

# Der lange Weg von der „Klasmühle“ zur Gemeindepsychiatrie

Ein 200-köpfiges Expertengremium, ein 436 Seiten starker Untersuchungsbericht, ein 1.192 Seiten umfassender Anhang: Im Herbst 1975 ging dem Deutschen Bundestag der „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“ zu. Der Report der sogenannten Psychiatrie-Enquête öffnete der Gesellschaft die Augen über miserable Zustände in den Landeskrankenhäusern und wirkte als Skizze für eine Reform der stationären psychiatrischen Versorgung. Eine umfassende ambulante und wohnortnahe Versorgung ist indes noch nicht flächendeckend realisiert.



Das Direktionsgebäude 41 der LVR-Klinik in Düsseldorf-Grafenberg. Die Klinik verfügt heute über 607 Betten und 132 Plätze in Tageskliniken. 1967 hatte sie mit 1.615 Betten ihren Höchststand erreicht. Foto: Rainer Hotz/LVR

von **Bülent Erdogan**

**S**ie war vielleicht eine der eindrucklichsten und schonungslosesten Analysen gesellschaftlicher Realität, die die zweite Demokratie auf deutschem Boden hervorgebracht hat: *Drucksache 7/4200 des Deutschen Bundestags*. Wer den Bericht der sogenannten Psychiatrie-Enquête vom 25. November 1975 liest, gewinnt einen tiefen Einblick in den Alltag, der vor rund 40 Jahren in der stationären Psychiatrie in der Bundesrepublik herrschte. In den Landeskrankenhäusern sei eine „brutale Realität“ zu konstatieren, lautete eine Feststellung des Reports.

## Scharfe Kritik an „Bewahranstalten“

In den 130 Fachkrankenhäusern für Psychiatrie mit knapp 100.000 Betten (hinzu kamen 44 Fachabteilungen für Psychiatrie mit 3.164 Betten und 23 psychiatrische Unikliniken mit 3.507 Betten sowie 40 psychotherapeutisch/psychosomatische Krankenhäuser und Abteilungen mit 2.253 Betten) in Westdeutschland herrschten demnach teils menschenunwürdige Zustände – auch im Rheinland. Moniert wurden zum Beispiel überbelegte, weitab gelegene „Bewahranstalten“ in schlechtem baulichem Zustand, eine medizinisch nicht begründbare Zusammenfassung von Patienten mit psychischen Erkrankungen und geistigen Behinderungen.

In der Folge mussten viele Patienten in Schlafsälen mit zehn und mehr Personen leben, eine menschenwürdige Privatsphäre war so nicht mehr gegeben.

Harsche Kritik entzündete sich auch daran, dass in den Kliniken zu wenig und zu gering qualifiziertes Personal tätig war. Nur in einem Viertel der psychiatrischen Krankenhäuser seien überhaupt ausreichend Ärzte vorhanden. „Die ärztliche Versorgung ist besorgniserregend“, die Ausstattung mit Sozialarbeitern „katastrophal“ (ein Arzt auf 60 Betten, ein Sozialarbeiter auf 540 Betten, ein Psychologe auf 506 Betten), heißt es in dem Bericht, dessen Verfasser damals zum Schluss kamen, dass rund 30 Prozent der Patienten schon zehn Jahre und länger in den Einrichtungen lebten.

Träger der damaligen Landeskrankenhäuser im Rheinland, die heute als LVR-Kliniken firmieren, war der Landschaftsverband Rheinland (LVR) als Nachfolger des Provinzialverbands Rheinprovinz. Auf einem Symposium des LVR im Dezember zum 40. Jahrestag des Enquête-Reports nahm auch Rainer Kukla, von 1983 bis 2007 Gesundheitsdezernent beim LVR, eine Einschätzung der Situation der Kliniken Anfang der 1970er-Jahre vor: So seien die Einrichtungen „verluderte, totale Institutionen gewesen“, die durch eine

„Trennung von Wärtern und Insassen“ gekennzeichnet gewesen seien. Der Alltag in diesen Einrichtungen habe für die Patienten „zum Teil mehr Leid produziert als ihre Krankheit“.

Ursprünglich für 500 bis höchstens 800 Patienten ausgelegt, seien Einrichtungen wie in Düren oder Langenfeld, Bonn oder Düsseldorf um das Jahr 1970 mit 1.500 bis 1.750 Kranken belegt gewesen. „Dies bedeutete für die dort Tätigen Arbeit unter miserablen, therapiefreundlichen Bedingungen“, sagte Kukla, der auch 16 Jahre lang Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser war, auf der Veranstaltung des LVR in Köln-Deutz. „Geistig Behinderte leben in psychiatrischen Krankenhäusern überwiegend nur deshalb, weil andere beschützende Wohnangebote für sie fehlen.“

## Vorrang für ambulante Versorgung

„Nie zuvor und nie danach“ sei die Situation und der Reformbedarf in der Psychiatrie derart umfassend beschrieben worden, würdigte Kukla, der von 1971 bis 1975 dem Vorsitzenden der Enquête, Professor Dr. Caspar Kulenkampff, als Berater zur Seite stand, die Arbeit der Expertenkommission. „Die vielleicht wichtigste Wirkung der Enquête bestand aber im Wandel der Einstellung gegenüber Menschen mit einer psychischen Erkrankung

beziehungsweise geistigen Behinderung.“ Die Forderung, die Patienten im Behandlungsprozess als Partner ernst zu nehmen und das soziale Umfeld des Patienten einzubeziehen, habe die Grundlage für den Umbau der Versorgung geschaffen, sagte Kukla.

Die wichtigsten Reformziele der Sachverständigen lauteten in jenen Tagen:

- Vorrang der Versorgung in der Gemeinde vor jener in entfernten Kliniken
- Kooperation und Koordination aller Versorgungsdienste, Schaffung Gemeindepsychiatrischer Verbände (GPV)
- Bedarfsgerechte Versorgung aller Erkrankten
- Auf- und Ausbau ambulanter Angebote und psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern
- Enthospitalisierung der Langzeitpatienten
- Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranken
- Eigene Wohn- und Betreuungsangebote für Menschen mit geistiger Behinderung.

In der Folge wurde die Zahl der Betten und Plätze in den psychiatrischen Kliniken deutlich reduziert, allein im Rheinland von 13.000 auf circa 6.100. Die Einzugsbereiche wurden verkleinert, indem neue Kliniken in die Versorgung eintraten. Auch die durchschnittliche Verweildauer sank von 146 Tagen auf circa 23 Tage, was nicht zuletzt auf die Schaffung und den Ausbau ambulanter und teilstationärer Behandlungsangebote zurückzuführen ist.

Im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie sind über 600 tagesklinische Behandlungsplätze geschaffen worden; damit ist beim LVR derzeit fast jeder fünfte Behandlungsplatz einer in der Tagesklinik.

## Problem langer Wartezeiten

Menschen mit geistiger Behinderung, die bislang zum Beispiel in Sonderabteilungen der Fachkliniken lebten, wurden als Folge der Reformbewegung zunächst in Heilpädagogische Wohngruppen und später in Heilpädagogische Heime ausgliedert – aus Patienten wurden damit Bewohner, die später in Wohngruppen in Städten und Gemeinden betreut wurden. Allerdings brauchte der Wandel seine Zeit: Lebten 1967 in Düsseldorf-Grafenberg 400 Menschen mit geistiger Behinderung auf dem Gelände, verließen die letzten Bewohnerinnen und Bewohner mit geistiger

Behinderung erst im Jahr 2002 das Klinikgelände.

„Die Behandlung psychisch kranker Menschen erfolgt heute überwiegend ‚gemeindenah‘, überwiegend tagesklinisch und ambulant, mit mehr und qualifizierterem Fachpersonal als vor 40 Jahren“, sagte Martina Wenzel-Jankowski, die dem Klinikverbund des LVR heute vorsteht. Die Chancen auf gesellschaftliche Teilhabe für chronisch kranke Menschen seien heute ausgeprägter als vor Jahrzehnten.

Allerdings sei auch die aktuelle Lage von den Empfehlungen der Sachverständigen von 1975 deutlich entfernt, bleibe die Psychiatrie-Enquête bis heute unvollendet, sagte die Dezernentin auf der Veranstaltung in Köln. „Je komplexer und aufwendiger der Hilfebedarf eines Menschen ist, umso geringer sind seine Chancen, die erforderlichen Hilfen als eine Komplexleistung auch wohnortnah, geschweige denn ambulant zu erhalten. Menschen mit komplexen und schwierigen Problemen werden häufig in überregional aufnehmende Einrichtungen verschoben, landen in der Obdachlosigkeit oder gar in forensischen Kliniken, weil die Hilfen in den Kreisen und Städten unzureichend sind“, sagte Wenzel-Jankowski. So sei die aufsuchende, stationersetzende Akut-Behandlung nach wie vor nicht regelhaft finanziert.

Auch stünden die Soziotherapie, die ambulante psychiatrische Pflege oder Angebote der medizinischen Reha in den meisten Regionen nicht zur Verfügung. Weitere Probleme seien lange Wartezeiten bei niedergelassenen Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten sowie die unzureichende Finanzierung ambulanter Leistungen von Niedergelassenen und Institutsambulanzen.

Ein wesentliches Ziel der Psychiatrie-Enquête sei der Abbau von Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken gewesen, sagte Professor Dr. Wolfgang Gaebel, seit 1992 Ärztlicher Direktor des LVR-Klinikums Düsseldorf, auf dem Symposium. Auch heute noch wirkten viele Einflussfaktoren dahingehend, dass psychische Erkrankungen einem Stigma gleichkommen können: Dazu gehörten Stereotype über die Gefährlichkeit und Unberechenbarkeit von Erkrankten, persönliche Erfahrungen mit psychisch Erkrankten oder eigene Erkrankungserfahrung, Ereignisse wie Prominentensuizide, Politiker-Attentate oder jüngst die Germanwings-Ka-

tastrophe sowie diskriminierendes Verhalten von Ärzten und Pflegenden oder Betreuern.

Überraschend ist für Gaebel, „dass die Information über die Erkrankung, ihre Entstehung und die Möglichkeiten ihrer Behandlung sowie Verlaufstendenzen nicht unbedingt zu einer Reduktion des Stigmas führt. Das hätte man nicht gedacht, denn alles was wir tun, dient der Aufklärung. Die Medien sind voller denn je mit Artikeln über psychische Erkrankungen, und doch scheint das an der Grundeinstellung gegenüber psychisch Erkrankten noch nicht unbedingt etwas zu verändern.“

Menschen mit schweren psychischen Störungen hätten auch heute eine um durchschnittlich 15 bis 20 Jahre kürzere Lebenserwartung, sagte der Mediziner. Dies sei nicht allein auf Suizide zurückzuführen, sondern auch und gerade darauf, dass somatische Störungen von der psychischen Erkrankung „überschattet“ würden. „Das ist skandalös“, sagte Gaebel. Notwendig sei daher eine bessere Verzahnung von somatischer und psychiatrischer Medizin.

## Das Fallmanagement bündeln

Der Düsseldorfer Psychiater stellte in der Domstadt das Modellprojekt eines „Community Mental Health Centers“ (CMHC) vor, mit dem der auch heute noch zu beobachtenden strukturellen Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen bei der Allokation gesellschaftlicher Ressourcen in der Versorgung begegnet werden soll. Diese speist sich aus unterschiedlichen Verantwortlichkeiten und Finanzierungsvorbehalten als Folge miteinander nur lose verbundener oder gar konkurrierender ambulanter und stationärer, kurativer und rehabilitativer Strukturen im Gesundheits- und Sozialwesen.

Diese Zersplitterung soll mit einer Vernetzung aller Akteure durch das CMHC ein Ende finden; Kliniken, Niedergelassene, Pflegedienste, Anbieter betreuten Wohnens, Sozialpsychiatrische Zentren sowie Dienste der Kommunen und Reha-Träger sollen künftig im Sinne eines integrierten Fallmanagements bei gemeinsamem Budget kooperieren. Der LVR sieht dieses Modell auch als Alternative zu pauschalierten Entgelten in der stationären Psychiatrie, dem sogenannten PEPP-Modell.