

DAS PSYCHIATRIE-KONZEPT IN DEUTSCHLAND

H. Kunze (Kassel, Germany)

Аннотация. Дается анализ эволюционных процессов в психиатрии в Германии, которые происходили за последние 50 лет. Показаны изменения в понимании психической болезни, отмечены тенденции к интеграции психиатрии, психотерапии и социотерапии, движения от стигматизации к оценочному отношению и правам человека (больного), раскрывается суть биопсихосоциальной модели болезни, отношений между реформой психиатрии и политики.

Ключевые слова: психиатрия; эволюционные процессы; психическая болезнь; интеграция; психотерапия; социотерапия; права человека; стигматизация; биопсихосоциальная модель.

Einleitung: Das heutige Konzept will ich aus einem Vergleich mit der Situation vor einem halben Jahrhundert herleiten. Im Laufe der Jahrzehnte fand ein evolutionärer Prozess statt. Mit Blick auf die Unterschiede im Querschnitt nach Jahrzehnten kann man von einem revolutionären Ergebnis sprechen. Auf 6 Ebenen will ich eingehen, die in Wechselwirkung miteinander stehen:

1. Verständnis von Krankheit und Behandlung.
2. System der Versorgung in der Gesellschaft.
3. Stigma, Wertschätzung, Integration. Menschenrechte.
4. WHO-Konzept: Bio-Psycho-Soziales Modell.
5. Positive Bedeutung für Patienten und Angehörige.
6. Psychiatrie-Reform als gesellschaftlicher und politischer Prozess.

1. Verständnis von psychischer Krankheit.

A. Früher:

– Die psychisch erkrankte Person wurde isoliert von äußeren Einflüssen wie Familie, Lebensgeschichte, sozialem Kontext gesehen («Monade»).

– Die Krankheit wurde als nur durch Naturgesetze bestimmter Prozess aufgefasst, das subjektive Erleben der Krankheit durch die betroffene Person und die Angehörigen war für die Psychiatrie außer für diagnostische Zwecke unwichtig.

– Therapeutische Hoffnungslosigkeit und Nihilismus waren vorherrschend. Patienten und Angehörige waren Objekte paternalistisch-autoritärer Versorgung.

B. Sackgassen – 3 Versuche, diese Situation zu überwinden. Monokausale/ein-dimensionale Ansätze, aber je mit Anspruch auf allgemeine Gültigkeit, für Krankheit, Diagnostik und Therapie:

- Biologischer Ansatz – nur körperlicher Prozess.
- Psychotherapeutischer Ansatz – nur psychischer Prozess.

Soziologischer Ansatz – nur sozialer Prozess (z. B. abweichendes Verhalten wird von der Psychiatrie durch Etikettierung/Labeling als Krankheit definiert, psychische Erkrankung also eine Erfindung der Psychiater).

Definitions-Macht wurde beansprucht: *allein* von Ärzten *oder* von Psychotherapeuten *oder* von Sozialwissenschaftlern.

C. Konstruktiver Weg – heute international anerkannt (siehe World Health Organisation AVHO):

- Integration von Psychiatrie – Psychotherapie – Sozialtherapie.
- Multi-professionelle Behandlung.
- Bessere Behandlung durch Integration von medikamentösen, psychotherapeutischen und sozialtherapeutischen Ansätzen (in unterschiedlicher Gewichtung je nach Krankheitsverlauf), wissenschaftlicher Fortschritt.

Grundprinzipien: *Personenzentrierter Ansatz* – es geht darum, was den Patienten und den Angehörigen nützt, und nicht welche Lehrmeinung recht hat.

Die Diagnostik und Therapie sowie die Organisation der Behandlungsprozesse haben sich nach dem Bedarf der Patienten zu richten und nicht der Bedarf der Patienten nach den Therapieschulen und den Behandlungsangeboten.

Der wissenschaftliche Fortschritt ist *Evidenz*-basiert und nicht mehr *Eminenz*-basiert!

2. System der Versorgung.

A. Früher. Eine Psychiatrische Anstalt war zuständig für ein riesiges Gebiet (±eine Million Einwohner) – Teil der Armenfürsorge.

Als «Heil- und Pflegeanstalt» mußte sie all die Problempersonen aufnehmen, für die andere Fachgebiete, Dienste und Einrichtungen sich selber nicht (mehr) für zuständig erklärten. Und die Anstalt wurde von der Gesellschaft in Bezug auf die Ausstattung (Gebäude, Personal) entsprechend dem vorherrschenden Stigma vernachlässigt.

Folgen:

- Wer nicht gesund wurde, blieb «lebenslanglich» in der Anstalt, weil außerhalb (fast) keine professionellen Dienste verfügbar waren.

- Gesellschaft *ohne* Erfahrung und Kompetenz im Umgang mit psychisch kranken Menschen (Behörden, Polizei, niedergelassene (somatische) Ärzte und Krankenhäuser, Nachbarn, Angehörige).

- «Hospitalismus», damit ist hier bezeichnet: Schädigung der Patienten durch das lange Anstaltsleben: Zum Teil waren als Symptome definierte Verhaltensauffälligkeiten und Beeinträchtigungen der Alltagskompetenz (Behinderungen) der Patienten die Folge des Anstaltslebens und nicht der Krankheit.

B. System der Versorgung – heute: Prinzip Gleichstellung von psychisch mit somatisch kranken und behinderten Menschen:

- Wohnortnahe Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung – Ausgliederung von Anfang an verhindern.

– Frühe Behandlung zu Beginn der Erkrankung, statt Verleugnung so lange wie möglich und bis die eingetretenen Folgeschäden unerträglich geworden sind.

– Familie, Nachbarschaft, Vermieter zum Umgang mit psychisch kranken Mitmenschen befähigen, ebenso somatische Ärzte. Krankenhäuser, Beratungsstellen, Betriebe, Behörden und andere.

Psychiatrische Klinik – andere Funktion:

– Zuständig für *Behandlung*, so kurz wie möglich stationär, auch Tagesbehandlung, auch ambulant, siehe Funktion der «Heilanstalt».

– Personelle und räumliche Ausstattung entsprechend der Aufgabe und allgemeinem gesellschaftlichen Standard. Eine Klinik ist kein Ort zum Leben auf Dauer!

Funktion der «Pflegeanstalt» geht über an professionelle Dienste und Einrichtungen zur *Unterstützung im Alltag da wo die Menschen leben wollen*: Wohnen. Arbeit und Beschäftigung, Freizeit

Voraussetzungen:

– Zugang zur allgemeinen Sozialversicherung für Krankheit, Rente und Rehabilitation, Arbeitslosigkeit; Wohnrecht in der Heimatgemeinde; Sozialhilfe (staatlich finanziert aus Steuern).

– Psychiatrische Klinik: Teil des Medizinsystems und damit auch des Krankenhaussystems. Professionelle Dienste zur Unterstützung im Alltag: integriert in Städten und Kreisen, Teil der Behindertenhilfe.

Menschenrechte gelten auch für psychisch Kranke z. B. UN-Konvention für Menschen mit Behinderung. Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland usw. z. B. Wahlrecht. Personen mit psychischen Erkrankungen werden als Nachbarn, Gäste in Urlaubsorten, Teilnehmer im öffentlichen Nahverkehr ... als Mitbürgerinnen und Mitbürger in der Nachbarschaft akzeptiert.

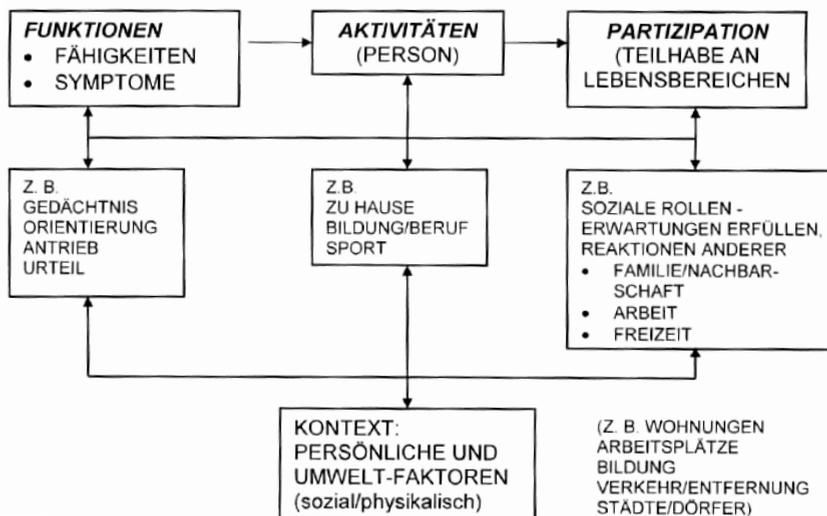
3. Von Stigma zu Wertschätzung, Integration, Menschenrechten.

Stigma: Extremfälle («unverständlich, hoffnungslos, gefährlich...»), in den Medien oft als allgemein gültig dargestellt) bestätigen alte Ängste, denen keine konkreten und konstruktiven Erfahrungen gegenüber stehen. Dies führt zum Ausschluss von Menschen mit psychischen Erkrankungen aus der Gesellschaft: ohne Recht auf wirksame Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung, ohne Wohn-/Wahlrecht usw., ohne Bürgerrechte. Eine Gesellschaft ohne Erfahrung mit konstruktivem Umgang mit psychisch Kranken bleibt den Vorurteilen (die zum Teil von früher verbreiteten Experten-Urteilen auch der Psychiatrie gestützt wurden) ausgeliefert (= Teufelskreis abwärts).

Die besten Antistigma-Kampagnen: «Tue Gutes (gute psychiatrische Versorgung) und rede darüber» (in den Medien, erfolgreich behandelte Patienten und ihre Angehörigen sprechen über ihre Erfahrungen, organisiert in Verbänden, Erfolge (gesellschaftliche Anerkennung in den Medien, auch für Politik und Verwaltungen) schaffen).

4. WHO-KONZEPT: Das Bio-Psycho-Soziales Modell.

1975: KONZEPT DER KRANKHEITS-FOLGEN
HEUTE: INTERNATIONAL CONCEPT OF FUNKTIONEN AND HEALTH PROBLEMS – GILT FÜR ALLE KRANKHEITEN! (ICF)



Diese Abbildung veranschaulicht unter Bezugnahme auf die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) beispielhaft die unterschiedlichen möglichen Auswirkungen und Folgen einer psychischen Erkrankung und lässt die Wechselwirkungen zwischen den Ebenen der Funktionen, der Aktivitäten und der Partizipation/Teilhabe an Lebensbereichen erkennen.

Sie verdeutlicht damit, dass es sich bei psychischen Erkrankungen, insbesondere bei einem chronischen Verlauf, um ein komplexes Geschehen handelt, bei dem stabilisierende oder belastende Einflüsse in den verschiedenen Lebensbereichen durch Rückkopplungseffekte miteinander verbunden sind.

Die Ermittlung des Hilfebedarfs erfordert daher eine genaue Kenntnis der Person des erkrankten Menschen, der vorhandenen und beeinträchtigten Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie des sozialen Umfeldes mit den vielfältigen Wechselwirkungen.

«Psychische Behinderung» ist ein dynamischer Prozess und nicht eine statische Eigenschaft einer Person.

Hinweis: Hier geht es um die wegweisende Darstellung der Wechselwirkungen zwischen «Funktionen, Aktivitäten und Partizipation». Die Anwendung des dazu gehörigen WHO-Konzeptes zur Kodifizierung von entsprechenden konkreten Befunden ist nicht ohne differenzierte Berücksichtigung von Zweck und Aufwand zu empfehlen.

5. Positive Bedeutung für Patienten und Angehörige. Patienten und Angehörige: sie werden von Objekten zu Subjekten, deren subjektive Sorgen in Bezug auf ihre Krankheit und Biographie ihre Vorstellungen dazu, ihre Fähigkeiten und Ziele in der Behandlung ernst genommen werden: «Behandlung wird verhandelt», Patienten und Angehörige übernehmen Mitverantwortung im Diagnostik – und Behandlungsprozess, sie werden Experten für die Krankheit und Behandlung.

Das wird gefordert nicht nur in den therapeutischen Gesprächen sondern auch durch Kurse, Dialog-Seminare, Informationen im Internet und Sachbücher in großen Verlagen, die sich an das nicht-fachliche aber interessierte Publikum wenden, z. B. Bücher von dem Schweizer Psychiatrie-Professor Daniel Hell: Schizophrenien – Verständnisgrundlagen und Orientierungshilfen (in russischer Übersetzung erschienen im Verlag Aletheia (*?? Richtis??*), Moskau 1998: ISBN 5-89321-011-5, sowie weitere Literatur).

Das mehrdimensionale Konzept von Krankheit und Behinderung unterstützt kreativen Optimismus («Recovery»), sodass viel mehr Menschen als früher ein möglichst selbst bestimmtes und zufriedenes Leben auch mit einer chronischen psychischen Erkrankung erreichen können.

6. Psychiatric-Reform und Politik. Etwa um 1970 wurden, unterstützt vom Zeitgeist der auch die «Studentenrevolte» gefordert hat, die «elenden, zum Teil als menschenunwürdig zu bezeichnenden Umstände in den psychiatrischen Anstalten und der Mangel an wohnortnahen psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten ein Skandal-Thema, das die Medien der Bundesrepublik und den Deutschen Bundestag erreichte. Der Deutsche Bundestag beauftragte eine Expertenkommission, eine Analyse der psychiatrischen Versorgung und Empfehlungen zu ihrer umfassenden Reform zu erarbeiten. Das Ergebnis war die «Psychiatrie-Enquete» (1975), die seitdem als Richtschnur eine breite Wirkung auf allen Ebenen der Politik, Verwaltung und in der Gesellschaft entfaltete und deren Prinzipien noch heute gelten.

Als wichtige Grundlage entstand damals ein Bündnis zwischen der psychiatrischen Fachwelt und der Politik, das in der Gründung der AKTION PSYCHISCH KRANKE E.V. konkretisiert wurde: ein vom Bundesgesundheitsministerium geforderter Verein, in dessen Vorstand von jeder Fraktion des Bundestages ein(e) Abgeordnete(r) Vertreter mitarbeitet. Den Posten des 1. Vorsitzenden übernimmt ein Abgeordneter der Fraktionen, die die Regierung bilden. Die erste große Aufgabe war die Enquete von 1975, aber diese – Parteien, Fachgesellschaften, und Interessenverbände übergreifende – Zusammenarbeit, die den Bedarf und die Bedürfnisse der Betroffenen, der Patienten und Angehörigen, in den Mittelpunkt rückt, wirkt bis heute fort. (Sie unterscheidet sich von den politischen Lobby-Gruppen, die die Interessen von z. B. Krankenhäusern, Berufsgruppen, Kostenträgern, kurz Eigeninteressen vertreten.) – Diese Psychiatrie-Politik lebt davon, dass die Probleme der psychiatrischen Versorgung nicht mehr eine Angelegenheit von wenig

beachteten Fachleuten sind, sondern ein gesellschaftliches Thema. Mehr dazu unter www.apk-ev.de.

Literatur

1. *25 Jahre Psychiatrie-Enquete* / hrsg. Aktion Psychisch Kranke. Bonn : Psychiatrie-Verlag, 2001. Bd 1 & 2.

2. *Psychiatric reform in Europe* / eds. by T. Becker, M. Bauer, W. Rutz, Aktion Psychisch Kranke // *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*. 2001. Vol. 104, № 410. P. 27–34.

3. *Kunze H. Luithlen E: Reform of Psychiatric Services in Germany: The Impact of the Federal Directive on Staffing for Psychiatric Hospitals and the Guidelines for Services for the Chronic Mentally Ill* / eds. by E. Wopert, K. Maurer, A.H. Rifai, E.U. Vorbach, M. Hambrecht ; World Psychiatric Association. Heidelberg : Universitätsverlag Winter, 2006. URL: <http://dnb.ddb.de>

4. *Kunze H., Becker T., Priebe S. Reform of psychiatric services in Germany: hospital staffing directive and commissioning of community care* // *Psychiatric Bulletin*. 2004. № 28. P. 218–221.

5. *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker Menschen*. Frankfurt-Main : Arbeitshilfe, 2003. URL: www.bar-frankfurt.de/Arbeitslilfen.bar

6. *World Health Organisation: International Classification of Functioning, Disability, and Health Problems*, 2001.

THE CONCEPT OF PSYCHIATRY IN GERMANY

Kunze G. (Kassel, Germany)

Summary. The article presents an analysis of the evolutionary processes in psychiatry in Germany, which took place over the past 50 years. The changes in the understanding of mental illness, marked trend towards the integration of psychiatry, psychotherapy, and sociotherapy, movements from stigma to the estimated relative and Human Rights (the patient), reveals the essence of the bio-psycho-social model of the disease, the relationship between psychiatry and reform policy. **Keywords:** psychiatry, evolutionary processes, mental illness, integration, psychotherapy, sociotherapy, human rights, stigmatization, bio-psycho-socio model, relationships between the psychiatry reform and politic.

Kew words: psychiatry; evolutionary processes; mental illness; integration; psychotherapy; sociotherapy; human rights; stigmatization; bio-psycho-socio model.