

Psychiatrie-Enquete und Psychiatrie-Reform (1970 -1975)

Als Heinz Häfner die psychiatrische Krankenversorgung in der Bundesrepublik als "Nationalen Notstand" bezeichnete und „dringliche –Reformen“ verlangte (helfen und heilen 1965), stand er damit nicht allein. Er war auch nicht der erste, der diese Diagnose stellte. Die deutsche Nachkriegspsychiatrie hatte sich bis in die 60er Jahre hinein nie wirklich vom Vernichtungs- und Zerstörungs-Feldzug des nationalsozialistischen Regimes erholt – auch ideologisch nicht.

Ein nationaler Notstand

Da war die Ermordung von mutmaßlich mehr als 200 000 psychisch Kranken und geistig Behinderten; da war die Sterilisierung von annähernd 1,5 Millionen manifest Kranker und deren Angehörigen. Da war die Vertreibung und Ermordung hunderter jüdischer Psychiater, die in der Universitäts- und der Anstaltspsychiatrie eine zentrale Rolle gespielt hatten; da war die Abwanderung zahlreicher anderer, die zwar nicht verfolgt wurden, die aber die Ausmerzungsstrategien der Nationalsozialisten gegenüber den psychisch Kranken nicht mittragen konnten und wollten, die entweder aus der Psychiatrie in die Neurologie oder gar in die Neuropathologie auswichen, oder im Krieg in Wehrmachtlazaretten Zuflucht fanden, oder die sich nach dem Studium gar nicht erst der Psychiatrie zuwandten.

Nach dem Krieg hatten sich die verbliebenen Anstalten trotz der Mordaktionen überraschend schnell wieder gefüllt - auch in Folge von Zuwanderung aus dem Osten. Aber sie verharrten in beklagenswerten Zustand. In den Jahren des Wiederaufbaus blieb für die Kranken so gut wie nichts übrig, und in ihre Krankenhäuser - Anstalten - wurde so gut wie nichts investiert. Die "elenden, teilweise menschenunwürdigen Umstände", die die Psychiatrie-Enquete 1973 in ihrem ersten Zwischenbericht konstatierte, waren von Anfang an das zentrale Merkmal der Nachkriegspsychiatrie. Und je erfolgreicher sich die Bundesrepublik entwickelte, je mehr die Elendswirtschaft der frühen Nachkriegsjahre zum Wirtschaftswunder mutierte, desto unerträglicher mussten die Zustände in den Anstalten erscheinen. Leider wurden sie nur von wenigen außenstehenden Bürgern so wahrgenommen.

Geschlossene Anstalten

Die Anstalten waren damals nicht nur geschlossen. Sie waren auch in sich abgeschlossen und isoliert, meist abgelegen auf dem Lande, abseits der großen Städte. Sie waren zudem von hohen Mauern umgeben, und die meisten ihrer Kranken waren doppelt eingeschlossen: 80%, ja bis zu 90%, ihrer schwerkranken Patienten, die man damals Insassen nannte, verblieben dort nach ihrer ersten Einweisung lebenslang. Wegen ihrer abgelegenen Lage rissen auch die Kontakte zu den Angehörigen meist bald ab. Die Patienten waren ausgeschlossen und eingeschlossen zugleich: ausgeschlossen aus der Gemeinschaft der Gesunden; eingeschlossen in den Anstalten, eingeschlossen, in den Stationen und in der Klinik. Und sie lebten dort unter entwürdigenden Umständen. Noch 1975, als ich die Leitung des Landeskrankenhauses Wunstorf übernahm, waren über 97% der 1000 Kranken dauerhaft auf ihren Stationen interniert; nur 28 von ihnen waren so genannte Freigänger.

Und die Langzeitpatienten lebten dort, wie in fast allen anderen Anstalten unter unwürdigen Bedingungen. Sie waren entmündigt und entrechtet. Sie trugen Anstaltskleidung. Sie verfügten über keinerlei Eigentum; selbst ihre Eheringe hatte man ihnen abgenommen. Von dem mageren Taschengeld, das sie erhielten, konnten sie nichts einkaufen, weil sie nichts aufbewahren konnten. Wenn sie Glück hatten, wurden die nötigsten Dinge *für* sie eingekauft. Aber für viele gab es auch nötigsten Dinge nicht. Sie hatten keine Zahnbürste, kein eigenes Handtuch. Ja selbst die Anstaltskleidung war nicht ihre „eigene“. In vielen Häusern legten sie sie abends ab und nahmen sie in beliebiger Reihenfolge morgen wieder von einem großen Haufen weg, um die getragene Wäsche und Kleidung irgendeines anderen Patienten anzuziehen, (So beobachtet 1971 von einem meiner Doktoranden in einem württembergischen PLK!). In vielen Häusern gab es kein zugängliches warmes Wasser für die Kranken. Es gab keine abgeschlossenen WCs: die meisten waren offen - mitten in den riesigen Schlafsälen.

Säle mit 70 Patienten und mehr waren keine Ausnahme, und es gab keine Schränke, keine verschließbaren Nachttische.

In Wunstorf beispielsweise hatte noch 1975 kein einziger der männlichen Patienten ein Schrankfach oder einen Nachttisch für sich allein. Eberhard Kluge, einer der frü-

hen Anstalts-Reformatoren sagte einmal, die Menschen lebten dort in einer Geruchs- und Geräuschgemeinschaft, drastischer und realistischer, in einer Gestanks- und Lärmgemeinschaft. Und das alles auf engstem Raum eingeschlossen. Auch in Wunstorf war es noch so, dass auf bestimmten Stationen die Betten im Schlafsaal tagsüber zusammen geschoben wurden, damit die Kranken sich dort aufhalten konnten, jeder mit einem Stuhl für sich, immer vor laufendem Fernseher.

Es ist heute kaum vorstellbar, wie es damals war. Kein Wunder, dass diese Zustände von manchen Kollegen geleugnet, im Rückblick beschönigt werden. Aber ich habe alles das selber gesehen, gehört und gerochen. Und in verschiedenen Anstalten, die ich gesehen habe, war es einfach fürchterlich - noch 1979 in den Alsterdorfer Anstalten, einer kirchlichen Großanstalt für geistig Behinderte; noch 1987 auf den alterspsychiatrischen und den Geistig-Behinderten-Abteilungen in der Basel Psychiatrischen Universitäts-Klinik.

Nur die Abgeschlossenheit der Anstalten kann erklären, warum sich dort, bis weit in die 70er Jahre hinein, nichts Entscheidendes änderte. Ich kann mir nicht vorstellen, dass die Menschen, die in den 60er Jahren in der Bundesrepublik lebten, diese Zustände geduldet hätten, wenn sie davon gewusst hätten.

Es gab in den Anstalten eine merkwürdige Dynamik. Zum einen war das Personal, das dort arbeitete, ständig überfordert und durch die andauernde Konfrontation mit dem Elend auch abgestumpft. Zum anderen waren meisten der viel zu wenigen Pfleger und Schwestern nicht ausgebildet. - Ärzte gab es nur wenige. Ein Arzt auf 200 Patienten war, wie die Statistiken der 60er Jahre zeigen, keine Ausnahme; und die Psychiater arbeiteten unter Bedingungen, die sie selber kaum ertrugen. Sie gaben sich, wie das Pflegepersonal, selbst als Aufseher, als Herren über die Insassen, die ihnen eigentlich anvertraut waren, aber die nicht wenige letztlich hassten. Andere gingen an den Verhältnissen zugrunde.

Nicht wenige Anstaltsdirektoren verhielten sich wie Gutsherren. Sie genossen die Privilegien der Herrschaft über eine totale Institution. Sie ließen sich von chronisch Kranken bedienen, in der Anstalt wie zu Hause. Sie hatten ihren Dienstwagen. Sie wichen aus, wo sie nur konnten. Der damalige Direktor der Anstalt Werneck in Unterfranken beispielsweise hatte während seiner Zeit der Anstaltsleitung ein Studium der

Altphilologie mit Schwerpunkt "griechisch als schöngeistiges Studium usw." in Würzburg abgeschlossen - mit einer Promotion!

Viele der damaligen Pfleger und Ärzte glaubten, der Zustand ihrer Patienten sei nicht durch Verelendung, sondern durch die Krankheit bedingt. Man tue alles für sie, was man könne. Andererseits schämten sie sich für ihre Tätigkeit, die sie als minderwertig betrachteten. Das wiederum wurde zu einem der Gründe dafür, weshalb sie nicht wollten, dass die Öffentlichkeit davon erfuhr.

Nicht nur durften die Patienten nicht hinaus. Die Öffentlichkeit durfte nicht hinein. Das Bild des gefährlichen Geisteskranken, das draußen vorherrschte, wurde damit stabilisiert: Die Fachleute würden schon wissen, warum sie die Kranken hinter hohen Mauern einschlossen, warum sie selber dorthin keinen Zugang hatten. Auch die Angehörigen, die nicht aufgaben, hatten keinen Einblick in die Verhältnisse in den Anstalten. Auch sie durften die Stationen nicht betreten. Für sie waren, wie in den Gefängnissen, spezielle Besucherzimmer außerhalb der Stationen eingerichtet worden.

Aber es gab weitere Gründe, weshalb die Anstaltspsychiater sich und ihre Einrichtungen versteckten. Es gab dort nicht nur zu wenig Pflegepersonal, fast keine Psychologen, keine Sozialarbeiter, lange Zeit keine Ergotherapeuten, sondern auch nicht wenige Mitarbeiter, die ihre eigenen Probleme mit in die Arbeit brachten. Bei den Ärzten war das besonders ausgeprägt. Das Personal war überaltert. Ein Teil wegen ihres hohen Alters nicht mehr dienstfähig. Die Anstalten waren Zufluchtsorte für Barbiturat-abhängige und - im Gefolge des Krieges - morphinabhängige Ärzte geworden, Ärzte mit Hirnleistungsstörungen und vor allem für Ärzte, die in die Verbrechen des Dritten Reiches an psychisch Kranken und geistig Behinderten verstrickt waren.

Asyle für Euthanasie-Ärzte

Ich weiß von mehreren niedersächsischen Landeskrankenhäusern, dass dort bis in die 60er Jahre hinein mindestens einer, in manchen auch mehrere solcher Ärzte beschäftigt waren und trotz bekannter Vergangenheit meist unbehelligt blieben. An der Wunstorfer Klinik beispielsweise war der Euthanasie-Protagonist Hans Heinze bis zu seiner Pensionierung als Chef der Kinder- und Jugend-Psychiatrie tätig. Er war Gründer und Betreiber einer so genannten Kinder-Fachabteilung in Brandenburg-Göhrde gewesen, in der behinderte Kinder systematisch getötet wurden. Zudem hat-

te er Tausende so genannter Euthanasie-Gutachten verfasst, die über das Leben, meist aber über den Tod von psychisch Kranken entschieden, von denen er nicht einen gesehen hatte.

1943? war er zusammen mit Rüdin und Nitsche, der später in Pirna-Sonnenstein hingerichtet wurde, an einer Denkschrift an den Führer beteiligt, in der die Vision einer neuen Psychiatrie, einer Sozialpsychiatrie für Heilbare dargelegt wurde - für die Zeit nach der Beendigung des Vernichtungswerkes. Er war nach dem Krieg untergetaucht, verraten und von den Sowjets verschleppt und verurteilt worden. Nach seiner Entlassung galt er als Verfolgter. Er kam zuerst in Westfalen und später dann in Niedersachsen im Staatsdienst unter. Erst nach seiner Pensionierung wurde gegen ihn ermittelt. Er kam wegen angeblicher Verhandlungsunfähigkeit aber nie vor Gericht und lebte noch 20 Jahre in relativer Gesundheit, hochgeschätzt und geehrt, in Wunstorf. Sogar seinen Professoren-Titel, den er von Hermann Göring verliehen bekommen hatte und nicht von einer Universität, hatte ihm bis zu seinem Tod niemand streitig gemacht.

Universitätspsychiatrie nach dem Krieg

Die Universitätspsychiatrie war in einem anderen, aber keineswegs besseren Zustand. Auch hier gab es einzelne belastete Klinikleiter und Lehrstuhlinhaber; aber das stand nicht im Vordergrund. Problematischer waren die Folgen der institutionellen Struktur der psychiatrischen Kliniken der Universitätskliniken seit Wilhelm Griesinger. Sie waren durchweg Nervenkliniken, also Kliniken für Neurologie und Psychiatrie. Und sie wurden in den Nachkriegsjahren überwiegend durch Neurologen, in einem Fall sogar durch einen Neuro-Pathologen geleitet. Nur wenige Ordinarien der damaligen Zeit waren von ganzem Herzen Psychiater, etwa Gruhle und Weitprecht in Bonn und Kollé in München. Alle drei hatten die Nazi-Zeit mehr oder weniger in innerer Emigration an Anstalten, als niedergelassene Ärzte oder an psychiatrischen Privatkliniken verbracht.

Von ihnen waren ebenso wenige Reformimpulse zu erwarten, wie von ihren Kollegen in den psychiatrischen Anstalten. Für keinen von ihnen war die Erneuerung der psychiatrischen Krankenversorgung ein Thema. Die deutsche Universitätspsychiatrie wurde von der von Kurt Schneider geprägten Psychopathologie geprägt. Später von

der Phänomenologie, zum Teil im Gefolge von Jaspers und Henri Ey von existenzphilosophischen, beziehungsweise -psychiatrischen Lehren, wie beispielsweise Jürg Zutt in Frankfurt, und von Baeyer in Heidelberg, Viktor von Weizsäcker (als Psychosomatiker und Internist) in Heidelberg und Viktor von Gebsattel in Würzburg.

Erst Mitte der 50er Jahre, möglicher erst Anfang der 60er Jahre war eine Neu-Orientierung zu erkennen: Die Anfänge der Pharmakopsychiatrie und erste zaghafte Ansätze sozialpsychiatrischen Denkens. Aus Österreich meldete sich Hans Strotzka mit sozialpsychiatrischen Untersuchungen (1959) zu Worte, in Frankfurt war es Caspar Kuhlenkampff, der Stiefsohn und psychiatrische Ziehsohn von Zutt, der bereits Anfang der 60er Jahre Anregungen aus dem angelsächsischen Raum aufgriff und 1963 gemeinsam mit Gregor Bosch die erste deutsche Tagesklinik und damit erste sozialpsychiatrische Institutionen der Nachkriegszeit in Deutschland gründete.

In Heidelberg entwickelten sich ebenfalls erste Ansätze zur Sozialpsychiatrie. Ritter von Bayer und seine beiden Oberärzten, Heinz Häfner und Karl Peter Kisker -, veröffentlichten 1964 nach langjährigen Forschungen eine umfassende „Psychiatrie Verfolgten“, die damals der psychiatrischen Betrachtungsweise von traumatischen Umwelteinflüssen eine ganz neue Dimension verlieh und dementsprechend auch auf heftige Widerstände stieß. Für Häfner und Kisker war dies der Beginn ihrer sozialpsychiatrischen Orientierung. Sie öffneten sich den angelsächsischen Pionieren der vorhergehenden beiden Jahrzehnte und setzten seit Mitte der 60er Jahre entsprechende sozialpsychiatrische Projekte in Heidelberg, Mannheim und Hannover um. Zusammen mit Kuhlenkampff schufen sie die Grundlage für eine Entwicklung der Sozialpsychiatrie in der Bundesrepublik. Dabei verharrte Kisker nach frühen psychiatriepolitischen Engagements (s.u.) in späteren Jahren eher als der Denker im Hintergrund, während Häfner und Kulenkampff nicht nur zu den Protagonisten, sondern auch zu den Machern der Psychiatrie-Reform in Deutschland wurden.

Die psychiatrische Krankenversorgung in der Bundesrepublik vor der Psychiatrie-Enquete. Einige Daten.

Ich habe 1985 versucht einige Fakten zur Lage der psychiatrischen Krankenversorgung in der BRD aus der Perspektive von 1970 darzustellen. Diese unterstreichen, wie dringlich ihre Reform damals war.

1. Die psychiatrischen Krankenhäuser

Die Jahre unmittelbar nach dem Krieg waren für umfassende Reformen ungeeignet. Man versuchte, mit den wenigen verfügbaren Mitteln die alten Institutionen wieder aufzubauen. Neue Impulse blieben aus. So kam es, dass die stationäre psychiatrische Krankenversorgung in der Bundesrepublik fast ausschließlich in Händen der achtundsechzig psychiatrischen Landeskrankenhäuser mit einer Größe von durchschnittlich etwa 1.200 Betten und von therapeutisch unzureichend ausgestatteten Pflegeheimen lag (vgl. Dilling und von Zerßen 1970, Degkwitz und Schulte 1971). Die großen psychiatrischen Krankenhäuser, die überwiegend im vergangenen Jahrhundert - oft in säkularisierten Klöstern oder aufgegebenen Landschlössern - eingerichtet wurden, waren zur Zeit ihrer Gründung in ihrer Struktur ein Abbild der damaligen Agrar- und Handwerksgesellschaft. Unter diesem Aspekt mögen sie anfangs sogar einer der wesentlichen Forderungen der modernen Sozialpsychiatrie entsprochen haben: Sie konnten mit Hilfe angeschlossener Handwerks- und Landwirtschaftsbetriebe eine zeitgemäße Arbeitstherapie anbieten. Die besseren von ihnen, die versuchten, den Tagelaut ihrer Patienten zu strukturieren und das Krankenhausmilieu zu gestalten, waren somit durchaus sozialtherapeutisch orientiert (vgl. Schmitt 1969, Bockhoven 1963).

Der Stand der damaligen Psychiatrie erlaubte keine Behandlungsmethoden, die innerhalb kurzer Fristen entscheidende Erfolge versprachen. Unter diesem Blickwinkel konnte die Verwahrung psychisch Kranker in diesen Anstalten einen positiven Aspekt gewinnen, indem sie sie nämlich vor Schaden bewahrte und vor den Ansprüchen der Gesellschaft draußen schützte, denen sie nicht gewachsen waren, und natürlich zugleich die Gesellschaft entlastete. Unter dem gleichen Gesichtspunkt mag die geographische Isolierung der ersten psychiatrischen Krankenhäuser nicht ganz so widersinnig erscheinen: Der Kranke, der nur geringe Aussichten hatte, in seine alte Umwelt zurückzukehren, mochte sich in der Isolierung eines säkularisierten Klosters leichter mit seinem Leben in Krankheit und Behinderung abfinden als in der ständigen Konfrontation mit einer Gesellschaft, die ihn ausgeschlossen hatte. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die unerträgliche Überfüllung der psychiatrischen Krankenhäuser erst eine Erscheinung des 20. Jahrhunderts ist. Um nur zwei Beispiele aus einer Reihe zu nennen, die beliebig verlängert werden könnte: Die Anstalt Lohr in Unter-

franken wurde 1912 für 600 Kranke errichtet. 1970 war sie mit 1200 Patienten belegt, ohne dass nennenswerte bauliche Erweiterungen durchgeführt worden wären. Das psychiatrische Landeskrankenhaus Reichenau war im gleichen Jahr für 600 Patienten erbaut worden. 1967 war es mit fast 1000 Patienten belegt, nachdem inzwischen 2 der 12 Pavillon in einen Lagerschuppen und in eine Kirche umgewandelt worden waren.

Die gleichen Kriterien, die das herkömmliche psychiatrische Großkrankenhaus noch um die Jahrhundertwende als adäquate Institution zur Behandlung psychisch Kranker erscheinen ließen, verlangte seit Kriegsende eine Neustrukturierung der psychiatrischen Krankenversorgung im Sinne einer gemeindenahen Psychiatrie. Die Gesellschaft selber hatte sich während der letzten Jahrzehnte ebenso verändert wie der Wissensstand der Psychiatrie. Nicht zuletzt die Fortschritte der somatischen Behandlung psychiatrischer Erkrankungen trugen zu der Notwendigkeit der Umstrukturierung bei. Seit die Psychiatrie wirksame Behandlungsmethoden zur Hand hatte, verbrachten die meisten neu aufgenommenen psychisch Kranken auch in der Bundesrepublik nur noch vier bis zwölf Wochen in stationärer Behandlung, um anschließend in ihre alte Umwelt zurückzukehren.

“Die modernen Psychopharmaka haben beim Gros der Patienten erst die Voraussetzung für psycho- und soziotherapeutische Maßnahmen mit dem Ziel einer möglichst weitgehenden Resozialisierung geschaffen. Erst sie ermöglichten, eine von Anfang an auf Rehabilitation abzielende... Therapie und einen differenzierten Gesamtbehandlungsplan aufzustellen. Die Kombination der medikamentösen Behandlung mit der Sozio- und Psychotherapie und darüber hinaus eine Koordination der verschiedenen Therapie-Instanzen ist auch Vorbedingung für die angestrebte Umzentrierung der Psychosentherapie vom Krankenhaus auf halbambulante und ambulante Übergangseinrichtungen und auf die ambulante Praxis” (Huhn 1970).

Die verfügbaren Medikamente wirken nur symptomatisch. Auch psychotherapeutische und soziotherapeutische Verfahren haben ihre Grenzen. Die Krankheiten, mit denen die Psychiatrie in der Hauptsache zu tun hat, sind chronisch-rezidivierende Leiden geblieben. Um eine erfolgreiche Wiedereingliederung der Kranken in Familie und Beruf zu erreichen und um Rückfälle zu vermeiden, ist deshalb eine konsequente Nachsorge - eine sekundäre Prävention - unabdingbar. Die vorhandenen Groß-

krankenhäuser waren dem Wandel der psychiatrischen Krankenversorgung von ihrer Struktur her nicht gewachsen. Ihre bauliche Veralterung, ihre abgelegene Lage, ihre unüberschaubare Größe, ihr Mangel an qualifiziertem Personal und ihre Überfüllung führten zu unvermeidbaren, teilweise menschenunwürdigen Zuständen. Es fehlte an medizinischen Behandlungseinrichtungen, an Einrichtungen für eine zeitgemäße Beschäftigungs- und Arbeitstherapie und an Voraussetzungen für eine wirksame Sozialarbeit. Die Anstalten waren so unstrukturiert und untherapeutisch, dass Hospitalisierungsschäden bei chronisch Kranken in den sechziger Jahren eher die Regel als die Ausnahme waren (vgl. Hartmann, z. B. 1969).

2. Personalsituation

Die Unzulänglichkeiten der stationären psychiatrischen Versorgung spiegeln sich am deutlichsten im Personalstand der psychiatrischen Krankenhäuser. Auf einen Arzt kamen dort um 1970 herum 64 Patienten (Degkwitz 1971) - gegenüber 17,5 in den deutschen Allgemeinkrankenhäusern. Zieht man die Chef- und Oberärzte ab, die selber keine Station betreuen, ergab sich ein Verhältnis von 1:87 (Kulenkampff 1970). Dabei ist nicht berücksichtigt, dass Planstellen in psychiatrischen Großkrankenhäusern damals nicht selten offen standen, dass die Ärzte überaltert und deswegen teilweise nicht voll leistungsfähig waren. Tatsächlich war es nicht selten, dass Ärzte in psychiatrischen Krankenhäusern 100,200 oder noch mehr Patienten zu betreuen hatten. Degkwitz (1970) errechnete, dass Ärzte in psychiatrischen Landeskrankenhäusern, unter Einbeziehung sämtlicher Verwaltungsaufgaben, täglich nicht mehr als 4 Minuten für den einzelnen Patienten zur Verfügung hatten. Für das Krankenpflegepersonal betrug der Schlüssel 1:5 und war damit ebenfalls wesentlich ungünstiger als in der allgemeinen Medizin. Dabei waren Krankenpflegschüler, Pflegehelfer und ungeprüfte Hilfskräfte mitgerechnet. Zählte man nur die ausgebildeten Pfleger und Schwestern, kamen Ende der 60er Jahre nach einer Studie der WHO etwa 10 bis 11 Patienten auf eine Schwester oder einen Pfleger (EURO 0192, 1970).

Noch ungünstiger war die Situation beiden klinischen Psychologen (etwa 1:500), den Beschäftigungstherapeutinnen (etwa 1:450) und den Sozialarbeiter, von denen in der gesamten Krankenhauspsychiatrie nur etwa 120 tätig waren. Es war also nur ein Sozialarbeiter für mehr als 900 Patienten vorhanden. Berechnungen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde zum Personalschlüssel liefen prak-

tisch auf die Forderung nach Verdoppelung des in der Psychiatrie tätigen Personals hinaus. Legte man internationale Maßstäbe zugrunde, galt eine effektive Arbeit in bestimmten Berufsgruppen nur als möglich, wenn die vorhandenen Planstellen vervielfacht wurden: die der klinischen Psychologen und der Beschäftigungs- bzw. Arbeitstherapeuten verzehnfacht, die der Sozialarbeiter verzwanzigfacht. Die Dimension solcher Forderungen musste um 1970 unrealistisch erscheinen.

3. Arbeitstherapie und Rehabilitation

Eine zeitgemäße Arbeitstherapie als Voraussetzung zur beruflichen Rehabilitation langfristig psychisch Kranker war damals, wenn überhaupt, nur in Ansätzen vorhanden. Die meisten psychiatrischen Krankenhäuser waren darauf angewiesen, die Patienten in den traditionellen krankenhauseigenen Betrieben, wie der Landwirtschaft, der Gärtnerei, der Küche, der Wäscherei, der Schuhmacherei, der Nähstube oder auf den Stationen zu beschäftigen. Die Stellenpläne der Krankenhäuser waren so berechnet, dass sie auf die Mithilfe von Patienten angewiesen waren. W. T. Winkler, damals Direktor des Westfälischen Landeskrankenhauses Gütersloh, das in der Bundesrepublik führend auf dem Gebiet der Arbeitstherapie war, meinte dazu vor dem Bundestagsausschuss für Gesundheit und Soziales:

“So droht aus der ursprünglich patientenzentrierten Arbeitstherapie eine krankenzentrierte betriebsgelenkte Arbeitstherapie zu werden. Schon immer war die traditionelle Arbeitstherapie janusköpfig, insofern sie zwar einerseits den Patienten vor den Konsequenzen des untätigen Herumsitzens schützte, aber andererseits im Interesse der Institution lag. Der Akzent verschiebt sich neuerdings immer deutlicher in Richtung des institutionellen Interesses, und bei vielen Patienten ist die traditionelle Arbeitstherapie unter Umständen in der Institution auf alle Zeiten ein. Ein Problem für sich stellt die Arbeitsbelohnung dar... am Westfälischen Landeskrankenhaus Gütersloh, wo die Arbeitstherapie schon in den zwanziger Jahren eine besonders große Rolle spielte, beläuft sich die Arbeitsbelohnung des einzelnen Patienten 1970 auf DM 20,-- in der ersten Stufe, auf DM 10,-- in der zweiten, auf DM 8,-- in der dritten, auf DM 6,-- in der vierten und in der fünften Stufe auf DM 2,--. In der Spitzenstufe, mit einer monatlichen Arbeitsbelohnung in Höhe von DM 20,--, sind zurzeit nur 26 von insgesamt 1150 Patienten eingestuft. Bei einer monatlichen Arbeitszeit von 120 Stunden beträgt die Arbeitsbelohnung pro Stunde für diesen privilegierten Pati-

entenkreis als nur 17 Pfennige...” (Winkler 1970)

Winkler hat hier die wichtigsten Gesichtspunkte einer rehabilitativ ausgerichtete Arbeitstherapie angesprochen: sie muss patientenzentriert und krankenhauszentriert sein. Sie muss sich an den Gegebenheiten der modernen Berufswelt außerhalb des Krankenhauses orientieren. Sie muss angemessen entlohnt werden. Geschieht das nicht, fördert sie eine besondere Form des Hospitalismus, den sie verhindern sollte, wird sie zu einer besonders gemeinen Form der Ausbeutung, nämlich der Ausbeutung Kranker. Das Problem das hier der Lösung harrte, bestand jedoch nicht nur in der Reorganisation der traditionellen Krankenhausbetriebe und im leistungsgerechten Entgelt für die Patienten. Es fragt sich auch, ob es möglich sein würde, auf dem Gelände oder in Reichweite der Großkrankenhäuser ausreichend therapiegerechte Arbeit zu beschaffen (nämlich für 500 bis 1000 und mehr Patienten). Die Antwort schien zumindest zweifelhaft.

4. Ambulante Dienste

Die Mängel in den Krankenhäusern hatten ihre Entsprechung im ambulanten Raum. Etwa 1000 Nervenärzte waren zu Beginn der siebziger Jahre niedergelassen. Die meisten hatten den Schwerpunkt ihrer Arbeit zudem in der Neurologie. Sie hatte, wie aus einer Studie des Ulmer Psychoanalytikers Thomä (1971) hervorgeht, durchschnittlich weniger als 15 Minuten im Monat Zeit für den einzelnen psychisch kranken Patienten. Sozialpsychiatrische Dienste bestanden damals praktisch nicht. Die Polikliniken der psychiatrischen Universitätskliniken erreicht nur eine begrenzte Klientel. Die Hausärzte mochten zwar diejenigen sein, zu denen die Patienten das größte Vertrauen hatten. Sie waren aber in der Regel durch ihre Ausbildung nicht für die Aufgaben gerüstet, die mit dem Wandel psychiatrischer Behandlungsmöglichkeiten auf sei zukamen. Das gilt sowohl für den Umgang mit Psychopharmaka, wie für die Psychotherapie. Die traditionelle Außenfürsorge der psychiatrischen Krankenhäuser schließlich, die in den zwanziger Jahren in hoher Blüte gestanden hatte, erschöpfte sich angesichts des Personalmangels in den psychiatrischen Krankenhäusern meist in monatlichen bis vierteljährlichen Sprechstunden an den örtlichen Gesundheitsämtern. So war eine erhöhte Rückfallquote unmittelbare Folge der durch die Einführung neuer psychiatrischer Behandlungsmethoden möglich gewordenen Frühentlassung aus der Klinik: Eine “Drehtürpsychiatrie” war entstanden.

Repressionen und erste Risse im restaurativen Klima

Man würde den Verantwortlichen für die Psychiatrie der 60er Jahre, für die psychiatrischer Versorgung der 60er Jahre nicht gerecht, wenn man unterstellte, dass es überhaupt keine Bemühungen um Verbesserungen gegeben hätte. Allein die Kritik war vorerst psychiatriekritisch geblieben. Psychiater, vor allem in Baden-Württemberg, die sich auch in der Öffentlichkeit - und sei es nur in der medizinischen Standespresse oder in Zeitschriften von karitativen Diensten - zu Worte meldeten, wurden gemäßregelt, zum Beispiel der Obermedizinalrat Haisch vom Baden-Württembergischen psychiatrischen Landeskrankenhaus Reichenau, der nicht nur ein Publikationsverbot erhielt, sondern auch disziplinarisch verfolgt wurde. Aber auch Kisker und Häfner als Universitätspsychiater hatten ihre Schwierigkeiten. Von Kisker zum Beispiel ist bekannt, dass ihm auf Intervention des Sozialministeriums vom Kultusminister untersagt wurde, sich zu Fragen der psychiatrischen Krankenversorgung öffentlich zu äußern. Diese Dinge spielten sich noch in den 60er Jahren ab.

Wenn innerhalb der Ministerien und in den Krankenhausleitungen von Besserung die Rede war, waren fast immer nur die bauliche Verbesserung, die bauliche Erweiterung und die Ausweitung der Bettenzahl gemeint. Einiges davon wurde auch realisiert, vor allem im Rheinland und in Westfalen, wo der Direktor der Düsseldorfer Universitätsklinik die treibende Kraft war. Alle diese Verbesserungen beschränkten sich auf äußeres. Natürlich war es unter den damaligen Umständen wichtig für die Kranken, die räumlichen und die hygienischen Verhältnisse zu bessern. Aber, was bei den baulichen Erneuerungen herauskam, war letztlich, dass die alte Verwahrrpsychiatrie in Beton und Glas umgesetzt wurde.

Es entstanden riesige Wachabteilungen, in denen die Raumteilung in Brusthöhe durch Glaswände vorgenommen wurde, so dass von der Geruchs-, Geräusch- und Sicht-Gemeinschaft nur noch die Sichtgemeinschaft blieb. Man glaubte damals, auf die Weise die Sicherheit der Patienten gewährleisten zu müssen, und Personal einzusparen, indem man an übersichtlicher Stelle eine Überwachungskonsole einrichtete. Wo es möglich war, wurden nach diesem Prinzip neue Bettenhäuser gebaut. In Lüneburg beispielsweise entstand noch Mitte der 70er Jahre eine ganz neue Akut-Klinik nach diesem Muster. Außerdem stand der Neubau von psychiatrischen Großkliniken auf der Tagesordnung, weil man glaubte, dass mehrere tausend Betten. In

Baden-Württemberg beispielsweise sollte das Landeskrankenhaus Hirsau 50 Kilometer von Stuttgart und noch weiter von Karlsruhe entfernt, entstehen. Vorgesehen waren damals 1200 Betten, und zwar nicht in dem schönen kleinen Schwarzwald-Ort Hirsau, sondern 5 Kilometer abseits davon, mitten im Schwarzwald.

Strukturelle Veränderungen fanden kaum statt, sie waren auch nicht geplant. Sie wurden zunächst auch nicht gedacht. Das änderte sich Ende der 60er Jahre. Die Neubaupläne für Hirsau lösten erheblichen Widerstand und noch mehr Nachdenken aus. Dieser Widerstand ging einerseits vor allem von Heinz Häfner und dem neu berufenen Direktor der Württembergischen Anstalt Weinsberg bei Heilbronn, Fritz Reimer, aus. Er wurde aber von jungen Assistenzärzten und den sozialpolitischen Arbeitskreisen der evangelischen und katholischen Studentengemeinden der Universitäten des Landes mitgetragen und voran getrieben. Letztere befassten sich im Rahmen und im Gefolge der Studentenbewegung intensiv mit Randgruppen und hatten dabei auch die Psychiatrie für sich entdeckt. Sie wurden vor allem in Tübingen und in Freiburg zu einem Element konstruktiver Unruhe. - Es sei hier hinzugefügt, dass Hirsau gebaut wurde - aber erheblich abgespeckt mit 300 bis 400 Behandlungsplätzen.

Zum Beispiel Unterfranken

Angesichts der desolaten Situation der psychiatrischen Anstalten in der damaligen Zeit, ihre brutalen Realität, wie Eberhard Kluge das nannte, waren diese Tendenzen zunächst verständlich. Wenn man damit konfrontiert wurde, konnte man gar nicht anders als zu fordern, dass möglichst schnell etwas geändert wurde. Man hatte das Gefühl, keine Zeit zu haben für grundlegende Veränderungen. Im Sommer 1970 hatte mein Chef, Professor Walter Schulte vom bayerischen Bezirk Unterfranken den Auftrag erhalten, ein Gutachten über die weitere Entwicklung der stationären psychiatrischen Versorgung in Unterfranken, in beiden Nervenkrankenhäusern, Lohr am Main und Schloss Werneck, zu erstatten. Aufgrund meiner England-Erfahrung bat er mich, ihn dabei zu unterstützen. Schulte und ich waren von den Verhältnissen vor allem im Schloss Werneck erschüttert, wo Kranke im prunkvoll renovierten Barock-Schloss, in den Untergeschossen gleichsam wie in Verliesen gehalten wurden. In unseren Schlussfolgerungen hieß es:

“Einleitend und grundsätzlich, dass Ausbau, Neubau und Umbau der unterfränkischen Nervenkrankenhäuser Lohr am Main und Schloss Werneck auf das dringlichste geboten sind. Sie befinden sich in einem Zustand, der als unhaltbar zu bezeichnen ist. Das gilt insbesondere für das Nervenkrankenhaus Schloss Werneck. Hier werden Kranke in einer Weise untergebracht, die sich nicht verantworten lässt. Jeder, der nur einen Blick in diese geradezu katastrophalen Verhältnisse getan hat, wird zustimmen, dass hier auf der Stelle Abhilfe geboten ist. Sollte die Öffentlichkeit, sollte die Presse, im einzelnen davon Kenntnis nehmen, so wäre ein Skandal unvermeidlich. Aber ganz unabhängig davon geht vom Standpunkt der Patienten und des Pflegepersonals die Verhältnisse zu schärfster Beanstandung Anlass.”

Auch für uns standen, was mich besonders schmerzte, Maßnahmen zur sofortigen Sanierung im Vordergrund. Strukturelle Veränderungen forderten wir fast zaghaft, dann nur am Ende des Gutachtens durch Schaffung von Übergangwohnheimen und Wohnheimen, von Rehabilitationsmöglichkeiten und möglicherweise auch von der Entwicklung neuer psychiatrischer Abteilungen in den allgemeinen Krankenhäusern in Schweinfurt und in Aschaffenburg. Es hatte sehr viel Mühe gekostet, Schulte dazu zu überreden, diese Empfehlungen wenigstens auszusprechen. Als ehemaliger Direktor des Westfälischen Landeskrankenhauses Gütersloh war er nicht wirklich überzeugt davon, dass solche Einrichtungen eine Zukunft haben könnten.

Noch Anfang der 70er Jahre herrschte Konsens unter den meisten Wortführern der Psychiatrie, dass das, was wir am dringlichsten bräuchten, sanierte Häuser seien, und wesentlich mehr psychiatrische Betten und neue Anstalten. Den Impulsen aus den angelsächsischen Ländern, wo mit der Kennedy-Botschaft in den USA 1963 die Community-Mental-Health-Bewegung ausgerufen worden war und wo in England schon viel früher eine drastische Umstrukturierung der psychiatrischen Versorgung mit großem Erfolg in Angriff genommen worden war, mit der Schaffung von Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern und Tageskliniken und Übergangwohnheimen. Dort war Ende der 50er Jahre ein Regierungs-Plan verabschiedet worden war, der bis 1975 die Abwicklung der psychiatrischen Anstalten vorsah.

Allmählicher Stimmungswandel

Dieser Plan konnte nicht eingehalten werden. Aber er war Anstoß zu großen Verän-

derungen der Versorgung. Solche Impulse hatten es in Deutschland schwer, weil sich hier niemand solche Veränderungen vorstellen konnte. Ein weiterer Grund bestand darin, dass im damaligen Deutschland eine Generation von Psychiatern das Sagen hatte, die zum einen noch mit der Vorstellung sozialisiert worden war, dass die deutsche Psychiatrie bis 1933, führend in der Welt sei. Zum ändern und das war schlimmer, war es eine Generation, die kein Englisch konnte. Deswegen blieb der Austausch mit den angelsächsischen Ländern durch Lektüre- und Reise-Tätigkeit zunächst gering. Erst seit Mitte der 60er Jahre änderte sich das allmählich. Es waren nur einzelne Psychiater, die England und Amerika besuchten. Aber das waren nicht die Wortführer der deutschen Psychiatrie. Sie hatten damals noch geringen Einfluss. Es ist wohl eher Zufall, dass sich das um 1968 herum änderte. Diejenigen, die jüngere Generation, die seit etwa 1955 ihr Abitur gemacht hatte, und in den 60er Jahren ihr Studium absolviert hatte, orientierte sich viel stärker am englischsprachigen Ausland, insbesondere an den Entwicklungen in den Vereinigten Staaten.

Mitte der 60er Jahre war auch die "Einführung in die Sozialpsychiatrie" von Hans Strotzka in der einflussreichen und verbreiteten Rowohlt's Deutschen Enzyklopädie (rde) erschienen. Heinz Häfner hatte Mitte der 60er Jahre den Lehrstuhl für Psychiatrie der Zweiten Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg in Mannheim übernommen. Die Abteilung hatte zunächst keine eigenen Betten. Sie betrieb die Heidelberger Tagesklinik weiter, eröffnete eine Poliklinik am Allgemeinen Krankenhaus in Mannheim, sowie eine gemeindepsychiatrische Abteilung, die von Nils Pörksen, meinem sozialpsychiatrischen Mentor, in Tübingen übernommen wurde, als er aus Harvard und Denver zurückkehrte.

Außerdem etablierte Häfner in Heidelberg eine sozialpsychiatrische Forschungsabteilung, die zwar nicht unmittelbar versorgungsorientiert war, aber die mit ihrem epidemiologischen Ansatz, Grundlagen für ein neues Denken schaffte. Das erste Großprojekt dieser Abteilung war die Replikation der Chicago-Studie von Faris und Dunham, die die unterschiedliche Häufigkeit psychischer Störungen in bestimmten Stadtbezirken zum Gegenstand hatte. Die Studie wurde in erster Linie von der Soziologin Helga Reimann vorangetrieben. Im Rückblick will es mir scheinen, dass die Sozialpsychiatrie und sozialpsychiatrisches Denken in der deutschen Psychiatrie erst einmal 1969 deutlich sichtbar wurden - einerseits in einer Reihe von Tagungen, unter

anderem in Homburg/Saar, in Mannheim und in Hamburg. Es erschien ein zweibändiger Sammelband zum Thema Sozialpsychiatrie (1969, hrsg. von Nikolaus Petrilowitsch, Mainz, und H. Flegel, Düsseldorf). Zu der Zeit war Kuhlenkampff schon von Frankfurt nach Düsseldorf gewechselt, wo er den dortigen Lehrstuhl am Rheinischen Landeskrankenhaus übernahm und dort ebenfalls einen sozialpsychiatrischen Schwerpunkt setzte. Er gründete auch die einzige deutsche Forschungsabteilung für Psychiatrie-Soziologie, die heute noch besteht.

Irrenhäuser

1969 erschien auch Frank Fischers Taschenbuch "Irrenhäuser" im Desch-Verlag. Dieses Buch war von doppelter Bedeutung. Zum einen schilderte es erstmals in Deutschland aus der Perspektive eines Insiders, eines Lehrers, der sich als Hilfspfleger verdingt hatte, das Innenleben einer psychiatrischen Anstalt. Es war wichtig genug, als noch wichtiger erwies sich allerdings sein Sekundäreffekt. Das Buch hatte ein gewaltiges Medienecho, das erstmals eine Skandalisierung der psychiatrischen Krankenversorgung in Deutschland auf breiter Ebene bewirkte. Vorher hatte es dazu Einzelbeiträge gegeben. Aber jetzt war die Situation anders. Jetzt merkte auch die Politik auf. Die etablierte Psychiatrie vertrug die massive Kritik von allen Seiten nur schlecht. Erst ganz allmählich konnte sie sich dazu durchringen, einzuräumen, "ja, die Zustände sind so. Aber wir weisen es zurück, dass wir allein die Verantwortung dafür tragen. Wir haben unseren vorgesetzten Dienststellen und Trägern seit Jahren in den Ohren gelegen, die Zustände müssten verbessert werden, aber nichts ist geschehen."

Ich habe am Beispiel der Loccumer Tagung gezeigt, wie Gerd Mauz vom Spiegel mit dazu beigetragen hat, die Diskussionsebene in dieser Weise zu verlagern. Ich kann nicht im Einzelnen sagen, was alles dazu beigetragen hat, dass die Sozialpsychiatrie plötzlich "in" war. Vielleicht war einfach nur die Zeit reif, deren Veränderung sich außer in der Studentenbewegung und dem Regierungswechsel auf Bundesebene auf vielfache andere Weise zeigte, eben auch durch Unruhe innerhalb der Psychiatrie. Die erfolgreiche Initialzündung wurde im Laufe des Jahres 1970 zu einem wahren Kräfteschub. Über 1970, als Jahr der Tagungen - und damit meinte ich die sozialpsychiatrischen Tagungen - habe ich bereits berichtet. Sicher wären Heinz Häfner, Caspar Kuhlenkampff und Karl-Peter Kisker, von denen zwei heute nicht mehr leben,

Zeitzeugen darüber, was sich im Hintergrund alles abgespielt hat, um die Bewegung voranzubringen.

Wege zur Enquete

Im Laufe des Jahres 1970 gab es parallel zur Bewegung in der sozialpsychiatrischen Szene nicht nur bei den Gruppierungen, die sich im Mannheimer Kreis zusammen gefunden hatten, sondern auch im Rahmen der etablierten Psychiatrie, erste Ansätze zur inhaltlichen und formalen Strukturierung der Reform Impulse. Den Protagonisten der Reform war es gelungen, den Gesundheitsausschuss des deutschen Bundestages zu einer Anhörung zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik zu bewegen. Diese fand im Oktober 1970 in Bonn statt. Und eine zweite Anhörung war für den Sommer 1971 im Landeskrankenhaus Emmendingen geplant. Das politische Ziel war es, eine Enquete zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik auf den Weg zu bringen. Zwischenzeitlich hatte sich im Januar 1971 die "Aktion psychisch Kranker" gegründet, die später institutioneller Träger der Enquete werden sollte. Häfner und Kulenkampff hatten bei ihren Bemühungen um die Reform politische Verbündete in allen Parteien gesucht.

Als wichtigster von ihnen sollte sich Walter Picard erweisen, ein CDU-Abgeordneter, der von psychischer Krankheit in der Familie betroffen war, und der sein gesamtes politisches Gewicht für die nächsten Jahre mit der Psychiatrie-Reform verbinden sollte, für die nächsten Jahrzehnte. Picard wurde auch erster Vorsitzender der "Aktion psychisch Kranke", Kulenkampff Stellvertreter. Kulenkampff, der von Düsseldorf als Landesrat für Gesundheit zum Landschaftsverband Rheinland in Köln gewechselt war, stand schon früh als psychiatrischer Vorsitzender der späteren Enquete-Kommission fest. Ich war durch einen für mich glücklichen Umstand von Anfang an bei der "Aktion psychisch Kranke" und deren Arbeit dabei. Auf Initiative von Manfred Bauer waren auch einige Vertreter der Assistentengeneration zur Gründungsversammlung eingeladen worden. Ich gehörte dazu. Als es an die Vorstandswahlen ging, wurde der Wunsch laut, die jüngere Generation möge auch im Vorstand vertreten sein. Er wurde abgewehrt. Ich verstand das auch gut. Denn keiner von uns hatte einen entsprechenden Leistungsnachweis.

Andererseits wollte man die Jüngerer nicht verprellen, die letzten Endes ja auch eine psychiatriepolitische Rechtfertigung gegenüber Mannheimer Kreis und DGSP brauchten, in dem etablierten Verein "Aktion psychisch Kranke" mitzuwirken. Ohne Einfluss war das schwer zu verkaufen. Irgendjemand kam dann auf die Idee, mich mit Zuständigkeit für Öffentlichkeitsarbeit zum Vorstand zu kooptieren. (So etwas wie einen Pressesprecher gab es damals noch nicht.) In der Tat gab es auch keine systematisierte Pressearbeit. Dafür hätte ich auch gar keine Zeit gehabt. Aber ich konnte die Tendenzen der Entwicklung erspüren und diese in meine Berichterstattung durch die Frankfurter Allgemeine Zeitung einbauen. Auf diese Weise nahm ich bis zum Beginn der Enquete an allen Vorstandssitzungen der Aktion teil. Als es dann soweit war, dass die Enquete strukturiert werden sollte, entstand eine ähnliche Situation wie ein Jahr vorher: Die Enquete-Kommission selber, eine Art Aufsichtsrat für die Enquete, war den etablierten Psychiatern vorbehalten.

Mir bot man die Stellung des Geschäftsführers an. Ich war zunächst ambivalent, lehnte das Angebot dann aber ab, weil ich dann meine Stelle in Tübingen hätte aufgeben müssen, bzw. mich von dort hätte beurlauben lassen müssen. Und mein Gefühl trog mich nicht, dass das nur für ein Jahr sein würde, und auch nicht halbtags, sondern ganztags für mehrere Jahre. Damit war ich dann nicht draußen. Aber davon später, wenn ich über die Konkretisierung der Enquete berichte.

Die Hearings des Gesundheitsausschusses

Irgendwie mochten wir es gar nicht glauben, dass sich unser vieles Diskutieren plötzlich in konkreter Arbeit, wenngleich zunächst einmal nur Planungsarbeit, niederschlagen sollte. Wir wussten, die Enquete würde großes politisches Gewicht haben. Sie wurde nicht vom Gesundheitsausschuss in Auftrag gegeben, auch nicht vom Gesundheitsministerium. Sie erfolgte auf Beschluss des deutschen Bundestages, der im Herbst grünes Licht für die Psychiatrie-Enquete gab und die notwendigen Mittel für ihre Durchführung bereitstellte. Meine Vorstellung war es aufgrund meiner England-Erfahrungen und der Kenntnis der ganz so widersinnig erscheinen: Der Kranke, der nur geringe Aussichten hatte, in seine alte Umwelt zurückzukehren, mochte sich in der Isolierung eines säkularisierten Klosters leichter mit seinem Leben in Krankheit und Behinderung abfinden als in der ständigen Konfrontation mit einer Gesellschaft, die ihn ausgeschlossen hatte. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die unerträgliche

Überfüllung der psychiatrischen Krankenhäuser erst eine Erscheinung des 20. Jahrhunderts ist.

Um nur zwei Beispiele aus einer Reihe zu nennen, die beliebig verlängert werden könnte: Die Anstalt Lohr in Unterfranken wurde 1912 für 600 Kranke errichtet. 1970 war sie mit 1200 Patienten belegt, ohne dass nennenswerte bauliche Erweiterungen durchgeführt worden wären. Das psychiatrische Landeskrankenhaus Reichenau war im gleichen Jahr für 600 Patienten erbaut worden. 1967 war es mit fast 1000 Patienten belegt, nachdem inzwischen 2 der 12 Pavillon in einen Lagerschuppen und in eine Kirche umgewandelt worden waren.

Die gleichen Kriterien, die das herkömmliche psychiatrische Großkrankenhaus noch um die Jahrhundertwende als adäquate Institution zur Behandlung psychisch Kranker erscheinen ließen, verlangte seit Kriegsende eine Neustrukturierung der psychiatrischen Krankenversorgung im Sinne einer gemeindenahen Psychiatrie. Die Gesellschaft selber hatte sich während der letzten Jahrzehnte ebenso verändert wie der Wissensstand der Psychiatrie. Nicht zuletzt die Fortschritte der somatischen Behandlung psychiatrischer Erkrankungen trugen zu der Notwendigkeit der Umstrukturierung bei. Seit die Psychiatrie wirksame Behandlungsmethoden zur Hand hatte, verbrachten die meisten neu aufgenommenen psychisch Kranken auch in der Bundesrepublik nur noch vier bis zwölf Wochen in stationärer Behandlung, um anschließend in ihre alte Umwelt zurückzukehren.

“Die modernen Psychopharmaka haben beim Gros der Patienten erst die Voraussetzung für psycho- und soziotherapeutische Maßnahmen mit dem Ziel einer möglichst weitgehenden Resozialisierung geschaffen. Erst sie ermöglichten, eine von Anfang an auf Rehabilitation abzielende... Therapie und einen differenzierten Gesamtbehandlungsplan aufzustellen. Die Kombination der medikamentösen Behandlung mit der Sozio- und Psychotherapie und darüber hinaus eine Koordination der verschiedenen Therapie-Instanzen ist auch Vorbedingung für die angestrebte Umzentrierung der Psychosentherapie vom Krankenhaus auf halbambulante und ambulante Übergangseinrichtungen und auf die ambulante Praxis” (Huhn 1970).

Die verfügbaren Medikamente wirken nur symptomatisch. Auch psychotherapeutische und soziotherapeutische Verfahren haben ihre Grenzen. Die Krankheiten, mit

denen die Psychiatrie in der Hauptsache zu tun hat, sind chronisch rezidivierende Leiden geblieben. Um eine erfolgreiche Wiedereingliederung der Kranken in Familie und Beruf zu erreichen und um Rückfälle zu vermeiden, ist deshalb eine konsequente Nachsorge - eine sekundäre Prävention - unabdingbar. Die vorhandenen Großkrankenhäuser waren dem Wandel der psychiatrischen Krankenversorgung von ihrer Struktur her nicht gewachsen. Ihre bauliche Veralterung, ihre abgelegene Lage, ihre

Die Enquete beginnt

Die Psychiatrie-Enquete auf den Weg zu bringen, war zunächst einmal eine organisatorische Hochleistung. Ich fasse noch einmal die Vorgeschichte zusammen, deren Fakten sich teilweise nicht mit meiner Erinnerung decken. Bereits im März 1970 wurde im Deutschen Bundestag ein Antrag mit der Forderung eingebracht, die Bundesregierung mit einer umfassenden Untersuchung über die psychiatrische/psychohygienische Versorgung der Bevölkerung zu beauftragen. Im April wurde der Antrag im Plenum behandelt und an den Ausschuss für Jugend, Familie und Gesundheit überwiesen. Nach den beiden Anhörungen im Herbst 1970 und im Frühjahr 1971 wurde schließlich am 23. Juli 1971 die Enquete in Auftrag gegeben.

Die Enquete-Kommission wurde alsbald von der zuständigen Bundesministerin, Frau K. Strobel, berufen. Aufgrund welcher Kriterien geht aus den Berichten nicht hervor. Die sachverständige Kommission konstituierte sich bereits im August 1971 mit Professor Caspar Kulenkampff als Vorsitzendem und Professor Heinz Häfner sowie Doktor Siede als Vertreter der Länder und Professor Degkwitz als Präsident der DGPN. Die Kommission bestand zunächst aus 19 Mitgliedern und wurde später, teilweise auf Anregung des Bundesministeriums, teils auf Anregung der Sachverständigen-Kommission selber im Laufe der Zeit um sechs Mitglieder erweitert. Die Geschäftsführung wurde von "Aktion Psychisch Kranke" getragen. Zu diesem Zweck wurde bei dieser Aktion ein Büro mit einem Geschäftsführer und mehreren Mitarbeitern eingerichtet.

Die Kommission wiederum hatte eine ganze Anzahl von Arbeitsgruppen zu den Themen "Ausbildung und Personal", "extramurale Dienste", "intramurale Dienste", "Ist-Daten", "Gerontopsychiatrie", "Kinder- und Jugendpsychiatrie", "Nomenklaturkommission", "Psychotherapie/Psychosomatik", "Rechtsfragen", "Suchtkranke", zu-

sätzlich Expertenteams, die sich mit dissozialen Jugendlichen, Epilepsie, Forschung, geistig Behinderten, Information und Planung sowie psychisch kranke Straftäter befassten. Plötzlich gab es verschiedene Beiräte, so einen der Ländervertreter, einen weiteren der Trägerverbände.

Ab Anfang 1974 wurden sieben spezielle Arbeitsgruppen "Psychotherapie/Psychosomatik" geschaffen. Dazu gab es spezielle Gruppen zur Koordination und zur Harmonisierung von Problemen. Die große Ausweitung der Psychotherapie-Arbeitsgruppen kam aufgrund einer Intervention von Horst Eberhard Richter und der Therapeutenverbände im Herbst 1973 zustande. Ihr Bericht wurde zwar in den Hauptteil der Enquete integriert. Es gelang jedoch nicht, diesen Bericht von der Gesamtkommission zu verabschieden. Das mag ein Hinweis auf wiederkehrende und anhaltende Spannungen sein. Alles in allem wirkten um die 200 Mitglieder verschiedener in der Psychiatrie Tätiger, Berufsgruppen aus Praxis, Klinik, Forschung und Lehre an der Enquete mit. Innerhalb der Gesamtlauzeit der Enquete von Herbst 1971 bis Sommer 1975, also fünfzehn Jahre, kam es zu zahlreichen Wechseln.

Zudem wurden zahlreiche Gutachten in Auftrag gegeben, davon verschiedene an ausländische Experten, vor allem aus England und den USA. Außerdem wurden zahlreiche Informationsreisen ins europäische Ausland, einschließlich der Sowjetunion, durchgeführt.

Der Zwischenbericht: "Unter elenden, menschenunwürdigen Umständen"

Im Herbst 1973 wurde ein Zwischenbericht vorgelegt, im Sommer 1975 schließlich der Endbericht, der in zwei Bänden auf 1800 Seiten im A4-Format als Bundestagsdrucksache (7/4201) vorliegt. Die wichtigsten Impulse, aber auch der Schwerpunkt der Arbeit wurden in den Jahren 1972 und 1973 bis zum Abschluss des Zwischenberichtes vermittelt. Danach, so schien es, hatte die Gesamtkommission Angst vor der eigenen Courage.

Der Zwischenbericht war Gegenstand einer Tagung im Oktober 1973 in der evangelischen Akademie Bad Boll. Über die Tagung und den Bericht habe ich damals einen Beitrag für die Frankfurter Allgemeine Zeitung geschrieben (6.11.1973), der im Folgenden wiedergegeben sei.

„Schwerwiegende Mängel bei der Versorgung der psychisch Kranken in der Bundesrepublik offenbart der Zwischen Bericht der Enquete-Kommission, der in der vergangenen Woche, wie berichtet, von der Bundesregierung dem Parlament zugeleitet worden ist. Die Sachverständigenkommission, die über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik berichten soll, war 1971 im Anschluss an zwei öffentliche Anhörungen auf Antrag aller drei Fraktionen des Bundestages eingesetzt worden. In ihrem ersten Zwischenbericht, den sie nach zweijähriger Arbeit auftragsgemäß vorlegt, wird festgestellt, „dass eine sehr große Anzahl psychisch Kranker und Behinderter in den stationären Einrichtungen unter elenden, zum Teil als menschenunwürdig zu bezeichnenden Umständen“ leben müssen. „Überalterung der Bausubstanz, katastrophale Überfüllung in diesen Bereichen, Unterbringung in Schlafsälen, unzumutbare sanitäre Verhältnisse und allgemeine Lebensbedingungen, vor allem für chronisch Kranke, kennzeichnen einen gegenwärtigen Zustand, dessen Beseitigung nicht einfach auf unabsehbare Zeit verschoben werden kann“, wird gesagt.

Zahlen aus dem Landschaftsverband Rheinland belegen diese Verhältnisse beispielhaft. Ein Viertel der 12 000 psychiatrischen Betten des Landschaftsverbandes entstand vor der Jahrhundertwende, ein Achtel ist abbruchreif. Legt man eine Polizeiverordnung aus dem Jahre 1953 zugrunde, so ergibt sich eine durchschnittliche Überbelegung der Landeskrankenhäuser um mehr als 35 Prozent. Zwei Drittel der Patienten sind in Räumen mit mehr als fünf Betten untergebracht, 40 Prozent in Sälen mit mehr als zehn Betten. Der Anteil der Kranken, die in Schlafsälen mit mehr

als zwanzig Betten leben müssen, beträgt immerhin noch mehr als ein Zehntel. Im Durchschnitt steht für elf Patienten ein WC zur Verfügung. Tausende von Patienten schlafen auf Matratzen, die mit Seegras gefüllt sind. Tausende haben keinen eigenen Schrank - also keinen Platz für die Aufbewahrung ihres ohnehin bescheidenen Eigentums sowie der Gegenstände des täglichen persönlichen Gebrauchs.

Brutale Realität

Diese willkürlich herausgegriffenen, aber dennoch charakteristischen Daten dokumentieren die brutale Realität von Lebensverhältnissen, die „die angemessene Befriedigung humaner Grundbedürfnisse“ in den psychiatrischen Einrichtungen nicht gewährleisten. Diese Zahlen sind deshalb von besonderer Bedeutung, weil die meis-

ten der psychiatrischen Patienten immer noch in den Krankenhäusern eingeschlossen und weil etwa zwei Drittel der Betten nicht vorübergehend, sondern von chronisch Kranken jahrelang, manchmal jahrzehntelang belegt sind. Das psychiatrische Krankenhaus ist also der einzige Lebens- und Entfaltungsbereich der Patienten.

Die wichtigste Forderung der Sachverständigenkommission gilt daher den unerlässlichen "Sofortmaßnahmen zur Befriedigung humaner Grundbedürfnisse": Ersatz unzumutbar baufälliger Substanz; Bereitstellung von Sondermitteln für Renovierungsmaßnahmen; Gewährleistung eines Grundstandards allgemeiner Lebensbedingungen (ausreichende sanitäre Ausstattung, eigener Nachttisch, Schrank für das Eigentum der Kranken, angemessene Möblierung, Ermöglichung des Tragens eigener Kleidung; gerechte Entlohnung für Patienten, die in psychiatrischen Krankenhäusern Arbeit leisten. Zur Entlohnung sei angemerkt: die Wirtschaftsabteilung eines großen psychiatrischen Krankenhauses hat errechnet, dass sie durch Patientenarbeit jährlich zwei Millionen Mark an Löhnen einspart (!). Es scheint bezeichnend zu sein für die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik, dass für die Realisierung derartiger Selbstverständlichkeiten eine Sachverständigenkommission und eine Enquete notwendig sind.

Die Kommission lässt in ihrem Bericht keinen Zweifel daran, dass solche Sofortmaßnahmen allenfalls geeignet sind, die schlimmsten Missstände zu beheben. Letztlich sind die Mängel in der psychiatrischen Versorgung strukturell bedingt, etwa dadurch, "dass sie eine überkommene Organisation ihres Krankenhauswesens aufzuweisen hat, die den heutigen therapeutischen und rehabilitativen Erfordernissen nicht mehr gerecht wird" oder dadurch, dass das psychiatrische Krankenhauswesen in der Bundesrepublik "sich weitgehend neben dem allgemeinen Krankenhauswesen entwickelt hat". Dem Akut-Krankenhausbereich steht nur eine minimale, völlig unzureichende Anzahl psychiatrischer Krankenhausbetten zur Verfügung. Die überwiegende Zahl psychiatrischer Krankenhausbetten ist in Fach- und Sonderkrankenhäusern untergebracht, die über keine direkte Verbindung zu Krankenhausabteilungen anderer medizinischer Fächer verfügen.

Diese historisch bedingte Sonderstellung entspricht nicht mehr den Möglichkeiten und Erfordernissen moderner Psychiatrie. Sie steht vor allem der wachsenden interdisziplinären Verzahnung mit den anderen Gebieten der Medizin und dem Anschluss

des psychiatrischen Gesundheitswesens an den allgemeinen medizinischen Standard im Wege.

Die Sachverständigenkommission vertritt deshalb diese Auffassung: "Die psychiatrische Krankenversorgung ist grundsätzlich ein Teil der allgemeinen Medizin. Demgemäß muss das System der psychiatrischen Versorgung in das bestehende System der allgemeinen Gesundheitsvorsorge und -fürsorge integriert werden. Dem seelisch Kranken muss prinzipiell mit den gleichen Rechten und auf dem gleichen Wege wie dem körperlich Kranken optimale Hilfe unter Anwendung aller Möglichkeiten ärztlichen, psychologischen und sozialen Wissens gewährleistet werden."

Langfristig fordert die Kommission die Neuordnung der psychiatrischen Krankenversorgung durch Angliederung von psychiatrischen Abteilungen an allgemeine Krankenhäuser, durch Verkleinerung, Neuordnung und Festlegung von Einzugsgebieten für stationäre psychiatrische Versorgungseinrichtungen in Analogie zu den Einteilungen in der übrigen Medizin. "Für die Psychiatrie ist eine derartige strukturelle Umorganisation gerade deshalb von entscheidendem Belang, weil die Erfordernisse gemeindenaher psychiatrischer Versorgung mit ihren vielfältigen extramuralen Aufgaben (Vorsorge, Krisenintervention, Nachsorge, Rehabilitation...) nur in überschaubaren geographischen Bereichen verwirklicht werden können. Dazu setzt die Kommission Orientierungsdaten.

Dezentralisierung

Die psychiatrische Grundversorgung soll unter Zusammenarbeit aller Beteiligten in Versorgungsgebiete aufgeteilt werden, deren Größe zwischen 100 000 und 350 000 Einwohnern liegt und deren Behandlungseinrichtungen für alle Einwohner leicht erreichbar sind. In der Regel sollen sich die Versorgungsgebiete mit politisch oder natürlich gegebenen Einheiten (Stadtteile, Gemeinde, Kreise) decken.

Mittelpunkt der Versorgungsgebiete soll die psychiatrische Abteilung am allgemeinen Krankenhaus oder das psychiatrische Behandlungszentrum sein, für das eine Größe von 200 Betten als optimal angesehen wird, das eine Größe von 600 Behandlungsplätzen jedoch keinesfalls übersteigen sollte.

Die Standardversorgungsbetriebe sollten darüber hinaus neben ambulanten Diens-

ten teilstationäre Einrichtung wie Tageskliniken, Nachtkliniken, Übergangs- und Wohnheime, andere beschützende Wohnangebote, beschützende Werkstätten und Rehabilitationszentren bereitstellen.

Besonderes Gewicht wird auf Einrichtungen für geriatrische Patienten mit Diagnosezentren, kurzfristigen Hospitalisierungsmöglichkeiten zur Intensivtherapie, Polikliniken, Tageskliniken und vor allem Altenkrankenheimen gelegt.

Spezialabteilungen

Suchtkranke sollen in Spezialabteilungen, die möglichst eng mit psychiatrischen Abteilungen verbunden sind, in Fachambulanzen und von Beratungsstellen behandelt und bereut werden. Für geistig Behinderte, für Kinder- und Jugendpsychiatrie, für psychisch kranke Rechtsbrecher, Epileptiker, mehrfach und Schwerstbehinderte werden besondere Einrichtungen gefordert, die zum Teil über die Grenzen der Standardversorgungsbereiche hinausgreifen.

Zur Realisierung dieser Forderungen verlangt die Kommission eine bessere Koordination der psychiatrischen Versorgung als bisher, die Sicherstellung von Fachaufsicht und überregionale Planung. "Weitaus mehr als alle anderen medizinischen Fächer ist die Psychiatrie mit nichtmedizinischen Einrichtungen und Diensten verflochten... Ein Hauptmangel des derzeit bestehenden Versorgungssystem und einer der Gründe, weshalb eine durchgreifende Reform bisher nicht vollzogen wurde, ist das Fehlen einer wirksamen Koordination im System der beratenden, betreuenden und therapeutischen Angebote für psychisch Kranke und Behinderte. Es sollten deshalb geeignete Koordinierungsgremien, auf Länderebene Planungskommission oder psychiatrische Beiräte gebildet werden, die in Anlehnung an vergleichbare Modell in Nachbarländern "bei der Planung und beim stufenlosen Ausbau der psychiatrischen Krankenversorgung nach übergeordneten Gesichtspunkten" mitwirken und für die Überprüfung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlungseinrichtungen und Programme sorgen sollten.

Weitere Empfehlungen der Sachverständigen erstrecken sich auf die Vermehrung des Personals in den psychiatrischen Einrichtungen sowie auf die Verbesserung von Aus-, Fort- und Weiterbildung.

Ambulante Versorgung

Bei der ambulanten Versorgung vertritt die Sachverständigenkommission nachdrücklich die Ansicht, "dass stationär psychiatrische Einrichtung grundsätzlich die Möglichkeit ambulanter, untersuchender und behandelnder Tätigkeit erhalten müssen. Diese ambulante Tätigkeit bezieht sich zu gegenwärtigen Zeitpunkt auf die Wahrnehmung folgender Aufgaben: Nachsorge und weitere Maßnahmen der Rehabilitation sowie ambulante Untersuchung und Behandlung zur Vorbeugung von Rückfällen als auch zur Verhütung von stationären Aufnahmen, außerdem Krisenintervention, konsiliari-sche Betreuung und Behandlung.

Die Forderung nach ambulanter Tätigkeit der psychiatrischen Kliniken entspricht keinesfalls dem Bestreben, die Aufgaben des frei praktizierenden, niedergelassenen Nervenarztes auszuhöhlen. Erfahrungen an den bestehenden Ambulanzen (Polikliniken) der Universitätskliniken zeigen, dass bedenkliche Konkurrenzsituationen mit den niedergelassenen Nervenärzten am Ort trotz hoher Behandlungsfrequenzen nirgendwo entstanden sind. Es gibt vielmehr ein in vielfacher Hinsicht fruchtbares Zusammenwirken.

Die Sachverständigenkommission trägt damit der grotesken Situation Rechnung, dass die öffentlichen psychiatrischen Großkrankenhäuser in der Bundesrepublik zwar verpflichtet sind, innerhalb ihrer Einzugsgebiete Fachärzte zur Außenfürsorge einzusetzen, dass diese Ärzte bei der Ausübung ihrer Tätigkeit jedoch nur beraten und nicht behandeln dürfen.

Da die Grenze zwischen Beratung und psychotherapeutischer Behandlung in der Psychiatrie fließend sind, bedeutet das letztlich, dass sie keine Rezepte ausstellen dürfen, mit anderen Worten, dass sie den Patienten nach der fachärztlichen Beratung mit einer Empfehlung an den Hausarzt zurückweisen müssen, damit er die notwendigen Medikamente erhält - ein umständliches, mit langen Wartezeiten verbundenes Verfahren, das nicht selten Kranke veranlasst, die Behandlung abubrechen und das Risiko von Rückfällen zu vergrößern. Weitere Empfehlungen der Sachverständigen erstrecken sich auf die Vermehrung des Personals in den psychiatrischen Einrichtungen sowie auf die Verbesserung von Aus-, Fort- und Weiterbildung.

Die Kommission lässt keinen Zweifel daran, dass - abgesehen von den Sofortmaßnahmen - Jahre vergehen werden, bis ihre Empfehlungen auch nur ansatzweise realisiert sind. Es ist zu hoffen, dass die vorzeitig aus dem Gesundheitsministerium bekannt gewordene Äußerung, dass bis dahin "eine Generation" vergehe, von Frau Bundesgesundheitsministerin Focke revidiert werden wird. Aber selbst dann, wenn Bundesregierung und Bundestag in einer Angelegenheit, die überwiegend Ländersache ist, unverzüglich Schritte zur Abhilfe einleiten würden, müssten sich die am meisten Betroffenen, die psychisch Kranken in der Bundesrepublik, gedulden. Deshalb muss es befremden, dass der Bericht der Sachverständigenkommission der inneren Struktur innerhalb der Psychiatrie so wenig Beachtung schenkt.

Es ist Angelegenheit der Psychiatrie und der Psychiater, unnötig geschlossene psychiatrische Krankenhausstationen - und davon gibt es Hunderte - zu öffnen. Es ist Angelegenheit der Psychiatrie, neben der Behandlung mit Psychopharmaka moderne aktivierende soziotherapeutische Verfahren, etwa im Sinne der therapeutischen Gemeinschaft, einzuführen,

um auf diese Weise einmal den Kranken mehr innere und äußere Freiheit zu vermitteln und zum anderen attraktiver für geistig bewegliches Personal zu werden. Es ist Angelegenheit der Psychiater, die schamlose Ausbeutung von chronisch psychisch Kranken, die in den Wirtschaftsbetrieben der Großkrankenhäuser arbeiten, durch Widerstand gegen die Verwaltungen zu unterbinden (Professor F. Reimer, Direktor des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weisberg, stellt vor einiger Zeit fest: "Wenn unter unseren Patienten eine Grippeepidemie ausbricht, brechen die Versorgungsbetriebe des Krankenhauses zusammen!").

Es ist schließlich Angelegenheit der Psychiatrie, die weithin noch feudalistischen Strukturen, die sich innerhalb der Krankenhäuser in den Beziehungen zwischen leitenden und nachgeordneten Ärzten, zwischen Ärzten und Pfleger, Pflegern und Patienten niederschlagen, durch sachgerechte Organisationsprinzipien und Kommunikationsformen zu ersetzen. Geschieht das nicht, wird es weiterhin nichtmöglich sein, vorhandene Planstellen zu besetzen, allgemein moderne Behandlungsprinzipien anzuwenden und die therapeutischen Möglichkeiten der gegenwärtigen Psychiatrie selbst innerhalb der Grenzen der oben geschilderten "Brutalen Realität" auszuschöpfen§" (FAZ 6.11.73).

Die Arbeitsgruppe Intramurale Psychiatrie

Bei Licht betrachtet war unsere Arbeitsgruppe mit dem Namen intramurale (mural von murus "die Mauer") Psychiatrie die Kerngruppe der Psychiatrie-Enquete. Die Verhältnisse in den psychiatrischen Krankenhäusern bzw. Anstalten waren der Anlass für die Enquete gewesen. Die Arbeitsgruppen Psychiatrie, Sucht (mit Schwerpunkt Alkohol; damals spielten Drogen praktisch keine Rolle), geistig Behinderte und die Expertengruppe Forensische Psychiatrie befassten sich mit Spezialaspekten dieser intramuralen Psychiatrie. Die komplementäre Arbeitsgruppe "Extramurale Psychiatrie" bezog ihr Gewicht aus der Vorstellung Unterforderung, dass die nicht stationäre psychiatrische Versorgung in Zukunft eine zentrale Rolle spielen sollte, eine wesentlich größere, als bis dahin üblich und möglich.

Die Bezeichnungen ("extramural") deutet aber darauf hin, dass das Denken damals um die Behandlung und Versorgung in Kliniken und Anstalten kreiste. Bis dahin bestand die extramurale Versorgung ja vor allem aus der ambulanten Behandlung beim Nervenarzt. Alternativen dazu spielten zahlenmäßig keine Rolle. Das galt für Tageskliniken, das galt für Übergangwohnheime, das galt für ambulante Rehabilitations-Einrichtungen, das galt für die sozialpsychiatrischen Dienste bei Gesundheitsämtern, bei anderen Trägern. Lediglich Dauerwohnheime für psychisch Kranke gab es damals auch schon - viele davon mit zweifelhaftem Ruf: umgewandelte Einrichtungen für Tuberkulose Kranke, in die die psychisch Kranken damals aus manchen Bundesländern fernab von ihren Heimatorten untergebracht wurden, z. B. chronisch Kranke aus Nordrheinwestfalen im Schwarzwald.

Unsere Arbeitsgruppe bestand aus zwölf Personen, darunter drei Chefs von Landeskrankenhäusern (Professor Fritz Reimer aus Weinsberg bei Heilbronn, Eberhard Kluge aus Warstein in Westfalen und Professor Walter Theodor Winkler aus Gütersloh, ebenfalls Westfalen), dazu kam Gottlieb Sauter, der Psychiatrie-Dezernent Baden Württembergs aus Stuttgart, die Oberschwester des psychiatrischen Krankenhauses Weissenau bei Ravensburg, Frau U. Zichel, eine Sozialarbeiterin aus Eickelborn in Westfalen, Frau Matern, den Psychologen und Rehabilitationspraktikern E. Willis aus Weinsberg und W. Strehse aus Bethel, Professor Rudolf Degkwitz aus Freiburg als Lehrstuhlinhaber und als Vertreter der Enquete-Kommission - und mir - wobei Degkwitz nicht an allen Sitzungen teilnahm und etwa 1973 ausschied, nach-

dem er sein Amt als Vorsitzender der DGPN abgegeben hatte. Für Spannung war also gesorgt.

Ich verstand mich in der Anfangszeit als Antipode, sowohl von Degkwitz wie von Sauter - vor allem von Degkwitz, der eine völlig andere Richtung der Psychiatrie-Reform vertrat: die Anstalten sollte verbessert - "klinifiziert" - und baulich saniert werden. Ansonsten aber sollte alles beim Alten bleiben. Über mehrere Jahre versuchte ich bei allen Veranstaltungen, bei denen Degkwitz als Redner auftrat, ebenfalls anwesend zu sein und mir mit ihm in der Diskussion ein Hase-und-Igel-Spiel zu liefern. Das führte allerdings langfristig nicht zu mehr Feindseligkeit, sondern zu einem Mindestmaß an gegenseitigem Verständnis und auf lange Sicht zu gegenseitiger Wertschätzung. Ähnlich verlief meine Entwicklung gegenüber Gottlieb Sauter, von dem ich anerkannte, dass er nach bestem Gewissen versuchte, seine Arbeit zum Psychiatrie-Dezernent unter ungünstigen Bedingungen zu bewerkstelligen. Und sein Arbeitsfeld waren nun mal die Anstalten. Der Konfliktpunkt zwischen ihm und mir, und den anderen Baden-Württembergern übrigens auch, war der Neubau von Hirsau.

Ich erinnere mich an eine Besprechung, zu der er Tübinger Studenten vom SPAK und mich nach Stuttgart eingeladen hatte und bei der er hilflos die Arme verwarf und ausrief: "Besorgen Sie mir ein Grundstück in Stuttgart, und ich baue Ihnen das neue Krankenhaus auf den Schlossplatz." Die Beziehung zwischen ihm und mir verbesserte sich in den fünf Jahren der Psychiatrie-Enquete ebenfalls. Dazu trugen sicher auch zahlreiche Bahnfahrten von Stuttgart nach Bonn und zurück in erheblichem Maße bei. Natürlich bewegten sich alle Teilnehmer in den Arbeitsgruppen-Sitzungen. Fünfzehn waren es in den vier aktiven Tagungsjahren, die meisten davon am Anfang; jede dauerte drei bis vier Tage.

Bewegung in den Kliniken

Wie das bei solchen lang gezogenen Projekten häufiger vorkommt, bewegte sich vieles von dem, was wir anstrebten, längst vor dem Abschluss des Berichts der Enquete-Kommission. Einiges war noch vor dem Zwischenbericht in Bewegung geraten. Möglicherweise trugen dazu auch die drastischen Formulierungen bei, die in unserer Gruppe für die Beschreibung der gegenwärtigen Zustände gefunden wurden. Die Formel von der brutalen Realität, der Verhältnisse in den Krankenhäusern wurde

von Eberhard Kluge geprägt, und von uns gemeinsam mit harten Fakten unterlegt. Der Begriff von den elenden, menschenunwürdigen Umständen hat wohl keinen einzelnen Urheber. Von heute aus betrachtet, habe ich den Eindruck, dass die Psychiatrie-Verantwortlichen in den meisten Bundesländern auf solche deutlichen Worte gewartet hatten. Dabei war es bestimmt hilfreich, dass sie von einer gewichtigen Kommission kamen, die im Auftrag des Deutschen Bundestages arbeitete.

Überall wurden Notmaßnahmen auf den Weg geschickt und innerhalb von kurzer Zeit verwirklicht, und unhaltbare sanitäre Verhältnisse wurden behoben, übergroße Säle wurden geteilt. Es wurden Voraussetzungen geschaffen, die Privatsphäre für möglichst viele Patienten in möglichst großem Umfang zu gewährleisten, insbesondere natürlich die Intimsphäre. Erste Maßnahmen zur Reduktion der Überbelegung? durch die Schaffung von akzeptablen Heimen in Wohnortnähe und durch die Nutzung von ehemaligen Personalwohnheimen, Wohnungen in den Anstalten für Patienten. Bei Besuchen in zahlreichen Anstalten spürten wir, dass sich etwas bewegte, langsam zwar, aber immerhin. Es wehte ein neuer Wind, der zunehmend von dem Bewusstsein getragen wurde, dass es so nicht weiter gehen könnte. Da der große Wurf nirgendwo greifbar war, traute man sich auf diesem Hintergrund endlich, zu improvisieren und die Lage der Kranken zu verbessern.

Wir haben dabei keineswegs übersehen, dass es zunächst die rückwärtsgewandte und gegenwartsbezogene Analyse der Lebens-, Behandlungs- und Arbeitsbedingungen in den klassischen psychiatrischen Krankenhäusern war, die die ersten Impulse zur Veränderung setzten. Wir vergaßen darüber nicht, unsere eigentliche Aufgabe, nämlich ein System der künftigen stationären psychiatrischen Versorgung zu entwickeln, aber natürlich unter der Berücksichtigung der künftigen "komplementären" teilstationären und ambulanten Dienste.

Differenzen

Darüber gab es natürlich angesichts der Zusammensetzung der Kommission und der unterschiedlichen Ausgangslage der einzelnen Mitglieder massive Differenzen. Die einen wollten, so war das auch in unserer Arbeitsgruppe, die Krankenversorgung verbessern, aber im Grunde nicht reformieren. Die anderen, zu denen ich anfangs auch gehörte, wollten eine andere Psychiatrie mit ganz anderen Institutionen. Für

uns lag die Zukunft bei den psychiatrischen Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern, nach englischem Vorbild, bzw. nach integrierten psychiatrischen Gemeindezentren nach amerikanischem Vorbild. Im Lauf der Jahre näherten sich unsere Standpunkte an einander an. Die Konservativen waren bereit einzuräumen, dass psychiatrische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern eine gute Sache sein könnten. Wir waren bereits zu konzedieren, dass man "nicht mit dem Hammer reformieren" sollte (wie Kisker das einmal formulierte) und auch nicht mit der Planierdraht. Wir waren bereit zu konzedieren, dass die gewachsenen psychiatrische Kliniken in Stadtnähe eine Zukunft haben sollten, drastisch verkleinert und ergänzt durch ambulante und teilstationäre Einrichtungen. Wir waren uns einig darüber, dass die psychiatrischen Behandlungsfeldern entsprechend den Vorstellungen der WHO-Arbeitsgruppe zur psychiatrischen Krankenversorgung in Europa, deren Mitglied ich gewesen war, differenziert werden sollten. Für psychisch kranke Kinder und Jugendliche, erwachsene psychisch Kranke, psychisch kranke alte Menschen, geistig Behinderte, Suchtkranke und für psychisch kranke Rechtsbrecher. Wir waren uns zum Schluss auch einig darüber, dass Krankenhäuser bzw. Krankenhausabteilungen für bestimmte Versorgungsgebiete, so genannte Sektoren, mit 150 bis 250 Tausend Einwohnern, eine psychiatrische Pflichtversorgung leisten sollten, dass die Krankenhausabteilungen die neu zu gründenden Krankenhausabteilungen entsprechend groß sein sollten, um diese Aufgabe übernehmen zu können. Nicht einig wurden wir uns bis zum Schluss, wie groß die entsprechenden Klinikabteilungen dafür sein mussten. Die Bandbreite bewegte sich zwischen 80 und 300 Betten.

Der Abschlussbericht

Im Abschlussbericht (vgl. Finzen/Schädle-Deiningner 1976) legte sich die Kommission, an die wir nur zuliefern durften, 180 bis 200 Betten fest. Diese Dimension erschien den Progressiven als geradezu absurd, als Verhinderungsmaßnahme für solche Abteilungen. Es war schlicht nicht vorstellbar, dass allgemeine Krankenhäuser mit einer Größe von 2 bis 300 Betten, psychiatrische Abteilungen mit ebenfalls 2 bis 300 Betten angliedern würden. Wir rieten, auch gegenüber der DGSP, von offenen Protesten gegen die Vorschläge der Kommission ab, weil wir uns intern einig waren, dass zum Schluss die Krankenhausabteilungen 80 bis 120 Betten sich durchsetzen würden, zum einen, weil das gangbar war, zum anderen, weil, unseren Erwartungen

entsprechend, für einen Versorgungsbezirk nicht mehr klinische Betten benötigt würden. Das galt insbesondere nach der Differenzierung der Versorgung für geistig Behinderte und der Entwöhnung von Alkoholkranken und nach dem Ausbau der ambulanten Betreuung von chronisch psychisch Kranken.

Die Bilanz von fünf Jahren Arbeit an der Psychiatrie-Enquete war inhaltlich erwartungsgemäß das, was wir 1970 in der Loccumer Resolution zusammengefasst hatten. Dennoch hatte, soweit ich das übersehen, keiner von uns das Gefühl, in sinnloser Weise Kärnerarbeit geleistet zu haben. Wir waren uns bewusst, dass wir mit unserer Arbeit im ganzen Land eine Multiplikatorenfunktion gehabt hatten und vieles angestoßen hatten, das bis dahin still gestanden war. Wir hatten nicht fünf Jahre Theoriearbeit geleistet, der dann die Umsetzung in die Praxis folgen sollte. Die praktische Arbeit hatte längst begonnen.

Sie musste nach der Formulierung der Psychiatrie-Enquete nur fortgeführt werden. Das aber fiel leichter, weil die Verantwortlichen allenthalben sich auf die Psychiatrie-Enquete berufen konnten. Das sollte aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Enquete aus heutiger Sicht eher ein konservatives Dokument war. Wir alle hatten uns in vieler Hinsicht nicht von der Krankenhaus- bzw. Betten-Zentrierung der Psychiatrie gelöst. Für uns alle war das Heim zunächst die natürliche Alternative zur Chronisch-Kranken-Versorgung. Ich weiß gar nicht, ob Wohngemeinschaften für Behinderte überhaupt angesprochen wurden.

Gänzlich fehlte die Möglichkeit des betreuten Einzelwohnens. Auch im ambulanten Bereich wurden als Alternative zur nervenärztlichen Praxis gerade einmal die Instituts-Ambulanz an der Klinik und der sozialpsychiatrische Dienst an Gesundheitsämtern angedacht. Die Vielfalt der Möglichkeit frei gemeinnütziger Träger hatten wir uns nicht ausmalen können. Und schließlich: es gab damals keine Angehörigen-Bewegung und keine Angehörigen-Vereinigungen und entsprechend keine Angehörigen-Selbsthilfe. Dass die psychisch Kranken selber sich organisieren und zu Selbsthilfevereinigungen oder sogar zu einer politischen Interessenvertretung zusammenschließen könnten, daran hat damals vermutlich keiner von uns gedacht. Allerdings sollten wir darüber nicht vergessen, dass die Enquete mit dem Anstoß der offiziellen Psychiatrie-Leitlinien von Schutz und Verwahrung zu Therapie und Rehabilitation und zur Respektierung der Patientenrechte im Sinne unserer Verfassung Vo-

raussetzung dafür schuf, dass beide Bewegungen entstehen konnten.

Die Jahre danach: Verbesserung oder Reform?

Mit der Ablieferung der Psychiatrie-Enquete an den Deutschen Bundestag im Sommer 1975 wurde nicht plötzlich alles besser. Der Beginn der Enquete an vielen Orten, auch in vielen Anstalten, das Signal zum Aufbruch. Wir, die wir uns alle paar Wochen in Bonn zu unseren Arbeitssitzungen trafen, waren verblüfft, was sich so alles tat, was fünf Jahre zuvor noch für unmöglich, für unrealistisch oder gar für Traamtänzerie gehalten worden war. Das hing gewiss auch mit der Organisation der Enquete durch Kulenkampff und die Kommission zusammen. Die annähernd 200 Fachleute unterschiedlicher Berufsgruppen aus allen Teilen der damaligen Bundesrepublik die an der Enquete mitwirkten, hatten zuhause Impulse vermittelt, dass doch nun endlich etwas geben müsste. Auch die Trägerverbände der damaligen Anstaltspsychiatrie waren endlich wach geworden und stellten Mittel für Basissanierungsprogramme zur Verfügung, die vorher angeblich nicht vorhanden waren.

Nach Ablieferung des Berichts an das Parlament setzte eher Ernüchterung ein. Viele warteten nun darauf, dass ein großes Projekt in Gang gesetzt werden würde. Aber das ließ auf sich warten. Zunächst gingen die Dinge ihren parlamentarischen Gang. Der Bundestag forderte durch den Gesundheitsausschuss eine Stellungnahme der Bundesregierung ein. Die aber nahm sich vier Jahre Zeit. Das hing sicher auch damit zusammen, dass die Krankenversorgung im wesentlichen Ländersache ist, dass der Bund die Länder deshalb konsultieren musste. Es hing aber auch damit zusammen, dass einige Empfehlungen der Kommission umstritten waren, weil sie angeblich den Geruch von Staatsmedizin hätten: am heftigsten die Sektorisierung und die Einrichtung von sozialpsychiatrischen Diensten mit Behandlungsrecht sowie die Einrichtung von Institutsambulanzen. Beide wurden in den meisten Bundesländern blockiert. Das änderte sich auch nach der Stellungnahme der Bundesregierung nicht. Ein großes Modellprogramm mit einer halben Milliarde DM an Fördermitteln beispielsweise wurde nur von den SPD-regierten Bundesländern in Anspruch genommen.

Mich wunderten die Verzögerungen nicht, hatte ich doch schon 1973 in meiner Tübinger Antrittsvorlesung Geduld angemahnt: „Die internationale Entwicklung, aber auch Tendenzen der deutschen Psychiatrie lassen es heute als sicher erscheinen,

dass die Zukunft der psychiatrischen Krankenversorgung bei der gemeindenahen Psychiatrie liegt, bei der Integration der Psychiatrie in die übrigen sozialen und medizinischen Dienste von Städten und Gemeinden. ... Aber wir können die psychiatrischen Großkrankenhäuser nicht schleifen, auch wenn wir sie für überholt halten. Nicht nur die Mitglieder des SPK haben mit diesem Gedanken gespielt. Auch in den Diskussionen der Mitglieder der Arbeitsgruppe Intramurale Psychiatrie der Sachverständigenkommission, der ich angehöre, haben während der ersten Sitzungen Plannierarbeiten und Schweißbrenner eine große Rolle gespielt.

Wir können diese Häuser nicht nur deswegen nicht abreißen, weil noch ein weiter Weg zu beschreiten ist, bis wir die Öffentlichkeit, die Mitglieder der Gesellschaft, in der wir leben, dafür gewonnen haben, psychiatrische Abteilungen an ihren allgemeinen Krankenhäusern zu dulden; bis wir das Geld haben, sie zu finanzieren; sondern auch und vor allem, weil es Jahre dauern wird, bis wir das Personal ausgebildet haben, das im Stande ist, solche Abteilungen zu betreiben und zu führen, damit das Ziel der Emanzipation der psychisch Kranken im Rahmen der Grenzen ihrer Behinderung erreicht wird, wenn die Heilung ausgeschlossen ist.

Es kann heute nicht darum gehen, Modellinstitutionen aufzubauen, sondern dort anzupacken, wo die Probleme am dringlichsten sind und zwar in einer Weise, die reduplizierbar, die wiederholbar ist.“

Solche Überlegungen trugen auch zu meiner persönlichen Entscheidung bei, noch vor Abschluss der Enquete die Universität zu verlassen und die Leitung des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Wunstorf zu übernehmen.

In der Rückschau entwickelte sich die psychiatrische Versorgung im Sinne der Empfehlungen der Kommission erstaunlich rasch. Psychiatrische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern entstanden. Heute sind es mehr als 200. Die Tagesklinik feierte fast einen Triumphzug. Heute gibt es um die 400 davon. Das gleiche galt für die Entwicklung von sozialpsychiatrischen Diensten mit oder ohne Behandlungsrecht. Letzteres war ein großer Mangel.

Die Sorge, die großen Anstalten könnten durch zu große Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern ersetzt werden, erwies sich – vorhersehbar - als unberechtigt. Die Träger dieser Häuser wollten keine riesigen psychiatrischen Einrichtungen in ihren

Mauern. So blieb es meist bei 60-120 Betten mit den entsprechenden teilstationären Einrichtungen, die die Konservativen noch bis in die Achtzigerjahre hinein heftig abgelehnt hatten. Die Anstalten wurden zum Teil drastisch umstrukturiert und verkleinert. Viele suchten nach neuen Aufgaben. Aber schon Mitte der Achtzigerjahre hatten die Großkrankenhäuser ihre beherrschende Stellung in der psychiatrischen Versorgung verloren. Sie waren Institutionen von gestern, die ihre Existenzberechtigung nur noch daraus ableiteten, dass sie existierten - und es den Trägern aus Kostengründen und aus Gründen der Arbeitsplatzsicherung opportun erschien, sie zunächst weiterzuführen.

Ich persönlich war eher überrascht, wie schnell sich die strukturelle Umgestaltung der psychiatrischen Versorgung vollzogen hat, insbesondere die Durchsetzung der Sektorisierung und die Schwerpunktverlagerung vom stationären zum Ambulanten und teilstationären Bereich, Manchmal hatte ich den Eindruck, die Entwicklung vollziehe sich zu schnell, weil nicht die richtigen Leute beziehungsweise die Leute mit der richtigen Einstellung noch nicht zur Verfügung standen, die sie im Sinne einer sozialen psychiatrischen Krankenversorgung führen konnten.

In den Folgejahren wurden hinaus zahlreiche Entwicklungen angestoßen, die in der Enquete selber nicht oder nur am Rande erwähnt waren. Dazu gehörten jenseits von Wohn- und Übergangsheimen verschiedene Formen von betreutem Wohnen in Wohngruppen und vor allem betreutes Einzelwohnen. Dazu gehörten auch neue Formen der Unterstützung in Arbeit und Beschäftigung. 1987/88 nahm eine zweite Expertenkommission kommen diesmal nicht des Parlaments sondern der Bundesregierung ihrer Arbeit auf, die den ersten Bericht in mancher Hinsicht fortschrieb, in anderer modifizierte. Auch an diesem Projekt durfte ich in der Anfangsphase mitarbeiten, bis ich in die Schweiz wechselte. Im ersten Bericht hatten die zentralen Forderungen darin bestanden,

1. die Zugänglichkeit der psychiatrischen Versorgung für alle, durch Schaffung überschaubarer Pflichteinzugsgebiete, durch Sektorisierung,
2. die Kontinuität der Behandlung,
3. die Integration der psychiatrischen Versorgung in die übrige Medizin,

4. die Differenzierung der Behandlungsfelder für Kinder und Jugendliche, für psychisch kranke Erwachsene, für Abhängigkeitskranke, für Alterskranke und für strafrechtlich untergebrachte psychisch Kranke, sowie die Schaffung eines eigenen Versorgungssystems für geistig behinderte Menschen.

In der zweiten Expertenkommission standen andere Forderungen im Mittelpunkt, nämlich die Ziele psychiatrischer Behandlung und Betreuung nicht auf die medizinische Seite zu begrenzen, sondern die Grundbedürfnisse der Kranken zu differenzieren in folgende Bereiche:

1. Behandlung, Pflege und Wohnen,
2. Wohnen,
3. Betätigung durch Arbeit und berufliche Bildung,
4. Gewährleistung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben durch Kontaktstiftung, Vertragsgestaltung Tagesstrukturierung und vieles andere mehr.

Es fällt auf, dass auch im zweiten Bericht gesonderte Ausführungen über die Rolle von Selbsthilfeorganisationen von Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen fehlen.

Es hat, vor allem in der sozialpsychiatrischen Szene, immer wieder Auseinandersetzungen darüber gegeben, ob es sich bei der Entwicklung der letzten 40 Jahre um eine Reform gehandelt hat oder nur um die Verbesserung der institutionellen Bedingungen. Ich habe diese Diskussion nie so recht nachvollziehen können. Aber wenn man sie führen will, sollte man sein Augenmerk nicht auf die Entwicklung der Institutionen richten, sondern auf die Veränderung der Ziele. Die alte Psychiatrie konzentrierte sich auf Schutz und Verwahrung. Für die neue Psychiatrie stehen Behandlung und Rehabilitation mit allen ihren Risiken und Chancen ganz im Vordergrund. Diese Veränderung der Einstellung, die Voraussetzung für die Öffnung der Institutionen und die Verlagerung der Behandlungsschwerpunkte in den ambulanten Raum war, hat mannigfache Schwierigkeiten mit sich gebracht, nicht nur innerhalb der psychiatrischen Institutionen sondern auch in der Akzeptanz durch die Öffentlichkeit, durch die Gemeinschaft der Gesunden.

Die Enquete hat gewiss auch Fehlentwicklungen angestoßen. Das ist hier nicht mein Thema. Aber die meines Erachtens problematischste will ich doch ansprechen: Die Abkoppelung der ärztlichen Psychotherapie in Klinik und Praxis von der Psychiatrie mit der Konsequenz der Entwicklung eines Zwei-Klassen-Systems.

Literatur

Bundestagsdrucksache VI/474: Die Anhörungen des Gesundheitsausschusses am 8. 10. 1970 in Bonn und am 23 .4. 1971 in Emmendingen.

Bundestagsdrucksache **7/ ...**: Der Zwischenbericht der Sachverständigenkommission. Bonn 1973.

Bundestagsdrucksache 7/4200/4201: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik. Band 1 und 2 Bonn 1975.

Bundestagsdrucksache 8/2565: Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigenkommission über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik. Bonn 1979.

Bundestagsdrucksache 11/8494: Stellungnahme der Bundesregierung zu den Empfehlungen der Expertenkommission auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie. Bonn 1990.

Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie. Aktion Psychisch Kranke, Bonn 1988.

Finzen, A . (1973): „Unter elenden menschenunwürdigen Umständen.“ In: FAZ vom 6.11.1973, S. 7–8.

Finzen, A. (1985): Das Ende der Anstalt. Vom mühsamen Alltag der Reformpsychiatrie. Psychiatrie Verlag, Bonn.

Finzen, A.; Schädle-Deininger, H. (1976): Die Psychiatrie-Enquete – kurz gefasst. Werkstattsschriften zur Sozialpsychiatrie Band 15. Wunstorf.

Querverweise

1970. Das Jahr der Tagungen.

Mannheimer Kreis und DGSP