

Psychiatriereform

Dr. Christian Bradl

Die Geschichte der Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung war immer eng mit der Entwicklung der Psychiatrie verbunden. So galt seit der Entstehung der Irrenkunde bzw. Psychiatrie als medizinischer Wissenschaft geistige Behinderung als psychiatrische Krankheit; noch bis in die neuere Zeit halten sich die Begriffe wie Oligophrenie, Idiotie, Imbezillität und Deblilität. Dass geistige Behinderung keine Krankheit ist, ist zu einem wichtigen Grundsatz in der Geschichte der Lebenshilfe geworden.

Irrenpflegeanstalten, später psychiatrische Krankenhäuser waren im 19. und 20. Jahrhundert immer ein Asyl auch für Menschen mit geistiger Behinderung, wenn die Familien sie nicht mehr versorgen konnten, wenn keine Plätze in Pflegeanstalten, in caritativen und diakonischen Einrichtungen verfügbar waren, oder wenn sie eine Bedrohung oder Gefahr für die Gesellschaft darstellten. Die Deportationen und Tötungsaktionen der NS-Zeit betrafen besonders geistig behinderte Menschen in den psychiatrischen Anstalten.

Auch in der Zeit nach 1945 dienten psychiatrische Krankenhäuser wieder mit zunehmender Tendenz der Unterbringung vieler Menschen mit geistiger Behinderung, wenn auch mit großen Unterschieden zwischen den einzelnen Bundesländern. In den 70er Jahren ging man von etwa 18.000 – 25.000 Menschen mit geistiger Behinderung in psychiatrischen Anstalten aus. In Nordrhein-Westfalen lag der Anteil der als Schwachsinnige bezeichneten Menschen bei über 30%. Die behinderten Menschen lebten nahezu ausschließlich in den Langzeitbereichen, wo in den 60er und 70er Jahren noch besonders elende menschenunwürdige Lebensbedingungen herrschten.

Es war nicht zuletzt das sichtbare Elend geistig behinderter Menschen in der hessischen Anstalt Goddelau, einem psychiatrischen Hospital, das Tom MUTTERS den Anstoß für die Gründung der Lebenshilfe gegeben hat.

In den 70er Jahren erreichten die gesellschaftlichen Reformbemühungen auch die Psychiatrie und auch die dort untergebrachten Menschen mit geistiger Behinderung.

Als Gegenbewegung zur traditionellen Psychiatrie entwickelt sich eine sozialpsychiatrische Bewegung. In das Verständnis psychischer Erkrankungen fließen subjektive und soziale Kategorien ein, wie sie vor allem dem Lehrbuch „Irren ist menschlich (DÖRNER/PLOG) zu Grunde liegen. Zum Ausgangspunkt praktischer Reformen wurde die sog. Psychiatrie-Enquete, eine Bestandsaufnahme zur Lage der Psychiatrie in Deutschland, 1975 im Bundestag vorgelegt.

Die wichtigsten Grundsätze der umfassenden Reformempfehlungen. Gemeindenahe Versorgung, bedarfsgerechte Versorgung aller psychisch Kranker und Behinderten, Koordination der Dienste, Gleichstellung psychisch und somatisch Kranker. Als besonders reformbedürftig galten die Langzeitbereiche, teils mit hohen Anteilen geistig behinderter Menschen, die nunmehr als „fehlplatziert“ bezeichnet wurden. Dabei gingen die Empfehlungen zur „Ausgliederung aus der Psychiatrie“ noch weitgehend in Richtung von Heimlösungen. Geistig behinderte Menschen sollten entweder in Behindertenheimen verlegt oder es sollten neue Heime, Behindertenzentren oder Behindertensiedlungen geschaffen werden.

In der Lebenshilfe wurde die Diskussion um die Ausgliederung geistig behinderter Menschen aus der Psychiatrie wohl erstmalig bei Tagung „Humanes Wohnen“ in Aachen 1981 aufgegriffen; hier wurden, in einer Arbeitsgruppe gemeinsam mit dem Fachausschuss Geistig Behinderte in der *Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP)*, eine umfassende Enthospitalisierung und kleine, dezentrale und gemeinwesenintegrierte Wohneinrichtungen ohne Ausschluss für schwer- und mehrfachbehinderte Menschen sowie solche mit Verhaltensauffälligkeiten gefordert.

Nur sehr zögerlich wurden Ende der 70er Jahre praktische Reformansätze zur Ausgliederung geistig behinderter Menschen aus der Psychiatrie in Gang gebracht. Zunehmend kritisch wurde gesehen,

dass viele behinderte Menschen aus den Krankenhäusern in andere Einrichtungen, zumeist Pflegeheime oder andere Großeinrichtungen „verschubt“ wurden.

Eine nachhaltige Bedeutung kam dem Ausgliederungskonzept des Landschaftsverbandes Rheinland zu, der 1977 mit der Abtrennung von Behindertenbereichen in den größeren rheinischen Landeskrankenhäusern begann und diese 1980 zu fünf Rheinischen Heilpädagogischen Heimen ausgliederte. Es ging zunächst um einen konzeptionellen Wandel, um heilpädagogische Förderung statt psychiatrischer Verwahrung. Gleichzeitig begann damit ein längerer Prozess der Dezentralisierung, Enthospitalisierung und Regionalisierung. 1987 wurde der Einstieg in die Dezentralisierung beschlossen, zahlreiche Außenwohngruppen entstanden in der Folgezeit. Heute haben im Rheinland über 2000 behinderte Menschen die psychiatrischen Gelände weitestgehend verlassen, neue dezentrale Wohnformen, integriert in die jeweiligen Städte und Gemeinden sind aufgebaut und in einem heute sog. Netzwerk Heilpädagogischer Hilfen organisiert worden.

Aus heutiger Sicht hat die Enthospitalisierung im Rheinland sicherlich die größte Wirkung erzielt. Daneben gab es auch weitere Ansätze zur Enthospitalisierung geistig behinderter Menschen z.B. in Westfalen und Hessen. Als besonders modellhaft galt die Entwicklung in Bremen; dort hatte man sich die Auflösung einer kompletten Langzeitpsychiatrie und den Aufbau von Hilfen für behinderte Menschen in Bremer Stadtteilen zum Ziel gesetzt. Mit der Schließung von Kloster Blankenburg im Jahre 1988 war dieses Ziel erreicht auch worden.

In den 90er Jahren wurde die bedrückende Situation geistig behinderter Menschen in psychiatrischen Krankenhäusern und Pflegeanstalten in den neuen Bundesländern erkennbar. Man ging dort von 6000-9000 geistig behinderten Menschen in Krankenhäusern aus. Die desolote Situation zeigte insbesondere der Film „die Hölle von Ueckermünde“ von Ernst KLEE (1993). In diesem Zusammenhang entstand 1993 auf Initiative der Lebenshilfe der Magdeburger Appell: „Psychiatrische Krankenhäuser, Pflegeheime und Einrichtungen der Altenhilfe: Kein Ort zum Leben für Menschen mit geistiger Behinderung!“

Die Bemühungen um Enthospitalisierung können heute weder in den alten und noch in den neuen Bundesländern als abgeschlossen betrachtet werden. Dass Menschen mit geistiger Behinderung nicht nur in psychiatrischen Krankenhäusern als fehlplatziert anzusehen sind, sondern auch Pflegeeinrichtungen und viele andere aussondernde Großeinrichtungen kritisch zu sehen sind, und in den Prozess der Enthospitalisierung einzubeziehen sind, wird heute nicht mehr bestritten.

Mit der Enthospitalisierung rücken geistig behinderte Menschen ins Blickfeld, für die besonders individuelle Hilfeleistungen erforderlich sind; es geht um behinderte Menschen mit zusätzlichen herausfordernden Verhaltensweisen, psychischen Problemen, in Krisen oder schwierigen Lebensphasen, oder mit zusätzlichen Behinderungen oder Erkrankungen. Dass die Interessen dieser behinderten Menschen, die oft keiner haben will, einer besonderen Interessensvertretung bedürfen, hat nicht zuletzt die Gründung der *Deutschen Heilpädagogischen Gesellschaft (DHG)* im Jahr 1991 im Zuge fortschreitender Enthospitalisierungen deutlich gemacht.

Die Verantwortung auch der regionalen Lebenshilfe-Organisationen, für jeden behinderten Menschen der jeweiligen Region einen Wohnplatz, evtl. spezielle Wohnplätze, eine Tagesbetreuung und weitere Hilfen z.B. der Beratung und Krisenintervention anzubieten, hat in der Lebenshilfe insbesondere Frau MÜLLER-ERICHSEN immer zur Geltung gebracht und in ihrer Region realisiert. Dass Hilfen für diese behinderten Menschen eine zusätzliche Herausforderung auch für die neueren, auf Initiative der Lebenshilfe entstandenen Einrichtungen, die Schulen, die Werkstätten, die Wohneinrichtungen bedeuten, wurde in der Lebenshilfe zunehmend thematisiert. Im Jahr 1996 erschien eine „Arbeitshilfe zum Wohnen erwachsener Menschen mit geistiger Behinderung und auffälligem Verhalten“. Eine Empfehlung zur Enthospitalisierung von Menschen mit geistiger Behinderung legte die Bundesvereinigung Lebenshilfe 2001 vor.

Dass psychiatrische Krankenhäuser für Menschen mit geistiger Behinderung keine Orte zum Leben sind, ist heute unbestritten. Gerungen wird weiter um die Rolle der Psychiatrie im System der Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung, wie so manche Kontroversen z.B. um spezielle psychiatrische Dienste für geistige behinderte Menschen, um „Doppeldiagnosen“ oder die „Repsychiatisierung“ zeigen.

Was wir in unseren regionalisierten Hilfesystemen für geistig behinderte Menschen in schwierigen Lebenslagen dringend brauchen, ist eine Kultur der Kooperation und Multiprofessionalität. Gefragt sind individuelle Arrangements des Wohnens und der Tagesstruktur, in einem regionalen Netz mit erreichbaren Beratungsangeboten und multiprofessioneller Unterstützung, wie sie vielleicht derzeit am besten die Konsulentenarbeit nach niederländischen Vorbild anbieten kann.