

Rainer Kukla

(Referat bei der Amtsärztetagung des Ministers für Arbeit,
Gesundheit und Soziales NW am 25.6.1982 in Düsseldorf)

„Psychiatrie - heute und morgen“

Meine Damen und Herren,

der englische Psychiater *Bennet* hat vor einiger Zeit auf einem Symposium sein Thema „Psychiatrie der 80er Jahre in Großbritannien“ zu Recht mit dem Hinweis eröffnet:

„Prophezeiungsversuche sind gefährlich. Wenn man aber töricht genug ist, einen solchen Versuch zu wagen, sollte man es am besten fern von zu Hause tun.“ Wenn ich dennoch hier am Orte versuche, über Entwicklungsperspektiven der Psychiatrie zu sprechen, dann mit aller gebotenen Vorsicht und unter Berücksichtigung der gegenwärtigen Situation, die sich im Rahmen eines solchen Vortrages jedoch nur schlaglichtartig beleuchten läßt.

Die Psychiatrie ist in den letzten Jahren erheblichen Wandlungen unterworfen gewesen. Lassen Sie mich dies anhand einiger Stichworte kurz skizzieren:

- Die Bettenzahlen der Großkrankenhäuser konnte fast überall reduziert werden (seit 1972 um über 7 500 Betten, also etwa 30% des ursprünglichen Bestandes - oder anders formuliert - um das Äquivalent von sechs Landeskrankenhäusern).
- Die Behandlungsdauer der Patienten war deutlich rückläufig, während gleichzeitig steigende Zugangszahlen in den Kliniken zu verzeichnen waren. In den Rheinischen Landeskliniken hat sich z.B. in den vergangenen 10 Jahren die Verweildauer etwa halbiert, während die Zugangszahlen um 50% anstiegen.
- Besonders dramatisch war in den letzten Jahren der Anstieg der Zugänge an Alkoholkranken; inzwischen kommt annähernd jeder zweite männliche Patient in den Landeskliniken aufgrund einer Suchtproblematik zur Aufnahme.

- Das therapeutische Angebot der Kliniken wurde differenzierter gestaltet.
- Es konnte mehr Personal eingestellt und damit die Betreuung intensiviert werden. Im Durchschnitt der Landeskrankenhäuser sind heute pro Arzt und pro Pflegekraft um die Hälfte weniger Patienten zu betreuen als noch vor zehn Jahren.
- Neben die "klassischen" Berufsgruppen der Ärzte und des Pflegepersonals sind zunehmend weitere Berufsgruppen getreten, die mithelfen, ein differenziertes therapeutisches Angebot zu verwirklichen; so z.B. Arbeits-, Beschäftigungs- und Sporttherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter und Sozialpädagogen.
- Die Bausubstanz der Kliniken wurde durch Sanierungen und Neubauten verbessert.
- An 15 Allgemeinkrankenhäusern sind psychiatrische Fachabteilungen bzw. Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit insgesamt 1 300 Betten/Plätzen eingerichtet oder erweitert worden. In den kommenden Jahren werden sie noch durch drei weitere Abteilungen ergänzt .
- Neun Allgemein- oder Fachkrankenhäuser wurden umgewandelt bzw. befinden sich derzeit in der Umwandlung in psychiatrische Sonderkrankenhäuser. Insgesamt verfügen sie über 670 Betten/Plätze. Bei einem 10. Krankenhaus ist die Umwandlung in Angriff genommen worden (100 Betten, 10 tagesklinische Plätze).
- Die Unterbringungs- und Lebensbedingungen der Patienten wurden humanisiert. Ein Beispiel für die qualitativen Verbesserungen ist die weitgehende Beseitigung der berüchtigten Bettensäle. In der gleichen Richtung liegt die Reduzierung der Stationsgrößen auf ein therapeutisch vertretbares Maß. So wurden viele Stationen, die früher über 30 und mehr Betten verfügten, auf etwa 20 Betten verkleinert.
- Die hier skizzierten Verbesserungen haben einen beträchtlichen finanziellen Aufwand erfordert. Seit Ende 1972 wurden in unserem Lande rund 1,2 Mrd DM allein für den Ausbau und die Sanierung der stationären psychiatrischen Versorgung aufgewandt.

- Zunehmend beteiligen sich auch Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft an der umfassenden psychiatrischen Versorgung ihrer Region (Beispiele: Stiftung Tannenhof für Remscheid und Wuppertal, Alexianer-Krankenhaus für die Stadt Krefeld, St. Josef- und St. Alexius-Krankenhaus für den Kreis Neuss, St. Josef- Hospital Bad Driburg für den Kreis Höxter, Anstalt Bethel-Sarepta für einen Teil der Stadt Bielefeld).
- Bei einer Reihe von Kliniken wurden - zum Teil mit Hilfe des Bundesarbeitsministeriums - psychiatrische Ambulanzen auf der Basis von Institutsverträgen eingerichtet .
- 34 Tageskliniken wurden in Betrieb genommen, weitere sind im Bau oder geplant.
- In Übergangs- und Wohnheimen für psychisch Kranke und seelisch Behinderte sind heute schätzungsweise über 800 Plätze zum Teil schon verfügbar, zum Teil in konkreter Planung.
- Daneben wurden Wohngruppen und spezialisierte Werkstattplätze eingerichtet.
- In fast 40 Städten und Kreisen haben sich Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften gebildet, die wichtige Funktionen bei der gegenseitigen Information, Koordination und in Grenzen auch Planung der psychiatrischen Versorgung wahrnehmen können.

Jeder, der um die Verhältnisse weiß, wird die bisherigen Leistungen bestätigen und anerkennen müssen. Es läßt sich feststellen, daß die äußeren Bedingungen in den psychiatrischen Krankenhäusern seit Kriegsende nie so gut waren wie heute. Ihnen ist aber zweifellos bekannt, daß die Psychiatrie dennoch in den letzten Jahren von Teilen der Öffentlichkeit besonders hart und zum Teil erbarmungslos kritisiert wurde. Dabei werden Forderungen erhoben, die bis zur Auflösung der psychiatrischen Krankenhäuser reichen; gelegentlich so, als könne mit den psychiatrischen Institutionen auch das individuelle psychische Leid überhaupt aufgelöst werden. Auch in der breiteren Öffentlichkeit wird die Psychiatrie zunehmend kritisch beobachtet. Der Katalog der Fragen ist

umfangreich. Sie beziehen sich nicht nur auf die Rolle der psychiatrischen Krankenhäuser. Es geht auch um die therapeutischen Verfahren, vor allem die Psychopharmaka-Therapie, um den Beitrag neu hinzugetretener Berufsgruppen inkl. Fragen ihrer beruflichen Qualifikation sowie um die gesellschaftliche Funktion der Psychiatrie überhaupt.

Im Grunde genommen sind die Antworten auf diese Fragen bereits formuliert. Ich darf in Erinnerung rufen, daß die Landesregierung bereits in ihrem 1972 vorgelegten „Zielplan zur Versorgung psychisch Kranker und Schwachsinniger“ unmißverständlich deutlich gemacht hat, daß sie sich folgender Grundsätze und Leitlinien verpflichtet fühlt:

- Gleichstellung der psychisch Kranken mit den körperlich Kranken unter anderem durch Einbeziehung der psychiatrischen Behandlung in die allgemeine Krankenhausversorgung;
- Weiterentwicklung des Versorgungsangebotes durch den Ausbau ambulanter Dienste und ergänzender Einrichtungen;
- Verkleinerung der psychiatrischen Kliniken.

Umfassendere Antworten finden sich darüber hinaus in dem Bericht der Sachverständigenkommission der Bundesregierung, der sogenannten Psychiatrie-Enquete.

Danach besteht eine breitere Übereinstimmung darin, die - soweit es den stationären Bereich angeht - im wesentlichen von Großkrankenhäusern getragene psychiatrische Versorgung zu ergänzen durch ein differenziertes System gemeindenaher Dienste und Einrichtungen, das den psychisch Kranken die gleichen Chancen für angemessene Hilfen bietet, wie sie bei körperlich Kranken selbstverständlich sind.

Ich habe den Eindruck, daß gerade *weil* im wesentlichen Einigkeit darüber besteht, wie vorzugehen ist, das Tempo der Verwirklichung heute bereits viele um so ungeduldiger werden läßt. Dabei wird häufig vergessen, daß die

Umsetzung des Reformprogramms etlichen Begrenzungen unterworfen ist. Es wird nämlich nicht nur bestimmt durch die zunehmend eingeschränkten finanziellen Möglichkeiten der öffentlichen Haushalte, Solidargemeinschaften und Sozialleistungsträger, sondern auch durch den nach wie vor bestehenden Mangel an ausreichend qualifiziertem Personal für neue Dienste und Einrichtungen. Für eine Reihe von Angeboten müssen darüber hinaus noch die gesetzlichen Grundlagen und Kostenzuständigkeiten klarer geregelt (z.B. im Falle der Wohngemeinschaften und Übergangsheime) bzw. vorhandene Möglichkeiten verstärkt ausgeschöpft werden (z.B. im Bereich der beruflichen Rehabilitation). Diese Fragen sind ebenso zu klären wie die Probleme, die aufgrund des Belegungsrückgangs in den großen stationären Einrichtungen in Form von erheblichen Defiziten auftreten. Schließlich wird auch bei den in der Psychiatrie Beschäftigten die notwendige Anpassung an die sich ändernden Verhältnisse, Einstellungen und Erwartungen nicht von heute auf morgen zu bewältigen sein.

Ein weiteres Problem ergibt sich in der gegenwärtigen Psychiatrie-Diskussion m. E. daraus, daß sie als Wissenschaft nach wie vor umstritten ist. Es gibt keine allgemein anerkannte einheitliche Theorie psychischen Krankseins - und es kann sie wohl auch nicht geben angesichts der Variationsbreite menschlicher Identität.

Sicher ist das Zusammenwirken persönlichkeitsgebundener - sei es biologischer oder psychischer und äußerer (sozialer) - Ursachen bei einer Reihe von psychischen Störungen unbestritten. Die Formel von der biologischen, psychischen und sozialen Verursachung psychischen Leidens und den daraus folgenden Ansätzen zu einer mehrdimensionalen Therapie und der Forderung nach multidisziplinärer Zusammenarbeit scheinen in der Praxis mancher psychiatrischer Einrichtungen jedoch weniger eine Basis für eine gemeinsame Auffassung im Umgang mit psychischen Störungen zu sein als vielmehr eine Quelle für Auseinandersetzungen um die Gewichtung einzelner Aspekte, Therapieformen und die Bedeutung des Beitrages einzelner Berufsgruppen.

Auch die Auseinandersetzungen über den angemessenen Einsatz von Psychopharmaka - die ohne jeden Zweifel die Realität der Psychiatrie segensreich verändert haben - scheint mir im weiteren Sinne *eine* Ausprägung der Verunsicherung über das Wesen der Psychiatrie und die Rolle des Einzelnen im therapeutischen Prozeß zu sein. Die Vielfalt der philosophischen, medizinischen, psychologischen und soziologischen Erklärungsansätze erschwert es offenbar nicht nur, einen genauen Standort der Psychiatrie in der Medizin zu bestimmen, sondern kompliziert - zumal für jüngere Mitarbeiter - auch eine Orientierung innerhalb der Psychiatrie selbst.

In Verbindung mit der Tatsache, daß in der Psychiatrie Einschränkungen der persönlichen Freiheit der Kranken zu ihrem eigenen Schutz oder zum Schutze anderer gelegentlich unvermeidbar sind, woraus sich das bekannte Spannungsverhältnis zwischen Therapie- und Kontrollfunktion ergibt, entsteht für manchen Mitarbeiter eine unter Umständen erhebliche Belastung und auch eine Belastung der Alltagspraxis in den Einrichtungen selbst.

Trotz dieser Probleme lassen sich konkrete Schwerpunkte der Entwicklung absehen:

Ein wichtiger Akzent liegt zweifellos auf dem Ausbau außerstationärer Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten. Dieser Bereich ist auch Gegenstand des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. Aus diesem Programm werden in Nordrhein-Westfalen sechs sogenannte Modellregionen gefördert, und zwar die Städte Duisburg, Essen und Herne sowie die Kreise Herford und Lippe und der Oberbergische Kreis. Im Rahmen dieses Programms wurden inzwischen im außerstationären Bereich insgesamt 61 Teilprojekte mit einem Gesamtvolumen von ca. 43 Mio DM bewilligt. Neben den finanziellen Möglichkeiten und Freiräumen, die das Programm in seiner Laufzeit bis 1984 bietet, liegen die Chancen - aus der Sicht des Landes - vor allem darin,

- daß erstens versucht werden kann, neue Formen psychiatrischer Angebote zu erproben und über die wissenschaftliche Begleitforschung einer empirischen Überprüfung zugänglich zu machen;
- daß zweitens auf der Basis der Erfahrungen und des Datenmaterials die Auseinandersetzungen mit den Kostenträgern auf Bundesebene (z.B. im Ausschuß für Kosten- und Finanzierungsfragen) zu den bisher ungelösten Problemen auf einer sachlich fundierteren Ebene stattfinden können; und
- daß drittens über die Fortbildungsaktivitäten im Rahmen des Modellprogramms auch die qualitative Arbeit verbessert werden kann.
- Schließlich lassen sich auf der örtlichen Ebene neue Formen der Kooperation und Koordination etwa in Form der in den Regionen gebildeten Beiräte erproben.

Darüber hinaus sind aus dem Modellprogramm Anstöße im Sinne einer teilweisen Fortschreibung der Psychiatrie-Enquete zu erwarten. Besonders aktuell ist z. Zt. zum Beispiel die Diskussion in der anläßlich des Programms vom BMJFG berufenen Beraterkommission darüber, nach welchen Leitlinien der ambulante Bereich gestaltet werden sollte. Ohne das Ergebnis der Diskussion hier vorwegnehmen zu können, zeichnet sich doch ab, daß bei den denkbaren vier Säulen dieses Bereichs, nämlich den niedergelassenen Nervenärzten, den sozialpsychiatrischen Diensten, den Institutsambulanzen und den Kontakt- und Beratungsstellen, ein besonderer Akzent auf die bei den Gesundheitsämtern angesiedelten Sozialpsychiatrischen Dienste gelegt wird. Hierbei wird vor allem auch die Verantwortung der kommunalen Gebietskörperschaften für eine sozusagen „Sicherstellung“ für im weitesten Sinne „vorsorgende und nachgehende Hilfen“ - um die Formulierung des PsychKG aufzugreifen - betont. Inwieweit die kommunalen Gebietskörperschaften diese Dienste in ihren Sozialpsychiatrischen Diensten selbst vorhalten oder sich bei der Aufgabenbewältigung niedergelassener Nervenärzte, Institutsambulanzen oder auch Kontakt- und Beratungsstellen bedienen, ist dabei durchaus offen gehalten, um eine flexible Anpassung an örtliche Verhältnisse zu ermöglichen.

Auch wird nicht verkannt, daß die Kommunen finanziell kaum stärker als heute zu belasten sind. Insofern sind Kostenteilungen mit gesetzlichen Krankenkassen und Sozialleistungsträgern in die Überlegungen eingeschlossen, und zwar möglichst in pauschalierter Form, um komplizierte Einzelleistungsabrechnungen zu vermeiden. Sicher wird die Diskussion hierüber noch eine Weile andauern.

Deutlich ist jedenfalls der Trend, eine gemeindenahe Psychiatrie auch stärker in die Verantwortung der Gemeinden zu verlagern. Letztlich würde dies eine Konkretisierung des Auftrages der PsychKG bedeuten. Daraus ergäbe sich im übrigen eine besondere Verantwortung, aber auch attraktive Aufgabe für die Gesundheitsämter, deren koordinierende Funktion akzentuiert wird.

Neben dem Ausbau ambulanter, beratender und komplementärer Dienste (bei denen vor allem das Problem der Finanzierung von Übergangsheimen und Wohngemeinschaften oder Wohngruppen als Alternative zu stärker institutionalisierten Unterbringungsformen im Vordergrund steht) wendet sich die Diskussion zunehmend auch den Fragen der beruflichen Rehabilitation zu. Zwar sind gerade hier noch zu wenig handfeste Erfahrungen vorhanden, um Entwicklungstrends mit ausreichender Deutlichkeit ausmachen zu können. Dennoch läßt sich abschätzen, daß aufgrund z.B. der Zahl der Frühberentungen wegen einer psychischen Erkrankung diese Diskussion trotz der insgesamt ungünstigen Arbeitsmarktlage weiter aktuell bleiben wird. Auch der BMA wird sich offenbar zukünftig stärker diesem Thema zuwenden.

Die Vorausschau auf die vor uns liegende Entwicklung wäre unvollständig, wenn nicht ein Streitpunkt angesprochen würde, der bereits zu heftigsten Auseinandersetzungen geführt hat: Gemeint sind die psychiatrischen Großkrankenhäuser. Es muß mit aller Deutlichkeit gesagt werden, daß eine Verkleinerung oder gar Auflösung dieser Krankenhäuser nicht verantwortet werden kann, solange nicht angemessene Alternativen vorhanden sind. Psychiatrische Abteilungen, die weiter an Allgemeinkrankenhäusern anzugliedern sind, können und sollen nur eine - wie *Finzen* es einmal genannt

hat - „Teilalternative“ zum psychiatrischen Großkrankenhaus darstellen, da sie im System einer gemeindenahen Psychiatrie der Ergänzung durch weitere Dienste und Einrichtungen bedürfen.

Eine bereits historisch zu nennende Kontroverse entzündet sich hierbei an der Frage, inwieweit psychiatrische Abteilungen bereit und in der Lage sind, ihren Beitrag zur umfassenden Versorgung psychisch Kranker zu leisten und welche Versorgungsaufgaben den Großkrankenhäusern verbleiben. In der Diskussion wird die Befürchtung oder auch Feststellung geäußert, daß es durch die psychiatrischen Abteilungen zu einer Selektion von Patienten käme. Hierdurch würde eine sogenannte „2-Klassen-Psychiatrie“ entstehen, in der leichtere Fälle psychiatrischer Erkrankung in Abteilungen behandelt und schwerer erkrankte, chronische Patienten, Pflegebedürftige, Erregte und Depraviierte den großen psychiatrischen Krankenhäusern zugewiesen würden.

Hierzu muss ich zunächst feststellen, daß ich es für außerordentlich bedenklich halte, zwischen verschiedenen Patientengruppen Wertungen vorzunehmen.

Kulenkampff hat einmal formuliert, daß es nicht vertretbar ist, „etwa die Behandlung eines reaktiv Depressiven mit Suizidtendenzen als eine Form edelpsychiatrischen Umgangs mit erstklassigen Patienten gegen die weiß Gott mühseligere Therapie und Rehabilitation eines chronisch Kranken oder depravierten Alkoholikers als minderwertiger Form psychiatrischer Tätigkeit mit zweitklassigen Patienten abzuheben“. Im übrigen ist es sicher zutreffend, daß sich viele psychiatrische Abteilungen hinsichtlich ihrer Patientenstruktur etwa im Sinne des Anteils an Aufnahmen nach dem PsychKG, des Anteils an Neurosen oder auch Suchtkranker oder alterspsychiatrischer Patienten vom durchschnittlichen Großkrankenhaus unterscheiden.

Andererseits kann es aber gar nicht das Ziel sein, hier eine Deckungsgleichheit herzustellen, d.h. psychiatrische Abteilungen sozusagen als „Minilandeskrankenhäuser“ zu planen.

Wir müssen es uns überhaupt abgewöhnen, bei der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter isoliert vom Krankenhaus bzw. vom Krankenbett her zu denken. Damit stellt sich die gewiß schwierige Aufgabe, ein ursprünglich zentralistisch ausgerichtetes, relativ ungegliedertes in ein dezentrales und

komplexes System zu überführen. Dabei sollte sich das stationäre psychiatrische Angebot - sei es in Form der Abteilung oder des (verkleinerten) Fachkrankenhauses - nur mit Patienten befassen, welche dieses Versorgungsangebot qualitativ benötigen, d.h. krankenhauspflegebedürftig sind. Und nicht mit einem Klientel, bei dem rehabilitative, soziotherapeutische oder heilpädagogische Maßnahmen langfristig im Vordergrund stehen, die sich besser in anderen Formen gemeindenaher psychiatrischer Dienste vollziehen lassen. Ich verkenne dabei nicht, daß es trotz unserer heutigen verbesserten therapeutischen Möglichkeiten auch Patienten gibt, die uns als sogenannte „neue chronisch Kranke“ vor besondere Probleme stellen, bzw. Patienten, die längerfristig zu betreuen die Möglichkeit einer psychiatrischen Abteilung übersteigt. Gerade hierin liegt jedoch die Zukunftsperspektive unserer Fachkrankenhäuser, nämlich in der Aufgabe, über die umfassende Versorgung ihres verkleinerten Aufnahmegebietes hinaus eine qualifizierte und spezialisierte Behandlungseinrichtung für bestimmte Patientengruppen darzustellen. Dies ist sinnfällig für den Bereich der forensischen Psychiatrie, gilt aber sicher auch für längerfristig krankenhauspflegebedürftige Patienten anderer Art. Ich würde es mir wünschen, daß sich die Großkrankenhäuser dieser Aufgabe engagiert annehmen und sie nicht als etwas „Zweitklassiges“ abtun.

Auf der anderen Seite besteht für die Abteilungen die Verpflichtung, sich den psychiatrischen Versorgungsaufgaben in ihrer Gemeinde zu stellen und in Zusammenarbeit mit den übrigen Diensten und Einrichtungen eine so umfassende Versorgung wie möglich sicherzustellen. Dies bezieht sich auch, um dies deutlich zu sagen, auf die Aufnahme von Patienten, die nach dem PsychKG eingewiesen werden.

Eine derartige Verpflichtung auf ein Versorgungsgebiet wird der alten Kontroverse mit den Großkrankenhäusern gewiß ihre Schärfe nehmen und die sicher notwendige Kooperation zwischen beiden erleichtern. An die Gesundheitsämter möchte ich in diesem Zusammenhang appellieren, soweit psychiatrische Abteilungen in ihrem Bereich bereits existieren, auch wenn noch keine formelle Vereinbarung über eine Regionalversorgung getroffen wurde,

vor jeder Zwangseinweisung noch stärker zu prüfen, ob vorrangig die Unterbringung in der jeweiligen Abteilung möglich ist und hierdurch das Verbringen in ein in der Regel entfernter liegendes Landeskrankenhaus vermieden werden kann.

Eine weitere Teilalternative existiert bekanntlich in Form einer teilstationären Unterbringung. Bedauerlicherweise sind hierbei trotz der unbestreitbaren Vorteile noch Vorbehalte der Krankenkassen zu überwinden, zumindest was die Form sogenannter „eigenständiger“ Tageskliniken angeht. Dabei verdichtet sich zunehmend der Eindruck, daß gerade einigermaßen selbstständige Tageskliniken besonders geeignet sind, kompetente und stabile Behandlungsprogramme aufzubauen.

Die hier angesprochenen Veränderungen werden nicht befriedigen können, solange das Defizit geeigneter Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen für chronisch Kranke, seelisch Behinderte und insbesondere für pflegebedürftige Alterskranke als eine bedrückende Hypothek fortbesteht. Für diese Gruppen angemessene Lebensformen zu ermöglichen, wird mit Recht als eine der höchsten Prioritäten der Reformbestrebungen angesehen. Es muß unter allen Umständen verhindert werden, daß sie - wie dies in der Vergangenheit zum Teil wohl gelegentlich geschehen ist - in Heime abgeschoben werden, deren Niveau nicht vertretbar ist.

Die notwendigen Verbesserungen sind aber auch nicht allein durch die Verstärkung professioneller Hilfen erreichbar - nicht nur wegen der begrenzten finanziellen Mittel. Finzen hat kürzlich mit Recht darauf hingewiesen, daß es angesichts der Not psychisch Leidender und ihrer Angehörigen vordringlich sein wird, die Möglichkeiten der Selbsthilfe der Betroffenen zu verbessern. Selbsthilfegruppen von Kranken und ihren Angehörigen sind bei einigen somatischen Erkrankungen inzwischen selbstverständlich geworden. Auch die Elternvereinigung geistig behinderter Kinder hat gezeigt, daß durch Selbsthilfe für die Betroffenen viel erreicht werden kann. Hier lassen sich Vorbilder finden, auch psychisch Kranken und vor allem ihren Angehörigen, die mit ihren

Problemen oft genug allein gelassen werden, durch fachkundige Beratung zu helfen.

Hier könnten die Kommunen wichtige Hilfestellungen leisten. So wie sie es in der Vergangenheit dankenswerterweise bereits in etlichen Fällen bei der Einrichtung von Patienten-Clubs getan haben.

Bei allen Bemühungen und Ansätzen muß gleichzeitig übertriebenen Erwartungen entgegengetreten werden, da alle Bemühungen, psychischem Leid und seinen Folgen abzuhelpfen, begrenzt sind. Es muß jedoch das Ziel sein, den psychisch Kranken in seinen Fähigkeiten zu unterstützen, ein möglichst normales Leben zu führen. Hierzu gehört auch, die Zwangsaspekte psychiatrischer Behandlung soweit vertretbar abzubauen. Nicht die „Ausgrenzung“ sondern die Hilfe muß im Vordergrund stehen, und zwar Hilfe nicht im Sinne einer allgegenwärtigen Psychiatisierung, sondern Hilfe, die Leid und Not gleichzeitig als Wesensbestandteile menschlicher Existenz begreift und partnerschaftliche Unterstützung anbietet

Vor diesem Hintergrund ist abzuschätzen, daß die Qualifikation der Therapeuten bzw. der therapeutischen Teams, der Bedarf an Fort- und Weiterbildung und auch die Entwicklung eines weiteren therapeutisch tätigen Berufsbildes im Umfeld der Psychologie bzw. Psychotherapie herausragende Themen der 80er Jahre sein werden.