

und Sozialsystem führte dazu, dass die schwer und lang anhaltend psychisch erkrankten und seelisch behinderten Menschen aus dem Fokus auch der akademischen (Sozial-)Psychiatrie gerieten und für lange Zeit »wissenschaftlich vergessen« wurden.

Für die anstehende Psychiatriereform hatten die geschilderten Entwicklungen und institutionellen Strukturen folgende Bedeutung:

- Die Krankenhausplanung war Ländersache. Zwar konnten nun in den allgemeinen Krankenhäusern psychiatrische Abteilungen eingerichtet werden, jedoch nur dann, wenn es den Krankenhausträgern politisch gelang, zu verminderten Pflegesätzen in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommen zu werden.
- Dasselbe galt für die Landeskrankenhäuser, die zudem in der Lage waren, ihre Langzeitbereiche aufzulösen oder zu verkleinern, da nun der (überörtliche) Sozialhilfeträger für eine Finanzierung von Heimen als »Pflichtleistung« infrage kam. Zudem durften diese Krankenhäuser Institutsambulanzen eröffnen.
- Für die seelisch behinderten Menschen entwickelte sich nun auf der Basis des BSHG ein expandierender »stationärer« Heimbereich in der Eingliederungshilfe sowie in der Pflege.
- Für den ambulanten Bereich war hingegen der »örtliche Sozialhilfeträger« zuständig, allerdings lediglich im Rahmen von »freiwilligen« Leistungen. Die Kommunen hatten zum Aufbau des »Betreuten Wohnens« jedoch ebenso wenig Geld wie Motivation. Für sie kamen eher Beratungs- und Kontaktstellen in Betracht. Wohlwollende Länder und Kommunen haben sich jedoch ein paar »Kniffe« ausgedacht, die eine Ambulantisierung im Ansatz ermöglichten. So gab z.B. die sog. »Außenwohngruppe«, die institutionell Teil einer stationären Einrichtung war. Andere Regionen etikettierten das im Entstehen begriffene »Betreute Wohnen« als eine »teilstationäre« Leistung,¹⁰¹ für die der überörtliche Träger zuständig war.
- Auch die Entwicklung der Sozialpsychiatrischen Dienste im Rahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes stand wegen der versandenden Reform weiterhin in der Kompetenz der Länder. Zwar gab es in einzelnen Bundesländern große Fortschritte (Berlin, Bremen, Hamburg, Niedersachsen; Nordrhein-Westfalen etc.), jedoch haben z.B. Bayern und Baden-Württemberg Sozialpsychiatrische Dienste in freier Trägerschaft ohne hoheitliche Aufgabe eingerichtet.¹⁰² Einen »Behandlungsauftrag« gab es nirgendwo.

3.3 Reformdiskurs und Politik in der Psychiatrie

Franz-Werner Kersting konzipiert die westdeutsche Psychiatriereform vor dem Hintergrund des Zeitgeistes der 68er, die die Reform ermöglicht und ihr Nachdruck verliehen haben.¹⁰³ Wilhelm Rudloff verfährt einerseits ähnlich, jedoch wird er insofern

101 Sofern der Leistungserbringer einen sog. »Treffpunkt« ermöglichen konnte.

102 Sie entsprachen in etwa dem Modell des »teilstationären« ambulanten »Betreuten Wohnen« inklusive einer Kontakt- und Beratungsstelle.

103 Kersting 2001a, 2001b, 2003.

konkreter, als dass er die Reform als einen »Policy-Circle« konzipiert.¹⁰⁴ Im Folgenden ergänze ich deren Ausführungen um ein paar praktische Beispiele sowie den »inter-nen« sozialpsychiatrisch-wissenschaftlichen Diskurs, der wesentlich für die Entwicklung der DGSP war und an dem sich weitgehend in der überwiegenden Mehrheit auch nur DGSP-Mitglieder beteiligten.

3.3.1 Der öffentliche Diskurs

Nach der Aufmerksamkeit, die der Artikel und das Buch von Frank Fischer in der Öffentlichkeit erhalten hatten, wurde die »Psychiatrie« für die Medien und Öffentlichkeit in den 1970er-Jahren ein besonderes Thema. In zahlreichen Zeitungen wie die Zeit, die FAZ oder anderen regionalen und überregionalen Blättern, in Zeitschriften, Magazinen und Illustrierten, wie Spiegel, Stern und anderen sowie in Rundfunk und Fernsehen, die hier nicht alle aufgezählt werden können,¹⁰⁵ erschienen Artikel, Reportagen oder andere Meldungen, meist über Skandale, die die unhaltbaren Zustände der Psychiatrie in der Bundesrepublik anprangerten. Darüber hinaus entwickelte sich insbesondere – aber nicht nur – im links-alternativen Milieu ein Diskurs, der stark von gesellschaftskritischen und anti-psychiatrischen Positionen durchsetzt war. Brink kommt zu einem resümierenden Ergebnis: »Die Diagnose, die Gesellschaft selbst sei krank und mache das Individuum krank, gehörte zu den Topoi des Wahnsinns, der zum Gemeinplatz geworden war.«¹⁰⁶ Folgt man Rudloff, so hat die mediale Aufmerksamkeit 1975 mit dem Milos-Foreman-Film: »Einer flog über das Kuckucksnest« mit Jack Nicholson ihren Höhepunkt erreicht.¹⁰⁷ Wedel-Parlow und später auch Brink behaupten jedoch, dass sich erst nach dem Zwischenbericht bzw. nach Erscheinen der Psychiatrie-Enquête 1975 die mediale Aufmerksamkeit verstärkte – gesteuert durch die Experten oder auch von engagierten Gruppen beeinflusst, wie z.B. die »Sozialistische Selbsthilfe Köln«.¹⁰⁸ Vorher fand der Diskurs, von Ausnahmen abgesehen, eher nur unter Experten unter Ausschluss der Öffentlichkeit statt.¹⁰⁹ Wie schon angedeutet, kann auf dieses interessante Thema nur cursorisch eingegangen werden, jedoch sollen an dieser Stelle vier Beispiele kurz angeführt werden, und zwar auch deshalb, weil hier auf ganz unterschiedlichen Seiten DGSP Mitglieder beteiligt gewesen sind.

Erste Ansätze zu einer Psychiatriereform gab es 1971 in Berlin. An die Bonhoeffer-Nervenklinik (KBoN) – genannt »Bonnies Ranch« – wurde der Sozialpsychiater Prof. Horst Flegel als Direktor berufen, um diese Anstalt zu reformieren.¹¹⁰ Die KBoN versorgte zu der Zeit mit circa 2.500 Betten und 1250 Bediensteten 6 Berliner Bezirke bei einem Tagessatz von 26,00 DM. Die Zustände waren katastrophal: Die Patient*innen lagen in Riesensälen, trugen Anstaltskleidung und: »Zusammengepfercht in sa-

104 Rudloff 2010, 2012.

105 Vgl. mit vielen weiteren Verweisen: Wedel-Parlow 1981, 31f.; Brink 2010, 448ff.; Rudloff 2003, 191ff., 2010, 182ff., 2012, S. 107.

106 Brink 2010, S. 453.

107 Rudloff 2012, S. 107.

108 Wedel-Parlow 1981, S. 32.

109 Wedel-Parlow 1981, S. 35; Brink 2010, S. 458.

110 Vgl. Majerus 2008.

nierungsreifen Backsteinhäusern (viereinhalb Quadratmeter pro Patient), dürftig beschäftigt mit Küchendienst oder Gartenarbeit dämmern die meisten Kranken rasch in totale Entmündigung hinüber«, so Flugblätter¹¹¹ und der Spiegel im November 1971.¹¹² Der zuständige Berliner Bezirk Reinickendorf berief den Düsseldorfer Reformpsychiater Flegel zum Direktor, damit er hier moderne Formen sozialpsychiatrisch orientierter Behandlungen einführe, wie Wohngemeinschaften nach dem Modell der therapeutischen Gemeinschaft oder auch andere Formen von Milieuthérapie und Partizipation. Allerdings formierte sich in der Kollegenschaft erheblicher Widerstand gegen Flegel, der letztlich dazu führte, dass der Bezirk Reinickendorf ihm bereits nach einem halben Jahr die »Probezeit« nicht verlängerte. Der »Sozialpsychiatrische Arbeitskreis« sowie die Pinel-Gesellschaft versuchten, eine Öffentlichkeit herzustellen, und organisierten einige Demonstrationen gegen, die Entlassung Flegels, aber vergeblich.¹¹³ Der Nachfolger Wolfram Keup war etwas moderater; allerdings ereilte ihn auch dasselbe Schicksal – nach 10 Jahren. In der Zeit der Berliner Psychiatriereform in der Mitte der 1990er-Jahre wurde die KBoN mit dem Humboldt-Krankenhaus zum Krankenhaus Reinickendorf vereinigt, d.h. aufgelöst und besteht heute als Krankenhaus des Maßregelvollzuges.

1974 wurde das Sanatorium »Sonnenwende« mit 350 Plätzen in Bad Dürkheim eröffnet. Die Leitung hatte der direkt vom Zentralinstitut für seelische Gesundheit kommende Niels Pörksen übernommen, um mit seinem Team ein beispielhaftes Rehabilitationszentrum nach modernen sozialpsychiatrischen Methoden aufzubauen. Jedoch wurden die Bemühungen von der Geschäftsführung des Trägers hintertrieben, die – folgt man entsprechenden Zeitungsmeldungen¹¹⁴ – einzig und allein am Profit orientiert waren und eine Belegung anstrebte von »vergessenen« chronisch kranken Patient*innen mit mehr als 10 Jahren Anstaltsaufenthalt aus den unterschiedlichen Landeskrankenhäusern Hessens. Einem Psychologen (Wolfgang Eckart) wurde gekündigt, weil er einen außerklinischen Hilfsverein gegründet hat, und anderes Personal ging freiwillig, da sie ihre Vorstellungen nicht verwirklicht sahen, sondern alle reformerischen Maßnahmen aus Wirtschaftlichkeitsgründen von der Geschäftsführung hintertrieben oder verboten wurden. Schließlich ging auch Niels Pörksen, dem am 25. Februar 1974 gekündigt worden war. In einem Artikel, der kurz darauf in der Zeit veröffentlicht wurde, beschrieb Ernst Klee die Zustände in dem »Sanatorium« so: »Menschen werden als Stückgut behandelt, 10 Handtücher stehen für 87 Patient*innen zur Verfügung bei einem 14-tägigen Wechsel; hinter dem Rücken der ärztlichen Leitung (Niels Pörksen) seien mit der Geschäftsführung der Sonnenwende GmbH Verabredungen getroffen worden um »reine Pflegefälle billig loszuwerden«.¹¹⁵ Die Medienkritik war jedoch nützlich. »Der Landeswohlfahrtsverband Hessen knickte ein und nahm viele der Langzeitpatienten zurück, die zurückwollten und änderte seine Verlegungspraktiken. Das mag als Erfolg gewertet werden«, so schrieb Pörksen später darüber.¹¹⁶

111 Vgl. Sozialpsychiatrischer Arbeitskreis 1971.

112 Der Spiegel 1971.

113 Pinel-Gesellschaft 1971a, 1971b.

114 Vgl. statt anderer Flöhl 1974.

115 Klee 1974.

116 Pörksen 2001, S. 56.

Zwischen 1970 und 1978 starben in dem Rheinischen Landeskrankenhaus Brauweiler, vormals bis 1969 eine »Arbeitsanstalt«, bei Köln mindestens 698 Menschen, viele von ihnen bei Fluchtversuchen über die Anstaltsmauern – »Eigermordwand« genannt – oder aufgrund hoch dosierter Medikamente. Einem Projekt von Schüler*innen im Leistungskurs 2011 des Kölner Geschwister Scholl Gymnasiums, dem ich bei diesen kurzen Stichworten folge¹¹⁷ kommt zum Ergebnis, dass hier »Menschen wie Vieh gehalten« wurden. Aufgedeckt wurde der Skandal von der »Sozialistischen Selbsthilfe Köln«, die zusammen mit einigen Angehörigen verstorbener Patient*innen Anzeige gegen die Leitung des Landeskrankenhauses erstatteten. Ausgelöst wurden die Aktivitäten der SSK durch eine junge Frau Marion Masuhr, die wegen »Hyperaktivität« eingeliefert und von der SSK regelmäßig besucht wurde. Sie wurde regelmäßig mit hoch dosierten Medikamenten »behandelt«, die nach einer zu starken Wirkung jedoch plötzlich abgesetzt wurden. Dies führte zum Tod der Patientin. Im Totenschein wurde »zentrales Kreislaufversagen« notiert. Ähnliche Todesursachen wie »Herzversagen« (sic!) wurden bei anderen Patient*innen anstelle Folgen von Überdosierung mit Todesfolge vermerkt. Schon 1976 wandte sich Caspar Kulenkampff, der damalige Gesundheitsdezernent des LVR, an den Personaldezernenten und wies auf die gesundheitliche Lage des Anstaltsleiters, Fritz Gottfried Stockhausen, hin, der Symptome von Alkoholmissbrauch und »Stimmungsschwankungen« bzw. auffälligen Verhaltens aufwies. Außerdem stellte Kulenkampff ein »desolates Bild und völligen Führungslosigkeit« in der Anstalt fest. 1981 wurde Fritz Gottfried Stockhausen wegen »Körperverletzung mit Todesfolge in einem Fall, der gefährlichen Körperverletzung in vier Fällen und der fortgesetzten Gefangenenbefreiung (tateinheitlich gefährlicher Körperverletzung) in acht Fällen angeklagt und zu einer Freiheitsstrafe von zwei Jahren auf Bewährung verurteilt. Die Opfer haben nie eine Entschädigung für ihre oft rechtswidrigen Aufenthalte in der Klinik erhalten. Im Jahre 1978 wurde die Psychiatrie in Brauweiler geschlossen, die Gebäude zum Teil abgerissen und die ehemalige Abtei wird vom LVR heute als Kulturzentrum genutzt, auch mit einer Gedenkstätte¹¹⁸ – jedoch nicht für die Opfer der Zeit zwischen 1970 bis 1972.

Im Oktober 1978 kam es in der Landesnervenklinik Düren zu gravierenden Vorfällen. Ärztinnen der Aufnahmestation hatten Flugblätter verteilt, auf denen sie sich weigerten, die weitere Verantwortung für die Behandlung der Patient*innen zu übernehmen.¹¹⁹ Gründe war die ständige Überbelegung sowie der akute Personalmangel. Neben 70 Mitarbeiter*innen unterschiedlicher Berufsgruppen schloss sich auch der ärztliche Direktor Helmut Koester – ein DGSP-Mitglied – der Erklärung an und setzte sich im nordrhein-westfälischen Krankenhausausschuss für ein Aufnahmestopp ein, der dann am 23. März 1979 beschlossen wurde. Erklärtes Ziel der Aktion war es auch, die zuständigen Stellen zur Erweiterung ambulanter Versorgungsmöglichkeiten zu drängen, denn »in der Dürener Praxis hat sich herausgestellt, dass die Abschiebung in die psychiatrische Klinik nicht selten vorschnell erfolgt. Bei strenger Überprüfung zeigt sich, dass

117 Vgl. »Menschen wie Vieh gehalten« Teil 1 – 4. <https://www.nrhz.de/flyer/beitrag.php?id=16773> (25.06.2019).

118 <https://www.abteibrauweiler.lvr.de/de/startseite.html>

119 Ich folge hier im wesentlichen Tollgreve 1984, S. 44.

auch die jetzt vorhandenen Beratungsstellen, ambulanten und komplementären Möglichkeiten nicht ausreichend genutzt werden.«¹²⁰ Der Aufnahmestopp wurde von der DGSP unter anderem durch eine breite Plakataktion in der gesamten Republik unterstützt. Hierzu zählt dann auch die Unterschriftenaktion »Ich lehne die Verantwortung ab«. Allerdings kam es zwischen der »sozialpsychiatrischen Arbeitsgruppe« und dem Direktor zu erheblichen Zwistigkeiten, wobei die DGSP und RGSP eher Helmut Köster unterstützten. Aber auch hier war wohl nicht alles im Reinen, den Helmut Koester trat im gleichen Jahr aus der DGSP aus. Die DGSP »Aktionen verliefen hinterher irgendwie im Sande« resümierte der Gesundheitspolitische Ausschuss der DGSP lapidar.¹²¹

3.3.2 Der wissenschaftliche Diskurs

Mit dem Ausbau des Sozialstaates und der Sozialwissenschaften nahm auch die wissenschaftliche Beschäftigung mit eben diesem Sozialstaat zu. Allerdings kann es an dieser Stelle nicht darum gehen, diese Beschäftigung aus unterschiedlichen Positionen nachzuzeichnen,¹²² sondern ich werde an dieser Stelle nur auf einzelne Punkte eingehen, da sie zum Teil bis heute in der Sozialpsychiatrie rezipiert werden.

Insbesondere Florian Tennstedt stellte fest, dass durch den expandierenden Sozialstaat und Kollektivierung von Lebensrisiken es notwendigerweise zu einer »Ökonomisierung und Verrechtlichung« der Sozialpolitik komme. Damit der Sozialstaat handeln könne, müssen soziale Tatbestände verrechtlicht werden und sozialstaatliche Interventionen sind an ökonomische Ressourcen gekoppelt und haben ökonomische Folgen.¹²³ Neben Klaus Offe; der die Thesen vertreten hat, dass Sozialpolitik im Kapitalismus der Herstellung von »Massenloyalität« diene sowie der »Transformation von Nicht-Lohnarbeit in Lohnarbeit«, hat vor allem Jürgen Habermas großen Einfluss auf Teile der Sozialpsychiatrie gehabt. Er hat die These der »Kolonialisierung von Lebenswelten« aufgestellt. Abstrakter wie Tennstedt formuliert er, dass die Rationalitäten und Kommunikationsmedien des »Systems«, nämlich administrative Macht und Geld zunehmend die auf Solidarität aufbauende Lebenswelt durchdringen bzw. diese kolonisieren.¹²⁴ Mit der Kritik von Klaus Offe oder auch radikaler wurde zeitweilig die zurückhaltende Positionierung der Sozialpsychiatrie hinsichtlich beruflich orientierter Rehabilitation begründet. Die Kritik von Tennstedt und – vor allem – Habermas begleitet die Sozialpsychiatrie bis heute in Form der Kritik an »Ökonomisierung«. Aber auch die Frage von System und Lebenswelt ist insbesondere für die Sozialpsychiatrischen Dienste heute noch virulent, wännen sie sich genau an der »Schnittstelle« zwischen beiden Sphären, die gleichzeitig den »Doppelcharakter« gemeindepsychiatrischer Arbeit von Hilfe und Kontrolle gebiert. Infolge des mit großer Resonanz geführten öffentlichen Diskurses, jedoch auch forciert durch den Ausbau der Universitäten und Hochschulen waren die 1970er-Jahre eine Zeit unzähliger wissenschaftlicher Publikationen, in denen die

120 Koester 1980.

121 Gesundheitspolitischer Ausschuss der DGSP 1981, S. 30.

122 Vgl. hierzu: Geyer 2008b.

123 Offe 1972; Narr und Offe 1975.

124 Habermas 1973.

Psychiatrie Entwicklungen im Ausland dem deutschen (Fach-)Publikum zur Kenntnis gebracht worden als auch die deutsche Fachwelt sich reflektierend mit der sozialpsychiatrischen Entwicklung auseinandersetzte und formierte. In den 1970er-Jahren wurden die konzeptionellen und theoretischen Grundlagen für die heutige Sozialpsychiatrie geschaffen. Deshalb seien an dieser Stelle ein paar bedeutsame Bücher angeführt:

USA

Wegweisend für die deutsche Sozialpsychiatrie war das Buch »Asyle« des großen amerikanischen Soziologen Erving Goffman, das 1972 in Deutschland veröffentlicht wurde¹²⁵. Sein Begriff von »totaler Institution« – einer Institution, die das gesamte Leben der »Insassen« räumlich begrenzt und in seinem Ablauf fremdbestimmt – war und ist leitend für die Kritik an den großen Anstalten nicht nur in Deutschland, die als Prototyp moderner Ausgrenzung fungieren. Für die deutsche Sozialpsychiatrie ist der Goffman'sche Institutionenbegriff bis heute leitend, und zwar auch hinsichtlich ihrer anti-institutionellen Perspektive. Dabei wurde allerdings außer Acht gelassen, dass die »totale Institution« lediglich eine Spezialform eines sehr viel allgemeineren Begriffes von Institution ist. Umfangreichere Institutionen, wie z.B. »Institutionen des Sozialstaates«¹²⁶ geraten so leicht aus dem Blickfeld, sowie auch Institutionenbegriffe, wie sie z.B. in den Gesellschafts- bzw. Politikwissenschaften entwickelt worden sind und die nicht nur die restringierenden, sondern auch die ermöglichenden Funktionen von Institutionen betonen¹²⁷ oder Institutionen als »Verhandlungsarenen« betrachten.¹²⁸ Erst in jüngster Zeit ist der Institutionenbegriff wieder Gegenstand sozialpsychiatrischer Betrachtungen.¹²⁹

Weiterhin wurden die durchweg radikal antipsychiatrischen Werke von Thomas Szasz und Thomas J. Scheff insbesondere in der Bewegung der Psychiatriereformen oder auch der Sozialwissenschaften rezipiert. Sie betrachteten »Geisteskrankheit« eher als ein stigmatisierendes Etikett, welches eine gesellschaftliche Funktion der Ausgrenzung und Disziplinierung hat.¹³⁰ Insbesondere Heiner Keupp und auch Dörner haben sich intensiv mit dem Krankheitsbegriff sowie Diagnosen und deren gesellschaftlichen Funktionen auseinandergesetzt.¹³¹ Auch die »Gemeindepsychiatrie« als konkrete Ausgestaltung von Hilfesystemen in der Lebenswelt hat einen ihrer Ursprünge in der amerikanischen Mental Health Bewegung, die in den 1960er-Jahren durch John F. Kennedy verbreitet wurde. Zu nennen sind hier Hollingshead und Redlich¹³² sowie Gerald Caplan, dessen Ideen und Konzepte durch Literatur¹³³ und Forschungsaufenthalte z.B. von Niels Pörksen oder auch Heiner Kunze in Deutschland verbreitet wurden.¹³⁴

125 Goffman 1972.

126 Rieger 1992.

127 Giddens 1992.

128 Vgl.: Czada und Windhoff-Héritier 1991; Mayntz und Scharpf 1995.

129 Chow und Priebe 2013.

130 Vgl.: Scheff 1980 (1973); Szasz 1976; Szasz et al. 2013 (1973).

131 Keupp 1972a; Keupp 1972b; Dörner 1971, 1975.

132 Hollingshead et al. 1975.

133 Caplan 1964, 2011 (1974).

134 Vgl.: Pörksen 1974; Dörner et al. 1979a.

England

Gerade aus England kamen wesentliche Impulse, und zwar für die Sozialpsychiatrie wie auch die Anti-Psychiatrie. Zahlreiche junge Sozialpsychiater, wie z.B. Asmus Finzen, Manfred Bauer, wie auch Christiane Haerlin und Heinrich Kunze haben im Maudsley-Hospital (London) hospitiert, und so praktische Einblicke in die dortige sozial- und gemeindepsychiatrische Arbeit erhalten können. Das bezog sich insbesondere auf die Umsetzung des Konzeptes der »Therapeutischen Gemeinschaft«,¹³⁵ der Rehabilitation sowie der Organisation von Diensten- und Einrichtungen.¹³⁶ Manfred Bauer, Michael von Cranach und Asmus Finzen haben die Texte insbesondere von Douglas Bennett und John K. Wing verbreitet.¹³⁷

Hinsichtlich der Antipsychiatrie sind an dieser Stelle die Namen Donald D. Laing und David Cooper zu nennen. Cooper popularisierte den schon sehr viel älteren Begriff »Anti-Psychiatrie«.¹³⁸ Sowohl Laing als auch Cooper, die beide phänomenologisch orientiert waren, betonten die stigmatisierende und repressive Funktion der Psychiatrie sowie auch der Familie, die letztlich nur durch einen revolutionären Akt überwunden werden kann. Beide Autoren sind in ihrer Radikalität in erster Linie von den Psychiatrieerfahrenen rezipiert worden, jedoch auch von den »neuen« sozialpsychiatrisch orientierten Berufsgruppen bzw. Mitarbeiter*innen des außerklinischen Bereiches.¹³⁹ Besonders Laing hat gewisse Einflüsse auf die phänomenologisch orientierte Sozialpsychiatrie gehabt.

Frankreich

Mit dem impulsgebenden Klassiker: »Wer ist aus Holz« von Jan Foudraïne¹⁴⁰ kamen aus Frankreich insbesondere zwei bedeutende Einflüsse: Zum einen die fulminanten historisch-sozialstruktural inspirierten Werke von Michel Foucault, die sich mit der historischen Entwicklung der »Behandlung« des Wahnsinns und dessen gesellschaftlichen Konstruktion und Funktion beschäftigten.¹⁴¹ Ähnlich auch die Ansätze von Robert Castel¹⁴². Darüber hinaus hat jedoch das französische Konzept der »Sektorisierung«¹⁴³ mit seiner »Unité d'Equipe« die deutsche Sozialpsychiatrie wesentlich beeinflusst und tut es noch heute.¹⁴⁴

Italien

Einen ganz besonderen Einfluss übte die italienische Psychiatrie in Deutschland aus. Zum einen deshalb, weil sie links-sozialistisch und anti-institutionell orientiert war und

135 Vgl.: Jones 1976.

136 Bennett und Watts 1983; Wing 1982.

137 Cranach und Finzen 1972.

138 Diesen Hinweis verdanke ich Burkhard Brückner.

139 Vgl.: Braun und Hergüter 1980.

140 Foudraïne 1974.

141 Foucault 2015 (1973), 1998 (1976).

142 Castel 1979.

143 Vgl.: Hochmann 1973.

144 Köppelmann-Baillieu 1979; Widmaier-Berthold et al. 2006.

zum anderen, weil sie diese Orientierung nicht nur mit Theorie, sondern mit ganz praktischem Aufbau außerklinischer Hilfeformen und Schließung psychiatrischer Großinstitutionen¹⁴⁵ verband. Grundlegend hierzu sind die Schriften von Franco Basaglia¹⁴⁶ und Agostino Pirella¹⁴⁷ sowie Giovanni Jervis¹⁴⁸, die mit Ihren Konzepten einer anti-institutionellen Psychiatrie viele begeisterten, die ihrer Begeisterung durch Besuche, Hospitationen und Praktika in Görz, Triest, Arezzo und anderswo in Italien Ausdruck verliehen. Auffällig ist allerdings, dass sich die Rezeption der italienischen Sozialpsychiatrie, ähnlich wie die Einflüsse der englischen Antipsychiatrie stark auf die Mitarbeiter*innen und Berufsgruppen (Sozialarbeiter*innen, Psycholog*innen) der im Entstehen begriffenen außerklinischen und ambulanten Versorgungsstrukturen wie z.B. bei den neuen Kontakt- und Beratungsstellen, ambulanten Diensten oder auch Einrichtungen des sog. »komplementären« Bereiches beschränkte. Hieran hatten die Bücher von Klaus Hartung und Eckard Giese ihren Anteil.¹⁴⁹ Die Kliniker*innen der Sozialpsychiatrie lehnten die italienische demokratische Psychiatrie bzw. die englische »Anti-Psychiatrie« eher ab und bezogen sich zumeist auf die englischen und amerikanischen, zum Teil auch französischen Vorbilder der konventionellen Sozial-, Gemeinde- oder Sektorpsychiatrie.

Skandinavien

Einen nur begrenzten Einfluss haben die skandinavischen Länder auf die deutsche Entwicklung gehabt – was bedauerlich ist. Schon in den 1950er-Jahren wurden in Norwegen und Dänemark das sog. »Normalisierungsprinzip« entwickelt.¹⁵⁰ Maßgeblich war hieran der Däne Niels Erik Bank-Mikkelsen beteiligt. Dieses Konzept – in dem durchaus eine starke Ähnlichkeit zu den Inhalten der mehr als 30 Jahre später erscheinenden Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen¹⁵¹ auffällt – sah die völlige Inklusion und Integration behinderter Menschen in sämtliche Bereiche des »normalen« Lebens vor, die Abschaffung von »Sonderwelten« sowie in der Arbeit die Orientierung an Menschenwürde und Selbstbestimmung. Insbesondere Christian von Färber, Walter Thimm und Peter Runde¹⁵² haben dieses Konzept für die deutsche Diskussion erschlossen. Allerdings ist dieses Konzept in Deutschland soz. »institutionell verengt« worden, nämlich dergestalt, dass es lediglich die »Tagesstruktur« in den entstehenden komplementären Einrichtungen (Heimen) »normalisierte«.¹⁵³ In der Sozialpsychiatrie fand die Diskussion kaum einen Widerhall, was daran gelegen haben mag, dass sie sich gerade damit befasste, die psychisch kranken Menschen von den geistig behinderten Menschen

145 Berühmt sind in diesem Zusammenhang die Gesetze Nr. 180 und 833, die 1978 die Reform institutionalisierten, d.h. die Auflösung der psychiatrischen Großinstitutionen verfügten (Piro 2001)

146 Basaglia und Basaglia Ongaro 1972; Basaglia 1974, 1978.

147 Pirella et al. 1975.

148 Jervis 1978, 1979.

149 Hartung 1980; Giese 1984.

150 Bösl 2009a, 2009b; Bösl 2010; Waldschmidt 2003.

151 Vgl.: BMAS 2009.

152 Vgl.: Thimm 1972; Runde und Heinze 1979.

153 Rohrmann und Schädler 2011, 426ff.

abzugrenzen und ein »Normalisierungsmodell« bei vielen auf entschiedenen Widerstand stieß.

Westdeutscher Diskurs

Nachdem das Buch »Sozialpsychiatrie« von Hans Strotzka bereits 1965 in Österreich erschienen war, war es auch ab 1968 in Deutschland als eines der ersten Bücher über Sozialpsychiatrie erhältlich. Neben den in den 1960 Jahren kursierenden Exemplaren »grauer Literatur« über sozialpsychiatrische Ansätze und Einrichtungen, war es das Buch von Klaus Dörner: »Bürger und Irre«, das die in den 1970 Jahren einsetzende wissenschaftliche Diskussion über Sozialpsychiatrie eröffnete. Das 1969 erstveröffentlichte Buch behandelt auch unter Bezug zu den Beiträgen von Foucault insbesondere die Sozialgeschichte der bürgerlichen Gesellschaft und ihr Verhältnis zu den Verrückten, Irren und anderen Abweichlern. Dörner selbst bezeichnet im Vorwort zur zweiten Auflage des Buches das Buch selbst als »Produkt der Studentenbewegung«, nicht zuletzt deshalb, da er an dem Nachmittag, als der Student Benno Ohnesorg in Berlin erschossen worden ist, mit dem Abfassen begonnen hatte. Dörner selbst hat – wenn man die Befassung mit dem deutschen Faschismus und der Ermordung der behinderten und psychisch kranken Menschen in der Aktion T4 absieht – sich mit dem Thema, insbesondere was aktuelle gesellschaftliche Bezüge betrifft nicht weiter beschäftigt. Dafür aber andere: 1973 erschien das Buch »soziale Psychiatrie« von Irma Gleis et al., in dem mit einer marxistisch-materialistischen Perspektive geradezu eine »politische Ökonomie« der Psychiatrie entwickelt wird. Diese Perspektive wird auch von anderen Autor*innen verfolgt, wie z.B. Christa Rebell oder Frido Mann und natürlich – recht erfolgreich – von Erich Wulff mit seinem Buch »Psychiatrie und Klassengesellschaft«. Dieses Buch ist auch für die DGSP von gewisser Relevanz gewesen, da Erich Wulff mit dem darin befindlichen Aufsatz: »Der Arzt und das Geld« nicht nur sein persönliches Verhältnis, sondern auch das der DGSP mit den Interessenverbänden der niedergelassenen Ärzte äußerst nachhaltig verstörte. 1977 erschien das Buch von Ernst Köhler, das den Zusammenhang von Armut und psychisch kranken Menschen thematisierte.

Von großer Bedeutung waren die Veröffentlichungen der praktischen Umsetzung der Gemeindepsychiatrie auf der Ebene einzelner wegweisender Projekte sowie der Ebene von Versorgungsregionen, die Dörner und Plog nach langer »grauer Existenz« erst 1999 herausgaben. Hier sind vor allen anderen die Veröffentlichungen von Asmus Finzen mit den Erfahrungen aus Tübingen zu nennen, die mehrere Auflagen erreichte, die Veröffentlichung von Niels Pörksen mit denen aus Mannheim oder denen von Manfred Bauer aus Hannover. Wenn man etwas waghalsig die Titel deutet, dann verraten diese auch die »Herkunft« der Autoren: Asmus Finzen schöpft aus englischer Erfahrung, Niels Pörksen aus US-amerikanischer und Manfred Bauer ist französisch beeinflusst. Grundlegend waren auch die beiden Veröffentlichungen von Heiner Keupp über den »Krankheitsmythos in der Psychiatrie«, die sich am Labeling Ansatz und der gesellschaftspolitischen Dimension psychischer Krankheit orientierten. Alf Trojan und Heiko Waller legen am Ende des Jahrzehnts einen Reader vor, der die Erfahrungen einiger sozialpsychiatrischer Projekte reflektiert sowie sich für die Beteiligung von Psychiatrieerfahrenen (sic!) einsetzte. Auch Christa Widmaier setzt sich bereits früh für die aktive

Beteiligung von Psychiatrieerfahrenen ein. Schon 1971 legt Peter Runde die Ergebnisse einer teilnehmenden Beobachtung des »Alltages« psychiatrischer Einrichtungen vor und beschreibt die Sozialpsychiatrie (auch) als ein Organisationsproblem. Die Autorengruppe Häcklingen beschreibt aus ihrer Sicht authentisch die Kommunalisierung der psychiatrischen Versorgung im Landkreis Uelzen und das Ehepaar Fengler besucht als ethnomethodologisch teilnehmende Beobachter*in eine psychiatrische Klinik und berichtet über den »Alltag in der Anstalt«.

Natürlich fanden in allen damaligen Publikationsorganen z.T. heftige Diskussionen über die einzelnen Ansätze und Positionen statt. Hierbei möchte ich mich auf zwei Diskussionen beschränken, die innerhalb sozialpsychiatrischer Positionierungen stattfanden. Dies betrifft zum einen die Ablehnung der englischen »Antipsychiatrie« und italienischen »*psichiatria democratica*« durch sozialpsychiatrisch orientierte Kliniker, die »materialistisch-marxistisch« orientiert waren. Sie formulierten ihre Kritik an Laing, Cooper, Basaglia u.a. darin, dass sie zu abstrakt seien, sich in – auch theoretische – Widersprüche verhakeln und letztlich bürgerlich infiziert sind. Vernünftiger hingegen sei eine Therapie, die sich als bewusste gesellschaftliche Praxis begreift. Zum anderen betrifft dies die Beschäftigung mit denselben Ansätzen durch »etablierte« Vertreter der Sozialpsychiatrie. In einem weithin Beachtung findenden Aufsatz beschreibt Klaus Peter Kisker in einem »Nachruf« unterschiedliche »Annährungstypen« von Anti-Psychiatern. Hierbei nimmt Huber vom SPK Heidelberg die Position des »Psychiaters mit konsequenter Antipsychiatrie-Praxis« ein, Laing die mit »marginaler Praxis«, Cooper ist »Verfechter therapeutischer Gemeinschaft mit Beiträgen zur Antipsychiatrie Theorie«, Basaglia ist »Reformulierer der Psychiatrie mit Antipsychiatrie-Anstrich«, Szasz ein »Konventional-Psychiater, der Antipsychiatrie schreibt und Heiner Keupp ist für ihn »der gescheiteste Vertreter« der Gruppe der Anti-Psychiatrie Ghostwriter, Kompilatoren, Abschreiber und Schreibtischtätern«. Interessant sind in diesem Zusammenhang nicht nur die inhaltlich verschiedenen Positionen, die durch die verschiedenen Autoren vertreten werden, sondern auch der unterschiedliche Habitus, der den unterschiedlichen Autoren zu eigen ist. Er reicht von alternativ-postmodernen Orientierungen über materialistisch-marxistische bis hin zum großbürgerlich-traditionellen akademischen Habitus, der nicht nur bei Kisker durchschlägt.

Trotz der breiten gesellschaftlichen Aufmerksamkeit sowie der fachlich-wissenschaftlichen und politischen Diskussion ist es der Sozialpsychiatrie kaum gelungen, sich im akademisch-universitären Bereich zu etablieren. Zwar konnte sich Heinz Häfner mit dem Zentralinstitut für seelische Gesundheit in Mannheim ab 1975 etablieren, koppelte sich jedoch – oft konfliktreich – von der auf praktisch-politische Veränderungen abzielenden sozial- bzw. gemeindepsychiatrisch orientierten Bewegung ab. Gründe hierfür mögen darin gelegen haben, dass das ZI danach trachtete, international akzeptierten Anschluss an die moderne Psychiatrie mit ihren Wissenschaftsstandards zu bekommen. Dies machte sich z.B. in dem Streit um die Arbeit von Niels Pörksen bemerkbar, die vom ZI nicht akzeptiert wurde, jedoch – veröffentlicht im Rowohlt Verlag – ihre konzeptionell leitende Wirkung nicht verfehlte. Verbunden damit war eine Ausrichtung des ZI, das sich zunächst auf epidemiologische Fragen beschränkte, »umfassende« klinische Versorgung ablehnte, sondern eine »zweistufige« Versorgung in Verbindung mit dem Krankenhaus Wiesloch befürwortete und ansonsten sich aus

den kommunalpolitisch relevanten Fragen, die mit Gemeindepsychiatrie verbunden sind, herauszuhalten versuchte.

Explizit sozialpsychiatrisch ausgerichtete Lehrstühle wurden lediglich in Hannover (Erich Wulff) und Berlin (Gregor Bosch) eingerichtet. Allerdings waren auch andere sozialpsychiatrisch ausgerichtete Mediziner*innen im akademischen Lehrbetrieb und der – oft in Sektoraufgaben eingebundenen – gemeindepsychiatrischen Praxis befasst (Klaus Dörner, Asmus Finzen, Niels Pörksen, Michael von Cranach etc. und – später – Klaus Weise), aber eine akademische Forschung konnte sich in der Sozialpsychiatrie nicht etablieren. Und – so fahren Schmiedebach und Priebe fort – »am Ende des Zwanzigsten Jahrhundert hat das Zentralinstitut für seelische Gesundheit sozialpsychiatrische Forschung mehr oder weniger oder weniger aufgegeben, eine der beiden sozialpsychiatrischen Abteilungen verschwand und Lehrstühle für Sozialpsychiatrie wurden umgewidmet.« Eine Ausnahme stellt die psychiatrische Universitätsklinik in Leipzig dar. Dort hat Matthias Angermeyer ab 1995, als er die Leitung in der Nachfolge von Klaus Weise übernommen hatte, insbesondere durch Beschäftigung mit Einstellungsforschung, Epidemiologie und Versorgungsforschung eine sozialpsychiatrisch orientierte Forschung aufgebaut. Ähnliches gilt für die psychiatrische Klinik der Universität Ulm in Günzburg, wo Thomas Becker, Reinhard Kilian, Silvia Krumm und andere sozialpsychiatrisch-wissenschaftlich tätig sind. Ansonsten führt die Sozialpsychiatrie im akademischen sowie im Bereich der Forschung ein eher randständiges Dasein. Stattdessen hat sich die Sozialpsychiatrie in den Fachhochschulen bzw. Hochschulen für angewandte Wissenschaften relativ breit etablieren können, aber auch hier ist sozialpsychiatrisch orientierte Forschung eher die Ausnahme. Eine Kooperation zwischen Hochschulen findet kaum statt. Auch hier ist die institutionelle Trennung von medizinisch-klinischer (Sozial-)Psychiatrie und sozial-außerklinischer (Sozial-)Psychiatrie nach wie vor in Forschung und Lehre stark wirksam.

Zum Schluss dieses sicher unvollständigen Überblicks soll auf zwei Publikationen hingewiesen werden, die zum Ende der 1970er-Jahre geradezu paradigmatisch die unterschiedlichen Positionen auch innerhalb der DGSP repräsentieren. Die eine Publikation ist das Buch »Irren ist Menschlich« von Klaus Dörner und Ursula Plog und die andere ist das Buch von Heiner Keupp und Manfred Zaumseil: »Die gesellschaftliche Organisation psychischen Leidens«. Beide Bücher repräsentieren direkt und indirekt Positionen in der DGSP, die sich in den 1970er und 80er-Jahren manifestierten – mit wechselnden Mehrheiten und langfristigen Auswirkungen.

Obwohl das nie öffentlich diskutiert wurde, lässt sich an ihren Ansätzen ein Konflikt innerhalb der DGSP (nicht nur) in den ersten zehn Jahren ihres Bestehens verdeutlichen, an dessen Polen die Positionen der beiden Autorenpaare bzw. Gruppen stehen. Prototypisch hierfür die Konzeption, die beide Parteien für »Professionalität« im gemeindepsychiatrischen Arbeitsfeld vorlegen und die mit den Schlagworten »die gute Professionelle« (Dörner/Plog) und »der kritische Professionelle« (Keupp u.a.) belegt werden kann.

»Sozialpsychiatrische Grundhaltung« bei Dörner/Plog oder: Die gute Professionelle

Für Dörner/Plog ist die »sozialpsychiatrische Grundhaltung« die entscheidende Bedingung in der »Begegnung zweier Menschen, dem psychisch Kranken und dem psychiatrisch Tätigen« (10). Ihr beispielhaftes Arbeitsfeld ist die Klinik, jedoch verfolgen sie den Anspruch, dass ihr Konzept auf alle (institutionellen) Kontexte psychosozialer Arbeit anwendbar ist. Psychische Krankheit wird als »allgemein-menschliche Möglichkeiten« angesehen bei dem gescheiterten Versuch, Lebensprobleme zu lösen. »Daher sind sie uns allen zugänglich und bekannt« (10). Die Beziehung zu dem Klienten ist im Grundsatz eine normale, da unter den o.g. Voraussetzungen »die Begegnung des psychiatrisch Tätigen mit Kollegen gleicher oder anderer Berufszugehörigkeit und mit dem Patienten sich im Grundsatz nicht unterscheidet« (10).

Das Ziel professioneller Tätigkeit ist, dass psychisch Kranke einen angemesseneren Umgang mit ihren Schwierigkeiten finden und befriedigender leben können » (10). Das Ziel einer Therapie ist Selbsttherapie, wobei den Professionellen die Aufgabe obliegt, möglichst günstige Bedingungen dafür zu schaffen (14). Hierbei legen Dörner/Plog besonderen Wert auf die Ausbildung und Entwicklung allgemein menschlicher Tugenden (gut sein, menschlich sein, würdig, tolerant, Kontrolle), insbesondere auf »Offenheit« (26). Die Grundhaltung kann der Professionelle – ebenso wie der Klient – nur in der Begegnung mit dem anderen erlernen und sich über Rückmeldung dadurch als handelndes Subjekt wahrnehmen. Dörner/Plog untergliedern ihr Konzept der Grundhaltung in drei Aspekte:

Selbstwahrnehmung

Durch eine zu entwickelnde »Suchhaltung« sind Professionelle in der Lage, nicht distanziert fremde Erlebniswelten zu kategorisieren, sondern sich auf die eigenen Gefühle innerhalb der Interaktion zu sensibilisieren und damit auch auf die des Klienten. »Kann ich so besser mich selbst sehen, so wird es mir auch leichter gelingen, den Zugang zu den Quellen, Auslösern, Zusammenhängen meines Fühlens und Empfindens in mir zu suchen. Damit gewinne ich an Freiheit, den anderen nicht mehr als Objekt meines Handels zu sehen, als jemand, den ich betrachte: Sondern bei allen Vorbehalten und aller Scheu werde ich den anderen leichter als Partner sehen können, ihn nicht mehr nur z.B. als merkwürdiges Wesen, das nicht ganz normal ist, sondern mich mit ihm auf eine Begegnung einlassen« (31).

Wichtig bei dieser gefühlsbetont, selbstreflexiven Suchhaltung ist, dass sie sich im Rahmen des Bemühens um Verstehen auf den Patienten überträgt (10). Der Patient muss die Suchhaltung und von dem Bemühen um ihn erfahren, damit er selbst zur eigenen Suchhaltung gelangen kann (33).

Konsequenzen aus dieser vom Bemühen um Verstehen gekennzeichneten Suchhaltung liegen darin, dass eine Trennung von diagnostischem und therapeutischem Handeln aufgehoben ist und dass tendenziell – eben durch Entwicklung einer gemeinsamen Suchhaltung und Selbstwahrnehmung – die Subjekt-Objekt-Beziehung zum Patienten aufgehoben wird. Insofern kann sie auch als »Modell« wirken, das Prinzip »Hilfe zur Selbsthilfe« ermöglichen und gleichzeitig den Therapeuten befähigen, im Rahmen der

Nähe der Begegnung Distanz zu wahren, um sich nicht durch Distanzlosigkeit zu verzetteln (33f.).

Vollständigkeit der Wahrnehmung

Hierzu gehört die Wahrnehmung der gesunden und kranken Anteile des sowie die Tatsache, dass er sowohl »Opfer als auch Täter seiner Krankheit ist«, sein Kranksein in Beziehung lebt und seine Symptomatik die sinnhafte Vermittlung seiner Lebensprobleme sind (13). Jedoch findet diese Wahrnehmung ihre notwendige Entsprechung in der Selbstwahrnehmung des Professionellen, in der Wahrnehmung beruflicher und privater Anteile, bzw. in der Wahrnehmung der Distanz zum Beruf und zu den Patienten. Wenngleich in erster Linie im Beruf ein Zwang zum Verstehen herrscht, kann sich doch die Grundhaltung, weil sie »keine Rolle ist, sondern echt« (34) auf das Privatleben und den Professionellen als »ganzen Menschen« auswirken: »Sicher ist jedoch, dass mit der Zunahme der beruflichen Verstehensfähigkeit auch meine Bereitschaft außerhalb größer wird« (34).

Das Team erscheint für Dörner/Plog für die sozialpsychiatrische Praxis hierbei unverzichtbar. Hier ist der Ort, wo aus den verschiedensten Blickwinkeln und berufsbezogenen Perspektiven und Wissensbeständen eine möglichst umfassende Diagnose hergestellt werden kann. »So ist ein abgerundeteres und differenziertes Wahrnehmen und Handeln möglich« (27). Außerdem hat das Team eine Funktion als Ort der Einübung der Grundhaltung und hat eine »Modellwirkung«. Es trägt auch zur »Selbstverwirklichung und Gesundheit der Teammitglieder« bei (26ff).

Normalisierung der Beziehung

Die Normalisierung der Beziehung entsteht hauptsächlich durch die Wahrnehmung und Rückmeldung von Gefühlen, die sich aus Übertragungen und Gegenübertragungen in der Beziehung ergeben. »Der Versuch geht dahin, die durch den Anderen ausgelösten Gefühle wahrzunehmen und ihm als durch ihn ausgelöste Gefühle mitzuteilen, sodass er versuchen kann, etwas damit anzufangen. Jedoch nur, wenn er mich zurückweisen kann, wenn ich zulasse, dass er auch über mich etwas sagen kann, wenn Äußerungen zu ihm teilbar sind in einen für ihn und einen für mich gültigen Anteil. Dann wird die Begegnung vollständig und hat die Möglichkeit der Normalisierung« (35).

Diese intendierte Qualität der Beziehung stellt in der Konsequenz die Aufhebung des Subjekt-Objekt-Verhältnis dar, indem der Patient aus seiner Isolation befreit und offener Austausch ermöglicht wird (13). Ebenso wie der Patient kann auch der Professionelle durch den offenen und gleichberechtigten Austausch seine gesunden und kranken Anteile und Handlungsstrategien erkennen und Einsichten gewinnen. »Der von uns geschilderte Umgang mit Begegnungen ermöglicht dem anderen mehr als Partner zu handeln. Wenn dieser Anspruch weiter gleichberechtigt erfüllt ist, ist die Beziehung normalisiert und, gleichwertig« (35f.). Soweit Dörner und Plog.

»Psychosoziale Basiskompetenzen und Qualifikationen« bei Keupp und von Kardorff oder: der kritische Professionelle¹⁵⁴

Keupp und von Kardorff versuchen anhand ihres Konzeptes die »Herstellungsbedingungen für eine gemeindepsychologisch- sozial ökologisch orientierte Haltung im psychosozialen Arbeitsfeld« (661) zu beschreiben. Obgleich ihre spezifische Referenzgruppe die Psychologen ist, beansprucht ihr Konzept Gültigkeit für das gesamte Arbeitsfeld, mithin also für alle darin tätigen Berufsgruppen (661). Sie rekurren in ihrem Konzept sehr viel mehr als Dörner/Plog auf das Arbeitsfeld betreffende kritische Wissen und Qualifikationen. Ihr Konzept der »Haltung« bezieht sich in erster Linie nicht auf Gefühlswelten in der Dienstleistungsbeziehung bzw. in der damit verbundenen Selbstreflexivität der Professionellen, sondern hat das Ziel: »selbstkritische und institutionskritische Professionalität« (285). Basiskompetenzen und -qualifikationen werden verstanden als »ein Komplex von theoretischen und praktischen Fertigkeiten und Fähigkeiten sowie Verhaltensqualifikationen, die sich auf eine psychologische Art des Umgehens mit und des Herangehens an soziale und psychische Probleme, auf Annahme, Durchführung und Bewältigung der helfenden Interaktion, auf den Umgang mit Mitarbeitern und Institutionen und auf die analytische und pragmatische Erfassung des späteren Arbeitsfeldes bezieht; hierzu gehört auch wesentlich die Fähigkeiten, die eigene Berufsrolle im Verhältnis zu Klienten und Mitarbeitern und in Bezug auf die Bedingungen des eigenen Arbeitsplatzes zu reflektieren und neu zu bestimmen« (662). Eine »Gemeinsamkeit« mit den Klienten ergibt sich aus dem Kampf gegen gesellschaftliche Ausschließung, die die Professionellen zum »Sachwalter des Ausschlusses« macht (205).

Gemeindepsychologische Perspektiven

Theoretische und normative Grundlage ihres Konzeptes ist eine »gemeindepsychologische Perspektive«, die auch als Widerstandsanalyse beschrieben wird und sich ebenso gegen sozialstaatliche Vereinnahmung wie gegen herkömmliches professionelles Selbstverständnis wendet, und zwar in seinem elitären Technizismus, in seinem deduktiven Modell von Wissenschaft und Praxis, sowie in seinem Professionalismus, der sich an Disziplin und Standesgrenzen orientiert.¹⁵⁵ Eine Grundlage ihrer Perspektive ist die These, dass psychische Krankheit oder Lebensprobleme sowohl durch das soziale Lebensfeld der Betroffenen bestimmt, als auch nur unter dessen angemessener Berücksichtigung zu bewältigen sind (202). Hieraus lassen sich die wesentlichen Elemente der »gemeindepsychologischen Perspektive« zusammenfassen: Es wird eine Abkehr vom »psychologischer Blick« und eine Entwicklung eines »Sense of Community« (Sarason) gefordert. Gemeint ist hiermit eben die oben angesprochene Sichtweise sowohl der Genese als auch der »Behandlung« psychischer Krankheit unter Berücksichtigung sozialstruktureller Einflüsse, individueller Bearbeitung und gesellschaftlicher Reaktion. Dies bezieht sich nicht nur auf gesamtgesellschaftliche Strukturen und Prozesse, sondern gilt gerade für regionale und kommunale Gegebenheiten. Im Gefolge des geforderten Bruchs mit dem Technizismus postuliert Keupp ein »Misstrauen gegen

154 Grundlage hierfür ist – soweit nicht explizit zitiert – Keupp und von Kardorff 1980. Seitenzahl in Klammern.

155 Keupp 1978, S. 210

professionelle Allzuständigkeit«. Kompetenz soll sich bestimmten an der Fähigkeit, an alltagsweltliche Bedürfnisse anzuknüpfen ebenso wie an der Funktionsfähigkeit sozialer Netzwerke und Unterstützungssystemen sowie an Selbsthilfepotenziale und nicht an der alleinigen Definitionsmacht der Professionellen selbst.¹⁵⁶ Es wird eine sozialökologische, präventive Orientierung« als Alternative zur vorherrschenden anlassorientierten, kurativen Orientierung gefordert. »Primäre Prävention erfordert eine radikal andere Art von Psychologie, d.h. eine, die sich auf langfristige Interventionen im natürlichen Lebensfeld der Menschen einlässt«.¹⁵⁷

Psychosoziale Basiskompetenzen

Als psychosoziale Basiskompetenzen bezeichnen Keupp und von Kardorff die Fähigkeit zur kritischen Reflexion der eigenen Berufsrolle und zum Umgang mit dem Expertenstatus. Hierzu gehört vor allem die Herausbildung von Fähigkeiten zu entscheiden, wann – vor dem Hintergrund vorhandener Selbsthilfepotenziale – professionelle Hilfe, und wenn ja, welche einsetzen muss. Es geht also um die Relativierung der eigenen »Allzuständigkeit« und um die Verhinderung eines therapeutischen Blickes. Hinzu kommt die Herausbildung eines »Kooperationswissens«, dass die Voraussetzung von Teamfähigkeit ist und der Verhinderung berufsständischer Borniertheiten dienen soll. Neben der Befähigung zur Fortbildung wird weiterhin die Relativierung des therapeutischen Technizismus gefordert, sowie die Fähigkeit zur »beständigen Reflexion und Selbstreflexion der professionsspezifischen Interaktionsbeziehung zu Adressaten der beruflichen Tätigkeit« (664). Zu Letzterem gehören besonders die Kenntnis struktureller Aspekte der Dienstleistungsbeziehung und die selbstreflexive Problematisierung der eigenen Rolle und Haltung in der Beziehung.

Vertrautheit mit sozialstrukturellem und vor allem sozialepidemiologischen Wissen

Hier vor allem greift das o.g. Postulat der Entwicklung eines »Sense of Community« am konkreten Ort der Berufspraxis. Dazu gehören sowohl das Wissen und Informationen über sozialstrukturelle Gegebenheiten der betreffenden Region, deren Versorgungsstrukturen und der Lebenswelt der darin lebenden Menschen incl. von Selbsthilfegruppen, Initiativen und anderen Unterstützungssystemen Sozialstrukturelles und epidemiologisches Wissen ist nach Keupp/v. Kardorff eine Voraussetzung einer »präventiven Orientierung«, die »an sozialen Entstehungsherden, Krisengebieten und Risikobereichen« (664) ansetzen soll und sich nicht nur auf einzelne Individuen bezieht, sondern auch auf »soziale Gruppen« und »soziale Umstände« (665).

Institutionelle Handlungskompetenz

Sie beinhaltet ein profundes Wissen über rechtliche, institutionelle und politische Strukturen und Aufgabe des Versorgungssystems. Das ist einerseits eine Voraussetzung des herauszubildenden »Beratungswissens« (555) und andererseits Grundlage des »Umgehen mit dem administrativen Apparat« (665).

156 Keupp 1978, S. 204

157 Kelly et al. 1977, zit.n. Keupp 1978, S. 207.

Beratungs- und Hilfefähigkeit

Hierunter fassen Keupp/v. Kardorff, durchaus in der »Nähe« zu Dörner/Plog, die Herausbildung einer selbstkritischen Haltung. Jedoch mit deutlich anderen Akzentuierungen. Wenngleich eine Dienstleistungsbeziehung durchaus »normalisiert« ablaufen soll, ziehen Keupp/v. Kardorff jedoch die prinzipielle Nichtalltäglichkeit einer Dienstleistungsbeziehung in Betracht. Hieraus folgt für sie eben keine Homogenität der Interessen, sondern »eine Bereitschaft zum Akzeptieren der vorgefundenen Lebenswelten bei gleichzeitiger kritischer Solidarität mit den betreffenden Klienten« (665). Hierbei kommt es auch, wie bei Dörner/Plog, darauf an, selbstkritisch eigene Motive, Ängste und fachliche Borniertheiten zu hinterfragen und Fähigkeiten unverkrampften Aufbauen und Durchführen zum »möglichst beratender Gespräche« zu entwickeln (665). Das Entscheidende einer solchen Haltung ist, dass eine Sensibilisierung für die Lebenswelt der Klienten und deren Bedürfnisse eine Grundbedingung für die Wirksamkeit der Hilfeleistung ist (665).

Reflexiv – evaluative Methodenfähigkeit

Hierdurch sollen die psychosozialen Dienstleister in die Lage versetzt werden, ggf. im Rahmen kleiner Untersuchungen, »die Arbeit auf ihre Folgen und ihre Wirksamkeit hin selbst zu untersuchen« (666). Soweit Keupp/v. Kardorff.

Natürlich gab es an diesen beiden Konzepten viel zu kritisieren und zu diskutieren, was jedoch an dieser Stelle nicht weiterverfolgt wird.¹⁵⁸

Deutlich wird zweierlei:

Dörner und Plog blenden eine gesellschaftsbezogene (oder kritische) sozialpolitische Dimension völlig aus und beziehen fast nur noch ethisch motivierte Dimensionen in die Begegnung zweier Menschen. Sie haben ihr ethisch motiviertes Konzept in späteren Veröffentlichungen noch weiter differenziert. Seine ausformulierte Form fand es bei Dörner in dem vor allem um den messianistisch-phänomenologischen Ansatz des Philosophen Emmanuel Levinas vom »Anderen« erweiterten Werk »Der gute Arzt«¹⁵⁹.

Das Konzept von Keupp und von Kardorff ist hingegen stark von einer gesellschaftskritischen Wissenschaftlichkeit geprägt, die unter Umständen mit dazu beitrug, dass dieses Konzept in der Sozialpsychiatrie nicht den Widerhall fand, den es verdiente. Allerdings formuliert es häufig noch eine Art »Hintergrundhaltung« der kritischen Mitarbeiter*innen insbesondere des außerklinischen Bereiches der Gemeindepsychiatrie.

Die »Sozialpsychiatrische Grundhaltung« in Anlehnung an Dörner und Plog hat sich in der Sozial- und Gemeindepsychiatrie, insbesondere in der DGSP, längerfristig breit durchgesetzt. Meines Erachtens liegt ein Hauptgrund hierfür, dass er nicht nur nahtlos anschließt, sondern geradezu mittendrin im links-alternativen Milieu der »Szene« verhaftet ist. Insbesondere die jungen Leute bzw. neuen Berufsgruppen, die zunehmend nicht mehr dogmatisch politisiert waren, sondern sich eher sozialen Bewegungen (Frauen, Ökologie, Anti-AKW und Frieden etc.) zuordneten, die auf postmaterialistische Werte wie Selbstfindung-, Selbstverwirklichung und Emanzipation oder

158 Vgl. Reumschüssel 1988, 38f., 41f.

159 Dörner 2001a.

auch auf Authentizität abstellten,¹⁶⁰ konnten sich umstandslos mit der »sozialpsychiatrischen Grundhaltung« identifizieren – diente diese doch gleichzeitig ihrem eigenen »Wachstum«.¹⁶¹

Für die DGSP ist sie spätestens seit den 1990er-Jahren nach dem Scheitern der »Ziel Diskussion« zum Leitparadigma ihrer Aktivitäten geworden. Natürlich ist die »Grundhaltung« vielfach verändert und weiterentwickelt worden. Ihre Grundmuster lassen sich jedoch auch noch in der 24. Auflage von »Irren ist menschlich« finden.¹⁶² Elaborierte Fortentwicklungen aus dem klinischen Bereich finden sich in den phänomenologisch inspirierten Ansätzen der »anthropologischen Psychiatrie«¹⁶³ oder einer Neuinterpretation der »Sozialen Psychiatrie«.¹⁶⁴ Auch für den außerklinischen Bereich werden Grundhaltungen entwickelt, die jedoch zunehmend pragmatischer ausgerichtet sind. So z.B. Nils Greve. Er entwirft eine »psychotherapeutische Grundhaltung«, die sich in erster Linie auf ein »ambulantes Setting« bezieht und lebensweltorientiert auf Alltagsbewältigung, Empowerment und Abbau von Handycaps zielt.¹⁶⁵ Hierzu gehören z.B.:

- Neugier auf den anderen Menschen.
- Wertschätzung und Respekt vor seinen Fähigkeiten und Eigenheiten einschließlich der Bereitschaft zur Akzeptanz (!) ungewöhnlichen Verhaltens.
- Kontinuierliches Bemühen um Verstehen intrapsychischer Hintergründe.
- Unterstützung bei der Verwirklichung persönliche Bedürfnisse und der Suche nach eigenen Lebenszielen.
- Ausrichtung der professionell Tätigen auf die Nutzung und Stärkung der Ressourcen und Kompetenzen der Klientinnen und Klienten.¹⁶⁶

Eine mehr auf Vernetzung abzielende aber auch politisch akzentuierte Grundhaltung entwirft Klaus Obert.¹⁶⁷ In vielen Aspekten ähnelt sie der von Greve,¹⁶⁸ der politische Aspekt erscheint bei ihm jedoch in der Funktion als »Bollwerk gegen die Imperative des Systems«, da es darum gehe, »jenseits der Imperative des Systems [...] mit zur Stabilisierung prekärer Lebenslagen und zur Ausweitung der Grundlagen einer kommunikativen und verständigungsorientierten Lebenswelt einen bescheidenden Anteil beizutragen«.¹⁶⁹ Trotz aller Unterschiede, die sich zum Teil in den noch zu schildernden Auseinandersetzungen innerhalb der DGSP zeigen, ist allen Ansätzen gemeinsam, dass sie

160 Vgl. vor allem: Reichardt 2014, 99ff. 782ff. und – mit Vergnügen – Balzer 2019, Teil III Boltanski und Chiappello 2003 nennen diese Werte und Orientierungen auch die »Künstlerkritik« am Kapitalismus.

161 Vgl. Zaumseil 2017, S. 846.

162 Vgl. Bock und Kluge 2017 (1978).

163 Vgl. Bock et al. 2004; Heinz 2015, 2016; Bock und Heinz 2016.

164 Vgl. Thoma 2017.

165 Greve 2011

166 Ebd.: 259

167 Obert 2014

168 Obert 2011: 133

169 Obert 2014: 23

einen objektivierenden »technizistischen« Expertenblick auf den psychisch gestörten, kranken oder behinderten Menschen ablehnen.

3.3.3 Entwicklungen in der psychiatrischen Landschaft

Hingewiesen ist schon darauf, dass in Verlauf der Diskussionen in den 1960 Jahren einige Reforminitiativen insbesondere an den Kliniken der Reforminitiator*innen stattgefunden haben. Dies verstärkte sich mit Beginn der forcierten öffentlichen und politischen Diskussion, sowie auch mit den erweiterten sozialrechtlichen Möglichkeiten im klinischen und außerklinischen Bereich.

So entstanden schon vielerorts, was nicht unproblematisch war, durch die Verkleinerung und/oder Umetikettierung von (ehemaligen) Langzeitbereichen der psychiatrischen Anstalten Heime, die zwar evtl. etwas kleiner und moderner als die alten Anstalten waren, jedoch setzten sie die Institutionszentrierung nun im Rahmen der Eingliederungshilfe für Behinderte auf anderer Rechtsgrundlage weiter fort.

In einigen Bundesländern wurde damit begonnen, Landespsychiatriepläne zu erstellen und die Versorgungsstrukturen gezielt zu verändern, zu nennen ist hier zunächst Nordrhein-Westfalen, wo Caspar Kulenkampff mittlerweile entscheidende Leitungsfunktionen innehatte. Aber auch Bayern mühte sich – zunächst nicht recht erfolgreich – um eine gezielte Landesreform der Versorgung. Die Reformen oder Reformplanungen zielten insbesondere darauf ab, Missstände zu beseitigen, Großanstalten durch Aufbau »komplementärer« Einrichtungen (Heime) zu verkleinern und auch neue »Einrichtungstypen«, wie z.B. das »Sozialpsychiatrische Zentrum« zu etablieren. Auch wurden in zahlreichen Bundesländern die gesetzlichen Grundlagen geschaffen, den öffentlichen Gesundheitsdienst zu reformieren und Sozialpsychiatrische Dienste zu etablieren. Neben den gut dokumentierten Reforminitiativen in Tübingen, Heidelberg, Hannover oder auch Berlin-Charlottenburg ist besonders die Reform in Köln bemerkenswert, nicht zuletzt deshalb, weil ihre sehr anspruchsvolle und umfassende sozialwissenschaftliche Begleitung¹⁷⁰ kaum zur Kenntnis genommen wurde.

Caspar Kulenkampff war mittlerweile zum Landschaftsverband Rheinland (LVR) gewechselt und modifizierte den »Zielplan...« des Landes dahingehend, dass in den Kölner rechtsrheinischen Gebieten (Merheim) ein modellhaftes »Psychiatrisches Behandlungszentrum« (PBZ) aufgebaut werden soll. »Dieses sollte als erstes Modell der Reform fungieren und deswegen so strukturiert sein, dass es eine umfassende sektorierte psychiatrische Versorgung [...] ermöglicht.«¹⁷¹ Hierzu sollten nicht nur psychiatrische Abteilungen, Tages- und Nachkliniken sowie eine Ambulanz, sondern auch psychiatrische Sozialdienste (PSD), genannt »mobile Teams« (sic!), Beschäftigungstherapie und physikalische Therapie.¹⁷² Hinzu kamen unterschiedliche außerklinische »komplementäre« Einrichtungen und Dienste, sodass präventive, im Vorfeld einer Krise angesiedelte, behandelnde und krisenintervenerierende sowie nachsorgend-rehabilitative klinische und

170 Vgl. auch zum Folgenden: Wedel-Parlow 1981.

171 Ebd. S. 129.

172 Ebd. S. 130.

außerklinische Einrichtungen und Dienste kooperativ miteinander die Versorgung einer definierten Region übernehmen konnten. Dies Konzept wurde in seiner Gesamtheit, insbesondere im »Zusammenspiel verschiedener abgestufter Versorgungsinstitutionen von akutstationären, rehabilitativen, teilstationären bis hin zum ambulanten und in die »Gemeinde hineingehenden Bereichen der »mobilen Teams« im Rahmen einer Studie evaluiert.¹⁷³ Nach dem Baubeginn 1971 wurde der erste Bauabschnitt des PBZ Köln als »erstes seiner Art« mit großem Getöse im Jahre 1974 eröffnet. Es wurde jedoch in seiner umfassenden Konzeption nicht umgesetzt.

In vielen Regionen Westdeutschlands entstanden darüber hinaus nicht nur erste Initiativen zur Unterstützung psychisch kranker und behinderter Menschen oder auch Patientenklubs – wie man sie damals nannte, sondern auch Initiativen, die aktiv außerklinische Hilfen insbesondere für schwer und langfristig erkrankte und behinderte Menschen aufbauten. Statt anderen seien hier erwähnt:

Aufgrund ihrer Anregungen insbesondere aus der italienischen Psychiatrie, den Skandalen um die Klinik Brauweiler sowie mit dem Aufbau der sozialpsychiatrisch orientierten Klinik in Köln Merheim gründeten engagierte Bürger und Professionelle den »Kölner Verein für Rehabilitation e. V.«, der die erste Kölner außerklinische gemeindepsychiatrische Einrichtung – ein Übergangwohnheim mit 16 Plätzen – 1976 errichtete mit dem Ziel, wohnortnahe Hilfen für psychisch erkrankte Menschen anzubieten.

Innerhalb der 1974 gegründeten Hamburgischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (HGSP) gab es schon länger die Initiative, selbst Verantwortung in der außerklinischen Versorgung zu übernehmen. Die Gruppe bestand aus Ursula Plog, Klaus Dörner, Manfred Zaumseil, Charlotte Köttgen, Andreas Spengler und anderen, die sämtlich in der HGSP/DGSP organisiert waren. Die Pläne nahmen Formen an, als ein ehemaliges Kinderkrankenhaus in der Nähe des Universitätskrankenhauses Eppendorf, das Versorgungsverpflichtung für die Stadtteile Eppendorf-Eimsbüttel übernommen hatte, zu mieten war. Die Gruppe erstellte ein inhaltliches Konzept für ein »Gemeindepsychiatrisches Zentrum«, welches aus einer Wohneinheit, Übergangseinheit, Tagesstätte, Kontakt- und Beratungsstelle, sowie einer Abteilung einer Werkstatt für Behinderte bestand, und nahmen Verhandlungen sowohl mit der Eigentümerin sowie der zuständigen Hamburger Senatsbehörde auf. Als diese Dreiecksverhandlungen zu scheitern drohten, setzten die Initiatorinnen ihr eigenes Vermögen sowie das einiger Unterstützer*innen zum Teil als Bürgschaften ein, fingen an, das Gebäude zu renovieren, stellten unter abenteuerlichen Bedingungen zukünftige Mitarbeiter*innen ein und begannen am 1. Februar 1975, mit ersten Bewohner*innen zu arbeiten. Durch diesen Handstreich unter Zugzwang gesetzt, war die zuständige Senatsbehörde bereit, dem Träger, der HGSP, vertragliche Bedingungen zu gewährleisten.¹⁷⁴

Auch die Berliner Pinel-Gesellschaft hat eine bewegte Geschichte und spiegelt die dynamischen Aufbaujahre wider. Gegründet wurde die Pinel-Gesellschaft als »Bürgerrechtsbewegung« 1971 von engagierten Professionellen und »Laien« mit dem Ziel der Öffentlichkeitsarbeit gegründet wurde. Sie hatte eine kurze Zwischenzeit als »Gesellschaft zur Förderung der dynamischen Psychiatrie« mit dem Einfluss von Günter Am-

173 Ebd. S. 152.

174 Vgl. HGSP, Hamburgische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie 1975 Spengler 1976, 1980.

mon in seiner Gruppe, konnte sich jedoch 1977 von ihm trennen. Danach ist die Pinel-Gesellschaft untrennbar mit dem Engagement von Hans-Otto Boeckheler verbunden, der – nach seiner Rückkehr aus Italien – Einfluss in der Gesellschaft gewann und eine Stelle im Krankenhaus Havelhöhe. Mit der Klinik zusammen sowie dem Sozialpsychiatrischen Dienst wurden die ersten beiden »heruntergekommenen« Wohnungen in Berlin Schöneberg für je 6 Bewohner*innen angemietet und diese zum Teil ehrenamtlich unterstützt. Auch hier kam das notwendige Kapital aus privaten Mitteln der Vorstandsmitglieder der Pinel-Gesellschaft. Erst im Jahre 1980 konnte – im Rahmen einer öffentlichen Veranstaltung der DGSP, APK und Liga für Menschenrechte zu den unhaltbaren Bedingungen der Berliner Psychiatrie – der zuständigen Senatsverwaltung eine Zusage zur Kostenübernahme abgerungen werden.¹⁷⁵

Der Psychosoziale Trägerverein Solingen e. V. (PTV) wurde im Jahre 1978 von einer Gruppe um die beiden Protagonisten Klaus Nouvertné und Günther Wienberg sowie anderer engagierter tätiger Solinger Bürger*innen gegründet. Befeuert von den Konzepten und Erfahrungen in der italienischen Psychiatrie war Hauptmotiv, beschütztes Wohnen mit alternativen Betreuungsangeboten für Menschen aus Solingen neben der Behandlung im mehr als 20 Kilometer entfernten Landeskrankenhaus Langenfeld einzurichten.¹⁷⁶ Leitend hierbei war auch das Prinzip der regionalen Versorgungsverpflichtung. Zunächst wurden vier Wohngemeinschaften aufgebaut, jedoch zeigte sich, dass darüber hinaus auch strukturierte Angebote notwendig waren, um den Bedürfnissen schwieriger Menschen entgegenkommen zu können. Weiterhin machten die Solinger die Erfahrung, dass eine zu starke (negativ) Abgrenzung von der Klinik nicht immer sinnvoll ist, sondern dass auch von der Klinik gelernt werden kann.¹⁷⁷ So entstand in Solingen ein differenzierter Verbund unterschiedlicher Einrichtungen und Dienste, der als damalige Besonderheit auch einen regionalen Krisendienst umfasste.¹⁷⁸ Darüber hinaus war an dem gesamten Geschehen die sog. »Bürgerhilfe« oder »Laien Helfer« aktiv beteiligt.¹⁷⁹ Durch den Aufbau einer Selbsthilfefirma mit Produktions- und Serviceangeboten sowie Beratung, Unterstützung und Begleitung bei der Arbeitsaufnahme wurden auch hier Angebote aufgebaut. Darüber hinaus: Der PTV-Solingen verfolgte als einer der wenigen außerklinischen Träger eine bereichsübergreifende Strategie, die darauf abzielte, auch klinisch-medizinische Ressourcen der Behandlung (SGB V) aufzubauen. Dies führte dazu, dass der Verein eine Institutsambulanz und Tagesklinik sowie eine kleine »Krisenstation« aufbaute, die im engen Verbund mit tagesstrukturierenden-, Beratungs- und Freizeitangeboten für die Solinger Bürger*innen zuständig war. Auch viele Jahre später setzte der PTV-Solingen seine Strategie der Überwindung der institutionellen Grenzen »von unten« fort, indem er sich maßgeblich an der Entwicklung der »integrierten Versorgung« (§ 140 ff SGB V) beteiligte und so dazu beitrug, dass klinischer und außerklinischer Bereich ambulant und (teil-)stationär »sektorübergreifend« im Rahmen regionaler Versorgungsverpflichtung zusammenarbeiten

175 Vgl. Boeckheler 2001; Lehmkuhl 2008.

176 Nouvertné und Hoffmann 1991.

177 Nouvertné 1985, S. 26–28.

178 Nouvertné 1987, 1991b.

179 Nouvertné 1991a.

können. Ein in Deutschland einzigartiges Projekt. Klaus Nouvertné und Günther Wienberg waren auch bei der Gründung des »Dachverbandes Gemeindepsychiatrie« nicht unbeteiligt und gründeten später das »Institut für kommunale Psychiatrie«.

Mit der zunehmenden öffentlichen Diskussion, den politischen Aktivitäten der jungen »Psychiatriebewegung« sowie den Möglichkeiten, die die neuen sozialrechtlichen Gegebenheiten, insbesondere des BSHG eröffneten, traten die Wohlfahrtsverbände nun in die politische Arena in der Psychiatrie ein.¹⁸⁰ Insbesondere die beiden kirchlichen Träger waren traditionell auch Träger von großen Heil- und Pflegeanstalten und Heimen für Behinderte, hatten sich jedoch aus der Reformdiskussion weitgehend herausgehalten. In dem Prozess der »Öffnung« der Anstalten und dem einsetzenden Aufbau außerklinischer Versorgungsstrukturen (Heime) vertraten sie strukturkonservative Positionen hinsichtlich Subsidiaritätsprinzips und Pfadabhängigkeit,¹⁸¹ was sich nicht nur in der Betonung des »gegliederten Systems« (mit der Betonung auf Zuständigkeit in der Sozial- und Eingliederungshilfe) zeigt, sondern auch in der oben erwähnten institutionszentrierten Umdeutung des Normalisierungsprinzips. Insbesondere von Kardorff und andere sprechen in diesem Zusammenhang von einer »Verbandlichung der Reform«.¹⁸² Dies trifft jedoch auch auf andere Verbände zu. Sicher gab es bereits die Verbände der Ärzte und Fachärzte, die hier nicht mehr alle aufgeführt werden. Darüber hinaus gab es bereits auch Verbände der Krankenhausträger etc. In den späten 1970er-Jahren, besonders in der Zeit nach der Enquête, als sich Modellprogramme und die sozialpolitische Richtung der Reform abzuzeichnen begann, differenzierte sich »Szene« und Politikfeld weiter aus und eine Reihe neuer Verbände trat auf den Plan.

Als großer, ärztlicher Fachverband beschäftigte sich die DGPN mit den Reformvorstellungen und veröffentlichte auf einem Kongress 1971 ihre Vorstellungen, in denen sowohl die Krankenhaupsychiatrie als auch die niedergelassenen Nervenärzte als wesentliche Stützen der Versorgung verblieben.¹⁸³ Ihr Verhältnis zur Reformpsychiatrie, namentlich der DGSP, war seit den Vorkommnissen 1970 stark zerrüttet. Bauer schildert das so: »Die Verletzungen und Wunden auf beiden Seiten, auf der Seite der DGPN wie der DGSP, haben jahrelang ausgereicht, die jeweils andere Gruppierung zumindest mit versuchter Nichtachtung zu strafen. De facto gab es einen Nichtvereinbarungsbeschluss der beiden Verbände; auch wenn niemand es so genannt hat«.¹⁸⁴ Aufseiten der DGPN hört es sich so an: Während sich die etablierten Psychiater einem kollektiven NSVorwurf und der Gleichsetzung von psychiatrischer Anstalt und faschistischer Herrschaft ausgesetzt sahen, verunglimpften sie ihrerseits die sozialpsychiatrische Reformbewegung als radikalkommunistische Variante der Antipsychiatrie. Diese Zuspitzung erzeugte wichtige Handlungsimpulse sowie Öffentlichkeit. Doch reduzierte sich dadurch zugleich der Wille zum Entgegenkommen. Der Ton verschärfte sich, weil die Opponenten zunehmend einem Lagerdenken verhaftet waren und in unterschiedlichen

180 Zu Wohlfahrtsverbänden vgl. Bauer 1978; Heinze und Olk 1981; Hammerschmidt 1992; Schmid 1996.

181 Sachße 2011, S. 111.

182 Vgl. Kardorff 1985b; Bonß et al. 1985.

183 Vgl. hierzu: Rudloff 2010.

184 Bauer 1995, S. 12.

Zeithorizonten dachten. Während die DGPN die zentrale Stellung des psychiatrischen Großkrankenhauses vielleicht bedauerte, aber sie aktuell für unausweichlich hielt, suggerierten die »Reformer«, dass mit ausreichend politischem Willen rasche und deutlich weiterreichende Veränderungen möglich seien. Die durchaus reformwilligen DGPN-Granden konnten so als Bremsklötze tiefgreifender Umgestaltungsversuche dargestellt werden.¹⁸⁵ Allerdings rissen die informellen Kontakte nicht ab. Finzen hielt bereits 1974 wieder einen – schon recht desillusionierten – Vortrag auf einem weiteren DGPN-Kongress, der sich mit Kritik an der Psychiatrie und dem Selbstverständnis der Psychiatrie beschäftigte.¹⁸⁶

Aber auch andere Verbände im klinischen Bereich begannen sich und ihre Interessen zu organisieren. So entstand 1980 die »Bundesdirektorenkonferenz« (BDK),¹⁸⁷ die die Interessen der Landeskrankenhäuser, Sonderkrankenhäuser oder – wie sie nun heißen: Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychotherapie sowie auch die Fachabteilungen inkorporierten. Nach einem erbitterten Streit Ende der 1980er-Jahre¹⁸⁸ etablierte sich als eigenständiges Organ der »Arbeitskreis der Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an allgemeinen Krankenhäusern« (ACKPA).¹⁸⁹

Auch die zahlreichen Hilfsvereine und -Organisationen, die sich insbesondere in der zweiten Hälfte der 1970er-Jahre gründeten, organisierten ihre Interessen nicht nur in den großen etablierten Wohlfahrtsverbänden. Hierzu ist in allererster Linie der »Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen e. V.« zu nennen, der sich 1976 gründete. Er bestand zunächst aus Mitarbeiter*innen außerklinischer Einrichtungen und Dienste, den Angehörigen sowie den sog. »Bürgerhelfer*innen«, die insbesondere im Rheinland eine Tradition sind. Er hat sich infolge zunehmender Professionalisierung der Hilfsvereine, der Gründung des »Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker« (BApK) 1985, dem Rückgang der Bürgerhilfe in den 1990er-Jahren gewandelt zu einem eher professionell ausgerichteten Unternehmensverband, dem »Dachverband Gemeindepsychiatrie« (dvgp).¹⁹⁰ Zum Dachverband pflegt die DGSP, nicht zuletzt infolge der thematischen Nähe und vieler personeller Überschneidungen, ein nicht immer spannungsfreies freundschaftliches Verhältnis.

Eine gewisse Bedeutung für die DGSP hatte zumindest in den ersten Jahren die »Sozialpolitischen Arbeitskreise« (AG-SPAK), die sich aus der Studentenbewegung 1970 herausgebildet hatten und in vielen Bereichen selbstorganisierter Sozialarbeit und sozialer Bewegungen involviert war. Bis zum Jahre 2000 war sie eines der großen Netzwerke »alternativer« sozialpolitischer Akteur*innen.¹⁹¹ Unvergessen sind die Auftritte und Reden des wundersamen Rolf Schwendter bei Mannheimer Kreisen oder Jahrestagungen der DGSP, die er bisweilen trommelnd und tanzend vortrug.

185 Dörre 2019, 46f.

186 Vgl. Hippus und Lauter 1976.

187 <https://www.bdk-deutschland.de>

188 Cranach 2001, 16f.

189 <https://www.ackpa.de>

190 <https://www.dvgp.org>

191 <https://www.agspak.de>

Auch im Bereich neuer, aufstrebender Formen der Psychotherapie geschah einiges. 1976 gründete sich die »Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.« (DGVT) durch Zusammenschluss der GVT und dem Deutschen Berufsverband der Verhaltenstherapeuten. Sie hatte (und hat) eine sozialpsychiatrische bzw. eher gemeindepsychologische Ausrichtung, da ihre Mitglieder psychologisch ausgerichtet waren, und deshalb auch berufsbezogene Interessen vertraten.¹⁹² Auch über personelle Verflechtungen bestand lange Jahre eine enge Kooperation mit der DGSP. Eine solche Verbindung bestand auch zur etwa zur gleichen Zeit gegründeten Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG).¹⁹³ Die Enge der Kooperation und Verflechtung äußerte sich z.B. darin, dass DGVT, GwG und DGSP 1982 als »Plattformverbände« eine Broschüre zum »Gemeindepsychiatrischen Verbund« veröffentlichten, die starke Beachtung fand.¹⁹⁴ Hierzu später mehr.

Resümierend kann die Ausdifferenzierung unterschiedlicher Verbände und Organisationen als ambivalent beurteilt werden. Zwar haben die unterschiedlichen Interessen dazu beigetragen, dass das Politikfeld Psychiatrie sich zunehmend vernetzte und formierte¹⁹⁵ und die diversen Interessen »organisationsfähig« konkretisiert und »politikfähig« vertreten werden konnten.¹⁹⁶ Allerdings hat diese Pluralisierung von Interessen und Standpunkte auch dazu beigetragen, dass von einer einheitlichen »Bewegung« nur eingeschränkt gesprochen werden kann, da die unterschiedlichen Lager – auch die, die an dieser Stelle nicht erwähnt wurden – sich zum Teil sehr feindlich gegenüber standen und politisch zum Teil gegeneinander agierten. Wie unten noch erwähnt wird, sind der DGSP durch diese Ausdifferenzierungsprozesse wertvolle personelle Ressourcen verloren gegangen.

3.3.4 Der Weg zur Enquête und Modellprogramm

Auf die politischen Aktivitäten der Hauptprotagonisten Caspar Kulenkampff, Heinz Häfner und Hans-Peter Kisker und anderen mit der Unterstützung von Walter Picard und die daraufhin stattgefundenen Sitzungen und Anhörungen des Ausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit im Jahr 1970 und 1971 ist bereits hingewiesen worden.¹⁹⁷ Die entscheidende 130. Sitzung hatte der Deutsche Bundestag am 23.06.1971, auf der der Beschluss zur Erstellung einer »Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland« getroffen wurde¹⁹⁸. Zuvor war am 18.01.1971 die wichtigste Lobby zur Reform der Versorgung psychisch erkrankter Menschen gegründet worden, die »AKTION PSYCHISCH KRANKE Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker e. V.« (APK). In ihr versammelten sich an der Schnittstelle zwischen Fachlichkeit und Politik unter dem Vorsitz des großen Walter Picard die interessierten und engagierten psychiatrischen Fachmenschen und Politiker*innen aller Fraktionen des

192 Daiminger 2007; <https://www.dgvt.de>

193 <https://www.gwg-ev.org>

194 DGSP et al. 1982.

195 Vgl. Rudloff 2010.

196 Vgl. zu den Begriffen Offe 1972.

197 Vgl. Redaktion SPI 1972 (1980) und mit dezidiertem Zeittafel: Söhner et al. 2018a, S. 576.

198 Deutscher Bundestag 1971.

Deutschen Bundestages. Gründungsmitglieder waren unter anderem Caspar Kulenkampff, Gregor Bosch und Heinz Häfner.¹⁹⁹ Die APK übernahm die Geschäftsführung der Enquêtekommission bis zur Erstellung des Berichts sowie hinterher die Koordinierung des sog. »großen Modellprogrammes« zwischen 1980 und 1985 sowie aller weiteren relevanten Reform-, Modell- und Umsetzungsprojekten in der psychiatrischen Versorgung. Dies erforderte auf der einen Seite eine engagierte und – vor allem – pragmatische Herangehensweise sowie eine Strategie, die auf Anschlussfähigkeit an die Politik ausgerichtet war. Hieraus hat sich insbesondere nach Erstellung der Enquête und Beendigung des Modellprogramms – trotz weiterhin vielfältiger personeller Überlappungen – eine gewisse Entfernung zur DGSP herausgestellt. Die Ausdifferenzierung von unterschiedlichen Verbänden, zu denen später auch die Verbände von Angehörigen (1985 BApK) und der Psychiatrieerfahrenen (1991 BPE) kam, sowie Politik- und Regierungswechsel taten ihr Übriges bei. Heute stellt sich die APK so dar: »Als ein von Partikularinteressen unabhängiger Verein führt die APK unterschiedliche Organisationen und Interessenvertretungen (Verbände der Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen, Leistungsträger, Einrichtungsträgerverbände, berufsgruppenbezogene Fachverbände usw.) zu konkreten psychiatriepolitischen Fragestellungen zusammen.«²⁰⁰

Am 31. August 1971 fand die konstituierende Sitzung der durch die Bundesministerin für Gesundheit Käthe Strobel einberufenen 19-köpfige Sachverständigen-Kommission unter dem Vorsitz von Caspar Kulenkampff (LVR) statt. Stellvertretende Vorsitzende waren Heinz Häfner (ZI) und Rolf Degkwitz bzw. Hans Hippus (DGPN) und Heinz Siede (Als Vertreter der Bundesländer). Aufgrund der Interventionen der Psychotherapeuten/Psychosomatiker*innen ist die Kommission später auf 23 erhöht worden. Daneben gab es 10 Arbeitsgruppen und 6 Expertenteams zu bestimmten Themen²⁰¹. Insgesamt waren somit mehr als 200 Personen mit der Erstellung der Psychiatrie-Enquête beschäftigt. Die Geschäftsführung lag bei der APK. Interessant bei den Kommissionen ist jedoch, dass sie ausschließlich durch »Fachleute« aus Psychiatrie, Verbänden und Bundes- und Landesverwaltungen bestückt wurde. Abgeordnete aus Bundestag oder Landesparlamenten waren nicht beteiligt. Dies wurde später von einigen Kommentatoren als großer Nachteil benannt.

Über die Arbeit in der Kommission bzw. in den einzelnen Arbeitsgruppen ist nicht sehr viel bekannt, da »Stillschweigen« verabredet wurde. Dennoch ist nicht zuletzt durch die diversen »Sondervoten« deutlich geworden, dass in einigen Arbeitsgruppen es doch recht kontrovers zuing. Deutlich wird es auch durch die Zusammensetzungen der Kommission und Arbeitsgruppen, in den Vertreter*innen der traditionellen DGPN auf sozialpsychiatrisch orientierte Mitglieder der DGSP²⁰² trafen, Mitglieder der klinischen Psychiatrie auf Vertreter der Psychotherapie/Psychosomatik, Vertreter*innen der Bundes- und Landesverwaltungen und Landschaftsverbände auf Vertreter*innen von

199 Heinz Häfner ist Ende der 1980er-Jahre wegen »verbandspolitischen Monopolismus des psychiatrischen Vorstandsteils« aus der APK ausgetreten (Häfner 2001, S. 91).

200 <https://www.apk-ev.de>

201 Deutscher Bundestag 1973, 33ff. Deutscher Bundestag 1975a, 1177ff.; Häfner 2001, 92ff.

202 Klaus Dörner und Erich Wulff wurden von der DGSP zwar als Vertreter benannt, konnten allerdings wg. mangelnder Konsensfähigkeit nicht berufen werden.

Berufs- und Einrichtungsverbänden etc. Allerdings: »Die Kommission spiegelte damit in ihrer Zusammensetzung die Diskurs- und Meinungsführerschaft der Universitätspsychiater wider, und sie ließ den hohen epistemischen Glaubwürdigkeitskredit erkennen, der den akademischen Professionsexperten – nicht nur in diesem Fall – gewährt wurde«²⁰³. Schwere Konflikte gab es z.B. in der AG »Intramurale Dienste« in der die Positionen zunächst total kontrovers zwischen den Vertretern der »Anstaltslobby« und der »Abteilungspsychiatrie« ausgetragen wurden. Finzen schilderte das Klima von der einen Seite, dass hier durchaus die »Planiertrauben und Schweißbrenner«²⁰⁴ ins Feld geführt wurden, um die Mauern der Anstalten zu schleifen. »Aber die »Anstaltslobby« – wenn ich das einmal so bezeichnen darf – verteidigte den Bestand der 130 Häuser mit Klauen und Zähnen« – so schildert Kulenkampff die andere Seite. Die »Anstaltslobby« hat sich durchsetzen können, indem sie für festgelegte Regionen von 80 – 150 Tsd. Einwohner eine Abteilungsgröße von 200 Betten (sic!) gefordert hat. Kulenkampff bezeichnet diese Position als »Mini-Anstalt«²⁰⁵ und Häfner resümiert: »Das war schlichte Verhinderungsstrategie«.²⁰⁶ Die Auseinandersetzungen zwischen den Fachkrankenhäusern, den »Anstalten«, dauerten lange Jahre auch unter dem Signum »Spezialisierung vs. Regionalisierung« und sind z.T. auch nicht beendet,²⁰⁷ allerdings haben die damaligen Anhaltzahlen der AG-intramurale Dienste keine praktische Relevanz gehabt, die psychiatrischen Abteilungen sind schlicht kleiner gebaut worden.

Ein erheblicher Konflikt ergab sich zwischen den Vertreter*innen der (Sozial-)Psychiatrie und denen der Psychotherapie/Psychosomatik. Zunächst gab es keine eigene Arbeitsgruppe Psychotherapie in der Sachverständigenkommission. Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie und Tiefenpsychologie (DGPT), zu der auch das Kommissionsmitglied Horst Eberhard Richter gehörte, ein Professor für psychosomatische Medizin in Gießen und bekannter Promotor von »Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften«, ²⁰⁸ forderte 1973 eine eigene »Psychotherapie-Enquête«. In der Folge kam es »nach wenig erfreulichen Diskussionen«²⁰⁹ zu einem Einigungsgespräch zwischen der Kommission und der DGPT, die in den sog. Harmonisierungsgesprächen zwischen Vorstand der Sachverständigenkommission und dem Koordinationsgremium der inzwischen eingerichteten Arbeitsgruppen Psychotherapie/Psychosomatik mündeten. Eine Einigung wurde erzielt durch Verzicht einer eigenständigen Enquête der Psychotherapeuten und – im Gegenzug – einer Hereinnahme von neuen Mitgliedern in die AGn und spezifischen Verfahrensregelungen. So konnte ein Auseinanderbrechen der Enquête, der Kommission und der Empfehlungen verhindert werden²¹⁰. Nicht ohne Mühen, wie sich Rainer Kukla erinnert: »Der Einigungsprozess hing gelegentlich am

203 Rudloff 2010, S. 192.

204 Finzen 2011, S. 40; Finzen bezieht sich hier auf Kisker, der Ansätze der Antipsychiatrie als »Planiertraubenideologie« bezeichnete (Kisker 1979).

205 Kulenkampff 2001, S. 40.

206 Häfner 2016, S. 134.

207 Vgl. Cranach 2001.

208 Richter 1972.

209 Häfner 2016, S. 135.

210 Vgl. Deutscher Bundestag 1975a, 1179ff.

seidenen Faden [...]. Ein Scheitern wurde nicht zuletzt durch eine Fülle von Telefonaten zwischen Caspar Kulenkampff und Horst-Eberhard Richter vermieden.²¹¹

Auf einen weiteren Konflikt weist Wilhelm Rudloff hin, nämlich den zwischen generellen Empfehlungen und konkreten, mit Kostenschätzungen verbundenen Zielsetzungen der Sachverständigenkommission. Die Anforderungen vom BMJFG gingen dahin, dass nicht nur der »Weg von Ist zum Soll« aufgezeigt, sondern auch der finanzielle Aufwand beziffert werden solle. Dagegen wehrte sich besonders der Kommissionsvorsitzende. Rudloff beschreibt das so: »Demgegenüber gab Caspar Kulenkampff als Vorsitzender der Sachverständigenkommission [...] zu bedenken, das Hauptproblem sei aufgrund der vielfältigen Zerstrittenheit der Profession über lange Zeit erst mal gewesen, »über die Grundrichtung einer Empfehlung überhaupt einen Konsens zu erzielen«. Man könne zwar Prioritäten benennen, scheue aber vor einer Gesamtberechnung des finanziellen Aufwandes zurück, da dies die Chancen des Vorhabens nach Lage der Dinge zunichtemachen müsse. Im Übrigen gestand er offen die Grenzen der Expertise ein [...].²¹² Diese Aufgaben erledigte später die Fa. Heinle, Wischer und Partner. Das größte Verdienst der Sachverständigenkommission – so kommen mehrere Zeitzeugen zum Ergebnis – scheint gewesen zu sein, dass sie trotz aller z.T. gravierenden Konflikte und Meinungsverschiedenheiten zu einem gemeinsamen Ergebnis gekommen sind – inklusive der Möglichkeit, Sondervoten abzugeben. Auf diese Weise gab es – trotz aller, noch anzuführender Kritik – zumindest einen Minimalkonsens und gleichzeitig einen »Braintrust« (wie man heute sagen würde), der die Ideen und Konzepte der Enquête als Promotor*innen in die Fachwelt und Gesellschaft tragen würde.

3.3.5 Der Zwischenbericht

Am 19.10.1973 veröffentlichte die Sachverständigenkommission ihren Zwischenbericht.²¹³ Hier wurde die »brutale Realität«²¹⁴ der kustodialen psychiatrischen Versorgung in Westdeutschland beschrieben. Sie stellte fest, »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 gewissen 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«.²¹⁵

Die Maßnahmen, die ergriffen werden müssen, beziehen sich dementsprechend auf Sofortmaßnahmen zur Befriedigung humaner Grundbedürfnisse inklusive von Modernisierungsmaßnahmen der Bausubstanz. Finzen und Schädle-Deiningner betrachten dies als die »wichtigste Forderung der Sachverständigenkommission«, merken aber

211 Kukla 2015, S. 47.

212 Rudloff 2006, S. 589, 2010, S. 194.

213 Deutscher Bundestag 1973.

214 So Finzen und Schädle-Deiningner 1979, 51ff.

215 Deutscher Bundestag 1973, S. 23.

mokant an: »Es scheint bezeichnend zu sein für die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik, dass für die Realisierung derartiger Selbstverständlichkeiten eine Sachverständigenkommission und eine Enquête notwendig sind.«²¹⁶ Darüber hinaus werden Empfehlungen abgegeben, die weitgehend den Tenor der endgültigen Psychiatrie-Enquête präformieren. Gefordert werden sog. »Standardversorgungsgebiete« zwischen 100 und 350 Tsd. Einwohnern, in denen »alle Einwohner dieser Region dort versorgt werden können, die keiner regional übergeordneten Spezialversorgung bedürfen.«²¹⁷ Die stationäre Versorgung soll gewährleistet werden durch psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mit mindestens 200 Betten bzw. psychiatrische Behandlungszentren mit nicht mehr als 600 Betten, wobei bestehende psychiatrische Landeskrankenhäuser diese Funktion auch übernehmen können. Ergänzend hierzu sollten eine Reihe von ambulanten Diensten (niedergelassene Ärzte, Psychologen Gesundheitsamt etc.), halbstationäre Dienste (Tages- und Nachtkliniken) und flankierende Dienste ([Übergangs-] und andere Wohnheime, Werkstätten etc.) die außerstationäre Versorgung übernehmen. Darüber hinaus sollte es spezialisierte Einrichtungen für bestimmte Gruppen (Alte Menschen, Alkohol- und Drogenabhängige, Kinder und Jugendliche, geistig Behinderte) sowie Einrichtungen auf der Ebene übergeordneter Versorgungsgebiete geben. Auf der Ebene der Standardversorgungsgebiete sollen Koordinationsgremien eingerichtet werden und auf Landesebene sog. Planungskommissionen.²¹⁸ Soweit zu den Empfehlungen.

Für viele sozialpsychiatrisch Engagierte deutete sich hier schon an, dass von einer echten Strukturreform nicht die Rede sein konnte. Dieser Eindruck wurde durch die Stellungnahme der Bundesregierung verstärkt, die zwar eine Reihe von Vorhaben vorsah, jedoch: »Es erscheint darüber hinaus schon jetzt möglich, eine Reihe von sowohl mittel- als auch langfristigen Maßnahmen in Angriff zu nehmen oder doch vorzubereiten. Wegen der bestehenden Zuständigkeiten, die weitgehend in den Bereich der Länder fallen, wird sich die Bundesregierung allerdings zum Teil auf Anregungen beschränken müssen.«²¹⁹ Die ernüchternden Stellungnahmen der Bundesländer sowie der Fachgesellschaften und die Zwistigkeiten innerhalb der Sachverständigenkommissionen sorgten ihrerseits dafür, dass der Reformoptimismus der jungen »sozialpsychiatrischen Bewegung« einen erheblichen Dämpfer bekam, zumal sich auch die beginnende Wirtschaftskrise bemerkbar machte. Finzen und Schädle-Deiningner bringen die sich ausbreitende Resignation auf den Punkt: »Obwohl von Sektorisierung, Gemeindennähe und Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern zur Genüge die Rede ist, laufen die Pläne, soweit es sich bisher absehen lässt, eben aufgrund ihrer Bettenzentrierung nicht auf eine Erneuerung der Strukturen der psychiatrischen Krankenversorgung heraus, sondern allenfalls auf ihre Verniedlichung.«²²⁰ Sie sprechen davon, dass »das Pferd vom Schwanz aufgezäumt wird« und: »Die Logik der Entwicklung ist ebenso einfach wie niederschmetternd: Psychiatrische Institutionen waren riesig; also müssen sie in

216 Finzen und Schädle-Deiningner 1979, S. 52.

217 Deutscher Bundestag 1973, S. 12.

218 Ebd. S. 14-16.

219 Ebd. S. 5

220 Finzen und Schädle-Deiningner 1979, S. 69.

Zukunft auch riesig sein«.²²¹ Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt Dörner 1974: »Die Hoffnung, die psychiatrische Versorgung über neue, ergänzende Institutionen verändern zu können, war an die Stelle gesellschaftskritischer Analysen getreten«.²²²

In der Nachfolge des Zwischenberichtes wurde die Arbeit in der Sachverständigenkommission nicht einfacher; auf die Konflikte ist oben hingewiesen worden. Ursula von Wedel-Parlow kommt hinsichtlich der Kompromissbereitschaft der zum Teil erheblich zerstrittenen Gruppen zu einer Vermutung, dass dieser »die Absicht zugrunde lag im Interesse der Durchsetzbarkeit überwiegend finanzieller Ansprüche, im öffentlich-politischen Raum kein Bild der Zerrissenheit zu bieten«.²²³ Dennoch kann die Einigung, d.h. Kompromissbildung mit der Möglichkeit, Sondervoten abzugeben, dieser in sich zerstrittenen Sachverständigenkommission nicht hoch genug eingeschätzt werden. Sie ist der Einschätzung geschuldet, dass ein Scheitern der Kommission die Tür für eine Reform auf unabsehbare Zeit verschlossen hätte und für einen erheblichen Imageschaden des Faches gesorgt hätte.

3.3.6 Die Enquête und ihre Kritik

So beendete die Kommission im Jahre 1975 ihre Arbeit. Häfner merkt später zu den Berichten der einzelnen Arbeitsgruppen sowie zum Prozess der Erstellung des Gesamtberichtes süffisant an: »Wir hatten das Glück, viele enorm kreative, teilweise auch sehr diszipliniert arbeitende und sympathische Experten für die Enquête gewonnen zu haben. Die wenigen, die, durch den Geist der Zeit verführt, nichts geschafft hatten, gaben dem Redaktionsteam, das seine Arbeit im Ferienhaus der Kulenkampffs »in einem mehrwöchigen Crescendo zu Ende brachte«, ²²⁴ die Chance, einzelne Kapitel selbst zu schreiben und auf diesem Wege ohne Kontroverse zu gestalten. Welche Kapitel das sind, will ich für mich behalten«.²²⁵ Nun also lag der Bericht der Sachverständigenkommission vor und wurde dem Bundestag am 25. November 1975 zugeleitet.²²⁶ In diesem, in der Enquête 426 Seiten und im Anhang 1192 Seiten umfassenden und mehr als 1,5 Kilos schweren Werk wurden die Versorgungslage der Bevölkerung umfassend erhoben, die skandalösen Zustände der Psychiatrie kritisiert, ein vorhandener Bedarf an Versorgungsleistungen konstatiert und die Grundlagen einer neu zu ordnenden Versorgungsstruktur beschrieben.

Die Bestandsaufnahme der psychiatrischen Versorgung der westdeutschen Bevölkerung war die erste, die nach dem Krieg durchgeführt wurde. Entsprechend sind die Daten zum Teil nicht vollständig. Sie offenbaren jedoch die dürftigen Versorgungsstandards, die in der Psychiatrie herrschten.²²⁷

221 Ebd. S. 71

222 So Dörner in den Sozialpsychiatrischen Informationen 4, 1974, H 19 S. 201-211, zit. in Brink 2010, S. 469.

223 Wedel-Parlow 1981, S. 39.

224 Häfner 2003, S. 136.

225 Häfner 2001, S. 93.

226 Deutscher Bundestag 1975b, 1975a.

227 Deutscher Bundestag 1975b, S. 83-157.

Insgesamt gab es in Westdeutschland 903 Nervenärzte mit einer Kassenzulassung; das entspricht einer Arztdichte von 1: 68.449 Einwohner*innen. 60 % der Ärzte praktizierten in Städten über 100 Tsd. Einwohner. Darüber hinaus praktizierten 1.263 Fachpsychotherapeuten zum Teil in den 40 psychotherapeutischen/psychosomatischen Einrichtungen oder Abteilungen mit insgesamt 2.253 Betten. Von diesen waren die Hälfte in privater Trägerschaft und hatten für die Versorgung der schwer psychisch erkrankten und behinderten Menschen keine Bedeutung.

Die stationäre Versorgung wurde durch 334 Einrichtungen mit insgesamt 147.218 Betten getätigt, davon 130 Fachkrankenhäuser mit 98.757 Betten, 44 Fachabteilungen mit 3.164 Betten, 23 Universitätskliniken mit 3.507 Betten und 102 Heime und Anstalten mit 35.768 Betten. Bei den Fachkrankenhäusern lag die Bettenmessziffer bei 1,6 pro 1000 Einw. 72 Krankenhäuser verfügten über mehr als 500 Betten, davon 44 mehr als 1000. Von den Fachabteilungen lagen mehr als 50 % in Nordrhein-Westfalen. Mehr als die Hälfte der Betten (19.482) in Heimen und Anstalten verteilten sich auf 20 Einrichtungen mit mehr als 200 Betten.

In den Fachkrankenhäusern wurden 1972 158.034 Patient*innen aufgenommen worden, davon mehr als 2/3 in Krankenhäuser mit mehr als 100 Betten. Meist handelte es sich um die »Diagnosen« aus dem schizophrenen Formenkreis oder auch Schwachsinnformen. Insbesondere in Heimen und Anstaltsformen überwogen Schwachsinnformen. Die durchschnittliche Verweildauer betrug nur bei einem Fünftel der Patient*innen weniger als 3 Monate. Bei 13 % betrug sie zwischen 3 Monaten und einem Jahr, bei 8 % bis zu zwei Jahren und bei 13 % zwischen 2 und 5 Jahren. 15 % der Patient*innen verweilten zwischen 5 und 10 Jahren und 31 % der Patient*innen hatten eine Verweildauer von mehr als 10 Jahren; dies galt insbesondere für die Heime und Anstalten mit mehr als 500 Betten, wo 55 % der Insassen mehr als 10 Jahre verweilten.

Die Bausubstanz der Einrichtungen war veraltet. Mehr als 60 % der Einrichtungen mit mehr als 500 Betten sind vor 1925 gebaut worden, oft um die Jahrhundertwende. Große Schlafräume (Stationen) waren gang und gäbe, jedoch gab es große Unterschiede. In den (kleinen) Fachabteilungen und Unikliniken waren die Zimmer mit durchschnittlich 2,7 bis 2,9 Betten belegt und in den Einrichtungen über 1.000 Betten mit 5,1 Betten, wobei mehr als 10 % der Schlafräume mehr als 10 Betten beinhaltete.

In den klinisch-stationären Einrichtungen arbeiteten insgesamt 2.723 Ärzte, wobei in den Heimen/Anstalten 47 % der 155 Ärzte teilzeitbeschäftigt war. In den kleineren Einrichtungen bis zu 100 Betten (Abteilungen) war der Personalschlüssel 1: 27,2 und in den Einrichtungen ab 1.000 Betten betrug er 1: 66,1 (120). Insgesamt arbeiteten 374 Psychologen meist in den Fachkrankenhäusern und Universitätskliniken. Darüber hinaus standen 33.197 Personen als Pflegepersonal zur Verfügung, wobei der Ausbildungsstand sehr unterschiedlich war. Am höchsten war er mit knapp mehr als 50 % in den Fachabteilungen und Unikliniken und am niedrigsten mit knapp unter 20 % in den Heimen und Anstalten. Auch arbeiteten 457 Sozialarbeiter (innen?) in stationären Einrichtungen. Die Personalrelation war in den Fachabteilungen mit 1: 35,5 am günstigsten und in den Heimen und Anstalten mit mehr als 500 Betten mit 1: 927, 7 (!) doch recht übersichtlich. 1.135 Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut*innen, von denen lediglich 31 % eine abgeschlossene Berufsausbildung hatten, arbeiteten meist in den Unikliniken und Fachabteilungen. Eine Reihe von Einrichtungen verfügten über freiwillige Mitarbei-

ter*innen, sog. Bürgerhelfer oder auch über eine sog. »Außenfürsorge«. Letztere waren häufig mit kommunalen Gesundheitsämtern verzahnt. Bei den 398 Gesundheitsämtern war eine psychiatrische Beratung meist im Zusammenhang in die allgemeine Beratung integriert. In 84 Ämtern gab es eine psychiatrisch-spezialisierte Beratung, meist 14-tägig und in 10 Ämtern gab es keine psychiatrische Beratung.

In die Erhebungen wurde der sog. komplementäre Bereich nicht mit einbezogen. Lediglich die Werkstätten für Behinderte (WfB) wurden angeführt. In den 1973 erhobenen 234 Werkstätten fanden 17.758 Menschen mit Behinderungen Arbeit und Beschäftigung. Von diesen waren 1.115 (6,3 %) Beschäftigte mit seelischen Behinderungen (155). Aus diesem Grunde füge ich an dieser Stelle die wenigen Statistiken ein, die über diesen Bereich annähernd Auskunft geben können, da für die Hilfen für behinderte Menschen nicht zwischen geistig und psychisch behinderte Menschen unterschieden wird. Die Gesamtstatistik der freien Wohlfahrtspflege listet für das Jahr 1970 1.527 Heime für Menschen mit Behinderung und psychischen Erkrankungen auf, die insgesamt über 81.369 Betten/Plätze verfügen. In diesen Einrichtungen arbeiten 19.011 Beschäftigte.²²⁸ Rudolph Bauer wartet mit Basis 1975 ein paar Jahre später mit einigen differenzierteren Zahlen auf, die sich auf die einzelnen Wohlfahrtsverbände beziehen²²⁹. Hiernach sind ausschließlich die Diakonie, die Caritas und Mitglieder des Paritätischen relevant mit der Behindertenhilfe befasst. Die Diakonie verfügt über 199 Heime für geistig Behinderte mit 21.764 Plätzen und 50 Heime für psychisch Kranke und geistig Behinderte mit 3.382 Plätzen. Hinzu kommen 18 Übergangswohnheime für psychisch Kranke mit 706 Plätzen. Weiterhin gibt es 2 Klubheime mit 25 Plätzen und 26 Klubs für psychisch Kranke. Die Caritas betreibt 78 Heime für geistig Behinderte mit 18.257 Plätzen und ein Übergangswohnheim für psychisch Kranke mit 65 Plätzen. Die Mitgliedsorganisationen des Paritätischen betreiben insgesamt 144 Heime für Behinderte; weiter Zahlen liegen nicht vor. Die Arbeiterwohlfahrt betreibt 603 Wohn- und Erholungsheime mit 60.000 Plätzen. Heime für Behinderte werden nicht ausgewiesen. Soweit die erschütternden Zahlen. Allerdings finden sich schon hier erste Anzeichen der Modernisierung der Psychiatrie, wenn man sich im Vergleich die Zahlen der psychiatrischen Abteilungen oder auch erste Übergangswohnheime ansieht. Hier deutet sich schon ein Wandel an.

Mit der durch die Psychiatrie-Enquête konzipierten »Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter« soll nach dem Willen der Verfasser*innen erreicht werden, dass psychische Krankheiten möglichst schon vor dem Eintreten von »schwerwiegenden Beeinträchtigungen« beeinflusst werden. Es sollen durch präventive und beratende, durch ambulante und halbstationäre Maßnahmen stationäre Behandlung sowie durch komplementäre und rehabilitative Einrichtungen und Dienste psychische Krankheiten verhindert und die Behandlung humanisiert und effektiviert werden. Grundsätze der Enquête waren:²³⁰

228 BAGFW 2018, S. 12.

229 Vgl. zum Folgenden: Bauer 1978, S. 117-357.

230 Vgl. zu den Empfehlungen im Einzelnen: Deutscher Bundestag 1975b, Teil B, Seite 189ff.

- Entwicklung und Etablierung einer gemeindenahen, bedarfsgerechten und umfassenden Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten in »Standardversorgungsgebieten«.
- Ein Standardversorgungsgebiet sollte circa 150 – 300 Tsd. Einwohner umfassen und folgendes Inventar, d.h., folgende Einrichtungen und Dienste beinhalten:

Abbildung 1: Angebote in einem Standardversorgungsgebiet

Das Vorfeld psychiatrischer und psychotherapeutisch/psychosomatischer sowie rehabilitativer Dienste					
Allgemeine professionelle und nicht-professionelle Beratung in den Bereichen: Erziehung, Seelsorge, Rechtspflege, Gesundheitsämter, Arbeitsverwaltung und Sozialversicherung, Sozialarbeit		Beratungsstellen praktische Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin		psychosoziale Kontaktstellen Fachärzte anderer Disziplinen	
<hr/>					
Ambulante Dienste					
niedergelassene Nervenärzte		niedergelassene Psychagogen (Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten)			
niedergelassene ärztliche und nicht-ärztliche Fachpsychotherapeuten		psychosoziale Versorgungseinrichtungen (in unterversorgten Gebieten)			
Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Eltern					
<hr/>					
Ambulante Dienste an Krankenhaus-einrichtungen	Halbstationäre Dienste	Stationäre Dienste	Komplementäre Dienste	Spezielle rehabilitative Dienste	Dienste für Behinderte
ambulante Dienste an psychiatrischen Behandlungszentren	Tageskliniken und Nachtkliniken	psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern	Übergangshome	Werkstätten für Behinderte	Einrichtung zur Früherkennung, Frühdiagnose und Frühbehandlung
psychotherapeutisch/psychosomatische Polikliniken	Tageskliniken und Nachtkliniken für besondere Patientengruppen	psychotherapeutisch/psychosomatische Abteilungen an psychiatrischen Krankenhäusern und Allgemeinen Krankenhäusern	Wohnheime und Wohnheime für besondere Patientengruppen	Beschützende Arbeitsplätze	Sonderkindergärten
Fachambulanzen		gerontopsychiatrische Abteilung	Beschützende Wohngruppen und Wohnungen		Sonderschulen
		Assessment-Unit für psychisch kranke alte Menschen	Familienpflege		Sonderklassen
			Tagesstätten		Wohnangebote
			Patientenclubs		Bildungs-, Freizeit- und Erholungsstätten
			Einrichtungen für Schwerst- und Mehrfach-behinderte		
<hr/>					
KOORDINATION Psychosozialer Ausschuß Kooperation der Träger Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft PLANUNG					

Quelle: Deutscher Bundestag 1975b, S. 29.

- Durchgreifende Verkleinerung der großen psychiatrischen Krankenhäuser (inkl.-SSatellitenmodell) und Integration der Psychiatrie in die übrige Medizin durch Einrichtung von Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern.
- Auf- und Ausbau gemeindenaher ambulanter, »komplementärer« und rehabilitativer Dienste
- Berücksichtigung spezifischer Gruppen wie alters- oder suchtkranke Menschen, Kinder- und Jugendliche
- Verstärkte Aus-, Weiter- und Fortbildung für alle in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen.

- Gleichstellung der psychisch Kranken mit somatisch Kranken
- Intensive Kooperation der Träger im Rahme der Planung und Koordination der Leistungen im Rahmen der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft oder auch psychosozialen Ausschuss.

Angesichts des Umfangs der Enquête ist es wenigen zu verdanken, dass die Enquête in der Öffentlichkeit überhaupt in ihren Inhalten wahrgenommen werden konnte. Hierzu gehörte auf jeden Fall Arnd Schwendy, der im Auftrag der Geschäftsstelle der Kommission die Empfehlungen auf circa 30 Seiten eindampfte und so für die Lesbarkeit hinsichtlich der Politiker- und Journalisten sorgte. Und natürlich gehören hierzu auch Hilde Schädle-Deininger und Asmus Finzen mit ihrer Werkstattsschrift »Unter elenden menschenunwürdigen Umständen – Die Psychiatrie-Enquête«.²³¹

Es kann an dieser Stelle bei Weitem nicht auf alle Empfehlungen sowie auf sämtliche Kritiken eingegangen werden, sondern nur auf ausgewählte Aspekte. Allerdings muss eines vorausgeschickt werden: Auf die schrecklichen Ereignisse in der Psychiatrie während des nationalsozialistischen Deutschlands geht die Enquête eher beiläufig ein. So wird in einem kurzen Absatz im geschichtlichen Aufriss auf die »Tötung Geisteskranker während des Nationalsozialismus« hingewiesen²³² und in der Präambel finden sich folgende zwei Sätze: »Verglichen mit der Entwicklung in vielen anderen Ländern und verglichen mit den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation, sind die Probleme seelischer Gesundheit und Krankheit im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik um wenigstens ein Jahrzehnt verspätet wahrgenommen worden. Nicht zuletzt mag dabei die Reaktion auf die unmenschliche Behandlung psychisch Kranker und Behinderter während des ›Dritten Reiches‹ eine Rolle spielen. Einige der in diesem Bericht vorgeschlagenen Verbesserungen haben daher über ihre allgemeine humanitäre Aufgabe hinaus, noch eine besondere Verpflichtung zu erfüllen«.²³³ Noch war die Zeit nicht reif...

Kritik formierte sich von unterschiedlichen Seiten. Die Kritik der eher konservativen Ärzteschaft formierte sich zum einen in den Sondervoten und wurde zusammengefasst in der Zeitschrift »Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde« schon im Januar 1976. Anbei seien einige Stichworte angeführt:²³⁴ Häfner spricht sich gegen »Behandlungszentren«, wie sie insbesondere Kulenkampff präferierte, aus, mit der Begründung, dass bei gelingender Koordination und Kooperation eine »normale« Krankenhausgliederung auch für die Psychiatrie hinreichend sei. Christiani für die DGPN stützt sich in seiner Stellungnahme auf das Sondervotum von Hippius, fordert Förderung der Wissenschaften und warnt vor einer »Institutionalisierung« psychotherapeutisch-psychosomatischer Leistungen in Kliniken. Der Berufsverband Deutscher

231 Finzen und Schädle-Deininger 1979 Bei dieser Auflage handelt es sich bereits um die Version des Psychiatrieverlages, der – wie Finzen schreibt – ein buchhändlerischer Flop war. In den vorhergehenden Auflagen, die im Eigenverlag veröffentlicht wurden, sind mehr als 7500 Exemplare verkauft worden Finzen 2018, S. 5.

232 Deutscher Bundestag 1975b, S. 62.

233 Deutscher Bundestag 1975b, S. 4.

234 Siehe im Folgenden: Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde 1976.

Nervenärzte (BDN) wendet sich insbesondere gegen die ambulante Behandlung durch Krankenhäuser sowie eine »Psychologisierung« der Hilfen und warnt vor »übersetzten Hoffnungen« in »sogenannten Übergangseinrichtungen«. Degkwitz warnt davor, dass durch »den Versuch einer perfekten technokratischen Lösung zur Versorgung psychisch Kranker und Behinderter« die Menschlichkeit auf der Strecke bleibt und – vor allem – die schwer chronifizierten psychisch kranken und behinderten Menschen, die sog. »Pflegefälle«.

Die meisten Stellungnahmen aus dem kritischen sozialpsychiatrischen Spektrum bezogen sich darauf, dass die Empfehlungen der Enquête keine »echte« Reform darstellen würden, sondern – schon im Zeichen des »Sozialstaates in der Krise« einen Minimalkonsens sowie eine Aneinanderreihung von Forderungen und Vorschlägen unterschiedlicher untereinander zerstrittener Interessengruppen formulieren, wie sich auch an den Sondervoten in der Enquête zeigt. Es kann nicht von einen in sich geschlossenen Konzept einer Psychiatriereform« gesprochen werden, sondern die Empfehlungen der Enquête müssen als ein »Maximalprogramm unter Ausschluss von Finanzierungskriterien« angesehen werden, welches ein Mittel zur »Konfliktvertagung« darstellt.²³⁵ Es handelt sich »um eine Modernisierung ohne Reform«²³⁶ handelt. Ähnlich äußern sich Finzen und Schädle-Deiningner resignativ, indem sie behaupten, dass alles beim Alten bleiben kann, die Situation in den Landeskrankenhäusern nicht verbessert wurde, die Enquête zwar sinnvoll, ihre Forderungen aber über Jahrzehnte nicht verwirklicht werden können, jedoch »ganz ohne Zweifel Denkanstöße vermitteln« kann.²³⁷ Seine Kritik an der Enquête formuliert Dörner so, sie sei zu wenig konkret, zu perfekt, zu technokratisch, zu wenig von der Ambulanz her gedacht, zu wenig Selbsthilfe-orientiert, zu wenig präventiv und zu wenig teamorientiert.²³⁸ Die Forschungsgruppe »Psychiatrie im Umbruch« formuliert eine eher antipsychiatrische Position; die von der »Strategie des therapeutischen Staates«, in der die traditionelle sicherheitspolitische Strategie des Staates gegenüber Störern mit neuen Normalisierungstechniken realisiert wird.²³⁹

In der Nachschau fasst Cornelia Brink die Orientierung der Enquête folgendermaßen zusammen: »Im Wesentlichen fanden sich in der Enquête zwei Positionen nebeneinander: eine strukturkonservative Lösung, die auf den quantitativen Ausbau der Kliniken, mehr Betten und mehr Personal setzte, und eine auf Strukturveränderungen setzende Lösung, die ein Konzept der Ausdifferenzierung mittels ergänzender teilstationärer und ambulanter Einrichtungen mit dem Ziel vertrat, den stationären Sektor langfristig zu verkleinern. Die Enquête stellte also die existierende »zweisäulige« Versorgung durch niedergelassene Nervenärzte, die privat wirtschafteten, und durch Landeskrankenhäuser, die vom Bundesland bzw. vom Staat getragen wurden, nicht infrage. Vielmehr erweiterte sie das bisherige Versorgungssystem um eine dritte Säule, die

235 Vgl. Wedel-Parlow 1981, 36ff. Kardorff 1984, 1985, S. 13; Bonß et al. 1985.

236 Kardorff 1984, 33.

237 Finzen und Schädle-Deiningner 1979, 213ff.

238 Dörner 1979.

239 Forschungsgruppe Psychiatrie in Umbruch 1979, 260ff.

komplementären und rehabilitativen Einrichtungen, darunter Heime für eigene Patientengruppen ebenso wie Übergangs- Vor- oder Nachsorgeeinrichtungen«. ²⁴⁰

Auf der Jahrestagung der Aktion Psychisch Kranke im Jahre 2000 zum 25-jährigen Bestehen der Enquête ²⁴¹ sind zahlreiche Vorträge gehalten worden, die die Enquête würdigten, jedoch auch darauf hinwiesen, dass eine Reihe von Menschen und Probleme von der Psychiatrie-Reform »vergessen, verdrängt, verschoben...?« wurden. ²⁴² Hierauf soll an dieser Stelle nicht eingegangen werden, doch zwei Aspekte sollen noch gewürdigt werden: Das sind die langfristig erkrankten und behinderten Menschen, die sog. »Pflegefälle« und das sind – ganz anders gelagert – die »Konstruktionsprinzipien« der Enquête, die sich schon bei ihrer Erstellung überlebt hatten.

Schon Anfang der 1970er-Jahre mit der Einführung des KHG und BSHG, jedoch mit voller Wucht mit dem Erscheinen der Psychiatrie-Enquête ist das Problem der langzeit-erkrankten und behinderten Menschen, den sog. Pflegefällen, virulent geworden. Die Funktionen des Krankenhauses, insbesondere der im Entstehen begriffenen psychiatrischen Abteilungen als auch die der Landeskrankenhäuser änderte sich von der »Heil- und Pflegeanstalt« wieder hin zu einem sich auf Griesinger beziehenden Modell bzw. der Funktion der psychiatrischen Akutversorgung (Psychiatrische Abteilung) bzw. der »mittelfristigen« Behandlung im Fachkrankenhaus. Besonders nach 1975 wurden viele Langzeitbereiche der alten Anstalten als Heime »umetikettiert« oder die Patient*innen wurden in Heime, Übergangswohnheime oder sonstige »Wohnstätten« untergebracht. Für diese war ja nun der Träger der Eingliederungshilfe zuständig. Die Sachverständigenkommission formulierte dies so: »Tatsache ist, dass sich vor allem in großen psychiatrischen Krankenhäusern sehr verschiedenartige Gruppen von psychisch Kranken, Behinderten und sozial Isolierten ansammeln, von denen ein nicht geringer Teil unter dem Gesichtspunkt der Krankenhausbedürftigkeit als fehlplatziert (sic!) betrachtet werden muss. Diese oft langjährigen Bewohner bestehender psychiatrischer Krankenhäuser sollten anderen, ihren Bedürfnissen entsprechenden Betreuungseinrichtungen zugeführt werden«. ²⁴³ Das waren die oben genannten Einrichtungen, die eben die alten waren, nur mit einem neuen Türschild oder andere Einrichtungen, die oft nicht modernen Standards entsprach. Mit der Reduzierung der Krankenhausbetten ging eine Aufblähung des sog. Heimbereiches einher, der einige Tsd. Klient*innen betraf. ²⁴⁴ Mit der »Unterbringung« in Heimen war eine vergleichbare Institutionalisierung mit ihren Folgen verbunden, die Goffman kritisiert hatte, nämlich dass die institutionalisierte Versorgung die Lebensuntüchtigkeit verstärkt, die Beziehungen zum früheren Leben abnehmen und die Institution zum Lebensmittelpunkt wird und die Angehörigen und soziales Umfeld weder lernen, mit den kranken Personen zusammen zu leben, noch geeignete Hilfen in Anspruch zu nehmen. ²⁴⁵ Dies war – wenn man so will – der »Keller« der deutschen Psychiatriereform, der ein bis heute ungelöstes Problem darstellt.

240 Brink 2010, S. 472.

241 Vgl. AKTION PSYCHISCH KRANKE 2001a, 2001b.

242 So der gleichnamige Vortrag von Arndt Schwendy 2001 Siehe auch: Armbruster et al. 2015.

243 Deutscher Bundestag 1975b, S. 205.

244 Vgl. Kunze 1980, 1981, 2015; Siemen 2003.

245 Kunze 2001, 118f.

Diese »doppelte« institutionelle Trennung der psychiatrischen Versorgung, nämlich die in andere »Räume« und andere »Zuständigkeiten« wird ergänzt durch eine dritte institutionelle Trennung, nämlich die, dass die »chronisch« kranken Menschen aus dem Blickfeld der wissenschaftlich-akademischen (Sozial-)Psychiatrie verschwinden.

Zum Zweiten möchte ich auf ein »Konstruktionsprinzip« der Empfehlungen eingehen, auf die vor allem Kunze mehrmals verwiesen hat und diese Kritik auf eine gesellschaftliche Ebene heben: Heinrich Kunze kritisiert an den Empfehlungen der Enquête insbesondere das Prinzip der »therapeutischen Kette«.²⁴⁶ Dieses Prinzip bedeutet, dass in einem »Standardversorgungsgebiet« für unterschiedliche Zielgruppen für unterschiedliche Stadien eines Krankheits-, Rehabilitations- und Hilfeverlaufes eine besondere Einrichtungsform – ein »Kästchen« wie Kunze sagt – existiert, durch die die Patient*innen im Rahmen Ihres Behandlungs-, Reha- und Hilfeprozesses geschleust werden. So entstehen »viele verschiedene, aber in sich möglichst *homogene Standardpakete für Personen mit im Querschnitt möglichst gleichem Hilfebedarf*«. ²⁴⁷ Zwar sei dieses Prinzip als eine Alternative zum Anstaltsprinzip entwickelt worden, jedoch noch zu sehr am alten Anstaltsparadigma orientiert und dies auch mit den Folgen, dass sich die Person in immer neuen Zusammenhängen zurechtfinden muss. »Wenn der Hilfebedarf sich ändert, dann muss die Person das Maßnahme-homogene Kästchen wechseln mit der Folge der Diskontinuität der therapeutischen und sozialen Beziehungen und dem Wechsel in eine neue Umgebung«. ²⁴⁸ Ernst Köhler hat 1984 auf der Jahrestagung der DGSP darauf hingewiesen, dass die Sozialpsychiatrie, mithin also die deutsche Psychiatriereform, historisch verspätet sei. »Sie war schon überholt, als sie konzipiert wurde. Rein zeitlich ist sie zwar ein Kind der Krise, aber geistig ist sie ein Kind der Vollbeschäftigung. So hat sie vom Start weg gleichsam mit dem Rücken zur Wand gestanden, den Blick starr und immer starrer zurückwendend«. ²⁴⁹ Abgesehen davon, dass die Psychiatrie nicht nur den Blick zurückwendet, sondern in den nächsten 10 Jahren auch mal nach vorn, ist diese allgemeine Kritik nicht falsch, jedoch präzisierungsbedürftig, und zwar mit der Kritik von Heiner Kunze sowie mit einigen gesellschaftswissenschaftlichen Befunden. Hierbei setze ich an bei den Ausführungen von Rudloff, der die Psychiatriereform als »Paradebeispiel« wissenschaftlich gestützter Reformpolitik bezeichnet hat. ²⁵⁰ Ich bin jedoch der Überzeugung, gehe einen Schritt weiter und sage, dass die Vorstellungen der Enquête nicht nur an dem Paradigma sozialdemokratischer, strukturell angelegter »Großprojekte« orientiert waren, sondern sich an dem schon oben genannten Paradigma »fordistisch organisierter Massenproduktion« ²⁵¹ orientierten. Dieses schildert Kunze – ohne es so zu benennen – in beeindruckender Klarheit. Ergänzt wird dieses Produktionsmodell durch die durch die – gleichfalls fordistische – Form der Steuerung

246 Vgl. zum Folgenden: Kunze 2001, 119f., 2015, 33f. Auch: Kruckenberg et al. 1999; Kunze und Kruckenberg 1999.

247 Kunze 2015, S. 33 Im Original schräggedruckt.

248 Kunze 2001, S. 118.

249 Köhler 1985, S. 181.

250 Rudloff 2010.

251 Vgl. Kapitel 3.1

und Planung der Hilfen, durch »psychosoziale Arbeitsgemeinschaften« bzw. »psychosoziale Ausschüsse«, die sich zum einen an ein altes sozialdemokratisches Modell der »Sozialgemeinde«²⁵² bzw. der gewerkschaftlich orientierten »Selbstverwaltung«²⁵³ orientieren und zu anderen durch die »fordistische« Form der Steuerung im Rahmen »korporatistischer Arrangements« auszeichnen, soz. als »inszenierter« Korporatismus.²⁵⁴ Meines Erachtens wäre genau dies die Kritik, dass nämlich – Konjunkturen hin oder her – die Psychiatriereform in der Bundesrepublik an einem paradigmatischen Modell fordistischer Massenproduktion orientierte, welches zu diesem Zeitpunkt bereits am Erodieren war. Genau hierauf muss sich eine »historische Verspätung« beziehen.

Auf einen dritten Aspekt, den Rudloff bereits 2003 indirekt erwähnt hat,²⁵⁵ muss zumindest in einem Stichwort hingewiesen werden: Weder Psychiatrie-Enquête, noch die meisten Autoren ihrer Kritik und die Vorträge der oben genannten Jahrestagung der APK im Jahre 2000 gehen auf den Zusammenhang von Armut, psychischer Krankheit oder auch die Versorgung von armen Menschen ein. Auch in dem Band zum 40-jährigen Jubiläum der Enquête²⁵⁶ wird selbst in dem Artikel zu »Armut und Psychiatrie in Deutschland seit der Psychiatrie-Enquête«²⁵⁷ leider nur sehr peripher auf das Problem eingegangen.

So gibt es an der Enquête eine ganze Menge zu kritisieren, angefangen von der »Systemkritik«, der Modernisierungs- oder auch Medikalisierungsstrategie bis hin zur »Kleinteiligkeit«, dass Teams nicht hinreichend berücksichtigt wurden. Unbestreitbar bleibt allerdings, dass durch die Enquête ein wirkungsvoller und nachhaltiger Prozess angestoßen wurde, der bis heute andauert. Vielleicht trifft Rainer Kukla mit seiner Aussage den Nagel auf den Kopf: »Vieles blieb sicher auch nach der Enquête lange noch im Argen. Rückblickend muss man aber wohl sagen, dass die Sachverständigen Kommission das zu ihrer Zeit gesundheitspolitisch Mögliche durchaus kunstvoll ausgenutzt und einen Prozess in Gang gesetzt hat, der den bedrückenden Abstand zur internationalen Entwicklung der Psychiatrie aufzuholen half.«²⁵⁸ Soweit zur Psychiatrie-Enquête.

Erste Auswirkungen der Enquête ließen nicht lange auf sich warten. So wurde nach erbitterten Widerständen der niedergelassenen Ärzte die RVO²⁵⁹ dahingehend geändert, dass die psychiatrischen Fachkrankenhäuser in unterversorgten Gebieten Institutsambulanzen eröffnen konnten²⁶⁰. Auch einzelne Bundesländer begannen nun, die psychiatrische Versorgung zu reformieren, etablierten Psychisch-Kranken-Gesetze (Psych-KG) und »Sozialpsychiatrische Dienste« an den (kommunalen) Gesundheitsämtern. Auch versuchte der Bund über Modellförderungen Zeichen zu setzen Richtungen vorzugeben und die Länder in Zugzwang zu setzen. Schon in der Stellungnahme zum

252 Auerbach et al. 1957.

253 Standfest 1977.

254 Vgl. Heinze 2000. Siehe auch: Peil und Timm 1981.

255 Rudloff 2003, S. 191.

256 Armbruster et al. 2015.

257 Vgl. Zimmermann 2015.

258 Kukla 2015, S. 50.

259 Die RVO – Reichsversicherungsordnung – war die Urform derjenigen Gesetze, die später als unterschiedliche Sozialgesetzbücher die deutschen Sozialversicherungen gesetzlich regelten.

260 Rudloff 2006, S. 589.

Zwischenbericht hat der Bund den sog. »kleinen Modellverbund« bzw. Modellprogramm eingerichtet. In diesem wurde, wie Finzen behauptet – »die DGSP-Mitglieder gut bedient«,²⁶¹ da viele der Modelleinrichtungen und -dienste von DGSP-Mitgliedern aufgebaut wurden. Neben der Erprobung eines kleinen Versorgungsnetzes (Mönchengladbach), einer »Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft« (Lahn-Gießen) lag hier das Hauptgewicht in der Erprobung von ambulanten Wohnformen und Übergangseinrichtungen (Mannheim),²⁶² die mit neuartigen Konzepten arbeiteten. Von den 13 zwischen 1976 und 1979 geförderten Einrichtungen waren drei Psychosoziale Kontaktstellen (PSK), die mit unterschiedlichen Konzeptionen ihre Arbeit aufnehmen konnten, die PSK – Varel,²⁶³ PSK »der Lotse« – Hamburg,²⁶⁴ PSK »Treffpunkt Waldstraße« – Berlin,²⁶⁵ sowie ein Sozialpsychiatrischer Dienst in Uelzen.²⁶⁶

Die Erfahrungen der im Modellverbund zusammengeschlossenen Einrichtungen und Dienste wurden 1982 in einem gemeinsamen Erfahrungsbericht veröffentlicht.²⁶⁷ Neben im Einzelnen sich herausstellender Notwendigkeiten zur Veränderung der Konzepte und Arbeitsweisen wurde in diesem Modellverbund besonders deutlich, dass eine ambulante Arbeit nur effektiv im Verbund mit anderen Einrichtungen und Diensten sein kann. Einzelne Einrichtungen haben innerhalb einer ansonsten unterentwickelten Infrastruktur sehr begrenzte Möglichkeiten, zu einer Verbesserung der Versorgung insgesamt beizutragen.²⁶⁸ Auch die Erfahrungen der PSAG Lahn-Gießen zeigten die Wichtigkeit von Kooperation und Koordination für eine gemeinorientierte Versorgung, sowie die Notwendigkeit, »vor Ort« arbeitende Professionelle in eine örtliche Planung mit einzubeziehen. Außerdem wurde aufgezeigt, dass eine isolierte psychiatrische Arbeitsweise den umfassenden sozialen Problemen (z. B. Armut, Wohnungsnot) der Klientel nicht angemessen ist und zur »Psychiatisierung« führen kann.²⁶⁹ Nicht zuletzt die Kämpfe vieler Modelleinrichtungen um ihre Anschlussfinanzierung haben auch im psychosozialen Bereich²⁷⁰ auf die Schwierigkeiten innovativer ambulanter Arbeit in diesem Bereich hingewiesen, die mit der Abhängigkeit von übergeordneten nach bürokratischen Regeln verfahrenender (Kosten-)Trägern verbunden ist.²⁷¹ Hieraus wurde die Notwendigkeit einer pauschalen Mischfinanzierung abgeleitet.²⁷² Noeske berichtet über

261 Finzen 2011.

262 Noeske 2003.

263 Zenker 1985.

264 Der Lotse 1981; Klockmann 1982.

265 Legewie et al. 1985.

266 Autorengruppe Häcklingen und Altemeier 1981.

267 Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit 1982 Erste Kurzberichte finden sich auch in: Deutscher Bundestag 1979, S. 328–345.

268 Autorengruppe Häcklingen und Altemeier 1981, 151ff.; Der Lotse 1981, 86ff.; Klockmann 1982.

269 Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit 1982, S. 27.

270 Vgl für den Drogenbereich: Raschke und Schliehe 1979.

271 Siehe in diesem Zusammenhang die Schwierigkeiten der beiden Einrichtungen in Niedersachsen (Uelzen und Varel). Vgl. Autorengruppe Häcklingen und Altemeier 1981; Zenker 1985; Kardorff 1985b.

272 Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit 1982, 80f.; Der Lotse 1981, 131f.; DGSP et al. 1982.

die Schwierigkeiten, die Sozialversicherungen in die Finanzierung des »Übergangswohnheim« einzubinden und die Weigerung insbesondere der Krankenversicherungen, für psychosoziale Maßnahmen der sozialen Rehabilitation einzustehen.²⁷³ Niels Pörksen berichtet über ähnliche Erfahrungen, dass Vorschläge zur Mischfinanzierung, die durchaus auch Aspekte des »Halbierungserlass« pragmatisch fruchtbar machen wollten, auf den erbitterten Widerstand des Min. Dir. Carl Jungk²⁷⁴ vom BMAS stießen, der auf keinen Fall eine Zuständigkeitsteilung wollte und alles kategorisch ablehnte, was nur im Entferntesten nach Kontinuität mit dem Naziregime aussehen könnte.²⁷⁵

Schon im kleinen Modellverbund zeigten sich Schwierigkeiten mit einer Begleitforschung. So scheiterte die zunächst beabsichtigte zentrale Evaluation durch die Planungsfirma Heinle, Wischer & Partner am Widerstand von Praktikern und Trägern. Erst nachdem die Projekte selbst Begleitforscher*innen einstellen konnten, konnte es zu einer Beforschung kommen, die vornehmlich nicht nach quantitativen Effizienzkriterien vorging, sondern die Qualität der Arbeit der Dienste und Einrichtungen in den Mittelpunkt und für die Projekte eine Grundlage zur selbstkritischen Reflexion der Arbeit darstellte.²⁷⁶ Aber die Einrichtungen standen auch unter erheblichem Legitimationsdruck. Den ersten 13 zwischen 1976 und 1979 mit circa 1 Mio. DM pro Jahr geförderten Projekten sollten jedoch trotz der Schwierigkeiten noch etwa 86 weitere Projekte bis 1993 folgen.²⁷⁷

Anstelle der durch die Sachverständigenkommission nicht erfolgte Kostenschätzung wurde die Fa. Heine, Wischer und Partner damit beauftragt, eine solche zu erstellen. Ihr Bericht lag bereits 1976 vor, wurde jedoch erst 1978 veröffentlicht. Sie konkretisierte die Empfehlungen der Sachverständigenkommission dahingehend, dass sie die für ein Standardversorgungsgebiet geforderten Einrichtungen und Dienste notwendigen baulichen und personellen Voraussetzungen konkretisierte und den finanziellen Aufwand abschätzte. »Die Studie gelangte bilanzierend zu dem – aus Sicht der Reformpromotoren immerhin erfreulichen – Ergebnis, dass die Vorschläge der Enquête gegenüber den bisherigen Versorgungsformen auch unter Kostengesichtspunkten die bessere Lösung bieten würden. Sie befand zugleich aber auch, dass die vorgeschlagenen Reformvorhaben realistisch betrachtet nur in Stufen und auf lange Frist einzulösen sein würden.«²⁷⁸ Vielleicht war das Ergebnis für einige erfreulich; in der DGSP und deren nahen Kreisen war das Ergebnis der Enquête und – vor allem – der Planungsstudie und Modellprogramm alles andere als erfreulich. Von Kardorff und Zenker sprechen von einer »Reformillusion«;²⁷⁹ Finzen und Schädle-Deiningner sprechen angesichts der entwickelten Planungszahlen von »Ein Hauch von Gigantomanie«, deren Grund darin liege »Die Interessenvertreter haben ungeniert zugehört«²⁸⁰. Auch Dörner kritisiert die

273 Noeske 2003, S. 4.

274 Carl Jungk war der entscheidende Experte im BMAS für das deutsche Rehabilitationsrecht.

275 Mitteilung von Niels Pörksen bei einem Gespräch am 18. März 2019 in Bielefeld.

276 Gottwald 1982; Klockmann 1982.

277 Kruckenberg 2015, S. 185.

278 Rudloff 2010, S. 196.

279 Kardorff 1985b; Zenker 1985.

280 Finzen und Schädle-Deiningner 1979, 235, 236.

Enquête unter anderem als »zu wenig konkret«, »zu perfekt«, »zu technokratisch«.²⁸¹ Auch andere Interessengruppen und Bundesländer kritisierten die Ergebnisse der Planungsstudie. Jedoch: »Auffallend ist dabei, dass der Enquête-Schlussbericht auf breite Zustimmung bei politischen und professionellen Gremien traf, die Planungsstudie, die eben diesen Bericht zur Grundlage hatte und an der Mitglieder der Enquêtekommission beratend mitgewirkt hatten, dagegen Kritik erntete«.²⁸² Das würde heute sicher anders aussehen, immerhin hatte die Fa. Heinle, Wischer und Partner mit ihrer Studie einen ersten konkreten Qualitätsstandard entwickelt. Die Studie geriet – im Gegensatz zur Enquête – schnell in Vergessenheit. Erst circa 12 Jahre später wurde mit der sog. »Personalverordnung Psychiatrie« für den klinischen Bereich ein flexibler Personalstandard entwickelt; für den außerklinischen Bereich steht ein solcher Standard bis heute aus.

Zur großen Enttäuschung, anschwellenden Wut und Radikalisierung der »fortschrittlichen« sozialpsychiatrischen »Bewegung« nahm die Bundesregierung erst 4 Jahre nach Erscheinen der Psychiatrie-Enquête 1979 offiziell Stellung zu dem Bericht der Sachverständigenkommission.²⁸³ In dieser Stellungnahme machten sich jedoch schon die nunmehr veränderten ökonomischen und politischen Rahmenbedingungen bemerkbar, die sich in Form von verschärfter Finanzknappheit äußerten. Bei einer grundsätzlichen Zustimmung zu den von der Enquêtekommission aufgestellten Grundsätzen wird relativiert, dass die Zielvorstellungen der Sachverständigen nur innerhalb eines »großen Zeitraumes« verwirklicht werden können. Außerdem wurde auf die Finanzknappheit hingewiesen und auf die damit verbundene Notwendigkeit der Kostenreduzierung. Diese mache auch erforderlich, dass die »Dringlichkeit einzelner Vorhaben auch hinsichtlich ihrer Kostenauswirkungen zu beobachten sind« und evtl. »bei Berücksichtigung der finanziellen Grenzen bei Bund, Ländern, Gemeinden und Trägern veränderte Prioritäten gesetzt werden müssen«.²⁸⁴

Folgt man Ursula von Wedel-Parlow, so hat die Denkschrift »Der Krieg gegen die Psychisch Kranken« der DGSP²⁸⁵ die Diskussion im Bundestag befeuert, da sich alle Fraktionen in seltener Harmonie durchaus auf die Grundaussagen der Enquête einigen konnten. Allerdings: Die eingeladenen zuständigen Landesminister der Länder erschienen geschlossen nicht zur Bundestagsdebatte,²⁸⁶ auf der dann auch das »große Modellprogramm« beschlossen wurde. Das vom Bundestag 1979 beschlossene Modellprogramm (Modellprogramm der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Bereich) ist unter diesen restriktiven Vorzeichen zu sehen.²⁸⁷ Über das Modellprogramm wird im nächsten Kapitel die Rede sein.

281 Dörner 1979.

282 Wedel-Parlow 1981, S. 439.

283 Deutscher Bundestag 1979.

284 Deutscher Bundestag 1979, 6f.

285 Dörner et al. 1980 (1979).

286 Wedel-Parlow 1981, S. 453.

287 Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit 1980.