

LVR-Symposium 2013
Entwicklungsperspektiven der Psychiatrie
23.01.2013 – 25.01.2013 in Köln

Einführungsvortrag am 23.01.2013
„Der psychisch kranke Mensch in der Gesellschaft:
Von der Integration zur Inklusion“

Martina Wenzel-Jankowski,
LVR-Dezernentin Klinikverbund und
Verbund Heilpädagogischer Hilfen

Sehr geehrte Frau Staatssekretärin,
sehr geehrte Frau Landesdirektorin,
sehr geehrter Herr Prof. Maier,
sehr geehrte Damen und Herren,

„Von der Integration zur Inklusion“ so ist der Titel meines Beitrages im Programmheft angekündigt. **Integration** und **Inklusion** – diese beiden Begriffe bezeichnen **wichtige Zielmarken** im sozialpolitischen Diskurs über das Verhältnis der Gesellschaft zu ihren psychisch kranken oder psychisch behinderten Mitgliedern. **Aber auch:** zum Verhältnis der Gesellschaft zu den Institutionen der psychiatrischen Versorgung.

Ich würde einleitend jedoch gerne den Bogen historisch noch etwas weiter schlagen und an jene, ja gar nicht sehr weit zurück liegende Zeit erinnern, in der sich der gesellschaftliche Umgang mit psychisch kranken und behinderten Menschen noch am ehesten mit dem Begriff der **Exklusion** beschreiben ließe: Jenen Zeitraum also, der sich unmittelbar an das grausame und menschenverachtende Unrecht anschloss, das psychisch kranken Menschen in der Zeit des Nationalsozialismus zugefügt wurde und der erst mit den 1970er Jahren mit der langsam wirksam werdenden Psychiatrie-Reform allmählich sein Ende fand:

Den Zeitraum zwischen 1945 und 19....

Tja, wann genau fand diese Zeit – der Exklusion psychisch kranker Menschen eigentlich ihr endgültiges Ende?

- 1970 mit der Beauftragung einer Enquete-Kommission zur Lage der Psychiatrie in Deutschland durch die Bundesregierung?
- 1975 mit Veröffentlichung der Ergebnisse und breiten gesellschaftlichen Rezeption der Psychiatrie-Enquete?

- 1980 mit dem großen Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung, in dessen Rahmen die Reformgrundsätze erstmals modellhaft umgesetzt und evaluiert wurden?
- Oder vielleicht noch später? Denn schließlich vergingen ja noch viele Jahre bis die Psychiatriereform bundesweit wirksam und für die Betroffenen spürbar wurde.

Die diesen Zeitraum prägenden gesellschaftlichen Muster gegenüber psychisch kranken und behinderten Menschen lassen sich grob wie folgt skizzieren:

- Die **Stigmatisierung** psychisch Kranker
- ihre verbreitete **Asylierung** in Anstalten „unter elenden und menschenunwürdigen Umständen“ (so die Enquete-Kommission 1972),
- ein weitgehender **therapeutischer Nihilismus** aufgrund von fehlenden oder inadäquaten Behandlungsstrategien

Bis in die 70er Jahre des 20. Jahrhunderts hinein hatten psychische Störungen für die Betroffenen die gesellschaftliche Auswirkung eines schwerwiegenden Stigmas – allenfalls noch vergleichbar mit dem Stigma des Kriminellen.

Nicht umsonst hat der Vater des soziologisch fundierten Stigmatisierungskonzeptes – der amerikanische Soziologe **Erving Goffman** – einen großen Teil seiner Feldstudien in der Psychiatrie positioniert.

Von Goffman stammt auch ein weiterer Begriff, der das Verhältnis zwischen Gesellschaft und Psychiatrie bis in die 70er Jahre in hervorragender Weise beschreibt:

Der **Begriff der totalen Institution**, den er in seinem Werk „Asyle“ prägte, dessen Studien sich ebenfalls primär auf die Institutionen der Psychiatrie stützten. Die Psychiatrischen Anstalten der Vorreformära können als Prototyp einer totalen Institution im Sinne Goffmans gewertet werden:

Als Orte einer radikalen gesellschaftlichen Ausgrenzung psychisch kranker Menschen also, als abgeschottete, geschlossene Lebensräume, die das Leben ihrer Insassen umfassend und totalitär bestimmten und ihnen jegliche Lebenschancen vorenthalten haben.

Stigmatisierung und **Exklusion** in **totalen Institutionen** korrespondierten mit der wissenschaftlichen Lage einer Psychiatrie, die sich erst allmählich aus dem Nihilismus eines verbreiteten **Unheilbarkeitsparadigmas** sowie aus dem Herumexperimentieren mit teilweise schwerwiegenden Eingriffen in die Unversehrtheit ihrer Patientinnen und Patienten lösen konnte.

Ich erinnere an die frühen Formen der Elektrokrampftherapie (die damals nicht zu Unrecht noch als Elektroschocktherapie bezeichnet wurde) oder an den grausamen Irrtum der Lobotomie hauptsächlich in den 50er Jahren.

Erst die langsam wachsenden Kenntnisse bezüglich der psychopharmakologischen Beeinflussbarkeit psychiatrischer Symptome in den 60er Jahren setzte überhaupt eine Grundlage **für veränderte**, wenn auch nicht auf Heilung, so doch auf Symptomunterdrückung gerichtete **Behandlungsstrategien**.

Meine Damen und Herren,

bereits diese wenigen Skizzen, die ich für meinen kurzen Rückblick auf die Lage der Psychiatrie in Deutschland in den 1950er bis 1970er Jahren verwendet habe, rufen uns in Erinnerung, dass es in den vergangenen Jahrzehnten seitdem gelungen ist, die gesellschaftliche Lage psychisch kranker Menschen tiefgreifend zu verändern.

Einen **wichtigen Impuls** hierfür bildete die zunehmende **Skandalisierung der Versorgungslage** psychisch kranker Menschen im gesellschaftskritischen Milieu der späten 60er Jahre. Der kritisch-revolutionäre Diskurs der Studentenrevolte setzte dem Stigma der psychischen Störung als einer unheilbaren Charakterschwäche den Stereotyp des psychisch Kranken als Opfer gesellschaftlicher und ökonomischer Widersprüche entgegen. Psychische Krankheit wurde idealisierend **nun als radikaler Akt individueller Rebellion** interpretiert. Sehr schön lässt sich diese Deutung noch im Film „Einer flog über das Kuckucksnest“ studieren, der in den 70er Jahren sehr populär war.

Auch wenn „**Freiheit heilt**“ - so eine der plakativen Aussagen des italienischen Psychiaters **Basaglia** (instruktiv nachzulesen im Spiegel-Interview 15/1980)- sicherlich gleichfalls als Ausdruck eines fortwährenden therapeutischen Nihilismus gewertet werden muss.

Auch wenn viele Initiativen in dieser Zeit aus heutiger Sicht vielleicht gut gemeint, aber naiv wirken:

Die sich in den späten 60er und frühen 70er Jahre herausbildende neue Sichtweise auf psychische Krankheiten dürfte einen wichtigen Impuls für die Einleitung eines veränderten Verhältnisses unserer Gesellschaft zu ihren psychisch kranken Mitgliedern gesetzt haben.

Dies auch, wenn die gesellschaftliche Realität noch weit hinter den radikalen Formeln und Forderungen der sogenannten Antipsychiatrie hinterher hinkte.

So wird man das **Leitkonzept der in den 70er Jahren** langsam einsetzenden Psychiatriereform am ehesten vielleicht als „**eingeschränkte Integration**“ charakterisieren können. Der bestimmende Geist der Psychiatrie-Enquete war, psychisch kranke Menschen an die Gesellschaft heranzuführen, **ohne** dass bereits der Anspruch erkennbar werden würde, sie als vollständig integrierte Mitglieder unserer Gesellschaft wahrzunehmen.

Das Wort „**Gemeindenähe**“ – ein zentraler Konzeptbegriff der Psychiatrie-Enquete – charakterisiert diese noch sehr zaghafte Orientierung am Integrationsleitbild in paradigmatischer Weise.

Was für eine Position muss man sich vorstellen, die man als Gemeindenah bezeichnen könnte? Welche Vorsicht schlägt einem aus diesem Begriff entgegen, wenn man ihn aus unserer heutigen Position noch einmal bewusst hört, ohne die Selbstverständlichkeiten, die tausendfach gehörten Begriffen irgendwann einmal innewohnt:

Gemeindenah – heißt das nicht: Wir lassen zu, dass psychisch kranke Menschen näher an unser Leben heranrücken, ohne ihnen wirklich Eingang zu gewähren? Wir tolerieren sie als Teil unseres Straßenbildes und wir akzeptieren die Notwendigkeit, dass es irgendwo in der Peripherie unserer Städte auch Orte geben muss, in denen sie leben:

In einem Wohnheim etwa, oder – in der damaligen Sichtweise bereits sehr reformorientiert: in einem Übergangsheim.

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich will mit diesem leicht kritisch gefärbten **Rückblick auf die Enquete-Ära** keinesfalls die großen Verdienste und die enorme Bedeutung der Psychiatrie-Enquete und die sich anschließende Psychiatriereform anzweifeln! Sie gehört ohne Zweifel zu den wichtigsten und erfolgreichsten Reformprojekten in der Geschichte der Bundesrepublik.

Der wohl **größte Verdienst** der Psychiatrie-Enquete ist meines Erachtens, dass sie die **Psychiatrie aus ihrer institutionellen Erstarrung** aufgeschreckt und einen nachhaltigen Veränderungsimpuls ausgelöst hat, der bis heute lebendig und wirksam geblieben ist.

So gesehen wurde die Psychiatriereform – anders als viele andere große gesellschaftliche Reformvorhaben der reformfreudigen 1970er Jahre – eigentlich niemals abgeschlossen. Vielmehr ging sie nahtlos in eine Phase über, die man vielleicht am treffendsten als **Konsolidierungsphase** bezeichnen könnte:

In diese Phase fallen zahlreiche wichtige Entwicklungsschritte, wie etwa:

- die Stärkung der psychiatrischen Krankenhausbehandlung durch ein durchgängiges, vom Gesetzgeber erlassenes Personalbemessungskonzept, der PSYCH-PV
- der Ausbau dezentraler tagesklinischer und ambulanter Versorgungsstrukturen.
- die Entstehung eines Systems gemeindepsychiatrischer Einrichtungen und Dienste und ihre Vernetzung im Gemeindepsychiatrischen Verbund
- die sozialrechtliche Verankerung wichtiger Leistungselemente für psychisch kranke Menschen (ambulant betreutes Wohnen, Soziotherapie, ambulante psychiatrische Pflege)
- das – leider bisher nur in wenigen Regionen erfolgreiche - Bemühen um die Etablierung integrierter Versorgungskonzepte

um nur einige wichtige Entwicklungen zu benennen.

Parallel zum Ausbau und **zur Ertüchtigung der Versorgungsangebote** hat sich auch die **gesellschaftliche Wahrnehmung** psychischer Krankheiten konstant verändert.

So ist der zu verzeichnende Anstieg psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung und die steigende Inanspruchnahme psychiatrischer

Versorgungsleistungen nicht ausschließlich durch eine veränderte Krankheitsprävalenz zu erklären.

Sondern er ist auch Ausdruck für

- eine veränderte Sichtweise auf die eigene psychische Befindlichkeit
- sowie ein verändertes Hilfesuchverhalten,

dass sich auf die begründete Hoffnung auf wirksame Hilfen stützt. Hilfen,

- die im unmittelbaren Lebensumfeld verfügbar sind
- und deren Inanspruchnahme immer weniger mit dem Risiko negativer Stigmatisierungsfolgen verknüpft ist.

Insbesondere der Anstieg affektiver Störungen hat psychische Erkrankungen in die Mitte der Bevölkerung gebracht. Aus der Geisteskrankheit der 50er und 60er Jahre ist ein Leiden geworden, das vor allem auch die leistungsfähigen, erfolgreichen Mitglieder unserer Gesellschaft bedroht.

Fast ist man geneigt zu sagen: Das **Burnout-Syndrom** adelt den Leistungsträger und verschafft seinem Engagement und seiner Motivation Glaubwürdigkeit.

Es ist insofern nur logisch, wenn sich auch das **Verständnis einer gelungenen Integration** psychisch Kranker beständig an die veränderte gesellschaftliche Entwicklung angepasst hat.

Seinen wichtigsten Niederschlag findet dieses veränderte Verständnis in der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderung, die die Zielbestimmung für das Verhältnis zwischen behinderten Menschen und der Gesellschaft von der Integration zur Inklusion radikal erweitert.

Was bedeutet das?

Das Prinzip „Integration“ schließt die Schaffung **besonderer** Lebenswelten und **Institutionen** ein. Auch wenn diese nicht separiert vom gesellschaftlichen Leben sein sollen, sondern integriert in die Gemeinde und das Arbeitsleben, so handelt es sich hierbei doch um **spezielle** Lebensräume.

Bei der Integration geht es darum, innerhalb der gegebenen gesellschaftlichen Strukturen und Lebensvollzüge Wege und Räume zu schaffen, die psychisch kranken und behinderten Menschen, soweit es die Beeinträchtigung und die Umwelt zulässt, die Teilhabe an den ansonsten nach eigenen Gesetzen ablaufenden Gesellschaftsprozessen – Arbeit, Freizeit, Kultur, Sport, etc. – zu ermöglichen.

Es geht dabei immer auch um **Sonderrechte** und **besondere Unterstützung**, damit behinderte Menschen trotz der Behinderung dazugehören.

Inklusion geht weit über dieses Verständnis hinaus:

Ihre Grundlage ist die bedingungslose Gleichstellung aller Menschen im Sinne eines universellen Menschenrechts. Die BRK will nicht verstanden werden als eine „Sonderkonvention“, sondern als Konkretisierung der Menschenrechte.

Zentrale Elemente sind:

- Die Verwirklichung der vollen gesellschaftlichen Teilhabe
- Die Anerkennung als gleichberechtigte und gleichwertige Bürger
- Die Achtung der Würde und der individuellen Autonomie
- Der Respekt vor Unterschiedlichkeit und die gesellschaftliche Wertschätzung

Das unterscheidet sich zunächst ja gar nicht so elementar von einer **weitreichenden** Zielbestimmung unter dem Begriff Integration.

Konstitutiv für den Begriff der Inklusion ist jedoch die Umkehr der Handlungsfolgen:

Nicht der kranke oder behinderte **Mensch**, dem die Integration ermöglicht werden muss, steht im **Fokus** des Integrationsanspruches **sondern** die **Gesellschaft** ist es, die ihre Kraft darauf richten muss, Menschen mit Behinderungen zu inkludieren.

Die BRK formuliert mit dem Prinzip der Inklusion eine **Utopie**, eine politische Zielorientierung aber auch eine **gesellschaftspolitische Strategie** und eine ethische Grundlage für das professionelle Handeln, das unter Würdigung der Realität als Generationen übergreifende Aufgabe zu werten ist.

Die kritische Frage erscheint berechtigt, inwieweit ein solches utopisches Ideal unter den gegebenen gesellschaftlichen und ökonomischen Bedingungen – etwa die zunehmende Polarisierung zwischen Arm und Reich in den Gesellschaften – überhaupt Aussicht hat, Realität zu werden. Ich würde diese komplexe wirtschafts- und gesellschaftspolitische Frage hier jedoch gerne zurück stellen und mich abschließend der Frage zuwenden:

Welche Folgen ergeben sich aus dem Inklusionskonzept für die Psychiatrie?

Zunächst ist es mir wichtig festzustellen, dass psychisch kranker Menschen nicht automatisch behinderte Menschen sind.

Viele psychische Erkrankungen enden zum Glück nach einer oder mehreren akuten Episoden mit einer vollständigen Gesundheit. **Allerdings** sind psychische Störungen nach wie vor für die Betroffenen mit besonderen Risiken der **Chronifizierung** verbunden. **Aber selbst** wenn die Krankheit nicht chronisch wird, kann sie die betroffenen Menschen sehr schnell in Lebenslagen führen, die einen besonderen Schutz entsprechend der UN-Konvention für Menschen mit Behinderung rechtfertigen:

Dies ist etwa der Fall, wenn aufgrund erheblicher krankheitsbedingter Selbst- oder Fremdgefährdung Behandlung **gegen den Willen** der Betroffenen oder **zwangsweise Unterbringung** unter geschlossenen Bedingungen erforderlich ist.

Als Ausdruck einer im Sinne der UN-Behindertenrechts-konvention veränderten Sichtweise auf die Rechte von Menschen mit Behinderung werte ich das Urteil des Bundesgerichtshofs zum Betreuungsrecht vom Juni 2012, welches der individuellen Autonomie einer Patientin einen höheren Rang einräumt, als einer fachlich als notwendig angesehenen medikamentösen Behandlung auch gegen den Willen der Patientin.

Damit rückt unter den bis dato geltenden Kautelen die Zwangsbehandlung betreuungsrechtlich untergebrachter Menschen – und am Ende nicht nur dieser – in den Bereich des Unzulässigen.

Darüber hinaus enthält das Urteil implizit aber auch die Aufforderung, über Mittel und Wege nachzudenken, Zwangsmaßnahmen bei der Behandlung psychisch kranker Menschen kritisch zu reflektieren und diese weiter zu reduzieren.

Und – bei allen entstandenen Unsicherheiten – haben **die Erfahrungen** der letzten Monate auch **in unseren Kliniken** gezeigt, dass es viel öfter als angenommen auch ohne Zwang geht.

Die Kliniken etablieren eine neue Kultur des Umgangs mit aggressionsbesetzten oder kritischen Situationen: Prävention, Deeskalation und Partizipation sind wichtige Meilensteine auf dem Weg zur Verminderung von Zwangsmaßnahmen. Letztlich können so mehr Patientinnen und Patienten von dem Nutzen der Therapie überzeugt werden.

Ich halte das für einen konstruktiven Impuls. Denn: Auch wenn die Praxis der Anwendung von Zwangsmaßnahmen in den vergangenen Jahrzehnten einen erfreulichen Wandel erfahren hat, so sind wir hier sicherlich noch **nicht am Ende aller Möglichkeiten**. Allein der **Vergleich der Zwangsraten** in verschiedenen

psychiatrischen Krankenhäusern und die hier erkennbare Varianz verweist darauf, dass noch längst nicht alle Möglichkeiten ausgereizt worden sind.

Der BT hat am 17. Januar ein Gesetz verabschiedet, dass die Hürden für eine Zwangsbehandlung deutlich höher gelegt hat als bisher. Es beschreibt sehr sinnvolle Schutzmaßnahmen. **Aber**, es fehlen Vorgaben, wie die Patienten besser in ihr Recht gesetzt werden können, etwa durch die Verbreitung von Behandlungsvereinbarungen, in denen chronisch kranke Menschen festlegen können, wie sie bei einem neuen Krankheitsschub behandelt werden wollen. Gesellschaftspolitisch kann dieses Gesetz daher nur ein Anfang sein!

Denn Inklusion verlangt genau dies:

Das gesellschaftlich Mögliche zu tun, um kranken und behinderten Menschen die volle gesellschaftliche Teilhabe, Selbstbestimmung und Autonomie zu garantieren. Wer Zwangsbehandlungen vermeiden will, **muss die Psychiatrien selbst verändern**, Rückzugsräume für Patienten vorhalten, ärztliches und pflegerisches Personal noch besser im Umgang mit schwierigen oder aggressiven Patienten schulen und natürlich: Personal muss so zahlreich vorhanden sein, damit es sich für jeden ausreichend Zeit nehmen kann, um kritische Entwicklungen frühzeitig zu erkennen.

Vielleicht ist auch das nachfolgende Beispiel geeignet, das **Weitergehende** gegenüber dem Integrationskonzept zu verdeutlichen:

Zielte eine der zentralen Reformforderungen der Psychiatrie-Enquete noch auf die Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken, so lautet ihre konsequente Fortschreibung im Geiste der UN-Konvention für die Rechte Behinderter nun: Gleichstellung psychisch Kranker (wie auch körperlich Kranker) mit Gesunden! **Wie auch:** Gleichstellung psychisch behinderter Menschen mit Nicht-Behinderten.

Meine Damen und Herren,

die UN-Behindertenrechtskonvention setzt gewissermaßen eine **neue Zielmarke** für die Entwicklung des Verhältnisses der Gesellschaft zu ihren psychisch kranken Mitgliedern.

Sie ist als Aufforderung zu verstehen, auch weiterhin intensiv an einer Verbesserung der Hilfen für psychisch kranke Menschen zu arbeiten.

Eine besondere Bedeutung kommt im Sinne der UN-Konvention der Weiterentwicklung ambulanter Versorgungsstrukturen zu.

Die positiven Erfahrungen etwa bei der Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen im Rahmen von **Assertive-Community-Treatment-Modellen** etwa zeigen, dass wir in der Verwirklichung der gesellschaftlichen Teilhabe psychisch kranker Menschen noch lange nicht am Ende aller Bemühungen sind.

Dies gilt ebenso für die Weiterentwicklung von **trialogischen Ansätzen**, der Verbreiterung von Ex-In-Projekten sowie der ernsthaften Diskussion des Rechtes auf Krankheit. Und damit verbunden: Des Rechtes auf eine nicht-invasive Begleitung in akuten Schüben frei von Psychopharmaka oder Zwangs-Psychiatisierung.

Sehr geehrte Damen und Herren,

der gesellschaftliche Anspruch auf Inklusion kranker und behinderter Menschen schließt nicht zuletzt auch die Verpflichtung ein, die hierfür erforderlichen Finanzmittel bereit zu stellen.

Die Steuerungs- und Finanzierungssysteme des Sozial- und Gesundheitssystems sind so auszugestalten, dass sie diese Zielsetzung bestmöglich unterstützen. Im Bereich des therapeutischen Auftrags unserer Kliniken bedeutet dies u.a. die Verteidigung der Qualitätsstandards der PSYCH-PV im neuen Entgeltsystem, wenn eine effektive und effiziente Behandlung gesichert bleiben soll.

Vor diesem Hintergrund hoffe ich, dass die vielen guten Ansätze zur Verwirklichung gesellschaftlicher Inklusion psychisch kranker und behinderter Menschen – die auch im Rahmen dieses Symposiums vorgestellt werden – nicht durch die zu Recht befürchteten kontraproduktiven Steuerungswirkungen des in Entwicklung befindlichen neuen Entgeltsystems für die psychiatrische Krankenhausversorgung behindert werden.

Es stellt m. E. eine **berechtigte Befürchtung** dar, dass das neue System in seiner gegenwärtigen Form vor allem Menschen benachteiligt, die unter schweren, häufig chronisch verlaufenden psychischen Störungen leiden. Wir werden dieses sehr kritisch beobachten müssen.

Die UN-Behindertenrechtskonvention ist vor allem auch Aufforderung an die Gesetzgebung der Mitgliederstaaten, das Ziel einer vollen Inklusion behinderter und kranker Menschen mit gesetzgeberischen Mitteln nach Kräften zu unterstützen. **Auch die Gesetzgebung** zum neuen Entgeltsystem für die Psychiatrische Krankenhausversorgung wird diesen Maßstab an sich anlegen lassen müssen!

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit!