 dem Sektorisierungsprinzip.

Die geschützten Werkstätten ermöglichten ebenso wie die geschützten Abteilungen in Betrieben eine Eingliederung behinderter Menschen in diese Bereiche, bewirkten die Integration in den Arbeitsalltag mit den positiven Folgen, die aus einer Teilnahme am Arbeitsleben resultieren.

Ein Vorteil der DDR bestand in der Einheit von Kranken- und Rentenversicherung, in der „Sozialversicherung“. Da es nur einen Kostenträger gab, existierte auch keine Kostentrennung für die einzelnen Bereiche. Damit bestand bereits ein Finanzierungspool, wie er heute angestrebt, aber selten erreicht wird, um ein Versorgungssystem ohne Brüche zu gestalten.

Hiermit will ich zum Ausdruck bringen, daß es nicht gerechtfertigt ist, so zu tun, als hätte es in der DDR keine Bemühungen um eine angemessene psychiatrische Versorgung gegeben zumal ein solches Verhalten diejenigen diskriminiert, die sich unter sehr schwierigen Bedingungen für die psychisch kranken Menschen zu dieser Zeit eingesetzt haben.

Allerdings muß auch hinzugefügt werden, daß das politische System der DDR diesen Bemühungen enge ideelle und materielle Grenzen setzte. In der DDR verhinderte eine streng zentralistisch geführte, innergesellschaftliche Konflikte vertuschende Administration Problemanalysen - zumindest vor der Öffentlichkeit.

Trotz des gemeinsamen Ursprungs der Versorgung psychisch kranker und behinderter Menschen entwickelte sich während der vierzigjährigen Zeit der Zweistaatlichkeit und der divergierenden Entwicklung der Gesundheits- und Sozialsysteme in Deutschland die Organisation und Systematik sehr unterschiedlich. In der stationären Versorgung wiesen die sehr großen Differenzen in der Bettenkapazität der psychiatrischen Krankenhäu-

ser zwischen den Bezirken ebenso wie die äußerst unterschiedlichen Personalbesetzungen daraufhin, daß keine zielgerichtete Planung betrieben wurde. Die zentralistische Planung berücksichtigte nur sehr unzureichend die regionalen Besonderheiten.

Die hohen Bettenzahlen - bezogen auf die Bevölkerung - ergaben sich aus der offenkundigen Fehlplatzierung eines großen Teils der Patienten. Die Psychiatrie wurde in einem größeren Ausmaß vernachlässigt als andere medizinische Disziplinen. Die Bausubstanz vieler Krankenhäuser war marode, Patienten wurden häufig in Bettensälen untergebracht, die mehr als 20 Betten hatten.

Hilfen zum Wohnen wurden in Heimen unter häufig menschenunwürdigen Lebensbedingungen angeboten. Diese Heime waren häufig Krankenhäusern angeschlossen oder waren Heime, die im Rahmen der allgemeinen Alten- und Pflegeheime bestanden. Eine behindertengerechte Betreuung konnte unter den gegebenen räumlichen und personellen Voraussetzungen nicht geleistet werden.

Schwierige Situation nach der Wende

Mit der Vereinigung Deutschlands wurde auch eine Bestandsaufnahme über die „Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR“ erstellt. Dabei wurde festgestellt, daß sich die Psychiatrie im Osten Deutschlands in einem ähnlichen Zustand befand wie in den Altbundesländern vor der Psychiatrieenquete zu Beginn der 70er Jahre, was zumindest in einigen Punkten, die ich bereits erwähnt habe, relativiert werden muß.

Zunächst verschlechterte sich die defizitäre Situation der Psychiatrie in den neuen Bundesländern noch. Durch das Wegbrechen der Fachambulanzen mit ihrer Bündelung ärztlicher, psychotherapeutischer, psychologischer und sozialer Betreuungsangebote fehlten ambulante Hilfen. Die Kapazitäten geschützter Arbeit in den Betrieben und anderen Bereichen wurden nahezu vollständig liquidiert. Die neue politische Situation behinderte das Funktionieren des Bestehenden. Es bestand nicht die Möglichkeit, vor diesen Ausfällen alternative Versorgungsmöglichkeiten zu schaffen, die die Defizite auffangen konnten. So sehr die gesellschaftlichen Veränderungen zu begrüßen waren, schufen sie doch für die Psychiatrie zunächst eine schwierige Situation.

Einstellungswandel durch Auseinandersetzung

Auch an dieser Stelle kann ich Finzen anführen, der 1995 in einem Artikel mit dem Titel „Was ist Sozialpsychiatrie“ schrieb,

daß energisches, politisches Handeln nicht zwangsläufig zu einer erfolgreichen Änderung oder gar Besserung der Verhältnisse führen müsse. Wenn dem so wäre, hätten nicht Generationen vor uns resigniert, hätten wir längst nicht nur eine bessere Psychiatrie, sondern eine bessere Welt. In den USA hat die Sonderbotschaft von Präsident Kennedy 1963 Akzente gesetzt und auf politischer Grundlage die Schaffung von Community Mental Health Centers ermöglicht.

In Italien wurde die Auseinandersetzung infolge der charismatischen Persönlichkeit von Franco Basaglia schon früh auf die politische Ebene getragen und eine tiefgreifende Veränderung erreicht. Beide Reformen haben zu positiven Veränderungen geführt, aber auch zu gravierenden Benachteiligungen bestimmter Gruppen von psychisch kranken Menschen.

Zu einer solchen Ausgrenzung schreibt wiederum Finzen: „Es werde gar nicht so selten darauf abgeleitet, daß es legitim sei, den einzelnen Kranken im Dienste der großen Sache zu vernachlässigen. Dieses Mißverständnis beruht auf zwei Irrtümern: Zum einen auf der unbewiesenen Annahme, man könne auf der inhumanen Preisgabe einzelner eine humane Welt aufbauen; zum anderen auf der naiven Hoffnung, die jeweilige Gesellschaft ließe sich von dem Elend einer noch so großen Zahl vernachlässigter Kranker beeindrucken oder gar zur Änderung von Haltung und Einstellung zwingen.“

Wenn Veränderungen von Einstellungen bewirkt werden konnten, dann gingen sie zumindest in den letzten Jahren in erster Linie von der Selbsthilfe aus, die aus der eigenen Betroffenheit heraus mit großem Engagement zu überzeugen wußte und weiß. In Mecklenburg-Vorpommern erhebt der Landesverband der Angehörigen und Freunde psychisch Kranker seine Stimme nicht nur im Psychiatriebeirat des

Landes mit Nachdruck, sondern bei allen Gelegenheiten, bei denen es um das Wohl der psychisch kranken Menschen und ihrer Angehörigen geht. Dafür spricht auch die heutige Veranstaltung. Der Landesverband hatte die Idee für diese Tagung und setzte sie kurzfristig mit großem Engagement um. Der Landesverband hat einen wesentlichen Anteil an dem, was inzwischen in Mecklenburg-Vorpommern entstanden ist. Mecklenburg-Vorpommern befindet sich auf dem Weg, die Forderungen der Enquete zu erfüllen.

Die Sozialpsychiatrischen Dienste sind flächendeckend tätig. Eine 1000 Betten-Klinik gibt es nicht, nicht einmal eine 500 Betten-Klinik. Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern wurden und werden eingerichtet. In allen Regionen entstehen Bausteine der psychiatrischen Versorgung. Es sind Einrichtungen entstanden, die Lebensbedingungen bieten, die den psychisch kranken und behinderten Menschen gerecht werden.

Koordination verhindert „nebeneinander her arbeiten“

Allerdings stehen angemessene Hilfen noch nicht in jeder Versorgungsregion in gleichem Maße zur Verfügung, wie es der Psychiatrieplan des Landes fordert. Vor allem läßt die Vernetzung, wie sie die Expertenkommission meint, zu wünschen übrig. Der nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke von 1993 vorgeschriebene Psychiatriekoordinator existiert bisher erst in einer Versorgungsregion.

Ohne die Koordinatoren werden sich hier, ebenso wie in den alten Bundesländern, Einrichtungen und Dienste entwickeln, die nebeneinander her arbeiten, statt im Sinne der Betroffenen ein durchlässiges System zu schaffen.

Psychiatrieplan beschreibt den Weg

Das Finanzierungssystem baut bereits genügend Hürden auf, die behindern, daß ein so durchlässiges, bedarfsgerechtes System gestaltet werden kann. Deshalb mußte im Psychiatrieplan auch ein sehr pragmatischer Weg beschritten werden, um die Versorgung zu beschreiben.

Die einzelnen Formen der Institutionen wurden definiert, weil sich jede Form anders finanziert. Eine Institutionsform, die nicht klar definiert ist, wird gar nicht finanziert. Andererseits ist der Definition vorangestellt, daß mit einer Veränderung der Art der Betreuung nicht zwangsläufig auch ein Wechsel der Wohnung, hier auch im Sinne des Heimplatzes, verbunden sein soll. Es ist in jedem Fall anzustreben, dem psychisch kranken oder behinderten Menschen in seiner Wohnung die Hilfe anzubieten, die aktuell erforderlich ist.

Ich habe in den hier geäußerten Gedanken nicht unabsichtlich Herrn Prof. Finzen besonders häufig zitiert. Das ist meine Form, Herrn Prof. Finzen für seine Arbeit zu danken. Ohne Menschen wie ihn stünde die Qualität der psychiatrischen Hilfen heute noch an einem ganz anderen Punkt.

In Mecklenburg-Vorpommern konnten wir u.a. auf Erkenntnisse von Herrn Prof. Finzen aufbauen und ich freue mich besonders, daß ich nicht nur in der Vergangenheitsform reden muß, sondern wir heute die Gelegenheit haben, unser weiteres Handeln mit ihm zu diskutieren.

So möchte ich auch an das Ende meiner Ausführungen ein Zitat von Prof. Finzen setzen.

Es beschreibt die Maxime, mit der der Weg zu einer weiteren Verbesserung des psychiatrischen Hilfesystems m.E. begleitet sein muß, wenn er erfolgreich sein soll - vor allem vor dem Hintergrund der z.Z. überall leeren Kassen:

„Angesichts der heutigen Situation der psychiatrischen Krankenversorgung in diesem Lande kann es also nicht um Antipsychiatrie oder Sozialpsychiatrie gehen, sondern um eine alternative Psychiatrie, die ihr soziales Engagement mit Besonnenheit und Schläue einsetzt.“

Michael Köpke

Psychiatriereferent
des Landes Mecklenburg-Vorpommern

Zusatz:

Grußwort vom 4. Mai 1996, Tagung „Schizophrenie - die Krankheit verstehen“, Zentrum für Nervenheilkunde, Rostock-Gehlsdorf. Zwischenüberschriften und das Foto hat die Redaktion hinzugefügt.



Der Workshop „Schizophrenie - die Krankheit verstehen“ im Zentrum für Nervenheilkunde Rostock rückte am 4. Mai 1996 sozusagen die Psychiatrie in den Blickpunkt der Öffentlichkeit. Über 200 Psychiatrieerfahrene, Angehörige und Fachleute besuchten die Veranstaltung.