

Achim Thom/Erich Wulff (Hrsg.): Psychiatrie im Wandel. Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West. Psychiatrie-Verlag Bonn 1990

Die Idee zu einer vergleichenden Darstellung der Situation und der Entwicklungserfordernisse der psychiatrischen Versorgung in jenen europäischen Ländern, in denen innovative Reformbewegungen wirksam wurden, ist bereits vor etwa zwanzig Jahren entstanden und war damals von der Absicht bestimmt, die seinerzeit existierenden Unzulänglichkeiten und Widersprüche schonungslos aufzudecken, um Erneuerungen zu fördern und deren Träger zu engerer Zusammenarbeit zu motivieren. Eine kleine Gruppe politisch links orientierter Reform- und Antipsychiater, u. a. Franco BASAGLIA, Nico CASAGRANDE, Françoise und Robert CASTEL, David COOPER, Alfred DREES, Agostino PIRELLA, Alicia RUIG, Stanisław TOMKIEWICZ und Erich WULFF, die sich ab 1970 in regelmäßigen Abständen in verschiedenen europäischen Hauptstädten traf – zumeist um einem von staatlichen Instanzen oder konservativen Psychiatern angefeindeten Reformprojekt Unterstützung zu gewähren –, hatte sich die Erarbeitung eines solchen Buches vorgenommen, das den Titel „Landkarte der Schande“ tragen sollte. Leider wurden die ersten Beiträge für dieses Projekt erst fertig, als der Initiator und in Aussicht genommene Herausgeber, Franco BASAGLIA, von der italienischen Reformbewegung soweit beansprucht war, daß er für die Arbeit an diesem Buch keine Zeit mehr aufbringen konnte. Unsere Begegnungen setzten sich bis zu BASAGLIAs Tod im Jahre 1980 zwar noch fort; von dem Buchprojekt war dabei jedoch immer seltener die Rede, bis es zunächst in Vergessenheit geriet.

Nachdem nun annähernd zwanzig Jahre lang Reformbemühungen der verschiedensten Art die Psychiatrie in Bewegung gebracht und gehalten haben, hat sich die Zielstellung eines Ländervergleichs naturgemäß gewandelt: das Hauptinteresse gilt nun vorrangig den inzwischen stattgefundenen Wandlungen, den Erfahrungen mit neu geschaffenen Versorgungsinstitutionen und Arbeitsformen, den gegenwärtig existierenden Lücken und Unzulänglichkeiten der Betreuung psychisch Kranker sowie geistig Behinderter und den sich anders abzeichnenden Schwerpunktbildungen für weiterführende Entwicklungen, deren Perspektiven bereits neu heranwachsende Generationen von Psychiatern, Psychologen und Sozialarbeitern bestimmen werden.

Aus den gegenwärtig vorliegenden Übersichtsdarstellungen und bilanzieren-[588]den Wertungen zu den Entwicklungen in verschiedenen Ländern – neben den hier publizierten „Länderberichten“ kann dabei auch auf den Tagungsbericht „Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch Kranker. Ein internationaler Vergleich“ von 1989 hingewiesen werden – geht zunächst hervor, daß die Apostrophierung der Lage der Psychiatrie als „schandbar“ glücklicherweise nicht mehr zutreffend wäre und die Reformbemühungen insofern in wichtigen Punkten als durchaus erfolgreich angesehen werden können. In den westeuropäischen Ländern, zu denen hier sieben Beiträge vorliegen, existieren dabei viele Gemeinsamkeiten im erreichten Entwicklungsniveau wie auch in bezug auf weiterhin existierende Probleme und Mängel, was insofern nicht verwunderlich ist, als sie sich als entwickelte kapitalistische Staaten in ihren sozialökonomischen Strukturen weitgehend gleichen und im Zuge der sich ausprägenden Zusammenarbeit auch auf gesundheitspolitischem Gebiet in der Europäischen Gemeinschaft einander annähern. In allen diesen Ländern hat sich die Betreuung psychisch Kranker im Verlauf der letzten zwanzig Jahre wesentlich verändert und im ganzen verbessert. Die skandalöse Praxis der Asylisierung psychisch Kranker und geistig Behinderter in gefängnisähnlichen, übergroßen und Hospitalisierungsdefekte zwangsläufig hervorbringenden Verwahreinrichtungen, deren Ausstattung zumeist unwürdig war und deren personelle Besetzung gerade noch Beaufsichtigung, aber keine Behandlung erlaubte, ist weitgehend beseitigt worden. Dominierend geworden ist heute die Versorgung der Patienten in kleiner gewordenen Einrichtungen, die modernen Krankenhäusern gleichen und die ihren Nutzern weitaus bessere Lebensbedingungen sichern. In größerer Zahl entstanden sind Tages- und Nachtkliniken, psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Institutsambulanzen und andere Einrichtungen zur Krisenintervention wie zur begleitenden Nachbehandlung, fachlich betreute Wohnheime, Wohngruppen und Einzelwohnungen sowie Werkstätten und Patientenfirmen, die eine erhebliche Erweiterung und Differenzierung der Betreuungsangebote repräsentieren. Diese neuen Elemente und Formen der psychiatrischen Versorgung haben auch wesentlich dazu beigetragen, die tradierte Praxis der Herauslösung Erkrankter aus ihren sozialen Bezugssystemen zu relativieren; sie

sind in vielen Fällen den seit Jahren propagierten Zielen einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung nähergekommen. Radikale Forderungen nach der Auflösung der Großkrankenhäuser als Verkörperungen „totaler Institutionen“ konnten jedoch nirgendwo landesweit realisiert werden. Diese aus der Vergangenheit übernommenen Einrichtungen, deren Bettenzahl im ganzen reduziert worden ist, die aber fast überall noch den größten Teil der in stationäre Behandlung gelangenden Patienten versorgen, konnten ihre Ausstattung modernisieren, ihre personelle Besetzung verbessern und innere Strukturwandlungen im Sinne der Differenzierung und Spezialisierung vollziehen, die ebenso zur Reform der psychiatrischen Praxis gehören wie die rasche Entwicklung flankierender, ergänzender oder unabhängiger Dienste der sogenannten [589] extramuralen Betreuung. Risiken einer unter der Hand erfolgenden Rückverwandlung der Langzeitbereiche modernisierter psychiatrischer Krankenhäuser in Verwah- und Pflegestätten ausgrenzenden Charakters sind dabei nicht zu übersehen, sie ergeben sich aus der überall nur zögerlich und manchen Orten nur quälend langsam vorankommenden Erschließung neuer gemeindeintegrierter, eigenständig gestalteter Lebensformen für nicht unbedingt „anstaltsbedürftige“ chronisch Kranke und Behinderte, die deshalb nach wie vor einen großen Anteil der Krankenhauspatienten bilden, ebenso aber auch aus der Zuweisung solcher neuer Aufgabenbereiche wie der Betreuung schwer geschädigter Suchtkranker und vor allem geropsychiatrischer Patienten, die eine intensive somatische Behandlung benötigen und einen hohen Pflegeaufwand erfordern. So unbestreitbar es ist, daß für bestimmte Gruppen von Kranken noch über lange Zeit hinweg keine andere Betreuung als diejenige im spezialisierten Fachkrankenhaus für Psychiatrie zur Verfügung stehen wird, so klar ist andererseits auch, daß gerade für diesen Betreuungsauftrag humane Bedingungen und aktivtherapeutische Ausrichtung besonders schwer zu sichern sind. Die Weiterführung der Psychiatriereformbewegung sollte deshalb ebenso darauf abzielen, den bereits begonnenen Prozeß der Herauslösung der zur partiell eigenständigen Lebensführung zu befähigenden Langzeitpatienten und Behinderter aus der Krankenhausbetreuung zu fördern, wie auch darauf, die Voraussetzungen für eine qualifizierte Versorgung neuer Problemgruppen in den Fachkrankenhäusern zu sichern, die ebenfalls ständig als drängender Anspruch an die Kostenträger und an die Gesellschaft benannt und eingefordert werden müssen. Solange das Gesamtsystem der psychiatrischen Versorgung durch ein wohl immer partiell auch spannungsbeladenes Verhältnis von Einrichtungen innerhalb und außerhalb „der Mauern“ geprägt bleiben wird, sollten beide Seiten des Ganzen *stets Gegenstand* kritischer Besinnung und vorwärtsdrängender Erneuerungsbemühungen bleiben.

Im Vergleich der hier zunächst betrachteten westeuropäischen Länder scheint die Psychiatriereform in Großbritannien am weitesten fortgeschritten und in stabile Strukturen eingemündet zu sein, was auch nicht verwundern kann, da die Reformbewegung für Europa hier ihren Ausgang nahm. Diese Vorreiterrolle konnte Großbritannien wohl deshalb einnehmen, weil dieses Land seit dem Kriegsende über einen staatlichen Gesundheitsdienst, den National Health Service, verfügte, der eine einheitliche Finanzierung der angestrebten Erneuerungen ermöglichte und den Einfluß entgegengerichteter ständischer Gruppeninteressen zu minimieren vermochte. Eine zentrale Zielvorgabe und eine längerfristig geltende Rahmenplanung wurden so ebenfalls möglich. Korrekturen dieser Zielsetzungen und Planungen waren durch die kritische Öffentlichkeit, durch kommunale Instanzen wie auch durch die in der Psychiatrie Tätigen möglich. Als wesentliche Errungenschaften dieser Reform können die Einrichtung einer großen Zahl von teilstationären und komplementären psychiatri-[590]schen Diensten, darunter Kriseninterventionsdienste, arbeitstherapeutische Einrichtungen und Wohnheime, von psychiatrischen Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, die Schließungen einiger überalterter und Verkleinerungen der meisten Fachkrankenhäuser sowie eine enge Verflechtung von stationärer Behandlung und Nachsorge gelten. Diese Errungenschaften haben sich im Lande schon so lange Zeit bewährt, daß auch unter inzwischen andersartigen politischen Interessenkonstellationen an ihre Abschaffung nicht gedacht werden kann. Gleichwohl gewinnt man beim Lesen von D. BENNETT's Bericht den Eindruck, daß die Reformbewegung in Großbritannien auf dem inzwischen erreichten, unbestreitbar hohen Niveau der Versorgungsleistungen stagniert, obwohl auch hier ein ursprünglich angestrebter Dominanzwechsel im Verhältnis von intramuraler und gemeindeintegrierter Psychiatrie noch nicht erreicht werden konnte.

Einen starken Einfluß hatten die britischen Erfahrungen auf die in der Bundesrepublik Deutschland im wesentlichen mit Hilfe der Psychiatrie-Enquete von 1975 in Gang gebrachten Reformansätze, deren Boden bereits durch die einige Jahre vorher einsetzende öffentliche und politisch akzentuierte Kritik an inzwischen z. T. unhaltbar gewordenen Rückständen vorbereitet worden war. Da aber die bundesdeutschen Reformanhänger über einen Hebel wie den National Health Service nicht verfügten, waren sie von vornherein mit einer Unzahl von Kosten- und Leistungsträgern, mit divergierenden Interessen der Krankenkassen, Sozialbehörden, Kommunen und Länder wie schließlich auch der psychiatrischen Profession konfrontiert. Einige in Großbritannien mühelos erreichte Reformziele, wie die weitgehende Integration stationärer, teilstationärer und ambulanter Behandlung, gerieten aufgrund des Standesinteresses der niedergelassenen Ärzte, z. T. auch der in der Gewerkschaft ÖTV organisierten Pfleger, in den Mittelpunkt heftigster Kontroversen und konnten deshalb nur partiell und unvollkommen durchgesetzt werden. Viele inzwischen neu entstandene psychiatrische Einrichtungen und Dienste, die zum Teil planmäßig aufgebaut wurden, zum Teil aber auch im Wildwuchs emporgesprossen sind, haben neben den dominierend gebliebenen tradierten Strukturen der Fachkrankenhäuser einerseits und der privaten nervenärztlichen Praxis andererseits unterschiedlich weitreichende Wirkungsmöglichkeiten gefunden. Die Hälfte aller stationären Aufnahmen in der Psychiatrie wird heute schon von den psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern (einschließlich der Hochschulkliniken) übernommen. Andere Behandlungs- und Betreuungsangebote wie ein Teil der sozialpsychiatrischen oder psychosozialen Dienste, die Betreuung von Wohngruppen und Einzelwohnungen, die Familienpflege, Tagesstätten, Kommunikationszentren, Patientenfirmen etc. sind finanziell noch ungenügend abgesichert, und ihre Entstehung hat zum Teil auch neue Probleme sinnvoller Kooperation und planvoller Nutzung durch ihre Klienten geschaffen. Eine solide Finanzierung und sozialrechtliche Absicherung ist bis heute oft nur für die tradi-tionellen Organisationsformen der psychiatrischen Betreuung gesichert, dazu noch für Übergangswohnheime und anerkannte Werkstätten für Behinderte; die meisten anderen neuen Einrichtungen sind bislang noch in starkem Maße von lokalen oder von vornherein zeitlich befristeten Sonderregelungen abhängig und stehen damit in der Gefahr, bei ökonomischen Notlagen an den Rand gedrängt oder gar geschlossen zu werden. In den Jahren seit 1975 sind in der Bundesrepublik erhebliche Geldsummen für die Psychiatrie aufgewendet worden, mit denen nicht nur bauliche Erneuerungen und Personalaufstockungen in den Fachkrankenhäusern finanziert wurden, sondern auch zahlreiche neu geschaffene komplementäre Einrichtungen und Sozialpsychiatrische Dienste unterschiedlicher Trägerschaft. Eine moderne flächendeckende Versorgung in überschaubaren Sektoren, in der gemeinsamen Verantwortung von miteinander kooperierenden Betreibern stationärer, ambulanter und anderer Einrichtungen ist aber nur an wenigen Stellen zustande gekommen; vor allem weil das Problem einer einheitlichen Finanzierung und Trägerschaft bisher nicht lösbar erschien und integrativ wirkende Strukturen der abgestimmten Organisation nicht wirksam wurden und deshalb gerade jetzt mit Nachdruck wieder gefordert werden, wie etwa die von KULENKAMPPF u. a. vorgeschlagenen regionalen Verbundsysteme. Dringend korrekturbedürftig ist auch die mit der Modernisierung und Verkleinerung der Großkrankenhäuser einhergehende Tendenz, Langzeitkranke in schlecht ausgestattete und personell unterbesetzte, zumeist private Wohnheime abzuschieben, die der öffentlichen Kontrolle weitgehend entzogen sind. Schließlich motivieren das Arbeitsrecht und das Schwerbehindertengesetz die Betriebe nicht dazu, seelisch Behinderten eine genügende Anzahl von behindertengerechten Arbeitsplätzen zur Verfügung zu stellen, wie ja auch ein Recht auf Arbeit in der Verfassung der BRD ebensowenig wie in den Verfassungen der anderen kapitalistischen Länder verankert ist. Dies macht die Arbeitsrehabilitation psychisch Kranker und Behinderter zu Zeiten von Massenarbeitslosigkeit zu einem wenig aussichtsreichen Unternehmen. Im ganzen ist damit die bundesdeutsche Psychiatriereform noch erheblich hinter dem zurückgeblieben, was die britische Reformpolitik seit langer Zeit erreicht hat; ihre Schwächen und erst noch zu leistenden Aufgaben aufgelistet zu haben, ist auch das Verdienst der 1988 vorgelegten „Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung“, die gewiß nicht in dem Verdacht stehen wird, einseitig oder voreingenommen zu urteilen.

Die Instabilität und Unausgewogenheit des bisher Erreichten ist besonders bedauerlich, da auch der für die Auslösung der Reformbewegung seinerzeit ganz maßgebliche Elan der vorwiegend aus der

68er Studentenbewegung stammenden Erneuerungskräfte langsam versickert ist, die dauerhaft anhaltende Massenarbeitslosigkeit und das damit verbundene gesellschaftliche Desinteresse an der Rehabilitation und sozialen Wiedereingliederung von chronisch Kranken und Behinderten die Psychiatrieproblematik aus dem öffentlichen [592] Interesse verdrängt hat und auch neue Leitbilder individueller Bewährung in der öffentlichen Meinung propagiert werden, die kaum noch Impulse für die Solidarität gegenüber Menschen mit eingeschränkten Leistungsmöglichkeiten zu setzen vermögen. Diese Faktoren begrenzen die Bereitschaft zur Akzeptanz für Andersartigkeit, die damit wieder auf caritative Nächstenliebe oder technokratisch organisierte Notfallversorgung verwiesen bleibt, was weitaus weniger ist, als eine psychiatrische Reformbewegung zum Leben und zu innovativen Leistungen benötigt.

Die *französische Psychiatrie* unterscheidet sich von der deutschen und holländischen dadurch, daß die sie betreffende Gesetzgebung ebenso wie die Organisation ihrer Dienste zentralstaatlich geplant ist und die überwiegende Mehrheit der psychiatrischen Einrichtungen in der Trägerschaft und unter der Kontrolle des Staates arbeiten. Sozialpsychiatrische Reformideen wurden vereinzelt schon in der Vorkriegszeit geäußert, erfuhren aber erst während der Resistance gegen die faschistische deutsche Besetzung ihre konsequente Ausarbeitung und erste Erprobungen. So entstand das spezifische Konzept der Psychiatriereform in Frankreich, die „psychiatrie de secteur“, im Rückenwind einer politischen Bewegung und ihres Ideengutes. Ihre Verwirklichung in der Form des Aufbaus einer flächendeckenden Sektorpsychiatrie hat allerdings viel Zeit gekostet; sie wurde schließlich ab dem Jahre 1960 als eine Reform von oben sukzessive durchgesetzt. Im psychiatrischen Binnenraum entstand dabei eine enge Verflechtung von Psychoanalyse und Psychiatrie, wofür die psychiatrischen Dienste des 13. Pariser Stadtbezirkes beispielhaft sind. Die politischen Reformbewegungen der späten sechziger und beginnenden siebziger Jahre mit ihrem ausgeprägten kulturevolutionären Anspruch haben die administrativ durchgesetzte Sektorpsychiatrie bereits vorgefunden und dann auch vorwiegend kritisch als lediglich besser funktionierendes soziales Kontrollsystem angeprangert. Dabei geriet auch die psychoanalytische Ausrichtung der psychiatrischen Praxis in den Verdacht, die Anpassung von Kliniken wie von Therapeuten an die gegebenen sozialen Verhältnisse zu befördern. Ein Ausdruck der gesellschaftlichen Bedeutsamkeit, die der Psychiatrie in dieser Zeit in Frankreich zugemessen wurde, ist auch das Interesse, das einer der bedeutendsten Philosophen des Landes, Michel FOUCAULT, für sie entwickelte und das seither in vielen Formen strukturalistischer Reflexionen lebendig geblieben ist. Gleichwohl scheinen Ideologie und Praxisentwicklung der Psychiatrie in Frankreich nebeneinander hergelaufen zu sein; der Versuch einer engen Verflechtung beider Ebenen fand nur punktuell, beispielsweise in der Klinik La Borde, statt. Da das Versorgungssystem weitgehend reibungslos funktioniert, finden auch gegenwärtig kritische Bewertungen von außen wenig Resonanz.

Wesentlich anders verlief die Entwicklung in *Italien*, wo eine lange tradierte Form der verwahrenen Psychiatrie bei völlig unzureichenden materiellen Absicherungen in den siebziger Jahren eine explosive Situation hervorbrachte, [593] deren Auflösung eine breite und radikale politische Kritik an den Voraussetzungen deutlich inhuman gewordener psychiatrischer Wirkungsformen erforderte. Den geistigen Hintergrund für die aus der Psychiatrie selbst erwachsenden Erneuerungsbestrebungen bildeten hier eher existenzphilosophische und anthropologische Sichtweisen des Menschen, die mit neueren soziologischen Ideen verbunden ein Reformkonzept und ein Programm seiner politischen Umsetzung wachsen ließen. Der maßgeblichen psychiatriepolitischen Pressure-group, der Bewegung der demokratischen Psychiatrie, gelang es, ihre Vorstellungen bei den meisten politischen Parteien wie auch bei den einflußreichen Gewerkschaften durchzusetzen und ihnen damit auch den Eingang ins Parlament und die Gesetzgebung zu sichern. Auch hier hat die geistige Bewegung der 68er erheblich dazu beigetragen, daß die Reformideen von den Medien aufgegriffen und in der Öffentlichkeit erfolgreich propagiert werden konnten. So entstand dann auch relativ rasch ein breiter Konsens über die Legitimität der Hauptforderungen des Reformprogramms: die Schließung der überalterten und verkommenen Großkrankenhäuser, die Einrichtung von regional organisierten ambulanten Diensten sowie die Wiedereingliederung auch von chronisch psychisch Kranken und geistig Behinderten in das Leben der Gemeinden. Widerspruch gegen diese Reformziele gab es bei einem Teil der Psychiater sowie

bei Politikern und Beamten, denen der revolutionäre Anspruch der Reformen und die geforderte demokratische Kontrolle im Gesundheitswesen suspekt erschienen. Vorbehalte gegen dieses Programm gab es auch bei einem Teil der Angehörigen von Langzeitpatienten, die sich nach Jahren wieder mit Problemen und Pflichten konfrontiert sahen, welche sie ein für allemal durch die Anstaltsverwahrung als sicher erledigt geglaubt hatten. Für den theoretisch führenden Kopf der italienischen Psychiatriereformbewegung, Franco BASAGLIA, und viele seiner Anhänger, sollte die Öffnung und bald darauf folgende Schließung der Anstalten neben einer Humanisierung und Effizienzverbesserung der psychiatrischen Betreuung auch eine politische Funktion erfüllen; er sah diese in der durch die Rückführung der chronisch Kranken in die Gemeinden auszulösenden Konfrontation mit den sozialen Entstehungsvoraussetzungen psychischen Leidens gleichsam als Stein des Anstoßes für eine tiefergreifende Auseinandersetzung mit den Strukturen einer kapitalistischen Leistungs- und Konkurrenzgesellschaft, die für ihn der eigentliche Produzent von „Verrücktheit“ war. Daneben ging es ihm und anderen Verfechtern des italienischen Konzeptes einer revolutionären Umwälzung der Psychiatrie darum, die Andersartigkeit psychischer Erkrankung in der Gesellschaft zur toleranten Anerkennung zu bringen. Diese philosophische und politische Akzentuierung eines Programmes, das in seinen eigentlich psychiatrierelevanten Erneuerungsabsichten den seinerzeit auch in anderen Ländern erworbenen Erfahrungen bzw. auf wissenschaftlicher Basis entstandenen Vorstellungen entsprach, hat dem „italienischen Weg“ viele Vorbehalte und Ablehnungen in der psychiatrischen Profession eingebracht, die von geringem Ver-[594]ständnis für die spezifische historische Situation dieses Landes und von mangelnder Differenzierungsfähigkeit zwischen unterschiedlichen Ebenen der Argumentation zeugten. Leider hat diese starke Verknüpfung von sachlichen und politischen Intentionen auch in Italien selbst die Breitenwirksamkeit des Reformkonzeptes begrenzt, das bekanntlich nur in Regionen wenigstens annähernd realisiert werden konnte, in denen auch die Unterstützung politischer Parteien und der territorial zuständigen Verwaltungsbehörden zu erlangen war. Als heroische Illusion erwies sich in Italien wie anderswo, daß ein psychiatrisches Versorgungssystem gegenwärtig landesweit völlig ohne spezielle stationäre Betreuungseinrichtungen auskommen könne; die Zahl der aus unterschiedlichen Gründen nicht in die Gemeinden integrierten Langzeitpatienten bleibt größer als erwartet und erfordert Betreuungsstätten besonderer Art.

Zu den in diesem Band enthaltenen Arbeiten über Entwicklungen in den *Niederlanden*, in *Österreich* und in der *Schweiz* sind nur wenige kommentierende Sätze nötig. Auch in diesen, wie sicher noch in weiteren europäischen Ländern, sind vielfältige und im Prinzip in die gleiche Richtung einer Überwindung der Verwahrrpsychiatrie durch eine gemeindenahe und differenzierte psychiatrische Versorgung zielende progressive Wandlungen vonstatten gegangen, die in der Regel jedoch nicht mit auffälligen öffentlichen Auseinandersetzungen verbunden waren und gleichsam einen evolutionären Weg des Wandels in kleinen Schritten verkörpern (GASTAGER, H. 1988). In einigen dieser Länder scheinen dabei seit Jahrhunderten existierende stabile Traditionen demokratischer Lebensgestaltung in den Kommunen, der weitgehend dezentralisierten staatlichen Verwaltung und der Verpflichtung zur caritativen Hilfe untereinander besonders günstige Voraussetzungen für das Wirken engagierter Verfechter neuer Arbeitsformen in der Psychiatrie geboten zu haben, denen bereitwillig Erprobungsfreiräume für neue Strukturen eingeräumt worden sind und deren Sachargumente rasche Anerkennung fanden. Interessant ist auch, daß unter solchen Bedingungen auch professionelle Kompetenzstreitigkeiten in der Ärzteschaft nur eine geringe Rolle spielen und ziemlich rasch vielgestaltige Kooperationsformen mit niedergelassenen Nervenärzten und Allgemeinpraktikern entwickelt werden konnten. Obwohl auf diesem Wege Erneuerungen stets allmählich erfolgten und die tragenden Resultate bisheriger Entwicklungen wegen der großen Formenvielfalt nur schwer zu beurteilen sind, kann angenommen werden, daß viele der hier entstandenen Modelle größere Aufmerksamkeit verdienen und künftig stärker in die Perspektivplanung einbezogen werden sollten.

Zur Darstellung der psychiatrischen Entwicklung in der *UdSSR* haben wir auf einen bereits 1981 publizierten Bericht zurückgreifen müssen. Sichtbar wird darin, daß ein Teil der in Westeuropa erst in den letzten 15 Jahren zögernd verwirklichten Reformen – insbesondere die flächendeckende Einrichtung von ambulanten und teilstationären Diensten, aber auch von Arbeitsmöglichkeiten für

psychisch Kranke und Behinderte – dort bereits in den 30er Jahren dieses Jahr-[595]hunderts in Gang gekommen war. Aufgebaut wurde – soweit erkennbar, allerdings auch mit Schwerpunkt in städtischen Ballungsgebieten – ein engmaschiges Netz von ambulanten und teilstationären Behandlungs- und Betreuungsformen. Dabei sind seit den 60er Jahren dieses Jahrhunderts auch vor Ort –erwähnt werden Kaluga und Kemerowo – neuartige Integrationsmodelle der psychiatrischen Versorgung mit viel Phantasie und Sachverstand entwickelt worden. Gegenüber den betont aufgaben- und zielzentrierten Überlegungen im Westen wurden in der Sowjetunion – dabei besonders in Kemerow – auch Steuerungsmöglichkeiten des Verhaltens der Behandler und der Institutionen durch Analyse auch ihrer materiellen Interessen mitberücksichtigt: Gefragt wurde, welche Vorgaben nötig sind, um bei den Behandlern und den Institutionen ziel- und aufgabengerechtes Verhalten zu fördern, und das heißt auch, um die Interessen der Betreuer und der Betreuten einander anzunähern. Die letzteren wurden allerdings nicht von diesen selber geäußert, sondern „objektiv“, vom Psychiater definiert. Deutlich sichtbar wird ebenfalls, daß spätestens ab 1960 sich eine ambulante, teilstationäre und stationäre Betreuungsformen integrierende sektorielle Versorgung auch in der Sowjetunion abzeichnet – besonders klar im Modell Kaluga. Hier wie überall geht es um eine zunehmende Perfektion von Planung und Steuerung der Versorgungsinstitutionen und -tätigkeiten. Bei der sowjetischen Psychiatrie-Reform scheint der stationäre Bereich allerdings weit hinter dem ambulanten zurückgeblieben zu sein, auch wenn modellhaft im ersteren hier und da moderne, „gemischte“ Strukturen angezielt werden. Diese Ungleichzeitigkeit der Reform im stationären und ambulanten Bereich der sowjetischen Psychiatrie ist deshalb besonders gravierend, weil von ihr, anders als von der italienischen Psychiatrie, eine abschließende Auflösung der Großkrankenhäuser gar nicht vorgesehen war. Als Mittel auch der Disziplinierung und Ausgrenzung waren diese vielmehr weiterhin stark gefragt (auch wenn die Hospitalisierungszeiten der Patienten aufgrund ambulanter Anstrengungen ständig zurückgingen). Damit hing vielleicht auch zusammen, daß auch in den fortschrittlichsten ambulanten Bereichen der Psychiatrie Kontroll- und Disziplinierungsfunktionen (und damit, wie Franco BASAGLIA es genannt hat, die „Logik des Irrenhauses“) eine große Bedeutung hatten, wie dies vor allem auch im Registrierzwang psychisch Kranker deutlich wird.

Das Problem der psychiatrischen Zwangsinternierung und -behandlung von politisch Andersdenkenden, eine im Vergleich zu ihrer Liquidierung unter STALIN immerhin mildere repressive Alternative der Breschnew-Zeit (WULFF 1978), konnte in der hier abgedruckten Abhandlung natürlich noch nicht auftauchen. Sichtbar werden in ihr allerdings bereits die Anstrengungen fortschrittlicher Psychiater – vor allem der beiden Autoren selbst – die ordnungspolizeilichen Kontrollfunktionen der Psychiatrie schrittweise auf ein ärztlich vertretbares Maß zurückzudrängen. Sie belegen, daß es schon zu Beginn der 80er Jahre Kräfte in der sowjetischen Psychiatrie gab, die darauf hinarbeiteten, die Menschen- und Bürgerrechte psychisch Kranker zu wahren bzw. auszubauen.

[596] Angehörigen- und Selbsthilfegruppen fehlen in dieser Darstellung der sowjetischen Psychiatrie noch ganz. Nach unseren Informationen haben sich aber in den letzten Jahren viele solcher Zusammenschlüsse gebildet. Ihre Funktion in der Sowjetunion besteht nicht nur darin, bei der Betreuung psychisch Kranker mitzuwirken, sondern vor allem auch in der Herstellung einer von den staatlichen Organen und den psychiatrischen Institutionen unabhängigen Öffentlichkeit. Insofern sind sie ein Teil des Prozesses der Transparenz, der „Glasnost“.

Der von uns angestrebte Überblick zur Entwicklung der Psychiatrie in den *übrigen Ländern*, die zur *sozialistischen Staatengemeinschaft Europas* gehört haben oder noch gehören, muß hier auf die Beiträge aus der *ČSFR*, der *DDR* und *Polen* beschränkt bleiben. Für diese Länder gilt, daß sie mit Programmen und ersten Schritten zu einer weitreichenden Neugestaltung der psychiatrischen Versorgung bereits recht früh, d. h. zu Beginn der sechziger Jahre begannen. Dieses frühe Einsetzen von Reformbestrebungen hing wohl damit zusammen, daß die Unzulänglichkeiten der Betreuung psychisch Kranker und schwer geistig Behinderter in den tradierten großen Fachkrankenhäusern, für die in den Nachkriegsjahren keine Modernisierungen möglich waren, nach dem Erfolg der in den fünfziger Jahren einsetzenden Psychopharmaka-Nutzung besonders kraß zutage traten und für einen rasch wachsenden Bedarf an Betreuungspotentialen neue Lösungen gefunden werden mußten. Die

seinerzeit entwickelten programmatischen Ziele, für die 1963 in Rodewisch auch ein weitgehender Konsens für eine größere Zahl von Staaten gefunden werden konnte, zielten in erster Linie auf die Humanisierung der Betreuungsbedingungen in den Fachkrankenhäusern ab, in denen das open-door-System eingeführt, die Arbeits- und Beschäftigungstherapie ausgebaut und der repressive Stil des Umgangs mit den Patienten beseitigt werden sollten, weiterhin auf den raschen Ausbau der sogenannten komplementären Dienste für eine umfassende Nachbetreuung und sorgsam angeleitete soziale Wiedereingliederung und schließlich auch auf die Verbesserung der gesellschaftlichen Achtung sowohl der Psychiatriepatienten als auch der Psychiatrie als sozialer Institution, die vor allem über die Betonung des medizinischen Charakters der Behandlung und über die Stärkung der ärztlichen Kompetenz bei allen Entscheidungen über Einweisungen und Behandlungsmaßnahmen erreicht werden sollte. Dieses Programm konnte in wichtigen Punkten nach und nach praktisch verwirklicht werden und erfuhr auch in den 70er Jahren Erweiterungen durch die Idee der „Therapeutischen Gemeinschaft“ und andere Momente. Parallel zu dieser Entwicklung erfolgte eine allmähliche Differenzierung und Spezialisierung der Leistungen der Fachkrankenhäuser und der später entstandenen psychiatrischen Abteilungen und Ambulanzen durch die Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Schaffung spezieller Einrichtungen zur Suchtkrankenbetreuung und den Aufbau besonderer Systeme für die Rehabilitation und Betreuung geistig Behinderter, die allerdings in Abhängigkeit von den unterschiedlichen Bedingungen in den hier [597] behandelten Ländern auch jeweils Besonderheiten aufweisen. Als wichtige Motivationsfaktoren für jene Psychiater, die sich besonders engagiert für solche Reformen einsetzten, traten u. a. auf: das Streben nach einer effizienten, modernen und neuen internationalen Erfahrungen entsprechenden professionellen Leistungsfähigkeit und die Orientierung an den damals noch starken Idealen einer humanistischen psychiatrischen Praxis auf der Grundlage der dem Sozialismus als eigen angesehenen Werte der Solidarität und Sicherung von Entfaltungsmöglichkeiten für alle Individuen. Bei Berufung auf Argumente aus beiden Begründungsmöglichkeiten für die Psychiatriereform konnten damals auch relativ rasch Zustimmungen staatlicher Organe zu relevanten Neuerungen erreicht werden, ebenso die dazu erforderlichen Gesetze resp. Verordnungen, die in der Regel schon zum Ende der sechziger Jahre neue Wirkungsmöglichkeiten z. B. für die Rehabilitationspraxis eröffneten. Die durchaus erheblichen Schwierigkeiten, denen das Reformprogramm bei seiner Umsetzung im Detail begegnete, schienen zunächst vorwiegend pragmatischer Natur zu sein – sie betrafen nur mühsam zu beschaffende Kapazitäten für die Modernisierung der Fachkrankenhäuser, oft fehlende Räume und Fachkräfte für den Aufbau neuer Betreuungseinrichtungen oder auch den generellen Wohnungsmangel als Barriere für die Einrichtung von geschützten Lebensformen für chronisch Kranke. Die Hoffnung blieb, daß mit der Verbesserung der ökonomischen Lage und der Verwirklichung der sozialpolitischen Zielsetzung auch die Voraussetzungen für die breite Durchsetzung der Reformabsichten geschaffen werden können. Daß bereits diese Erwartungen illusionär waren und ökonomische Krisenerscheinungen die Chancen zur Erneuerung der Psychiatrie ernsthaft beeinträchtigen, wurde zunächst in Polen sichtbar und bald darauf auch in der DDR gespürt, wo die zentral erfolgende andersartige Prioritätensetzung für den Einsatz der bescheidener werdenden materiellen Ressourcen innovative Erneuerungen schmerzlich begrenzte. Statt kostenaufwendiger Reformmaßnahmen wurde versucht, Verbesserungen auf dem Wege der Erschließung interner Ressourcen über die sozio- und psychotherapeutische Qualifizierung der in der Psychiatrie Tätigen und die Verbesserung der Koordinierung bestehender medizinischer und sozialer Dienste zu erreichen. Die Ergebnisse dieser Bemühungen blieben notwendig bescheiden, und nur punktuell gelang es, modellhaft wirkende Neuordnungen etwa im Sinne der Sektorisierung der psychiatrischen Betreuung zu etablieren. Zwischen einer durchaus differenzierten sozial-psychiatrischen Forschung und Programmatik und der Realität blieb ständig ein Bruch, dessen Ursachen noch eingehender Prüfung bedürfen.

Aus der gegenwärtigen Perspektive einer bereits begonnenen kritischen Auseinandersetzung mit den Bedingungen des Versagens eines Systems, dem ursprünglich große Hoffnungen entgegengebracht wurden, muß hinsichtlich der bescheidenen Ergebnisse gerade auch der Psychiatriereformbewegung zunächst als Mangel das Fehlen eines öffentlichen kritischen Diskurses über die [598] Lage der Psychiatrie und die Ansprüche der von ihr betreuten Menschen genannt werden. Die vor allem auch

am Beispiel der DDR erfaßbare zentralistische Form der politischen Machtausübung und die mit ihr verbundene Praxis, Informationen zur Selbstbewertung zu filtern bzw. kritische Einschätzungen auf interne Kreise von als zuverlässig geltenden Fachleuten zu begrenzen, haben die Tätigkeit von vorwärtsdrängenden Kräften in solchen Pressure-groups, wie sie etwa in der Bundesrepublik im „Mannheimer Kreis“ oder in der „Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie“ formiert werden konnten, verhindert und öffentlichkeitswirksame Erneuerungsforderungen nicht zugelassen. Ebenfalls begrenzt waren die Reformbemühungen in der DDR, wie vermutlich in anderen sozialistischen Staaten auch, dadurch, daß alle Entscheidungen in einem zentralen und stark administrativ operierenden Staatsapparat getroffen wurden und andere staatliche Verwaltungsgremien oder gar überregionale Wohlfahrts- oder Angehörigen-Verbände einflußlos blieben oder gar nicht als Interessenvertreter in Anspruch genommen werden konnten. Die Möglichkeiten zu flexiblem Reagieren und zur Hinzuziehung von außerpsychiatrischen Kräften blieben unter diesen Umständen minimal.

Dieses Beharren an der zentralistischen Machthandhabung hat außerdem dazu geführt, daß sich eine nennenswerte Selbsthilfebewegung als wichtiges Element der Begrenzung von tradierten psychiatrischen Wirkungsformen nicht herausbilden konnte; das Mißtrauen staatlicher Organe und Parteinstanzen gegenüber nicht kalkulierbaren und nicht steuerbaren Formen von Meinungsbildung, Interessenbekundung und Lebensgestaltung blieb auch in diesem Sektor dominierend. Gegen viele Erscheinungen solcher vorurteilsvoller Haltungen gerade auch gegenüber der Psychiatrie und deren Patienten haben Fachvertreter in der DDR und in anderen sozialistischen Staaten häufig Protest angemeldet, allerdings bei Vermeidung einer öffentlichen Konfrontation und unter Nutzung sachlicher Argumente in der Begegnung mit den zuständigen Verantwortungsträgern, die sich davon zumeist aber nicht beeindruckt ließen. Das seit vielen Jahren in der DDR geltende Einweisungsgesetz war gegenüber dem vorhergehenden Zustand unbedingt ein Fortschritt und fand sowohl wegen der unterschiedenen Betonung der ärztlichen Kompetenz in der Psychiatrie fast einhellig Anerkennung, wie auch wegen der nachweisbaren Folgen einer rapiden Verringerung der Zahl der Zwangseinweisungen in psychiatrische Behandlung. Daß die dabei getroffenen Festlegungen über gerichtliche Prüfungen und Einschränkungen nicht ausreichen, um einen sicheren Schutz der Patienten vor unrechtmäßigen Aufnahmen zu gewährleisten, wird auch erst jetzt überschaubar, da für bedauerliche Einzelfälle leider doch medizinisch nicht zu rechtfertigende und politischen Interessen dienende mißbräuchliche Zwangseinweisungen bekanntgeworden sind. Derartige Vorkommnisse, denen nach unserer Kenntnis unververtretbare Kooperationsbereitschaften einzelner Psychiater gegenüber Dienststellen des damaligen Ministeriums für Staatssicherheit der DDR zu-[599]grunde lagen, sollten jedoch nicht leichtfertig als typisch für die Situation der Psychiatrie in der DDR angesehen werden – unter den Psychiatern gab es seit den siebziger Jahren einen bewußt geförderten Konsens zur Zurückweisung solcher Versuche, soziale und politische Probleme im Umgang des Staates mit seinen Bürgern über die Psychiatrie zu lösen; sensibilisiert wurde die professionelle Gemeinschaft bereits damals für solche Themen durch Nachrichten über relevante problematische Ereignisse in der UdSSR. Begünstigt wurden dann offensichtlich vereinzelt vorkommende Verletzungen des Rechts und der Moral auf diesem Gebiet durch die Abschirmung spezieller Versorgungsbereiche vor der Öffentlichkeit und einer fachgerechten Kontrolle, die ebenfalls nur in einem politischen System stattfinden konnte, in dem Sicherheitsorgane als unantastbar und deren Einflußbereiche als tabuisierte Zonen galten, denen sich ohne zwingenden Grund auch niemand gern näherte.

Bei aller erforderlichen kritischen Bewertung der Psychiatriereformbemühungen in der DDR und in den anderen sozialistischen Staaten kann dennoch eine für die künftige Entwicklung durchaus günstige Bilanz gezogen werden. Die Verwandlung der Fachkrankenhäuser aus tradierten Verwahrungseinrichtungen zu qualifizierten Behandlungseinrichtungen mit einem meist schon hohen Grad der Spezialisierung hat große Fortschritte gemacht; die unbefriedigende Lage der Langzeitpatienten in diesen Einrichtungen ist kein DDR-spezifisches und auch kein primär im Innenraum der Institutionen zu lösendes Problem. Der Aufbau extramuraler Behandlungseinrichtungen verschiedenster Art und der ambulanten Behandlung und Nachsorge ist gut vorangekommen – gesetzte Grenzen können bei Stabilisierung der ökonomischen Lage und Erweiterung der personellen Ressourcen rasch überschritten werden.



Bewährt haben sich auch verschiedene neue Formen der Rehabilitation und der gemeindenahen Betreuung von chronisch Kranken sowie geistig Behinderten. Auf diesem Gebiet besteht vor allem die Gefahr, daß großzügige gesetzliche Regelungen bei der anstehenden Wiedervereinigung beider deutscher Staaten leichtfertig im Kapitalinteresse aufgegeben werden und daß neue Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt und im Konkurrenzverhalten die bisher an behinderungsgerechten Arbeitsplätzen in geschützten Werkstätten oder sonst kündigungssicher beschäftigten Hilfsbedürftigen rasch aus dieser für sie wichtigen Tätigkeitsfeldern verdrängen. Eine neue Situation wird in den bisherigen sozialistischen Staaten für die Psychiatriereform dadurch entstehen, daß einerseits in großem Umfang eine Reprivatisierung von Betreuungsleistungen durch die Tätigkeit von niedergelassenen Nervenärzten stattfinden wird und daß andererseits eine Vielzahl von Wohlfahrtsverbänden und gemeinnützigen Leistungsträgern an der Versorgungspraxis teilhaben will. Wie sich dabei gerade im Prozeß des Zusammenwachsens beider deutscher Staaten für den Bereich der DDR solche Komplikationen vermeiden lassen, wie sie derzeit bereits deutlich in der Bundesrepublik beklagt werden, bleibt eine offene Frage. Sicher werden sich die Anstrengungen [600] in der nächsten Zeit darauf richten müssen, sinnvolle Kompromisse zwischen den zweifellos gegebenen Erfordernissen einer Dynamisierung von Reformansätzen einerseits und der notwendigen Vermeidung von Fehlentscheidungen durch die Abschaffung bewährter Strukturen andererseits zu finden. Die verantwortliche Beteiligung von bisher in der DDR um die Reformbewegung verdienten Fachvertretern und von Repräsentanten der gerade neu entstehenden Vereinigungen von Betroffenen an der Erhebungs- und Planungsarbeit von gesamtdeutschen Gremien analog zur bisherigen Expertenkommission der BRD scheint dabei unerlässlich zu sein.

Betont werden soll abschließend zu diesen speziell die Lage in der DDR betreffenden Aussagen, daß ein seit Jahren existierender und sorgsam gepflegter produktiver Ideen- und Erfahrungsaustausch zwischen den um die Psychiatriereform in der DDR bemühten Fachvertretern und Psychiatern der BRD wesentlich dazu beigetragen hat, in vielen Punkten gemeinsame Standpunkte zu erarbeiten und in die praktische Arbeit einzubringen. Dazu 1984 in Hannover und 1986 in Mönchen-Gladbach durchgeführte gemeinsame Arbeitstagungen wie auch sonst regelmäßig stattfindende Begegnungen haben nicht nur wechselseitige Information ermöglicht, sondern auch einheitliche Standpunkte wie auch enge freundschaftliche Beziehungen entstehen lassen, die künftige Formen der Zusammenarbeit sicher wesentlich erleichtern werden.

Betrachten wir abschließend die in diesem Band zusammengetragenen Länderanalysen unter dem Gesichtspunkt, ob sie einheitliche Schwerpunktsetzungen hinsichtlich der noch nicht oder nur unzulänglich gelösten Probleme einer umfassenden Humanisierung der psychiatrischen Versorgung auch über die Grenzen sozialer Systeme hinaus erkennbar werden lassen, so sind es nur wenige markante Punkte, die sich aufdrängen. Fast überall ist die Betreuung chronisch psychisch Kranker und schwer geistig Behinderter innerhalb und außerhalb psychiatrischer Institutionen unbefriedigend gelöst und der Trend zur Ausgrenzung und billigen Verwahrung dominierend geblieben. Dieses Problemfeld wird mit der überall sich abzeichnenden Zunahme von altersbedingten psychischen Erkrankungen und schwerwiegenden Behinderungen nach Suchterkrankungen noch an Brisanz gewinnen und zu einer der entscheidenden Herausforderungen der Zukunft werden. Trotz vieler bedeutender Erfolge beim Aufbau gemeindenaher psychiatrischer Versorgungsformen wird überall die Aufnahmebereitschaft der Gesunden für die Andersartigen und weniger Leistungsfähigen durch ausgeprägtes Leistungsstreben, Konkurrenzverhalten und Egoismus gebremst und limitiert. Unter diesem Aspekt sind mit dem nun weitgehend erfolgten Zusammenbruch sozialistischer Strukturen und der ihnen notwendig folgenden Ausbreitung einer wohl noch lange Zeit prosperierenden Marktwirtschaft keine automatisch eintretenden positiven Wandlungen, eher zunehmende Risiken für den Verlust an sozialem Gehalt gesellschaftlicher Lebensgestaltung zu erwarten. Fast in allen behandelten Ländern klafft eine große [601] Lücke zwischen der in der Regel traditionell somatomedizinisch und auf individuelles curatives Handeln ausgerichteten ärztlichen Ausbildung und den Erfordernissen eines breiteren sozialwissenschaftlichen Ansatzes für die psychiatrische Praxis, dessen Relevanz und inhaltliche Ausformung selbst in der psychiatrischen Profession nicht einhellig anerkannt und mitgetragen wird. Neue Denkansätze, die den ganzen Menschen in seiner anthropologischen Verfassung wie auch in seinen

spezifischen komplizierten sozial-kommunikativen Beziehungen erfassen, liegen zwar vor – werden aber nur partiell wahrgenommen und aufgegriffen. Demgegenüber scheint in der akademischen Psychiatrie die Ausrichtung auf biologische Forschungsmethoden und durch sie begründete somatotherapeutische Behandlungsverfahren wieder dominierend zu werden, was auch ein erhebliches Risiko für das Wiederaufleben biologistischer Denkmuster beinhaltet, mit denen in der neueren Geschichte gerade die repressive Ausgrenzung von psychisch Kranken und geistig Behinderten wie auch generell die Ideologie der Ungleichheit der Menschen und ihrer wesentlichen Rechte legitimiert worden ist.

Sieht man diese Bedingungskomponenten im Zusammenhang, dürfte es nicht übertrieben sein, von der existierenden Gefahr einer weitgehenden, schleichend erfolgenden und im Namen der Wissenschaft wie der Notwendigkeit der Ökonomie vorangetriebenen Aufhebung bzw. Rücknahme von bisherigen Erfolgen der Psychiatriereformbewegung zu sprechen. Ihr entgegengerichtet sollte eine noch intensiver geforderte, von engerem Zusammenschluß auch im internationalen Rahmen getragene und flexibel vorgehende Psychiatriereformbewegung der Zukunft sein – daß diese ein breites Bündnis mit den Betroffenen und deren Angehörigen ebenso braucht wie klare ethische Positionen und politische Argumentationen, ist aus der neueren Entwicklungsgeschichte ebenso ablesbar wie der Umstand, daß sie ihre Chancen mindert, wenn sie sich politischen Interessengruppen einseitig anschließt oder professionellen Omnipotenzansprüchen nachgibt.

So bleibt offen, wie es mit der Psychiatrie in den nächsten Jahrzehnten weitergeht. Der biologistische Gegenangriff, ausgehend von den USA, hat in Europa vorerst nur die Universitätskliniken erreicht – diese allerdings, zumindest in der BRD, auch ziemlich restlos überrollt –, während in den kommunalen Diensten wie in den psychiatrischen Krankenhäusern immer noch zunehmend Sozialpsychiaterin leitende Positionen gelangen. Dies letztere wird, so steht zu befürchten, bald anders werden. Der biologistische Gegenangriff kommt ja nicht von ungefähr. Er ist, ob seine Protagonisten dies bewußt wollen oder nicht, Teil der ideologischen Offensive des Neokonservatismus, die mit großem Erfolg darauf hinsteuert, die kapitalistische Leistungsgesellschaft als Krönung und Endpunkt der Menschheitsentwicklung darzustellen und zugleich zu legitimieren – und damit auch die elitäre Vorstellung mehr oder weniger unverrückbarer Grenzen zwischen Begabten und Unbegabten, psychisch Stablen und Labilen, Höher- [602] und Minderwertigen. Der Zusammenbruch der sozialistischen Gesellschaftsordnungen Osteuropas hat aus dieser Offensive einen triumphalistischen Siegeszug gemacht, der schon zu einer Tabuisierung von Worten wie „sozialistisch“ geführt hat. Es steht zu befürchten, daß diese Tabuisierung auch noch viele Vorstellungen von „Sozialem“ miterfaßt – angefangen mit derjenigen vom Sozialstaat. Dann wird sich auch „Sozialpsychiatrie“ hinter anderen Bezeichnungen verbergen müssen (Worte wie Gemeindepsychiatrie, kommunale Psychiatrie usw. bieten sich dafür an). Gleichzeitig droht aber die bisherige Auseinandersetzung zwischen zwei unterschiedlichen Gesellschaftssystemen sich in eine Fülle von Nationalitätskonflikten einerseits, von punktuellen bürgerkriegsähnlichen Brandherden andererseits zu verwandeln, wo es um Kampf gegen Drogen, Kampf gegen das Verbrechen, den Terrorismus, bald vielleicht auch um den Kampf gegen die Aids-Kranken, die Verwahrlosten, die Verrückten usw. geht. Möglicherweise steht uns weltweit ein Sao Paulo oder Bogota bevor, wo die Wohlhabenden sich in einer Art von militärischem Sperrgebiet hinter Mauern und Stacheldraht verbarrikadiert haben, umgeben von der Verelendung, der Anarchie und dem organisierten Verbrechen preisgegebenem „Feindesland“. Die Phantasie reicht nicht aus, sich vorzustellen, was in solch einer Welt Psychiatrie sein soll. Deshalb gilt weiterhin, daß mit dem Kampf um die Humanisierung der Psychiatrie – wenn dieser erfolgreich sein soll – immer auch der Kampf um eine humanere und gerechtere Welt für *alle* geführt werden muß.

## LITERATUR

KULENKAMPFF, C. u. PICARD W. (Hrsg.): Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch Kranker. Ein internationaler Vergleich. Köln, Rheinland-Verlag, 1989

Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. 11. November 1988. Herausgegeben vom Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit.

GASTAGER, H.: Das Problem der Bewertung einer Psychiatriereform. In: PFÄFFLIN, F. u. a. (Hrsg.): Der Mensch in der Psychiatrie. Berlin, Heidelberg, Springer, 1988, S. 189–195

ROSE, H. K. und HASELBECK H. (Hrsg.): Rehabilitation chronisch-psychisch Kranker. Diagnose, Prognose, Therapie. Internationales Symposium. Hannover, 1984

THOM, A., UHLE M. u. WEISE K.: Humanisierung der Psychiatrie. Überlegungen zu ihrer Geschichte und ihren gegenwärtigen Bedingungen. In: HAUG, W. F. u. PFEFFERER-WOLF H. (Hrsg.): Fremde Nähe. Zur Reorientierung des psychosozialen Projekts. Festschrift für Erich Wulff. Argument-Verlag, Hamburg, 1987, S. 2–74

WULFF, E.: Versuche einer Psychiatrie-Reform in der Bundesrepublik Deutschland. Sozialwissenschaftliche Annalen 2, Physica-Verlag Wien, 1978, S. B 87–B 96

WULFF, E.: Psychiatrie und Herrschaft. Politische Indienstnahme der Psychiatrie in West und Ost. I und II. Das Argument 110 und 111, Berlin(West) 1978