

**Abschied Dr. Mecklenburg am 03.12.2004 im Schloß Ehreshoven
Beitrag von Landesdirektor a.D. Dr. Dieter Fuchs zum Thema**

**Sozialpsychiatrie als Aufgabe und Herausforderung für
Kommunen und freie Träger
(Große - Kleine Psychiatriewelt)**

Liebes Ehepaar Mecklenburg, sehr geehrte Gäste,

vor weithin sachkundigem Publikum etwas zum Thema „Sozialpsychiatrie als Aufgabe und Herausforderung für Kommunen und freie Träger“ zu sagen, bedeutet im Zweifel die mannigfache Wiederholung von Bekanntem. Gleichwohl:

Als sowohl auf allen kommunalen Ebenen wie auch als Vorsitzender eines Trägervereins verantwortlich tätig Gewesener will ich versuchen, die allgemeine Entwicklung der Sozialpsychiatrie mit ihren bundes- und landesweiten Ausformungen sowie ihre praktische Umsetzung in einem Landkreis mit ihren wechselseitigen Beziehungen ins Blickfeld zu rücken.

Das Thema setzt voraus, dass einigermaßen leistungsfähige Kommunen und Kommunalverbände existierten. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurde in Deutschland das Schicksal der kranken und behinderten Menschen parallel zur Entwicklung der somatischen Medizin zunehmend wissenschaftlich untersucht. Das führte zu zwei praktischen Erkenntnissen der Verantwortlichen: wir müssen etwas für diese Menschen tun und: wir können sie in unseren repräsentativen, prosperierenden Städten nicht gebrauchen. Also sollen sich die Kommunen in ihrer Gesamtheit - verfasst in Provinzial - oder Bezirksverbänden - darum kümmern, die Betroffenen human, aber möglichst an abgelegenen Orten unterzubringen. So entstanden viele Großkliniken an dünn besiedelten Stellen, Ausnahme: Bonn und - mit einigem Abstand zum Stadtzentrum: Düsseldorf. Ein klassizistisch-repräsentativer Baustil wurde den Patienten auch in der Einsamkeit zugebilligt, nicht jedoch etwas Privatheit außerhalb von großen Krankensälen.

Es wäre spekulativ zu vermuten, dass die soziale Komponente der Psychiatrie ohne den ersten Weltkrieg früher ins Blickfeld gerückt wäre. Ich halte das für eher unwahrscheinlich, weil bei Fortbestand der Vorkriegsdenk - und -herrschaftstrukturen Kranke und Behinderte wohl kaum in den Mittelpunkt staatlicher oder kommunaler Interessen gerückt wären. Das änderte sich mit dem Sturz der Monarchie und dem unversehens entstandenen riesigen Problem der an Leib und oft auch an der Seele Kriegsversehrten sowie der vielen schlecht versorgten Kriegswitwen und - waisen. Was früher in den städtischen Slums oder armen Landstrichen an sozialer Not mehr oder weniger achselzuckend hingenommen wurde, bekam nach der Abschaffung des Dreiklassenwahlrechts in Preußen politische Brisanz. Alle daraus resultierenden Ansätze für eine Verbesserung der Lage psychisch Kranker wurden im NS - Staat gestoppt und schließlich mit „Euthanasie“ genannten Massenmorden ins Gegenteil verkehrt.

Daß es nach dem zweiten Weltkrieg fast 3 Jahrzehnte dauerte, bis sozialpsychiatrische Ideen eine Realisierungschance bekamen, hatte mehrere Gründe: Vielfach waren noch dieselben Ärzte aktiv, die der NS - Ideologie gefolgt waren, ihr zumindest nicht widerstanden hatten. Im Bewusstsein der ausgebombten, zum Teil aus ihrer Heimat vertriebenen, aus Gefangenenlagern desillusioniert heimkehrenden Menschen herrschte nach dem Prinzip „das Hemd ist mir näher als der Rock“ über viele Jahre das Bedürfnis vor, die eigene Lage zu verbessern. Die Kommunen hatten reichlich zu tun mit der Bewältigung der größten menschlichen und materiellen Kriegsfolgen. Da blieb zunächst kaum Raum für die Beschäftigung mit den - wenigen - Überlebenden der Euthanasie und den „neuen“ psychisch Kranken. Freie Träger - wenn ich einmal von den grundsätzlich für diese Menschen offenen, aber nur punktuell leistungsfähigen Kirchen absehe - gab es in diesen Jahrzehnten selten, in weiten Gebieten gar nicht.

Aber es waren nicht nur solche außergewöhnlichen Umstände, die diese Verzögerung bewirkten. Vielmehr war unabhängig von der geschichtlichen Entwicklung ein langer Prozeß auf diesem nicht gerade mediennahen Feld notwendig, um allgemeine Unsicherheit gegenüber psychisch Kranken, Ängste, Verdrängungsmechanismen in den Köpfen der Mitmenschen und Abschottungsbedürfnisse zu überwinden. Das ist zwar inzwischen zu einem guten Teil gelungen, unterschwellig bestehen aber bei vielen noch deutliche Vorbehalte gegenüber allem, was mit Psychiatrie zusammenhängt. Voraussetzung für diesen Fortschritt waren systematische wissenschaftliche Grundlagenarbeit, die an einigen Universitäten in Gang kam, engagierte Fachleute in vielen - nicht nur ärztlichen - Berufssparten, die 68er Reformbewegung, aus der u.a. die DGSP (Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie) hervorgegangen war, aufgeschlossene Politiker (ich erinnere mich an den früheren Bundestagsabgeordneten Picard, der lange als „Rufer in der Wüste“ galt).

Die Kommunen befassten sich erst intensiver mit „ihren“ psychisch Kranken, als Ende der sechziger Jahre die ersten PsychKGs in den Ländern erlassen wurden, zunächst aber vorrangig unter dem Unterbringungs- also Ordnungsgesichtspunkt, weniger im Blick auf Hilfen für die Betroffenen und ihre Angehörigen. Auch in den Großeinrichtungen kirchlicher, kirchennaher und freier Träger spielte der Grundsatz: „ruhig, satt, sauber“ lange Zeit die entscheidende Rolle.

Auf den vielseitigen Druck, - auch aus den Medien -, schaffte der Bund einen ersten Durchbruch mit seiner Psychiatrie - Enquete Mitte der 70 er Jahre. Die Enquete - Kommission mit C.Kulenkampff an der Spitze hat mit ihren Erkenntnissen und Vorschlägen alle staatlichen und kommunalen Ebenen, aber auch eine breitere Öffentlichkeit herausgefordert. Kulenkampff im Rheinland, Klaus Dörner in Westfalen waren neben meinem Schwager Erich Wulff mir zunächst bekannte Leute, die der Analyse Taten folgen lassen wollten. Ich weiß, dass es viel mehr Engagierte gab - aber damals kannte ich sie noch nicht. Wie stellte sich mir, als ich Ende 1975 als kommunaler Verwaltungschef in den Gesundheitsausschuß des LVR (Landschaftsverband Rheinland) kam, die Situation der Psychiatrie im Rheinland und im Oberbergischen Kreis dar ?

Das Ergebnis war vielschichtig und zugleich erschreckend: Viele teure Fehlbelegungen, hoher Hospitalisierungsgrad, zu wenig Rücksicht auf eine sich verändernde Altersstruktur der Patienten und differenziertere Krankheits- oder Behinderungsformen, zu wenig speziell ausgebildetes Pflege- und Therapiepersonal, keine überzeugenden Leitbilder für den Umgang mit psychisch Kranken und Behinderten, einseitige Ausrichtung der meisten Ärzte auf biologisch-chemische Behandlung, kaum ganzheitliche Ansätze, oft menschenunwürdige Unterbringung der Patienten in Großsälen, ungeeigneten Gebäuden - Stichwort: Brauweiler -, fehlende Gemeindenähe: in den Großkliniken lebten viele Betroffene, die von weither stammten, was einerseits das geringe Interesse ihrer Herkunftskommunen an ihnen und andererseits die nur mäßige Anteilnahme der Bevölkerung am Klinikstandort am Schicksal des einzelnen Patienten erklärt.

Die bessere Einbeziehung der Kommunen und die Schaffung nichtstationärer Angebote freier Träger kam voran, als die Großkliniken durch Umwandlung in eigenbetriebsähnliche, kaufmännisch rechnende Einrichtungen ihre Abhängigkeit von den oft entfernt sitzenden Regional- oder Staatsverwaltungen größtenteils verloren. Das schaffte Druck zu prüfen und ermöglichte erstmals gesicherte Antworten auf die Fragen, ob die bisherige Psychiatrieorganisation wirtschaftlich war und den Betroffenen gerecht wurde. Als Vorsitzender der Kommission aus Politik und Verwaltung, die das neue Krankenhausrecht NW 1977/78 umsetzen und die Betriebssatzungen für die Kliniken erarbeiten sollte, bekam ich schnell einen Eindruck von den geschilderten Mißständen, nicht zuletzt davon, dass sich wenige Kommunen des Themas annahmen und komplementäre ambulante Angebote fast ganz fehlten.

In Politik und Verwaltungen brodelte es. Die Enquete hatte die aufgeführten Mißstände beim Namen genannt. Sozialpsychiater hatten einige Lehrstühle erobert. Viele „altgediente“ Psychiater in Verantwortung schieden aus. Begriffe wie „gemeindenaher Psychiatrie“, „Sektorpsychiatrie“ und „psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern“ oder „Enthospitalisierung“ waren kein Tabu mehr. Wie man diese Bewegung kanalisieren und zu einer vernünftigen Reform bringen konnte, dazu gab es manche, gelegentlich diffuse Ideen. Hatten die ab etwa 1970 erlassenen PsychKGs der Länder in der Praxis zunächst den Schwerpunkt beim Schutz der Allgemeinheit und beim verwaltungstechnisch einwandfreien Funktionieren der Gesundheitsämter von Städten und Kreisen gesehen, so verlagerte sich in der Diskussion der Akzent zunehmend auf die „Hilfen für die Betroffenen“, auf angemessene medizinische und psycho-soziale Vorsorge - und Nachsorgemaßnahmen, die den Betroffenen zu eigenverantwortlicher und selbstbestimmter Lebensführung in der Gesellschaft befähigen“ - wie es heute das PsychKG NW und anderer Länder formulieren. Damit verlagerten sich die Aufgaben der Kommunen verstärkt auf das Umfeld der Kliniken. Zugleich entwickelte sich aus den Kliniken heraus, aus Angehörigen - und Betroffenenkreisen eine Art „Gegenstromverfahren“, in dem Forderungen erhoben und - z.T. radikale - Vorschläge gemacht wurden. Basaglia ließ grüßen und die Herzen vieler Engagierter höher schlagen. Der im Kölner Raum besonders aktive „SSK“ schoß dabei heftig und nach heutiger Einsicht eines Protagonisten „oft auf die falschen Leute, z.B. C. Kulenkampff, und über das Ziel hinaus“.

Mit diesem Aufbruch waren die Verantwortlichen vor Ort - also in erster Linie die Kommunen -, die sich neu gründenden freien Träger, später die sich organisierenden Selbsthilfe- und Angehörigengruppierungen herausgefordert. Langsam, sehr langsam, begann auch die „Enttabuisierung“ psychischer Krankheit und psychisch Kranker im öffentlichen Bewusstsein und im sozialen Umfeld Betroffener. In NW, Niedersachsen, Hessen und Bremen wurden verschiedene Ansätze untersucht, wie dieser „Bewegung von unten“ sachgerechte, gemeindenahere Angebote und Hilfen zur Seite gestellt werden konnten. Im LVR (Landschaftsverband Rheinland) waren dabei die Dres. Siede und Mecklenburg aktiv beteiligt. Die interne Auflockerung der Kliniken - von Region zu Region unterschiedlich praktiziert - führte im Rheinland zu Trennung von Akutkranken und psychisch Behinderten, für die ihnen gemäße heilpädagogische Heime auf den Klinikgeländen gegründet wurden. Außerhalb der Kliniken waren die Angebotspflänzchen in den Kommunen keineswegs flächendeckend und eher gefährdet.

C. Kulenkampff hatte dieser Zeit in seiner beruflichen Arbeit als Landesrat die Versäumnisse auszubaden, die er in der Enquete angeprangert hatte. Als gesundheitspolitischer Sprecher meiner Fraktion fiel mir oft die Aufgabe zu, mit diesem bedeutenden Psychiater, aber in den politischen Grabenkämpfen nicht immer verstandenen und dabei von den - teils strafbaren - Unzulänglichkeiten der rheinischen Psychiatrie gelegentlich eingeholten „ärztlichen Verwaltungsmann“ (in seinem Fall ein Paradoxon) heftig zu streiten. Hinzukam die recht unterschiedliche Bereitschaft vieler Kommunen, den Auftrag „gemeindenahere Psychiatrie“ nicht nur als zusätzliche, oft als lästig empfundene Aufgabe wahrzunehmen, sondern als echte Herausforderung für bessere Lösungen.

Den entscheidenden Durchbruch brachte 1980 das Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung in 14 Modellregionen auf Stadt- und Kreisebene mit der Vorgabe, dass in diesen überschaubaren Grenzen oder Sektoren neben den und unter Einbeziehung der Kliniken nichtstationäre, differenzierte Angebote geschaffen und erprobt werden sollten. In den Modellregionen konnte man von einer „Grundaufgeschlossenheit“ der jeweiligen Städte und Kreise sowie von einem

Minimum an Trägerstruktur und -bereitschaft ausgehen. Das Modellprogramm sollte nicht das „Ob“ sondern die bestmöglichen Formen sozialpsychiatrisch – gemeindenaher Strukturen herausfinden. Modelle sollen, auch wenn ihre Tauglichkeit noch wissenschaftlich „begleituntersucht“ wird, am Ende den „Regelfall“ herbeiführen.

Unser von Hartmut Siede initiiertes, mit Informationen aus dem LVR unterstützter kleiner Verein zur Hilfe für psychisch Behinderte bewarb sich als Träger für eine Modellregion „Oberberg“ und erhielt den Zuschlag und damit viel, schnell, sinnvoll einzusetzendes Geld. Dabei dürfte hilfreich gewesen sein, dass schon 1978 beschlossen worden war, im neuen Kreiskrankenhaus Gummersbach neben den somatischen auch psychiatrische Akutabteilungen einzurichten (Mitgesellschafter ist bis heute der LVR), sowie die enge personelle Verzahnung von Klinik des LVR in Marienheide, Kreiskrankenhaus Gummersbach, Kreisverwaltung und Oberbergischem Verein.

Um unser Vereinsrisiko zu begrenzen, gründeten wir für das operative Geschehen 1983 die 100 % - Tochter OGB. 1985 konnten wir das neue somatisch - psychiatrische Krankenhaus einweihen. Erfreulich war das hohe Bewusstsein aller an Planung, Bau, Finanzierung und Organisation Beteiligten für diese Herausforderung, für die es kaum Erfahrungen gab. Inzwischen ist auch die alte „Barackenlinik“ Marienheide nach modernen Erkenntnissen fast neu erbaut und in die Kreiskrankenhaus GmbH integriert.

Und hier kommt der Arzt ins Spiel, den wir heute verabschieden wollen: Hermann Mecklenburg, erfahren in der Vorreiter - Psychiatrie der MH Hannover und im psychiatriepolitisch progressiven LVR. Er kam als Arzt, Sozialpsychiater mit sofortiger Einbindung als stv. Vorsitzender in unseren Verein und Chefarzt eines großen, nach der Einbringung von Marienheide im Umbruch befindlichen Bereichs - sachlich zeitgleich, vom Engagement her in dieser Reihenfolge - und blieb fast 20 Jahre.

Zunächst entwickelten sich die Modellregionen mit ihren Kontaktstellen, Kleinheimen, PSDs (Psychosoziale Dienste) und - etwas später - Tagestätten dank bestehender Laienhelfergruppen und kleiner Trägervereine im allgemeinen positiv. In anderen Kommunen gab es die ganze Palette von notgedrungener Mitwirkung bis zu aktiver Unterstützung. Mitte der 80 er Jahre war das Bundesgebiet deshalb ein sozialpsychiatrischer „Flickenteppich“. In vielen Städten wurde das Modell „Sektorpsychiatrie“ umgesetzt, in manchen Städten und Kreisen blühten engagierte Trägervereine auf, in anderen tat sich nichts. Ziel war aber: in allen Städten und Kreisen eine einigermaßen gleichwertige, „gemeindenaher“ Versorgung psychisch Kranker und Behinderter mit einem differenzierten Angebot von verkehrsmäßig erreichbarer stationärer Versorgung bis zu einem Netz auch niederschwelliger Angebote - z.B. in Kontaktstellen - zu schaffen. In diesen Jahren sind Herr Dr. Mecklenburg, Herr Jöllenbeck als Geschäftsführer unseres Vereins und zuweilen auch ich als „Wanderprediger“ in Sachen Sozialpsychiatrie durch die Lande gezogen. Als Vorsitzender der BAG der höheren Kommunalverbände und im engen Austausch mit meinem Landesrat für Gesundheit, Rainer Kukla, als Vorsitzendem der BAG der Träger psychiatrischer Krankenhäuser bekam ich einen guten Überblick über die sozialpsychiatrische Entwicklung in Deutschland. Das Modellprogramm von 1980 faßte Fuß in allen Bundesländern - wenn auch in unterschiedlichen Ausformungen.

Für fast alle Aktivitäten gab es bald eine Regelfinanzierung über Pflegesätze und Leistungen der Hauptfürsorgestellen. Ungelöst blieb die Finanzierung der so wichtigen Kontaktstellen, und das ist weithin auch heute noch so. Obwohl wir in einem mehrjährigen Feldversuch präzise nachweisen konnten, dass und mit welchen Auswirkungen auf die Zahl der Pflgetage Kontaktstellen bei den Besuchern den „Drehtüreffekt“ aufheben oder zumindest deutlich verlangsamen konnten, also erhebliche - bis 55 % - Kosteneinsparungen bewirkten, wollten die Kassen - außer der örtlichen AOK - sich nicht an den Kosten beteiligen. Die Kommunen setzen insoweit unterschiedliche Schwerpunkte. Manche fördern trotz Haushaltsnöten, andere nicht. Durch - refinanzierte - Tagestättenplätze, die die Grundkosten benachbarter Kontaktstellen senken helfen, und bescheidene Einzelabrechnungsmöglichkeiten sowie Spenden können heute die meisten Träger, wenn sie denn wirtschaftlich gut geführt sind, Kontaktstellen offen halten.

Wir hatten zum Glück in Herrn Jöllenbeck einen Geschäftsführer, der den oberbergischen Verein fachlich, personell und wirtschaftlich so gut führt, dass wir ein flächendeckendes Kontaktstellennetz aufrechterhalten konnten.

Eine Herausforderung für Kommunen, Kliniken und freie Träger war und ist die geduldige öffentliche und persönliche Aufklärung einer Bevölkerung, für deren Mehrheit psychische Krankheiten und davon Betroffene auch heute noch oft Unsicherheit, ja Ängste auslösen, über die Krankheit oder Behinderung, über die Kranken oder Behinderten, die künftig mitten unter ihnen wohnen sollten. Diese Arbeit muß im Vorfeld geleistet werden, ehe man ein neues Heim, eine neue Außenwohngruppe oder Einrichtungen für ambulant betreutes Wohnen schafft. Wenn ein Gemeinderat, eine Bezirksvertretung oder eine Nachbarschaft erst einmal abblockt, sind die Aussichten, Akzeptanz zu erzeugen, dürftig. Wir haben das - z.T. mit den Gemeinden zusammen - erkennen, erlernen müssen und anfangs auch Lehrgeld für diesen Lernprozeß gezahlt. Immerhin: von der wütenden mitternächtlichen Auseinandersetzung 1981 in Hückeswagen um das Haus für depravierte Alkoholiker bis zur „geräuschlosen“ Schaffung des Wohnheims mitten in Lindlar 2003 war es eine positive Entwicklung, die schon bald einen Schwerpunkt darin fand, möglichst viele der in unseren Kleinheimen Wohnenden noch weiter in die Selbständigkeit zu entlassen, in Außenwohngruppen und - inzwischen für 90 Bewohner - in das Betreute Wohnen. Damit wurden zwei Ziele zugleich verwirklicht: mehr Lebensqualität für die Bewohner und Senkung der Kosten pro Bewohner von heute 30 000 Euro auf 10 000 Euro.

Schwer getan haben wir uns als Verein mit der Ausweitung unseres Angebotes auf Drogenabhängige, die in der Suchtabteilung der Klinik behandelt worden waren. Inzwischen sind wir über die Kreisgrenzen hinaus mit dem Aufbau einer Einrichtung für 10 bis 12 drogenabhängige Jugendliche im Naafbachtal beschäftigt, das insoweit den gesamten Einzugsbereich östlich Köln/Bonn abdecken soll.

In den früheren Großkliniken war die Beschäftigung psychisch Kranker und Behinderter Bestandteil der Bemühungen um die Patienten. Aus der - oft sehr nützlichen, allerdings unbezahlten - Beteiligung der Betroffenen an Arbeiten aller Art, land- und hauswirtschaftlichen sowie handwerklichen zuvörderst, erwuchs das heute in BT (Beschäftigungstherapie und AT (Arbeitstherapie) unterteilte Programm innerhalb der Kliniken. Mit fortschreitender Enthospitalisierung und Gemeindenähe wurde das Fehlen angemessener Arbeitsmöglichkeiten für die „outgesourcten“ Bewohner dezentraler Heime und Wohnungen spürbar. Ein einzelner therapeutischer Bauernhof wie in Wipperfürth oder in Müllerheide läßt sich ebensowenig wie die Holzwerkstatt in Hückeswagen an anderer Stelle wiederholen. So entstanden neben den schon länger existierenden Werkstätten für geistig Behinderte, in denen psychisch Kranke fehlplatziert waren, die Werkstätten für psychisch Behinderte, bei uns als eigene GmbH „RAPS“, mit ständig steigenden Mitarbeiterzahlen.

Hier und in den vereinseigenen (bei uns WRS) wie auch privaten Integrationsunternehmen, die psychisch Behinderte mit hoher Arbeitsfähigkeit zu Normal - Tarifbedingungen beschäftigen, sind die in NW kommunalen, in manchen Ländern auch Landes - Hauptfürsorgestellen mit im Boot.

In NW ist so ein sehr differenziertes Netz von Arbeitsangeboten entstanden, eine Aufgabe, der sich Dr. Mecklenburg mit besonderem Engagement gewidmet hat.

Das gewachsene Bewusstsein für die Häufigkeit und besondere Problematik psychischer Erkrankungen und Behinderungen findet seinen Niederschlag in den neugefassten PsychKGs der meisten Länder, in NW von 1999. Was sich in der Praxis bereits vielfach an Zusammenwirken von Kommunen, Kliniken, freien Trägern und Betroffenen entwickelt hatte: gemeindepsychiatrische Verbände, Psychiatriekonferenzen und Psychiatriepläne auf Stadt - und Kreisebene, Einbeziehung von Kommunalpolitikern in die Meinungsbildungs - und Fachdiskussionen, Verknüpfung von Kliniken, niedergelassenen Fachärzten und Trägern nicht-stationärer Angebote, ist inzwischen gesetzlich unterlegter Standard in den Bundesländern. Wieviel Einzelanstrengungen notwendig waren, um dies auch hier zu erreichen und mit Leben zu erfüllen, davon können Dr. Mecklenburg, Dr. Nürnberger als Leiter des Gesundheitsamtes und jetziger Vereinsvorsitzender, Herr Jöllenbeck, die Klinikverantwortlichen und ich ein Lied singen.

In den letzten 10 Jahren beschäftigte uns im Verein zunehmend das Thema „Qualitätssicherung“. Nach anfangs gescheiterten Versuchen mit anderen Anbietern haben wir mit Prof. Regus vom Zentrum für Planung und Evaluation sozialer Dienste der Universität Siegen eine individuelle gemeindliche Hilfeplanung (IGHP) entwickelt, die anfangs vor allem den Mitarbeitern der OGB erhebliche Mühen bereitete, inzwischen aber akzeptiert und praktiziert wird - eine echte Herausforderung für die freien Träger. Daß diese Arbeit hier anerkannt wird, läßt sich schon daran ablesen, dass der Kreis seinen sozialpsychiatrischen Dienst mit den Mitarbeitern auf die freien Träger, insbesondere die OGB, übertragen hat. So etwas war nur möglich, weil unser Verein und seine Töchter als einzige freie Träger bisher den BAT anwenden. Als Pflichtversorger garantiert die OGB heute allen dafür in Betracht Kommenden innerhalb von 4 - 6 Wochen einen Heimplatz.

Das Verhältnis zwischen Klinik und freiem Träger OGB entwickelte sich trotz systemimmanenter Interessenunterschiede fachlich und menschlich gut. Natürlich war es für den Chefarzt M. nicht gerade „macherhaltend“, wenn durch die erfolgreiche Arbeit der psychiatrischen Klinik, Aktivitäten von Kreis und freien Trägern Betten im Krankenhaus überzählig wurden, die Zahl der Stationen in Frage gestellt werden musste und die Weiterführung der Klinik Marienheide unsicher war. Im Interessenkonflikt verlor Dr. Mecklenburg nie den maßgebenden Orientierungspunkt aus den Augen: das Optimum an Möglichkeiten für die Patienten.

So regte er schon 1986, kurz nach Dienstantritt in Gummersbach, eine Institution an, die in besonders schwierigen Situationen ein Instrument zur Betreuung von schwierigst psychisch Kranken bot: die Fallkonferenz, um die OGB oder Klinik bitten konnten, wenn anders nicht zu lösende Probleme anstanden. Bat einer von beiden zu einer solchen Konferenz, so kam manchmal eine Runde von 10 Personen zusammen.

Allen Beteiligten war - und ist bis heute - klar, dass die Beratung ergebnisoffen durchgeführt wird, man also nach einer Lösung sucht und nicht versucht, die eigene Vorstellung durchzusetzen. Die Atmosphäre sollte so sein, dass, wenn auch in knapper Zeit, „ins Unreine“ gedacht werden konnte.

Diese Institution prägte bald die gesamte Zusammenarbeit zwischen Kreiskrankenhaus und OGB. Es zeigte sich, dass sich die Fälle, die dort verhandelt wurden, von Jahr zu Jahr veränderten. Kritische Fälle aus den Jahren 86/87 wurden 1990 längst unter „Routine“ eingestuft. Der Lernprozeß bei allen Beteiligten war enorm. Dazu hat sicherlich auch beigetragen, dass beide Seiten in diesen Verhandlungen auch für die ungewöhnlichsten Lösungen offen waren. So entstanden z.B. ein Einzelwohnplatz in einem möblierten Zimmer, der als „Heimbewohnerplatz“ firmierte. Dergleichen gab es Anfang der 90 er Jahre m.W. nirgendwo.

Bis heute sind wir überzeugt, dass diese Form der „Fallkonferenz“ außerordentlich wichtig für die gemeindenahere Psychiatrie ist. Psychisch Kranke, die wir sonst nicht hätten versorgen können, konnten auf diese Weise mit neuen - meist angemesseneren - Hilfsangeboten rechnen. Als Nebeneffekt ergab sich, dass die Mitarbeiter des KKH (Kreiskrankenhauses) und der OGB die fachliche Zusammenarbeit übten und dass sich dadurch die Denkweisen der beiden Institutionen einander annäherten mit dem Ergebnis: Fachlichkeit und Sachlichkeit prägen die Zusammenarbeit.

Der Erfolg der oberbergischen Region in der psychiatrischen Versorgung beruht zum großen Teil auf der Bereitschaft aller Beteiligten, gemeinsame Ziele zu definieren und dementsprechend auf der Handlungsebene zu agieren. Gesprächsmittelpunkt für Grundsatzfragen, Struktur -, Einrichtungs - und Finanzplanungen war stets der Vorstand des Oberbergischen Vereins, in dem von Beginn an glücklicherweise Klinik, Kommune, Gesundheitsamt, SozialarbeiterInnen sowiepsychologischer und Planungssachverständigen vertreten waren. Wenn in diesem Gremium und im Beirat letztlich immer einstimmige Entscheidungen getroffen wurden, so besagt das nichts über Intensität und Länge der zu Beginn gelegentlich kontroversen Diskussionen. Das hatte zur Folge eine hohe Erfolgsquote auch bei neuartigen, bisher nirgendwo erprobten Einrichtungen, Diensten und Kooperationen. Drei Kriterien für ein effizientes Versorgungssystem will ich aber noch einmal ins Gedächtnis rufen: Professionelles und ehrenamtliches Engagement, Einbindung in die kommunalen Strukturen und am gemeinsamen Ziel orientierte Zusammenarbeit aller am Psychiatriegeschehen Beteiligten.

Wenn ich nun doch ein wenig Eigenlob verkündet habe, so gibt mir die Erfahrung einen rechtfertigenden Grund, dass wir mit dem oberbergischen Modell Entwicklungsdienste in vielen Städten und Kreisen, namentlich im benachbarten Rheinisch-Bergischen Kreis und in der Stadt Köln haben leisten können. Wenn Dr. Mecklenburg heute im Vorstand des Kölner Schwestervereins wirkt, so kann er auf den Erfahrungen aus Oberberg aufbauen. Man könnte sagen: Ex Oriente Lux !

Mit Dr. Mecklenburg geht ein ausgewiesener Sozialpsychiater in den Ruhestand. Diese Spezies ist - wie mir von Kennern der Szene bestätigt wird - zahlenmäßig auf dem Rückzug, insbesondere in den Universitätskliniken. Das bedeutet nicht die Wiederkehr extrem biologisch - pharmakologisch ausgerichteter Psychiater. Eher dürfte sich das Pendel, das in den siebziger Jahren europaweit nach Nazigräueln und Krieg in die sozialpsychiatrisch akzentuierte Richtung ausgeschlagen war, wieder in eine Mittellage zurückbewegen: Die Kernforderungen der Enquete - Kommission sind in Deutschland weitgehend erfüllt. Das gilt sowohl für die Weckung des öffentlichen Bewusstseins dafür, dass psychische Krankheit jeden von uns, jede Familie treffen kann, dass man über die Symptome und Therapieen offener reden muß und kann, wie für die - gewachsene - Bereitschaft der Kommunen, für die Betroffenen notwendige Einrichtungen und Strukturen zu schaffen. In NW bringt die Zuständigkeitsübertragung für das „ambulant betreute Wohnen“ auf die Landschaftsverbände eine gewisse Garantie dafür, dass in allen Kommunen dieses Instrument nach gleichen Maßstäben eingesetzt wird. Die „Enthospitalisierung“ ist noch nicht abgeschlossen, aber doch weit vorangekommen. Es gibt also nicht mehr so viele Missstände, über die man sich in „heiligem Zorn“ aufregen kann und muß. Das erklärt vielleicht den Eindruck, dass der sozialpsychiatrische Schwung der frühen Reformjahre etwas erlahmt zu sein scheint.

Aber - und das ist entscheidend - : die Sozialpsychiatrie hat Mängel aufgedeckt, Herausforderungen daraus abgeleitet und Aufgaben formuliert, die Bund, Länder und Kommunen, freie Träger mit vielen Ehrenamtlern sowie Betroffene und deren Angehörige angenommen haben. Manches ist sicher noch zu verbessern. Deshalb bedarf es auch künftig einer engagierten Sozialpsychiatrie.

An dem bisherigen Erfolg leidenschaftlich und nachhaltig mitgewirkt zu haben, will ich heute gern Ihnen, lieber Herr Dr. Mecklenburg, in Dankbarkeit und Freundschaft bestätigen. Für Ihren neuen Wirkungskreis, insbesondere im Ehrenamt, wünsche ich Ihnen gute Ideen, unbeirrtes Verfolgen für richtig erkannter Ziele und bei allem Tun viele entspannt - glückliche Jahre gemeinsam mit Ihrer lieben Frau.