

Psychiatriereform in Deutschland. Vorgeschichte, Durchführung und Nachwirkungen der Psychiatrie-Enquête. Ein Erfahrungsbericht

HEINZ HÄFNER

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim
Universität Heidelberg¹

Zusammenfassung

In der Geschichte der Medizin hat kein Ereignis das Schicksal der Kranken und die psychiatrische Versorgung so einschneidend verbessert wie die Psychiatrie-Enquête der Bundesrepublik Deutschland 1971–1975. Dieser radikalen Reform ging der Übergang von der Wegsperrtradition der europäischen Wohlfahrtspolitik zum medizinischen Modell mit der Entstehung der Psychiatrie im 19. Jh. voraus. Der soziale Wandel löste um die Jahrhundertwende einen enormen Versorgungsbedarf aus, der zur Schaffung einer großen Zahl öffentlicher Irrenheilanstalten in Deutschland führte. Der Mangel an Wissen über Ursachen und Behandlung psychischer Krankheiten und die Überzeugung, dass Irre gefährlich seien, hatten langfristige geschlossene Unterbringung zur Folge. 1945, nach Krieg und Massenmord an psychisch Kranken, war das Vertrauen in die Psychiatrie verloren. Die verbliebenen Anstalten waren überfüllt und größtenteils verrottet. Es fehlte an Personal, an Nachwuchs, es fehlte an allem. Eine Reform war unvermeidbar. Analysen und Reformvorschläge unserer Denkschrift (1965) wurden noch überhört. Die Rede des CDU-Abgeordneten Walter Picard vor dem Bundestag am 17.04.1970 gab den politischen Anstoß zur Psychiatrie-Enquête. 1971 wurde die Enquête-Kommission unter dem Vorsitz von

¹ Dieses Manuskript ist eine revidierte und erweiterte Form des Vortrags, der unter gleichem Titel am 27.11.2014 auf Einladung der Jungen Akademie auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) in Berlin gehalten wurde.

Prof. Casper Kulenkampff und des Autors als Stellvertreter berufen. Programm, Mitgliedschaft, Organisation und Tätigkeit der Kommission werden berichtet, kritische Ereignisse im Verlauf der Arbeit dargestellt und Nachwirkungen der Empfehlungen erörtert. Der internationale Vergleich zeigt, dass es in keinem anderen Land eine in vollem Maße vergleichbare Psychiatriereform gegeben hat.

8.1 Einleitung

In der Geschichte der Medizin hat wahrscheinlich kein Ereignis das Schicksal der Kranken so einschneidend verbessert und die psychiatrische Krankenversorgung so tief greifend umgestaltet wie die Psychiatrie-Enquête der Bundesrepublik Deutschland von 1971–1975. Ich werde in diesem Beitrag als Zeitzeuge, der an der Vorbereitung, Ausführung und Umsetzung der Enquête beteiligt war, einige Episoden aus drei Zeitabschnitten präsentieren:

1. Vorgeschichte der Enquête
2. Gründung und Tätigkeit der Enquêtekommission
3. Umsetzung der Empfehlungen

und über die vorausgehende Psychiatriereform in der DDR, in Gestalt der Rodewischer Thesen, kurz berichten.

8.2 Vorgeschichte

Die Vorgeschichte der Psychiatriereform zeigt, dass der Umgang mit psychisch Kranken, ihre Versorgung und Therapie vom Wissen, vom politischen System, vom gesellschaftlichen Lebensstil und vom Ethos ihrer Zeit geprägt sind.² Das medizinische Modell, dem wir heute folgen, nämlich die Erklärung seelischen Leidens und abnormen Verhaltens als Krankheit und die Übertragung der Verantwortung für ihre Behandlung an die Medizin, setzte sich erst im 19. Jh. allmählich durch. Der erste akademische Psychiater war Johann Christian August Heinroth (Abb. 1).

Er wurde 1811 auf den neu gegründeten Lehrstuhl für „psychische Therapie“ an der Universität Leipzig³ berufen, aber erst 1830 in die medizinische Fakultät aufgenommen⁴. Er verstand psychische Krankheit noch im augustinischen Sinn als Folge der Sünde, als Folge des Ausbruchs aus der göttlichen Ordnung des Lebens.⁵

Wenden wir unseren Blick auf größere Zusammenhänge: Die europäische Wohlfahrts-politik verfolgte im Geist der konstitutionellen Monarchien vornehmlich zwei Ziele: die

² Kersting 2003, Kersting & Schmuhl 2004, Brink 2010, Dörner 1969, Küster 1998

³ http://de.wikipedia.org/wiki/Universität_Leipzig

⁴ http://de.wikipedia.org/wiki/Johann_Christian_August_Heinroth

⁵ Heinroth 1813



Johann Christian August Heinroth
(1773-1843)

Lithographie von Carl Lutherer
Quelle: http://de.wikipedia.org/wiki/Johann_Christian_August_Heinroth

Abbildung 1: Johann Christian August Heinroth.

Fürsorge für Hilfsbedürftige und die Sicherung der öffentlichen Ordnung.⁶ Mittel dazu war die „Wegsperrtradition“, d. h. die Konzentration und Einschließung der gesellschaftlich unerwünschten Personen. Bis in die Anfänge des 19. Jh. hinein wurde dabei zwischen Hilfsbedürftigen und sozialen Störenfrieden kaum unterschieden. Psychisch Kranke wurden zusammen mit Alten, körperlich Kranken, Krüppeln, Witwen, Waisen und Kleinkriminellen gemeinsam in „Zucht-“ oder „Arbeitshäusern“ geschlossen untergebracht⁷. Das lässt beispielsweise die in Stein gemeißelte Inschrift über dem Toreingang des Zuchthauses zu Celle erkennen: „Puniendis vacinorosis custodiendis furiosis et mente captis publico sumptu dicata domus“ (deutsch: „Ein den zu bestrafenden Verbrechern, den zu bewachenden Rasenden und den Verblödeten aus öffentlichen Mitteln gewidmetes Haus“).⁸

Erst im Laufe des 19. Jh. wurden mit einer humaneren Gesellschaftsordnung, in Nachwirkung der Französischen Revolution und mit den Erfolgen der Medizin, auch leidvolles oder störendes Verhalten als psychische Krankheit erklärt. Dies und das wachsende Wissen forderten Differenzierung. Aus der gemeinsamen Unterbringung aller, der gesundheitlich und sozial Hilfsbedürftigen und der gesellschaftlich Unerwünschten, gingen neben Gefängnissen, Waisenhäusern und Stadtasylen für Alte und Pflegebedürftige auch die „Irrenhäuser“ hervor.⁹

⁶ Dörner 1969, Nolte 1996, Stier 1988, Häfner 2006, Schott & Tölle 2006

⁷ Stier 1988, Dörner 1969, Elling-Ruhwinkel 2005, Halemeyer 1966, Blasius 1986, Fischer 1878, Stemmer 1913, Häfner 2013

⁸ Schöch 2005

⁹ Blasius 1986, Kersting & Schmuhl 2004: S.3, Küster 1998, Schott & Tölle 2006

Gegen Ende des 19. Jh. ließ der soziale Wandel durch Industrialisierung und den Verlust vieler bäuerlicher Großfamilien den Versorgungsbedarf und damit die Anzahl der öffentlichen Heilanstalten in Deutschland 1877–1913 (36 Jahre) von 93 auf 233 und die Zahl der Anstaltsinsassen 1880–1913 (33 Jahre) von 47.228 auf 239.583 gewaltig ansteigen.¹⁰

Die Irrenanstalten gewährten Sicherheit und Fürsorge, die von vielen Angehörigen nicht mehr geleistet werden konnten, aber keine wirksame Therapie. Die militärisch-hierarchische Prägung der Gesellschaft in der von Metternich mit dem Wiener Kongress 1815 eingeleiteten absolutistischen Spätphase der Monarchien, deren repressive Politik mit den Karlsbader Beschlüssen 1819 noch erheblich verschärft wurde, hat die autoritäre hierarchische Organisation der Irrenanstalten und den disziplinierenden Umgang mit den Kranken wahrscheinlich begünstigt.¹¹ Die Überzeugung, dass Geisteskranke gewalttätig sind oder werden, war überdies weit verbreitet.¹² Der erste Direktor des 1826 neu geschaffenen Irrenhauses zu Heidelberg, Dr. Friedrich Groos (1768–1852), brachte dies eindeutig zum Ausdruck: „Die Irrenanstalt ist eigentlich als eine polizeiliche Anstalt, als ein Gefängnis aufzufassen. Bei den meisten Insassen besteht ohnehin keine Hoffnung auf Heilung. Durch die Internierung werden sie wenigstens der Öffentlichkeit entzogen.“¹³

Die Sicherung der öffentlichen Ordnung, im Sinne Foucaults der bürgerlichen Ordnung, hatte gegenüber dem Fürsorgeprinzip beherrschenden Einfluss auf die Unterbringung der Kranken gewonnen.¹⁴

Der Assistent von Dr. Groos in Heidelberg und Sohn des Pforzheimer Zuchthausdirektors Christian Roller entwickelte schon in jungen Jahren Reformvorstellungen für Irrenanstalten (Roller 1831). In Verbindung christlicher Sündentheorien mit dem säkulären Zeitgeist nahm er an, Geisteskrankheit sei die Folge fehlgeleiteter Erziehung, krankmachender Umweltverhältnisse und ausschweifender Lebensführung. Er schuf mit der „Illenau“ (Achern) eine in christlich-humanitärem Geist geführte Anstalt (Abb. 2) und praktizierte dort die individuelle Isolierung der Kranken von ihrer angeblich „pathogenen“ Umgebung: „Jeder Seelengestörte muß von den Personen getrennt werden, mit welchen er früher Umgang pflog; er muss an einen andern, ihm unbekanntem Ort gebracht werden; die, welche ihn pflegen, müssen ihm fremd sein. Er muß, mit einem Wort gesagt, ISOLIRT werden.“¹⁵

Die institutionelle Isolierung des Krankenhauses aus der sozialen Lebenswelt vertrat er ebenso konsequent: „Eine Irrenanstalt liegt am besten entfernt von einer Stadt. Das Leben in ihr muß ein neues und fremdes und abgeschieden von dem in Städten und Dörfern seyn.“¹⁶ Die Lage mit einer ästhetisch ansprechenden landschaftlichen Einbettung in die Ausläufer des Schwarzwalds hat Roller im Einvernehmen mit dem großherzoglich-

¹⁰ Hanrath 2002

¹¹ Brink 2010, Foucault 1975, McGovern 1986

¹² Aschaffenburg 1912, Häfner & Böker 1982, Wilmanns, 1929

¹³ Ammerer 2011, S. 52

¹⁴ Foucault 1975, Porter 2003, Jetter 1981

¹⁵ Roller 1831

¹⁶ Roller 1831

Die großherzoglich-badische Irrenanstalt Illenau

Modell für psychiatrische Krankenhäuser des 19./20. Jh. weltweit
- Geplant durch C.W.F. Roller, eröffnet 1840



Quelle: Gerhard Lötsch. Von der Menschenwürde zum Lebensunwert. Die Geschichte der Illenau von 1842 bis 1940. Achtertaler Verlag, Kappelrodeck, 2000 (Umschlag-Rückseite)

Abbildung 2: Reformanstalt Illenau und Christian Roller.

badischen Ministerium selbst gewählt. Er war wie viele seiner psychiatrischen Zeitgenossen von der heilenden Kraft der Natur überzeugt. Die beruhigende Wirkung der Landschaft, der religiöse Geist der Anstalt, den die wenigen Ärzte, besonders aber der mit Macht und Einfluss auf das Anstaltsleben ausgerüstete Anstaltsseelsorger vertraten¹⁷, sollte die Kranken in ein geordnetes bürgerliches Leben zurückführen und damit heilen.

Mit diesem, nach dem romantischen Zeitgeist der zweiten Hälfte des 19. Jh. verheißungsvollen Programm wurde die Reformanstalt Illenau zum Vorbild neuer Irrenspitäler in vielen europäischen und außereuropäischen Ländern¹⁸.

Die Folgen der sozialen Isolierung traten aber schon ein paar Jahrzehnte später zu Tage. Die beiden Heidelberger Lehrstuhlinhaber Emil Kraepelin (1883) und Karl Wilmanns (1929) berichteten, nun im nüchternen Geist der zunehmend erfolgreichen und gesellschaftlich angesehenen Naturwissenschaften: „Die Isolierung darf nicht länger als unbedingt nötig dauern, da sie sonst entschieden schädlich wirkt, die Verblödung und das Einwurzeln übler Angewohnheiten fördert.“¹⁹ . . . „Es bereitete ungeheure Mühe, die durch chronische Isolierung völlig menschenfeindlichen, vertierten, mit Kot und Menstrualblut schmierenden, nackten, sträubenden Kranken an Ordnung im Wachsaaal zu gewöhnen. . .“²⁰

Ein Wissen um Ursachen und Behandlung der großen Psychosen fehlte immer noch. Die Tätigkeit der Psychiater war auf die Verwaltung der Anstalt und das hilflose Ertragen unabwendbaren Leids der Kranken beschränkt.²¹

¹⁷ Lötsch 2000

¹⁸ Lötsch 2000, Schott & Tölle 2006

¹⁹ Kraepelin 1883, siehe auch Häfner 2004, S. 8

²⁰ Wilmanns 1929, siehe auch Häfner 2004, S. 8

²¹ Blasius 1986

Die Kranken aber waren immer länger und zunehmend dürftig, wenn nicht unmenschlich untergebracht. Ein eindrucksvolles Zeugnis dieser Feststellung gibt ein Auszug aus dem Bericht von Emil Kraepelin über die im Auftrag der k. u. k. (Kaiserlich-Königlichen) Gesundheitsbehörde durchgeführte Visitation der Psychiatrischen Universitätsklinik Wien aus dem Jahr 1910:

„Ich fand sie insgesamt in einem furchtbaren Zustand. Die Patienten waren wie Sardinen an den Wänden extrem uncomfortabler überbelegter Räume untergebracht, einige davon in geschlossenen Gitterbetten“.²²

In Deutschland hat während der Finanzkrise 1929 der Reichssparkommissar über die psychiatrischen Krankenhäuser des Landes Hessen geurteilt: „... Eine Behandlung von Geisteskranken gibt es nicht. Deshalb kann von einer ärztlichen Tätigkeit in den Anstalten kaum die Rede sein. Die Tätigkeit des Pflegepersonals ist rein überwachend und dazu bedarf es keiner besonderen Ausbildung. Sie muss deshalb beendet werden. Für die Einstellung des Personals kommt nur die unterste Tarifgruppe des ungelernten Arbeiters infrage.“²³ Ähnliche Prüfungsergebnisse des Reichssparkommissars wurden auch über die psychiatrischen Krankenhäuser anderer deutscher Länder, z. B. Württembergs und Mecklenburg-Vorpommerns, erstattet.²⁴

Der nächste Schritt nach dieser fatalen Folgerung aus dem Unheil therapeutischer Hilflosigkeit hatte sich schon länger vorbereitet. Es war die zunehmende Verbreitung der aus Fehlinterpretationen der Evolutionstheorie und der Genetik entsprungenen Idee, unheilbar Kranke von ihrem Leid zu „erlösen“. Damit war die Tötung gemeint. Die genetisch belasteten Kranken sollten der Zwangssterilisation unterzogen werden. Diese „eugenische“ Bewegung wurde nicht erst in Deutschland geboren, hat sich aber hier rasch ausgebreitet, nicht zuletzt unter Juristen und Psychiatern. Aber auch in den USA, in Großbritannien, wo die erste Eugenische Gesellschaft gegründet wurde, in der Schweiz und in den Skandinavischen Staaten hat sie Anhänger gefunden. Teilweise wurden Zwangsterilisationen geistig Behinderter noch bis in die 80er Jahre betrieben. Die massenhafte Tötung Kranker aber wurde nur in Deutschland realisiert.

Mit der Schrift des Leipziger Strafrechtlers Karl Binding und des Freiburger Psychiaters Alfred Hoche „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form“²⁵ erreichte die öffentliche Diskussion des Themas ihren Höhepunkt (Abb. 3).

Aber auch andere Psychiater forderten den „Gnadentod“ für unheilbar Geistesranke, so auch der international hochangesehene Schweizer Psychiater Eugen Bleuler in einer Publikation über naturwissenschaftliche Ethik.²⁶ Adolf Hitler und das nationalsozialistische System haben schließlich mit willigen Psychiatern diese radikale Ideologie unter Bruch der Menschenrechte zur Tötung von mehr als 200.000 Kranken und Behinderten

²² Kraepelin, 1970, S. 126

²³ Barkey 1983

²⁴ Saemisch 1929, 1930a, 1930b

²⁵ Binding & Hoche 1920

²⁶ Bleuler 1936



Abbildung 3: Karl Binding & Alfred Hoche.

benutzt.²⁷ Eine Psychiatrie als ärztliche Disziplin zur Heilung oder zur Hilfe bei Krankheit und ihren Folgen schien mit diesen grauenhaften Verbrechen untergegangen zu sein. Die psychiatrischen Anstalten hatten das Vertrauen der Kranken und der Angehörigen verloren.

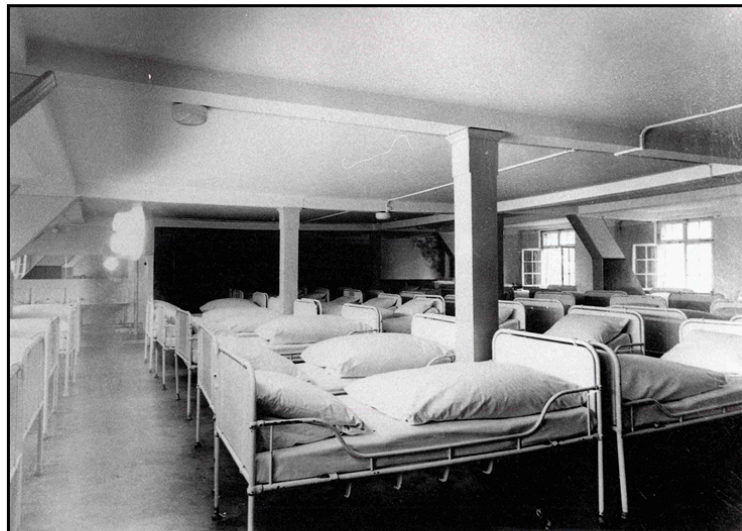
8.3 Anlass und Ausgangslage der Enquête

Nach dem Zweiten Weltkrieg war Deutschland in Ost und West materiell und moralisch am Ende.²⁸ Die massenhafte Tötung psychisch Kranker, der miserable Zustand der psychiatrischen Krankenanstalten, der enorme Mangel an Personal und Nachwuchs verlangten nicht nur eine gewaltige Anstrengung des Wiederaufbaus, sondern auch eine neue Ethik. Ungewöhnlich rasch besserten sich die Lebensverhältnisse der Bevölkerung in der jungen Bundesrepublik. Die psychisch Kranken in den verbliebenen Anstalten aber wurden vernachlässigt und weitgehend vergessen. Um 1970, 25 Jahre nach Kriegsende, waren die 130 psychiatrischen Anstalten in der BRD immer noch geschlossen und mit vergitterten Fenstern versehen. Einen Blick in die Innenwelt gewährt eine Frauenabteilung des württembergischen Landeskrankenhauses Zwiefalten um 1970 (unmittelbar vor der Enquête) mit 90 eng aufgestellten Betten (Abb. 4). Die hygienischen Verhältnisse und der Raum für die Unterbringung von Habseligkeiten der Kranken waren mehr als dürftig. Unter solchen Verhältnissen hatten viele Patientinnen und Patienten Jahre ihres Lebens verbracht.

²⁷ Burkhardt 2003, Burleigh 2002, Faulstich 1993, Dörner 1969, Fischer 1935

²⁸ Häfner 2001, 2004, 2013

**Frauenstation der Psychiatrischen Krankenanstalten Zwiefalten
um 1970 (vor der Psychiatrie-Enquête)
- Der komplette Schlafsaal hatte 90 Betten -**



(Quelle: Referat für Kommunikation / ZfP Südwürttemberg)

Abbildung 4: Frauenabteilung im Landeskrankenhaus Zwiefalten, 1970.

Um die Realität der Kranken auch im Detail sichtbar zu machen: Unsere Heidelberger Ausbildungskandidaten zur Fachschwester/Fachpfleger für Sozialpsychiatrie²⁹ berichteten nach einem zweimonatigen obligaten Praktikum in einem öffentlichen psychiatrischen Krankenhaus – den Namen will ich hier nicht nennen - vom 1. Juli–31. August 1972 u.a.: „... Einige chronisch Kranke verlassen ihre Betten nicht mehr. Unruhige Kranke werden routinemäßig während der Nacht, häufig auch während des Tages fixiert. Einige chronisch Kranke weisen Ankylosen, bevorzugt an Knien und Wirbelsäule auf“³⁰.

Um die Verhältnisse auch in Zahlen aus dem Zwischenbericht der Enquêtekommission (1973) wiederzugeben: In rund 40 % der Räume der 130 psychiatrischen Fachkrankenhäuser standen mehr als 10 Betten; etwa ein Drittel der Kranken war bis zu einem Jahr, ein weiteres Drittel 1–10 Jahre und das letzte Drittel bereits über 10 Jahre untergebracht. Für rund 750 Aufnahmen/Jahr standen ein Sozialarbeiter und ein Beschäftigungstherapeut zur Verfügung.³¹

²⁹ Häfner & Martini 2011

³⁰ Quelle: Archiv der Ausbildungsstätte zur Fachschwester/zum Fachpfleger für Psychiatrie am ZI. Siehe auch Klee 1978, Fischer 1878, Fischer 1935

³¹ Zwischenbericht der Enquêtekommission 1973

8.4 Vorbereitung der Psychiatrie-Enquête

Nun will ich einige persönliche Aspekte in äußerster Kürze erwähnen: Die Folgen meiner Verurteilung durch ein „Banngericht“ der Hitlerjugend wegen „staatsgefährdender Äußerungen“ und die unmenschliche Situation psychisch Kranker in Kriegs- und Nachkriegszeit waren der Anlass, dass ich meine Absicht, Chemie zu studieren, aufgab. Ich entschied mich, Medizin zu studieren und Psychiater zu werden. Ich verfolgte zwei unter heutigen Bedingungen ungewöhnliche Berufsziele³²: Eine Reform der psychiatrischen Versorgung anzustoßen und ein nationales Forschungsinstitut als Beitrag zur Forschungsausbildung und zur wissenschaftlichen Begründung psychiatrischen Handelns aufzubauen. Das zweite Thema, die Planung des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit (Mannheim), will ich hier nicht ausbreiten.

1958, nach meiner Übersiedlung an die Heidelberger Psychiatrische Klinik zu Prof. Walter v. Baeyer, tat sich die Chance auf, mit meinem Freund Caspar Kulenkampff, damals Ltd. Oberarzt an der Frankfurter Nervenlinik, der ähnliche Ziele verfolgte, gemeinsam zu planen.

Wir fanden in Politik und Öffentlichkeit noch wenig Gehör. Deshalb bauten wir in unseren eigenen Versorgungsregionen, teilweise zusammen mit meinem 1966 nach Hannover berufenen Heidelberger Kollegen Karl Peter Kisker, kleine gemeindepsychiatrische Einrichtungen als Modelle auf. Wir fanden in Heidelberg zunehmend die Unterstützung des Klinikchefs Prof. Walter v. Baeyer, der sich selbst in Reformaktivitäten engagierte (Mitglied des Executive Board der World Federation for Mental Health und des Aktionsausschusses des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (Abb. 5).

Er ließ uns, was ihm anfangs nicht leicht fiel, weitgehend freie Hand bei unseren lokalen Initiativen. Wir öffneten geschlossene Krankenhäuser, richteten Tag- und Nachtkliniken ein, entwickelten mit der evangelischen Stadtmission in Heidelberg ein Übergangshaus und schufen Rehabilitations- und Nachsorgeprogramme, Patientenclubs und eine Werkstätte für chronisch Kranke. Kulenkampff war zusammen mit G. Bosch in Frankfurt mit einem Übergangshaus und einer Tagesklinik für chronisch Kranke auf diesem Weg schon vorausgegangen.³³

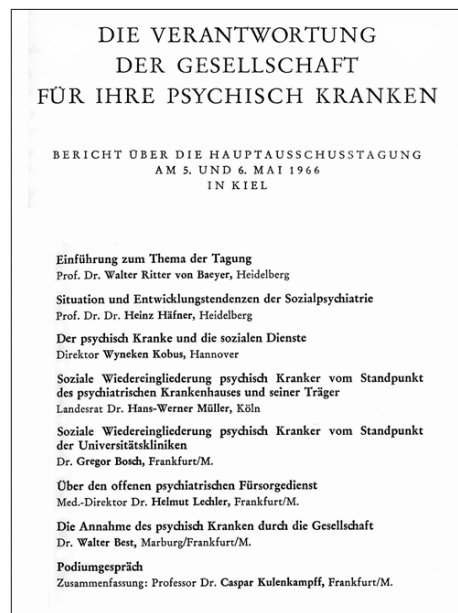


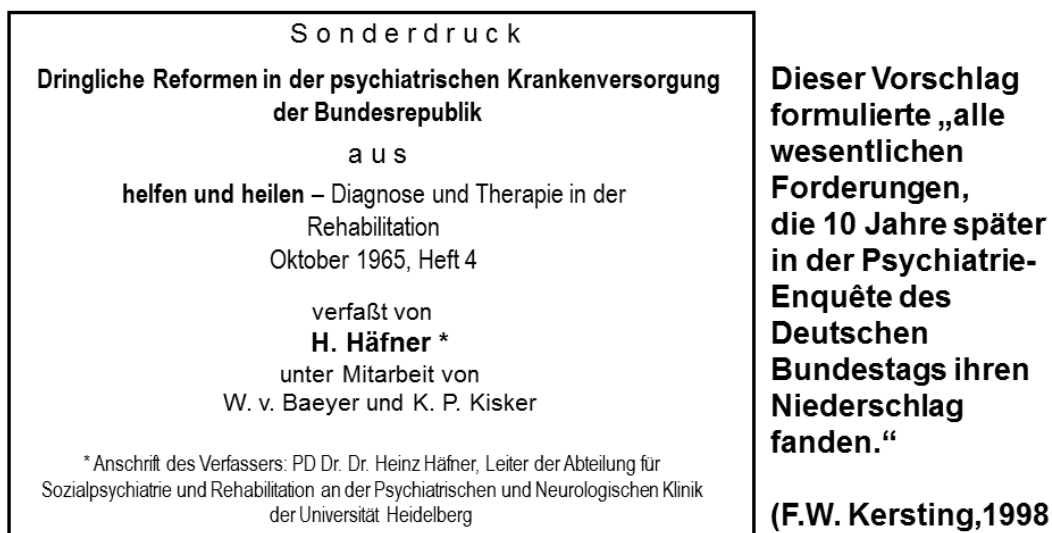
Abbildung 5: Programm der Hauptauschusstagung des Deutschen Vereins 1966 in Kiel.

³² Häfner 2013

³³ Häfner & Martini 2011

1962 gründete ich in Heidelberg den bereits erwähnten zweijährigen Weiterbildungskurs zur/zum Fachschwester/Fachpfleger für Sozialpsychiatrie, der inzwischen staatlich genehmigt und tariflich berücksichtigt ist und in vielen Zentren angeboten wird. Nachdem niemand solch ausgiebigen Kontakt mit den Kranken und so gewichtigen Einfluss auf die Atmosphäre im Krankenhaus hat wie das Pflegepersonal, wurde dies wahrscheinlich zu einem wirksamen Motor der Psychiatriereform.

1965 veröffentlichte ich eine Denkschrift (s. Abb. 6). Der erste Satz lautete: „Die derzeitige psychiatrische Krankenversorgung in der Bundesrepublik – ein nationaler Notstand“.



**„Die derzeitige psychiatrische Krankenversorgung
in der Bundesrepublik – ein nationaler Notstand“**

Abbildung 6: Titelblatt der Denkschrift, 1965.

Mein ehemaliger Chef, Prof. Walter von Baeyer, und mein Kollege Karl Peter Kisker unterzeichneten mit, um der von einem unbekanntem Privatdozenten vertretenen Sache Gewicht zu verleihen. Die Denkschrift enthielt Hinweise auf Missstände in der Versorgung psychisch Kranker, die Anregung einer Psychiatriereform und Beispiele aus dem Ausland. Aus der ebenfalls darin enthaltenen Empfehlung, ein nationales Modellinstitut zu errichten, ist nach 10 Jahren das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit hervorgegangen.

Unser erster Vorstoß in die hohe Politik war ein Besuch von Prof. v. Baeyer, Karl Peter Kisker und mir am 16. Juli 1964 bei der Bundesministerin für Gesundheit, Dr. Elisabeth Schwarzhaupt. Ich habe der Ministerin ein Aide Memoire mit den Kernaussagen der erwähnten Denkschrift übergeben. Da aber der Bund für Krankenversorgung

nicht zuständig ist, sondern die Länder, beschränkte sich der Gewinn unseres Besuchs auf die Beratung durch die Ministerin und ihre Zusage, ein Modellinstitut für die moderne Behandlung psychisch Kranker zu finanzieren.³⁴

8.5 Gründung und Tätigkeit der Enquête-Kommission

Drei Jahre später (1967) schrieb der Bundestagsabgeordnete der CDU Walter Picard je einen Brief an Caspar Kulenkampff und an mich.³⁵ Walter Picard hatte durch Visitationen psychiatrischer Krankenhäuser im Auftrag des Landschaftsverbandes Hessen das Elend der Kranken kennen gelernt.³⁶ Am 17.04.1970 hat Walter Picard namens der Bundestagsfraktion der CDU mit einer historischen Rede, die mit Kulenkampff und mir abgesprochen war und Passagen aus der Denkschrift enthielt, den Anstoß zur Psychiatrie-Enquête eingebracht (s. Abb. 7).³⁷

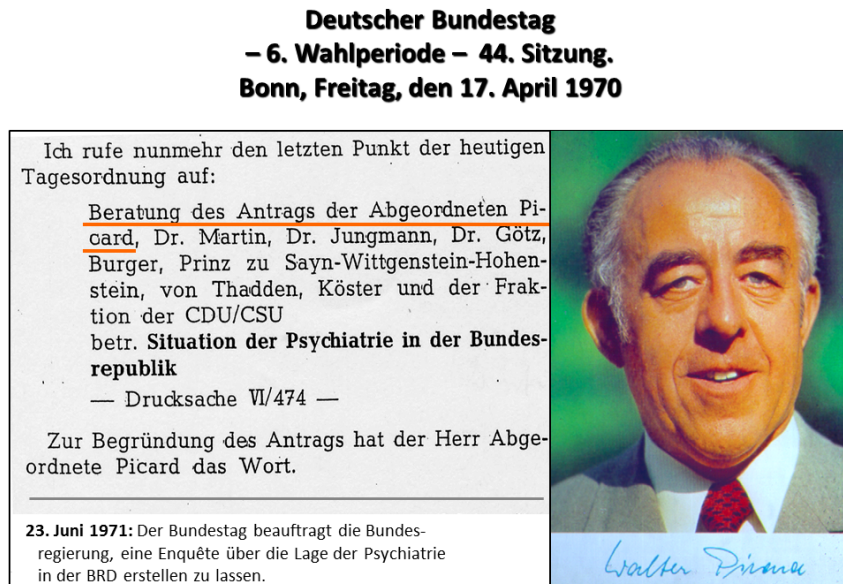


Abbildung 7: Tagesordnung des Bundestags VI/474, 1970.

Nach zwei Anhörungen, die bei der bis dahin wenig interessierten Öffentlichkeit große Aufmerksamkeit fanden, beschloss der Deutsche Bundestag am 23. Juni 1971, die Bundesregierung mit der Durchführung einer Enquête über die Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik zu beauftragen.

³⁴ Häfner & Martini 2011

³⁵ Kulenkampff 2001

³⁶ Picard 1979

³⁷ Kulenkampff 2000 (Bericht bei der jährlichen Tagung der Enquête)

Die damalige Bundesgesundheitsministerin Käthe Strobel berief am 31.08.1971 die 19 Mitglieder der Enquête-Kommission (s. Abb. 8). Der Vorsitz wurde dem zum Leiter der Abteilung Gesundheitspflege des Landschaftsverbandes Rheinland avancierten Prof. Kulenkampff als psychiatrisch kompetentem politischen Verantwortungsträger, der stellvertretende Vorsitz mir als bekanntem Sozialpsychiater übertragen. Als geborene Mitglieder gehörten dem Vorstand ein Vertreter des Bundes (MR Dr. G. Bialonski, Bonn, in Vertretung von Staatssekretär Prof. Steinbach), ein Vertreter der Länder (LMD Dr. H. Siede, Niedersachsen, bis 2/1974, MR Dr. H. Lotz ab 5/1974) und der Präsident der DGPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde) – bis 1972 Prof. R. Degkwitz (Freiburg) und 1973 bis zum Abschluss 1975 Prof. Hanss Hippus (Berlin) – dem Vorstand an.

Die berufenen Mitglieder kamen aus annähernd allen mit der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter befassten Berufsfeldern. Sie sind in der Abb. 8 mit ihrer fachlichen Herkunft aufgelistet. Dazu kamen noch Psychiatriereferenten von Landesministerien (RDM Dr. W. Metz, Schleswig-Holstein; MR Dr. G. Sautter, Bad.-Württemberg) und der Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Sanitätsrat Dr. Schmitz-Formes).³⁸

Sachverständigen-Kommission zur Erarbeitung der Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (Stand 1971)	
Vorsitzender: Prof. Dr. Kulenkampff	Stv. Vorsitzende: Prof. Dr. Dr. Häfner
Vertretung des BGM „qua Amt“: <u>Dr. Bialonski</u> , Bonn	Präsident des DGPN „qua Amt“: <u>Prof. Degkwitz</u> , Freiburg, bis 1972 <u>Prof. Hippus</u> , München, ab 1973
Vertretung der Bundesländer „qua Amt“: <u>Dr. Siede</u> , Niedersachsen, bis 2/1974 <u>MR Dr. H. Lotz</u> , Nordrhein-Westfalen, ab 5/1974	
Mitglieder: Prof. Dr. Bosch, Uni- Sozialpsychiatrie, Berlin Prof. Dr. Cohen, Uni-Klin. Psychologie, Konstanz Prof. Dr. Degkwitz, Uni-Psychiatrie, Freiburg Dr. Dilling, MPI, München Prof. Dr. Harbauer, Uni- Kinder-u. Jugendpsychiatrie, Frankfurt Prof. Dr. Huhn, Krankenhauspsychiatrie, Bonn Prof. Dr. Janz, Krankenhauspsychiatrie, Ilten Dr. Leonhardt, Psychiatrische Praxis, Bingen	<u>Dr. Metz</u> , Psychiatrie, Schleswig-Holst. (Min.) Prof. Dr. J.E. Meyer, Uni-Psychiatrie, Göttingen PD Dr. Reimer, Krankenhauspsychiatrie, Weinsberg Prof. Dr. Dr. Richter, Psychosomatik, Gießen <u>Dr. Sautter</u> , Psychiatrie, Baden-Württemberg (Min.) Frau Schmidt-Gante, Sozialpsychiatrie, Frankfurt <u>Dr. Schmitz-Formes</u> , Ärztekammer, Köln Prof. Dr. Winkler, Krankenhauspsychiatrie, Gütersloh Prof. Dr. von Zerßen, MPI, München
Mitglieder „qua Amt“: Vertreter von Bund, Ländern, Bundesärztekammer u. Fachgesellschaft	

Abbildung 8: Mitglieder der Enquête-Kommission (Stand 1971).

Am 26.–28.09.1971 fand eine vom Ministerium veranlasste Klausurtagung mit dem damals in Dritter-Welt-Manier auftretenden „Quickborner Team“ statt. Arbeitsinhalt und

³⁸ Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode, Drucksache 7/4201, Teil C

Arbeitsorganisation der Kommission wurden dort entworfen. Der Vorsitzende, Prof. Kulenkampff, war wie ich der Meinung, dass hier die ersten schwerwiegenden Fehler begangen wurden.³⁹ So fanden bspw. die beiden Arbeitsgebiete Forschung und Psychotherapie nicht die erforderliche Stimmenzahl bei der Abstimmung nach der Delphi-Methode. Neun Arbeitsgruppen mit jeweils 8–10 Mitgliedern, nämlich: Intramurale Dienste, Extramurale Dienste, Ausbildung und Personal, Gerontopsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Suchtkranke, Rechtsfragen, Nomenklaturkommission und eine Arbeitsgruppe zur Erhebung und Verarbeitung von Daten, waren beschlossen worden.⁴⁰

Um das Thema Psychotherapie und Psychosomatik zu bearbeiten, beriefen wir als Vorstand eine Arbeitsgruppe aus angesehenen und erfahrenen Fachvertreterinnen und Fachvertretern aus Universität, Krankenhaus und Praxis. Die Empfehlungen zur Forschung in der Psychiatrie mussten wir unter Mitwirkung von Prof. Lauter (München) nach Abschluss der Kommissionsarbeit selbst niederschreiben.

Natürlich waren Vorstufen und Ergebnisse der Empfehlungen zur Psychiatriereform in der BRD nicht ausschließlich die Frucht deutscher Kreativität. Die Reform in der Bundesrepublik begann etwa 15 Jahre später als in den angloamerikanischen Ländern. Der Grund dazu wird in den Nachwirkungen der nationalsozialistischen Massentötung psychisch Kranker gesehen, an der nicht nur eine beachtliche Zahl führender Psychiater, sondern auch viele nachgeordnete Ärzte, Pfleger und Verwaltungs- und Transportpersonal aktiv oder passiv beteiligt waren. Das hat wahrscheinlich das lange Verschweigen dieser Vergangenheit zu Lasten der Kranken gefördert.⁴¹

Wir haben uns über Formen und Stadien von Psychiatriereformen im Ausland durch Gutachten Sachverständiger, die meist selbst an Reformschritten in ihrem Lande mitgewirkt hatten, unterrichtet (s. Abb. 9).

Der Mental Health Offizier des Europabüros der WHO (A.R. May, Kopenhagen) gab einen Gesamtüberblick über die psychiatrischen Gesundheitsdienste in Europa und den jeweiligen Stand von Reformen.

Zusätzlich haben Mitglieder von Arbeitsgruppen, teils in eigener Initiative, teils im Auftrag der Kommission, Studienreisen unternommen. Sie galten vornehmlich nationalen oder regionalen Versorgungssystemen und inhaltlichen Teilbereichen der Reformplanung.

Die Vielfalt der gewonnenen Erkenntnisse und Anregungen lässt sich hier nicht darstellen. Reformen im Vereinigten Königreich und in den USA werde ich deshalb beispielhaft kurz erwähnen, denn sie waren aus mehreren Gründen von hohem Informationswert: Die britische Regierung hat unter Premierminister Clement Attlee im Juni 1945 eine radikale Reform des Gesundheitswesens beschlossen und 1948 wurde die Verstaatlichung mit dem National Health Service Act gesetzlich vollzogen. Die Reform der psychiatrischen Versorgung sah u. a. vor, alle „public mental hospitals“, mit Ausnahme weniger forensischer Krankenhäuser, durch psychiatrische Abteilungen an regionalen Krankenhäusern

³⁹ Kulenkampff 2001

⁴⁰ Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode, Drucksache 7/4201, Teil A

⁴¹ Kersting 2003, von Cranach & Schneider 2010, Schneider 2010

**Informationen der Enquête-Kommission über Reformbemühungen und Reformschritte
in anderen Ländern**

Gutachten ausländischer Sachverständiger

Gutachten	Gutachter
Psychiatrische Gesundheitsdienste in Europa	A.R. May, WHO Europa, Kopenhagen
Psychiatrische Gesundheitsdienste in Großbritannien und Nordirland	J.K. Wing, London
Psychiatrische Gesundheitsdienste in den Niederlanden	R. Giel, Groningen
Situation der psychisch Kranken in Dänemark in 1974	E. Strömgen, Aarhus
Fürsorge für geistig Behinderte in Dänemark	N.E. Bank-Mikkelsen, Kopenhagen
Psychiatrische Versorgung in Schweden	H. Forssman, Stockholm
Psychiatrische Versorgung in Canada	C.M. Smith, Saskatoon
Psychiatrische Dienste in den USA	M. Greenblatt, New York
Primärprävention psychischer Störungen in der Schweiz	L. Ciompi, Lausanne
Rehabilitation psychisch und geistig Behinderter in Großbritannien	D. Bennett, London

Abbildung 9: Liste der Gutachten.

und durch komplementäre Einrichtungen zu ersetzen. Ein Netz psychiatrischer und sozialer Dienste in den Gemeinden sollte sie ergänzen. Die Hausärzte erhielten eine Schlüsselposition für die Erstversorgung psychisch Kranker. Dieses ehrgeizige Programm ist im Laufe eines halben Jahrhunderts teilweise evaluiert und konsequent realisiert worden.

In den Vereinigten Staaten war in der frühen Nachkriegsperiode die katastrophale Situation der Kranken in öffentlichen psychiatrischen Anstalten durch Berichte aus teilnehmender Beobachtung zum öffentlichen Skandal geworden. Von 1954 an kam es, durch die öffentlichen Proteste ausgelöst, zu einem überstürzten Prozess der Enthospitalisierung. Eine der Folgen war die Verelendung hilfloser chronisch Kranker, die ohne zureichendes Sozialwesen, meist auch ohne unterstützende Angehörige nach der Entlassung auf sich selbst gestellt waren. Das Schicksal dieser Heimatlosen wird von E. Fuller Torrey (1988) eindrucksvoll beschrieben (s. Abb. 10).

Am 5. Februar 1963 hielt Präsident Kennedy eine vielbeachtete Rede über „Psychische Krankheiten und Entwicklungshemmungen“. Kennedy initiierte die Community Mental Health Centre-Gesetze (Community Mental Health Acts:

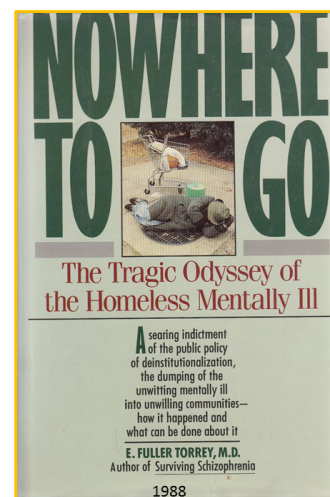


Abbildung 10: Cover E. Fuller Torrey 1988.

1963–1965)⁴², die unter finanzieller Förderung durch die Bundesregierung eine Systemänderung der Versorgung von den öffentlichen Großanstalten zu gemeindegetragenen Versorgungsnetzen in Gang setzten. Die Regierung Nixon beendete jedoch die Bundesförderung und übertrug die Verantwortung wieder auf die einzelnen Staaten. Das hatte sehr unterschiedliche Entwicklungen der psychiatrischen Versorgung in den USA zur Folge.

Ich hatte das Glück, dass mir die Stiftung Volkswagenwerk für die Planung des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit (am 14. Juni 1966) DM 120.000 zur Verfügung gestellt hatte (Abb. 11).

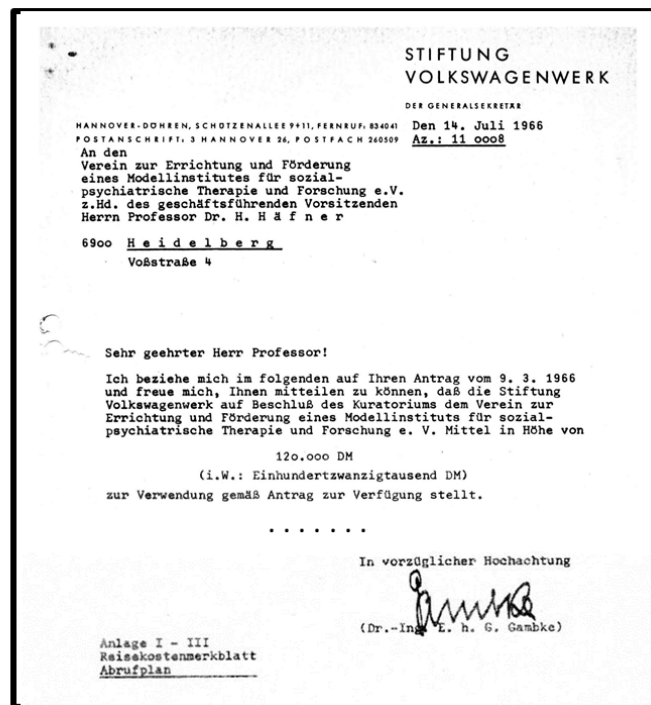


Abbildung 11: Zusage der Stiftung Volkswagenwerk über DM 120.000.

Das ermöglichte mir, das Community Mental Health Centre Programm der USA am Zentrum – dem National Institute of Mental Health in Bethesda – und an vielen peripheren Orten, aber auch weitere Modelle im Ausland, so in Großbritannien und in anderen europäischen Ländern, zu studieren. In die Erarbeitung der Enquête-Empfehlungen konnte ich die gewonnenen Kenntnisse und Erfahrungen in vielfältiger Weise einbringen.

⁴² <http://www.thenationalcouncil.org/about/national-mental-health-association/overview/community-mental-health-act/>
<http://www.youngmindsadvocacy.org/the-community-mental-health-act-of-1963/>

8.6 Die Arbeitsphase der Enquête-Kommission 1971–1975

Durch nachträgliche Aufnahmen und durch Ausscheiden Einzelner wuchs die Kommission von 19 auf 23 Mitglieder an. Dazu kamen 91 Mitglieder der Arbeitsgruppen und 6 zur Bearbeitung bestimmter Themen berufene Expertenteams mit insgesamt 22 Mitgliedern. Die Kommission vergab 21 Untersuchungsaufträge und 21 honorierte Gutachten. Sie veranstaltete 2 Anhörungen und 6 Informationsreisen.⁴³ Die große Zahl der Beteiligten produzierte eine riesige Zahl von Ergebnissen, Analysen und Empfehlungen. Die Reduktion dieses Materials auf sinnvolle Aussagen war eine Sisyphusarbeit, die dem Redaktionsteam, vor allem dem Vorstand, Prof. Kulenkampff und mir, viel abverlangte, denn den „geborenen“ Mitgliedern der Kommission konnte man eine Mitwirkung an der Formulierung der Empfehlungen nicht abfordern.

Die Arbeit der Kommission war jedoch nicht immer in Harmonie verlaufen. Die erste größere Kontroverse rankte sich um die Alternative: Psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus *versus* isoliertes Psychiatrisches Fachkrankenhaus.

25 Jahre nach der Enquête erinnerte Prof. Kulenkampff: „Die „Anstaltslobby“ verteidigte den Bestand der 130 Häuser mit Klauen und Zähnen“ „... Die Einfügung ... der Worte ‚Auflösung‘ oder ‚Schließung‘ in die Empfehlungen war nicht durchzusetzen. ... Richtig wäre es gewesen“, so Kulenkampff, „besonders ungünstig situierte psychiatrische Krankenhäuser aufzugeben, zu schließen und die wegfallende ... Bettenkapazität in gemeindenahen psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zu verlagern“.⁴⁴

Nicht nur das war nicht zu erreichen, die Arbeitsgruppe „intramurale Dienste“ mit einer Mehrheit von ‚Anstaltspsychiatern‘ hatte auch die Empfehlung durchgesetzt, neue „sektorierte“, d. h. für eine festgelegte Region von etwa 80.000–150.000 Einwohnern verantwortliche psychiatrische Abteilungen nur noch mit regionalem Vollversorgungsauftrag ab einer Größe von 200 Betten zuzulassen. Das war schlichte Verhinderungsstrategie⁴⁵, über die die Zeit inzwischen hinweggegangen ist. Die Zahl psychiatrischer Abteilungen an Allgemein-Krankenhäusern (alte Bundesländer) wuchs von 1973 bis 2011 um ca. 500%.⁴⁶

In einem meiner drei Sondervoten zur Enquête habe ich die Empfehlung gegeben, neue psychiatrische Abteilungen nach Aufgaben und Größe genauso in Grundversorgung, Schwerpunkt- und Maximalversorgung zu gliedern wie die Krankenhäuser der allgemeinen Medizin und nicht von jeder Krankenhausabteilung eine regionale Vollversorgung von Akut- bis Langzeithospitalisierung zu fordern. Das ist in den Krankenhausplänen der Länder leider nur in bescheidenem Umfang umgesetzt worden. Inzwischen wird die sektorübergreifende Versorgung, die keine Einschränkung der freien Arztwahl zur Folge hat, von der Gesundheitspolitik und der nationalen Psychiatrischen Fachgesellschaft wieder gefordert und geplant.

⁴³ Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode, Drucksache 7/4201, Teil C

⁴⁴ Kulenkampff 2001

⁴⁵ Deutscher Bundestag, Sondervotum 44 – Enquête-Empfehlungen.

⁴⁶ Quelle. Bericht der Enquête-Kommission (1973: 44), Statistisches Bundesamt, Fachserien 2011 (2011:263; Differenz: +498%)

Eine andere Kontroverse hat sogar die Einheit der Kommission und damit auch der Empfehlungen gefährdet. Das Kommissionsmitglied Horst Eberhard Richter, damals Professor für Psychosomatische Medizin in Gießen und bekannt durch seine Publikationen über verschiedene Probleme der deutschen Gesellschaft von Familie und Gruppe bis zum Atomkrieg, hatte im Juni 1973 eine eigene Psychotherapie-Enquête gefordert. Diesen Plan hielten wir für objektiv falsch und in der Konsequenz für fatal. Im November 1973 hat dann der Vorstand der DGPT (Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie und Tiefenpsychologie), dem Prof. Richter angehörte, an die Bundesgesundheitsministerin Dr. Katharina Focke geschrieben und eine unabhängige Enquête für Psychotherapie mit fünf Arbeitsgruppen unter eigener Leitung gefordert. Die Kommission verfügte bereits über eine vom Vorstand berufene und für die Erarbeitung von Teilbereichen der Psychotherapie und Psychosomatik erweiterte Arbeitsgruppe Psychotherapie, der mehrere angesehene Fachvertreter angehörten.

Nach wenig erfreulichen Diskussionen kam es zu einem Einigungsgespräch zwischen dem Vorstand der Kommission und einer Delegation der DGPT. Glücklicherweise hatte auch das Bundesgesundheitsministerium Bedenken gegen eine Teilung der Kommission. Wir brachten einen Kompromiss zustande: Die Verhandlungsführer der DGPT verzichteten auf eine unabhängige Psychotherapie-Enquête. Der Vorstand der Kommission akzeptierte die Aufnahme einiger neuer Mitglieder in die bereits ziemlich große, thematisch gegliederte Arbeitsgruppe für Psychotherapie und die Bildung eines Redaktionsteams zur Harmonisierung der erarbeiteten Beiträge.

Der auf diesem Wege erarbeitete Entwurf der Psychotherapie-Empfehlungen sollte zur Prüfung nicht dem Plenum der Kommission, sondern nur dem Vorstand vorgelegt und in die Empfehlungen integriert werden. So blieb es bei einheitlichen Empfehlungen.

Wir haben den Berichtstext aus einer Fülle von Ergebnissen der Arbeitsgruppen und weiterer Quellen mit einem wissenschaftlichen Mitarbeiter und einem kleinen Redaktionsteam in einer langen Arbeitsphase zusammengebastelt. Wir haben Dissonanzen so weit abgeschliffen, dass vertretbare Kompromisse entstanden. Ungeglättete Reste sind dem Empfehlungstext noch anzumerken. Am 25.11.1975 wurde der fertige Bericht der damaligen Bundesgesundheitsministerin Dr. Katharina Focke überreicht.

8.7 Die Empfehlungen der Enquête-Kommissionen

Die Empfehlungen der Enquête-Kommissionen sind zu umfangreich, als dass ich sie hier wiedergeben könnte. Ich beschränke mich auf die Prioritäten der Empfehlungen und auf die Erläuterung einzelner Schwerpunkte:

1. Auf- und Ausbau eines bedarfsgerechten, gemeindenahen Versorgungssystems mit ambulanten und komplementären Diensten (*Standardversorgungsgebiet*)
2. Koordination und Zusammenarbeit innerhalb der Versorgungssysteme und Standardversorgungsgebiete

3. Aus- und Aufbau ambulanter Dienste und psychiatrischer Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern
4. Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung
5. Vorrangige Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher und Alkohol- und Suchtkranker
6. Gleichstellung körperlich und seelisch Kranker in rechtlicher, finanzieller und sozialer Hinsicht.

Ziel des gemeindenahen Versorgungssystems ist die wohnortnahe Behandlung psychisch Kranker unter Erhaltung ihrer persönlichen und beruflichen Beziehungsnetze und die Förderung der Wiedereingliederung nach Krankenhausentlassung.

Ziel ist auch die Schaffung teilstationärer Einrichtungen und einer Vielfalt extramuraler ambulanter und komplementärer Dienste mit der Aufgabe, wohnortnahe Behandlung und Rehabilitation zu gewährleisten.

Auf diesem Wege sollten langfristige Krankenhausaufenthalte vermieden und die Enthospitalisierung der entlassfähigen Kranken realisiert werden.

Die lokale Struktur eines Gemeindepsychiatrischen Versorgungsnetzes zeigt die Abbildung an der Großstadt Mannheim, einem Standardversorgungsgebiet, das wir mit einer Abteilung Gemeindepsychiatrie und mit Unterstützung der Weltgesundheitsorganisation von 1968 an zur optimalen psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung und als Demonstrationsmodell für internationale Beratungsaufgaben aufgebaut haben (Abb. 12).



Abbildung 12: Mannheimer Gemeindepsychiatrisches Versorgungsnetz.

Das war zugleich ein Schritt zum 1980 von der WHO inaugurierten und heute noch am ZISG existierende *Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health* der WHO.⁴⁷

Der letzte Punkt der Empfehlungen, die Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken, war von hoher Dringlichkeit. Eines der vielen einschlägigen Probleme war der in der Psychiatrie geltende Halbierungserlass: Die gesetzlichen Krankenkassen hatten nur 50 % der Kosten einer die Akutbehandlung überschreitenden Anstaltsunterbringung zu tragen, 50 % wurden – wenn der Patient nicht selbst zahlen konnte – vom Sozialleistungsträger übernommen und per Regress vom Kranken oder seiner Familie später eingetrieben.⁴⁸

8.8 Nachwirkungen der Enquête

Der Umsetzung und Weiterentwicklung der Empfehlungen diente auch eine große Zahl von Tagungen. Von besonderem Gewicht waren die Veranstaltungen der *Aktion Psychisch Kranke (AKP)*, von denen nur drei hier erwähnt werden sollen: 1. Psychiatrie fünf Jahre nach der Enquête, 1979, in Mannheim.⁴⁹ 2. Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch Kranker – Ein internationaler Vergleich, 1986, in Bad Godesberg.⁵⁰ 3. Jubiläumstagung 25 Jahre Psychiatrie-Enquête, 2000, in Bonn.⁵¹

Auf der ersten Tagung berichtete ich als Mitveranstalter, die Empfehlungen der Enquête hätten „einen erstaunlich breiten Konsens, nicht nur innerhalb des Fachgebietes, sondern auch in Politik und Öffentlichkeit gefunden“ – und das stimmte! Es kamen aber auch Berichte über bedenkliche Entwicklungen. Prof. Kunze (Weinsberg) hatte beispielsweise ein ungezügelttes Wachstum von Heimkapazitäten mit ärmlichen Unterbringungsbedingungen als Folge unvorbereiteter Entlassungen chronisch Kranker, vorwiegend in stadtfernen, billigen Gegenden des Schwarzwalds, festgestellt.⁵²

Die internationale Tagung 1986 in Bad Godesberg mit Berichten über den Stand der Psychiatriereform in anderen Ländern hat deutlich gemacht, dass es in keinem anderen Land gelungen war, von einer vom Parlament beschlossenen, von der Regierung berufenen Kommission nach umfassenden Bestandsanalysen landesweite Reformen empfehlen zu lassen, die tatsächlich Schritt für Schritt verwirklicht wurden und werden.

Die zum 25-jährigen Jubiläum der Psychiatrie-Enquête in Bonn veranstaltete Tagung vereinte viel Prominenz. Neu war die Beteiligung der Verbände von Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen. Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer sagte in einem engagierten Begrüßungsvortrag, die Enquête sei „ein Meilenstein in der Geschichte der Re-

⁴⁷ Häfner & Martini 2011

⁴⁸ Pfahler 1972; siehe auch: Gesetzentwurf zur Aufhebung des Halbierungserlasses in Drucksache 9/570, Dt. Bundestag, 9. Wahlperiode, 12.06.1981

⁴⁹ Häfner & Picard 1980

⁵⁰ Kulenkampff & Picard 1989

⁵¹ Aktion Psychisch Kranke (AKP) 2001, Bd I und II

⁵² Kunze 1980, 1981, 2001

formbewegung der psychiatrischen Versorgung“⁵³. Der ehemalige Vorsitzende der Kommission, Prof. Kulenkampff, stellte fest: „Die Enquête und die Folgen sind eine Erfolgsgeschichte. ... Es gibt natürlich nach wie vor Meinungsverschiedenheiten, unterschiedliche Positionen, aber eine richtige Gegenreformation hat es nicht gegeben.“⁵⁴

Ein alter Konflikt ist allerdings just im Jubiläumsjahr mit einem Positionspapier der Chefärzte psychiatrischer Abteilungen wieder aufgebrochen (s. Abb. 13). Sie forderten „mittelfristig, das System der Fachkrankenhäuser durch ein System von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zu ersetzen“. Sie erfuhren heftige Gegenwehr. Ganz verschwunden ist dieser Konflikt auch heute nicht.⁵⁵

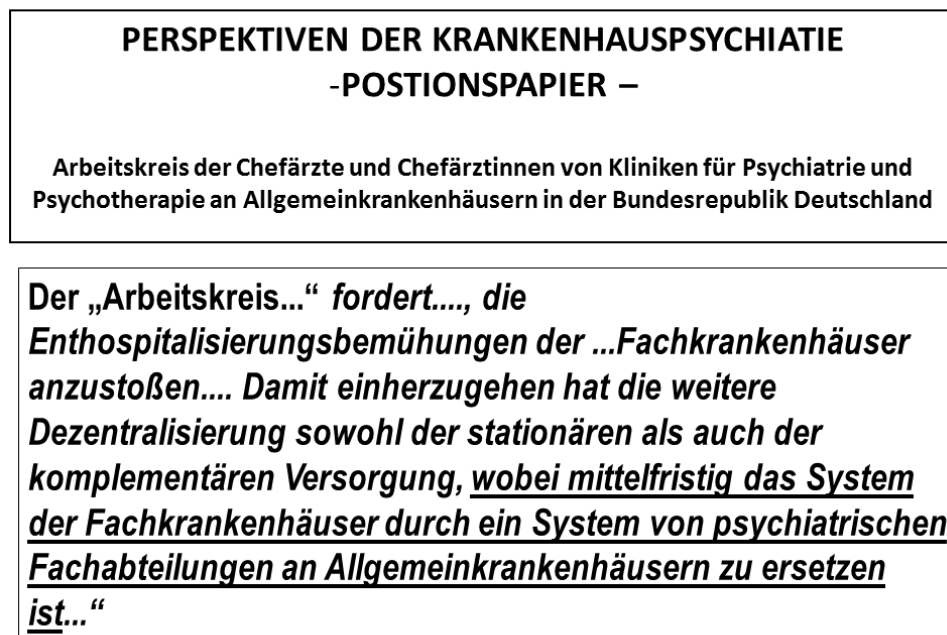


Abbildung 13: Positionspapier der Chefärzte psychiatrischer Abteilungen.

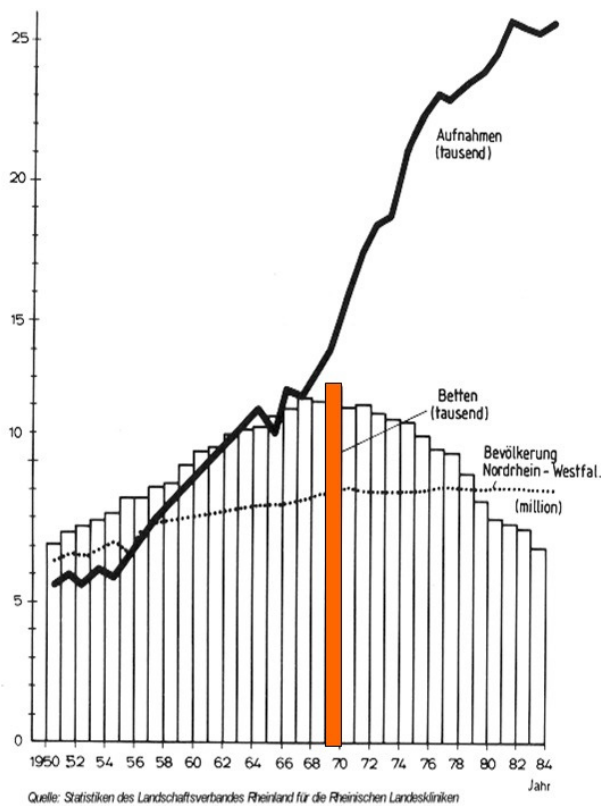
Die Empfehlungen der Enquête-Kommission hatten auch ungewöhnliche Reaktionen ausgelöst. Ein herausragendes Beispiel ist der Bundesfinanzminister Hans Matthöfer. Er kündigte Mittel aus dem Bundeshaushalt für die Finanzierung eines Modellprogramms zur raschen Umsetzung der Enquête-Empfehlungen an. Etwa 200 Mio DM wurden für 140 Projekte in 14 Modellregionen für den Aufbau und die Erprobung extramuraler Einrichtungen und Dienste in Standardversorgungsgebieten investiert.

⁵³ AKP 2001, Bd.I :18

⁵⁴ AKP 2001, Bd I: 43

⁵⁵ Perspektiven der Krankenhaupsychiatrie, Positionspapier, 2000

Um die Nachwirkungen der Enquête-Empfehlungen wenigstens an ein paar quantitativen Indikatoren zu demonstrieren: Eine Statistik aus dem Rheinland⁵⁶ – in dieser Zeit gab es noch keine nationale Statistik zu Indikatoren der Psychiatrischen Versorgung – demonstriert eindrucksvoll die Entwicklung der Aufnahmen und der Bettenbelegung in den Rheinischen Landeskliniken für Psychiatrie 1950–1984: Zunächst sieht man eine kontinuierliche Zunahme der Zahl belegter psychiatrischer Betten bis zum Arbeitsbeginn der Enquête-Kommission 1971. Dann kommt es zum Wandel. Ab 1972 ist ein steiler Rückgang der Bettenbelegung trotz weiterhin stark zunehmender Aufnahmezahlen zu erkennen (Abb. 14).



Entwicklung der Aufnahmen und der Bettenbelegung in den Rheinischen Landeskliniken für Psychiatrie, 1950-1984

Abbildung 14: Statistik der Rheinischen Landeskliniken.

In der nachfolgenden Zeit zeigt die Bundesrepublik (nur alte Bundesländer) bei der Zahl der belegten psychiatrischen Krankenhausbetten einen langfristigen Trend: Von 1975 [mit 115.857] bis 2011 [mit 41.219] kam es zu einer Abnahme um 64,4%. In der gleichen Zeit sank die durchschnittliche Verweildauer von 226,5 (alte Bundesländer) auf 22,9 Tage.⁵⁷

⁵⁶ Statistiken des Landschaftsverbandes Rheinland der Rheinischen Landeskliniken

⁵⁷ Hohagen F, 2005; Statist. Bundesamt, Fachserien, 2011

8.9 Die therapeutische Revolution der Psychiatrie

Eine entscheidende Voraussetzung des Erfolgs der Reform war die revolutionäre Wandlung der Psychiatrie von einer nur bewahrenden zu einer therapeutischen Disziplin. Die Entdeckung und Einführung der Antidepressiva, Neuroleptika und Anxiolytika in den späten 50er und den frühen 60er Jahren und die Entwicklung praktikabler Psychotherapie- und Rehabilitationsverfahren ermöglichten in zunehmendem Umfang Entlassungen chronisch Kranker und den Übergang auf ambulante Behandlung und bei schweren Rückfallepisoden auf stationäre Krisenintervention.

8.10 Nun wieder zurück zur alten Bundesrepublik

Seit Veröffentlichung des Enquête-Berichts haben sich in der Bundesrepublik das Schicksal psychisch Kranker, die psychiatrischen Einrichtungen und das Gesicht der Psychiatrie grundlegend verändert. Einer der bedeutendsten Erfolge der Enquête war jedoch immaterieller Natur: Ein tiefgreifender Mentalitätswandel bei der Mehrzahl der in der psychiatrischen Krankenversorgung Tätigen und im Zusammenhang damit ein grundlegend veränderter Umgang mit den psychisch Kranken. Ich hoffe nur, dass dies mit der wachsenden Bürokratisierung und der Monetarisierung der Gesundheitsversorgung in Deutschland nicht wieder verlorengeht.

8.11 Epilog

Fragt man sich am Ende, was das berichtete Geschehen vom Rahmenthema – Stabilität im Wandel – aufnehmen kann, so hat man einiges vor sich, was sich nach diesem Grundsatz interpretieren ließe. Stabil und unverändert bleibt die Aufgabe und ihre ethische Verankerung: Die Gesellschaft hat unmittelbar und mit den Instrumentarien der Medizin den psychisch Kranken auf optimale Weise beizustehen. Die Wahrnehmung dieser Aufgabe ist eine Neuerwerbung in unserer Zeit nach einer unvorstellbaren Katastrophe. Den psychisch Kranken wurde bis nahe an unsere Tage nicht nur die nötige kompetente Hilfe, sondern auch die Humanität versagt, die den Gesunden zur gleichen Zeit zuteilwurde. Wir haben gelernt, dass es im Umgang mit und in der Versorgung von psychisch Kranken Bedingungen gab und Reste davon wahrscheinlich noch gibt, die der Wahrnehmung der Realität und des dringenden Veränderungsbedarfs im Wege standen. Vielleicht hat mein Bericht auch zeigen können, welche Bedingungen und welche Kräfte notwendig sind, um bitter notwendige Veränderungen in Gang zu setzen, um die den Kranken auf tragische Weise verweigerte Humanität mit all ihren Konsequenzen endlich zu gewähren.

Literatur

- Aktion Psychisch Kranke (Hg) 25 Jahre Psychiatrie-Enquête, Bd I und Bd II. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2001.
- Ammerer H (2011) Am Anfang war die Perversion. Richard von Krafft-Ebing. Styria, Wien: S. 52.
- Aschaffenburg G (1912) Die Sicherung der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geistesranke. Ergebnisse einer im Auftrage der Holtzendorff-Stiftung gemachten Studienreise. Berlin.
- Barkey B (1983) Die Entwicklung der Psychiatrischen Krankenhäuser Haina, Merxhausen/Emstal und Hofheim/Goddelau („Philippshospital“) unter der Trägerschaft des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen und seiner Rechtsvorgänger (1866–1982). In: Heinemeyer W / Pünder T (1983) 450 Jahre Psychiatrie in Hessen. Marburg: Elwert: 349ff.
- Binding K & Hoche A (1920) Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens, ihr Maß und ihre Form. Leipzig: Verlag Felix Meiner (2. unveränderte Auflage 1922).
- Blasius D (1986) Umgang mit Unheilbaren. Studien zur Sozialgeschichte der Psychiatrie. Bonn.
- Bleuler E (1914) Die Behandlung der moralisch Schwachsinnigen. Corr Bl Schweiz Ärzte 7.
- Bleuler E (1936) Die naturwissenschaftlichen Grundlagen der Ethik. Schweiz Arch Neurol Psychiatrie 38: 1077–206.
- Brink C (2010) Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860-1980. Göttingen: Wallstein.
- Burkhardt MM (2003) Krank im Kopf. Patienten-Geschichten der Heil- und Pflgeanstalt Illenau 1842–1889. Dissertation Freiburg i.Br.
- Burleigh M (2002) Tod und Erlösung. Euthanasie in Deutschland 1900–1945. Zürich, München.
- Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode, Drucksache 7/4201, Unterrichtung durch die Bundesregierung. Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bonner Universitäts-Buchdruckerei, Bonn.
- Deutscher Bundestag: Sondervotum 44 – Enquêteempfehlungen.
- Dörner K (1969) Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Frankfurt/Main.
- Elling-Ruhwinkel E (2005) Sichern und Strafen. Das westfälische Provinzialarbeitshaus Benninghausen 1871–1945. Paderborn.
- Faulstich, H (1993) Von der Irrenfürsorge zur „Euthanasie“. Geschichte der badischen Psychiatrie bis 1945. Freiburg: Lambertus-Verlag.

- Fischer F (1878) Zur Geschichte der Großherzoglichen Heil- und Pfliganstalt vom Jahre 1803 bis jetzt. Allg. Zeitschr für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin 34/1878: 353–366.
- Fischer G (1935) Die geschichtliche Entwicklung des Schutzes der Gemeinschaft vor dem gemeingefährlichen Geisteskranken. Diss.jur. Jena.
- Foucault M (1973) Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. München 1973.
- Foucault M (1975) Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. 2. Aufl. Frankfurt/Main.
- Fuller Torrey E (1988) Nowhere to go. The Tragic Odyssey of the Homeless Mentally Ill. Harper & Row, New York.
- Goffman E (1961) Asylums. Essays on the social situation of the mental patients and other inmates. Anchor Edition.
- Häfner H (2001) Die Psychiatrie-Enquête – historische Aspekte und Perspektiven. In: 25 Jahre Psychiatrie-Enquête, Band I: S. 72 ff
- Häfner H (2004) Krankenhauspsychiatrie in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft In: Sonderdruck aus dem Buch: 125 Jahre Westfälische Klinik Münster, Münster.
- Häfner H (2006) Die Ideengeschichte psychiatrischer Versorgung. Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg, No.1/2006: 87–107.
- Häfner H (2013) From the catastrophe to a humane mental-health care and successful research in German psychiatry – as I remember it. Acta Psych scand Vol 127, Issue 6: 415–432; 496.
- Häfner H & Picard W. Aktion Psychisch Kranke (Hg) (1980) Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland fünf Jahre nach der Enquête. Tagungsbericht. Rheinland-Verlag Köln, 1980.
- Häfner H & Böker W (1982) Crimes of violence by mentally abnormal offenders. A psychiatric and epidemiological study in the Federal German Republic. Cambridge University Press, Cambridge, London, New York, New Rochelle, Melbourne, Sydney.
- Häfner H & Martini H (2011) Das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit. Gründungsgeschichte und Gegenwart. C.H. Beck Verlag, München.
- Halemeyer R (1966) Die Pflege und Behandlung Geisteskranker im “Waisenhaus” zu Pforzheim um die Mitte des 18. Jahrhunderts bis zur Gründung der Anstalt Illenau, Diss. Freiburg 1966.
- Hanrath S (2002) Zwischen “Euthanasie” und Psychiatriereform: Anstaltspsychiatrie in Westfalen und Brandenburg: Ein deutsch-deutscher Vergleich (1945–1964). Paderborn: Schöningh.
- Hohagen F (2005) Die Deklaration von Helsinki – eine Herausforderung für die deutsche Psychiatrie. Vortrag auf dem DGPPN-Kongress, 23.–26.11.2005, Berlin.
- Heinroth JCA (1813) Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der

- Seelenstörungen und ihrer Behandlung. Leipzig: Wilhelm Vogel.
- Jetter D (1981) Grundzüge der Geschichte des Irrenhauses, Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt.
- Jetter D (1986) Das Europäische Hospital. Von der Spätantike bis 1800. DuMont.
- Kersting FW (2003) Psychiatriereform als Gesellschaftsreform. Die Hypothek des Nationalsozialismus und der Aufbruch der sechziger Jahre. Westfälisches Institut für Regionalgeschichte. Band 46. Paderborn: F. Schöningh.
- Kersting FW & Schmuhl HW (Hg.) (2004) Quellen zur Geschichte der Anstaltspsychiatrie in Westfalen. Bd.2: 1914–1955. Paderborn: F. Schöningh.
- Klee E (1978) Psychiatrie-Report. Frankfurt a. M.
- Kraepelin E (1883). Lehrbuch der Psychiatrie, 1. Aufl. Abel: Leipzig.
- Kraepelin E (1970) Lebenserinnerungen (Hrsg. Hippus Hanns et al), S. 125.
- Kuester T (Hg.) (1998) Quellen zur Geschichte der Anstaltspsychiatrie in Westfalen. Bd. 1: 1800–1914. Paderborn: Schöningh.
- Kulenkampff C (2000) (Bericht bei der jährlichen Tagung der Enquête).
- Kulenkampff C (2001) Grußwort des Vorsitzenden der ehemaligen Enquête-Kommission. In: 25 Jahre Psychiatrie-Enquête, Band I, Psychiatrie-Verlag, Bonn: 38–43.
- Kulenkampff C & Picard W (Hg) (1989) Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch Kranker. Ein internationaler Vergleich. Tagungsberichte Bd. 15. Rheinland-Verlag Köln 1989.
- Kunze H (1980) Zur Situation und Problematik der psychisch Kranken in Heimen. In: Häfner, Picard & APK (Hg) Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland fünf Jahre nach der Enquête. Tagungsbericht. Rheinland-Verlag Köln: 43–53.
- Kunze H (1981) Psychiatrische Übergangseinrichtungen und Heime. Psychisch Kranke und Behinderte im Abseits der Psychiatrie-Reform. Stuttgart.
- Kunze H (2001) Der Entwicklungshorizont der Psychiatrie-Enquête: Ziele – Kompromisse – zukünftige Aufgaben. In: 25 Jahre Psychiatrie-Enquête, S. 103 ff.
- Loetsch, G (2000) Von der Menschenwürde zum Lebensunwert. Die Geschichte der Illenau von 1842 bis 1940. Achertäler Verlag, Achern.
- McGoverns C (1986) The Myths of Social Control and Custodial Opression. Patterns of Psychiatric Medicine in the Late Nineteenth-Century Institutions. In: Journal of Social History, 20: 3–21.
- Nolte P (1996) Das Ende des 19. Und der Beginn des 20. Jahrhunderts in sozialgeschichtlicher Perspektive. In: GWU, 47, 1996: 281-300.
- Pfahler H (1972) 30 Jahre Halbierungserlass vom 5.9.1942, AN Seite 490. In: Zentralblatt für Sozialversicherung, Sozialhilfe und Versorgung, 26, 1972, H.I: 268–271.
- Picard W (1979) Zur Stellungnahme der Bundesregierung zur Psychiatrie-Enquête. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 9, 1979, H.I: 4–5.

- Porter R (2003) Introduction. In: Porter & Wright (Hg.): *The Confinement of the Insane. International Perspectives 1800-1965*. Cambridge: 1–18.
- Roller CFW (1831) *Die Irrenanstalt nach all ihren Beziehungen*.
- Saemisch F (1929) *Gutachten des Reichssparkommissars über die Staatsverwaltung des Volksstaates Hessen*. Genossenschaftsdr., Darmstadt.
- Ders.: (1930a) *Gutachten des Reichssparkommissars über die Landesverwaltung Württembergs, II. Hauptband, II. Teil: Einzelne Verwaltungsgebiete*, Stuttgart.
- Ders.: (1930b) *Gutachten des Reichssparkommissars über die Landesverwaltung Mecklenburg-Schwerins*, Berlin.
- Schneider F (2010) *Psychiatrie im Nationalsozialismus – Erinnerung und Verantwortung*. Rede anlässlich der Gedenkveranstaltung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) am 26. November 2010 in Berlin. DGPPN.
- Schöch H (2005) Zum Verhältnis von Psychiatrie und Strafrecht aus juristischer Sicht. *Nervenarzt* 2005, 76: 1382–1388.
- Schott H & Tölle R (2006) *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen*. C.H. Beck, München.
- Stemmer W (1913) Zur Geschichte des Waisen- Toll- und Krankenhauses, sowie Zucht- und Arbeitshauses in Pforzheim. *Allgemeine Zeitschr für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin* 70/1913: 432–473.
- Stier, B (1988) *Fürsorge und Disziplinierung im Zeitalter des Absolutismus. Das Pforzheimer Zucht- und Waisenhaus und die badische Sozialpolitik im 18. Jahrhundert*. Band 1. Thorbecke-Verlag Sigmaringen.
- Von Cranach M & Schneider F (2010) *In Memoriam. Erinnerung und Verantwortung*. Ausstellungskatalog. Springer, Berlin.
- Wilmanns K (1929). Die Entwicklung der badischen Irrenfürsorge mit besonderer Berücksichtigung der Universitätskliniken. *Arch Psychiat* 87, 1–23.

Über den Autor

Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Heinz Häfner studierte Medizin, Psychologie und Philosophie an der Universität München. 1965–1968 war er Professor und Leiter der Abteilung für Sozialpsychiatrie an der Universität Heidelberg und vom 1.4.1968 – 30.09.1994 Inhaber des Lehrstuhls Psychiatrie an der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg. Er gründete 1975 das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim und leitete es als Direktor bis 1994. Seit 1987 ist er Leiter der Arbeitsgruppe Schizophrenieforschung am Zentralinstitut. Teile von Prof. Häfners Forschungsschwerpunkte sind: Neuropsychologie des Stirnhirns, Epidemiologie von Gewalttaten psychisch Kranker in Deutschland, epidemiologische Versorgungsforschung, Analytische Epidemiologie und Mehrebenenforschung an der Schizophrenie. Er war 25 Jahre als Sprecher, stellvertretender Sprecher und Projektleiter in der SFB-Forschung engagiert, von 1974–1983 Mitglied des Wissenschaftsrats – zeitweise als Vorsitzender des Ausschusses Medizin, teilweise als Vorsitzender der Wissenschaftlichen Kommission. Er ist Mitglied und Ehrenmitglied mehrerer nationaler und internationaler Expertenkommissionen, Mitglied der Nationalen Akademie der Wissenschaften und der Heidelberger Akademie der Wissenschaften. Prof. Häfner agierte als Gründer, Mitherausgeber, Gutachter oder Beiratsmitglied von nationalen und internationalen Fachzeitschriften. Er erhielt zahlreiche Preise, u. a. das Große Verdienstkreuz des Verdienstordens der BRD, den Leader of Psychiatry Award der World Psychiatric Association und den Walter Griesinger Preis der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde: Prof. Häfner ist Autor/Co-Autor von über 700 Originalpublikationen.

Korrespondenz:

Prof. em. Dr. med. Dr. phil. Dr. h.c. mult. Heinz Häfner
ehemaliger Direktor des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit
J 5
D-68159 Mannheim
E-Mail:heinz.haefner@zi-mannheim.de