

Rainer Kukla

Fachtagung „Gemeindepsychiatrie und Kliniken. Von der Konkurrenz zur Partnerschaft - Modelle erfolgreicher Vernetzung“ am 19. und 20. Januar 2016 in Frankfurt

Vortrag:

"Aus der gleichen Schule - Die Historie der Sozialpsychiatrie"

Meine Damen und Herren,
nach PRIEBE lassen sich vier Bedeutungen und damit Gegenstandsfelder der Sozialpsychiatrie unterscheiden:

Sozialpsychiatrie

- als Denkorientierung,
- als gesundheitspolitische Bewegung,
- als therapeutische Praxis und
- als Wissenschaftsbereich. ¹

Erwarten Sie bitte nicht, dass ich im folgenden das Thema in dieser Breite angehe. Wenn ich die Intentionen der Veranstalter richtig verstehe, geht es ja insgesamt insbesondere um das Spannungsfeld zwischen der Gemeindepsychiatrie (als dem praktischen Ziel der Sozialpsychiatrie) einerseits und den Kliniken andererseits, anders gesagt: zwischen stationärer und außenstationärer, intra- und extraruraler Versorgung. Ich will mich daher stärker auf die strukturellen Aspekte der Sozialpsychiatrie konzentrieren. Dabei mag deutlich werden, dass manche der uns aktuell beschäftigenden Fragen/Probleme schon recht alt sind.

Die historischen Wurzeln dessen, was man später Sozialpsychiatrie nannte, reichen weit zurück; mindestens bis etwa zum Ende des 18. Jahrhunderts, als unter dem Einfluss der Aufklärung aus den „Tollhäusern“ „Hospitale“ wurden und an die Stelle pietistischer Grundsätze erstmals ärztlich - medizinische Aspekte traten sowie ins 19. Jahrhundert, als philanthropische Ideen, wie die des „moral treatment“ praktische Auswirkungen zeitigten.

Aus philanthropisch - humanitären Impulsen (nicht zuletzt als Reaktion auf die unerträglichen Bedingungen, unter denen die sog. Geisteskranken damals „in der Gemeinde“ behandelt wurden) und später mit dem Vordringen naturwissenschaftlichen

Denkens in der Medizin haben hier wenige Generationen unserer Vorväter überall im Lande psychiatrische Anstalten realisiert.

Zumindest in einem Punkt war die Entwicklung vom Konzept her folgeschwer: Den Planern und Erbauern der neuen Heilanstalten schien aus therapeutischen Gründen übereinstimmend wesentlich, den psychisch Kranken aus seiner bisherigen Umgebung zu entfernen, ihn in eine idyllisch ruhige Lage zu versetzen und daher neue psychiatrische Anstalten fernab von größeren Städten zu errichten.

Im übrigen entschied man sich, bei den sogenannten „gemischten Anstalten“ zu bleiben, das heißt, in diesen sowohl akute als auch chronische Formen psychiatrischer Krankheit - anders formuliert: Heilbare und Unheilbare - zu behandeln. Die Heil- und Pflegeanstalten wurden so vielfach zu einem Sammeltopf sehr unterschiedlicher Patienten- und Behindertengruppen. Das sollte auf Dauer allergrößte Schwierigkeiten bereiten.

Zur Vorgeschichte - soweit sie das Außerstationäre betrifft - gehört insbesondere die Gründung von (psychiatrischen) Hilfsvereinen und ähnlicher Initiativen.

HERTING nennt in seiner Schrift von 1930 als „allererste“ die Bildung einer Gesellschaft in Florenz („Assistenza e custodia di dementi“) 1643. Die nächste Gründung scheint ihm eine deutsche zu sein, nämlich 1811 die Gründung einer eigenen Unterstützungskasse für die Irrenanstalt an der Charité in Berlin.²

Der erste Hilfsverein im deutschsprachigen Raum wurde 1829 in Eberbach/Hessen - Nassau gegründet. Ziel war es; „Hilfsbedürftigen, welche aus dem Irrenhause als hergestellt austreten, ein angemessenes Unterkommen zu verschaffen und sie mit Rath, Verwendung und... auch mit Geldmitteln zu unterstützen.“³

Nach dem ersten Vereinsbericht von 1831 hatte der Verein 1.210 zahlende Mitglieder und 211 sog. Patrone/Vertrauensmänner, deren Aufgabe es war, den Kranken nach der Entlassung bei der Arbeitssuche zu helfen und für eine Unterkunft zu sorgen sowie Vorurteile in der Bevölkerung abzubauen. Leider ging er vor 1848 bereits wieder ein.

JACOBI, Gründer und Leiter der Irrenanstalt für die Rheinprovinz in Siegburg, führte seit 1840 eine Unterstützungskasse, „deren Erträge teils zum Vergnügen der Kranken, teil zur Unterstützung Entlassener Verwendung fanden“.

Nach der Reichsgründung 1871 und der Errichtung zahlreicher neuer Heil- und Pflegeanstalten wurde auch eine Reihe weiterer „Hilfsvereine für Geisteskranke“ ins Leben gerufen. So z.B. 1872 der „Badische Hilfs-Verein für arme aus den Anstalten Illenau und

Pforzheim Entlassene“, der „St. Johannes-Verein zur allgemeinen Irrenfürsorge in Westfalen“ und der „Berliner Hilfsverein für genesene Gemütskranke“.

Hinzu kamen auch weitere Hilfskassen, Unterstützungsfonds und auch sog. Fürsorgestellen zur Nachbetreuung aus „Irrenanstalten“ entlassener Geisteskranker, welche die bisherige Arbeit der Hilfsvereine unterstützten.⁴

Imponierend waren insbesondere die Zahlen, die der „Hilfsverein für Geisteskranke in der Rheinprovinz“ vorlegen konnte. Ein Jahr nach der Gründung anno 1900 verzeichnete er bereits 1.500 Mitglieder (er übernahm den Mitgliederstand des bestehenden Düsseldorfer Hilfsvereins, der in ihm aufging), 1929 waren es sogar - sage und schreibe - 27.850 Mitglieder in 1.636 Ortschaften und 426 Vertrauensleute. Es gehörte damals offenbar zum guten Ton, dass die Honoratioren in den Ortschaften sich als Mitglieder engagierten. Davon kann man heute nur träumen.

Nach THEBRATH lassen sich fünf Aspekte der Vereine feststellen:

1. Gemeinsames Ziel war das humanitäre Bemühen um die mittellosen Kranken, (oder - wie es hieß - der „armen Irren“)
2. Im Mittelpunkt der Vereinsaktivitäten standen finanzielle Überbrückungshilfen für entlassene Kranke.
3. Mit Hilfe der Vertrauensleute/Patrone gelang es einigen Vereinen, den Kranken individuell bei der Arbeits- und Wohnungssuche zu helfen.
4. Mehr Programm als Wirklichkeit blieben die Versuche, durch Unterricht und Aufklärung der Öffentlichkeit zur „Hebung der Irrenpflege“ beizutragen. (Immerhin wird von „kleinen Flugblättern“ zu „Werbe- und Aufklärungszwecken „ berichtet, die in hoher Auflage abgegeben wurden.)
5. Bestimmend war für alle Hilfsvereine, daß sie von den Direktoren der Nerven- und Heilanstalten angeregt, gegründet und dann auch geleitet wurden. (Mit dem Nachteil: Ziele und Ausmaß der Aktivitäten des Vereins standen und fielen mit der Überzeugung - oder auch Arbeitskraft - des jeweiligen Anstaltsdirektors. Sie gingen über den Status als Anhängsel an das bestehende Anstaltswesen nicht hinaus.)

In der Psychiatrie - Enquête heißt es hierzu später: „Diese Vereine haben zwar eine bedeutende humanisierende Wirkung entfaltet. Im Gegensatz zu der Mental-Health-Bewegung in den USA haben sie aber die breitere Öffentlichkeit weder für die Probleme

psychisch Kranker noch für die allgemeinen Gedanken und Zielsetzungen der psychohygienischen Bewegung langfristig interessieren können.“⁵

Zurück zu den Anstalten:

Die bereits genannte gemeindeferne Lokalisation der Einrichtung und die Heterogenität der Hospitalisierten waren nur zwei Charakteristika der Anstalten. Sie waren darüber hinaus durch ihre Übergröße heillos überfordert. Die Versuche der frühen Reformer, ihre Ideale in die Realität umzusetzen, scheiterten schon an der bloßen Menge der Patienten. Die steigenden Zahlen (- vor allem ab 1875 geradezu explosionsartig -) hatten im 19. Jahrhundert vor allem zwei Ursachen: Zum einen die Umverteilung durch Aufnahme der Patienten aus den Familien und der Verlegung aus Gefängnissen und Armenhäusern sowie zum anderen durch die Zunahme von Krankheiten wie insbesondere der Progressiven Paralyse und der alkoholbedingten Krankheiten.

Problematisch war auch das Verankertsein in ein von der übrigen Medizin abgetrenntes Versorgungssystem und eine nicht immer konfliktfreie Kluft zu den Universitätskliniken des eigenen Faches, die eher GRIESINGER`s Ideen (Stichwort: Stadtasyle) fortsetzten.

Vereinfacht läßt sich feststellen, daß gegen Ende des 19. Jahrhunderts die Krankenhausaufenthalte länger werden, die Zahl der chronisch Kranken wächst und die Hospitalismus - Schäden zunehmen.

Die Situation in den Anstalten, aber auch der Vereine verschlechterte sich drastisch durch den 1. Weltkrieg, die Kriegsfolgen und die 1921 einsetzende Inflation (die auch viele Hilfsvereine bzw. Unterstützungskassen um ihr Vermögen brachte).

Vor diesem Hintergrund lebten um 1919 mancherorts alte Konzepte der Familienpflege wieder auf. Dennoch kam die offene Fürsorge in der Psychiatrie über erste Anfänge nicht hinaus.

Etwa Mitte der zwanziger Jahre lassen sich wieder zunehmende Aktivitäten der Hilfsvereine verzeichnen sowie stärker werdende sozialpsychiatrische Aktivitäten. 1927 /1928 kam es zum Zusammenschluss der Hilfsvereine im „Verband Deutscher Hilfsvereine für Geisteskranke“. (Die Vereine trafen sich vorher schon regelmäßig anlässlich der jährlichen Tagungen des „Deutschen Vereins für Psychiatrie“.) Der Verband schloß sich kooperativ dem „Deutschen Verband für psychische Hygiene“ an und nutzte dann die „Zeitschrift für psychische Hygiene“ als Verbandsorgan. 1935 mußte er auf Druck der Nazis seine Arbeit einstellen, an seine Stelle trat die „Gesellschaft Deutscher Psychiater und Neurologen“. Damit endete die selbständige Arbeit der Hilfsvereine.

Wir wissen inzwischen einiges darüber, wieviele Patienten den Kriegsfolgen des ersten Weltkrieges, insbesondere den Hungerwintern in den letzten Kriegsjahren zum Opfer fielen.

Dann - noch schlimmer - die schreckliche und verbrecherische Verfolgung und massenhafte Tötung psychisch kranker Menschen in der Zeit des Nationalsozialismus, der insbesondere Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen die Hoffnung auf Besserung und das Recht auf Teilhabe und Leben absprach.

BLASIUS hat es auf den Punkt gebracht: „Auf der Geschichte der Psychiatrie in Deutschland wird für immer der Fluch des Patientenmordes während der Zeit des Nationalsozialismus lasten.“⁶

Die Jahre nach dem Kriegsende waren geprägt von Wiederaufbau, Wirtschaftswunder, Etablierung einer Wohlstandsgesellschaft und Verdrängung der Gräuel des Nationalsozialismus.

Die Psychiatrie befand sich in einer Tabuzone, ihre Einrichtungen waren in einem beklagenswerten Zustand. Es gab zwar noch aus der Vorkriegszeit eine gewisse Tradition sozialpsychiatrischer Ansätze, wie: Familienpflege, aktivierende Arbeitstherapie, ambulante Fürsorge und Angebote im Rahmen der öffentlichen Gesundheitspflege; für die Versorgung blieben sie jedoch marginal.

Mit der Einführung von Psychopharmaka in den 50er Jahren und den damit verbesserten Behandlungsmöglichkeiten von Psychosen waren die kustodialen, also auf Verwahrung ausgerichteten Anstalten endgültig nicht mehr zeitgemäß; zumal sie baulich überaltert, in miserablen Zustand und dabei durch ein rapides Anwachsen der Belegung und der Zugänge katastrophal überbelegt waren (... ursprünglich für 500 bis höchstens 800 Patienten ausgelegt, mußten viele um 1970 schließlich mit einem Bestand zwischen 1500 und 1750 Kranken fertig werden.).

In Verbindung mit dem zu wenigen und gering qualifizierten Personal ergaben sich so unvermeidbare, z.T. menschenunwürdige Zustände. Die Anstalten waren verluderte „totale Institutionen“, deren Alltag für die Patienten - wie die Studien zum Thema Hospitalismus zeigten - z.T. mehr Leid produzierte als ihre Krankheit, und in denen die dort Tätigen unter miserablen, therapiefreundlichen Bedingungen arbeiten mußten.

Noch 1973 befanden sich in den 130 Fachkrankenhäusern für Psychiatrie der Bundesrepublik Deutschland fast 60 % aller hospitalisierten Kranken länger als zwei Jahre in Behandlung - allein 31 % zehn (!) Jahre und darüber.

Es war deutlich, daß ein verschlissenes, veraltetes Versorgungssystem, eine stagnierende abgekapselte, zentralistisch organisierte Anstaltspsychiatrie mit ihren vielfältigen Mängeln keine Zukunft haben könne.

Das galt übrigens nach dem 2. Weltkrieg in vielen Ländern - PANSE nannte die Vernachlässigung psychisch Kranker daher „ein weltweites Ungenügen“⁷.

Nun, international setzten Reformbemühungen aber schon in den 50er Jahren ein, so z.B. in Großbritannien, Dänemark und den Niederlanden. In den USA war es (1963) Präsident J.F. Kennedy, der eine Reform der Psychiatrie anstieß, die zum „Mental Health Centers Act“ führte.

Bei uns wurden die ersten kritisch - reformatorischen Stimmen erst etwa 15 Jahre nach Kriegsende, zur Zeit, als die internationale sozialpsychiatrisch orientierte Forschung und Praxis ins Blickfeld rückte und die sogenannte Sozialpsychiatrie auch hier modern zu werden begann, hörbar.⁸

Als einige historische Wurzeln der Sozialpsychiatrie seien genannt:

- „Moral Treatment“ - Bewegung im 19.Jhdt.
- „Psychische Hygiene“ - Bewegung im frühen 20. Jhdt.
- „Neopsychoanalyse“ (Sullivan, Horney...)
- „Anthropologische Psychiatrie/Daseinsanalyse (Binswanger, Blankenburg...)
- „Therapeutische Gemeinschaft“ (Maxwell Jones...)
- „Humanistische Psychologie“ (Maslow, Rogers...)
- „Mental Health“ Bewegung
- „Sozialepidemiologische Studien“ (Faris + Dunham, Hollingshead + Redlich...)
- Studien zum Institutionalismus - Syndrom.

Wie das Zitat von FLEGEL zeigt, war es nicht zuletzt die Hoffnung auf eine humanere Psychiatrie, welche die Menschen bewegte:

„Kostbar scheint mir die Pflanze Soziale Psychiatrie deshalb zu sein, weil damit der Grundstock gelegt ist, daß sich Menschen auch in der Psychiatrie wie Menschen begegnen können.“⁹

Der Frankfurter Ordinarius Jürg ZUTT wies z.B. im Januar 1964 in der FAZ auf die „weltweite Revolution im psychiatrischen Krankenhauswesen - ohne Deutschland“ hin. Sein Stiefsohn Caspar KULENKAMPFF hatte bereits im Jahr zuvor gemeinsam mit Gregor BOSCH die erste deutsche Tagesklinik gegründet. Dabei spielten die Anregungen aus dem angelsächsischen Raum, aber auch Erfahrungen aus dem 13. Pariser Arrondissement eine Rolle.

ZUTT stellte auch schon 1965 in einem Vortrag zum Thema: „Das moderne Psychiatrische Krankenhaus“ fest:

„Es besteht weitestgehend Einmütigkeit über die Notwendigkeit der Modernisierung der Psychiatrischen Krankenhäuser: Sie müssen mit einem großen Teil ihrer Einrichtungen an die Bevölkerungszentren herangebracht werden, die geschlossenen Abteilungen können vermindert werden, an ihre Stelle treten Tag- und Nachtkliniken, Ambulanzen, Vorsorge- und Nachsorge- Abteilungen. In allen diesen Einrichtungen muss Soziotherapie betrieben werden. Dies alles ist bekannt.“¹⁰

Zunächst waren es aber nur wenige Stimmen, die wie HÄFNER, KISKER und von BAEYER den Zustand der psychiatrischen Versorgung als „Nationalen Notstand“ öffentlich kritisierten und dringliche Reformen verlangten.

Was die ersten Kritiker zu sagen hatten und aufzuzeigen versuchten, war jedoch zunächst weithin in den Wind geredet.

Dies änderte sich erst mit dem in der zweiten Hälfte der 60er Jahre nun stärker werdenden Wandel des gesellschaftlichen Klimas und des Zeitgeistes im Zusammenhang mit der Studentenbewegung und der APO und damit verbundenen öffentlichen Forderungen nach Reformen - auch der Psychiatrie.

Die deutsche Sozialpsychiatrie formierte sich dann auch Ende der 60iger Jahre - und insbesondere in 1970. Nach einer Tagung in Hamburg bildete sich der „Mannheimer Kreis“, der bald zur Gründung der „Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie“ führte. Berühmt wurde auch die Tagung in Loccum mit ihrer spontanen Resolution. (In dieser Tagung referierte übrigens Frau KULENKAMPFF über die Gründung Psychiatrischer Hilfsgemeinschaften an der Düsseldorfer Klinik.)

Im März 1970 brachte Walter PICARD für die Fraktion der CDU/CSU einen Antrag zur „Situation der Psychiatrie in der Bundesrepublik“ ein. Er führte zu der berühmt gewordenen sog. „Psychiatrie - Enquête, deren Sachverständigenkommission unter dem

Vorsitz von Caspar KULENKAMPFF ihre Arbeit 1971 aufnahm - mit der inzwischen gegründeten Aktion Psychisch Kranke als Geschäftsstelle.

Die Haltung der Kommission zur Sozialtherapie/ - psychiatrie wird deutlich, wenn von ihr ausgeführt wird: „Die jüngste Entwicklung in der Psychiatrie...ist dadurch gekennzeichnet, daß die soziale Dimension für das Verständnis und die Versorgung psychischer Krankheiten und Behinderungen immer mehr an Bedeutung gewinnt.“ Sie sieht darin: „... eine neue allgemeine Sichtweise, die den einzelnen psychisch Kranken verstärkt im Zusammenhang mit seinen sozialen und ökonomischen Umständen darstellt.“¹¹

Die Diskussionen in der Sachverständigenkommission waren geprägt von der im Zwischenbericht 1973 beschriebenen „brutalen Realität“ in den bestehenden Einrichtungen, beschränkten sich aber keineswegs auf die Verbesserung des stationären Bereichs.

Die Sachverständigen waren nämlich der Meinung, dass sich der Gedanke einer gemeindenahen Psychiatrie nur dort in optimaler Weise verwirklichen ließe, „wo eine genügende Anzahl von Vorsorge-, Übergangs- und Nachsorgeeinrichtungen vorhanden ist und wo es durch geeignete Hilfsangebote gelingt, die Belastungen der Angehörigen zu verringern.“¹²

Der Enquêtebericht, der 1975 übergeben wurde, enthielt daher bekanntlich auch vier Hauptempfehlungen:

- gemeindenahe Versorgung
- bedarfsgerechte und umfassende Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten
- Koordination aller Versorgungsdienste
- Gleichstellung von psychisch und somatisch Kranken.

Es war den Autoren klar, dass eine pluralistisch organisierte Gesellschaft es mit sich bringt, daß eine große Anzahl von Trägern, Initiativen, Gruppierungen und Diensten auf dem Gebiet der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter wirksam ist und sein wird - und dass ein solches differenziertes System notwendig die Fragen nach Kooperation und Koordination aufwirft.

Nicht zuletzt auch, weil die Psychiatrie stärker als alle anderen medizinischen Fächer mit nicht-medizinischen Einrichtungen und Diensten, beispielsweise auf den Sektoren der

Beratung, Sozialarbeit und Rehabilitation verflochten und die Wahrnehmung der Aufgaben nur im Rahmen einer engen, partnerschaftlichen Kooperation möglich ist.

Um das Prinzip der Kontinuität der Behandlung angemessen in die Praxis umzusetzen, sei es erforderlich, daß die einzelnen beteiligten Institutionen nicht nebeneinander arbeiten, sondern in das Gesamtsystem flexibel integriert werden. Im Zusammenspiel der Beteiligten dürften „weder Versorgungslücken noch Doppel- oder gar Mehrfachbetreuungen auftreten.“¹³

Weiter heißt es, dass die notwendige kooperative und konsiliarische Verknüpfung ... nur zu realisieren sei, wenn sich die Zusammenarbeit im persönlichen Kontakt an der vorgegebenen Struktur eines Gemeindebezirks (Großstadt) bzw. einer oder mehrerer Gemeinden übersehbar orientieren könne. Und: Aus der Sicht der Beraterkommission wäre dies am besten durch ein „zentrales Leitungsgremium“ zu sichern.¹⁴

Die Sachverständigenkommission hat zum Thema „Koordination und Planung“ im Schlussbericht recht Konkretes vorgeschlagen:

1. auf der Ebene der Standardversorgungsgebiete

- Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften,
- Ein Koordinationsgremium der Träger,
- Verantwortung bei der Kommune, (gebündelt im) Gesundheitsamt und ein
- psychosozialer Ausschuss auf Seiten der politischen Vertretung

2. auf der Ebene der Länder

- ein Referat und
- einen Beirat für psychosoziale Versorgung beim zuständigen Ministerium sowie
- eine Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft auf Landesebene

3. auf Bundesebene

3.1 Gründung einer Institution auf der Ebene der damals elf Bundesländer (ähnlich Mental Health Institute)

4. ein Referat sowie

5. einen Gemischten psychosozialer Beirat am BMJFG.

Hiervon hat sich einiges durchgesetzt und bewährt: So z.B. die Koordinatoren, PSAG's, Psychiatriereferate, und - Beiräte u.a.

Die Enquete hat schon während ihrer Erarbeitungszeit ganz zweifellos dazu beigetragen, dass die stationäre Versorgung verbessert wurde; vor allem auch durch die allmähliche Wandlung von einer kustodialen Einstellung hin zu einer sozialpsychiatrischen therapeutischen Haltung aller am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen, auf die die Autoren der Enquête zu Recht besonderen Wert legten.

Gleichzeitig konnte die ortsnahe Versorgung durch eine enorme Gründungswelle von Psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern (150!) verbessert werden. Hierzu trug auch bei, dass eine Vielzahl von Tageskliniken und teilstationären Angeboten geschaffen wurden.

Besondere Bedeutung hatte auch die Einrichtung von sog. Institutsambulanzen, um die ambulante Versorgung der Bevölkerung vor allem dort zu verbessern, wo niedergelassene Nervenärzte fehlten.

Die Wirkung der Enquête ging aber auch sonst noch weit über die Verbesserung der Verhältnisse in der klinischen Versorgung hinaus.

Es gab eine Gründungswelle psychosozialer Hilfsvereine, seit 1975 mit einem bundesweiten Dachverband, der ihnen half, ganze Netzwerke von (in der Enquête geforderten) gemeindepsychiatrischen Angeboten in den Lebensbereichen Arbeit, Wohnen und Freizeit zu schaffen.

Die Entwicklung war so rasant, die psychiatrische Landschaft wurde so bunt, dass etwa zehn Jahre später von der Expertenkommission von einem zunehmenden „Wildwuchs“ zersplitterter örtlicher Initiativen, verknüpft mit mangelnder Koordination auf kommunaler Ebene gesprochen wurde.

Nach der Übergabe der Psychiatrie - Enquete im November 1975 kam es im Sommer 1976 zum Modellverbund „Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/ psychosomatische Versorgung“.

1979 beschloß dann die Bundesregierung den Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission folgend, Mittel für ein Modellprogramm zur Verfügung zu stellen, das im Schwerpunkt die Erprobung außerklinischer Versorgungsnetze zum Gegenstand haben sollte.“¹⁵ Mit diesen Programmen konnten viele Sozialpsychiatrische Dienste und Einrichtungen in den 14 Modellregionen finanziert werden. Das Programm wurde von einer Expertenkommission begleitet, die 1988 ihre Empfehlungen zur Reform der Psychiatrie vorlegte, die sich durch mehrere Akzentverschiebungen vom Enquete-Bericht unterscheiden:

- statt Institutionen stehen die Hilfen im Vordergrund,
- die komplementären werden zu zentraleren Diensten (gleichrangig zu PBZ)
- der Schwerpunkt liegt auf dem Schicksal der Langzeitkranken (als Prüfstein jedweder Reform)
- neben dem Wohnen wird der Funktionsbereich Arbeit stärker gewichtet (Nachholbedarf!)
- der gemeindepsychiatrische Verbund wird stärker akzentuiert,
- statt vom Standardversorgungsgebiet ist von der Gemeinde die Rede (statt gemeindenaher Psychiatrie - in die Gemeinde integrierte Psychiatrie)

Die Expertenkommission ordnete die Hilfen vier Funktions- Bereichen zu:

- Behandlung/Pflege/Rehabilitation
- Wohnen
- Kontaktstiftung - Alltagsgestaltung/Tagesstrukturierung - Teilhabe am Leben in der Gesellschaft
- Arbeit

Die Dienste sollen dabei die Möglichkeit haben, ihre Leistungen auch aufsuchend zu erbringen - auch im Rahmen häuslicher Betreuung und Pflege“.

Ein wesentlicher Grundsatz der funktionalen Betrachtungsweise ist, daß die „beteiligten Institutionen und Träger sowohl innerhalb der Funktionsbereiche als auch funktionsübergreifend umfassend miteinander kooperieren.“¹⁶

Die Kernforderung ist dabei der sog. Gemeindepsychiatrische Verbund (als Fundament allgemeinspsychiatrischer ambulanter Versorgung).

Er enthält als Komponenten einen ambulant-aufsuchenden Dienst, eine Einrichtung mit Kontaktstellenfunktion und eine Tagesstätte“

Bei der Festlegung des jeweiligen Versorgungsgebietes für einen Verbund sollte ein Richtwert von ca. 100.000 - 150.000 Einwohnern angezielt werden...

In jedem Fall hält es die Expertenkommission für unerlässlich, in einem ersten Schritt beim Aufbau des gemeindepsychiatrischen Verbundes innerhalb der Administration der zuständigen kommunalen Gebietskörperschaft eine Koordinationsstelle einzurichten.¹⁷

Der Gemeindepsychiatrischen Verbund sollte in einer Form gebildet werden, welche die Rechtsfähigkeit des Verbundes als Vertragspartner gegenüber Kostenträgern gewährleistet. Das könne geschehen durch

- entsprechend ausgestaltete Verträge zwischen den einzelnen Komponenten
- durch Zusammenfügung der Komponenten in einheitlicher Trägerschaft
- durch Vereinigung verschiedener Träger unter einem organisatorischen Dach (z.B. „Holding - Lösung“; Verein der Vereine; GmbH).

Als weitere Aufgaben werden ferner genannt:

- die Ausgestaltung einer kooperativen Partnerschaft mit Niedergelassenen Ärzten,
- die Schaffung von Wohnangeboten und sinnvollen Beschäftigungs- und Arbeitsangeboten.

Unerlässlich seien eine Koordination der jeweils in Anspruch genommenen Hilfen und eine fallübergreifende Zusammenarbeit der Hilfe leistenden Dienste; unumgänglich auch die Einbeziehung der Familie und des sozialen Umfeldes in Abhängigkeit vom Schweregrad der Krankheit und der mit ihr verknüpften sozialen Konflikte bei jeder Form von Hilfeleistungen.¹⁸

Dass das alles nicht leicht ist, klingt in der Formulierung an: „Ebenso notwendig ist eine intensive Überzeugungsarbeit gegenüber den Trägern und Betreibern sowie eine geduldige Verhandlungsführung mit den Partnern.“¹⁹

Die Empfehlungen der Expertenkommission haben die weitere Entwicklung geprägt.

Um ein Beispiel zu nennen: Wir haben im Rheinland als gemeindepsychiatrischen Verbund mit Hilfe eines Förderprogramms die sog. „Sozialpsychiatrischen Zentren“ geschaffen, von denen inzwischen flächendeckend ca. 70 existieren.

Ihre Träger haben sich 1988 in der „Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrie Rheinland e.V.“ (AGPR) als Interessenvertretung gemeindepsychiatrischer Leistungserbringer zusammengeschlossen. Die AGPR hat ihre (inzwischen über 80) Mitglieder auf gemeindepsychiatrische Grundsätze verpflichtet und z.B. lange Zeit erfolgreich den Abbau von Langzeitbereichen in den psychiatrischen Kliniken und die Integration und Wiederbeheimatung psychisch kranker Menschen betrieben. Die Themen heute sind eher: Inklusion, Integrierte Versorgung, individuelle Hilfeplanung, Einbezug von Psychiatrieerfahrenen und aktuellen Nutzern sowie diskussionswürdige politische Entscheidungen.

Ich kann die weitere Entwicklung - aus Zeitgründen - hier nur in Stichworten ansprechen:

- Das Prinzip der „Personenzentrierten Versorgung“ (ab ca. 1988);
- Der Grundsatz des „Triologs“ (etwa ab 1989);
- Die Einführung von „Psychose - Seminaren“ (ab 1989);
- Die „PsychPV“ (1991) (mit ihren Versorgungs- und Qualitätszielen: Regionale Versorgungsverpflichtung und Befähigung zu möglichst selbstbestimmtem Leben außerhalb von Institutionen);
- Der Grundsatz des „Empowerments“ als integraler Bestandteil psychiatrischen Handelns (ca. Mitte der 90er);
- Die gesetzliche Verankerung von „Soziotherapie“ (2000);
- die „ambulante psychiatrische Pflege“ (2005);
- Die Möglichkeit eines „Persönlichen Budgets“ (2008);

Dies alles sind im Grunde sozialpsychiatrische Ansätze und Errungenschaften der späteren Reformjahre bis heute, welche die Versorgungssituation von Menschen mit einer psychischen Erkrankung positiv weiterzuentwickeln halfen.

Dennoch bleibt - wie Sie wissen - noch viel zu tun!

Ich habe noch nicht die Hoffnung aufgegeben, dass es eines Tages gelingen kann, für die Psychiatrie ein Finanzierungssystem zu finden und durchzusetzen, welches die Versorgungsgrenzen überschreitend eine flexible, am individuellen Bedarf orientierte Behandlung und Rehabilitation ermöglicht.

Und ich hoffe, dass die Themen Kooperation und Koordination in einer „personenzentrierten“ und „sozialraumorientierten“ Gemeindepsychiatrie irgendwann keine Problemthemen mehr sind, sondern im Alltag gelebte Selbstverständlichkeiten.

Und ich hoffe auf möglichst viele und kreative Modellprojekte, denn - wie Kruckenberg sagte - „Gelungene Projekte motivieren am meisten - die Psychiatriereform ist immer den guten Beispielen gefolgt!“²⁰

Literatur:

- ¹Matthias Hermer in: Martin Wollschläger (Hrsg.), Sozialpsychiatrie, Tübingen 2001, S. 328
- ² Herting, in: Ackermann, Fischer, Herting (Hrsg.) Die deutschen Hilfsvereine für Geisteskranke, ihre Entstehung und ihr gegenwärtiger Stand, Berlin und Leipzig, 1930, S. 5
- ³ Jürgen Thebrath, in: LVR, im Blickpunkt, „Laienhilfe in der Psychiatrie“, Köln 1978, S. 20
- ⁴ Bernhard van Glück, Die Geschichte des „Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz“ 1867 - 1930, Dissertation, FU Berlin, 1992, S. 49/50
- ⁵ Psychiatrie - Enquete, S. 61
- ⁶Dirk Blaises in: Wollschläger, S. 29
- ⁷ Fr. Panse, Das psychiatrische Krankenhauswesen, Stuttgart, 1964, S. 4
- ⁸ Caspar Kulenkampff, Die Versorgung des psychisch Kranken, in: Der Psychisch Kranke und die Gesellschaft (Tagungsbericht Loccum), Lauter und Meyer Hrsg. , 1970), S. 4
- ⁹ Helmut F. Späte in: Wollschläger, S. 112,
- ¹⁰ Jörg Zutt, LVR, 7. Psychiatertagung, Köln, 1965, S. 63
- ¹¹ Enquete, S. 65
- ¹² Enquete, S. 63
- ¹³ Enquete, S. 203
- ¹⁴ Enquete, S. 204
- ¹⁵ Empfehlungen der Expertenkommission, Bonn, 1988, S.7
- ¹⁶ Empfehlungen, S. 141
- ¹⁷ Empfehlungen S. 295/296
- ¹⁸ Empfehlungen, S. 140
- ¹⁹ Empfehlungen, S. 304
- ²⁰ Peter Kruckenberg in: APK, Bd. 35, Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie, Bonn, 2009, S. 110