

Vollversammlung des Bayerischen Bezirketages

Psychiatrie in Bayern – Auftrag der Bezirke – Gestern, Heute, Morgen

7./8. Juli 2016 im Kloster Banz

Prof. Dr. med. Helmut Haselbeck, Bremen

Ausgangspunkt Psychiatrie-Enquete, Gesellschaftlicher Auftrag damals und heute.

Am 5. März 1970 beantragten der Bundestagsabgeordnete Walter Picard und weitere Mitglieder der CDU CSU Fraktion im Deutschen Bundestag bei der Bundesregierung die Durchführung einer umfassenden Untersuchung über die psychiatrische Versorgung der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland. Die Bundesregierung wurde darüber hinaus ersucht, im Benehmen mit den Ländern und sonstigen Trägern psychiatrischer Einrichtungen notwendige Maßnahmen zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung einzuleiten.

Im Rückblick stellt sich die Frage, wie kam es dazu, dass in Zeiten der sozialliberalen Koalition unter der Regierung von Willy Brandt, ein Oppositionspolitiker, der CDU Abgeordnete des kleinen hessischen Wahlkreises Dieburg/Offenbach einen solchen Antrag stellte.

Walter Picard war Rektor einer Volksschule gewesen und als Mitglied des Hessischen Landtages, Mitglied der Verbandsversammlung des Landes Wohlfahrtsverbandes Hessen bevor er 1965 Mitglied des Deutschen Bundestages wurde. Er selbst sagte später in einem Interview, dass er damals mit diesem Thema bei seinen Kollegen im Bundestag „unter Beschuss“ geraten sei. Einerseits weil die Gesundheitspolitik doch in erster Linie Ländersache sei und andererseits, weil er doch nicht mit Linken Krawallmachern und Kommunisten zusammenarbeiten könne.

Aber Picard hatte sich auf kompetente fachliche Beratung stützen können. (Manfred Bauer / Rhein/Main Kreis) In den sechziger Jahren hatten zahlreiche Psychiater bereits auf die katastrophalen Bedingungen der Anstaltspsychiatrie hingewiesen. So hatte der Heidelberger

Ordinarius für Psychiatrie Walter von Bayer gemeinsam mit seinen Oberärzten Heinz Häfner und Karl Peter Kisker bereits 1965 in einer Denkschrift mit dem Titel „Dringliche Reformen in der psychiatrischen Versorgung der BRD“ auf einen „nationalen Notstand“ hingewiesen.

Im Jahr zuvor hatte Karl Peter Kisker den beispielhaften Community Mental Health Act J. F. Kennedys von 1963 kommentiert, in dem Kennedy als Alternative zur Anstaltspsychiatrie die Schaffung lokaler Mental Health Centers initiiert hatte. (In Kalifornien gab es 1958 10 Mental State Hospitals mit 37.500 Betten – 1988 weniger als 6.000 Betten).

1967 hatte Kisker einen Artikel im Nervenarzt über die ambulante Tätigkeit der Heidelberger psychiatrischen Klinik mit dem provozierenden Titel überschrieben: „Psychiatrie ohne Bett“ und die Meinung vertreten: „Die ambulante Psychiatrie wird vermutlich die Psychiatrie am Krankenbett bald in Praxis, Theorie und Ausbildung überholen“.

Andere deutsche Autoren hatten auf die Entwicklung einer „Psychiatrie de Secteur“ hingewiesen, einer „Psychiatrie militant pour la sante mentale“ wie ihr Wortführer in Frankreich Michel Audiso sie benannte, und wieder andere (Horst Flegel) hatten nach Hospitationen in Großbritannien die dortigen Entwicklungen dargestellt. Durch Veränderungen des therapeutischen Settings in den Anstalten, die Schaffung sog. therapeutischer Gemeinschaften und die Zentrierung des Blicks auf die soziale Situation der Patienten war dort längst die Existenz der großen psychiatrischen Anstalten infrage gestellt worden.

All dies fand Ende der Sechzigerjahre in Deutschland in einer Phase wirtschaftlicher Prosperität und in einem gesellschaftspolitischen Klima statt, in dem, nicht nur an den Universitäten, ein kritisches Bewusstsein gegenüber Traditionen, althergebrachten Hierarchien und patriarchalen Herrschaftsstrukturen entstanden war.

Es gab ein lebhaftes allgemeines gesellschaftliches Interesse an mehr sozialer Gerechtigkeit, Toleranz gegenüber den Anderen, den Abweichenden und sozialen Randgruppen überhaupt.

Unter dem Motto „mehr Demokratie wagen“ war es in vielen gesellschaftlichen Bereichen zu einer Infragestellung autoritärer Strukturen und einer Forderung nach Mitbestimmung gekommen.

Das gerade psychiatrische Anstalten, von Foucault als „totale Institutionen“ identifiziert, die mit ihren kustodialen Strukturen quasi Karikaturen eines feudalistischen Kleinstaates im Staate darstellten, besonders kritische Aufmerksamkeit erregten, konnte nicht verwundern.

Dies hätte alleine aber wahrscheinlich nicht gereicht, um die nötige gesellschaftliche und politische Aufmerksamkeit zu erzielen, die schließlich dazu geführt hat, dass der Deutsche Bundestag im September 1971 fast einstimmig dem Antrag von W. Picard entsprochen hat, eine Kommission zur Erarbeitung eines Berichtes zur Lage der Psychiatrie in Deutschland zu berufen.

Entscheidend für dieses Ergebnis waren aus meiner Sicht die Aufmerksamkeit und Anteilnahme einer kritischen Öffentlichkeit an der Lage psychisch kranker Menschen. Dazu beigetragen haben insbesondere Autoren wie Frank Fischer mit seinem im Jahr 1963 erschienenen Buch „Irrenhäuser – Kranke klagen an“, und Schriftsteller wie Heinar Kipphardt, der mit seinem Film und späteren Theaterstück „März“, das Leben des schizophrenen und langjährig psychiatrisch hospitalisierten Dichters Alexander März (alias Ernst Herbeck) erzählte. Die Geschichte dieses Anti-Helden war für Kipphardt eine Abrechnung mit der damaligen Psychiatrie.

Nicht zuletzt haben engagierte Journalisten wie z.B. *des Spiegels*, *des Sterns* oder der *Wochenzeitung Die Zeit* immer wieder fundiert auf die Mängel bei der Betreuung psychisch kranker Menschen hingewiesen.

Im Herbst 1971 wurden von der damaligen Gesundheitsministerin Käthe Strobel (SPD) schließlich 23 Mitglieder in die Kommission zur Erarbeitung eines Berichtes zur Lage der Psychiatrie in Deutschland berufen, hinzu kamen knapp 100 Mitglieder in verschiedenen Arbeitsgruppen. Nach einem Zwischenbericht 1973 wurde schließlich im September 1975 mit der Bundestagsdrucksache 7/4200, ein 1200 Seiten umfassender Bericht zur Lage der psychiatrischen und psychotherapeutisch/ psychosomatischen Versorgung in Deutschland vorgelegt.

In diesem Bericht wurden schwer wiegende Mängel bis hin zu einer zum Teil **menschenunwürdigen Unterbringung** psychisch Kranker in psychiatrischen Anstalten aufgezeigt.

In den **großen** psychiatrischen Fachkrankenhäusern wurden 1973 **80 %** der stationär aufgenommenen psychisch Kranken versorgt,

- diese Einrichtungen waren nach Einschätzung der Kommission **zu groß**, **68 %** der Betten standen in Einrichtungen mit mehr als 1000 Betten,
- sie waren **zu alt** : **zwei Drittel** der Betten befanden sich in Häusern die **vor 1925** errichtet worden waren,
- sie waren **zu weit entfernt von Ballungsräumen** und
- die Einzugsgebiete waren mit einer durchschnittlichen Einwohnerzahl von knapp 1 Million **zu groß**.
- **Die Verweildauer** in den Anstalten war **zu lang**, - zwei Drittel der Patienten also knapp 60.000 Menschen lebten länger als zwei Jahre und ein Drittel sogar länger als zehn Jahre im psychiatrischen Krankenhaus.
- Die **personelle und therapeutische Situation** wurde als besorgnis-erregend bezeichnet. (Beispiel Andernach)
- Die Kommission kritisierte darüber hinaus die unzureichende **Verknüpfung von ambulantem und stationärem Bereich**. 85% der aus stationärer Behandlung Entlassenen kam nach ihrer Entlassung zur Weiterbehandlung nicht zu einem Nervenarzt.

Die Kommission forderte schließlich **keine Einzelreformen**, sondern eine **grundlegende Neuordnung der psychiatrischen Versorgung**.

Bevor ich nun im weiteren Verlauf meines Vortrages diese Neuordnung skizziere, möchte ich in einem **historischen Rückblick** auf das 19. Jahrhundert an die Anfänge der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland erinnern. Auch diesen Anfängen lag – wie wir sehen werden - ein großer Reformeifer und humanes Wollen zugrunde.

Die Art und der Ort psychiatrischen Handelns und die Bereitschaft zum Einsatz finanzieller Mittel werden bestimmt durch die herrschenden Vorstellungen von psychischen Erkrankungen und der Bedeutung, die eine Gesellschaft ihrem Bedürfnis nach Ordnung und Sicherheit auf der

einen, und der Fürsorge für kranke und behinderte Mitmenschen auf der anderen Seite, beimisst.

Die Psychiatrie ist ein relativ junges Mitglied der Medizinischen Wissenschaften. Erst mit Beginn der Aufklärung setzte sich die Überzeugung durch, dass die abweichenden „Unvernünftigen“, die Narren und Störenden von den Verbrechern und nur Armen zu unterscheiden und als Kranke zu betrachten sind. Von den Tollhäusern und Narrentürmen über Zucht- und Arbeitshäuser führt dies mit Beginn des 19. Jahrhunderts zu ihrer gesonderten Ausgrenzung in „Irrenanstalten“, später „Heil – und Pflegeanstalten“.

Der Beginn einer sich als Wissenschaft verstehenden medizinischen Disziplin Psychiatrie wird im Allgemeinen auf das Jahr 1803 datiert, als Johann Christoph Reils *„Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Kurmethode auf Geisteszerrüttungen“* erschienen.

Durch die Umwandlung von Asylen, die Adaptation säkularisierter Klöster und einiger Neubauten kam es zwischen 1800 und 1850 zur Gründung von rund 60 psychiatrischen Anstalten in Deutschland. Die Entfernung der nun als „geisteskrank“ Abgrenzbaren aus den Augen und dem Sinn ihrer Mitmenschen und ihre romantisierend verbrämte Verbannung in die Isolation ländlicher Idylle, stieß bereits im Vormärz der 1848-er Revolution auf grundsätzliche Kritik.

(Rudolf Leubuscher (1822 – 1861), einziger Arzt des Berliner Arbeitshauses (bei jährlich etwa 7000 Aufnahmen asozialer Unvernünftiger aller Art) und enger Mitstreiter Virchows im Kampf um politische Demokratie und Medizinalreform schrieb: „Die Psychiater sollten aus den abgelegenen Anstalten ausziehen und sich den sozialen Problemen des Lebens stellen und ein Mitstreiter Caspar Max Brosius (1825 – 1910): „Es müssen die häuslichen Verhältnisse der Irren anders werden, und so werden, dass diese in ihnen bleiben können.“)

Wilhelm Griesinger (1817 – 1868) („Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten“) einer der bekanntesten und profiliertesten Gegner der Großasyle übte sehr polemisch Kritik an den Anstalten. Er beschrieb ironisierend die Schaffung palastartiger Gebäude, in denen die Kranken auf Strohsäcken dahinvegetierten und die Kasernierung von mehreren 100 oder sogar wie damals schon in England weit über 1000 Kranken. Griesinger plädierte für die Einrichtung von „Stadt-Asylen“, die in allen

größeren Städten geschaffen werden sollten. Vor jeder Aufnahme sollte ein Arzt des Asyls den Kranken in seiner Wohnung aufsuchen um ihn in seinen bisherigen Verhältnissen kennen zu lernen. Der Aufenthalt sei auf ein Jahr zu befristen, die Familie wisse den Kranken in Ihrer Nähe, wodurch das Wiedereinleben erleichtert werde. Probeweiser Urlaub, Arbeit außer Haus und ambulante Nachbehandlung sollten möglich sein.

Griesinger, zuletzt Ordinarius für Psychiatrie an der Charité in Berlin, sah sich aber einer breiten Front von Anstaltsdirektoren gegenüber. Und bei einer wegweisenden Abstimmung der Sektion Psychiatrie der Versammlung der deutschen Naturforscher und Ärzte in Dresden am 23. September 1868 sprachen sich die Teilnehmer - in Abwesenheit von Griesinger - fast einstimmig für die Beibehaltung und den weiteren Ausbau der Anstalten aus.

Die Entscheidung wurde damit begründet, dass nur die Anstalt für die Fortbildung eines Psychiaters eine genügend große Anzahl von Krankheitsbildern und Krankheitsverläufen sowie eine ausreichende Anzahl von Leichensektionen ermögliche. Darüber hinaus gewährleiste nur die Anstaltsunterbringung eine ausreichende Beaufsichtigung und Kontrolle der Kranken und schließlich bringe die Anstalt beträchtliche finanzielle und administrative Vorteile gegenüber kleineren Einrichtungen.

Diese Entscheidung vom **23. September 1868** hat die psychiatrische Versorgungslandschaft in Deutschland bis heute geprägt. Bis zum Ersten Weltkrieg kam es in Deutschland zur Gründung von rund 80 weiteren großen Anstalten, die zu einem großen Teil heute noch bestehen.

Blickt man auf die Gründungsphase der Anstalten zurück, so ist man beeindruckt vom humanistischen und menschenfreundlichen Elan der Gründer und **auch** der Bereitschaft der politischen Gremien, beträchtliche finanzielle Mittel für diese Investitionen bereitzustellen.

Im Mittelpunkt stand in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts die Schaffung sogenannter verbundener Heil – und Pflegeanstalten, deren Ziel es war, die Betroffenen so weit wie möglich zu heilen und die Unheilbaren angemessen zu versorgen und zu pflegen. Die hehren Absichten wurden aber bald durch das dramatische Anwachsen der Belegung in den Anstalten torpediert.

Wie so oft zeigte sich aber, wie schnell humanes Wollen in grobe Inhumanität umschlagen kann.

Die 1904 für 450 Patienten neu gebaute psychiatrische Heil – und Pflegeanstalt für das Land Bremen wies 10 Jahre später, 1915, eine Belegung von 650 Patienten auf.

Die Belegungszahlen in den psychiatrischen Anstalten in Preußen stiegen - (auch aufgrund des starken Bevölkerungswachstums) von 27.000 Kranken im Jahr 1880 auf etwa 140.000 im Jahr 1914.

Bedenkt man die in dieser Zeit fehlenden therapeutischen Möglichkeiten, die sich im Allgemeinen auf die Anwendung von Beruhigungsbädern und auf eine zumindest in manchen Anstalten vorgehaltene Arbeitstherapie beschränkten, so kann es nicht verwundern, dass die Unterbringungen sich meist auf Isolation und reine Verwahrung beschränkten und sich zunehmend als desolat, wenn nicht unmenschlich darstellten.

So schrieb Emil Kraepelin nach eine Visitation einer psychiatrischen Anstalt im Jahre 1910: „Ich fand sie insgesamt in einem furchtbaren Zustand. Die Patienten waren wie Sardinen in extrem unkomfortablen überbelegten Räume untergebracht, einige davon in geschlossenen Gitterbetten.“

Nach dem Ersten Weltkrieg kam es zu bedeutenden Veränderungen mit dem Ausbau innovativer und alternativer Versorgungsstrukturen, ich denke an den Ausbau der so genannten „Außenfürsorge“ oder „Offenen Irrenfürsorge“ (Erlangen, Kutzenberg; Kolb), der Familienpflege und der „aktiveren Krankenbehandlung“ Hermann Simons.

Parallel zu den Wirtschaftskrisen der 20er Jahre kam es jedoch auch zu einschneidenden Veränderungen in der Einstellung der Bevölkerung zu den sozialen und insbesondere ökonomischen Verpflichtungen gegenüber Armen, Kranken und Behinderten.

Dies hatte sich bereits durch die 1920 erschienene, bedrückende Schrift von Hoches und Binding „Die Freigabe lebensunwerten Lebens zur Vernichtung“ abgezeichnet.

Bedrängend wurde **mit dem Aufkommen des Nationalsozialismus** die Debatte um das Geld, um die Finanzierung des Wohlfahrtsstaates und besonders die Finanzierung der psychiatrischen Anstalten, die längst

nicht mehr von den Gemeinden, sondern nur noch auf Landesebene zu finanzieren waren.

Selbst in die Schulbücher fand die polemische Propaganda Eingang mit der die Belastungen durch die Kosten für die Pflege der psychisch Kranken und Behinderten möglichen anderen Investitionen für das Volkswohl gegenübergestellt wurden. So lautete eine Rechenaufgabe in einem Lehrbuch für deutsche Kinder aus dem Jahre 1935:

„Der Bau einer Irrenanstalt kostet 6 Millionen Reichsmark. - Wie viele Siedlungshäuser zu je 15.000 Reichsmark könnte man dafür bauen?

Schließlich fanden in einer um naturwissenschaftliche Anerkennung ringenden Psychiatrie Degenerationslehre und Rassenhygiene inflationären Zulauf und große Zustimmung auch unter den Anstaltspsychiatern.

Mit vermeintlicher wissenschaftlicher Sicherheit ging man davon aus, dass alle schwerwiegenden psychischen Erkrankungen und Behinderungen genetisch determiniert also vererbbar seien.

Mit Inkrafttreten des Gesetzes „Zum Schutze der Erbgesundheit des deutschen Volkes“ im Januar 1934 wurde der „Verein für psychische Hygiene“ in „Verein für psychische Hygiene und Rassenhygiene“ umbenannt. Selbst die neu entwickelten Versorgungsstrukturen wie die sogenannte „Offene Irren Fürsorge“, eine Einrichtung zur ambulanten Betreuung psychisch Kranker und Behinderter, wurden instrumentalisiert. Der damalige ärztliche Direktor des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren Falthäuser betonte in einer Stellungnahme, dass auch diese Einrichtungen, „wichtige Organe bei der Unfruchtbarmachung und den übrigen rassenhygienischen Aufgaben, insbesondere der erbbiologischen Bestandsaufnahme, sein müssen“.

Die Psychiatrie hat sich in jenen Jahren für die Ziele der menschenverachtenden nationalsozialistischen Gesundheitspolitik nicht nur vereinnahmen lassen, sondern sie aktiv mitgestaltet:

- Etwa 180.000 kranke und behinderte Menschen wurden zu einem großen Teil gegen ihren Willen, sterilisiert und etwa 100.000 zwischen 1939 und 1945 unter der euphemistischen Bezeichnung „Euthanasie“ (Gnadentod) ermordet.

Besonders die anhaltende Verleugnung dieser Ereignisse und der Schutz der Täter in der Nachkriegszeit durch führende Standesvertreter waren eine Bürde und Provokation für die nachfolgende Generation.

Auf diesem Hintergrund des Schweigens und der Verleugnung kann es nicht wirklich verwundern, dass die öffentliche Debatte um eine Verbesserung der Lage der psychisch Kranken und Behinderten erst 20 Jahre später als in vergleichbaren Kulturstaaten einsetzte.

Die schließlich von der Enquete Kommission verabschiedeten **Empfehlungen** konzentrierten sich auf folgende Schwerpunkte:

Auf – und Ausbau eines bedarfsgerechten gemeindenahen Versorgungssystems mit ambulanten und komplementären Diensten Koordination und Zusammenarbeit innerhalb der Versorgungssysteme. (Standardversorgungsgebiet)

Aus- Aufbau ambulanter Dienste und psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern.

Förderung der Aus- Weiter- und Fortbildung

Gleichstellung körperlich und seelisch Kranker in rechtlicher, finanzieller und sozialer Hinsicht.

Die Arbeit der Kommission verlief jedoch nicht immer harmonisch. 25 Jahre später erinnert sich deren Vorsitzender Professor Caspar Kulenkampff:

„Die Anstaltslobby verteidigte den Bestand der 130 Häuser mit Klauen und Zähnen Die Einfügung der Worte „Auflösung“ oder „Schließung“ in die Empfehlung war nicht durchzusetzen. Richtig wäre es gewesen, so Kulenkampff, zumindest besonders ungünstig gelegene psychiatrische Krankenhäuser aufzugeben, zu schließen und die wegfallende Bettenkapazität in **gemeindenahe psychiatrische Abteilungen** an Allgemeinkrankenhäusern zu verlagern“.

Ein weiteres Problem des deutschen Gesundheitssystems wurde nicht konsequent angegangen. Bis heute gibt es einen **strukturellen Mangel unseres Gesundheitssystems**, der auf die nationalsozialistische Gesundheitspolitik zurückgeht, nämlich die strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung mit der Monopolstellung des

niedergelassenen Arztes für die ambulante Behandlung. Die Kommission hat zwar eine Änderung von § 386 der Reichsversicherungsordnung angeregt, diese beschränkte sich jedoch zuerst auf die Zulassung von Institutsambulanzen an psychiatrischen Krankenhäusern ohne Berücksichtigung der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern.

Die damalige Bundesregierung hat sich mit einer unverbindlichen Stellungnahme zum Bericht der Kommission bis ins Jahr 1979 Zeit gelassen. Dies hing entscheidend mit dem Einfluss verschiedener Lobbygruppen zusammen und dem Dilemma, dass die Gesundheitspolitik nicht Angelegenheit des Bundes sondern der Länder ist. Die damalige Gesundheitsministerin Antje Huber beantragte dann auch nur halbherzig etwa 20 Millionen DM für die Erprobung verschiedener Modellprojekte.

Dann geschah allerdings etwas finanzpolitisch außerordentlich ungewöhnliches. Der damalige Finanzminister Hans Matthöfer, durch eine psychisch erkrankte Nichte in seiner Familie für das Thema sensibilisiert, bewilligte 400 Millionen DM, um ernst zu nehmende Reformansätze auf den Weg bringen zu können.

Antje Huber sollte mit ihren Bedenken - im Hinblick auf die Zuständigkeit der Länder - leider Recht behalten, denn die CDU bzw. CSU regierten Bundesländer verzichteten damals auf die Millionen, wohl aus der Befürchtung heraus, dass Folgekosten an ihnen hängen bleiben würden.

Die von der SPD regierten Bundesländer wie z.B. Bremen haben sehr von den Modellmitteln profitiert. So war es in den achtziger und neunziger Jahren möglich, durch den Ausbau von Tagesklinikplätzen und flankierender Wohn- und Beschäftigungsangebote die außerhalb Bremens gelegene Klinik Kloster Blankenburg für Langzeitpatienten aufzulösen und die Zahl von über 1000 psychiatrischen Krankenhausbetten im Jahr 1980 auf 300 Betten im Jahre 2000 zu reduzieren. Durch den Ausbau sektorisierter, sozialpsychiatrischer Dienste mit regionaler Zuständigkeit, deren Zusammenlegung mit den Institutsambulanzen des Krankenhauses, verbunden mit der Integration akut- und regeltagesklinischer Behandlungsplätze und die Schaffung eines 24 Std. Krisendienstes ließ sich die Versorgung der psychisch kranken und behinderten Menschen in Bremen wesentlich verbessern.

All dies wäre ohne die Anschubfinanzierung aus dem Modellprogramm nicht möglich gewesen.

Ein entscheidendes Defizit der Enquete ebenso wie der anschließenden Berichte und Empfehlungen ist die unzureichende Berücksichtigung der Finanzierung und Steuerung eines angemessenen und wirksamen psychiatrischen Versorgungssystems. Immer noch werden vom Gesetzgeber und den Krankenkassen falsche finanzielle Anreize gesetzt. Nach wie vor wird eine stationäre Behandlung besser vergütet als tagesklinische und ambulante Behandlungsbemühungen.

Beispiel: So verfügt das Zentrum für Psychiatrie in Bremen neben einem große Bereich zur qualifizierten stationären Entgiftungsbehandlung, auch über ambulante regionale Behandlungszentren mit akut und Regel-tagesklinischen Behandlungsangeboten. Die Mitarbeiter der Tagesklinik entwickelten ein qualifiziertes tagesklinisches Entgiftungsprogramm für alkoholranke Menschen und drängten auf eine Erweiterung der tagesklinischen Behandlungsplätze. - Ich musste damals dieser sinnvollen Initiative entgegenhalten, dass der Abbau stationärer Behandlungsplätze zu einem deutlichen Personalabbau führen würde, was nicht nur auf Widerstände des Betriebsrates stieß.

Bis heute ist es schwer zu vermitteln, dass qualifizierte teilstationäre und ambulante Behandlungen, einen mindestens so hohen Personalbedarf erfordern, wie im vollstationären Bereich, wenn wirklich akut und schwer psychisch erkrankte Menschen kompetent betreut werden sollen.

Bei der **Steuerung des psychiatrischen Versorgungssystems** taucht weiter die Frage auf, ob diese sich an marktwirtschaftlichen Kriterien orientieren soll. Sie wissen, dass nicht nur zahlreiche kommunale Krankenhäuser in den letzten Jahren privatisiert worden sind, sondern dass zum Beispiel das Land Niedersachsen seine psychiatrischen Landeskrankenhäuser ebenfalls verkauft hat. So hat ein großer Schweizer Konzern mehrere dieser Krankenhäuser übernommen, in der offenbar nicht unrealistischen Erwartung, auf diesem Weg die Finanzen des Eigentümers, eines Schweizer Rentenfonds, zu stärken.

Es ist zu befürchten, dass Marktwirtschaft und Privatisierung im Bereich des psychiatrischen Versorgungssystems falsche Prioritäten setzen und

nicht zu einer Verbesserung der Behandlung und Betreuung psychisch kranker Menschen führen werden.

Die Sorge um eine qualifizierte, umfassende und humane Behandlung und Betreuung psychisch kranker und behinderter Menschen halte ich für eine originäre Aufgabe unserer Gesellschaft. Dies muss wirtschaftlich erfolgen, aber ohne eine Diktatur der Ökonomie.

(Abschließend will ich noch auf einen wichtigen Aspekt, der auch von der Enquetekommission nachdrücklich hervorgehoben wurde eingehen. Es geht neben der Qualifikation der in der Psychiatrie beschäftigten Berufsgruppen um die Gewinnung engagierter junger Menschen insbesondere im ärztlichen Bereich für diese Tätigkeit. Hier ist in den letzten Jahren vieles versäumt worden, wobei ich befürchte, dass die Zentrierung der deutschen Universitäts Psychiatrie auf eine rein biologische Sicht des Faches eine unheilvolle Rolle gespielt hat.)

Lassen Sie mich mit den von einer gewissen Altersgelassenheit geprägten Sätzen des stellvertretenden Vorsitzenden der Enquetekommission, des mittlerweile 90 Jährigen Doyen der deutschen Psychiatrie Professor Heinz Häfner schließen:

„Mit der Umsetzung der Enquete-Empfehlungen, ihrer Fortschreibung in sachverständigen Berichten und in den Modellprogrammen hat die Versorgung psychisch Kranker in Deutschland ein **grundlegend neues Gesicht** bekommen. Wir haben **die Wende** von einer hilflosen, vernachlässigenden und schließlich einer der Unmenschlichkeit verfallenen Verwehrpsychiatrie zu einer offenen, hilfsbereiten und über wirksame Behandlungsinstrumente verfügenden, personennahen Psychiatrie erfahren dürfen. Das Erreichte und mit ihm der Geist von Humanität und Partnerschaft in Behandlung und Versorgung bleibt jedoch in Gefahr, bei knappen Ressourcen und bei einem Wandel des Zeitgeistes zu einer härteren, egoistischeren Mentalität wieder infrage gestellt zu werden. Dagegen werden wir auch in Zukunft einzutreten haben“.

Es gilt das gesprochene Wort