

# Auf dem Wege zur Reform: Die Psychiatrie-Enquete wird 40

Asmus Finzen

## Inhalt

<b>Auf dem Wege zur Reform: Die Psychiatrie-Enquete wird 40</b> .....	<b>1</b>
Inhalt .....	1
Zusammenfassung .....	1
Summary .....	2
Die Psychiatrie-Enquete wird 40 .....	2
Die Verwahrspsychiatrie: „Menschenunwürdig, teilweise unmenschlich“ .....	3
Der Bericht .....	4
Die Jahre danach: Modernisierung oder Reform? .....	6
Literatur .....	11

## Zusammenfassung

Der Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik – die Psychiatrie-Enquete – ist 40 Jahre nach ihrer Fertigstellung ein historisches Dokument. Anlass für den Expertenbericht waren die beklagenswerten Behandlungs- und Lebensbedingungen in den damaligen psychiatrischen Anstalten. Erstes Ziel der Enquete war deshalb die Gewährleistung menschenwürdiger Verhältnisse und die strukturelle Neugestaltung der psychiatrischen Krankenversorgung. Dabei sollte der Übergang von der "Versorgungsmonokultur" der psychiatrischen Großkrankenhäuser zu einem dezentralisierten Versorgungssystem aus vielfältigen stationären und ambulanten Diensten gebahnt werden – wie psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Tageskliniken, sozialpsychiatrischen Diensten. Dieses Ziel wurde weitgehend erreicht. Die verbreitete Hoffnung, dass sich gleichzeitig eine neue therapeutische Kultur in der Psychiatrie entwickeln würde, wurde in mancher Hinsicht enttäuscht, zumal es Ziel der Enquete war, neue Strukturen bereit zu stellen, nicht sie mit Inhalten zu füllen.

## **Summary**

### **The „Psychiatrie-Enquete“ –**

### **The German Report on the State of Psychiatry in 1975**

Forty years ago an expert-commission submitted a report on the deplorable state of German psychiatric care submitted its report, called the „Psychiatrie-Enquete to the Bundestag, the German parliament. The Report initiated a substantial change of Psychiatric services in the country. Inhuman treatment and living conditions were superseded. Mental hospitals were not completely abolished. But they lost their importance in favour of decentralized psychiatric services including departments at general hospitals, day hospitals and outpatient services. Custodial care was largely successfully developed into therapeutic and rehabilitative care. This article attempts a mildly critical evaluation of the Enquete 40 years after.

### **Die Psychiatrie-Enquete wird 40**

Vor 40 Jahren, am 25. November 1975, lieferte eine Sachverständigenkommission ihren „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik“ bei ihrem Auftraggeber, dem Deutschen Bundestag, ab – die Psychiatrie-Enquete [1,2]. Diese Kommission war 1971 über das Gesundheitsministerium vom Parlament bestellt worden. Sie bestand aus 24 Männern und zwei Frauen, überwiegend etablierten Psychiatern aus Universitäten und Anstalten, Vertretern von Landesministerien sowie eines Vertreters des Berufsverbandes niedergelassener Nervenärzte. Diese Zusammensetzung ließ keine gewaltigen reformatorischen Impulse erwarten. In der Tat blieben diese aus, soweit es um Inhalte psychiatrisch-therapeutischer Arbeit, um eine dringend gebotene neue therapeutische Kultur ging. Das war auch nicht die Aufgabe der Kommission.

Unter der Leitung Caspar Kulenkampff beschränkte sich diese nach vierjähriger Tätigkeit weitgehend auf die Empfehlung struktureller Veränderungen. Diese hatten es mit der Forderung nach einer regionalen gemeindenahen psychiatrischen Versorgung durch psychiatrische Abteilungen Allgemeinkrankenhäusern und teilstationären Einrichtungen – vor allem Tageskliniken – und umfassenden ambulanten Diensten allerdings in sich. Damit schuf sie Voraussetzungen für eine Reform, deren inhaltliche Füllung den Machern vor Ort vorbehalten blieb. Man kann das als Mangel be-

trachten, aber auch als Chance. Es war eine Herausforderung, die an vielen Orten angenommen wurde, an vielen anderen allerdings nicht oder nur mit großer Verzögerung.

### **Die Verwahrspsychiatrie: „Menschenunwürdig, teilweise unmenschlich“**

Im Vordergrund der Kommissionsarbeit stand zunächst das Ziel, die „menschenunwürdigen, teilweise unmenschlichen“ Zustände in den psychiatrischen Anstalten, so der Zwischenbericht der Kommission von 1973 [3,4], zu überwinden und radikal zu beseitigen. Aus heutiger Sicht mag das als allzu bescheiden erscheinen. Wer die damaligen Verhältnisse kennt, weiß aber, dass ohne die Umsetzung dieses Ziels alles andere nichts sein würde. Die brutale Anstalts-Realität (5) der frühen siebziger Jahre war diese: Leben – oder vegetieren – in Sälen mit bis zu 70 Betten, ohne jeglichen Schutz der Intimsphäre, in einer Art Sicht-, Lärm- und Geruchsgemeinschaft, unhaltbare sanitäre Verhältnisse („Für 70 Patienten nur eine Badewanne“) [6]; keine Möglichkeiten der Körperpflege, nicht einmal eine Zahnbürste; keine persönliche Kleidung; kein Schmuck, keinen Ehering, keine Armbanduhr; kein Schrankfach, also keine Möglichkeit irgendetwas Privates aufzubewahren[5].

Alles das war nicht überall so, aber an viel zu vielen Orten. Der junge Heidelberger Professor für Sozialpsychiatrie Heinz Häfner konnte die Verhältnisse 1965 als „nationalen Notstand“ [7] brandmarken, ohne dass das zu einem Aufschrei in der Öffentlichkeit führte. Die neuere Psychiatriegeschichte weiß von heftigen Auseinandersetzungen in den sechziger Jahren – von Disziplinarverfahren gegen Anstaltsärzte, die sich an die Öffentlichkeit wendeten, von Redeverböten gegen Universitätsdozenten, die die Missstände anprangerten.

Es hat lange gedauert, bis Psychiatrie und Politik zusammen fanden, um wenigstens diese unerträglichen Verhältnisse zu überwinden. Es bedurfte dazu unter anderem eines Skandalbuches wie Frank Fischers „Irrenhäuser“ [8] und seines Medienechos. Es bedurfte der Erkenntnis, dass – gesellschaftlich wie psychiatrisch – „konservative“ und „fortschrittsorientierte“ Gruppierungen sich zusammenraufen mussten, um überhaupt etwas zu bewegen. Letzteres geschah am sichtbarsten 1970 auf einer Klausurtagung in der evangelischen Akademie Loccum [9]. Die Konflikte zwischen den Gruppierungen, die ihr im Grunde ähnliches wollten, dauerten über den gesamten

Verlauf der Arbeit an der Psychiatrie-Enquete an. Sie wurden durch die heftigen Auseinandersetzungen zwischen Vertretern der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde und solchen wie der neu gegründeten Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie symbolisiert. Am Ende waren es Personen, die mit diplomatischem Geschick und dem Werben um Kompromissbereitschaft den erfolgreichen Abschluss des Berichts gewährleisten konnten. Ich will an dieser Stelle nur Caspar Kulenkampff, Heinz Häfner, Hanns Hippus und Gregor Bosch nennen.

Zwar fand die eigentliche Arbeit in Arbeitsgruppen – ich war Mitglied der AG Intramurale Psychiatrie - und Subkommissionen statt, sodass am Ende fast 200 Personen aus allen in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen ihre Impulse einbringen konnten – und ihre Erfahrungen in ihre Krankenhäuser zurück brachten. Aber was berücksichtigt wurde und was nicht, entschied die Kommission. Somit ist der Bericht der Expertenkommission kein basisdemokratisch erarbeitetes Post-68er-Dokument. Er konnte es nicht sein. Auf der anderen Seite hatte das vierjährige Ringen in den Arbeitsgruppen sowohl bei den „konservativen“ wie bei den „progressiven“ Beteiligten Spuren hinterlassen. Auf diesem Hintergrund ist der Bericht zu lesen und zu beurteilen.

### **Der Bericht**

Anders als die Engländer zwanzig Jahre zuvor konnte die Kommission sich nicht entschließen, die Auflösung der psychiatrischen Großkrankenhäuser in dezentrale Versorgungseinrichtungen auch nur als Ziel zu formulieren. Die Anstalten sollten bleiben, aber grundlegend verändert werden. Statt mehrerer Tausend sollten Sie maximal 400 bis 500 Betten haben, und sie sollten therapeutische Einrichtungen sein. Allerdings sollten Sie durch ein neues System von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern ergänzt werden. Im Abschlussbericht [1,2] legte sich die Kommission auf eine Abteilungsgröße von 180 bis 200 Betten fest. Die Mehrheit ihrer Mitglieder war der Überzeugung, dass nur bei dieser Größe eine so genannte psychiatrische Vollversorgung geleistet werden könne. Diese Dimension erschien den uns jungen als geradezu absurd, als Verhinderungsstrategie für solche Abteilungen. Es war nicht vorstellbar, dass allgemeine Krankenhäuser mit einer Größe von 200 bis 300 Betten psychiatrische Abteilungen mit ebenfalls 200 bis 300 Betten angliedern würden.

Daneben stand die Forderung nach alternativen gemeindenahen dezentralen teilstationären Einrichtungen wie Tageskliniken und Übergangwohnheimen, sowie die Forderung nach einer Ausweitung der ambulanten Dienste durch den Aufbau von Nachsorgeambulanzen an den psychiatrischen Kliniken und Neuschaffung von sektorgebundenen sozialpsychiatrischen Diensten; schließlich die organisatorische Sicherstellung der Koordinierung der psychiatrischen Aktivitäten in unüberschaubaren Versorgungssektoren mit 150.000 bis 350.000 Einwohnern.

Dahinter standen die Leitideen der psychiatrischen Sektion des europäischen Regionalbüros der Weltgesundheitsorganisation [10,11], die folgende Versorgungskriterien gewährleisten sollten:

1. Die Zugänglichkeit der psychiatrischen Versorgung für alle
2. durch Schaffung überschaubarer Pflichteinzugsgebiete, durch Sektorisierung,
3. die Kontinuität der Behandlung durch ambulante und klinische Dienste,
4. die Integration der psychiatrischen Versorgung in die übrige Medizin,
5. 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.

Wir Jüngeren 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 vier Jahren Arbeit an der Psychiatrie-Enquete war inhaltlich erwartungsgemäß nicht mehr als das, was wir 1970 in der Loccumer Resolution [12] zusammengefasst hatten. Dennoch hatte, soweit ich das übersehen, keiner von uns das Gefühl, sinnlose Kärrnerarbeit geleistet zu haben. Wir waren uns bewusst, dass wir in den fünf Jahren 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 theoretische Arbeit geleistet, der dann die Umsetzung in die Praxis folgen sollte. Die praktische Arbeit hatte längst begonnen. Die meisten Bundesländer hatten zu einer Art Wettlauf zur Überwindung der schlimmsten Auswüchse in der damaligen brutalen Realität in ihren Anstalten angesetzt – allerdings meist ohne erkennbare inhaltliche Erneuerung.

Diese wurde nach der Ablieferung der Psychiatrie-Enquete zur zentralen Herausforderung. Da, wo sie angepackt wurde, fiel dies leichter als zuvor, 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 – überschaubare – Heim zunächst die natürliche Alternative zur Chronisch-Kranken-Versorgung. Ich weiß gar nicht, ob Wohngemeinschaften für Behinderte überhaupt angesprochen wurden.

Gänzlich fehlte die Möglichkeit – die Idee – des betreuten Einzelwohnens. Auch im ambulanten Bereich wurden als Alternative zur nervenärztlichen Praxis gerade einmal die Institutsambulanz 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 Selbsthilfvereinigungen 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 zur Abkehr von Schutz und Verwahrung zu Therapie und Rehabilitation und zur Respektierung der Patientenrechte im Sinne unserer Verfassung Voraussetzung dafür schuf, dass beide Bewegungen entstehen konnten.

### **Die Jahre danach: Modernisierung oder Reform?**

Mit der Ablieferung der Psychiatrie-Enquete an den Deutschen Bundestag im Sommer 1975 wurde nicht plötzlich alles besser. Der Beginn der Enquete war an vielen

Orten, auch in vielen Anstalten, das Signal zum Aufbruch. Wir, die wir uns alle paar Wochen in Bonn zu unseren mehrtägigen 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 gehen 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 Mark 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 [6] 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 Sozialistischen Patientenkollektivs, Heidelberg (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 Planierdraht 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 an die 200. Die Tagesklinik feierte fast einen Triumphzug. 1974 gab es gerade mal ein Dutzend [13]. 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 bis 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 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 [14] diesmal nicht des Parlaments sondern der Bundesregierung, ihrer Arbeit auf, die den ersten Bericht in mancher Hinsicht fortschrieb, in anderer modifizierte. Für die zweite Kommission standen andere Forderungen im Mittelpunkt. Sie setzte sich vehement dafür ein, die Ziele psychiatrischer Behandlung und Betreuung nicht auf die medizinische Seite zu begrenzen, sondern die Erfüllung der Grundbedürfnisse der Kranken und Behinderten durch Bereitstellung angemessener individuell gestaltbarer Wohnmöglichkeiten, das Recht auf Betätigung durch Arbeit und Gestaltung der Freizeit und durch Möglichkeiten der beruflichen Bildung, sowie die Gewährleistung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

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 „Modernisierung“) [15,16, 17] 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 – außer vielleicht auf die der Tagesbehandlung –, 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. Die meines Erachtens problematischste: Die Abkoppelung der ärztlichen Psychotherapie in Klinik und Praxis von der Psychiatrie durch Entwicklung eines eigenen Versorgungssystems mit der Konsequenz einer Zwei-Klassen-Psychiatrie. Nicht zu Ende gedacht haben wir damals die angestrebte Schaffung alternativer Behandlungsmöglichkeiten für chronisch psychisch Kranke und Behinderte, die nicht mehr „klinikbedürftig“ waren: die Schaffung von institutionell abgekoppelten Pflegebereichen und großen Heimen ohne Rehabilitationsziele, die teilweise nur die alten kustodialen Langzeitbereiche der Anstalten schlecht und recht ersetzen, war nicht im Sinne der Mitglieder der Expertenkommission. Aber die Mitverantwortung dafür steht im Raum. Besonders prekär war es, dass die staatlichen Krankenhausträger bereits Ende der siebziger Jahre – teilweise unter Berufung auf die Enquete – damit begannen, die Laufzeitbereiche ihrer Anstalten aufzulösen, ohne die Rehabilitationsmöglichkeiten für die ihnen anvertrauten Kranken auszuschöpfen.

Vergessen wir es nicht: Nach 40 Jahren ist die Psychiatrie-Enquete ein historisches Dokument. Ihr damaliges Hauptziel, die Überwindung der menschenunwürdigen und teilweise unmenschlichen Verhältnisse in den psychiatrischen Anstalten, konnte erreicht werden. Die heutige Versorgungslandschaft (unter anderem mit 200 Abteilungen in allgemeinen Krankenhäusern und 400 Tageskliniken) ist vielfältiger und bunter, als dem Beteiligten sich das damals hätten vorstellen können. Dass die frü-

heren Großkrankenhäuser nur verkleinert und verbessert – und nicht radikal ausgemerzt – wurden, mag als Mangel erscheinen. Aber im Rückblick ist das mehr ein ideologisches Scheitern als sein inhaltliches. Die Entwicklung einer neuen therapeutischen Kultur, die vor allem die jüngeren Enquete-Macher angestrebt hatten, ist gewiss durch die notwendigen institutionellen und organisatorischen Formen gehindert worden. Sie bleibt unverändert eine immer währende Herausforderung. Aber seit mindestens 20 Jahren steht man sich selber im Weg, wenn man die 40 Jahre alte Enquete für inhaltliche Mängel der heutigen psychiatrischen Behandlung und Versorgung verantwortlich macht [17]. Die Expertenkommission von damals hat Empfehlungen ausgesprochen. Sie hat kein Gesetzbuch vorgelegt.

*Stand 9.2.2015*

## **Literatur**

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

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

[3] Bundestagsdrucksache 7/1124: Der Zwischenbericht der Sachverständigenkommission. Bonn 1973.

[4] Finzen, A. (1973): „Unter elenden menschenunwürdigen Umständen.“ FAZ 259, D+W 6.11.1973, S. 7–8.

[5] Finzen, A.; Kluge, E. (1974): Die Missachtung der elementaren Grundbedürfnisse psychiatrische Krankenhauspatienten. In: Psychiatrie Praxis 1, S. 130–132.

[6] Finzen, A. (1995): „Für 70 Patienten nur eine Badewanne.“ Zur Lage der psychisch Kranken in unserer Gesellschaft. In: FAZ 120, 24.5.1973. Antrittsvorlesung zur Verleihung der Würde eines Privatdozenten der Universität Tübingen. Nachdruck in: Finzen, A.; Hoffmann-Richter, U.: Was ist Sozialpsychiatrie? „Antipsychiatrie, soziale Psychiatrie Sozialpsychiatrie“ Psychiatrie Verlag, Bonn, S. 117–128.

[7] Häfner, H. (1965): „Die psychiatrische Krankenversorgung in der Bundesrepublik

Deutschland – ein nationaler Notstand.“ Dringlichere Formen der psychiatrischen Krankenversorgung. In: Helfen und heilen 4, S. 118–124.

[8] Fischer, F (1969): Irrenhäuser. München, Desch Verlag.

[9] Laute, H.; Meyer, J. E. (Hg.) (1972): Der psychisch Kranke in der Gesellschaft. Stuttgart, Thieme Verlag.

[10] May, A. (1968): Principles of Organization. In: The Planning of Mental Health Services. WHO-Euro 0391, Kopenhagen.

[11] WHO (1972): Classification and Evaluation of Mental Health Service Activities. WHO: Kopenhagen.

[12] Loccumer Resolution zur Reform der psychiatrischen Krankenversorgung an den Deutschen Bundestag vom 11. Oktober 1970. In (9) 142-143

[13] Finzen, A. (1974): Hat die Tagesbehandlung in der Bundesrepublik Deutschland eine Chance? In: Psychiatrische Praxis 1, S. 33–35.

[14] Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. Aktion psychisch Kranke. Bonn 1988.

[15] von Kardorff, E. (Hg) (1985): Das Modellprogramm und die Folgen. Psychiatrie auf Reformkurs? Bonn, Psychiatrie Verlag.

[16] Brink, C. (2010): Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860–1980. Göttingen, Wallstein Verlag.

[17] Finzen, A. (2010): Erlebte Psychiatrie-Geschichte Band II, darin: "1970. Das Jahr der Tagungen", "Psychiatrie-Enquete und Psychiatriereform" sowie "Mannheimer Kreis und DGSP". Online verfügbar unter [www.finzen.de](http://www.finzen.de) (Veröffentlichungen im Netz).

*Anmerkung: Dieser Text wurde leicht verändert, aber mit dem gleichen Titel in der Zeitschrift "Psychiatrische Praxis" (2015) abgedruckt.*

## **Korrespondenzadresse**

Prof. Dr. med. Asmus Finzen

Stephanstraße 61

10559 Berlin

asmus.finzen@t-online.de