

Erich Wulff

## **Therapeutische Gemeinschaft und Sektorprinzip**

### **Konflikte bei psychiatrischen Reformen\***

Die psychiatrischen Reformen, die heute in der BRD auf der Tagesordnung stehen, lassen sich aufgliedern in folgende zwei Hauptzielrichtungen:

1. Die Humanisierung der existierenden psychiatrischen Einrichtungen, vor allem der psychiatrischen Großkrankenhäuser und der Kliniken. Diese Humanisierung zielt auf einen Abbau therapeutisch überflüssig gewordener Beschränkungen der Freiheiten und Rechte der Patienten, auf ihre aktive Einbeziehung in den therapeutischen Prozeß und die Zusammenarbeit mit der Therapeutengruppe, die ihrerseits sich von ihren hierarchisch strukturierten Autoritätsbeziehungen emanzipieren und deren Kommunikationsweise zu einem Identifikationsvorbild für die Patienten werden soll. Diese Zielrichtung der inneren Reformen, die vor allem eine Veränderung therapeutischen Stils im Auge hat, ist unter dem Stichwort „therapeutische Gemeinschaft“ bekannt geworden.

2. Die zweite Reformtendenz zielt auf eine strukturelle Veränderung der psychiatrischen Krankenversorgung. Diese soll „gemeindenah“, d. h. wohnort- und arbeitsplatznah werden, was einerseits die Einrichtung von zahlreichen psychiatrischen Einrichtungen an Allgemeinkrankenhäusern unter allmählicher Schrumpfung der großen Asyle, andererseits die Schaffung von nicht- oder teilstationären Behandlungsplätzen und flankierenden Einrichtungen (Tag- und Nachtkliniken und Wohn- und Übergangsheimen, beschützenden Werkstätten, Beratungsstellen und Ambulanzen) voraussetzt. Zu den strukturellen Veränderungen, die gefordert werden, gehört aber auch das Prinzip einer kontinuierlichen — ambulanten, teilstationären und stationären — Betreuung der Patienten durch die gleiche Institution und — wenn möglich — auch durch das gleiche Team. Diese zweite, strukturelle Reform wird in der Folge mit dem Stichwort „Sektorprinzip“ bezeichnet.

Beide Reformziele sind in der BRD, aber nicht nur dort, in eine gewisse Rivalität zueinander geraten. Zudem haben die Versuche, sie in die Wirklichkeit zu überführen, zu einer Reihe von Konflikten geführt, die mit den Widersprüchen zusammenhängen, die bei ihrer konsequenten Praktizierung ans Tageslicht drängen. Das Aufbrechen dieser Widersprüche wird allerdings häufig durch selektive Ausblendungen der Realität und die Installierung von entsprechend verengten begrifflichen Rastern zur Rechtfertigung gerade dieser Ausblendung verzögert. Von der institutionsbedingten Dynamik einiger solcher Konflikte soll im folgenden die Rede sein.

\* Antrittsvorlesung an der Medizinischen Hochschule Hannover, am 27. 6. 1975.

Gehen wir vom Reformansatz der therapeutischen Gemeinschaft aus. Ich will hier die oft beschriebenen Rollenkonflikte nicht weiter behandeln, die bei allzu raschem und unreflektiertem Abbau der bisherigen Arbeitsteilungen und Statuspositionen entstehen können; ich will auch nicht die Konflikte mit den Anstaltsleitungen, der Verwaltungsbürokratie oder den Pflegeleitungen ansprechen, in die eine Gruppe von Reformern bei ihren Veränderungsversuchen hineingeraten kann. Diese Konflikte sind zu handhaben, wenn man von einer richtigen Einschätzung der Machtverhältnisse an den zu reformierenden Institutionen ausgeht und sich ferner bewußt macht, daß Reformen weder auf Kosten nötiger Sachkompetenz noch auf Kosten der Freizeit und von schwer zu verkraftenden Mehrfachbelastungen des Pflegepersonals gehen dürfen. Vielmehr will ich mich auf die konflikthaften Auswirkungen der therapeutischen Gemeinschaft auf die Krankenversorgung in der betroffenen und in den benachbarten Institutionen beschränken.

Wird eine therapeutische Gemeinschaft — beispielsweise auf einer Station einer psychiatrischen Universitätsklinik — eingerichtet, so verlängert sich nach einiger Zeit die durchschnittliche Verweildauer der Patienten. Dies ist leicht einzusehen: denn mit dem neuen therapeutischen Konzept wachsen auch die therapeutischen Ansprüche. Bald gibt man sich nicht mehr mit einer symptomatischen Therapie zufrieden, sondern versucht die Persönlichkeitsstruktur der Patienten mit Hilfe des neu entwickelten Instrumentariums — gruppentherapeutische Aktivitäten, zunehmende Mitbeteiligung der Patienten am therapeutischen Prozeß, Bearbeitung der Interaktionen der Patienten und Therapeuten — so zu beeinflussen, daß die Patienten in Zukunft bei Belastungen nicht mehr sogleich mit psychiatrischen Symptomen reagieren müssen. Ein solches Ziel läßt sich aber zumeist nur durch längere Behandlungszeiten erreichen.

Zweitens ändert sich aber nach einiger Zeit auch die Zusammensetzung der Patienten auf der Station. Da zumindestens kein stationsbezogener Aufnahmeweg herrscht und das Bedürfnis nach verbal ausdrucksfähigen Kranken wächst, mit denen sich — wie man sagt — „besser arbeiten läßt“, verschwinden langsam die hirnrorganisch abgebauten, die älteren, die depressiven, die verbal wenig ausdrucksfähigen Patienten von der Station. Die typische Population der therapeutischen Gemeinschaft installiert sich: junge, dynamische, intelligente, rhetorisch geschickte Patienten; häufig sind es Schüler, Studenten, Jungakademiker, Angehörige sozialer Berufe mit „interessanten“ psychotischen oder charakterneurotischen Symptombildern. Diese Selektion verstärkt sich noch dadurch, daß neuartige therapeutische Stile sich gerade bei den genannten Patientenpopulationen und ihren Angehörigen schneller herumsprechen und so das Angebot an ihnen überall dort, wo keine regionale Aufnahmeverpflichtung herrscht, sehr schnell anwächst.

Die von der Station abgewiesenen Patienten müssen natürlich anderswo versorgt werden. In einer ersten Entwicklungsphase sind dies die übrigen Stationen des Hauses. In ihnen sammeln sich jetzt die hirnrorganisch kranken, depressiven, defekten, weniger ausdrucksfähigen Patienten. Die dort Arbeitenden empfinden dies als ein Abschieben von therapeutisch weniger „dankbaren“ Patienten in ihren Bereich. Zudem erfahren sie die größeren

Freiheiten, die nun auf der reformierten Station eingeführt werden, als eine Herausforderung. Es kommt zu Auseinandersetzungen zwischen reformierten und traditionell geführten Stationen, in denen die ersteren den letzteren Brutalisierung von Patienten, Produktion von Hospitalismusschäden, letzteren den ersteren Chaotisierung, untherapeutische Verwöhnungshaltung oder gar sexuelle Hemmungslosigkeit vorwerfen. Die Spannung läßt sich nur auf zwei Wegen lösen: dadurch, daß es den traditionellen Stationen gelingt, genügend mächtige Verbündete zu finden, um das Reformexperiment auf dem Dienstweg zu liquidieren, oder aber dadurch, daß sie selber den neuen Therapiestil übernehmen.

Nehmen wir an, das letztere geschieht. Im Inneren der Klinik würden die Konflikte dann zu Rivalitäten der Stationen untereinander reduziert. Sie treten jedoch im Außenverhältnis der Klinik in verschärfter Form wieder auf. Die niedergelassenen Nervenärzte und Praktiker bekommen dann mehr und mehr Schwierigkeiten, ihre traditionellen Universitätsklinik-Patienten — meist aus dem gehobenen Mittelstand — unterzubringen. Sie sind jetzt auch für diese privilegierte Klientel auf die aufnahmeverpflichteten Großkrankenhäuser angewiesen. Das bringt Ärger und Verstimmungen, die niedergelassenen Kollegen werden — verständlicherweise — empfänglicher für die Vorurteile, denen reformierte Institutionen ausgesetzt sind. Die Großkrankenhäuser empfinden sich ihrerseits — wie in der vorhergehenden Phase die nicht reformierten Stationen — als Abladeplätze für therapeutisch unergiebig oder unbequeme Patienten: sehr schnell werden beide Gruppen sich darüber einig, die Universitätsklinik suche sich nicht nur ihre Patienten aus, sondern mache überhaupt keine „richtige“ Psychiatrie mehr, behandle nur noch leicht Kranke, worunter dann alle verstanden werden, die in einem offeneren therapeutischen Rahmen (nur bedingt geschlossene Abteilungen, Geschlechtermischung usw.) betreut werden können. Hinzu kommt, daß durch die längere Verweildauer auf den reformierten Kliniken von diesen in der Zeiteinheit auch weniger Patienten versorgt werden können, was sich in einer — bei den Gesamtaufnahmezahlen allerdings unwesentlichen — höheren Aufnahmefrequenz der Großkrankenhäuser niederschlagen muß. So lautet dann auch der Hauptvorwurf der niedergelassenen Ärzte und der Großkrankenhäuser an die total reformierten Universitätskliniken: „Ihr macht ja gar keine Krankenversorgung mehr, sondern eine hobbyartige Elitepsychiatrie, ihr beschäftigt euch unverantwortlich lange mit den psychischen Problemen einer privilegierten Minderheit von leicht Kranken. Wenn ihr unsere Patienten und unsere Personalschlüssel hättet, könntet ihr auch nicht anders arbeiten, als wir es tun.“

Manche Großkrankenhäuser versuchen der Herausforderung reformierter Universitätskliniken dadurch zu begegnen, daß sie selber auf manchen ihrer Stationen therapeutische Gemeinschaften initiieren. Dies bringt — selbst wenn es noch nicht zur organisatorischen Umgestaltung wie der Ausgliederung eines „klinischen“ oder „psychotherapeutischen“ Funktionsbereiches mit besserem Personalschlüssel kommt — im Inneren der Großkrankenhäuser eine ähnliche Segregation der Kranken hervor, wie wir sie zunächst in der Universitätsklinik beschrieben hatten. Daß dann selbst in den Großkrankenhäusern die — auch von manchen anderen Interessen

geförderte — Tendenz sich Bahn brechen kann, die allerschwierigsten, die therapeutisch undankbarsten Kranken los werden zu wollen — etwa in private Rehabilitationsheime wie die „Sonnwende in Bad Dürkheim“ — ist leider nur allzu begreiflich. Geschieht dies, so steht zu befürchten, daß an diesem Punkt der Konflikt, der bisher die Entwicklung vorangetrieben hat, endgültig begraben wird. Mit der entscheidenden Ausnahme der aus den öffentlichen psychiatrischen Institutionen hinauskatapultierten Patienten sind alle Beteiligten zufriedengestellt.

Die zuletzt geschilderte Entwicklung hat sich allerdings bisher nur an wenigen Orten angedeutet, da Reformen dieses Typs selbst an den Universitätskliniken eher noch zu den Ausnahmen gehören. Die wesentlichen Konflikte werden noch innerhalb der Institutionen bzw. zwischen Universitätsklinik und Großkrankenhaus ausgetragen. Dabei sind die Vorwürfe der Traditionalisten an die Reformen: Elite- und Luxus-Psychiatrie, Ausscheren aus der Krankenversorgung, Behandlung nur noch von Leichtkranken — zweifellos nicht alle zutreffend. Sie enthalten aber einen realen Kern: Die Auswahl „passender“, allerdings durchaus nicht immer „leichter“ Kranker, findet tatsächlich statt, die Verweildauer verlängert sich wirklich, der Personalschlüssel liegt in den reformierten Institutionen in der Tat günstiger, und eine Großzahl von behandlungsbedürftigen Patienten kann auf den reformierten Stationen wirklich keinen Platz finden oder muß sehr lange Wartezeiten in Kauf nehmen. Diese Realität bedarf — gerade von Kollegen, die mit dem Anspruch der Humanisierung der Psychiatrie angetreten sind — einer Rechtfertigung — oder aber diese Realität muß — anders als durch die Verschiebung der Patienten — verändert werden. Zur Bewältigung dieses Konfliktes — des Widerspruchs zwischen dem für richtig befundenen therapeutischen Stil und den Versorgungsaufgaben — bieten sich folgende Lösungsversuche an:

Der erste bestünde darin, die getroffene Auswahl der Patienten, die langen Behandlungszeiten und den intensiven Einsatz von Personal nachträglich wissenschaftlich zu begründen: etwa mit dem Hinweis, bestimmte therapeutische Techniken eigneten sich nur für bestimmte Patienten, seien bei diesen aber auch besonders hilfreich und wirkungsvoll. Die therapeutische Gemeinschaft in ihren verschiedenen Verwirklichungsformen wird hier von einem Humanisierungsversuch für alle oder doch die meisten Patienten zu einem bestimmten therapeutischen Verfahren, zu einer Methode mit stark einschränkender Indikation: die Indikationsstellung wird dann derjenigen zu einer analytischen Psychotherapie sehr ähnlich und der Stil der therapeutischen Gemeinschaft sehr schnell von psychoanalytischen Sichtweisen geprägt. Flegel hat diese Indikationstheorie mit großem Nachdruck vertreten. Ich persönlich meine, daß sie nicht viel mehr als eine Rechtfertigungstheorie der Segregations- und Selektionsprozesse ist, die durch die augenblickliche Unmöglichkeit nötig werden, therapeutische Gemeinschaft oder ähnlich humane Betreuungsformen für alle Patienten über genügend lange Zeit zu praktizieren.

Neben einer solchen Technifizierung und Professionalisierung der therapeutischen Gemeinschaft ist aber noch eine zweite Konfliktlösungsmöglichkeit denkbar und tatsächlich auch ansatzweise praktiziert worden: Man könnte nämlich die Selektion der Patienten einfach einstellen und —

ungeachtet der Begrenzung der eigenen therapeutischen Kapazität — alle Patienten nehmen, die kommen. Dies bedeutet, daß nicht nur Ärzte, nicht nur ausgebildete nicht-ärztliche Therapeuten, nicht nur die übrigen unausgebildeten Mitglieder des Teams therapeutische Aufgaben übernehmen müssen, sondern darüber hinaus auch Laien und nicht zuletzt die Patienten selber. Je größer das Mißverhältnis zwischen professionalisiertem therapeutischen Angebot auf der einen, Patientenzahlen und therapeutischem Anspruch auf der anderen Seite wird, desto weiter wird die Entprofessionalisierung der Therapie gehen müssen — bis zu einem kompletten therapeutischen Dilettantismus. In einer öffentlichen Institution sind nur wenige Schritte auf einem solchen Weg denkbar. Gegangen worden ist er jedoch vom Heidelberger SPK (Sozialistisches Patientenkollektiv). Hier führte die Realität, die Unmöglichkeit, eine humane, an therapeutischer Gemeinschaft orientierte Psychiatrie mit sachkundigen Therapeuten bei ständig sich vermehrenden Patientenzahlen zu verwirklichen, zum Dilettantismus mit entsprechenden ideologischen Konstruktionen. Sie bestanden darin, daß Krankheit als medizinisches Problem, das auch mit fachbezogenen Mitteln anzugehen ist, verleugnet und nur noch als politisch definierter Widerspruch, den jeder begreifen und aktiv angehen kann, verstanden wurde. Aus Therapie wurde so — durchaus folgerichtig — Agitation. In einem anderen Kontext hätte durchaus auch „Bekehrung“ entstehen können. Der Sackgasse auch solcher Entwicklungen wollen wir hier nicht weiter nachgehen.

Ein anderer Weg, die Humanisierung der Psychiatrie mit den Versorgungsnotwendigkeiten zu versöhnen, ohne psychisches Kranksein verleugnen zu müssen, schien sich mit der Propagierung des „Sektorprinzips“ anzubieten. Mit der Sektorisierung ist — dies war bereits gesagt worden — eine strukturelle Reform der psychiatrischen Krankenversorgung angezielt, die gemeindenahе (wohn- und arbeitsplatznah) werden, die Lücke zwischen stationärer und ambulanter Betreuung schließen und die Kontinuität der Therapie auf allen ihren Etappen, vom ambulanten bis zum stationären Pol, gewährleisten soll. Dazu ist notwendig, daß ein und das gleiche Team — zumindestens aber die gleiche Institution — alle ambulanten, stationären, teilstationären und flankierenden Einrichtungen eines begrenzten geographischen Bezirks mit allen seinen Bewohnern psychiatrisch versorgt. Es ist einleuchtend, daß auf diesem Wege sowohl günstigere Bedingungen für die Wiedereingliederung eines psychisch Kranken im Wohnbereich und am Arbeitsplatz gegeben sind, als auch eine umfassendere und gerechtere Versorgung aller Bewohner des Sektors möglich wird. Was läge also näher, als die Prinzipien humaner Psychiatrie — im stationären Bereich diejenigen der therapeutischen Gemeinschaft — innerhalb der sektoriellen Versorgung zu verwirklichen? Verschiebung wäre hier unmöglich: das Team müßte sich der von ihm vorgenommenen Selektionen überdies bewußt bleiben, da ja die Patienten, die von der Humanisierung aus irgendeinem Grund ausgeschlossen werden, gleichwohl in seiner Verantwortlichkeit bleiben. Auf der anderen Seite wäre auch der chaotisierenden Überschwemmung mit unübersehbaren Patientenzahlen durch die Begrenzung des Versorgungsbereiches vorgebeugt.

Der Sektor kann eine vollständige, gerechte und humane psychiatrische Versorgung allerdings nur dann gewährleisten, wenn er über eine ausgewogene Zahl von Behandlungsplätzen mit entsprechendem therapeutischen Potential verfügt. Dies ist, soweit ich sehe, in Europa nur in einigen wenigen Modelleinrichtungen der Fall. Beispielsweise gilt dies für den Sektor des 13. Stadtbezirkes von Paris. Da der Sektor unter der Verpflichtung steht, alle psychiatrischen Patienten eines Versorgungsbereiches auch wirklich zu betreuen, steht er gleichsam unter Funktionszwang: Er muß diese Aufgabe mit den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln lösen. Unter Bedingungen einer geregelten Arbeitszeit darf der Input — die Zahl der in Behandlung übernommenen Patienten — den Output — die Zahl der aus der Behandlung entlassenen Patienten — nicht übersteigen, falls es nicht zu Stauungen vor oder im Versorgungssystem kommen soll. Ein solcher Funktionszwang bringt bei dem Team, das ihm ausgesetzt ist, zunächst die natürliche Tendenz nach technokratischen Lösungen hervor: nach Organisations- und Behandlungsformen, die das therapeutische Potential auf rationellste Weise einsetzen und zugleich eine genügend zügige Durchschleusung durch das Betreuungssystem erlauben.

Als eine besonders rationelle Organisationsform des Sektors gilt die sogenannte „therapeutische Kette“. Im stationären Behandlungsbereich sind hier „geschlossene“ Aufnahmeabteilung, „ruhige“ klinische Abteilung, Rehabilitationsstationen, Tag- und Nachtkliniken hintereinander geschaltet, und der Patient wird, je nach seinem Besserungsgrad, von einer Station an die andere übergeben. Daß bei einem solchen fließbandähnlichen System, bei dem der Patient zwangsläufig die Rolle — wenn man hier überhaupt noch von Rolle sprechen will — eines Werkstückes zugewiesen bekommt, therapeutische Gemeinschaft kaum zu verwirklichen ist (schon wegen der allzu kurzen Behandlungszeiten auf jeder einzelnen Etappe seines Weges), liegt auf der Hand. Die therapeutische Kette legt zudem ein volleyballartiges Hin- und Herspielen mancher Patienten zwischen den verschiedenen Gliedern der Kette nahe und erlaubt zugleich Ansätze zur Entwicklung von Luxusstationen mit ausgesuchter Klientel. „Unangenehme“ Patienten pendeln dann zwischen ambulanter Betreuung, klinischer Aufnahmeabteilung und Wohnheimen hin und her, wohingegen „erfreulichere“ Patienten zumeist auf den Rehabilitationsstationen oder in der Tagesklinik in den Genuß längerer Betreuungszeiten beim gleichen Team und manchmal auch von Ansätzen therapeutischer Gemeinschaft kommen. Diese Entwicklung löst im Sektor strukturell ähnliche Konflikte aus, wie sie eingangs beschrieben wurden: nur daß sie durch Abschiebung an andere Institutionen nicht mehr „gelöst“ werden können.

Diese Konflikte drängen zu einer teilweisen Aufhebung des Prinzips der Therapeutischen Kette zugunsten von Behandlungseinheiten, die von der Akutbetreuung bis zur stationären und ambulanten Rehabilitation alle Aufgaben erfüllen und so „ihren“ Patientenstamm fortlaufend betreuen können. Auch an dieser Klinik\* sind — geboren aus der Unzufriedenheit der eigenen Arbeit in der therapeutischen Kette und durch andere Unzulänglichkeiten — vom Kollegen Rockstroh Vorschläge zu einer solchen

\* Medizinische Hochschule Hannover.

Neugliederung der Behandlungseinheiten gemacht worden. Im Sinne einer patientengerechteren Therapie stellen sie sicherlich einen wesentlichen Fortschritt dar.

Wird ein solcher Vorschlag aufgegriffen, ergeben sich jedoch mit großer Wahrscheinlichkeit neue Probleme. Die Aufgabe des Prinzips der therapeutischen Kette, die Homogenisierung der Stationen und die Verantwortlichkeit eines tagtäglich zusammenarbeitenden Teams für eine überschaubare und ihm vertraute Patientengruppe wird auf allen Stationen die therapeutischen Ansprüche wachsen lassen — ohne daß jedoch das dafür nötige Potential dafür nötiger Behandlungszeiten zur Verfügung stünden. Alle Teams werden nun zu einer zügigeren Behandlung gezwungen sein, falls sie weiterhin für neue Kranke aufnahmefähig bleiben wollen — wozu sie im Sektor gezwungen sind. Angesichts dieser Situation ergeben sich wiederum mehrere Optionen: Einmal kann der Versuch gemacht werden, die Barrieren vor der stationären Aufnahme erheblich zu erhöhen, um für die einmal aufgenommenen Patienten längere Behandlungszeiten und therapeutischere Behandlungsformen zu erreichen. Dies bedeutet, daß die nicht-aufgenommenen Patienten vom ambulanten Dienst des Teams weiter versorgt werden müssen. Bei dessen begrenzter Kapazität hätte das seltenere Beratungsfrequenzen pro Patient und eine Tendenz zu intensiverer psychopharmakologischer Abdeckung des daraus erwachsenden Risikos zur Folge. Zudem müßte sich die Perspektive der ambulanten Therapeuten nicht unwesentlich verschieben. Sie könnten es sich nicht mehr leisten, das Verhalten und die „Symptome“ ihrer Patienten von ihrem Stellenwert im therapeutischen Prozeß her zu begreifen — wobei z. B. die Aktivierung einer Psychose bei einem Defektkranken auch einen wesentlichen Schritt nach vorne bedeuten kann —, sondern wären gezwungen, Verhalten und Symptome vor allem aus der Dimension „störend bis unauffällig“, d. h. aus der Dimension von Anpassung und Devianz her zu begegnen. Anders gesagt: die Dimension der Therapie würde zunehmend mit derjenigen von Anpassung und Kontrolle gleichgesetzt. Der im Team arbeitende ambulante Betreuer könnte also nicht viel mehr tun, als der „draußen“ praktizierende Nervenarzt. Er hätte bei dieser Option den „schwarzen Peter in der Hand“. Konflikte zwischen ihm und dem stationär tätigen Restteam wären unvermeidlich.

Das Team kann allerdings auch, statt weniger Patienten in der Zeiteinheit aufnehmen, selber auf kürzere Behandlungszeiten hinarbeiten und seine Patienten dann entlassen, wenn sie mehr oder weniger „unauffällig“ geworden sind. Das würde weniger Gespräche, weniger personalintensive therapeutische Aktivitäten pro Patient auf der einen und mehr und stärker wirkende Psychopharmaka bzw. sogar Elektroschocks auf der anderen Seite bedeuten. Die therapeutische Perspektive würde, wie soeben für den ambulanten Bereich ausgeführt, schon während der stationären Betreuung immer mehr auf Anpassung und Kontrolle verschoben. Dabei dürfte sich der genannte Verzicht nicht allein auf psychotherapeutische Ansätze, sondern auch auf das rehabilitatorische Training beziehen, das ebenfalls zeit- und personenaufwendig ist. Die Lösung des Problems — falls man hier von Lösung überhaupt sprechen will — läge, falls die Sozialgesetzgebung dies zuläßt, in einer vorzeitigen Invalidisierung der Patienten. Die konflikt-

trächtige Diskrepanz zwischen ambulanten und stationären therapeutischen Stilen wäre so auf Kosten der berechtigten therapeutischen Ansprüche der Patienten ausgeräumt.

Die ambulanten Betreuer im Sektor hätten noch eine weitere Option. Sie bestünde in einer restriktiven Handhabung des psychiatrischen Krankheitsbegriffes bzw. des Begriffes psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit. Dieser Spielraum ist natürlich nur begrenzt, weil Krankheitsbegriffe nicht nur durch ärztliche Fachleute, sondern auch durch Krankenkassen, Sozialgerichtsbarkeit und den Gesetzgeber festgelegt werden. Immerhin ließen sich z. B. Patienten mit psychovegetativen Störungen sehr summarisch behandeln bzw. an Internisten, Psychosomatiker, Kurkliniken und Praktiker abschieben. Ebenso ließe sich durchaus darüber streiten, ab welchem Grad psychophysischer Erschöpfung von Depression, ab welchem Grad von regelmäßigem Alkoholkonsum von Alkoholismus, ab welchem Grad alltäglicher phobischer oder zwanghafter Einengung der Erlebnisfähigkeit und Lebensfreude von Neurose gesprochen werden soll. Mit seinem Krankheitsbegriff hat also der im Sektor tätige Arzt einen Hebel zur Hand, mit dessen Hilfe er den Input und im gewissen Grade auch den Output ein Stück weit steuern kann.

Wir finden uns also auch im Bereich der sektoriellen Betreuung in Sackgassen wieder, die allerdings anders geartet sind als die eingangs bei freien Behandlungsformen beschriebenen. Mußten bei den letzteren vor allem Selektionen und Abschiebung bzw. chaotische Überschwemmung durch eine wissenschaftliche Terminologie abgestützt und vermittels dieser gerechtfertigt werden, so wird dies im Sektor auch für die aus dem Versorgungszwang erwachsenden Aufnahme, Behandlungs- und Entlassungsmodi nötig.

So ist es wohl kein Zufall, daß hier wieder grundsätzliche Zweifel an der Therapier- und Rehabilitierbarkeit von vielen Patienten aufkommen, daß aus dem Invalidisierungszwang der Defektbegriff eine neue Abstützung erfährt, daß physikalischen und pharmakologischen Behandlungsmethoden im Verhältnis zu psychotherapeutischen auch wissenschaftlich wieder größeres Gewicht beigemessen wird, daß vermehrt Patienten als nicht mehr krank oder nicht mehr behandlungsfähige „Sozialfälle“ in Heime oder nach Hause abgeschoben werden. Ohne daß die Therapeuten sich dessen bewußt werden, engen sich ihre therapeutischen Ziele oft auf die Dimension von Angepaßtheit und Devianz, ihre therapeutischen Maßnahmen auf Verhaltenskontrolle ein.

Eine Alternative kann auch ich Ihnen heute nicht anbieten. Um sie überhaupt ausarbeiten zu können, ist als erstes eine kritische Distanz zur eigenen Praxis notwendig. Dies bedeutet, daß man sich auf konfliktlastende Rechtfertigungsideologien der eigenen Praxis nicht einläßt, daß man die Widersprüche zwischen den therapeutischen Ansprüchen und den begrenzten Möglichkeiten, sie zu verwirklichen, nicht mit einer vorgeblich wertfreien wissenschaftlichen Terminologie verkleistert. Je wirksamer und unangefochtener die terminologischen Rechtfertigungen sind, desto unproduktiver wird die Konfliktdynamik psychiatrischer Reformen.

Statt sich mit Begriffen zu beruhigen, gilt es vielmehr Situationen herbeizuführen, die genannten Widerspruch offenlegen und bis zur Unerträglich-

keit verschärfen. Dies kann nur geschehen, wenn man seine Reformversuche bis zur Grenze ihrer Möglichkeiten vorantreibt. Dies bedeutet weder, daß man dabei auf bewußt eingegangene Kompromisse verzichten noch, daß man an seiner Praxis, wenn man bis an die Grenze seiner reformerischen Möglichkeiten gegangen ist, sehr viel ändern soll. Welche Alternative man auch gewählt hat, man sollte sich klar machen, daß man dem Widerspruch zwischen therapeutischem Anspruch und therapeutischen Möglichkeiten im gegenwärtigen Versorgungssystem der Psychiatrie in der BRD nie ganz entgehen kann und früher oder später wie diejenigen, die die andere Alternative gewählt haben, in einer Sackgasse endet. Nur wenn man dies tut, also auf die selbstgerechte Affirmation der eigenen Wahl, des eigenen Weges (sei dieser nun therapeutische Gemeinschaft oder Versorgungsgerechtigkeit im Sektor um jeden Preis) verzichtet, wird man diejenigen, die andere Alternativen gewählt haben, auch nicht als Feinde, als „Technokraten“ versus „Elitäre“ verteufeln, sondern als potentielle Verbündete erkennen. Im Gespräch miteinander kann man sich gegenseitig durchaus helfen, die terminologischen Panzer abzulegen, aus den vorfabrizierten Rollenpositionen auszusteigen, die die Einsicht in einen für beide Positionen grundsätzlichen Mangel verstellen.

Die gemeinsame Aufgabe aller, die eine optimale Betreuungschance für alle psychisch Leidenden für eine gerechtfertigte Forderung halten, läßt sich allerdings im Rahmen der Psychiatrie bisher nicht realisieren. Sie ließe sich im kurativen Bereich mit den Schlagworten definieren: genügend große Betreuungsintensität und genügend lange Behandlungsdauer, nicht nur zur anpassenden Wiederherstellung der Arbeits- und Integrationsfähigkeit, sondern auch der Erlebnisfähigkeit und Lebensfreude. Beim gegenwärtigen wissenschaftlichen Stand der Psychiatrie sind im stationären Bereich therapeutische Gemeinschaft und Sektorprinzip zweifellos die besten Mittel, der Erfüllung dieser Forderung näher zu kommen. Dies bedeutet konkret, daß die künftige Auseinandersetzung um genügend Mittel (stationäre, ambulante, teilstationäre und flankierende Behandlungsplätze, ausgebildete Therapeuten) und um die besten Rechtsvoraussetzungen zu ihrem wirkungsvollsten Einsatz gehen muß, wenn man therapeutische Gemeinschaft innerhalb der sektoriellen Betreuung möglich machen will. Dabei kann es sich weder darum handeln, den Mangel gerecht zu verteilen, noch darum, einzelne Schaufensterstücke, die unter Sonderbedingungen entstanden sind, bereits als gelungene Reformen zu propagieren. Modelle sind nur wichtig, um zeigen zu können, daß geholfen werden kann, wenn man über die nötigen Mittel verfügt — und um diese Mittel dann abschätzen und richtig einsetzen zu lernen.

So muß der Kampf um mehr Mittel und bessere Strukturen in der Psychiatrie von allen in der Psychiatrie Arbeitenden geführt werden. Nur durch ihn kann der Widerspruch zwischen therapeutischem Anspruch und therapeutischen Möglichkeiten wenigstens teilweise aufgehoben werden, der eine der wesentlichsten Ursachen für die Konflikte bei psychischen Reformen ist. Die Vertreter verschiedener Positionen, die z. T. zu einer entgegengesetzten Praxis gezwungen sind (z. B. in einer „elitären“ therapeutischen Gemeinschaft und in einer vorwiegend psychopharmakologisch vorgehenden Aufnahme- und Behandlungstation eines Sektors) können ihn solidarisch führen,

damit für den einen Versorgungsgerechtigkeit, für den zweiten optimale therapeutische Qualität verwirklicht werden kann. Tun sie dies nicht, so verleugnen sie die Notwendigkeit dieser Auseinandersetzung, die m. E. die einzige und jetzt anstehende Perspektive in die Zukunft hinein ist. Es bleibt ihnen dann nicht viel anderes übrig, als das Rollenkorsett des Technokraten oder des elitären Analytikers endgültig anzulegen und sich in hoffnungslos unproduktive Konflikte — wie die Ritter in ihren Eisenrüstungen nach der Erfindung des Pulvers — zu verheddern, bis die Ereignisse über sie hinweggehen.

Ein solcher Kampf läßt sich freilich nicht ausschließlich berufspolitisch führen. Versucht man dies, so gerät man sogleich in neue unproduktive Konflikte: Man streitet sich dann über die relative Bedeutung und damit den Anteil an öffentlichen Mitteln für die Psychiatrie versus die somatische Medizin. Auf allgemeinerer Ebene ist es der Streit über die Bedeutung des Gesundheitswesens versus des Erziehungswesens bzw. der Ökologie. So wichtig es für jeden Repräsentanten der genannten Aufgaben ist, alle Beteiligten von der Wichtigkeit seiner eigenen zu überzeugen, so klar ist es, daß sie im Augenblick alle unterdotiert sind. Man kommt also nicht herum, für alle diese wichtigen öffentlichen Aufgaben mehr Mittel zu erkämpfen. Die Mittel werden von dorthin kommen müssen, wo sie unnötig, bzw. nicht für öffentliche, sondern im unzumutbaren Ausmaße für private Interessen angesammelt bzw. ausgegeben werden. Für mich sind dies in der gegenwärtigen politischen Lage in erster Linie die Unternehmerprofite, die Steuerprivilegien, die Verteidigungslasten und die zunehmenden Kosten, die die Gesinnungsüberprüfung im öffentlichen Dienst durch die politische Polizei verursacht. Will man dieses Ziel der Umverteilung der Mittel zugunsten gesellschaftlich nützlicher Aufgaben erreichen, so muß man sich dazu auch die Verbündeten suchen, die Ähnliches erstreben. Soweit ich sehe, sind dies im Augenblick in erster Linie die Gewerkschaften. So münden letzten Endes die innerpsychiatrischen „wissenschaftlichen“ und berufspolitischen Konflikte in eine politische Auseinandersetzung um das Produkt gesellschaftlicher Arbeit. Vom Ausgang dieser Auseinandersetzung wird es im wesentlichen abhängen, ob auch die Psychiatrie ihre Reformvorhaben im Interesse ihrer Patienten verwirklichen kann und ob die in der Psychiatrie Arbeitenden, befreit von Widersprüchen, die sie oft ungewollt personifizieren müssen, in ihrem Beruf die verdiente Zufriedenheit finden.