

Wilfried Rudloff

Expertenkommissionen, Masterpläne und Modellprogramme

Die bundesdeutsche Psychiatriereform als Paradefall ›verwissenschaftlichter‹ Politik?

Im November 1975 landete eine Drucksache von Respekt einflößendem Umfang auf den Schreibtischen der Bundestagsabgeordneten. Vier Jahre hatte eine hochkarätig besetzte Sachverständigenkommission über dem »Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland« gebrütet; 1.618 eng bedruckte Seiten inklusive Anhang umfasste das imposante Paket.¹ 220 Tagungstermine waren von der Kommission und ihren Untergruppen benötigt, fast 200 Experten an der Erstellung des Berichts beteiligt worden. »Die Lesezeit«, berechnete ein Mitarbeiter des Sozialministeriums in Kiel, entsprach »etwa der durchschnittlichen Arbeitszeit eines Monats«.² Die »Enquête«, wie sich als Bezeichnung schnell durchsetzte, wurde ungeachtet ihres wenig leserfreundlichen Formats zum obligatorischen Bezugspunkt nahezu aller nachfolgenden Bemühungen, die Versorgungsstrukturen der Psychiatrie zu reformieren. Im historischen Narrativ der bundesdeutschen Psychiatriereform tritt sie regelmäßig als wichtigster Wendepunkt einer langen und etappenreichen Entwicklung in Erscheinung, deren verschlungene Pfade von der rückständigen Verwahrspsychiatrie der 1950er Jahre zu einer tief greifend erneuerten Infrastruktur psychiatrischer Hilfen einige Jahrzehnte später führen sollten. Als ideeller Fluchtpunkt dieser Entwicklung diente eine in der Enquête entworfene, in den späteren Diskussionen dann variierte Institutionenlandschaft mit dezentralem, gemeindenahem, bedarfsgerechtem und möglichst ambulanten Zuschnitt. Die an Umfang wie Bedeutung herab gestuften Großkrankenhäuser sollten durch teilstationäre, ambulante und komplementäre Dienste ergänzt, wenn nicht ersetzt werden. An die Stelle einer Psychiatrie der Absonderung und des ›Wegsperrens‹ sollten psychiatrische Hilfsangebote in therapeutischer und integrativer Absicht treten. Darüber, wie konsequent die in den 1970er Jahren eingeleitete, auch heute noch nicht zu einem Abschluss gelangte Reform angelegt war, wie stringent sie durchgeführt wurde, worin ihre Erfolge lagen und welche Inkonsistenzen mit ihr verbunden waren, bestanden von Anfang an – und bestehen auch weiterhin – unterschiedliche Meinungen. Dass der Enquête bei all dem, was erreicht worden oder auch ausgeblieben ist, eine überragende Bedeutung zukam, steht jedoch außer Zweifel.

Den langwierigen, windungsreichen und vielschichtigen Prozess der Psychiatriereform im Einzelnen nachzuzeichnen, liegt nicht in der Absicht dieses Beitrags. Hier soll es vor allem um eines gehen: Weit über die Enquête hinaus wurde die lange Wegstrecke der bundesdeutschen Psychiatriereform gesäumt von Institutionen, die dem Arsenal der wissenschaftlichen Politikberatung entstammen – Gutachten und Forschungsaufträge, Sachverständigenkommissionen und Expertenhearings, Beiräte und Gesprächskreise, Modellversuche und Evaluationsstudien, Workshops und informelle Kontakte. Für die Geschichte der bundesdeutschen Psychiatriepolitik dürfte wie selten auf einem Politikfeld gelten, dass hier in der Tat Politik einmal nach Maßgabe wissenschaftlichen Expertenratschlags betrieben worden ist.

1 Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4200: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland; Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4201: Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland.

2 Sozialminister des Landes Schleswig-Holstein an BMJFG, 22.11.1977, S. 3, Bundesarchiv (BArch) Koblenz, B 189, Nr. 16339.

Die Frage nach den Formen, Funktionen und Formaten wissenschaftlicher Expertise steht im Mittelpunkt der folgenden Ausführungen. Anhand einer Fallstudie werden die Mehrgestaltigkeit und Multifunktionalität wissenschaftlicher Politikberatung untersucht. Dabei soll besonders der Prozesscharakter der Interaktion von Wissenschaft und Politik Beachtung finden. Der Betrachtungszeitraum erstreckt sich von den 1950er bis zu den 1980er Jahren. Illustriert wird nicht nur die wandelbare Gestalt der auf den einzelnen Etappen des politischen Prozesses zur Geltung kommenden Expertise, sondern zugleich auch der ›Artenreichtum‹ in der Welt der Experten.

I. RAHMENBEDINGUNGEN DES POLITIKFELDS

Der Stellenwert von Wissenschaften als politische Akteure wird wesentlich durch die je spezifischen Akteurs- und Handlungskordinaten eines Politikfelds bestimmt. Die institutionellen Spielregeln und Kooperationsbeziehungen, die hier angetroffen werden, nehmen maßgeblich Einfluss auf die Wirkungschancen einer politisch agierenden Wissenschaft.

Betrachtet man die bundesdeutsche Psychiatriepolitik unter diesem Gesichtspunkt, stehen vier Eigentümlichkeiten hervor, die zusammen genommen maßgeblich die Grenzen des politischen Wirkungsraums der Wissenschaft absteckten. Danach zeichnete sich die Psychiatriepolitik in der Bundesrepublik aus durch erstens eine vergleichsweise geringe parteipolitische Determiniertheit, zweitens eine lange Zeit schwache Verankerung im ministeriellen Apparat, drittens mangelnde Artikulationschancen der Betroffenen und viertens das partielle Zusammenfallen von wissenschaftlichen Experten und *provider interests*.

Psychiatriepolitik war nur in sehr begrenztem Maße parteipolitisch aufgeladen. Die frühen psychiatriepolitischen Debatten der 1970er Jahre waren im Bundestag und in den Länderparlamenten eher von überparteilichem Einvernehmen bestimmt als von parteipolitischer Polarisierung. Auch wenn mit der Zeit unterschiedliche parteipolitische Präferenzen in der Psychiatriepolitik nicht grundsätzlich ausgeschlossen waren, wurde man auf der Suche nach programmatischen Gegensätzen an anderer Stelle der Gesundheitspolitik doch weitaus schneller fündig als hier. Ebenso konnte von einer wirksamen Verankerung der Psychiatrie in den Bearbeitungsstrukturen der Ministerialbürokratie lange Zeit kaum die Rede sein. Karl Peter Kisker, ein führender Vertreter der Reformbewegung, attestierte dem Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (BMJFG) im Rahmen eines Bundestagshearings: »Das psychiatrische Referat des Bundesgesundheitsministeriums ist ohnmächtig, unterbesetzt und unwirksam. [...] Im Vergleich zu anderen Kulturländern besteht im Bereich der administrativen Zentrale ein bedauerlicher Rückstand.«³ Ähnliche Kritik wurde während der Arbeiten der Enquête an der unzureichenden Verankerung der Psychiatriepolitik in Länderministerien laut, zu einer Zeit, als eigene Referate mit entsprechender Zuständigkeit überhaupt nur in Berlin, Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein und Niedersachsen bestanden und allgemein gefordert wurde, dass die Psychiatriereferate besser besetzt sein sollten als bisher.⁴ Insgesamt fehlte es an einem angemessenen Überblick nicht nur über das Mögliche und Notwendige, sondern oft auch über das Vorhandene. Der unterentwickelte Wissensstand der für die Psychiatriepolitik Verantwortlichen führte im internationalen Austausch zu mancherlei Verlegenhei-

3 Stenographischer Bericht über die öffentliche Informationssitzung des Ausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit am Donnerstag, dem 8. Oktober 1970, in: Materialsammlung I zur Enquête über die Lage der Psychiatrie in der BRD, Stuttgart/Berlin etc. 1973, S. 27–116, hier: S. 65.

4 Sachverständigen-Kommission zur Erarbeitung der Enquête über die Lage der Psychiatrie in der BRD, Beirat »Ländervertreter«, III. Sitzung vom 27.6.1974, Protokoll, BArch Koblenz, B 189, Nr. 16359.

ten, etwa wenn bei einem Symposium der Weltgesundheitsorganisation zum Thema der psychiatrischen Versorgung 1970 festgestellt werden musste, dass für die Bundesrepublik, im Gegensatz zu praktisch allen anderen beteiligten europäischen Ländern, brauchbare statistische Angaben über psychiatrische Hilfen – abgesehen von Bayern – nicht vorlagen.⁵ Bereits 1964 hatte eine Denkschrift, die von drei frühen Protagonisten der Psychiatriereform für das Bundesgesundheitsministerium verfasst worden war, bemängelt, die mit anderen Aufgaben überhäuften Sozialverwaltungen seien nicht hinreichend mit Fachleuten besetzt und verfügten auch »nicht über ausreichende sozialpsychiatrische Kenntnisse und Erfahrungen. Nur in Ausnahmefällen orientieren sich die Träger der psychiatrischen Versorgung an den internationalen Forschungsergebnissen.«⁶ Zu solchen Befunden passte es spiegelbildlich, wenn die nur unzureichend präparierten Verwaltungen Bedarf an stellvertretender Politikformulierung durch die Professionsexperten anmeldeten. So wandte sich bei einem psychiatriepolitischen Podiumsgespräch 1966 ein Vertreter des Innenministeriums in Kiel mit der Bemerkung an die Fachkreise: »Die Forderung der Verwaltung an die Fachleute ist ganz einfach die: sagt uns, was notwendig ist, und zwar [...] als in sich geschlossene Konzeption für die Versorgung der psychisch Kranken. [...] Erst dann werden wir als Verwaltung effektiv an die Verwirklichung herangehen können.«⁷ Ein Mitglied des schleswig-holsteinischen Landtags sprang dem Ministerialrat mit der Bemerkung zur Seite, nur wenn die Wissenschaftler als die »dazu Berufenen« ein Konzept erarbeiteten, bestände Hoffnung auf Erfolg bei der Durchführung und Finanzierung:

»Sie glauben gar nicht, welche Freude es macht, wenn man dann vor dem Landtag sagen kann: hier stehen wir auf wissenschaftlich gesichertem Boden. Das hindert mindestens 50% aller vorher Redewilligen, sich dorthin zu begeben und zu widersprechen, weil sie nicht wissen, ob sie auch auf wissenschaftlich gesichertem Boden stehen.«⁸

Im *issue network* der Psychiatriepolitik nahmen Wissenschaftler und Professionsexperten deshalb schnell zentrale Positionen ein. Sie sahen sich dabei weniger bedrängt von machtvollen *veto players*, als dies in Gestalt der Sozialleistungsträger auf anderen Feldern der Gesundheitspolitik der Fall war.

Ein wesentlicher Grund dafür, dass wohl kein zweites Feld der Gesundheitspolitik von vergleichbarem Gewicht so lange vernachlässigt worden war wie die psychiatrische Versorgung, lag im vollständigen Fehlen schlagkräftiger Betroffenenorganisationen, sei es der Patienten selbst oder aber ihrer Angehörigen. Seit 1958 lehrte ein kurzer Seitenblick auf das Feld der Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung, welchen Unterschied es machte, wenn eine rührige Angehörigenorganisation diese Rolle übernahm. Erst recht galt dies, wenn es sich dabei – wie im Fall der »Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind« – sogar um mehr, nämlich um eine dauerhafte Allianz von Angehörigen mit führenden Vertretern der Fachwelt handelte.⁹ Da eine anerkannte, in den politischen Verhand-

5 BMJFG Ref. H I 4 an Abteilungsleiter H, 14.1.1971, BArch Koblenz, B 189, Nr. 16350, Teilakte 474-0/1.

6 Walter Ritter von Baeyer, Heinz Häfner und Karl Peter Kisker, Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik Deutschland, 15.7.1964, S. 7, BAArch Koblenz, B 142, Nr. 1974.

7 Die Verantwortung der Gesellschaft für ihre psychisch Kranken. Bericht über die Hauptauschusstagung [des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge] am 5. und 6. Mai 1966 in Kiel, Frankfurt am Main 1967, S. 109 (Ministerialrat Dr. Beske).

8 Ebd. (MdL Konrad).

9 Vgl. Wilfried Rudloff, Akteurssysteme, organisierte Betroffeneninteressen und sozialpolitische Innovationspfade – Modelle aus der Behindertenpolitik, in: Ulrich Becker/Hans Günter Hockerts/Klaus Tenfelde (Hrsg.), Sozialstaat Deutschland. Geschichte und Gegenwart, Bonn 2010, S. 141–159, hier: S. 144 und 150 f.

lungsnetzwerken »akkreditierte«¹⁰ und aufgrund von Mitgliederzahl oder Verweigerungspotenzial schlagkräftige Organisation der Betroffenen in der Psychiatriepolitik nicht vorhanden war, nahmen die Vertreter der Psychiatrieprofessionen für sich in Anspruch, die Rolle des interessenpolitischen Anwalts gleich mit zu übernehmen. Eigene Bundes- und Landesverbände der Angehörigen psychisch kranker Menschen, die als politische Lobby auftreten konnten, entstanden erst seit Mitte der 1980er Jahre¹¹, eigene Verbände der »Psychiatrie-Erfahrenen« seit den 1990er Jahren oder gar erst seit der Wende zum neuen Jahrhundert.

Aus all diesen Eigenarten des Politikfelds folgte, dass das charakteristische Zusammenspiel von Politik, Verwaltung und Interessenverbänden, gewöhnlich die Hauptprotagonisten sozialpolitischer Verhandlungssysteme, nicht die Dominanz erlangte wie in anderen Bereichen der Sozialpolitik. Umso wichtiger wurden im Gegenzug professionsverankerte Expertensysteme. Ihnen schien die Politik eine Zeit lang die Leitfunktion in der Programmformulierung abgetreten zu haben. Die maßgeblichen Exponenten der professionsgestützten Expertenkultur zeichnete viererlei aus: Als medizinische Profession traten sie erstens im Gewand und mit der Autorität der Wissenschaften auf. Das verlieh ihren Stellungnahmen ein besonderes Gewicht. Wie erwähnt, beanspruchten sie zweitens advokatorisch für die Betroffenen mitzusprechen. Sie besaßen dabei jedoch drittens nicht etwa den Status eines disinvolvierten externen Experten, sondern waren von den zu fällenden Entscheidungen der Politik selbst betroffen, hatten also eigene Interessen im Spiel. Das Beratungswissen, das sie einbrachten, war somit ein »interessiertes« Wissen. Zudem sprachen sie viertens nicht aus einem Mund, sondern waren, wie sich dies für die Wissenschaften gehört, untereinander vielfach zerstritten. Während die ersten beiden Faktoren geeignet waren, ihren Einfluss im politischen Prozess zu steigern, und auch der Umstand, dass die aus der Insider-Perspektive argumentierenden Psychiatrieexperten ein Eigeninteresse an den Reformen hatten, ihren Mitspracheanspruch eher noch verstärkte, bestand andererseits die Gefahr, dass bei ausgeprägter Mehrstimmigkeit der Expertenmeinungen die Konsensfähigkeit der Fachwelt und damit zugleich die politische Durchschlagskraft ihrer Expertise geschwächt werden würde. Tatsächlich lag die Funktion psychiatriepolitischer Politikberatung, wie sie in der Enquête ihren Ausdruck finden sollte, nicht einfach nur darin, ein so weder Verwaltung noch Politik verfügbares Sachwissen und Urteilsvermögen zugänglich zu machen, sondern auch in der Notwendigkeit, eine fachimmanente Konsensfindung anzustoßen, ohne deren Gelingen die beabsichtigte Psychiatriereform von Anfang an mit einer schweren Hypothek belastet gewesen wäre.

II. DER VERLAUF DER PSYCHIATRIEREFORM – EIN *POLICY CYCLE*?

Will man den allgemeinen Funktionsrahmen wissenschaftlicher Politikberatung noch etwas weiter und systematischer aufspannen, kann man mit Peter Weingart und Justus Lentsch zunächst zwischen »sach- und problembezogenen« und »politischen« beziehungsweise strategischen Funktionen unterscheiden. Zur Klasse der ersteren zählen:

1. die Frühwarnung als Erkennen sich anbahnender Probleme,
2. die Problemanalyse als Bereitstellen von Wissen und Daten zu dem Zweck, Lösungswege aufzuzeigen,

10 Zum Begriff vgl. *Thomas von Winter*, Interessenvermittlung und Institutionen. Die Rolle der Verbände in der Sozialpolitik, in: *Zeitschrift für Sozialreform* 46, 2000, S. 523–547, hier: S. 539.

11 *Heinz Degger-Erlenmaier*, Angehörige psychisch Kranker auf dem Weg zur Selbsthilfe, in: *Achim Thom/Erich Wulff* (Hrsg.), *Psychiatrie im Wandel. Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West*, Bonn 1990, S. 349–365.

3. die Bewertung politischer Handlungsalternativen,
4. die Formulierung von Empfehlungen und
5. die Entwicklung von (regulativen) Standards.

Zur zweiten Überkategorie lassen sich nach Weingart und Lentsch zählen:

6. die Konsensbildung,
7. die Aufklärung der Öffentlichkeit,
8. die Legitimierung vergangener oder anstehender Entscheidungen und
9. die Evaluierung getroffener Maßnahmen und Programme.¹²

Einen sehr ähnlichen Funktionskatalog hatte schon 1976 das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit entworfen, in dessen Zuständigkeitsbereich der hier behandelte Politikbereich fiel (wobei die Evaluation aber zu Recht eher der ersten Gruppe zugeordnet war).¹³ Andere Beobachter haben zum Teil erheblich von diesem Kategorienschema abweichende Funktionsbilder vorgeschlagen, und in der Tat ließe sich darüber, wie ein angemessener Katalog zugeschriebener und ausgeübter Rollen wissenschaftlicher Politikberater auszusehen hätte, lange streiten. Außer Zweifel steht jedoch erstens, dass sich jeweils besondere Funktionsbilder ergeben werden, sobald man sich für einzelne Politikfelder konkreten Fällen der Interaktion von Wissenschaft und Politik zuwendet, und zweitens, dass sich diese Funktionsbilder verändern werden, sobald man das Interaktionsgeschehen unter Prozessgesichtspunkten betrachtet. Welche Funktionen im konkreten Fall im Vordergrund stehen, hängt also nicht nur von den Erwartungen der politischen Auftraggeber oder den je verschiedenen Rahmenbedingungen des Politikfelds ab. Die Ansprüche, die an die Experten gestellt werden, und die Formate, die ihre Expertise annimmt, wandeln sich vielmehr auch im Zuge des politischen Prozesses selbst, dessen verschiedene Etappen unterschiedliche Anforderungsprofile hervortreten lassen.¹⁴

Dieser Umstand legt es nahe, als Strukturierungshilfe für die folgende Analyse das Konzept des Politikzyklus aufzugreifen, wie es aus der politikwissenschaftlichen *policy analysis* bekannt ist.¹⁵ Phasenmodellen dieser Art liegt die Überlegung zugrunde, dass politische Entscheidungen nicht aus punktuellen Wahlakten bestehen, sondern mehrstufige, sich idealtypisch in bestimmten Sequenzen abspulende Prozesse darstellen. Im Folgenden wird von sechs Etappen eines solchen Zyklus ausgegangen. Gesellschaftliche Probleme, die nach politischen Antworten verlangen, müssen demnach zunächst einmal als sol-

12 Peter Weingart/Justus Lentsch, Wissen – Beraten – Entscheiden. Form und Funktion wissenschaftlicher Politikberatung in Deutschland, Weilerswist 2008, S. 28 f.; solche Funktionstypologien gibt es in großer Zahl, als nur eine von vielen weiteren vgl. Götrik Wewer, Politikberatung und Politikgestaltung, in: Klaus Schubert/Nils C. Bandelow (Hrsg.), Lehrbuch der Politikfeldanalyse, München/Wien 2003, S. 361–390, hier: S. 385 f.

13 BMJFG, Auswertung der Studie zum Beratungswesen, Okt. 1976, BArch Koblenz, B 189, Nr. 35173.

14 Hierauf wies auch schon ein zeitgenössisches Gutachten der Projektgruppe »Regierungs- und Verwaltungsreform« beim Bundesinnenministerium hin, das 1975 von einer sozialwissenschaftlichen Forschergruppe unter Leitung von Renate Mayntz vorgelegt wurde und den Beratungsapparat des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit zum Gegenstand hatte; vgl. Renate Mayntz, Das Beratungswesen im Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit. Untersuchungsbericht und Reformvorschläge, Bonn 1975 (Typoskript), S. 3 f.

15 Adrienne Windhoff-Héritier, Policy-Analyse. Eine Einführung, Frankfurt am Main/New York 1987, S. 64–114; Michael Howlett/M. Ramesh, Studying Public Policy. Policy Cycles and Policy Subsystems, Oxford/Toronto etc. 1995; Peter de Leon, The Stages Approach to the Policy Process, in: Paul A. Sabatier (Hrsg.), Theories of the Policy Process, Boulder/Oxford 1999, S. 19–32; Werner Jann/Kai Wegrich, Phasenmodelle und Politikprozesse: Der Policy Circle, in: Schubert/Bandelow, Lehrbuch, S. 71–104; Sonja Blum/Klaus Schubert, Politikfeldanalyse, Wiesbaden 2009, S. 101–140.

che erkannt, das Problematische an ihnen muss identifiziert und definiert werden (Problemidentifikation). Hieran können sehr unterschiedliche Akteure und Gruppen beteiligt sein – auf dem Feld der Sozialpolitik Betroffene, Professionen oder Leistungserbringer ebenso wie Wissenschaftler, Verwaltungen oder Politiker. Bestimmte institutionelle Strukturen sind für die Wahrnehmung und Artikulation eines politischen Handlungsbedarfs weder vorgegeben noch notwendig. Alsdann muss die Handlungsrelevanz in der politischen Arena Anerkennung finden, das Problem, mit anderen Worten, auf die Agenda der Politik gelangen (Agenda-Setting). Das Geschehen gewinnt damit größere Nähe zur politischen Entscheidungsebene. Um das Thema durchzusetzen, werden besondere Zusatzressourcen benötigt – etwa Rückenwind seitens der Medien, Koalitionen mit anderen Gruppen und Akteuren, auch politisch schlagkräftige Argumente. Auf einer nächsten Stufe des Prozesses müssen die verfügbaren Lösungsmodelle gesichtet, wünschenswerte Zielsetzungen benannt und politische Handlungsprogramme entworfen werden (Programmformulierung). Die anschließende Entscheidung als verbindliche Wahl der Optionen wird zwar im Regelfall im Rahmen formaler Verfahren durch die verfassungsmäßig zuständigen Instanzen gefällt, muss aber gleichfalls nicht als einmaliger Akt verstanden werden. Sie ist vielmehr eingebunden in komplexe Verhandlungsprozesse, die sich unter Beteiligung eines ganzen Kranzes interessierter und im politischen Prozess »akkreditierter« Akteure abspielen können (Entscheidung). Es folgt die politische und administrative Umsetzung der ausgewählten Handlungsoptionen, in deren Vollzug vielfältige Umdeutungen, Realisierungshemmnisse, Reibungsverluste und Nebenfolgen wirksam werden können; es geht hier also um die Konkretisierung und auch Readjustierung politischer Programme im Zuge ihrer administrativen Verarbeitung (Implementation). Daran schließt sich eine Phase an, in der die beabsichtigten und unbeabsichtigten Wirkungen der realisierten Handlungsprogramme überprüft werden (Evaluation). Hier schließt sich der Kreis, da mit der Identifikation von Folgen und Wirkungen umgesetzter Handlungsprogramme die Problemsichten korrigiert und neu bestimmt werden, so dass der Zyklus von Neuem beginnen kann.

Die einzelnen Etappen dieses Zyklus werden dabei nicht als konsekutiv streng voneinander geschiedene Einheiten begriffen, sondern als meist fließend ineinander übergehende Bestandteile eines politischen Entscheidungsprozesses, dessen Sequenzen sich überlappen, durchkreuzen und vermischen, ja in dessen Verlauf einzelne Phasen bisweilen auch übersprungen werden oder gänzlich wegfallen können. Es handelt sich also mehr um heuristische Analysewerkzeuge als um realitätsgetreue Komponenten eines sich unter unterschiedlichen Politikfeldbedingungen stets identisch abspulenden Verlaufsmodells. Worauf es ankommt, ist die funktionale Aufgliederung des Prozesses, nicht die streng chronologische Abfolge. Das Zyklusmodell bietet eine sinnvolle Strukturierungshilfe, kein allgemeines Erklärungsmodell; seine Nützlichkeit als Untersuchungsansatz kann deshalb auch nicht überall von vornherein vorausgesetzt werden, sondern muss sich jeweils im Einzelfall erweisen.

Mit dem Phasenmodell ist, wie angedeutet, die Annahme verbunden, dass sich das Verhältnis zwischen Wissenschaft und Politik in den einzelnen Phasen des Entscheidungsprozesses aufgrund wechselnder funktionaler Anforderungen anders gestalten wird. Auf diese Weise gelangt man dann zu einem mehrschichtigen Verständnis der Relation von Wissenschaft und Politik, das sich jeweils ausschnittsweise neu mit den bekannten Differenzierungen verbinden lässt, die in der sozialwissenschaftlichen Forschung zur Politikberatung hinsichtlich der Funktionsbilder und nachgefragten Wissenstypen diskutiert werden. Der Ansatz eröffnet damit die Chance, zu einem differenzierten Verständnis der Interaktion von Wissenschaft und Politik zu gelangen, bei dem variierende Anforderungs- und Anreizprofile stärker unterschieden und auch genauer herauspräpariert werden können.

III. PROBLEMIIDENTIFIKATION

Die Misere der frühen bundesdeutschen Psychiatrie ist schnell beschrieben: Was an Hilfen und Versorgungsangeboten für Menschen mit psychischen Krankheiten in den ersten drei Jahrzehnten nach 1945 bereitstand, war kaum mehr als eine düstere Monostruktur übergroßer, überfüllter und abgelegener Großkrankenhäuser (bis in die 1950er Jahre noch Heil- und Pflegeanstalten genannt). Die psychiatrischen Krankenhäuser verfügten in der Regel über 1.000 bis 2.000 Betten, baulich und sanitär waren die allesamt noch vor dem Ersten Weltkrieg errichteten Anstalten oft in einem deplorablen Zustand.¹⁶ Das größte psychiatrische Krankenhaus der Bundesrepublik im niederrheinischen Bedburg-Hau zählte 1971 nicht weniger als 3.820 Betten.¹⁷ Die Lebensumstände der Patienten waren meist armselig. Wie berichtet wurde, erlaubten es die räumlichen Verhältnisse oft nicht einmal, »daß jeder einen eigenen Schrank erhält, und auch nicht immer, daß zwischen die eng gestellten Betten Nachttische mit Schubladen aufgestellt werden.«¹⁸ In den beengten Schlafsälen der westfälischen Landeskrankenhäuser standen den Patienten durchschnittlich keine fünf Quadratmeter zur Verfügung.¹⁹ Die zugestandenen Pflegesätze betrugten nur einen Bruchteil der Sätze für Patienten des Allgemeinkrankenhauses. Von moderner Arbeits- und Beschäftigungstherapie konnte kaum die Rede sein, eher wurden die Patienten zu Kalfaktordiensten zugunsten der Anstaltsökonomie eingesetzt. Nimmt man noch die lange Zeit erbärmlichen Ärzte- und Pflegekräfteschlüssel hinzu, ergab sich insgesamt das Bild zutiefst unwürdiger Lebensumstände. Ende der 1950er Jahre kamen auf einen Arzt in der Regel rund 150 Kranke, ein Personalschlüssel, den die Anstaltspsychiater als unausgesprochenes Eingeständnis der Verwaltungsorgane empfanden, »daß sie auch heute noch in den von ihnen verwalteten Anstalten vorzugsweise Bewahrstätten für Kranke und keine Krankenhäuser« sahen.²⁰ Patienten, denen unter anderen Bedingungen zu einer Rück-

16 Eine detaillierte Statistik für das Jahr 1956 findet sich bei *Friedrich Panse*, Das psychiatrische Krankenhauswesen. Entwicklung, Stand, Reichweite und Zukunft, Stuttgart 1964, S. 439; für Anfang der 1970er Jahre vgl. *R. Degkwitz/P. W. Schulte*, Einige Zahlen zur Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik. Bisherige Entwicklung – Status quo – Vorschläge zur Verbesserung, in: *Der Nervenarzt* 42, 1971, S. 169–180; Verein Baden-Württembergischer Krankenhauspsychiater, Zur Versorgung psychisch Kranker in Baden-Württemberg. Bisherige Entwicklung – Status quo – Vorschläge zur Verbesserung, in: *Ernst Klee* (Hrsg.), Die armen Irren. Das Schicksal der seelisch Kranken, Düsseldorf 1972, S. 107–126.

17 *Horst Dilling*, Stationäre psychiatrische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, in: *Helga Reimann/Horst Reimann* (Hrsg.), Psychische Störungen, München 1975, S. 175–200, hier: S. 178 f.

18 *Hans Merguet*, Psychiatrische Anstaltsorganisation. Arbeitstherapie, Milieugestaltung, Gruppentherapie, in: *Hans W. Gruhle/Richard Jung/Wilhelm Mayer-Gross* u. a. (Hrsg.), Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis, Bd. III: Soziale und angewandte Psychiatrie, Berlin/Göttingen etc. 1961, S. 75–110, hier: S. 100.

19 *Sabine Hanrath*, Zwischen ›Euthanasie‹ und Psychiatriereform. Anstaltspsychiatrie in Westfalen und Brandenburg: Ein deutsch-deutscher Vergleich (1945–1964), Paderborn/München etc. 2002, S. 277; als lokale Fallstudie vgl. auch *Gerda Engelbracht*, Von der Nervenklinik zum Zentralkrankenhaus Bremen-Ost. Bremer Psychiatriegeschichte 1945–1977, Bremen 2004, insb. S. 63–90.

20 *H. Sollmann*, Anstaltspsychiatrie und psychiatrische Fürsorge, in: *Helmut Ehrhardt/Detlev Ploog/Hermann Stutte* (Hrsg.), Psychiatrie und Gesellschaft. Ergebnisse und Probleme der Sozialpsychiatrie, Bern/Stuttgart 1958, S. 274–283, hier: S. 277; *Hans Merguet*, Ist das deutsche psychiatrische Anstaltswesen rückständig?, in: Neues Beginnen, Oktober 1964, S. 145–149. Während sich da und dort langsam Verbesserungen in den Lebensverhältnissen einstellten, erwies sich das obsoletere Anstaltsregime insgesamt doch als zählebig. Asmus Finzen, einer der bekanntesten Psychiatriereformer der jüngeren Generation, erinnerte 1977, als er seit anderthalb Jahren das Amt eines ärztlichen Leiters des psychiatrischen Großkrankenhauses Wunstorf bei

kehr in ein geregeltes Leben hätte verholten werden können, standen in der Gefahr, aufgrund des antitherapeutischen Charakters der Anstalten »hospitalisiert« und »chronifiziert«, also von sekundären Schäden betroffen und in Dauerpatienten verwandelt zu werden.²¹ Extramurale Dienste, also Hilfsangebote außerhalb der psychiatrischen Krankenanstalten, waren, wenn überhaupt, nur ganz unzulänglich vorhanden. Dazu kam, dass es überall an niedergelassenen Nervenärzten fehlte, so dass auch von dieser Seite her die ambulante Versorgung ungenügend blieb. Schließlich waren Patienten mit seelischen Krankheiten gegenüber somatisch Kranken auch sozialrechtlich benachteiligt. Bezeichnend hierfür war der Umstand, dass es nach dem noch immer gültigen »Halbierungserlaß« des Reichsarbeits- und Reichsinnenministeriums aus dem Jahre 1942 weiterhin möglich – wenngleich vielfach nicht mehr üblich – war, dass die Krankenversicherung den einweisenden Fürsorgebehörden für krankenversicherte und behandlungsbedürftige Anstaltspatienten nur die Hälfte der entstehenden Behandlungskosten erstattete – eine Zurücksetzung, die der Gesetzgeber erst 1981 aus der Welt schaffte.²²

Um Probleme auf einem gegebenen politischen Handlungsfeld zu identifizieren, bedarf es zuallererst zweierlei: einer erfahrungsgestützten Nähe zum Feld und der Ausprägung eines Bewertungsmaßstabs. Dass die Reformbedürftigkeit der bestehenden Zustände zuerst aus der Mitte der psychiatrischen Versorgungsstrukturen heraus artikuliert wurde, war deshalb ebenso wenig überraschend wie der Umstand, dass sich dies nicht so sehr die etablierte Generation der älteren Fachvertreter zur Aufgabe machte, sondern eine nachwachsende Generation von Psychiatern, die mit den Verhältnissen, auf die sie in ihrem Berufsfeld stießen, zutiefst unzufrieden waren. Viele von ihnen empfanden nun auch die Verstrickung der Psychiatrie in den NS-Krankenmord als eine schwere moralische Hypothek, die ihr Reformengagement zusätzlich beflügelte.²³ Überdies nährte der wachsende Wohlstand der bundesdeutschen Gesellschaft im Verein mit der Beobachtung, dass auf anderen Feldern der Sozialpolitik die Reformtätigkeit längst Fahrt aufgenommen hatte, die Unzufriedenheit mit dem augenfälligen Still- und Rückstand in der psychiatrischen Versorgung.

Hannover übernommen hatte, daran, »daß man hier bei der Aufnahme vor zwei Jahren seine Uhr abgeben mußte; daß man nur an zwei Tagen in der Woche Besuch bekommen konnte, daß der Ausgang sich überwiegend in Form des schwer bewachten Hofgangs abspielte, daß Kranke sich im Gelände des Krankenhauses nichts kaufen konnten, daß im Januar 1975 keinem einzigen männliche Patienten ein Schrankfach für sich allein zur Verfügung stand, daß mehr als die Hälfte aller Patienten gegen ihren Willen bei uns zur Aufnahme kamen [...]; daß Personal und Patienten auf viel zu volle[n], viel zu kleine[n] Stationen zusammengepfercht waren, so daß eine therapeutische Arbeit außerordentlich erschwert war; daß Pfleger nur mit Pflegern und Schwestern [und nicht mit den Ärzten] zusammenarbeiteten; daß gemischte Stationen [von Männern und Frauen] nicht im Gespräch waren.« *Asmus Finzen*, Probleme der Innovation in einem psychiatrischen Großkrankenhaus – Wunstorf am Wendepunkt, in: *Sozialpsychiatrische Informationen* 10, 1980, H. 6/7, S. 281–299, hier: S. 292 f.

- 21 Vgl. *Asmus Finzen* (Hrsg.), *Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern. Ursachen, Behandlung, Prävention*, München 1974.
- 22 Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Landesfürsorgeverbände, Rundschreiben Nr. 14/1961, 26.7. 1961 (Anwendung des Halbierungserlasses), BArch Koblenz, B 106, Nr. 9691; BMI, Ref. V 1: Vorlage betr. Vereinbarung über die Nichtanwendung des Halbierungserlasses, 23.1.1964, BArch Koblenz, B 106, Nr. 10773; vgl. auch *Panse*, *Das psychiatrische Krankenhauswesen*, S. 233 f.
- 23 *Franz-Werner Kersting*, Vor Ernst Klee. Die Hypothek der NS-Medizinverbrechen als Reformimpuls, in: *ders.* (Hrsg.), *Psychiatriereform als Gesellschaftsreform. Die Hypothek des Nationalsozialismus und der Aufbruch der sechziger Jahre*, Paderborn/München etc. 2003, S. 63–80; vgl. auch *Falk Pingel*, Die NS-Psychiatrie im Spiegel des historischen Bewußtseins und sozialpolitischen Denkens in der Bundesrepublik, in: *Franz-Werner Kersting/Karl Teppe/Bernd Walter* (Hrsg.), *Nach Hadamar. Zum Verhältnis von Psychiatrie und Gesellschaft im 20. Jahrhundert*, Paderborn 1993, S. 174–201, hier: S. 196.

Wichtiger noch war aber als Antriebsfaktor die Kenntnis institutioneller Alternativen aus dem Ausland. Sie bildeten den Bewertungsmaßstab, vor dem sich die bundesdeutsche Lage besonders negativ abhob. Etliche der kommenden Reformprotagonisten hatten Erfahrungen in psychiatriepolitisch weiter fortgeschrittenen Ländern gemacht, andere, wohl die Mehrzahl, schöpften ihre Kenntnisse aus Berichten über die neuesten Entwicklungen im angelsächsischen oder skandinavischen Raum, in den Niederlanden oder in Frankreich. Man wusste um den Umbau der britischen Psychiatriestrukturen, der wegführte von den alten Großanstalten und hin zur Versorgung in Allgemeinkrankenhäusern und durch lokale Dienste, man horchte auf, als Präsident Kennedy 1963 in einer Botschaft an den Kongress dazu aufrief, seelisch Kranke statt in psychiatrischen Krankenhäusern in gemeinschaftsnahen Behandlungszentren (Community Mental Health Centers) zu versorgen.²⁴ All dies ließ die Rückständigkeit der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in der Bundesrepublik nur noch deutlicher vor Augen treten. Als bald brachen immer neue Expertengruppen ins Ausland auf, um sich vor Ort ein Bild vom Stand der Reformen verschaffen zu können.²⁵ Internationale Impulse gewannen damit in der Psychiatriepolitik, vermittelt über die wissenschaftsüblichen Informationsdrehscheiben, eine Bedeutung wie auf kaum einem zweiten Feld bundesdeutscher Sozialpolitik.

Erstmals hatte sich deutlicher vernehmbar an der Wende zu den 1960er Jahren Kritik an den geschilderten Missständen gerührt. Auf dem Deutschen Fürsorgetag 1957, der die »Neuordnung des Fürsorgerechts als Teil einer Sozialreform« diskutierte, veranlasste die beharrliche Nichtbeachtung der Hilfen für psychisch Kranke den Direktor der Heil- und Pflgeanstalt Lohr am Main, Hans Erich Schulz, zu dem Ausruf, man möge doch endlich auch die seelisch Kranken der Vergessenheit entreißen.²⁶ Schulz warf den politischen Instanzen »höheren Orts« vor, trotz Kenntnis der Missstände in der psychiatrischen Versorgung an den Verhältnissen nicht zu rühren, weil sich daraus politisch kein Profit schlagen ließ.²⁷ Zwei Jahre später, auf dem Fürsorgetag 1959, gab dann Walter von Baeyer, Ordinarius für Psychiatrie an der Universität Heidelberg, einen Überblick über aktuelle Entwicklungen und Probleme in der psychiatrischen Versorgung; die anschließende Diskus-

24 Vgl. zum Beispiel *Karl Peter Kisker*, Klinische und gemeinschaftsnahe psychiatrische Behandlungszentren heute und morgen. Heute in England, Canada und Skandinavien, morgen in den USA, übermorgen bei uns?, in: *Der Nervenarzt* 35, 1964, S. 233–237; *Martin Schrenk*, John F. Kennedys Botschaft für die Geisteskranken, in: *Zeitschrift für Sozialreform* 11, 1965, S. 381–384.

25 Vgl. *Manfred Bauer/Walter Picard*, Bericht über den Besuch psychiatrischer Einrichtungen in England in der Zeit vom 22. bis 27. Februar 1971, in: *Sozialpsychiatrische Informationen* 10, 1980, H. 6/7, S. 42–46; *Caspar Kulenkampff*, Psychiatrie in der Sowjetunion (Ergebnisse einer Studienreise nach Moskau und Leningrad 1967), in: ebd., S. 46–50; *Horst Dilling*, Gemeindepsychiatrie und Rehabilitation in England, in: *Der Nervenarzt* 41, 1970, S. 277–286; *R. Degkwitz/K. Hermann/S. Längle* u. a., Zur Versorgung psychisch Kranker in England. Entwicklungen und Erfahrungen, in: ebd. 44, 1973, S. 509–514.

26 Die Neuordnung des Fürsorgerechts als Teil einer Sozialreform. Gesamtbericht über den Deutschen Fürsorgetag 1957 in Essen, Köln/Berlin 1958, S. 298; dem Berichtband ist die Eindringlichkeit der Wortmeldung kaum anzumerken, siehe indes rückblickend H. E. Schulz, Möglichkeiten der Öffentlichkeitsarbeit, Referat vor dem Aktionsausschuß zur Verbesserung der Hilfe für psychisch Kranke am 7.10.1965, BArch Koblenz, B 189, Nr. 3534; die Intervention von Schulz wird retrospektiv gern als erstes Anzeichen für das nun langsam einsetzende Nachdenken über den Reformbedarf in der Psychiatrie angesehen, vgl. zum Beispiel *Caspar Kulenkampff*, Erkenntnisinteresse und Pragmatismus. Erinnerungen an die Zeit von 1945 bis 1970, in: *Ulrike Hoffmann-Richter/Helmut Haselbeck/Renate Engfer* (Hrsg.), *Sozialpsychiatrie vor der Enquête*, Bonn 1997, S. 84–96, hier: S. 92.

27 *Hans Erich Schulz*, Die Psychisch Kranken. Denkschrift über ihre Lage und die notwendigen Maßnahmen zu deren Verbesserung, in: *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge* 39, 1959, S. 44–47.

sion führte zu dem Ergebnis, dass sowohl die psychiatrischen Krankenhäuser verbesserungsbedürftig wie auch die Schaffung halboffener wie offener Einrichtungen dringend erforderlich sei.²⁸ In den 1960er Jahren mehrten und verschärfen sich die Defizitdiagnosen; und auch weiterhin waren es durchweg Vertreter der psychiatrischen Wissenschaft, die das Wort führten. Unter dem Eindruck des Weltkongresses für Psychiatrie 1962 und gleichermaßen beeindruckt von Kennedys Kongressbotschaft von 1963, skizzierte Jürg Zutt, ein angesehener Universitätspsychiater der älteren Generation, 1964 in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung die, wie es im Untertitel seines Artikels hieß, »Weltweite Revolution im psychiatrischen Krankenhauswesen – ohne Deutschland«. Zutt kontrastierte dabei die international zu beobachtende Aufbruchstimmung in der Psychiatrie mit den unverändert düsteren Verhältnissen in der Bundesrepublik (hier besonders in Hessen).²⁹ Wo sich von Baeyer 1959 noch im Ton zurückgehalten hatte, wurde eine von dem jungen Heidelberger Universitätspsychiater Heinz Häfner 1965 zusammen mit von Baeyer und Karl Peter Kisker verfasste Denkschrift über »Dringliche Reformen in der psychiatrischen Krankenversorgung der Bundesrepublik« deutlicher.³⁰ Häfner und seine Mitautoren sprachen unverblümt von einem »katastrophalen Mangel an modernen Behandlungseinrichtungen« und einem »nationalen Notstand« in der Psychiatrie. Sie kontrastierten die bestehenden Behandlungsmöglichkeiten für körperlich Kranke mit den gänzlich unzulänglichen Therapieangeboten für seelisch Kranke, um dann nach amerikanischem Vorbild für die Errichtung von bundesweit 250 psychiatrischen Gemeindezentren zu plädieren. Die Schrift wurde zwar an eher abgelegener Stelle publiziert; angesichts des Stellenwerts, der ihr in der Rückschau von maßgeblichen Reformbeteiligten beigemessen wurde, lässt sich gleichwohl sagen, dass sie als markanter Ausdruck der gerade unter den jüngeren Fachvertretern inzwischen schwelenden Kritik grundsätzliche Bedeutung erlangte.

Problemidentifikation bedeutete in der Psychiatriepolitik mithin, den defizienten Status Quo der psychiatrischen Versorgung an dem zu messen, was nach internationalem Kenntnisstand als möglich gelten konnte und auch als notwendig erscheinen musste. Vor diesem Erfahrungshintergrund warben die Reformer alsbald für institutionelle Alternativen wie psychiatrische Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern, Institutsambulanzen, Tages- und Nachtkliniken, Übergangseinrichtungen, psychiatrische Gemeindezentren, Wohnheime und beschützende Werkstätten, allesamt Einrichtungen, deren Erprobung und Durchsetzung im fortgeschrittenen Ausland längst eingesetzt hatte. Sie plädierten für neue Organisationsmodelle und Therapieansätze, die wie das Konzept einer gemeindenahen Dezentralisierung oder das Behandlungsarrangement der »therapeutischen Gemeinschaft« Gegenmodelle zum Isolationsmilieu und Verwahrungscharakter der Großanstalten darstellten.³¹ Die Beschreibung der Probleme und die Entwicklung von Lösungsvorschlägen

28 *Walter Ritter von Baeyer*, Bericht, in: Fürsorge in der gewandelten Welt von heute. Neue Aufgaben – Neue Wege. Gesamtbericht über den 61. Deutschen Fürsorgetag 1959 in Berlin, Köln/Berlin 1960, S. 195–210, sowie die anschließende Diskussion, S. 211–226 (Arbeitsgruppe E: Psychiatrische Fürsorge in der gewandelten Welt).

29 *Jürg Zutt*, Neue Wege zur Heilung der geistig Kranken, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 21.1.1964.

30 *Heinz Häfner* (unter Mitarbeit von *Walter von Baeyer* und *Karl Peter Kisker*), Dringliche Reformen in der psychiatrischen Krankenversorgung der Bundesrepublik, in: Helfen und Heilen 2, 1965, S. 118–125; Häfner konnte seine Reformüberlegungen im Mai 1966 auch auf der Hauptausschusssitzung des »Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge« präsentieren, die sich der »Verantwortung der Gesellschaft für ihre psychisch Kranken« widmete; vgl. *Heinz Häfner*, Situation und Entwicklungstendenzen der Sozialpsychiatrie, in: Die Verantwortung der Gesellschaft für ihre psychisch Kranken, S. 8–35.

31 Zur »therapeutischen Gemeinschaft« vgl. *Alexander Veltin*, Praktische Reformansätze in den 60er Jahren: Therapeutische Gruppenarbeit im psychiatrischen Krankenhaus, in: *Kersting*, Psychiatriereform, S. 101–112.

waren schon auf dieser Stufe meist unauflösbar verknüpft. Auch wenn in der Beschreibung der Notlage kein allzu großer Dissens bestand³², entwickelte sich doch mehr und mehr eine mal latente, mal manifeste Wettbewerbssituation – wer die Defizite am wirksamsten benannte, durfte auch erwarten, dass seine Lösungsvorschläge in der politischen Debatte besonderes Gehör fanden.³³

IV. AGENDA-SETTING

Nachdem die Reformbedürftigkeit der psychiatrischen Versorgung unübersehbar geworden war, stellte sich den auf Veränderungen drängenden Kräften die Frage, wie die Reformimpulse aus der Binnensphäre des Expertengesprächs in die Welt der Politik übertragen werden konnten – und zwar möglichst in einer Weise, die dem Anliegen den Status hoher politischer Dringlichkeit zu sichern vermochte.³⁴ Den Psychiatriereformern standen hierfür im Wesentlichen zwei Wege offen. Sie mussten zum einen geschäftsbereite Ansprechpartner aus Politik und Ministerialbürokratie finden, das heißt Kontakte pflegen, politische Überzeugungsarbeit leisten und Kooperationsbeziehungen aufbauen. Zum anderen konnten sie, um diese eher hinter den Kulissen unternommenen Manöver zusätzlich zu unterstützen, verstärkt den Gang in die Öffentlichkeit suchen. Beide Arten von Aktivitäten begannen in den 1960er Jahren zumindest ansatzweise und verstärkten sich an der Wende zu den 1970er Jahren. Die Psychiatriereformer lernten, im Kontakt mit Ministern, Parlamentariern und hohen Beamten für ihre Sache zu werben; Denkschriften und Resolutionen aus ihrer Feder machten die Runde. Zugleich war man über Veranstaltungen und Tagungen bemüht, Verantwortungsträger und interessierte Öffentlichkeit stärker für die Probleme der Psychiatrie einzunehmen. Dadurch, dass sie als wissenschaftliche Experten die Grenzen zwischen den Funktionssystemen überquerten, ihr soziales Ansehen, ihre kognitive Autorität und ihren Zugang zu politischen Multiplikatoren für ihre Zwecke nutzten und bei all dem viel Energie darauf verwandten, Koalitionen zu schmieden und für ihre Sache zu werben, entwickelten sie sich – der eine mehr, der andere weniger – zu »politischen Unternehmern«. Als politische Unternehmer waren sie bemüht, ihren Problemansichten mit anderen Mitteln, als in der Wissenschaft geläufig, in der politischen Sphäre zu Anerkennung, Verbreitung und Durchsetzung zu verhelfen.³⁵

Was im Hinblick auf die politische Kontaktpflege auf Länderebene geschah, ist nach dem momentanen Forschungs- und Wissensstand kaum abzuschätzen. Bislang lässt sich nicht einmal sagen, wo hier – und ob überhaupt – nennenswerte Initiativen ergriffen wurden. Auf Bundesebene jedenfalls waren es erneut Professor Walter von Baeyer und die beiden Heidelberger Privatdozenten Heinz Häfner und Karl Peter Kisker, die 1964 bei Gesundheitsministerin Elisabeth Schwarzhaupt (CDU) vorstellig wurden, um politische

32 So *Asmus Finzen*, *Das Ende der Anstalt. Vom mühsamen Alltag der Reformpsychiatrie*, Bonn 1988, S. 39.

33 *Thomas A. Birklund*, *An Introduction to the Policy Process. Theories, Concepts, and Models of Public Policy Making*, Armonk/London 2001, S. 106.

34 Vgl. auch *Hanrath*, *Zwischen ›Euthanasie‹*, S. 337 ff.

35 Zur Interpretationsfigur des »politischen Unternehmers« vgl. *John W. Kingdon*, *Agendas, Alternatives, and Public Policies*, New York 1995, insb. S. 122 ff. und 179 ff.; *Michael Mintrom/Sandra Vergari*, *Advocacy Coalitions, Policy Entrepreneurs, and Policy Change*, in: *Policy Studies Journal* 24, 1996, S. 420–434; *Paula J. King/Nancy C. Roberts*, *Policy Entrepreneurs: Catalysts for Policy Innovation*, in: *The Journal of State Government* 60, 1987, S. 172–178; *dies.*, *Policy Entrepreneurs: Their Activity Structure and Function in the Policy Process*, in: *Journal of Public Administration Research and Theory* 1, 1991, S. 147–175; *Marco Giuliani*, *Sul concetto di ›imprenditore di policy‹*, in: *Rivista italiana di scienza politica* 28, 1998, S. 357–378.

Unterstützung für eine Reform der Versorgung psychisch Kranker zu mobilisieren. Wie sie in einer für diese Gelegenheit verfassten Denkschrift betonten, sollte das Gespräch

»dazu beitragen, auf Bundesebene Verbesserungen der Hilfe für psychisch Kranke zu planen, um die im Vergleich zu anderen Kulturstaaten rückständige psychiatrische Versorgung der deutschen Bevölkerung auf ein internationales Niveau zu heben und den heutigen therapeutischen Kenntnissen anzupassen.«

Den gravierenden Defiziten der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik wurden deshalb die Modernisierungsanstrengungen in Großbritannien, Dänemark und den Vereinigten Staaten gegenübergestellt, überdies wurde auf parallel gelagerte Entwicklungen in Kanada, der Niederlande und Frankreich aufmerksam gemacht.³⁶ Die Ministerin zeigte nach Häfners rückschauender Schilderung Verständnis.³⁷ Sie sagte finanzielle Unterstützung für die – später in Mannheim tatsächlich auch realisierte – Errichtung eines Zentralinstituts für seelische Gesundheit als förderungswürdige Modelleinrichtung zu.³⁸ Ansonsten schien unter ihrer Adresse jedoch kaum etwas zu erreichen zu sein. Schwarzhaupt glaubte mangels Zuständigkeit des Bundes in der Psychiatriereform wenig ausrichten zu können und verwies stattdessen auf das Parlament, von dem die Initiative ausgehen müsse.³⁹ Zwei Jahre später regte von Baeyer bei einer Podiumsdiskussion über den Reformbedarf in der Psychiatrie an, »wir sollten den Vorbildern in England, Dänemark sowie den USA entsprechen und eine Expertenkommission berufen, deren Aufgabe es wäre, eben diese langfristige und großzügige Gesamtplanung so rasch wie möglich auszuarbeiten und den Verwaltungen vorzulegen.«⁴⁰ Zu geschehen habe dies, wie ihm auch Karl Peter Kisker beipflichtete, möglichst auf Bundesebene. Die Idee einer Enquête war geboren – nicht, wie bisher, einzelne Reforminseln in Gütersloh oder Frankfurt, Heidelberg oder Hannover waren von Nöten, sondern ein Gesamtplan mit bundesweiter Ausstrahlung.⁴¹

36 Walter Ritter von Baeyer, Heinz Häfner und Karl Peter Kisker, Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik Deutschland, 15.7.1964, S. 7, BArch Koblenz, B 142, Nr. 1974. Die Denkschrift wird von *Hanrath*, Zwischen »Euthanasie«, S. 336, als Ergebnisprotokoll des Gesprächs interpretiert, wogegen nicht allein der Umstand spricht, dass sie auf den Tag vor dem Gesprächstermin datiert ist, sondern auch die Tatsache, dass nur die Position der drei Autoren in ihr einen Niederschlag gefunden haben, nicht aber die der Ministerin als Gesprächspartnerin.

37 *Heinz Häfner*, Die Inquisition der psychisch Kranken geht ihrem Ende entgegen. Die Geschichte der Psychiatrie-Enquete und Psychiatriereform in Deutschland, in: *Kersting*, Psychiatriereform, S. 113–140, hier: S. 130.

38 Vgl. *Heinz Häfner*, Walter Ritter von Baeyer, in: *Hanns Hippus/Bernd Holdorff/Hans Schliack* (Hrsg.), *Nervenärzte 2. 21 Biographien und ein Psychiatrie-Literaturhistorischer Essay*, Stuttgart 2006, S. 19–27, hier: S. 24 f.; *Helga Lezius/Heinz Häfner*, Die Pläne zur Errichtung des Deutschen Instituts für seelische Gesundheit, in: *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge* 47, 1967, S. 299–302; *Reinhold Becker/Heinz Häfner*, Moderne psychiatrische Dienste in Verbindung mit einem Forschungsinstitut. Das Mannheimer Modell, in: *Helga Reimann/Horst Reimann* (Hrsg.), *Medizinische Versorgung*, München 1976, S. 181–198.

39 Zu Schwarzhaupts Haltung vgl. auch *Manfred Bauer*, Reform als soziale Bewegung: Der »Mannheimer Kreis« und die Gründung der »Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie«, in: *Kersting*, Psychiatriereform, S. 155–163, hier: S. 162.

40 Die Verantwortung der Gesellschaft für ihre psychisch Kranken, S. 110.

41 Zu den Reformansätzen vor der Enquête vgl. *Klaus Dörner/Ursula Plog*, Anfänge der Sozialpsychiatrie. Bericht über eine Reise durch die sozialpsychiatrischen Pioniereinrichtungen der Bundesrepublik im Jahre 1968. Ein psychiatriegeschichtliches Dokument, Bonn 1999; *Franz-Werner Kersting*, Abschied von der »totalen Institution«? Die westdeutsche Anstaltspsychiatrie zwischen Nationalsozialismus und den Siebzigerjahren, in: *AfS* 44, 2004, S. 267–292, hier: S. 281 ff.; *ders./Hans-Walter Schmuhl*, Einleitung, in: *dies.* (Hrsg.), *Quellen zur Geschichte der Anstaltspsychiatrie in Westfalen*, Bd. 2: 1914–1955, Paderborn/München etc. 2004, S. 1–64, hier: S. 60 ff.; als Beispiele früher Reformansätze vgl. auch die dort abgedruckten Dokumente Nr. 184, 185 und 187.

Man könne es sich schlechterdings nicht länger leisten, hieß es im Kreise der Reformkräfte, dass der nötige Wandel immer wieder an den föderalistischen Strukturen scheitere.⁴²

Das Vorgehen der Heidelberger Reformpromotoren war nicht der einzige Weg, dem Handlungsbedarf in der psychiatrischen Versorgung zu politischer Anerkennung zu verhelfen. Den Reformforderungen »Durchschlagskraft« zu verleihen⁴³, war schon das Anliegen des im Jahre 1959 gegründeten »Aktionsausschusses zur Verbesserung der Hilfe für psychisch Kranke« gewesen. Der Ausschuss setzte sich aus Professionsexperten und Vertretern der wichtigsten Fachgesellschaften, Organisationen und Verbände im Bereich der Psychiatrie zusammen. Als vorläufig bedeutsamste Diskussionsplattform der Psychiatriereformer sah er seine Aufgabe darin, Daten zur Lage der psychisch Kranken zusammenzutragen, Vorschläge zur Reform ihrer Versorgung auszuarbeiten und für diese Anliegen sodann mit den Mitteln der Politikberatung und Öffentlichkeitsarbeit zu werben.⁴⁴ Man verstand sich als Advokat einer sozialrechtlichen Gleichstellung der psychisch Kranken, und man nahm später für sich in Anspruch, maßgeblich dazu beigetragen zu haben, dass der Kreis der Behinderten, dem im Bundessozialhilfegesetz ein Rechtsanspruch auf Eingliederungshilfe zugesichert wurde, 1969 auch auf Personen ausgeweitet wurde, die »seelisch wesentlich behindert« waren.⁴⁵ Der Ausschuss sah dies als seinen größten Erfolg an.⁴⁶ Weitgehend erfolglos blieb er hingegen darin, auf die weitere Öffentlichkeit einzuwirken.⁴⁷

Letzteres war kein nebensächlicher Punkt. Da die politische Initiative zur Psychiatriereform von Akteuren außerhalb des politisch-administrativen Systems ausging und für einen solchen Modus der »outside initiation« die Vermutung gelten kann, dass es besonderer Zusatzressourcen bedarf, um das angestrebte Vorhaben agenda-wirksam werden zu lassen⁴⁸, lag in der Frage, ob es einen höheren Grad an öffentlicher Aufmerksamkeit zu wecken gelang, eine nicht unwesentliche Erfolgsbedingung für die reformorientierten Aktivitäten. Tatsächlich trat Ende der 1960er Jahre, als sich in der Öffentlichkeit allgemein eine höhere Sensibilität für die Lage sozialer Randgruppen bemerkbar machte⁴⁹, ein bis dahin ungewohntes öffentliches Interesse an der Misere der psychiatrischen Versorgung in Erscheinung. Dieses Interesse erwuchs zwar weniger aus Anstößen der Fachwelt als aus eigenständigen Quellen und Impulsen.⁵⁰ Ohne das Wachwerden der (medialen) Öff-

42 Caspar Kulenkampff an Walter Picard, 5.3.1969, Archiv für Christlich-Demokratische Politik (ACDP), I-355, Nr. 021/1.

43 Aktionsausschuß zur Verbesserung der Hilfe für psychisch Kranke, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge 39, 1959, S. 105 f.

44 Hanrath, Zwischen »Euthanasie«, S. 378 ff.

45 10 Jahre Aktionsausschuß zur Verbesserung der Hilfe für psychisch Kranke, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge 49, 1969, S. 371–372; zum Kontext vgl. Wilfried Rudloff, Rehabilitation und Hilfen für Behinderte, in: Hans Günter Hockerts (Hrsg.), Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 5: Bundesrepublik Deutschland 1966–1974. Eine Zeit vielfältigen Aufbruchs, Baden-Baden 2006, S. 557–591, insb. S. 578 ff.

46 B. Rütther, Der Aktionsausschuß zur Verbesserung der Hilfe für psychisch Kranke, in: Hans Lauter/Joachim-Ernst Meyer (Hrsg.), Der psychisch Kranke und die Gesellschaft, Stuttgart 1971, S. 117–121.

47 H. E. Schulz: Möglichkeiten der Öffentlichkeitsarbeit, Referat vor dem Aktionsausschuß zur Verbesserung der Hilfe für psychisch Kranke am 7.10.1965, BArch Koblenz, B 189, Nr. 3534.

48 Vgl. Howlett/Ramesh, Studying Public Policy, S. 113.

49 Vgl. Wilfried Rudloff, Sozialstaat, Randgruppen und bundesrepublikanische Gesellschaft. Umbrüche und Entwicklungen in den sechziger und frühen siebziger Jahre, in: Kersting, Psychiatriereform, S. 181–219.

50 Als Beispiel für dahingehende Bemühungen vgl. den Bericht Häfners über die Tagung »Psychiatrie in der Gemeinde« vom 10./11.4.1970: Zum zweiten Mal sei von der Sozialpsychiatrischen Klinik Mannheim eine Tagung mit dem Ziel organisiert worden, Schlüsselpersonen der

fentlichkeit jedoch wäre das Thema »Psychiatriereform« politisch kaum im gleichen Maße avanciert. Der Wirbel, der 1969 um Frank Fischers Buch »Irrenhäuser – Kranke klagen an« entstand, war hierfür das markanteste Beispiel.⁵¹ Fischer, von Haus aus kein Psychiatrieexperte, sondern Philologe, beschrieb in schonungsloser Anschaulichkeit die Zustände und Praktiken, die er bei einer siebenmonatigen Tätigkeit als Hilfspfleger in fünf deutschen Anstalten »als getarnter Beobachter« kennen gelernt hatte.⁵² Charakteristisch war, dass er es nicht dabei beließ, das autoritäre Anstaltsregime in den bundesdeutschen Großkrankenhäusern zu schildern, die demütigenden Alltagspraktiken zu beschreiben und die entwürdigende Insassenrolle vor Augen zu führen. Er kontrastierte die bundesdeutschen Verhältnisse auch unvoreilhaft mit Beobachtungen aus englischen Einrichtungen, die er gleichfalls mehrere Wochen besucht hatte. Seine Anklage – nicht nur als Buch, sondern auch als Artikelserie in einer westdeutschen Tageszeitung erschienen – erregte in der Fachwelt erhebliches Aufsehen, sie rief aber auch in außerfachlichen Leserkreisen unerwartet heftige Reaktionen hervor.⁵³ Die alte Garde der Anstaltspsychiater reagierte häufig indigniert, die nachwachsende Generation der Psychiatriereformer empfand Fischers Skandalbuch als wichtigen Impulsverstärker.⁵⁴ Die Psychiatrie rückte stärker ins Blickfeld der medialen Öffentlichkeit. Der Gegenwind für die Anstaltspsychiater erwies sich als Rückenwind für die Reform. Der SPIEGEL und der »Stern« ließen weitere Psychiatrie-Reportagen folgen⁵⁵; die lokale Presse skandalisierte die Zustände in der Psychiatrie⁵⁶; Günter Wallraff gelang es, *undercover* als selbst-eingewiesener Scheinpatient aus einer hessischen

Massenmedien mit Problemen der modernen Psychiatrie vertraut zu machen, um deren Multiplikatorfunktion zu nutzen; Anlage 3 zur Niederschrift über die Sitzung des Aktionsausschusses zur Verbesserung der Hilfe für psychisch Kranke am 29.10.1970, BArch Koblenz, B 189, Nr. 21877.

51 Frank Fischer, *Irrenhäuser. Kranke klagen an*, München/Wien etc. 1969.

52 Frank Fischer an Walter Picard, 18.12.1968, ACDP, I-355, Nr. 014/2.

53 Caspar Kulenkampff, Wie schlecht ist die Krankenhauspsychiatrie in diesem Lande? Bemerkungen zu dem Buch von Frank Fischer: »Irrenhäuser, Kranke klagen an«, in: *Der Nervenarzt* 41, 1970, S. 150–152; Anne Lennertz, Die Reaktion der Bevölkerung auf die Veröffentlichung des Berichts von Frank Fischer in einer Tageszeitung, in: *Der Nervenarzt* 43, 1972, S. 50 f.; ob man so weit gehen kann, wie Schott und Tölle zu behaupten, seit Fischers Buch habe es »kein Zurück mehr zu den herkömmlichen Verhältnissen« gegeben, steht allerdings dahin; Heinz Schott/Rainer Tölle, *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen*. München 2006, S. 312; vgl. ferner grundsätzlich Cornelia Brink, »Keine Angst vor Psychiatern«. Psychiatrie, Psychiatriekritik und Öffentlichkeit in der Bundesrepublik Deutschland (1960–1980), in: Heiner Fangerau/Karen Nolte (Hrsg.), »Moderne« Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert – Legitimation und Kritik, Stuttgart 2006, S. 341–360, hier: S. 350; dies., Die Psychiatrie auf der Anklagebank. Eine Fallstudie über Grenzen und Grenzverschiebungen in der ärztlichen und öffentlichen Rede über Psychiatrie (1969–1975), in: Thomas Hengartner/Johannes Moser (Hrsg.), *Grenzen & Differenzen. Zur Macht sozialer und kultureller Grenzziehungen*, Leipzig 2006, S. 493–504.

54 Vgl. aus der Rückschau: Sebastian Stierl, Sozialpsychiatrie im Wandel – von der Lösung zu einem Teil des Problems, in: *Sozialpsychiatrische Informationen* 40, 2010, H. 2, S. 4–7, hier: S. 5; Ulla Schmalz, Hilfe in der Klinik. Alles besser oder was? in: ebd., 32, 2002, H. 2, S. 2–4; Fischer unterstrich im Übrigen privatim, viele Gespräche mit maßgeblichen englischen und deutschen Psychiatern geführt und sich auch des Rates Heinz Häfners versichert zu haben; Frank Fischer an Walter Picard, 18.12.1968, ACDP, I-355, Nr. 014/2.

55 »Eia-popeia, bitte nicht schlagen!«, in: *Der SPIEGEL*, 26.7.1971; Benno Kroll, Als Pfleger in der Schlangengrube, in: *Stern* 1973, Nr. 23, S. 115–123.

56 Vgl. zum Beispiel Engelbracht, *Von der Nervenlinik*, S. 85; vgl. auch Herwig Groß, Gemeindefnahe psychiatrische Versorgung in Gießen, in: Uta George/Herwig Groß/Michael Putzke u. a. (Hrsg.), *Psychiatrie in Gießen. Facetten ihrer Geschichte zwischen Fürsorge und Ausgrenzung, Forschung und Heilung*, Gießen 2003, S. 425–448, hier: S. 429 f.

Anstalt zu berichten⁵⁷; der WDR sendete eine bittere Reportage der Journalistin Carmen Thomas über die Zustände in der Anstalt Bedburg-Hau⁵⁸; eine Sendung des ZDF-Gesundheitsmagazins »Praxis« erklärte 1973 die psychiatrische Versorgung zu »Deutschlands Gesundheitsnotstand Nr. 1«.⁵⁹

Unterdessen verdichteten sich an der Wende zu den 1970er Jahren Aktivitäten der unterschiedlichsten Art, die allesamt darauf zielten, die Psychiatriereform endlich auch zu einem politischen Thema zu machen.⁶⁰ Auf einer stark beachteten Tagung der Evangelischen Akademie Loccum, nicht der ersten ihrer Art, prallten im Oktober 1970 die abweichenden Vorstellungen zur Reform – zur künftigen Rolle der Anstalten, zum Einbau der psychiatrischen Versorgung in die Allgemeinkrankenhäuser, zur Stellung der niedergelassenen Nervenärzte – heftig aufeinander. Man schob einen Teil des Tagungsprogramms beiseite und rang sich eine gemeinsame Resolution ab, die Leitlinien für eine Neuausrichtung der psychiatrischen Versorgung formulierte. Sie wies bereits voraus auf die späteren Grundkoordinaten der Enquête.⁶¹ Veranstaltungen dieser Art, bei denen sich das Netzwerk der künftigen Reformer herausbildete, traten lokale Bemühungen zur Seite, die auf wieder andere Weise für eine Reform warben. Am Westfälischen Landeskrankenhaus Gütersloh etwa veranstalteten Patienten eine Pressekonferenz, um über ihre Situation zu diskutieren; zu den Eingeladenen gehörten hier auch Abgeordnete des nordrhein-westfälischen Landtags.⁶²

Zu Beginn der 1970er Jahre sprang dann der Funke der Psychiatriereform von der Fachwelt auf die Sphäre der Politik über. 1970 nahm sich der Deutsche Bundestag erstmals eingehender der elenden Lage der Psychiatrie an. Die Initiative ging von dem Oppositionsabgeordneten Walter Picard (CDU) aus, der seit zwei Jahren im regen Austausch mit einer Reihe von wissenschaftlichen Ratgebern stand.⁶³ Bereits 1969 hatte Picard zusammen mit Frank Fischer Staatssekretär Ludwig von Manger-König im Bundesgesundheitsministerium aufgesucht und bemängelt,

»daß es bisher nicht gelungen sei, ein modernes, geschlossenes System präventiver, kurativer und rehabilitativer Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik zu entwickeln. Was im Aus-

57 Günter Wallraff, Als Alkoholiker im Irrenhaus, in: *ders.*, 13 unerwünschte Reportagen, Köln/Berlin 1969, S. 18–36.

58 »Die Psychiatrie ist nur ein Spiegel der Gesellschaft«, in: *Psychosoziale Umschau* 22, 2007, H. 2, S. 12 f.

59 Vgl. den Hinweis darauf im Schreiben des Moderators Hans Mohl an die Bundesministerin für Jugend, Familie und Gesundheit Antje Huber vom 20.7.1979, BAArch Koblenz, B 189, Nr. 16351.

60 Vgl. Franz-Werner Kersting, Between the National Socialist ›Euthanasia Programme‹ and Reform, in: *Marijke Gijwijt-Hofstra/Harry Oosterhuis/Joost Vijsselaar u. a. (Hrsg.), Psychiatric Cultures Compared. Mental Health Care in the Twentieth Century*, Amsterdam 2005, S. 200–224, hier: S. 210 ff.

61 *Hans Lauter/Joachim-Ernst Meyer (Hrsg.), Der Psychisch Kranke und die Gesellschaft. Tagung der Evangelischen Akademie Loccum, Oktober 1970*, Stuttgart 1971, dort insb. die Diskussion und Resolutionen, S. 133–144; vgl. dazu *Finzen*, Das Ende, S. 31.

62 *Hanrath*, Zwischen ›Euthanasie‹, S. 348.

63 Vgl. Heinz Häfner an Walter Picard, 5.2.1969, ACDP, I–355, Nr. 014/2; Häfner an Picard, 12.3.1969, ACDP, I–355, Nr. 021/1; Picard an Häfner, 21.4.1969, ACDP, I–355, Nr. 014/2; Häfner an Picard, 2.5.1969, ebd.; Häfner an Picard, 5.2.1970, ebd. (beratende Stellungnahme zu dem Antrag der CDU/CSU-Fraktion); Picard an Häfner, 18.2.1970, ebd.; weitere Ratgeber waren zunächst der mit Picard verwandte Assistent am Universitätsklinikum Hannover Manfred Bauer sowie der Frankfurter Universitätspsychiater Hans-Joachim Bochnik, dann vor allem Karl Peter Kisker und Caspar Kulenkampff; vgl. zum Beispiel M. Bauer an Picard, 10.12.1968, ebd.; Bauer an Picard, 10.9.1969, ebd.; H.J. Bochnik an Walter Picard, 18.2.1969, ebd.; Kisker an Picard, 12.3.1969, ACDP, I–355, Nr. 021/1; Kulenkampff an Picard, 5.3.1969, ebd.

land längst als gesicherte Erkenntnis angesehen werde, sei in der Bundesrepublik allenfalls in punktuellen Ansätzen [...] vorhanden.«

Ihr Anliegen war auch bei dieser Gelegenheit an dem Argument abgeprallt, die verfassungsrechtlichen Umstände ließen eine Initiative des Bundes nicht zu.⁶⁴ Picard ließ die Angelegenheit jedoch nicht auf sich beruhen; er sollte sich bald als überaus erfolgreicher Mediator zwischen der wissenschaftlichen Fachwelt und der Sphäre der Politik erweisen. Auf ihn ging ein Antrag zurück, der im April 1970 eine Grundsatzdebatte des Bundestags über die Lage der psychiatrischen Versorgung auslöste.⁶⁵ Insbesondere der Universitätspsychiater und Leiter des Großkrankenhauses Düsseldorf-Grafenberg, Caspar Kulenkampff, eine Schlüsselfigur der Reformbewegung, hatte Picard zu diesem Zweck mit »Materialien für einen Antrag an die Bundesregierung« versorgt.⁶⁶ Kulenkampff war es auch, bei dem das BMJFG in dieser Angelegenheit Rat einholte.⁶⁷ Es folgten zwei Hearings im zuständigen Bundestagsausschuss, bei denen Experten aus der psychiatrischen Fachwelt zur Lage der bundesdeutschen Psychiatrie gehört wurden.⁶⁸ Im Juni 1971 schließlich beschloss der Bundestag, die Bundesregierung mit der Durchführung einer Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik zu beauftragen. Die Experten, die mit dieser Aufgabe betraut wurden, sollten den Zielkorridor eines grundlegenden Umbaus der Versorgungsstrukturen bestimmen. Über dessen Realisierung, so Picard, würden dann die politisch Verantwortlichen zu befinden haben.⁶⁹ Die Psychiatrie profitierte von der Tendenz zum *think big*, die in der Politik jener Jahre vielfach anzutreffen war. Dabei bestanden kaum Zweifel, dass ein Reformdesign im großen Stil, wie es Picard im Bundestag gefordert hatte⁷⁰, nur unter entscheidender Mitwirkung der wissenschaftlichen Fachwelt formuliert werden konnte.⁷¹

64 Vermerk von Staatssekretär von Manger-König über eine Besprechung mit Walter Picard und Frank Fischer, 11.2.1969, ACDP, I-355, Nr. 014/2; vgl. auch die Kleine Anfrage Picards aus demselben Jahr: Deutscher Bundestag, Drucksache V/3805.

65 Deutscher Bundestag, Drucksache VI/474, 5.3.1970; Verhandlungen des Deutschen Bundestags, 6. Wahlperiode, 44. Sitzung vom 17.4.1970, S. 2263–2278.

66 Caspar Kulenkampff an Walter Picard, 8.12.1969, ACDP, I-355-014/2.

67 BMJFG, Fachreferat H I 4, Bialonski, Vermerk vom 31.3.1971, BArch Koblenz, B 189, Nr. 16350, Teilakte 474-0/1; BMJFG, Fachreferat H II 4, Meinert, an Referate Z 1 und Z 2, 25.6.1971, ebd.

68 Stenographischer Bericht über die öffentliche Informationssitzung des Ausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit am Donnerstag, dem 8. Oktober 1970, in: Materialsammlung I, S. 27–116; Stenographischer Bericht über die öffentliche Informationssitzung des Ausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit am Freitag, dem 23. April 1971, in: ebd., S. 117–176.

69 Walter Picard, Was erwartet das Parlament von der Sachverständigenkommission?, in: Sozialpsychiatrische Informationen 2, 1972, H. 10/11, S. 14–16.

70 Verhandlungen des Deutschen Bundestags, 6. Wahlperiode, 44. Sitzung vom 17.4.1970.

71 Vgl. allgemein Michael Ruck, Ein kurzer Sommer der konkreten Utopie – Zur westdeutschen Planungsgeschichte der langen 60er Jahre, in: Axel Schildt/Detlef Siegfried/Karl Christian Lammers (Hrsg.), Dynamische Zeiten. Die 60er Jahre in den beiden deutschen Gesellschaften, Hamburg 2000, S. 362–401; Hans Güter Hockerts, Einführung [in die Sektion: Planung als Reformprinzip], in: Matthias Frese/Julia Paulus/Karl Tepe (Hrsg.), Demokratisierung und gesellschaftlicher Aufbruch. Die sechziger Jahre als Wendezeit der Bundesrepublik, Paderborn/München etc. 2003, S. 249–257; Gabriele Metzler, Konzeptionen politischen Handelns von Adenauer bis Brandt. Politische Planung in der pluralistischen Gesellschaft, Paderborn/München etc. 2005; dies., Demokratisierung durch Experten? Aspekte politischer Planung in der Bundesrepublik, in: Heinz-Gerhard Haupt/Jörg Requate (Hrsg.), Aufbruch in die Zukunft. Die 1960er Jahre zwischen Planungseuphorie und kulturellem Wandel. DDR, ČSSR und Bundesrepublik Deutschland im Vergleich, Weilerswist 2004, S. 267–287; Wilfried Rudloff, Verwissenschaftlichung von Politik und Verwaltung? Politikberatung in den sechziger Jahren, in: Peter Collin/Thomas Horstmann (Hrsg.), Das Wissen des Staates. Geschichte, Theorie und Praxis, Baden-Baden 2004, S. 216–257.

Aufmerksamkeitskonjunkturen können ebenso schnell, wie sie entstanden sind, auch wieder vergehen, einmal auf die Agenda gelangt, müssen politischen Themen deshalb am Leben erhalten werden. Um die Beachtung, die das Thema »Psychiatriereform« an der Wende zu den 1970er Jahren gefunden hatte, auf längere Frist zu sichern und die Aufbruchstimmung, die sich zunehmend bemerkbar machte, zu stabilisieren, gründeten führende Reformpromotoren der psychiatrischen Fachwelt zusammen mit reformerisch gesinnten Abgeordneten aller drei Bundestagsfraktionen ein festes Unterstützungsbündnis, die »Aktion Psychisch Kranke e. V.«. Das geschah im Januar 1971, noch ehe der Bundestag endgültig den Beschluss zur Durchführung der Enquête gefasst hatte. Die »Aktion« bildete als Reformkoalition und Reformpromotor dauerhaft das wichtigste Scharnier zwischen Wissenschaft und Politik. Ihr Ziel war es, »mit politischen Mitteln auf eine grundlegende Reform der psychiatrischen Krankenversorgung« hinzuwirken, insbesondere die Gesetzgebung von Bund und Ländern im Sinne der diskutierten Reformnotwendigkeiten zu beeinflussen. Geschehen sollte dies »durch die Vermittlung von sachgerechten, wissenschaftlich fundierten Informationen für die Verantwortlichen in Parlamenten und Gemeinderäten, Regierungen und Verwaltungen«.⁷² Vorsitzender wurde Walter Picard, Stellvertreter Caspar Kulenkampff, der seit 1971 das Amt des Leiters der Abteilung Gesundheitspflege des Landschaftsverbands Rheinland übernommen hatte, da er das Problem der Psychiatrie nicht mehr als ein rein fachliches, sondern primär als ein politisches ansah.⁷³ Unter den Fachvertretern dominierten die Repräsentanten der jüngeren, »sozialpsychiatrisch« denkenden Generation, Namen wie Manfred Bauer, Gregor Bosch, Klaus Dörner, Asmus Finzen, Heinz Häfner, Karl Peter Kisker oder Mark Richartz.⁷⁴ Die »Aktion« führte zahlreiche Tagungen und Workshops zum Stand der Psychiatriereform durch, wirkte bei psychiatriepolitischen Entscheidungen auf die Ministerien ein und suchte, Einfluss auf die Öffentlichkeit zu nehmen. Ihr wurde bald die Geschäftsführung für die Enquête übertragen⁷⁵, eine Aufgabe, die sie dann später auch für eine ganze Reihe nachfolgender Kommissionen übernehmen sollte. Bei aller Überparteilichkeit, welche die »Aktion Psychisch Kranke« auf der politischen Seite auszeichnete, blieb die Ratgeberposition unter den Experten jedoch umstritten und umkämpft. Das Ohr der Abgeordneten, die im Bundestag die Initiative ergriffen und bei der Gründung der »Aktion« Pate gestanden hatten, war nun, da sich die konkurrierenden Richtungen der Psychiatrie Gehör zu verschaffen suchten, besonders begehrt.⁷⁶

72 Aktion Psychisch Kranke. Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker e. V., in: Sozialpsychiatrische Informationen 2, 1972, H. 10/11, S. 189–192, sowie die Broschüre: Aktion Psychisch Kranke. Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker e. V., BArch Koblenz, B 189, Nr. 16350, Teilakte 474–0/4; vgl. auch den gleichlautenden Programmtextwurf von Asmus Finzen, den er am 1. April 1970 an Walter Picard übersandt hatte, ACDP, I–355, Nr. 014/2.

73 Rainer Kukla/Friedrich Leidinger, Die Psychiatrie im Wandel von 1967 bis 1992, in: Wolfgang Gaebel/Joachim Heinlein/Klemens Maas (Hrsg.), Psychiatrie im Wandel der Zeit. 125 Jahre »Grafenberg«-Rheinische Kliniken Düsseldorf – Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Köln 2001, S. 145–163, hier: S. 148.

74 Vgl. die Anwesenheitsliste der 1. ordentl. Hauptversammlung am 18.1.1971, ACDP, I–355, Nr. 014/2; Bauer hatte Picard geraten: »Ich würde meinen, es kann der Sache nur zuträglich sein, wenn man möglichst viele Assistenten einlädt und möglichst nur Ordinarien, die als einigermassen progressiv bekannt sind.« Bauer an Picard, 9.11.1970, ebd.

75 Walter Picard, Bericht über das erste Geschäftsjahr der Aktion Psychisch Kranke, 21.12.1971, ACDP, I–355, Nr. 014/2.

76 Manfred Bauer beispielsweise versorgte Picard nicht nur mit Schriften von Vertretern der besonders reformbewegten Richtung, sondern auch derjenigen Psychiater, die er als Gegenlager begriff, und bemerkte dazu, so lerne deren Empfänger »auch gleich ›die andere Seite‹ kennen, die der Anstaltspsychiatrie, die im Grunde alles für gut, lediglich ein bißchen reformbedürftig

Ganz allgemein gesprochen stellen die Phasen der Problemidentifizierung und des Agenda-Settings diejenigen Stadien des politischen Prozesses dar, für die als besonders wahrscheinlich gelten kann, dass wissenschaftsnahe Akteure am ehesten eine hervorgehobene Rolle spielen werden. Während dieser Phasen des Politikzyklus sind vornehmlich in der Expertenwelt abrufbare Problemkenntnisse und fachliche Lösungsperspektiven gefragt, noch nicht so sehr strategisches Consulting, politische Zweck-Mittel-Analysen oder administrative Umsetzungskonzepte. Das bedeutet: Je weiter entfernt der *policy*-Prozess von dem Moment der politischen Entscheidungswahl ist, umso mehr kommt es auf epistemische Robustheit des Wissens an. Je mehr er sich hingegen dem Moment der politischen Entscheidungswahl nähert, desto größeres Gewicht erlangt demgegenüber der Grad an politischer Robustheit des Beratungswissens.⁷⁷ Im einen Fall geht es um die Härtung des Beratungswissens unter dem Gesichtspunkt des wissenschaftlichen Geltungsanspruchs, im anderen um die Akzeptabilität und Resonanzfähigkeit bei *stakeholdern* und politischen Entscheidungsträgern.

V. PROGRAMMFORMULIERUNG

Werden gesellschaftliche Probleme als politisch relevant anerkannt und wird aus dieser Anerkennung von Seiten der Entscheidungsbeteiligten ein politischer Handlungsbedarf abgeleitet, muss es sich in einem nächsten Schritt darum handeln, mögliche Lösungsvorschläge und -alternativen zu sichten und diese zu einem politisch tragfähigen Handlungsprogramm zu verdichten. Politische Handlungsprogramme enthalten sowohl Ziele wie auch Maßnahmen, die das Erreichen der gesetzten Ziele gewährleisten sollen. Es liegt auf der Hand, dass Debatten über Ziele und Maßnahmen auch schon während der Stadien der Problemidentifikation und des Agenda-Settings geführt werden. Die Programmformulierung richtet sich jedoch nun auf die konkrete politische Entscheidungsfindung hin aus, das heißt auf einen verbindlichen politischen Handlungsauftrag. Der politische Prozess verläuft in stärker institutionalisierten Bahnen auf das politische Entscheidungszentrum zu.

Politische Maßnahmen- und Zielprogramme zu entwerfen, ist in der Regel dem Zusammenspiel von Ministerialbürokratie, Regierung und Parlament vorbehalten. Dies geschieht allerdings ebenso regelmäßig unter Einschaltung und Beteiligung einer Vielzahl interessierter gesellschaftlicher Akteure, die auf unterschiedlichen Wegen – durch Eingaben, Denkschriften, Lobbyismus, Anhörungen, Öffentlichkeitsarbeit – auf die politischen Entscheidungsträger einzuwirken versuchen. Im hier untersuchten Fall hat man es mit einer besonderen Form der Programmformulierung zu tun, der Übertragung an eine Expertenkommission. Die Komplexität der Aufgabe, die hochgradig asynchrone Verteilung des Sachverständnisses zwischen Ministerialbürokratie und Fachwelt, die dominante Rolle der wissenschaftlichen Experten in den vorgelagerten Politikphasen und der hohe Aufwand an benötigten zeitlichen und kognitiven Ressourcen hatten zur Folge, dass die Formulierung des politischen Programms an die psychiatrische Fachkommunität delegiert wurde. Im Gegensatz zu anderen Expertenkommissionen wurde die Sachverständigenkommis-

hält«; vgl. Manfred Bauer an Walter Picard, 10.12.1968, ACDP, I-355, Nr. 014/2; auf der anderen Seite beklagten sich die »Anstaltspsychiater« bei dem CDU-Abgeordneten Berthold Martin, der maßgeblich an der Gründung der »Aktion« beteiligt gewesen war, über die verzeichnenden Ratschläge, deren die Abgeordneten bei der Abfassung ihres Antrags im Bundestags von Seiten der Universitätspsychiater erlegen seien, sowie über die Nicht-Beachtung der Anstaltspsychiater bei der Gründung der »Aktion«; vgl. Prof. Dr. H. J. Müller an Dr. Berthold Martin, ACDP, I-355, Nr. 021/1.

77 Zu dieser Unterscheidung vgl. *Weingart/Lentsch*, Wissen, S. 50 f.

sion damit nicht etwa berufen, um bestehende Blockaden auf einem parteipolitisch stark besetzten Terrain aufzulösen oder zu umgehen. Wenn – wie bei Expertenkommissionen gemeinhin der Fall – eine der Funktionserwartungen, die an die Kommission gerichtet wurden, darin lag, die Handlungsfähigkeit der Regierung zu erhöhen, so ruhte das zu behobende Problem nicht primär in politisch-strategischen Hindernissen, sondern in einem inneradministrativen Mangel an fachlich informiertem Wissen, das bei der inhaltlichen Ausrichtung des zu entwerfenden Handlungsprogramms zugrunde gelegt werden konnte.⁷⁸

Auch handelte es sich bei der Sachverständigenkommission keineswegs um eine Enquêtekommision des Bundestags von der Art, wie sie im Zuge der »kleinen Parlamentsreform« von 1969 institutionalisiert worden war.⁷⁹ Wiewohl der Auftrag an die Regierung vom Bundestag stammte, wurde die Sachverständigenkommission nicht durch die Parteien, sondern durch das Ministerium berufen, und statt, wie im Falle von Enquêtekommisionen des Bundestags geschäftsordnungsmäßig geregelt, um ein gemischtes Gremium von Abgeordneten und Experten handelte es sich hier um eine reine Expertenkommission, auch wenn eine geringere Zahl der Sachverständigen aus den Ministerien der Länder (nicht des Bundes!) stammte. Die Kommissionsarbeit war insofern weniger stark politisiert als bei Enquêtekommisionen für gewöhnlich zu beobachten, und sie war überhaupt nicht, wie bei solchen gemischt zusammengesetzten Gremien sonst üblich, parteipolitischen Konventionen unterworfen.⁸⁰ Die anders gearteten Spielregeln, die sich so ergaben, sorgten dafür, dass bei der Arbeit der Kommission die politische Robustheit der Expertise eine geringere Rolle spielte als in den Enquêtekommisionen, dafür aber die epistemische Robustheit eine vergleichsweise höhere.⁸¹

Kommissionsarbeit ist immer Arbeit an Kompromiss und Konsens, sie ist also ebenso sehr durch die Diskursmodi des Verhandeln und Aushandeln wie durch den Modus des Argumentierens bestimmt. Das zeigt für den hier interessierenden Politikbereich nochmals ein Blick zurück. Einen ersten Versuch, die verschiedenen Interessen und Perspektiven der Psychiatrieakteure zu einem tragfähigen Reformprogramm zusammenzubinden, hatte bereits der »Aktionsausschuss zur Verbesserung der Lage der psychisch Kranken« unternommen, der 1964 nach langen Verhandlungen Empfehlungen für eine Reform der

78 Vgl. allgemein zur Expertenkommission als Typus der Politikberatung ebd., S. 116 ff.; *Sven T. Siefken*, Expertenkommissionen der Bundesregierung, in: *Svenja Falk/Dieter Rehfeld/Andrea Römmele* u. a. (Hrsg.), *Handbuch Politikberatung*, Wiesbaden 2006, S. 215–227; *Sven T. Siefken*, Expertengremien der Bundesregierung – Fakten, Fiktion, Forschungsbedarf, in: *Zeitschrift für Parlamentsfragen* 34, 2003, S. 483–504; *Julia von Blumenthal*, Kommissionen und Konsensrunden, in: *Stephan Bröckler/Rainer Schützeichel* (Hrsg.), *Politikberatung*, Stuttgart 2008, S. 401–415; *Gisela Färber*, Politikberatung durch Kommissionen, in: *Martin Leschke/Ingo Pies* (Hrsg.), *Wissenschaftliche Politikberatung. Theorien, Konzepte, Institutionen*, Stuttgart 2005, S. 131–159.

79 Vgl. *Ralf Altenhof*, Die Enquete-Kommissionen des Deutschen Bundestags, Wiesbaden 2002, insb. S. 12 f. und 18 f. (zur Einordnung und Abgrenzung der Psychiatrie-Enquête); *Dieter Rehfeld*, Enquête-Kommissionen in der Bundesrepublik Deutschland, in: *Klaus Lompe/Hans-Heinrich Rass/Dieter Rehfeld*, *Enquête-Kommissionen und Royal Commissions. Beispiele wissenschaftlicher Politikberatung in der Bundesrepublik Deutschland und in Großbritannien*, Göttingen 1981, S. 181–289.

80 Vgl. hingegen erfahrungsgestützt: *Wolfgang Hoffmann-Riem*, Sachverstand: Verwendungstauglich? Eine Fallanalyse zur Politikberatung im Rahmen der Enquete-Kommission »Neue Informations- und Kommunikationstechniken«, in: *Dieter Grimm/Werner Maihofer* (Hrsg.), *Gesetzgebungstheorie und Rechtspolitik*, Opladen 1988, S. 350–402; *Hans J. Kleinstüber*, Die Enquetekommission des Deutschen Bundestags zu »Zukunft der Medien« 1996–1998. Ein Bericht aus der Sachverständigen-Perspektive, in: *Falk/Rehfeld/Römmele*, *Handbuch*, S. 400–413.

81 Vgl. *Weingart/Lentsch*, *Wissen*, S. 156.

Hilfen für psychisch Kranke vorlegte.⁸² Als Ergebnis seiner bisherigen Überlegungen und als Versuch, eine Brücke zwischen den unterschiedlichen Strömungen und Interessen auf dem Feld der Psychiatrie zu schlagen, riet er zur Planung neuer psychiatrisch-neurologischer Krankenhäuser, die nicht – wie mehrheitlich bisher – an abgelegenen Orten, sondern in Großstädten und Bevölkerungszentren errichtet werden sollten. Diese Fachkrankenhäuser waren als »Satelliten« der psychiatrischen Landeskrankenhäuser gedacht und sollten mit allen notwendigen Übergangseinrichtungen ausgestattet sein (Tagesklinik, Nachtambulanz, beschützenden Werkstätten, Patientenclubs und Ambulanz). Die bloße Renovierung der alten und überforderten Anstalten kam nicht mehr infrage, eher schon sollten, hinreichende Größe vorausgesetzt, psychiatrische Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern geschaffen werden. Der Begriff und die Idee des »Satelliten« erwies sich so als Kompromissformel⁸³, auf die sich die Verteidiger der Fachkrankenhäuser mit den Befürwortern psychiatrischer Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern verständigen konnten.⁸⁴ Die einen mussten insoweit Terrain preisgeben, als nun kleinere Versorgungseinheiten in den Bevölkerungszentren angestrebt wurden, die anderen insofern Konzessionen machen, als diese organisatorisch weiterhin als »Vorwerke« der Landeskrankenhäuser gedacht waren. Es war dies eine erste Antwort auf einen Grundsatzkonflikt – separates fachliches Krankenhaus oder in die Allgemeinmedizin integrierte psychiatrische Abteilung –, der auch noch die Enquête überdauern sollte und bis heute in regelmäßigen Abständen neu auflebt.⁸⁵ Insgesamt ließen die Diskussionen des »Aktionsausschusses« erkennen, wie sehr sich Problemidentifikation, Agenda-Setting und Programmformulierung bereits hier verschränkten. Den Zenit seines Wirkens hatte der Ausschuss mit der Abfassung seines Reformkonzepts allerdings überschritten. Da er sein Modell ohne politischen Auftrag entworfen hatte und die Gesamtkonzeption außerhalb der Fachwelt auch keine größere Resonanz zu erzeugen vermochte, verpuffte der Versuch weitgehend wirkungslos.⁸⁶ Dem Aus-

82 Aktionsausschuß zur Verbesserung der Hilfe für psychisch Kranke, Empfehlungen zur zeitgemäßen Gestaltung der psychiatrisch-neurologischen Einrichtungen [1964], BArch Koblenz, B 189, Nr. 3534; auch gedruckt erschienen: Empfehlungen des Aktionsausschusses zur Verbesserung der Hilfen für psychisch Kranke, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge 44, 1964, S. 342–344.

83 Im Ausschuss erstmals eingebracht in dem Referat von Prof. Dr. Panse: Psychiatrische Einrichtungen an Allgemeinen Krankenhäusern, 16.5.1963, S. 6, BArch Koblenz, B 142, Nr. 1974; zur anschließenden Diskussion vgl. Bericht über die Sitzung des Aktionsausschusses vom 16.5.1963 in Frankfurt am Main, S. 2 f., BArch Koblenz, B 142, Nr. 1974; Aktionsausschuß zur Verbesserung der Hilfe für psychisch Kranke, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge 43, 1963, S. 371–374.

84 Zum Aufeinanderprallen der beiden Richtungen vgl. Bericht über die Sitzung des Aktionsausschusses vom 17.1.1963, S. 2–7, BArch Koblenz, B 142, Nr. 1974; sowie als kontroverse Positionsbestimmungen und Diskussionsgrundlagen *Caspar Kulenkampff*, Aufgabenverteilung bei der stationären Versorgung psychisch Kranker, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge 43, 1963, S. 413–415; *H. W. Müller/H. W. Schulte*, Neue Wege zur Hospitalisierung psychisch Kranker?, in: Ärztliche Mitteilungen 60, 1963, S. 130–136; vgl. auch *F. W. Bronisch/W. Feuerlein*, Die Psychiatrie im allgemeinen Krankenhaus in Deutschland, in: ebd. 56, 1959, S. 592–595.

85 Vgl. *Manfred Bauer*, Psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus oder psychiatrisches Krankenhaus – das ist hier die Frage, in: Sozialpsychiatrische Informationen 31, 2001, H. 1, S. 2–7; *Wolfgang Weig*, Worum geht es eigentlich bei der Fortführung der Psychiatriereform?, in: ebd., S. 7–10; *Michael Cranach*, Über die Zukunft der Krankenhauspsychiatrie, in: ebd., S. 11–14.

86 Das galt auch für den gemäßigt reformorientierten »Rahmenplan«, den eine 1970 von der »Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde« eingesetzte Kommission entworfen hatte, vgl. Rahmenplan zur Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik, Entwicklung und heutige Situation – Vorschläge zur Verbesserung, in: *Helmut E. Ehrhardt* (Hrsg.), Perspektiven der heutigen Psychiatrie, Frankfurt am Main 1972, S. 126–138.

schuss war es nicht gelungen, ein politisches Gelegenheitsfenster aufzustoßen. Als bald traten andere Podien der Konzept- und Konsensfindung an seine Stelle.

In den Fachdebatten der Psychiatrie hatten sich in den 1960er Jahren die Leitdiskurse deutlich verschoben. Sich dies vor Augen zu halten, ist wichtig, denn Diskursverlagerungen innerwissenschaftlicher Natur gehen vielfach mit veränderten Problemsichten auf dem politischen Feld einher. Das neue Losungswort, um das sich in jenen Jahren viele der Reformer – die jüngeren vor allem und die entschiedeneren – scharften, lautete »Sozialpsychiatrie«. ⁸⁷ Ob und inwieweit es sich bei diesem Begriff um eine veränderte Sichtweise, eine Spezialdisziplin, andere Institutionenarrangements, eine Fundamentalrevision oder auch um eine politische Bewegung handelte, war und blieb strittig. Das Aufkommen der »Sozialpsychiatrie« signalisierte jedenfalls ein gesteigertes Interesse an der Frage, welche ursächliche Bedeutung soziale Umstände bei der Entstehung und beim Verlauf psychischer Erkrankungen besaßen. Zugleich unterstrich der Terminus den gestiegenen Stellenwert, der sozialen Faktoren bei der Therapie und Rehabilitation psychisch Kranker beizumessen war. »Sozialpsychiatrie« war als praktischer Begriff nahezu synonym mit dem Konzept einer gemeindenahen Psychiatrie, die den Kranken wieder in die Gesellschaft integrieren und zurück in sein gewohntes Umfeld holen wollte. Ein rein medizinisch-pathologisches Verständnis psychischer Störungen galt ihr als obsolet. ⁸⁸ Der innerfachliche Aufstieg des Begriffs war außerhalb des Fachs eng mit den geschilderten Prozessen einer Durchsetzung der psychiatrischen Versorgung als politischem Problem verbunden. »Sozialpsychiatrie« war ein Kritikbegriff, ja ein Kampfbegriff gegen die bestehende Psychiatrie mit all ihren Missständen, ein Fahnenwort, unter dem sich viele derjenigen versammeln konnten, die die bestehende Misere nicht mehr länger hinnehmen wollten. Die Psychiatriereform gewann hier die Züge einer Gesellschaftsreform. Das Feindbild war die verwahrende, den Kranken asylierende und passivierende Anstaltspsychiatrie. Der Hamburger, dann Gütersloher Psychiater Klaus Dörner resümierte 1972, »Sozialpsychiatrie« stelle »als empirische Wissenschaft, als therapeutische Praxis und als soziale Bewegung den Versuch der Rückbeziehung auf und der Integration der psychisch Leidenden in ihre soziale Realität dar«. ⁸⁹

Unter solchen Vorzeichen entstand 1970 mit der »Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie« (DGSP) eine Gegenorganisation zum bislang dominierenden Fachverband, der »Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde« (DGPN). Das geschah, nachdem ein Versuch, die DGPN gleichsam von innen her zu unterwandern, fehlgeschlagen war. ⁹⁰ Im Unterschied zur »Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheil-

87 Vgl. Klaus Dörner/Ursula Plog (Hrsg.), Sozialpsychiatrie. Psychische Leiden zwischen Integration und Emanzipation, 2., korr. Aufl., Berlin 1973 (zuerst 1972); Asmus Finzen/Ulrike Hoffmann-Richter (Hrsg.), Was ist Sozialpsychiatrie. Eine Chronik, Bonn 1995.

88 Vgl. rückblickend Helmut Haselbeck, Sozialpsychiatrie und das biologische Krankheitsmodell. Von der Konfrontation zur Integration, in: Thom/Wulff, Psychiatrie im Wandel, S. 13–21; zu den Pendelbewegungen zwischen sozialer und biologisch orientierter Psychiatrie vgl. in internationaler Perspektive Edward Shorter, Geschichte der Psychiatrie, Berlin 1999 (sehr kritisch); Asmus Finzen, Das Pinelsche Pendel. Soziale und biologische Psychiatrie in den Wechselfällen der Geschichte, in: ders., Das Pinelsche Pendel. Die Dimension des Sozialen im Zeitalter der biologischen Psychiatrie, Bonn 1998, S. 10–39.

89 Klaus Dörner, Einleitung, in: Dörner/Plog, Sozialpsychiatrie, S. 7–20, hier: S. 13; als Überblick vgl. auch Brian Cooper/Heinrich Kunze, Sozialpsychiatrie, in: Uwe Henrik Peters (Hrsg.), Psychiatrie (Kindlers »Psychologie des 20. Jahrhunderts«), Bd. 1, Weinheim/Basel 1983, S. 214–245, mit einem mehr inhaltlichen und einem mehr institutionellen Teil.

90 Hierzu und zur Entstehung der DGSP vgl. Manfred Bauer, Woher wir kommen, wo wir stehen, wohin wir gehen (sollten). Zur Entwicklung der Sozialpsychiatrie in der Bundesrepublik, in: Hoffmann-Richter/Haselbeck/Engfer, Sozialpsychiatrie vor der Enquete, S. 109–121; Bauer, Reform.

kunde« umschloss die DGSP alle auf dem Feld der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen. Der neue Verband machte es sich zum Ziel, den Reformprozess in Richtung einer gemeindenahen Psychiatrie anzutreiben. Zugleich warnten die unter seinem Dach versammelten »Sozialpsychiater« aber auch davor, den nötigen Strukturwandel dadurch zu verwässern, dass man sich allzu bereitwillig auf Kompromisse mit retardierenden Kräften und etablierten Interessen einließ. Eine »kritische«, ideologisch aufgeladene Strömung, die unverkennbar den Geist von ›1968‹ atmete, sah »Sozialpsychiatrie« ohne fundamentale Gesellschaftskritik als Widerspruch an. »Psychische Erkrankungen sind Ausdruck gestörter Interaktionszusammenhänge«, hieß es in einem entsprechenden Papier, »Sozialpsychiatrie hat daher vorrangig pathogene Gesellschaftsstrukturen und deren Zusammenhang mit den Produktions- und Herrschaftsverhältnissen aufzudecken.«⁹¹ Positionen wie diese waren vielen jungen Berufsangehörigen, die seit den 1970er Jahren in den psychiatrischen Einrichtungen Einzug hielten, nicht fremd, zur Programmatik der Enquête jedoch, so viel vorweg, bei.

Neben der »Sozialpsychiatrie« bestanden die alten Lager der Psychiatrie fort. Die Reformdebatten im Umfeld der Enquête wurden so auch zur Plattform von Deutungs- und Machtkämpfen zwischen konkurrierenden wissenschaftlichen Strömungen und professionellen Richtungen. Man betrat ein miniertes Feld. Im Bewusstsein des zu erwartenden Umstands, dass bereits durch die Zusammensetzung der Sachverständigenkommission wichtige Vorentscheidungen über die Richtung des Berichts gefällt sein würden, noch ehe diese ein erstes Mal zusammengetreten war, setzte alsbald ein heftiges Gerangel um die Berufung der Mitglieder ein. Mit der Berufung beauftragt war das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, das sich dabei eng mit Picard und Kulenkampff koordinierte.⁹² Die gemäßigt sozialpsychiatrische Richtung befand sich somit in einer strategisch vorteilhaften Position, die eher konservative »Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde« sah sich hingegen in die Defensive gedrängt. Der Vorsitzende der DGPN hatte schon im Vorfeld der Enquête versucht, seinen Verband wieder stärker ins Spiel zu bringen. Den Vorsitzenden des Bundestagsausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit ließ er wissen, unter dem Etikett der »Sozialpsychiatrie« biete eine solche Vielzahl von Gruppen Reformprogramme an, dass es auch für den Fachmann immer schwieriger werde, die Spreu vom Weizen zu trennen. Wenn man schon auf Kompetenz Wert lege, so Professor Helmut E. Ehrhardt, müssten die DGPN und die »Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser« eine führende Rolle spielen.⁹³ Immerhin wurde der Vorsitzende der DGPN, dann allerdings schon Ehrhardts Nachfolger, qua Amt zum stellvertretenden Vorsitzenden der Kommission ernannt, so wie auch die Kassenärztliche Vereinigung durch ihren zweiten Bundesvorsitzenden und der Berufsverband

91 Verstreute Materialien zur Sozialpsychiatrischen Arbeitstagung in Hannover vom 14. bis 18.11.1970, zit. nach: Sozialpsychiatrische Informationen 10, 1980, H. 6/7, S. 9; vgl. auch *Erich Wulff*, Kritische Sozialpsychiatrie in der Bundesrepublik, in: *ders.*: Psychiatrie und Klassengesellschaft. Zur Begriffs- und Sozialkritik der Psychiatrie und Medizin, Frankfurt am Main 1972, S. 205–213; sowie den Versuch, die verschiedenen Grundrichtungen einer »Sozialen Psychiatrie« zu unterscheiden bei *Norbert Helbig*, Psychiatriereform und politisch-ökonomische Strukturkrise in der Bundesrepublik Deutschland, Marburg 1986, S. 256 f.

92 Walter Picard an Caspar Kulenkampff, 25.6.1971, ACDP, I–355, Nr. 014/1; BMJFG, H II 4, Meinert, Entwurf eines Vermerks über eine Besprechung mit Picard u. a. am 24.6.1971, Juni 1971, BArch Koblenz, B 189, Nr. 16350, Teilakte 474–0/3; Aktion Psychisch Kranke, C. Kulenkampff, an Staatssekretär von Manger-König, 9.7.1971, ebd.; BMJFG, Ref. H II 4, Bialonski, Vermerk für den Staatssekretär über Gespräche mit Picard und Kulenkampff, 9.8.1971, ebd.

93 Prof. Ehrhardt an MdB Rudolf Hauck, den Vorsitzenden des Ausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit, 27.4.1970, BArch Koblenz, B 189, Nr. 16350; vgl. auch BMJFG, Ref. H II 4, Ernst, Vermerk betr. Enquête über die Lage der Psychiatrie in der BRD, 19.7.1971, ebd., Teilakte 474–0/1.

Deutscher Nervenärzte durch den ersten Vorsitzenden repräsentiert waren. Durch diese Berufungen war der Kommission in kleinen Dosen auch eine korporative Komponente beigemischt. Der Gießener Psychotherapeut und Psychosomatiker Horst-Eberhard Richter wiederum wurde nachberufen, nachdem er sich telefonisch darüber beschwert hatte, dass sein Fach bei der Rekrutierung der Mitglieder ignoriert worden war.⁹⁴ Der aus gleichem Grund heraufziehende Unmut der freigemeinnützigen Träger sollte durch die Berufung eines nicht-konfessionellen Vertreters, des Direktors der Warendorffschen Anstalten bei Hannover, entschärft werden.⁹⁵ Damit sollte der plurale Charakter der Kommission gestärkt werden. Die Vertreter der DGSP waren ihrerseits besonders in den zahlreichen Arbeitsgruppen (es gab deren zehn und weitere sechs »Expertenteams«) präsent, die sich einzelner Teilaspekte des breiten Arbeitsauftrags annahmen und auf die sich die Arbeit der Sachverständigenkommission – wie bei groß dimensionierten Kommissionsarbeiten dieser Art zumeist der Fall – wesentlich stützte.⁹⁶ Unterscheidet man typisierend zwischen pluralistischen, wissenschaftlichen und korporativen Expertenkommissionen⁹⁷, war die Sachverständigenkommission am ehesten noch dem zweiten Typ zuzurechnen. Heinz Häfner, eine der Schlüsselfiguren des Enquête-Projekts auf Seiten der Wissenschaft, legte gegen die beabsichtigte – und dann auch erfolgte – Berufung einer Sozialarbeiterin, die in der teilstationären Psychiatrie erfahren, zugleich aber auch Vorsitzende der DGSP war, mit dem Argument Protest ein, die bisherige Konstruktion der Kommission habe darauf beruht, »daß die Kommission ein Gremium von Wissenschaftlern ist, das die Expertise in ihrer Planung, Durchführung und im Schlußbericht wissenschaftlich und methodisch zu verantworten hat.«⁹⁸ Werde hingegen nun die Frage nach einer Vertretung von Berufsgruppen und Fachgesellschaften aufgeworfen, werde dies der Enquête nicht nur die Vorsitzenden der DGN und der »Arbeitsgemeinschaft« der Anstaltspsychiatrie, sondern auch eine Vielzahl weiterer Interessenvertreter »bescheren«. Indem die »wissenschaftlichen« Psychiater implizit oder explizit auf der vermeintlichen Interessenneutralität ihres Wissens beharrten, suchten sie ihre Sprecherposition gegen Ansprüche anderer Fachvertreter abzusichern, denen im Gegenzug unterstellt wurde, primär in Interessenkategorien und insofern »nicht-wissenschaftlich« zu denken.⁹⁹

Die Durchschlagskraft, die diese Sichtweise bei der Konstituierung der Kommission erlangte, schloss freilich die Existenz divergierender Interessenperspektiven und Problem-sichten innerhalb des Gremiums nicht aus. In der Kommission und ihren Arbeitsgruppen trafen die Vertreter der überkommenen Anstaltspsychiatrie auf die Anhänger einer dezentralisierten Gemeindepsychiatrie, trafen verbeamtete auf niedergelassene Ärzte, traf eine Psychiatrie primär medizinischen Verständnisses auf sozialpsychiatrische Ansätze, trafen die Psychiater auf Psychotherapeuten, Psychoanalytiker und Psychosomatiker (die sich nur unzureichend berücksichtigt fanden, was dann umfangreiche »Harmonisierungs-

94 BMJFG, Abteilungsleiter H, Dr. Rachold, an Staatssekretär Dr. Bialonski, 9.11.1971, BArch Koblenz, B 189, Nr. 16350, Teilakte 474–0/3; BMJFG, Abt. H., Dr. Rachold, Vermerk vom 15.11.1971, ebd.; vgl. auch Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie und Tiefenpsychologie, Prof. Dr. Clemens de Boor, an Ministerin Käthe Strobel, 1.12.1971, ebd.

95 BMJFG, Ref. H II 4, an Staatssekretär Dr. Bialonski, 15.11.1971, BArch Koblenz, B 189, Nr. 16350, Teilakte 474–0/3.

96 Als ein knapper, aber informativer Überblick über die Tätigkeit der Arbeitsgruppen vgl. P. Becker, Neue Wege der Hilfe für psychisch Kranke, in: Blätter der Wohlfahrtspflege 119, 1972, S. 263–265.

97 Siefken, Expertengremien, S. 495.

98 Heinz Häfner an Walter Picard, 18.8.1971, ACDP, I–355, Nr. 014/2.

99 Auch im BMJFG war man im Übrigen der Ansicht, dass die Arbeit an der Enquête »unge-wöhnlich erschwert wird, wenn die Interessenverbände zu stark auf die Arbeiten Einfluß nehmen.« Vgl. BMJFG, Ref. H II 4, Ernst, Vermerk betr. Enquête über die Lage der Psychiatrie in der BRD, 19.7.1971, BArch Koblenz, B 189, Nr. 16350, Teilakte 474–0/1.

gespräche« notwendig machte)¹⁰⁰, trafen Mitglieder der DGNP auf solche der DGSP, trafen Repräsentanten öffentlicher auf solche freigemeinnütziger Träger, trafen Vertreter der Länderministerien auf Repräsentanten der von ihnen finanzierten Einrichtungen. Auf die gesamte Dauer der Kommissionstätigkeit berechnet, stellten die Fachkrankenhäuser, Heime und Anstalten, die immerhin 91 % der Betten in der stationären Versorgung bereithielten, 15 % der Mitglieder. Hingegen gehörten 65 % der Mitglieder dem Lehrkörper einer Universität an, auch wenn die Universitätskliniken nur 2 % der Betten in der Psychiatrie vorweisen konnten. Und wiewohl die ambulante Behandlung bis dahin zum allergrößten Teil in Händen der niedergelassenen Nervenärzte lag, waren diese nur durch ein einziges Mitglied vertreten. Dazu kamen während der vier Jahre durchschnittlich noch vier Ministerialbeamte als Mitglieder.¹⁰¹ Die Kommission spiegelte damit in ihrer Zusammensetzung die Diskurs- und Meinungsführerschaft der Universitätspsychiater wider, und sie ließ den hohen epistemischen Glaubwürdigkeitskredit erkennen, der den akademischen Professionsexperten – nicht nur in diesem Fall – gewährt wurde.

Die unterschiedlichen Interessen, Perspektiven und Problemsichten, die sich hier begegneten, enthielten Potenzial genug, um erhebliche Spannungen und Konflikte zu erzeugen. Das Modell, das die Kommission zu entwerfen sich vornahm, musste somit breit genug angelegt sein, um sehr unterschiedliche Präferenzen unter einen Hut bringen zu können. Das eigentliche Kunststück der Enquête hatte also in ihrer Konsentierungsleistung zu liegen. Ihr Diskursmodus bestand deshalb auch nicht mehr allein im – für die Wissenschaften charakteristischen – Argumentieren, sondern bereits im – für die Politik charakteristischen – Verhandeln.¹⁰² Man verzichtete dabei auf formelle Abstimmungen, die dem Geist einer aus unabhängigen Sachverständigen bestehenden Kommission nicht angemessen schienen, und gestand jedem Mitglied zu, dissentierende Auffassungen in Sondervoten niederzulegen.¹⁰³

Dass sich die Arbeit der Kommission dann vier Jahre lang hinzog, hatte seinen Grund ebenso in der aufwendigen Arbeitsweise des Gremiums wie in der mühsamen Totalerhebung, die über den Ist-Zustand der psychiatrischen Versorgung durchgeführt (und mittels EDV vom »Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information« ausgewertet) wurde.¹⁰⁴ Von den zahlreichen Konflikten, die auf dem langen Weg bis zum Schlussbericht auszustehen waren, sollen hier nur zwei kurz illustriert werden. Ein Streitpunkt war die Frage der sogenannten Institutsambulanzen, die Berechtigung der Krankenhäuser zur Einrichtung ambulanter Dienste. Empirische Studien unterstrichen, was viele Kritiker schon immer angenommen hatten: dass nämlich der Faden der Behandlungskon-

100 Vgl. die Unterlagen in BArch Koblenz, B 189, Nr. 16361, Teilakte 474–3/13.

101 Die Mitgliederlisten für die Kommission wie auch ihre verschiedenen Untergruppen und -gliederungen finden sich in: Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4201: Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, S. 1181–1189; für die Bettenstatistik im stationären Bereich vgl. Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4200: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, S. 87; vgl. auch Sozialminister des Landes Schleswig-Holstein an BMJFG, 22.11.1977, S. 5 f., BArch Koblenz, B 189, Nr. 16339.

102 Vgl. *Thomas Saretzki*, Wie unterscheiden sich Argumentieren und Verhandeln? Definitionsprobleme, funktionale Bezüge und strukturelle Differenzen von zwei verschiedenen Kommunikationsmodi, in: *Volker Prittwitz* (Hrsg.), *Verhandeln und Argumentieren. Dialog, Interesse und Macht in der Umweltpolitik*, Opladen 1996, S. 19–39.

103 Vgl. Tätigkeitsbericht der Sachverständigen-Kommission, in: Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4201: Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, S. 1177–1192; vgl. im Übrigen die Geschäftsordnung der Sachverständigen-Kommission, BArch Koblenz, B 189, Nr. 16350, Teilakte 474–0/4.

104 Vgl. *Wolfgang Stumme*, Psychiatrie-Enquête und empirische Sozialforschung, in: *Christian von Ferber/Franz-Xaver Kaufmann* (Hrsg.), *Soziologie und Sozialpolitik*, Opladen 1977, S. 569–576.

tinuität bei aus stationärer Therapie entlassenen Patienten immer wieder riss.¹⁰⁵ Die beiden Arbeitsgruppen »Extramurale« und »Intramurale Dienste« sprachen sich deshalb 1972 für die Möglichkeit einer ambulanten Versorgung auch durch die psychiatrischen Krankenhäuser aus, zur Nachbehandlung ebenso wie als Vorschaltambulanz.¹⁰⁶ Die Vertreter der niedergelassenen Ärzte, für die dies ein rotes Tuch war, wollten sich damit nicht abfinden. Das Kommissionsmitglied W. Leonhardt, zugleich Vorsitzender des Berufsverbands der Nervenärzte, beschwerte sich bei Kulenkampff darüber, dass damit wieder das »alte Vorurteil« anklinge, Ambulanz bedeute eine bessere Versorgung der Bevölkerung, und hielt dem entgegen, es sei »eine unbestreitbare Erfahrungstatsache des Ostblocks, von Schweden und England: je mehr Ambulanzen, desto schlechter die Versorgung.«¹⁰⁷ Dass Widerstände dieser Art, durchaus auch von Seiten des Bundesarbeitsministeriums, schließlich überwunden werden konnten und 1976 in der Reichsversicherungsordnung die gesetzlichen Grundlagen geschaffen wurden, um wenigstens an Fachkrankenhäusern Institutsambulanzen einrichten zu können, war dann immerhin ein Erfolg.

Was die Zukunft der Großanstalten anging, das Synonym für die ganze Misere der bundesdeutschen Psychiatrie, waren es vornehmlich die universitären Kliniker, die mit den Vertretern der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser die Klänge kreuzten, auch wenn die Konfliktlinien im Einzelnen sehr viel komplizierter verliefen. Die einen wollten die Anstalten modernisieren, die anderen ergänzen, dritte sie wiederum ganz abschaffen. Nils Pörksen, ein führender Vertreter der Gemeindepsychiatrie, Oberarzt an der Universitätsklinik Heidelberg und Mitglied der Arbeitsgruppe »Extramurale Dienste«, hatte beim Bundestagshearing gefordert, es sollten »alle entlegenen Großkrankenhäuser allmählich aufgelöst werden, wenn sie nicht sinnvoll zu kleinen regionalen Behandlungszentren schrumpfen können.«¹⁰⁸ Auch in den ersten Sitzungen der Arbeitsgruppe »Intramurale Dienste« spielten durchgreifende Abbaupläne – »Planierdraht und Schweißbrenner«¹⁰⁹ – noch eine Rolle.¹¹⁰ Aber die »Anstaltslobby«, so Caspar Kulenkampff »verteidigte den Bestand der 130 Häuser mit Klauen und Zähnen.«¹¹¹ Von einer »Auflösung« oder »Schlie-

105 G. Bosch/A. Pietzcker, Nachbehandlung krankenhausesentlassener schizophrener Patienten – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung, in: Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4201, S. 344–360; H. Dilling/S. Weyerer, Die ambulante Vor- und Nachbehandlung der stationären Patienten in den drei Landkreisen Berchtesgaden, Rosenheim und Traunstein, in: ebd., S. 382–399.

106 Ergebnisse der gemeinsamen Tagung der Intramuralen und Extramuralen Arbeitsgruppe vom 5. bis 7. Juni 1972, BArch Koblenz, B 189, Nr. 16355.

107 W. Leonhardt an C. Kulenkampff, 15.3.1973, BArch Koblenz, B 189, Nr. 16355; vgl. auch Kassenärztliche Bundesvereinigung an Sachverständigen-Kommission, z. Hd. C. Kulenkampff, 31.8.1972, BArch Koblenz, B 189, Nr. 16367; vgl. auch die Bedenken der Bundesärztekammer gegen einen Ausbau der ambulanten Dienste in der Psychiatrie, die für wenig dringlich, zu kostenintensiv und therapeutisch nicht für effizient genug gehalten wurden, Bundesärztekammer, Volrad Deneke, an Staatssekretär Wolters vom BMJFG, 18.2.1975, BArch Koblenz, B 189, Nr. 16356, Teilakte 474–3/3.

108 Stenographischer Bericht über die öffentliche Informationssitzung des Ausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit am Freitag, dem 23. April 1971, in: Materialsammlung I, S. 117–176, hier: S. 138; als unmittelbare Gegenposition zu Pörksen vgl. die Denkschrift vom 8.5.1971: Verein Baden-Württembergischer Krankenhauspsychiater, Zur Versorgung, hier: S. 119f.: Der Ausbau der ambulanten Einrichtungen vermöge, wie auch die amerikanischen Erfahrungen zeigten, die stationäre Behandlung nicht zu ersetzen.

109 So berichtet Asmus Finzen, Antipsychiatrie, Sozialpsychiatrie, Soziale Psychiatrie, in: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 4, 1973, S. 269–278, hier: S. 278.

110 Vgl. auch Helmut E. Ehrhardt, Die Psychiatrie-Enquete. Ergebnisse – Probleme – Konsequenzen, in: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 8, 1977, S. 89–104, hier: S. 102.

111 Caspar Kulenkampff, Grußwort des Vorsitzenden der ehemaligen Enquete-Kommission, in: Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.), 25 Jahre Psychiatrie-Enquete, Bd. 1, Bonn 2001, S. 38–43, hier: S. 40.

ßung« abgelegener psychiatrischer Krankenhäuser war im Enquête-Bericht nicht mehr die Rede, lediglich von ihrer »Umstrukturierung«. ¹¹² Auf Länderebene war man derweilen dabei, die Fachkrankenhäuser für Millionensummen zu renovieren, was im Interesse der Patienten unumgebar schien, die Bestandsaussichten der Einrichtungen aber auch wieder dauerhaft stabilisieren musste.

Das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit hatte es nur sehr begrenzt in der Hand, die Arbeit des Gremiums zu steuern. ¹¹³ Es hatte der Kommission konzeptionell weiten Spielraum gelassen, allerdings zunehmend darauf gedrängt, es nicht lediglich bei einer Beschreibung des defizitären Ist- und des idealen Soll-Zustands zu belassen, sondern auch den Weg vom Ist zum Soll aufzuzeigen und die dafür erforderlichen finanziellen Aufwendungen deutlich zu machen. ¹¹⁴ Gerade hiergegen sträubten sich indes maßgebliche Kommissionsvertreter. ¹¹⁵ Staatssekretär Hans-Georg Wolters (BMJFG) kritisierte auf der siebten Plenartagung der Sachverständigenkommission im Herbst 1974, in der Arbeit der Kommission seien Operationalisierungs- und Planungsgesichtspunkte zu sehr in den Hintergrund getreten, und ein Mitarbeiter aus dem gleichen Haus prophezeite, der Bundestag werde den Bericht sofort beiseite schieben, wenn keine Kostangaben gemacht würden. ¹¹⁶ Demgegenüber gab Caspar Kulenkampff als Vorsitzender der Sachverständigenkommission auf der gleichen Tagung zu bedenken, das Hauptproblem sei angesichts der vielfältigen Zerstrittenheit der Profession über lange Zeit erst einmal gewesen, »über die Grundrichtung einer Empfehlung überhaupt einen Konsensus zu erzielen.« Man könne zwar Prioritäten benennen, scheue aber vor einer Gesamtberechnung des finanziellen Aufwands zurück, da dies die Chancen des Vorhabens nach Lage der Dinge zunichte machen müsse. Im Übrigen gestand er offen die Grenzen der Expertise ein, über die die Sachverständigenkommission verfügte: »ob eine Hochrechnung für das gesamte Bundesgebiet in einem sehr komplizierten additiven beziehungsweise subtraktiven Verfahren gelingt, gegenüber dieser Frage sind wir alle ein wenig verzagt, es sei denn, daß Experten aus dem Planungs- und Finanzgeschäft uns einen Weg weisen können, wie das zu machen ist.« ¹¹⁷ Dabei blieb es dann auch. Die notwendigen Planungsgrunddaten bereitzustellen, sollte einer Planungsfirma überlassen bleiben.

112 Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4200: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, 25.11.1975, 217 ff.

113 So in vergleichender Perspektive auch *Mayntz*, Das Beratungswesen, S. 57. Zur Eigenständigkeit trug bei, dass die Geschäftsführung bei der »Aktion Psychisch Kranke« lag und nicht, wie bei anderen Sachverständigenkommissionen, im Ministerium; vgl. dazu auch BMJFG, H II 4, Bialonski, Vermerk betr. die Durchführung der Enquête, 25.8.1971, BArch Koblenz, B 189, Nr. 16350, Teilakte 474–0/4.

114 So unter anderem schon BMJFG, H II 4, Bialonski, Vermerk für den Staatssekretär, 16.5.1972, BArch Koblenz, B 189, Nr. 16350, Teilakte 474–0/1.

115 BMJFG, Gruppenreferat 341.2 an Staatssekretär, 10.4.1974, BArch Koblenz, B 189, Nr. 16371.

116 Sachverständigen-Kommission zur Erarbeitung der Enquête über die Lage der Psychiatrie in der BRD, VII. Tagung vom 20. bis 22.11.1974, S. 222, 351 f., 353 ff. und 365, BArch Koblenz, B 189, Nr. 16353.

117 Ebd., S. 366. Selbstkritischer, aber auch weniger reserviert im Hinblick auf zu treffende Planungsaussagen äußerte sich der Freiburger Universitätspsychiater Rudolf Degkwitz, der Vertreter der auf pragmatische und »realistische« Aussagen drängenden DGNP: »Wir müssen uns, was die Handlungsweisen oder die Alternativen betrifft, irgendwie zu Entschlüssen durchringen. [...] Wir drücken uns immer um diesen Punkt, meinestwegen in Alternativen zu sagen, wie diese Schritte gegangen werden sollen. [...] Wir sollten irgendwie sagen, wie der derzeitige Ist-Zustand in den von uns geplanten Zustand übergeführt werden soll: Wir sagen immer: So ist es, und so soll es sein. Wenn wir das, was dazwischen ist, was unsere Expertenaufgabe ist, nicht sagen, dann weiß ich nicht, was die Politiker, die Rechner und sonst wer mit diesem ganzen Kram anfangen sollen.« Ebd., S. 375 f.; vgl. ähnlich auch das für die DGNP verfasste Sondervotum zum Enquête-Bericht von Prof. Hanns Hippus: Deutscher Bundestag, Drucksache

Am Ende der vierjährigen Beratungsfron stand schließlich der eingangs vorgestellte Enquête-Bericht. Er beeindruckte durch eine in solch empirischer Dichte und Detailgenauigkeit bislang nicht vorhandene Bestandsaufnahme der psychiatrischen Versorgungsstrukturen, die erheblich dazu beitrug, dem Dokument einen wissenschaftlichen Anstrich zu verleihen. Die für einen Stichtag des Jahres 1973 erhobenen Daten bestätigte dabei im Wesentlichen das Bild gravierender Mängel und Missstände, wie es inzwischen nicht mehr nur den Insidern vor Augen stand. Die beschriebene Misere hatte schon 1973 einen Zwischenbericht der Kommission zu den bald viel zitierten Worten veranlasst, »daß eine sehr große Anzahl psychisch Kranker und Behinderter in den stationären Einrichtungen unter elenden, zum Teil als menschenunwürdig zu bezeichnenden Umständen leben« müsse.¹¹⁸ Fast drei Viertel der stationär versorgten psychisch Kranken waren 1972 in psychiatrischen Krankenhäusern aufgenommen worden. 46 % der hier am 30. Mai 1973 untergebrachten Patienten lebte schon länger als fünf Jahre in einem solchen Fachkrankenhaus und fast ein Drittel länger als zehn Jahre. In den großen Anstalten mit über 1.000 Betten verfügten 41 % aller Schlafräume noch immer über vier bis zehn Betten, 10 % aller Schlafräume gar über elf Betten und mehr. Stellte man diesen Zahlen gegenüber, dass als Durchschnittsstandard für Allgemeinkrankenhäuser inzwischen Zwei- bis höchstens Dreibettzimmer galten, wurde, wie der Bericht bemerkte, »die Rückständigkeit der psychiatrischen Krankenhäuser in bezug auf Ausstattung und Unterbringungsform gravierend deutlich.«¹¹⁹ Fast ein Fünftel (18,5 %) der Patienten in den Fachkrankenhäusern waren im Übrigen »geistig Behinderte«, die dort in der Regel als fehlplatziert angesehen werden mussten. Auf einen Facharzt kamen in den Fachkrankenhäusern rechnerisch 112 Betten, was noch immer meilenweit entfernt von einem als befriedigend anzusehenden Befund war; in den Fachabteilungen der Allgemeinkrankenhäuser und den psychiatrischen Universitätskliniken waren die Relationen ungleich günstiger.

Wichtiger aber als die deskriptive war die präskriptive Dimension der Enquête. Der Bericht formulierte vier Leitprinzipien, die dem Ausbau der psychiatrischen Versorgung einen normativen Rahmen geben sollten: Es waren dies die Prinzipien erstens der gemeindenahen Versorgung, zweitens der bedarfsgerechten und umfassenden Versorgung (und zwar für alle psychisch Kranken und Behinderten), drittens der Koordination und des integrierten Zusammenwirkens aller Dienste und viertens der Gleichstellung der psychisch mit den körperlich Kranken. An Einzelvorschlägen enthielt die Enquête kaum etwas, was nicht auch schon vorher in der Diskussion gewesen wäre. Entscheidend war aber, dass die Kommission es vermocht hatte, aus dem Fundus der bereitstehenden Reformkonzepte eine konsensfähige Summe zu ziehen. Im Zentrum dieser Kompromissformel stand als Ordnungsmodell das »Standardversorgungsgebiet«. Im geografischen Rahmen und institutionellen Gefüge eines solchen »Standardversorgungsgebiets« sollte eine gemeindenahere, bedarfsgerechte und stufenförmige psychiatrische Versorgung sichergestellt werden. Dazu war in einem Einzugsgebiet von in der Regel 250.000 Einwohnern, durch besondere Planungsgremien abgestimmt, das ganze Spektrum an beratenden, ambulanten, teilstationären, stationären, komplementären und rehabilitativen Einrichtungen vorzuhalten, das als geschlossene Versorgungskette so noch nirgends anzutreffen, in seinen Einzelbestandteilen indes schon seit Längerem in der Diskussion war – von Beratungsstellen und Fachambulanzen über Tages- und Nachtkliniken bis hin zu Wohnheimen

che 7/4200: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, S. 411–414, hier: S. 412.

118 Deutscher Bundestag, Drucksache VII/1124: Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, hier: Zwischenbericht der Sachverständigenkommission zur Erarbeitung der Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, S. 23.

119 Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4200: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, hier: S. 138, die übrigen genannten Zahlen: S. 102, 109, 120 und 126.

und Werkstätten. Indem so die ganze Bandbreite der denkbaren Institutionen nebeneinander gestellt wurde, war auch die Grundlage für den Kompromiss zwischen den unterschiedlichen Strömungen gelegt worden.

Was die psychiatrischen Sachverständigen an Planungsvorarbeiten zu leisten versäumt hatten, nämlich Szenarien schrittweiser Umsetzung der Konzepte zu entwerfen und die dabei entstehenden finanziellen Lasten zu kalkulieren, sollte alsbald im Auftrag der Bundesregierung von professionellen Planungsexperten nachgeholt werden. Den Experten für das Fachliche, so schien es für einen Moment, traten als Nebenexperten Spezialisten für das Operative zur Seite, was ein wechselseitig kritisches Beäugen erwarten ließ.¹²⁰ Das vom BMJFG in Auftrag gegebene Gutachten der Stuttgarter Planungsfirma Heinle, Wischer und Partner legte als Entscheidungshilfen Planungsraster für den Aufbau von Versorgungsdiensten vor, wobei jeweils alternative Zielzustände vorgesehen waren. Für acht Patientengruppen wurden Daten zur Bedarfsermittlung und Personalbemessung der Versorgungsdienste entwickelt. Die Studie gelangte bilanzierend zu dem – aus Sicht der Reformpromotoren immerhin erfreulichen – Ergebnis, dass die Vorschläge der Enquête gegenüber den bisherigen Versorgungsformen auch unter Kostengesichtspunkten die bessere Lösung bieten würden. Sie befand zugleich aber auch, dass die vorgeschlagenen Reformvorhaben realistisch betrachtet nur in Stufen und auf lange Frist einzulösen sein würden. Konkret entwarf das Planungsgutachten ein Szenario mit vier zeitlichen Etappen, deren letzte erst in den Jahren nach 2000 einsetzen sollte.¹²¹ Im Bundesgesundheitsministerium zeigte man sich beeindruckt. Die Planungsstudie, hieß es in einem Vermerk, stelle »Bedarfs-, Übergangs- und Ausgangsdaten, Zielbeschreibung, Dringlichkeiten und Kostenauswirkungen in einer Vollständigkeit und Folgerichtigkeit dar, wie es in der Psychiatrieliteratur des In- und Auslands bis heute kaum eine Entsprechung geben wird.«¹²²

Das *grand design* der Psychiatriereform lag damit auf dem Tisch. Während die Planungsstudie bald weitgehend in Vergessenheit geraten sollte, entwickelte sich die Enquête zum zentralen Rotationspunkt, um den sich alle nachfolgenden Reformdiskurse in der Psychiatrie drehten. Um ihren Stellenwert zu benennen, wurden Prädikate wie »Jahrhundertwerk« oder »Bibel der deutschen Psychiatriereform« bemüht.¹²³ Vorerst kam keine psychiatriereformerische Initiative mehr umhin, »die eigenen Vorstellungen in die Sprache des Enquetejargons zu übersetzen.«¹²⁴ Im Sozialpolitischen Ausschuss des Bayerischen Landtags bekannte 1976 ein Abgeordneter, die Probleme der Psychiatrie hätten

120 Vgl. beispielsweise das für die DGPN verfasste Sondervotum zum Enquête-Bericht von Prof. Hanns Hippus: Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4200: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, S. 411–414, hier: S. 412.

121 Heinle, Wischer und Partner PlanungsGmbH, Planungsstudie zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Stuttgart 1976.

122 BMJFG, OAR Ernst, Vermerk betr. Schlussfassung der Planungsstudie zur Psychiatrie-Enquête, 15.8.1977, BArch Koblenz, B 189, Nr. 24060; vgl. kritisch dazu: *Asmus Finzen*, Ein Hauch von Gigantomanie. Die Planungsmaterialien von Heinle, Wischer und Partner, in: *ders./Hilde Schädle-Deininger*, »Unter elenden, menschenunwürdigen Umständen«. Die Psychiatrie-Enquête, Rehburg-Loccum 1979, S. 235–241.

123 *Heinrich Kunze*, Der Weg von der Psychiatrie-Enquete (1975) bis zu den neuen Versorgungsformen, in: *John N. Weatherly/Ralph Lägell* (Hrsg.), Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik, Berlin 2009, S. 9–20, hier: S. 9; *Ute Daub*, Erfahrungen mit der Koordination im Modellprogramm, in: *Ernst von Kardorff* (Hrsg.), Das Modellprogramm und die Folgen, Rehburg-Loccum 1985, S. 150–161, hier: S. 150.

124 *Heiner Keupp*, Alternativen zum Ausschluss – Perspektiven einer Psychiatriereform noch einmal durchdacht, in: *Irmgard Eisenbach-Stangl/Wolfgang Stangl* (Hrsg.), Grenzen der Behandlung. Soziale Kontrolle und Psychiatrie, Opladen 1984, S. 33–42, hier: S. 35.

»durch die Psychiatrie-Enquête, durch die Massenmedien und durch die Beteiligung der breiten Öffentlichkeit eine Bedeutung bekommen [...], die einen erheblichen Druck auf die Politiker ausübe, ebenfalls die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in die Hand zu nehmen.«¹²⁵

Ungeachtet vieler solcher Bekenntnisse muss die Anschlussfrage hier gleichwohl lauten, ob sich das Enquête-Modell in der Folge vom internen Expertenkompromiss und externen politischen Druckverstärker tatsächlich auch zum politisch maßgeblichen Handlungsprogramm entwickelte.

VI. ENTSCHEIDUNG UND IMPLEMENTATION

Ehe der Faden des politischen Prozesses neu aufgegriffen wird, sollen die bisherigen Beobachtungen an dieser Stelle zunächst auf einer allgemeinen Ebene zwischenbilanziert werden. Dabei müssen vor allem drei Gesichtspunkte bedacht werden: Welche Rolle spielten die wissenschaftlichen Experten in den einzelnen Phasen, welche Funktionen nahmen sie ein? Welche Wissensformate standen dabei im Vordergrund? Welche Interaktionsmuster zwischen Wissenschaft und Politik ließen sich beobachten?

In der ersten Phase, der Phase der Problemidentifikation, spielten die Experten die Rolle des Aufklärers und Aufrüttlens. Die Wissenstypen und -formate, die hier gefordert waren, kombinierten erfahrungsgestützte Defizitanalysen mit Komponenten jener professionellen Sachinformiertheit, welche die Voraussetzung dafür war, bestehende Probleme bewerten und neue Möglichkeitsräume ausloten zu können. Benötigt wurden feldimmanente Grundlageninformationen, angemessene Bewertungsmaßstäbe und wissenschaftsgestützte Urteilskraft. Die Diskussion war noch in erheblichem Maß auf die eigene Fachkommunität ausgerichtet, die Wissenschaftler sprachen als Insider, es ging um die Absicherung der Sprecherposition. Die Experten setzten ihre kognitive Autorität als soziales und kulturelles Kapital ein, um der verfochtenen Problemsicht im innerfachlichen Wettbewerb um die Meinungsführerschaft Gewicht zu verleihen. Die Beziehung zur Politik erschien vorerst noch von relativer Distanz geprägt: Zunächst waren die Probleme des Felds zu definieren, war der Handlungsbedarf zu bestimmen, waren Wettbewerber mit anderen Deutungen aus dem Feld zu schlagen. Strategische Überlegungen mit Blick auf die politische Arena standen noch nicht im Vordergrund, die interpretative und informative Rolle des Wissenschaftlers war gefragt. Die Kommunikationsformen waren noch wenig institutionalisiert.

In der zweiten Phase, dem Agenda-Setting, wandten sich die Experten mehr nach außen. Sie wurden zum politischen Unternehmer, mussten Kontakte herstellen, Allianzen knüpfen, Öffentlichkeit erzeugen und Zustimmung mobilisieren. Als Grenzgänger zwischen Wissenschaft, Professionswelt, Politik und medialer Öffentlichkeit mussten sie sich stärker auf die Logik anderer Funktionssysteme einlassen, sich anderer Durchsetzungstechniken bedienen, als sie in Wissenschaft und Profession üblich waren. Die Wissenstypen und -formate veränderten sich wenig, strategische Gesichtspunkte gewannen an Gewicht, die Sachverhalte und Deutungen mussten mitunter auch dramatisiert werden. Die Expertise wurde stärker auf allgemeine gesellschaftliche Leitnormen bezogen, um sie politisch anschlussfähig zu machen (hier: Humanisierung der Lebensverhältnisse, Sicherung der Menschenwürde, gesellschaftliche Integration, soziale Gerechtigkeit). Verlangt wurde die Fähigkeit, über die Grenzen der Fachkommunität hinweg kommunizieren zu können. Das Verhältnis zur Politik war durch Appell und Aufklärung bestimmt. Die Wettbewerber entstammten nicht mehr dem eigenen Feld, sondern anderen Politikbereichen – sie zielten

125 Archiv des Bayerischen Landtags, Sitzungsberichte des Ausschusses für Sozial- und Gesundheitspolitik, 8. Wahlperiode 1974/78, Bd. 2, 27. Sitzung vom 8.7.1976, S. 1, Abgeordneter Dr. Cremer (SPD).

im Verdrängungswettbewerb der Probleme ebenfalls darauf ab, ihr Thema zu einem ›politischen‹ zu machen, also Aufmerksamkeit zu erzeugen, um es hochrangig auf der politischen Agenda zu platzieren.

Je mehr sich der politische Prozess auf das Entscheidungszentrum zu bewegte, umso mehr gewannen im Austausch zwischen Wissenschaft und Politik die Spielregeln und Rationalitätskriterien der Politik an Gewicht. Allgemein gilt hier zunächst, dass in der Phase der politischen Programmformulierung, die im konkreten Fallbeispiel als Sonderetappe von derjenigen der politischen Entscheidung unterschieden wird, die Kommunikations- und Interaktionsformen zwar stärker institutionalisiert werden, die Muster der Institutionalisierung jedoch vielfältige Formen annehmen können. Die Expertenkommission ist nur eine Variante, wiewohl eine sehr charakteristische. Ihre Wirkungsmöglichkeiten werden bestimmt durch die Rekrutierung der Mitglieder, die Definition des Auftrags und die ihr gewährte Selbstständigkeit, ihre Erfolgchancen beeinflusst durch Parameter wie Konsensualität, Problemangemessenheit und operative Plausibilität der Empfehlungen. Von der politikberatenden Kommissionskoryphäe wird nicht so sehr wissenschaftliche Exzellenz und Originalität gefordert, sondern die Fähigkeit zum Makeln, Übersetzen und Moderieren. Transmission ist wichtiger als Innovation. Neben das Argumentieren als Diskursmodus tritt verstärkt das Verhandeln. Kosten-Nutzen-Abwägungen und strategische Durchsetzungschancen halten als Bewertungskriterien Einzug und treten neben die Angemessenheit der Problemanalyse. Die Experten sehen sich auf dieser Stufe des politischen Prozesses mit – unterschiedlich präzise vorgetragenen – Erwartungen und Funktionszuschreibungen der Politik konfrontiert, Prämissen, die sie nicht unbedingt verinnerlichen, die sie aber in ihr Kalkül mit aufnehmen müssen. In Expertenkommissionen gewinnt die Konsensfunktion der Politikberatung Bedeutung. Es geht nicht mehr um Problemerkennung und Frühwarnung, sondern um die Bewertung von Handlungsalternativen und die Integration variierender Interessen und Perspektiven. Die Besonderheiten des hier untersuchten Falls, der Psychiatriereform, liegen darin, dass die (partei)politische Inbesitznahme des Themas gering blieb, weshalb die Konsensfindung vornehmlich auf die professionelle Expertenwelt selbst zielte. Fürs Erste trat die Politik ihre Leitfunktion der Programmformulierung an die Fachkommunität ab. Die bedeutsamste Wirkung der Expertenkommission lag so in einer dauerhaft wirksamen Strukturierung des psychiatriepolitischen Diskurses.

Es ist klar, dass diese Anforderungstypen nicht als scharf voneinander getrennt verstanden werden können. Die Elemente des Phasenmodells durchmischen sich. Dennoch ist der Sequenzcharakter der Etappen gut zu erkennen.

Die nächste Phase, die der Entscheidung und Implementation, muss nun allerdings kürzer behandelt werden. Im untersuchten Fallbeispiel sind hier die Tragfähigkeit und Ergiebigkeit des heuristischen Analysemittels »*policy cycle*«, sofern es zur Untersuchung des Verhältnisses von Wissenschaft und Politik verwandt wird, eher begrenzt. Ein möglicher Grund dafür liegt in dem Umstand, dass die Intensität des Austauschs zwischen beiden Akteurssystemen nachlässt. Die politische Entscheidung ist die Domäne der Politik, die Implementation die der Verwaltung. Im Übrigen werden die Phasen der Entscheidung und Implementation, die an sich getrennt zu betrachten wären, aus pragmatischen Gründen im Folgenden gemeinsam behandelt. Beide Phasen umfassend zu untersuchen, würde den Rahmen dieses Beitrags sprengen. Vieles muss auch deshalb offen bleiben, weil es noch überall an Forschungsvorarbeiten zur Psychiatriepolitik der Länder fehlt. Präzisere Analysen könnten auch für diese Stufen des politischen Prozesses genauere Einblicke in die Interaktion zwischen externen Experten, politischen Entscheidern und administrativen Gestaltern hervorbringen. Da die Vorstellungen und Überzeugungen der Psychiater als Leitprofession bei der konkreten Umsetzung der Psychiatriereform von eminenter Bedeutung waren, ist dies gerade für die Implementationsphase sehr wahrscheinlich.

Welche Position nahm die sozial-liberale Bundesregierung zu dem 1975 vorgelegten Programm einer Psychiatriereform ein, das sie selbst in Auftrag gegeben hatte? Die Antwort ließ lange auf sich warten. Vier Jahre sollten vergehen, ehe die Bundesregierung eine Stellungnahme zur Enquête vorlegte.¹²⁶ Inzwischen hatten sich die Probleme der öffentlichen Haushalte weiter verschärft und die Spielräume für durchgreifende Initiativen dadurch verengt. Im Ton nüchtern gehalten, war die Stellungnahme, wie es intern hieß, bewusst darauf angelegt, die Enquête zu »entheiligen«.¹²⁷ Bei grundsätzlicher Zustimmung zu den Kernanliegen der Enquête verwies die Bundesregierung auf ihre »nur geringe Zuständigkeit«, betonte die Notwendigkeit schrittweisen Vorgehens und gewährte teilweise der Konsolidierung des Bestehenden Vorrang vor einer Entwicklung neuer Dienste. Zur Vorbereitung auf die Diskussion, die im Kabinett wie auch in der SPD-Fraktion über die Stellungnahme zur Enquête anstand, hieß es in einem Vermerk des BMJFG für die Ministerin Antje Huber, die Regierung sei nicht in der Lage,

»die finanzielle Konsolidierung des Feldes anzubieten. [...] Lediglich Modelle stehen in großer Zahl im Raum. [...] Die Hoffnung auf systematische, flächendeckende und fortentwickelnde Finanzierung geht leer aus. Dies wird die große Enttäuschung sein.«¹²⁸

Den in der Tat vielfach enttäuschten Reformantreibern konnte das nicht genügen. Die DGSP verschärfte ihre Position und forderte nun die konsequente Auflösung der Großkrankenhäuser.¹²⁹ Die »Aktion Psychisch Kranke« warf der Bundesregierung vor, sie lasse unter

»Hinweis auf mangelnde Kompetenz in einem weit überzogenem Maße [...] jeglichen Mut zu einer klaren, zukunftsweisenden gesundheitspolitischen Aussage vermissen. Vergeblich sucht man nach Schwerpunkten, Akzenten, nach einer konkreten Bekundung des Willens, die notwendige Reform der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter an entscheidenden Punkten voranzutreiben.«¹³⁰

Die Stellungnahme der Bundesregierung signalisierte, wie hier richtig erkannt wurde, ebenso sehr wie eine Entscheidung eine Nicht-Entscheidung, genauer: die Entscheidung, unter einigen Gesichtspunkten ein Handeln zu vermeiden. Immerhin legte der Bund in der Folge Modellversuchsprogramme zu psychiatrischen Versorgungen auf, von denen noch eingehender die Rede sein wird, und immerhin brachte er auch einige Korrekturen der Sozial- und Gesundheitsgesetze auf den Weg, um die ambulante Versorgung zu erleichtern. Dazu gehörte schon 1976 die erwähnte Änderung der Reichsversicherungsordnung, die es den Fachkrankenhäusern ermöglichte, Institutsambulanzen einzurichten, dazu gehörte die Abschaffung des »Halbierungserlasses« 1981 und dazu gehörte dann 1986, unter der neuen CDU/FDP-Regierung, auch das »Gesetz zur Verbesserung der ambulan-

126 Deutscher Bundestag, Drucksache 8/2565: Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigen-Kommission über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, 13.2.1979.

127 BMJFG, Ref. 342, Bialonski, an den Staatssekretär, 25.1.1978, BArch Koblenz, B 189, Nr. 16340; vgl. BMJFG, UAL 34, Prof. Dr. Franke, an Staatssekretär, 23.11.1978, BArch Koblenz, B 189, Nr. 16338: »Gemessen an den üppigen Vorstellungen, die mit der Psychiatrie-Enquete geweckt worden sind, kann oder muß diese Stellungnahme nicht nur ernüchternd wirken, was sie soll; sie kann auch enttäuschend wirken, oder gar den Eindruck wecken, die Bundesregierung versuche die Reform unter Hinweis auf nicht gegebene Zuständigkeiten oder fehlende Ressourcen zu lähmen«.

128 BMJFG, AL 3, Zusätzlicher Vermerk für Frau Minister für die Enquête-Debatte (im Kabinett und in der Fraktion), 8.1.1979, BArch Koblenz, B 189, Nr. 16338.

129 Gesundheitspolitischer Ausschuß der DGSP, Bewegung in der Psychiatrie. Der Auflösungsbeschuß und die Politik der DGSP, in: *Karl-Ernst Brill* (Hrsg.), Alternativen zum Irrenhaus. Auf der Suche nach einer veränderten Praxis, München 1981, S. 26–40.

130 Aktion Psychisch Kranke, Stellungnahme zur Bundestagsdrucksache 8/2565 vom 13.2.1979, BArch Koblenz, B 189, Nr. 14080.

ten und teilstationären Versorgung psychisch Kranker und Behinderter«¹³¹, das die tagesklinische Behandlung sowie die Zulassungs- und Vergütungsbestimmungen für Institutsambulanzen neu regelte.

Aber im Grunde kam es auf den Bund jetzt nur noch sehr bedingt an. Sieht man von der Zuständigkeit für die sozial- und gesundheitspolitische Gesetzgebung ab, lagen die wesentlichen Kompetenzen in der Psychiatriepolitik vielmehr bei den Ländern. Die entscheidenden Fragen lauten deshalb auch eher: Wie nahmen die Länder die Enquête auf? Welche politischen Weichenstellungen wurden hier vorgenommen? Stieg das Dokument zur entscheidenden Orientierungsmarke für die Psychiatrieplanung der Länder auf? Wenn nicht, welche politischen Handlungsprogramme bestanden stattdessen oder zumindest daneben?

Nicht nur auf Bundesebene waren die Dinge allmählich ins Rollen gekommen. Auch in einer ganzen Reihe von Ländern waren Pläne und Programme in Vorbereitung oder lagen gar schon vor.¹³² Zu den Bundesländern, in denen vergleichsweise früh an einem solchen Programm gefeilt wurde, zählte Bayern. Bereits 1971 legte hier die Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Bezirkstagspräsidenten – die Bezirke waren zuständig für die Krankenhausplanung – eine Denkschrift mit dem Titel »Psychiatrische Krankenhausplanung und psychiatrische Versorgung in Bayern« vor. Die Vorarbeiten, maßgeblich vom Münchner Max-Planck-Institut für Psychiatrie vorgenommen, reichten bis in die Mitte der 1960er Jahre zurück.¹³³ Bei grober Betrachtung war bereits hier eine Art gemeinsamer Nenner zu erkennen, der unter variierender Akzentsetzung in fast allen nachfolgenden Reformprogrammen der Länder wiederkehren sollte: Die bestehenden Nervenkrankenhäuser waren zu entflechten und zu modernisieren; spezielle Patientengruppen wie die forensischen Fälle, Suchtkranken und geistig Behinderten sollten in besondere Einrichtungen verlegt werden; Beschäftigungs- und Arbeitstherapie waren auszubauen; ein abgestimmtes System von Übergangs- und Nachsorgeeinrichtungen wurde benötigt; wo neue Einrichtungen stationärer Versorgung geschaffen werden sollten, wurde zur Errichtung psychiatrischer Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern geraten. Einstweilen hatten sich die Erneuerungsbemühungen freilich auf den stationären Bereich konzentriert.¹³⁴ Aber auch in Bayern verschaffte dann die Enquête der Überzeugung Rückhalt, dass die psychiatrischen Versorgungsstrukturen in einem umfassenden Sinn reformbedürftig seien. Im Landtag traf man nun die Auffassung an, es bestehe »kein Zweifel, daß die Form der Isolierung der psychiatrisch Kranker in Großkrankenhäusern fernab von den Gemeinden, das heißt fernab von ihren Lebensbeziehungen, von ihrer Familie und Arbeitsstätte, überholt« sei.¹³⁵

Gleichwohl, die Enquête wurde in Bayern keineswegs zur maßstabsgetreu übernommenen Blaupause für alle nachfolgenden Reformanstrengungen. Der 1980 vorgelegte Baye-

131 BGBl. I, 1986, S. 324.

132 Vgl. auch R. Degkwitz, Zur Planung der Verbesserung der Lage psychisch Kranker in der BRD. Planungs-Prinzipien – Synopsis vorliegender Pläne, in: Der Nervenarzt 44, 1973, S. 585–593, hier: S. 589 f.

133 Psychiatrische Krankenhausplanung und psychiatrische Versorgung der Bevölkerung in Bayern – Denkschrift der Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Bezirkstagspräsidenten, in: Materialsammlung IV zur Enquête über die Lage der Psychiatrie in der BRD, Stuttgart/Berlin etc. 1974, S. 246–309.

134 Bericht über die psychiatrische Versorgung in Bayern, gegeben von Staatssekretär Dr. Wilhelm Vorndran vor dem Ausschuß für Sozial- und Gesundheitspolitik des Bayerischen Landtags, Archiv des Bayerischen Landtags, Sitzungsberichte des Ausschusses für Sozial- und Gesundheitspolitik, 8. Wahlperiode 1974/78, Bd. 2, 31. Sitzung vom 18.11.1976.

135 So der Abgeordnete Dr. Cremer (SPD), Archiv des Bayerischen Landtags, Sitzungsberichte des Ausschusses für Sozial- und Gesundheitspolitik, 8. Wahlperiode 1974/78, Bd. 2, 27. Sitzung vom 8.7.1976, S. 2.

rische Psychiatrieplan, nicht von externen Experten, sondern von einer hausinternen Arbeitsgruppe des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung erarbeitet¹³⁶, nannte als Planungsgrundlage an erster Stelle die Denkschrift der Bezirkstagspräsidenten von 1971, führte dann zwar auch die Enquête auf, versäumte aber nicht hinzuzufügen, dass manche der dort unterbreiteten Vorschläge personell und finanziell nicht realisierbar seien und die Empfehlungen ohnehin »nur mittelbar und neben anderen Forderungen als Entscheidungshilfe für die Rahmenplanung des 1. Bayerischen Psychiatrieplans herangezogen werden« könnten.¹³⁷ In einer offiziellen Stellungnahme zur Enquête ließ das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung keinen Zweifel daran, dass im Freistaat an eine Umsetzung im Maßstab von eins zu eins nicht gedacht war:

»Die Vielfalt der zur Diagnose und Therapie psychisch Kranker vorgeschlagenen Dienste und Einrichtungen«, hieß es dort, »die Ausweitung der Zielgruppen der psychiatrischen Betreuung, aber auch die teilweisen Unausgewogenheiten der Vorschläge und einer allzu perfektionistischen Totalversorgung erfordern die Umsetzung der Vorstellungen in modifizierter Art und Weise unter Bezug auf die besonderen strukturellen Verhältnisse des einzelnen Landes und in Anpassung an die finanziellen Möglichkeiten.«¹³⁸

Wenn gut ein Jahrzehnt nach der Enquête, Mitte der 1980er Jahre, die Dinge auch in Bayern in Bewegung geraten waren, so doch unter durchaus eigenen Vorzeichen. Die Bettenzahl der Psychiatrischen Krankenhäuser war im Akutbereich im Sinken begriffen, verglichen mit den anderen Flächenstaaten bestand allerdings weiterhin ein erhebliches Personaldefizit. Acht kleine psychiatrische Fachkliniken waren neu errichtet, die Psychiatrischen Krankenhäuser inzwischen stärker nach Funktionen und Patientengruppen gegliedert worden. 17 Tages- und Nachtkliniken waren entstanden. Die nicht sehr zahlreichen Übergangseinrichtungen krankten – wie auch andernorts – daran, dass die Frage der Kostenträgerschaft weiterhin ungelöst blieb. Nicht allzu weit vorangekommen war die Sanierung des Pflegebereichs für die Langzeitpatienten in den Fachkrankenhäusern. Acht Institutsambulanzen waren geschaffen worden, insgesamt jedoch stand der ambulante Versorgungsbereich weiterhin im Schatten der Bemühungen um eine Reform und Sanierung der stationären Einrichtungen. Die Organisation der Sozialpsychiatrischen Dienste wich von den Strukturen in anderen Bundesländern besonders darin ab, dass diese Aufgabe in Bayern nicht den Gesundheitsämtern, sondern den Trägern der freien Wohlfahrtspflege übertragen worden war; Aufgabenstellung und personelle Besetzung der Dienste waren aufgrund massiver Widerstände von Seiten der Ärzte- und Krankenkassenverbände enger umgrenzt worden als andernorts.¹³⁹ Auch Anfang der 1990er Jahre noch wurde

136 Freilich sollte etwa die Abgrenzung der Zielgruppen und die Ermittlung der Bedarfskoeffizienten in »Zusammenarbeit mit Fachleuten aus Praxis und Wissenschaft erfolgen«, weshalb man auch ins Gespräch mit Direktoren der Nervenkrankenhäuser und mit Experten der Universität München getreten war; Bericht über die psychiatrische Versorgung in Bayern, gegeben von Staatssekretär Dr. Wilhelm Vorndran vor dem Ausschuss für Sozial- und Gesundheitspolitik des Bayerischen Landtags, Archiv des Bayerischen Landtags, Sitzungsberichte des Ausschusses für Sozial- und Gesundheitspolitik, 8. Wahlperiode 1974/78, Bd. 2, 31. Sitzung vom 18.11.1976.

137 Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Erster Bayerischer Landesplan zur Versorgung psychisch Kranker und psychisch Behinderter, München 1980, S. 17; vgl. auch Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung an den Präsidenten des Bayerischen Landtags: Vorlage eines Zwischenberichts über den Stand der Arbeiten am »Aktionsprogramm psychiatrische Versorgung in Bayern«, 1.12.1976, S. 27, BArch Koblenz, B 189, Nr. 16339.

138 Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung an Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, 9.2.1978, S. 4, BArch Koblenz, B 189, Nr. 16339.

139 Pankraz Brey, Staatliche Initiativen und Programme zur Verbesserung der Hilfe für psychisch Kranke und psychisch Behinderte am Beispiel Bayern, in: Caritas. Zeitschrift für Caritasarbeit und Caritaswissenschaft 87, 1986, S. 72–82.

Bayern trotz – und in gewisser Hinsicht auch wegen – des Bayerischen Psychiatrieplans ein deutlicher Nachholbedarf beim Aufbau dezentraler, regional orientierter Hilfen attestiert.¹⁴⁰

Auch im Südwesten ging man in Programmformulierung und -umsetzung eigenständige Wege. Die Baden-Württembergische Landesregierung, die der Enquête immerhin »gute Hilfen und Anhaltspunkte« für die Planung attestierte¹⁴¹, hatte 1974 einen Psychiatrieplan vorgestellt, dessen Leitlinien zwar in eine ähnliche Richtung wiesen wie jene, an denen die Enquêtekommission zu diesem Zeitpunkt immer noch feilte: Dezentralisierung und wohnortnahe Versorgung, Entflechtung der Psychiatrischen Krankenhäuser, Schaffung integrierter und gestufter Versorgungssysteme bei Ausbau der teilstationären und ambulanten Einrichtungen.¹⁴² Die ambulanten Dienste nahmen jedoch auch hier nur geringen Raum ein, im Vordergrund standen eher die niedergelassenen Nervenärzte. Bezeichnend war ein Dissens, der bei der Beratung im Baden-Württembergischen Landtag hervortrat, als die regierende CDU dafür plädierte, dass unter den zu ergreifenden Maßnahmen zunächst einmal die Modernisierung der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser Priorität haben müsse, während von der oppositionellen SPD gefordert wurde, der gemeindenahen Errichtung eines komplementären Sektors Vorrang zu geben.¹⁴³ Sanierung, nicht durchgreifender Umbau der Strukturen blieb nicht nur hier fürs Erste die Hauptlinie der Psychiatriepolitik. Eine ausgeprägte »Bettenorientierung« herrschte erst recht im Hessischen Psychiatrieplan von 1972 vor¹⁴⁴, dem Plan eines SPD-Sozialministers, dessen Stellungnahme zur Enquête überdies einen sehr verhaltenen Ton anschlug. Angesichts der Maximalausstattung, die der Bericht für die Versorgungsketten vorsehe, könne er für Hessen weniger »programmatischen« als vielmehr nur »normativen« Charakter haben; im Übrigen lasse die wirtschaftliche Gesamtlage eine Forcierung der bisherigen Modernisierungsanstrengungen nicht zu.¹⁴⁵

Ähnlich beabsichtigte auch Niedersachsen, sich auf die Verbesserung der stationären Versorgung zu konzentrieren. Haushaltspolitische Restriktionen, so wurde in einer Stellungnahme zur Enquête 1978 unterstrichen, nötigten zu Prioritäten. Das von der Enquête gezeichnete Bild grassierender Missstände sei ohnehin nicht mehr aktuell. Bei der Verbesserung der ambulanten Versorgung müsse in erster Linie an die Vermehrung der niedergelassenen Ärzte gedacht werden – »das Rückgrat der ambulanten Versorgung«. Deren Bedeutung habe die Sachverständigenkommission nicht angemessen berücksichtigt. Die Empfehlungen für den Ausbau ambulanter Beratungsdienste, ein Herzstück des gemeindepsychiatrischen Ansatzes, bedürften einer kritischen Analyse. Wichtiger als deren forcierter Ausbau sei eine bessere Koordination.¹⁴⁶ Ein eigenes Programm, vergleichbar

140 Burkhard Schiller/Ulrich Wittenius, Zur Situation der psychisch Kranken, in: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit 43, 1992, S. 162–168.

141 Minister für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg an Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, 5.8.1977, S. 15, BArch Koblenz, B 189, Nr. 16339.

142 Auszug aus dem Psychiatrie-Plan, Baden-Württemberg, Juli 1974, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung, in: Materialsammlung IV, S. 31–113, insb. S. 57 ff.

143 Verhandlungen des Landtags von Baden-Württemberg, 6. Wahlperiode 1972–1976, Protokollband V, Stuttgart 1976, 88. Sitzung, 28.5.1975, Anlage 8: Schriftlicher Bericht über die Beratungen des Sozialausschusses vom 19.8.1974, S. 5993–5996.

144 Vgl. Zur psychiatrischen Versorgung im Lande Hessen. Untersuchungen zwecks Verbesserung der Lage der psychisch Kranken, der geistig und seelisch Behinderten sowie der Suchtkranken (Bettenbedarf), in: Materialsammlung IV, S. 636–693; vgl. auch Hessischer Landtag, 8. Wahlperiode, Drucksache 8/2402: Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage der Abg. Dudene u. a. betr. psychiatrische Versorgung, 16.3.1976.

145 Der Hessische Sozialminister, Hessen und die Enquête Psychiatrie, 4.3.1977, BArch Koblenz, B 189, Nr. 16339.

146 Niedersächsisches Sozialministerium, Dr. Ziller, an BMJFG, 14.3.1978, Deutscher Bundestag, Drucksache 8/2565: Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigen-

mit dem bayerischen, dem baden-württembergischen und auch dem nordrhein-westfälischen¹⁴⁷, oder gar ein Plan auf der Höhe der Enquête wurde in Niedersachsen bis in die 1990er Jahre nicht entworfen, und die tatsächlich unternommenen Reformschritte blieben deutlich »hinter den Ideen, Vorschlägen und auch Erwartungen der 70er Jahre« zurück.¹⁴⁸ Auf der Ebene des tatsächlichen politischen Handelns gingen bemerkenswerte Reforminitiativen wie in Hannover, Wunstorf oder Uelzen nicht auf ein politisches Programm der Landesregierung, sondern auf das Engagement einzelner sozialpsychiatrischer Experten zurück. Erst nach dem Regierungswechsel zu Rot-Grün 1990 wurde angesichts des aufgestauten Nachholbedarfs eine Expertenkommission berufen, mit dem Auftrag, ein gemeindepsychiatrisch orientiertes Reformprogramm zu entwerfen.¹⁴⁹ Dessen Wirkungsgeschichte liegt jedoch außerhalb des Zeithorizonts dieser Untersuchung.

Insgesamt ergaben sich zwischen den Ländern deutlich abweichende Reformprofile. Mitte der 1980er Jahre wurde festgestellt, dass als Folge ihrer Planungshoheit im Krankenhauswesen drei Ländergruppen unterschieden werden konnten. Länder wie Nordrhein-Westfalen errichteten in erheblicher Zahl psychiatrische Abteilungen an den Allgemeinen Krankenhäusern und reduzierten dafür energisch die Betten in den Fachkrankenhäusern. Das gegenteilige Vorgehen traf man in Bayern oder dem Saarland an, wo weniger Gewicht auf den Aufbau psychiatrischer Abteilungen gelegt wurde, hingegen viel auf die Modernisierung der psychiatrischen Großkrankenhäuser. Länder wie Baden-Württemberg wiederum modernisierten die Fachkrankenhäuser ohne einschneidenden Bettenabbau, schufen in unterversorgten Regionen aber doch auch psychiatrische Abteilungen.¹⁵⁰ Weitere Beispiele für die unterschiedlichen Länderpolitiken lassen sich hinzufügen. Im unionsregierten Baden-Württemberg hatte nicht ein einziges psychiatrisches Krankenhaus Ende der 1980er Jahre eine Institutsambulanz, während dies im sozialdemokratischen Nordrhein-Westfalen inzwischen bei jedem der Fachkrankenhäuser der Fall war.¹⁵¹ Die sozialpsychiatrischen Dienste wurden bis Anfang der 1990er Jahre nur in den Landespsychiatriegesetzen von Berlin, Bremen und Niedersachsen ausdrücklich erwähnt. Während sie andernorts üblicherweise mit Psychiatern ausgestattet waren, wurde eine solche hauptberufliche Tätigkeit von Ärzten in Baden-Württemberg als unerwünschter Ansatz zur Ver-

Kommission über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, 13.2.1979, Anhang, S. 168–176, hier: insb. S. 171 und 175.

- 147 Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Zielplan zur Versorgung psychisch Kranker und Schwachsinniger im Lande Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf 1972.
- 148 *Bernhard Stegemerten*, Sozialpsychiatrie – 25 Jahre nach der Psychiatrie-Enquête. Erfordernisse einer qualifizierten psychosozialen Versorgung der Bevölkerung, Diss., Oldenburg 1999, S. 98–138 (historischer Abriss der niedersächsischen Psychiatrie seit der Enquête), insb. S. 120, 125 und 138, URL: <<http://oops.uni-oldenburg.de/volltexte/1999/454/>> [17.6.2010].
- 149 Niedersächsisches Sozialministerium, Empfehlungen zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in Niedersachsen. Bericht der Fachkommission Psychiatrie, Hannover 1993.
- 150 *Heinz Häfner/Wulf Rössler*, Die Reform der Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik. Versorgungskonzepte und Versorgungsstrategien für psychisch Kranke und Behinderte seit Veröffentlichung der Enquête 1975, in: *Caspar Kulenkampff/Walter Picard* (Hrsg.), Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch Kranker. Ein internationaler Vergleich, Bonn 1989, S. 17–54, hier: S. 32; vgl. auch *Burkhard Scheffler*, Psychiatrische Abteilungen in Allgemeinen Krankenhäusern, Weinheim/Basel 1983.
- 151 *Manfred Bauer/Renate Engfer*, Entwicklung und Bewährung psychiatrischer Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, in: *Thom/Wulff*, Psychiatrie im Wandel, S. 413–429, hier: S. 424; vgl. auch schon *Manfred Bauer/Hans K. Rose/Eva von Watzdorf*, Institutionsgebundene ambulante Dienste in der Psychiatrie – Ergebnisse einer Umfrage, in: *Manfred Bauer/Hans K. Rose* (Hrsg.), Ambulante Dienste für psychisch Kranke. Tagungsbericht der Aktion Psychisch Kranke, Köln 1981, S. 43–54, insb. S. 45.

staatlichung des Gesundheitswesens angesehen.¹⁵² In Baden-Württemberg und Bayern waren die Dienste in der Hand der freien Träger, in den anderen Ländern in der Regel Sache der Gesundheitsämter, wobei eine beträchtliche Spannweite bestand, was Aufgabenzuschreibung und Personalausstattung anging.¹⁵³ Kamen in Baden-Württemberg und Bremen 1990 auf 10.000 Einwohner 3,2 beziehungsweise 2,9 Plätze für psychisch Kranke in Werkstätten für Behinderte, so waren es in Bayern und Niedersachsen nur 0,1.¹⁵⁴

Dennoch: Wiewohl die Länder vielfach eigene Wege gingen, blieb die Enquête negativ wie positiv doch ein zentraler Referenzpunkt auch der dortigen Debatten; negativ, was die Bestandsaufnahme anbelangte, aus der ein nachhaltiger Handlungsdruck erwuchs, positiv, was das skizzierte Kompromissmodell betraf, das als dehn- und deutbare Einigungsformel hinreichend Akzeptanzpotenzial besaß. Die ca. 200 Experten, die an der Erstellung der Enquête mitgewirkt hatten, entpuppten sich als wichtige Makler der Reformanliegen in ihren jeweiligen lokalen Arbeitszusammenhängen.¹⁵⁵ Ebenso wirkten viele Mitglieder des »Ständigen Arbeitskreises der für die Psychiatrie zuständigen Referenten des Bundes und der Länder«, der 1974 als Scharnier zwischen Bund und Ländern eingerichtet worden war, als Reformagenten auf Länderebene.¹⁵⁶ Psychiatriereferent in Rheinland-Pfalz (und später in Hessen) wurde, um nur ein Beispiel zu nennen, Wolfgang Stumme, vormals wissenschaftlicher Mitarbeiter der Enquêtekommission, dann des Instituts für Epidemiologie und Sozialmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover, ein Sozialwissenschaftler, der in den frühen 1970er Jahren mit einem Beitrag zur psychiatrie-bezogenen Vorurteilsforschung promoviert hatte.¹⁵⁷ Stummes Werdegang illustriert so zugleich die Möglichkeiten eines wiederholten Rollenwechsels zwischen Wissenschaft, Politikberatung und Ministerialbürokratie.

Bei allen Unterschieden im Einzelnen und bei variierenden Entwicklungstempi zwischen den Ländern wurden bis Ende der 1980er Jahre auf der von der Enquête vorgezeichneten Linie insgesamt beträchtliche Fortschritte erzielt.¹⁵⁸ Die größte Gemeinsamkeit der Entwicklung auf Länderebene lag dabei in einem spürbaren Bettenabbau bei den Fachkrankenhäusern, die zugleich baulich saniert und sanitär auf einen neuen Stand gebracht wurden. So wurde beispielsweise in der südhessischen Anstalt Philipppshospital 1982 der letzte 23-Betten-Saal geschlossen.¹⁵⁹ Auch die Personalausstattung war allenthalben merklich verbessert worden. 90 psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern waren bis Ende der 1980er Jahre entstanden, mit dem Ziel, die Versorgung zu dezentralisie-

152 *Asmus Finzen*, Institutsambulanzen in der psychiatrischen Versorgung, in: *Andreas Spengler* (Hrsg.), *Institutsambulanzen in der psychiatrischen Versorgung*, Göttingen 1991, S. 24–30, hier: S. 26.

153 *Karl-Ernst Brill*, Sozialpsychiatrische Dienste, in: *Heinrich Berger/Ulla Schirmer* (Hrsg.), *Sozialpsychiatrische Dienste. Entwicklung, Konzepte, Praxis*, Freiburg im Breisgau 1993, S. 100–122.

154 Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden, Bestandsaufnahme zu den Entwicklungen der Psychiatrie in den letzten 25 Jahren. Von der 76. Gesundheitsministerkonferenz in Chemnitz am 2./3. Juli 2003 verabschiedet, Anlage, URL: <<http://www.berlin.de/imperia/md/content/lb-psychiatrie/veroeffentlichungen/bericht25jpsychiatrie.pdf>> [17.6.2010].

155 So *Finzen*, *Das Ende*, S. 35.

156 Vgl. BMJFG, MR Dr. Bialonski an Staatssek., 12.11.1974, BArch Koblenz, B 189, Nr. 16359.

157 *Wolfgang Stumme*, Psychiatrische Erkrankungen im Urteil der Bevölkerung. Eine Kritik der Vorurteilsforschung, München 1975; vgl. auch *Asmus Finzen*, Wolfgang Stummes Kritik der Vorurteilsforschung, in: *Psychiatrische Praxis* 32, 2005, S. 314–315.

158 Vgl. als Überblick: *Bauer/Engfer*, *Entwicklung*; *Häfner/Rössler*, *Die Reform*; auch *Häfner*, *Inquisition*, S. 137 ff.

159 *Maria Rave-Schwank*, Die Zeit der Psychiatrie-Reform ab 1975, in: *Irmtraut Sahmlan/Sabine Trosse/Christina Vanja* u. a. (Hrsg.), »Haltestation Philipppshospital«. Ein psychiatrisches Zentrum – Kontinuität und Wandel 1535 – 1904 – 2004, Marburg 2004, S. 393–405, hier: S. 398.

ren und stärker in die Allgemeinmedizin zu integrieren. Der psychisch Kranke betrat hier das Krankenhaus durch die gleiche Tür wie der somatisch Kranke, was als Beitrag zur Gleichstellung und Entstigmatisierung begriffen wurde. Allerdings hatte nur etwa die Hälfte der Abteilungen eine Aufnahmeverpflichtung für ihre Versorgungsregion übernommen und ebenso nur wenige Universitätskliniken.¹⁶⁰ Die Zahl der Tageskliniken, deren Patienten über Nacht nach Hause gehen konnten, belief sich vorerst auf 70 (mit 1.300 bis 1.400 Plätzen); Nachtkliniken, wo sich die Patienten nur über Nacht aufhielten, hatten sich nicht durchsetzen können. Die Zahl der niedergelassenen Nervenärzte hatte sich zwischen 1970 und 1986 nahezu verdreifacht; allerdings praktizierte mehr als die Hälfte von ihnen in den Großstädten.¹⁶¹ In allen Ländern gab es Sozialpsychiatrische Dienste als »aktiv nachgehende, behandelnde und betreuende ambulante Tätigkeit mit der Möglichkeit von Kriseninterventionen«¹⁶², wenn auch in unterschiedlicher Dichte, Ausstattung und Aufgabenzuweisung. Angebote »beschützten Wohnens« waren noch selten und ungleich verteilt; als der Bremer Senat 1988 die Anstalt Blankenburg auflöste, in die bis dahin die Langzeitpatienten abgeschoben worden waren, und die psychisch Behinderten auf gemeindenahen Wohnformen wie betreutes Wohnen und Wohngemeinschaften verteilte, war dies weit und breit vorerst ein einsames Beispiel.¹⁶³ Auch Plätze in »Beschützten Werkstätten« waren nur unzulänglich vorhanden, das gleiche galt für Rehabilitationsangebote, die speziell auf psychisch Kranke zugeschnitten waren.¹⁶⁴ Die Psychiatriereform war überall in den Ländern in Gang gekommen, aber sie konnte noch lange nicht als abgeschlossen angesehen werden, ja sie hatte für manche Teilbereiche gerade erst begonnen.

VII. EVALUATION

Im heuristischen Modell des Politikzyklus folgt auf die Umsetzung beschlossener *policies* eine Phase, in der diese überprüft und bewertet werden. Während der Phase der Evaluation geht es darum, die intendierten oder nicht-intendierten Folgen ergriffener Maßnahmen sichtbar zu machen, um darauf aufbauend die erzielten Wirkungen politischer Programme bewerten zu können. Das Interesse ist zumeist auf die doppelte Frage gerichtet, ob sich die *policies* unter dem Gesichtspunkt des Zielerreichungsgrads und der Problembewältigung als tauglich erwiesen haben und welche Korrekturen und Nachbesserungen an den Handlungsarrangements gegebenenfalls geboten erscheinen.

Eine solche Bewertung findet in der Politik natürlich immer schon statt.¹⁶⁵ Es gehört seit jeher zum selbstverständlichen politischen Geschehen, dass Parteien, Verwaltungen

160 Friedrich Leidinger, Was macht die gemeindepsychiatrische Wende aus dem psychiatrischen Krankenhaus. Oder: Wie lernt der Elefant das Fliegen, in: Klaus Dörner (Hrsg.), Jetzt wird's ernst – die Psychiatrie-Reform beginnt! Wie setzen wir die Empfehlungen der Experten-Kommission der Bundesregierung zur Reform der psychiatrischen Versorgung in die Praxis um?, Gütersloh 1990, S. 85–98, hier: S. 90.

161 H. J. Bochnik/H. Koch, Die Nervenarzt-Studie. Praxen, Kompetenzen, Patienten, Köln 1990, S. 25 und 45.

162 Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4200: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, S. 212.

163 Petra Gromann-Richter (Hrsg.), Was heißt hier Auflösung? Die Schließung der Klinik Blankenburg, Bonn 1991; vgl. daneben für die entsprechende »Enthospitalisierungspolitik« des Westfälischen Landeskrankenhauses Gütersloh Klaus Dörner (Hrsg.), Ende der Veranstaltung – Anfänge der Chronisch-Kranken-Psychiatrie, Gütersloh 1998.

164 Prognos AG, Modellprogramm Psychiatrie. Darstellung und Analyse der regionalen Versorgungsstrukturen unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten – Sozialrechtliche Einordnung, Basel 1988, S. 117 ff.

165 Vgl. Jann/Wegrich, Phasenmodelle, S. 93.

und Medien politisches Handeln ex post unter den jeweils für sie maßgeblichen Wertgesichtspunkten interpretieren und bewerten. Neu war jedoch seit den 1960er und insbesondere 1970er Jahren das Maß, in dem versucht wurde, politische Programme und Maßnahmen unter Einschaltung von Wissenschaftlern und unter Zuhilfenahme wissenschaftlicher Methoden einer systematischen Evaluation zu unterziehen. Versteht man unter ›Verwissenschaftlichung‹ von Politik, dass in der Politik methodisch kontrollierte Erkenntnisverfahren Einzug halten, für deren Durchführung es einer bestimmten, nämlich wissenschaftlichen Schulung bedarf, so hat man es hier in der Tat mit einer Erscheinungsform der ›Verwissenschaftlichung‹ von Politik zu tun, die sich von anderen und früheren Bewertungstechniken unterschied.

Ein Instrument, das diesen Zweck verfolgt, stellen wissenschaftlich begleitete Modellversuche dar.¹⁶⁶ Modellversuche sind eine Spielform »experimenteller Politik«. Vorhaben dieser Art untersuchen nicht ex post – wie sonstige Evaluationsverfahren – bereits allgemein und verbindlich eingeführte Programme und Instrumente, sondern setzen diese vorläufig, punktuell und probeweise als Versuchsprojekt um. Durch methodisch angeleitete Lernprozesse, durch Beobachtung, Auswertung und eventuell Korrektur, sollen die Programme und Instrumente erst noch entscheidungsreif gemacht werden. Modellversuche werden etwa bei politischen Programmen durchgeführt, die sich durch eine vergleichsweise hohe Wirkungsunsicherheit, ungeklärte Kosten-Nutzen-Relationen, konkurrierende Regelungsalternativen oder einen erheblichen politischen Strittigkeitsgrad auszeichnen. Tauglichkeitstests dieser Art erwecken den Eindruck eines besonders rationalen, sachbezogenen und problemorientierten Vorgehens und sie erscheinen geeignet, politische Interessenkonflikte einem wissenschaftlich kontrollierten Realitätscheck auszusetzen. Allerdings finden auch Modellversuche im politischen Raum statt. Durch die Auswahl der Fragestellungen kann der politische Auftraggeber bereits im Vorfeld Einfluss auf die Ausrichtung des Versuchs nehmen und ganze Versuchsprogramme steuern. Auch die Begleitforscher betreten das Feld nicht ohne politische Sympathien und Präferenzen, welche einzuhegen ihnen nicht immer gelingt.

Modellversuche durchzuführen hatte bereits die Enquête angeregt, und der Bund griff zunächst in kleinerem Umfang, seit Anfang der 1980er Jahre dann im großen Stil auf dieses Hilfsmittel zurück, als mit dem Vorliegen des weit beachteten Sachverständigenberichts die Frage im Raum stand, wie die dort anvisierte Reform der Versorgungsstrukturen politisch auf den Weg gebracht werden konnte. 1981 beanspruchten die Modellvorhaben zur psychiatrischen Versorgung den Löwenanteil (60 %) an jenem Finanzierungsvolumen von 67,7 Millionen DM, das dem BMJFG für seine vielfältigen Modellversuche auf dem Feld der Familien-, Frauen-, Jugend- und Gesundheitspolitik zur Verfügung stand.¹⁶⁷

Aus Sicht des BMJFG war die Ratio der Modellversuche mindestens eine dreifache: Erstens sollten die neuen Institutionen, wie sie die Enquête ins Auge gefasst hatte, auf den Prüfstand gestellt werden, wobei es um Fragen wie etwa Zielerreichungsgrade, Umsetzungsprobleme, Personalbedarf, Finanzierungsschwierigkeiten, Regelungsalternativen, Übertragbarkeit oder flankierende Gesetzeskorrekturen ging. Gesucht wurde nach Struk-

166 Vgl. *Gerd-Michael Hellstern/Hellmut Wollmann* (Hrsg.), *Experimentelle Politik – Reformstrohfeuer oder Lernstrategie. Bestandsaufnahme und Evaluierung*, Opladen 1983, dort insb. die Einleitung der Herausgeber: *Bilanz – Reformexperiment, wissenschaftliche Begleitung und politische Realität*, S. 2–77.

167 *Gerd-Michael Hellstern/Hellmut Wollmann*, *Evaluierung und Evaluationsforschung – ein Entwicklungsbericht*, in: *dies.* (Hrsg.), *Handbuch zur Evaluationsforschung*, Bd. 1, Opladen 1984, S. 17–93, hier: S. 42; vgl. auch allgemein *Gottfried T. W. Dietzel*, *Evaluierung von Ressortaktivitäten am Beispiel des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit*, in: *ebd.*, S. 282–288.

turen und Arbeitsweisen, die dem Ziel- und Regelungsprofil entsprachen, wie es die Enquête ins Auge gefasst hatte. In einer dem Modellprogramm gewidmeten Rede des Parlamentarischen Staatssekretärs hieß es mit Blick auf die Folgen, welche die abrupte gesetzliche Schließung aller psychiatrischen Großanstalten in Italien 1978 hervorgerufen hatte¹⁶⁸, man habe dort »gelernt, welche Auswirkungen es haben kann, Reformempfehlungen ohne ausreichende Erprobungsphase sofort durch Gesetz für allgemein gültig zu erklären.«¹⁶⁹ Zweitens wollte man durch die Modellversuche trotz mancher Unsicherheit in der Sache und wachsender Probleme der öffentlichen Haushalte Handlungsbereitschaft signalisieren. Und drittens wollte die sozial-liberale Regierung angesichts der mangelnden Zuständigkeiten des Bundes durch die Hintertür Einfluss auf die Entwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in den Ländern nehmen. Man hoffte, durch die probeweise Errichtung der Modelleinrichtungen Fakten zu schaffen, hinter die die Länder und kommunalen Gebietskörperschaften nach Auslaufen des Versuchsprogramms nicht mehr zurück konnten. Auf solche Weise sollte nach Auffassung des BMJFG vor allem der ambulante Bereich gestärkt werden.¹⁷⁰

Zu den ersten Modellversuchen des 1976 gestarteten »Modellverbunds« gehörten als Einzelprojekte beispielsweise eine psychosoziale Kontaktstelle (Hamburg-Wilhelmsburg), der psychiatrischen Dienst eines kleinen Landkrankenhauses (bei Mönchengladbach), ein Übergangshaus (Mannheim) oder der mobile sozialpsychiatrische Dienst eines freien Trägers (Uelzen).¹⁷¹ Mit wenigen Ausnahmen konnte für alle Projekte des Modellver-

168 Zu der auch in interessierten Kreisen der Bundesrepublik stark beachteten, viel diskutierten und heiß umstrittenen »legge Basaglia« vgl. *Lorenzo Toresini*, Dalla legge Mariotti a Basaglia. L'evoluzione dell'assistenza psichiatrica italiana e il superamento dell'esperienza manicomiale nel decennio 1968–1978, in: *Geschichte und Region/Storia e Regione* 17, 2008, S. 146–160; *Sabine Neukirch*, 30 Jahre Psychiatriereform in Italien – ein Rückblick auf den Reformprozess und seine sozial- und gesundheitspolitischen Einflussfaktoren, in: *Sozialpsychiatrische Informationen* 38, 2008, H. 4, S. 2–11.

169 BMJFG, Ref. 348, Dr. Linckelmann, Entwurf eines Redebeitrags für den Parlamentarischen Staatssekretär zum Modellprogramm Psychiatrie, 12.6.1980, BArch Koblenz, B 189, Nr. 24060.

170 Das BMJFG musste sich dabei auch mit den anders ausgerichteten Vorstellungen des Bundesarbeitsministeriums (BMA) auseinandersetzen, das sich stärker auf Versuche im stationären Bereich konzentrieren wollte und nach dem Eindruck des BMJFG »ausgesprochen desinteressiert am komplementären Bereich« wie auch an der ambulanten Versorgung war; BMJFG, Ref. 342, Dr. Bialonski, Vorlage für die Bundesministerin über die 1. Ressortbesprechung über Modellvorhaben zur Reform der Versorgung psychisch Kranker, 18.5.1979, BArch Koblenz, B 189, Nr. 24060; BMJFG, Ref. 342, Bericht über Abstimmungsgespräche mit den Psychiatrie-Referenten des Bundes und der Länder am 19.7.1979, BArch Koblenz, B 189, Nr. 24098; BMJFG, Ergebnisprotokoll einer Ressortbesprechung von BMA, BMF und BMJFG über das Modellprogramm »Psychiatrie« am 7.12.1979, BArch Koblenz, B 149, Nr. 33266; BMA, Abt. VI, Vermerk betr. Maßnahmen zur Verbesserung der Situation psychisch Behinderter auf dem Gebiet der beruflichen und medizinischen Rehabilitation, 18.1.1980, BArch Koblenz, B 149, Nr. 33266. Schließlich wurden dem BMA 20% der gesamten Mittel für das Modellprogramm zur Förderung eigener Projekte zugestanden, die sich im Wesentlichen auf den stationären Bereich konzentrierten.

171 BMJFG, Dr. Ernst, Bericht über Konzept und Kosten der Modellaktion »Gemeindenaher ambulante psychiatrische und psychotherapeutische / psychosomatische Versorgung«, BArch Koblenz, B 189, Nr. 16341; zum »Modellverbund« vgl. auch: *A. Hutter*, »10 Jahre« Psychiatrie-Enquete – Aktuelle Probleme der psychosozialen Versorgung in der Bundesrepublik, in: *Sozialpsychiatrische Informationen* 13, 1983, H. 3, S. 61–74; *ders.*, Der Modellverbund Psychiatrie. Zwischen Reformanspruch und Wirklichkeit, in: *Blätter der Wohlfahrtspflege* 133, 1986, S. 225–227; als Überblick über die Projekte für den Zeitraum bis 1990 vgl. *Modellverbund Psychiatrie des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit*, Tabellarische Übersicht über abgeschlossene und laufende Modellprojekte der ambulanten psychiatri-

bunds, was lange Zeit durchaus ungewiss gewesen war, die Anschlussfinanzierung gesichert werden, die Einrichtungen gingen damit nach Ablauf der Projektdauer in die Regelversorgung über. Die Zusammenarbeit mit der Planungsfirma Heinle, Wischer und Partner (HWP), die modellübergreifend mit der Koordination und Auswertung des Modellvorhabens beauftragt worden war, erwies sich aus Sicht von Auftraggebern wie Projektmitarbeitern schon bald als unbefriedigend, da beide Seiten unterschiedliche Auffassungen über den konkreten Auftrag der Begleituntersuchung hegten und die arbeitsanalytischen und planungstechnischen Beurteilungskriterien von HWP aus Sicht der Projektmitarbeiter dem Modellcharakter der einzelnen Vorhaben kaum gerecht wurden.¹⁷² Einige Projekte wurden von HWP kaum aufgesucht, von vielen auch nur in unzureichendem Maße Daten abgerufen.¹⁷³ Während ein Zwischenbericht der Planungsfirma für das Gros der Projekte zu negativen Beurteilungen gelangte und nur einem Vorhaben das Erreichen der »Funktionstüchtigkeitsgrenze« attestierte¹⁷⁴, stellten die Projektmitarbeiter ihrerseits die inhaltliche Kompetenz der Planungsfirma in Zweifel und solidarisierten sich gegen HWP.¹⁷⁵ Auch im Ministerium wuchsen Zweifel und Unzufriedenheit so sehr,¹⁷⁶ dass die Planungsfirma schließlich vorzeitig aus dem Modellverbund ausscheiden musste.¹⁷⁷

Die am Modellverbund beteiligten Projektmitarbeiter legten stattdessen einen gemeinsamen Erfahrungsbericht vor. Neben zahlreichen Einzelbeobachtungen ließ der Bericht erkennen, dass die mit dem zentralen Konzept der gemeindepsychiatrischen Versorgung verbundenen Grundsätze – beispielsweise »Vermeidung von Ausgrenzung«, »aktives Hineingehen in die Gemeinde« oder »Verbindung von professioneller Hilfe mit Ressour-

schen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung, 1990, in: *Martin H. Geyer* (Hrsg.), *Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945*, Bd. 6: Bundesrepublik Deutschland 1974–1982. Neue Herausforderungen, wachsende Unsicherheiten, Baden-Baden 2008, Dokument Nr. 6/197, Dokumentenanhang auf CD-Rom. Insgesamt wurden in 27 Jahren Laufzeit des Modellverbunds 85 Projekte durchgeführt, deren Ergebnisse in 35 Bänden der Schriftenreihe des Bundesgesundheitsministeriums dokumentiert wurden.

- 172 Vgl. Modellverbund »Ambulante psychiatrische und psychotherapeutische/psychosomatische Versorgung«, Erster gemeinsamer Erfahrungsbericht der Beteiligten am Modellverbund (1976–1979) (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd. 161), Stuttgart/Berlin etc. 1982, S. 35; vgl. auch Modellverbund »Ambulante psychiatrische und psychotherapeutische/psychosomatische Versorgung«, Aufbau und Inanspruchnahme psychiatrischer Dienste eines großstädtischen Gemeinwesens. Projekt: Mönchengladbach (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd. 162), Stuttgart/Berlin etc. 1983.
- 173 Vermerk BMJFG, Aufgabenbereich 131, für Aufgabenbereich 342, 23.5.1978, BArch Koblenz, B 189, Nr. 16341.
- 174 Heinle, Wischer und Partner PlanungsGmbH, Modellvorhaben des BMJFG: Ambulante psychiatrische, psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung. Kurzbericht über den Sachstand für den Zeitraum März 1977 bis März 1978, BArch Koblenz, B 189, Nr. 16342; dort hieß es unter anderem auch, nur eine Minderheit der Modellmitarbeiter identifiziere sich mit »dem Wesen eines Modellprojekts, nämlich der Erreichung von Leitbildhaftigkeit in der Praxis«; als geglättete Version der Sicht der Planer vgl. Heinle, Wischer und Partner PlanungsGmbH, Aide-mémoire, Gedanken zur Modellaktion ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung, Oktober 1978, ebd.
- 175 Vermerk über die Ergebnisse der gemeinsamen Besprechung aller Projektleiter des Modellverbunds am 24.3.1978 im BMJFG, BArch Koblenz, B 189, Nr. 16341; Gedächtnisprotokoll einer Besprechung des BMJFG mit HWP und den Modellprojekten, 29.5.1978, ebd.
- 176 Vermerk OAR Ernst, 28.3.1978, BArch Koblenz, B 189, Nr. 16341; Schreiben BMJFG, Prof. Dr. Franke, an Heinle, Wischer und Partner, 24.4.1978, ebd.
- 177 *Jochen Zenker*, Der »kleine Modellverbund« – Alibi für die ausgebliebene Psychiatriereform, in: *Kardorff*, Das Modellprogramm, S. 87–98, hier: S. 96 f.

cen des lokalen Umfelds« – ebenso wie das Leitprinzip »ambulant vor stationär« in der praktischen Arbeit nicht immer umsetzbar waren:

»Überkommene, nicht mehr flexible Versorgungsstrukturen, Mängel und Lücken in der regionalen Versorgung und ihrer Planung sowie insbesondere unzureichende Finanzierungsmöglichkeiten erschweren und behindern gemeindenahe Arbeit erheblich.«¹⁷⁸

Eine weitere Erfahrung aller Projekte lag darin, dass für viele der neuartigen Einrichtungen und Leistungen Unklarheit bestand, wer die Kosten für die erbrachten Leistungen zu tragen hatte. Die Rechtsgrundlagen für eine bedarfsgerechte Finanzierung erwiesen sich in der extramuralen Versorgung vielfach als ungenügend.¹⁷⁹ Das bereitete bei den ambulanten Leistungen erhebliche Schwierigkeiten und signalisierte dem Gesetzgeber, dass hier legislativer Handlungsbedarf vorlag. Die Arbeitsgruppe »Beschütztes Wohnen« des Modellverbunds berichtete beispielsweise von Fehlsteuerungen, die aus ungeklärten Finanzierungsmodalitäten resultierten. Da diese im Heimsektor in der Regel weniger Schwierigkeiten als bei alternativen Wohnmöglichkeiten bereiteten, entstand leicht eine Unterbringungspräferenz im Heimbereich selbst für jene Personengruppen, die in einer beschützten Wohngruppe oder einer eigenen ambulant betreuten Wohnung angemessen untergebracht werden konnten.¹⁸⁰

Das 1980 vom Bund aufgelegte, weit aufwendigere »Modellprogramm«, die zweite Etappe der Modellversuchspolitik, stellte nicht mehr nur einzelne Institutionen auf den Prüfstand, sondern erprobte ganze Versorgungsnetze auf regionaler Basis. Solche Versorgungsnetze enthielten von Beratungsstellen, Fachambulanzen, Tageskliniken, Übergangswohnheimen, »beschützenden« Wohngruppen, sozialpsychiatrischen Diensten bis hin zu psychosozialen Kontaktstellen eine breite Palette von möglichst aufeinander abgestimmten Einrichtungen im nicht-stationären Bereich. Bundesfinanzminister Hans Matthöfer (SPD) hatte eine Gesamtförderung des Bundes in Höhe von 500 Millionen DM in Aussicht gestellt, die dann aber im Zuge der Sparpolitik auf etwa die Hälfte des Betrags zusammenschmelzen sollte.¹⁸¹ »Abweichend von den Empfehlungen der Psychiatrie-Enquête, die eine optimale Versorgung aller Patientengruppe anstreben«, legte das BMJFG, was die Zahl der Einrichtungen und deren personelle Ausstattung anging, Wert auf die Erprobung einer bedarfsgerechten Versorgung bei lediglich »mittlerer Ausstattung«. Diese Beschränkung, so wurde betont, werde »die Übertragbarkeit der Ergebnisse aufgrund realistischer Modellplanung erhöhen.«¹⁸² Nach der Konzeption des BMJFG lag das Ziel des Programms in der modellhaften »Erprobung einer nahtlosen, aufeinander abgestimmten Gesamtversorgung psychisch Kranker und Behinderter in ausgewählten Versorgungsgebieten von der ambulanten über die stationäre Behandlung bis zur Rehabilitation.« Man

178 Modellverbund »Ambulante psychiatrische und psychotherapeutische/psychosomatische Versorgung«, Erster gemeinsamer Erfahrungsbericht der Beteiligten am Modellverbund (1976–1979), S. 40.

179 Vgl. dazu auch die Befunde aus der nachfolgenden Modellprogrammphase bei der Prognos AG (Hrsg.), Modellprogramm Psychiatrie. Finanzierung von Einrichtungen und Diensten, Stuttgart 1984.

180 BMJFG, Ref. 342, Bialonski, an Ref. 530, 13.5.1982, BArch Koblenz, B 189, Nr. 28092; vgl. insgesamt zur Finanzierungsproblematik auch Caspar Kulenkampff, Erfahrungen aus dem Modellprogramm und Konsequenzen für die Finanzierung, Vortrag am 16.1.1986 auf einer Tagung im Westfälischen Landeskrankenhaus Gütersloh, BArch Koblenz, B 149, Nr. 135012.

181 Stellungnahme der Bundesregierung zu den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung, Deutscher Bundestag, Drucksache 11/8494, S. 3.

182 BMJFG, Konzeption des Modellprogramms der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch / psychosomatischen Bereich, 7.5.1980, BArch Koblenz, B 189, Nr. 24060.

erhoffte sich auf diese Weise »übertragbare Erkenntnisse« zur mehrstufigen Vollversorgung und damit zugleich auch »wissenschaftlich abgesicherte Praxiserfahrung für denkbare gesetzgeberische Konsequenzen«.¹⁸³

Da es die unionsregierten Länder mit Ausnahme des Saarlands (CDU/FDP-Koalition) ablehnten, an dem Modellprogramm teilzunehmen, erstreckte sich dieses allerdings nur auf sechs der elf Bundesländer. Es waren nicht bloß verfassungsrechtliche Bedenken, die den Ausschlag für die Nicht-Teilnahme gaben, auch wenn die Unions-Länder das Argument der Verletzung ihrer föderalen Prerogative in den Vordergrund schoben.¹⁸⁴ Ebenso wenig hatten hier allein parteipolitische Rücksichten die Oberhand gewonnen, wiewohl auch dieser Gesichtspunkt gewiss eine Rolle spielte. Wie auf einer Sitzung der Psychiatriereferenten des Bundes und der Länder verlautete, gehörte zu den Gründen für die ablehnende Haltung der Unions-Länder vielmehr auch die generelle »Sorge vor steigendem Bundeseinfluß, insbesondere über den flächendeckenden Zugzwang nach erfolgreicher Modelldurchführung und damit generell Sorge vor Anschlußfinanzierung in und außerhalb der Modellregion«.¹⁸⁵ Baden-Württemberg legte dann immerhin ein eigenes, ebenfalls wissenschaftlich begleitetes und ausgewertetes Versuchsprogramm auf, das demjenigen des Bundes zwar in vielem glich, sich unter anderem durch die Verstreutheit der geförderten außerstationären Einzelvorhaben und durch das besondere Interesse an einer Einschaltung der freien Träger aber auch davon unterschied.¹⁸⁶

Wieder wurde um die Modellversuche ein aufwendiges System wissenschaftlicher Beratung und Begleitung installiert, wieder wurden die bekannten Expertennetzwerke in den politischen Prozess mit eingebunden. Das geschah in einem Ausmaß, das bei manchen Ländervertretern »gewisse Ängste vor Abhängigkeiten von Beratergremien und Forschungsinstituten« zu wecken vermochte.¹⁸⁷ Eine »Beratende Kommission« von zunächst 19 ad personam berufenen Wissenschaftlern und Praktikern sollte das Ministerium für Jugend, Familie und Gesundheit bei der Durchführung des Programms unterstützen. Mit der wissenschaftlichen Begleitung der Projekte in den 14 Modellregionen wurde über-

183 Ebd.; vgl. zum Modellprogramm aus kritischer Perspektive auch: *Ernst von Kardorff*, Zum Typus wohlfahrtsstaatlicher Reformpolitik: Modellprogramme in der Psychiatrie, in: *Soziale Welt* 35, 1984, S. 330–349; *ders.*, Reform über Modellprogramme: Zur Psychiatriereform in der Bundesrepublik Deutschland, in: *Sozialpsychiatrische Informationen* 14, 1984, H. 2, S. 18–36; *ders.*, Das Modellprogramm; als lokales Beispiel vgl. etwa *Maren Bracker/Werner Korte*, Wissenschaftliche Begleitung im Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung, in: *Prisma. Die Zeitschrift der Gesamthochschule Kassel* 1982, Nr. 2, S. 9–11.

184 Vgl. Finanzminister Gert Gleichauf (Baden-Württemberg) an die Finanzminister und Senatoren der Länder, 11.1.1980, BArch Koblenz, B 189, Nr. 24066: Die im Modellprogramm geplanten Maßnahmen würden nach Anlage und Umfang über die Finanzierungszuständigkeit, die der Bund im Rahmen der Ressortforschung für die Zwecke der eigenen Gesetzgebung besaß, weit hinausgehen.

185 BMJFG, Ref. 348, Bericht über die Sitzung des Ständigen Arbeitskreises der Psychiatriereferenten des Bundes und der Länder am 6./7.3.1980, BArch Koblenz, B 189, Nr. 24098.

186 Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg, Landesprogramm zur Weiterentwicklung der außerstationären psychiatrischen Versorgung, 20.4.1982, BArch Koblenz, B 189, Nr. 24108; für die wissenschaftliche Auswertung: *Wulf Rössler/H. Häfner/H. Martini* u. a., Landesprogramm zur Weiterentwicklung der außerstationären psychiatrischen Versorgung Baden-Württemberg – Analysen, Konzepte, Erfahrungen. Schlußbericht des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung Baden-Württemberg, Weinheim 1987, S. IX–XI (zum Vergleich mit dem Bundesprogramm); vgl. auch *Wolfgang Bonß/Ernst von Kardorff/Barbara Riedmüller*, Modernisierung statt Reform. Gemeindepsychiatrie in der Krise des Sozialstaats, Frankfurt am Main/New York 1985, S. 83.

187 BMJFG, Ref. 348, Dr. Linckelmann, an Ministerin, 31.10.1980, Vermerk. betr. Sitzung des BMA mit den Reha-Referenten der Länder am 29.10.1979, BArch Koblenz, B 189, Nr. 24081.

greifend die Prognos AG beauftragt, ein einflussreiches Wirtschaftsforschungs- und Beratungsunternehmen mit Hauptsitz in Basel, das soeben seine Geschäftsfelder auch auf die Gesundheitspolitik ausgedehnt hatte.¹⁸⁸ Daneben bestand beim BMJFG auch noch ein kleiner »Gesprächskreis Psychiatrie«, der sich aus einigen der bekanntesten Namen zusammensetzte, die im Umfeld der bundesdeutschen Sozialpsychiatrie anzutreffen waren (Asmus Finzen, Heinz Häfner, Rainer Kukla, Caspar Kulenkampff, Horst-Eberhard Richter, Alexander Veltin und andere). Größere Aktivitäten zu entfalten, war diesem Zirkel allerdings nicht vorbehalten. Alle 14 Modellregionen erhielten zudem eigene Begleitforschungsteams bewilligt. Wie schon beim »Modellverbund« stellten sich bald vielfältige Spannungen ein – nicht nur zwischen der Beraterkommission und Prognos, sondern auch zwischen den Projektmitarbeitern vor Ort und den Prognos-Forschern, von denen jeweils einer oder zwei in den 14 Modellregionen tätig waren. Prognos führte die Konfliktsituation, die den Schwierigkeiten vor Ort zugrunde lag, zurück auf die grundsätzliche Spannung zwischen »auf empirisch wissenschaftlicher Basis beruhenden Analysen [...] einerseits und dem Bedürfnis nach vornehmlich positiver Selbstdarstellung der modellgeförderten Einrichtungen in der Sorge um die langfristige Erhaltung der Einrichtungen und Arbeitsplätze andererseits.«¹⁸⁹ Die Prognos-Forscher spielten so die Karte der übergeordneten wissenschaftlichen Erkenntnis gegen die lokalen Eigen- und Partikularinteressen aus. Von Anfang an allerdings hatten das Forschungsinstitut, für das die Kriterien der Wirksamkeit und der Wirtschaftlichkeit im Zentrum ihrer Auswertung standen, und die Arbeitsgruppe »Begleitforschung« der Beraterkommission, die sich mehr an fachlichen Binnengesichtspunkten orientierte, abweichende Positionen im Hinblick auf den Evaluationsansatz und die Evaluationsmethode besessen.¹⁹⁰ Und als dann die Frage aufkam, wer am Ende dazu berufen sein werde, die programmatischen Konsequenzen aus den Erfahrungen des Modellprogramms zu ziehen, war es erneut Caspar Kulenkampff, der seinen Einfluss geltend machte und gegenüber dem BMJFG darauf beharrte, dass keineswegs, wie dort ursprünglich beabsichtigt, die Prognos AG mit der Formulierung entsprechender Empfehlungen beauftragt werden konnte, sondern nur die in der Beraterkommission versammelte Fachkompetenz.

»Maßgeblich für diesen Legitimationsanspruch der Berater-Kommission ist unter anderem die Frage der Akzeptanz. Der große Aufwand des Modellprogramms lässt sich nur rechtfertigen, wenn mit allen Mitteln dafür Sorge getragen wird, daß den Forderungen aus den modellhaften Erprobungen vor Ort die notwendige vorwärtstreibende Wirkung in der Fachöffentlichkeit und im politischen Bereich vermittelt wird.«¹⁹¹

188 Zur Prognos AG vgl. den Beitrag von Elke Seefried in diesem Band sowie *dies.*, Die Prognos AG und ihre Prognosen für die Entwicklung der Bundesrepublik in den 1960er und 1970er Jahren, in: *Heinrich Hartmann/Jakob Vogel* (Hrsg.), *Zukunftswissen. Prognosen in Wirtschaft, Politik und Gesellschaft seit 1900*, Frankfurt am Main/New York 2010, S. 76–106.

189 Prognos AG, *Modellprogramm Psychiatrie. Kurzfassung und Vorgehensweise der wissenschaftlichen Begleitung in den Modellregionen – Aufgabenstellung und Untersuchungsansatz*, Basel 1988, S. 6.

190 Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung, 11.11.1988 (Typoskript), S. 25; die Vorstellungen der Arbeitsgruppe »Begleitforschung«, die die Zustimmung der Beraterkommission gefunden hatten, wurden 1985 veröffentlicht; vgl. *B. Cooper/H. Dilling/S. Kanowski* u. a., Die wissenschaftliche Evaluation psychiatrischer Versorgungssysteme: Prinzipien und Forschungsstrategien, in: *Der Nervenarzt* 56, 1985, S. 348–358.

191 C. Kulenkampff an MinDir. Prof. Steinbach, BMJFG, 17.10.1985, BArch Koblenz, B 189, Nr. 24061; da in dem psychiatrischen Sachverständigenrat erneut unterschiedliche Strömungen und Interessen aufeinanderstießen, hatte Kulenkampff noch im Dezember 1981 im Übrigen die – übertriebene – Erwartung ausgesprochen, dass »die Beraterkommission sich bereits von

Letzteres aber war eben nur den Exponenten der Fachkommunität selbst zuzutrauen.¹⁹² Den wissenschaftlichen Fachexperten ging es, wie hier neuerlich deutlich wurde, auch um die Absicherung ihrer Sprecherposition gegenüber konkurrierenden, zwar ebenfalls wissenschaftlich argumentierenden, aber nicht der professionellen Fachwelt angehörenden Expertengruppen.

Die »Expertenkommission«, wie sich das um zusätzlichen Sachverstand erweiterte Gremium nun nannte, legte 1988 ihre Schlussfolgerung aus dem Modellprogramm vor.¹⁹³ Hatte sich die Enquêtékommision 1975 mangels Erfahrungen im eigenen Land größtenteils noch auf ausländische Vorbilder bezogen, fußten die »Empfehlungen« der Expertenkommission nun auf Beobachtungen und Erkenntnissen, die in der Bundesrepublik selbst hatten gemacht werden können – ob nun dank der Modellversuche oder der Erfahrungen mit den auch ansonsten mancherorts ins Leben getretenen Reformeinrichtungen.¹⁹⁴ Die »Empfehlungen« beruhten somit auf einer kritischen Reflexion der Entwicklungen des vorangegangenen Jahrzehnts, aus der dann die Maßstäbe und Parameter nicht nur für eine Fortschreibung, sondern auch für eine Korrektur der bisherigen Reformen gewonnen werden sollten.

13 Jahre nach dem Erscheinen der Enquête bestätigten die neuen, zu guten Teilen wiederum von Caspar Kulenkampff verfassten Empfehlungen zur »Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich« zwar die Grundanliegen der Sachverständigenkommission von 1975. Sie verschoben jedoch unter einer Reihe von Gesichtspunkten deutlich die Akzente, von denen hier drei besonders hervorgehoben werden sollen. Zur Philosophie der »Empfehlungen« gehörte es, die Gemeinde weit mehr noch ins Zentrum der psychiatrischen Versorgung zu rücken, als dies 1975 geschehen war; nicht mehr nur von »gemeindenaher«, sondern von »Gemeindepsychiatrie« war nun die Rede.¹⁹⁵ An die Stelle des abstrakten »Standardversorgungsgebiets« der Enquête trat als Organisationskonzept der »gemeindepsychiatrische Verbund«. Der Bericht bediente sich ferner statt der institutionenzentrierten Perspektive der Enquête einer stärker funktionalen Betrachtungsweise, die auf die vier Grundbedarfe »Behandlung/Pflege/Rehabilitation«, »Wohnen«, »Kontaktstiftung/Alltagsgestaltung/Tagesstrukturierung/Teilhabe am gesellschaftlichen Leben« und »Arbeit« abhob. Gegenüber der Enquête wurden damit deutlicher die Bedürfnisse der psychisch Kranken hervorgekehrt.¹⁹⁶ Schließlich –

ihrer Zusammensetzung her weitgehend blockiere und daher zu keinen gemeinsamen Voten käme«; BMJFG, Ref. 348, Vermerk über ein Gespräch mit MdB Picard und Prof. Kulenkampff am 1.12.1981 zum Modellprogramm Psychiatrie, 2.12.1981, BArch Koblenz, B 189, Nr. 20460.

192 Prognos legte die Ergebnisse seiner Begleitforschung in mehreren Bänden vor; als Überblick vgl. insb. Prognos AG, Modellprogramm Psychiatrie. Kurzfassung und Vorgehensweise der wissenschaftlichen Begleitung in den Modellregionen; materialreich ferner: Prognos AG, Modellprogramm Psychiatrie. Darstellung und Analyse der regionalen Versorgungsstrukturen unter Wirksamkeitsgesichtspunkten – Versorgungsstrukturen und Einrichtungen, Basel 1988; Prognos AG, Modellprogramm Psychiatrie. Darstellung und Analyse der regionalen Versorgungsstrukturen unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten; vgl. auch Prognos AG, Modellprogramm Psychiatrie. Finanzierung von Einrichtungen und Diensten; für einige Schlussfolgerungen der Prognos-Forscher im Hinblick auf die chronisch Kranken vgl. *Wilhelmine Stürmer*, Tendenzen in der Weiterentwicklung psychiatrischer Versorgung – Aufgaben freier Wohlfahrtspflege im Gesamtversorgungssystem, in: *Caritas* 91, 1990, S. 52–62.

193 Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung.

194 *Bauer/Engfer*, Entwicklung, hier: S. 416 f.

195 Vgl. *Caspar Kulenkampff*, Die kommunale Philosophie der »Empfehlungen«, in: *Dörner*, Jetzt wird's ernst, S. 63–72.

196 Auf solche Funktionsbereiche, in diesem Fall sieben, hatte auch schon der bayerische Psychiatrieplan abgehoben, vgl. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Erster Bayerischer Landesplan, S. 32.

und wohl am wichtigsten – lenkte die Expertenkommission die Aufmerksamkeit ungleich mehr als die Enquête auf die Lage der chronisch psychisch Kranken. Für sie musste der Bericht feststellen: »Die deutlichen Verbesserungen der Lage psychisch Kranker, welche sich zweifelsfrei zunächst im Gefolge der Psychiatrie-Enquête ergeben haben, sind weitgehend an der hier gemeinten Gruppe langfristig psychisch Kranker und Behinderter vorbeigegangen.«¹⁹⁷

Tatsächlich lag in diesem Manko wohl die gravierendste Schwachstelle, die bei den Reform- und Modernisierungsbemühungen der letzten beiden Jahrzehnte zutage getreten war. Die Fehlentwicklung war nicht erst durch die Modellversuche ans Licht gelangt – auch vorher schon hatte eine wachsende Zahl von Experten den Finger auf dieses Defizit zu legen begonnen. In den meisten psychiatrischen Krankenhäusern hatte sich der Aufgabenschwerpunkt verschoben, sie konzentrierten sich nun, wie von der Enquête empfohlen, vor allem auf die Akutversorgung. Chronisch Kranke galten in den Krankenhäusern somit als fehlplatziert. Die Funktionen des Heilens und des Pflegens, in den früheren Heil- und Pflegeanstalten noch zusammengefasst, wurden voneinander getrennt. Für die Langzeitkranken, bislang das Gros der Patienten, bedeutete der Abbau der Krankenhausbetten und ihre Herausnahme aus den Anstalten in den meisten Fällen jedoch keineswegs das Ende der stationären Unterbringung – und häufig auch nicht das Ende ihrer miserablen Lebensumstände. In den Alten- und Pflegeheimen, in die sie jetzt vielfach abgedrängt wurden, fehlte es qualitativ wie quantitativ oft an wesentlichen Voraussetzungen für eine angemessene Betreuung.¹⁹⁸ Auch weiterhin war ihre Lage »durch die Ausgliederung aus den gewachsenen Lebensbeziehungen und damit Isolation, Passivität und Perspektivlosigkeit« gekennzeichnet.¹⁹⁹ Die von der Enquête formulierten Prinzipien der Wohnortnähe und Bedarfsgerechtigkeit blieben für die chronisch psychisch Kranken unverwirklicht. Eine aktive Rehabilitation fand nicht statt, meist fehlte es auch an einem hinreichend strukturierten Tagesablauf. Fast ausnahmslos musste die Sozialhilfe als Leistungsträger einspringen. Wenn die Reform der Psychiatrie mit der »Klinifizierung« der Anstalten beginne, so hatte schon 1978 die »Aktion Psychisch Kranke« gemahnt, zugleich aber die Heime und Übergangseinrichtungen von der Erneuerung ausgespart blieben, »würden die psychisch und sozial schwerst Behinderten unter den psychisch Kranken von der Reform der Psychiatrie ausgeschlossen bleiben.«²⁰⁰ Was sich hier abzeichnete, war die Ge-

197 Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung, S. 116.

198 *Heinrich Kunze*, Psychiatrische Übergangseinrichtungen und Heime. Psychisch Kranke und Behinderte im Abseits der Psychiatrie-Reform, Stuttgart 1981; *ders.*, Psychiatrie-Reform zu Lasten der chronischen Patienten? Entwicklungstendenzen der stationären Versorgung chronisch psychisch Kranker in England, den USA und der Bundesrepublik, in: *Der Nervenarzt* 48, 1977, S. 83–88; *Hans-Ludwig Siemen*, Die chronisch psychisch Kranken »im Abseits der Psychiatriereform«. Das Beispiel Bayern, in: *Kersting*, Psychiatriereform, S. 273–286; *P. Kitzig*, Betreuungsformen chronisch psychisch Kranker außerhalb des psychiatrischen Krankenhauses, in: *Psychiatrische Praxis* 7, 1980, S. 212–222; vgl. auch schon: »Wehrlose menschliche Ware«. Krankenhäuser schieben Geisteskranke ab, in: *Der SPIEGEL*, 11.3.1974.

199 Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser, Zielsetzung und Orientierungsdaten für komplementäre Einrichtungen einer regionalisierten psychiatrischen Versorgung – Hilfen für chronisch psychisch Kranke und psychisch Behinderte, 24.11.1983, S. 3, BArch Koblenz, B 149, Nr. 135012.

200 Aktion Psychisch Kranke, Stellungnahme der Aktion Psychisch Kranke zum Psychiatrie-Bericht und zur Planungsstudie [Mai 1978], S. 5, BArch Koblenz, B 189, Nr. 16337; die Stellungnahme beruhte hier wörtlich auf *Heinrich Kunze*, Komplementäre Dienste und Heime. Eine Untersuchung der nichtklinisch-stationären Einrichtungen im Einzugsbereich eines Krankenhauses, in: *Der Nervenarzt* 48, 1977, S. 541–547, hier: S. 546.

fahr einer Zweiklassenpsychiatrie. In den Worten Caspar Kulenkampffs hatten die bisherigen Reformschritte dazu geführt, dass »innerhalb der Psychiatrie erneut Randgruppen gebildet wurden. Geistig Behinderte, seelisch Behinderte und Alterskranke wurden in [...] den Heimsektor überwiesen, wo sie eine neue Art von Hospitalismus erleiden.«²⁰¹ Die Expertenkommission kam nicht umhin, die Lage der chronisch Kranken und Behinderten noch immer als »katastrophal« und »beschämend« zu bezeichnen.²⁰²

Die Kommission legte deshalb vorrangiges Gewicht auf eine Verbesserung der Hilfsangebote und Versorgungsstrukturen für chronisch Kranke. Dafür nur zwei Beispiele: Aufbauend auf den Ergebnissen und Erkenntnissen einer ganzen Reihe von Modellversuchen empfahl sie, die Arbeit von Kontaktstellen und Tagesstätten auf die Zielgruppe der chronisch Kranken auszurichten. Die Tagesstätten sollten dabei nicht nur ein langfristig angelegtes Beschäftigungsprogramm zur Verfügung stellen, sondern auch tagesstrukturierende und lebenspraktische Trainingsangebote machen. Aufbauend auf der Erfahrung, »daß insbesondere für die Gruppe der chronisch psychisch Kranken eine Hospitalisierung vermeidbar ist, wenn die Betreuung durch ambulante Dienste und tagesstrukturierende Angebote ergänzt wird«, sollte so eine Versorgungslücke zwischen ambulanter Versorgung und stationärer Behandlung geschlossen werden.²⁰³ Daneben wurde für den Funktionsbereich Wohnen gefordert, statt chronisch Kranke in den Heimsektor abzuschieben, die Unterbringungsmöglichkeiten des »geschützten Wohnens« auszubauen, damit die Langzeitkranken weiterhin im gewohnten Umfeld verbleiben und am Leben in der Gemeinschaft teilnehmen könnten.²⁰⁴ Es waren dies nur zwei aus einer ganzen Reihe von Empfehlungen, die der Psychiatriereform zu einer partiellen Neuausrichtung verhelfen sollten. Die Bundesregierung schloss sich in ihrer Stellungnahme den Empfehlungen weitgehend an, auch wenn sie in mehrfacher Hinsicht erneut die Grenzen ihrer Zuständigkeit betonte.²⁰⁵ Das Signal, das die Kommission gegeben hatte, blieb in den Folgejahren nicht unbeachtet; die Belange der chronisch Kranken fanden in der psychiatrischen Versorgung fortan stärkere Berücksichtigung.

Die Modellversuche generierten somit ein wirklichkeitsnahes Wissen, das im Sinne praxisrelevanter »Aktionsforschung« einerseits in die Projekte, als »Beratungswissen« andererseits aber auch in den politischen Prozess rückgekoppelt werden konnte. Die lokal beteiligten Wissenschaftler agierten nicht mehr als öffentliche Aufklärer, politische Unternehmer oder Konsensmakler, sondern als Produzenten von Grundlagen- und Problemlösungswissen. Ihre Stellung im Interaktionsgeflecht von Wissenschaft und Politik blieb insofern eine untergeordnete, als es weiteren Akteuren, hier: den Prognos-Forschern und der »Expertenkommission«, vorbehalten blieb, die gewonnenen Einsichten zu bündeln und die programmatischen Schlussfolgerungen zu ziehen. Die Erfahrungen und Einsich-

201 C. Kulenkampff: »Die gegenwärtige Lage der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter nach der Enquête«, Vortrag auf der Tagung »Wege zu einer neuen Psychiatrie«, 24./25.11.1979, BArch Koblenz, B 189, Nr. 35330.

202 So in der Zusammenfassung der Empfehlungen der Expertenkommission, vgl. die Anlage zu: Deutscher Bundestag, Drucksache 11/8494: Stellungnahme der Bundesregierung zu den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung, S. 31 f.

203 Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung, S. 168 ff. und 237 ff., Zitat S. 237.

204 Ebd., S. 157 ff. und 251 ff.

205 Deutscher Bundestag, Drucksache 11/8494: Stellungnahme der Bundesregierung zu den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung.

ten, die durch die wissenschaftlich begleiteten Modellversuchsprogramme, aber auch in anderen lokalen Reformversuchen erzeugt wurden, beförderten den Politikzyklus in eine neue Prozessschleife. Die Evaluation stieß eine Korrektur und Neuformulierung des Reformprogramms an. Teilprozesse des Zyklus wiederholten sich. Die Ausstrahlungswirkung, die viele Modellversuche als regionale Innovationsleuchttürme für den weiteren Fortgang des Reformprozesses besaßen, und die Wissensbestände, die sie zur Programmkorrektur in die politische Debatte einspeisten, relativierten ein Stück weit das Urteil von Kritikern, nach dem an der Begleitforschung zum Modellprogramm sichtbar werde, »daß die Forschung hier nur zu einem geringen Teil Entscheidungen für die Politik liefert und vielmehr im Sinne einer ›symbolischen Politik‹ gleichsam zum Ersatz für Reformen tendiert«. ²⁰⁶ Das Funktionsbild der Interaktion von Wissenschaft und Politik, so viel jedenfalls steht fest, blieb in ständiger Bewegung.

VIII. BILANZ

Die Psychiatriereform war Ende der 1980er Jahre erst bei einer Zwischenetappe angelangt. Für Teilaspekte lagerten sich, wie gesehen, neue Prozessschleifen an den Politikzyklus an, die in der Folge dann zu partiellen Kurskorrekturen der Reformprogramme führen konnten. Neu auftauchende oder neu erkannte Probleme wurden diskutiert, veränderte Problemsichten und konkurrierende Paradigmen gewannen Oberhand, setzten sich auf der Agenda durch und wurden auf politischer Ebene in neue Regelungen übersetzt (oder aber in alte Handlungsprogramme integriert). Als solch ein neues Leitkonzept wäre hier aus jüngerer Zeit der Paradigmenwechsel von einem »institutionen-« zu einem »personenzentrierten« Ansatz zu nennen, also das Umschalten von einem angebots- auf ein bedarfsorientiertes Denken, als bedeutsame politische Neuregelung die Psych-PV (Psychiatrie-Personalverordnung) von 1990, die zu beträchtlich verbesserten stationären Versorgungsbedingungen führte, als neues Beratungsgremium etwa eine 1992 vom Bundesgesundheitsministerium eingesetzte Expertenkommission, die beauftragt war, die Grundlagen zur Personalbemessung im ambulanten und stationären Bereich auszuarbeiten. ²⁰⁷ Diese und weitere Bestandteile des fortlaufenden Prozesses der Psychiatriereform liegen indes außerhalb unseres Betrachtungszeitraums und sind deshalb an dieser Stelle nicht mehr eingehender zu untersuchen.

Zu beantworten bleibt hingegen noch die Frage, ob und inwiefern es berechtigt ist, auf dem Feld der Psychiatriepolitik von einem Prozess der ›Verwissenschaftlichung‹ zu sprechen. Die Psychiatriereform der 1960er bis 1980er Jahre, so lässt sich abschließend bilanzieren, kann insofern als Paradebeispiel für die Bemühungen um eine ›Verwissenschaftlichung‹ der Politik interpretiert werden, als auf diesem Teilgebiet der Sozial- und Gesundheitspolitik in breiter Front und mit seltener Intensität jene neuen institutionellen Arrangements zur Geltung gebracht wurden, die im Hinblick auf die Interaktion von Wissenschaft und Politik in jenen Jahre erprobt wurden. Sie ist aber auch insofern ein Paradebeispiel, als an ihr der Hybridcharakter deutlich wird, der die dabei eingebrachte Expertise auszeichnete. Das Wissen, das die Experten der Psychiatriefachwelt in den politischen

206 Ernst von Kardorff, Reform über Modellprogramme, S. 18.

207 Vgl. Heinrich Kunze, Der Entwicklungshorizont der Psychiatrie-Enquete: Ziele – Kompromisse – zukünftige Aufgaben, in: Aktion Psychisch Kranke, 25 Jahre, Bd. 1, S. 103–127; ders., Der Weg; vgl. als Bestandsaufnahme der jüngeren Psychiatriereform: Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden, Bestandsaufnahme zu den Entwicklungen der Psychiatrie in den letzten 25 Jahren. Von der 76. Gesundheitsministerkonferenz in Chemnitz am 2./3. Juli 2003 verabschiedet, URL: <<http://www.berlin.de/imperia/md/content/lb-psychiatrie/veroeffentlichungen/bericht25jpsychiatrie.pdf>> [17.6.2010].

Prozess einsteigen, war kein abstraktes, szientistisches, von außerwissenschaftlichen »Eintrübungen« freies Wissen. Die Wissenschaftler standen nicht außerhalb des Parallelogramms der Interessen, sie waren selbst *stakeholder*, das Wissen, das sie einbrachten, war »interessiertes« Wissen. Als Experten waren sie nicht nur mehrheitlich Professoren, sondern auch *professionals*, als solche aber unmittelbar betroffen von ihrer eigenen Beratertätigkeit. Schließlich war die Psychiatriereform auch darin beispielhaft, dass die Expertise der Sachverständigen nur insoweit durchschlagen konnte, als sie nicht den anders gelagerten Verwertungsgesichtspunkten der Politik widersprach. Ganz abgesehen davon, dass die Politikberater selbst keineswegs immer von ihren ganz eigenen politischen Leitvorstellungen abstrahierten, durchlief ihre Expertise im weiteren Verlauf Filterungsprozesse, die primär von der Eigenrationalität der Politik bestimmt waren. Während zum Beispiel die Ebenen der Problemdefinition, des Agenda-Settings und der Programmformulierung vorrangig von den Vorstellungen der Universitätspsychiater beherrscht wurden, waren die anschließenden Entscheidungsprozesse im Zentrum der Politik in vergleichsweise stärkerem Maße von Rücksichten auf die einflussreichen Interessen der Kostenträger und der freien Ärzteschaft beeinflusst (wenn auch je nach Bundesland in unterschiedlicher Intensität). Die Politik übertrug die verfügbar gemachte Expertise in die Koordinaten ihres eigenen Handlungsrahmens, der von anderen Faktoren bestimmt war als das Bezugssystem der Experten (finanzielle Restriktionen, Berücksichtigung der Kostenträger, Abstimmungsbedarf im Rahmen der Mehrebenenpolitik). Immerhin: Stellt man all diese Einschränkungen in Rechnung, würde die Gegenüberstellung mit anderen Masterplänen jener Jahre – auf dem Feld der Sozialpolitik etwa der »Sozial-Enquête« von 1966²⁰⁸, auf dem Gebiet der Bildungspolitik dem »Strukturplan« des Deutschen Bildungsrats von 1970 oder dem »Bildungsgesamtplan« der Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung von 1973²⁰⁹ – zweifelsfrei vor Augen führen, dass die Leitplanken, welche die Psychiatrie-Enquête gesetzt hatte, den weiteren Verlauf der Psychiatriepolitik in einem weitaus höherem Maße zu bestimmen vermocht haben, als dies bei vergleichbaren Expertenplänen auf anderen Politikfeldern der Fall war.

208 Vgl. *Falko Brede*, Gesundheitspolitik und Politikberatung. Eine vergleichende Analyse deutscher und kanadischer Erfahrungen, Wiesbaden 2006, S. 191 ff.

209 Vgl. *Wilfried Rudloff*, Wieviel Macht den Räten? Politikberatung im bundesdeutschen Bildungswesen von den fünfziger bis zu den siebziger Jahren, in: *Stefan Fisch/ders.* (Hrsg.), Experten und Politik: Wissenschaftliche Politikberatung in geschichtlicher Perspektive, Berlin 2004, S. 153–188.