

Was tun? Eine subjektive Rückschau auf 21 Jahre Psychiatriereform

Wollschläger, Martin

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Wollschläger, M. (1997). Was tun? Eine subjektive Rückschau auf 21 Jahre Psychiatriereform. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 21(2), 29-43. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-290685>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Martin Wollschläger

Was tun? – Eine subjektive Rückschau auf 21 Jahre Psychiatriereform

1. Vorbemerkung

Im vorletzten Jahr widmete die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (dgvt) ihr letztes Quartalsheft einem Rückblick auf 20 Jahre Psychiatrie-Enquete (vgl. VPP, 4/95). 1996 gab das *Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales von NRW* zum gleichen Thema eine Tagungsdokumentation in Druck (vgl. MAGS, o.J.). Es scheint also nicht zu früh zu sein, eine Rückschau zu wagen. Die Reformen sind noch nicht gänzlich und überall umgesetzt, vieles vom Erreichten steht noch vieler Orten auf wackligen Füßen, und von seiner anhaltenden Sicherung kann gerade heutzutage in Zeiten chronisch leerer öffentlicher Kassen keine Rede sein. Trotzdem: Ein Blick zurück und eine vorsichtige Einschätzung ...

2. Psychiatrie-Enquete und die Bewegung des »Mai 1968«

Die Reformbewegung der westdeutschen Psychiatrie¹ ist ohne die Schubwirkung der 68-Bewegung nicht denkbar. Auch in die PsychologInnenausbildung zog die gesellschaftskritische politische Dimension ein. Neue und alte Linke diskutierten das Fach gegen den Konsens des Verdrängens und Vergessens (vgl. Geuter, 1988) und gegen die Restauration der überbrachten Ordinarienuiversität. Studentisches Motto jener Tage: »Unter den Talaren Muff von 1000 Jahren!« Unbotmäßigkeit gegenüber althergebrachten Normen wurde zu einem wesentlichen Stilmittel in der akademischen Auseinandersetzung. Allseitiges »Hinterfragen« und permanente Prüfung des zu vermittelnden Fachwissens auf seine »Gesellschaftsrelevanz« bestimmte die Diskussionsatmosphäre der 70er Jahre an der Universität und so auch an vielen psychologischen Instituten. Man wollte sich nicht nur

für das eigene Fach im »eentlichen« und engeren Sinn interessieren; die Studenten kämpften um das Recht, das allgemein politische Mandat auszuüben. Ziel bei all dem war, das eigene Fach aus seiner Eindimensionalität hinaus in den gesellschaftspolitischen Raum zu führen. Die Parole lautete: »Weg vom Fachidiotentum!« In diesem Zusammenhang spielte die konkrete Auseinandersetzung auch mit dem psychologischen Meß- und Testmodell eine zentrale Rolle (vgl. Grubitzsch, 1991). Es wurde gefragt: Was hat die Psychologie zu tun mit Ökonomie, mit Geschichte, mit Krieg und Hunger, mit Folter, Unterdrückung und Gefängnis? Wie verhält sie sich zu diesen gesellschaftlichen Phänomenen, und wie verhält sich die Psychologie zu den Gefangenen in den großen Irrenhäusern (nicht nur) in der BRD?!

Was lag also näher, geistige Strömungen, die bereits einen Diskurs in diesen Fragen offensiv in Gang gesetzt hatten, zu rezipieren. Man las die Schriften der italienischen Psychiatrieauflöser, wie *Basaglia*, *Jervis* und *Pirella* sowie die Reformer aus England *Benett*, *Cooper*, *Laing*, *Goffman* und später in den 70er Jahren deutsche Autoren, wie *Bopp*, *Dörner*, *Finzen* und *Wulff*. Goffmans 1961 geschriebenes, 1972 ins Deutsche übertragene Buch »Asyle« kann als das initiale literarische Fanal für alles weitere gelten. Sil Schmid titelte 1977 ihren Bericht über die italienische Psychiatriereform mit der Feststellung: »Freiheit heilt!« Darüber hinaus entstand zwischen 1970 und 1980 ein eigenständiges Film- und Mediengenre, das sich kritisch und dabei unterhaltsam mit den Zuständen psychiatrischer Großeinrichtungen auseinandersetzte. »Kuckucksnest« und »Rosengarten« waren filmische Glanzlichter dieses Genres. Das meistverkaufte Psychiatrielehrbuch der Gegenwart, »Irren ist menschlich« von Dörner und Plog, erlebte 1978 seine Erstauflage und bricht auch weiterhin alle Verkaufsrekorde.

Was war nun der Anlaß für diese auch von allen wichtigen Medien aufgegriffene Protestbewegung? Zum einen, wie bereits festgestellt, der »Mai '68«, die vor allem von der Jugend der westlichen Industriestaaten getragene Protestbewegung gegen das »Establishment« oder mit anderen Worten gegen die politischen und ökonomischen Eliten und deren Verstrickung und aktive wie passive Täterschaft in Sachen Korruption, Hunger und Krieg. Weil diese Protestbewegung ganzheitlich dachte und analysierte, d.h. dadurch auch in der Lage war, indirekte Zusammenhänge aufzuschlüsseln, erreichte sie mit ihrem Frei-

heits- und Antirepressionsdiskurs auch die Psychiatrie. Und hier gab es national wie international in der Tat skandalöse Mißstände: Überfüllte Irrenhäuser, wie Vieh zusammengepferchte Kranke; zu wenig und damit überfordertes Personal und aus dem resultierend eine explosive Mischung aus Leid, Trauer, Wut und Aggression. Obwohl diese Zustände schon seit langem bestanden und bekannt waren, war erst Ende der 60er Jahre die Zeit reif, die Sensibilität der Öffentlichkeit groß genug, um dieses Thema aufzugreifen und es einem gesellschaftspolitischen Diskurs zuzuführen mit dem Ziel, die vorgefundene und beklagenswerte Psychiatrierealität zu verändern. Als Plattform für die in Angriff genommenen Reformschritte wurde die Psychiatrie-Enquete erstellt, die am 25.11.1975 dem deutschen Bundestag zugeleitet wurde (vgl. Deutscher Bundestag, o.J).

3. Die Enquete: Ein reformistischer Versuch zur Humanisierung inhumaner Zustände

Der Bericht der Enquete-Kommission ist in jeder Hinsicht (auch heute noch) zu sperrig, als daß er in diesem Beitrag hinreichend diskutiert werden könnte.

Allgemein kann jedoch festgestellt werden, daß die Kommission nicht die Auflösung hergebrachter Psychiatriestrukturen vorschlug, sondern deren Reformierung und Humanisierung. Daß die historische Chance, Versorgungsstrukturen mit wirklich neuer Qualität zu schaffen, vertan wurde, hat viele Ursachen. Eine besteht schon allein in der Tatsache, daß die Kommissionsmitglieder in ihrer überwiegenden Mehrheit Ärzte und deren Verbandsfunktionäre waren, die es als ihre Aufgabe ansahen, medizinisches Terrain zu verteidigen. So schaffte es ärztliche Standespolitik, daß Psychiatrie weiterhin eindeutig und klar alleinige Domäne der Medizin bleiben konnte. Die Gelegenheit, Psychiatrie wieder in ihren früheren multidisziplinären Zusammenhang mit Philosophie und Sozialwissenschaften einzubinden, wurde zugunsten medizinischen Machterhalts verhindert. In der Folgezeit wurden in Westdeutschland psychiatrische Modellregionen eingerichtet, um dort zunächst in kleinem Maßstab die alten Strukturen zu reformieren: Die großen Irrenhäuser erhielten Institutsambulanzen und Tageskliniken. Nach und nach verschwanden Anstaltsmauern und Bettensäle. Mit Hilfe der Modellgelder und auch eige-

ner oft unentgeltlicher Initiativen wurden in den Gemeinden, also extramural, Arbeits- und Wohnplätze, Freizeitmöglichkeiten und vieles mehr für die früheren »Insassen« bereitgestellt. Die vollstationären Bereiche, also die Anstalten, wurden erheblich verkleinert. Sektorversorgung und gemeindenahes psychiatrisches Handeln, stationäre Aufnahme nur, wenn unbedingt nötig, setzten sich langsam durch. Der hier skizzierte Prozeß lief und läuft regional unterschiedlich ab in Geschwindigkeit und Qualität. Es ist wichtig, hier festzustellen, daß auch heute vieles von dem in der Enquete Festgeschriebene noch nicht umgesetzt ist. So mußten die in der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) festgeschriebenen Personalbemessungen erst Ende 1995 erfüllt sein. Das soll zum allgemeinen Hintergrund zunächst genügen. Auf einen Kurznenner gebracht: Die Enquete war reformistisch, keinesfalls jedoch revolutionär.

Welche Rolle spielten die PsychologInnen in diesem Reformprozeß, welche Möglichkeiten wurden ihnen eröffnet, und was brachten die PsychologInnen in die Psychiatrie mit?

Ich werde versuchen, diese Fragen beispielhaft anhand der Berufsgruppe der PsychologInnen im Bereich meines Arbeitgebers, des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL), zu beantworten, da ich bei dieser Gruppe glaube, am ehesten etwas über das oben beschriebene Wechselverhältnis aussagen zu können.

4. Zur Situation der Psychiatrie in den Kliniken des LWL und die »Entdeckung« der PsychologInnen

Die ersten PsychologInnen wurden Anfang der 60er Jahre in den Kliniken des LWL eingestellt. Sie waren eher exotischen Vögeln vergleichbar und hatten nichts mit der Regelversorgung psychiatrischer Patienten zu tun. PsychologInnen galten bis weit in die 70er Jahre hinein »... als eine Art technisches Hilfspersonal, rangierten in der Hierarchie noch weit unter einer 'Oberschwester' und waren im Kreise der Psychiater als eine Mischung aus modernem Hofnarr und altmütterlichem Pulswärmer geduldet« (Schorsch, 1980, S. 272). Sie waren in der Regel dazu bestimmt, in ärztlichem Auftrag und im organisatorischen Rahmen zentraler psychologischer Dienste, psychologische Testverfahren durchzuführen. PsychologInnen gehörten in jenen Tagen einem spezialisierten Sonderdienst an, der arbeitsteilig be-

stimmte Resultate zu liefern hatte. Diese Situation begann sich nur langsam und zwar erst im Vorfeld des Enquete-Berichtes zu ändern. Auch in den Kliniken des LWL fanden heftige Diskussionen über den Reformweg statt. Es ging um das Aufbrechen konservativer schulpyschiatrischer und damit ureigendster medizinischer Positionen und verbunden damit um Einschränkung und Abbau ihrer Privilegien und Machtbefugnisse. Zur Erinnerung: Bis zur Reformära befand sich das gesamte Klinik(Anstalts)-Konzept fest in der Hand des medizinischen Direktors. Dieser gebot direktorial auch über die anderen nichttherapeutischen Bereiche. Ohne Übertreibung kann festgestellt werden, daß der Ärztliche Direktor einer psychiatrischen Klinik jener Tage mit Befugnissen ausgestattet war, die von ihrer Machtfülle her denen eines Duodezfürsten nicht unähnlich waren: Personalhoheit, Etathoheit, Therapiehoheit.

Über diese absolutistische Konzeption brach mit Beginn der 70er Jahre die Reformbewegung herein! Es bedarf nicht allzu großer Phantasie, um sich vorstellen zu können, daß die Reformbewegung und die Unausweichlichkeit ihrer Konsequenzen zu erheblichen Abwehrreaktionen der privilegierten Teile in den Klinikhierarchien führte. Aber es half nichts! Auch die Amtsträger waren gezwungen, die Zeichen der Zeit zur Kenntnis zu nehmen. Die Klügeren unter ihnen stimmten den reformistischen Veränderungen zu, setzten sich oftmals an die Spitze der Reform und halfen so, gemäßigte Veränderungen in den einzelnen Kliniken auf den Weg zu bringen. Bei all der Gewalt in den damaligen Irrenhäusern und bei all dem persönlichen Schuldigwerden vieler Mitarbeiter längs und quer durch die Hierarchie darf nicht vergessen werden, daß die psychiatrischen Einrichtungen jahrzehntelang von Gesellschaft und Politik alleingelassen und an den Rand gedrängt waren. So litten fast alle psychiatrischen Kliniken unter eklatantem ÄrztInnenmangel, und man machte sich auf den verschiedensten Ebenen des LWL Gedanken darüber, wie dieser Mangel zu beheben sei: Die Maßnahmen reichten über die Schaffung von mehr Planstellen, die Ausstattung der ÄrztInnen mit Sonderprivilegien sowie Errichtung eines eigenen Studienwerks zur Förderung von Medizinstudenten bis hin zur Bereitstellung preiswerten Wohnraums für ÄrztInnen.

All diese Bemühungen zeigten im Ergebnis Erfolge, aber die reichten letztlich nicht aus, um Miß- und Notstände zu beheben. In

dieser Situation rückte mehr und mehr die völlig neue Berufsgruppe der PsychologInnen ins Blickfeld des Trägerinteresses. Arbeiteten bis 1975 in 16 Kliniken des LWL gerade einmal 41, so waren es bereits 1985 116 PsychologInnen in 20 Kliniken des Trägers. Dies entspricht einer knappen Verdreifachung der beschäftigten PsychologInnen innerhalb eines Jahrzehnts (vgl. Wollschläger, 1996, S. 37). Ein Hauptgrund dieser stürmischen Personalentwicklung dürfte in der Tatsache zu finden sein, daß der strukturelle ÄrztInnenmangel erst ab Mitte der 80er Jahre in den Kliniken des LWL als überwunden gelten durfte. So schlug aus der Not des Mangels der »Berufsverband westfälischer Krankenhauspsychiater und -psychologen« 1969 gegenüber dem Träger zur Behebung des Personalmangels folgendes vor: »Wir regen die Vermehrung der Planstellen für Psychologen an, bzw. die Besetzung vakanter Arztstellen mit Psychologen. Unter ärztlicher Leitung und Mitarbeit wären Psychologen durchaus in der Lage, ganze Krankenhausabteilungen zu führen und die überlasteten Ärzte zu entlasten« (ebd., S. 38). In diesem Zitat wird vor allem die Notlage deutlich, und unverhohlen wird die Zielrichtung, nämlich Entlastung der ÄrztInnen herbeizuführen, formuliert.

Die Geister (PsychologInnen), die nun vom LWL aus einer Notlage heraus gerufen worden waren, kamen: Viele blieben, und man wurde sie nicht wieder los! Und bei denen, die ab 1975 kamen und blieben, handelte es sich in der Mehrzahl um KollegInnen, die mit reformerischem Impetus in die Kliniken kamen. Viele von ihnen waren bereits vom »Virus« der 68er und der Reformbewegung infiziert und kamen mit entsprechend großem inhaltlichen Anspruch und ebensolchem »missionarischem Eifer« in unsere Kliniken, um dabei zu helfen, die beklagenswerten Zustände zum Besseren hin zu verändern. Viele von ihnen (und ich zähle mich auch dazu) waren psychiatriekritisch oder antipsychiatrisch eingestellt. Das führte natürlich zu nicht immer produktiven Reibungsflächen mit der Institution. Aber Reibung als solche, letztlich mit einer konstruktiven Stoßrichtung war ein überaus wichtiges Moment für reformerische Vorwärtsbewegung.

5. Verschiedene reformistische Strömungen im Vorfeld der Enquete

Die 70er Jahre bildeten gleichsam den Brennpunkt für verschiedene Aufbruchsbewegungen, die sich aus der allgemeinpolitisch formulierten 68er-Bewegung herauskristallisiert hatten: Die militante und auf bewaffnete Aktion bauende Stadtguerilla der RAF, die Herausbildung nichtbewaffneter parlamentarischer und außerparlamentarischer politischer Bewegungen, die sich verschiedene Organisationsformen gaben, und letztlich Bewegungen, die sich auf die Veränderung konkreter gesellschaftlicher Bereiche und Berufsfelder wie z.B. hier auf das der Psychiatrie bezogen. Und auch in der berufsfeldbezogenen Reformbewegung fand man das gesamte Spektrum abgestufter Radikalität vor. Veränderungen in ihrer radikalsten Form wurden auf die Formel »Auflösung aller Großkrankenhäuser« oder gar Auflösung der gesamten Psychiatrie als solcher gebracht. Ihren radikalsten Ausdruck fand diese Teilbewegung im Begriff der Antipsychiatrie (vgl. Bopp, 1980).

Die weniger radikalen Bewegungen bündelten sich in der 1970 gegründeten »Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie« (DGSP). Eine weitere bedeutsame Entwicklungslinie im Reformprozeß, die schon weit in die 60er Jahre zurückreichte, gewann in den 70er Jahren im Rahmen des gesamten Reformprozesses besondere Bedeutung: Ich meine hier die stürmische Entwicklung psychologischer Psychotherapieformen. Für die stationäre Psychiatrie sollte hier vor allem das ab 1965 von der psychiatrischen Klinik in Gütersloh aufgenommene ursprünglich aus England kommende Konzept der »Therapeutischen Gemeinschaft« von initialer Bedeutung sein. Mit Fertigstellung der Enquete – 1975 – treffen im Reformprozeß verschiedene Bewegungen zusammen, die versuchten, in die hergebrachten Strukturen sozialwissenschaftliche psychologisch-psychotherapeutische sowie gemeindepsychologische Ansätze einzubringen. Dabei sollte dem Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft besondere Bedeutung zukommen, weil von ihm die »ehernen Gesetze« der Anstalt, nämlich, soziale Kontrolle sowie Verwaltung und Machterhalt der Professionellen am nachhaltigsten strukturell infragegestellt und an ihre Stelle Teamarbeitskonzepte und die Kooperation aller Beteiligten gesetzt wurden. Das Konzept der Therapeutischen Gemein-

schaft bot unter anderem den Vorteil, psychotherapeutische mit sozialpsychiatrischen Sicht- und Herangehensweisen verbinden zu können (vgl. Hilpert et al., 1981).

6. Die PsychologInnen werden zu einer wichtigen Berufsgruppe im Reformprozeß

»Die bewußt gesteuerte soziale Interaktion ist das berufliche Tun des Psychologen.« Diese programmatische Aussage wurde in einem auch heute noch von seinem Inhalt her keineswegs überholten Vortrag anläßlich der Gütersloher Fortbildungswoche 1971 gemacht, der den Titel trug: »Die Rolle des Psychologen im psychiatrischen Krankenhaus« (vgl. Binder et al., 1971). Programmatisch und weit in die Zukunft weisend wurde hier von einem vierköpfigen psychologischen Autorenkollektiv bereits eine seinerzeit in Gütersloh in ihren Anfängen umgestaltete Psychiatrierealität und auf der anderen Seite Zukunftsvisionen einer humanen und fortschrittlichen psychiatrischen Arbeit in psychiatrischen Kliniken beschrieben. In einer komplexen, für Veränderungen hochsensiblen Situation begann erstmalig die Berufsgruppe der PsychologInnen eine in den psychiatrischen Kliniken relevante Berufsgruppe zu werden. Mit Beginn der 70er Jahre verließen die PsychologInnen in vielen Kliniken ihre »Elfenbeintürme« ihrer zentralen testpsychologischen Dienste. Sie begannen auf die Krankenstationen zu gehen und wurden dort zu wichtigen Initiatoren des Gedankens multiprofessioneller Teamarbeit und zu »Agitatoren« der Therapeutischen Gemeinschaft. Dieser Prozeß, der einerseits seinen Niederschlag in jenem Vortrag fand, wobei der Vortrag auf der anderen Seite auf die weiteren Reformprozesse einwirkte, kann als Beginn eines Paradigmawechsels bezüglich klinisch-psychologischer Arbeit vom ärztlichen Heilhilfsberuf (Testdiagnostik auf ärztliche Anfrage) zum gleichberechtigten (psychologischen) Therapeuten gewertet werden. In diesem Zusammenhang ist es sicher kein Zufall, daß die Gütersloher Klinik im Rahmen der Enquete-Kommission schon eine gewisse Vorreiterrolle übernehmen sollte: Sowohl der damalige Ärztliche Direktor, Prof. Winkler, als auch der langjährige Kommissionsvorsitzende der Enquete-Kommission, der Psychologe Zumpe aus der gleichen Klinik, waren schon Mitte der 60er Jahre damit befaßt, Forschung innerhalb psychiatrischer Regelversorgungsstrukturen

(Psychiatrische Klinik Gütersloh) zu betreiben und parallel dazu alternative und reformkonzeptuelle Therapiesettings zu entwickeln (vgl. Wollschläger, 1996).

So berechtigt es ist, die fortschrittliche Rolle der PsychologInnen in diesem Prozeß hervorzuheben, so klar muß auch gesagt werden, daß auch die PsychologInnen das psychiatrische System nicht überwinden wollten und konnten. Mir kam es vielmehr darauf an zu zeigen, daß ein Fach wie die Psychologie durch die 68er Bewegung und ihre Folgen in einem sehr viel höheren Maß politisierbar war, als das der Medizin. Des weiteren kam es mir darauf an zu zeigen, daß es den PsychologInnen möglich war, dieses theoretische und auch politische Potential zu einem Teil in die berufliche Anwendungspraxis umzusetzen, und zwar in Form einer kritischen, hinterfragenden Grundhaltung, sowie in der Schaffung humanerer und gleichberechtigter Umgangsweisen zwischen PatientInnen, Behandelnden und sonstigen SozialpartnerInnen.

7. Resümee und Ausblick

Zum Schluß möchte ich die wichtigsten Aspekte thesenartig zuspitzen und versuchen, Antworten auf die eingangs gestellte Frage, was noch zu tun sei, geben.

Erste These:

Die revolutionären antipsychiatrischen Modelle hatten von Beginn an auch in den Kliniken des LWL keine Chance zur Umsetzung. Die Weichen waren bereits in Richtung gemäßiger Reformen gestellt.

Zweite These:

Viele der großen Anstalten wurden reformiert, d.h. in der Regel in ihrem Umfang verkleinert und mit teilstationären ambulanten Komplementärbereichen ausgestattet.

Dritte These:

Sozialpsychiatrische Ansätze wurden in den Modellregionen mit unterschiedlichem Erfolg umgesetzt und ansonsten von der Schulpsy-

chiatrie absorbiert, ohne daß diese ihr eigenes Paradigma hätte verändern müssen.

Vierte These:

Der Weg in eine konsequente flächendeckende gemeindepsychologisch-psychiatrische Versorgung wurde vor allem in den Modellregionen, aber zu wenig darüber hinaus beschritten.

Fünfte These:

Die Definitions- und Entscheidungsmacht des schulmedizinisch-psychiatrischen Modells blieb in ihrer grundlegenden Struktur unangetastet und voll erhalten.

Sechste These:

Trotz aller hier behaupteten Einschränkungen und Versäumnisse hat sich die Versorgung psychiatrischer PatientInnen in den letzten 20 Jahren in ihrer Qualität erheblich verbessert und ist vom menschenrechtlichen Aspekt her humaner geworden.

Zur speziellen Rolle der PsychologInnen in diesem Reformprozeß ist folgendes anzumerken:

- Die Verlagerung psychologischer Arbeit aus den zentralen Hilfsdiensten heraus, hin auf die Krankenstationen, kann auch retrospektiv als Gewinn im Sinne einer Vervollständigung psychologischer Arbeit gewertet werden. In diesem neuen Arbeitsfeld wurden die PsychologInnen enger mit dem Leben der PatientInnen und dem der Institution vertraut.
- Parallel zu diesem Schritt büßten sie jedoch teilweise den Status ihrer Spezialistenexklusivität ein. Sie waren genötigt, anderen Berufsgruppen psychologisches Tun offen zu legen und zu begründen.
- Dieser Schritt zum (gegenseitigen) Austausch von Wissen bedeutete auf der inhaltlichen Ebene eine gute Übung in wechselseitigem Abbau von Herrschaftswissen, kann also als grundlegende demokratische Übung gewertet werden.
- Die »Mitgift« der PsychologInnen beim Gang auf die Krankenstationen bestand zum einen in der Erweiterung des nosomor-

phen medizinischen Denkens und Tuns um das »Gesunde« und Entwicklungsbetonende ihrer Ansätze und Handlungsweisen, zum anderen in der Anregung einer Kommunikationskultur zwischen Professionellen, PatientInnen und Angehörigen im Gegensatz zur hergebrachten ärztlichen »Anordnungskultur«. (Verhandeln statt behandeln.«).

- Allerdings ist trotz aller Konflikt- und Kooperationsfähigkeit seitens der PsychologInnen ein nicht zu unterschätzender Deformationseffekt bei der Berufsgruppe festzustellen. Dieser resultiert aus der Tatsache, daß psychologische Arbeit und ihre Anbieter im großen und ganzen in absorbierender Weise vom Medizinbetrieb integriert wurde, und es bis heute nicht geschafft werden konnte, eine eigenständige originär psychologische Position in komplementärer Weise zum medizinischen Modell aufzubauen. Die Resultate der Deformation reichen von klagloser Anpassung über individuelle Sinn- und Nischensuche bis hin zur Ausbildung einer überwiegend klagsam-nörglerischen Alltagsbewältigung (vgl. Hermer 1994, Wollschläger, 1996).
- Ein ganz wichtiger Grund für diese Haltungen ist sicherlich in der Tatsache zu suchen, daß die rechtliche Situation für PsychologInnen (Anpassung von Rechtsnorm und Rechtswirklichkeit), und dies gilt für alle beruflich relevanten Bereiche, bis heute nicht erfolgt und im Ergebnis als trostlos zu bezeichnen ist (vgl. Wollschläger, 1996).

8. Was tun?

- Viele der extramural aufgebauten Stützsysteme und »Gegenwelten« stehen auf tönernen Füßen. Sie müssen durch solide und dauerhafte strukturelle wie finanzielle Maßnahmen von seiten des Staates und der Solidargemeinschaft abgesichert werden.
- Das Angebot teilstationärer sowie ambulanter Dienste und Angebote muß bei gleichzeitigem Abbau stationärer Kapazitäten weiter vorangetrieben werden.
- Eine weitere Subsektorisierung im Sinne gemeindepsychologisch-psychiatrischer Zentren vor Ort in den Stadtteilen muß unterschiedener als bisher vorangetrieben werden.

- Dabei ist dafür zu kämpfen, daß die komplexen Leistungen, die nur von multiprofessionellen Betreuungs- und Behandlungsteams kompetent erbracht werden können, durch sehr viel höhere Pauschalen finanziell abgesichert und von der psychiatrisch-ärztlichen Einzelleistungsliquidation abgekoppelt werden.
- Der Kampf gegen das bereits laufende naturwissenschaftlich-biologische Roll-back der Schulpsychiatrie ist offensiver zu gestalten (vgl. Wulff, 1993), sowohl durch Medienarbeit als auch durch das Praktizieren der überlegeneren multiprofessionellen Arbeitsweise.
- Der Ausbau psychosozialer Beratung und die Unterstützung von Selbsthilfekzepten (Empowerment) mit und ohne Expertenbeteiligung ist ebenfalls voranzutreiben (vgl. Zykowski, 1989).
- Das gleiche gilt für die Weiterentwicklung und Integration einer »Allgemeinen Psychotherapie« in sozialpsychiatrische Konzepte (vgl. Grawe et al., 1994).
- Verstärkung des Kampfes um die heilkunderechtliche und berufsrechtliche (nicht standesrechtliche!) Gleichstellung und damit Kampf um die gleichberechtigte Rechtsstellung der PsychologInnen und anderer beteiligter Berufsgruppen im Rahmen psychiatrischer Versorgungssysteme.
- Wichtigstes Ziel bei all dem muß es bleiben, »den Gegenstand der Psychiatrie« von der Peripherie ins Zentrum des alltäglichen Lebens zu bewegen, um ihn auf diese Weise als psychiatrischen Gegenstand aufheben und auflösen zu können.

Anmerkungen

- (1) In der ehemaligen DDR wurde die Reform sehr viel früher, im Jahre 1963 eingeleitet. Sie fand ihren programmatischen Ausdruck in den sogenannten »Rodewischer Thesen«, die anlässlich eines internationalen Symposiums über psychiatrische Rehabilitation vom 23.-25. Mai 1963 in Rodewisch i.V. aufgestellt wurden. Da die von Rodewisch ausgegangene Reformbewegung zu spezifisch und eigenständig war, würde es ihr nicht gerecht, wenn sie hier sozusagen nebenbei abgehandelt würde. Es sei jedoch an dieser Stelle festgestellt, daß der Geist von Rodewisch einen nicht unerheblichen Einfluß auf die sozialpsychiatrische Bewegung in Westdeutschland gehabt hat.

Literatur

- Binder, S. et al. (1971). Die Rolle des Psychologen im psychiatrischen Krankenhaus. In: LWL (Hrsg.), Gütersloher Fortbildungswoche 1971, S. 180-206.
- Bopp, J. (1980). Antipsychiatrie – Theorien, Therapien, Politik. Frankfurt/Main.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (o.J.). Grundlagen der Personalbemessung in der stationären Psychiatrie – Konzept der leistungsorientierten Personalbemessung nach der Psychiatrie-Personalverordnung – Bundesgesetzblatt Jahrgang 1990, Teil I. Bonn.
- Bundestag, Deutscher (Hrsg.). (o.J.). Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung, Drucksache 7/4200 sowie 7/4201. Bonn.
- Der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales (NRW) (Hrsg.). (o.J.). Psychiatrie der Zukunft, 20 Jahre Psychiatrie-Enquete – Standortbestimmung und Zieldiskussion. Düsseldorf.
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Hrsg.). 20 Jahre Psychiatrie-Enquete. Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis. VPP, 4/95.
- Dörner, K. (1975). Diagnosen der Psychiatrie. Frankfurt/Main.
- ders. (1984). Bürger und Irre. Frankfurt/Main.
- ders. (1988). Über die Randständigkeit des Menschen. Zu Sartres Saint Genet. In: T. König (Hrsg.), Sartre. Ein Kongreß. (S. 451-460). Hamburg.
- Dörner, K. & Plog, U. (1994). Irren ist menschlich – Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. Bonn.
- Goffman, E. (1972). Asyle. Frankfurt/Main.
- Geuter, U. (1988). Die Professionalisierung der deutschen Psychologie im Nationalsozialismus. Frankfurt/Main.
- Grawe, K. et al. (1994). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle.
- Grubitzsch, S. (1991). Testtheorie Testpraxis, psychologische Tests und Prüfverfahren im kritischen Überblick. Reinbek b. Hamburg.
- Hermer, M. (1994). Kleine Psychopathologie des Klinischen Psychologen oder: Der bange Weg durch die Institutionen. Report Psychologie, 19, (11-12), S. 12-18.
- Hilpert, H., et al. (Hrsg.). (1981). Psychotherapie in der Klinik. Berlin/Heidelberg/New York.
- Schmid, S. (1977). Freiheit heilt – Bericht über die demokratische Psychiatrie in Italien. Berlin.
- Schorsch, E. (1980). Rezension zu »Irren ist menschlich«. Sexualität konkret. Bd. I, S. 270-277. Hamburg.

- Wollschläger, M. (1991). Ausbildung. In: Hörmann & Körner (Hrsg.), Klinische Psychologie – Ein kritisches Handbuch (S. 143-163). Reinbek b. Hamburg.
- ders. (1992). Psychotherapie in der stationären Psychiatrie. VPP, 4, S. 493-502.
- ders. (1994). Aus- und Weiterbildung Klinischer Psychologen. Sozialpsychiatrische Informationen, 4, S. 39-41.
- ders. (1996). Das Berufsbild des Psychologen in der psychiatrischen Klinik. Eine historische und qualitativ-empirische Untersuchung psychologischer Arbeit in den Kliniken des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe. Tübingen.
- Wulff, E. (1993). Biologistischer Roll-back in der Psychiatrie. Soz. Medizin, 4, S. 28-32.
- Zygowsky, H. (1989). Grundlagen psychosozialer Beratung. Opladen.