

Die Forderungen sind noch nicht erfüllt

40 Jahre Psychiatrie-Enquete: von heute aus gesehen

KARL H. BEINE

Prof. Dr. med. Karl H. Beine ist Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am St. Marien – Hospital in Hamm. Er beschäftigte sich in mehreren Publikationen mit Fragen der Krankenhausorganisation, des Personalbedarfes in der Psychiatrie, mit Krankentötungen in Kliniken und Heimen und der Einstellung der Mitarbeiter in den Gesundheitsberufen zur aktiven Sterbehilfe und – in Verbindung mit diesen Arbeiten mit Fragen der zur Euthanasie und deren Geschichte. Ein weiteres Thema seiner Veröffentlichungen sind Fragen der Psychopharmakotherapie. Seit 2003 ist er Sprecher des Arbeitskreises der Chefärztinnen und Chefarzte von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland.
www.marienhospital-hamm.de

Die Kernforderungen der Psychiatrie-Enquete von 1975 sind noch längst nicht alle erfüllt; weder die soziale und rechtliche Gleichstellung von psychisch Kranken mit körperlich Kranken, noch die gemeindenahe Psychiatrie und der Umbau der Psychiatrie zu einem therapeutisch rehabilitativen Versorgungssystem. Zudem erzwingt die »marktorientierte« Umorganisation der Psychiatrie eine Konkurrenz zwischen Einrichtungen und Diensten um das bessere Betriebsergebnis.

Die Psychiatrie-Enquete von 1975, die ist nicht vom Baum gefallen wie ein reifer Apfel im Herbst. Sie wurde erkämpft gegen eine Psychiatrie, deren sozialdarwinistische Verwurzelung Bestand hatte – auch über 1945 hinaus.

Die personelle Kontinuität war ungeboren. Von wenigen Ausnahmen abgesehen betrieben dieselben Ordinarien und Chefarzte unter der Flagge der freiheitlich-demokratischen Grundordnung nach 1945 dieselbe Psychiatrie wie zuvor für Führer, Volk und Vaterland. Mit einer Ausnahme: die Krankenmorde waren gestoppt.

Ein Beispiel für viele: Helmut Ehrhardt, ausgebildet bei Professor Werner Villinger, einem Motor der nationalsozialistischen Psychiatrieverbrechen, wurde selbst zum Befürworter von Zwangssterilisationen. Nach 1945 folgte er seinem Lehrer Villinger nach Marburg, wurde dort später sein Nachfolger auf dem Psychiatrischen Lehrstuhl. Vor 1945 war Ehrhardt als Gutachter für die nationalsozialistischen Erbgesundheitsgerichte als »sachverständiger« Befürworter von Zwangssterilisationen tätig. Im Jahre 1963 votierte er mit demselben Sachverstand im Deutschen Bundestag gegen eine Entschädigung von zwangssterilisierten Menschen

(Klee, 2003:127). Villinger war der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde von 1952 bis 1954, Ehrhardt von 1969 bis 1970.

Als sich im Windschatten des wirtschaftlichen Aufschwungs und dem Ende der Adenauer-Ära ab Mitte der 1960er Jahre allmählich das Interesse an einer kritischen Auseinandersetzung mit der eigenen Geschichte und den »Sünden der Väter« entwickelte, da blieb die Psychiatrie nicht außen vor. Wann genau diese Bewegung begann, lässt sich kaum exakt feststellen, jedenfalls war die von Häfner, von Baeyer und Kisker vorgelegte Denkschrift »Dringliche Reformen in der psychiatrischen Krankenversorgung der Bundesrepublik« (Häfner, 1965) ein Meilenstein.

Es kam zu Auseinandersetzungen zwischen den wieder fest im Sattel sitzenden und mächtigen Amtsinhabern einer Psychiatrie, die sozialpsychiatrischen oder auch psychotherapeutischen Überlegungen strikt ablehnend gegenüber stand und einer Gruppe von jüngeren, kritischen und sozialpsychiatrisch orientierten Psychiatern. Man kann das nachlesen und bekommt eine Ahnung, wie zielstrebig und beharrlich die Reformziele verfolgt wurden von

verschiedenen Gruppierungen an unterschiedlichen Orten (Hoffmann-Richter, Haselbeck et al. 1997).

Schließlich gelang es, dass der Deutsche Bundestag 1970 eine Sachverständigenkommission zur Erarbeitung der Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland einsetzte. Diese Enquete-Kommission unter Leitung von Prof. Dr. Caspar Kulenkampff erarbeitete binnen fünf Jahren den Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, den der Bundestag 1975 verabschiedete.

Die Enquete sprach von »beträchtlichen Lücken in der Versorgung auf allen Gebieten«. Neben dem Kampf gegen die elenden und menschenunwürdigen Zustände in den psychiatrischen Großkliniken, deren Verkleinerung und die gemeindenahere Versorgung psychisch kranker Menschen war die Wandlung der Psychiatrie von einer Sicherungsagentur mit Verwehrcharakter zu einer therapeutisch-rehabilitativ orientierten Versorgungseinrichtung zentrales Anliegen der Psychiatrie-Enquete. Darüber hinaus sprach sie sich eindeutig für die Aufhebung der sozialen und rechtlichen Benachteiligung psychisch Kranker gegenüber körperlich Kranken aus.

Die Psychiatrie-Enquete, sie war entstanden in einer Zeit wirtschaftlicher Prosperität, in der es für die Politik im Bund und in den Ländern eine Selbstverständlichkeit war, fachlich fundierte und politisch abgestimmte ordnungspolitische Vorgaben umzusetzen. So konnte – 30 Jahre nach dem offiziellen Ende der deutschen Nazipsychiatrie – die Versorgung psychisch kranker Menschen ein Thema der öffentlichen politischen Auseinandersetzung werden.

Die Psychiatrie war im besten Wortsinn »vergesellschaftet«. Beeinflusst wurde das reformfreundliche Klima durch institutionskritische Veröffentlichungen. Beispielhaft erwähnt sei der Artikel auf der Titelseite der Wochenzeitschrift »Die Zeit« im April 1979 »Die Gesellschaft der harten Herzen – in den Schlangengruben der deutschen Psychiatrie« (Zimmer, 1979). Zum selben Zeitpunkt erschien das »Zeitmagazin« mit dem Titel »Heilanstalten – Schandflecke der deutschen Psychiatrie – Schlangengruben in unserem Land«.

Vor diesem zeitgeschichtlichen Hintergrund und in dieser Situation hat die Bundesregierung gehandelt. Im Febru-

ar 1979 wurden die Haushaltsmittel zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung von zehn Millionen auf 80 Millionen D-Mark erhöht. Die Mittel sollten verwendet werden um eine humanere Versorgung psychisch kranker Menschen zu ermöglichen.

Das von der Psychiatrie-Enquete empfohlene »Modellprogramm-Psychiatrie« wurde auf den Weg gebracht. Als Ziel war vorgegeben, in ausgewählten Versorgungsgebieten die abgestimmte und vernetzte Versorgung psychisch kranker Menschen von der ambulanten über die stationäre Behandlung bis hin zur Rehabilitation zu erproben. Aus diesem Modellprogramm sollten übertragbare Erkenntnisse für die Gesamtversorgung gewonnen werden.

Im Jahre 1988 legte die von der Bundesregierung eingesetzte Expertenkommission ihre »Empfehlungen« auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie vor. Als Grundvoraussetzung für eine bedarfsgerechte Versorgung von psychisch kranken Menschen in einer

Region betrachten. Erinnert sei daran, dass es Anfang der 1970er Jahre etwa 20 Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern gab und es inzwischen im größeren gewordenen Deutschland mehr als 200 sind. Die Großkrankenhäuser sind kleiner geworden. Aufgelöst wurde einzig das Landeskrankenhaus im saarländischen Merzig.

Den vorläufig letzten Reformschub gab es mit der Einführung der Personalverordnung Psychiatrie (PsychPV) 1991 (Kunze, 2010). Sie definiert für Gruppen von Patienten mit vergleichbarem Behandlungsbedarf angemessene Behandlungsziele, die typischerweise dafür erforderlichen Behandlungsleistungen und Qualitätsanforderungen. Daraus leitet die Verordnung einen angemessenen Bedarf an Personalstellen ab.

Aber: Die Budgets der Krankenhäuser insgesamt sind seit 1993 »gedeckt«. Im Krankenhausbereich vollzieht sich seither ein für alle erkennbarer Personalabbau bei gleichzeitiger Zunahme

»Die Enquete hat die Psychiatrie im besten Wortsinn »vergesellschaftet.«

Region schlug die Expertenkommission 1988 den »gemeindepsychiatrischen Verbund« in überschaubaren Pflichtversorgungsgebieten vor. Für die stationäre Krankenhausversorgung forderte die Expertenkommission den Ausbau Psychiatrischer Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern und die Gründung von Außenstellen an Allgemeinkrankenhäusern durch die psychiatrischen Fachkrankenhäuser, die später dann in die Trägerschaft des Allgemeinen Krankenhauses übergehen sollte (Bundesminister für Jugend, 1988).

Die Reste der Psychiatriereform werden eingestampft

Das war ein hoffnungsvoller und aussichtsreicher Prozess, der da in den 1960er Jahren begonnen hatte. Viele innovative Verbesserungen zum Nutzen für psychisch kranke Menschen wurden seither initiiert, besonders der Ausbau ambulanter Dienste. Als erfolgreich kann man den Kampf gegen die elenden Zustände in den damaligen Großkli-

der Krankenhausleistungen. Die Personalausstattung ist inzwischen auf ein Niveau abgesunken, das dem vor Einführung der Personalverordnung Psychiatrie entsprechen dürfte.

Das neue Entgeltsystem für die Kliniken macht dieses defizitäre Ist stillschweigend zum Soll im neuen Vergütungssystem. Es steht in deutlichem Widerspruch zu den Prinzipien der Psychiatrie-Enquete: Die Vernetzung zwischen ambulanten, tagesklinischen und stationären Versorgungsleistungen werden quasi verunmöglicht. Toleriert, wenn nicht gar gewollt, wird der Anreiz, den wirtschaftlichen Erfolg für das eigene Krankenhaus über stationäre und tagesklinische Leistungsausweitungen zu realisieren. Qualitative Aspekte oder gar das Patientenwohl spielen in diesem Prozess keine Rolle. Die ordnungspolitischen Vorgaben beschränken sich darauf, die komplexen diagnostischen und therapeutischen Prozesse zwischen Patienten und Helfern in schlecht getarnte »Diagnosebezogene Fallgruppen« (DRGs) zu pressen. →

Der einhellige Protest von Betroffenen, Angehörigen, Fachverbänden und Fachgesellschaften hat nicht zu grundlegenden Veränderungen geführt. Gegen den erklärten Willen praktisch aller psychiatrisch Tätigen, von Angehörigen und Betroffenen werden die Reste der Psychiatriereform sang und klanglos eingestampft – und kaum jemand emört sich.

Die marktradikale Umorganisation der Psychiatrie erzwingt die Konkurrenz zwischen den Einrichtungen und Diensten. Konkuriert wird um das bessere Betriebsergebnis, nicht etwa um die bessere Versorgungsqualität. Ein gutes Betriebsergebnis, das kann man am einfachsten erreichen durch die Behandlung von mobilen Patientinnen und Patienten mit gutem psychosozialen Funktionsniveau erreichen. Die kann man mit einem wenig personalintensiven, planbaren Standardtherapieprogramm unterziehen. Noch besser für das Betriebsergebnis wird es, wenn diese Menschen dann auch noch Privatpatienten sind.

»Konkurriert wird um das bessere Betriebsergebnis, nicht um die bessere Versorgungsqualität«

So wird Versorgung »marktgängig« gemacht und die Psychiatrie soll gezwungen werden, diesen Markt zu bedienen. Gerade chronisch psychisch kranke Menschen, die zeitweilig nicht in der Lage sind, für sich selbst zu sorgen, verhalten sich aber nicht wie »vernünftige Konsumenten«: Je kränker, gefährdeter und bedürftiger diese Personen sind, umso weniger können sie vorhandene Angebote aus eigener Initiative nutzen. Denn Angebote, die kann man wählen oder abwählen. Nur die Wahl selbst, die muss in jedem Fall getroffen werden – und keine Wahl ist eben auch eine. Nicht wählen können jene Patienten, denen aus Krankheitsgründen die Kundenkompetenz abhandengekommen ist, die keine Wahl haben.

Und genau diese Personen, die hat die Psychiatrie in den vergangenen zwanzig Jahren vermehrt zwangsuntergebracht. Heute sind weit mehr als doppelt so viele Patienten in der Psychiatrie oder in Heimen eingesperrt wie 1990 (Deinert,

2012). Hinzu kommt, dass 2012 – im Vergleich zu 1985 – etwa dreimal so viele Patienten im Maßregelvollzug untergebracht waren, nämlich 10.721 – und das nur in den alten Bundesländern (Statistisches Bundesamt, 2014). Die Konkurrenz um die gewinnbringenden Patienten drängt eben die vordringliche Beschäftigung mit jenen Patienten, die sich nicht marktkonform verhalten können und die keine lukrativen Erträge bringen, ins Abseits.

Da ist ordnungspolitische Verantwortung gefragt und die Erinnerung daran, dass die Missachtung der Würde von schwer psychisch Kranken genau jene »elenden und menschenunwürdigen Verhältnisse« hervorgebracht hat, die den Reformprozess und mit ihm die Psychiatrie-Enquete vor 40 Jahren erzwungen hat.

Aber große Teile der Politik wollen eine marktkonforme Psychiatrie. So sehen das auch die Krankenkassen, wenn sie den psychiatrisch Tätigen empfehlen: »Denken Sie weniger über Anreize nach

und mehr über gute Psychiatrie.« (Leber, 2012) Die Psychiater sollen zu unkritischen Systemadministratoren umfunktioniert werden. Die Ressourcen werden verknappt und die Anforderungen erhöht. Und dann soll »gute Psychiatrie« gemacht werden – aber bitte leise.

Genau dieser Tendenz muss eine in fachlicher und ethischer Hinsicht verantwortungsvolle Psychiatrie widersprechen. »Gute Psychiatrie« lässt sich nicht denken und schon gar nicht realisieren unabhängig vom Versorgungssystem und von der Vergütung – mit ihren Anreizen und mit ihren Fehlanreizen. »Gute Psychiatrie« muss mit den Schwächsten beginnen, die im gegenwärtigen System ins Abseits gedrängt werden und hinter verschlossenen Türen verschwinden.

Nun zählt es zu den Daueraufgaben der Psychiatrie sich im Spannungsfeld gesellschaftlicher Entwicklungen immer wieder zu positionieren: Sie selbst muss für ihre angemessene Nutzung sorgen und sich vor Missbrauch schützen.

Das ist so, seit es die Psychiatrie gibt. Dies ist eine Daueraufgabe, die sie nicht abschließend, sondern immer wieder neu und nur vorläufig erledigen kann. Die Psychiatrie ist verpflichtet, die ihr vom Gemeinwesen zugewiesenen Aufgaben kritisch zu prüfen, zu erfüllen oder auch abzulehnen. Auf keinen Fall darf sie professionell anmutende Legitimationen liefern für ökonomisch oder politisch motivierte Entscheidungen.

Resümee

Die Kernforderungen der Psychiatrie-Enquete von 1975 nämlich, die soziale und rechtliche Gleichstellung von psychisch Kranken mit körperlich Kranken, die gemeindenaher Psychiatrie und der Umbau der Psychiatrie zu einem therapeutisch rehabilitativen Versorgungssystem sind längst nicht erfüllt.

Fragen wir uns selbst: Wie flächendeckend sind in Deutschland die als zwingend erachteten gemeindepsychiatrischen Verbände etabliert und wie weit ist die Koordination und Steuerung der psychiatrischen Versorgung von den kommunalen Gebietskörperschaften als Kernaufgabe angenommen? Inwieweit ist die Empfehlung realisiert worden, die Pflichtversorgungsgebiete auf circa 150.000 Einwohner zu begrenzen und jeweils psychiatrische Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus mit 80 bis 90 stationären Behandlungsplätzen zu schaffen?

In diesen Spannungsfeldern, da tut Positionierung Not. Nach meiner Auffassung gibt es einige Eckpunkte, die für die Orientierung unverzichtbar sind: Die Psychiatrie muss sich immer wieder neu an den öffentlichen Kontroversen beteiligen, psychisch kranken Menschen Gehör verschaffen und erkennbaren Fehlentwicklungen mutig entgegentreten. Sie muss aber andererseits auch Kritik respektieren, ertragen und damit umgehen.

Der regionale Bezug für die Einrichtungen und Dienste, die gemeindenaher Pflichtversorgung muss ausgebaut werden: freie Wahl für Patienten, aber nicht freie Patientenwahl für die Einrichtungen und Dienste. Die Freiwilligkeit im Einzelfall und als Zielvorgabe für das Versorgungssystem bei größtmöglicher Selbstbestimmung erfordert die vernetzten, übergreifenden und personenzentrierten Angebote – so wie sie von

der Enquete 1975 gefordert und von der Expertenkommission der Bundesregierung 1988 empfohlenen wurden.

Die Enquete bleibt auch 40 Jahre nach ihrer Veröffentlichung ein Auftrag. Die deutsche Psychiatrie ist gut beraten diesen Auftrag abzuarbeiten. ■

Literatur

Bundesminister für Jugend, Familie Frauen und Gesundheit (Hg.) (1988): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. Unter Mitarbeit von Aktion Psychisch Kranke. Bonn.

Deinert, Horst (2012): Betreuungszahlen 2011. Amtliche Erhebungen des Bundesamtes für Justiz, der Sozialministerien der Bundesländer, der überörtlichen Betreuungsbehörden, der

Bundesnotarkammer sowie des Statistischen Bundesamtes. Online verfügbar unter www.bundesanzeiger-verlag.de/fileadmin/BT-Prax/downloads/Statistik_Betreuungszahlen/Betreuungszahlenstatistik2011.pdf.

Häfner, Heinz; von Baeyer, Walter; Kisker, Karl Peter (1965): Dringliche Reformen in der psychiatrischen Krankenversorgung der Bundesrepublik. Über die Notwendigkeit des Aufbaus sozialpsychiatrischer Einrichtungen (psychiatrischer Gemeindezentren). In: helfen und heilen – Diagnose und Therapie in der Rehabilitation, H. 4, S. 118–125.

Hoffmann-Richter, Ulrike; Haselbeck, Helmut; Engfer, Renate (Hg.) (1997): Sozialpsychiatrie vor der Enquete. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Klee, Ernst (2003): Das Personenlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945. Frankfurt am Main: Fischer.

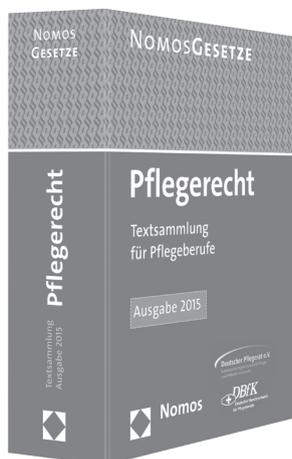
Kunze, Heinrich; Kaltenbach, Ludwig; Kupfer, Klaus (Hg.) (2010): Psychiatrie-Personalverordnung. Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Leber, Wulf-Dietrich (2012): Der Einstieg in das neue Entgeltsystem aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes. Unveröffentlichtes Manuskript, 23. November 2012, Berlin.

Statistisches Bundesamt (2014): Strafvollzugsstatistik. Im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt aufgrund strafrichterlicher Anordnung Untergebrachte (Maßregelvollzug). Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/StrafverfolgungVollzug/KrankenhausMassregelvollzugPDF_5243202.pdf?__blob=publicationFile.

Zimmer, Katharina (1979): Die Gesellschaft der harten Herzen. In: Die Schlangengruben der deutschen Psychiatrie. In: Die Zeit, H. 17, S. 1, zuerst veröffentlicht: <http://pdfarchiv.zeit.de/1979/17/die-gesellschaft-der-harten-herzen.pdf>.

Alle Rechtsregeln für Pflegeberufe



Pflegerecht

Textsammlung für Pflegeberufe

Ausgabe 2015

2. Auflage 2015, 1.820 S., brosch., 25,- €

ISBN 978-3-8487-1926-6

www.nomos-shop.de/23945

Die 2. Auflage der Textsammlung berücksichtigt bereits die zum 1.1.2015 in Kraft tretenden Änderungen des SGB XI zu den Sach- und Geldleistungen der Pflegeversicherung. Im Übrigen bietet der Band aktualisiert alle Rechtsregeln für Pflegeberufe auf einen Blick.

Eine alphabetische Gliederung, eine systematische Inhaltsübersicht zur Einordnung der Norm in das thematische Umfeld sowie ein ausführliches Stichwortverzeichnis ermöglichen den schnellen Zugang zur gesuchten Norm.

Die Sammlung ist ein unverzichtbares Arbeitsmittel für Pflegekräfte, die Verantwortungsträger in der Pflege und für die Studierenden in den sozial- wie pflegewissenschaftlichen Studiengängen.

Bestellen Sie jetzt telefonisch unter 07221/2104-37.

Portofreie Buch-Bestellungen unter www.nomos-shop.de

Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer



Nomos