

FACHARBEIT

Thema:

PSYCHIATRIE-REFORM - ENTWICKLUNGEN UND PERSPEKTIVEN

erstellt
im Rahmen der Weiterbildung
zur Krankenschwester / zum Krankenpfleger
für Psychiatrie

von

Volker Haßlinger

Nürnberg, im Juli 1997

. . . . auch in Zeiten
knapp bemessener Mittel aber
muss sich eine Gesellschaft der
Frage stellen, wie viel sie einsetzen
will, um das Schicksal derer zu
erleichtern, die als psychisch Kranke
oder Behinderte auf Hilfe
angewiesen sind.

(aus der Präambel zur Enquete)

GLIEDERUNG

1. Einleitung

- 1.1. Warum dieses Thema ?
- 1.2. Prozessbeschreibung
- 1.3. Geschichtliche Entwicklungen bis zur Psychiatrie-Enquête

2. Hauptteil

- 2.1. Die Anfänge der Psychiatrie-Reform
 - 2.1.1. Die Psychiatrie-Enquête
 - 2.1.2. Die Empfehlungen der Expertenkommission
- 2.2. Veränderungen bis heute
- 2.3. Die Frage der Wirtschaftlichkeit
- 2.4. Psychiatrische Pflege unter dem Eindruck dieser Entwicklungen
 - 2.4.1. Psychiatrische Pflege im Allgemeinen
 - 2.4.2. Ambulante psychiatrische Pflege im Besonderen

3. Schlussteil

- 3.1. Zusammenfassung
- 3.2. Resümee

4. Anhang

- 4.1. Literaturnachweis

© 1997. Alle Rechte beim Autor.

Nachdruck, Vervielfältigung und andere Weiterverwendung der Arbeit nur nach vorheriger Genehmigung.

1. EINLEITUNG

1.1. Warum dieses Thema ?

Psychiatriereform, Sozialpsychiatrie, Paradigmenwechsel, Gemeindenähe und viele andere Schlagworte geistern seit Jahren durch die Köpfe und den Berufsalltag von psychiatrisch Tätigen. Es gab in den letzten Jahren und Jahrzehnten zweifelsohne Veränderungen innerhalb der psychiatrischen Strukturen und wie ich hoffe und glaube, auch in den Denkweisen der psychiatrisch Tätigen. Hierbei drängt sich mir aber immer wieder die Frage auf, warum davon im Alltag der Psychiatrie oft nur sehr wenig zu spüren ist. Reden wir vielleicht nur davon und bleiben in der praktischen Umsetzung stecken? Haben wir nicht die richtigen Rahmenbedingungen? Fehlt der politische Wille zur konsequenten Umsetzung? Oder fehlt nur das Geld? Haben wir womöglich so unterschiedliche Vorstellungen, dass wir zwar scheinbar vom gleichen sprechen, aber letztendlich in unterschiedliche Richtungen ziehen? Die Liste der Fragen ließe sich noch unendlich weiterführen. Sie soll jedoch nur aufzeigen, wie unklar die Ursachen für noch deutlich vorhandene Missstände oft sind.

Im Rahmen meiner Fachweiterbildung konnte ich in den verschiedenen Einsätzen so gravierend große Unterschiede feststellen, wie sie für einen Zeitraum von 50 Jahren verständlich wären. Auf der einen Seite lernte ich Einrichtungen kennen, deren Handeln und Aufbau so durchdacht und stimmig war, dass ich es als vorbildlich bezeichnen würde. Auf der anderen Seite gibt es immer noch Einrichtungen in denen die Funktionspflege durchgeführt wird und kaum Tendenzen vorhanden sind, dies zu ändern. Dem Zweck der Aufbewahrung entsprechen dort sowohl Strukturen als auch die Einstellung der Beschäftigten, von Beziehungsgestaltung zwischen Patienten und Mitarbeitern oder gar Förderung war nichts zu spüren.

Aus den oben genannten Eindrücken entstand der Wunsch, mich mit dem Komplex der Psychiatriereform näher zu beschäftigen.

1.2. Prozessbeschreibung

Nach der grundlegenden Entscheidung für das Thema stellte sich mir die Frage der Themeneingrenzung. Schon die Literatursichtung ergab ein großes, kaum überschaubares Spektrum. Es wurde sehr schnell klar, dass jegliche detaillierte Betrachtung einzelner Bereiche entweder das Volumen der Facharbeit sprengen würde oder keine Übersicht mehr bezüglich des Gesamtthemas ermöglichen würde. Folglich widmete ich mich nur der Literatur genauer, die die Psychiatrie-Enquête vom 25.11.1975 beziehungsweise die Psychiatrie-Reform bis heute präziser beleuchtet, ohne dabei auf regionale Unterschiede einzugehen. Weitaus schwieriger gestaltete sich eine stimmige Ist-Stand-Analyse, da hierzu wenig verwertbare Literatur zu finden war und vorhandene Quellen im Einzelfall sehr unterschiedliche Ergebnisse brachten.

Aufgrund dessen versuchte ich in meiner Arbeit eine gewisse Bandbreite mit erkennbaren Trends aufzuzeigen, anstatt mich auf einen faktischen Ist-Stand festzulegen. Ebenso erfolgte bezüglich der Wirtschaftlichkeit nur eine allgemeine Betrachtung ohne dem Anspruch, den Einzelbereichen der Finanzierbarkeit gerecht zu werden. Einen Schwerpunkt der Arbeit setzte ich auf die Betrachtung der Entwicklung und Perspektiven psychiatrischer Pflege.

1.3. Geschichtliche Entwicklung bis zur Psychiatrie-Enquête

Bis weit ins Mittelalter gab es in den Staaten Europas keine Einrichtungen bzw. Unterbringungsmöglichkeiten für psychisch Kranke. Einerseits lebten diese Menschen im Verband der eigenen Großfamilie oder der Dorfgemeinschaft, andererseits fand mit Ausgang des Mittelalters eine massive Verfolgung von seelisch Kranken statt. Diese durch religiöse Vorstellungen getragene Vernichtung von „Besessenen“ oder „Hexen“ beendete den langen Zeitraum, indem auch „Irre“ aufgrund des christlichen Geistes nicht ausgegrenzt wurden. Durch die Kirche wurden mit der Inquisition „an-

dersartige“ Menschen zum ersten Mal zum Sündenbock gestempelt. (*Dörner/Plog, S. 463*)

Die nachfolgenden Jahrhunderte waren durch den Trend gekennzeichnet störend-auffällige, unsaubere oder „unsoziale“ Menschen unsichtbar zu machen. Dies führte dazu, dass seelisch Kranke, Kriminelle, Bettler, Seuchenkranke u.v.m. zuerst aus den Städten ausgewiesen und später in abgelegenen Häusern und Höfen untergebracht wurden. So wurden psychisch Kranke in abgelegene Türme der Stadtmauern („Narrentürme“) gebracht und somit aus der zivilisierten Gesellschaft entfernt. Im Zeitalter der Aufklärung entstand ein imponierendes Netz von Zwangseinrichtungen im Sinne von Umerziehungslagern. Wer den bürgerlich Vernünftigen unvernünftig erschien, wurde hierhin „zwangseingewiesen“ und teilweise im Sinne einer pädagogisch-abschreckenden Erfahrung den „Vernünftigen“ vorgeführt.

Mit der Industrialisierung im 19. Jahrhundert trat ein Wandel ein. Die auf Effektivität und Wirtschaftlichkeit abgestellte Gesellschaft hatte schnell nicht mehr genug Arbeitskräfte. Da entsann man sich der Umerziehungslager für die „Unvernünftigen“, welche durch eine Umverteilung der Insassen aufgelöst wurden. Die für die monotone, genormte Arbeit des neuen industriellen Systems Brauchbaren kamen in die Fabriken und wurden ein Teil des Proletariats. Für die anderen schuf man Spezialeinrichtungen. So wurden für geistig Behinderte Idiotenanstalten errichtet, für störende Kinder Waisenhäuser, für Straffällige erstmals eigene Gefängnisse und für Irre eben Irrenanstalten (*Dörner/Plog, S. 466*).

Ab 1900 beginnt ein verstärktes Einbeziehen sozialer Aspekte. Das Prinzip der vollstationären Aufbewahrung wird erstmals durch verschiedene Modelle durchbrochen. So bietet das Erlanger Modell der „offenen Irrenfürsorge“ schon 1919 eine nicht stationäre Nachsorge durch das Krankenhaus, das Gelsenkirchener Modell verankert unterschiedliche Dienste beim Gesundheitsamt. Diese Entwicklung war nur teilweise in einer Änderung des Menschenbildes begründet, die Einsparung von Betriebskosten war auch damals ein nicht zu vernachlässigender Gesichtspunkt. Unabhängig davon blieben diese Tendenzen aber seltene Einzelfälle und schafften es nicht, die Existenz der verwahrenden Großinstitutionen zu beenden.

Die Darwinsche Lehre über das Naturrecht des Stärkeren diene mit als ideologischer Überbau einer nun verstärkt einsetzenden Negativentwicklung, die Leistungsschwächere gleichzeitig minderwertig macht (*Ballke, S. 4*). Der berühmte Schweizer Psychiater August FOREL äußerte sich dazu wie folgt: „Wir bezwecken ... nur die defekten Untermenschen allmählich ... durch willkürliche Sterilität der Träger schlechter Keime zu beseitigen, und dafür bessere, sozialere, gesündere und glücklichere Menschen zu einer immer größeren Vermehrung zu veranlassen.“¹(*Bock, S. 42*). Die konsequente und systematische Umsetzung in die Praxis erfolgte durch die Nazis in Form von Zwangssterilisationen und „Euthanasie“. Entsprechend äußerte Staatssekretär GÜTT vom Reichsinnenministerium: „So wünschen wir uns sehnlichst, dass die Zeit bald kommen möge, wo es keine Geisteskranken und Schwachsinnigen mehr in der Welt gibt, weder in Anstalten noch draußen, und es müsste herrlich sein, in einer solchen Welt zu leben, in der dann sicherlich auch alles andere vollkommen wäre.“²(*Bock, S. 38*). Die Nazi-Verbrechen waren somit eine totalisierte und radikalisierte Erweiterung der jahrhundertealten Ausgrenzungspolitik.

Auch nach dem 2. Weltkrieg hielt sich, bis auf wenige Ausnahmen, die Tendenz zur Ausgrenzung und Verwahrung. Viele europäische Länder lernten aber früher als Deutschland aus der Vergangenheit und vollzogen eine Umkehr zur vermehrten Integration und Wiedereingemeindung von psychisch Kranken. Schon 1959 wurde in England durch den Mental Health Act die Gleichstellung von psychisch Kranken mit körperlich Kranken festgeschrieben und die Rückverlagerung der psychiatrischen Behandlung in die Gemeinde initiiert. In Deutschland wurde der politische Grundstein dazu erst 1975 (mehr als 30 Jahre nach den Erfahrungen des 2. Weltkrieges) gelegt. In diesem Jahr wurde die Psychiatrie-Enquête abgeschlossen und damit der Versuch einer Psychiatrie-Reform gestartet.

¹ FOREL, A.: *Die sexuelle Frage*. 1913

2. HAUPTTEIL

2.1. Die Anfänge der Psychiatrie-Reform

2.1.1. Die Psychiatrie-Enquête

Am 25. November 1975 wurde nach 5-jähriger Arbeit die Psychiatrie-Enquête dem Deutschen Bundestag zugeleitet. Was ist diese Psychiatrie-Enquête? Wozu wurde sie erstellt?

Der Bericht der Sachverständigenkommission über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik - so die offizielle Bezeichnung der Psychiatrie-Enquête - wurde von rund 200 Mitarbeitern aus allen Bereichen der Psychiatrie erstellt. Die Bundesrepublik Deutschland hatte bis dahin einen mühsamen Weg in Sachen Psychiatrie hinter sich und begann sich nach dem Elend der psychisch Kranken im Dritten Reich erst sehr spät mit der Situation der psychisch Kranken auseinander zusetzen. 1970 beschäftigte sich der Deutsche Ärztetag erstmals in seiner Geschichte mit der psychiatrischen Versorgung. In den folgenden zwei Jahren wurden Vereinigungen wie die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) und die Aktion psychisch Kranke e.V. gegründet. In letzterer fanden sich Vertreter aller Interessensgruppen wieder, was vermutlich nicht unbedeutend dafür war, dass die Aktion psychisch Kranke e.V. die Geschäftsführung der Psychiatrie-Enquête übertragen bekam, welche am 31.08.1971 konstituiert wurde.

Auftragsgemäß legte die Kommission im Oktober 1973 einen Zwischenbericht vor, der schwerwiegende Mängel bei der Versorgung der psychisch Kranken offenbart. In ihm wurde festgestellt, „dass eine sehr große Anzahl psychisch Kranker und Behinderter in den stationären Einrichtungen unter elenden, zum Teil als menschenunwürdig zu bezeichnenden Umständen leben müssen“ (*Finzen/Schädle-Deiningers, S. 51*). Eine exemplarische Untersuchung in den sechs großen psychiatrischen Fach-

² nach BASTIAN, T.: *Arzt, Helfer, Mörder*. 1982

krankenhäusern des Landschaftsverbandes Rheinland belegte die unerträglichen, katastrophalen Verhältnisse im Einzelnen.

Die wichtigste Forderung der Sachverständigenkommission nach „Sofortmaßnahmen zur Befriedigung humaner Grundbedürfnisse“ (*Finzen/Schädle-Deininger, S. 52*) ist allenfalls geeignet die schlimmsten Missstände zu beheben, kann aber nach meiner Ansicht kein eigentlicher Reformansatz sein. A. FINZEN und H. SCHÄDLE-DEININGER nennen es bezeichnend, dass in der Bundesrepublik Deutschland Ersatz von unzumutbar baufälliger Substanz, ausreichende sanitäre Ausstattung, eigener Nachttisch, Schrank für Patienteneigentum, Ermöglichung des Tragens eigener Kleidung und gerechte Entlohnung für arbeitende Patienten keine Selbstverständlichkeiten sind, sondern zur Realisierung eine Sachverständigenkommission und eine Psychiatrie-Enquête benötigt werden. Letztlich sehen beide strukturelle Bedingungen durch eine überkommene Organisation des psychiatrischen Krankenhauswesens als Ursache dieser Mängel. Dazu äußert sich die Sachverständigenkommission mit der Auffassung: „Die psychiatrische Krankenversorgung ist grundsätzlich ein Teil der allgemeinen Medizin. Demgemäß muss das System der psychiatrischen Versorgung in das bestehende System der allgemeinen Gesundheitsvorsorge und -fürsorge integriert werden. Dem seelisch Kranken muss prinzipiell mit dem gleichen Wege wie dem körperlich Kranken optimale Hilfe unter Anwendung aller Möglichkeiten ärztlichen, psychologischen und sozialen Wissens gewährleistet werden.“ (*Finzen/Schädle-Deininger, S. 52/53*)

Die Psychiatrie-Enquête wurde im September 1975 fertiggestellt, hat einen Umfang von 1800 DIN A4 Seiten und beinhaltet eine Unmenge von Zahlen und Daten. Es ist im Rahmen dieser Facharbeit nur möglich, auf wenige Punkte einzugehen und eine Richtung aufzuzeigen. Die Psychiatrie-Enquête besteht aus zwei großen Bereichen, wovon sich Teil A mit der damals aktuellen Versorgungssituation psychisch Kranker und Teil B mit der Neuordnung beschäftigt und mehreren kleineren Abschnitten, in denen die Themen Primärprävention, Forschung, Personalbedarf und Prioritätensetzung erläutert werden. Um einen Überblick zu verschaffen, übernehme

ich den Teil Prioritäten aus einer Kurzfassung der Psychiatrie-Enquête (Finzen/Schädle-Deiningner, S. 206/207):

1. Grundforderung

Die Sachverständigenkommission hat bereits im Zwischenbericht mit Nachdruck gefordert, dass die Beseitigung grober inhumaner Missstände unbedingt jeder Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter voranzugehen hat. Sie hält es für selbstverständlich, dass in den vorhandenen Einrichtungen ... ein ausreichender Standard zur Befriedigung humaner Grundbedürfnisse gewährleistet wird. Dazu gehören ausreichende sanitäre Ausstattung, ein ausreichender Bereich für das persönliche Eigentum und die persönliche Kleidung sowie eine Inneneinrichtung, die den heutigen Ansprüchen einer Krankenhausunterbringung entspricht.

Auf keinen Fall dürfen Reformen der Versorgung auf dem Rücken derjenigen ausgetragen werden, die sich gegenwärtig in den psychiatrischen Einrichtungen befinden.

Mit Genugtuung kann die Sachverständigenkommission feststellen, dass seit der Zuweisung des Zwischenberichtes an den Deutschen Bundestag die Länder und die zuständigen Träger bereits erhebliche Anstrengungen unternommen haben, dieser Grundforderung zu entsprechen.

2. Rahmenbedingungen

Auf dem Wege zur Realisierung der Empfehlungen der Sachverständigenkommission sind unter allen Umständen folgende Rahmenbedingungen einzuhalten:

- *das Prinzip der gemeindenahen Versorgung,*
- *das Prinzip der bedarfsgerechten und umfassenden Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten,*
- *das Prinzip der bedarfsgerechten Koordination aller Versorgungsdienste,*
- *das Prinzip der Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken.*

1. Im einzelnen setzt die Sachverständigenkommission folgende Prioritäten:

- a) Aus- und Aufbau der komplementären Dienste, (Heimsektor), insbesondere für*
- psychisch kranke alte Menschen*
 - chronisch psychisch Kranke und geistig Behinderte*
 - Schwerst- und Mehrfachbehinderte*
- a) Aus- und Aufbau der ambulanten Dienste,*
- b) Aufbau von Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern,*
- c) Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung,*
- d) Vorrangige Verbesserung der Versorgung*
- von psychisch auffälligen, gestörten und behinderten Kindern und Jugendlichen*
 - von Suchtkranken, insbesondere Alkoholikern,*
- a) Entwicklung von Modellversorgungsgebieten in städtischen wie ländlichen Regionen.*

2.1.2. Die Empfehlungen der Expertenkommission

Die Bundesregierung folgte der Empfehlung der Sachverständigenkommission, die in der Psychiatrie-Enquête vorgeschlagen hatte, Modellversorgungsgebiete zu bilden, in denen die Umstrukturierung und Ergänzung der bestehenden Einrichtungen und Dienste bei unterschiedlichen regionalen Verhältnissen erprobt werden können. Die Bundesregierung stellte in Hinblick auf die vier Hauptempfehlungen der Psychiatrie-Enquête (*siehe Pkt.2 oben*) am 07.05.81 ihr Konzept zur Evaluation des Modellprogramms zusammen. Das neue an diesem Programm war die Erprobung ganzer Versorgungsnetze und nicht nur einzelner Dienste. In diesem Rahmen sollten unter anderem folgende Fragen geklärt werden:

- Wie lassen sich durch Auf- und Ausbau eines bedarfsgerechten, gemeindenahen Versorgungsnetzes mit teilstationären, ambulanten, komplementären und rehabilitativen Diensten die Zahl der Aufnahmen in psychiatrischen Fachkrankenhäusern verringern, Wiederaufnahmen vermeiden, die Verweildauer verkürzen und damit die Zahl der Betten verringern?
- Welche Auswirkungen hat ein solches Versorgungsnetz generell auf Kosten- und Finanzierungsregelungen?
- Welche Konsequenzen sind aus der Gleichstellung von psychisch Kranken mit somatisch Kranken zu ziehen?
- Welche Auswirkungen hat eine koordinierte bedarfsgerechte Gesamtversorgung in Gemeindenähe auf Ausbildung und Einsatz des Fachpersonals?

Noch während der Entwicklung von Konzeption und Kriterienkatalog kam es Anfang 1980 zu massiven Verzögerungen, als fünf Bundesländer aufgrund verfassungsrechtlicher Bedenken die Beteiligung am Modellprogramm ablehnten. Das Land Bayern drohte sogar mit einer Verfassungsklage. Weitere Schwierigkeiten ergaben sich aus der Notwendigkeit kurzfristig geeignete Räumlichkeiten für neue Projekte zu finden. Ebenso musste ein nicht geringer Prozentsatz von psychiatrieunerfahrenen Kräften eingestellt werden, da für die einzelnen Projekte nur Zeitverträge vergeben wurden, für die etablierte Mitarbeiter nur sehr bedingt zu gewinnen waren. Dies sind nur drei Gründe, warum sich die Inbetriebnahme der ca. 140 Projekte in 14 Regionen und sechs Bundesländern bis 1985 hinzog. Aus einem Teil der bisherigen Berater und einigen zusätzlichen Experten wurde Anfang 1987 eine Expertenkommission formiert, die von nun an alleiniger Partner der auftraggebenden Bundesregierung war. Ihre Empfehlungen bezüglich des Modellprogramms wurden am 11.11.1988 der Bundesministerin für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit übergeben.

Auch die Expertenkommission bestätigt die vier Prinzipien der Psychiatrie-Enquête (*siehe oben, Pkt. 2 Rahmenbedingungen*), da sie sich nach ihrer Meinung nun auch in der Praxis bewährt hatten. Die Probleme liegen eher in der Umsetzung, welche durch die Zersplitterung der Zuständigkeiten für den Bereich der gemeindenahen Versorgung massiv behindert wird. Diese „strukturelle Schwindsüchtigkeit“ geht vor allem zu Lasten der chronisch psychisch Kranken, Langzeitkranken und seelisch Behinderten. Das diffuse Nebeneinander verschiedener Leistungsanbieter sowie die Sozialgesetzgebung erweisen sich in der Praxis oftmals eher als Fallstrick den als notwendiger Rettungsanker. (*BMJFFG, S. VII ff.*) Aufgrund der Erfahrungen aus dem Modellprogramm gibt die Expertenkommission unter anderem folgende Empfehlungen:

- In jeder Versorgungsregion ist der Aufbau eines gemeindepsychiatrischen Verbundes in Angriff zu nehmen.
- Die kommunalen Gebietskörperschaften (Städte, Landkreise) sollen stärker als bisher die politische Verantwortung dafür übernehmen, dass psychisch Kranken, die in ihren Grenzen leben, angemessene Hilfe zur Verfügung steht.
- Für die allgemeinspsychiatrische Versorgung in den Gemeinden soll die Größe der Versorgungsregionen 100.000 bis 150.000 Einwohner nicht überschreiten.
- Verkleinerung bestehender psychiatrischer Krankenhäuser und Aufbau psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern.
- In einem funktionierendem gemeindepsychiatrischen Verbund sind Langzeitpatienten aus den psychiatrischen Krankenhäusern in die Gemeinden zurückzuführen.
- Das auf somatisch Kranke ausgerichtete Sozialleistungssystem muss so verändert werden, dass die gravierende Benachteiligung psychisch Kranker nachhaltig beseitigt wird.

2.2. Veränderungen bis heute

Zu Beginn dieses Kapitels sei noch einmal klargestellt, dass es keinen landes- oder gar bundesweiten einheitlichen Ist-Stand gibt. Es ist außerdem keine Frage, dass es seit der Psychiatrie-Enquête und den Empfehlungen der Expertenkommission Veränderungen bzw. Verbesserungen gegeben hat. So sind die katastrophalen Lebensbedingungen, die im Zwischenbericht der Expertenkommission gerügt wurden, aus meiner Sicht größtenteils behoben. Außerdem hat die Psychiatrie-Personalverordnung von 1991 die Stellenzahlen auf ein erträglicheres Maß angehoben und vor allem erstmals einen multiprofessionellen Tätigkeitskatalog geliefert. Diese Tätigkeitsbeschreibungen lassen keinen Zweifel daran, dass die Tage der reinen Verwahrspsychiatrie gezählt sind. Es gilt für mich vielmehr zu klären, ob nach jahrzehntelanger „Reformbewegung“ die Erkenntnisse aus der Psychiatrie-Enquête auf breiter Basis umgesetzt sind, oder ob positive Entwicklungen Momentaufnahmen blieben.

„Die Empfehlungen der Expertenkommission...“, die ja nach über zehn Jahren die erschreckenden Fakten der Psychiatrie-Enquête nochmals bestätigte, ja zementierte, „... sind inzwischen weitgehend bekannt und fachlich rundum akzeptiert ...“ (*Bauer, 1992*). Ob allerdings der politische Wille gegeben ist, dies auch umzusetzen, ist angesichts mancher politischer Verlautbarungen mehr als fraglich. So besteht die Stellungnahme der Bundesregierung vom 27.11.1990 zum Bericht der Expertenkommission „... im wesentlichen aus einer Mischung von psychiatrischen Gemeinplätzen und Schlangenlinienformulierungen mit der Tendenz, die Verantwortung irgendwelchen anderen zuzuschieben.“ (*Bauer, 1992*). Des weiteren erklärt die damalige Bundesministerin Hasselfeldt in einer Aussprache im Deutschen Bundestag³: „Sie wissen, dass dies (Institutsambulanzen an psychiatrischen Abteilungen in den neuen Bundesländern. Anm. d. Verf.), Herr Kollege, nicht unbedingt eine Verbesserung der Versorgung der psychisch Behinderten und der psychisch Kranken beinhaltet.“ In dieser Rede erklärt Fr. Hasselfeldt, die Zahl der psychiatrischen Abteilungen an

³Aussprache im Deutschen Bundestag zur „Stellungnahme der Bundesregierung zu dem Bericht der Experten-Kommission“ vom 13. Februar 1992 (als Bundestags-Drucksache nachlesbar)

Allgemeinkrankenhäusern sei auf 120 gestiegen und damit die Forderung nach flächendeckendem Aufbau weitgehend erfüllt. (*Bauer, 1992*) Bei einer Richtgröße von maximal 150000 Einwohner und 80 Millionen Menschen in Deutschland, würden nach den Vorgaben der Expertenkommission 533 derartige Abteilungen benötigt. Mehr als 400 fehlende Abteilungen unter den Tisch fallen zu lassen, zeugt m.E. von massiver Inkompetenz oder unerträglicher Ignoranz. Beides ist nicht gerade dazu angetan in einer Reformentwicklung glaubhaft oder gar wegweisend zu erscheinen.

Die politische Verantwortung in Sachen Psychiatrie liegt in erster Linie bei Ländern, Bezirken und Regionalverbänden, angesichts der obigen Feststellungen möchte ich ergänzen, und zum Glück nicht beim Bund. Dieser Tatsache ist es vielleicht zu verdanken, dass in den letzten Jahren doch einiges in Gang gekommen ist. So ist die Zahl der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zwar immer noch nicht flächendeckend, aber immerhin weiter gestiegen. Hier und da entstehen aus dem Widerspruch zwischen politischem Willen und berufspolitischem Lobbyismus Institutsambulanzen. Auch das Angebot von komplementären Einrichtungen nimmt stetig zu, hier möchte ich besonders die Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte (RPK) erwähnen, aber auch die weiter zunehmende Zahl von betreuten Wohnmöglichkeiten. Hierbei sei aber deutlich gemacht, dass die obige Auflistung von Verbesserungen, die natürlich nicht vollständig ist, nahezu ausschließlich Städte und Ballungsräume betrifft. Die ländlichen Gebiete könnte man nach wie vor als psychiatrisches Entwicklungsgebiet bezeichnen. Dazu kommt, dass von dieser Entwicklung fast nur akutkranke bzw. junge PatientInnen betroffen sind. Die Bereiche Gerontopsychiatrie und psychisch Langzeitkranke sind zwar auch von einer Entwicklung betroffen, diese bedeutete aber seltener eine Verbesserung, oft sogar eine Verschlechterung der Situation der Betroffenen.

So haben sich die Zustände in der stationären Gerontopsychiatrie seit den Zeiten der Psychiatrie-Enquête deutlich geändert. Es existieren kaum noch reine Verwahrstationen für verwirrte alte Menschen, ohne akzeptables therapeutisches Konzept. Die Psychiatrie-Personalverordnung hat auch hier erstmals die personelle Mindestausstattung verbindlich festgeschrieben. Außerdem wird durch sie deutlich,

dass auch gerontopsychiatrische Abteilungen einen therapeutischen Auftrag haben. Der Aspekt der Gemeindenähe, die Entlastung psychiatrischer Krankenhäuser sowie ein multiprofessionelles Angebot sind hier deutlich zu kurz gekommen. Die Vorstellung eines gerontopsychiatrischen Zentrums, dass die positiven Erfahrungen mit spezifischen Behandlungs- und Beratungsangeboten, mit Tagesstätten und -kliniken in sich vereinen könnte, wurde nicht ernsthaft verwirklicht. Die Verbände der freien Wohlfahrtspflege vertraten die Auffassung, „... dass solch ein gerontopsychiatrisches Zentrum überflüssig sei, weil entsprechende Arbeit in den bisherigen Einrichtungen der Altenhilfe bereits geleistet würde.“(Wiegmann, S. 3). Hier scheint die Sorge um schwindenden Einfluss Vorrang zu haben gegenüber dem Interesse an einem ambulanten Gesamtkonzept. Dabei müssten solche Zentren nicht völlig neu geschaffen werden, sondern könnten sich aus gewachsenen Strukturen entwickeln.

Psychisch Langzeitkranke - Vergessene Patienten? Diese Frage stellten sich noch 1993 Verantwortliche aus Politik, Krankenkassen und Kliniken auf der Verbandsversammlung des kommunalen Spitzenverbandes der bayerischen Bezirke. Der damalige Präsident des Verbandes der bayerischen Bezirke Dr. Georg SIMNACHER schilderte die Situation so: „Die Zahl der psychisch Langzeitkranken ist nicht bekannt.“ Er vermutete, „... dass von 110000 Betten in psychiatrischen Krankenhäusern ca. 50000 Betten mit Langzeitkranken belegt sein dürften, d.h. mit Patienten, die nicht mehr krankenhausbearbeitungsbedürftig sind.“⁴ Dabei betonte er ausdrücklich, dass sich in den Heimen vermutlich eine weitaus größere Zahl dieser Patienten befindet und auch nicht bekannt ist, wie viele Langzeitpatienten unter größten Belastungen von Angehörigen zu Hause betreut werden. (VdbB, S. 15) Die Notwendigkeit die sogenannten Langzeitbereiche umzustrukturieren bzw. ganz aufzulösen ist schon länger bekannt und inzwischen auch in den „langsamsten“ Bundesländern weitgehend umgesetzt. Wenn dies allerdings „... eine Verlegung in wohnortferne - aus wirtschaftlichen Gründen oft zu große - Heime bedeutet, in denen dann auch noch jeder therapeutische Bezug fehlt, ist dies ein Rückschritt in die Zeit der Jahrhundertwende.“ Auch „Wenn Stationen für chronisch Kranke in Heime umbenannt werden, zementiert dies die bis-

herigen Missstände.“⁵ Es gibt inzwischen genügend Beispiele, dass auch hospitalisierte Langzeitkranke in ganz normalen Wohnungen leben können. Deshalb ist es unumgänglich, dass auch chronisch Kranke einen ihnen entsprechenden gemeindenahen Lebensraum bekommen. Der 1993 stellvertretende Bezirkstagspräsident von Oberbayern Herbert MAYR bezeichnet es als einen Akt der Freiheitsberaubung, dies alles zu wissen und trotzdem nichts zu tun. Auch die angespannte Haushaltslage könne da niemanden entschuldigen. (*VdbB*, S. 30) Dieser deutlichen Aussage möchte ich mich uneingeschränkt anschließen. Wenngleich ich große Zweifel hege, dass selbst heute bei einer juristische Verfolgung dieser Freiheitsberaubung noch beschlussfähige Mehrheiten in unser politischen Kremlen zurückbleiben würden. Auch Vertreter der Krankenkassen sehen durchaus Handlungsbedarf. „Mängel und Defizite in der Versorgung psychisch Kranker sind nach wie vor vorhanden. Sie müssen ernst genommen ... werden. Die Krankenkassen ... fühlen sich ... mit in der Verantwortung.“⁶ Allerdings wird sofort angeführt, dass mit dem Gesundheitsreformgesetz, dessen vorrangiges Ziel es ist Beitragssätze zu stabilisieren, eine Ausweitung der Leistungsansprüche für psychisch Kranke nicht vereinbar ist. (*VdbB*, S. 54+55)

Auch hier entsteht wieder einmal der Eindruck, dass zwar alle Verantwortlichen die Erkenntnisse der Psychiatrie-Reform für richtig halten und sich zu eigen machen, aber das jeweilige Engagement nur soweit reicht, um den seit nun mehr 20 Jahren kreisenden „Schwarzen Peter“ schnell weiterzureichen.

Ein weiteres unrühmliches Kapitel in der Umsetzung der Empfehlungen der Expertenkommission, sind die immensen zeitlichen Unterschiede zwischen den Bundesländern, ja sogar zwischen einzelnen Regierungsbezirken. Während z.B. Bremen seit Jahren die meisten Empfehlungen umgesetzt hat, das Saarland seit ca. 10 Jahren an der Auflösung der Landeskrankenhäuser und Schaffung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkliniken arbeitet und auch der Bezirk Oberbayern ein relativ fortschrittliches Konzept der Gemeindenähe aufweist, startet der Bezirk Mittelfranken schon 1996 (!) eine Umfrage zur Umsetzung der Dezentralisierung der psychiatri-

⁴ SIMNACHER, G. auf der Verbandsversammlung des kommunalen Spitzenverbandes d. bay. Bezirke in Weiden, 8./9.7.1993

⁵ MAYR, H. auf der Verbandsversammlung des kommunalen Spitzenverbandes d. bay. Bezirke in Weiden, 8./9.7.1993

schen Versorgung in Mittelfranken. Mehr als 20 Jahre nach der Psychiatrie-Enquête und fast 10 Jahre nach den Empfehlungen der Expertenkommission findet ein Austausch über das zentrale Thema der Psychiatrie-Reform, die Dezentralisierung, statt. Bei dieser immensen Geschwindigkeit der Entwicklungen liegt vielleicht schon im Jahr 2000 ein Meinungsspektrum zu diesem Thema vor. Ob die „zügige“ Umsetzung dann erfolgen kann, ist angesichts der unterschiedlichen Stellungnahmen mehr als fraglich. Grundsätzlich begrüßen alle Befragten den Vorschlag zur Dezentralisierung, ein Großteil der vor allem ambulanten-komplementären Einrichtungen unterlegen dies mit konstruktiven Vorschlägen. Bei einem nicht zu vernachlässigendem Anteil jedoch folgt dem »grundsätzlich« ein ablehnendes »aber«. Die entschiedenste Ablehnung kommt hierbei von Seiten der Bezirkskrankenhäuser, insbesondere dem BZK Ansbach, die vor einem massiven, nicht sozialverträglichem Stellenabbau warnen und die wirtschaftliche Führung der Häuser gefährdet sehen. Hierzu ist zu sagen, dass diese Einrichtungen in den letzten Jahren mit erheblichem finanziellen Aufwand baulich saniert wurden und damit die Zentralstruktur auch gefestigt wurde und, dass „... in Westmittelfranken z.T. überdimensionierte Wohnheime für psychisch Kranke und Behinderte auf der grünen Wiese in Betrieb genommen“ wurden (*ÖTV-Stellungnahme*). Insofern trifft die „plötzliche“ Berufung auf die seit 20 Jahren bekannten Reformansätze, manche Stellen im wahrsten Sinne unvorbereitet. Anstatt sukzessive ambulante und teilstationäre Betreuungsmöglichkeiten auf und stationäre Kapazitäten abzubauen, wurde der zentralistische Ansatz zementiert und Stellenumbau sowie Aufgabenverteilung verhindert. Gerade jetzt, da die finanziellen Spielräume kleiner gehalten werden denn je, steht zu befürchten, dass dieser reichlich spät kommende Reformansatz nur unzureichend verwirklicht wird oder ganz auf der Strecke bleibt.

⁶ SCHMAUS, H. auf der Verbandsversammlung des kommunalen Spitzenverbandes d. bay. Bezirke in Weiden, 8./9.7.1993

2.3. Die Frage der Wirtschaftlichkeit

Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. ... Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Diese Formulierung stammt aus dem Sozialgesetzbuch V, das die Grundlage für die Gesetzliche Krankenversicherung darstellt. Die Beschreibung bleibt äußerst vage, da sie keinen der verwendeten Begriffe definiert. Gerade in den letzten Jahren wurden die zu finanzierenden Leistungen vermehrt beschrieben und eingegrenzt und Kontrollmechanismen zur Qualitätssicherung unterstellt. Die Einschätzung von Zweckmäßigkeit, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit obliegt weiterhin den für den Einzelfall zuständigen Entscheidungsträgern, zumeist ÄrztInnen.

Die Psychiatrie nimmt in dieser Hinsicht eine Sonderstellung ein, da sie gegenüber anderen medizinischen Disziplinen nicht nur Heilmethode ist, sondern auch Aufgaben bezüglich des gesellschaftlichen Zusammenlebens und der staatlichen Ordnung zu wahren hat. Aber gerade diese gesellschaftlichen Komponenten sind von Seiten der Psychiatrie nur sehr bedingt beeinflussbar - so sind soziale Verelendung und Missachtung von gesellschaftlichen Bedürfnissen von dieser Seite nicht angebar.

Ein effektives und kostengünstiges Gesundheitswesen ist mehr denn je Leitgedanke in unserer Gesellschaft. Der auf Effizienz gerichtete Fortschritt selektiert Leidende wieder einmal verstärkt in Heilbare und Unheilbare. Bereits 1981 trifft D.HENKEL folgende Feststellung: „Die Entscheidung über Rehabilitation oder Frühinvalidisierung bestimmt sich nicht nach den Gesundheitsbedürfnissen der Betroffenen, sondern nach Arbeitsmarkterfordernissen und dem Grad der Verwendbarkeit ihrer Arbeitskraft ... Der sozialpolitische Anspruch des Vorrangs der Rehabilitation gegenüber der Berentung erweist sich real ebenso als Fiktion wie die behauptete Chancengleichheit...“ (*Urbahn, S. 12*). Im Bereich der Psychiatrie ist hier besonders an die große Zahl von jungen FrührentnerInnen zu denken, aber ebenso an die Chancenungleichheit von Langzeit- und chronisch Kranken gegenüber den scheinbar heilbaren Akutkranken. Inwieweit ist dieses dem Krankheitsparadigma zuzuordnende

Heil- oder Unheilbare von den Erscheinungen anderer gesellschaftlicher Auswirkungen zu trennen?

Die Psychiatriefrage ist somit eher Teil der Sozialen Frage eines gesellschaftlichen Systems denn Bereich eines wirtschaftlich zu gestaltenden Gesundheitswesens. „Die Normen einer am Leistungsprinzip orientierten Gesellschaft werden gerade im Umgang mit denen sichtbar, die unfähig sind, dem gesellschaftlichen Leistungszwang Rechnung zu tragen.“ (*Schlösser, S. 11*). Psychiatrie muss den gesellschaftlichen Ansprüchen wie den Bedürfnissen der Kranken genügen, sie muss deshalb offen bleiben für die gesamten Lebensbezüge des Menschen und darf sich nicht an ökonomische Ketten legen lassen. Sie muss die Ausgegrenzten integrieren und die Reduktion der Menschlichkeit vermeiden. „Es gibt nicht den vollständig nichtbehinderten und nicht den vollständig behinderten Menschen“ (*DÖRNER in Bock/Weigand, S. 41*).

Humanität muss nach meiner Meinung Leitgedanke jeglicher Psychiatriereform sein und Fragen der Wirtschaftlichkeit dominieren. Wenn Psychiatrie Bestandteil einer sinnvollen Gesundheitsfürsorge sein soll und nicht nur Ordnungsorgan und Aufbewahrungsanstalt, muss Menschlichkeit Inhalt des Wirtschaftlichkeitsdenkens sein. Der Pädagoge H. SIEGENTHALER ordnet jedem Menschen folgende Kriterien⁷ zu:

- Der Mensch ist ein dauernd sich wandelndes, sich veränderndes Wesen;
- ist angewiesen auf mitmenschliche Zuwendung;
- ist empfänglich für Stimmungsqualitäten, hat ein inneres Echo, also Emotionalität;
- erscheint uns stets unter dem Aspekt der „offengebliebenen Möglichkeiten“;
- verweist über seine empirische Erscheinung stets über sich selbst hinaus auf anderes.

(*Bock/Weigand, S. 41*)

Nur wenn der zu findende Kompromiss zwischen Humanität und Sparsamkeit diesen Punkten gerecht wird, bleibt Psychiatrie zielorientiert und effizient anstatt blind und billig zu werden.

Gerade eine konsequente und zügige Umsetzung der Grundgedanken der Psychiatriereform ermöglicht es sowohl der Menschlichkeit als auch der Wirtschaftlich-

keit gerecht zu werden. Solange aber oberflächliches Finanzdenken und engstirnige Eigeninteressen immer noch Hemmschuh einer echten Reformentwicklung sind, werden der Vorwurf der Unmenschlichkeit und steigende Kosten Alltag in der deutschen Psychiatrie bleiben.

2.4. Psychiatrische Pflege unter dem Eindruck dieser Entwicklungen

2.4.1. Psychiatrische Pflege im Allgemeinen

Psychiatrische Pflege besteht natürlich zu einem nicht geringen Teil aus Komponenten, die von der „somatischen“ Krankenpflege her bekannt sind. Dazu gehören Hilfe zur Eigenhygiene, Mobilisation, Vorbereitung von Untersuchungen, Sicherstellung der Nahrungsaufnahme und vieles mehr. Diese Tätigkeiten wurden lange auf einer rein naturwissenschaftlichen Basis vorwiegend medizinisch-somatisch gesehen. Es herrschte in der Pflege die Philosophie „satt - sauber - sicher“, in der Psychiatrie war neben obigen Aspekten die Aufbewahrung entscheidend. Die Tätigkeiten des Pflegepersonals orientierten sich in erster Linie an „äußerlichen Faktoren“, es hatten dafür Sorge zu tragen, dass die PatientInnen ruhig waren und zu gewährleisten, dass andere Menschen nicht belästigt oder gar gefährdet wurden. Die betroffenen Menschen mit ihren individuellen Problemen und Bedürfnissen kamen dabei nur sehr selten zum Zuge.

Welche Aspekte sind wichtig, um aus der Pflege in der Psychiatrie eine eigenständige psychiatrische Pflege werden zu lassen und welche Ansätze ermöglichen eine Psychiatriereform auch auf zwischenmenschlicher Ebene?

Psychosoziale Versorgung hat neben dem Grundstein der individuellen Beziehungspflege vor allem die Aufgabe, Leben zu begleiten, gemeinsame Wege gehen, Krisen zusammen bewältigen und durchstehen, aber auch sich selbst pflegen lernen (SCHÄDLE-DEININGER in Bock/Weigand, S. 287). Diese Aufgaben können nur von ei-

⁷ SIEGENTHALER, H.: *Anthropologische Grundlagen zur Erziehung Geistig Schwerstbehinderter*. 1983

nem multiprofessionellen Team ausreichend verwirklicht werden, wobei aber gerade der Pflege ein bedeutender Schwerpunkt zufällt, da nur diese Berufsgruppe kontinuierlich präsent ist. Gerade durch diese Tatsache sind Pflegekräfte besonders gefordert, wenn es um die Gestaltung von Beziehung, Klima und Milieu geht. Seit dem Paradigmenwechsel, der in der Krankenpflege die rein medizinisch-pflegerische Sicht durch einen psychosozialen Ansatz ergänzte, ja teilweise ersetzte, hat Soziotherapie eine bedeutende Rolle im psychiatrisch-pflegerischen Handeln eingenommen. Hierbei geht es weniger darum klinische Symptome zu beheben, als Kranke trotz dieser zu resozialisieren und zu mehr Selbständigkeit zu führen. PatientInnen sollen durch Soziotherapie mit den Anforderungen ihres Alltages, auf eine Weise fertig werden, die ihnen individuell gerecht wird. Dabei ist es wichtig, auf der einen Seite Sicherheit und Orientierung zu bieten, auf der anderen Seite aber die individuelle Unterstützung immer an den persönlichen Möglichkeiten und Einschränkungen zu orientieren. Hierzu wurden bis heute verschiedenste Pflege-theorien (z.B. von D.Orem oder H.Peplau) erstellt. Fragen wie „Wie viel Verantwortung für sich kann der kranke Mensch selber tragen, wie viel muss ich ihm abnehmen?“ oder „Wie nahe darf ich ihm kommen oder wie fern muss ich ihm bleiben?“ machen jedoch deutlich, dass jedes pflegerische Handeln ständig neu am individuellen Gegenüber zu bemessen ist und in dieser Hinsicht Normen oder Standards nur als Leitlinien dienen können.

Ähnlich diffizil erweist sich die Frage der Abgrenzung. So verständlich und notwendig dieser Punkt auch ist, so klar muss dennoch sein, dass Abgrenzung nie Ablehnung werden darf. Um dies zu vermeiden ist es erst einmal notwendig, über die freundliche aber unverbindliche Zuwendung hinaus emotional mitschwingen zu können. Genau die so notwendige Nähe kann aber nur sinnvoll gelingen, wenn sie reflektiert und bedacht ist. Also wenn Mitschwingen und Abgrenzung so mit Objektivität vereint werden, dass weder unkontrollierbares Mitleiden noch kühle Distanz daraus werden. Es ist zu erkennen wie schwierig es ist, Nähe und Distanz, Entlastung und Anforderung, Individualität und Anpassung, Schutz und Konfrontation richtig zu bemessen. Aber gerade hier liegen Stärken und Chancen der Pflege. Denn nicht nur das Übernehmen von Einzeltätigkeiten, wie es in anderen Berufsgruppen häufig ist, sondern das Erken-

nen von Zusammenhängen und Herstellen eines Gesamtkonzeptes zur Gestaltung des Alltags ist m.E. heute erste Aufgabe der Psychiatrie. Wenn sich Pflege also für die Gestaltung von Milieu und Alltag hauptverantwortlich macht und fühlt, geht sie die hohe Verpflichtung ein, den scheinbaren Belanglosigkeiten des Alltags die ihnen angemessene Wichtigkeit zu geben.

Trotz dieser Verantwortung und der vorhandenen Kompetenz, ist es oft noch schwierig für pflegerisches Handeln ausreichend Wertschätzung zu erhalten. Wenn wir mit unseren Stärken und Fähigkeiten überzeugen wollen, müssen wir diesen deutlich Ausdruck verleihen. Gerade die speziellen Aufgaben der psychiatrischen Pflege wie:

- Pflege des Klimas, der Atmosphäre, des Milieus, um Entwicklungen, Veränderungen überhaupt erst möglich zu machen.
- Tages- und Wochenstrukturierung im lebenspraktischen Bereich.
- Pflege des Kontaktes zu sich selbst und zu anderen, nicht nur im therapeutischen Bereich, sondern auch oder mehr im alltäglichen Sinn
- Kontaktaufnahme zu Angehörigen, Entlastungs- und Ansprechpartner von Angehörigen, Vermittler zwischen Patient/Klient und Angehörigen
- Stärken und Fördern, Wahrnehmen der gesunden Anteile

(nach SCHÄDLE-DEININGER in Bock/Weigand, S. 290)

werden oft weniger bewusst wahrgenommen, als die „traditionellen“ pflegerischen Tätigkeiten. Es wird dann versäumt, diese kompetente und gute Arbeit Außenstehenden auch zu verdeutlichen und sich damit auch selbst darzustellen. Insbesondere obige Aufgaben fordern sehr viel von der einzelnen Pflegekraft, es bedeutet

- das eigene Tun und sich selbst immer wieder in Frage stellen, die Bereitschaft dies zu tun, das Erreichte mit dem zu Pflegenden gemeinsam zu beleuchten
- nachzudenken über das Was und das Wie der eigenen Tätigkeit, das bewusste Tun, die Bereitschaft zu reflektieren

- das bewusste Wahrnehmen von Beziehungen, die Wichtigkeit der eigenen Person und der des anderen und das Wechselspiel von beidem

(SCHÄDLE-DEININGER in Bock/Weigand, S. 288)

Nur mit dieser Bereitschaft kann sich psychiatrische Pflege weiterentwickeln und den Beigeschmack einer Verwehr-Psychiatrie verlieren.

2.4.2. Ambulante psychiatrische Pflege im Besonderen

Ein Stiefkind der psychiatrischen Pflege ist nach wie vor die ambulante psychiatrische Pflege. Mit Ausnahme der Institutsambulanzen wird in ambulanten psychiatrischen Diensten Pflege kaum oder gar nicht angeboten. Die Gründe hierfür sind sicherlich vielschichtig. So sind vorhandene Stellen oft nur schwer mit erfahrenen Pflegekräften zu besetzen, da der Wechsel vom stationären in ambulanten Bereich den Wegfall der meisten Zuschläge und Zulagen bedeutet und somit die Bezahlung um mehrere hundert DM reduziert. Das Splitting von Grund- und Behandlungspflege ist aus psychiatrischer Sicht unsinnig und nicht vollziehbar, da Tätigkeiten der psychiatrischen Pflege oft weder dem einen noch dem anderen zuzuordnen sind. Gerade in der ambulanten psychiatrischen Pflege wird das „Behandlungsmonopol“ der ÄrztInnen deutlich, sie müssten pflegerische Tätigkeiten verordnen und bewerten. Was in der Praxis nahezu nicht geschieht, muss schon deshalb kritisch gesehen werden, da niedergelassene Nervenärzte und Psychiater kaum die fachliche Kompetenz haben dürften, psychiatrische Pflegemaßnahmen zu beurteilen. Die Aufteilung in Behandlungs- und Pflegefälle stellt eine Zwei-Klassen-Psychiatrie dar. Sie schafft im ambulanten Bereich erneut das Paradigma der Heilbaren und Unheilbaren, welches insbesondere im Bereich der Psychiatrie völlig unbrauchbar ist.

Um die psychiatrische Pflege im ambulanten Bereich zu stärken und damit den Aspekten der Dezentralisierung und Gemeindenähe gerecht zu werden, müssen sowohl Finanzierung, als auch Verordnungspraxis grundlegend verändert und auf die spezifi-

schen Bedürfnisse der psychisch Kranken zugeschnitten werden. Eine Stellenbemessung könnte sich an den Prinzipien der Psychiatrie-Personalverordnung für den stationären Bereich orientieren.

3. SCHLUSSTEIL

3.1. Zusammenfassung

Nach einer sehr langen Zeit, in der psychisch Kranke weggesperrt und verwahrt wurden, nach den schrecklichen Erfahrungen aus der Zeit des Dritten Reiches, begann Ende der 60er Jahre ein Umdenkungsprozess in Sachen Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Die 1971 gegründete Psychiatrie-Enquête stellte katastrophale Zustände bei der Versorgung psychisch Kranker fest. Neben der sofortigen Verbesserung der Lebensumstände psychisch Kranker, forderte sie die gemeindenahe Reintegration durch den Aufbau und die Koordination bedarfsgerechter Versorgungsdienste und die Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranken. Diese Forderungen wurden in verschiedenen Modellprojekten praktisch erprobt und 1988 durch die Empfehlungen der Expertenkommission bestätigt.

Obwohl detaillierte Reformansätze spätestens seit dieser Zeit bekannt und anerkannt sind, bestehen bis heute große Unterschiede in der Umsetzung der Empfehlungen, als auch auf verschiedenen Gebieten immense Defizite. Bedingt durch die Zuständigkeit z.B. der Bezirke, bestehen heute Gebiete in denen die psychiatrische Versorgung einen sehr hohen Standard hat und nur wenig von Ziel der Psychiatrie-Reform entfernt ist. Andererseits existieren Regionen deren Entwicklungen nur sehr bruchstückhaft mit den Empfehlungen der Expertenkommission übereinstimmen.

Während in Ballungsgebieten und vornehmlich für „heilbare“ Akutkranke durchaus deutliche Verbesserungen stattgefunden haben, bleiben die „unheilbaren“ gerontopsychiatrischen und Langzeitpatienten deutlich hinter der Entwicklung zurück.

Immer noch scheint ein grundlegendes und dauerhaftes Umdenken, vor allem bei Verantwortlichen auf der Ebene der Politik und Kostenträger, nicht stattgefunden zu haben. Weiterhin existiert real eine Zwei-Klassen-Psychiatrie und weiterhin bestimmt einseitiges Finanzdenken die Möglichkeiten eines psychiatrischen Versorgungssystems.

Die allgegenwärtigen Leitlinien von Wirtschaftlichkeit und Kostenreduktion bestimmen wie human und rehabilitativ Psychiatrie sein kann. Obwohl Psychiatrie neben einer medizinischen Disziplin auch staatlich legitimierte Ordnungsmacht ist, scheint der Grundgedanke vom Heilbaren und Unheilbaren, der immer noch entscheidende Faktor bei der Frage nach Effizienz zu sein. Dass bei so wenig Spielraum nicht sowohl gesellschaftliche Ansprüche, als auch persönliche Bedürfnisse erfüllbar sind liegt auf der Hand. Da aber Psychiatrie eben auch ein gesellschaftliches Instrument ist, werden wohl letzten Endes die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen auf der Strecke bleiben.

Gerade die Pflege ist in diesem Dilemma gefordert, denn letztendlich sind es die Pflegekräfte, die Klima und Atmosphäre im psychiatrischen Alltag gestalten. Sie sind maßgebend ob nur die notwendige Grundpflege erfolgt oder ob die individuellen Bedürfnisse ihrer PatientInnen Beachtung finden. Um letzteren gerecht zu werden muss sich Pflege auf die eigenen Kompetenzen konzentrieren, sie muss aufreibende Beziehungsarbeit leisten und unendlich oft scheinbare Alltäglichkeiten zu Inhalt ihrer Tätigkeit machen. Um sich im ständigen Hin und Her zwischen Nähe und Distanz, unter laufender Selbstreflektion behaupten zu können, braucht unsere Berufsgruppe ein starkes Selbstbewusstsein. Dies ist aber nur zu erreichen, wenn sich die Pflege ihre eigenen Stärken und Fähigkeiten bewusst macht und dies auch überzeugend nach außen vertritt. Die wirkliche Emanzipation der Pflege ist neben fachlicher Kompetenz der entscheidende Weg, um gerade in der Psychiatrie ein menschliches Miteinander zu ermöglichen und nicht nur institutionelle Belange umzusetzen.

3.2. Resümee

Als ich mich zu Beginn meiner Facharbeit näher mit der Psychiatrie-Enquête und den Empfehlungen der Expertenkommission beschäftigte, wunderte ich mich wie viel gute Ansätze doch schon seit 20 Jahren bekannt sind. Allerdings fragte ich mich ebenso schnell, warum dann so wenig davon umgesetzt wird. Mit zunehmender Erarbeitung des Themas begriff ich, dass die Psychiatrie-Reform nicht etwa eine humanitär-demokratische Entwicklung ist, sondern ein politisch-gesellschaftliches Thema bei dem wie üblich unterschiedliche Eigeninteressen, ideologischer Lobbyismus und Parteistrategien eine bedeutende Rolle spielen. Nicht etwa die Wichtigkeit der Psychiatriefrage bestimmte und bestimmt die zur Verfügung stehenden Finanzen, sondern die Finanzen die Wichtigkeit des Anliegens. Die Beeinflussung dieser Prozesse ist nur sehr eingeschränkt möglich und wenn, dann nur über die Mechanismen der allgemeinen gesellschaftlichen Willens- und Meinungsbildung. Als in der Psychiatrie Tätige haben wir aber Möglichkeiten unsere eigene Einstellung kund zu tun und in Teilen auch zu praktizieren. Jede und jeder Einzelne ist dafür verantwortlich wie viel Menschlichkeit im täglichen Miteinander verwirklicht wird und dazu ist keine offizielle Reform, kein politischer Konsens und kein Finanzplan notwendig. Vielleicht kann eine ehrliche Psychiatrie-Reform, wie viele andere gesellschaftliche Veränderungen zuvor, sowieso nur von unten beginnen.

Schließen möchte ich mit einem Zitat von Dr. Anton SCHLÖSSER:

„Nur das Bewusstsein, dass die Grenzen der Vernunft wie die Unvernunft zu uns, zum allgemein Menschlichen gehören, gibt uns Spielräume für die Formulierung der Psychiatriefrage in einer menschlichen Gesellschaft. Eine Kultur, die Fortschritt und Emanzipation mit dem Wissen verbindet, dass uns dieses Terrain nicht ärmer und elender, kränker, labiler, anfälliger macht, sondern dass uns seine Einbeziehung reicher macht, unser ganzes Wesen mehr berücksichtigt, kann von der Formulierung der psychiatrischen Frage profitieren. Menschlichkeit gehört zu einer vernünftigen und funktionierenden Infrastruktur.“

4. ANHANG

4.1. Literaturnachweis

* INTERVIEWS : *Umbau des Sozialstaates auf dem Rücken psychisch Kranker?* In: Kerbe - Die Fachzeitschrift der Sozialpsychiatrie 2/96. Verband evangelischer Einrichtungen für Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung im Diakonischen Werk der EKD, Stuttgart

ARMBRUSTER, JÜRGEN ET AL. : *Soziale Marktwirtschaft in der Psychiatrie?* In: Kerbe - Die Fachzeitschrift der Sozialpsychiatrie 1/94. Verband evangelischer Einrichtungen für Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung im Diakonischen Werk der EKD, Stuttgart

BALLKE, WOLFGANG / KLUDAS, ELISABETH : *Selektion der Sozialpsychiatrie: Heimbewohner.* Beitrag zum XIV. Weltkongress für Soziale Psychiatrie, Hamburg 1994

BARTHOLOMEYCZIK, SABINE : *Humanität und Wirtschaftlichkeit - unüberbrückbare Gegensätze in der Pflege?* In: Die Schwester/Der Pfleger - Fachzeitschrift für Pflegeberufe 10/95. Bibliomed-Verlag, Melsungen

BATTEGAY, RAYMOND : *Grundlagen und Methoden der Sozialpsychiatrie.* Verlag f. Med. Psychologie bei Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1977

BAUER, MANFRED : *Unter der Lupe - Stellungnahme der Bundesregierung zu den Empfehlungen der Experten-Kommission.* In: Kerbe - Die Fachzeitschrift der Sozialpsychiatrie 2/92. Verband evangelischer Einrichtungen für Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung im Diakonischen Werk der EKD, Stuttgart

BAUER, MANFRED : *Zehn Jahre Enquête: was wir aus England gelernt haben.* In: Kerbe - Die Fachzeitschrift der Sozialpsychiatrie 1/85. Verband evangelischer Einrichtungen für Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung im Diakonischen Werk der EKD, Stuttgart

BAY. STAATSMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG : *Zweiter Bayerischer Landesplan zur Versorgung psychisch Kranker und psychisch Behinderter.* München 1990

BERGER, HARTMUT : *Psychiatrische Versorgung und Lebensqualität.* Beitrag zum XIV. Weltkongress für Soziale Psychiatrie, Hamburg 1994

- BERNARDIS, HARRY / SCHULTE, THOMAS : *Die Wiederentdeckung des Subjektes in der Sozialpsychiatrie vor dem Hintergrund des gesellschaftlichen Wandels.* Beitrag zum XIV. Weltkongress für Soziale Psychiatrie, Hamburg 1994
- BEZIRK MITTELFRANKEN : *Bedarfsplan für die Versorgung psychisch Kranker in Mittelfranken.* Ansbach 1992
- BOCK, THOMAS (Hrsg.) : *Abschied von Babylon - Verständigung über Grenzen in der Psychiatrie.* Psychiatrie-Verlag, Bonn 1995
- BOCK, THOMAS / WEIGAND, HILDEGARD : *Hand-werks-buch Psychiatrie.* Psychiatrie-Verlag, Bonn 1992
- BÖNDELL, THOMAS : *Gemeindepsychiatrie in Schleswig-Holstein.*
In: Brückenschlag Heft 4. Die Brücke Neumünster e.V. 1988
- BONGARTZ, DIETER / GOEB, ALEXANDER : *Irrwege - Ein Psychiatrie-Buch.* Rowohlt, Reinbek bei Hamburg 1981
- BUNDESMINISTER FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT: *Empfehlung der Expertenkommission der Bunderregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen ... Bereich.* Bonn 1988
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT : *Grundlagen der Personalbemessung in der stationären Psychiatrie (Psych-PV).* Bonn 1990
- CIOMPI, LUC (Hrsg.) : *Sozialpsychiatrische Lernfälle.* Psychiatrie-Verlag, Bonn 1994
- DIENSTSTELLEN DES BEZIRK MITTELFRANKEN ET AL. : *Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung in Bayern; Stellungnahme zur Umsetzung in Mittelfranken.* 1996/1997
- DÖRNER, KLAUS (Hrsg.): *Jetzt wird's ernst - die Psychiatrie-Reform beginnt !* Verlag Jakob van Hoddis, Gütersloh 1990
- DÖRNER, KLAUS / PLOG, URSULA : *Irren ist menschlich.* Psychiatrie-Verlag, Bonn 1990
- FELGNER, LUTZ : *Psychiatrische Pflege heute.*
In: Die Schwester/Der Pfleger - Fachzeitschrift für Pflegeberufe 03/96. Bibliomed-Verlag, Melsungen.

- FINZEN, ASMUS / SCHÄDLE-DEININGER, HILDE : „*Unter elenden menschenunwürdigen Umständen*“ *Die Psychiatrie-Enquête*. Psychiatrie-Verlag, Wunstorf 1979
- FINZEN, ASMUS : *Einstellungswandel zu psychisch Kranken im Bewußtsein der Gesellschaft*. In: Kerbe - Die Fachzeitschrift der Sozialpsychiatrie 2/92. Verband evangelischer Einrichtungen für Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung im Diakonischen Werk der EKD, Stuttgart
- IRLE, GERHARD : *Zehn Jahre Enquête - gehts weiter?* In: Kerbe - Die Fachzeitschrift der Sozialpsychiatrie 1/85. Verband evangelischer Einrichtungen für Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung im Diakonischen Werk der EKD, Stuttgart
- JERVIS, GIOVANNI : *Die offene Institution - Über Psychiatrie und Politik*. Syndikat, Frankfurt am Main 1979
- KAYSER, HANS : *Ethische Aspekte in der Sozialpsychiatrie*. In: Kerbe - Die Fachzeitschrift der Sozialpsychiatrie 2/92. Verband evangelischer Einrichtungen für Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung im Diakonischen Werk der EKD, Stuttgart
- KLEEBERG, ANNETTE : *Mein Partner in der Gemeinde - der Fachkrankenpfleger*. In: Psych. Pflege Heute 1/95. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.
- LOHR-WIEGMANN, URSULA : *Psychiatrische Fachkrankenpflege in der Gemeinde*. Beitrag zum XIV. Weltkongress für Soziale Psychiatrie, Hamburg 1994
- LUGER, HANS : *Entpsychiatisierung - vom Schlagwort zur Praxis - über die Arbeit im KomRum in Berlin*. In: Brückenschlag Heft 5. Die Brücke Neumünster e.V. 1989
- MINISTERIUM FÜR ARBEIT, SOZIALES UND GESUNDHEIT RHEINLAND-PFALZ : *Gemeindenahe Psychiatrie*. Mainz 1996
- MÖLLENHOFF, HANNELORE : *Neue Wege in der psychiatrischen Pflege*. In: Die Schwester/Der Pfleger - Fachzeitschrift für Pflegeberufe 10/95. Bibliomed-Verlag, Melsungen.
- REIMER, FRITZ : *Ist die »Psychiatrie-Reform« gescheitert?* In: Kerbe - Die Fachzeitschrift der Sozialpsychiatrie 1/85. Verband evangelischer Einrichtungen für Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung im Diakonischen Werk der EKD, Stuttgart

- RICHTER, DIRK : *Die verpaßten Chancen - Subjektive Anmerkungen zur psychiatrischen Pflege in der Bundesrepublik Deutschland*. In: Psych. Pflege Heute 2/96. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.
- SCHÄDLE-DEININGER, HILDE (Hrsg.) : *Pflege, Pflege-Not, Pflege-Not-Stand. Entwicklungen psychiatrischer Pflege*. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main 1994
- SCHLÖSSER, ANTON : *Psychiatrie und Marktwirtschaft*. Beitrag zum XIV. Weltkongress für Soziale Psychiatrie, Hamburg 1994
- SCHMID-FURSTOSS, ULRICH : *Abgeschoben - Fehlplaziert? Zur Situation älter werdender psychisch kranker Menschen*. In: Kerbe - Die Fachzeitschrift der Sozialpsychiatrie 2/96. Verband evangelischer Einrichtungen für Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung im Diakonischen Werk der EKD, Stuttgart
- SPENGLER, ANDREAS / PETERSON, CHRISTINE / MAIBAUM, REINHOLD : *Entlassung alter Langzeitpatienten in Heime: Empirische Daten*. Beitrag zum XIV. Weltkongress für Soziale Psychiatrie, Hamburg 1994
- URBAHN, THEISS : *Soziale Psychiatrie und Marktwirtschaft - Zur Perspektive eines Gegensatzes*. Beitrag zum XIV. Weltkongress für Soziale Psychiatrie, Hamburg 1994
- VERBAND DER BAYERISCHEN BEZIRKE : *Psychisch Langzeitkranke - vergessene Patienten?* München 1993
- VIETEN, BERNWARD / INGENLEUF, HANS-JOSEF / WILM, BURKHARD : *Die Enthospitalisierung chronisch psychisch Kranker*. Beitrag zum XIV. Weltkongress für Soziale Psychiatrie, Hamburg 1994
- VON WEIZÄCKER, RICHARD : *Es ist normal, verschieden zu sein*. In: Brückenschlag Heft 10. Die Brücke Neumünster e.V. 1994
- WIEGMANN, WOLFGANG : *Gerontopsychiatrie - die weitgehendst verpaßte Reform von der muralen zur extramuralen Versorgung*. Beitrag zum XIV. Weltkongress für Soziale Psychiatrie, Hamburg 1994
- ZERLER, MATTHIAS : *Ethische Aspekte des Enthospitalisierungsprozesses*. In: Psych. Pflege Heute 1/95. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.