

onskünstlers Otto Mühl oder die Sanyasins des Gurus Bhagwan, für die individuelle Methoden als auch für gruppenbezogenen Methoden, die im Rahmen von Selbsterfahrungen, feministischer Gruppen oder auch Männergruppen regen Zulauf hatten.²¹ Von gesellschaftskritischer Seite wurde dieser Psychoboom kritisiert, hat sich jedoch durchgesetzt.²² Resümierend schreibt Reichardt: »Der Psychoboom war nicht nur Ausdruck des Protests, der Verlorenheit und der Angst, sondern ebenso des Aufstieges des psychosomatischen Selbstmanagements: Mit der Entstehung der therapeutischen Gesellschaft auf psychologischer Ebene korrespondierten die Fitnesswelle, Trimm-dich-Pfade, Yoga und Bodybuilding auf der körperlichen Ebene.«²³ Interessant hierbei ist die Ironie, dass letztlich die »neuen sozialen Bewegungen« oder auch das »linksalternative Milieu« zur Modernisierung der kapitalistischen Gesellschaft Entscheidendes beigetragen haben. Dies gilt sowohl für die Fragen der Authentizität wie auch der Selbstverwirklichung, die durchaus in kritischer Distanz (Künstlerkritik) und Abgrenzung zum »kapitalistischen System« gesehen wurden, jedoch im Laufe der Zeit von diesem absorbiert wurde und nun als Anforderung des »Systems« dem Subjekt abverlangt wird,²⁴ als auch für die Subjekte, die sich authentisch, einzigartig und unverwechselbar als »Singularität«²⁵ darstellen.

3.2 Sozial-, Behinderten- und Gesundheitspolitik

Die Zeit zwischen 1969 und 1974 gilt nicht umsonst als die »Blütezeit des Wohlfahrtsstaats«.²⁶ Die sozialliberale Koalition knüpfte an die Große Koalition an und intensivierete die sozialstaatliche Expansion im bisher nicht bekannten Ausmaß. Leitgedanken waren dabei die Herstellung von Chancengleichheit, insbesondere für Arbeitnehmer*innen und für bisher nicht berücksichtigte Gruppen, wie Frauen, Kinder und Jugendliche sowie Behinderte und andere »Randgruppen«.²⁷ Rudloff spricht von einem »goldenen Zeitalter des Sozialstaats [...] aus dem Geist der Gesellschaftsreform«.²⁸

Mit dem Ausbau (nicht nur) des Sozialstaates in den 1970er-Jahren haben die Sozialwissenschaften enorm an Bedeutung gewonnen. Dies hat nicht nur mit der Veränderung von Lebensbedingungen und der damit verbundenen Ausweitung von Dienstleistungen einiges zu tun, sondern auch mit der Verwissenschaftlichung von Politik,²⁹ Systemkonkurrenz in der Hochzeit des Kalten Krieges³⁰ und gilt sowohl für die Formulierung und Umsetzung von Sozialpolitik als auch für die Kritik daran. Darüber hinaus: Sozialpolitik war nun nicht mehr darauf ausgerichtet, kompensatorisch auf

21 Reichardt 2014, S. 784 Auch: Bopp 1979.

22 Zusammenfassend: Reumschüssel 1988, S. 32.

23 Reichardt 2014, S. 793.

24 Boltanski und Chiapello 2003.

25 Reckwitz 2017.

26 Hockerts 2012b, S. 144.

27 Rudloff 2003.

28 Rudloff 2003, S. 185.

29 Lengwiler 2010.

30 Link 2018.

Notlagen zu reagieren, sondern darauf, als Gesellschaftspolitik aktiv und vorausschauend zu sein und Lebensverhältnisse bzw. die Modernisierung der Gesellschaft aktiv zu steuern.³¹ Wie in anderen Politikfeldern verwissenschaftlichtet sich die Politik auch in diesem Bereich. Die Expertise von Sozialwissenschaftler*innen war durch vermehrte staatliche Planungs-, Steuerungs- und Koordinierungsaufgaben sehr gefragt. In diesem Zusammenhang bekam insbesondere die (sozial-)wissenschaftliche Forschung, Politikberatung und Planung einen großen Stellenwert.³² Wenngleich die wissenschaftliche Begleitung und Planung nicht immer erfolgreich war, zielte sie doch darauf ab, dass Politik nicht nur ideologisch, sondern rational fundiert war und – nicht zuletzt – anfang, auf sich selbst zu reflektieren. »Die sich nach 1945 stark empirisch ausrichtenden Sozialwissenschaften lieferten Instrumente zur Evaluation des Sozialstaates sowie zur Beobachtung gesellschaftlicher Zusammenhänge«.³³ Darüber hinaus wurden große Forschungsvorhaben initiiert, die die Intentionen der sozialliberalen Koalition nach Demokratisierung und Bürgernähe zum Inhalt hatten und bei denen eine bürgernahe Sozialpolitik auch mit Blick auf die Gemeindepsychiatrie eine Rolle spielte.³⁴ Leisering fasst die Entwicklung so zusammen: »Seit Mitte der Siebziger-Jahre sind Soziologinnen und Soziologen zu tragenden Akteuren im Sozialstaat geworden, als Politikberater, Auftragsforscher und durch Übernahme beruflicher Positionen in der Sozialverwaltung«.³⁵ Eine prominente Rolle hierbei spielten sicher unterschiedliche Funktionen und Positionen in der Sozialplanung und Stadtentwicklung.³⁶ Diese Strategie zeigte sich nicht nur in den immer noch fortgeführten auf Lebensstandardsicherung abzielenden Maßnahmen, wie z.B. die Vermögensbildung oder Rentenentwicklung, sondern vor allem in den immens anwachsenden Dienstleistungen, die nicht nur in der Bildungspolitik und Kinder- und Jugendhilfe, sondern auch im Bereich der Gesundheit, und der sozialen Hilfen für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen entstanden sind. Will man »Chancengleichheit« verwirklichen, dann erscheint es notwendig, über eine »Befähigungsstrategie«³⁷ die Teilhabechancen bisher unterprivilegierter Bevölkerungsteile nicht nur über Bildung, sondern auch über die Entwicklung von »Daseinskompetenzen«³⁸ in den unterschiedlichsten Bereichen zu verbessern – im Rahmen einer Dienstleistungsstrategie.³⁹ Deutlich wird hierbei, wie maßgeblich der Sozialstaat an der sich entwickelnden Dienstleistungsgesellschaft beteiligt war. In diesem gesellschaftlichen Zusammenhang bekam der deutsche Sozialstaat neben seiner »Kompensationsfunktion« (Ausgleich von Benachteiligungen und Lebensrisiken) eine neue Funktion – die

31 Streeck 2008, 2015b.

32 Seefried 2010.

33 Mit Verweis auf: Lengwiler 2010 Und Raphael 1996: Kramer 2012, S. 212.

34 Vgl.: Kaufmann 1979 Die Ergebnisse dieses großen Forschungsverbundes, die sich z.B. auch auf Koordination und Koordination gemeindepsychiatrischer Hilfen bezog, wurden allerdings durch die Sozialpsychiatrie nicht zur Kenntnis genommen. Da war die Sozialpsychiatrie schon zu sehr »Bewegung« und auf sich selbst fokussiert.

35 Leisering 2001.

36 Werner 2017.

37 Kaufmann 2009.

38 Kaufmann 1997, S. 158.

39 Badura und Gross 1976.

der »Sozialisationsfunktion«.⁴⁰ Hiermit wurden – so vor allem die »linke« Sozialstaatskritik – neue Formen der »sozialen Kontrolle« virulent,⁴¹ die sich jedoch nach wie vor an der Durchsetzung kapitalistischer Produktionserfordernisse orientierten aber auch an der Durchsetzung des »bürgerlichen Sozialcharakters« im Rahmen sozialstaatlich organisierter »Normalisierungsstrategien«, die nun die Kritiken an Ökonomisierung und Verrechtlichung⁴² ergänzten.⁴³ Später wurden diese Strategien in Anlehnung an Foucault als »Biopolitik« bezeichnet.⁴⁴ Besonders erwähnt werden sollen in dem hier interessierenden Zusammenhang die richtungsweisenden Gesetzgebungen im Bereich der Arbeitsförderung, Rehabilitation Behinderter sowie in anderen Bereichen der Hilfen für behinderte Menschen.⁴⁵

Schon in der Ära Katzer wurde 1969 das Arbeitsförderungsgesetz (AFG) unter anderem dahingehend geändert, als dass nun auch die beruflichen Chancen von Arbeitnehmer*innen verbessert wurden, die auf dem Arbeitsmarkt als benachteiligt oder gefährdet galten – inklusive seelisch behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen.⁴⁶

Schwerpunkt war im Folgenden das »Aktionsprogramm der Bundesregierung zur Förderung der Rehabilitation« von 1970, das eine umfassende Konzeption zur Rehabilitationspolitik der Bundesregierung darlegte. Ziel war, »allen Behinderten die gebotenen medizinischen, erzieherischen, beruflichen und sozialen Hilfen schnell und unbürokratisch« unabhängig von Art und Ursache der Behinderung verfügbar zu machen. Maßnahmen hierzu waren unter anderen:

- Verbesserung der rechtlichen Grundlagen,
- Verbesserung der Kooperation und Koordination aller beteiligten Institutionen und Akteure
- Verbesserung von Verfahren, Dokumentation und Statistik sowie Intensivierung von Forschung,
- Beseitigung von baulichen und technischen Barrieren und Abbau von Vorurteilen durch Öffentlichkeitsarbeit
- Ausbau von Rehabilitationsmöglichkeiten, Berufstätigkeit und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
- Verbesserung der Aus- und Fortbildung für Fachkräfte der Rehabilitation.⁴⁷

Ein zentrales Vorhaben war das 1974 verabschiedete »Rehabilitationsangleichungsgesetz«, welches die Leistungen der unterschiedlichen Rehabilitationsträger harmonisie-

40 Barabas et al. 1977; Grevén 1980; Lessenich 2012b, 2012c, 2013 (2008).

41 Vgl. Rödel und Guldemann 1978; Mutz 1983.

42 Achinger 1958; Tennstedt 1976.

43 Vgl. – auch mit Bezug zur Psychiatrie – statt anderer: Dörner 1972a; Foucault 1998 (1976), 2015 (1973); Koenen und Riedmüller 1982; Bonß und Riedmüller (1983) Zusammenfassend: Reumshüssel 1988.

44 Vgl. Foucault 2014a.

45 Hierbei folge ich im Wesentlichen den Ausführungen von Gärtner 1979.

46 Rudloff 2006, S. 570.

47 Bundesarbeitsblatt 5/1970, S. 339ff., zit. in Gärtner 1979 Auch: Rudloff 2006, S. 572-573.

ren sollte. Grundlegende Prinzipien dieses Gesetzes waren die Einführung des sog. »Finalprinzip«,⁴⁸ das das Ziel der Rehabilitation als Bestimmungsmoment für den zuständigen Reha-Träger ansah, den Grundsatz »Rehabilitation vor Rente« sowie die Verbesserung der Kooperation und Koordination der – nun harmonisierten – Leistungen. Weiterhin wurde die gesetzliche Krankenversicherung in den Kreis der Rehabilitationsträger eingeschlossen. Der Sozialhilfeträger jedoch blieb aufgrund seiner unspezifischen und offenen Leistungen sowie des »Subsidiaritätsprinzips« weiterhin aus dem Kreis der Rehaträger ausgeschlossen – mit zum Teil ungunstigen Folgen für psychisch erkrankte Menschen. Insbesondere die Regelungen zur Kooperation der Rehabilitationsträger und das Finalprinzip wurden lange Zeit nicht umgesetzt oder nur unzureichend präzisiert.⁴⁹

Dennoch hat sich in der Folgezeit das Rehabilitationswesen in West-Deutschland stark entwickelt – auch für psychisch erkrankte Menschen. Rehabilitationsmöglichkeiten wie z.B. Berufsförderungswerke, Berufliche Trainingszentren und andere Maßnahmen standen nun auch für psychisch erkrankte Menschen zu Verfügung. Dasselbe gilt für medizinische, insbesondere sog. »psychosomatische« Rehabilitationseinrichtungen, die mittlerweile mehr als 20 Tsd. Plätze zur Verfügung stellen.⁵⁰ Allerdings stehen diese Einrichtungen aufgrund ihrer Indikationsstellung für schwer bzw. langfristig psychisch erkrankte oder behinderte Menschen (v.a. mit Psychosen, Schizophrenien) nicht zur Verfügung, für die ohnehin kaum eine positive Rehabilitationsprognose gestellt wurde. Eine weitere Form der Ausgrenzung dieser Personengruppe bestand darin, dass der Sozialhilfeträger nicht in den Kreis der Rehabilitationsträger eingeschlossen wurde. Die Zergliederung des deutschen Systems der sozialen Sicherung, das gegliederte System der Rehabilitation und dessen Selbstverwaltung, die explizit durch die Gesetzgebungen nicht angetastet wurden erweist sich einmal mehr als entscheidende Barriere für die Inklusion schwer erkrankter und seelisch behinderter Menschen.⁵¹ Auch das Schwerbehindertenrecht (1974) sowie andere Gesetze wurden verändert, sodass die berufliche Rehabilitation für behinderte Menschen wesentlich verbessert wurde. Diese trifft auch auf die Situation der »Werkstätten für Behinderte« (WfB), wie sie damals hießen, in denen sich z.B. die versicherungsrechtliche Situation der Beschäftigten verbesserte sowie die Möglichkeit der Kooperation mit Wirtschaftsbetrieben.⁵²

Eine ganz wesentliche Bedeutung für die außerklinische Psychiatrie hatten die Novellierungen des 1961 eingeführten Bundessozialhilfegesetz (BSHG).⁵³ Wie schon erwähnt, wurde 1969 das BSHG dahingehend geändert, dass nun auch Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen in den Kreis der Leistungsberechtigten einbezogen wurden. Im Zuge der Gesetzgebungen im Reha-Angleichungsgesetz und Schwer-

48 Vgl. Knieps und Reiners 2015, S. 32-33.

49 Gärtner 1979, S. 66-67; Rudloff 2006, S. 574-575. Ein (vorläufig) letzter Anlauf, dieses Problem zu beheben, wurde mit dem Bundesteilhabegesetz im Dezember 2016 (!) versucht.

50 Die sog. »Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke« (RPK) sind erst ab 1990 entstanden.

51 Riedmüller 1978; Koenen und Riedmüller 1982.

52 Gärtner 1979; Rudloff 2006, S. 575-577.

53 Das BSHG ist das spätere SGB XII. Ab 2020 ist die sog. »Eingliederungshilfe für Behinderte« des SGB XII aufgrund der Regelungen im BTHG der Teil II »Leistungen zur sozialen Teilhabe« des SGB IX.

behindertenrechts 1974 wurde im BSHG, das Finalprinzip mit einem neu gefassten Behindertenbegriff vollzogen und damit die »Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft« als Ziel der »sozialen« Rehabilitation, wie sie umgangssprachlich genannt wurde, rechtlich verankert. In der Folge wurde dann auch 1975 die Eingliederungshilfe-Verordnung geändert, die den leistungsberechtigten Personenkreis entsprechend den neuen Gegebenheiten neu definierte und damit das Anrecht von Personen mit wesentlicher seelischer Behinderung oder drohender wesentlicher seelischer Behinderung auf Leistungen zur Eingliederung behinderter Menschen begründete.⁵⁴ Mit diesen Regelungen war die wesentlichste Grundlage für den Ausbau des sog. »komplementären« oder außerklinischen Versorgungsbereich geschaffen worden. Ein erstes Ziel der sozialrechtlichen Gleichstellung von schwer und langfristig psychisch erkrankten Menschen war damit erreicht, nämlich ein der Etablierung eines »sozialen Rechts« und in der Gleichstellung mit anderen behinderten Menschen, wenn auch mit ambivalenten Folgen: auf individueller Ebene durch die »Heranziehung« von Einkommen und Vermögen und auf der Versorgungsebene durch die nun einsetzende Unterbringung in Heimen. Die BSHG-Novellierung wurde durch das auch 1974 verabschiedete »Heimgesetz«⁵⁵ ergänzt, welches eine Reihe von Qualitätsanforderungen an die Betreiber von Heimen, an die Qualifikation des Personals, an die baulichen Gegebenheiten sowie an Mitwirkungsmöglichkeiten der Bewohner*innen stellt.⁵⁶

Auch in der Gesundheitspolitik bzw. der Entwicklung der Krankenversicherung tat sich insbesondere zu Beginn der 1970er-Jahre einiges, auch für die Psychiatrie entscheidendes. Die Bundesregierung kündigte in ihrer Regierungserklärung 1969 die Einrichtung einer »Sachverständigenkommission zur Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung«, die – ähnlich wie die Sozialenquôte – eine Bestandsaufnahme und Empfehlungen zur Entwicklung der Krankenversorgung entwickeln sollte, allerdings mit dem Unterschied zur Sozialenquôte, dass nun nicht wissenschaftliche Fachleute, sondern Verbandsvertreter*innen Mitglieder dieser Kommission waren. Entsprechend waren die Ergebnisse dieser Kommission, die »gewissermaßen in einer Konfliktvermeidungsstrategie lagen«⁵⁷ ausgelegt. Die niedergelassenen Ärzte pochten erfolgreich auf Ihr Behandlungsmonopol in der ambulanten Behandlung und konnten so alle Bestrebungen vor allem aus Gewerkschaftskreisen in Richtung Ambulantisierung der Krankenhausbehandlung oder Ambulatorien erfolgreich verhindern.

Dennoch aber gab es einige wichtige Verbesserungen: So wurden die Krankenkassen nach und nach für neue Bevölkerungsgruppen geöffnet, sowohl für sämtliche Arbeitnehmer*innen, als auch für Landwirte, Student*innen, Künstler*innen oder auch behinderte Menschen. Darüber hinaus wurden zahlreiche Leistungsverbesserungen eingeführt, wie z.B. Vorsorge und Früherkennungsmaßnahmen.⁵⁸

54 Frerich und Frey 1993, S. 127; Rudloff 2006, S. 578–581. Diese EinglHVo ist bis heute gültig und wird voraussichtlich erst ab dem Jahr 2023 durch eine neue Definition des leistungsberechtigten Personenkreises abgelöst.

55 BGBl. I S. 1873.

56 Hockerts 2012a, S. 188.

57 Vincenti und Behringer 2006, S. 504.

58 Ebd. S. 505–507.

Eine auch für die Psychiatrie äußerst bedeutsame Entwicklung fand im Krankenhausbereich statt. Während insgesamt die Versorgungslage im ambulant-ärztlichen Bereich – mit Ausnahme der psychiatrischen Behandlung – mittlerweile recht gut ausgestattet war, war das im klinisch-stationären Bereich bei Weitem nicht der Fall. Das bundesdeutsche Krankenhauswesen lag in den Händen der kommunalen Selbstverwaltung sowie in meist kirchlich-freigemeinnütziger Trägerschaft und in der gesamten Bundesrepublik darnieder mit einer ungenügenden Ressourcenausstattung und bei Weitem nicht kostendeckenden Pflegesätzen. Hinzu kam, dass die Krankenhausbehandlung lediglich eine »Kann-Leistung« der gesetzlichen Krankenversicherung war, also noch kein »soziales Recht« für die Versicherten darstellte. Eine von der Bundesregierung beauftragte »Kommission« legt 1969 eine »Krankenhausenquête«⁵⁹ vor, in der, neben einer Bestandsaufnahme, alternative Finanzierungsmodelle diskutiert wurden. Konsens hierbei war, dass die Krankenhausversorgung einerseits eine sozialstaatliche Ordnungsaufgabe war, jedoch die Finanzierung auch über die Pflegesätze von den Versicherten bzw. der Krankenkassen übernommen werden sollte.⁶⁰ Eine Kompetenz des Bundes in der Krankenhausplanung und Regelung von Pflegesätzen konnte 1969 durch eine Änderung des Art. 74 Nr. 19a des Grundgesetzes erreicht werden.⁶¹ Auf dieser Basis wurde dann 1972 das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)⁶² verabschiedet sowie 1973 die »Bundespflugesatzverordnung« (BPflV)⁶³ erlassen, die das Ziel hatten »die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen«.⁶⁴ Das KHG sah – in Stichworten – insbesondere folgende Regelungen vor: Die Krankenhäuser wurden in ihren Investitionen durch Bund und Land gefördert, sofern sie in die Krankenhausplanung des Landes aufgenommen wurden. Die laufenden Kosten wurden von den Krankenversicherungen übernommen, die die Pflegesätze mit den Krankenhäusern und Ihren Verbänden (DKG) verhandelten und an das »Selbstkostendeckungsprinzip« gebunden waren. Verbunden mit diesen Regelungen war, dass die Krankenhausbehandlung nun zu einer »Pflichtleistung« (76 Wochen) der Krankenversicherung, mithin also zu einem »sozialen Recht« der Versicherten wurde.

Döhler schreibt zum KHG: »Das KHG war eine eindeutig distributive Regelung, deren »politische Geschäftsgrundlage« die finanzielle Beteiligung des Bundes an der Krankenhausfinanzierung der Länder bildete, ohne dass deren Handlungsmöglichkeiten nennenswert eingeschränkt wurden.«⁶⁵ Das KHG erfüllte seinen Zweck, nämlich die Modernisierung und den Ausbau des (west-)deutschen Krankenhauswesens mehr als gewünscht. Der Ausbau war für den Bund, der die Neuinvestitionen bezahlen musste, kaum steuerbar, da die Länder die Pläne machten, und das komplexe Mischfinan-

59 Deutscher Bundestag 1969a.

60 Vincenti und Behringer 2006, S. 514.

61 Deutscher Bundestag 1969b.

62 Deutscher Bundestag 1972.

63 Bundesregierung/Bundesrat 1973.

64 Frerich und Frey 1993, S. 75; auch Vincenti und Behringer 2006, 512ff.; Knieps und Reiners 2015, S. 79-83.

65 Döhler 1990, S. 421.

zierungssystem hat hohe Verwaltungskosten verursacht. Das KHG stellt, so Scharpf et al. »einen Fall von »Überflechtung« dar, der seine Entstehung vor allem der Tatsache verdankt, dass ein »kostendeckender Pflegesatz« allein vom Bund zu verantworten gewesen wäre, während die Mischfinanzierung die legitimatorische Belastung für die Kostenentwicklung im Krankenhauswesen gleichmäßig auf alle Handlungsträger verteilt«. ⁶⁶ Natürlich stellte die Modernisierung der Krankenhausbehandlung einen ganz wesentlichen Fortschritt für die deutsche Bevölkerung dar, sorgte aber auch dafür, dass in der Folge von einer »Kostenexplosion« ⁶⁷ im Gesundheitswesen die Rede war und hierauf schon ein paar Jahre später von der nächsten Regierungskoalition reagiert werden musste.

Für die psychiatrische Krankenhausversorgung bedeuten die Regelungen des KHG Fortschritt und fortlaufende Diskriminierung zugleich. Zwar sind mit dem KHG die strukturellen und rechtlichen Grundlagen geschaffen worden, die die Einrichtung von psychiatrischen Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern ermöglichte sowie die Finanzierung von psychiatrischen (Krankenhausbehandlungs-)Leistungen. Ersteres war gebunden an die Aufnahme in den »Krankenhausbedarfsplan« ⁶⁸ des Landes und für Letzteres war immer noch der sog. »Halbierungserlass« des Naziregimes nicht außer Kraft gesetzt. Zum Dritten wurde die Situation dadurch verschärft, dass die Einrichtungen, die sog. »Pflegefälle« versorgten, von der Investitionsförderung (§ 4 [3] 3a KHG) ausgeschlossen waren – und das waren die sog. Langzeitbereiche der großen »Sonderkrankenhäuser«, Fach- oder Landeskrankenhäuser, wie die Anstalten nun genannt wurden. Es kam also darauf an, wie in den Bundesländern der unbestimmte Rechtsbegriff »Pflegefalle« zwischen den relevanten Akteuren (Meist: Landesverwaltungen, (Verbände) Leistungserbringer und Krankenversicherungen) verhandelt wurde und in Regelungen gegossen werden konnte. ⁶⁹ Diese spezifischen Regelungen konterkarierten die sozialrechtliche Gleichstellung von psychisch Kranken mit somatisch Kranken und führten dazu, dass mit der einsetzenden »Enthospitalisierung« psychisch erkrankter Menschen in den meisten Fällen eine »Umhospitalisierung« der Patient*innen der Langzeitbereiche verbunden war, die oft genug nur darin bestand, dass die Türschilder ausgetauscht wurden. Hierauf wird noch zurückzukommen sein.

Anknüpfend an Traditionen, die vor allem in der Weimarer Zeit entstanden, gab es eine wichtige gesundheitspolitische Initiative, die sich letztlich nicht durchsetzen konnte: die Reform des öffentlichen Gesundheitsdienstes. In den 1970er-Jahren gab es eine Diskussion über Funktion und Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes, die zwischen den Polen einer »Erneuerungsbewegung«, die neue, gesundheitsfürsorgereischen Aufgaben des ÖGD forderte und einer Position des »Gesundshrumpfens«, die

66 Scharpf et al. 1976, S. 215.

67 Geißler 1974. Folgt man Alber, so ist die sog. Kostenexplosion insbesondere auf zwei Faktoren zurückzuführen: Auf die Entwicklung der Kosten im Krankenhausbereich sowie auf die Entwicklung im Bereich der zahnärztlichen Versorgung (Aufgrund eines Urteils des BVerfG gehörte die Versorgung mit Zahnersatz als »Krankenbehandlung« zu den Pflichtleistungen der GKV, CRW) Alber 1989, S. 88.

68 Heute Krankenhausplan.

69 Deutscher Bundestag 1975b, 159f.

die Funktionen des ÖGD wesentlich auf die hoheitlichen Aufgaben reduzieren wollte.⁷⁰ Zunächst konnten sich die Vertreter*innen des Gesundheitswesens mit ihren Vorstellungen nicht durchsetzen und in Berlin wurde durch eine Arbeitsgruppe der »Leitenden Medizinalbeamten der Länder« eine »Richtlinie für Ländergesetze über das Gesundheitswesen« erarbeitet, die neben den hoheitlichen und gutachterlichen auch eine Reihe von fürsorgerischen Aufgaben vorsah – unter anderem auch in der psychiatrischen Versorgung.⁷¹ Allerdings wurde diese Richtlinie nur in wenigen Bundesländern als Grundlage für Landesgesetze genommen, die meisten Bundesländer hatten nicht unbedingt einen großen Reformelan, zumal die Ärzt*innen im ÖGD kaum über politikfähige korporative Akteure (z.B. Berufsverbände) verfügten und die Verbände der niedergelassenen Ärzte die Aufgaben insbesondere in der Prävention und anderen medizinisch-ärztlichen Tätigkeiten für sich reklamierten. So kamen – zumindest auf der Ebene des Bundes – für viele Jahre die Bemühungen um eine Vereinheitlichung der Aufgaben für den ÖGD zum Erliegen. Ein Fazit ziehen Rosewitz und Webber: »Realistisches Erkennen der Problematik, länderübergreifende Konsensbeschaffung zwischen den zuständigen Ministerien, aber kaum bundeslandinterne Durchsetzungschancen«.⁷² Sachße kommt zu einem grundsätzlicheren Ergebnis: »Die gruppen- oder gemeindeorientierte Gesundheitsfürsorge wurde durch die individuelle, ambulante kassenärztliche Versorgung der sozialversicherten Bevölkerung verdrängt. [...] Das Gesundheitsamt wurde zum »Restamt«, das im Wesentlichen Verwaltungsaufgaben erledigte, für die keine andere Stelle im Gesundheitssystem zuständig war«⁷³ – da passte die Psychiatrie denn schon ganz gut. Erst in jüngster Zeit gibt es – zumindest im Bereich der Sozialpsychiatrischen Dienste – Bestrebungen, die Aufgaben des ÖGD neu und umfassend zu definieren.⁷⁴

Ab Mitte der 1970er-Jahre änderte sich jedoch nicht nur die wirtschaftliche Situation in »West-Deutschland mit Ölpreisschock, Stagflation und hoher Arbeitslosigkeit, sondern – in der Folge – auch die Sozialpolitik. 1975 war das Jahr mit der höchsten Sozialleistungsquote, die mit fast 34% in Deutschland jemals erreicht wurde⁷⁵. Dies änderte sich nun und die Sozial- und Gesundheitspolitik war nun darauf gerichtet, als »Konsolidierungspolitik«, als »Kostendämpfungspolitik« als »einnahmeorientierte Ausgabenpolitik« oder einfach als »Sparpolitik« haushaltspolitische Stabilität zu gewährleisten. »Seit Helmut Schmidt 1974 Willy Brand als Kanzler ablöste, haben alle Bundesregierungen die Konsolidierung der Staatsfinanzen zu einem vorrangigen Ziel erklärt. Insbesondere die Freien Demokraten machten sich nach ihrem Wahlerfolg von 1980 zum Fürsprecher einer Sparpolitik«.⁷⁶ Damit tritt das ein, was mit Kaufmann als »Sozialpolitik zweiter Ordnung« genannt werden kann, nämlich das »politische Umgehen

70 Vgl. ausführlich Rosewitz und Webber 1990, 97ff.

71 Ebd., S. 149.

72 Rosewitz und Webber 1990, S. 155.

73 Sachße 2011, S. 109.

74 Vgl. Elgeti und Albers 2011.

75 Geyer 2008a, S. 892

76 Alber 1989, S. 285.

mit den Folgeproblemen der sich kumulierenden sozialpolitischen Interventionen erster Ordnung«. ⁷⁷ In gesellschaftstheoretischer Perspektive kann hier der Umschlag in die »zweite« ⁷⁸ bzw. »reflexive Moderne« ⁷⁹ gesehen werden«. Die Gesellschaft und der Staat beschäftigen sich mit Problemen, die sie selbst geschaffen haben. In der eher linken Diktion hieß das jedoch: »Sparpolitik« und »Krise des Sozialstaates«.

Das Besondere an den vielen Maßnahmen zur Kostendämpfung war, dass es sich hierbei in der Mehrzahl um Maßnahmen der Beschränkungen bzw. Kürzungen an individuellen Geldleistungen, Anwartschaften, Zuzahlungen etc. und nicht so sehr um die Beschränkung von sozialen bzw. gesundheitlichen Leistungen. Auch der berühmte »Verschiebepark« sozialstaatlicher Leistungen, der insbesondere die sozialrechtliche Verschiebung von Leistungen zwischen Renten- und Krankenversicherung betraf, wurde »in Betrieb genommen«. Zentral waren hierbei ab 1975 das Haushaltsstrukturgesetz, welches eine Reihe von (Geld-)Leistungen kürzte und 1981 ein zweites Haushaltsstrukturgesetz, das für alle Sozialleistungsgesetze heftige Einschnitte bedeutete ⁸⁰. Dazu gehörten auch die beiden kombinierten Gesetzespakete, das Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz (KVKG) vom 20.06.1977 ⁸¹ und das Rentenanpassungsgesetz (RAG) vom 27.06.1977. ⁸² Sie reagierten zum einen auf den immensen Kostenanstieg, der mit den – politisch gewollten – finanziellen Folgen der Umsetzung des KHG, also dem Ausbau des bundesdeutschen Krankenhauswesens, verbunden waren. Zum anderen reagierte insbesondere das RAG auf die Mindereinnahmen, die mit dem Anstieg der Arbeitslosigkeit in der Wirtschaftskrise sowie mit der Veränderung der Demografie, dem Anstieg der Rentenempfänger*innen bei stagnierender Bevölkerungszahl. Dies führte zum 1976 zum sog. »Rentendebakel«, ⁸³ bei dem insbesondere die Krankenversicherung der Rentner betroffen war. »Diese kombinierte Gesetzesreform (sah) als Neuregelung eine Verringerung des Rentenversicherungsanteils in der KVdR von bisher 17 Prozent auf ungefähr 11 Prozent vor, wobei die dadurch bedingten Belastungen der gesetzlichen Krankenversicherung mit Mehrausgaben im Gegenzug durch verschiedenen Einsparungsmaßnahmen im Rahmen des KVKG aufgefangen werden sollte«. ⁸⁴ Für Nullmeier und Rüb markiert das »Rentendebakel« und seine Folgen den Einstieg in die »Transformation des Sozialstaats« ⁸⁵ d.h., eine Entwicklung hin zu einem »Sicherungsstaat. »Der Sicherungsstaat ist Sozialstaat ohne den Willen zur sozialen Gestaltung, er ist ein Sozialstaat ohne Umverteilungskonzeption und ohne demokratische Öffnung«. ⁸⁶ Er ist auf sich

77 Kaufmann 2009, S. 20 Sozialpolitische Interventionen erster Ordnung sind Maßnahmen und Leistungen zur Lösung einzelner sozialer Probleme (ebd.: S. 19); Vgl. auch Hockerts 2012a, 194, 197.

78 Beck 1986.

79 Beck et al. 1996.

80 Eine umfangreiche Auflistung der Gesetze findet sich in: Alber 1989; Vgl. auch: Geyer 2008a; Vincenti und Igl 2008;

81 BGBl. I S. 1069

82 BGBl. I S. 1040

83 Nullmeier und Rüb 1993, 116ff. insbes. 117, 124.

84 Vincenti und Igl 2008, S. 527.

85 Nullmeier und Rüb 1993, S. 124.

86 Ebd. S. 14.

selbst und die Sicherung seiner Instrumente bezogen und nicht mehr offen für politische Prozesse. »Die eigenzyklische Schließung des Politikprozesses und der kontinuierliche Verlust des Sozialen kennzeichnen das neue Stadium sozialpolitischer Entwicklung in Deutschland.«⁸⁷ 1977 wurde darüber hinaus auch die »Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen« gegründet, die im Rahmen »korporatistischer« Arrangements für eine breite Umsetzung der Kostendämpfungspolitik sorgen sollten. Sie war zunächst erfolgreich, wurde aber bald unterlaufen durch eine Politik der Ärzte und Krankenversicherungen, sich schon im Vorfeld zu einigen.⁸⁸

Am Ende der Legislaturperiode beschloss die sozialliberale Koalition 1981 ein Gesetzespaket, das als »Operation 82« bezeichnet wurde. Es beinhaltete, wie schon bei vorherigen Maßnahmen, zahlreiche Kostendämpfungsmaßnahmen, und zwar im Rahmen der Krankenhausversorgung durch das Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz (KKG) vom 22.12.1981⁸⁹ und das Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz (KVEG) vom selben Tag.⁹⁰ Eine Woche später traten am 29.12.1981 das Arbeitsförderungskonsolidierungsgesetz (AFKG)⁹¹ und das 2. Haushaltsstrukturgesetz (2. HStruktG)⁹² in Kraft. Die Gesetzespakete können hier nicht eingehend behandelt werden,⁹³ jedoch sind zwei Aspekte für die Psychiatriereform von Bedeutung: Im Artikel 6 des KKG wird der »Halbierungserlass« vom 5.9.1942 des Naziregimes formal aufgehoben. Der Abs. 2 besagt allerdings, dass Streitfälle zwischen Krankenversicherungen und Sozialhilfeträger bei der Einzelfall-Finanzierung dahingehend geregelt werden, als dass der Sozialhilfeträger bis zu einer endgültigen Klärung der Rechtslage zuständig ist.⁹⁴

In eine ganz andere Richtung gingen die Auswirkungen der Arbeitsförderungsmaßnahmen. Sie brachten zwar zum Teil gravierende Einschnitte für einzelne Leistungsberechtigte, denn es wurde angesichts der Wirtschaftskrise eher Wert auf sog. »Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen« (ABM) gelegt. Hiervon profitierte unter anderem der außerklinische Versorgungsbereich, da ein Schwerpunkt die »Verbesserung der sozialen Dienste und der sozialen Infrastruktur« zum Ziel hatte. Hiermit war es möglich, in vielen Regionen der Bundesrepublik Ende der 1970er und Anfang der 1980er-Jahre auf kommunaler Ebene die entsprechenden Einrichtungen und Dienste der ambulanten Psychiatrie mit Unterstützung der Bundesanstalt für Arbeit (BfA)⁹⁵ für die ersten 2-3 Jahre finanziert zu bekommen.⁹⁶ Darüber hinaus wurde ab 1980 das Aktionsprogramm zur Rehabilitation Behinderter fortgeschrieben. Es legte Wert auf Früherkennung und Verbesserung der Bildungschancen behinderter Kinder. Hinsichtlich der »sozialen Rehabilitation« wurde ein »beachtlicher Nachholbedarf« konstatiert, wie Rudloff schreibt, der damit auch

87 Ebd. S. 18.

88 Vincenti und Igl 2008, 534f.

89 BGBl. I S. 1568

90 BGBl. I S. 1578

91 BGBl. I S. 1497

92 BGBl. BGBl. I S. 1523

93 Vgl.: Knieps und Reiners 2015, 81ff.

94 BGBl. I S. 1575

95 Heute Agentur für Arbeit/Arbeitsagentur

96 Cramer 1981.

darauf verweist, dass »soziale Integration« zunehmend als ein behindertenpolitisches Kernanliegen begriffen wurde.«⁹⁷

Zusammenfassend ist über die 1970er-Jahre in der Sozialpolitik mit Blick auf die Psychiatrie zu sagen, dass die wesentlichen Voraussetzungen für eine Psychiatriereform in der ersten Hälfte der Dekade geschaffen wurden. Sie verliefen in den »Entwicklungspfaden« des gegliederten Systems der sozialen Sicherung das von der Bundesregierung bzw. der »Großen Koalition«, die in der Sozial- und Gesundheitspolitik vorherrschte, wiederholt ausdrücklich nicht angetastet werden sollte und auch in dem im Dezember 1975 verabschiedeten ersten Buches des »Sozialgesetzbuches«, das SGB I ausdrücklich noch einmal bestätigt wurde.⁹⁸ Dies ließ für die Reform der psychiatrischen Hilfen natürlich auch erwarten, dass sich eine Reform innerhalb der traditionellen und rechtlich vorgegebenen Strukturen und Entwicklungspfaden abspielen würde. Dies hatte für die psychisch kranken Menschen bzw. für deren Versorgungsstrukturen nicht unbedingt positive Folgen, denn die Reformen spielten sich somit innerhalb der komplexen Gemengelage und Politikverflechtungen des deutschen föderalistischen und subsidiären Sozialsystems mit seinen komplex strukturierten Kompetenzen und Verfahren zwischen Bund, Ländern und Gemeinden ab. Hinzu kamen die segmentär ausgerichteten Zuständigkeiten der unterschiedlichen Sozialversicherungsträger wie (GKV, GRV und BA) und des Sozialhilfeträgers, die auch in sich noch einmal zwischen stationärer und ambulanten Versorgungsbereich unterschieden. Hier gab es eine – im Übrigen erbittert verteidigte – Demarkationslinie zwischen ambulanter Behandlung durch niedergelassene Ärzt*innen und stationärer Krankenhausversorgung im Bereich der Krankenbehandlung sowie eine Trennung zwischen überörtlichem Sozialhilfeträger, der die Leistungen für die stationären Hilfen/Unterbringung als »Pflichtleistung« übernahm und örtlichem Sozialhilfeträger (Kommune), der die Dienstleistungen als »freiwillige Aufgabe« übernehmen konnte. Diese »institutionelle Struktur« des deutschen Systems sozialer Sicherung bedeutete nicht nur einen rechtlichen Rahmen, sondern, sondern auch eine »Blaupause« und damit »institutionelle Denkstruktur« durch die interne (Organisations-)Strukturierung von Kranken- und Rentenversicherungen von Ministerien und anderen Behörden sowie als »Wahlverwandtschaft«⁹⁹ auch in der Strukturierung von Wohlfahrtsverbänden und Einrichtungen sozialer und gesundheitlicher Hilfen. Sie bestimmte damit bis heute das Handeln – und auch das Denken – der dortigen Menschen nicht nur als »Handlungsrestriktion«, sondern gleichzeitig auch gewissermaßen als »handlungsleitende Ermöglichungsstruktur«.¹⁰⁰ Für die psychiatrischen Krankenhäuser war mit diesem institutionellen Rahmen ein Funktionswechsel verbunden, der einen Abschied von dem Modell der »Heil- und Pflegeanstalt« bedeutete und sich wieder an das an Griesinger angelehnte Modell der Akutbehandlung (nun in der psychiatrischen Abteilung) bzw. »mittelfristigen« Behandlung schwer erkrankter Menschen einerseits und die Unterbringung in Heimen andererseits anknüpfen konnte. Diese institutionelle Trennung von Klinik und Heim bzw. von Gesundheitssystem

97 Rudloff und Schliehe 2008, S. 601.

98 BGBl. I S. 3015.

99 Rieger 1992.

100 Vgl.: Giddens 1992, 222ff.; 347ff.

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 Wohnens« inklusive einer Kontakt- und Beratungsstelle.

103 Kersting 2001a, 2001b, 2003.