

Rainer Kukla

Vortrag zum Symposium: „Die psychoanalytische Behandlung der schweren Depressionen und der Psychosen“ am 27.6.2009 in Köln  
- aus Anlass der Verabschiedung von Herrn Prof. Dr. Frank Matakas –

### „Wege der Sozialpsychiatrie“

Meine sehr geehrten Damen und Herren,  
sehr geehrter Herr Prof. Matakas, lieber Frank,

ich freue mich, dass wir heute Gelegenheit haben, Frank Matakas anlässlich seiner Verabschiedung – nicht nur durch aufmunternde Bemerkungen zu begleiten – sondern auch durch eine Fachtagung zu ehren und ich freue mich, im Rahmen dieses Symposiums sprechen zu können, weil es mir Gelegenheit gibt, Dir lieber Frank, Dank zu sagen für Deine herausragenden Leistungen...

Als ich gefragt wurde, wie mein Vortrag lauten sollte, habe ich ganz spontan gesagt: „Wege der Sozialpsychiatrie“, wobei mir erst anschließend die Mehrdeutigkeit klar wurde: Meinte ich die Wege der Sozialpsychiatrie selbst, die Wege der Klinik Alteburger Str. oder Deinen ganz persönlichen Weg. Nun, dachte ich mir, in der Mehrdeutigkeit liegt ja vielleicht die Chance, verschiedenes miteinander zu verbinden.

Lassen Sie es mich versuchen...

Klaus DÖRNER hat bereits sehr früh (1972) auf die Schwierigkeit einer Abgrenzung zwischen Psychiatrie und Sozialpsychiatrie hingewiesen. Eine solche Abgrenzung sei wissenschaftslogisch unsinnig. Und er hat den viel zitierten Satz geprägt: „Psychiatrie ist soziale Psychiatrie oder sie ist keine Psychiatrie.“

Sinnvoll sei Sozialpsychiatrie nur als kritischer Begriff, als Protest gegen eine Psychiatrie, die ihrem Anspruch, den Bedürfnissen der psychisch Leidenden gerecht zu werden, nicht entspricht.

Sozialpsychiatrie stelle als empirische Wissenschaft, als therapeutische Praxis und als soziale Bewegung den Versuch der Rückbeziehung auf und der Integration der psychisch Leidenden in ihre soziale Realität dar.

Auch Christian MÜLLER meinte (sehr viel später-1997): „Jede gute Psychiatrie ist heute Sozialpsychiatrie.“ - gewiss! Aber genügt das wirklich?

Eine etwas nähere Bestimmung wäre schon hilfreich...

Nun, CIOMPI (bzw. die Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie) hat eine sehr knappe Beschreibung gefunden, wonach „Sozialpsychiatrie psychische Störungen in ihrer Verflechtung mit der gesamten sozialen Umwelt verstehen und behandeln will“.

Andere Autoren betonen andere Facetten und verstehen Sozialpsychiatrie z.B. als eine allgemeine Denkorientierung, die sich gegen eine Biologisierung psychischer Störungen wehrt und als einen gesundheitspolitischen Begriff, der Ungleichheiten in der psychosozialen Versorgung kritisiert.

Oder eher: „eine Haltung, die die Würde, die Individualität, die Selbstverantwortlichkeit und die Rechte der Patienten achtet“ (VOIGTLÄNDER).

DÖRNER sieht in ihr eine „Umkehr der Zielrichtung psychiatrischen Handelns“

Fritz REDLICH betont, sie sei eine Sichtweise, ein Aspekt der Psychiatrie, also keine Spezialdisziplin wie Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Psychopharmakologie. Ihr Interesse gelte der Bedeutung sozialer Faktoren für den Verlauf, die Ausprägung und die Genese psychischer Störungen sowie den Wechselbeziehungen zwischen dem psychisch Kranken und seiner Umwelt.“

Dahinter steht die Überzeugung: „Psychische Krankheit (ist) immer auch ein sozialer Prozess, unabhängig von ihrer Art, ihrer Ursache und ihrer Beeinflussbarkeit durch somatische, psychologische und soziale Methoden; denn die Begriffe Krankheit und Gesundheit selbst sind soziale Konzepte“ (FINZEN).

Frank MATAKAS sieht es ähnlich: In seinem Buch „Neue Psychiatrie – Integrative Behandlung: psychoanalytisch und systemisch“ heißt es z.B.: „Als Analytiker gehen wir freilich davon aus, dass psychische Symptome oder Krankheiten durch soziale Konflikte bedingt sind. Sie sind der zur psychischen Struktur geronnene infantile soziale Konflikt.“

Insgesamt gesehen erscheint Sozialpsychiatrie als Feld wissenschaftlicher Betätigung, als therapeutische Orientierung und therapeutische Praxis sowie als soziale bzw. sozialpolitische Bewegung; entstanden nicht zuletzt als Gegenbewegung gegen die brutale Realität der Anstaltspsychiatrie in den 60iger Jahren und beflügelt von dem damaligen Zeitgeist. Maxwell JONES (1961) wertet sie in dieser Zeit als eine „soziale Revolution in der Psychiatrie.“

In ihrer Betonung des Sozialen hat sie Konsequenzen für die Organisation und die Rolle des stationären Bereichs:

MOSHER: Wenn Wahnsinn als Reflektion einer Krise in einem sozialen System (gewöhnlich in einer Familie) verstanden wird, so ist die herkömmliche Vorgehensweise von Herausgreifen (Extraktion), Abtrennen (Segregation), Entfremden ( Detribalisierung) und Ausgrenzen (Marginalisierung) des problematischen Individuums nicht länger eine gangbare, angemessenen Lösung... Der Brennpunkt sollte auf dem sozialen Netzwerk liegen und nicht auf einem von diesen ausgegrenzten Individuum“.

Ähnlich sieht es BENNETT, wenn er davon ausgeht, dass das Verhalten zum großen Teil spezifisch für bestimmte Situationen ist und dass bei der Beurteilung die Besonderheiten sowohl des Individuums als auch der sozialen Situation berücksichtigt werden müssten. Daraus folge, dass man Leistung und Verhalten des Einzelnen in der Situation beobachten müsse, in der seine Schwierigkeiten entstehen. Je realistischer das Milieu, desto eher sei eine gültige Beurteilung möglich. Es gebe hierzu zwei Möglichkeiten: entweder versuchen wir, ein realistisches Milieu im Hospital zu schaffen, oder wir müssen uns zur Beurteilung außerhalb des Hospitals bewegen.

SPÄTE formuliert drei Schwerpunkte:

Die Umwandlung der menschlichen Beziehungen zwischen Patienten und Personal von nebeneinander stehenden zu miteinander wirkenden Gruppen; die Befähigung der Patienten zu ihren eigenen Therapeuten zu werden und die Entwicklung einer therapeutischen Kultur.

Nach Matakas ist das psychiatrische Krankenhaus ein soziales System, dessen Funktion einer Vielfalt von Bedingungen genügen muss. ... Wir haben es mit drei Systemen zu tun: die Organisation Krankenhaus, das soziale System des Patienten und das Behandlungssystem.

Primäre Aufgabe des Krankenhauses sei, „die Position des Patienten in seinen außerklinischen Systembezügen konfliktfreier zu gestalten“ (Matakas).

Eine wirklich heilende Wirkung der Krankenhausbehandlung würden wir dann annehmen können, wenn es in der Tat möglich wäre, strukturelle Veränderungen in der psychischen Organisation des Patienten oder in der systemischen Struktur seiner Familie zu bewirken.

MATAKAS sieht daher als therapeutische Aufgabe des Krankenhauses:...Es sollen psychische Entwicklungs- und Reifungsprozesse für die Patienten möglich gemacht werden unter Berücksichtigung der Erfordernisse ihrer außerklinischen Systembedingungen, das heißt in erster Linie der Familie.

Er meint, dass man das Handeln der Patienten in dem sozialen System Klinik, grob gesagt, als eine szenische Darstellung innerer Konflikte und ihrer Bewältigungsstrategien auffassen solle. Therapeutisch wirke die Klinik dann, wenn sie einen Rahmen schafft, in dem dieser Prozess aufgeklärt und durchgearbeitet werden kann. ...

Das Krankenhaus wird so zum sozialen Experimentierfeld, in dem der Patient seine unbewussten Konflikte notfalls auch agieren kann.

Meine Damen und Herren,  
zieht man eine gewisse Bilanz, so kommt man bzgl. der Sozialpsychiatrie als empirische Wissenschaft, als therapeutische Praxis und als soziale Bewegung sicher zu unterschiedlichen Bewertungen:

Unter dem Banner der Sozialpsychiatrie hat sich die Psychiatrie-Reform-Bewegung nachdrücklich und erfolgreich für eine Abkehr von der (custodialen) Anstaltspsychiatrie und den Aufbau gemeindepsychiatrischer Strukturen eingesetzt. Das Krankenhaus alter Prägung wurde tendenziell von einer Reihe von kleineren, durchschaubareren, leichter handhabbareren, weniger totalen und menschlicheren Behandlungseinrichtungen abgelöst.

Auch das therapeutische Instrumentarium, die therapeutische Praxis sind differenzierter und qualifizierter.

Insofern ist die Geschichte der Sozialpsychiatrie zweifellos eine gemeindepsychiatrische Erfolgsgeschichte.

Vielfach werden die Begriffe Sozial- und Gemeindepsychiatrie ja auch synonym/ austauschbar verwendet.

Gleichwohl sind bei allen Erfolgen nach wie vor auch Schwächen festzustellen:

Die Gemeindepsychiatrischen Einrichtungen sind oft schlecht koordiniert, der Löwenanteil der finanziellen Ressourcen fließt nach wie vor in den vollstationären Bereich/ in stationäre Einrichtungen.

Viele beklagen, die sozialpolitische Bewegung sei in die Jahre gekommen, habe ihren Reform-Schwung verloren und sei vor allem in den letzten Jahren im Treibsand eines neoliberalen Markt- und Wettbewerbsfetischismus steckengeblieben. Es sei schwierig, eine Philosophie der psychosozialen Behandlung zu entwickeln, zu festigen und zu übermitteln, wo der Glaube an die Medikamente vorherrscht und Patienten nur 10 bis 15 Tage bleiben...(Mosher) Dieser Zustand werde sich wahrscheinlich noch verschlechtern, je stärker der Druck der Kostenbegrenzung steigt.

CIOMPI hat bereits vor einigen Jahren vorausgesehen, „dass der ganz auf Rationalisierung und Abbau von Sozialleistungen ausgerichtete „Zeitgeist“ gerade der Sozialpsychiatrie in Zukunft noch sehr viel zu schaffen machen wird.“

Wohl wahr!

Festzustellen ist auch, dass das bundesdeutsche historisch gewachsene gegliederte System der Sozialleistungsträger nach wie vor eine durchgängige, mehrdimensionale Therapie und Rehabilitation verhindert.

Es bleibt zu hoffen, dass wenigstens für den klinisch-stationären Bereich auf der Basis des aktuellen Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) ein Finanzierungssystem entwickelt wird, das eine bedarfsgerechte flexible Leistungserbringung erlaubt, so dass heute vollstationär erbrachte Leistungen möglichst weit gehend als ambulante und teilstationäre Hilfen erbracht werden können.

Ich bin jedenfalls froh, dass die Politik eingesehen hat, dass DRG´s für die Psychiatrie keine geeignete Lösung darstellen, da sonst durch die mit einem solchen Finanzierungssystem verbundenen Anreize zur betriebswirtschaftlichen Optimierung (z.B. des sog. Case Mix) und der Selektion von Risiken gemeindepsychiatrische Grundsätze massiv gefährdet wären.

Probleme hat die Sozialpsychiatrie auch als wissenschaftliche Disziplin: Nicht erst seit 1990, dem Beginn der so genannten Dekade des Gehirns, ist sie an vielen Hochschulstandorten zugunsten biologisch-pharmakologischer Untersuchungen und Behandlungen an vielen Orten aufgegeben oder zumindest in die Defensive gedrängt worden. Dadurch mangelt es ihr an akademischem Gewicht und Prestige; wichtige Forschungsfragen bleiben ohne Antwort.

Allgemein steht die Psychiatrie akut wieder in der Gefahr, zwischen die Mühlsteine eines in die Krise geratenen Sozialstaates und eines defizitären Gesundheitssystems zu geraten.

Es ist also weiter notwendig, dass die Sozialpsychiatrie als eine alternative Psychiatrie, ihr soziales Engagement – wie FINZEN einmal gesagt hat – mit Besonnenheit und Schläue einsetzt.

Die soziale Dimension aller mentalen Aktivität ist und bleibt ein wesentlicher Aspekt eines ganzheitlichen Zugangs. Künftig wie heute hat die Sozialpsychiatrie darüber zu wachen, dass diese Dimension nicht vergessen oder vernachlässigt wird. (Ciompi)

Meine Damen und Herren,

betrachten wir die rheinische Psychiatrie (als Kontext für die TKL Alteburger Str.) so lassen sich einige durchaus bemerkenswerte Besonderheiten in der Entwicklung feststellen:

Die Reform der psychiatrischen Versorgung hat im Rheinland wesentlich früher angefangen als anderen Orts.

Maßgeblich verantwortlich dafür war Caspar Kulenkampff, der Mitte 1971 als Ordinarius für Psychiatrie in Düsseldorf und Chef des dortigen Landeskrankenhauses bewusst und gezielt nach Köln in die Zentrale des LVR gewechselt war, um dort als Landesrat und Gesundheitsdezernent an der Nahtstelle von Fach, Politik und Verwaltung seinen Reformanliegen mehr Nachdruck und Breitenwirkung verleihen zu können.

Bereits 1972 legte er einen sog. „Rahmenplan zur Versorgung psychisch Kranker und geistig Behinderter im Rheinland vor, in dem die allgemeinen Leitlinien zum Aufbau einer bedarfsgerechten psychiatrischen Versorgung im Rheinland formuliert waren und die eine Reihe von Grundsätzen und Postulaten der späteren Psychiatrie – Enquête vorwegnahmen, zu deren Vorsitzenden Caspar Kulenkampff berufen wurde.

Das Rheinland wurde so zum wichtigen Experimentierfeld für Reformen, in dem zahlreiche Ideen umgesetzt wurden, die während der laufenden Beratungen der Enquete im Schwange waren.

Leitideen:

Die Kliniken sollten zu ortsnah arbeitenden psychiatrischen Behandlungszentren umkonzipiert werden. Gleichzeitig sollte eine gemeindepsychiatrische Versorgungsstruktur durch Vereine aufgebaut werden, in denen bürgerschaftliches Engagement von Laien mit dem Engagement der Klinikmitarbeiter verbunden werden konnte.

Eine weitere Besonderheit ist das klare Bekenntnis zur Pluralität in der Trägerschaft. Der LVR hat sich von der Überzeugung leiten lassen, dass er sich nicht sozusagen „monopolistisch“ verhalten, sondern sein Angebot selbst nur subsidiär vorhalten sollte.

Die Überzeugung von der Bedeutung des außerstationären Bereiches führte zu einer gewissen Doppelstrategie, d.h. Verbesserung des stationären Bereiches bei gleichzeitigem Aufbau außerstationärer Alternativen.

Eine weitere Leitlinie war die Differenzierung und Qualifizierung des therapeutischen Angebotes. (Dies bezieht sich sowohl auf die therapeutischen Verfahren, als auch die Klinikstruktur und die Personalstruktur.)

Eine bedeutsame rheinische Besonderheit war dabei die frühe Umorientierung in der Versorgung geistig behinderter Menschen. Sie sollte nicht länger dem Primat der ärztlichen Behandlung in der Psychiatrie unterworfen werden, sondern unter heilpädagogischer Leitung nach heilpädagogischen Konzepten geschehen. Mit einer klaren Abtrennung von der Psychiatrie haben sich Prinzipien wie Normalisierung und Dezentralisierung konsequent umsetzen lassen.

Auch in der Versorgung psychisch kranker Menschen wurden im Rheinland besondere Anstrengungen bei der Enthospitalisierung und Dezentralisierung unternommen. Für langfristig hospitalisierte Patienten wurden Lebensmöglichkeiten außerhalb der Kliniken geschaffen, um eine soziale Rehabilitation zu ermöglichen.

Das Bekenntnis zur Pluralität bzw. Vielfalt der Angebote führte schon frühzeitig zur Diskussion, dass es notwendig ist, die Angebote miteinander zu verzahnen und die Dienste und Einrichtungen i.S. eines Verbundsystems angemessen miteinander kooperieren zu lassen.

Dies steht nämlich hinter der Idee der sog. Sozialpsychiatrischen Zentren, ein Programm, das 1986 vom LVR aufgelegt wurde und das eine weitere rheinische Besonderheit darstellt. In diesen – inzwischen mehr als 60 - Zentren werden unterschiedliche Hilfeangebote für psychisch Kranke unter einem organisatorischen Dach, jedoch nicht notwendigerweise an einem Ort gebündelt. Zu den Elementen gehören die Funktionen: Kontakt- und Beratung, Betreutes Wohnen, die Tagesstätte, der Berufsbegleitende Dienst, Zuverdienst- und Beschäftigungsmöglichkeiten.

Die Reformvorstellungen waren im Laufe der Zeit selbstverständlich Veränderungen unterworfen:

Während in den frühen Plänen noch eine Ansammlung von Institutionen, Diensten und Einrichtungen beschrieben ist, wurden zunehmend flexible, im Zeitablauf in ihrer Intensität variierbare Hilfen gefordert, die ganzheitliche Ansätze erlauben und am individuellen Bedarf orientiert, d.h. personenzentriert sind.

Während zunächst noch die Kliniken im Mittelpunkt der Überlegungen standen wurden die sog. komplementären Einrichtungen zunehmend als gleichrangig betrachtet und stehen häufig sogar zentral im Mittelpunkt der Überlegungen. Stationäre Hilfen werden im Vergleich hierzu als ergänzend angesehen, d.h.

auch, dass stationäre Einrichtungen nur soweit geschaffen werden sollen, wie sie zu den außerstationären Einrichtungen ergänzend notwendig sind.

Im Laufe der Zeit ist ein Bewusstsein dafür gewachsen, dass das Schicksal der chronisch Kranken, der Langzeitkranken, der Prüfstein der Psychiatrie-Reform ist. (Heute kommen eher wieder die Akutkranken in den Blick-Stichworte: Krisenintervention, Soteria...)

Der Wohnbereich ist in der Entwicklung zunächst hoch bewertet worden. So sind eine ganze Reihe von Wohnheimen, Übergangsheimen, Und Wohngemeinschaften bzw. Angebote des betreuten Wohnens entstanden. Im Laufe der Zeit ist aber zunehmend deutlich geworden, dass es einen enormen Nachholbedarf im Bereich der Arbeit und beruflichen Rehabilitation bis hin zu den tagesstrukturierenden Angeboten gibt.

Es war immer wieder festzustellen, dass der Versorgungstransfer zwischen stationären und anderen Diensten einer Region eine Schwachstelle ist. Die faktische Entwicklung wurde gelegentlich mit Vokabeln wie Zersplitterung, Mehrfachangebote und unkoordiniertes Nebeneinander beschrieben und sog. „gemeindepsychiatrische Verbundsysteme“ gefordert. Auch in Zukunft werden wir über Kooperationsverträge, über Arbeitsgemeinschaften über einheitliche Trägerschaften oder auch über sog. Holding-Lösungen nachdenken müssen.

Im Laufe der Entwicklung hat sich eine zunehmende Hinwendung zur Kommune als Entscheidungsraum ergeben. Die Psychiatrie-Planung wurde zunehmend als integraler Bestandteil einer kommunalen Gesundheit- und Sozialplanung angesehen. Psychiatrie wird als Teil der Gesundheitsvor- und fürsorge im Gemeindeleben und der Gemeindepolitik verstanden, in Kopplung mit anderen kommunalen Versorgungsstrukturen. Die Psychiatrie wird insofern nicht mehr als gemeindenah, sondern als in die Gemeinde zu verankern, als Teil ihrer Kultur verstanden.

In der Umsetzung der Reform lassen sich verschiedene Phasen feststellen:

- (1) Die Phase der baulichen Sanierungen, therapeutischen Differenzierungen und Entflechtung der weit überbelegten Kliniken (vor allem in den 70er Jahren)
- (2) Die Phase der strukturellen Veränderungen, der inneren Sektorisierung, Enthospitalisierung und Dezentralisierung sowie der zunehmenden Bedeutung der Angehörigen- und Betroffenenbewegung (vor allem in den 80er und 90er Jahren)



(3) Die Phase der (?) Dienstleistungsorientierung, , der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements, aber auch neoliberaler Markt- und Wettbewerbsorientierung.

Insgesamt herrschte im Rheinland ein günstiges Reformklima, das die Gründung und Entwicklung der TKL Alteburger Str. begünstigte, wobei der Ansatz ein durchaus spezifischer war:

Die Klinik Alteburger Str. ist ein Kind der rheinischen Psychiatrie-Reform.

Sie ist entstanden in einer Atmosphäre optimistischen Aufbruchs und Experimentierfreude.

Als die Idee aufkam, in der damaligen privaten Frauenklinik an dieser Stelle, die vom Eigentümer aufgegeben wurde, evtl. eine psychiatrische Einrichtung zu schaffen, ergab sich die Frage, ob man – wie sonst üblich – mit einer stationären Einrichtung beginnen könne und dann zusehen, wie sich das Ganze in Richtung teilstationärer und komplementärer Versorgung weiterentwickeln ließe. Ein solcher Ansatz wäre aber schon aus räumlichen Gründen in der damals gängigen Größenordnung von etwa 100 Betten kaum möglich gewesen.

Also entstand sozusagen als Antithese, als Gegenmodell, die Überlegung, zunächst ganz bewusst vorrangig mit einer teilstationären Kapazität (in einer damals kaum für möglich gehaltenen – und auch heute noch kaum irgendwo erreichten Größenordnung von 56 Plätzen) zu starten, verbunden mit einer nur kleinen Bettenkapazität, um dann in der weiteren Entwicklung und vor dem Hintergrund der Erfahrungen damit – wie viel Betten man denn wirklich bei der Versorgung eines definierten Aufnahmegebietes benötigt – die Struktur weiterzuentwickeln.

Wünschenswerte Eigenschaften, wie leichte Erreichbarkeit und niedrige Zugangsschwelle ergaben sich angesichts dieses mitten im Stadtviertel integrierten Gebäudes dabei sozusagen von selbst.

So entstand also – nicht zuletzt wegen der räumlichen Enge – ein zur damaligen Zeit und heute noch höchst spannendes Projekt und Experiment, das in der Psychiatrie-Reform im Rheinland seinesgleichen sucht.

Die Grundidee, die – wenn ich es recht erinnere – am Küchentisch diskutiert wurde (bei Carmen Thomas) führte dann zur weiteren Idee, dass es chancenreich sei, zur Realisierung eines solchen Projektes einen Verein zu gründen, der dann als Träger auftreten könne. Auch hierin beschritt man also einen ungewöhnlichen Weg, der in der Krankenhausträgerschaft sonst nur von wenigen Mutigen begangen wurde.

Dieser Verein – nämlich die „Aktion gemeindenahe Psychiatrie, Köln“ – hat dann mit Unterstützung von vielen Seiten, für die im wesentlichen Frank Matakas sorgte, in der Tat das tagesklinische Konzept elaboriert und auf den Weg gebracht.

In Verbindung mit einem kleinen vollstationären Bereich mit zunächst nur 24 Betten wurde es im Laufe der Jahre möglich, sukzessive Aufgaben der Regelversorgung zu übernehmen, wenn es denn auch noch eine ganze Weile dauerte, bis eine Versorgungsvereinbarung im üblichen Sinne mit der Übernahme der psychiatrischen Pflichtversorgung für einen Teil der Stadt Köln 1993 abgeschlossen werden konnte.

1997 konnte ein Erweiterungsbau zur Aufnahme einer Station mit 16 Betten und zusätzlichen Nebenräumen realisiert werden. Überlegungen zu weiteren kreativen und innovativen Ausdehnungen existieren, ließen sich bisher aus verschiedenen Gründen jedoch noch nicht realisieren.

Das System Alteburger Str. besteht im übrigen ja nicht nur aus der TKL, sondern umfasst auch: Ambulanzen, Betreutes Wohnen, Teestube und Angehörigengruppe und ist eng verflochten in die psychosoziale Struktur des Stadtteils und der Stadt.

Mit ihrer einzigartigen Struktur zeigt die Tagesklinik Alteburger Str., dass es möglich ist, auf traditionelle Behandlungsstrukturen (Settings) weit gehend zu verzichten, wenn die materielle und personelle Ausstattung, aber vor allem, wenn die inhaltliche Gestaltung des Versorgungs- (Behandlungs-)alltages entsprechend gestaltet sind. Damit ist die TKL Alteburger Str. auch heute noch ihrer Zeit voraus.

Die Tagesklinik Alteburger Str. war bei ihrer Gründung ein gemeindepsychiatrisches Experiment.

Es war vor allem Frank Matakas, der ihr mit seiner Kombination aus psychoanalytischen und gruppentherapeutischen Elementen, mit seiner Synthese von Tiefenpsychologie und Gemeindepsychiatrie, einen, seinen ganz besonderen Stempel aufgedrückt hat.

Für diejenigen, die das vielleicht nicht so genau wissen:

Ich darf daran erinnern:

Frank Matakas kam als in Berlin habilitierter Neuropathologe 1976 ins Rheinland – ich vermute mal: nicht so sehr wegen des Charmes der rheinischen Anstaltspsychiatrie.

Er arbeitete zunächst bis 1980 im damaligen Landeskrankenhaus in Düren (Herr Dr. Köster); und zwar unter heute kaum noch vorstellbaren, weil schlechten Bedingungen. Seine Tätigkeit dort galt u.a. in besonderer Weise den psychisch kranken Straftätern, Menschen also, deren Behandlung und Unterbringung in den letzten Jahren zum Zentrum

heftiger Auseinandersetzungen in der Politik, aber auch im öffentlichen Bewusstsein unseres Landes geworden ist.

Er trug damals wesentlich mit dazu bei, einem Projekt zum Durchbruch zu verhelfen, nämlich dem Bau einer modernen, auf humanen Prinzipien gegründeten forensischen Abteilung, die bis heute – wie ich meine - einen Meilenstein in der Betreuung psychisch kranker Straftäter darstellt. Ich spreche von der forensischen Klinik in Düren, deren Architektur das Prinzip einer an den Bedürfnissen der Patienten orientierten Psychiatrie versinnbildlicht, wie sie für Frank Matakas maßgeblich ist.

Die Begegnung mit Menschen, denen das Schicksal besondere Schwierigkeiten mit sich und mit anderen auferlegt hat, der Respekt vor dem Anderssein, das Interesse am Zusammenkommen, an der Bildung von Gemeinschaft, prägen seine psychiatrische Orientierung. Und dann 1980, also vor nicht ganz dreißig Jahren, der Schritt von Düren in die Kölner Südstadt als Leiter der Tagesklinik Alteburger St.: Von außen betrachtet ein Wechsel zwischen unvereinbaren Polen. Tatsächlich jedoch – davon bin ich überzeugt, - ein enger innerer Zusammenhang, den jeder spürt, der Frank Matakas und die Kliniken in Düren und der Alteburger Str. kennen gelernt hat.

Ciampi hat sich einmal gewünscht, dass sich im Zusammenhang mit einem dreidimensionalen Verständnis der Psyche in Zukunft ein authentischer „Triolog“ gerade auch zwischen Sozialpsychiatern auf der einen und biologisch und psychodynamisch orientierten Psychiatern auf der anderen Seite entwickeln möge, da es einen Gewinn bedeute, psychische Störungen und Krankheiten gleichzeitig von mehreren verschiedenen Perspektiven aus zu betrachten und auch zu behandeln.

Nun, ich meine, Frank Matakas verkörpert diesen Ciampi´schen Triolog in Person.

Seine abgeschlossenen Weiterbildungen in Pathologie, Neuropathologie, Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapeutische Medizin, Psychotherapie und Psychoanalyse befähigen ihn zu einer dreidimensionalen Psychiatrie.

Das zeigt sich auch in seinen Veröffentlichungen, die psychoanalytisch und systemisch fundiert sind, in denen sich aber auch Passagen finden, wie : „Allen psychischen Phänomenen liegen organische Prozesse des Gehirns zugrunde. Handlungen, begriffliche Vorstellungen, Wahrnehmungen und Gefühle, sie alle sind ausnahmslos nur möglich durch korrespondierende physiologische Prozesse in den neuronalen Netzwerken des Gehirns...“ oder auch: „Somit sind die neurophysiologischen Gesetzmäßigkeiten unserer Hirntätigkeit Teil der Umwelt unseres Bewusstseins.“

Frank Matakas hat es immer verstanden, mit seiner fachlichen und menschlichen Kompetenz, der ihm eigenen Hartnäckigkeit und mit Charme für die Anliegen seiner Patienten und seiner TKL einzutreten und

zu werben, gesundheitspolitisch zu überzeugen und das Projekt Alteburger Str. abzusichern, auszubauen und ihm Dauer zu verleihen.

Auch die inzwischen vollzogene strategische Verbindung bzw. Partnerschaft mit dem LVR hatte von seiner Seite zweifellos das Motiv, das System Alteburger Str. zukunftssicher aufzustellen. Ich hoffe, die Chancen einer solchen Konstruktion lassen sich (zu Deiner Zufriedenheit) nutzen. (Vielleicht sind sie ja noch ausbaufähig).

Lieber Frank,

ich meine, Du kannst mit Stolz und Zufriedenheit auf die Realisierung der Idee TKL Alteburger Str. zurückblicken, auf viele wichtige Beiträge zur sozial- und gemeindepsychiatrischen Reformdebatte im Rheinland und darüber hinaus, auf einen bedeutsamen Anteil an der psychiatrischen Versorgung der Stadt Köln und vor allem auch auf unzählige therapeutisch erfolgreiche Begegnungen mit Patienten und Angehörigen.

Vor allem diese – aber auch wir alle - werden Dich als Vertreter einer einfühlsamen, auf Wahrung der Würde bedachten und damit zutiefst humanen Psychiatrie in dankbarer Erinnerung behalten.

Mögest Du diesen Dank noch lange genießen können!

Psychiatrie ist immer auf dem Weg, in Bewegung, in ständigem Umbruch. Du warst es lange Jahre mit ihr. Möge nun auch Dein sog. Ruhestand dynamisch sein.

Glück auf!

(Literatur beim Verfasser)