

Das Original dieses Textes steht bei www.ibrp-online.de -> Gemeindepsychiatrie

Reinhard Peukert:

Die Begriffs- und Entwicklungsgeschichte, die zu „Gemeindepsychiatrie“ führte

Der Begriff "Gemeindepsychiatrie" steht in einem gemeinsamen Bedeutungsfeld mit "Sozialer Psychiatrie", "Kommunaler Psychiatrie", "Gemeindenaher Psychiatrie" und "Demokratischer Psychiatrie".

Der Begriff "**Demokratische Psychiatrie**" wurde in Deutschland nur selten verwendet, wengleich die Psychiatrie-Reform viele Anstöße von der "Psychiatria Democratica", der großen anti-institutionellen Bewegung in Italien, aufgenommen hat, nachzulesen z.B. bei Kardoff und anderen im vom Keupp und Zaumseil herausgegebenen Band: Die gesellschaftliche Organisation psychischen Leidens; Frankfurt 1978¹.

In München fand im Oktober 1979 ein dreitägiges Treffen von etwa 700 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus deutschen und italienischen Einrichtungen statt².

1. die unvorstellbaren Bedingungen der Psychiatrie (riesige Anstalten, in denen ihrer bürgerlichen Rechte beraubte Menschen zumeist ohne Chancen auf Entlassung "leben" mussten), die an ihre eigene Grenze stießen: die Anstalten wurden immer größer und größer, da immer mehr Menschen eingeschlossen wurden;
2. eine politische Gesamtsituation, die für grundlegende gesellschaftliche Veränderungen offen war

Auf diesem Hintergrund kam es in Italien:

1. zu einer Rechtsreform, die den psychisch Kranken ihre Bürgerrechte zurückgab und die Neubelegung der Großkrankenhäuser untersagte.
Die Versorgung der psychisch kranken Menschen wurde den Großkrankenhäusern entzogen und statt dessen regionalen Diensten übertragen (den CIM, ambulanten regionalen Diensten mit Vollversorgungspflicht) und kleinen stationären Einheiten in Allgemeinkrankenhäusern (S.D.C.: Servizi di Diagnosi e Cura, diagnostisch-therapeutische Dienste); dies erfolgte im Jahr 1987 mit dem Gesetz Nr. 180³.

¹ "Am Beispiel einer Gemeindepsychiatrie, die von unten her konzipiert ist, wie dies in Ansätzen in der italienischen Psychiatrie der Fall ist, läßt sich eine solche Abkehr vom "therapeutischen Blick" beobachten: weg von einer Heilung von Patienten oder einer als Frühwarnsystem sozialer Kontrolle interpretierbaren Primärprävention, hin zu einer an den lebensweltlichen Kontexten ansetzenden und auf sie bezogenen und in sie wieder hineinführenden solidarischen Problemlösung, die nur durch die Kompetenz und nicht durch die Statusdifferenz des Therapeuten bedingt ist. Mit einer solchen Wendung wird auch der begriff Therapie als Ausdruck eines besonderen Subjektbezugs besser durch den Begriff Hilfsbedürftigkeit ersetzbar, dessen Korrelat solidarische Hilfe und damit auch kollektive Neudefinition sozialer Krisensituationen darstellt" (Kardoff in: Keupp und Zaumseil, 1978, S. 583)

² Die Protokolle und Ergebnisse sind veröffentlicht in: Neue Psychiatrie, Erfahrungen aus Italien und Deutschland. Sonderband der Sozialpsychiatrischen Informationen. Bonn (Psychiatrieverlag) 1980 - siehe auch Literaturliste.

³ "Artikel 33 (Richtlinien über die freiwilligen und zwangsweisen Untersuchungen und Behandlungen): Die Untersuchungen und die medizinischen Behandlungen sind normalerweise freiwillig. In bestimmten Fällen können gemäß dem vorliegenden Gesetz.....von den Gesundheitsbehörden zwangsweise Untersuchungen und Behandlungen eingeleitet werden. Die zwangsweisen Untersuchungen und medizinischen Behandlungen werden eingeleitet durch eine Verfügung des Bürgermeisters in seiner Eigenschaft als Vorsteher der

2. zu einer breiten Übernahme von Reformgedanken und -Prozessen, die sich seit ca. 1960 bildeten und in der Gründung der "Psichiatria Democratica" im Jahre 1973 ihre Organisation fanden.

Die wesentlichen Reformbestrebungen, die dann auch für deutsche Psychiatriekritiker relevant wurden waren:

1. die Abkehr von Krankheitstheorien und statt dessen die unmittelbare Begegnung und Konfrontation mit der Angst und dem Leiden;
2. um dem Leiden unvoreingenommen begegnen zu können muß es seiner institutionellen Form entkleidet werden - also radikale Abschaffung der Psychiatrischen Kliniken⁴.
3. erst in der (de-institutionalisierten) Auseinandersetzung mit dem Wahnsinn - kann es zum Erkennen der sozialen Grundlagen und Beeinflussungen des Wahnsinns kommen;
4. das Vermeiden einseitiger psychiatrischer Interventionen; statt dessen Integration psychiatrischer Hilfen in das Gesamtsystem allgemein-gesellschaftlicher, sozialer und gesundheitsbezogener Aktivitäten und Dienste in der Region;
5. die Überprüfung des von der Psychiatrie übernommenen gesellschaftlichen Auftrags (Paolo Tranchina) im Sinne eines tendenziellen Durchbrechens der sozialen Funktion des Wahnsinns,
a.: in der Existenz des Wahnsinns kann sich der Nicht-Wahnsinnige seiner Normalität bestätigen,

Gesundheitsbehörde nach einem begründeten Vorschlag eines Arztes.

Die zwangsweisen Untersuchungen und medizinischen Behandlungen werden durch die öffentlichen, territorialen Gesundheitsdienste durchgeführt, und wo eine stationäre Aufnahme erforderlich ist, findet diese in den öffentlichen Krankenhäusern statt....

Die oben genannten zwangsweisen Untersuchungen und medizinischen Behandlungen müssen von Bemühungen begleitet werden, die da darauf gerichtet sind, die Zustimmung und die Teilnahme des Zwangsbehandelten zu erreichen. Die "Unita Sanitaria Locale" (entspricht einem staatlichen Gesundheitsambulatorium, Anm. d. Verfassers) bemüht sich, die oben genannten zwangsweisen Behandlungen einzuschränken, indem sie Vorsorgemaßnahmen, eine Gesundheitserziehung und eine systematische Beziehung zwischen den Gesundheitsdiensten und der Gemeinde aufbaut.

Während der zwangsweisen Behandlung hat der Patient das Recht, mit jedem Kontakt aufzunehmen, mit dem er dies will.

Jedermann kann an den Bürgermeister einen Antrag stellen, um die oben genannte Verfügungrückgängig zu machen oder zu verändern. Innerhalb von 10m Tagen muss der Bürgermeister über diese Anträge entscheiden." Artikel 34 (Richtlinien über die freiwilligen und zwangsweisen Untersuchungen und Behandlungen bei Geisteskrankheit):

...Die zwangsweise Behandlung wegen Geisteskrankheit kann nur dann stationär durchgeführt werden, wenn solche psychische Störungen vorliegen, die dringende therapeutische Maßnahmen erforderlich machen, wenn diese Maßnahmen nicht vom Patienten akzeptiert werden und wenn die Voraussetzungen für sofortige und geeignete medizinische Maßnahmen außerhalb des Krankenhauses nicht erfüllt sind.

Die Zwangsbehandlung muss im Allgemeinkrankenhaus durch besondere psychiatrische Dienstedurchgeführt werden...., wobei auch die sozialpsychiatrischen Dienste außerhalb des Krankenhauses mit herangezogen werden, um die Kontinuität der Therapie zu gewährleisten..."

⁴ "... die wissenschaftlichen Theorien über den Begriff der Krankheit (müssen) ebenso wie die Institutionen, in denen ihre therapeutischen Maßnahmen durchgeführt werden, zwingend in Frage gestellt werden. ... Ich will damit sagen, daß jede Institutionalisierung eines Problems Dich hindert, dich mit diesem Problem auseinanderzusetzen ... du kannst dich seinen Problemen (des psychisch Kranken, online) nicht stellen, solange seine Probleme institutionalisiert sind, er im Irrenhaus ist und einer totalen sozialen Kontrolle unterliegt. In dem Augenblick, in dem man die psychiatrische Anstalt abschafft, sieht man überhaupt erst das Problem, nämlich das Problem des Wahnsinns. Und wie willst du dich dann mit dem Problem des Wahnsinns auseinandersetzen? Das wird der entscheidende Punkt sein" (Basaglia aus einem Interview, veröffentlicht in: Zehentbauer 1979, S. 18)

b.: die Existenz der Kliniken enthält eine gesellschaftliche Drohhäufung, die auf Normalität konditioniert⁵;

6. die Mitbestimmung aller Beteiligten, die Aufhebung der strengen Hierarchie innerhalb des Personals und zwischen Personal und Patienten/Klienten

In der Demokratischen Psychiatrie Italiens gehen (bzw. gingen) eine Einheit ein:

1. die Veränderung der Beziehungen zwischen den Professionellen und Patienten,
2. die Beachtung der sozialen Prozesse als entscheidend dafür, wie der Wahnsinn in Erscheinung tritt, und
3. die konsequente Verlagerung der Versorgung in die Region, vornehmlich ambulant und integriert in die Gesamtversorgung

„Gemeindenah Psychiatrie“

In Deutschland hatte sich zunächst ein Begriffspaar etabliert, in dem diese Einheit aufgebrochen schien: **Sozialpsychiatrie und Gemeindenah Psychiatrie.**

„Gemeindenah Psychiatrie“ ist heute überholt, da zu unspezifisch. Alle konnten sich hinter dem Banner "Gemeindenah Psychiatrie" versammeln, - unabhängig davon, wie sie sich die Behandlung und Betreuung der psychisch kranken Menschen konkret vorstellten, wünschten oder durchführten.

„Gemeindenah“ wurde die Psychiatrie allein schon dadurch, daß die Klinikbetten nicht 10, 20 oder 30 km oder gar hunderte von Kilometern von den Wohnorten ihrer Patienten entfernt waren. Die angesprochene Verwässerung des Begriffs war ein Ergebnis seiner Verwendung, denn ursprünglich hatte er eine ganz konkrete Bedeutung. Er wurde erstmals in der Enquête verwendet: "Alle Dienste, bei denen dies nur möglich ist, sollen gemeindenah eingerichtet werden" (Punkt 5 der Grundsätze der Enquête, S. 189)

Dort war dieser Begriff eingebettet in acht weitere Grundsätze, die gemeinsam "Bedeutung und Geist" der Enquête ausmachen⁶:

⁵ Diese Funktion ist historisch für die Zwangshäuser, die Vorläufer der Kliniken, ausreichend belegt.

So wurde z.B. von Sonnenfels hervorgehoben, wie nützlich es sei, die Manufakturen in bedrohliche Nähe zu Zucht-, Arbeits- und Waisenhäusern zu plazieren:

"Ein Land kommt in Aufschwung, wenn die Seyden- und Wollmanufacturen wohl eingerichtet seyn und nur ein Zuchthaus dabei ist, durch dessen Furcht das liederliche Gesindlein zum erforderlichen Fleiß und Arbeit angewiesen wird, ... das ist ... gewiß, daß mit Zucht- und Weysenhäusern neue anzulegende und einzuführende Manufacturen gar unvergleichlich und am besten miteinander zu verknüpfen sind" (zitiert nach Sombart in: Dörner 1984, S. 188)

Blasius zeigt, daß Ende des 19. Jahrhunderts die Irrenfrage zu einer bürokratischen wurde: durch Verordnungen sollte in Preußen sichergestellt werden, daß auch alle in Anstalten untergebracht waren.

"Doch das Ganze war kein selbstgefälliges Spiel der Verwaltung; indem sie das Irrenhaus als als Sanktionsmechanismus für nichtangepaßtes Verhalten einführte und auch erfahrbar machte, trug sie zur Absicherung der herrschaftlich vorgegebenen Verhaltensdisziplin bei." (Blasius 1980, S. 95).

⁶ Aus: Drucksache Deutscher Bundestag: Neuordnung der Versorgung psychisch Kranke

B. Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

B.1 Grundsätze einer Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

Der im Teil A des Berichtes dargestellte Bedarf und die dort aufgeführten schwerwiegenden Mängel der gegenwärtigen Versorgung psychisch Kranker und Behinderter machen eine Neuordnung erforderlich.

Mit einer solchen Neuordnung soll erreicht werden,

- dass das Auftreten psychischer Krankheiten und Behinderungen sowie ihre Verlaufsbedingungen so frühzeitig erkannt und beeinflusst werden, dass schwerwiegende Beeinträchtigungen nach Möglichkeit abgewendet werden können;

- dass bei Behandlungsbedürftigkeit die Notwendigkeit stationärer Behandlung durch ambulante und halbstationäre Maßnahmen verringert und damit die Ausgliederung des psychisch Kranken und Behinderten aus seinen Lebensbereichen vermieden wird;

Der Begriff "Gemeindenaher Psychiatrie" wurde eingeführt mit der Psychiatrie-Enquête, dem "Bericht zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung" vom 25. November 1975 - dem Dokument, das gemeinhin als der Startschuß zur Veränderung der Nachkriegspsychiatrie in Deutschland gilt.

Nachdem es im Anschluß an die systematische Ermordung auch der psychisch kranken Menschen unter dem Nationalsozialismus in Deutschland um die Psychiatrie gesellschaftlich still geworden war meldeten sich zunächst junge Psychiater im Jahre 1965 mit der

- dass dort, wo eine stationäre Behandlung erforderlich wird, die personellen, baulichen und organisatorischen Voraussetzungen dafür vorhanden sind, damit Krankheit und Behinderung tatsächlich beeinflusst werden können.

Die Neuordnung wird sich deswegen an folgenden Grundsätzen ausrichten:

1. Die Entstehungsbedingungen psychischer Krankheiten und die Umstände, welche zu ihrer Chronifizierung beitragen können, machen es vor allem in den Bereichen der Erziehung, der Arbeit und des Wohnens notwendig, solchen Zusammenhängen und den Fragen und Möglichkeiten der Prävention fortschreitend nachzugehen und Erkenntnisse darüber an die Betroffenen, an Institutionen und Entscheidungsinstanzen zu vermitteln.
 2. Erforderlich ist eine intensiviertere allgemeine Aufklärung der Bevölkerung auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit und eine gründlichere spezielle Schulung solcher Berufsgruppen, die in ihren Bezugsfeldern oft als erste mit Auffälligkeiten und Beeinträchtigungen konfrontiert werden.
 3. Durch volle Ausschöpfung präventiver Hilfen von pädagogischen, sozialtherapeutischen und beratenden Diensten, sowie durch sinnvolle Förderung und Selbsthilfeinitiativen der Betroffenen (Selbsthilfegruppen) ist die Vorsorge auf dem Sektor der psychischen Gesundheit, bereits im Vorfeld der fachtherapeutischen Dienste wesentlich zu verbessern. da es sich hier vor allem um Ausbildungs- und Supervisionshilfen für die betreffenden Berufsgruppen handelt, kann damit gerechnet werden, dass deren präventive Wirksamkeit ohne gravierende finanzielle Mehrbelastung zu steigern ist.
 4. Die Versorgung im Bereich von Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik muss als ein umfassendes Angebot allen von psychischer Krankheit oder Behinderung Betroffenen und Bedrohten zur Verfügung stehen. Dies bedeutet, dass eine Vielfalt von Diensten vorhanden sein muss, die so miteinander verbunden sind, dass sich einerseits für jeden Hilfsbedürftigen und Hilfesuchenden ein Weg u der ihm entsprechenden Versorgung ergibt, dass andererseits aber auch ein unnötiger Aufwand durch mehrfaches Vorhandensein gleichartiger aber unverbundener Angebote vermieden wird.
 5. Alle Dienste, bei denen dies nur möglich ist, sollen gemeindenaher eingerichtet werden. Eine weitgehende Unterbrechung der Beziehungen des psychisch Kranken und Behinderten zu seinen Lebensbereichen rechtfertigt sich lediglich dort, wo spezialisierte Behandlungs- und Rehabilitationsangebote nur auf der Ebene übergeordneter Versorgung konzentriert werden können.
 6. Alle noch bestehenden Unterschiede hinsichtlich rechtlicher, kostenmäßiger und sozialer Regelungen zwischen psychisch Kranken und körperlich Kranken müssen beseitigt werden.
 7. Die psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Dienste können ihren Aufgaben nur durch eine multidisziplinäre Zusammenarbeit zahlreicher Berufsgruppen gerecht werden. Diese multidisziplinäre Zusammenarbeit und ihre verschiedenartigen Schwerpunkte müssen bei der inneren Organisation und der Leistungsstruktur der einzelnen Dienste berücksichtigt werden. Sie macht aber außerdem über den Rahmen dieser Dienste hinaus eine enge und verbindliche Zusammenarbeit mit sozialen, psychologischen und sonderpädagogischen Diensten erforderlich.
 8. Fachkrankenhäuser mit ihrem hohen personellen und technischen Aufwand sollen nur diejenigen psychisch Kranken aufnehmen, deren Zustand diesen diagnostischen und therapeutischen Einsatz erforderlich macht. Für geistig und seelisch Behinderte, die einer ständigen Betreuung bedürfen, ist die Unterbringung in einem Fachkrankenhaus in der Regel nicht erforderlich. Sie bedürfen überwiegend solcher Einrichtungen, in denen rehabilitative und pädagogische Angebote und eine normale Wohn- und Lebensraumgestaltung ausschlaggebend sind.
 9. Die Vielfältig erforderlichen Angebote und Dienste sollen so miteinander verbunden sein, dass psychisch Kranke und Behinderte soweit und solange nur möglich, die Beziehung zu derjenigen Einrichtung oder Fachgruppe, die sich ihrer Versorgung angenommen hat, aufrechterhalten können.
- Es folgt die Darstellung und Begründung der Neuordnung der psychiatrischen und rehabilitativen Dienste für psychisch Kranke und Behinderte in ihrer Gliederung in ambulante, teilstationäre und stationäre Dienste. Besonders berücksichtigt sind die spezielle Dienste.

Heidelberger Denkschrift zu Wort, "die von einem nationalen Notstand sprach und damals schon alle wesentlichen Forderungen formulierte, die zehn Jahre später in der Psychiatrie-Enquête des Deutschen Bundestages ihren Niederschlag fanden" (Häfner in APK Band 27, S. 85); für den Beginn der Reform war aber das Jahr 1970 entscheidend:

- Es fand eine vielbeachtete Psychiatrietagung in Loccum statt,
- in Heidelberg wurde das Sozialistische Patientenkollektiv gegründet, eine sich revolutionär verstehende Gruppe, die mit psychisch Kranken die Gesellschaft verändern wollte (Kapitalismus macht krank, Freiheit heilt) (Basisgruppe Medizin, Gießen 1972 a und 1972 b);
- es traf sich der erste Mannheimer Kreis, aus dem die DGSP hervorging,
- die DGSP (Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie) wurde gegründet
- und in diesem Jahr erfolgte der Antrag des Abg. Picard (CDU) zur Einrichtung der Enquêtekommission,
- die im Jahr 1971 ihre Arbeit aufnahm und die - von der kurz zuvor gegründeten Aktion Psychisch Kranke koordiniert - im Jahre 1975 ihre Ergebnisse vorlegte.

Die vier Hauptempfehlungen der Psychiatrie-Enquete stellen noch heute die nach wie vor bestehenden Anforderungen an eine angemessene psychiatrische Versorgung dar:

- gemeindenaher Versorgung,
- bedarfsgerechte und umfassende Versorgung **aller** psychisch Kranken und Behinderten,
- Koordination aller Versorgungsdienste,
- Gleichstellung von psychisch und somatisch Kranken.

Heinz Häfner, stellvertretender Vorsitzender der Enquete-Kommission, betont:

"Die Empfehlungen (der Enquete, online-casa) sind als Leitlinien des Kernbereichs der psychiatrischen Versorgung und ihrer rechtlichen Rahmenbedingungen heute noch gültig." - und er zählt 6 Prioritäten auf:

"In Gestalt von Prioritäten dargestellt, lauten sie:

- Auf- und Ausbau eines bedarfsgerechten, gemeindenahen Versorgungssystems mit ambulanten und komplementären Diensten,
- Koordination und Zusammenarbeit innerhalb der Versorgungssysteme und Standardversorgungsgebiete,
- Aus- und Aufbau ambulanter Dienste und psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern,
- Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung,
- vorrangige Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher und Alkohol- und Suchtkranker,
- Gleichstellung körperlich und seelisch Kranker in rechtlicher, finanzieller und sozialer Hinsicht."

(Häfner in: APK Band 27, S. 96)

„**SOZIALPSYCHIATRIE**“ ist ein auch heute noch viel verwendetes Etikett, obwohl es nach wie vor an einer Geschichte der Sozialpsychiatrie, seiner Wurzeln und Spielarten fehlt.

(Haselbeck in: Finzen u.a. 1995, S. 166)

Es ist wieder das Jahr 1970, in dem Klaus Dörner auf dem sozialpsychiatrischen Kongress in der Psychiatrischen Klinik der Universität Hamburg in neun Punkten Elemente einer "kritischen Sozialpsychiatrie" benennt und zusammen fasst:

"Sozialpsychiatrie stellt als empirische Wissenschaft, als therapeutische Praxis und als soziale

Bewegung den Versuch der Rückbeziehung auf und die Integration der psychischen Leiden in ihre soziale Realität dar ..."

1. Gemeindepsychiatrie ist orientiert an der Chancengleichheit aller Angehörigen einer Gesellschaft
2. Sozialpsychiatrie können sich auf den vorherrschenden (biologisch-wissenschaftlich geprägten) Krankheitsbegriff nicht mehr stützen
3. Psychiatrische Diagnosen seien ebenso wie der Akt des Diagnostizierens in ihrer bisherigen Form nicht mehr akzeptabel.
4. Sozialpsychiatrie behaupte keineswegs die soziale Verursachung eines psychischen Leidens, sondern bemühe sich um die Berücksichtigung der gesamten Bedingungskonstellationen des Leidens.
5. Sozialpsychiatrische Hilfen sollten nicht mehr Zwang, sondern Solidarität mit dem psychisch Leidenden zur Grundlage haben.
6. Die "Therapeutische Kette" gilt als Alternative zur institutionellen Instanzenzerstückelung der Patienten.
7. Betonung der Bedeutung des therapeutischen Teams für die Behandlung (therapeutische Gemeinschaft)
8. Psychiatrisches Handeln habe sich an Realitäten ebenso wie an Prävention zu orientieren.
9. Zusammenfassend heißt es, "Sozialpsychiatrie stellt als empirische Wissenschaft, als therapeutische Praxis und als soziale Bewegung den Versuch der Rückbeziehung *auf* und die Integration der psychisch Leidenden *in* ihre soziale Realität dar..."

(aus: Haselbeck in: Strotzka 1995, S. 168)

Als erstes der neun Elemente wird benannt:

"Sozialpsychiatrie ist orientiert an der Chancengleichheit aller Angehörigen einer Gesellschaft".

Damit ist in gewisser Weise der Anschluss an die Demokratische Psychiatrie hergestellt - allerdings ohne die Übernahme der dort mitgedachten Hoffnung, durch die Entlassung der Irren in die Gemeinden ihrer Herkunftsregionen eine Konfrontation mit den sozialen Entstehungsprozessen der Krankheit zu provozieren und dies zum Ausgangspunkt grundlegenderer Auseinandersetzungen mit der vorherrschenden Gesellschaftsform zu machen.

Diesen Aspekt der Demokratischen Psychiatrie in Deutschland zu repräsentieren fällt dem Sozialistischen Patientenkollektiv zu, das sich - anders als die Bewegung in Italien - extrem radikalisierte und schließlich kriminalisiert wurde.

Seit kurzem liegt ein biographischer Bericht vor, in dem aus der subjektiven Perspektive des Teilnehmers Erich Wulff der historische Kongress in den Kontext der Entwicklung bis zur Enquête gestellt wird; in selbstdistanzierender Weise zur eigenen Biographie tritt er als "Adalbert" auf - sein zweiter Vorname⁷.

⁷ Am 4. April 1970 sprach Adalbert, von Klaus Dörner dazu eingeladen, auf dem wahrscheinlich ersten sozialpsychiatrischen Kongress in der Bundesrepublik: an der Eppendorfer Universitätsklinik in Hamburg, wenige Tage bevor er zu seinem lang ersehnten ersten Besuch nach Hanoi flog. Klaus Dörners literarisches Debut *Bürger und Irre*, zugleich seine philosophische Dissertation, kannte Adalbert schon seit Anfang 1968 - persönlich war er ihm erstmals Ende desselben Jahres, bei irgendeiner Berliner Vietnam-Veranstaltung, begegnet. >Wie halten Sie es in dieser deutschen Psychiatrie noch aus?<, hatte Klaus Dörner ihn im Foyer der TU gefragt. Er sieht diese Szene noch deutlich vor sich: ein schwächling wirkender Mann mit rotblonder Mähne, hellblauen Augen und einem leuchtend weißen, trotz seiner Jugendlichkeit schon leicht zerknitterten

In der Schweiz gilt seit 1992 als offiziell gültige Definition der Schweizerischen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie:

"Sozialpsychiatrie ist derjenige Bereich der Psychiatrie, der psychisch kranke Menschen in und mit ihrem sozialen Umfeld zu verstehen und zu behandeln sucht.

Sie studiert die Wechselwirkungen zwischen sozialen, psychologischen und biologischen

Pantomimengesicht, der auf ihn zukommt und ihn begrüßt, als würden sie sich schon lange kennen. Das nächste Mal, anderthalb Jahre später, als sie sich in Hamburg sahen, duzten sie sich, ohne Absprache, als wenn dies sich von selbst verstünde.

Auf diesem Kongress geschah Außerordentliches: Krankenschwestern, Sozialarbeiter, Bewegungs- und Arbeitstherapeuten sprachen erstmals gleichberechtigt mit Akademikern auf einer wissenschaftlichen Tagung, Seite an Seite mit einem Arzt und einem Psychologen stellten sie sich als Team vor und demonstrierten ihre multiprofessionelle Arbeitsweise, und schon das erzeugte bei den anwesenden Hochschullehrern und niedergelassenen Nervenärzten Aufsehen und eine gewisse Unruhe. Als dann noch ein Soziologe mit exakten Zahlen den Qualitätsunterschied der Betreuung von Privat- und Kassenpatienten belegte, eine Zwei-Klassen-Medizin auch an der Hamburger Universitätspsychiatrie, lief der Krug über: Der Klinikchef, Hans-Bürger-Prinz, verließ mit wehendem Kittel Türen schlagend den Raum, gefolgt von einigen seiner Satrapen - der Kongress aber ging weiter, nur dass sie, die zukünftigen Reformer, jetzt mehr oder weniger unter sich waren. Diese Szene ist später zu der Geburtsstunde der deutschen sozialpsychiatrischen Bewegung erklärt worden, mit der Zeit wurde daraus sogar so etwas wie ein Gründungsmythos.

Aber das dafür Entscheidende passierte erst nach dem Ende der Vorträge, als sieben oder acht der Teilnehmer mittags in einem Fischrestaurant am Bahnhof beschlossen, sich in Zukunft regelmäßig zu treffen und, was noch wichtiger war, für die nächste Begegnung schon einen Termin im Mai in Mannheim ausmachen, zu welchem noch mehr potenzielle Mitstreiter eingeladen werden sollten, Angehörige aller psychiatrischen Berufsgruppen aus ganz Deutschland. Klaus Dörner war natürlich bei diesen ersten sieben, Gregor Bosch, Mark Richartz, Niels Pörksen und Christiane Haerlin. In Mannheim stießen später Manfred Bauer, Asmus Finzen, Jan Gross und zwanzig oder dreißig andere hinzu. So entstand der >Mannheimer Kreis<, der danach zweimal im Jahre tagte, bald schon mit mehreren Hundert Teilnehmern. Und aus diesem Kreis ging, auf Jan Gross' Anregung hin, bereits am Ende des Jahres ein als gemeinnütziger Verein organisierter Berufsverband hervor, die erwähnte >Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie<, in deren ersten Vorstand mit Klaus Dörner auch Adalbert gewählt wurde. Jetzt war er also auch in Deutschland mit seinen Reformvorstellungen nicht mehr allein. Aus vielen Arbeitsbeziehungen, in der Giessener Klinik wie in der DGSP, wuchsen enge persönliche Freundschaften, die bis heute Bestand haben. Während sie aber auf der F 3 alle an einem Strick zogen, gab es in der DGSP schon bald heftige Auseinandersetzungen über den einzuschlagenden berufspolitischen Kurs. Manche der Vorstandsmitglieder saßen in der Enquetekommission, einem noch 1970 vom Bundestag bestellten Gremium, das die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik untersuchen und auch die nötig werdenden Veränderungen der Versorgungslandschaft vorschlagen sollte. Diese >Macher< fürchten öffentlich geäußerte radikale Reformforderungen, zum Beispiel die sektorbezogenen ambulanten Dienste mit ärztlichem Behandlungsrecht, wie der Teufel das Weihwasser, und zwar weil sie von konservativen Gesundheitspolitikern als Hebel zu einer Vergesellschaftung des gesamten Gesundheitswesens und damit als >kommunistische Machenschaften< ausgelegt werden konnten. Im offenen Konflikt mit den ärztlichen Standesorganisationen, so argumentierten sie, ließen sich überhaupt keine, auch keine begrenzten strukturellen Reformen wie die Sektorisierung der stationären Versorgung durchsetzen. Um jeden Preis gälte es deshalb zu vermeiden, dass die DGSP in den Geruch einer >roten<, kommunistisch infiltrierten Organisation oder eines wissenschaftlich nicht ernst zu nehmenden antipsychiatrischen Revoluzzerhaufens geriet. Diese Ängstlichkeit ging noch zwei oder drei Jahre später so weit, dass Adalberts Vorstandskollegen, als sie ihm eine Einladung Franco Basaglias zu einer Mitgliederversammlung schon nicht abschlagen konnten, diesen ihren Ehrengast erst gegen 1 Uhr in der Nacht nach einer stundenlangen Diskussion über die künftige Höhe des Mitgliedsbeitrages zu Worte kommen ließen. Mit Klaus Dörner bildete Adalbert den linken Flügel im DGSP-Vorstand. Dort waren sie in der Minderheit, als Ideengeber zwar geschätzt, aber auch gefürchtet, weil sie in der damals mehrheitlich linken Mitgliedschaft einen starken Rückhalt besaßen - ohne ihre Fürsprache waren die >Macher< in jenen Jahren nicht sicher, selbst überhaupt wieder gewählt zu werden. Und im DGSP-Vorstand mussten die schon sein, um sich der mehrheitlich konservativen Enquetekommission als mäßigen Kraft präsentieren und ihr wenigstens einige Konzessionen hinsichtlich des Sektorprinzips abringen zu können.

aus: **Wulff** 2001, S. 410 - 412

Faktoren und bezieht Familie, Wohn- oder Arbeitssituation gezielt in die Prävention und Behandlung psychischer Störungen mit ein"⁸.

Mit dieser Definition ist "Sozialpsychiatrie" aller politischen Inhalte, die noch bei Dörner zu finden waren, entkleidet - wie z.B. der Orientierung an der Chancengleichheit aller Angehörigen einer Gesellschaft.

Von der Enquete zum Bericht der Expertenkommission

Auf dem Hintergrund der kurz skizzierten Begriffsgeschichte(n) wird sich zeigen, dass die heutigen Prinzipien von GEMEINDEPSYCHIATRIE einerseits eine Beschränkung, andererseits eine Erweiterung langjähriger Debatten und Entwicklungen repräsentiert, wobei für Deutschland insbesondere der Perspektivenwechsel von der Enquête (1975) zu den Aussagen des Expertenberichts (1988) von herausragender Bedeutung ist.

In der Enquete wurden als Weg zur Realisierung der vier Hauptempfehlungen

- die dazu erforderliche Institutionen beschrieben und aufgezählt,
- die Prozesse von Koordination und Planung vorgeschlagen,
- wobei dies jeweils auf ein Standardversorgungsgebiet bezogen wurde.

Ein wesentliches Dilemma dieses auf Versorgungsinstitutionen und deren externe Koordinierung ausgerichteten Ansatzes hat Caspar Kulenkampff, der Vorsitzende der Enquete-Kommission und der Expertenkommission, prägnant formuliert:

"...wir (holen) diese Behinderten aus den Krankenhäusern heraus, geben sie ihren Familien zurück, wir siedeln sie in Wohnungen, Wohnheimen, an, versammeln sie in Clubs und Tagesstätten, beraten, behandeln, schützen sie, pflegen mit ihnen sozio-therapeutischen Umgang und möchten alles vorbeugend, nachsorgend, gegebenenfalls intervenierend in noch weitaus

⁸ "Sozialpsychiatrie ist derjenige Bereich der Psychiatrie, der psychisch kranke Menschen in und mit ihrem sozialen Umfeld zu verstehen und zu behandeln sucht. Sie studiert Wechselwirkungen zwischen sozialen, psychologischen und biologischen Faktoren und bezieht Familie, Wohn- oder Arbeitssituationen gezielt in die Prävention und Behandlung psychischer Störungen mit ein.

Zu den wichtigsten sozialpsychiatrischen Behandlungsmethoden gehören die präventive Krisenintervention (Verhinderung der Ausgliederung), die soziale und berufliche Wiedereingliederung (Rehabilitation), die Angehörigen- und Familientherapie, verschiedene Formen von Milieu- und Soziotherapie, von Gruppenarbeit und von gemeindepsychiatrischer Betreuung durch mobile multiprofessionelle Teams.

Sozialpsychiatrische Behandlungsmethoden können in jedem Alter sowohl bei akuten wie bei chronischen Störungen angewendet werden. Sie sind vor allem bei psychisch kranken Menschen angezeigt, die in ihrer Fähigkeit zur selbständigen Alltagsbewältigung eingeschränkt sind und zeitweise einer stationären oder halbstationären Betreuung bedürfen. Sozialpsychiatrische Therapieansätze sind deshalb insbesondere bei Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis, bei schweren Depressionen und Persönlichkeitsstörungen, bei Drogen- und Alkoholabhängigkeit sowie bei psychiatrischen Altersstörungen von Vorteil.

Spitalexterne sozialpsychiatrische Dienste fördern die größtmögliche Selbständigkeit psychisch kranker Menschen mittels besonderer Einrichtungen wie Tages- und Nachtkliniken, Wohn- und Übergangsheime, betreute Wohngemeinschaften, gemeindepsychiatrische Ambulatorien, Rehabilitationszentren, geschützte Werkstätten, Tageszentren und andere Übergangsinstitutionen, die eine dezentralisierte gemeindenaher Teilzeitbetreuung je nach den wechselnden Bedürfnissen der Kranken ermöglichen.

Sozialpsychiatrische Forschung und Lehre sind universitär verankert und umfassen sowohl die klinische Anwendung wie die Grundlagenforschung. Sie dienen der Entwicklung und Ausbreitung sozialpsychiatrischer Denk- und Behandlungsansätze in allen beteiligten ärztlichen wie nichtärztlichen Berufsgruppen sowie in der Öffentlichkeit."

Ciampi in: **Finzen und Hoffmann-Richter** (Hrsg.) 1995, S. 205f

gesteigertem und vielfältigerem Umfang tun: - diese ganze Szenerie gibt keine Antwort auf die Frage, wie eigentlich das alltägliche Leben dieser Mitmenschen aussehen soll". (Kulenkampff 1981, S. 8)

Dieser Verweis auf den Lebensalltag und die damit gleichzeitig einhergehende "Erweiterung" der Person vom "Patienten und Klienten von Einrichtungen und Diensten" zu einem "ganzen Menschen" und Bürger wird Orientierungsleitlinie der Expertenkommission, die 1988 ihren Bericht vorlegt.

Dort wird aus dem Patient bzw. Klient ein Bürger mit besonderen Lebensschwierigkeiten, und das konkrete Elend der psychisch kranken Menschen steht im Mittelpunkt - und nicht (wie in der Enquete) die Missstände der institutionalisierten Psychiatrie.

Folgerichtig werden keine Institutionen unter fachpsychiatrischem Gesichtswinkel empfohlen, sondern **Bereiche von Hilfen**, die jeweils eine **Funktion** in Richtung auf die **Grundbedürfnisse der Bürger** beschreiben:

1. Das Grundbedürfnis auf medizinisch-soziale Grundversorgung: Funktionsbereich Behandlung und Rehabilitation;
2. Das Grundrecht auf eine angemessene Wohnung: Funktionsbereich Hilfen im Bereich Wohnen;
3. Das Grundbedürfnis nach sinnvoller Bestätigung, Entfaltung der Persönlichkeit, Teilnahme am beruflichen Leben: Funktionsbereich Hilfen im Arbeitsleben;
4. Das Grundbedürfnis nach menschlichen Kontakten und Teilhabe an den Rechten: Funktionsbereich Hilfen zur sozialen Teilhabe und Verwirklichung materieller Rechte. (aus: PSU 1/90, S. 16)

Zu den Formulierungen des Expertenberichtes siehe den vollständigen Text im Downloadbereich.

Daher spricht der Expertenbericht von **Funktionsbereichen**.

"Abschied genommen wurde endgültig von einem institutionenbezogenen Denken und einer funktionalen Betrachtungsweise der Vorzug gegeben. Es geht primär nicht um Einrichtungstypen, sondern um spezifische Hilfearten, die vornehmlich für die Gruppe der chronisch psychisch Kranken in der Gemeinde vorgehalten werden müssen. Damit wird der grundlegende Perspektivenwechsel von einer bewahrenden zu einer therapeutischen Psychiatrie abschließend fixiert." (Kulenkampff in: APK 27, S. 42)

In der Stellungnahme des Dachverbandes Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V., veröffentlicht im Januar 1999, werden insbesondere jene Aspekte gewürdigt,

- die "die Teilhabe am bürgerschaftlichen Leben in der kommunalen Gemeinde" zum Thema haben⁹,

⁹ Wenn man die rechtliche Gleichstellung der psychisch Kranken mit anderen Kranken- und Behindertengruppen nicht nur auf die Aspekte des Leistungsrechts einengt, sondern umfassend versteht, so ist dieses Ziel ohne Übernahme der Verantwortung der Kommunen auch für diese Mitbürger nicht zu erreichen. Erst wenn die Belange der psychisch Kranken und ihrer Familien auch Gegenstand der kommunalen Entscheidungs- und Verwaltungsvorgänge sind, werden sie gleichberechtigt behandelt. Das Gleichbehandlungsprinzip darf nicht verkürzt werden auf die Patientenrolle und die damit verbundenen Rechte, es muss vielmehr verstanden werden als Appell, die Bürgerrechte der Betroffenen zu realisieren. Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bedeutet mehr als die Betreuung in Kontaktstellen, nämlich die Teilhabe am bürgerschaftlichen Leben in der kommunalen Gemeinschaft!

Aus: PSU 1/90 S.17

- sowie die unbedingte Verlagerung von Planung und Realisierung in die Zuständigkeit der kommunalen Parlamente (Stadträte und Kreistage)¹⁰;
- es wird eine "Ethik der regionalen Verantwortung" in den Kommunen gerade für die Patienten hervorgehoben, die als "schwierige" bisher links (d.h. in den Langzeitstationen der Kliniken oder in der Obdachlosigkeit) liegen gelassen wurden,
- und in diesem Zusammenhang wird der Versorgungsverpflichtung auch im ambulanten-komplementären Bereich große Bedeutung beigemessen¹¹.

Mit der prägnanten Konturierung wesentlicher Aussagen des Berichtes der Expertenkommission auf die kommunale Verantwortung ist diese Stellungnahme des Dachverbandes ein wesentliches Dokument von Aspekten der Reformbewegung, die zu der Bezeichnung "**kommunale Psychiatrie**" - neben Demokratischer -, Sozialer -, Gemeindenahe - und Gemeinde-Psychiatrie - geführt hat.

KOMMUNALE PSYCHIATRIE reflektiert die Orientierung auf die besondere Rolle der Bürger einer Region sowie ihrer politischen Gremien für die Verwirklichung von weiteren Reformschritten und Grundauffassungen, die im wesentlichen auch von Sozial- und Gemeindepsychiatrie geteilt werden; damit rückt sie zugleich näher an die Demokratische Psychiatrie heran als die beiden anderen es tun.

Aber auch der Strang der Kommunalen Psychiatrie konnte ein Dilemma nicht lösen, das - bis auf die grundlegenden Reformen in Italien - der Psychiatriereform anhaftet: deren prekäres Verhältnis zum Sozialstaat und zu den durch ihn bestimmten Systemen der Sozialen Sicherung, die sich immer wieder - und auch heute noch - als wesentliche Grenzen für eine grundlegende Verbesserung der Situation psychisch kranker Menschen in Deutschland erweisen.

Ob Enquete oder Bericht der Expertenkommission:

"Psychiatrie-Reform ist nicht Teil einer umfassenden Krankenversorgungs- oder gar Gesundheitsreform. Auch wenn es streckenweise den Anschein haben mag: die Psychiatrie-Reform ist - zumindest in der Bundesrepublik - primär nicht sozialpolitisch motiviert, sondern humanitär und fachlich." (Finzen 1989)

Enquête und Expertenbericht formulieren aus dieser Perspektive Forderungen:

¹⁰ Eine solche Politik der Umkehr der Prioritäten (nämlich Vorrang für die Patienten, die besondere Hilfe brauchen), wie sie die Expertenkommission eindringlich fordert, kann nicht hinter verschlossenen Türen betrieben werden, sondern muss offen diskutiert werden.

Sie kann vor Ort daher auch kaum konfliktfrei geregelt werden. Für die Regelung kommunaler Konflikte sieht unsere Verfassung die Zuständigkeit der kommunalen Parlamente, der Stadträte und Kreistage vor.

Aus: *Psychosoziale Umschau*, PSU 1/90, S. 17f

¹¹ Die Expertenkommission hat eine Fülle von Empfehlungen zur Umsetzung ihres Konzeptes gemacht, die hier im einzelnen nicht abgehandelt werden können. Entscheidend ist für den Dachverband dabei, dass auch für den ambulanten-komplementären Bereich, der künftig im Mittelpunkt aller Betrachtungen zu stehen hat, die gleichen Prinzipien gelten wie für die psychiatrischen Fachkrankenhäuser: das Prinzip der Pflichtversorgung definierter Patientengruppen aus genau umrissenen Gebieten. Nur wenn dieses Prinzip auch auf den außerstationären Bereich übertragen wird, kann erreicht werden, dass die bislang links liegengelassenen "schwierigen Patienten" von den Diensten und Einrichtungen des ambulanten und komplementären Bereichs bedarfsgerecht berücksichtigt werden. Eine solche Politik erfordert verbindliche Versorgungsregelungen, neue Formen der Zusammenarbeit zwischen kommunalen Dienststellen und freien Trägern sowie die Entwicklung eines gemeinsamen Verantwortungsgefühls aller an der Versorgung Beteiligten in einem bestimmten Gebiet.

Aus: *Psychosoziale Umschau* 1/90, S. 18

- zentrale Auskunftsstellen, um trotz unterschiedlicher Zuständigkeiten einen Zugang zu den Rehabilitationsleistungen zu finden (Enquête, S. 357); dies ist heute mit den Servicestellen im SGB IX zumindest gesetzgeberisch realisiert;
- im Bericht der Expertenkommission werden weitreichendere Forderungen an den Gesetzgeber formuliert (Kapitel E.4, S. 633 ff), von denen u.a. die Führung von Institutsambulanzen an Fachabteilungen von Allgemeinkrankenhäusern inzwischen gesetzlich ermöglicht wurde, aber die häusliche psychiatrische Krankenpflege z.B. ist bis heute nicht bundesweit geregelt.
- Aber auch mit dem dritten großen Schritt der Psychiatriereform, der weiter unten vorgestellt wird ("Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung", siehe BMG Band 116) wird die von Finzen beklagte Perspektive der Psychiatrie-Reform nicht verlassen; statt dessen wird das aktuelle Leistungsrecht pragmatisch durchforstet, um es auf seine Tauglichkeit für fachlich ausgewiesene Hilfeleistungen (z.B. Komplexleistungsprogramme für chronisch psychisch kranke Menschen oder für Finanzierungsregelungen im Gemeindepsychiatrischen Verbund) hin zu überprüfen - und die Überprüfung ergibt, daß leistungsrechtlich nur geringfügige Änderungen erforderlich sind (siehe in BMG Band 116, S. 305).

Die aktuellen Probleme in der Versorgung werden eher in der Leistungsgestaltung gesehen - und hier spielt einige Jahre später der IBRP eine zentrale Rolle!

Das von Finzen beklagte Fehlen einer umfassenden Krankenversorgungs- bzw. Gesundheitsreform kann der Psychiatriereform, d.h. den Akteuren auf den unterschiedlichen Ebenen von Politik und den im Behandlungs- und Betreuungsalltag Handelnden nicht vorgeworfen werden - im Gegenteil:

Der Psychiatrie-Reform ist es mit ihrer primär humanitären und fachlichen Ausrichtung gelungen, einen kontinuierlichen Prozess einzuleiten und aufrecht zu erhalten, der auch in Richtung auf die Sozialpolitik zu kontinuierlichen Verbesserungen geführt hat - wenn auch nicht immer in dem angestrebten Umfang.

Kulenkampff sieht in der gesetzlichen Regelung zur Errichtung von Institutsambulanzen an Fachabteilungen für Allgemeinkrankenhäuser "Ein hübsches Beispiel dafür, dass eine gesundheitspolitisch vernünftige Forderung, geduldig und penetrant weiterverfolgt unter Umständen 20 Jahre benötigt, um schließlich realisiert zu werden" (Kulenkampff in: APK 27, S. 41)

Es ist nicht auszuschließen, daß sich die Psychiatrie-Reform im historischen Rückblick einmal als **das** herausragende sozialpolitische Reformprojekt herausstellt, und die historische Einschätzung über die heutige Bewertung eines der Väter hinausgeht, der in der Enquete und ihren Folgen "nur" eine Erfolgsgeschichte sieht. (Kulenkampff in: APK 27, S. 43)

Schon heute ist erkennbar, dass der langjährige Prozess gradlinig und zielgerichtet verläuft, wobei sich die Ziele weiter und weiter ausdifferenzieren, Beschränkungen des einen Schrittes thematisiert und mit dem nächsten revidiert werden und das sozialpolitische Umfeld Stückchen für Stückchen verändert wird - ohne die Unterstützung durch eine umfassende radikale Gesundheitsreform.

Der "Ertrag" von Enquete und Bericht der Expertenkommission

Bevor der derzeitige letzte und dritte große Schritt in der Psychiatrie-Reform vorgestellt wird soll der bisherige "Ertrag" für die Gemeindepsychiatrie gesichert werden.

Folgende Wurzeln können für das **heute gültige Verständnis von Gemeindepsychiatrie** festgehalten werden:

1. Die Betonung der kommunalen Verantwortung in der kurzen Tradition der Kommunalen Psychiatrie ist heute als **Versorgungsverpflichtung** aller an der Hilfeerbringung Beteiligten, eine der wesentlichen und unbezweifelten Bedingung von Gemeindepsychiatrie;
2. die Forderung nach einer unbedingten Steuerungsfunktion der Kommunen wurde weitgehend "aufgelöst" in die Forderung nach der Etablierung von **Gemeindepsychiatrischen Verbänden**, in denen sich alle an der regionalen Versorgung Beteiligten um einen abgestimmten Prozess der Bereitstellung und Steuerung der Hilfen bemühen und so gemeinsam als Verbund die Versorgungsverpflichtung einlösen (können);
3. aus den Forschungs- und Diskussionszusammenhängen der fortdauernden Sozialpsychiatrie-Tradition ist die **Hervorhebung von sozialen Prozessen** bei der Diagnose und Behandlung psychischer Erkrankungen nicht mehr wegzudenken; genauer gesagt: deren Bedeutung erweist sich als zunehmend wichtiger;
4. mit der Tradition der Demokratischen Psychiatrie konvergiert die **gleichberechtigte Beteiligung Aller** sowohl auf der Planungsebene (**in Beiräten**), als **auch im Versorgungsalltag** - über die unbedingte Einbeziehung von Angehörigen und die Orientierung der Hilfeplanungen an den Wünschen und Bedürfnissen der psychisch kranken Menschen selbst;
5. aus der gemeindepsychiatrischen Umorientierung von der Enquete zum Expertenbericht resultieren zusätzlich:
 - **die Orientierung am alltäglichen Leben** der psychisch kranken Menschen
 - sowie die Betonung der **Funktionen** anstatt der Orte der Hilfeerbringung, wie es in der Aufzählung der Institutionen eines Standardversorgungsgebietes in der Enquete zum Ausdruck kommt.

Ergänzungen zu 1.:

Kulenkampff sieht in der Versorgungsverantwortung des kommunalen Bereichs das im internationalen Vergleich spezifische für die Entwicklung von der Enquete zum Expertenbericht:

"Der Empfehlungsband sieht sich als Fortschreibung der Enquête-Berichtes unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Modellprogramms. Er liegt im internationalen Trend, bringt aber dort eigene Vorstellungen ein, wo der Schwerpunkt auf die Versorgungsverantwortung im kommunalen Bereich gelegt wird." (Kulenkampff in: APK 27, S. 42)

Ergänzung zu 2.:

Ein Verbund ist der zielgerichtete Zusammenschluß, der Folgendes sichern soll: "... ein abgestimmtes, aufeinander bezogenes, ressourcen-schonendes, Über- und Unterversorgung vermeidendes personenzentriertes Hilfesystem für alle psychisch kranken Menschen ..." (Schleuning in: APK 27, S. 248; zum Verbund siehe auch am Ende dieses Kapitels.)

Ergänzungen zu 4.:

Hier kann bestenfalls von konvergierenden Prozessen gesprochen werden, denn die gleichberechtigte Einbeziehung der psychisch kranken Menschen sowie ihrer Angehörigen resultiert in Deutschland aus zwei nationalen "Bewegungen", und nicht aus einer auf nationale Verhältnisse angepaßten Adaptation von Prinzipien der Demokratischen Psychiatrie Italiens. Die gleichberechtigte Beteiligung ist Ergebnis der Organisation der Angehörigen und der psychisch kranken Menschen, der "Psychiatrie-Erfahrenen", in eigenständigen Verbänden (z.B. Psychiatrie-Netz: <http://www.psychiatrie.de>) und deren Kampf um Akzeptanz und Einbeziehung - dies ist die eine Bewegung, die selbst aus zweien besteht.

Die andere Bewegung sind die Psychose-Seminare, in denen sich Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der (Gemeinde-)Psychiatrie außerhalb von Betreuungs- und Behandlungsverhältnissen treffen, um "auf gleicher Augenhöhe" alle mit Psychosen zusammenhängende Erfahrungen voneinander lernend zu besprechen. (siehe z.B. Psychiatrie-Netz: : <http://www.psychiatrie.de>)

Daß die Ansprüche der Verbände und die wechselseitigen Lernerfahrungen der Psychose-Seminare als Beteiligung in Beiräten und im psychiatrischen Alltag wirksam werden konnten resultiert auch aus dem sozialpsychiatrischen Wissen, wonach eine von allen Beteiligten möglichst gewünschte, zumindest akzeptierte Hilfe hilfreicher ist - im Sinne von effektiver und effizienter - als eine "Verordnung", wie richtig diese auch immer sei.

Ergänzungen zu 5.:

In der **Orientierung am alltäglichen Leben** werden die psychisch kranken und behinderten Menschen als Bürger in der Gesellschaft beschrieben, die in Beziehungen mit ihrem sozialen Umfeld leben, wobei Störungen, Krankheit und Behinderung in diesen Beziehungen erfahren wird - von den Erkrankten selbst, aber auch von ihren Angehörigen und der sonstigen sozialen Umgebung.

Mit der Einführung der **funktionellen Sichtweise** beschreibt der Expertenbericht krankheits- und behinderungsbedingte Funktionen und Funktionsausfälle und ordnet die Hilfen zur Behebung, Besserung oder Milderung der Krankheitserscheinungen vier Funktionsbereichen zu, die sich an den Grundbedürfnissen aller Bürger orientieren, siehe oben.

Bei den Funktionsbereichen handelt es sich um Bereiche, in den eine psychisch kranke Person Hilfebedarf haben könnte.

Diese Gliederung nach Funktionsbereichen soll dazu dienen, den Blick nicht auf einen "relativ starren Katalog von notwendigen Institutionen" zu richten, "sondern sich der wesentlich bedeutsameren Frage (zuzuwenden) ..., ob in einer gegebenen Region alle Hilfen innerhalb eines Funktionsbereiches vollständig angeboten werden ..." (Expertenbericht S. 141).

Dies betrifft die Ebene der regionalen Organisation von Angeboten; auf der Ebene der konkreten Hilfen für den Einzelnen werden mit den Funktionsbereichen "die **Ziele** deklariert, die in einer bestimmten Situation für den einzelnen psychisch Kranken und Behinderten im Hinblick auf die beizuziehenden Hilfen Vorrang haben.

...regelhaft wird ... der Ablauf des Krankheitsgeschehens durch die Inanspruchnahme von Hilfen aus allen vier Funktionsbereichen in unterschiedlicher Bündelung oder Gewichtung sein." (Expertenbericht S. 139)

Gegenüber diesen expliziten Denkfiguren des Expertenberichtes hat sich die Versorgungsrealität als resistent gezeigt und einen deutlichen Strukturkonservatismus an den Tag gelegt.

Positive Strukturveränderungen seit der Enquete

In der **Bewertung der Strukturveränderungen** seit der Enquete sind sich alle einig: "Es sind wirksame, sichtbare und irreversible Veränderungen..." geschaffen worden - so der Staatssekretär Jordan in seinem Grußwort für das BMG zur Tagung "25 Jahre Enquete" (Jordan in: APK Band 27, S. 64); er fragt sich aber zugleich, "inwieweit wir unser Ziel erreichen".

"Es geht ... in erster Linie darum, die Hilfen in einer koordinierten, integrierten und aufeinander abgestimmten, am individuellen Bedarf orientierten Form möglich zu machen. Aus meiner Sicht ist primär die Verbesserung von system-übergreifender Kooperation und Koordination zu fördern." (Jordan in: APK Band 27, S. 66)

Detlev Chrutz vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen wird bei der gleichen Veranstaltung deutlicher:

"Jetzt gilt es, Hemmnisse und Egoismen von Leistungsträgern und -erbringern abzubauen, um zu kooperierenden und integrierenden Strukturen zu kommen. Dabei ist jetzt weniger der Gesetzgeber gefragt als die Bereitschaft der einzelnen Akteure des Gesundheitssystems, an einer auf Kooperation ausgerichteten Versorgungsstruktur mitzuwirken." (Chrutz in: APK Band 27, S., 281)

Die Opfer dieser Situation bleiben die chronisch psychisch kranken Menschen.

"Der enorme Erkenntniszuwachs der Psychiatrie ist unzureichend umgesetzt ...

Die heute noch vernachlässigten Gruppen von chronisch psychisch Kranken beschweren sich nicht vernehmbar, sie leben jetzt weit verstreut und nicht mehr wie früher sichtbar konzentriert in Langzeitbereichen Psychiatrischer Krankenhäuser." (Kunze in APK Band 27, S. 103).

Die chronisch psychisch kranken Menschen haben sich selbst niemals "vernehmbar beschweren" können.

Diese Funktion wird allerdings mehr und mehr von den Angehörigen übernommen, die sich vor mehr als 20 Jahren im Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker organisiert haben (siehe z.B. Peukert, in: Dierks 2001).

"Ich habe manchmal den Eindruck, dass wir Angehörigen und einige Betroffene die einzigen sind, die diese Wirklichkeit nicht nur kennen, sondern immer wieder versuchen, sie publik zu machen. Denn nur für uns ist es von entscheidender Bedeutung, dass die Prinzipien der Psychiatrie-Reform tatsächlich praktiziert werden", so der Bundesvorsitzende des Angehörigenverbandes, Dr. Speidel bei der gleichen Veranstaltung (Speidel in: APK Band 27, S. 250)

"Auf dem Hintergrund der allgemeinen Selbsthilfebewegung hat sich im Rahmen der ... Angehörigen Selbsthilfeorganisationen ein neuer Typ Angehöriger gebildet, dem die Passivität und Verzagtheit der "alten" Angehörigen zunehmend abgeht". (Katschnik und Konieczna 1985, S. 203)

Pörksen sieht weitere "Eintrübungen":

"Regionale Unterschiede in den Versorgungsstandards und die weiterhin vorrangige Belastung der Sozialhilfe vor der Sozialversicherung.- vor allem in den Bereichen Eingliederungshilfe und Rehabilitation - trüben das im übrigen positive Bild der Gesamtentwicklung." (Pörksen in: APK Band 27, S. 52)

Wienberg bringt die Disparität in der Entwicklung auf das Begriffspaar Struktur- und Prozessqualität.

"Bei der Strukturqualität der psychiatrischen Versorgung hat es in den 25 Jahren nach der Enquete alles in allem einen Quantensprung gegeben, wenn auch noch immer mit auffälligen regionalen Unterschieden. Aber wie sieht es mit der Prozessqualität aus? Was geschieht in (alten und neuen) psychiatrischen Einrichtungen und Diensten zwischen Patientinnen/Klientinnen, psychiatrischen Professionellen und Angehörigen? Von welcher Qualität sind die (Be-)Handlungs- und Hilfekonzepte? Und vor allem: Wie sieht es mit der Kooperations- und Beziehungsqualität aus?" (Wienberg in: APK Band 27, S. 183)

Wienberg ist der Hinweis zu danken, dass dort, wo es zu einer neuen Beziehungsqualität und Rollenverteilung gekommen ist "... wir uns (dies) nicht von allein, aus freien Stücken verordnet (haben), sondern wir mussten dazu herausgefordert und müssen weiterhin dabei gefordert werden." (Wienberg in: APK Band 27, S. 187).

Merkmale der "Strukturqualität" seit der Enquete

Reduktion der Betten:	von 1,8/1000 auf 0,8/1000 mehr als halbiert;
Bettenauslastung:	von 101% auf 87% zurückgegangen;
durchschnittliche Aufenthaltsdauer:	von 210 Tagen auf ca. 30 Tage zurückgegangen;

Dichte der ambulanten medizinischen Versorgung:	
vor der Enquête:	ein Psychiater auf 68.000 Einwohner,
heute:	ein Psychiater auf 16.000 (in der Enquete war ein Psychiater auf 50.000 Einwohner gefordert worden)
psychiatrische Abteilungen:	von 44 auf 162 angestiegen; gleichzeitig: Bettenzahl in Landeskrankenhäusern: von ca. 1.000 auf 200 bis 300 je Klinik reduziert;
Zwangseinweisungen:	auf 1% bis 5% drastisch zurückgegangen;
außerstationäre ambulante und komplementäre Hilfen:	von Null auf eine beachtliche Anzahl, allerdings je nach Region sehr unterschiedlich (zusammengestellt aus: Saß in APK 27., S. 69ff; Häfner in APK Band 27, S. 96ff) Personalbemessung in den Kliniken: statt Bett als Maßstab, diagnostische und therapeutische Bedürfnisse der Patienten (Kunze in APK Band 27, s. 110) (Psych-PV, LINK auf Band 27, S. 110f)

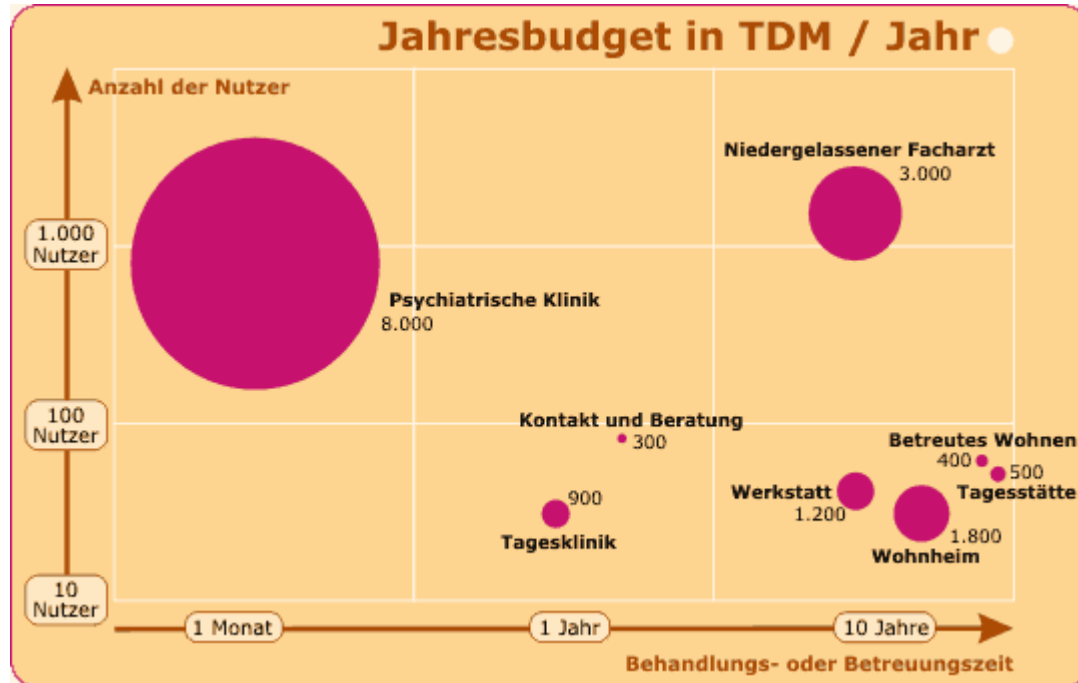
(zusammengestellt aus: Saß in APK 27., S. 69ff; Häfner in APK Band 27, S. 96ff)

Personalbemessung in den Kliniken:

statt Bett als Maßstab, diagnostische und therapeutische Bedürfnisse der Patienten (Kunze in APK Band 27, s. 110) (Psych-PV, LINK auf Band 27, S. 110f)

Bei einem Vergleich von Plätzen und Mitteln für die Sektoren Krankenhaus, ambulante ärztliche Behandlung, komplementäre und ambulante Angebote ist die weiterhin vorherrschende Dominanz der ersten beiden Sektoren erkennbar:

Missverhältnis in der Verfügbarkeit von Hilfen



aus: Peukert in Dierks, 2001

Der Wert dieser Strukturveränderungen erhöht sich nochmals, wenn man die Erfolge mit der realen Situation der Patienten vor der Enquete vergleicht:

Schon die erste Bestandsaufnahme bewog die Kommission, sich im Zwischenbericht vom 19.10.1973 auf die Versorgung chronisch psychischer Kranker zu konzentrieren. Der Zustand der Fachkrankenhäuser wurde als brutale Realität gebrandmarkt: 59% der Kranken waren mehr als zwei Jahre und 39% in Räumen mit 11 oder mehr Betten untergebracht. Den Kranken, die dort viele Jahre zu fristen hatten, stand oftmals nur eine Schachtel unter dem Bett oder ein Spind auf dem Korridor zur Verfügung. Unvorstellbar dünn war auch die Personaldecke und die fehlenden Möglichkeiten der Nachsorge. Im Mittel stand ein Sozialarbeiter für 715 und eine Beschäftigungstherapeutin für 740 Aufnahmen zur Verfügung. (aus: Häfner in APK Band 27, S. 94)

Von institutionsorientierten zu personenzentrierten Hilfen

oder: von der "Psychiatrie-Gemeinde" zur Gemeindepsychiatrie"

Die Betrachtung der Merkmale der Strukturqualität zeigen: heute stehen in den meisten Regionen viele Hilfen in quantitativ ausreichendem Umfang zur Verfügung.

Aber: Wie steht es mit der "Prozessqualität"? Die oben beschriebenen Leitlinien bzw. Denkfiguren:

- die Orientierung am alltäglichen Leben

- und die Umsteuerung auf eine konsequent funktionelle Betrachtungsweise

sind nur unzureichend umgesetzt.

Damit wurde das explizite Reformziel des auf die Psychiatrie-Enquête (1975) folgenden Modellprogramms der Bundesregierung (1980 bis 1985) sowie der Empfehlungen der Expertenkommission (1988) nur auf den ersten Blick erreicht.

Das primäre Reformziel bestand und besteht nach wie vor: es gilt dafür zu sorgen, "dass - insbesondere chronisch - psychisch kranke Menschen die therapeutischen Hilfen und Lebensbedingungen erhalten, die sie benötigen, um in ihrem Heimatkreis bzw. in ihrer Heimatstadt auf Dauer integriert leben können" (Band 116, S. 13)

Dieses Ziel ist z.B. nicht bereits dadurch erreicht, dass das Heim statt auf dem Klinikgelände in der Heimatgemeinde liegt.

Integration im Sinne der Expertenkommission meint Integration in das natürliche soziale alltägliche Umfeld, und nicht "Psychiatrie-Gemeinde", wo aufgrund institutioneller Praxis chronisch kranke Menschen vornehmlich in Einrichtungen integriert werden.

Dieses Ziel wird in einem Rehabilitationsprozess verfolgt, "der eine körperlich oder psychisch behinderte Person befähigt, in einem so weit als möglich normalen sozialen Kontext den bestmöglichen Gebrauch von ihren verbliebenen Fähigkeiten zu machen" (Bennett 1975; Watts und Bennett 1983).

Mit der Realisierung dieses Rehabilitationsverständnisses könnten psychisch kranke Menschen "von Objekten paternalistischer Fürsorge ...

- zu Experten für ihre Krankheit
- und (für) die unterstützte Bewältigung der Krankheitsfolgen in ihrer Lebenswelt"

werden. (Kunze in: APK Band 27, S. 123, Absätze durch Autor) - also zu Experten ihrer Krankheit und der lebensfeldbezogenen Hilfen!

Würde - neben der Befähigung der Person zum doppelten Experten- in der Region der Lebensraum in Form von notwendigen Hilfen für das soziale Umfeld gestaltet, könnten "auch die schwerer psychisch kranken Personen als Bürgerinnen und Bürger in der Gemeinde bleiben Das ist das Ziel der Gemeindepsychiatrie. Das wäre die positive Antithese zur "Euthanasie" der Nazi-Zeit". (BMG Band 116, S 14)

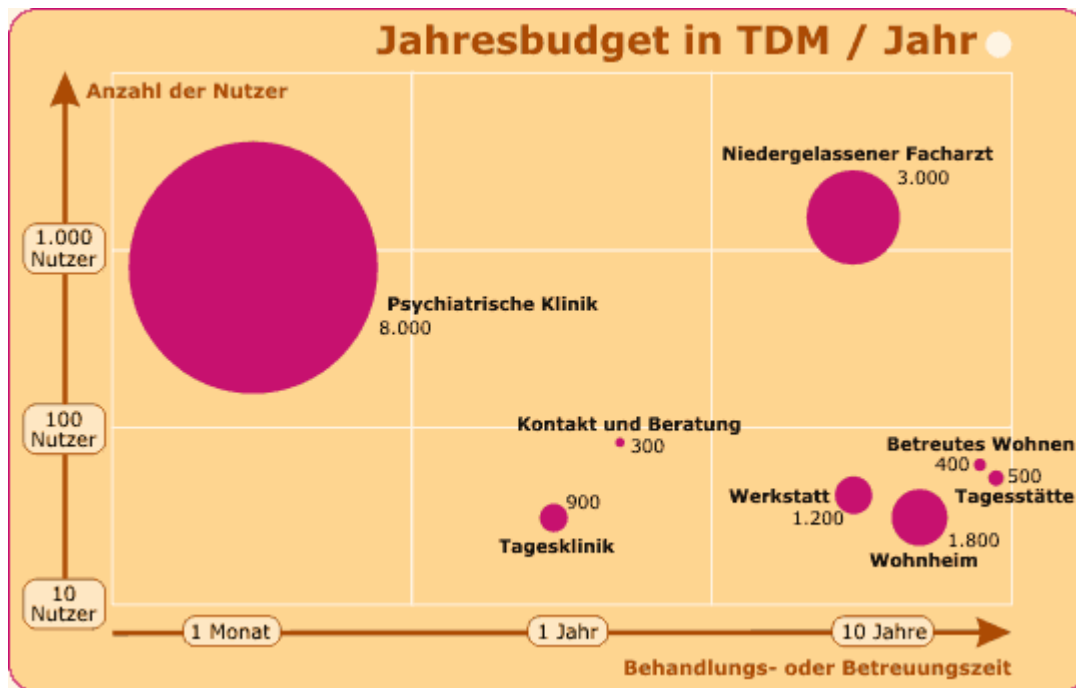
Die Verantwortung hierfür hätte die Kommune, d.h. die Kreise und die kreisfreien Städte.

Was steht dem entgegen -

- der spezifischen Befähigung der Person zum doppelten Experten
- - - zum Experten seiner Krankheit und
- - - zum Experten für die unterstützte Bewältigung der Krankheitsfolgen in der eigenen Lebenswelt,
- sowie der Gestaltung des regionalen Lebensraums in Form notwendiger Hilfen für das soziale Umfeld (z.B. für die Angehörigen)?

Dies wird verhindert durch einen Strukturkonservatismus, der zweierlei dauerhaft zu zementieren droht:

1. Die völlige Verkehrung des Grundsatzes "ambulant vor teilstationär vor stationär" zu einer Realität, in der zu gelten scheint: "stationär vor teilstationär vor ambulant"; vergleichen Sie die Größe der Kreise in der Graphik.



2. Eine Versorgungsrealität, die als "Psychiatrie-Gemeinde statt Gemeindepsychiatrie" richtig beschrieben ist.

Diese Realität beruht auf dem Festhalten an den eingefahrenen und praktisch seit langem geübten institutionellen Lösungsformen.

Jeder Dienst und jede Einrichtung bietet in der Regel qualitativ hochwertige Behandlung bzw. Betreuung - aber die erteilten Hilfen definieren sich danach, in welcher Hilfeinstitution (Einrichtung oder Dienst) der Betreffende betreut oder behandelt wird und nicht unbedingt danach, was er benötigt; ändert sich die Einschätzung des Hilfebedarfs, muß die Institution gewechselt und die therapeutische Beziehung abgebrochen werden; paßt ein Hilfebedarf zu keiner der vorhandenen Institutionen, bleibt er unbeantwortet.

Darum: "Geborgen in der Einrichtung aber verloren in der Gemeinde ist eine angemessene Beschreibung dieser Situation" (*den Text dazu lesen sie im nächsten Kapitel*)

Zu dieser Situationsanalyse kam auch die "Kommission zur Personalbemessung im komplementären Bereich der Psychiatrie", als sie ihre Arbeit aufnahm.

Als Ergebnis ihrer Arbeit stellt die Kommission die Strukturmerkmale eines personenzentrierten, bedarfsorientierten psychiatrischen Hilfesystems für schwer und chronisch psychisch Kranke auf vier Ebenen vor, wovon die personenzentrierte integrierte Behandlung und Rehabilitation die Arbeitsebene abdeckt.

"Daraus ergab sich für die Kommission der Ansatz in Anknüpfung an die Psychiatrie-Enquete und die Empfehlungen der Expertenkommission auf der Grundlage des Bundesmodellprogramms Psychiatrie, die Strukturmerkmale eines personenzentrierten, bedarfsorientierten psychiatrischen Hilfesystems für schwer und chronisch Kranke auf vier Ebenen darzustellen:

1. Auf der Arbeitsebene: Leistungserbringung in Form personenzentrierter integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsprogramme (Komplexleistungsprogramme)
2. auf der Ebene der funktionalen Organisation der Dienste und Einrichtungen in der Kommune: Aufbau des Gemeindepsychiatrischen Verbunds

3. auf der Ebene der Anwendung des aktuellen Sozialrechts: Möglichkeiten der Ausgestaltung und Novellierungserfordernisse.
4. auf der Ebene der kommunalen und überregionalen Steuerung von Leistungen und Ressourcen: Bedarfsorientierte Steuerung von Informations-, Abstimmungs- und Entscheidungsprozessen

Nur in einem solchen Kontext kann ein personenzentriertes System der Personalbemessung sinnvoll entwickelt und zugleich wichtiges Instrument der Steuerung von Leistungen und Ressourcen werden."

(aus: BGM Band 116, S. 16)

Auf der Ebene "Anwendung des aktuellen Sozialrechts: Möglichkeiten der Ausgestaltung und Novellierungserfordernisse" wird die bekannte Strategie fortgesetzt, ausgehend vom aktuellen Sozialrecht "kleine" Änderungen vorzuschlagen.

Mit der vierten Ebene "kommunale und überregionale Steuerung von Leistungen und Ressourcen: Bedarfsorientierte Steuerung von Informations-, Abstimmungs- und Entscheidungsprozessen" werden sozialplanerische und gesundheitsökonomische Überlegungen auf den Gegenstandsbereich Gemeindepsychiatrie bezogen.

Mit den Aussagen zu dieser Ebene werden Aspekte angesprochen, deren praktische Relevanz und Nachhaltigkeit zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht beurteilt werden kann, da sie ganz wesentlich von deren Akzeptanz im sozialpolitischen Umfeld abhängen.

Die personenzentrierte Hilfeplanung mit dem IBRP als dem Instrument für eine entsprechende Planung, Organisation, Durchführung und Ergebniskontrolle der Hilfen stellt das *wesentlich Neue* dieses "dritten Reformschrittes" dar.

- Mit den methodischen Hilfen des IBRP, wie die Bedürfnisse, Wünsche und Ziele der Betroffenen zum Ausgangspunkt aller Planungen werden können,
- mit den konkreten "Anweisungen" des IBRP, wie Hilfen so um die Patienten bzw. Klienten herum gestaltet werden können, daß sie dort leben (bleiben) können, wo es ihnen so normal und alltäglich wie nur eben möglich ist,
- mit der Einführung der Rolle einer über alle Hilfeleistungen konstanten "therapeutischen Bezugsperson" kommt die Psychiatrie-Reform und damit die Gemeindepsychiatrie - zumindest unter gegenwärtiger Problemwahrnehmung - da an, wo sie von Anfang an hin wollte:
- bei der Gestaltung der Versorgung im Interesse der unmittelbar Betroffenen,
- gemäß ihrer eigenen Lebensziele
- in einem von ihnen selbst gewählten Lebensumfeld.

Im Bericht der Kommission und im IBRP werden drei der Funktionsbereiche der Empfehlungen der Expertenkommission zunächst als Lebensbereiche aufgegriffen:

- Lebensbereich Selbstversorgung (anstatt "Wohnen" des Expertenberichtes)
- Lebensbereich Tagesgestaltung und Kontaktstiftung,
- Lebensbereich Arbeit und Ausbildung

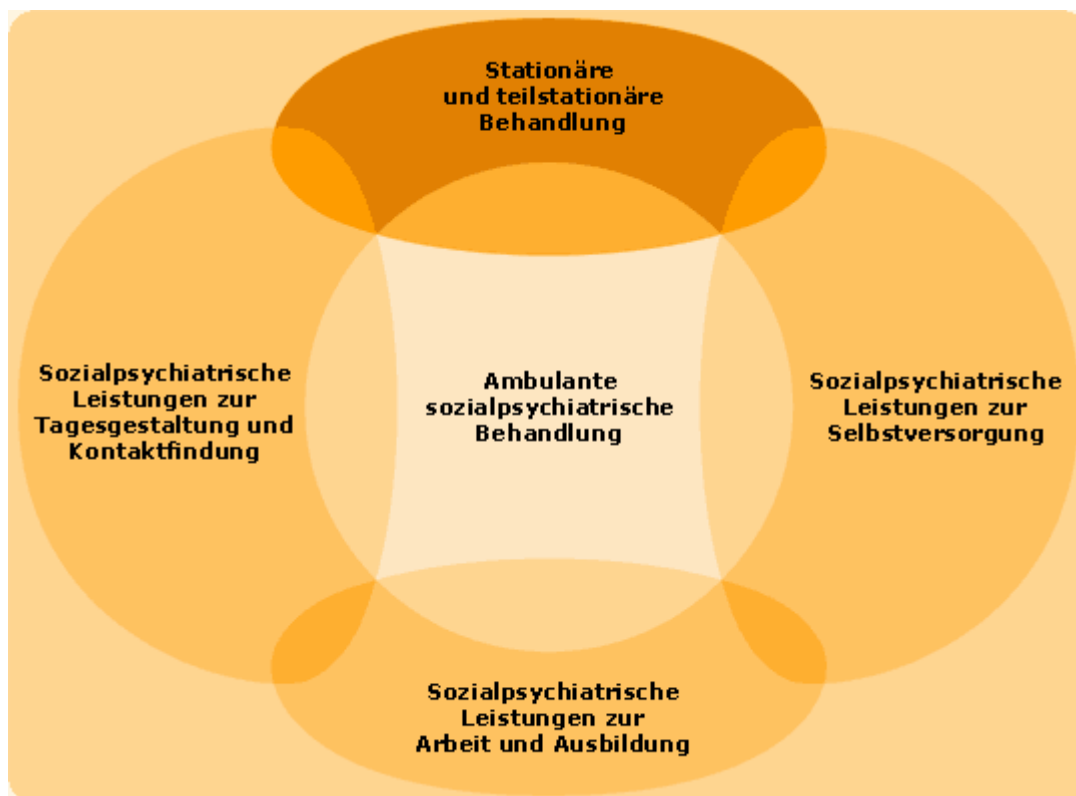
Aus dem Funktionsbereich "Wohnen" wurde der Lebensbereich "Selbstversorgung" - und dies nicht ohne Grund:

Die Wohnung soll als stabiler räumlicher Bezugspunkt für das Leben in der Gemeinde zugleich zum Fix- und Angelpunkt von Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe am Leben in der Gemeinde werden - daher wird auf die konsequente Entkoppelung der Hilfen von den Räumen zum Wohnen gesetzt; dies ist "die entscheidende strukturelle Voraussetzung für Beziehungskonstanz" (Kunze 2001, S. 52).

Jedem der drei Lebensbereiche wird ein Funktionsbereich professioneller Hilfen zugeordnet, Psychisch kranke bzw. seelisch behinderte Menschen benötigen weitere, über die drei Lebensbereiche hinausgehende Hilfen:

- sie benötigen möglicherweise eine vorübergehende stationäre oder teilstationäre Behandlung,
- mit Sicherheit benötigen sie eine kontinuierliche ambulante sozialpsychiatrische Behandlung.

"Im Mittelpunkt steht die ambulante sozialpsychiatrische Behandlung, die die verschiedenen Leistungsbereiche miteinander verknüpft und die die stationäre und teilstationäre psychiatrische Behandlung in den Verbund einbezieht". (Kunze 2001, S. 52)



Im "dritten Reformschritt" werden also Aspekte konkretisiert, die bereits in der Enquête angesprochen wurden und im Expertenbericht explizit - allerdings noch recht allgemein - beschrieben wurden.

- Für den Verbund besteht die Weiterführung in der Benennung ganz detaillierter Schritte zu seiner Einführung in den Regionen und in der Begründung und Benennung von wesentlichen Strukturmerkmalen.
- Für die personenzentrierten Hilfen (IBRP) besteht die konkretisierende Weiterführung in einer Methode, mit der die ambitionierten Ziele aus der Reformgeschichte **für die Patienten und Klienten praktisch wirksam** werden können.