Christian Gaedt

# Ein Lehrstück bundesdeutscher Reformpolitik: Der Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland[1]

## Die Enquête — Spiegelbild chaotischer Zustände

„Es geht nicht länger an, daß in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern der Bundesrepublik ein Verhältnis Patient:Arzt = 300:1 besteht, während die Empfehlung des Wissenschaftsrates und der WHO ein solches von 30:1 verlangen; daß die Bettenzahl von 1,9 auf 1000 sich seit Jahren nicht verbessert; daß Diskriminierung, unzureichende Besoldung und Mängel in der Ausbildung einen unerträglichen Mangel an ärztlichem und pflegerischem Personal verursacht haben, unter dem Heilende und zu Heilende in gleichem Maße leiden."[2] Diese Worte stammen aus dem Antrag der Bundestagsfraktion der CDU/CSU, mit dem sie am 5. 3. 1970 den parlamentarischen Prozeß einleitete, der schließlich zur Enquête führte. In diesem Antrag kommt der Unwille über die unerträglichen Zustände in der psychiatrischen Versorgung zum Ausdruck, ein Unwille, der nicht zuletzt aufgrund peinlicher Vergleiche mit anderen europäischen Ländern entstanden war, zu dem WHO-Untersuchungen die sozialpolitisch informierten Parlamentarier gezwungen hatten.

Daß diese Initiative 1970 gerade von den Parteien ausgehen mußte, die, solange sie an der Regierung waren, nahezu nichts für die psychisch Kranken und Behinderten getan hatten und die heute in propagandistischer Weise eine „überschwengliche Reformfreudigkeit" der sozial-liberalen Koalition als wichtigste Ursache der gegenwärtigen Krise brandmarkt, daß also die CDU/CSU diesen Stein ins Rollen brachte, ist mehr als nur ein parlamentarischer Erfolg der um sozialpolitisches Prestige ringenden Opposition. Die führende Rolle der CDU/CSU bei der Entstehung der Enquête erleichterte es reformfeindlichen Interessengruppierungen, frühzeitig Einfluß auf die Arbeit der Enquête zu nehmen, und zwang gleichzeitig den Reformern eine vorsichtige Kompromißhaltung auf.

Die Euphorie über die Berufung der Sachverständigenkommission durch die Bundesregierung am 31. 8. 1971 verflog, als es zum Gerangel um Zusammensetzung, Arbeitsweise und Kompetenzen der Arbeitsgruppen und Beiräte kam, bei dem sich zeigte, daß die reformfeindlichen Kräfte das paraparlamentarische Spiel besser verstanden und die Weichen in ihrem Sinne zu stellen vermochten[3]. Vier Jahre arbeitete die Sachverständigenkommission mit 10 Arbeitsgruppen, drei Expertenteams und den Beiräten der Ländervertreter und der Trägerverbände. Im Oktober 1973 erschien ein „Zwischenbericht"[4]. Im November 1975 wurde der Abschlußbericht dem Bundestag übergeben. Ein monströses Werk mit — einschließlich An-

hang — rund 1600 Seiten. Mit Sondervoten, Extra-Darstellungen und zusammengestückelten Arbeitsberichten spiegelt er das Neben- und Gegeneinander der verschiedenen Interessengruppen innerhalb der Sachverständigenkommission und ihren Arbeitsgruppen wider; der Bericht ist mehr ein Abbild als eine Analyse der chaotischen Zustände auf dem Gebiet der psychiatrischen Versorgung. Als Markstein in der Entwicklung der Psychiatrie — diese Einschätzung ist trotz aller Schwächen gerechtfertigt — bedarf der Enquête-Bericht einer gründlichen und kritischen Prüfung, die, weil sie in Einzelheiten gehen müßte, hier nicht möglich ist. Die Enquête ist aber auch ein Stück sozial-liberaler Reformgeschichte. Sie hat Hoffnungen geweckt, die sie nicht erfüllen konnte. Der Vergleich von Aufwand und Resultat muß nachdenklich machen und zwingt zu der Frage, was den erhofften Erfolg verhindert hat. Das ist die Fragestellung der vorliegenden Arbeit.

**Die Daten lassen sich nicht verharmlosen**

Nachdem im „Zwischenbericht" die Notsituation der psychisch Kranken und Behinderten bereits auf eindrucksvolle Weise dokumentiert war und die Schwerpunkte der notwendigen Reformen klar umrissen waren, erwartete man als Abschlußbericht mehr als eine erweiterte, wissenschaftlich aufgemachte Informationsschrift. Für den weiteren parlamentarischen Prozeß benötigte man eine Entscheidungsgrundlage, aus der sich mit der notwendigen Klarheit die angestrebten Reformmaßnahmen ergeben. Diese Erwartung hat der Abschlußbericht nicht erfüllt. Was er in seiner Bestandsaufnahme[5] der Öffentlichkeit und den verantwortlichen Parlamentariern anbietet, ist ein pedantisch geordneter Wust stereotyp aufgespaltener Daten. Ohne kritische Wertung werden wichtige und unwichtige Details aneinandergereiht.

So wird der Blick für die entscheidenden Daten verstellt, zumal der wissenschaftlich-distanzierte Kommentar dem Laien eine Interpretation erschwert. Die so dargestellten Daten werden zudem noch durch methodische Skrupel, die angesichts des Ausmaßes der Misere übertrieben wirken, in den Bereich des Zweifelhaften gezogen. Der Leser wird nicht nur durch die Vielfalt verwirrt, sondern auch bezüglich der Aussagekraft der Daten verunsichert[6]. Hier werden Hintertüren geöffnet, die im Hinblick auf die Finanznot sicherlich gerne benutzt werden.

Der Enquête-Bericht hat eine weitere Schwäche. Bei der Überfülle des dargebotenen Materials wird leicht übersehen, daß zur Charakterisierung des psychiatrischen Versorgungssystems wichtige Fragen nur ungenügend berücksichtigt beziehungsweise ganz ausgeblendet werden. Das gilt insbesondere für die mit dem Arbeitsplatz zusammenhängenden Probleme. Aber auch die Bestandsaufnahme bezüglich der Sozialgesetze[7] ist enttäuschend. Notwendig wäre hier eine kritische Überprüfung der Verwirklichung der wohlklingenden Gesetzestexte gewesen; in dem Abschlußbericht wird dagegen der Gesetzestext als Realität genommen. Was man hier lesen kann, erinnert an Passagen in Veröffentlichungen der betreffenden Bundesministerien. Trotz dieser Mängel in der Darstellung, die in der Tendenz eine Verharmlosung der Fakten bewirken, beweist der Enquête-Bericht, daß das Wort von der „brutalen Realität" keine Übertreibung ist. Die folgenden Beispiele sollen dies belegen:

68 % der psychiatrischen Betten stehen in Krankenhäusern mit mehr als 1000 Betten[8]. Hier kommt ein Nervenfacharzt auf 120 Betten[9], ein Psychologe auf etwa 550 Betten[10], ein Sozialarbeiter auf 540 Betten[11], ein (ausgebildeter) Beschäftigungstherapeut auf etwa 700 Betten[12]. In diesen Krankenhäusern liegen 41 % der Patienten in Räumen mit mehr als 10 Betten[13]. Aus dem Zwischenbericht stammen folgende Daten über die Rheinischen Krankenhäuser: 69 % der Patienten mußten sich ihr Waschbecken mit mehr als 5 anderen Patienten teilen. 53 % hatten mit mehr als 10 anderen Patienten eine gemeinsame Toilette. 42 % hatten keinen eigenen Nachttisch[14]. Um die „Lebensqualität" dieser Menschen richtig einschätzen zu können, muß man wissen, daß es sich dabei vorwiegend um Patienten mit einem langfristigen Krankenhausaufenthalt handelt.

In den Heimen und Anstalten, die der Enquête-Bericht als kostensparende Auffangeinrichtung empfiehlt, sieht es zur Zeit noch so aus: 1 Nervenfacharzt auf 500 Betten[15], 1 Psychologe auf 940 Betten[16], 1 Sozialarbeiter auf 440 Betten[17]; rund 50 % des Pflegepersonals ohne Ausbildung[18].

Wie unzureichend die kassenärztlichen Vereinigungen ihren „Sicherstellungsauftrag" erfüllen, beweisen folgende Daten: Die Minimalversorgung von 1 Nervenfacharzt auf 50 000 Einwohner wird im Durchschnitt nicht erreicht. Nur 30 % der Bevölkerung lebt in Regionen mit einer Nervenfacharztdichte von mehr als 1:50 000[19]. 140 von 389 Kreisen oder kreisfreien Städten sind ohne Sitz eines Nervenfacharztes[20]. Nur ein geringer Prozentsatz aus dem Krankenhaus entlassener Patienten wird in ausreichendem Maße durch einen niedergelassenen Nervenfacharzt weiterbetreut[21].

Katastrophale Zustände kennzeichnen die Versorgung psychisch kranker und behinderter Kinder: Unter den Schulanfängern einer westdeutschen Großstadt waren insgesamt 31 % verhaltensauffällig oder in ihrer Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Davon mußten 6 % vom Schulbesuch zurückgestellt werden, 6 % mußten einer Sondereinrichtung zugewiesen werden, der Rest, 16,3 %, war während des ersten Schuljahres erheblich gestört[22]. Bei Grundschulkindern, die als stark verhaltensauffällig galten, war nur in 16,5 % der Fälle eine diagnostische Maßnahme eingeleitet worden[23]. Eine Beratungsstelle hat zur Zeit etwa 200 000 Einwohner zu betreuen; nach WHO-Empfehlungen sollten es nur 50 000 sein[24]. Dabei haben nur 35 % der Beratungsstellen die personelle Mindestausstattung[25]. Bisher gibt es nur 120 Fachärzte für Kinder und Jugendpsychiatrie, davon sind nur 28 in der freien Praxis tätig[26]. Zur Zeit gibt es nur 286 Psychagogen[27].

## Pluralismus als Alibi für Konzeptlosigkeit

Bei der Arbeitsweise der Sachverständigenkommission und ihrer Arbeitskreise war es von vornherein schwer vorstellbar, daß hier Reformvorschläge formuliert werden könnten, die die Interessen der beteiligten Gruppierungen ernsthaft gefährden würden. Trotzdem bedarf es einer Erklärung, wie die aus der Bestandsaufnahme sich aufdrängenden Zielvorstellungen bis zur Unbrauchbarkeit verbogen werden konnten, wie diese Halbherzigkeit

schließlich von der Mehrheit der Mitglieder akzeptiert werden konnte und warum man es wagen konnte, diesen aufgeblähten Bericht dem Parlament und der Öffentlichkeit vorzulegen. Kernstück der Reformvorschläge ist das Modell einer regionalen umfassenden bedarfsgerechten Versorgung[28]. Es ist die Antwort der Enquête-Kommission auf das vorgefundene Chaos, das eine bedarfsgerechte Versorgung der psychisch Kranken und Behinderten bisher unmöglich machte[29].

Die Realisierung eines solchen Systems würde klar umrissene Verantwortlichkeiten der beteiligten Einrichtungen und für die Planungs- und Lenkungsgremien eindeutige Kompetenzen fordern. Dazu wollte und konnte sich aber die Enquête-Kommission nicht durchringen, denn dies würde — zu Ende gedacht — die Schranken durchbrechen, die der sogenannte gesellschaftspolitische Pluralismus der weiteren Entwicklung unseres Gesundheitswesens setzt. Zu diesem Prinzip bekennt sich die Enquête-Kommission jedoch ausdrücklich[30]; damit wird das im Abschlußbericht sich manifestierende Interessengerangel sanktioniert und ideologisch abgeschirmt.

Als Theorie wirkt der gesellschaftspolitische Pluralismus plausibel und überzeugend. — Interessenvielfalt und Interessengegensätze sind danach Voraussetzungen für ein optimales Funktionieren der Gesellschaft. In der Konkurrenz möglichst vieler gleichberechtigter Interessengruppierungen werden alle gesellschaftlichen Ressourcen ausgeschöpft, und im freien Spiel der Kräfte setzt sich ganz von selbst die jeweils vernünftigste und für die Gesamtheit beste Lösung durch. In der gesellschaftlichen Realität erweist sich diese Vorstellung als eine Illusion.

Im Gesundheitssektor zum Beispiel — dieser Gesellschaftsbereich steht hier zur Diskussion — sind u. a. die Interessen der niedergelassenen und angestellten Ärzte, der Krankenhausträger, der „Arbeitgeber", der Pharma- und Geräteindustrie und der Sozialversicherten zu einem schwer zu überblickenden Mit- und Gegeneinander verflochten. Die sich hier zeigenden Interessenkonflikte sind eingebunden in den die ganze Gesellschaft durchdringenden Antagonismus von Lohnarbeit und Kapital. Die Ausrichtung in diesem Spannungsfeld bestimmt das Kräfteverhältnis der verschiedenen Gruppen und deren Zielsetzung. Von einer Gleichwertigkeit der Interessen kann dabei nicht die Rede sein; man kann z. B. die handfesten materiellen Interessen der Ärzteverbände nicht mit dem Bedürfnis der Sozialversicherten nach umfassender und nicht überteuerter medizinischer Versorgung gleichsetzen. Ebensowenig kann man von gleichen Durchsetzungschancen sprechen, denn gerade die Sozialversicherten, die das Geld erarbeiten, das im Gesundheitssektor im Umlauf ist, haben eine schwache Verhandlungsposition. Sie können nur über die zersplitterten GKV-Kassen wirksam werden und müssen diesen Einfluß auch noch mit den „Arbeitgebern" teilen.

Das Pluralismuskonzept vereinfacht die Realität in doppelter Weise: es setzt eine Gleichwertigkeit der Interessen voraus und übersieht die gesellschaftlichen Machtverhältnisse. Das, was als Theorie als Ausdruck des demokratischen Prinzips schlechthin imponierte, läßt sich in der Praxis leicht als ideologisches Blendwerk mißbrauchen, hinter dem sich die materiellen Interessen einiger Weniger auf Kosten der Mehrheit durchsetzen können.

Das ist der Grund, der zu Skepsis und Mißtrauen berechtigt, wenn in Reformvorschlägen das pluralistische Konzept überstrapaziert wird. Reformvorschläge müssen daran gemessen werden, inwieweit sie die Interessen der Mehrheit der Bevölkerung absichern und ihre Durchsetzungschancen verbessern. Ist das garantiert, dann haben die Probleme der Vielfalt der Kosten- und Leistungsträger, aber auch die Frage der Organisation der Verwaltung der verschiedenen Einrichtungen eine andere und untergeordnete Bedeutung. Die Vorschläge der Enquête-Kommission verbessern die Position der Sozialversicherten bei der Durchsetzung ihrer Interessen nicht. Es bleibt also die Gefahr, daß die Vielfalt der Kosten- und Leistungsträger weiterhin zu den chaotischen Zuständen führt, die sich so leicht zu ihrem Nachteil ausnutzen lassen.

Das von der Enquête-Kommission vorgeschlagene „Verbundsystem" ist kein ernsthafter Versuch, dieses Chaos zu überwinden. Eine der Bruchstellen ist der niedergelassene Nervenarzt, dessen Bedeutung an mehreren Stellen hervorgehoben wird[31]. Es bleibt dabei völlig unklar, wie er in das „Verbundsystem" integriert werden soll. Zufällig und unplanbar ist seine Niederlassung, zufällig sein Einzugsgebiet, zufällig die Zeiten seiner Sprechstunden, zufällig die Auswahl seiner Behandlungsmethoden, zufällig seine Kooperationsbereitschaft. Sicherlich, wenn erst einmal das „regionale Verbundsystem" entsprechend der Idealvorstellung des Enquête-Berichtes funktionieren würde, geriete die Nervenarztpraxis schnell unter einen starken Integrationszwang, und die Probleme erledigten sich im Laufe der Zeit von selbst. Aber der Enquête-Bericht versucht mit seinen Vorschlägen zur Organisation dieses „Verbundsystems" alles, um seine Realisierung zu verhindern.

Als oberstes Prinzip gilt, daß die Vielfalt der Kosten- und Leistungsträger um jeden Preis erhalten werden muß. Auch innerhalb der Behörden soll es bei der Zerstückelung der Verantwortung bleiben[32]. Der Einfluß des Bundes, der Länder und der Kommunen soll minimiert werden Empfohlen wird allenfalls eine Steuerung über zweckgebundene Finanzierungsmittel. Wie die notwendige Koordination erreicht werden soll, bleibt völlig unklar. Das Rezept heißt Selbstorganisation, und es wird ein System von Arbeitsgemeinschaften, Ausschüssen, Referaten und Beiträgen auf allen Ebenen entworfen[33]. Möglicherweise können die Mitglieder dieser Gremien bei ihrer Mitarbeit die insuffiziente Arbeitsweise ihrer Institutionen vergessen[34], daß dadurch aber eine wirksame Koordination erreicht werden könnte, ist jedoch unvorstellbar; denn Kompetenzen sollen diese Gremien nicht haben[35]. Die Enquête-Kommission hätte die Gelegenheit gehabt, die Wirksamkeit kompetenzloser Koordinations- und Planungsgremien wissenschaftlich zu überprüfen; Beispiele gibt es hierfür genug[36]. Sie hat es leider unterlassen und kann somit ungeniert ihre Vorschläge machen.

Das der Ideologie des Pluralismus entsprechende partikularistische Gesellschaftsbild erlaubt den Autoren des Enquête-Berichtes eine isolierende Betrachtungsweise. Für sie existiert die Gesellschaft nur als „abstrakter Begriff"[37]. Die Gesellschaft zerfällt in selbständige Einzelbereiche, die bestimmte Aufgaben und Funktionen haben; das „Ganze" entsteht, wenn überhaupt, aus dem Zusammenspiel der Einzelbereiche. Naiv muß erscheinen, wer von einer „krankmachenden" Gesellschaft spricht, denn ein

Abstraktum macht nicht krank. Naiv auch, der eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung fordert, denn ein Abstraktum trägt keine Verantwortung. Völlig außerhalb des Erkenntnisraumes, den diese Ideologie läßt, liegt die Frage nach dem Zusammenhang zwischen der Organisationsform der menschlichen Arbeit und den gesellschaftlichen Bedingungen für die Entfaltung der menschlichen Persönlichkeit bzw. dem Maß an Gesundheit, wie sie von der WHO definiert wird[38].

Ist die Gesellschaft erst einmal zerstückelt und der Zusammenhang zwischen Mensch, Arbeit und Gesundheit unkenntlich gemacht, so bedarf es keiner weiteren Erklärung, warum der Bereich „Arbeitsplatz" kaum berücksichtigt wird. Dieser Bereich entzieht sich jeder Planung und jedem Integrationsversuch, und die Enquête-Kommission respektiert diese Grenze. Das heißt nicht, daß der Arbeitsplatz und seine Problematik nicht erwähnt werden; doch diese Erwähnungen wirken mehr wie Pflichtübungen im Rahmen wissenschaftlicher Pedanterie und führen nicht zu einer weitergehenden Problematisierung[39]. Es wäre leicht gewesen, die Situation der Behinderten auf dem freien Arbeitsmarkt zu analysieren; hier liegen Daten bei den Landesarbeitsämtern vor. Es wäre notwendig gewesen, die Effektivität der Arbeitsförderungsgesetze und des Schwerbehindertengesetzes kritisch zu überprüfen; auch hier hat man inzwischen genügend Erfahrung sammeln können. Die Autoren der Enquête hielten es nicht einmal für wichtig, die Möglichkeiten eines ausgebauten werksärztlichen Dienstes bei der Prävention und Rehabilitation zu prüfen und entsprechende Forderungen zu stellen. Auf Grund der ideologischen Position lag es näher, diesen Bereich auszuklammern.

## Das ideologische Handicap der Enquête

Die Enquête-Kommission kommt nicht umhin, die Definition der WHO für Gesundheit zu zitieren. Danach ist Gesundheit ein Zustand vollkommen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur definiert durch Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung[40]. Mit dieser Definition weiß sie jedoch nichts anzufangen. Unter Hinweis auf Untersuchungen, nach denen auf Grund dieser Definition nur etwa 20 % der Bevölkerung in Kanada und den USA als gesund gelten können, wird diese Definition als unbrauchbar abgelehnt[41]. Sie nennt sogar die nach dieser Definition Gesunden schlichtweg „unnormal"[42] und rückt damit ungewollt in die Nähe ultralinker Positionen. In dem gleichen Zusammenhang wird — und zwar zu Recht — der Gedanke abgelehnt, daß sich ein psychiatrisches Versorgungssystem an solchen Zahlen orientieren könne. Daß in Kanada und den USA nach WHO-Kriterien nur 20 % der Bevölkerung als gesund anzusehen sind, oder, falls dieses Beispiel zu polemisch erscheint, daß in einer Großstadt der Bundesrepublik 31 % eines Schulanfängerjahrganges Verhaltensauffälligkeiten und Leistungsbeeinträchtigungen aufweisen[43], liegt nicht an den Mängeln des medizinisch-psychiatrischen Versorgungssystems. Aber gerade zu dieser Ansicht muß man kommen, wenn man den Enquête-Bericht liest. Psychische Störungen und Behinderungen haben für die Autoren in keiner Weise die Funktion eines Indikators, der

die gesellschaftlichen Bedingungen für psychische Gesundheit einzuschätzen hilft. Die einzige Antwort, die sie auf die hohen Erkrankungsziffern geben, heißt Ausbau von Prävention, Therapie und Rehabilitation im Rahmen der medizinisch-psychiatrischen Institutionen. Auch die Hochrechnungen für den Personalbedarf[44], der sich im Hinblick auf die begrenzten Ressourcen nicht annähernd realisieren läßt, haben die Autoren um keinen Schritt zu der Erkenntnis zurückgebracht, die sich in der Auseinandersetzung mit der WHO-Gesundheitsdefinition bereits in den einleitenden Ausführungen zwingend ergeben hatte: die Psychiatrie kann nicht ausgleichen, was gesellschaftliche Fehlentwicklung an psychischen Schäden verursacht.

Die Enquête-Kommission bewältigt dieses Problem mit dem Etikett „psychosozial" und vermittelt den Eindruck, als ob die gesellschaftlich bedingten Schäden mit den Methoden und Techniken einer modernen Psychiatrie in den Griff zu bekommen wären.

Die erschreckende Häufigkeit psychischer Störungen und die Mißstände ihrer Versorgung drängen darauf, die Frage nach dem Zusammenhang mit gesellschaftlichen Fehlentwicklungen zu stellen. Die Enquête stellt diese Frage nicht. Sie vermeidet alles, was als Kritik unseres Gesellschaftssystems ausgelegt werden könnte. Doch gerade jetzt, wo sich die krisenhafte Entwicklung des kapitalistischen Systems in aller Schärfe zeigt, wo sich seine Legitimation — die angebliche Garantie für Wohlstand und soziale Sicherheit — für einen immer größer werdenden Teil der Bevölkerung als leere Phrase erweist, stellt sich diese Frage mit neuer Dringlichkeit. Kann man denn, wenn man schon von „psychosozialen" Ursachen spricht, die Auswirkungen der Massenarbeitslosigkeit einfach ausklammern? Der Zusammenhang mit unserem Wirtschaftssystem kann hier wohl nicht bestritten werden. Arbeitslosigkeit — Alkoholismus — konfliktreiches Familienleben — sozialer Abstieg — psychosoziale Behinderung der Kinder — Jugendalkoholismus — mangelnde berufliche Qualifikation — Arbeitslosigkeit, das ist ein Kreislauf, der auch Laien einsichtig ist. Um so mehr erwartet man von Psychiatern, daß sie sich diesen Fragen stellen. Was wird zum Beispiel aus den Jugendlichen, denen Ausbildung und Arbeitsplatz verwehrt und damit die Zukunftsperspektive genommen wird? Hier zeigt sich zwingend die gesellschaftliche Dimension der Prävention. Prävention hieße hier doch in erster Linie die Absicherung einer qualifizierenden Berufsausbildung und des Arbeitsplatzes. Aber gerade das ist, wie hunderttausende jugendliche Arbeitlose[45] beweisen, in unserer Gesellschaft nicht möglich. Ihr Schicksal wird von dem Auf und Ab konjunktureller Schwankungen bestimmt und nicht durch menschliche Vernunft. Dies wird solange bleiben, wie das Wirtschaftssystem durch das für unsere Gesellschaft charakteristische private Verfügungsrecht über Produktionsmittel einer Demokratisierung und damit dem Einfluß der werktätigen Bevölkerung weitgehend entzogen wird. Für eine Wissenschaft, die die Frage nach psychosozialen Faktoren bei der Entstehung, Prävention und Therapie psychischer Krankheiten stellt, darf es hier kein Tabu geben. Wie hinderlich die Tabuisierung unseres Wirtschaftssystems ist, zeigt der Enquête-Bericht, in dem diese für die Psychiatrie so wichtigen Zusammenhänge nicht gesehen werden konnten.

**Ein beschränkter Erfolg**

Trotz aller Mängel war die Enquête ein Erfolg. Der Abschlußbericht hat dazu sicherlich das wenigste beigetragen. Was erreicht werden konnte, wurde erreicht durch die Hearings, durch den Zwischenbericht und durch andere öffentlichkeitswirksame Akzente der über vier Jahre dauernden Arbeit der Sachverständigenkommission: Die Inhumanität und die Mißstände sind zu einer öffentlichen Peinlichkeit geworden, an der sich die verantwortlichen Sozialpolitiker nicht mehr vorbeilügen können. Die Kenntnis von der „brutalen Realität" in der Psychiatrie ist bis in die Spalten der konservativen Presse und damit zu ihren Lesern gelangt. Wenn es das Ziel der Enquête war, über eine bundesweite Informationskampagne einen Reformdruck zu schaffen, so müßte dieses Ziel eigentlich erreicht worden sein. Die notwendigen Reformen werden offenbar trotzdem nicht in Angriff genommen. Die distanzierte Reaktion der Bundesregierung spricht hier eine deutliche Sprache[46]. Die Möglichkeiten der Öffentlichkeitsarbeit sind begrenzt. Die Zwänge, denen die Verteilung des Bruttosozialproduktes unterliegt, sind dadurch allein nicht zu beeinflussen. Angesichts der Krise[47] kann man nicht einmal hoffen, daß das „Loch" Psychiatrie auf Kosten eines anderen Sozialbereiches auch nur notdürftig gestopft werden kann.

So wird man den Erfolg der Enquête nicht an spektakulären Reformen ablesen können. Aber die Auseinandersetzung untereinander, zu der die mehrjährige Arbeit in der Sachverständigenkommission die Psychiater gezwungen hatte, brachte das erstarrte Gefüge der Psychiatrie in Bewegung. Darin liegt die eigentliche Bedeutung der Enquête. Sicher haben sich die reformunwilligen Kräfte nach einer kurzen Phase der Verunsicherung noch rechtzeitig formiert. Sie konnten abschwächen, nicht aber verhindern, daß sich sozialpsychiatrische Denkweisen durchgesetzt haben. Die Sozialpsychiatrie hat sich während dieser Auseinandersetzung aus der Enge einer Fachdisziplin befreit; sie ist auf dem Wege, „Psychiatrie" zu werden. Für psychisch Kranke und Behinderte bedeutet das allein noch keine wesentliche Verbesserung. Für eine Humanisierung ihrer Situation ist dies jedoch eine wichtige Voraussetzung, denn Reformen sind nie schneller als die, die sie durchführen müssen.

Die Auseinandersetzung in der Psychiatrie wird nicht ohne Einfluß auf die anderen medizinischen Fachgebiete sein[48]. Viele strukturelle Schwächen des medizinischen Versorgungssystems lassen sich besonders leicht an den Mißständen in der psychiatrischen Versorgung erkennen. Das gilt zum Beispiel für die Probleme der Koordination und der Planung, für die Überbetonung des arztzentrierten Denkens in Diagnose und Therapie und für die Schwierigkeiten bei der Organisation der ambulanten Behandlung. Es ist ein Verdienst der Enquête, mit ihren Materialien für die zur Zeit laufende Reformdiskussion in anderen Bereichen der Medizin Argumentationshilfen bereitgestellt zu haben.

**Notwendige Konsequenz: Politische Aufklärung statt „Öffentlichkeitsarbeit"**

Daß sich fortschrittliche Ansätze in den Arbeitsgruppen der Enquête-Kommission artikulieren und teilweise auch im Abschlußbericht durch-

setzen konnten, ist nicht zuletzt ein Erfolg des „Mannheimer Kreises" und der „DGSP"[49]. Im „Mannheimer Kreis" hatten sich Angehörige aller psychiatrischen Berufe gegen die traditionelle Psychiatrie zusammengeschlossen. Ihre Situation am Arbeitsplatz war auf Grund der alltäglichen Erfahrung einer beschämenden Realität und der verständnislosen, starren Haltung der Verantwortlichen unerträglich geworden. Von ihren Berufs- und Standesverbänden war keine Unterstützung zu erwarten; diese zeigten sich reformunwillig und verbrämten dies mit leeren Worten. Der „Mannheimer Kreis" wurde als „kritisches Potential" von ihnen argwöhnisch beobachtet.

So kontrovers die Selbstverständnisdiskussion innerhalb des „Mannheimer Kreises" auch geführt wurde, einig war man sich in der Erkenntnis, daß die Zustände in der Psychiatrie *gesellschaftliche* Mißstände sind, daß Kritik an der Psychiatrie *Gesellschaftskritik* sein muß. Mit diesem Ansatz gewann der „Mannheimer Kreis" schnell einen wachsenden Einfluß. Bewußt gegen die bestehenden Berufsorganisationen, insbesondere gegen die „DGPN"[50] wurde die „Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie" (DGSP) gegründet. Diese Gesellschaft sollte die politische Perspektive eröffnen. Durch ihr Programm und durch ihre Aktivitäten sollte der reformfeindliche und an standespolitischen Interessen orientierte Charakter der DGPN deutlich gemacht werden. Es sollte für fortschrittliche Kräfte, unabhängig von der Berufsgruppe, die notwendige Alternative aufzeigen.

Als sich die Möglichkeit bot, über die Mitarbeit an der Enquête politischen Einfluß zu gewinnen, wurde dies konsequent genutzt. Über eine enge Verbindung mit der „Aktion psychisch Kranker"[51] — ein von der CDU initiierter Verein, dem sozialpolitisch engagierte Parlamentarier aller Fraktionen angehörten — erhoffte man Einfluß zu gewinnen. Der „Mannheimer Kreis" und die DGSP waren etabliert. Damit waren sie aber auch gleichzeitig auf die bewährten Schienen der üblichen Reformpolitik gesetzt; das „kritische Potential" war kanalisiert. Den entpolitisierenden Effekt konnte man an der Themenauswahl und dem Ablauf der folgenden Tagungen des „Mannheimer Kreises" ablesen[52], ein Preis der gezahlt werden mußte, um den politischen Einfluß der „Führungsmannschaft" nicht zu gefährden.

Was man mit dieser Taktik erreichen konnte, hat man erreicht. Verwässerte Reformvorstellungen sind jedoch nicht gleichzusetzen mit der Durchführung überfälliger Reformen. Eine informierte, peinlich berührte, vielleicht auch empörte Öffentlichkeit schafft nicht den notwendigen Druck, vor allem dann nicht, wenn gleichzeitig mit der Information die gesellschaftlichen Zusammenhänge vernebelt werden. Die Reform der psychiatrischen Versorgung muß verbunden werden mit dem Kampf um ein besseres Gesundheitswesen, mit dem Kampf um bessere Lebensbedingungen für die werktätige Bevölkerung. Nur so kann garantiert werden, daß die notwendigen Reformen durchgesetzt werden und auf Dauer wirksam bleiben. Dieser Kampf ist in zweifacher Hinsicht eine gewerkschaftliche Aufgabe.

Gewerkschaftliches Handeln erfordern die unzumutbaren Arbeitsbedingungen der in der psychiatrischen Versorgung Beschäftigten. Unzumutbar ist es zu nennen, wenn sich die ärztliche Tätigkeit in den Psychiatrischen

Großkrankenhäusern auf die Führung von Krankenakten beschränken muß oder wenn das Pflegepersonal in den Anstalten und Heimen Verantwortungen übernehmen muß, die es auf Grund der fehlenden Berufsausbildung nicht übernehmen kann. Verbesserung des Stellenplanes und Verbesserung der beruflichen Qualifikation sind traditionelle gewerkschaftliche Ziele. Nur die Solidarität mit den Beschäftigten in allen anderen Arbeitsbereichen unserer Gesellschaft kann den Forderungen nach besseren Arbeitsbedingungen in der Psychiatrie den notwendigen Nachdruck verleihen.

Die Lebens- und Arbeitsbedingungen der werktätigen Bevölkerung können durch Lohnforderungen und Verbesserungen der Arbeitsbedingungen allein nicht abgesichert und verbessert werden.

Die Gewerkschaft muß, wenn sie die Interessen ihrer Mitglieder wirksam vertreten will, auch dafür sorgen, daß die ständig steigenden Sozialabgaben, die ja Teil des von ihr erkämpften Lohnes sind, nicht verschwendet werden, und sie muß dafür eintreten, daß die Gesundheitssicherung auf das heute mögliche Niveau gebracht wird. Die Erweiterung der gewerkschaftlichen Aufgaben zeigt sich deutlich an ihrem zunehmenden gesundheitspolitischen Engagement. So hat die ÖTV bereits 1972 eine Stellungnahme zur Versorgung der seelisch Kranken und der geistig Behinderten[53] erarbeitet, die in vielen Punkten fortschrittlicher ist als der Enquête-Bericht.

Diese Aktivitäten müssen verstärkt werden. Nicht eine „informierte Öffentlichkeit", sondern eine problembewußte, starke Gewerkschaft wird die Reform in der Psychiatrie durchsetzen können. Hieraus ergibt sich die Aufgabe des „Mannheimer Kreises". Er kann keine Alternative zur Gewerkschaft darstellen. Er kann aber die organisatorischen Voraussetzungen dafür schaffen, daß die alltäglichen Erfahrungen am Arbeitsplatz mit der „brutalen Realität" umgesetzt werden in Erkenntnisse über die gesellschaftlichen Zusammenhänge, die zu diesen Mißständen führen und eine Veränderung so schwer machen. Auf diese Weise kann eine Stärkung der Gewerkschaft erreicht werden. Mit ihr und zusammen mit den fortschrittlichen Kräften in den politischen Parteien können alle Hindernisse überwunden werden, die dem gesellschaftlichen Fortschritt im Wege stehen[54].

Anmerkungen

1 „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. — Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung", (kurz: „Enquête-Bericht"), Bundestagsdrucksache 7/4200 und 7/4201 (Anhang). Zu beziehen über das Bundesministerium f. Jug., Fam. u. Ges. oder über den Verlag Dr. Heger, 53 Bonn-Bad Godesberg, Postfach 821.

2 „Materialsammlung I. Zur Enquête über die Lage der Psychiatrie in der BRD", Schriftenreihe des Bundesministers f. Jug., Fam. u. Ges. Band 9, S. 3.

3 Hintergrundinformationen über die Arbeitsweise der Sachverständigenkommission und die internen Machtkämpfe. vgl. „Sozialpsychiatrische Informationen", Nr. 10/11 (1972), S. 3—13.

4 Bundestagsdrucksache 7/1124.

5 Die Bestandsaufnahme findet sich vorwiegend im Kapitel A, aber auch, den Reformvorschlägen vorangestellt, im Kapitel B. Die einzelnen Abschnitte sind in

ihrer Tendenz und Qualität unterschiedlich. Ein globales Urteil ist deshalb nur mit Einschränkungen möglich. Wichtige Fakten enthält auch der Anhang.

6 Die methodischen Anmerkungen finden sich in dem der Bestandsaufnahme vorangestellten Abschnitt, aber auch jeweils in den einzelnen Abschnitten der Bestandsaufnahme. Hier werden u. a. die geläufigen Indikatoren für Mängel in der Versorgung, also z. B. Wartelisten und Überlegungen, entwertet und der Bedarf, so z. B. an psychotherapeutischen Diensten heruntergespielt.

7 Enquête-Bericht, a.a.O., S. 157. Daß es im Rahmen der Enquête-Arbeit durchaus möglich gewesen wäre, sinnvolle Daten zu erheben, zeigen u. a. die von Bosch, Pietzker u. a. durchgeführten Untersuchungen über die Nachbehandlung schizophrener Patienten (Anhang, a.a.O., S. 344 f.), deren Ergebnisse für die Diskussion über die Rolle der niedergelassenen Nervenfachärzte wertvolle Argumente liefern.

8 Enquête-Bericht, S. 91.

9 Ebenda, S. 126.

10 Ebenda, S. 128.

11 Ebenda, S. 133.

12 Ebenda, S. 134.

13 Ebenda, S. 138.

14 Zwischenbericht, a.a.O., S. 26 f.

15 Enquête-Bericht, S. 128.

16 Ebenda, S. 128.

17 Ebenda, S. 133.

18 Ebenda, S. 131.

19 Ebenda, S. 87.

20 Ebenda, S. 237.

21 Ebenda, S. 211.

22 Ebenda, S. 235.

23 Ebenda, S. 237.

24 Ebenda.

25 Ebenda, S. 145.

26 Ebenda, S. 207.

27 Ebenda, S. 145.

28 Die Charakteristika einer „umfassenden bedarfsgerechten Versorgung" werden unter B. 3. 1., S. 203 f., dargestellt. In anderen Abschnitten wird auch von einem „regionalen Verbundsystem" (S. 238) und einer „integrierten Versorgung" (S. 275) gesprochen.

29 Die chaotischen Zustände werden an vielen Stellen angesprochen: „. . . Unkoordiniertes, unökonomisches und desorientierendes Nebeneinander . . ." (S. 235), oder: „Die Vielfältigkeit der weitgehend ungestreuten Tätigkeitsformen führt häufig genug zu einem Nebeneinander von Aktivitäten, zu unklaren Aufgabenabgrenzungen, zu gegenseitigen Behinderungen . . ." (S. 311), oder: „. . . Von Experten als sinnvoll und notwendig anerkannte Innovationen lassen sich schließlich in einem derart gewachsenen System nur schwer zum Druchbruch bringen" (S. 311), und besonders klar: „. . . daß es offensichtlich nirgendwo in der Bundesrepublik eine Stelle gibt, die, mit ausreichenden Informationen versehen, nur überhaupt fähig wäre, einigermaßen zu übersehen, was in diesem Land auf dem weitverzweigten Gebiet der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter geschieht oder nicht geschieht" (S. 69).

30 Deutlich wird diese Einstellung z. B. an folgender Stelle: „Eine pluralistisch organisierte Gesellschaft bringt es mit sich, daß eine große Anzahl von Trägern, Initiativen, Gruppierungen und Diensten . . . wirksam ist . . ." (S. 311).

31 Die Beurteilung des niedergelassenen Nervenarztes ist nicht eindeutig. Seine Bedeutung wird einerseits hervorgehoben (S. 208) und es wird festgestellt, daß

an eine Aushöhlung nicht gedacht wird (S. 213); auf der anderen Seite wird deutlich gemacht, daß er den ihm im Rahmen einer sozialpsychiatrisch orientierten Versorgung zukommenden Aufgaben nicht gerecht werden kann (S. 208).

32 Enquête-Bericht, a.a.O., S. 235.

33 Zur Koordination und zur Planung werden folgende Gremien vorgeschlagen: im Standardversorgungsgebiet: *Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft:* Selbstorganisation aller psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Beratungs- und Behandlungsdienste (S. 311). Ähnliche Arbeitsgemeinschaften werden auch für die entsprechenden Träger gefordert (S. 313). Auch die Kommunen werden aufgefordert (S. 313) zu „prüfen, auf welche Weise, die anstehenden Aufgaben der Koordination und Planung am besten zu erfüllen sind" (S. 313). *Psychosozialer Ausschuß:* In ihm müssen „die Dienste, gegebenenfalls auch Betroffene, die Träger der Einrichtungen, die Leistungsträger, die kommunale Verwaltung und kommunale Parlamentarier vertreten sein" (S. 313). Auf Länderebene: ein *Referat für psychosoziale Versorgung* mit einem *Beirat für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter* (S. 314). *Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften auf Landesebene* (S. 315). Auf Bundesebene: eine Institution (bisher ohne Bezeichnung und ohne festgelegte Organisationsform) zur zentralen Erfassung von Daten usw. (S. 315). Im Bundesministerium f. Jug., Fam. u. Ges. ein *Referat für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter* mit einem *gemischten psychosozialen Beirat* (S. 316). Daneben werden in den verschiedenen Abschnitten noch besondere Vorschläge gemacht; so wird eine *Bundesarbeitsgemeinschaft für Prävention* vorgeschlagen (S. 395).

34 Vgl. die Begründung der Forderung nach psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (S. 312).

35 Aufschlußreich sind hier besonders die Ausführungen zur Verankerung des psychosozialen Ausschusses. Er soll u. a. „Sorge tragen" (!) für folgende Aufgaben: Erhebung planungsrelevanter Daten, Erstellung von Bedarfsplanentwürfen, Abstimmung der Tätigkeitsfelder der einzelnen Dienste. Um seine Wirksamkeit abzusichern, werden folgende Vorschläge gemacht: „Grundsätzlich sollte dem psychosozialen Ausschuß eine möglichst selbständige Stellung in den Kreistagen bzw. in den Räten kreisfreier Städte eingeräumt werden. Der Ausschuß erfüllt lediglich beratende Funktion . . ." (S. 313).

36 So arbeitet z. B. in West-Berlin ein 1955 auf Empfehlung der Internationalen Arbeitsorganisation (IAO) eingerichteter Landesausschuß für die Eingliederung und Wiedereingliederung behinderter Personen mit vier Arbeitskreisen. Ihm gehören u. a. 24 private, freie und öffentliche Träger und Organisationen der Behindertenhilfe an. Bis 1972 hatte dieser Landesausschuß fünf „Empfehlungen" verabschiedet. „Bericht über Maßnahmen zur Betreuung und Förderung geistig und seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher", Veröffentlichung des Abgeordnetenhauses, Drucksache 6/622, S. 4.

37 „Es ist sicher problematisch, von Aufgaben der Gesellschaft als ganzer zu sprechen, da die Gesellschaft ja nur als abstrakter Begriff existiert und die Erfüllung von Aufgaben vom Funktionieren bestimmter Teile oder Organisationen der Gesellschaft abhängt . . ." (S. 392).

38 Die Charta der Weltgesundheitsorganisation beschreibt Gesundheit als einen „Zustand vollkommenen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens, nicht nur definiert durch die Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung" (Enquête-Bericht, S. 66).

39 Unter der Überschrift „Primärprävention im Bereich der Arbeit" wird diesem Problem etwa eine halbe Stunde gewidmet (S. 390). Bei der Aufzählung der Schwerpunkte der Prävention wird der Arbeitsplatz nicht mehr erwähnt (S. 395).

40 Enquête-Bericht, a.a.O., S. 66.

41 Ebenda, S. 66.

42 Die Enquête stellt sich die Frage: „Ist ein Zustand normal, den nur rund 20 % der Bevölkerung aufzuweisen scheinen" und beantwortet diese Frage mit einem eindeutigen „Nein" (S. 66).

43 Enquête-Bericht, a.a.O., S. 235.

44 „. . . Nimmt man diese Anhaltszahlen zur Hand und rechnet sie z. B. auf die Gesamtzahl vorhandener oder gar neu zu schaffender Betten oder Plätze in der BRD hoch, so ergeben sich regelmäßig Zahlen, die weit außerhalb dessen liegen, was im ganzen realisierbar ist." Enquête-Bericht, a.a.O., S. 400.

45 Die offiziellen Angaben mit etwa 100 000 arbeitslosen Jugendlichen sind eine Unterschätzung. Unter Einbeziehung Jugendlicher bis zum Alter von 25 Jahren und der Schulabgänger ohne Lehrstellen kommt Bernd Mansel auf etwa 400 000 Jugendliche ohne Anstellung. „Eine verlorene Generation?" in: „Deutsche Volkszeitung", Nr. 6, 5. 2. 1976.

46 „Die Verwirklichung sowohl der Sofortmaßnahmen zur Behebung der in der Enquête aufgezeigten dringlichsten Probleme als auch der längerfristigen Maßnahmen ist von finanziellen Möglichkeiten abhängig." Und weiter: „Da die Kosten der kurz-, mittel- und langfristigen Maßnahmen bei Bund, Ländern, Gemeinden und Trägern sehr erheblich sind, muß schon jetzt darauf hingewiesen werden, daß die Realisierung nur sehr langsam und abgestuft möglich ist und zusätzliche Mittel angesichts der angespannten Finanzlage der Kostenträger gegenwärtig nicht aufgebracht werden können." Aus dem Begleitschreiben des Bundesministers f. Jug., Fam. u. Ges. 25. 11 75 — 341.2 474 — 5. Im übrigen wurde eine Privatfirma beauftragt, die anfallenden Kosten zu berechnen.

47 Der Etat des Bundesministers f. Jug., Fam. u. Ges. wurde für das Jahr 1976 um 111 Millionen DM gekürzt. Deutsches Ärzteblatt, Heft 3 (1976) S. 100.

48 Diese Möglichkeit wird auch von der ärztlichen Standespresse als Gefahr erkannt. „. . . Und so ist der Bericht auch ein politisches Phänomen. Denn es genügt der Austausch weniger Vokabeln, um das dort skizzierte System auf das gesamte Gesundheitssystem auszudehnen." Deutsches Ärzteblatt, Heft 3 (1976), S. 100.

49 Eine Selbstdarstellung des „Mannheimer Kreises" und der „Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie" (DGSP) findet sich in „Sozialpsychiatrische Informationen" Nr. 17/18 (1973), S. 5—7. Eine ausführliche Darstellung, gleichzeitig Entstehungsgeschichte der Enquête, ist enthalten in Sozialpsychiatrische Informationen Nr. 10/11 (1972) S. 3.13.

50 „Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde."

51 Vgl. „Sozialpsychiatrische Informationen", Nr. 10/11 (1972) S. 6.

52 Kennzeichnend dafür war z. B. die Arbeitstagung in Andernach im Mai 1974. Obwohl zu diesem Zeitpunkt der „Zwischenbericht" bereits vorlag und seine Schwächen von K. Dörner in den „Sozialpsychiatrischen Informationen" (Nr. 19, 1974) aufgedeckt waren, wurde dieses Thema auf dieser Tagung völlig übergangen. Dies mußte besonders deshalb verwundern, weil einige Mitglieder der Sachverständigenkommission als Moderatoren angekündigt waren.

53 Stellungnahme der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr zur Versorgung der seelisch Kranken und der geistig Behinderten. Stuttgart, Mai 1972.

54 Bei allen Unterschieden in der wirtschaftlichen und politischen Situation in Italien ist der Vergleich der „DGSP" mit der entsprechenden italienischen Vereinigung nützlich. Das Programm der „Demokratischen Psychiatrie" ist in diesem Heft abgedruckt.