

Die Entwicklung der RGSP

Sozialpsychiatrie im Rheinland von Wilhelm Engelke, Siegburg

In einer Zeit, in der sich Nachrufe auf die Gründergeneration der DGSP häufen, ist es reizvoll, auch die Entwicklung der modernen Psychiatrie im Rheinland und der Rheinischen Tochter der DGSP zu reflektieren.

Anfang der 70er Jahre ist Psychiatrie im Rheinland praktisch ausschließlich klinische Psychiatrie und wird geleistet von den zentralisiert verwalteten Landeskliniken. Von diesen 7 Kliniken liegen 4 gemeindenfern, eine Klinik (Brauweiler) wird aufgelöst, zwei gemeindenaher kommen hinzu (gemeindepsychiatrische Modellklinik in Rheydt, 1972 und die modern konzipierte aber nicht realisierte Stadtklinik in Köln-Merheim, 1974). In den Kliniken werden zu diesem Zeitpunkt 17.300 Patienten aufgenommen, nur 5.630 davon psychotische Störungen, die Mittelpunkt der Psychiatriereform werden. Der große Suchtbereich (5.630 Pat.) wandert überwiegend in andere Systeme ab, Persönlichkeitsstörungen (2.087 Pat.) und gerontopsychiatrische Störungen (2.882 Pat.) bleiben zunächst außen vor. 1973 bis 1976 werden als Sofortmaßnahme mit einem 300 Millionen-Programm die Standardbettenhäuser der LVR-Kliniken gebaut. Gleichzeitig werden die Kliniken durch Auslagerung in Heime und Spezialeinrichtungen dramatisch verkleinert, sektorisert und spezialisiert. (Ausgliederung der Geistig Behinderten in HPHs 1981- 1983, 100 Millionen –Enthospitalisierungsprogramm 1991 – 1999).

Am 26.4.74 wird die RGSP als ordentliche deutsche Vereinstochter in Mönchengladbach gegründet. Da läuft die Reform schon auf Hochtouren. Die neue sozialpsychiatrische Modellklinik Rheydt und ihr charismatischer Leiter Veltin sind die Geburtshelfer. Die Gründungsmitglieder kennen sich aus ihrer Aktivität in der DGSP und von den Mannheimer-Kreis-Treffen. Der erste Vorstand ist auch so etwas wie ein Karrierestart für ihre Mitglieder und der Beginn lebenslanger Freundschaften. Er wird geführt von der Krankenschwester Käthe Holland-Moritz, die später mit Ihrem Mann (Krüger) in Emden eine psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus gründet. Der Vorstand umfasst sechs ÄrztInnen – allesamt später KlinikleiterInnen (auch der Verfasser dieser Zeilen) – , drei Krankenpflegekräfte, zwei Sozialarbeiter und einen Verwaltungsleiter, eine Psychologin und einen Beschäftigungstherapeuten. Am 19.10.74, der ersten Mitgliederversammlung in Düren, hat der Verein stolze 70 Mitglieder. Erste geplante Maßnahme des Vorstandes sind „monatliche Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte und Pflegepersonal im turnusmäßigen Wechsel in Kliniken des Vereinsbereichs“. Diese „interklinischen Treffen“ finden regelmäßig in den Rheinischen Landeskliniken statt, monatlich allerdings nie, irgendwann nur noch einmal im Jahr. Sie befassen sich in Gruppenarbeit zunächst mit den neuen Moden der Sozialpsychiatrie Teamarbeit und klinische Milieuthérapie. 1976, nach dem 7. Mal, gibt es den ersten Versuch eines regionalen Mitteilungsblattes. Die frühe RGSP wird zwischen 1975 und 1978 auch Träger einer in Eigeninitiative geführten therapeutische Wohngemeinschaft in Bonn „Maxstrasse“.

Liest man die Protokolle und Thesen heute, so klingt zunächst alles brav und formell wie bei den Gewerkschaften. Der Schwerpunkt liegt auf Fort- und Weiterbildung und einzelnen inhaltlichen Stellungnahmen. 1976 wird ein neuer Vorstand gewählt. Er umfasst vier Ärzte, drei Psychologen/Soziologen und sechs KR-Kräfte. Neuer Vorsitzender wird Ralf Seidel, der heute Klinikleiter in Rheydt ist. Die optimistische Aufbauarbeit beginnt bald zu stocken, und so kommt es ab 1977 zu ersten Überlegungen über das Selbstverständnis der RGSP. Das Ergebnis ist eine Verstärkung politischer Akzente und der Aufbau regionaler Arbeitsgruppen, die es bis Mitte der 80er Jahre zeitweise im Umfeld fast aller psychiatrischen Kliniken gibt. Gleichzeitig werden spezielle sozialpsychiatrische Weiterbildungsangebote aufgebaut (zweijährige Kurse des mittlerweile gegründeten DGSP-Fortbildungsinstituts, 1975 bauen Maria Rave-Schwank und Dorothea Winkelmann eine berufsbegleitende Fachpflegeausbildung im LVR auf). Politisierung und klinikkritische Haltung verstärken sich mit der Integration der Solinger Gruppe um Klaus Nouvertné, die sich 1978 in einer Vorstandssitzung in Kaiserswerth mit ihrem Projekt vorstellt und später den Psychosozialen Trägerverein mit einer großen Expansionswirkung gründet. Das 10. Fortbildungstreffen der RGSP - 1978 wieder in Düren - beschäftigt sich erstmals mit außerklinischen Themen der „Zusammenarbeit zwischen stationären und nicht-stationären Einrichtungen in der Psychiatrie“. Der bisherige Titel „Interklinisches Treffen“ wird ein letztes Mal in Klammern dazu gesetzt, später wird der Name Rheinland-Tagung gefunden. Die nun als Jahrestagung auftretende Veranstaltung beschäftigt sich in Marienheide (Vorläufer der psychiatrischen Abteilung am Krankenhaus Gummersbach) 1980 folgerichtig mit „Konflikt und Zusammenarbeit“ und dann etwas später in Langenfeld mit der Frage „Was wird aus den Landeskrankenhäusern?“. Damit findet zunächst auch die letzte Tagung innerhalb von Großkliniken statt. 1979 wird im Vorstand ein Ausschuss zur ambulanten Versorgung gegründet.

Die Arbeit im Vorstand wird zunehmend von aktuellen psychiatriepolitischen Problemen bestimmt: die idealisierte radikale Psychiatriereform in Italien (Basaglia), die Ablehnung der eigenen Großkliniken und der Kampf gegen Klinikleiter von Gutsherrenformat und Ersetzung durch DGSP-Mitglieder. Höhepunkt wird die DGSP-Großdemonstration 1980 in Bonn („Ich lehne die Verantwortung für diese Psychiatrie ab.“), an der der RGSP-Vorstand aktiv beteiligt ist (der Verfasser besorgt netterweise die Toiletten für die Demo). In Konkurrenz mit antipsychiatrischen Gruppen (SSK-Beschwerdezentren) und forciert durch die Regionalgruppen bestimmen nun Konflikte in Landeskrankenhäusern die Arbeit des Vorstandes. Weitgehend außen vor bleiben bis zum späteren Enthospitalisationsprogramm die Probleme der damals größten und gemeindefernen psychiatrischen Klinik Bedburg-Hau im Rheinland, die ihre Patienten mit einem morgendlichen Bus aus dem Ruhrgebiet erhält. 1981 regt sich kurzfristig Protest gegen die Klinik, der dann durch gewerkschaftlichen Druck wieder eingestellt wird. Düren verliert die Versorgung von Köln. 1979 wird spontihft ein Aufnahmestop von akuten Patienten probiert, der aber schnell wieder aufgegeben wird. Bei der Auflösung der stümperhaft organisierten Klinik Brauweiler 1977 nutzt der LVR den regionalen Protest. Die neue Stadtklinik Köln gerät in die Kritik wegen des verwässerten Konzepts und des Ausschlusses chronisch Kranker. Das LKH Marienheide wird später weitgehend in ein Allgemeinkrankenhaus überführt. In Bonn ist die alte Klinikleitung mit dem Klinikneubau überfordert, es kommt der Sektorspsychiater Held aus Paris.

Nach diesem radikalen Ansatz und nur geringen Erfolgen (wieso gering? Der Setzer) macht sich Frustration breit. 1980 macht ein Thesenpapier des Vorstandes die Runde, in welchem provokante Aussagen stehen:

*Die Enquete und die Forschungsgelder waren latente Disziplinierungsmittel.
Die bewusste Verhinderung jedes Fortschritts führt zu Wut.
Unsere Arbeit führt ohne politische Macht zu Resignation und Selbstbeschäftigung.
Die Veränderungsmöglichkeiten klinisch arbeitender Psychoprofis sind erschöpft.
Was für uns human und bequem ist, muss nicht auch für die Patienten human sein.*

Hier wird das erste Mal der Gegensatz zwischen den gewerkschaftlichen Interessen der Profis und Bedürfnissen nach optimaler Behandlung der Betroffenen akzentuiert. Zum gleichen Zeitpunkt diskutiert die Freiburger DGSP-Tagung die „neue Einfachheit“ psychiatrisch schaffender Gutmenschen DÖRNERs gegen die nüchterne Spezialisierungsthese FINZENs, und auf der nächsten DGSP-Tagung in Dortmund legen jugendliche „Stadtindianer“ praktisch die Tagung und die Profis lahm. Ein struktureller Konflikt, der bis dahin nicht gesehen worden ist, aktualisiert sich und führt zur Solidarisierung und organisatorischen Abgrenzung von Angehörigen (in Bonn) und Betroffenen (in Bedburg-Hau) und den Psychoseseminaren (Hamburg). Bei der RGSP nehmen Betroffene oder Angehörige an den Sitzungen und Tagungen zu diesem Zeitpunkt praktisch nicht teil, das Problem wird aber diskutiert. Der regionale Arbeitsschwerpunkt der RGSP verschiebt sich zunehmend von der Klinik in Rheydt nach Solingen in den Trägerverein. 1981 wird die Geschäftsstelle der RGSP in der Eichenstrasse gegründet, ein Organisationszentrum mit der jahrelangen geduldigen Arbeit von Lothar Bücher. Die Arbeitsorganisation ist aber weiterhin chaotisch, wird immer wieder zu straffen versucht, aber es gelingt eigentlich nie. Gleichzeitig kommt es im Rheinland durch den Sitz der Bundesregierung auch zu einer Konzentration psychiatriepolitischer Lobby, nachdem Hannover um Kisker seine Leitfunktion verloren hat (Aktion Psychisch Kranke mit Fachtagungen in Wissenschaftszentrum Bonn, DGSP in Köln, Psychiatrie-Verlag in Bonn).

Ab 1980 wechseln Themen und Vorstände. Vorsitzende sind nacheinander Ilse Hauer, Klaus Nouvertné und Martina Hoffmann. Die Kehrseite der Verkleinerung der Großkliniken mit Verschiebung in Heime und resultierender Privatisierung der Psychiatrie in kleinen Einrichtungen wird registriert und diskutiert, aber die praktische Bewältigung ist für die aus großen Institutionen und dem öffentlichen Dienst kommenden Profis schwer. Das erste Mal wird auch der Maßregelvollzug im Vorstand diskutiert, Suchtfragen haben immer nur Randcharakter. Auch zum LVR entsteht eine ambivalente Distanz, dort sitzen als Gesprächspartner kompetente Profis und DGSP-Mitglieder, aber sie haben eigene zentralistische Organisationsinteressen. Die Leitung der Gesundheitsabteilung wechselt von dem idealistischen Caspar Kuhlenkampff auf Rainer Kukla. Inhaltlich geht es um eine befürchtete Reglementierung mittels der Basisdokumentation (BaDo-Hearing 1985 in Köln).

Es beginnt auch eine neue sozialdemokratische Klüngel- und Technokratengeneration. Die Aktivität der Regionalgruppen erlahmt zunehmend. Gleichzeitig werden immer mehr Träger des sozialpsychiatrischen Protestes zu gut bezahlten Vertretern der neuen sozialpsychiatrischen Gremien und Einrichtungen. 1984 gibt es eine gewisse thematische Zwischenphase (Tagungsthema: Zwischen Gemeinwesenarbeit und Notfallhilfe) mit zeitweise verbesserter Organisation und Außendarstellung. Die „blaue Karawane“ der DGSP mit Psychiatrie-Betroffenen und Künstlern zieht durch das Land und ist auch in der Noch-Hauptstadt Bonn willkommen. Die Rheinlandtagung 1983 in Bonn hat über 18 Arbeitsgruppen. Dörner und Kuhlenkampff halten Einführungsreden. Die sozialpsychiatrische Protestbewegung hat einen ersten Reifepunkt erreicht und wird in die Macht integriert („unterstützt durch die Gesundheitsabteilung des LVR“). 1984 hat die RGSP 500 Mitglieder, von 1982 bis 1984 finden 23 Vorstandssitzungen und drei Rheinland-Tagungen statt.

Das Rheinland ist nun eine Region mit vielen neuen Einrichtungen geworden, täglich werden es mehr. Die

Unüberschaubarkeit und Differenziertheit des Versorgungssystems nimmt zu, einfache Zuschreibungen und Wertungen werden schwieriger. Neue spezialisierte Berufsgruppen drängen auf den komplementären Markt, die klinisch-pflegerische Basisversorgung gerät in die Defensive. Ein Vorstand allein kann das nicht mehr übersehen, der Anspruch an Basisnähe ist ebenso nicht herstellbar. Kritik und Selbstkritik werden lauter und kumulieren in dem Austritt von acht Solinger Mitgliedern aus der DGSP. Der politische Auftrag werde nicht mehr erfüllt, es handele sich um einen familiären Funktionärsverein, die Euphorie der sozialpsychiatrische Bewegung sei der bürokratischen Reform erlegen, so lauten die Argumente. Elf Thesen der WGSP werden diskutiert. Pflichtversorgung und Verantwortung für die chronisch Kranken auch in der Gemeinde werden dogmatisch eingefordert. Die Bewegung spaltet sich ein weiteres Mal. Die Solinger Gruppe gründet 1988 die Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrie im Rheinland (AGPR), die zeitweise eine regionale Lobby und systematische Weiterbildung betreibt. Der RGSP-Vorstand macht sich auf die Reise und informiert sich über das zwischen 1980 – 85 angelaufene Modellprogramm Psychiatrie. Die konkrete Erprobung der Vorstellungen der Psychiatrie-Enquete steht in 14 Modellregionen an. Vorstandssitzungen finden nun in den rheinischen Modellregionen (Duisburg Nord, Essen-Süd, Oberbergischer Kreis) statt. Der Vorstand wird zum bestinformierten und wachsamem Gremium der regionalen Veränderung. Die Arbeit konkretisiert sich wieder auf den sachlichen Psychiatriebezug. Die Konsolidierung eines differenzierten regionalen Systems macht die Themen des RGSP-Vorstands aber zunehmend abstrakter. Die Rheinland-Tagung findet immer weniger Anklang und wird mit einer Mischung aus dem konkret ausgerichteten Viersener „Badetag“ und inhaltlichen Spezialthemen angepasst. Die utopische Phase der RGSP ist vorbei. Das Rheinland besteht nun aus vielen kleinen Psychiatrie-Welten mit regionalen Fürstentümern und Machtzentren. Zu diesem Zeitpunkt verlässt auch der Verfasser dieses Rückblicks den Vorstand und beginnt die Arbeit in seiner Region für die sozialpsychiatrische Versorgung im Rhein-Sieg-Kreis.

Was ist passiert und was hat dabei die RGSP bewegt ? Ohne Zweifel ist das Rheinland auch mit Hilfe der RGSP eine der bestentwickelten Versorgungsregionen der BRD geworden. Die Kehrseite der Reform mit ihrer Konzentration auf die chronisch psychotisch Kranken sind die gegenwärtigen Probleme der Sucht, Gerontopsychiatrie, Persönlichkeitsstörungen und Forensik. Und es scheint schwer, den rationalen, faktenbezogenen Blick zurück und die eigenen Versäumnisse klar zu machen, und so werden ohne historische Reflektion immer neuen Themen und Lösungen geboren. Ein ehrenamtlich arbeitender Vorstand ist überfordert, Gesamtüberblick und Einfluss auf das Gesamtsystem zu behalten. Zudem ist der Interessengegensatz zwischen gewerkschaftlichen, therapeutischen Perspektiven und Interessen Betroffener in einem übergeordneten politischen Verband mit regionaler Zentrierung strukturell unlösbar.

Eine Vermehrung von spezialisierten Angeboten und eine Jobmaschine war diese Zeit allemal. Um die Jahrtausendwende gibt es im Rheinland mehr als 30 000 Behandlungsplätze in der Psychiatrie, das ist eine Steigerung von weit über 100 % seit 1973. Nur noch 8200 Plätze sind davon in den Kliniken verblieben. Dem LVR unterstehen auch nur noch weniger als die Hälfte dieser Betten mit ca. 11 % tagesklinischem Anteil (20 % geplant). Im Ruhrgebiet und ländlichen Bereichen haben Fachkliniken und Fachabteilungen die klinische Versorgung übernommen, sie betreuen mit 40% der Betten 50% der Patienten. Ein großer Teil der verschwundenen Betten ist aber auch in Wohnheimplätze (ca. 3000) verwandelt und auf eine Vielzahl unterschiedlicher Träger verteilt worden. Deren Funktion bedarf heute einer kritischen Überprüfung. Die zweite Säule der ambulanten Versorgung sind neben den sich rasant vermehrten niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten die neuen Institutsambulanzen und sozialpsychiatrischen Basiseinrichtungen (SPZ) geworden. Die Zusammenarbeit ist ungenügend. Die SPZn versorgen mit mehr als 60 Einrichtungen ca. 12 000 „Kunden“. Zusätzlich gibt es über 2500 Plätze Betreuten im Wohnen. Nur etwa 3800 Plätze bieten Arbeitsförderung an (PSD, Tagesstätten, BTZ, Reintegrationskurse, Integrationsfirmen).

[Dr. Wilhelm Engelke](#)