

Der lange Weg zu einer besseren Hilfe

Die Psychiatrie-Enquete gab zahlreiche Reformanstöße

ASMUS FINZEN

Prof. Dr. med. Asmus Finzen ist Psychiater, Nervenarzt und Wissenschaftspublizist. Er war Leitender Krankenhausarzt in Deutschland (Wunstorf 1975-1987) und in der Schweiz (Basel bis 2003).
www.finzen.ch

Nach der Verfolgung und Ermordung psychisch kranker Menschen im Dritten Reich machte sich Gesellschaft und Politik, Medizin und Wohlfahrtspflege in der Bundesrepublik erst spät auf den mühsamen Weg zu einer umfassenden Reform der Psychiatrie in Deutschland.

Vor 40 Jahren lieferte eine Sachverständigenkommission ihren »Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik« bei ihrem Auftraggeber, dem Deutschen Bundestag, ab. Diese Kommission war 1971 vom Parlament dazu bestellt worden. Sie bestand aus 24 Männern und zwei Frauen, überwiegend etablierten Psychiatern aus Universitäten und Anstalten, Vertretern von Landesministerien sowie eines Vertreters des Berufsverbandes niedergelassener Nervenärzte.

Die Zusammensetzung ließ keine gewaltigen reformatorischen Impulse erwarten. In der Tat blieben diese auch aus, soweit es um die Inhalte psychiatrisch-therapeutischer Arbeit, um eine gewünschte neue therapeutische Kultur der künftigen Psychiatrie ging. Die Kommission beschränkte sich weitgehend auf die Empfehlung struktureller Veränderungen, die es mit der Forderung nach einer sektoralen gemeindenahen psychiatrischen Versorgung durch den Aufbau von psychiatrischen Abteilungen Allgemeinkrankenhäusern und teilstationären Einrichtungen – vor allem Tageskliniken – sowie umfassender ambulanten Diensten allerdings in sich hatte.

Damit schuf sie Voraussetzungen für eine Reform, deren inhaltliche Füllung den Machern vor Ort vorbehalten blieb. Man kann das als Mangel betrachten, aber auch als Chance – als Herausfor-

derung, die an vielen Orten angenommen wurde, an vielen anderen allerdings nicht oder nur mit großer Verzögerung.

Im Vordergrund der Kommissionsempfehlungen stand das Ziel, die »elenden, teilweise menschenunwürdigen« Zustände in der stationären psychiatrischen Versorgung, die im ersten Zwischenbericht der Kommission von 1973 herausgestellt worden waren, zu überwinden und radikal zu beseitigen.

Aus heutiger Sicht mag das allzu bescheiden erscheinen. Wer die damaligen Verhältnisse kannte, weiß aber, dass ohne die Umsetzung dieses Ziels alles andere nichts sein würde. Es hat lange gedauert, bis Psychiatrie und Politik sich fanden, um wenigstens dieses Ziel zu erkämpfen. Die neuere Psychiatriegeschichte weiß von heftigen Auseinandersetzungen in den 1960er Jahren, bis es so weit kommen konnte.

Es bedurfte unter anderem eines Skandalbuches wie Frank Fischers »Irenenhäuser«. Es bedurfte der Erkenntnis, dass – gesellschaftlich wie psychiatrisch – konservative und fortschrittsorientierte Gruppierungen sich zusammenraufen mussten, um überhaupt etwas zu bewegen.

Letzteres geschah am sichtbarsten im Jahre 1970 auf einer Klausurtagung in der Evangelischen Akademie Loccum (Lauter und Meyer 1971). Die Konflikte zwischen den beiden Gruppierungen dauerten aber über den gesamten Verlauf

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

Zwar fand die eigentliche Arbeit in spezialisierten Arbeitsgruppen und Subkommissionen statt, so dass am Ende fast 200 Personen ihre Arbeit und ihre Impulse einbrachten – und mit in ihre Krankenhäuser zurückbrachten. Aber was berücksichtigt wurde und was nicht, entschied die Kommission. Somit ist der Bericht der Expertenkommission kein Post-1968er-Dokument. Er konnte es nicht sein.

Auf der anderen Seite hatte das fünfjährige Ringen in den Arbeitsgruppen sowohl bei den konservativen wie bei den progressiven Beteiligten Spuren hinterlassen. Auf diesem Hintergrund ist der Bericht zu lesen und zu beurteilen. Ich will das im Folgenden versuchen, in dem ich zunächst auf den Abschlussbericht eingehe und anschließend eine Bewertung vornehme. Ich tue das als einer, der damals als Arbeitsgruppenmitglied und als kritischer Chronist einer –konservativen– Tageszeitung dabei gewesen ist.

Der Abschlussbericht

Anders als die Engländer 20 Jahre zuvor konnte die Kommission sich nicht dazu entschließen, die Auflösung der psychiatrischen Großkrankenhäuser in dezentrale Versorgungseinrichtungen auch nur als Ziel zu formulieren. Die Anstalten sollten bleiben, aber grundlegend verändert werden. Statt mehrerer tausend sollten sie maximal vierhundert bis fünfhundert Betten haben; und sie sollten therapeutische Einrichtungen sein.

Allerdings sollten Sie durch ein neues System von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern ergänzt werden. Im Abschlussbericht (vgl. Finzen/Schädle-Deiningner 1976) legte sich die Kommission auf eine Abteilungsgröße von 180 bis 200 Betten fest. In

die Mehrheit ihrer Mitglieder war der Überzeugung, dass nur bei dieser Größe eine sogenannte psychiatrische Vollversorgung geleistet werden könne.

Diese Dimension erschien den Progressiven als geradezu absurd, als Verhinderungsstrategie für solche Abteilungen. Es war schlicht nicht vorstellbar, dass allgemeine Krankenhäuser mit einer Größe von 200 bis 300 Betten psychiatrische Abteilungen mit ebenfalls 200 bis 300 Betten angliedern würden. Daneben stand die Forderung nach alternativen gemeindenahen dezentralen teilstationären Einrichtungen wie Tageskliniken und Übergangswohnheimen sowie die Forderung nach einer Ausweitung der ambulanten Dienste, Geschäftsleiter der Neuschaffung von sektorgebundenen sozialpsychiatrischen Diensten, sowie der Koordination der psychiatrischen Aktivitäten in unüberschaubaren Versorgungssektoren mit 150.000 bis 250.000 Einwohnern.

Wir Jüngeren rieten, auch gegenüber der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie, von offenen Protesten gegen die Vorschläge der Kommission ab, weil wir uns intern einig waren, dass zum Schluss die Krankenhausabteilungen 80 bis 120 Betten sich durchsetzen würden – zum einen, weil das gangbar war, zum anderen, weil unseren Erwartungen entsprechend für einen Versorgungsbezirk nicht mehr klinische Betten benötigt würden. Das galt insbesondere nach der Differenzierung der Versorgung für geistig behinderte Menschen und der Entwöhnung von Alkoholkranken – und nach dem Ausbau der ambulanten Betreuung von chronisch psychisch kranken Menschen.

von uns das Gefühl, eine sinnlose Kärnerarbeit geleistet zu haben. Wir waren uns bewusst, dass wir in den fünf Jahren mit unserer Arbeit im ganzen Land eine Multiplikatorenfunktion gehabt hatten und vieles angestoßen hatten, das bis dahin still gestanden war. Wir hatten nicht fünf Jahre Theoriearbeit geleistet, der dann die Umsetzung in die Praxis folgen sollte. Die praktische Arbeit hatte längst begonnen.

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

Gänzlich fehlte die Möglichkeit – die Idee – des betreuten Einzelwohnens. Auch im ambulanten Bereich wurden als Alternative zur nervenärztlichen Praxis gerade einmal die Instituts-Ambulanz an der Klinik und der sozialpsychiatrische Dienst an Gesundheitsämtern angedacht.

Die Vielfalt der Möglichkeit freige-meinnütziger Träger hatten wir uns nicht ausmalen können. Und schließlich: Es gab damals keine Angehörigen-Bewegung und keine Angehörigen-Vereinigungen und entsprechend keine Angehörigen-

»In der alten Psychiatrie standen Schutz und Verwahrung im Vordergrund, in der neuen Psychiatrie geht es um Behandlung und Rehabilitation«

Die Bilanz von fünf Jahren Arbeit an der Psychiatrie-Enquete war inhaltlich erwartungsgemäß nicht mehr als das, was wir 1970 in der Loccumer Resolution zusammengefasst hatten. Dennoch hatte, soweit ich das übersehe, keiner

Selbsthilfe. Dass die psychisch Kranken selber sich organisieren und zu Selbsthilfvereinigungen oder sogar zu einer politischen Interessenvertretung zusammenschließen könnten, daran hat damals vermutlich keiner von uns gedacht.

Allerdings sollten wir darüber nicht vergessen, dass die Enquete mit dem Anstoß der offiziellen Psychiatrie-Leitlinien zur Abkehr von Schutz und Verwahrung zu Therapie und Rehabilitation und zur Respektierung der Patientenrechte im Sinne unserer Verfassung Voraussetzung dafür schuf, dass beide Bewegungen entstehen konnten.

Die Jahre danach: Modernisierung oder Reform?

Mit der Ablieferung der Psychiatrie-Enquete an den Deutschen Bundestag im Sommer 1975 wurde nicht plötzlich alles besser. Der Beginn der Enquete war an vielen Orten, auch in vielen Anstalten, das Signal zum Aufbruch.

Wir, die wir uns alle paar Wochen in Bonn zu unseren mehrtägigen Arbeits-sitzungen trafen, waren verblüfft, was sich so alles tat, was fünf Jahre zuvor noch für unmöglich, für unrealistisch oder gar für Trautänzerei gehalten worden war.

Das hing gewiss auch mit der Organisation der Enquete durch Kulenkampf und die Kommission zusammen. Die annähernd 200 Fachleute unterschiedlicher Berufsgruppen aus allen Teilen der damaligen Bundesrepublik, die an der Enquete mitwirkten, hatten zuhause Impulse vermittelt, dass sich nun endlich etwas ereignen müsste. Auch die Trägerverbände der damaligen Anstaltspsychiatrie waren endlich wach geworden und stellten Mittel für Basis-sanierungsprogramme zur Verfügung, die vorher angeblich nicht vorhanden waren.

Nach Ablieferung des Berichts an das Parlament setzte eher Ernüchterung ein. Viele warteten nun darauf, dass ein großes Projekt in Gang gesetzt werden würde. Aber das ließ auf sich warten.

Zunächst gingen die Dinge ihren parlamentarischen Gang. Der Bundestag forderte durch den Gesundheitsausschuss eine Stellungnahme der Bundesregierung ein. Die aber nahm sich vier Jahre Zeit.

Das hing sicher auch damit zusammen, dass die Krankenversorgung im wesentlichen Ländersache ist, dass der Bund die Länder deshalb konsultieren musste. Es hing aber auch damit zusammen, dass einige Empfehlungen der Kommission umstritten waren, weil sie angeblich den Geruch von Staatsmedizin

Psychiatrische Großkrankenhäuser als Streitpunkt



»Die internationale Entwicklung, aber auch Tendenzen der deutschen Psychiatrie lassen es heute als sicher erscheinen, dass die Zukunft der psychiatrischen Krankenversorgung bei der gemeindenahen Psychiatrie liegt, bei der Integration der Psychiatrie in die übrigen sozialen und medizinischen Dienste von Städten und Gemeinden. ...

Aber wir können die psychiatrischen Großkrankenhäuser nicht schleifen, auch wenn wir sie für überholt halten. Nicht nur die Mitglieder des SPK (= Sozialistisches Patientenkollektiv) haben mit diesem Gedanken gespielt. Auch in den Diskussionen der Mitglieder der Arbeitsgruppe Intramurale Psychiatrie der Sachverständigenkommission, der ich angehöre, haben während der ersten Sitzungen Planieraugen und Schweißbrenner eine große Rolle gespielt.

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

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

Asmus Finzen im Jahre 1973

hätten: am heftigsten die Sektorsierung und die Einrichtung von sozialpsychiatrischen Diensten mit Behandlungsrecht sowie die Einrichtung von Institutsambulanzen.

Beide Ideen wurden in den meisten Bundesländern blockiert. Das änderte sich auch nach der Stellungnahme der Bundesregierung nicht. Ein großes Modellprogramm mit einer halben Milliarde Mark an Fördermitteln beispielsweise wurde nur von den SPD-regierten Bundesländern in Anspruch genommen.

Mich wunderten die Verzögerungen nicht, hatte ich doch schon 1973 in meiner Tübinger Antrittsvorlesung Geduld angemahnt (vgl. Kasten »Psychiatrische Großkrankenhäuser als Streitpunkt«). Die Überlegungen trugen auch zu meiner persönlichen Entscheidung bei, noch vor Abschluss der Enquete die Universität zu verlassen und die Leitung des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Wunstorf zu übernehmen.

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

Die Sorge, die großen Anstalten könnten durch zu große Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern ersetzt werden, erwies sich – vorhersehbar – als unberechtigt. Die Träger dieser Häuser wollten keine riesigen psychiatrischen Einrichtungen in ihren Mauern. So blieb es meist bei 60 bis 120 Betten mit den entsprechenden teilstationären Einrichtungen, die die Konservativen noch bis in die 1980er Jahre hinein heftig abgelehnt hatten. →

Die Anstalten wurden zum Teil drastisch umstrukturiert und verkleinert. Viele suchten nach neuen Aufgaben. Aber schon Mitte der 1980er Jahre hatten die Großkrankenhäuser ihre beherrschende Stellung in der psychiatrischen Versorgung verloren. Sie waren Institutionen von gestern, die ihre Existenzberechtigung nur noch daraus ableiteten, dass sie existierten – und es den Trägern aus Kostengründen und aus Gründen der Arbeitsplatzsicherung opportun erschien, sie zunächst weiterzuführen.

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

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

Im ersten Bericht hatten die zentralen Forderungen darin bestanden, dass vier Aspekte zu gewährleisten sind:

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

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

In der zweiten Expertenkommission von 1987/88 standen andere Forderungen im Mittelpunkt, nämlich die Ziele psychiatrischer Behandlung und Betreuung nicht auf die medizinische Seite zu begrenzen, sondern die Grundbedürfnisse der Kranken zu differenzieren in folgende Bereiche:

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

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

Es hat, vor allem in der sozialpsychiatrischen Szene, immer wieder Auseinandersetzungen darüber gegeben, ob es sich bei der Entwicklung der letzten 40 Jahre um eine Reform gehandelt hat oder »nur« um die Verbesserung der institutionellen Bedingungen.

Ich habe diese Diskussion nie so recht nachvollziehen können. Aber wenn man sie führen will, sollte man sein Augenmerk nicht auf die Entwicklung der Institutionen richten – außer vielleicht auf die der Tagesbehandlung –, sondern auf die Veränderung der Ziele.

Die alte Psychiatrie konzentrierte sich auf Schutz und Verwahrung. Für die neue Psychiatrie stehen Behandlung und Rehabilitation mit allen ihren Risiken und Chancen ganz im Vordergrund. Diese Veränderung der Einstellung, die Voraussetzung für die Öffnung der Institutionen und die Verlagerung der Behandlungsschwerpunkte in den ambulanten Raum war, hat mannigfache Schwierigkeiten mit sich gebracht, nicht nur innerhalb der

psychiatrischen Institutionen sondern auch in der Akzeptanz durch die Öffentlichkeit, durch die Gemeinschaft der Gesunden.

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

Literatur

Bundestagsdrucksache VI/474: Die Anhörungen des Gesundheitsausschusses am 8.10.1970 in Bonn und am 23.4.1971 in Emmendingen.

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

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

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

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

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

Finzen, A: »Unter elenden menschenunwürdigen Umständen.« Frankfurter Allgemeine Zeitung 6.11.1973, S. 7-8.

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

Finzen, A., H. Schädle-Deininger: Die Psychiatrie-Enquete – kurz gefasst. Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie 15. Wunstorf 1976.

Finzen, A.: Erlebte Psychiatrie-Geschichte Bd. II: darin 1970. Das Jahr der Tagungen, Psychiatrie-Enquete und Psychiatriereform, Mannheimer Kreis und DGSP. In: www.finzen.ch (2010).

Lauter, H., J. E. Meyer: Der psychisch Kranke und die Gesellschaft. Tagung der evangelischen Akademie Loccum, Oktober 1970. Thieme Verlag: Stuttgart 1971.