



Zur Zukunft der Psychiatrie

**Landesverband Bayern der Angehörigen
psychisch Kranker e.V.**

Vorwort	2
Eva Straub	
<i>Psychiatrie hat Zukunft – aber welche?</i>	4
Eva Straub	
<i>Wie sieht die Psychiatrie der Zukunft aus?</i>	9
Prof. Dr. med. Thomas Becker	
<i>Ein Blick in die Glaskugel</i>	14
Sibylle Prins	
<i>Zur Zukunft der Psychiatrie</i>	21
Prof. Dr. med. Asmus Finzen	
<i>Die Zukunft beginnt heute</i>	26
Jutta Seifert	
<i>Die Zukunft der Sozialpsychiatrie</i>	32
Dr. Klaus Obert	
<i>Forensik heute und morgen</i>	44
Prof. Dr. med. Norbert Nedopil	

Vorwort

Eva Straub

Denken an die Zukunft, den Wunsch, die Zukunft planen zu wollen und zu können, ist etwas worin sich der Mensch vom Tier unterscheidet. Einfach so in den Tag hineinzuleben und zu warten, was das sogenannte Schicksal einem bringt, ist für viele Menschen unerträglich. Es werden Zukunftspläne gemacht, Ziele gesteckt, und Vorsorge getroffen. Was für den Einzelnen gilt, gilt auf allen gesellschaftlichen Ebenen: in Kultur und Wirtschaft, auf sozialem und ökologischem Gebiet und in der Forschung. Zukunftsplanung betrifft die Ressourcen der Erde ebenso wie die Bevölkerungsentwicklung und natürlich auch die medizinische Versorgung in den kommenden Jahren und Jahrzehnten. Die Zukunft ist kein schicksalhaftes Ereignis – in der Regel ist sie es nicht. Sie ist die Folge von dem, was wir heute tun oder nicht tun, von Entscheidungen und Planungen, von Prioritäten, die heute getroffen werden. Sie wird vorbereitet von Menschen, die heute Ideen entwickeln und die diese Ideen und ihre Kenntnisse zum Nutzen oder Schaden für die Nachwelt einsetzen. Und ganz sicher sie ist eine Folge davon, in welche Richtung sich die ethischen Einstellungen in unserem Land bewegen oder gelenkt werden. Wer wüsste das besser als Menschen, die mit Psychiatrie zu tun haben und jenen, die sich mit dem wechselhaften Umgang mit psychisch kranken Menschen in der Vergangenheit beschäftigen.

Zukunftsgedanken auf den folgenden Seiten

Nach ihren Hoffnungen und Erwartungen haben wir Menschen, die sich aus unterschiedlichen Gründen mit der Psychiatrie beschäftigen befragt und sie gebeten, ihre Vorstellungen zum künftigen Weg der Psychiatrie für uns niederzuschreiben. So werden Sie in diesem Heft Stimmen von Psychiatern, von einer Psychiatrie-Erfahrenen und von Angehörigen finden.

Diese Beiträge sind in unregelmäßigen Abständen seit 2012 in *unbeirrbar*, dem InfoForum des „Landesverbands Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V.“, erschienen. In diesem Sonderdruck haben wir die Beiträge zusammengestellt. Der Gedanke dabei ist, dass die Leser die Aufsätze aus unterschiedlichen Blickrichtungen sozusagen einen neben dem anderen lesen und sich anregen lassen können zu ihrem ganz persönlichen Blick in die Zukunft.

Eva Straub

Psychiatrie hat Zukunft – aber welche?

Eva Straub

Wer würde nicht gerne in die Zukunft schauen können, um zu sehen, ob sich Hoffnungen lohnen, ob die heutigen Anstrengungen Früchte tragen werden und ob die Gesellschaft psychische Erkrankungen wie andere Krankheiten auch als schlimm, aber als normales Lebensrisiko sehen wird? Werden die Bürger die ihnen „verordnete“ Inklusion annehmen und damit glücklich werden?

Hoffnung auf Gehirnforschung?

Seit Ende der Leid und Tod über psychisch kranke Menschen bringenden Nazizeit hat die Psychiatrie eine beeindruckende Entwicklung genommen. Ohne Zweifel, der Nachholbedarf an Forschung, an wissenschaftlicher internationaler Vernetzung und das Defizit an Erfahrung mit psychiatrischer Langzeitbehandlung war groß. Die jahrhundertelangen Kontroversen über die Krankheitsursachen und den richtigen Ansatz bei Therapien spiegeln sich auch in der Ausgestaltung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung psychisch kranker Menschen wieder. Wen wundert es, dass große Hoffnungen aber auch Skepsis hinsichtlich der kommenden Jahrzehnte die Köpfe und Herzen der Menschen beschäftigen, wenn selbst die heutige Forschung mit ihren modernsten, tiefe Einblicke in Gehirnfunktionen gewährenden Geräten nicht zu allgemein anerkannten Ansichten über Entstehung und Behandlung von psychischen Erkrankungen führt. Es ist nicht gelungen, den Krankheiten das Mystische und Unheimliche zu nehmen. Sie hat nicht dazu geführt, dass diesen Menschen unvoreingenommen begegnet wird, so wie Menschen mit körperlichen Erkrankungen. Sie hat es nicht geschafft die Gesundheits- und Sozialrichtlinien so zu verändern, dass von einer Gleichstellung von psychisch kranken Menschen mit somatisch Kranken die Rede sein kann.

Die Psyche mitnehmen

So mancher Angehörige blickt mit Sorge in die Zukunft, wenn er erlebt, wie die genetische und die Hirn-Forschung immer mehr Raum beim Versuch, die Rätsel psychischer Erkrankungen zu lösen, einnehmen. Wenn es auf diese Weise gelänge, zielgenaue Therapien zur Beseitigung von Symptomen zu finden, über eine zuverlässige Früherkennung und Frühbehandlung zu verfügen, Rückfälle aus der Welt zu schaffen, sind wir alle unendlich dankbar. Dennoch ist mir nicht wohl dabei – es fehlt etwas. Es fehlt eine mindestens genauso intensive Beschäftigung der Forschung mit der seelischen Befindlichkeit der in ihren Grundfesten erschütterten psychisch kranken Menschen. Wir Angehörigen wissen, wovon wir reden, denn auch wir sind in unserem Selbstverständnis durch das Miterleben einer psychischen Erkrankung eines geliebten Menschen tief erschüttert. Das Leben hat für ihn wie für die Angehörigen eine andere Wendung genommen, das Selbstbewusstsein hat gelitten, die Hoffnung auf eine nach bürgerlichen Maßstäben betrachtete, erfolgreiche Zukunft ist dahin. Es gilt, einen neuen Sinn im Leben zu finden, zu wagen, mit Mut in die Zukunft zu schauen, positive Erwartungen zu haben, wieder zu lernen, sich etwas Schönes vorzustellen. Und das geht nicht mit Tabletten und Spritzen. Die Psyche mitnehmen, das fehlt mir beim Blick in eine von einer medizinischen Psychiatrie geprägten Zukunft.

Körper und Seele

Längst ist es Allgemeinwissen, dass Körper und Seele, dass das organische Funktionieren des Gehirns und die Gefühlswelt eng miteinander vernetzt sind: Der Kopf ist immer orientiert, was im Körper vor sich geht, und der Körper reagiert auf Gefühle und Stress. Wird die Zukunft dem Rechnung tragen? Wird eine ganzheitliche Behandlungswelt in der Psychiatrie Selbstverständlichkeit werden? Ich bin skeptisch, und das aus mehreren Gründen.

Da ist zum einen die heutzutage immer ausgeprägter werdende Aufteilung in Expertenwissen. Es mag komisch, vielleicht auch undankbar klingen, die große Expertenvielfalt auf dem Gebiet der Psychiatrie führt zum

Konkurrenzdenken und zum Sich-Abgrenzen voneinander. Das hat mit sich gebracht, dass die sich eigentlich wunderbar ergänzenden Teilgebiete Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin, Forensische Psychiatrie, Suchttherapie und Neurologie nebeneinander her arbeiten, ganz zu schweigen von einer Einbeziehung des Umfelds der Patienten. Es liegt die Vermutung nahe, dass es noch einige Zeit dauern wird bis alle Fachleute inklusive Angehörige als verlässliche Partner sinnbildlich gesprochen gleichberechtigt um das „Bett“ des Patienten stehen und gemeinsam ihre Therapien verknüpfen zu einer ganzheitlichen Therapie für Körper und Seele.

Sind die Errungenschaften sicher?

Ein anderer Grund, warum ich skeptisch bin, ist die schon seit Jahrzehnten festgezimmerte Trennung zwischen „Stationär“ und „Ambulant“ mit seinen schwerwiegenden Folgen wie: wiederkehrende Wechsel von Behandlern und Bezugspersonen, lange Wartezeiten, langwierige Antrags- und Bewilligungsprozesse, ständige, immer neue, anstrengende Anpassungsherausforderungen. Es ist ja nicht so, dass es keine Ideen gäbe: Hometreatment, Soziotherapie, Integrierte Versorgung, prozess- und bereichsübergreifende Bezugsperson usw. Die unüberwindbar scheinende Trennung zwischen den Sektoren „ambulant“ und „stationär“ ist durch die Sozialgesetzgebung gesetzt, aber die Somatik macht es vor, wie es anders auch geht: Belegarztsystem. Die Patienten nehmen für eine stationäre Behandlung ihren ambulanten Psychiater und Psychotherapeuten oder Suchttherapeuten mit in die Klinik und umgekehrt, wenn sie wieder entlassen werden, begleitet sie der ihnen gut bekannte Behandelnde auch ambulant. Das wäre eine kleine Revolution. Ob sie so oder anders kommt, ich bin zuversichtlich, dass die starre Spaltung eines Tages aufgehoben wird. Man muss kein Prophet sein, um zu wissen, dass Jahre für einen solchen Umbruch ins Land gehen werden. Und in der Zwischenzeit? Die Angehörigen haben keine Zeit auf eine ferne Zukunft zu warten, sie haben heute einen geliebten, psychisch kranken Menschen an ihrer Seite, und dem soll bald an Seele und Körper geholfen werden.

Angehörige sind diejenigen, die den Patienten am längsten begleiten von allen professionell Behandelnden. Über Jahrzehnte hinweg erleben sie die sich wandelnden Behandlungstendenzen mit. Wen wundert es, dass die Gedanken an die Zukunft ihrer psychisch kranken Nahestehenden und an die Ihrige ihnen sehr am Herzen liegen. Mit Bangen hören sie die dauernden Klagen, dass Sozial- und Gesundheitskosten explodieren und nicht lange so tragbar sein werden. Man muss den Eindruck bekommen, Menschen werden zu Kostenfaktoren. Ist es zu blauäugig, zu denken, dass eine grundlegende Bewusstseinsveränderung eintritt, z.B. so: Kranke kosten nicht nur, sie geben schließlich vielen Menschen auch Arbeit und Brot und Lebenssinn oder: in der Gesundheitspolitik geht es nicht nur um Kosten-Nutzen-Denken.

Mit dem Blick auf Morgen fragen sich Angehörige besorgt, wie sicher die in der Sozialpsychiatrie errungenen Fortschritte sind und wie verlässlich die Absicht ist, psychisch behinderte Menschen ebenso umfassend zu betreuen wie körperlich gehandicapte Menschen? Ich würde beruhigter in die Zukunft schauen, wenn ich annehmen könnte, mit psychisch kranken und behinderten Menschen wird heute wie morgen so umgegangen wie mit hochgeschätzten Bürgern, wie mit begehrten Mitarbeitern, für die es sich lohnt, Kraft, Zeit und Geld zu investieren.

Die Selbsthilfe – unsere Zukunftshoffnung

Berechtigte Besorgnis ist da bei Angehörigen, und das, obwohl wir einen starken Trumpf in der Tasche haben: Die Selbsthilfe der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen wird gehört und ernst genommen. Sie wird wachsam sein. Sie hat sich mehr und mehr miteinander vernetzt, man wird künftig nicht so leicht um sie herumkommen. Aus diesem Grunde bin ich auch zuversichtlich, dass das Ansehen der Angehörigen in Psychiatrie und Gesellschaft an Bedeutung gewinnt und ihre selbstverständliche Beachtung nur eine Frage der Zeit, vielleicht langer Zeit, ist. Voraussetzung wird sein, dass die Angehörigen-Selbsthilfe geschickt agiert, sich weder wegduckt noch zu große und ultimative Forderungen stellt. Und es wird eine Frage der

Bereitschaft des Einzelnen zur verlässlichen Partnerschaft mit Professionellen und des Selbstvertrauens sein.

Kein Hurra ohne aber: Eine veränderte Einstellung zum ehrenamtlichen Engagement wird spürbar. Das zeigt sich auch in der geringer werdenden Bereitschaft zur Mitarbeit in der Selbsthilfe. Daran ändern auch Lobreden von Politikern auf das Ehrenamt nichts. Solidarität mit Gleichbetroffenen oder der Gedanke, etwas für erfahrene Hilfe zurückgeben zu wollen, wird schwächer. Es scheint sich mehr und mehr die Mitnahmentalität durchzusetzen. Man holt sich, was man braucht und ist dabei, so lange es was bringt. Gern würde ich in die Zukunft schauen können.

Die Frage nach der Zukunft der Psychiatrie bewegt alle, diejenigen, die von einer psychischen Erkrankung oder Behinderung betroffen sind, die ihnen nahestehen, die sich professionell mit Psychiatrischem beschäftigen und die sich verantwortlich fühlen für eine Zukunft, in der es um kranke Menschen und nicht um Sparen und Bewahren von „Erbhöfen“ geht.

Wie es uns künftig gehen wird, beschäftigt uns umso mehr, je mehr wir erleben mussten, dass Dinge daherkommen können, die wir nicht in der Hand haben. Verunsicherung macht sich breit und beeinflusst unsere Gesundheit. Hoffnung und Vertrauen in die eigene Kraft zur Selbsthilfe dagegen geben Halt und ermutigen, an die Verwirklichung von Zielen und Wünschen zu glauben.

Autorin:

Eva Straub

2. Vorsitzende, Landesverband Bayern
der Angehörigen psychisch Kranker e.V.

Kontakt:

E-Mail: eva.straub@bingo-ev.de

Wie sieht die Psychiatrie der Zukunft aus?

Prof. Dr. med. Thomas Becker

Die Beantwortung der Frage, die die Redaktion von *unbeirrbar* mir gestellt hat (und auch Anderen stellen wird), ist schwierig. Ich will eine persönliche Antwort geben.

In meinen Augen sind die historischen Veränderungen in der Psychiatrie seit den 1960er Jahren, die in der Psychiatrie-Enquête und Psychiatriereform einerseits sowie im Aufschwung der psychiatrischen Forschung andererseits ihren Ausdruck gefunden haben, Ausdruck eines gesellschaftlichen Modernisierungs- und Reformprozesses, der in der Gesellschaft, u.a. im Gesundheits- und Sozialwesen, in Wissenschaft und Forschung vielfältige Folgen gehabt hat. Vor dem Hintergrund der Bewältigung der totalitären Vergangenheit (Schneider 2011), aktuell stetigen Wachstums, stabilen (und zunehmenden) Wohlstands sowie eines hohen Maßes an Freiheit ist in den 1960er und 70er Jahren der soziale Integrationsgedanke in den Vordergrund gerückt. Der Gedanke, die Gesellschaft auch „von ihren Rändern her“ zu begreifen und zu verändern, hat breiten Raum eingenommen, diese Orientierung fand z.B. in der Regierungserklärung des Bundeskanzlers Willy Brandt vom 28. Oktober 1969 („Wir wollen mehr Demokratie wagen“) ihren Ausdruck. Dieser sozialen Integrationsperspektive standen in der Wissenschaft und Forschung ein starkes Bestreben zur internationalen Öffnung und eine Vielfalt an Initiativen biologisch-psychiatrischer und neurowissenschaftlicher Forschung gegenüber. Es begann eine über mehrere Generationen anhaltende Welle von Forschungsaufenthalten deutscher Psychiater in den USA (und auch in anderen Ländern, z.B. Großbritannien). An den Universitäten anderer westlicher

Länder, etwa in den USA und England, gab es eine große Bereitschaft, deutsche Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler als Gäste aufzunehmen und zu fördern. Diese Öffnung hat in den folgenden Jahrzehnten die psychiatrische Forschung in Deutschland nachhaltig belebt und internationalisiert. Internationale Kontakte haben übrigens auch die Reform der psychiatrischen Versorgung in Deutschland geprägt. Schon im Begleitband zum Bericht der Enquête-Kommission waren detaillierte Berichte über die psychiatrische Versorgung u.a. in den USA, in Großbritannien und der UdSSR abgedruckt. Deutsche Psychiatriereformer ließen sich bei Forschungs- und Hospitationsaufenthalten im Ausland nachhaltig durch Entwicklungen in anderen Ländern anregen.

In den seither folgenden 40 Jahren hat sich die deutsche Gesellschaft weiter rasch gewandelt, mit der Wiedervereinigung kamen die neuen Bundesländer mit der eigenen Geschichte von Psychiatriereform in der DDR hinzu. Der Sozialstaat ist in eine nachhaltige Krise geraten, ein erhebliches Augenmerk der Politik richtete (und richtet) sich auf die Reform der sozialen Sicherungssysteme. Die Regierungserklärung des Bundeskanzlers Gerhard Schröder 34 Jahre nach der oben erwähnten (vom 14. März 2003) stand unter den Überschriften „Mut zum Frieden und zur Veränderung“ und „Agenda 2010“. Die Debatte zur Gestaltung der Versorgungssysteme ist neben dem Schwerpunkt der Betonung evidenzbasierter Praxis durch Ansätze und Initiativen der Kostenbegrenzung, der Qualitätsorientierung, der Orientierung auf Wirtschaftlichkeit sowie durch Bemühungen um integrierte Versorgungsansätze geprägt. Die Öffnung und der rasche Fortschritt sind in der biologisch-neurowissenschaftlichen Forschung, der klinischen Wissenschaft und in der Versorgungsforschung weiter vorangegangen. International und national gibt es eine breite Akzeptanz für die gemeindepsychiatrische Grundausrichtung der psychiatrischen Versorgung (Semrau et al. 2011). Die Debatte ist durch die Betonung der Bedeutung psychotherapeutischer Ansätze und das Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (1999) bereichert worden, die Versorgungslandschaft ist vielfältiger geworden.

Für die Psychiatrie der Zukunft halte ich vor diesem Hintergrund folgende Entwicklungslinien für besonders wichtig:

Die Entwicklung der Psychiatrie wird davon abhängen, ob das Grundgebäude des Gesundheits- und Sozialsystems im Sinne des Sozialstaatsprinzips erhalten werden kann. Sollte dies der Fall sein, so wird sich die Psychiatrie – von der heutigen Praxis ausgehend – weiter entwickeln.

Moderne Psychiatrie wird in wesentlichen Teilen von außerhalb der stationären Einrichtungen konzipiert und vorangetrieben. Gemeindepsychiatrische Versorgungssysteme rufen nach mehr Integration, als bisher regelhaft vorhanden ist.

Stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Angebote werden ein zentraler Baustein psychiatrischer Versorgung bleiben. Ihnen kommen wichtige Aufgaben bei der Krisenintervention, in der Behandlung schwer kranker Menschen, in der konzeptuellen und wissenschaftlichen Entwicklung sowie bei der Modernisierung diagnostischer und therapeutischer Standards zu. Stationäre Einrichtungen sind für eine qualitativ hochwertige Weiterbildung im Fach Psychiatrie und Psychotherapie erforderlich, obwohl die allermeisten Weiterbildungsinhalte auch in gemeindepsychiatrischen Strukturen vermittelt werden können.

Die neurowissenschaftliche, die sozialpsychiatrische Forschung und die Versorgungsforschung gehören zusammen. Der Versorgungsforschung kommt bei der Evaluation innovativer Versorgungsstrukturen eine entscheidende Rolle zu.

Infolge des raschen wissenschaftlichen Fortschritts (Ätiologie- und Pathogenese-Forschung) und einer innovativen Grundstimmung im gesellschaftlichen Wachstumssektor Gesundheitswesen werden differenzierte und spezialisierte

Therapieangebote das Feld immer mehr bestimmen. Eine systemorientierte Perspektive unter den Akteuren des Gesundheitswesens wird zu integrierten, spezialisierten und differenzierten Behandlungsangeboten führen.

Dieser großen Linie steht ein nicht minder wichtiges Paradigma gegenüber: die zentrale Stellung der Betroffenen, also von Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie ihren Angehörigen ist zweifelsfrei erkannt, die therapeutischen Paradigmen von „Empowerment-Orientierung“ und „Recovery-Orientierung“ sind wesentlich, die Expertise durch eigene (Krankheits- und Gesundheits-) Erfahrung und das Wissen um individuelle Bewältigungsressourcen sind zentrale Komponenten.

Die Selbsthilfe (Betroffenen-, Angehörigen-Selbsthilfe) und ihre Organisationen werden eine wichtige Rolle in der weiteren Entwicklung des Versorgungssystems spielen.

Der Gesundheits- und Sozialpolitik stellt sich die Frage, wie ein integriertes und Public health-orientiertes Versorgungssystem unter Kostendruck gesteuert und koordiniert wird und in welchem Umfang auf Bundes- oder Landesebene die Eckpunkte der Psychiatrie-Versorgung vorgegeben werden.

Wenn die für die Psychiatrie günstigen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen erhalten bleiben, so dürfte es (unter Effektivitätsdruck und mit Begleitforschung) im Rahmen weiterer gesellschaftlicher Modernisierung in Richtung eines schlanken, stärker gemeindepsychiatrisch orientierten Versorgungssystems gehen. In einem solchen System bilden verschiedene empirisch belegte Ansätze der Behandlung ein differenziertes Ganzes, sie werden im Licht der empirischen Erfahrung kombiniert.

Den beschriebenen Tendenzen übergeordnet wird die demographische Herausforderung mit einer Zunahme von Demenzerkrankungen und anderen psychischen Störungen des höheren Lebensalters die Psychiatrie der Zukunft wesentlich mitbestimmen. Dies wird ohne Zweifel auch Auswirkungen auf

den Ressourcenverbrauch im Versorgungssystem haben. Durch diese System-Herausforderung könnten einige der oben geschilderten Entwicklungen beeinflusst werden, z.B. könnte die Tendenz zur Ambulantisierung verstärkt werden. Gute Forschung und Qualitätssicherung kann sicherstellen, dass in diesem Rahmen keine wichtigen Aufgaben in Vergessenheit geraten. Ein starkes psychiatrisch-psychotherapeutisches Hilfesystem mit aktiven Partnern in der Selbsthilfe hat sicher gute Chancen, diese Herausforderung zu meistern.

Autor:

Prof. Dr. med. Thomas Becker

Kontakt:

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm,
Bezirkskrankenhaus Günzburg, Tel.: 08221 96 20 01,

E-Mail: t.becker@uni-ulm.de

Literatur:

Schneider F., (Hrsg), Psychiatrie im Nationalsozialismus. Springer Verlag,
(2011) Berlin Heidelberg.

Semrau M., Barley EA, Law A., Thornicroft G Lessons learned in developing
community mental health care in Europe. World Psychiatry 10, (2011),:
217-225

Ein Blick in die Glaskugel

Sibylle Prins

*Das Pathos für die Zukunft ist einer der
zweifelhaftesten Affekte aller Zeiten.*

Ludwig Marcuse

Zukunft der Psychiatrie – Psychiatrie der Zukunft ist das überhaupt mein Thema? Beim Thema Zukunft denke ich doch eher an meine eigene, persönliche. Oder, wenn übergreifend, vielleicht an die Zukunft unseres Ökosystems. Oder meinetwegen: Europas. Aber die der Psychiatrie?

Psychiatrie hat viele Ebenen

Der erste Stolperstein liegt schon darin: Was meinen wir überhaupt, wenn wir von „der Psychiatrie“ reden? Meist ist nicht von der wissenschaftlichen, akademischen Psychiatrie die Rede. Wir meinen auch nicht die psychosomatischen Kliniken, die ja auch einen Teil – und nicht nur die „ganz leichten Fälle“ – psychischer Erkrankungen behandeln. Gemeint sind auch nicht die Tageskliniken oder Institutsambulanzen. Wir denken dann meistens an psychiatrische Fachkliniken oder Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Aber darin nun wieder nicht die Kinder- und Jugendpsychiatrie, nicht die Gerontopsychiatrie, nicht die forensische Psychiatrie. Wir beziehen uns auch nicht auf die spezialisierten Stationen, z.B. für Depressionsbehandlungen, für Borderline-Patienten, für Angst- und Zwangserkrankungen oder Essstörungen. Was oft gemeint ist, sind meist geschlossene (Aufnahme-) Stationen für Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen, oder, noch häufiger, wo Menschen mit verschiedenen Arten von Psychosen versammelt sind.

Das sind die Abteilungen, in denen dann eher auch Zwangsmaßnahmen stattfinden und in denen die medikamentöse Behandlung oft im Mittelpunkt steht. Obwohl dies natürlich die Orte sind, an denen unser Urteil über Psychiatrie sich entscheidet, ist das, wie die vorgenannte Aufzählung anzeigt, doch ein sehr verengter Blickwinkel. Darüber hinaus: auch für diejenigen, die sich schon öfter oder immer wieder an ebendiesen Orten aufhalten, sind das ja Ausnahmezeiten. Vielleicht besonders prägende Ausnahmezeiten, aber eben nicht Alltag. Das gilt auch für sog. „Drehtürpatienten“. Noch gar nicht erwähnt habe ich die hier vielerorts inzwischen recht ausgebaute ambulante Gemeindepsychiatrie. Den häufigsten und durchgängigsten Kontakt zum „psychiatrischen System“ haben viele Psychiatrie-Erfahrene woanders: beim niedergelassenen Psychiater und evtl. Psychotherapeuten, zu Wohnbetreuern, Werkstatt- und Tagesstättenmitarbeitern, in Kontaktstellen oder Reha-Einrichtungen. Das kann man nicht alles über einen Kamm scheren. Diese Vielfalt und zum Teil recht große Unterschiedlichkeit muss man mitdenken, wenn man von „der Psychiatrie“ spricht.

Nicht eine Klinik ist wie die andere

Und wie wird diese sich weiterentwickeln? Schwer zu sagen. Schon heute sehe ich sehr große Unterschiede: In ein und derselben Klinik erleben vielleicht einige Patienten eine Psychiatrie wie vor dreißig Jahren. Verwahrtwerden, keine Gespräche, vielleicht Zwang und jede Menge Pillen. Andere erleben dieselbe Klinik ganz anders: als Schonraum und Zufluchtsort, wo sie gut und einfühlsam begleitet werden, wo es interessante und hilfreiche Therapieangebote für sie gibt. So dass manche Betroffenen nach meinem Geschmack schon zu oft und zu schnell in die Klinik flüchten. Aber auch mit einem etwas objektiveren Blick muss man sagen: die Kliniken unterscheiden sich durchaus. Es gibt sie nach wie vor: die abgelegenen psychiatrischen Großanstalten, wo Menschen jahre- und jahrzehntelang ihr Dasein unter entmündigenden Verhältnissen fristen müssen. Es gibt andererseits Kliniken, die sehr stark eingebunden sind in ein vor Ort vorhandenes gemeindepsychiatrisches System.

Es gibt Kliniken, die radikal Betten abbauen und ihre Arbeit mit neuen, ungewöhnlichen Methoden ambulantisieren oder eingebunden werden in Modelle der integrierten Versorgung. Andere Kliniken hingegen stocken gerade ihre Bettenzahlen auf, richten neue „geschützte“ oder auch „längerfristige“ Stationen ein.

Ein breites Spektrum an Therapieüberzeugungen

Auch in anderer Hinsicht gibt es widersprüchliche, geradezu gegenläufige Entwicklungen: da hat sich begrüßenswerterweise ein „Dachverband der Psychosenpsychotherapeuten“ gebildet. Bei meinem ersten Klinikaufenthalt in den 1980er Jahren war man noch der Meinung, Menschen mit Psychosen könnten keine Psychotherapie machen, das schade ihnen nur. Andererseits versteht man unter „personalisierter“ Psychiatrie, dass für jeden Patienten das individuell passende Medikament nicht nur gefunden, sondern extra gebastelt wird. Mit dem man dann nicht nur den Hirnstoffwechsel in Ordnung bringen, sondern zugleich auch genetische Defekte ausbügeln könne. Während einerseits also die biologische Psychiatrie kräftig auf die Tube drückt, stelle ich fest, dass Mitarbeitende in der Gemeindepsychiatrie oft ein völlig anderes Verständnis von psychischer Krise oder Erkrankung haben. Manchmal schon fast antipsychiatrisch, auf jeden Fall mit großer Skepsis bezüglich der medizinischen Definitionen und auch gegenüber den Kliniken. Als Patient wird man dann zum Spielball dieser unterschiedlichen Sichtweisen: Erst soll man einsehen, man wäre ganz labil und kaum belastbar, eigentlich sowieso unheilbar, jedenfalls immer gefährdet usw. Wer das für sich akzeptiert, dem wird dann nachgesagt, er habe ein zu schlechtes Selbstbewusstsein und würde zu wenig Eigeninitiative und Verantwortung zeigen, der müsste mal mit ein paar Empowerment-Maßnahmen aufgemöbelt werden.

Die Defizite der ambulanten Psychiatrie

In manchen Städten hat man als Patient eine große Auswahl unter den vorhandenen niedergelassenen PsychiaterInnen. In anderen, vor allem ländlichen

Regionen ist das oft ganz anders: da gibt es für große Einzugsbereiche nur eine einzige (oder gar keine) psychiatrische Facharztpraxis. Dadurch entstehen lange Wartezeiten, und man muss beschwerliche und umständliche Wege auf sich nehmen. Zudem: die Praxen der Niedergelassenen bieten allzu oft nur eine Fünfminuten-Fließbandabfertigung an. Das ist doch für Menschen mit schwerwiegenden Diagnosen und komplizierten Lebensproblemen keine adäquate Behandlung! Häufig sind diese Ärzte und Ärztinnen auch stark auf Psychopharmaka-Gaben fixiert und in trialogischen Zusammenhängen bewegen sie sich nur ausnahmsweise. Manchmal denke ich, während wir uns immer auf die Kliniken blind starren, passieren die „wahren Skandale“ der Psychiatrie ganz woanders.

Krisenteams zu Hause – nein danke

Hinzu kommt, dass ich eine ewige Nörglerin bin. Man will mich oft dazu anregen, Reformen, die als besonders „betroffenenfreundlich“ gelten, zu bejubeln. Das kann ich häufig nicht. Ein Beispiel: Ich gehe nur sehr ungern in Kliniken und Krankenhäuser aller Art. Obwohl meine letzten beiden Aufenthalte in unserer psychiatrischen Klinik o.k. waren, zieht mich da nichts hin. Nur: ob ich im Krisenfall zu Hause behandelt werden will, und dann so ein „multiprofessionelles Kriseninterventionsteam“ in meine Bude lassen soll, das weiß ich auch nicht. Zumal ein Besuch einmal täglich, oder auch dreimal täglich, im Ernstfall gar nicht ausreichen würde. Dass dieses Team dann meine ganze Familie ranholt, mit meinen Freunden und Nachbarn spricht, finde ich auch nicht prickelnd – die neugierige und extrem tratsch-süchtige Dame, die unter mir wohnt, weiß bisher gar nicht, dass ich mal psychisch krank war.

Ausgrenzung und Anpassungsdruck der Gesellschaft steigen

Und wie sieht es mit dieser Gesellschaft aus, in der ja auch Psychiatrie stattfindet? Einerseits ist das Reden über psychische Belastungen, über Behandlung psychischer Probleme im Zuge der Burn-Out-Diskussion oder der

Krisen prominenter Persönlichkeiten modern geworden. Ob das aber zu mehr Verständnis und Unterstützung führt für nichtprivilegierte Menschen mit sehr schwerwiegenden Diagnosen oder Verläufen, bezweifle ich. In anderen Hinsichten ist der Anpassungsdruck aus meiner Sicht gestiegen: Nicht nur, was persönliches Verhalten und Arbeits- und Leistungsfähigkeit angeht. Sondern auch wer die Normen und Maßstäbe in puncto Aussehen und Outfit, körperliche Fitness, strukturierte und „vernünftige“ Lebensführung, materielle Ausstattung, Teilnahme an Freizeitaktivitäten usw. nicht einhalten kann, ist ganz schnell „draußen“. Die Entwicklungen in der Sozialpolitik kann ich hier nur als Thema erwähnen und nicht weiter ausführen.

Die Zukunft bleibt offen, trotz schöner Utopien

Aus diesen und anderen Entwicklungssträngen ließen sich ganz unterschiedliche Zukunftsszenarien basteln. Wahre Horrorvisionen: dass alle Embryonen, deren Gene einen Hinweis auf die Möglichkeit einer späteren psychischen Erkrankung liefern, abgetrieben werden. Oder Menschen, die psychisch erkrankt sind, werden einem strengen und rigiden Gesundheitsregiment unterworfen, wie es heute schon im vielen Reha-Kliniken üblich ist. Und andererseits schöne Utopien: Unsere Welt wird so anheimelnd und verständnisvoll, dass wir überhaupt keine Psychiatrie mehr brauchen. Zum einen wird das Leben so gut, dass es viel weniger psychische Krisen gibt. Wer dennoch Probleme bekommt, wird von seiner Umgebung und der Gesellschaft ganz warmherzig, tolerant und kuschelig aufgefangen. Utopien haben aber auch Haken und Ösen. Manche funktionieren gar nicht. Andere könnten funktionieren, werden aber von irgendwem missbraucht. Und selbst wenn eine Utopie umgesetzt wird und viel Gutes bringt: es gibt immer Menschen, an denen die Segnungen des Neuen vorbeigehen. Außerdem: fast jede Lösung, gerade von komplexen Aufgaben, bringt auch neue Probleme hervor, an die man vorher gar nicht gedacht hat. Mir sind natürlich die Utopien trotzdem lieber, aber die Zukunft bleibt das, was sie immer war: ungewiss und offen.

Der Einzelfall zählt!

Trotzdem gibt es zwei Dinge, die ich mir für die Zukunft der Psychiatrie wünsche. Das erste: ich sah neulich, dass eine Organisation, die sich um Flüchtlinge in Deutschland kümmert, einen neuen Slogan hat. Er lautet: „Der Einzelfall zählt!“. Das gefällt mir. Ein sehr viel stärkeres Bewusstsein davon wünsche ich mir auch in der Psychiatrie. Damit wird nicht nur die Wichtigkeit jeder einzelnen betroffenen Person und jedes einzelnen Lebenslaufs betont, sondern auch die Tatsache (!), dass Menschen mit psychischen Problemen sehr, sehr unterschiedlich sind, und auch unterschiedliche Entwicklungen durchmachen. Trotz evtl. gleichlautender Diagnose oder vergleichbarer Lebenssituation. Wenn man das stärker beherzigen würde, käme es vielleicht nicht mehr vor, dass Menschen bei ihrer ersten Krise oder erstem Klinikaufenthalt zu hören bekommen: „Sie können nie wieder ...!“ (arbeiten/studieren/Theater spielen/Kinder kriegen/ins Ausland reisen etc.). Und auch nicht beim Erstaufenthalt: „Sie müssen jetzt ihr Leben lang diese Medikamente nehmen“. Das alles kann man doch gar nicht wissen.

Überhaupt, diese Grundsatzdiskussionen, ob es nur Lebensqualität ohne oder nur mit Medikamenten geben kann, könnten sich dann auch erledigt haben. Weil man das so pauschal „für alle“ gar nicht sagen kann. Und vieles andere mehr. Ich habe oft das Gefühl, für jeden Menschen, der in eine schwere psychische Krise oder Erkrankung gerät, müsste eigentlich das Rad, sprich, die Hilfen und Behandlungsmethoden neu erfunden werden. Das ist so natürlich nicht machbar. Aber es würde eingefahrene Routinen und vorgefasste Meinungen durchbrechen. Und institutionelle Hilfen vielleicht vielfältiger, vielseitiger und durchlässiger machen.

Zwang minimieren oder abschaffen? Die Zukunft wird's zeigen

Das zweite: in einem Buch war einmal ein Dokument abgedruckt aus dem 19. Jahrhundert, vielleicht auch Anfang des 20. Jahrhunderts. Es handelte sich um Richtlinien der Schulbehörde (in Deutschland) darüber, mit welchen Mitteln und in welchem Maße man Schüler körperlich züchtigen dürfe.

Welche Stockschläge noch erlaubt waren, was zu weit ging. Heute können wir über so etwas nur noch erschrocken den Kopf schütteln. Ein Lehrer, der auch nur im Affekt einen Schüler ohrfeigt, wird heutzutage disziplinarisch zur Rechenschaft gezogen und riskiert seinen Job. In der Psychiatrie hingegen existieren durchaus Richtlinien dazu, wie Zwangsmaßnahmen durchzuführen seien, also Gewalt ausgeübt werden darf. Das ist dann auch noch ein „Fortschritt“ gegenüber einer unkontrollierten Anwendung von Zwang. Ich hoffe, dass kommende Generationen darüber ebenso den Kopf schütteln werden wie wir über die Schülerbestrafungsrichtlinien von gestern. Ich muss gestehen: ich habe auch schon Zwangseinweisungen miterlebt, die akut lebensrettend für die Betroffenen waren. Ich weiß, dass es manchmal sehr extreme Situationen gibt, für die ich auch keine Lösung weiß. Die letzten Konsequenzen dieser Situationen, wie manche Betroffenenverbände es vorschlagen, den Bestattungsinstituten und der Strafjustiz zu überlassen, ist für mich natürlich auch keine Alternative. Aber die Anstrengungen, Zwang in der Psychiatrie zu minimieren, und, falls möglich, ganz abzuschaffen, dürfen nicht nachlassen!

Jetzt, so denke ich, darf ich mich wieder meiner eigenen Zukunft widmen. Wie diese aussehen wird, weiß ich natürlich nicht. Ich hoffe aber, dass ich „die Psychiatrie“ möglichst wenig – oder vielleicht nie wieder? – in Anspruch nehmen muss. Egal, wie diese in Zukunft aussieht.

Autorin:

Sybille Prins, seit 1991 aktiv in der Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener

Kontakt:

www.sibylle-prins.de

Zur Zukunft der Psychiatrie

Prof. Dr. med. Asmus Finzen

Die künftige Entwicklung der Psychiatrie wird nach meiner Überzeugung auf absehbare Zeit nicht von wissenschaftlichen Fortschritten bestimmt werden, sondern von der Organisation der Versorgung psychisch Kranker, von Kostenregelungen und berufsständischen Auseinandersetzungen. Da die gesundheitspolitischen Vorgaben in immer kürzeren Abständen wechseln, ist eine Vorhersage schwierig. Sicher ist nur, dass die Psychiatrie, wie sie sich im Gefolge der Reformen der 70er und 80er Jahre herausgebildet hat, so keinen Bestand haben wird.

Es ist wahrscheinlich, dass die Psychiatrie der Abhängigkeitserkrankungen und große Teile der Alterspsychiatrie den Weg in die Eigenständigkeit gehen werden, wie lange vorher die Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Geistig-Behinderten-Betreuung. Die Identität der Psychiatrie ist dadurch nicht bedroht. Schwieriger ist das im Hinblick auf die Entwicklung von Psychotherapie und Psychotherapeutischer Medizin. Die Probleme haben nur wenig damit zu tun, dass die psychologische Psychotherapie zum selbständigen Heilberuf geworden ist und dass neben der institutionellen Psychiatrie ein Behandlungssystem mit 25 000 stationären Behandlungsplätzen entstanden ist, dem der Geruch der Zwei-Klassen-Psychiatrie anhaftet. Das ist umso problematischer, weil auch innerhalb der psychiatrischen Kliniken eine dramatische Verlagerung der Schwerpunkte von der Psychosenpsychiatrie zur Psychiatrie der Persönlichkeitsstörungen stattfindet.

Am heikelsten aber ist die forcierte Entwicklung von ambulanten Betreuungsnetzwerken unter Beteiligung von Privatunternehmen, deren Motivation nicht über alle Zweifel erhaben ist. Dabei ist schon die Idee des Managed Care, die dahinter steht, janusköpfig – also zwiespältig: klar, die Kontinuität der Behandlung und Betreuung wollen wir alle, – aber als Angebot, nicht als fürsorglichen Zwang. Managed Care kann man auch als „bevormundende Fürsorge“

übersetzen; und die wollen wir nicht, zumindest ich nicht. Aber über Versorgungssysteme zu schreiben, ist nicht mein Auftrag. Frau Straub hat mir einige Stichworte vorgegeben. Ich will versuchen, diese systematisch abzarbeiten:

Behandlung

Es wird nach meiner Überzeugung in den nächsten 30 Jahren nichts grundlegend Neues geben. Das haben wir bei der Einführung der Neuroleptika der zweiten Generation gehofft. Aber das hat sich als Illusion erwiesen. Und dafür gibt es einen Grund. Medikamente, die der Psychosenbehandlung dienen sollen, beruhen ohne Ausnahme auf der Manipulation von Botenstoffen – ihrer Hemmung oder ihrer Förderung – zwischen den Nervenzellen. Dieser Weg ist mindestens seit zwei Jahrzehnten ausgereizt; es kann keine neuen besseren Neuroleptika geben –, allenfalls solche mit weniger Nebenwirkungen. Aber auch das ist zweifelhaft. Wirklich Neues kann es nur geben, wenn wir einen Weg finden, in den am meisten betroffenen Hirnregionen einen direkten Zugang zu erlangen. Dabei geht es wahrscheinlich nicht in erster Linie um das Netzwerk der Verbindungen zwischen den Zellen und dessen Aktivierung überall im Gehirn, wo wir mit den heutigen immer noch groben Instrumenten der Bildgebung verminderte Aktivitäten feststellen. Ein Weg dorthin könnte in der Aktivierung von Stammzellen bestehen, die entgegen früheren Vorstellungen sehr wohl auch im Gehirn Erwachsener bestehen. Aber das ist ein weites Feld.

Bis dahin wird die bestmögliche Behandlung darin bestehen, das gesammelte Wissen, über das wir heute verfügen, mit Kompetenz, Engagement und Empathie, abgestimmt auf den einzelnen Patienten, einzusetzen –, und zwar von Menschen, die bereit sind sich auf die Kranken einzulassen, von Menschen, die sich kümmern.

Früherkennung

Ich halte es für unwahrscheinlich, dass es in den nächsten 10 Jahren Labortests mit biologischen Markern geben wird, die eine zuverlässige Frühdiagnose schizophrener Psychosen möglich machen. Angesichts der bekannten

Tatsache, dass der akute Ausbruch einer Psychose eine Vorlaufzeit von etwa sieben Jahren hat, gilt es festzuhalten, dass auch heute schon eine viel frühere Diagnose möglich ist, und zwar mit klinischen Mitteln durch kompetente erfahrene Ärzte. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass diese die späteren Kranken überhaupt zu Gesicht bekommen. Dazu meine Zweifel: Ich halte eine frühzeitige Diagnose bei manifester Erkrankung für wichtig. Ich bin mir aber nicht sicher, ob es für die später als krank erkannten Menschen gut ist, allzu früh durch die Mühle psychiatrischer Diagnostik gedreht zu werden. Darf man ihnen zumuten, als 15-jährigen mit dem – vagen – Verdacht konfrontiert zu werden, in zwei, drei oder fünf Jahren vielleicht eine schizophrene Psychose zu entwickeln? Auch dies ist ein weites Feld –, sowohl in medizinischer wie in moralischer Sicht.

Prävention

Prävention ist seit Jahrzehnten die große Hoffnung der Medizin – und eine ihrer ernüchterndsten und enttäuschendsten Erfahrungen. Trotzdem besteht kein Grund, die Flinte ins Korn zu werfen. Wir sollten uns genau anschauen, was möglich ist und was nicht. Ich spitze zu: es ist nicht möglich (und es wäre auch barbarisch), allen Kindern Haloperidol ins Trinkwasser zu tun. Es ist auch nicht möglich und wäre absurd, alle Teenager bei einer Erkrankungswahrscheinlichkeit von eins zu 1 000 pro Jahr einem besonderen psychosozialen Regime zu unterwerfen. Selbst in Familien mit einer besonderen Belastung wäre das unrealistisch. Aber es lohnt, darüber nachzudenken, ob es in solchen Familien psychosoziale Ansätze für eine Verminderung der Erkrankungswahrscheinlichkeit geben könnte, die keine unzumutbare Belastung für die Betroffenen darstellen. Man kann sich fragen, ob es nicht Ansätze aus der sekundären Prävention – der Vermeidung von Wiedererkrankungen – gibt, die bei Risikofamilien eingesetzt werden könnten. Ich meine die Erkundung der individuellen Vulnerabilität, der Verletzlichkeit in der Vorphase der Ersterkrankung wie der Wiedererkrankung. Medikamentöse Verfahren scheiden in der primären Prävention aus. Zur Vermeidung der Wiedererkrankung spielen sie eine wichtige Rolle. Aber das ist ja bekannt.

Die Rolle der Angehörigen und der unmittelbar Betroffenen

Die Selbstorganisation von Angehörigen und Betroffenen ist einer der gewichtigsten Aspekte der Psychiatrieentwicklung der vergangenen drei Jahrzehnte. Sie spielt neben der Selbsthilfe eine außerordentlich wichtige Rolle. Es kommt darauf an, Selbstbewusstsein und Schlagkraft zu entwickeln und sich nicht zu verstecken. Betroffene und Angehörige haben in der sozialpolitischen Auseinandersetzung ein größeres Gewicht als Profis, die sich für sie einsetzen. Denen wird regelmäßig vorgehalten, sie verträten doch nur ihre eigenen Interessen; und häufig ist es ja auch so. Bei beiden Gruppen ist es unabhängig von der versorgungspolitischen Situation von größter Bedeutung, dass sie ihre Rechte gegenüber den Profis einfordern und durchsetzen. Dabei wird es nicht ohne Streit abgehen. Dass es dabei auch zu Streit zwischen Angehörigen und Betroffenen kommt, liegt in der Natur der Sache. Die Interessen der organisierten Angehörigen sind in mancher Hinsicht anders als die der organisierten Betroffenen. Das ist kein Grund zur Aufregung. Viel wichtiger ist es, in der eigenen Familie und im eigenen Freundes- und Bekanntenkreis einen Konsens zu finden.

Vorurteile und Stigmatisierung

Dazu habe ich ein ganzes Buch geschrieben. Deshalb hier nur folgendes: Beide wird es immer geben. Es kommt für Betroffene und Angehörige darauf an, Wege zu finden, sich davon nicht unterkriegen zu lassen. Ich bin überzeugt davon, dass der wirksamste Weg zur so genannten Entstigmatisierung über die therapeutische, psychologische und sozialpolitische Arbeit mit jenen Menschen führt, für die das Stigma zur zweiten Krankheit wird, die die wirksame Behandlung der ersten behindert.

Die Rolle der Psychiatrie innerhalb der Universitätsmedizin

Die Universitätsmedizin versteht sich als Naturwissenschaft. Sie hat mit Soziologie und Psychologie wenig am Hut. Die Psychiatrie eifert den anderen Fächern mit einigem Erfolg nach. Die Folgen sind vielfältig. Nach meiner Überzeugung sind die wenigsten davon gut. Viel schlimmer ist, dass

Krankenhäuser immer noch nach Chefärzten mit Professorentiteln gieren, die viel Zeit im Labor und wenig auf der Station verbracht haben. Gewiss sind unter ihnen auch geborene Kliniker, aber leider nicht nur.

Zum Schluss

In den letzten Jahren wird mir immer wieder vorgehalten, mit meinen Texten einen unbilligen Pessimismus zu verbreiten. Ich halte dagegen, dass ich versuche, die Dinge realistisch zu sehen. Nur wenn man keinen rosaroten Schleier über die Wirklichkeit deckt, kann man diese Wirklichkeit verändern. Die brutale Realität der psychiatrischen Krankenbehandlung, wie sie die Psychiatrie-Enquete vor 40 Jahren festgestellt hat, gibt es so nicht mehr. Aber man täusche sich nicht. Die Missachtung von Patientenrechten und von Angehörigenrechten ist in der Realität der heutigen Psychiatrie weit verbreitet. Wenn wir das ändern wollen, müssen wir Laut geben. Banken, Ärztevereinigungen, Pharmafirmen – und wer immer sonst tun das auch. Und um dagegen anzukommen, müssen wir ziemlich laut werden.

Autor:

Prof. Dr. med. Asmus Finzen

Kontakt:

www.asmus.finzen.ch

Literatur:

Asmus Finzen: Schizophrenie – die Krankheit verstehen, behandeln, bewältigen. Psychiatrieverlag: Bonn 2011.

Asmus Finzen: Warum werden unsere Kranken eigentlich wieder gesund? Rasonieren über das Heilen. Mabuse Verlag: Frankfurt 2012

Asmus Finzen: Stigma psychische Krankheit. Psychiatrieverlag: Bonn 2013

Die Zukunft beginnt heute

Jutta Seifert

Unter „Zukunft“ kann man sich zweierlei vorstellen: Einmal das, was wir bei nüchterner Betrachtung erwarten, und dann das, was wir wünschen und hoffen. Oft wird dann auch von „Visionen“ gesprochen, ein Wort, das mir bei vielen Psychiatrie-Tagungen begegnet ist und gegen das ich inzwischen ziemlich allergisch bin. Denn die „Vision“ besteht am Ende fast immer darin, dass die Welt und die Menschen endlich gut werden müssen, dann werde es quasi automatisch auch die Psychiatrie. Ich habe es gern ein wenig konkreter, und so beginne ich in der Gegenwart, die genau betrachtet ja der Anfang der Zukunft ist.

Leitbild kontra Leidbild

Anknüpfen möchte ich an eine Formulierung aus Asmus Finzens Beitrag in dieser Reihe. Psychiatrie-Patienten, so schreibt er, brauchen „Menschen, die sich auf sie einlassen, die bereit sind, sich zu kümmern“.

Ist das nicht eine schöne Beschreibung dessen, was die meisten Angehörigen tun? Und ist es nicht kurios, dass sie sich dafür oft noch rechtfertigen müssen, gegenüber Ärzten, professionellen Helfern, Ämtern, Krankenkassen und – ja, auch das kommt vor – gegenüber den Erkrankten selbst? Von diesen wird erwartet, dass sie ihre Angelegenheiten alleine vertreten und sich im Bedarfsfall selbst Hilfe suchen. Unterstellt wird, dass sie das wollen und können. Gut, wenn es so ist – doch Angehörige erleben leider immer wieder, dass es nicht so ist.

Der mündige, aufgeklärte, selbstbestimmte Patient ist unser rechtliches Leitbild. In der Realität von Schwerkranken (und beileibe nicht nur in der Psychiatrie) ist es aber oft genug nur mehr ein „Leidbild“. In solchen Extremsituationen einzugreifen bedeutet nicht, den Kranken seiner Persönlichkeitsrechte zu

berauben, sondern im Gegenteil ihn zu befähigen, diese Rechte selbst so schnell wie möglich wieder in vollem Umfang wahrzunehmen.

Wann und wie in Krisensituationen auch ohne Zustimmung des Betroffenen eingegriffen werden darf, wird derzeit wieder heftig diskutiert; das ist gut so. Die Erwartung, dass es möglich ist, alle diesbezüglichen Fragen trennscharf gesetzlich zu regeln, halte ich jedoch für Illusion, für die Psychiatrie wie für die Medizin allgemein. Nach meiner Überzeugung wird immer ein Bereich bleiben, der sich solchen Regelungen entzieht. Gerade hier kommt es auf die Verantwortungsbereitschaft, den Mut und die gute Zusammenarbeit aller (!) Helfer im professionellen Bereich unter Einbeziehung der Angehörigen an. Meine Haltung dazu möchte ich als „fordernde Hoffnung“ bezeichnen: die Hoffnung nämlich, dass eine solche Zusammenarbeit in Zukunft öfter als bisher gelingt.

Selbsthilfe unter Druck

Um diese Erwartung mit Nachdruck zu versehen, ist die Selbsthilfe der Betroffenen und der Angehörigen wichtig. Sie hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten gut etabliert und findet zunehmend Gehör – das ist die gute Nachricht. Aber machen wir uns nichts vor: Im gesundheits- und sozialpsychiatrischen „System“ gehört die Selbsthilfebewegung zu den schwächeren Mitspielern. Das hat mit fehlenden Geldmitteln zu tun, aber mindestens ebenso mit der dünnen Personaldecke.

Es ist schwer, Menschen zu finden, die sich engagieren wollen und dafür die nötigen Voraussetzungen mitbringen. Es ist schwer, im Dickicht der Versorgungssysteme und Zuständigkeiten, der kontroversen Lehrmeinungen, der verteilungspolitischen Grabenkämpfe den Durchblick zu finden. Und es ist schwer, Verbesserungen durchsetzen zu wollen und gleichzeitig der Gefahr zu entgehen, sich von den anderen Mitspielern im System vereinnahmen zu lassen. Die Aufbruchzeiten der Selbsthilfe liegen hinter uns, ihre Protagonisten sind älter geworden. Die berufliche und persönliche Situation der Jüngeren ist dem Ehrenamt meist nicht förderlich, erstreckt dann, wenn ein krankes

Familienmitglied zu versorgen ist. In Zukunft könnte es daher für die Selbsthilfe schwieriger werden, ihre mühsam erarbeitete Position zu halten. Begünstigt durch die Medien wird sich das öffentliche Interesse vermutlich mehr auf Einzelpersonen und -ereignisse richten, wie es etwa nach dem Suizid des Fußballers Robert Enke zu beobachten war.

Immerhin, so heißt es manchmal, erfahren psychische Erkrankungen durch solche Ereignisse mehr Beachtung. Diese ist aber oft kurzlebig und außerdem auch eine zweiseitige Angelegenheit, wie Sensationsberichte über einschlägige Kriminalfälle zeigen. Medienarbeit ja – aber ein Ersatz für die kontinuierliche und demokratisch strukturierte Arbeit der Selbsthilfe kann sie nicht sein.

Trotz vieler Probleme sehe ich aber nicht ganz schwarz für die Selbsthilfe, denn meine Erfahrung zeigt: Immer wieder finden sich Angehörige, die sich aus Einsicht in die Notwendigkeit in der Selbsthilfe engagieren. Die aktive Suche nach solchen Leuten lohnt sich, meine Hoffnung richtet sich auf die „jungen Alten“. Und ich setze auch hier auf das, was ich weiter oben „fordernde Hoffnung“ genannt habe: dass Politik und Psychiatrie eine unabhängige (und daher nicht immer bequeme) Selbsthilfe nicht nur in Worten anerkennen, sondern auch in Taten unterstützen.

Alle sind verrückt – na und?

Viele in der Psychiatrie, auch wir in der Familien-Selbsthilfe, haben lange gefordert, dass psychische Erkrankungen in ihrer Bedeutung wahrgenommen und im Gesundheits- und Sozialbereich entsprechend berücksichtigt werden. Parallel dazu laufen Projekte und Aktionen zur „Entstigmatisierung“.

All das will ich nicht kleinreden. Warum aber empfinde ich trotzdem ein Unbehagen, etwa wenn eine Aufklärungskampagne locker-flockig mit dem Titel „Verrückt – na und“ daherkommt? Warum finde ich die Aussage „Behindert ist man nicht, behindert wird man“ so banal wie zynisch? Warum hätte ich mir für eine Broschüre über psychische Krankheiten einen anderen Titel gewünscht als „Es ist normal, verschieden zu sein“?

Der Grund für mein Unbehagen liegt wohl darin, dass ich eine Tendenz zur Banalisierung psychischer Erkrankungen sehe, die ich nicht für angemessen halte. Als ob es nur darum ginge zu akzeptieren, dass Menschen verschieden sind! Es geht hier eher um das „Risiko der Leidverleugnung“ – ein Thema, das der Philosoph und Autor Andreas Kuhlmann, selbst schwer körperbehindert, bereits 2001 in einem klugen Aufsatz aufgegriffen hat. Er starb später durch eigene Hand. Die volle Achtung für Menschen mit Behinderung komme „nur dann zustande, wenn man zugleich die Schmerzen, Entstellungen und eingeschränkten Entfaltungsmöglichkeiten der Behinderten anerkennt“, fasste ein Nachruf seine Position zusammen. Eine solche Haltung ist mutig und ehrlich, auch wenn sie nicht jedem schmecken dürfte. Auch in der Psychiatrie ist weder den Betroffenen selbst noch ihren Familien mit einer Banalisierung der Krankheit und der Krankheitslast geholfen.

Eine noch beunruhigendere Tendenz besteht heute darin, gewöhnliche Befindlichkeitsstörungen oder persönliche Marotten mit psychiatrischen Diagnosen zu versehen. Das widerspricht keineswegs der oben erwähnten Banalisierungstendenz, sondern geht mit ihr Hand in Hand und kommt leider dem Zeitgeist und den Interessen wichtiger Mitspieler in der Psychiatrie entgegen. Ergebnis: Alle sind irgendwie verrückt, niemand findet etwas dabei, und die Hauptnachrichtensendung im Fernsehen trägt den Titel „Neues aus der Anstalt ...“ So lustig kann Psychiatrie sein. Nur wird bereits heute ein übergroßer Anteil der Ressourcen für minder schwere Fälle verbraucht, und das wird sich vermutlich auch in Zukunft nicht ändern. Das Nachsehen haben die, denen es am schlechtesten geht.

Medikamente am Ende?

Behandlung von Krankheiten bedeutet heute meist Einsatz von Medikamenten, auch in der Psychiatrie, was hier kritischer als in anderen Bereichen der Medizin diskutiert wird. Da sind Weltanschauungen im Spiel, berechtigte Bedenken zur Macht der Pharmaindustrie, vor allem aber die Erfahrungen mit den oft gravierenden Nebenwirkungen der eingesetzten Medikamente.

Das verunsichert Betroffene und Angehörige. Haben sie – bildlich gesprochen – nur die Wahl zwischen Pest und Cholera? Was sind die Alternativen zu Medikamenten?

Dazu hören wir als Angehörige kaum etwas. Hingegen häufen sich Klagen über den vergeblichen Versuch, für andere als „banale Fälle“ einen Psychotherapeuten zu finden. Allgemein sind alternative Verfahren nicht ausreichend verfügbar, ganz abgesehen von der Frage ihrer Wirksamkeit. Selbst pharmakritische Psychiater räumen ein, dass am Ende doch auf Medikamente gesetzt werden muss.

Vielleicht findet man ja neue, bessere? Asmus Finzen glaubt nicht daran (*unbeirrbar* Nr. 37, März 2012), wie er in seinem Beitrag schreibt. Ich weiß aber, dass viele Angehörige und auch viele Patienten auf bessere Medikamente hoffen. Man mag sie der Naivität zeihen; doch wer kann ausschließen, dass die Forschung über kurz oder lang Erkenntnisse bringt, die in neue Behandlungsmöglichkeiten münden? Tragen nicht schon heute die bildgebenden Verfahren zum besseren Verständnis psychischer Störungen bei? Hat nicht die Entwicklung von neuen Medikamenten (bei allen Vorbehalten) die therapeutischen Möglichkeiten bereichert und es vielen Betroffenen ermöglicht, ein Leben außerhalb von Einrichtungen zu führen, oft sogar sozial gut integriert? Und hat es nicht, wenn wir den Blick auf andere Bereiche der Medizin richten, beispielsweise bei der Behandlung von AIDS, Fortschritte gegeben, die vor ein paar Jahren kaum jemand für möglich gehalten hat?

Das hat nichts mit Expertengläubigkeit zu tun. Skepsis ist immer angebracht gegenüber den Erkenntnissen mancher Wissenschaftler. Haben wir nicht alle die „schizophrenogene Mutter“ in Erinnerung, die ein paar Jahre nach ihrer Entdeckung in aller Stille begraben werden musste? Soviel ich weiß, hat sich bis heute keiner der Urheber für die desaströsen Wirkungen dieses wissenschaftlichen Konstrukts entschuldigt. Irrwege und Misserfolge gehören dazu – trotzdem bin ich überzeugt, dass Forschung und Technik auch in Zukunft eine wichtige Rolle für Fortschritte in der Psychiatrie spielen werden.

Den Alltag gestalten

Die Angehörigen sind, so sagt man, Experten des Alltags, und die Zukunft der Familien mit psychisch Kranken beginnt jeden Tag neu. Wir rechnen nicht damit, dass alsbald die ideale Therapie gefunden, das Wundermedikament entwickelt oder das Gesundheitswesen grundlegend reformiert sein wird. Wir müssen – so gut es eben geht – den Alltag gestalten mit den Mitteln, die verfügbar sind. Wenn die Akteure in der Psychiatrie und allen angrenzenden Bereichen, die Politik eingeschlossen, uns besser als bisher dabei helfen, wäre für die Zukunft schon viel gewonnen.

Autorin:

Jutta Seifert, Journalistin,

Vorsitzende des Vereins Angehörigengruppe Mittelhessen e.V.,
seit den 90er Jahren in der Angehörigen-Selbsthilfe tätig.

Die Zukunft der Sozialpsychiatrie

Dr. Klaus Obert

Eine Antwort auf eine sich einfach anhörende Frage, wie die Zukunft der Sozialpsychiatrie aussieht, ist schwierig, da die Zukunft immer nur sehr schwer prognostiziert werden kann, eine allenthalben bekannte und lapidare Feststellung. Wenn hingegen von Perspektiven die Rede ist, können eher plausible und realitätsbezogene Antworten gefunden werden. Aussagen zu Perspektiven sollten aus meiner Sicht rückgekoppelt werden mit der aktuellen Realität und darin verortet sein. Aussagen zur Zukunft sind auch nur dann hilfreich und plausibel, wenn davon ausgegangen wird, dass sich Gegenwart und Zukunft wechselseitig bedingen, dass sich Nah- und Fernziele aufeinander beziehen und nicht voneinander abgekoppelt sind. Geschieht dieses gegenseitige Aufeinanderbezogenheit nicht, entstehen zwei Risiken: Wird zum einen die Zukunft nur einseitig in Erwägung gezogen, d.h. die Utopie unter Abstraktion von der aktuellen Realität (hier des sozialpsychiatrischen Alltags) formuliert, entstehen ideologische Zerrbilder, die von realen Gegebenheiten losgelöst und abgehoben sind. Wenn zum anderen die Arbeit nur der Pragmatik des Alltags geschuldet ist ohne Hoffnungen, Perspektiven und Utopien, kann sich diese in einem starren, eher leblosen reagieren auf Verhältnisse erschöpfen, indem sie sich „kraft- und saftlos“ in die Gegebenheiten fügt und die Hoffnung auf Veränderung aufgibt. .

Entstehung der Sozialpsychiatrie

Blickt man auf die Entstehung der Sozialpsychiatrie in den industrialisierten Länder Mittel- und Westeuropas nach 1945 so fallen u.a. zwei wesentliche Merkmale in den Blick: Sie war erstens die moralisch ethische, gesellschaftskritische Antwort auf die Unsäglichkeiten des Euthanasieprogramms der Nationalsozialisten in Verbindung mit dem einseitig naturwissenschaftlich

bestimmten medizinischen Modell, welches das Euthanasieprogramm erst mit ermöglicht hat. Zum zweiten wird darin gleichzeitig eine grundsätzliche Aussage und konzeptionelle Voraussetzung der Sozialpsychiatrie deutlich: Ihre letztliche Bestimmung und Abhängigkeit von den übergreifenden gesellschaftlichen Verhältnissen und ihrer Entwicklung, ohne sich allerdings damit zu begnügen, nur eine passive Rolle zu übernehmen. Sozialpsychiatrie kann, will und soll auch immer agieren und Einfluss nehmen und fügt sich nicht in eine passive, reagierende Rolle eines gesellschaftlichen Befehlsempfängers.

Sozialpsychiatrie als ethisch-moralische Antwort auf das Euthanasieprogramm der Nationalsozialisten steht also in engem unauflösbarem, inneren Zusammenhang mit gesellschaftlichen Verhältnissen und -entwicklungen:

Dazu drei Beispiele, welche den gesellschaftlichen Zusammenhang der Sozialpsychiatrie verdeutlichen:

1. Die Zersplitterung des Finanzierungssystems sowohl zwischen Leistungsträgern (SGB V, SGB XII etc.) als auch innerhalb (Trennung des stationären vom ambulanten Wohnen im SGB XII und die Trennung von ambulanter und stationärer Behandlung im SGB V) im Gesundheitssystem der BRD im Unterschied zu anderen Ländern Mitteleuropas verhindert nach wie vor die Aufhebung der Trennung von ambulant und stationär, so sehr darüber auch Einigkeit bei der Mehrheit der professionell Tätigen in der Psychiatrie und den Selbsthilfeorganisationen besteht.
2. Die zweifellos richtigen und unterstützenswerten normativen Vorgaben der UN Behindertenrechtskonvention rücken die Autonomie, Selbstwirksamkeit und Gleichberechtigung der psychisch kranken und behinderten Menschen ins Zentrum. Gleichzeitig droht die Fokussierung auf das Individuum in Verbindung mit seiner Selbständigkeit und Selbstbestimmung von Teilen der Politik dahingehend instrumentalisiert zu werden,

dass therapeutische Hilfen und Unterstützung an die Kontraktfähigkeit des Hilfesuchenden gekoppelt werden. Die damit verbundene Einengung auf die einzelfallbezogene Finanzierung der Hilfen hat wiederum die Einschränkung und Begrenzung der pauschalfinanzierten Dienste und Einrichtungen zur Folge wie dies z.B. in einigen Bundesländern bei den Sozialpsychiatrischen Diensten der Fall ist. Deren Aufgabe besteht aber gerade darin, sich um jene psychisch kranken Menschen zu kümmern, deren Hilfesuchverhalten erheblich eingeschränkt ist.

3. Zeitgeistliche Strömungen spiegeln sich wieder in den Haltungen und im Denken der Bevölkerung, die wiederum auf Erstere zurückwirken in enger Verbindung mit den raffinierten Manipulationsstrategien der Medien. Zeitgeistliche Strömungen führten in den letzten 15 – 20 Jahren aus unterschiedlichen Gründen, auf die aus Platzgründen hier nicht eingegangen werden kann, vermehrt zu einem Sicherheitsdenken in der Bevölkerung, welches Offenheit, Flexibilität, Neugierde auf Neues, Fremdes und Ungewöhnliches verringert. Welche eher negative und stigmatisierende Bedeutung und Auswirkungen eine derartige irrationale, wenig sachlich rational überprüfte Haltung und ein solches Denken haben im Hinblick auf die Einschätzung und den Umgang mit psychisch kranken Menschen hat, ist unschwer vorstellbar.

Die ethisch, fachlich und politisch begründeten Vorgaben, Leitlinien und Standards, die sich im Verlauf der Entstehung der Sozialpsychiatrie durchgesetzt haben und weiter ausdifferenziert wurden, gelten übergreifend auch für die Zukunft, wenn es auch unterschiedliche Strömungen in der Sozialpsychiatrie gibt. Hinsichtlich der gestellten Frage nach der Zukunft der Sozialpsychiatrie kann hier schon festgehalten werden, dass diese Leitlinien ohne wenn und aber auch in Zukunft Bestand haben (müssen). Bei den sozialpsychiatrischen Leitlinien und Standards handelt es sich um folgende Dimensionen:

Menschenbild

Sozialpsychiatrisches Handeln stellt den Menschen, in seiner Lebenswelt in den Mittelpunkt des Handelns. Der Respekt vor dem Anderen und dem Anderssein, die Akzeptanz und Förderung des Eigensinnes der Adressaten sind grundlegend für das Handeln und das Verstehen des Menschen im Kontext seiner Lebenswelt.

Der Mensch wird als soziales Wesen, als Einheit von Körper, Seele und Geist gesehen, das die Aufgabe hat, aktiv in der Interaktion mit seinem Umfeld die Kompetenzen zu erwerben, die es ihm ermöglichen, das Aufgegebene zu bewältigen und das Neue zu integrieren.

Verständnis von Gesundheit und Krankheit

Wenn der Ausgleich und die Befindlichkeit von Individuum und Umgebung (gelingender und misslingender Alltag) auseinanderdriften und damit Fähigkeiten, Ressourcen und Möglichkeiten nicht (mehr) in adäquatem Maße vorhanden sind, können Spannungen, Irritationen, Missverständnisse und in fließendem Übergang krankheitsrelevante Verhärtungen entstehen.

Sozialpsychiatrische Leitlinien und die Ziele der Alltagstheorie sind quasi deckungsgleich und gehen aus von einem multifaktoriellen Ansatz. Dieser geht aus vom Zusammenwirken somatisch-genetischer Konstitution, psychischen (sozialisationsbedingten) Entwicklungsmöglichkeiten sowie defizitären und unzumutbaren materiellen und sozialen Lebensbedingungen, was letztlich zur Manifestation einer psychischen Erkrankung führt (führen kann).

Methodik und Herangehensweise

Wesentliches Ziel einer so verstandenen und begründeten Arbeit besteht darin, zu einem gelingenderen Alltag für den Einzelnen und seiner Umgebung beizutragen, indem die gestellten Aufgaben in der Spannung von positiver Routine und der Integration von Neuem bewältigt werden müssen.

Dabei geht sozialpsychiatrisches Handeln vom Schwächsten aus (regionale Versorgungsverpflichtung) und findet in der Lebenswelt der Adressaten statt

(flexible ambulant aufsuchende Tätigkeit), orientiert sich an den Ressourcen der Betroffenen und ihrer Umgebung, so gering diese auch immer sein mögen, ohne Defizite außer acht zu lassen. Sozialpsychiatrisches Handeln ist ganzheitlich, offen, mischt sich ein, übernimmt Verantwortung, mutet aber auch zu – sowohl dem Einzelnen wie der Umgebung. Es fördert Selbsthilfe und fordert diese heraus, wenn möglich im partnerschaftlichen und dialogischen Aushandeln, strukturiert, ordnet und plant mit Phantasie und Kreativität. Es übernimmt aber auch Verantwortung, wenn Selbst- und Fremdgefährdung vorliegen und „stiehlt sich nicht davon“ unter einer hier unzulässigen Berufung auf die Freiheit des Einzelnen (zur Verwahrlosung und Verelendung). Sozialpsychiatrisches Handeln trägt zur Emanzipation, zur Erweiterung der Persönlichkeit und des damit verbundenen Handlungsrahmens bei (Empowerment) und versucht sozial zu integrieren (Teilhabe und Sozialraumorientierung) in Verbindung mit einer psychotherapeutischen Grundhaltung.

Strukturelle Voraussetzungen und Ziele

Zwangsläufig fordert ein solcher Ansatz dazu auf, so wenig Sonderwelten wie möglich zu schaffen, vielmehr in jedem Einzelfall zu „entpsychiatrisieren“ und ein Leben im Gemeinwesen zu ermöglichen. Es geht kontinuierlich und auch künftig um Ambulantisierung und Dezentralisierung der Hilfen (Sozialpsychiatrische Dienste, Betreutes Wohnen, Tagesstätten, Zuverdienstprojekte, Psychiatrische Pflegedienste, Krisenhilfen, Psychiatrische Familienpflege etc.). Unverändert muss das Ziel verfolgt werden, die Grenzen zwischen ambulant und stationär aufzuweichen und sie schließlich zu überwinden. Die Flexibilisierung der Hilfen und damit auch die konsequente Orientierung am Hilfebedarf der betroffenen Menschen und ihrer Umgebung ist z.B. durch die kontinuierliche und flächendeckende Umsetzung von „Hometreatment“ nicht nur eine Utopie, sondern wird in einigen Regionen erfolgreich in die Praxis umgesetzt.

Ambulantes, lebensweltorientiertes, sozialpsychiatrisches Handeln steht mit im Zentrum der täglichen Arbeit und fördert Gemeinwesenorientierung

(Sozialraum) in enger Verbindung mit der Förderung von Lebensqualität. Regionale Versorgungsverantwortung im Gemeindepsychiatrischen Verbund soll erreichen, dass niemand gegen seinen Willen außerhalb der jeweiligen Region untergebracht werden muss. Kooperation, Koordination und Vernetzung im Verbund sind verbindlich geregelt.

Gesellschaftliche und politische Implikationen

Sozialpsychiatrie heißt die Förderung der Selbsthilfe und des Dialogs, das so weit wie möglich gleichberechtigte Miteinander aller beteiligten Akteure. Sozialpsychiatrie fordert und fördert in der täglichen Arbeit die Gleichstellung psychisch kranker Menschen mit somatisch kranken Menschen. Sozialpsychiatrie setzt nicht auf einseitige Anpassung der Betroffenen, sondern unterstützt die Ausweitung der Grenzen der Normalität (Es ist normal, verschieden zu sein). Die Arbeit sozialpsychiatrischer Hilfen trägt zur weiteren Humanisierung und Demokratisierung der Lebensbedingungen bei und verfolgt auf allen Ebenen ein „Konzept der offensiven Einmischung“ (fach- und sozialpolitische Arbeit gemeinsam mit den Selbsthilfeorganisationen).

Es ist kein Zufall, dass die inhaltlich-konzeptionelle Grundlage der sozialpsychiatrischen Leitlinien im geisteswissenschaftlichen Paradigma begründet ist. Dieses ist gewissermaßen als Reaktion auf das einseitig naturwissenschaftlich-reduktionistische Denken während des Zeitalters der Aufklärung entstanden. Vereinfacht und plakativ ausgedrückt heißt dies: Während das naturwissenschaftlich geprägte Denken und Handeln, auf welchem das medizinische Modell gründet, den „ganzen Menschen“ in „Einzelteile“ zerlegte, versucht geisteswissenschaftliches Denken den ganzen Menschen als Einheit von Körper-Seele- Geist in der Interaktion mit seiner Lebenswelt „wiederherzustellen“.

Das Scheitern des naturwissenschaftlichen Paradigmas nach 1945 führte schließlich im Zuge des konzeptionell und methodisch integrativen Denkens zu vielfältigen Vernetzungen. So kann der international mehrheitlich anerkannte und akzeptierte multifaktorielle Ansatz in Verbindung mit dem

Vulnerabilitätsmodell von Zubin als erfolgreiche Bemühung gewertet werden, beide Ansätze in der Praxis einander anzunähern und die für die Betroffenen und ihre Angehörigen eher schädlichen ideologischen Grabenkämpfe um die „Wahrheit“ zu beenden.

Aktuelle sozialpsychiatrische Debatte

Die aktuelle sozialpsychiatrische Debatte gestaltet sich anachronistisch: Auf der einen Seite wird ihr Verlust ihres politischen Gehalts und Stachel angeheftet und dass sie diesen Begründungszusammenhang aus den Augen verloren habe (Salize). Gleichzeitig würde der Verlust des kritischen Stachels in Verbindung mit ihrer Therapeutisierung und mangelnden bis fehlenden, anerkannten Forschungsergebnissen vor allem im Hinblick auf ihre Wirksamkeit zu ihrer Schwächung führen und die Dominanz der eher einseitig rückwärts gewandten naturwissenschaftlich bestimmten neurobiologischen Forschung, die sich wiederum weit weg von der Realität der Lebenswelt befindet, fördern. Ihre Abhängigkeit von gesellschaftlichen Verhältnissen führ(t)en in schwierigen ökonomischen und politischen Zeiten zu Kürzungen und Einschränkungen entgegen besseren fachlichen Wissens und Erfahrungen. Gleichwohl kann dieser tendenziell düsteren Einschätzung mit Zuversicht und ohne die Verhältnisse schön zu reden entgegengehalten werden, dass die Sozialpsychiatrie mit dem Primat ihrer Praxis, das schon immer aufgrund ihrer Geschichte bestanden hat und trotz aller regionalen Unterschiede eine flächendeckende Ausbreitung vorweisen. Dazu ein Zahlenbeispiel: 1982 begannen wir in Stuttgart mit dem Aufbau Sozialpsychiatrischer Dienste mit insgesamt 12 Stellen. Zwischenzeitlich hat sich die Stellenzahl in den verschiedenen Bausteinen der Sozialpsychiatrischen Hilfen auf über 150 !!! ausgeweitet. Zwar liegen wir in Stuttgart mit Sicherheit weit über dem landesweiten Durchschnitt, was nicht unerwähnt bleiben soll. Regionale Unterschiede und Defizite bestehen nach wie vor. Aber es ist einfach sachlich nicht richtig, tendenziell den Niedergang der Sozialpsychiatrie herbeizureden. Gleichbedeutend mit der konzeptionell-inhaltlichen und strukturellen Ausdifferenzierung sozialpsychiatrischer Hilfen ist in gleichem Atemzug auf

die Rolle und Bedeutung der Selbsthilfeorganisationen hinzuweisen. Was sich hier sowohl bei den Angehörigen psychisch kranker Menschen wie bei den Psychiatrie Erfahrenen selbst in den vergangenen 20 Jahren bundes- und landesweit, aber vor allem auch auf regionaler Ebene, vor Ort an Initiativen, Aktivitäten, Organisationen und Vereinen entwickelt und gebildet hat, ist einfach vorbildhaft: Die Selbsthilfeorganisationen sind auf allen Ebenen zu einem wesentlichen und zentralen Faktor im Hinblick auf die weitere Entwicklung und Planung der sozialpsychiatrischen Hilfen wie hinsichtlich der Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen geworden. Bei allen Defiziten und auch Rückschlägen kann diese Entwicklung nicht hoch genug eingeschätzt und bewertet werden. Nicht zuletzt ist der Rückenwind durch die UN Behindertenrechtskonvention spürbar, der die Sozialpsychiatrie wie die Selbsthilfe politisch und gesellschaftlich stärkt trotz aller Ambivalenzen, auf die ich weiter oben schon hingewiesen habe. Mit Sicherheit handelt es sich hier nicht um alle, aber um wichtige, hoffnungsvoll in die Zukunft gerichtete Hinweise, ohne allerdings die oben genannten Hindernisse und Defizite damit verdecken zu wollen.

Was heißt dies nun für die Zukunft der Sozialpsychiatrie?

Die gesellschaftliche Abhängigkeit der Sozialpsychiatrie hat zur Konsequenz, dass sie von der weiteren Entwicklung der Gesellschaft wesentlich bestimmt und geprägt wird. Welche Ressourcen stellt z.B. diese der Gesundheitsversorgung zur Verfügung. Welche Bilder, Vorstellungen und Haltungen bestehen zu psychischen Erkrankungen, unter welchen Einflüssen verändern sich diese wieder und entwickeln sich weiter? Findet ein weiterer Umbau (tendenziell Rückbau) des Sozialstaates in Richtung vermehrter Selbstverantwortung unter Vernachlässigung der Solidarität statt? Oder gelingt es vielmehr, die Basis für mehr soziale Gerechtigkeit, Demokratie, Menschlichkeit und Solidarität statt Egozentrismus für eine solidarischere Gesellschaft zurück zu gewinnen. Die jeweilige Entwicklung, in welche Richtung diese sich auch entfaltet, wirkt sich zwangsläufig auf die Haltungen und auf das Denken der Menschen aus, welches wiederum zweifelsohne

Rückwirkungen und Einfluss auf die gesellschaftliche Entwicklung ausübt. Basisbewegungen und Beteiligung von unten wirken sich aus, was zwischenzeitlich durch eine Vielzahl von entsprechenden Initiativen und Bewegungen belegt ist. Es liegt also kein einseitiges Verhältnis vor, wenn auch ein Primat der ökonomischen, institutionellen und politischen Verhältnisse und Rahmenbedingungen durchaus besteht.

Eine Konsequenz daraus lautet: In welche Richtung sich die Sozialpsychiatrie weiterentwickelt, hängt nicht unwesentlich damit zusammen, wie es den Selbsthilfeorganisationen gemeinsam mit den professionell Tätigen gelingt, ihre Interessen und Bedürfnisse aktiv in die gesellschaftliche Öffentlichkeit hineinzutragen und sich dort zu behaupten und auf die weitere Entwicklung Einfluss zu nehmen.

Gegenwärtiges wie zukünftiges sozialpsychiatrisches Handeln vollzieht sich auf folgenden Ebenen, die in der praktischen Arbeit eng miteinander verflochten sind:

1. Die Einzelfallebene: Der Mensch in seiner Lebenswelt steht im Zentrum des Handelns. Unverändert ist der Mensch als interaktives Wesen Dreh- und Angelpunkt des Geschehens. Es gilt dabei, ein Therapieverständnis zu verteidigen, das auf der Grundlage menschlicher Kommunikation (Beziehung, Vertrauen, Gegenseitigkeit, Respekt, Achtung, Echtheit und Eindeutigkeit) beruht entgegen eines eher technokratisch-technischen Verständnisses, welches die therapeutische Technik in Vordergrund rückt und menschliche Beziehung und deren Kontinuität an den Rand drängt. In der Einzelfallarbeit wird und muss es kontinuierlich darum gehen, Gewalt und Zwang zu verringern sowohl diejenige, welche strukturell und individuell am psychisch kranken Menschen verübt wird aber auch diejenige, welche von den psychisch kranken Menschen vor allem an den Angehörigen ausgeübt wird. Permanent steht die Verwirklichung einer gewaltfreieren Psychiatrie auf der Tagesordnung. Dies bedeutet u.a. auch,

nicht nachzulassen in der Bemühung, so wenig wie möglich geschlossene Plätze im Betreuten Wohnen einzurichten. Es hieße aber auch, sich Sand in die Augen zu streuen, in der momentanen Situation diese abzulehnen und die schwierigsten Menschen weit ab außerhalb der Region in geschlossenen Wohnheimen unterzubringen, was leider immer vorkommt.

Eine gewaltfreie Psychiatrie scheint mir illusorisch, so lange die übergreifenden und bestimmenden gesellschaftlichen Verhältnisse nicht frei sind von Gewalt.

2. Die Ebene des Gemeinwesens und des Sozialraums: Direkte Arbeit im Gemeinwesen, im unmittelbaren Sozialraum stellt in der Tat eine Dimension zukünftigen Handelns dar: die konkrete Arbeit mit den Nachbarn, mit dem „Kaufladen an der Ecke“, in Vereinen, mit Kirchengemeinden, Stadtteilinitiativen, mit Schulen gegen Stigmatisierung und für ein ehrliches und offenes Miteinander aller beteiligten Akteure. Bei sachlicher und ehrlicher Betrachtung wurden diese Ziele der Sozialpsychiatrie, wie ursprünglich beabsichtigt, nicht erreicht. Kritiker der Sozialpsychiatrie sprechen davon, dass sie eine Psychiatrie in der Gemeinde geschaffen habe und keine gemeindenaher Psychiatrie. Hier steht der Sozialpsychiatrie eine wirklich große Aufgabe „ins Haus“, die sie allein nicht leisten kann, sondern auf die Zusammenarbeit mit allen Akteuren der gesellschaftlichen Öffentlichkeit angewiesen ist.
3. Die Ebene der Kooperation und Koordination/der Gemeindepsychiatrische Verbund: Kein Dienst, keine Einrichtung kann allein, in alleiniger Verantwortung regionale Versorgungsverpflichtung realisieren und garantieren. Die zentrale Forderung gelingt nur in gemeinsamer Anstrengung und Verantwortung aller Leistungserbringer, welche die Zusammenarbeit in verbindlichen Kooperationsvereinbarungen geregelt haben. Dies geschieht unter den Augen und unter der Kontrolle der Selbsthilfeorganisationen in Federführung der Kommune bzw. des Landkreises.

4. Die Ebene der Politik und der Kostenträger:

Auch hier gibt es keine spektakulären Entwürfe für die Zukunft. Vielmehr wird es darum gehen, konsequent und kontinuierlich das der „kritischen Sozialpädagogik“ entstammenden „Konzept der offensiven Einmischung“ Tag für Tag umzusetzen. Sozialpsychiatrische Hilfen mischen sich ein, haben m.E. ihre politische Aufgabe und ihre entsprechende Haltung weder aufgegeben noch können sie dies aufgeben, da sie gemeinsam mit den Selbsthilfelogansiationen konstitutiv darauf angewiesen sind, auf allen Ebenen für die Verbesserung der finanziellen und sozialpolitischen Rahmenbedingungen für und mit „ihren Adressaten“ zu kämpfen für mehr soziale Gerechtigkeit und Demokratie.

Schlussbemerkung

Grundsätzlich kommt es jenseits aller strukturellen, therapeutischen, fachlichen Konzepte in Verbindung mit wirtschaftlichem Arbeiten darauf an, welche Haltungen das Handeln der professionell Tätigen prägen und bestimmen.

Und da psychisch kranke Menschen sich nicht allzu sehr von allen anderen Menschen unterscheiden (Alexander Veltin) gelten auch hier die Grundregeln menschlicher Kommunikation und des menschlichen Zusammenlebens – und dies gilt selbstredend auch für die Zukunft.

Gerade vor dem Hintergrund der deutschen Geschichte mit dem Euthanasieprogramm der Nationalsozialisten sollten wir (Professionelle wie Selbsthilfeorganisationen, Politik und Kostenträger) immer der gesellschaftlichen Bedingtheit unseres Faches wie unseres Handelns bewusst sein (reflexive Distanz).

Geradezu banal hört es sich an, ist es allerdings im täglichen Umgang unter den Menschen beileibe nicht: Die Beachtung und die Umsetzung der Grundlagen kommunikativen Handelns beherzigen.

Es geht in erster Linie darum, dem Gegenüber mit Respekt und Anerkennung zu begegnen, die Würde des anderen mit seinem Lebensentwurf zu akzeptieren, so schwer dies im Einzelfall auch fällt und zu heftigen Diskussionen und

Auseinandersetzungen führt. Es geht um die normative Kraft des besseren Arguments, eine besonders heikle Dimension, da fehlende Einsicht und Ablehnung der eigenen psychischen Erkrankung gerade im Fachgebiet der Psychiatrie eine besondere Bedeutung einnehmen. Davon sind die Angehörigen in der Auseinandersetzung mit ihren psychisch kranken Angehörigen besonders betroffen. Und doch gibt es zum „vernünftigen“, auf Einsicht setzenden Diskurs auch in der Psychiatrie keine Alternative, wenn gleichberechtigte Teilhabe, Akzeptanz, Anerkennung und soziale Gerechtigkeit eine wesentliche ethische und politische Grundlage unseres Handelns auch in Zukunft darstellen.

Eine solche Haltung gründet auf gegenseitigem Vertrauen, dem Gegenüber nicht nur etwas zuzutrauen, sondern sich letztlich auf ihn verlassen zu können. Dies schließt aber nicht aus, in zugespitzten Krisensituationen sich nicht naiv darauf zu verlassen, sondern Verantwortung zu übernehmen. Die Übernahme von Verantwortung in akuten Krisensituationen aber auch die Zumutung von Verantwortung gehört zur Alltagsarbeit dazu, was allerdings auch zu unterschiedlichen Meinungen gerade auch bei Angehörigen führen kann.

Wenn sich daraus sukzessive bei allen beteiligten Akteuren eine Haltung von Zuversicht, realitätsorientiertem Optimismus, Offenheit, der Glaube an das Gegenüber unter gleichzeitiger reflexiver Distanz entwickelt und durchsetzt kann die subjektive Grundlage objektiver Verhältnisse (Strukturen, fachlich inhaltlicher Diskurs, Öffentlichkeit, Wirtschaftlichkeit etc.) weiterentwickelt werden. Dann – so hoffe ich – brauchen wir uns um die Zukunft der Sozialpsychiatrie keine Sorgen zu machen.

Autor:

Dr. Klaus Obert

Bereichsleitung Sucht- und Sozialpsychiatrische Hilfen

Caritasverband für Stuttgart e.V.

Forensik heute und morgen

Prof. Dr. med. Norbert Nedopil

Eva Straub im Gespräch mit Prof. Dr. med. Norbert Nedopil, Forensischer Psychiater. Er ist seit 22 Jahren Leiter der Abteilung für Forensische Psychiatrie an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig Maximilians Universität München und Autor zahlreicher wissenschaftlicher Beiträge und Fachbücher.

Worin unterscheidet sich die Forensik von einer geschlossenen Station einerseits und von einem Gefängnis andererseits?

Ins Gefängnis kommen Menschen im Allgemeinen, wenn sie eine Straftat begangen haben und das Gericht die Tat für so schwer erachtet, dass im Gesetz eine Gefängnisstrafe vorgesehen ist. Das ist der Regelweg, alles andere ist die Ausnahme.

Maßregelvollzug in der Forensik: Die Ausnahmen passieren dann, wenn der Täter bei der Straftat vermindert schuldfähig oder nicht schuldfähig gewesen ist und wenn gleichwohl von ihm weitere Straftaten erwartet werden. Um das mal in Zahlen zu fassen: Ungefähr zwei Prozent von denen, die zur Anklage kommen sind vermindert schuldfähig, und weniger als 0,8 Prozent von ihnen sind schuldunfähig, und nicht alle von denen kommen in den psychiatrischen Maßregelvollzug, wohl aber der überwiegende Teil.

Die geschlossene Psychiatrie ist wiederum etwas ganz anderes. Da geht es um Menschen, die nicht straffällig geworden sind, die aber aufgrund einer psychischen Krankheit für sich selber oder für andere gefährlich werden können oder ein Risiko darstellen können, beispielsweise dadurch, dass sie sich selber verletzen oder töten wollen oder aber dass sie im Straßenverkehr sehr Unsinniges machen (Anm.: Störung öffentlicher Ordnung), oder dass sie auf andere Leute zugehen wollen und man das verhindern will, obwohl noch nichts passiert ist.

Das ist also eine präventive Schutzmaßnahme, während die Strafe eine Reaktion der Gesellschaft auf etwas ist, was schon geschehen ist.

Und die Forensische Psychiatrie kombiniert beides sozusagen. Das geht nicht, ohne dass eine Straftat schon begangen worden ist, es geht auch nicht, ohne dass ein Risiko vorhergesagt worden ist.

Vermehrte Einweisungen in forensisch-psychiatrische Kliniken, die zwangsweisen Aufenthalte dort werden länger und länger, die Forensiken laufen über. Woran liegt das?

Es ist tatsächlich so, dass zwischen 1969 und 2010 ein relativ dramatischer Anstieg der Einweisungen in die Forensik, also in den psychiatrischen Maßregelvollzug, passiert ist. 2009/10 ist der Gipfel erreicht worden, und die Einweisungsrate nimmt seither wieder ein wenig aber nicht dramatisch ab. Tatsächlich ist ein zweiter Faktor zu berücksichtigen, nämlich dass die Unterbringungsdauern deutlich länger geworden sind. Sie lagen im Jahr 1995 durchschnittlich etwa bei 4 Jahren und liegen jetzt bei 7 Jahren, sind also deutlich angestiegen. Das hat zu einer Zunahme der Patienten in den forensischen Kliniken in den alten Bundesländern von 3 000 auf 8 000 bis 9 000 geführt, d.h. die Zahl hat sich mehr als verdoppelt. Die Einrichtungen waren in Bayern ursprünglich gebaut für einen Stand von 800 Betten. Ich sagte 1990, mehr brauche man nicht in Bayern. Wir haben mittlerweile mehr als 2 000 Unterbringungen sowohl in der Psychiatrie nach § 63 (s. Anmerkung) sowie auch in den Entziehungsanstalten zusammengenommen. Das zeigt, dass im Grunde die räumlichen und auch die personellen Kapazitäten diesem Ansturm nicht gewachsen waren. Man muss gleichzeitig sagen, dass das Sozialministerium deutlich nachgerüstet hat, indem in den letzten 15 Jahren forensische Psychiatrien ausgebaut worden sind. Die personelle Aufstockung ist auch relativ schnell vorangegangen. Für den Staat haben sich die Kosten für den Maßregelvollzug in den letzten 20 Jahren verdreifacht. Das bedeutet aber nicht, dass man das Personal aus dem Boden stampfen kann. Wenn man so schnell aufstocken muss, ist viel Personal dabei, das keine lange Erfahrung

hat. Und das hat zu Schwierigkeiten geführt. Das unerfahrene Personal ist am häufigsten von Zwischenfällen betroffen, sie sind ängstlicher, was auch dazu geführt hat, dass es mehr Konflikte, wie z.B. Handgreiflichkeiten, gibt.

Gibt es eine verminderte Duldsamkeit in der Bevölkerung gegenüber psychisch kranken Menschen oder haben speziell Ängste vor „den Verrückten“ zugenommen mit der daraus folgenden Forderung nach „Wegsperren für immer“?

Das hat mehrere Gründe, der eine ist: Bei manchen Straftätern, die dann mehr in den öffentlichen Fokus geraten sind, spielt das „Wegsperren für immer“ eine Rolle beim Strafmaß. Auch psychisch Kranke begehen schwere Delikte. Man bezog solche Wegspermentalität in der Bevölkerung mehr und mehr auch auf sie. Das hat dazu geführt, dass die nachträgliche und die unbefristete Sicherungsverwahrung eingeführt wurde und dass Rechtsanwälte durchaus denken: bevor mein Mandant in die Sicherungsverwahrung geht, sehe ich doch zu, dass er in die Psychiatrie kommt. Das hat zu einem Zustrom geführt. Ein anderer Grund war, dass 1998 auch die Entlassungsvoraussetzungen schärfer gefasst wurden, was zur verlängerten Unterbringungsdauer geführt hat.

Gesetzesänderungen beeinflussen den Umgang mit straffälligen Patienten. Woher kommen die Forderungen dazu?

Der Hintergrund dafür war natürlich auch ein politischer und öffentlicher Druck, der zu einem relativ rigiden Umgang mit den Entlassungs- und Einweisungsprozeduren geführt hat.

Zweitens sind mit Blick auf die Patienten auch zwei bedenkliche Dinge passiert, einmal haben sich die Gesetze insofern geändert, dass die Eingriffsmöglichkeiten bei risikoträchtigen psychisch Kranken verringert worden sind. Dazu gehört, dass das Patientenverfügungsgesetz 2009 in Kraft trat. Zum anderen wurden Möglichkeiten zur Zwangsbehandlung und die Zwangsunterbringung deutlich verringert. Das führte dazu, dass einige Patienten in der Psychiatrie zu gefährlich geworden sind. Um die Ruhe und Sicherheit zu wahren, wurden die

Patienten, die in Krankenhäusern zum Beispiel einen Papierkorb angezündet haben oder eine Krankenschwester oder Mitpatienten verletzt oder sonstige Übergriffe gemacht haben, sehr schnell angezeigt. Dann waren die Voraussetzungen dafür gegeben, sie in die forensische Psychiatrie weiterzuleiten.

Hat der Anstieg der Forensischen Unterbringungen in den letzten Jahren mit den geringeren Personalressourcen in psychiatrischen Kliniken zu tun?

Ja. Meiner Meinung nach ist der Hauptgrund aber die Budgetierung im Gesundheitswesen. Das hat dazu geführt, dass die Aufenthaltsdauern in den psychiatrischen Krankenhäusern verkürzt worden sind und dass die ambulanten Nachsorgemöglichkeiten nicht ausreichen.

Die geringere Entlohnung des niedergelassenen Arztes hat schwere Folgen. Mancher sagt sich dann, warum soll ich mich für so wenig Entgelt kümmern, ob der Patient kommt oder nicht. Das führt dazu, dass viele Patienten unversorgt sind. Früher wurde ein solcher Patient dichter begleitet. Unterstützt wird der Arzt in seiner Haltung durch die neue Patienten-Selbstbestimmungsphilosophie: Folgt der Patient der vom Arzt verordneten Therapie nicht, hat man ihn in der Vergangenheit ins Krankenhaus eingewiesen. Heute ist die eigene Entscheidung des Patienten unantastbar.

Eine brisante Mischung, die häufig zu Normverstößen führt, entsteht, wenn womöglich zur psychischen Erkrankung Alkohol- oder Drogenmissbrauch hinzukommt. Passiert dann irgendetwas, ist er schnell im Maßregelvollzug.

Es gibt in NRW ein Projekt, das durchaus diesen Überlegungen – nämlich wie verhindern wir, dass jemand, der in der Allgemeinpsychiatrie ist, in die Forensische Psychiatrie kommt – nachgegangen ist mit dem Ergebnis: Es fehlt an niederschweligen Angeboten, es fehlt an nachgehender Versorgung, es fehlt an der Bereitschaft von Psychiatern und Einrichtungen, Patienten mit Doppeldiagnosen so zu behandeln, dass es angemessen ist. Dazu muss man auch wissen, dass diese Patienten nicht entsprechend der Behandlungsleitlinien, die wir alle, auch Ihre Organisationen, unterstützt haben, zu behandeln sind. Und somit fallen sie aus dem Netz raus.

Spielt bei der Vermeidung von Straftaten auch eine Rolle, dass die Beobachtungen der nahstehenden Angehörigen so gut wie nie beachtet werden? Beim Anschlag auf Lafontaine haben die Angehörigen der Täterin lange vorher schon gewarnt?

Ja. Bei der ganzen Problematik muss man aber auch sehen, dass es nicht immer Angehörige gibt, die sich kümmern. Oftmals sind die Familien dieser Patienten, warum auch immer, auseinandergebrochen, und es gibt keine Angehörigen, die stützen und fördern – die einfach da sind. Unsere Gesellschaft hat sich verändert, auch das müssen wir in Betracht ziehen.

Ist in der Gesellschaft weniger Toleranzbereitschaft da, hat die Angst zugenommen?

Die Toleranz hat sicher abgenommen. Auch die kritische Toleranz, d.h. die Zahl derjenigen, die sagen, da wäre Toleranz angebracht, hat tatsächlich abgenommen. Jemand der sich nicht normkonform verhält, der gerät schneller ins Abseits oder wird abgeschoben und wird sich dann randständig sozialisieren, d.h. in ein Milieu abdriften, wo er mit Drogen oder Alkohol in Berührung kommt.

Welche Lösungen fallen Ihnen ein, die zur Entspannung der jetzigen Lage in der Forensik führen könnten?

Sie hat sich schon etwas entspannt. Ich glaube, dass solche Fälle wie Mollath, dazu führen, dass man zu der Überzeugung kommt, die Schrauben wieder in die andere Richtung drehen zu müssen, d.h. in der Politik ist daraus bereits die Diskussion entstanden, dass eine zeitliche Befristung der Unterbringung im psychiatrischen Maßregelvollzug eingeführt wird.

Zum Beispiel könnte auch nach einer bestimmten Zeit eine Beweislastumkehr eingeführt werden. Derzeit muss der untergebrachte Patient beweisen, dass er ungefährlich ist. Nach einer Beweislastumkehr müsste dann der Staat beweisen, dass er gefährlich ist. Das verschiebt den Graubereich, der immerzwischen gefährlich und ungefährlich besteht, und die Entscheidungsrichtung erheblich.

Wird es einen Ausbau von Präventivmaßnahmen geben?

Man wird sich sicher Gedanken darüber machen müssen. Man wird überlegen müssen: Wie können wir Menschen erreichen, und was kann man tun für Menschen, die krankheitsbedingt in Gefahr geraten, Straftaten zu begehen? Das wird schwierig werden. Aber wir müssen auch mit einem gewissen Stolz sagen, dass wir die systematische forensische Nachbehandlung erreicht haben, die Entlassungen möglich macht, die man früher für nicht verantwortbar gehalten hat. Es ist nicht nur die Prävention, sondern es ist auch die Nachsorge, die zu einer Entschärfung und Entlastung schon beigetragen hat und hoffentlich noch weiter beiträgt.

Das Pendel wird nach meiner Beobachtung umschlagen zu einer weniger rigiden Vorgehensweise mit psychisch kranken Menschen im rechtlichen Bereich.

Können Angehörige etwas tun, und was können sie tun, ihre Patienten davor zu bewahren, in die Forensik zu kommen?

Auf Kooperation setzen, was langsam in unserer Klinik eingeführt wird, und was in anderen Kliniken bereits funktioniert, wie z.B. routinemäßig Behandlungsvereinbarungen einführen. In Zusammenarbeit mit dem Patienten, dem behandelnden Arzt und den Angehörigen wird darin u.a. vereinbart, wie Angehörige miteinbezogen werden und wie sie mitwirken können. Darin heißt es z.B., wenn der Ernstfall wieder eintritt, z.B. wenn der Patient wieder suizidal wird, wollen wir alle, dass die Behandlung in dieser oder jener Form durchgeführt wird. Das wäre ein wichtiger Schritt zur Zusammenarbeit und Entspannung für alle drei Seiten, für den Patienten, für die Behandler und für die, die mit dem Patienten leben.

Was ich auch als einen Schritt der Bewahrung vor einer „Forensik-Karriere“ sehe, ist, wenn es gelingen würde, dieses Abdriften ins soziale Abseits zu bremsen. Konkret heißt das z.B. den psychisch kranken Patienten vor dem unkontrollierten Trinken zu schützen. Ich kann immer nur warnen: wir wissen, dass sich bei jemand, der psychisch krank ist und viel Alkohol trinkt oder Drogen nimmt, das Gefahrenpotential, straffällig zu werden, erheblich erhöht,

und die Kooperationsbereitschaft dieser Patienten sinkt enorm. Ich hoffe, dass diese Erkenntnis sich überall durchsetzt.

Die Ungewissheit über die Dauer ihres Aufenthaltes in der Forensik ist sowohl für die Patienten wie für ihre Angehörigen erdrückend und tötet die Hoffnung auf ein freies, selbstbestimmtes Leben. Sehen Sie eine Möglichkeit, daran etwas zu ändern?

Schon 1986 wurde einmal eine Begrenzung des Maßregelvollzugs auf 5-10 Jahre angestrebt. Es gibt sicher Ausnahmefälle, weil es Patienten gibt, die länger brauchen.

Das zweite ist, dass Patienten sich immer wieder selber in Gefahr einer Grenzüberschreitung begeben, weil sie ihre Medikamente absetzen. Der Patient selber hält sich für gesund. Er übt Druck aus auf die Mitarbeiter in der Forensik und auf seine Angehörigen, um die Medikamente loszuwerden. Viele nahe Bezugspersonen sehen nur halbherzig ein, dass ihr psychisch krankes Familienmitglied der Behandlung bedarf, obwohl sie wissen, dass er/sie immer wieder dann, wenn er die Behandlung unterbricht, misstrauisch wird, sich verfolgt fühlt und sich dann wehrt. Wenn mit den Angehörigen ein Arrangement getroffen werden könnte, in dem Sinne, dass sie den Ernst der Lage akzeptieren und weil sie die Gefährdetsten sind, auch im Eigeninteresse zusagen, alles zu tun, um eine durchgehende Behandlung zu unterstützen, wäre eine frühere Entlassung denkbar.

Sie sprechen sehr engagiert von der Nachsorge, die ja auch sicher eine große Rolle für das weitere Leben der Forensikpatienten spielt. Müssten ambulante Einrichtungen sehr viel mehr in die Pflicht genommen werden, damit sie die ehemals forensisch behandelten Patienten intensiver und enger betreuen? Wie wird oder sollte die Nachsorge in der Zukunft aussehen?

Die forensische Psychiatrie hat ja Nachsorge-Einrichtungen in Form der „Forensischen Ambulanzen“ bereits geschaffen. Das ist ein ganz entscheidender

Schritt als Schutz für die Patienten, aber auch für die Behandelnden. Hier finden einmal die nachgehende Betreuung sowie die Kontrolle und auch der Eingriff statt, wenn das Leben außerhalb der Forensik nicht klappt. Wie erfolgreich und wie notwendig diese Einrichtungen sind, zeigt, dass 60% der Betroffenen, nachdem der Zwang weg ist, freiwillig in dieser ambulanten Nachsorge bleiben. Das ist für mich der befriedigendste Erfolg. Und es ist eine gesellschaftliche Errungenschaft. Es ist schließlich nicht so selbstverständlich, dass die Umgebung die forensischen Ambulanzen akzeptiert. Die gab es vor 2007, als sie flächendeckend in Bayern eingeführt wurden, noch nicht.

„Muttermörder kommt dauerhaft in die Psychiatrie“. Solche oder ähnliche Nachrichten sind nicht selten in den Medien. Besteht Hoffnung, dass die Medien irgendwann mal sensibler mit dem Thema umgehen? Und was kann getan werden dafür?

Da wird sich, meiner Ansicht nach kaum etwas ändern. Das zeigen auch viele Untersuchungen auf dem Gebiet. Eine davon ergab, wenn der Begriff Psychiatrie in der Presse vorkommt, dann geht es zu 50% um forensische Psychiatrie. Bedauerlich ist dabei, dass auch die seriöse Presse bei einem schweren Verbrechen mit psychiatrischem Hintergrund berichtet, der Täter werde sein Leben in der „Psychiatrie“ verbringen. Ich meine damit, es wird kein Unterschied gemacht zwischen Allgemeinpsychiatrie und Forensischer Psychiatrie.

Eine Untersuchung in der australischen Presse, die aber sicher in Deutschland zum gleichen Ergebnis käme, ergab, wie sich Berichterstattungen über einen von einem psychisch kranken Menschen verübten Mord von jenen, bei denen es um nicht psychisch kranke Mörder geht, unterscheiden. Bei psychisch Kranken finden mehr Berichterstattungen vor dem Gerichtsurteil statt, und die Überschriften sind größer. Es sind mehr Bilder dabei, es wird aufgelistet, welche vergleichbaren Fälle es in der Vergangenheit gegeben hat. Das alles passiert nicht bei einem anderen Mordmotiv. Hier zeigt sich, dass das kommerzielle Interesse der Zeitungen im Vordergrund steht.

Würde es etwas ändern, wenn Sie, der angesehene Professor Nedopil, berichtigend protestieren würden dagegen?

Nein, das änderte überhaupt nichts. Ich machte mich nur lächerlich! Was hilft, ist, wenn ich gelegentlich mal ein Interview gebe, und dann die Sachen zurechtrücke. Aber z.B. mit einem bestimmten Fernsehsender rede ich gar nicht mehr. In einer Diskussionsrunde, in der es auch um einen bestimmten Täter ging, bezeichnete ihn ein anderer Psychiater als „tickende Zeitbombe“. Mein Protest und die Richtigstellung fielen bei der Ausstrahlung völlig unter den Tisch, und die „tickende Zeitbombe“ wurde breit ausgewalzt. Der Täter ist seit 8 Jahren draußen, und es ist nichts passiert. Aber da kräht dann kein Hahn mehr danach. Das schlimme Wort bleibt im Gedächtnis haften.

Wenn Sie zwei Wünsche für die Zukunft der Psychiatrie frei hätten, was würden Sie dann wünschen?

Dass die Forensischen Psychiater mehr respektiert werden – nicht weil es mein Beruf ist. Es muss aber ein respektabler Beruf sein, damit sich Leute, die sich dort engagieren wollen, dies auch wirklich langfristig machen. Das schaffen wir nicht mit Werbung, sondern weil es sowohl in wissenschaftlicher wie auch in kurativer und öffentlicher Hinsicht ein respektabler Beruf ist. Ich wünsche uns Anerkennung in der Gesellschaft für unser Tun und nicht, dass wir mit einem Bein in der Presse und mit dem anderen im Gefängnis stehen. Es ist ein Unding, dass forensische Psychiater für ihre Gutachtertätigkeit diffamiert werden. So kann man keine jungen Leute für diesen Beruf gewinnen. Es muss sichtbar werden, dass Forensische Psychiatrie ein wichtiger Beruf ist, der Achtung in der Bevölkerung genießt.

Wie ist das Ansehen bei den Allgemeinpsychiatern?

In der Regel arbeiten wir gut miteinander. Natürlich gibt es viele Psychiater, die sagen, mit euch „Schmuddelkindern“ möchten wir nichts zu tun haben. Das ist aber ein in der Psychiatrie recht verbreitetes Verhalten. Die einen sind die ganz tollen Psychiater, die nur psychosomatische Patienten, oder jene,

die mal Ehekrach haben, behandeln, und mit was anderem machen sie sich die „Finger nicht schmutzig“: „Ob der Patient suizidal ist, darum brauchen wir uns nicht zu kümmern.“ Dann gibt es diejenigen, die gestandenen Psychiater, die das Knochengeschäft der Psychiatrie machen, und dann gibt es eben die „Schmuddelkinder“, die sich auch mit den „Schmuddelkindern der Gesellschaft“ befassen. Man sieht sie als Exoten an, sagt aber, aber bitte macht uns nicht auch schmutzig. Forensik ist ein Teil der Psychiatrie. Hier beschäftigt man sich zwar mit den „Schwierigsten, aber auch mit den Lohnendsten“.

Der zweite Wunsch, den ich frei habe: Ich würde wünschen, dass die aus der Körpermedizin kommenden Kürzungen und Beschränkungen wie die Fallpauschalen (DRGs), d.h. die in der Psychiatrie als PEPP (Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik) bekannt sind, noch mal überdacht werden. Psychische Krankheiten sind nicht so einfach zu behandeln wie Blinddarmentzündungen. Es ist eine Aufgabe für die Zukunft, darauf zu achten, dass psychisch kranke Menschen zwar auch einen medizinischen Therapiebedarf haben, dass sie aber auch einen anderen Zeitaufwand, einen anderen Zuwendungsaufwand, einen anderen „man-power-Aufwand“ benötigen als die Patienten einer mechanistischen Organmedizin.

Und wenn Sie dann noch einen Wunsch frei hätten, was würden Sie, Professor Nedopil ganz persönlich, zur Verbesserung der Forensischen Psychiatrie beitragen wollen?

Ich glaube ich habe mit der forensischen Nachsorge schon viel zur Verbesserung beigetragen und wünsche mir, dass sie weiter ausgebaut wird. Nun gilt mein großer Wunsch auch dem Ausbau der Vorsorge.

Sehr geehrter Herr Professor Nedopil, ich bedanke mich sehr für dieses ausführliche Interview und hoffe mit Ihnen, dass die Forensik innerhalb der Psychiatrie den Stellenwert bekommt, der ihrer großen Aufgabe und Verantwortung zukommt. Patienten in der Forensik haben es vielleicht

schwerer als Strafgefangene, wieder auf die Füße zu kommen. Dafür bedarf es gut geschulten Personals, damit die Zeit, die die Patienten in der forensischen Klinik verbringen müssen, zu einem therapeutisch wirksamen und für ihr künftiges Leben zu einem sinnvollen Aufenthalt wird. Angehörige wollen und können bei der Vorsorge und Nachsorge beitragen, aber nicht allein. Die Zukunft wird zeigen, ob für sie Zeit und Aufmerksamkeit zur Verfügung gehalten wird, damit sie dieser Aufgabe gerecht werden können.

Anmerkung

Maßregelvollzug ist „Maßregel der Besserung und Sicherung durch Unterbringung“. Die Maßregel ist von der Schuld unabhängig und wird zum Schutz vor gefährlichen Straftätern oder zu deren Besserung angeordnet. Daher können Maßregeln der Besserung und Sicherung auch gegen schuldunfähige erwachsene Straftäter angeordnet werden.

§ 63 StGB: Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, dass von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.

Quelle: Wikipedia

Impressum

Herausgeber:

Landesverband Bayern der Angehörigen
psychisch Kranker e.V.
Pappenheimstraße 7
80335 München
Tel.: 0 89 / 51 08 63 25
Fax: 0 89 / 51 08 63 28
E-Mail: lvbayern_apk@t-online.de

Satz und Druck:

PROJEKT PRINT
Admiralbogen 47
80939 München
Tel.: 0 89 / 1 29 60 46
Fax: 0 89 / 1 23 71 89
E-Mail: projekt-print@perspektive-muenchen.de

Copyright:

Landesverband Bayern der Angehörigen
psychisch Kranker e.V.

Förderung:

Diese Broschüre wurde gefördert durch die
Techniker Krankenkasse.



Förderverein
des Landesverbandes Bayern
der Angehörigen psychisch Kranker e.V.

Pappenheimstr. 7, 80335 München
Telefon: 0 89/51 08 63 25 Fax: 0 89/51 08 63 28

**Wir fördern und unterstützen die Aufgaben und Ziele
des bayerischen Landesverbandes der Angehörigen
psychisch kranker Menschen.**

Auch Sie können das tun!

Spendenkonto: Bank für Sozialwirtschaft München,
IBAN: DE80 700 205 00000 88 60 700
BIC BFSWDE 33 MUE

Der Förderverein ist als gemeinnützig anerkannt.
Jeder Spender erhält eine Spendenquittung.



Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V.

Pappenheimstr. 7, 80335 München

Tel.: 0 89 / 51 08 63 25

Fax: 0 89 / 51 08 63 28

E-Mail: lvbayern_apk@t-online.de

Geschäftszeiten:

Montag bis Freitag 10.00 – 14.00 Uhr