

## DDR-Psychiatrie im Widerspruch

### Fortschrittliche und überholte Aspekte am Beispiel Leipzig

Von Sabine Richebächer, Psychoanalytikerin, Zürich

Die Entwicklung der DDR-Psychiatrie nach dem Zweiten Weltkrieg fand statt in einem Spannungsverhältnis von Bemühungen um Wiederherstellung der Versorgungsstrukturen der Vorkriegszeit einerseits sowie Bestrebungen nach konsequenter Reform andererseits. Die Grundsätze einer gemeindeorientierten Psychiatriereform («Prinzip der Sektorisierung») konnten sich konzeptionell durchsetzen und haben auf Gesetzesebene zur Verankerung fortschrittlicher psychiatrischer Prinzipien geführt. Verwirklicht wurde ein regionales Versorgungskonzept zuerst in Leipzig. In der Praxis behauptete sich sonst weitgehend die zähe Macht des Faktischen. Mit der «Wende» stellen sich Fragen nach Veränderungen und Verbesserungen, aber auch nach der Zukunft und Weiterentwicklung erhaltenswerter Strukturen. Die Autorin hat sich an Ort und Stelle orientiert.

Gegenwärtiger Stand und heutige Schwierigkeiten der Psychiatrie auf dem Gebiet der ehemaligen DDR werden verstehbar vor dem Hintergrund der wichtigsten Entwicklungsstationen seit dem Zweiten Weltkrieg. 1945 sind die grossen psychiatrischen Anstalten Deutschlands, die im letzten Jahrhundert gegründet wurden, durch Massnahmen wie «Euthanasie», durch «Verlegung nach Unbekannt» und infolge «Verpflegung unter dem Existenzminimum», also durch die physische Vernichtung der Patienten, entvölkert. Meist ländlich gelegen und daher von den Bombern der Alliierten verschont, dienen die Anstalten vielfältigen Zwecken: als Unterkünfte für Flüchtlinge und für Angehörige der Roten Armee oder als Notkrankenhaus für körperlich Kranke. In den fünfziger Jahren werden die alten Nervenheil- und Pflegeanstalten unter schwierigsten materiellen und personellen Bedingungen von den Psychiatern zurückerobert und füllen sich rasch. Noch heute sind knapp 85 Prozent der psychiatrischen Betten auf dem Gebiet der ehemaligen DDR in Grosskrankenhäusern konzentriert.

Neben der Einrichtung der Bettenburgen des 19. Jahrhunderts wurde in der DDR auch die naturwissenschaftliche Tradition der deutschen Psychiatrie weitergeführt. Psychiatrie und Neurologie bilden zusammen eine Facharzttrichtung, häufig mit gemeinsamen Fachkrankenhäusern. Psychotherapie dagegen ist ein eigenes Facharztgebiet. In den psychiatrischen Einrichtungen dominieren somatische Therapieverfahren. 1956 werden die Neuroleptika eingeführt. Diese antipsychotisch wirksamen Medikamente bringen einen Anstieg der Entlassungsziffern, und sie verbessern die Milieugestaltung in den Kliniken. Gleichzeitig führen sie zu überhöhten Erwartungen an die Psychopharmakotherapie.

#### Zaghafte Umsetzung fortschrittlicher Konzepte

Wichtige Schlüsselentscheidungen fallen in den sechziger Jahren. Eine kleine Gruppe engagierter Sozialpsychiatern (K. Weise, Leipzig; E. Lange, Dresden; R. Walther, Rodewisch) diskutiert ein konsequentes psychiatrisches Reformwerk. Die «Rodewischer Thesen» (1963) fordern eine aktive therapeutische Haltung gegenüber dem Patienten und «Komplextherapie», d. h. eine undogmatische Anwendung von Psychopharmaka in Verbindung mit Arbeitstherapie, Psychotherapie, Soziotherapie und weiteren Massnahmen zur Rehabilitation. Ebenso gefordert werden der Abbau amtlicher Zwangsmassnahmen gegenüber psychisch Kranken, die Öffnung der Kliniken und die kontinuierliche Betreuung des Patienten durch ein stationär-ambulantes therapeutisches Kollektiv. Das Gesundheitsministerium der DDR empfiehlt diese Thesen den psychiatrischen Einrichtungen und den Bezirksräten als Beratungs- und Planungsgrundlage und schafft flankierende gesetzliche Massnahmen wie ein modernes psychiatrisches Unterbringungsgesetz.

Auf der Arbeitstagung «Probleme der therapeutischen Gemeinschaft» werden 1974 die «Brandenburger Thesen» formuliert. Diese knüpfen an Erving Goffmans Institutionskritik an, welche besagt, dass die hierarchisch organisierte Institution «psychiatrisches Krankenhaus» selber ein zentrales Hindernis bei der Rehabilitation von psychisch Kranken ist. Die «Brandenburger Thesen» sind ein Bekenntnis zum Konzept der «therapeutischen Gemeinschaft» von Maxwell Jones. Gefordert werden eine Demokratisierung der Leitungsstrukturen in den psychiatrischen Einrichtungen, Mitbestimmung sowie der Abbau hierarchischer Beziehungsstrukturen zwischen Teammitgliedern und Patienten. Die Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft, so wird damals deklariert, können «erst unter den Bedingungen einer sozialistischen Gesellschaftsordnung wirklich zur Entfaltung kommen».

Heute stehen auf dem Gebiet der früheren DDR unterschiedlichste Formen psychiatrischer Theorie und Praxis nebeneinander. So schwankt beispielsweise die Versorgungsdichte mit psychiatrischen Betten je nach Region zwischen 4 und 30 Betten pro 1000 Einwohner, und es gibt ein Versorgungsgefälle von der Stadt zum Land. Widersprüche im Fachgebiet selber fallen ins Gewicht, etwa zwischen der Ordnung- und Kontrollfunktion der Psychiatrie mit Tendenz zur Ausgrenzung und Isolation der Patienten einerseits und ihrer therapeutischen Funktion mit Bemühungen um Rehabilitation und soziale Integration andererseits. Ein naturwissenschaftlich nosologisches Krankheitsverständnis steht neben psychosozialen Betrachtungsweisen, und die Spannungen zwischen den Verfechtern von zentralisierten und dezentralisierten Betreuungskonzepten halten bis heute an.

Das «Prinzip der Sektorisierung» sieht die Integration von stationären und ambulanten psych-

iatrischen Einrichtungen in die medizinische Grundversorgung der Gemeinde und in den sozialen Lebensraum der Bürger vor. Dieses Konzept wurde 1976 für die Stadt Leipzig, die damit eine Pionierrolle einnahm, eingeführt. Die Klinik für Psychiatrie der Karl-Marx-Universität (KMU) und zwei psychiatrische Fachkliniken am Bezirkskrankenhaus Dösen haben die volle Betreuungsverpflichtung für jeweils einen Sektor der Stadt übernommen. Jede Basisklinik bildet eine selbständige Funktionseinheit mit stationären, teilstationären (Tages- und Nachtambulanz) und ambulanten Einrichtungen und verfügt über komplementäre Angebote wie geschützte Arbeits- und Wohnplätze, Patientenklubs usw. Die beiden Döserer Fachkliniken betreuen je einen Einzugsbereich von 200 000 Einwohnern. Im Sektor der KMU wohnen 100 000 Personen. Ein Teil von Leipzig Nord gehört zum Versorgungsgebiet des neurologisch-psychiatrischen Fachkrankenhauses Altscherbitz.

Die psychiatrische Universitätsklinik KMU (Prof. K. Weise) wird seit 1969 im Offene-Tür-System geführt, ist gemischtgeschlechtlich auf allen Stationen und besitzt baulich adäquate Voraussetzungen. Acht Ärzte, zwei Psychologen, 18 Mitarbeiter des Pflegepersonals, ferner zwei Beschäftigungstherapeuten, eine Physiotherapeutin und zwei Fürsorger arbeiten auf den Abteilungen. Die Klinik hat insgesamt 55 Betten (4-Bett-Zimmer) und ist Aufnahme-, Akut- und Langzeitabteilung, Tages- und Nachtambulanz in einem. Insgesamt werden etwa hundert Patienten betreut. Weitere externe Patienten besuchen die Tagesstätte für chronisch Kranke, den Patientenklub oder den Altersklub.

Die Behandlung der Patienten basiert auf vorsichtig dosiertem Psychopharmakagebrauch, breiter Anwendung von «Elektroheilkrafttherapie» und verschiedenen Formen von Gruppentherapie. Dazu gehören autogenes Training, konfliktzentrierte Gruppengespräche, konfliktzentrierte Literaturgruppen und Musiktherapie. Der Umfang der Gruppentherapie pro Tag betrug noch vor wenigen Jahren fünf bis sechs Stunden. Heute, nach Abwanderung von qualifiziertem Personal in den Westen, sind es noch drei bis vier Stunden.

In den meisten psychiatrischen Einrichtungen auf dem Gebiet der DDR wurden in Anlehnung an das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft Patientenvertretungen geschaffen. Das Ausmass der Selbstverwaltung, Stellenwert und Einflussmöglichkeiten dieser Einrichtungen hängen allerdings vom Wohlwollen der jeweiligen ärztlichen Leitung ab und sind in der Regel gering. An der KMU gibt es einen Patientenklub, einen Patientenrat und wöchentliche Patientenversammlungen. Dort werden aktuelle Fragen und Konflikte zusammen mit Mitgliedern vom Team besprochen: Spannungen zwischen Patienten und Team, die Beziehungen der Patienten untereinander, aber auch ganz konkrete Themen wie die wirtschaftlichen Folgen der Währungsreform. In die alltäglichen Aufgaben bei der Betreuung werden ebenfalls Patienten einbezogen. Mitglieder des Patientenrates führen neue Patienten am Tag nach der Aufnahme in den Tagesablauf der Klinik ein. Oder wenn ein ehemaliger Patient eine Krise hat, dann wird jemand vom Team, häufig auch ein Mitpatient, zu ihm nach Hause geschickt.

#### Konstanz in der Betreuung und Reduktion von Zwang

In allen drei Basiskliniken kam es mit der Einführung der regionalisierten Arbeitsweise zu einem sprunghaften Anstieg der jährlichen psychiatrischen Aufnahmen (KMU: 1970: 231; 1985: 517). Dies kann als Ausdruck einer verbesserten Deckung des Behandlungsbedarfs im Sektor gewertet werden. Gleichzeitig verringerte sich die Behandlungsdauer. Ärzte und Pflegepersonal sehen einen entscheidenden Vorteil im hohen Vertrauensgrad von Team und Patienten. Der Patient erhält beim Eintritt seinen Therapeuten: einen Arzt oder Psychologen, der ihn von der stationären über die teilstationäre Behandlung bis zur Entlassung begleitet. Konstanz in der Betreuung und gute Zugänglichkeit der stationären Abteilungen haben dazu beigetragen, dass die Zahl der Zwangseinweisungen erheblich, nämlich auf ein bis drei Prozent der Aufnahmen, reduziert werden konnte. Heute kommt eine wachsende Zahl von Patienten entweder von selbst in die Klinik oder sie werden von Familienangehörigen und Bekannten gebracht. Die Zahl der Mehrfachwiederaufnahmen ist bei der KMU besonders hoch. Dies deutet auf eine tendenzielle Überführung vom stationär chronischen zum ambulanten chronischen Patienten, welcher – unterbrochen von zeitweiligen Klinikaufenthalten – in der Gesellschaft leben kann. Möglich wird dies u. a. auf Grund der engen Zusammenarbeit mit dem Ver-

sorgungsnetz im Sektor, insbesondere den Ambulatorien.

Besucher der KMU fragen immer wieder, wie es möglich ist, eine Klinik bei voller Aufnahmeverpflichtung offen zu führen. Gelegentliche Fixierung von Patienten und Abschliessen der Türen drei- bis viermal jährlich anlässlich von Selbst- oder Fremdgefährdung werden als einzige Zwangsmassnahmen genannt. Der Pflegeleiter bezeichnet die offene Führung der Klinik selber, ferner Früherkennung und Nachbetreuung als wichtige genesungsfördernde Faktoren. Ausserdem hat sich die Morbiditätsstruktur der Patienten gegenüber traditionellen, zentralisierten Fachkrankenhäusern verändert. In den gemeindeorientierten Sektorkliniken gibt es weniger Patienten mit psychotischen Erkrankungen und öfter solche mit Suchtproblemen und psychosomatischen Störungen als in traditionellen Häusern: dadurch sei das Potential an «verrücktem» Verhalten insgesamt niedriger.

Ein Widerspruch in der Praxis der KMU, der seitens abgepalten bleibt, ist die breite Anwendung von Elektroschock. Die immanente Gewalt dieses Verfahrens wird erstaunlicherweise zum Konzept der Öffnung und der Reduktion von Zwang nicht in Beziehung gesetzt. Ebenso unreflektiert bleiben die Auswirkungen dieser Methode auf das Verhältnis von Arzt und Patient.

#### Discrepanzen und Mängel

Die Leipziger Psychiatriereformer bezeichnen ihre Arbeitsweise als «Insel» in der psychiatrischen Landschaft der DDR. Doch bereits in Leipzig gibt es erhebliche Unterschiede in den Betreuungsmöglichkeiten zwischen den einzelnen Sektorkliniken. Ein Arzt in Dösen behandelt 30 Patienten, auf der Langzeitabteilung sogar 80 Patienten, wesentlich mehr als der Kollege an der KMU. In Altscherbitz ist ein Arzt für 47 Patienten zuständig. Der Grad der Realisierung von teilklinischen Betreuungsstrategien und Nachbetreuung ist ebenfalls sehr unterschiedlich. Auf DDR-Ebene insgesamt hat das Überwiegen psychiatrischer Grosskrankenzentren einer Verwirklichung des Sektorprinzips zudem immanente Grenzen gesetzt. Wenn der Einzugsradius – wie in Altscherbitz – hundert und mehr Kilometer beträgt, dann kann von gemeindenaher Psychiatrie eigentlich nicht mehr die Rede sein. Mangels regionaler Einrichtungen versuchte man daher mittels «innerer Sektorisierung» von Grosskliniken Übergangslösungen zu schaffen. Ferner darf der – meist passive – Widerstand vieler Klinikleiter als verhängnisvoller Faktor bei der Verwirklichung der Psychiatriereform nicht unterschätzt werden.

Hinsichtlich Geschlechterdurchmischung und Öffnung der Psychiatrie bleibt auf dem Gebiet der früheren DDR noch viel zu tun. An teilklinischen Betreuungsmöglichkeiten wie Tages- und Nachtambulanz und an geschützten Wohnplätzen besteht ein grosser Mangel. Infolge des «Defektmodells» in der Auffassung von psychischer Krankheit und mangels geeigneter alternativer Unterbringungsmöglichkeiten leben in den psychiatrischen Einrichtungen zudem Patienten und Personen, welche im Grunde genommen ganz andere und eigene pädagogische und psychologische Strukturen benötigen. Dazu zählen alte und pflegebedürftige Personen, die in allgemeine Alters- oder Pflegeheime gehören, sowie geistig Behinderte.

In vielen psychiatrischen Fachkrankenhäusern ist die therapeutische Behandlung bis heute rein medikamentös, mit ein wenig Soziotherapie. Alte und verkommene Bausubstanz, Raumnot – in Altscherbitz gibt es Säle mit mehr als 30 Betten – und eine elende materielle Ausstattung bestimmen vielerorts das Bild. Die Personalknappheit hat durch die Abwanderung in den Westen z. T. dramatische Formen angenommen: Dösen verlor in den letzten Monaten über hundert Pflegekräfte, und in Altscherbitz werden Bausoldaten eingesetzt, um den Betrieb notdürftig aufrechtzuerhalten.

#### Geschützte Arbeitsplätze und Rehabilitation

Mit den «Rodewischer Thesen» wurde die DDR-Psychiatrie auf die Rehabilitation verpflichtet. Einen besonderen Stellenwert nimmt bei allen Rehabilitationsmassnahmen die Wiedereingliederung von Behinderten und psychisch Kranken in den Arbeitsprozess ein. Das in der DDR verfassungsmässige Recht auf Arbeit wurde vom Ministerrat auch für psychisch Kranke bestätigt. 1961 wurden «Kreisrehabilitationskommissionen» geschaffen und mit der Durchsetzung betraut. Diese Kommissionen können geeignete Betriebe zur Schaffung von geschützten Betriebsabteilungen und geschützten Arbeitsplätzen verpflichten. Das Arbeitsverhältnis eines Rehabilitanten kann durch den Betrieb nur dann aufgelöst werden, wenn eine schriftliche Zustimmung der Kommission vorliegt. 1988 gab es in der DDR 44 700 geschützte Arbeitsplätze. Bemerkenswert ist, dass sich der Anteil der in ein Rehabilitationsprogramm entlassenen Fälle in den psychiatrischen Fachkliniken in der Zeit von 1976 bis 1985 von 14 auf 37 Prozent erhöht hat. Gleichzeitig verringerte sich der Anteil an stationären Pflegefällen von 60 auf 40 Prozent. Eine weitere gesetzlich verankerte Möglichkeit der Rehabilitation bietet die «Übertragung von Schonarbeit». Auf Anordnung des behandelnden Arztes ist ein Betrieb verpflichtet, dem Werkstätten befristet (höchstens 12 bzw. 24 Wochen) auf dem alten Arbeitsplatz und bei vollem Lohnausgleich veränderte/verkürzte Schonarbeit zu gewähren.

Die Errungenschaften der DDR im Bereich der Rehabilitation sind jetzt allerdings in Gefahr. In

der Folge der «Wende», des politischen Zusammenwachsens mit der Bundesrepublik und der ökonomischen Krise, haben viele geschützte Werkstätten bereits keine Arbeit mehr. Die geschützten Betriebsabteilungen sind mehrheitlich auf den 1. September 1990 gekündigt worden. In der Bundesrepublik hingegen fehlen vergleichbare gesetzliche Regelungen. Es gibt zwar eine Quotenregelung für die Einrichtung von Arbeitsplätzen für Schwerbeschädigte in grösseren Betrieben, sie kann jedoch mit einer geringfügigen finanziellen Abfindung umgangen werden.

#### Politischer Missbrauch

Bis zum Frühjahr 1990 hatte man angenommen, dass es auf dem Gebiet der DDR – anders als in der Sowjetunion – nicht zum Missbrauch der Psychiatrie bei der Verfolgung von politisch Andersdenkenden durch die Staatsgewalt gekommen war. Die Recherchen der Zeitschrift «Stern» in der sächsischen Anstalt Hochweitzschen und der Aussenstation «Waldheim» haben jedoch aufgedeckt: politisch missliebige Personen und «unbequeme Staatsbürger» wurden von Mitarbeitern des ehemaligen Ministeriums für Staatssicherheit hierher verschleppt, eingesperrt, misshandelt und gefoltert. Fälle wie in Waldheim sind seither auch aus anderen psychiatrischen Einrichtungen bekanntgeworden (Ostberlin, Mühlhausen, Neuruppin). In der DDR wurden sofort Untersuchungsausschüsse über den Missbrauch der Psychiatrie zu politischen Zwecken gebildet, die noch immer an der Arbeit sind. Es hat sich gezeigt, dass es eigentliche «Kooperationsverträge» zwischen dem Ministerium für Staatssicherheit und einigen ärztlichen Direktoren von psychiatrischen Einrichtungen gegeben hat. So konnten Personen mit Fehldiagnosen und auf Grund fingierter Gerichtsurteile zwangsbehandelt werden. Das Ausmass der Verfolgung von Psychiatrie und Staatssicherheitsdienst ist derzeit noch ungeklärt.

Viele Repressionsmassnahmen und bürokratische Arbeitsschwierigkeiten waren in den ideologisch-arbeitsrechtlichen Alltagsstrukturen verankert. Vor politischen oder sportlichen Grossereignissen oder vor der Leipziger Messe wurden Ärzte aufgefordert, auffällige Patienten in der Klinik zu verwalten oder ihnen keinen Ausgang zu geben. Psychiater wurden zur Begutachtung bei versuchten «Republikfluchten» herbeigezogen. Unbequeme Ärzte, die sich weigerten, die Psychiatrie in den Dienst der Politik zu stellen, wurden aus ihrer Arbeit in der Klinik weggeholt und stundenlang verhört.

Parteilichkeit spielte bei der Stellenbesetzung, vor allem in den grossen Bezirkskrankenhäusern, und bei der Vergabe von finanziellen Mitteln an die Kliniken eine wichtige Rolle. Die Partei unterdrückte unliebsame Forschungsergebnisse und Statistiken: Beispielsweise dürften bis vor kurzem keine Zahlen zum Suizid veröffentlicht werden, da es in der sozialistischen Gesellschaft offiziell keinen Selbstmord gab.

#### Rettung des sozialpsychiatrischen Modells?

Die «Wende» hat den reformorientierten Kräften in der DDR-Psychiatrie einigen Auftrieb gegeben. Die politischen Veränderungen, die Auseinandersetzung mit den alten Herrschaftsstrukturen und die bevorstehende Umgestaltung des Sozial- und Gesundheitswesens enthalten die Chance, konservative Führungskräfte auszuwechseln und überholte Strukturen zu überwinden. Die ärztlichen Leiter und die Chefsärzte der Kliniken auf dem Gebiet der ehemaligen DDR müssen die Vertrauensfrage stellen und sich von den Mitarbeitern bestätigen lassen. Vielerorts ist dies bereits geschehen. Soweit bisher ersichtlich, wurden sie in der überwiegenden Zahl der Fälle tatsächlich bestätigt. Der Verfahrensmodus bei der Vertrauensfrage ist allerdings unklar, beispielsweise ob nur die Ärzte oder die ganze Belegschaft stimmen dürfen, und er wurde auf unterschiedlichste Weise gehandhabt. Ob ein genügendes Ausmass an Demokratie andere Ergebnisse gebracht hätte, muss offenbleiben.

Die Gefahr ist gross, dass Veränderungen vor allem von aussen, nämlich von der Bundesrepublik, kommen werden. Psychiatriereformer in beiden Teilen Deutschlands sehen jedoch eine Chance, positive Erfahrungen und strukturelle Vorteile der DDR-Psychiatrie zu erhalten oder aufzunehmen und für die Sozialpolitik eines geeinigten Deutschlands zu nutzen. Die «Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie» in der Bundesrepublik hält solche Aspekte in einem offenen Brief, datiert vom 8. Juni 1990, an die Bundestagspräsidentin Rita Süßmuth und die Volkskammerpräsidentin Frau Bergmann-Pohl fest. Genannt werden die ökonomische und sozialpolitische Bedeutung der Integration von Behinderten und psychisch Kranken ins Arbeitsleben, vorteilhafte Aspekte einer einheitlichen Sozialversicherung und das Prinzip der Grundrente für alle behinderten Personen ab dem 18. Lebensjahr. Ferner wird gefordert, die in der DDR gewachsenen gemeindepolitischen Strukturen weiterzuentwickeln und insbesondere das flächendeckende Angebot an psychiatrischen Polikliniken als unabdingbaren Beitrag an eine angemessene Versorgung gerade der psychisch Kranken zu erhalten. Im Rahmen der gesetzlichen Grundlagen der Bundesrepublik ist dies nämlich nicht möglich: Dort besitzt die Kassenärztliche Vereinigung das Behandlungsmonopol. Die «Gesellschaft für kommunale Psychiatrie», die noch Ende Juni dieses Jahres in Ostberlin gegründet wurde, kritisiert eben eingeleitete Bestrebungen zur Renovation der Grosskliniken und fordert ihre konsequente Auflösung.