

Offene Fürsorge – Rodewischer Thesen – Psychiatrie-Enquete: Drei Reformansätze im Vergleich¹

Heinz-Peter Schmiedebach¹, Thomas Beddies¹, Jörg Schulz¹, Stefan Priebe²

¹ Institut für Geschichte der Medizin, Universität Greifswald
² Unit for Social and Community Psychiatry St. Bartholomew's and the Royal London School of Medicine (University of London)

Zusammenfassung; Anliegen: Die drei wesentlichen deutschen Ansätze zur Reform psychiatrischer Versorgung im 20. Jahrhundert – die offene Fürsorge in den 20er Jahren in der Weimarer Republik, die 1963 in der DDR publizierten „Rodewischer Thesen“ und die Psychiatrie-Enquete 1975 in der Bundesrepublik – werden anhand von sieben Kriterien vergleichend betrachtet. **Methode:** Psychiatrische und allgemeinmedizinische Zeitschriften wurden systematisch auf Beiträge zu Zielen und Aufgaben psychiatrischer Versorgung durchgesehen. Die bei dieser Handrecherche identifizierten Artikel wurden analysiert. **Ergebnisse:** Alle drei Ansätze beinhalteten die Förderung außersstationärer Hilfen. Keiner postulierte ein „Empowerment“ im modernen Sinne. Unterschiede bestanden in der Forderung nach Gleichstellung von psychisch und somatisch Kranken, im internationalen Bezug und in der Argumentation mit ökonomischen Aspekten. Ein Vergleich anhand weiterer Kriterien, wie der Beziehung zur Universitätspsychiatrie, ergibt ein weniger klares Bild. **Schlussfolgerung:** Alle drei Reformideen sind – in unterschiedlichem und begrenztem Maße – erfolgreich gewesen. Sie weisen prinzipielle Gemeinsamkeiten, aber auch erhebliche Unterschiede auf.

Open Care – Rodewisch Theses – Psychiatry-Enquete: Comparison of Three Reform Approaches; Aim: The three most important German approaches for reforming psychiatric care in the 20th century – i.e. „open care“ in the Weimar Republic in the 20ies, the „Rodewisch Theses“ published in the GDR 1963, and the „Psychiatry-Enquete“ in the Federal Republic in 1975 – were compared using seven criteria. **Methods:** Psychiatric and general medical journals were systematically searched for articles on aims and objectives of mental health care. **Results:** All three approaches promoted stronger community based care. None of them suggested an „empowerment“, as it is understood today. Differences between them concerned equal care for mentally and physically ill patients, international relations, and economic arguments. Comparisons on other criteria, e.g. the relationship with university psychiatry, yield a less clear picture. **Conclusions:** All three ideas for reforms have been successful – to a limited and different extent. They resemble each

other in essential principles, but there are also substantial differences.

Bei allen historischen Veränderungen im politischen und sozialen Bereich, die das zu Ende gegangene Jahrhundert für Deutschland mit sich brachte, waren es drei Reformideen, die für die psychiatrische Versorgung in dieser Zeitspanne von Bedeutung waren: das in den 20er Jahren propagierte Konzept der „offenen Fürsorge für Geisteskranke“ [1–4], die 1963 in der DDR formulierten Rodewischer Thesen [5–7] und die 1975 unter dem Stichwort „Psychiatrie-Enquete“ nach mehrjähriger intensiver Vorarbeit veröffentlichte Grundlage der Reform der psychiatrischen Krankenversorgung in der Bundesrepublik [8,9]. Allen drei Konzepten ist gemeinsam, dass von den bestehenden psychiatrischen Versorgungseinrichtungen ausgehend Vorschläge zu einer Veränderung der psychiatrischen Versorgungsstruktur unterbreitet und teilweise auch umgesetzt wurden. Diese zielten darauf ab, einer größeren Zahl psychiatrischer Patienten mehr Freiheit und eine möglichst weitgehende Eingliederung in einen gesellschaftlichen Alltagszusammenhang zu ermöglichen. Ungeachtet dieses in allen drei Konzepten verankerten Zieles existieren sowohl in der Entstehungsgeschichte als auch in der realen Umsetzung der formulierten Optionen deutliche Besonderheiten, teilweise auch klare Unterschiede. Diese betreffen auch die Art der Abfassung der Konzepte. Während die Rodewischer Thesen und auch die Psychiatrie-Enquete in Form einer mehr oder weniger umfangreichen Einzelveröffentlichung vorliegen, existiert eine solche Grundlagenpublikation für die offene Fürsorge nicht; im letztgenannten Fall sind es mehrere einzelne Artikel, aus denen die für das Reformkonzept wichtigen Charakteristika herausgefiltert werden müssen. Selbstverständlich sind die historische Situation wie die medizinisch-psychiatrische und politische Diskussion in den jeweiligen Phasen ebenfalls von deutlicher Andersartigkeit gekennzeichnet. Eine die drei Konzepte abwägende und vergleichende Erörterung soll über die bereits vorliegenden zahlreichen Abhandlungen hinausgehend fragen, ob aus einer Hervorhebung der Unterschiede und

Gemeinsamkeiten Aussagen über die Kontinuität und Diskontinuität ideenbestimmter Legitimation zutreffen und Erkenntnisse über die günstigen oder widrigen Bedingungen für die Erörterung und Umsetzung psychiatrischer Reformvorstellungen zu gewinnen sind.

Methode

Im Rahmen einer umfassenderen Studie über die Ziele psychiatrischer Versorgung im 20. Jahrhundert in Deutschland wurden insgesamt 29 psychiatrische und allgemeinmedizinische Fachzeitschriften über ihren jeweiligen vollständigen Erscheinungszeitraum seit dem Jahre 1900 hinweg systematisch durchgesehen. In dieser Handrecherche wurden alle Beiträge, die sich mit Zielen und Aufgaben psychiatrischer Versorgung befassten, herausgesucht. Die dabei aufgefundenen Artikel wurden nach unterschiedlichen Kriterien in einer EDV-gestützten Datenbank dokumentiert und so strukturiert, dass der Zugriff auf die einzelnen Beiträge auf Grundlage verschiedener Kriterien und Parameter möglich ist. Soweit erforderlich und realisierbar, wurden die Zeitschriftenbeiträge durch weitere Dokumente und Sekundärliteratur ergänzt. Für die vorliegende Arbeit wurden aus der Datenbank nur diejenigen Beiträge ausgewählt, die sich mit den hier zur Diskussion stehenden drei Reformkonzepten beschäftigen. Die vorgelegte historisch-kritische und vergleichende Erörterung orientiert sich dabei an folgenden Kriterien: 1. Entstehungsgeschichte, Motivation, 2. internationaler Bezug, 3. Verhältnis von Anstalts- und Universitätspsychiatrie, 4. Arbeit und Wohnen als Dimensionen der sozialen Integration, 5. ökonomische Aspekte, 6. Stellung der Psychiater und Fürsorger, und 7. die heutzutage mit dem Begriff „Empowerment“ bezeichnete Tendenz der Ermächtigung und Selbstermächtigung psychisch Kranker, die darauf gerichtet ist, die Kompetenz und die Entscheidungsmöglichkeiten von Patienten auch im Verhältnis zu Versorgungseinrichtungen und den dort professionell Tätigen zu stärken.

Selbstverständlich wären auch andere Kriterien für einen Vergleich denkbar und sinnvoll. Im Interesse einer Konzentration auf obige Kriterien und auf die Reformideen selbst werden weitere Gesichtspunkte und Hintergrundbetrachtungen in diesem kurzen Beitrag jedoch bewusst vernachlässigt, genau so wie viele spezielle Fragen, z.B. ob die offene Fürsorge untrennbar mit Sterilisationen und Patiententötungen in einer nach damaligen Vorstellungen „modernen Psychiatrie“ verbunden ist [10].

Offene Fürsorge

Das Konzept der „Offenen Fürsorge psychisch Kranker“ umfasste eine Vielzahl von Maßnahmen, die in ihrer Gesamtheit darauf abzielten, den Patienten ein Leben außerhalb der Anstalten zu ermöglichen. Als nachgehende Fürsorge sollte sie eine Wiederaufnahme in die Anstalten verhindern und in ihrer vorbeugenden Variante die Zahl der Neuaufnahmen in Grenzen halten. Insbesondere in den großen Städten bereitete seit dem Ende des 19. Jahrhunderts die Versorgung einer steigenden Zahl von Anstaltsinsassen zunehmend Probleme, so dass bereits vor dem Ersten Weltkrieg Ansätze zur Eindämmung der „uneingeschränkten Kasernierung“ insbesondere leichter Fälle laut wurden. Im Wesentlichen existierten zwei Modelle: Eine um die Anstalt als Zentrum gruppiertes Fürsorgemodell und ein vorrangig kommunal getragenes.

Kolb stellte als Vertreter der anstaltszentrierten Fürsorge 1919 ein sechs Punkte umfassendes „Irrenfürsorge-Programm“ zusammen, das auch berufsständische Interessen hervorhob: 1. Ausdehnung der öffentlichen Fürsorge; 2. Hebung der freizeithilflichen Behandlung und des Rechtsschutzes; 3. Fachleitung und Fachaufsicht unter Zurücktreten der formalen Verwaltungsaufsicht gegenüber der effektiven ärztlichen Aufsicht; 4. Beschränkung der bisher durch Geld ermöglichten Vorrechte; 5. Stärkere Heranziehung der bemittelten Klassen zum finanziellen Unterhalt der öffentlichen Fürsorge; 6. Heranziehung der Anstaltsärzte zu wichtigen Fragen. Zuziehung des Personals bei Erörterung der die Verhältnisse des Personals betreffenden Fragen; 7. Aufklärung des Publikums über die Ziele der Irrenfürsorge, über die Wege zu diesen Zielen (...) durch öffentliche Vorträge, die eine Erziehung zur Mitarbeit anstreben ([11], S. 151 ff).

Im rheinisch-westfälischen Industriegebiet bildete sich nach dem Weltkrieg ein mit dem Namen Theodor Wendenburgs verbundenes anderes Fürsorgesystem heraus, das vor allem kommunal getragen wurde, jedoch der Anbindung an eine Heil- und Pflegeanstalt entbehrte – wenn auch die Notwendigkeit der Zusammenarbeit mit den psychiatrischen Fachärzten postuliert wurde. Das in Gelsenkirchen – und nach dem dortigen Vorbild in zahlreichen weiteren Kommunen – praktizierte System stellte einen Gegenentwurf zu der von Kolb in Erlangen konzipierten anstaltszentrierten offenen Fürsorge dar, indem die Fürsorge für die psychisch Kranken im Rahmen der gesamten kommunalen Fürsorge- und Wohlfahrtseinrichtungen koordiniert und gelenkt wurde. Demgegenüber ist das wohl erfolgreichste Modell nachgehender offener Fürsorge in Deutschland das Kolbsche oder Erlanger Modell, das von der Anstalt ausgehend im Raum Nürnberg/Fürth verwirklicht wurde. Zentral gesteuert von einer in Nürnberg angesiedelten Fürsorgestelle für entlassene Kranke, die zwei Fürsorgepflegerinnen beschäftigte und von einem Anstaltsarzt ärztlich betreut wurde, entstand eine intensive nachgehende Fürsorge für entlassene Patienten; außerdem traten Beratungsstunden für bisher noch nicht hospitalisierte Kranke bzw. deren Angehörige und die Wahrnehmung der Schutzaufsicht für „Psychopathen“ hinzu.

Bei der Begründung der Offenen Fürsorge spielte neben der „freiheitlicheren Entwicklung“ vor allem das ökonomische Moment vor dem Hintergrund der enormen wirtschaftlichen Probleme der Weimarer Zeit eine hervorragende Rolle. Zum einen waren die Verpflegungsformen der Offenen Fürsorge von der Beurlaubung nach Hause bis hin zur Unterbringung in fremden Familien kostengünstiger als ein lang andauernder Anstaltsaufenthalt. Darüber hinaus sollte die Möglichkeit von Frühentlassung und der Betreuung außerhalb der Anstalten diese vor erneuter Überfüllung schützen und kostspielige Neubauten vermeiden helfen. Während der Weltwirtschaftskrise schob sich der ökonomische Effekt der Offenen Fürsorge endgültig in den Vordergrund. Eine Abschaffung der Anstalt stand für die Anstaltspsychiater, die ja gleichzeitig auch Aktivisten der Offenen Fürsorge waren, nicht zur Debatte. International konnte sich die offene Fürsorge vor allem auf das nordamerikanische Vorbild stützen ([12], S. 100).

Nimmt man die Fragen des Wohnens und des Arbeitens als Indikatoren für den Grad sozialer Integration, so ist im Hinblick auf die Arbeit zunächst festzustellen, dass die Beschäftigung/

die Arbeit in der Anstalt als Vorbereitung auf eine mögliche Entlassung angesehen wurde (aktive Therapie Simons in Gütersloh). Über die konkreten Bemühungen, Patienten außerhalb der Anstalt in ein Arbeitsverhältnis zu bringen, finden sich keine Zahlen. In Bezug auf das Wohnen außerhalb der Anstalt gilt Ähnliches: Soweit der Zusammenhang zur Anstalt noch gehalten wurde – so etwa bei der Familienpflege – sind Ergebnisse integrativer Maßnahmen in dieser Hinsicht nachvollziehbar und scheinen auch greifbare Erfolge gebracht zu haben. Geht es jedoch um Wohnraumbeschaffung für entlassene Patienten auf dem Wege nachgehender Fürsorge, scheinen die Ergebnisse häufig hinter den Erwartungen zurückgeblieben zu sein.

In einem Beitrag zur Geschichte der Offenen Fürsorge konstatierte Roemer (Baden) einen starken Einfluss der wissenschaftlichen Psychiatrie auf die praktische Irrenpflege ([13], S. 8). Ein umgekehrter Einfluss der Offenen Fürsorge auf die wissenschaftliche und universitäre Psychiatrie wurde nicht beschrieben. Da die offene Fürsorge zur Anstaltspsychiatrie gerechnet wurde, insofern also ein Teil der praktischen Versorgung psychisch Kranker war und weniger der Erforschung von Krankheitsursachen etc. diente, entsteht der Eindruck, dass ein Interesse der Universitätspsychiatrie für diesen Bereich nur insofern vorhanden war, als er die Versorgung mit „interessanten Kranken“ sicherte. Eine wissenschaftliche Begleitung der offenen Fürsorge durch die Universitätspsychiatrie fand nicht statt.

Rodewischer Thesen

Auf einem internationalen Symposium in Rodewisch vom 23. – 25. Mai 1963 wurden die Aufgaben zur Verbesserung der Situation der Psychiatrie in der DDR, ausgehend von der sozialen Wiedereingliederung des Kranken „als ärztliche Aufgabe“ ([14], S. 61), in 10 Thesen zusammengefasst.

Gefordert wurde im Einzelnen: 1. eine „aktive therapeutische Einstellung“, die „fatalistische Einstellungen“ und die „Annahme“ eines „schicksalmäßigen Verlaufs“ überwinden sollte. Das Spektrum der Behandlungsmöglichkeit reichte von Psychopharmaka über Arbeitstherapie bis zur Gruppentherapie. 2. Öffnung der Krankenstationen und eine Ablösung des „Sicherungsprinzips“ durch ein „Fürsorgeprinzip“. 3. Differenzierung in den Anstalten nach akut und chronisch Kranken, Jugend und Alter etc. 4. Personelle, materielle und institutionelle Verbesserung für psychiatrische Krankenhäuser und Kliniken. 5. Ausbau der „nachgehenden Fürsorge“ durch Psychiater, Psychologen und Fürsorgerinnen mit engster Verbindung zu Produktionsbetrieben. 6. Schaffung von Übergangslösungen zwischen Arbeitstherapie und voller Erwerbsarbeit, zwischen ambulanter und stationärer Betreuung durch beschützte Werkstätten, „befürsorgte Patienten-Wohnheime“, Tages-, Nachtkliniken. 7. Ausbau der Prophylaxe und Früherfassung; „Volkserziehung“, um „Intoleranz psychisch Kranken gegenüber“ abzubauen. 8. Reduzierung von amtlichen oder gesetzlichen Zwangsmaßnahmen psychisch Kranken gegenüber auf ein Minimum; Vermeidung einer Diffamierung und gesellschaftlichen Ausgrenzung psychisch Kranker. 9. Förderung eines Erfahrungsaustausches auf internationaler Basis über Fragen der „psychiatrischen Rehabilitation“ durch die Ministerien für Gesundheitswesen der verschiedenen Länder; Vergabe von Forschungsaufträgen an psychiatrischen Facheinrichtungen

und wissenschaftliche Bearbeitung der „psychiatrischen Rehabilitation“. 10. Enge Koordinierung der praktischen wie wissenschaftlichen Tätigkeit auf dem Gebiet der Psychiatrie zwischen Einrichtungen des Hochschulwesens und denen des Gesundheitswesens; vermehrte Darstellung der „medizinisch-sozialen Rehabilitation“ im Hochschulunterricht.

Auf Grund der Bestätigung durch den Minister für Gesundheitswesen der DDR wurden die Thesen zu einer offiziellen Richtlinie.

Die Rodewischer Thesen zeigen in ihrer Entstehung einen deutlich multinationalen Bezug. Sie wurden auf dem erwähnten Symposium unter Beteiligung von Psychiatern aus der Tschechoslowakei, Ungarn, Polen, Bulgarien, der UdSSR und der Bundesrepublik Deutschland formuliert [15]. Ihre Vorgeschichte weist Bezüge zu zeitgenössischen Entwicklungen in Frankreich und Großbritannien auf, deren Rezeption in der DDR in den dort erschienenen medizinischen und psychiatrischen Zeitschriften dokumentiert ist.

Die Kenntnis der Existenz der Rodewischer Thesen beschränkte sich auf einen relativ kleinen Personenkreis, vornehmlich aus medizinischen Bereichen, da die Veröffentlichung und geringfügige Diskussion zumeist in den medizinischen Fachzeitschriften erfolgte und der Zugang auf Fachspezialisten begrenzt war [16]. Die Arbeitstherapie erhielt auch in den Rodewischer Thesen ihre zentrale Stellung. Als besonders positiv wurde die übliche Praxis der Re-Integration der psychisch Kranken in die volle Erwerbsarbeit nach der Therapie hervorgehoben. So wurden z. B. Patenschaften zwischen Rehabilitanden und Kollegen aus der gleichen Abteilung in Großbetrieben oder die ausgelagerte Therapie am Arbeitsplatz ermöglicht. Patienten, die nicht in ihre angestammte Wohnumgebung entlassen werden konnten, wurden zunächst in geschützten Umgebungen untergebracht [17].

Eine Resonanz seitens wissenschaftlicher Einrichtungen fand nur vereinzelt statt, besonders dann, wenn eine Zusammenarbeit zwischen psychiatrischem Krankenhaus und einer wissenschaftlichen Institution zustande kam. Insgesamt aber bleiben die Initiativen auf die nicht-wissenschaftlichen Einrichtungen beschränkt, so dass eine Kluft zwischen Anstalts- und Universitätspsychiatrie auch in der DDR vor und nach Rodewisch konstatiert werden kann [15]. Es wurde das Streben nach weitestgehender Befähigung gefördert, wieder einen Platz in der Gesellschaft zu finden und sich beruflich wie sozial einzufügen. Der Patient sollte unterstützt werden, ein Gefühl der „Vollwertigkeit“ ([18], S. 1337) zu entwickeln.

Von ihrem Anspruch her waren die Rodewischer Thesen auf eine Veränderung der Psychiatrie auf breiter Basis mit qualitativ neuen Entwicklungen ausgerichtet. Ökonomische Aspekte spielten keine Rolle, wenngleich die schlechte materielle Ausstattung der Anstalten verschiedentlich beklagt wurde. Es meldeten sich aber nur Vertreter weniger psychiatrischer Einrichtungen mit Bezug auf Rodewisch in den Fachzeitschriften zu Wort [5, 19, 20], um Veränderungen nach Veröffentlichung der Rodewischer Thesen zu dokumentieren, so z. B. der Bericht über die Erfahrungen mit der sozialen Integration psychisch Kranker in Rodewisch selbst [21].

Psychiatrie-Enquete

Die 1971 vom Deutschen Bundestag in Auftrag gegebene Untersuchung zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik wurde durch eine breite gesellschaftliche Kritik an der Situation psychiatrischer Versorgung, den Arbeits- und Lebensbedingungen in den Anstalten ausgelöst. Psychiater, andere in psychiatrischen Einrichtungen tätige Berufsgruppen und auch gesundheits- und sozialpolitisch interessierte Laien erklärten sich mit den vorherrschenden Zuständen in der psychiatrischen Versorgung nicht einverstanden, traten für eine stärkere Achtung der Menschenwürde psychisch Kranker ein und opponierten vor allem gegen den Bewahrungscharakter der Anstalten. Dem Untersuchungsauftrag folgte eine länger dauernde Phase intensiver Diskussionen und Recherchen, die schließlich (1975) in den Bericht der sog. „Psychiatrie-Enquete“ mündete. Zu den Forderungen der Enquete zählte u. a. 1. die gemeindenahere Versorgung, Betreuung und Behandlung psychisch Kranker; 2. die Gleichstellung der psychisch mit den körperlich Kranken, aber auch der akut mit den chronisch psychisch Kranken; 3. die möglichste Vermeidung einer länger andauernden Hospitalisierung; 4. die Gewährleistung einer kontinuierlichen psychiatrischen Betreuung durch die Verbindung aller psychosozial und sozialpsychiatrisch Tätigen in einer „therapeutischen Kette“.

Zur Erreichung dieser Ziele sollten präventiv wirkende, ambulante und teilstationäre sowie vollstationäre Behandlungsinstitutionen und schließlich Nachsorgeeinrichtungen zu einem gemeindenaheren psychiatrischen Behandlungssystem vereinigt werden, dessen einzelne Elemente von psychosozialen Beratungsstellen bis hin zu Selbsthilfe- und Angehörigengruppen eng zusammenwirken und auch therapeutische Erfolge bewirken sollten. Die gemeindenahere Psychiatrie sollte nicht nur eine Verbesserung in der Versorgung der Patienten, sondern vor allem die Heilungs- und Besserungschancen der psychisch Kranken erhöhen. Es besteht Konsens darüber, dass durch die Psychiatrie-Enquete die Reform der psychiatrischen Krankenversorgung in der Bundesrepublik vorangetrieben wurde. Inwieweit die Entwicklung seit Ende der 70er Jahre die Forderungen der Enquete einlösen konnte – oder können wird – ist hingegen durchaus umstritten [22].

Anders als etwa die Entwicklung der Offenen Fürsorge in den 20er Jahren war die Reformbewegung der 60er und 70er Jahre in der Bundesrepublik von ökonomischen Vorgaben kaum beeinflusst. Die wirtschaftliche Lage der Bundesrepublik war vergleichsweise gut, Kostengesichtspunkte spielten deshalb bei der Diskussion gemeindenaher Psychiatriemodelle – wenn überhaupt – nur eine nachgeordnete Rolle. Im Vordergrund der Diskussionen stand vielmehr der Ruf nach einer humanen, sozialen Grundsätzen verpflichteten psychiatrischen Gesamtversorgung. Schon diese Formulierung lässt erkennen, dass weniger Ziele im Sinne der heutigen Empowermentbewegung eine Rolle spielten, als vielmehr das Bestreben, den psychisch Kranken sozial zu integrieren, ihn in die Gesellschaft und die Gemeinde einzubinden.

Die Bewegung wurde – anders als die Entwicklung der Offenen Fürsorge und der Rodewischer Thesen – nicht allein von Anstaltspsychiatern, ja, nicht einmal allein von psychiatrisch Tätigen getragen. Sie gewann – freilich ausgehend von einer psychiatrischen Öffentlichkeit – vielmehr ihre Resonanz auf

der Basis eines breiten gesellschaftlichen Konsenses hinsichtlich der Missstände in der bundesdeutschen psychiatrischen Versorgung. Im Zuge der breiten Reformbemühungen wurde die Sozialpsychiatrie als wissenschaftliche Disziplin an deutschen Hochschulen deutlich gestärkt. So entstanden in Hannover und Berlin zwei eigenständige universitäre Abteilungen für Sozialpsychiatrie. Die Literatur verzeichnete einen immensen Zuwachs an Artikeln zu Aspekten der psychiatrischen Versorgung und zu sozialpsychiatrischen Fragestellungen. Vereinzelt wurde bei der Debatte um Veränderungen der Versorgungslandschaft auch auf Ergebnisse empirischer Untersuchungen verwiesen, so bei der Argumentation für die Einrichtung von Institutsambulanz [23]. Darüber hinaus etablierten sich mit der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie und der Aktion Psychisch Kranke neue Gesellschaften bzw. Interessenvereinigungen, die in unterschiedlicher Weise Einfluss auf gesundheitspolitische Planungen nahmen, aber keinen dezidierten wissenschaftlichen Anspruch erhoben.

Gestaffelte Angebote bezüglich Wohnen und Arbeiten sollten eine größtmögliche Annäherung an Lebensverhältnisse bringen, die man als die normalen ansah. Methoden der Offenen Fürsorge wurden in Grundintentionen wieder aufgenommen, teilweise in Unkenntnis ihrer Ursprünge. Allerdings wurden die Integrationsmodelle in einem höheren Maße individuell angepasst und gewannen dadurch eine sehr viel stärkere Konturierung. Bei der Beschäftigung der Kranken spielten ökonomische Erwägungen eine immer geringere Rolle. International orientierte sich die Reformbewegung vor allem an England, wirkte aber primär auf die Situation in der Bundesrepublik, d. h. hatte keinen Einfluss auf Entwicklungen im Ausland.

Vergleichende Beurteilung

Alle drei Konzepte weisen trotz der unterschiedlichen historischen Entstehungszusammenhänge eine Reihe von Gemeinsamkeiten auf: Die psychiatrischen Aktivitäten sollten über die Anstaltsgrenzen hinaus ausgedehnt werden mit dem Ziel, die Patienten in sozialer Hinsicht, besonders durch verschiedene Arbeitsformen und neue Wohnmodelle, zu integrieren. Alle drei Reformansätze folgen somit – im weitesten Sinne – dem im angelsächsischen Sprachraum als „Deinstitutionalisierung“, beschriebenen Anliegen, herkömmliche stationäre Einrichtungen durch außerstationäre Hilfen zu ergänzen oder zu ersetzen. Bestrebungen, die man mit dem modernen Begriff „Empowerment“ bezeichnen könnte, sind in keinem der drei Konzepte angelegt. Die Veränderung sollte primär von Ärzten, teilweise in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, im Interesse einer Verbesserung der Versorgung getragen werden. Erst in den letzten Jahren hat in Deutschland die Forderung mehr Verbreitung gefunden, die Kranken gegenüber den Ärzten und den psychiatrischen Institutionen mit mehr Macht zu versehen und sie in der Bildung eigener Interessenverbände zu unterstützen. In unterschiedlicher Intensität treten in allen drei Konzepten die Ärzte auf Grund ihres professionellen Status als leitende Gruppe in Erscheinung, was erst in der Zeit seit der Enquete vereinzelt relativiert wurde [24].

Neben diesen Gemeinsamkeiten gibt es aber auch erhebliche Unterschiede: In der DDR-Diskussion [25] und in der Debatte Anfang der 70er Jahre wurde – zumindest als rhetorische Leitlinie die Forderung nach Gleichstellung von psychisch Kranken mit körperlich Kranken erhoben. Dieses Postulat ist im Zusam-

menhang mit der Offenen Fürsorge nicht zu finden. Im Hinblick auf die Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten haben sich die Modelle im Laufe der Jahre zunehmend diversifiziert. Hinsichtlich der Integration in die „voile Erwerbsarbeit“ war ohne Frage die Möglichkeit in der DDR am weitesten entwickelt. Ob dieser Umstand allerdings mit einem Grad höherer sozialer Akzeptanz und besserer Integration in Alltagszusammenhänge einherging, bleibt offen [26, 27]. Deutliche Unterschiede bestehen auch hinsichtlich der internationalen Bezüge. Während die offene Fürsorge Anregungen von der Mental-health-Bewegung in den USA erhielt und die Reformbewegung der 70er Jahre in der Bundesrepublik aus Frankreich, England und Italien beeinflusst wurde, war im Zusammenhang mit dem Entwurf der Rodewischer Thesen eine internationale Gruppe von Psychiatern aus sozialistischen Ländern zusammengekommen, die zwar auch Anregungen aus den westlichen Ländern erörterten, aber in erster Linie unter den Bedingungen der politischen Blockbildung und einer dadurch vorgegebenen Zusammenarbeit die psychiatrischen Fragen besprachen. Der Umstand, dass das zuständige Ministerium die Rodewischer Thesen bald zur Leitlinie erhob, zeigt zwar die Wirkung auf die politische Sphäre, steht aber in einem Gegensatz zu der doch eher geringen Wirkung auf die praktische Versorgung und der ausbleibenden Umsetzung der weitreichenden Ziele [28–30]. Nicht zuletzt ist dieses wenig spektakuläre Ergebnis auch damit in Verbindung zu bringen, dass eine umfassende, viele gesellschaftliche Gruppen erfassende Diskussion der Missstände in der Psychiatrie der DDR nicht stattfinden konnte. Diese Diskussion entwickelte sich in der Bundesrepublik, und auch in diesem Fall wurde die politische Sphäre in Form der Beschäftigung des Bundestages mit diesem Problem berührt. Diese lang andauernde und vielgefächerte öffentliche Behandlung des Problems scheint zumindest für einige Jahre die Auswirkungen auf die psychiatrische Struktur wie auch auf die wissenschaftliche Resonanz vergrößert zu haben: Immerhin wurden sozialpsychiatrische Lehrstühle eingerichtet und verschiedene Forschungsprojekte zu der angesprochenen Thematik entwickelt. Allerdings blieb die Verankerung der Reform-Ideen an den Universitäten und in der ärztlichen Ausbildung sowohl in der DDR wie der Bundesrepublik eher schwach. Auch in den 20er Jahren war diese kaum wahrnehmbar.

Schwer zu beurteilen ist der Einfluss ökonomischer Faktoren auf die Förderung oder Hemmung der Reformansätze. In den 20er Jahren spielte zumindest in der Argumentation der Hinweis auf eine Reduzierung der Versorgungskosten durch die Reformmodelle eine gewisse Rolle, was in Anbetracht der schlechten ökonomischen Lage auch nicht verwundert. In den Rodewischer Thesen und der Diskussion um die Enquete scheinen diese Aspekte zunächst nicht von Bedeutung. Allerdings wurde in den Rodewischer Thesen auf die schlechte materielle Ausstattung und knappe Personaldecke in dem psychiatrischen Sektor hingewiesen, verbunden mit einem Wunsch nach Verbesserung der Lage. Im Unterschied zur Situation in der Weimarer Republik, als auf eine Kosteneinsparung hin argumentiert wurde, mündeten die Rodewischer Thesen letztlich in das Verlangen nach mehr Geld für die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung. Auch hier spielten also zumindest indirekt ökonomische Aspekte, allerdings in genau entgegengesetzter Konsequenz als in den 20er Jahren, eine Rolle. Dieses Verlangen könnte als Hinweis auf eine relative Prosperität gedeutet werden, womit sich in dieser Hinsicht ei-

ne Parallele zwischen der Situation in der DDR und in der Bundesrepublik ergeben würde. Betrachtet man zudem die weitere Entwicklung Anfang der 30er Jahre, als ökonomische Argumente mit der Abwertung der psychisch Kranken in aggressiver Weise verbunden wurden und zu einem Verschwinden der integrativen und Gleichberechtigungsziele der Reformkonzepte führte, so scheint eine günstigere Lage für die Erörterung und Umsetzung einer auf Gleichstellung und möglichst weitgehende Einbeziehung psychisch kranker Menschen zielenden Reform in Zeiten relativen Wohlstandes gegeben zu sein. Darüber hinaus ist die öffentliche Debatte in vielen gesellschaftlichen Bereichen einer Umsetzung förderlich. Der internationale Bezug scheint für die Umsetzung der Forderungen von Rodewisch in der DDR keinen besonderen Impetus bewirkt zu haben, was nicht unbedingt verwunderlich ist, wenn man die Einbringung und Unterordnung dieser Diskussion unter die Lagerdisziplin der Psychiater der sozialistischen Länder berücksichtigt.

Schlussbemerkungen

Das 20. Jahrhundert hat drei wesentliche Initiativen zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in Deutschland erlebt. Keine der Reformideen ist komplett gescheitert, und keine hat sich – in Buchstaben und Geist – vollständig durchgesetzt. Die Idee der Offenen Fürsorge wurde zunächst nur von wenigen Psychiatern vertreten und fand innerhalb relativ kurzer Zeit weite Anerkennung und Zustimmung. Nur wenig später erstarb die Initiative jedoch unter dem Druck der ökonomischen Vorgaben und den veränderten politischen Bedingungen. Die Rodewischer Thesen haben sicherlich Impulse gegeben und eine Basis für diejenigen Reformvertreter geschaffen, die mehr oder minder vereinzelt den Thesen folgende praktische Versorgungsverbesserungen umsetzten. Ein weiterreichender Effekt scheiterte aber an dem mangelnden Engagement vieler Psychiater und an der Rigidität des politischen Systems. Die Psychiatrie-Enquete schließlich hat über einen Zeitraum von inzwischen mehr als zwei Jahrzehnten einige Ziele, wie die Humanisierung bzw. Verkleinerung psychiatrischer Großkrankenhäuser und den Aufbau vielfältiger sogenannter komplementärer Einrichtungen in der Gemeinde, sicher erreicht. Zu strukturellen Veränderungen des Versorgungssystems, etwa im Sinne einer Überwindung der Fragmentierung von Versorgungsaufgaben, ist es aber angesichts des ökonomischen Interesses und des politischen Einflusses beteiligter Interessengruppen nicht gekommen.

Wann die nächste Reforminitiative vergleichbarer Bedeutung in Deutschland entstehen wird, ist naturgemäß schwer vorherzusagen. Möglicherweise werden künftig die Vertreter neuer Ansätze in der Formulierung ihrer Vorhaben, in der Verankerung ihrer Bewegung und in der Wahl ihrer Mittel dann das Schicksal der hier geschilderten Reformideen zur Kenntnis nehmen und entsprechend analysieren. Denn es fällt auf, wie wenig ein solcher Bezug in der Vergangenheit hergestellt wurde: Weder bei den Rodewischer Thesen noch bei der Psychiatrie-Enquete finden sich explizite Vergleiche mit der bzw. den jeweils früheren Reformideen, obwohl Parallelen unverkennbar sind.

Literatur

- 1 Faltlhauser V. Die offene Fürsorge der mittelfränkischen Heil- und Pflegeanstalt Erlangen. In: Römer H, Kolb G, Faltlhauser V (Hrsg): Die offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten. Berlin: 1927: 21–30
- 2 Kolb G. Die offene Fürsorge in den Vereinigten Staaten von Nordamerika. In: Römer H, Kolb G, Faltlhauser V (Hrsg): Die offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten. Berlin: 1927: 94–109
- 3 Raecke J. Moderne Irrenfürsorge und soziale Psychiatrie. Westdeutsche Ärztezeitung 1921; 3: 48
- 4 Raecke J. Die Frankfurter Fürsorgestelle für Gemüts- und Nervenranke. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 1922; 66: 593–614
- 5 Späte HF. Die Rodewischer Thesen 1963 und 1983 – Ausdruck gesamtgesellschaftlicher Verantwortung für die Rehabilitation psychisch Kranker. Z ges Hyg 1989; 35: 106–108
- 6 Späte HF, Thom A, Weise K. Theorie, Geschichte und aktuelle Tendenzen in der Psychiatrie. Schriftenreihe Medizin und Gesellschaft Bd. 15. Jena: Fischer, 1982
- 7 Uhle M, Weise K. Zu einigen Entwicklungsfragen psychiatrischer Betreuungsorganisation in der DDR – 25 Jahre nach Rodewisch. Psychiat Neurol med Psychol. 1988; 40: 697–703
- 8 Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg). Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. Zusammenstellung und Redaktion: Aktion Psychisch Kranke e.V. Bonn, 1988
- 9 Degkwitz R. Zur Planung der Verbesserung der Lage psychisch Kranker in der Bundesrepublik Deutschland. Nervenarzt 1973; 44: 585–593
- 10 Schmuhl H-W. die Selbstverständlichkeit des Tötens. Psychiater im Nationalsozialismus. Geschichte und Gesellschaft 1990; 16: 411–439
- 11 Kolb G. Vorschläge für die Ausgestaltung der Irrenfürsorge und für die Organisation der Irrenanstalten. Halle/S: 1908
- 12 Kolb G. Reform der Irrenfürsorge. Zs für die ges Neurologie und Psychiatrie 1919; 47: 137–172
- 13 Römer H. Die Stellung der offenen Geisteskrankenfürsorge in der Entwicklung der wissenschaftlichen Psychiatrie. In: Römer H, Kolb G, Faltlhauser V (Hrsg): Die offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten. Berlin: 1927: 8–11
- 14 Renker K. Rodewischer Thesen. Internationales Symposium über psychiatrische Rehabilitation vom 23.–25.5.1963 in Rodewisch (Vogtl.) Z ges Hygiene 1965; 9: 61–65
- 15 Lange E. Die Rodewischer Thesen 1963 – Vermächtnis und Verpflichtung. Bekenntnis und Verwirklichung. Psychiat Neurol med Psychol 1979; 31: 385–392
- 16 Walther R. „Über psychiatrische Rehabilitation in der UdSSR“ Bemerkungen zu der Arbeit von G. Martin. Dt Gesdh Wes 1960; 15: 651–652
- 17 Lange E, Bergmann U. Die rehabilitative und ökonomische Bedeutung der „befürsorgten Wohnstätte“ als eine Sonderform der psychiatrischen Nachtambulanz. Dt Gesdh Wes 1966; 21: 1130–1134
- 18 Cropler H. Zur Rehabilitation aus der Sicht eines psychiatrischen Krankenhauses in einem Landkreis. Dt Gesdh Wes 1970; 25: 1333–1340
- 19 Schirmer S, Müller K, Späte HF. Neun Thesen zur therapeutischen Gemeinschaft. Psychiat Neurol med Psychol 1974; 26: 50–54
- 20 Schirmer S, Müller K, Späte HF. Brandenburger Thesen zur therapeutischen Gemeinschaft. Psychiat Neurol med Psychol 1976; 28: 21–25
- 21 Walther R. Komplexe psychiatrische Therapie und „Dauerunterbringung“ Schizophrener. Nervenarzt 1968; 39: 226–227
- 22 Finzen A. Von der Psychiatrie-Enquete zur postmodernen Psychiatrie. Psychiat Prax 1987; 14: 35–40
- 23 Bosch G, Pietzcker A. Nachbehandlung krankenhausesentlassener schizophrener Patienten – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Bonn: Drucksache des Deutschen Bundestages 7/4201, 7. Wahlperiode, 1975: 344–360
- 24 Semmler W. Zeiteffizienz im Gemeindepsychiatrischen Verbund – Utopie und Wirklichkeit der Vernetzung. Psychiat Prax 1999; 26: 67–70
- 25 Gross FR. Über die Widerstände gegen die Rehabilitation psychisch Kranker. Dt Gesdh Wes 1962; 17: 1766–1775
- 26 v. Kardorff E. Die Bedeutung der Arbeit für psychisch kranke Menschen im gesellschaftlichen Wandel. Psychiat Prax 1999; 26 (Sonderheft): 25–29
- 27 Mecklenburg H. 12 Thesen für eine langfristig erfolgreiche berufliche Integration psychisch Kranker und Behinderter. Psychiat Prax 1999; 26: 227–232
- 28 Burian D, Hagemann P, Weise K. Situation und Entwicklungstendenzen der psychiatrischen Versorgung in der DDR und deren Erprobung an ausgewählten Modellen. Psychiat Neurol med Psychol 1982; 34: 1–6
- 29 Eichhorn H. Die Entwicklung der Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie in der DDR. Psychiat Prax 1988; 15: 15–20
- 30 Waldmann K-D. Die Realisierung der Rodewischer Thesen zu DDR-Zeiten – Versuch einer Analyse aus heutiger Sicht. Psychiat Prax 1998; 25: 200–203

Prof. Dr. Heinz-Peter Schmiedebach

Institut für Geschichte der Medizin
Ernst-Moritz-Arndt-Universität
W.-Rathenau-Straße 48
17487 Greifswald