

„Prämissen der Psychiatrie - Enquête“

A: Die Voraussetzungen der Enquête

1. Entstehung - und Entartung der Anstaltspsychiatrie

Erinnern wir uns an die Anfänge der stationären psychiatrischen Versorgung - eine nennenswerte ambulante gab es ja zunächst noch nicht - so ist eine Entwicklung wesentlich, die sich etwa von 1800 bis in die 20er Jahre des vorigen Jahrhunderts erstreckt hat.

Ein kanadischer Historiker hat sie auf den ganz kurzen Nenner gebracht: Es ist eine Geschichte von guten Absichten und schlechten Folgen/Ergebnissen.

Aus philanthropisch - humanitären Impulsen der Aufklärungszeit und später mit dem Vordringen naturwissenschaftlichen Denkens in der Medizin haben hier wenige Generationen unserer Vorfäter konsequent und unter dem Einsatz erheblicher Investitionen überall im Lande stationäre psychiatrische Versorgungseinrichtungen realisiert. Allein von 1800 bis 1900 sind in Deutschland 281 öffentliche Anstalten für erwachsene psychisch Kranke entstanden. Viele übrigens - so auch hier im Rheinland - nach dem Krieg 1870/71, finanziert aus der durch die französischen Reparationszahlungen gut gefüllten Staatskasse.

Zumindest in einem Punkt war die Entwicklung vom Konzept her folgeschwer: Den Planern und Erbauern der neuen Heilanstalten schien aus therapeutischen Gründen übereinstimmend wesentlich, den psychisch Kranken aus seiner bisherigen Umgebung zu entfernen. Immer wieder wird von den damaligen Autoren auf die günstige Wirkung des Herausreißen aus allen bisherigen Gewohnheiten und der Versetzung in eine idyllisch ruhige Lage hingewiesen. Diese therapeutisch motivierte Isolierungsthese bildete den Hauptanlass, neue psychiatrische Anstalten fernab von größeren Städten zu errichten. Noch 1868 hat LAEHR als Vertreter der Anstaltspsychiatrie in seiner erbitterten Replik gegen die Vorschläge von GRIESINGER, „Stadt-Asyle“ - heute würde man

sagen „psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern“ - zu errichten, vor der psychiatrischen Sektion der Naturforscherversammlung in Dresden Zustimmung zu der Aussage erwirkt, daß „neu zu errichtende Irrenanstalten außerhalb der Städte“ anzulegen seien.

((Während sich die Ideen GRIESINGERS, der einen Monat nach dieser Sitzung starb, praktisch wenigstens zu einem Teil in den Universitätskliniken fortsetzten, haben die Vorstellungen LAEHRS die Generallinie der Entwicklung der deutschen Anstaltspsychiatrie im großen und ganzen festgelegt.)))

Im zweiten Teil des erwähnten Beschlusses gab es zudem die Entscheidung, bei den sogenannten „gemischten Anstalten“ zu bleiben, das heißt, in diesen sowohl akute als auch chronische Formen psychiatrischer Krankheit - anders formuliert: Heilbare und Unheilbare - zu behandeln. Damit ist das quantitativ sehr umfangreiche Erbe des 19. Jahrhunderts in einer Weise qualitativ zementiert worden, die später allergrößte Schwierigkeiten bereiten sollte.

Die Heil- und Pflegeanstalten wurden vielfach zu einem Sammeltopf sehr unterschiedlicher Patienten- und Behindertengruppen. In den 130 Fachkrankenhäusern für Psychiatrie der Bundesrepublik Deutschland befanden sich noch 1973 fast 60 % aller hospitalisierten Kranken länger als zwei Jahre in Behandlung - allein 31 % zehn Jahre und darüber. Und es sei daran erinnert, daß der Bestand an geistig Behinderten zum gleichen Zeitpunkt in Nordrhein - Westfalen 25,1 % der Patienten betrug.

Die gemeindeferne Lokalisation der Einrichtung und die Heterogenität der Hospitalisierten sind aber nur zwei Charakteristika der Anstaltspsychiatrie. Die Anstalten waren darüber hinaus durch die Übergröße der Anlage heillos überfordert. Die Versuche der frühen Reformer, ihre Ideale in die Realität umzusetzen, scheiterten schon an der bloßen Menge der Patienten.

Die steigenden Zahlen (- vor allem ab 1875 geradezu explosionsartig -) hatten im 19. Jahrhundert vor allem zwei Ursachen: Zum einen die Umverteilung durch Aufnahme der Patienten aus den Familien und der Verlegung aus Gefängnissen und Armenhäusern sowie zum anderen durch die Zunahme von Krankheiten

wie der Neurosyphilis (insbesondere der Progressiven Paralyse) und der alkoholbedingten Krankheiten.

Problematisch war auch das Verankertsein in ein von der übrigen Medizin abgetrenntes Versorgungssystem und eine nicht immer konfliktfreie Kluft zu den Universitätskliniken des eigenen Faches, die eher GRIESINGER`s Ideen fortsetzten.

2. Die Katastrophe der beiden Weltkriege

Danach die Katastrophen der beiden Weltkriege.

Wir wissen inzwischen einiges darüber, wieviele Patienten den Kriegsfolgen des ersten Weltkrieges, insbesondere den Hungerwintern in den letzten Kriegsjahren zum Opfer fielen.

Dann - noch schlimmer - die schreckliche und verbrecherische Verfolgung und massenhafte Tötung psychisch kranker Menschen in der Zeit des Nationalsozialismus, der insbesondere Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen die Hoffnung auf Besserung und das Recht auf Teilhabe und Leben absprach.

Die Jahre nach dem Kriegsende waren geprägt von Wiederaufbau, Wirtschaftswunder, Etablierung einer Wohlstandsgesellschaft und Verdrängung der Gräuel des Nationalsozialismus.

Die Psychiatrie befand sich in einer Tabuzone und war insgesamt in einem beklagenswerten Zustand.

Die Struktur der Anstalten war - typisch für die Zeit, in der ihr gesellschaftlicher Auftrag in der Ausgrenzung psychisch Kranker bestand und therapeutische Möglichkeiten noch kaum gegeben waren - kustodial, also auf Verwahrung ausgerichtet.

Mit der Einführung von Psychopharmaka in den 50er Jahren und den damit verbesserten Behandlungsmöglichkeiten von Psychosen waren die überwiegend als „agricole Irrenkolonien“ konzipierten Verwahr-Anstalten nicht mehr zeitgemäß.

Ihre Strukturen wurden immer fragwürdiger; zumal sie baulich überaltert, in miserablen Zustand und dabei durch ein rapides Anwachsen der Belegung und

ein ebenso starkes Ansteigen der Zugänge katastrophal überbelegt waren. In Verbindung mit dem zu wenigen und gering qualifizierten Personal ergaben sich so unverträgliche, z.T. menschenunwürdige Zustände. Sie waren verlorbene „totale Institutionen“, gekennzeichnet durch eine Trennung von Wärtern und Insassen, deren Alltag für die Patienten - wie die Studien zum Thema Hospitalismus zeigten - z.T. mehr Leid produzierte als ihre Krankheit.

Man muss sich vorstellen: Häuser wie in Düren, Bonn, Düsseldorf, Langenfeld - um nur einige typische Beispiele zu nennen - ursprünglich für 500 bis höchstens 800 Patienten ausgelegt, mussten um 1970 schließlich mit einem Bestand zwischen 1500 und 1750 Kranken fertig werden.

Dies bedeutete für die dort Tätigen: Arbeit unter miserablen, therapiefreundlichen Bedingungen.

Es war deutlich, daß ein verschlissenes, veraltetes Versorgungssystem, eine stagnierende abgekapselte, zentralistisch organisierte Anstaltspsychiatrie mit ihren vielfältigen Mängeln keine Zukunft haben könne.

3. Zarte Ansätze nach dem 2. Weltkrieg

Und es nimmt nicht Wunder, daß angesichts des Elends die ersten kritischen und Veränderungsimpulse in den Jahren ab 1960 sichtbar wurden.

So gab es hier im Rheinland Bemühungen, vor allem durch Baumaßnahmen wie Aufnahmekliniken und sog. Wechselkrankenhäuser die räumliche Not wenigstens etwas zu lindern und eine Entwicklung zum psychiatrischen Fachkrankenhaus zu fördern (- u.a. durch die Einführung von Funktionsbereichen).

Es bedurfte aber erst einer gesellschaftlichen Aufbruchstimmung, einer kritischeren Öffentlichkeit und damit einer Änderung des gesellschaftlichen Auftrages sowie einer neuen Generation psychiatrisch Tätiger, dass die deutsche Nachkriegspsychiatrie sich allmählich aus ihrer Erstarrung löste und die Zustände in den Anstalten öffentlich beklagt und Reformen angemahnt wurden, wie sie in anderen Ländern längst eingesetzt hatten.

4. Erste Kritiken

Der Frankfurter Ordinarius Jürg ZUTT wies z.B. im Januar 1964 in der FAZ auf die „weltweite Revolution im psychiatrischen Krankenhauswesen - ohne Deutschland“ hin.

Sein Stiefsohn Caspar Kulenkampff hatte bereits im Jahr zuvor gemeinsam mit Gregor Bosch die erste deutsche Tagesklinik gegründet. Dabei spielten die Anregungen aus dem angelsächsischen Raum, aber auch Erfahrungen aus dem 13. Pariser Arrondissement eine Rolle.

Zunächst waren es nur wenige Stimmen, die wie HÄFNER, KISKER und von BAEYER den Zustand der psychiatrischen Versorgung als „Nationalen Notstand“ kritisierten und dringliche Reformen verlangten. (((Sie schlugen u.a. den Aufbau von 250 »psychiatrischen Gemeindezentren« vor (mit stationärer Abteilung, Nacht- und Tagesklinik, Ambulanz und Rehabilitationsdienst).)))

Auch auf der Ebene der Verbände und der Gesundheitspolitik gab es Mitte der 60er Jahre einige frühe Initiativen, die Verhältnisse zu verbessern und die Struktur der psychiatrischen Versorgung zu modernisieren.

Was die ersten Kritiker zu sagen hatten und aufzuzeigen versuchten, war jedoch zunächst weithin in den Wind geredet.

Dies änderte sich erst mit dem nun stärker werdenden Wandel des gesellschaftlichen Klimas.

5. Verstärkung der Kritik durch den Zeitgeist der 2. Hälfte der 60er Jahre

Zur Erinnerung: Mitte der 60er Jahre entwickelten sich in der Bundesrepublik linksgerichtete Studentenbewegungen („Unter den Talaren - Muff von 1.000 Jahren“), Bürgerbewegungen sowie die Außerparlamentarische Opposition (APO genannt), in Opposition zur damaligen Großen Koalition und der von ihr betriebenen Notstandsgesetzgebung.

Das Eintreten der Studentenbewegung und der APO für Menschenrechte und Demokratisierung wurde von vielen Intellektuellen mitgetragen und bekam nach der Erschießung des Studenten Benno Ohnesorg im Sommer 1967 in Berlin eine noch breitere Unterstützung. 1969 wurde Willy Brandt zum Bundeskanzler gewählt, der die Amtszeit der sozialliberalen Regierung unter das Motto „Wir wollen mehr Demokratie wagen“ stellte.

Im gleichen Jahr erschien das Buch „Irrenhäuser - Kranke klagen an“ von Frank FISCHER, einem Germanisten und Historiker, der darin seine Erfahrungen als Hilfspfleger in fünf bundesdeutschen Heilanstalten dokumentierte und sie seinen Erfahrungen in zwei englischen Einrichtungen gegenüberstellte. Die von ihm geschilderten tagtäglichen Erniedrigungen und Entwürdigungen der Patienten dokumentieren, dass die „der deutschen Anstalt zugrunde liegenden Strukturen und Ordnungsschemata gar keine menschlichen Lebens- und Behandlungsbedingungen entstehen lassen können.“ Dagegen zeigen die Beispiele aus England, dass es „durchaus möglich ist, in diesen großen und abgelegenen Anstalten psychisch Kranken humane Lebensbedingungen bei intensiver Therapie zu bieten“, Sein Buch wurde ab Januar 1970 über mehrere Monate als Serie unter dem Titel „Mit uns können sie´s ja machen“ hier im Kölner Stadtanzeiger veröffentlicht und hatte insgesamt eine breite Resonanz in Leserbriefen und Diskussionen.

Die Kritik an der kustodialen Anstaltspsychiatrie ging nun weit über die psychiatrischen Fachkreise hinaus, was die Möglichkeiten für reformatorische Impulse verbesserte. Damit wuchsen auch die Chancen, den Umgang mit psychisch Kranken zu humanisieren und zu liberalisieren..

Mit der breiteren Diskussion wurden verstärkt auch die internationalen Reformentwicklungen zur Kenntnis genommen und diskutiert, die z.T. schon sehr viel früher, nämlich bereits in den 50er Jahren eingesetzt hatten, so z.B. in Großbritannien, Dänemark und den Niederlanden. In den USA war es Präsident J.F. Kennedy, der eine Reform der Psychiatrie anstieß. (Auch dort waren in den Anstalten menschenunwürdige Verhältnisse zu beklagen gewesen.)

(((1969 waren zudem zwei gesetzliche Änderungen zu verzeichnen: Im Oktober 1969 erhielten Personen, die seelisch wesentlich behindert sind, durch eine Änderung des Bundessozialhilfegesetzes Anspruch auf Eingliederungshilfe für Behinderte.

In Nordrhein - Westfalen forderte das „Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten“ vom 2.12.1969 ein Angebot an vorsorgenden und nachgehenden behördlichen Hilfen.)))

Ende der 60er hatte der Vietnamkrieg seinen Höhepunkt erreicht und die Forderungen nach politischen Veränderungen waren nicht mehr zu überhören. In Paris war die Studentenrevolte in vollem Gange.

Das blieb nicht ohne Rückwirkungen auf das Klima der psychiatrischen Fachtagungen, die nicht selten (- mindestens, wenn Erich WULFF dabei war -) mit einer Vietnamresolution endeten.

Die deutsche Sozialpsychiatrie formierte sich insbesondere 1970. Nach einer Tagung in Hamburg bildete sich der „Mannheimer Kreis“, der bald zur „Gründung der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie“ führte.

Was sich zunächst als Diskussion unter Ärzten entwickelt hatte, bekam durch die Einbeziehung nichtärztlicher Berufsgruppen eine stärkere Dynamik und fand zunehmend den Weg aus den Fachkreisen heraus in die Medien, die Öffentlichkeit und schließlich in die Politik.

Dass sich die Politik des Themas annahm, hat die Umsetzung schon bestehender Reformansätze beträchtlich aktiviert.

6. Der Auftrag

Im März 1970 brachte die Fraktion der CDU/CSU einen Antrag zur „Situation der Psychiatrie in der Bundesrepublik“ ein. Es sollte eine umfassende Untersuchung über die psychiatrisch - psychohygienische Versorgung der Bevölkerung durchgeführt und zugleich festgestellt werden, welche Maßnahmen notwendig sind, damit die Versorgung den wissenschaftlichen Erkenntnissen gerecht wird.

Die ausführliche Begründung durch den Abgeordneten Walter Picard in der Beratung des Bundestages macht deutlich, dass zuvor eine intensive Abstimmung mit Psychiatrie - Experten stattgefunden hatte. In ihr finden sich daher auch bereits viele Formulierungen und Forderungen, die später in der Psychiatrie - Enquête übernommen wurden. (Nebenbei gesagt, laut HÄFNER war Walter PICARD der Onkel von Manfred BAUER, der wiederum Assistenzarzt bei KULENKAMPFF war).

Nach der ersten Expertenanhörung durch den Ausschuss am 8. Oktober 1970 fand drei Tage später in der Evangelischen Akademie Loccum die Tagung „Der psychisch Kranke und die Gesellschaft“ statt, die zu einer weithin bekannt gewordenen spontanen Resolution führte. Darin wird die Initiative des Deutschen Bundestages begrüßt und ein umfassendes Konzept bedarfsgerechter psychiatrischer Versorgung für die BRD gefordert, das sich an den Erfahrungen der internationalen Psychiatrie orientiert.

Keine zwei Wochen danach stellte auch die DGPN entsprechende Forderungen.

Um den Dialog zwischen Vertretern der Politik und der Psychiatrie zu verbessern, wurde im Januar 1971 die „Aktion psychisch Kranke“ - Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker e.V. gegründet, in der Abgeordnete der Fraktionen des Deutschen Bundestages und in der Psychiatrie Tätige zusammenwirken, um mit politischen Mitteln auf eine grundlegende Reform der psychiatrischen Krankenversorgung hinzuwirken. Vorsitzender wurde Walter PICARD (der damals und auch später immer wieder für die Transmission psychiatrischer Anliegen in die Bundespolitik sorgte) , Stellvertreter Caspar KULENKAMPFF.

Nach einer zweiten Experten-Anhörung am 23. April 1971 im Landeskrankenhaus Emmendingen stellte der Gesundheitsausschuss des Bundestages den Antrag zur Psychiatrie - Enquête, der am 23. Juni 1971 im Plenum ohne Aussprache angenommen wurde.

7. Parallele Reformbemühungen

Politische Initiativen gab es zu dieser Zeit nicht nur auf Bundesebene. In Nordrhein - Westfalen z.B. kam es nach Vorbereitung durch Caspar KULENKAMPFF und Hans LAUBER (Direktor Langenfeld, Landtagsabgeordneter und SPD Gesundheitssprecher) im Dezember 1970 zu dem Landtagsbeschluß, einen „Zielplan für die Versorgung psychisch Kranker und Schwachsinniger(!)“ vorzulegen. Hierzu wurde eine Kommission einberufen, in der einige Mitglieder später auch in der Enquête - Kommission eine wichtige

Rolle spielten, wie z.B. LOTZ, KULENKAMPFF, BOSCH, KLUGE, WINKLER, HÄFNER, SAUTTER und KOESTER. Für sie war die Arbeit an dem Zielplan eine gute Vorübung und Einstimmung auf die Arbeit der Enquête - Kommission. Der umfangreiche Plan, im Januar 1972 veröffentlicht, enthält bereits viele Analysen und Forderungen, die in der Enquête übernommen wurden.

Etwas vorher, im November 1971, beauftragte die politische Vertretung des Landschaftsverbandes Rheinland die Verwaltung, d.h., den inzwischen hierfür zuständigen Landesrat Prof. KULENKAMPFF (vorher ja LKH-Direktor und Ordinarius in Düsseldorf), eine Planung für eine ortsnahe psychiatrische Versorgung im Rheinland vorzulegen. Auch dies eine gute Vorbereitung für ihn als den späteren Vorsitzenden der Sachverständigen - Kommission.

In diesem „Rahmenplan zur Versorgung psychisch Kranker und geistig Behinderter“ beschreibt KULENKAMPFF die Subkultur der Anstalt - wie ich finde - recht treffend:

Er schildert eine Subkultur mit eigenen Lebensgewohnheiten und

Machtverhältnissen. *„Die Krankenhausbevölkerung im ganzen nimmt gemeindeähnliche Züge an, und der Direktor ähnelt in mancher Hinsicht einem Bürgermeister. Einer solchen zum Patriarchalismus und zum Familiaren hinneigenden Struktur mögen früher positive Aspekte abgewonnen worden sein. In einer modernen auf Mobilität, Urbanität und Kommunikation angelegten Industriegesellschaft wirken derartige Gebilde jedoch anachronistisch.*

Das große psychiatrische Landeskrankenhaus steht noch immer überwiegend mit dem Rücken zur Gesellschaft orientiert. Es hat Ängste und Schwierigkeiten, sich in seiner Unförmigkeit aus der relativen Sicherheit der Abgeschlossenheit gegen die Umgebung zu öffnen, sich als Teil der Gesellschaft zu verstehen und in diese zu integrieren.

Die Zuschüttung des Grabens zwischen dem zur Isolierung tendierenden

Landeskrankenhauskomplex und der Gesellschaft ist aber eine der Grundvoraussetzungen für den Aufbau einer bedarfsgerechten psychiatrischen Versorgung.“ (Rahmenplan..., S. 15)

Zum Rahmenplan hatten wir eine umfangreiche Erhebung der räumlichen Bedingungen durchgeführt. Einen Eindruck mögen die Fotos vermitteln.

Der Rahmenplan hatte insbesondere zwei Folgen: Er lieferte die Basis für Entscheidungen im Rahmen der regionalen Krankenhausplanung NRW,

Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinen Krankenhäusern einzurichten und für die Häuser des LVR brachte er ein sehr umfangreiches Sofortprogramm zur Verbesserung der Unterbringungsverhältnisse und den Bau der sog. Standardbettenhäuser (mit insgesamt 1600 Betten!, 75 Mio DM), die für eine erhebliche Entlastung sorgten.

B. Die Umsetzung der Enquête

8. Die Umsetzung

Zurück zur Enquête:

Die Kommission konstituierte sich im August 1971 mit KULENKAMPFF als Vorsitzendem und (seinem Freund) Heinz HÄFNER sowie Hartmut SIEDE (später RL 82 + Chefarzt Marienheide) als Vertreter der Länder - dazu DEGKWITZ als Präsident der DGPN (die im September 1971 ebenfalls einen „Rahmenplan zur Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik“ veröffentlichte).

Die Kommission bestand zunächst aus 19 (später 23) Mitgliedern - unter ihnen auch einige jüngere, sozialpsychiatrisch und reformorientierte Psychiatrie-Experten.

Mit der Geschäftsführung wurde die „Aktion Psychisch Kranke“ beauftragt.

Im Oktober 1973 legte die Kommission einen Zwischenbericht vor, der auf einer Tagung in Bad Boll ausgiebig erörtert wurde.

U.a. wird darin dargestellt, dass sich die „Arbeitsgruppe Intramurale Dienste“ mit besonderer Intensität der Untersuchung und Darstellung der Lebensverhältnisse, unter denen psychisch Kranke in den Großkrankenhäusern zu leiden haben, widmete. Sie beschrieb die Verhältnisse dort als „brutale Realität“ und forderte die Durchführung von „Sofortmaßnahmen“. Dies wird untermauert durch Erhebungen, die wir im Bereich des LVR durchgeführt hatten, welche die erbärmliche Situation belegten.

Gefordert wurde auch hier, „Grundstandards allgemeiner Lebensbedingungen“ zu gewährleisten, so z.B. ausreichende Sanitärausstattung, Nachttische für das Eigentum der Patienten, eigene Kleidung und eine angemessene Möblierung.

Die kritischen Darstellungen im Zwischenbericht erregten viel Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit.

Die weitere Arbeit der Kommission stand daher unter dem Eindruck einer allgemeinen Reformervartung; nicht zuletzt auch aufgrund der Erkenntnisse über Hospitalismusschäden und Franco BASAGLIA`s radikale Anstaltsöffnungen in Italien (Motto: Freiheit heilt!), welche die Gemüter erregten.

Die Arbeit gestaltete sich sehr aufwändig: In einer Vielzahl von Arbeitsgruppen, Expertenteams und Beiräten traf sich eine bunte Mischung aus Vertretern der Universitätspsychiatrie, der Anstaltspsychiatrie, Ärzten und Nicht-Ärzten, fachlich und politisch versierten Experten, Progressiven und Konservativen. Sie alle zusammengehalten durch den Vorsitzenden Caspar KULENKAMPFF, der eine außerordentliche Integrationsleistung vollbrachte. Sie war ihm möglich, weil er dabei seine Erfahrungen als sozialpsychiatrischer Praktiker (in Frankfurt), als Ordinarius und Chef eines Landeskrankenhauses (in Düsseldorf) und als Gesundheitsdezernent des LVR einbringen konnte. Universitäre und Anstalts-Psychiatrie, Politik und Verwaltung waren für ihn vertraute Terrains. Dies sicherte ihm eine breite Akzeptanz.

Die Treffen und Tagungen - die Angaben addieren sich auf 192 Tagungen plus fünf mehrtägige Harmonisierungsgespräche - bedeuteten eine erhebliche Belastung der Teilnehmer. Im Auftrag der Kommission wurden auch je über 20 Untersuchungen und Gutachten vergeben sowie sechs Informationsreisen ins Ausland und sieben Anhörungen durchgeführt, deren Ergebnisse im Anhang zur Enquête aufgeführt sind.

Die Kommission stand unter dem Druck, soweit wie möglich Konsens zu erzielen. Es war klar, dass die Enquête nur dann durchgreifende und anhaltende gesundheitspolitische Wirkungen entfalten kann, wenn von den Sachverständigen möglichst klare und einmütige Positionen vertreten werden. Angesichts der divergierenden Ansichten und Interessen kein leichtes Unterfangen. Im Anhang zum Enquête - Bericht wird insbesondere ausführlich beschrieben, wie ungemein schwierig insbesondere die Einigung mit den

Vertretern des Fachgebietes Psychotherapie/Psychosomatik war. Sie hing gelegentlich am seidenen Faden. Ich erinnere, dass ein Scheitern hierbei nicht zuletzt durch eine Fülle von Telefonaten zwischen Kulenkampff und Richter vermieden wurde.

Zur endgültigen Formulierung und Redaktion des Hauptberichtes wurde ein „zentrales Redaktionsteam“ eingesetzt.

In mehrwöchiger Klausur in Pfifferloh, im Ferienhaus von KULENKAMPFF wurden auf der Grundlage der von den Arbeitsgruppen und der Sachverständigen-Kommission erarbeiteten Unterlagen die Texte zusammengestellt, formuliert und redigiert.

Für den Vorsitzenden Caspar KULENKAMPFF und das Redaktionsteam eine wahre Herkulesarbeit!

Am Ende stand ein Bericht von 426 Druckseiten mit einem Anhang von 1.192 Seiten. Er wurde Ende 1975 der Bundesregierung überreicht.

Die im Bericht vertretenen Prinzipien lassen sich verhältnismäßig allgemein zusammenfassen:

- Vorrang der komplementären und ambulanten Dienste
- Aufbau der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern bei gleichzeitiger drastischer Verkleinerung bestehender psychiatrischer Krankenhäuser
- Herausnahme der Versorgung erwachsener geistig Behinderter aus den psychiatrischen Krankenhäusern
- Bündelung der bedarfsgerechten Dienste in geographisch definierten Standardversorgungsgebieten
- Institutionalisierung von Koordination, Planung und Information.
- Gleichstellung körperlich und seelisch Kranker in rechtlicher, finanzieller und sozialer Hinsicht.

Abstrakter formuliert wird man sagen können: Die Enquête fordert den Abbau zentralistischer Elemente und den Aufbau eines vielgliedrigen dezentralen an den Bedarf der Bürger in den Kommunen orientierten Versorgungssystems. Es

muss ein umfassendes Angebot - wo immer nur möglich gemeindenah - zur Verfügung stehen. Umfassend ist ein bedarfsgerechtes, regional gegliedertes psychiatrisches Versorgungssystem dann, wenn es auf verschiedenen Ebenen die notwendige Anzahl ausreichend differenzierter, miteinander verknüpfter Dienste für alle Kategorien Hilfsbedürftiger bereitstellt.

Ganz besonders wichtig war den Autoren auch die Einstellungs- und Haltungsänderung aller am Behandlungsprozess Beteiligten im Sinne der Sozialpsychiatrie.

C. Die damalige Diskussion

9. Die Wirkungen

Nie zuvor und nie danach sind die Lage der Psychiatrie, ihre Entwicklungsbedarfe und -ziele in Deutschland so umfassend beschrieben worden.

Durch den insgesamt weitgehend gelungenen Harmonisierungsprozeß war nun, trotz der im Bericht enthaltenen Sondervoten, eine breite fachliche Referenzbasis für jede weitere Reformdebatte geschaffen. Sie erreichte in der Folgezeit ein hohes Ausmaß allgemeiner Akzeptanz und diente noch lange als Begründungsbasis für Entscheidungen im Rahmen der Psychiatrieplanung. Ihre Wirkung war allenthalben spürbar. Und zwar bereits während ihrer Erarbeitung und weiter in der recht langen Zeit, die das Bundesministerium brauchte, um die Stellungnahmen der Bundesländer einzuholen, bevor der Bericht dann im Februar 1979 dem Parlament zugeleitet wurde.

Er verschwand nicht in den Bücherregalen, sondern bildete die fachliche Grundlage für den gesundheitspolitischen Prozess einer bundesweiten Psychiatriereform.

Bereits der alarmierende Befund des Zwischenberichtes „löste eine beträchtliche Schubwirkung zur Realisierung der geforderten Sofortmaßnahmen in den Bundesländern aus, die in der Folgezeit erhebliche Mittel zur Befriedigung humaner Grundbedürfnisse der hospitalisierten psychisch Kranken und

Behinderten investierten. Diese Sofortmaßnahmen setzten sich in Förderprogrammen der Bundesländer bis in die 80er Jahre hin fort.“

In schneller Folge erschienen in den Jahren 1971 bis 1976 eine Reihe von Psychiatrieplänen einzelner Bundesländer, welche die Forderungen der Psychiatrie -Enquête aufgriffen. Bund und Länder gründeten den „Ständigen Arbeitskreis der Psychiatriereferenten“, ein wichtiges Gremium zur Initiierung und Koordinierung bundesweiter Reformbemühungen.

Die Aktion Psychisch Kranke transportierte die Reformüberlegungen in einer Vielzahl von Berufsgruppen übergreifenden Tagungen und im engen Kontakt zu psychiatriepolitisch engagierten Mitgliedern der Fraktionen.

So konnte die Enquête ihre Wirkung entfalten.

Sie hat ganz zweifellos dazu beigetragen, dass die stationäre Versorgung psychisch Kranker, insbesondere in den Großkrankenhäusern verbessert wurde; nicht nur durch deren Verkleinerung, die Differenzierung des therapeutischen Angebotes und die Verbesserung der Unterbringungsverhältnisse, sondern vor allem auch durch die allmähliche Wandlung von einer kustodialen Einstellung hin zu einer sozialpsychiatrischen therapeutischen Haltung aller am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen, auf die die Autoren der Enquête zu Recht besonderen Wert legten.

Gleichzeitig konnte die ortsnahe Versorgung - unter Nutzung des Bettenüberhangs in der somatischen Medizin - durch eine enorme Gründungswelle von Psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern verbessert und eine Gleichstellung mit körperlich Kranken annähernd verwirklicht werden.

Hierzu trug auch bei, dass eine Vielzahl von Tageskliniken und teilstationären Angeboten geschaffen wurden.

Besondere Bedeutung hatte auch die Einfügung des § 368n, Abs.6 in die RVO, die es den psychiatrischen Fachkrankenhäusern ab 1976 ermöglichte, sog. Institutsambulanzen einzurichten und damit die ambulante Versorgung der

Bevölkerung vor allem dort zu verbessern, wo niedergelassene Nervenärzte fehlen.

Die Wirkung der Enquête ging aber auch sonst noch weit über die Verbesserung der Verhältnisse in der klinischen Versorgung hinaus.

Es gab eine Gründungswelle psychosozialer Hilfsvereine, seit 1975 mit einem bundesweiten Dachverband, der ihnen half, ganze Netzwerke von (in der Enquête geforderten) gemeindepsychiatrischen Angeboten in den Lebensbereichen Arbeit, Wohnen und Freizeit zu schaffen.

In vielen Kommunen bildeten sich die von der Enquête als

Koordinierungsgremium angeregten Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften.

Sicher ist: Ohne die Psychiatrie - Enquête wären auch weder der Modellverbund „Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung“ (ab 1976) noch das „Modellprogramm Psychiatrie“ der Bundesregierung (1979) in 14 Modellregionen vom Bund finanziert und auf den Weg gebracht worden.

Nicht vergessen werden sollten auch die von der Enquête geforderten

Verbesserungen in der Rechtsstellung psychisch Kranker. Mit der Folge, dass

Änderungen im Vormundschaftsrecht, im Bundeszentralregistergesetz und bei

der Finanzierung (Stichwort: Wegfall des Halbierungserlasses) erreicht werden

konnten. (Nebenbei: Auch die Patientenanwälte gehen auf eine Empfehlung der Sachverständigenkommission zurück.)

Die vielleicht wichtigste Wirkung der Enquête bestand aber im Wandel der

Einstellung gegenüber Menschen mit einer psychischen Erkrankung bzw.

geistigen Behinderung. Die Forderung, den Patienten im Behandlungsprozess

als Partner ernst zu nehmen und die Forderung, das soziale Umfeld mit

einzubeziehen schafften auch die Grundlage für den später „Triolog“ genannten Umgang.

Vieles blieb sicher auch nach der Enquête lange noch im Argen.

Nun, Politik ist bekanntlich die Kunst des Möglichen. Und: Rückblickend kann

man m.E. 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.

10.Schluß

Ich würde mir wünschen, dass das Thema Strukturveränderungen in der psychiatrischen Versorgung weiter auf der Tagesordnung bleibt und zum Beispiel ein Finanzierungssystem gefunden wird, das hierzu die richtigen Anreize setzt und weiterführende Modelle nicht als exotische Ausnahmen, sondern als abgesicherte Beispiele für weitere Reformschritte angesehen werden.

Um mit HÄFNER zu sprechen: „ Wir haben die Wende von einer hilflosen, vernachlässigten und schließlich der Unmenschlichkeit verfallenen Bewehrpsychiatrie zu einer offenen, hilfsbereiten und über wirksame Behandlungsinstrumente verfügenden, personennahen Psychiatrie erfahren dürfen. Das Erreichte und mit ihm der Geist von Humanität und Partnerschaft in Behandlung und Versorgung bleiben jedoch in Gefahr, bei knappen Ressourcen und bei einem Wandel des Zeitgeistes zu einer härteren, egoistischeren Mentalität wieder infrage gestellt zu werden. Dagegen werden wir auch in Zukunft einzutreten haben.“ (2001)

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit...