

Das Unmögliche möglich machen

Über die Situation der Psychiatrie in Griechenland berichtete ANNA EMMANOUELIDOU auf der DGSP-Jahrestagung 2015 in Trier.

Zwischen 1985 und 2015 liegen genau dreißig Jahre. Diese Zeitspanne markiert den Beginn und den Untergang der so genannten Psychiatriereform in Griechenland. Ich habe an anderer Stelle, unter anderem 2014 in Bremen, die Möglichkeit gehabt, den Prozess des Aufbaus eines kommunalen Versorgungsnetzes für Psychiatriepatienten in Griechenland zwischen 1985 und 2010 detailliert zu beschreiben. An dieser Stelle möchte ich daher lediglich einige grundlegende Aspekte dieser Entwicklung anführen, die für das Verständnis meines heutigen kritischen Reports von Nutzen sind.

Reform von außen

Die Psychiatriereform in Griechenland wurde von der Europäischen Union (damals noch Europäische Gemeinschaft) angestoßen, finanziert und kontrolliert. Die Reformprojekte basierten also nicht auf einem gesellschaftskritischen Prozess innerhalb des Landes, auf dem sie wissenschaftlich-fachlich und politisch hätten beruhen können. Rhythmus, Philosophie und qualitative Entwicklung der Reform folgten nicht dem Bedarf der Einrichtungen oder der Menschen, sondern den von der EU geforderten Zahlen, die mit dem Transfer der jeweiligen Gelder verbunden waren.

Das führte dazu, dass – trotz der extrem schnellen quantitativen Veränderungen in allen Bereichen – sowohl die in der Psychiatrie Tätigen als auch die zuständigen Kräfte in Staat und Gesellschaft bei der Umsetzung der Reform konzeptlos vorgegangen sind. Die Strukturveränderung in der psychosozialen Landschaft war doch enorm. Das betraf beispielsweise die Schließung vier großer Psychiatrien innerhalb von knapp fünfzehn Jahren, die Schaffung von tausenden Therapieplätzen im betreuten Wohnen und von Arbeitsplätzen in so genannten therapeutischen Kollektiven, den Aufbau von zirka dreißig Zentren für psychische Gesundheit und von Ambulanzen an Allgemeinkrankenhäusern im ganzen Land.

Eigene Wege

Durch diese Strukturveränderungen wurde, langsam und mit vielen Problemen verbunden, erreicht, der Reform allmählich entsprechend den Bedürfnissen der Klienten und der Gesellschaft einen eigenen Charakter und Rhythmus zu geben. Daran waren tausende in der psychosozialen Landschaft Tätige beteiligt.



Graffiti, Heraklion 2015

Bis 2010 wurde – trotz Rahmenbedingungen, die weit unter dem europäischen Standard lagen – ein kommunales Versorgungsnetz aufgebaut, das entwicklungsfähig war und seine konzeptionelle und fachliche Basis zu verfeinern und zu differenzieren versuchte.

Erzwangene Umkehr

2010, genauso plötzlich wie 25 Jahre zuvor, musste nun, wiederum von oben, derselben Instanz, der EU, verordnet, der umgekehrte Weg genommen werden. Ohne jegliche Vorbereitung, ohne wissenschaftlich-fachliche Begründung oder moralische Rechtfertigung, ohne Versuch der Legitimierung musste das gesamte, zwar mit wenig Mitteln ausgestattete, aber viel versprechende Versorgungssystem in nur zwei Jahren abgebaut werden. Das führte zu massiven Entlassungen in den kommunalen Diensten, zu einer umfangreichen Verringerung der Bettenzahl in den Krankenhäusern und im betreuten Wohnen, zum abrupten Abbruch der Finanzierung von Arbeitsprojekten, zu einer massiven Kürzung der sowieso schon niedrigen Renten und zur Verlegung der chronisch kranken Psychiatriepatienten von den Wiedereingliederungsstationen der zur Schließung anstehenden Psychiatrien in die verrufenen Privatkliniken, wo Asylierung und Menschenrechtsverstöße Alltag sind. Und dies in einer Zeit der sich insgesamt verschärfenden wirtschaftlichen und sozialen

Gesamtlage, in der erstmals in der Geschichte der griechischen Gesellschaft eine Steigerung der Depressions- und Suizidrate um 200 Prozent verzeichnet wurde.

Alles musste weniger werden: weniger Personal, weniger Geld für die Arbeitenden, weniger Strukturen ... weniger Zukunft.

Das ›Zentrum für psychische Gesundheit‹, in dem ich arbeite, war bis 2011 für 400 000 Bürgerinnen und Bürger zuständig, heute für 1,5 Millionen Menschen. 2011 bestand das Personal aus 35 Profis, heute sind wir nur noch 13 Mitarbeiter. Drei andere öffentliche Zentren, die unseren Arbeitsbereich mit abdeckten, sind abrupt und ohne Ersatz geschlossen worden. In meiner Abteilung für Familien mit minderjährigen Kindern arbeiten vier Profis – bei einer Einwohnerzahl von anderthalb Millionen Menschen. Jeder Mitarbeiter hat fünf bis sieben Beratungs- bzw. Behandlungstermine täglich; die meisten Familien, die wir sehen, befinden sich in extremer psychosozialer und finanzieller Not.

»Mad in Greece« 2015

Wenn man psychisch instabil wird, hat man in Griechenland heute folgende Möglichkeiten:

- Ist man gesetzlich krankenversichert, dann kann man nach einem etwa zehnmütigen Gespräch mit einem im öffentlichen Dienst arbeitenden, überlasteten Psychiater Medikamente verschrieben bekommen. Die privaten Zuzahlungen zu Psychopharmaka

betragen mittlerweile bis zu 30 Prozent, es sei denn, sie sind in einer staatlichen Liste als zuzahlungsfrei aufgeführt, dann kosten sie weiterhin nichts. (Auf dieser Liste stehen beispielsweise Haldol und Leponex, aber nicht Zyprexa oder Abilify.) Danach bekommt man monatlich einen Termin beim Arzt für die Verschreibung neuer Medikamente und ein kurzes Gespräch über die Verträglichkeit der Psychopharmaka.

■ Die Zentren für psychische Gesundheit können aufgrund ihrer extremen Überbelastung zum Beispiel bei Psychosen keine Psychotherapie übernehmen, sondern sorgen nur noch für die Medikamentenverschreibung. Der Klient wird nicht bedarfsgerecht oder entsprechend seinen Wünschen behandelt, sondern nur aufgrund der Diagnosestellung und fast immer ausschließlich medikamentös.

■ Psychiatrieaufenthalte bei Akutzuständen sind mittlerweile zu 70 bis 90 Prozent Zwangseinweisungen nach Einschaltung der Rechtsanwaltschaft. Generell dauert ein stationärer Aufenthalt zwischen zwanzig Tagen und zwei Monaten in den öffentlichen Psychiatrien. Das Psychiatriepersonal wurde im Vergleich zu 2011 um 40 Prozent reduziert, sodass im Durchschnitt nur zwei Pfleger für dreißig Betten pro Schicht im Dienst sind. 2015 gab es drei Todesfälle infolge Verbrennungen von in ihren Betten fixierten Psychiatriepatienten und zwei Tötungen zwischen Mitpatienten. Nur zwei Pfleger waren jeweils im Dienst gewesen.

■ Die Möglichkeit, nach der Entlassung aus stationärer Behandlung eine Betreuung in der Kommune zu erhalten, ist inzwischen extrem eingeschränkt, da Therapieplätze in Tageskliniken oder Tagesstätten wegen Perso-

nalmangels um die Hälfte reduziert wurden; deshalb müssen die Patienten extrem lange Wartezeiten in Kauf nehmen und verlieren dabei oft das Interesse. Außerdem ist die Finanzierung vom Grad der Behinderung (mindestens 80 Prozent erforderlich bei Psychosen!) abhängig, wobei die Anerkennung eines Behinderungsgrades von mehr als 67 Prozent bei Psychosen zum Beispiel extrem schwierig geworden ist. Das heißt in der Praxis, dass Menschen, die nach einer psychotischen oder schweren depressiven Krise entlassen werden, keine realistische Chance haben, ambulant weiterversorgt zu werden.

■ Die Wiedereingliederungsstationen der großen psychiatrischen Krankenhäuser, die ehemals für die Rehabilitation verantwortlich waren und die den Hauptteil der Enthospitalisierungsaufgaben übernommen hatten, wurden zu Akutstationen umgewidmet, und die chronisch Krankenpatienten, die auf ein betreutes Wohnen vorbereitet worden waren, werden ins »Nichts« entlassen. Dasselbe passierte auch mit Bewohnern betreuter Wohngemeinschaften oder kleinerer Heime, die wegen des Finanzierungsstopps einfach zugemacht wurden. Es gab zahlreiche Fälle, wo ärmste Bewohner über mehrere Monate ihre 300-Euro-Renten freiwillig spendeten, um ihre Wohneinheit vor der Schließung zu bewahren. Das Personal wurde ab einem bestimmten Zeitpunkt nicht mehr bezahlt und arbeitete monatelang ehrenamtlich weiter.

Wie lange kann so etwas gehen? Früher oder später werden die Bewohner zurück in die Psychiatrie überwiesen und kurz danach offiziell entlassen, d.h. auf die Chroniker-Stationen der Privatkliniken mit zum Teil skandalösen Zuständen geschickt, damit sie zumindest ein Dach über dem Kopf behalten. Überdosierung, massive Fixierungen, keine therapeutischen Angebote, ganz oft keine Möglichkeiten zum Spaziergang, kein Besuchsrecht: Die Privatkliniken sind die neuen schlimmen Asyle für die chronisch kranken Patienten der geschlossenen psychiatrischen Großkrankenhäuser. Das ist ein Albtraum, wenn man bedenkt, wie hart, trotz aller Einschränkungen, in den letzten dreißig Jahren für eine kommunale sozialpsychiatrische Entwicklung gearbeitet worden ist.

■ Die öffentlichen Zentren für psychische Gesundheit, die normalerweise kostenlos oder für dreieinhalb bis sechs Euro pro Sitzung Psychotherapie anbieten, sind durch die massive Personalreduzierung und die Eskalation der psychosozialen Problematik so überlastet, dass eine Wartezeit von drei bis sechs Monaten im Moment als gering gilt. Vor den Kürzungen betrug die Wartezeit zum Beispiel in meiner Abteilung im Durchschnitt zehn Tage.

Laut offiziellen Angaben der betroffenen Organisationen wurde die öffentliche Finanzierung von Drogenentzugseinrichtungen um 45 Prozent reduziert, die von Einrichtungen für Kinder ging sogar um 60 Prozent zurück.

Ein großer Teil des gesamten therapeutischen Angebots (Psychotherapie, Ergotherapie usw.) wird auf den privatwirtschaftlichen Bereich umgeschichtet, was automatisch bedeutet, dass es nur noch den wohlhabenden Familien möglich ist, es in Anspruch zu nehmen.

Die Verarmung der Durchschnittsbevölkerung ist heute eine Tatsache: So liegt zum Beispiel der durchschnittliche Monatslohn für einen gesunden Arbeitnehmer mit 580 Euro weit unter den Lebenshaltungskosten; der Familienzuschuss für Schwerbehinderte beträgt 313 Euro im Monat (wobei Psychosen, wie erwähnt, ganz selten als schwere Behinderung anerkannt werden); die Behindertenrenten sind unter 300 Euro im Monat gesunken; ebenso die normalen Altersrenten für Bauern und Freiberufler, die über dreißig Jahre jeden Monat in die Rentenversicherung eingezahlt haben.

Diese Aufzählung lässt sich fortsetzen. Für den Gesundheitsbereich zum Beispiel gilt: Spezielle Blutuntersuchungen werden nicht mehr bezahlt, obwohl wir monatlich weiterhin regulär unsere Krankenkassenbeiträge bezahlen müssen. Was Psychopharmaka angeht, werden nur allgemeine Blutuntersuchungen und Untersuchungen im Zusammenhang mit der Einnahme von Leponex und Lithium aus öffentlichen Mitteln bezahlt. Für einen Rollstuhl gab es vor der Krise einmalig einen Zuschuss von mindestens 400 Euro von der Krankenkasse, heute sind es 161 Euro. Sollen die Gehbehinderten also einfach zu Hause bleiben, soll ihnen verwehrt werden, in die Öffentlichkeit zu gehen? Können Sie sich das alles vorstellen?

Es geht meines Erachtens um eine gezielte Strategie zur Verelendung und mittelfristigen Vernichtung breiter Bevölkerungsschichten, wie sich bereits heute an der Lage der sozial schwächsten Teile der Gesellschaft (der Kranken, Behinderten, der Alten und der Kinder) abzeichnet.

Ich verzichte an dieser Stelle auf weitere Details und skandalöse Fakten. Wichtig ist für mich, dass wir die Situation erkennen und uns damit kritisch auseinandersetzen. Griechenland hat später als andere Länder in Europa, dann aber in insgesamt kürzerer Zeit, ein menschenwürdiges psychosoziales Versorgungssystem aufgebaut und war in den letzten Jahren in der Lage, eigene konzeptionelle und forschungsbasierte Schritte zu gehen. Es gab viele differenzierte Angebote für so genannte psychisch kranke oder be-



WIR TRETEN EIN!
Für Flüchtlingsschutz. Gegen Dublin III.

Fair verfahren: Analysen und
Vorschläge für eine gerechte
Flüchtlingspolitik

www.wir-treten-ein.de

PRO ASYL
DER EINZELFALL ZÄHLT.

hinderte Menschen, die schnell und einfach zugänglich waren. Diese Entwicklung wurde gewaltsam und massiv inmitten des sozialen Schocks der wirtschaftlichen und politischen Krise abgebrochen – und die Gesellschaft steht nun sprach- und hilflos da angesichts der dramatischen Zerstörung einer gerade gewonnenen Hoffnung. Dieses Phänomen prägt im Moment unser gesamtes gesellschaftliches Sein.

Auf dem Weg wohin? – Widerstand und Neuorientierung von unten

Wie antwortet man auf diese Gewalt rund um das menschliche Leben? Das ist für mich das Interessante.

2010, kurz nach dem »offiziellen« Ausbruch der Krise, fingen wir als »Observatorium für Menschenrechte in der Psychiatrie« an, in Thessaloniki folgende Angebote zu initiieren und konkret zu organisieren:

- Selbsthilfegruppen für Psychiatrie-Erfahrene (zwei Gruppen),
- Psychoseminare (ein laufendes und eins in Vorbereitung),
- ein gut organisiertes Unterstützungsnetz für Menschen, die Psychopharmaka absetzen wollen.

Die Eskalation der Krise traf uns mitten in diesem Prozess des Aufbaus von Alternativen und forderte uns heraus, noch schneller und gezielter in diese Richtung zu gehen.

■ 2012 wurden zusätzlich zu den oben genannten Aktionen kostenlose Beratungs- und Psychotherapieangebote in der Kommune für Menschen in psychosozialen Krisen implementiert, damit diese nicht in die Psychiatrie eingewiesen werden müssen. An dieser Initiative unter dem Namen »Psychosoziale Unterstützung für Bürger in Not« beteiligten sich ehrenamtlich engagierte Psychotherapeuten. Dabei sind wir wie folgt vorgegangen: Wir haben die Stadt Thessaloniki in vier große Bezirke geteilt; in jedem Bezirk ist eine Bezugsperson von uns zuständig, deren Telefonnummer öffentlich bekannt gegeben wird. Der Hilfesuchende ruft diese Nummer an und macht einen Termin aus. Bei diesem Termin klärt die Bezugsperson, ob es sich hauptsächlich um ein psychosoziales bzw. rein soziales Problem handelt oder ob eher ein psychisches Problem vorliegt. Im Falle einer psychischen Problematik wird die Person mit den bestehenden Selbsthilfegruppen und/oder den ehrenamtlichen Psychotherapeuten in Kontakt gebracht. In anderen Fällen wird sie mit Menschen aus anderen Bürgerinitiativen vernetzt, die bei

den aktuellen Problemen unterstützen können. Dabei kann es zum Beispiel um kostenlose Unterrichtsstunden für die Kinder gehen, um Essen oder Hilfen bei der Alltagsorganisation für Arbeitslose.

Die Bezugspersonen des »Observatoriums« arbeiten nach dem systemischen Ansatz und sind in Problemlösung und effektiver Vernetzung geschult. Nach der Vermittlung



werden noch einige Termine zwischen der Bezugsperson und dem Hilfesuchenden gemacht, um die jeweilige Entwicklung einzuschätzen und die Hilfestellung abzusichern.

■ Im September 2014 begannen wir mit Fortbildungsseminaren für in der Psychiatrie tätige Profis mit dem Ziel, der »Psychiatisierung« auch innerhalb der psychiatrischen Strukturen entgegenzutreten. Eine umfassende und differenzierte Ausbildung zum alternativen Verständnis des Stimmenhörens und zum Paranoia-Netz (durchgeführt von Peter Bullimore und Mitarbeitern) mit 48 Teilnehmern ist bereits abgeschlossen. Das »Observatorium« organisiert monatliche Treffen der Teilnehmer der Fortbildung im Sinne einer kollegialen Supervision, um die Umsetzung des Modells in der Praxis zu unterstützen.

■ Für Frühjahr 2016 ist eine Fortbildungsreihe für Juristen geplant sowie die Organisation eines Solidaritätsfonds für Psychiatrie-Erfahrene, die juristisch bzw. gerichtlich ihre Rechte schützen wollen.

■ Des Weiteren wurde in den letzten drei Jahren eine Gruppe von 13 Personen – Psychiatrie-Erfahrene (3), Angehörige (3) und Psychologen (7) – in der Krisenbegleitung zu Hause ausgebildet. Diese Gruppe soll im häuslichen Umfeld intervenieren, damit die Familie oder Angehörige sich nicht zu einer Zwangseinweisung genötigt sehen und eine Psychiatisierung vermieden wird. Das Modell ist nach dem systemischen Ansatz aufgebaut und benutzt Elemente des »offenen Dialogs« und der Soteria. Bei diesem Ange-

bot ist die Finanzierung noch offen, wegen des großen zeitlichen Aufwands, den die Soteria-Komponente erfordert.

Diese Aktionen werden auch auf Treffen mit Aktionsgruppen in anderen Städten Griechenlands und in Zypern bekannt gemacht und nach und nach von diesen übernommen, sodass sich das Konzept allmählich verbreitet.

Alle Angebote werden von Mitgliedern des »Observatoriums« kostenlos und ehrenamtlich durchgeführt sowie aus eigenen Mitteln finanziert.

Krise als Chance?!

Liebe Freunde, wir befinden uns in einem sozialen Guerillakrieg, und das ist keine paranoide Idee von mir. Unser Hauptziel ist, dass möglichst wenig Menschen in der Psychiatrie landen und dass sie, wenn sie aus einer psychiatrischen Einrichtung entlassen werden, ein Solidaritätsnetz erwartet. Auch die Problematik der

Nichtfinanzierung von Psychopharmaka kann kreativ umgedeutet werden, z.B. als Anlass zum Absetzen oder Reduzieren; auch das Phänomen des so genannten Drehtüreffekts kann Ausgangspunkt für Selbstorganisation außerhalb der Krankenhäuser werden.

In meinem Land geht die Diskussion dahin, wie man das Unmögliche möglich machen kann, auch wenn alle Finanzierungsquellen weggefallen sind. Geldnot soll nicht gleichbedeutend mit Auflösung unseres Menschseins sein, sondern im Gegenteil einen Neubeginn markieren, der auf der Idee der wirtschaftlichen Autarkie und sozialen Autonomie beruht und sich der internationalen Kontrolle und finanziellen Versklavung unserer Seelen widersetzt.

In der Hoffnung, dass dieser Kampf nicht isoliert bleibt, sondern ein solcher Neubeginn in allen Lebens- und Politikbereichen für ganz Europa aufgeht. ■

Dr. phil. Anna Emmanouelidou, Diplom-Psychologin, systemische Psychotherapeutin (IGST), ist Gründungsmitglied (2006) und Vorsitzende des griechischen »Observatoriums für Menschenrechte in der Psychiatrie«. Zwischen 1992 und 2001 hat sie in Süddeutschland in der Psychiatrie gearbeitet und ist dort mit der Psychiatriebetroffenenbewegung und verschiedenen Alternativprojekten in Kontakt gekommen. 1996 bis 1999 war sie Vorstandsmitglied des DGSP-Landesverbandes Rheinland-Pfalz. Seit 2001 lebt sie wieder in Thessaloniki und arbeitet im »Zentrum für psychische Gesundheit und Forschung« in Thessaloniki sowie als niedergelassene Psychotherapeutin. Zahlreiche Veröffentlichungen (siehe <https://mentalhealthhellenicobservatory.wordpress.com>).

Foto: Michaela Hoffmann