

Einleitung

Psychiatrie – als Institution, als Wissenschaft und als Denken über psychisch kranke Menschen – ist unabdingbar gebunden an die materiellen Entwicklungen der jeweiligen Gesellschaft, an ihre kulturellen Überlieferungen und Selbstverständnisse, an die jeweiligen politischen Situationen und deren Veränderungsdynamik sowie an die davon nicht unabhängigen Interessen und Engagements von Menschen sowie die von diesen Menschen gestalteten Institutionen, mit denen sie ihren Interessen und Engagements zu folgen suchen.

Zu diesen zuletzt angesprochenen Institutionen gehören u.a. wissenschaftliche Gesellschaften, berufsständische Verbände, die weiter unten angesprochenen Hilfsvereine und Selbsthilfeorganisationen; in gewissem Sinne allerdings auch die psychiatrischen Institutionen als Handlungen integrierende gesellschaftliche Orte (seien es Kliniken oder aufsuchende Dienste) und die psychiatrischen Denkweisen, die in den Systemen Orientierungen liefern und doch immer über sie hinaus weisen.

Im Rahmen historischer Betrachtungen „der Psychiatrie“ geht es vor allem um den Versuch, eine Zusammenschau dieser verschiedenen Elemente zu versuchen.

Die folgenden Kapitel sollen dazu Anregungen geben und in einige der wesentlichen Entwicklungsstränge einführen.

A. Das gesellschaftliche Erscheinen der Unvernunft : Renaissance und Aufklärung

Die Psychiatrie und psychische Erkrankung selbst sind sowohl als Denkfiguren als auch als Institution(en) ursächlich gebunden an die historische Herausbildung und das Erkennen der Unvernunft.

Das war das Thema von Foucault – und nicht nur er verbindet dies mit dem Übergang von der **Renaissance** zur Aufklärung.

Er wollte in „Wahnsinn und Gesellschaft“ darstellen, wie sich die Menschheit mit dem Zeitalter der Aufklärung beginnend qua Psychiatrie die „große tragische Begegnung mit dem Wahnsinn“ verbaut hat.

Für ihn war die vorrationalistische Welt, insbesondere die Renaissance, „auf eigenartige Weise gastfreundlich gegenüber dem Wahnsinn“.

„Er (der Wahnsinn) ist im Herzen der Dinge und der Menschen, ironisches Zeichen, das die Wegzeichen zwischen Wirklichkeit und schimärischer Welt versetzt, die Erinnerungen an die großen tragischen Drohungen kaum bewahrend – mehr verwirrtes als beunruhigendes Leben, lächerliche Bewegtheit in der Gesellschaft, Beweglichkeit der Vernunft“ (Zitate nach Blasius S. 18).

Mit der Aufklärung reißt nach Foucault das „dramatische Gespräch“ des Menschen mit dem Wahnsinn ab, es wird eine Trennungslinie gezogen, „die die der Renaissance so vertraute Erfahrung mit einer unvernünftigen Vernunft und einer vernünftigen Unvernunft unmöglich machen wird“ (S.70f)

Die Renaissance hatte noch verspürt, „Wie viel unendlich Umkehrbares es zwischen der Vernunft und der Vernunft des Wahnsinns, wie viel von nah vertrauter Ähnlichkeit es in der Gegenwart der Irren“ gegeben hat und „wie viel schließlich seine Existenz an Illusionen denunzieren und an ironischer Wahrheit platzen lassen konnte. Von Brant bis Erasmus, Louise Labé, Montaigne, Charron, Rénier teilt sich die gleiche Unruhe mit, die gleiche kritische Lebhaftigkeit, der gleiche Trost beim freundlichen Empfang des Wahnsinns“ (S. 163ff)

In den Augen von Foucault war der abendländische Mensch vom 15. Jahrhundert an mit seiner Erfahrung des Wahnsinns beschäftigt, und diese Erfahrung wird mit der Aufklärung zugedeckt durch eine Gelehrsamkeit, die den Wahnsinn nur noch als Geisteskrankheit wahrnehmen kann.

Auf die Renaissance folgt die **Aufklärung** – und mit ihr die Internierungspraxis des 17. und des 18. Jahrhunderts, die ein „gesamteuropäisches Phänomen“ war (Blasius 1986, S. 19), und an der neben Foucault auch Dörner seine historischen Interpretationen schärfte, wobei beide den historischen Gang der Dinge sehr unterschiedlich bewerteten.

Einig sind sich beide, dass die sich herausbildenden Internierungsanstalten die Instanzen der moralischen und bürgerlichen Ordnung sind, die sämtliche Erscheinungen erfassen, die aus dieser Ordnung herausfielen bzw. sie zu sprengen drohten:

„Fast alle Formen der „Unvernunft“ werden von der neuen, zunehmend urbanisierten, bürgerlichen ... Welt nicht mehr toleriert und mußten gleichsam unsichtbar gemacht werden. ... Verrücktheit gilt in dieser Zeit als (verwerfliche) gewollte Unvernunft, als (beschämende) Animalität, als (auszusetzendes) ansteckendes Übel“; (Bauer, Manfred u.a.: Psychiatrie, Stuttgart 1976, S. 26) sie wurden in Narrentürmen und dergleichen eingesperrt.



Abbildung 1 Wiener Narrenturm 1784

Besonders `attraktive` psychisch Kranke erhielten eine Sonderstellung:

die tobenden und rasenden, für bedrohlich und gefährlich gehaltenen wurden – gegen Bezahlung – als „Monster“ in Käfigen dem bürgerlichen Publikum präsentiert. „Eine Fülle

zeitgenössischer Berichte und Reiseführer zeigt, wie um die Gunst dieses Publikums die Irrendemonstrationen mit den Vorführungen wilder Tiere konkurrieren.“

Dörner sieht darin einen „Appell an das Publikum, den moralischen Maßstab des absoluten Staates sich als eigene Vernunft zu eigen zu machen“

Am Anfang der Entwicklung sowohl der institutionellen als auch der wissenschaftlichen Psychiatrie steht also die Errichtung von Zucht- und Arbeitshäusern, in denen **alle** „Dysfunktionalen“ interniert wurden.

A.1.: Frankreich - Absolutismus

In **Frankreich** wurde der Prototyp dieser Anstalten durch die Zusammenlegung mehrerer älterer Institutionen im Jahre 1656 zum Hôpital général in Paris gebildet; ab 1676 schreibt ein Edikt die Errichtung solcher Institutionen in allen französischen Städten vor.

Der absolutistische Staat suchte alle wichtigen sozialen Probleme auszuklammern, um die bestehende Gesellschaft als vernünftig und moralisch zu deklarieren.

Erst mit der Revolution ändert sich dies grundlegend, und in Frankreich hat die Entstehung Psychiatrie die Revolution zur Voraussetzung: „sie (die entstehende Psychiatrie, R.P.) fällt in eine Phase, in der sich die durch die Revolution freigesetzte bürgerliche Gesellschaft der von ihr selbst produzierten gesellschaftlichen Leiden inne wurde“. (Blasius S. 30).

Die gemeinsame Internierung aller Dysfunktionalen in Anstalten war, wie Foucault zeigen konnte, eine der Antworten auf die ökonomischen Krisen im 17. Jahrhundert, die zu einem Sinken der Löhne, zu Arbeitslosigkeit und Geldmangel fürchten (S. 83ff). Bei Ausbruch jeder Krise und jedem steilen Anstieg der Unterbeschäftigten füllten sich die Internierungshäuser: potentiell revolutionäres Potential sollte ausgeschaltet werden.

War die Krise vorbei, dienten die Häuser der Bereitstellung von billigen Arbeitskräften.

„Ihre repressive Funktion wurde durch eine neue Nützlichkeit ergänzt“ (Blasius 1986, S. 20)

Die Gründungsorte sprechen eine eigene Sprache:

neben Worcester, Norwich und Bristol in England wird in Lyon – bereits vierzig Jahre vor dem Hôpital général in Paris - ein Zuchthaus errichtet.

Ein 1708 geschlossener Vertrag zwischen einem Unternehmer und der Charité in Tulle wird vereinbart, dass der Unternehmer Wolle, Seife und Kohle stellt – die Anstalt liefert ihm dafür kardätschte und gesponnene Wolle; den Verdienst teilten sie sich. (Foucault S. 87)

In Deutschland hat Hamburg als erste Stadt 1620 – zeitgleich mit Lyon - ein Zuchthaus, und die Anstaltsordnung von 1622 verpflichtete alle Internierten zur Arbeit.

Der Wahnsinn taucht also „am sozialen Horizont der Armut“ auf - das ist bedeutsam.

Arbeit wird in dieser Zeit als allgemeine Lösung, als unfehlbares Universalmittel angesehen, um irgendeine Form des Elends zu beseitigen.

„Was die ihr eigene Kraft, das Elend verschwinden zu lassen, anbetrifft, so verdankt die Arbeit diese nach dem Denken jener Zeit nicht so sehr ihrer Produktionskraft wie einer

gewissen moralischen Verzauberung. Die Wirksamkeit der Arbeit wird anerkannt, weil man sie auf ihre ethische Transzendenz gründet. Seit dem Sündenfall ist die Strafe der Arbeit zum Mittel der Buße und zur Möglichkeit der Erlösung geworden“. (S. 89)

Internierungsanstalten sind dann die „Festungen der moralischen Ordnung“ –

und diese Koppelung des Wahnsinns mit der Armut ist entscheidend dafür gewesen, dass Irresein lange nicht als pathologisches Phänomen perzipiert wurde, sondern der moralischen Verdammung verfiel (Blasius 1986, S. 21); dies wird uns noch intensiver beschäftigen.

Für Foucault wurde der Wahnsinn so zum Schweigen gebracht.



Abbildung 2 Hogarth illustriert mit diesem Stich die Zustände in Bethlem, einer der ältesten Anstalten Europas

Es sei gelungen, „jene unterirdische Gefahr der Unvernunft, jenen bedrohenden Raum einer absoluten Freiheit zu bewachen“, gerade indem der Wahnsinn „in der Form der Ethik“ wahrgenommen wurde (Foucault S. 130 und 153, zitiert nach Blasius 1986, S. 21)

Für Foucault wird der Irre „als Objekt rationaler Analyse“ zugleich mit dem Mantel „moralischer Negativität“ belastet, und in dieser Perspektive nimmt er die sog. „Befreiung“ der Irren im Gefolge der französischen Revolution als ein in Wahrheit „moralisches Gefangensein gigantischen Ausmaßes“ war (S. 536).

Philippe Pinel gilt als Ahnherr der französischen Psychiatrie, sein Wirken als Leiter der Pariser Irrenanstalten wurde erst durch die Revolution möglich.

Fälschlicherweise wird Pinel gemeinhin zugeschrieben, die Irren von den Ketten befreit zu haben.



Abbildung 3 Pinels Befreiung der Irren von ihren Ketten

Tatsächlich taten das andere Irrenärzte vor ihm, z.B. Chiarugie, der 1788 in Folerenz aus einem überfüllten Hospitz eine neue Irrenanstalt „ausgründete“. Pinel ließ die Ketten gegen Zwangsjacken tauschen.

Pinels Verdienst war vielmehr die Idee der Heilung und Besserung.¹

Für Foucault sind aber auch Pinels Aktivitäten und die der anderen großen Reformen der Psychiatrie nichts anderes als die konsequente Adaptation des Wahnsinns an die Prinzipien der bürgerlichen Moral.

Anders Dörner und andere Psychiatriehistoriker.

Für sie war die Einrichtung öffentlicher Irrenanstalten die Voraussetzung der Emanzipation von der in den frühen Anstalten ausgegrenzten Unvernunft zur anerkannten Krankheit.

Die wissenschaftliche Beobachtung, z.B. die Krankheitsgeschichten von Pinel, sind an die Anstalten gebunden: „sie garantierten eine objektivierende soziale Distanz zum Untersuchungsgegenstand in der Beziehung Bürger – Irre ebenso wie eine genügend große Zahl von „Fällen“, was die Aufstellung empirisch gewonnener Gesetze oder Typen zuließ“. (Blasius S. 31)

Aus der Perspektive von Foucault seien die Asyle der Reformen aber gerade „kein freies Feld der Beobachtung, Diagnose und der Therapie“ gewesen, „sondern ein juristischer Raum, in

¹ „Es gibt wohl begründete Hoffnung, dass man Individuen, die als hoffnungslose Fälle gelten, in die Gesellschaft zurückführen kann. Unsere emsigste und unermüdlichste Aufmerksamkeit muss jenen unzähligen gemütsgestörten Patienten gelten, die konvaleszieren oder wenigstens lichte Momente haben; diese Gruppe sollte in einer abgetrennten Abteilung des Hospitizes untergebracht werden ... und einer psychologischen Behandlung (im Original: „institution morale“) unterzogen werden, welche dem Zwecke dient, die Fähigkeiten des Verstandes zu entwickeln und zu schärfen“. (Pinel 1809, zitiert nach Shorter 1999, S. 28)
Es wird berichtet, dass er liebevoll mit den Patienten umging, sie mit warmen Bädern beruhigte und ihnen mit Arbeit und systematischen Aktivitäten die Zeit vertrieb (siehe Shorter 1999, S. 29)

dem man angeklagt, beurteilt und verurteilt wird und aus dem man nur durch die Wendung dieses Prozesses in die psychologische Tiefe, das heißt in die Reue, befreit wird.(S 527) (Hervorhebung R.P.)

Aus seiner Sicht, die er im wesentlichen mit dem Blick auf Frankreich herausbildete, kann man nur noch in der Kunst (z.B. bei Hölderlin, Nerval, Nietzsche oder Artraud) oder vergleichbaren „Manifestationen der Unvernunft“ „jenem gigantischen moralischen Gefangensein“ widerstehen, „das man gewöhnlich, wahrscheinlich in einer Antithese, die Befreiung der Irren durch Pinel und Tuke nennt.“ (S. 536)

Übersieht Foucault das Leid des psychisch kranken Menschen?

Soll man die psychisch kranken Menschen sich selbst und ihrem Leid überlassen?

Dörner sieht in seiner Rekonstruktion der Psychiatriegeschichte die nie endende Dialektik der Psychiatrie,

- zugleich der Emanzipation leidender Menschen zu dienen –

- und der Integration in die Gesellschaft, also der Bändigung sprengender, auflösender und destruktiver Kräfte.

Grenzen- und rücksichtsloses Verstehen, Interpretieren, Sinngebung dem Sinnfernen kann nach Dörner „in seiner Penetranz totalitärer (sein) als die naturwissenschaftliche Hypothese ... Der wie immer auch utopisch aufklärerische Glaube an die wirkliche Veränderbarkeit des Leidens verliert sein Recht, wo diesem Leiden anthropologischer Grund und metaphysische Dignität zugebilligt wird.(Dörner 1969/1984, S. 18)

Gleichwohl erkennt er, dass in dem humanen Protest gegen die Zeit der Ketten und Schläge nur die „Inhumanität des äußeren Zwanges durch die tiefere des Inneren“ ersetzt wurde (Dörner 1969/1984 S. 108) – aber er betont zugleich, dass sich auf dieser Basis die Emanzipation der Irren, d.h. ihre Wahrnehmung als Kranke, bilden konnte.

Für Dörner ist – im Gegensatz zu Foucault, der vorrangig die Entwicklung in Frankreich betrachtete – die kulturelle, gesellschaftliche und ökonomische Entwicklung in England für die Herausbildung der Vorstellungen und der Realität der Psychiatrie von Interesse.

A.2.: England - Aristokratie

Anders als im von Foucault's betrachteten absolutistischen Frankreich (und später in Deutschland) wurde in England mit dem Ausgang der Renaissance die Unvernunft nicht in dem Maße dem öffentlichen Bewusstsein entzogen: „Madness“ und „english malady“ waren und bleiben überall Themen der Kaffeehäuser.

Mit der Hysterielehre von Willis und Sydenham hatte England ein Modell der Unvernunft – die damit als wesentliches Ingredienz der beginnenden bürgerlichen Gesellschaft akzeptiert war.

Mehr noch: die „hysterical passions“ figurierten gleichermaßen als ein körperlicher Indikator für Genius und Originalität des Individuums wie für handelskapitalistischen Reichtum der Gesellschaft,

zugleich aber auch für den Grad an Labilität und körperlich-moralischem Leiden, der als Preis dafür zu zahlen war (die „heads were turned“ bei denen, die beim Zusammenbruch der Südseekompanie 1720 zu Reichtum Gekommenen, und nicht bei denen, die verarmten!)

„Mit diesem Modell (der Hysterie für die Unvernunft, Peukert) bringt der Bürger sein menschliches und sein gesellschaftlich-nationales Selbst zur Deckung“ (Blasius 1986, S. 27)

Hysterie ist die großbürgerlich-aristokratische Form der Unvernunft, die bei Defoe als Sorge um die in privaten Mad-Houses asylierten bürgerlichen Ehefrauen zum Ausdruck kommt.

Dörner (S. 67) hebt hervor:

„Es versteht sich, dass die Armen an diesen Kulturprodukten nicht teilhaben, weder an den sublimeren Formen der „nervous disorders“ noch an den kostspieligen und das „Menschliche“ befreienden Mitteln ihrer Heilung. Ihnen bleibt – wenn überhaupt – die traditionellen entleerenden Medikamente und öhnlische Gewaltmaßnahmen, wobei freilich Wesleys Entdeckung des billigsten Heilmittels, der elektrischen Maschine, und ihre Anwendung auf die Armen einen integrierenden Fortschritt bezeichneten, der die Armen mit manchen besseren Bürgern auf eine Stufe stelle. Dass hirmit auch ein ärztliches Mittel der Integration der Leistungswelt geschaffen war, zeigt die Geschichte vom Heilungserfolg des Dr. W.t. Care. Im Februar 1787 brach in der Baumwollfabrik unten den weiblichen Angestellten eine hysterische Epidemie mit Krämpfen und Angstanfällen aus. Sie griff sogar auf ein entferntes Werk – sympathisch-infektiös – über. Die Fabrik (2-300 Arbeiter) mußte stillgelegt werden. Der herbeigerufene Arzt konnte jedoch mit seiner „portable electric machine [...] by electric shocks“ in kurzer Zeit alle Erkrankten heilen und so die Fabrik wieder in Gang bringen.“

Shorter (1999) argumentiert in seiner viel gelesenen „Geschichte der Psychiatrie“ sowohl gegen Foucault's „Dogma“, als auch gegen die hier und im weiteren Text aufgegriffene Argumentationsfigur von Dörner mit dem Argument, es könne doch von keiner „großen Gefangenschaft“ (Foucault) oder der Abhängigkeit von der ökonomisch-gesellschaftlichen Entwicklung die Rede sein, „wenn die Psychiatrie ihre wesentlichen Wurzeln in privaten „Irrenhäusern“ hatte“ (Shorter 1999, S. 36) und wenn er die aufrichtigen therapeutischen Bemühungen der einzelnen Personen betrachte.

Er konstatiert, Ärzte (wie z.B. Battie, siehe weiter unten) hätten zwar große Vermögen angesammelt und in dieser Zeit habe sich auch die Psychiatrie als eigene Disziplin herausgebildet. „Doch das kann nicht nur als Griff nach der Macht, sondern ebenso als legitimer Ausdruck von therapeutischem Selbstbewusstsein verstanden werden“ (Shorter 1999, S. 36).

B: Der „arme“ Irre: Auswirkungen und Folgen der Industrialisierung

Wissenschaftsgeschichtlich bildet sich die weitere Psychiatrie nicht über den Lebensvollzügen der Begüterten, sondern über dem Leid und der Unterdrückung der Massen –

und zwar mit ihrer Doppelgesichtigkeit von Ordnungsaufgabe und als Ausdruck der Emanzipation.

Neben und trotz dieser die Unvernunft in der Mitte der noch aristokratischen Gesellschaft belassenden Interpretationsfigur „Hysterie“ gab es auch in England Zucht- und Arbeitshäuser für die **niederen Klassen**.

Sie entstanden im Zuge der merkantilistischen Durchrationalisierung der Gesellschaft und aller Lebensbereiche: aus dem Rationalisierungsdruck leitet sich Druck auf die Ausgliederung des Irrationalen her, was sich schließlich in der Struktur der Anstalten materialisiert – als Primat von rationaler Organisation und Bauweise sowie Effektivität der Kontrolle.

(Immer wieder lesenswert: die Ausführungen zu Jeremy Bentham bei Dörner, S. 77).

B.1.: Das öffentliche Irrenwesen

Es kommt zu den Anfängen eines **öffentlichen** Irrenwesens neben dem Privaten,

wobei es der herausragende Psychiater Thomas Arnold (1742 – 1816; zu seiner Theorie Dörner S. 58f) ist, der - obwohl Privatunternehmer im „mad business“ - ab 1781 die erste öffentliche Anstalt plante (1794 eröffnet: Leicester Lunatic Asylum). (lunatic=wahnsinnig, geistesgestört)

In dem Maße, in dem der Vorherrschaft von Handelskapital und Manufakturwesen von der entstehenden industriellen Produktion abgelöst wurde, entstanden die Bedingungen für ein anderes Denken und verstärkten die mit Arnolds Einrichtung beginnende neue Praxis zur Unvernunft.

Dörner spricht an dieser historischen Schwelle vom gesellschaftlichen Sichtbarwerden der Unvernunft: d.h. der Irren als **armer** Irre – und er betont, dass sich das Sichtbarwerden „mit buchstäblich „gemischten Gefühlen““ (S. 43) vollzog.

In seiner Sicht „drang die Unvernunft – im Kern: die Armen und die Irren – in die bürgerliche Gesellschaft ein, und umgekehrt dehnte die Gesellschaft ihren zugleich befreienden und integrierenden Anspruch auf die Unvernunft aus, ohne dass dieser ambivalenten Dynamik widerspruchsfreie Formen zu Gebote standen.“ (S. 43)

Das Anstaltswesen (incl. der Zucht- und Armenhäuser) repräsentiert den Plan, „public disorder“ zu kompensieren, d.h. abzuschöpfen, und darüber hinaus die „correct rules of social organisation“ zu demonstrieren. Das „well-ordered asylum“ soll die „proper principles of social organization“ verdeutlichen und einer Gesellschaft, die in Gefahr steht, aus den Fugen zu geraten, eine neue Stabilität verleihen.

(Zum Teil wörtlich übernommen aus Blasius 1980, S. 25f; siehe auch in Blasius 1986, S. 39ff; die englischen Zitate alle von Rothman bei Blasius)

Die ökonomische Basis dieses Prozesses war der Übergang zur industriellen Produktion, in der Teile der Mittelschicht aufstiegen, große Teile aber – zusammen mit der Landbevölkerung – verarmten. Die Industrialisierung zerstörte die Existenzgrundlage für viele der unter den alten Bedingungen Beschäftigten und war mit Not und Verunsicherung verbunden.

Zugleich war die neue Produktionsweise auf eine weitaus größere Zahl von Arbeitern angewiesen: es bedurfte der massenhaften Mobilisierung möglichst billiger und kalkulierbarer menschlicher Arbeitskraft und deren Einbeziehung in die kapitalistisch organisierte Produktion (Kapital musste zuvor als Handelskapital akkumuliert worden sein, um die Produktionsstätten zu schaffen).

Zeitgleich mit der Differenzierung der Irren aus der Gesamtgruppe der Dysfunktionalen ging die Konstituierung der Psychiatrie als eigenständige Disziplin einher, was Dörner über die Analyse der Auffassungen vor allem von Battie, Cullen, Brown und Arnold nachzeichnet.

(Zu Battie s.u.; Cullen war u.a. ein Theoretiker des Zwanges und preiste die Zwangsjacke als pädagogisches Instrument, Dörner S. 105; Brown gewann große Bedeutung für Deutschland mit seiner Theorie der alles umspannenden Erregungskraft: Nervenkraft als Lebenskraft, bei der die Reizung eines Teils – eine ganzheitlich-einheitliche Wirkung auf das Ganze entfalte – das hatte Wirkung auf die Moralischen Psychiater in Deutschland im Übergang zur Romantik, insbes. auf Schelling, s.u. und bei Dörner S. 55f)

Worin besteht der gesellschaftliche „Ertrag“ dieser Entwicklung?

Es wurde dadurch möglich, „zu einer Differenzierung und Entmythologisierung der klassischen Unvernunft zu kommen, d.h. dem „harten Kern“ der Unvernunft, dem Irresein als Krankheit eine rationale Institution zuzuweisen, um der großen Mehrheit der Unvernünftigen – den Armen – viel von der in ihr gefürchteten Gefährlichkeit zu nehmen, um sie umso reibungsloser in die neue Vernünftigkeit, die der Ökonomie, eingliedern zu können.“ (S. 43)

Das ist Dörners zentrale Interpretationsfigur!

Shorter hält dagegen.

Er sieht den wesentlichen Grund für die Zunahme der Einweisungen in der Veränderung der Familien: sie hätten doch den Einweisungsprozess bestimmt, und die Zunahme sieht er als Ergebnis eines veränderten Selbstverständnisses der Familien, und nicht der ökonomischen Verhältnisse.

„Ich denke, dass das etwas mit den veränderten Gefühlsmustern im Familienleben zu tun hatte. Je mehr sich die Familie als emotionale Einheit zu betrachten begann, als umso untragbarer wurden problematische Verwandte, die dieses Gefüge zu zerstören drohten, empfunden. ... Familiäre Einheiten wurden (früher) nicht ... zelebriert. Doch gegen Ende des 18. Jahrhundert änderte sich dies. Die Beziehungen zueinander wurden intimer, man versammelte sich um den Abendbrottisch, um , wie die Franzosen sagten: la petite familie bien unie, die „glücklich vereinte Kleinfamilie“ zu feiern. In diesem Bild der Glückseligkeit war kein Platz mehr für verrückte Verwandte.“ (Shorter 1999, S. 85)

nachfolgend ein Ausriss der Seiten 85-88 aus Shorter, 1999:

Wie läßt sich die plötzliche Bereitschaft der Wohlhabenden, ihre Familienmitglieder abzuschieben, also erklären? Ich denke, daß das etwas mit den veränderten Gefühlsmustern im Familienleben zu tun hatte. Je mehr sich die Familie als emotionale Einheit zu betrachten begann, als umso untragbarer wurden problematische Verwandte, die dieses Gefüge zu zerstören drohten, empfunden. Vor dem 18. Jahrhundert hatten sich Familienbände eher auf Besitz und Abstammung gegründet denn auf Gefühle. Es gab wenig

Nähe, die hätte zerstört werden können. Familiäre Einheit wurde nicht am gemeinsamen Eßbisch oder in anderen privaten Momenten — von denen es ohnehin kaum welche gab — zelebriert. Doch gegen Ende des 18. Jahrhunderts änderte sich dies. Die Beziehungen zueinander wurden intimer, man versammelte sich um den Abendbrotstisch, um, wie die Franzosen sagen: la petite familie bien unie, die »glücklich vereinte Kleinfamilie« zu feiern. In diesem Bild der Glückseligkeit war kein Platz mehr für verrückte Verwandte

Bruno Goergen, Besitzer einer »Privat-Irren-Heilanstalt für Gemüthsranke« im Wien des frühen 19. Jahrhunderts, erklärte, weshalb sich wohlhabende Familien an ihn wandten: Geisteskrankheiten brächten es mit sich, daß der Betroffene die tröstenden Worte der Familie, das händeringende Erschauern der Verlobten oder die Tränen und Seufzer all jener, die ihm nahestünden, völlig anders erlebte, als sie in Wirklichkeit gemeint seien. Seine überspannte Vorstellungskraft und sein krankhaftes Mißtrauen gegenüber jeder Art von Harmonie führten nur allzuoft dazu, im liebenden Weib die Giftmischerin zu sehen, seine liebevollen Kinder für Teufel, seine angenehme Umgebung für ein Gefängnis zu halten. Er höre Stimmen, die sonst keiner höre, sehe Formen, die sonst keiner sehe. Und in seiner Verwirrung habe er, der an sich herzliche Liebe für seine Familie empfinde, weder Auge noch Ohr für ihre Qualen gehabt, die durch Gesten und Wörter doch so laut zu ihm gesprochen hätten. Solche eindringlichen Bilder wird man in der medizinischen Literatur oder den Laienschilderungen vorangegangener Epochen kaum finden. Wir haben es hier mit einer ganz neuen Art von Familienkultur zu tun. Die Symptome von Geisteskrankheit bei einem geliebten Familienmitglied zu sehen, war Angehörigen unerträglich geworden.

Anhand von Statistiken läßt sich nachweisen, daß sich die Familie um so schneller von einem kranken Verwandten befreite, je massiver dieser den Familienfrieden störte. Wilhelm Svetlin, Ende des 19. Jahrhunderts Besitzer einer privaten Wiener Irren-Heilanstalt für die Oberschicht, pflegte Angehörige über die Dauer der Erkrankung eines Patienten zu befragen, bevor er ihn in seine Anstalt aufnahm: Bei 56 Patienten, deren Diagnose Melancholie lautete, waren ein Drittel der Familien (36 Prozent) bereit gewesen, ein halbes Jahr oder länger zu warten, bevor sie sie in die Anstalt brachten; nur 18 Prozent der Melancholiker wurden innerhalb eines Monats oder einer noch kürzeren Zeit nach Ausbruch der Krankheit eingeliefert. Keine Familie der 16 Paranoiker hatte sich vor Ablauf von drei Monaten zum Handeln veranlaßt gesehen. Doch 68 Prozent der 22 manischen Patienten — ein Leiden, das seine Opfer Tag und Nacht zu ständiger Unruhe treibt — waren vor Ablauf eines Monats nach Ausbruch der Krankheit in die Anstalt gebracht worden. Das bedeutet, grob gesprochen, daß sich in den siebziger und achtziger Jahren des 19. Jahrhunderts zwei Drittel der wohlhabenden Wiener Familien mit manischen Verwandten außerstande sahen, deren Gepfeife, Geklatsche, Gesinge, Geschreie und Zerstörungswut länger als einen Monat zu ertragen.

Implizit heißt das aber auch, daß solche Familien in den 1670er und 1770er Jahren *imstande* gewesen waren, manische Verhaltensweisen zu erdulden. Verändert hatte sich nicht die Verfügbarkeit von institutioneller Pflege, denn auch im 17. Jahrhundert hätten sich wohlhabende Familien einen solchen Ausweg leisten können, sondern das Klima innerhalb der Familie. Die Anwesenheit eines sich ständig befremdlich aufführenden Familienmitglieds in dem kleinen emotionalen Gefüge, das die Familie inzwischen bildete, war schlicht nicht mehr vorstellbar. Die Zahl der Anstaltseinweisungen wuchs also auch deshalb, weil die Familie die Aufgabe der Versorgung psychisch Kranker an die Anstalten abgetreten hatte.

Ähnlich verhielt es sich vermutlich auch im Falle von Altersdemenz. Wo Familien einst willens waren, einen altersdementen Menschen zu tolerieren, begannen sie spätestens Ende des 19. Jahrhunderts nach Pflegemöglichkeiten außer Haus zu suchen. 1908 führte ein englischer Mediziner die steigenden Patientenzahlen in den Anstalten »auf die Einweisung von harmlosen alten Leuten« zurück, »Opfern einer mehr oder weniger ausgeprägten Altersdemenz, die bislang in Armenhäusern untergebracht wurden oder

bei Verwandten und Freunden bleiben durften, welche bereit waren, sich um sie zu kümmern«. In der Landesirrenanstalt von Buckinghamshire stieg der Anteil der über 60 jährigen von 18,7 Prozent im Jahr 1881 auf 24 Prozent im Jahr 1911. Derselbe Trend zeigte sich in den Vereinigten Staaten. Auch im Utica State Hospital war der Prozentsatz von Patienten, die aufgrund von »Senilität« eingewiesen wurden, Ende der 1870er Jahre beträchtlich gestiegen. Die ersten Daten, die für das Warren State Hospital in Pennsylvania zur Verfügung stehen, verzeichnen für 1916 einen Anteil von 14,8 Prozent Patienten, die unter den »für das Senium typischen Geistesstörungen« litten. Zwischen 1946 und 1950 stieg diese Zahl auf 26,4 Prozent. Der Historiker Gerald Grob kam zu dem Schluß, daß amerikanische Heilanstalten im 20. Jahrhundert zunehmend zur Abladestelle für Alte wurden auch sie Opfer der Umverteilung von Kranken und ihrer Auslagerung aus dem Familienverband.

Eine andere Form von Umverteilung fand mit der Verlegung von Insassen aus Gefängnissen und Armenhäusern in die Asyle statt. In England wurden mit einem Gesetz von 1874 staatliche Gelder für die Verlegung mittelloser Geisteskranker in die Landesirrenanstalten zur Verfügung gestellt, was zugleich eine klare Verlagerung der Verantwortung mit sich brachte. Einige Forscher haben behauptet, daß diese armen Irren mehr arm als irre gewesen seien — also, nicht Kranke, sondern unerwünschte Personen, die die Gemeinden nur allzugern loswurden. Doch zeitgenössische Experten waren offenbar der Meinung, daß Almosenempfänger, die im Irrenhaus gelandet waren, tatsächlich irgendein massives psychisches Leiden hatten. Der Bericht des Bürntwood Asylum in Steffordshire für das Jahr 1887 zeugt zum Beispiel von dem leidenschaftlichen Humanismus des Anstaltsleiters, der diese Neuzugänge in seiner Anstalt sogar begrüßte: »Einweisungen von hilflosen, chronischen Fällen aus den Armenhäusern, die einer besonderen Pflege bedürfen, gab es nicht wenige. Manch einer beklagt nun, daß die Asyle mit diesen Fällen nur belastet würden; doch ich für meinen Teil bin hoch erfreut bei dem Gedanken, daß die uns zur Betreuung und Pflege dieser armen und gequälten Kranken zur Verfügung stehenden Mittel trefflich und vorteilhaft zur Linderung der schweren Last ihres Leids angewendet werden können. «

Erst wenn wir die Armen und all die anderen, die verlegt oder umverteilt wurden, rückblickend Fall für Fall anhand ihrer Krankenakten diagnostizieren würden, wären wir in der Lage zu sagen, ob sie geisteskrank waren oder einfach nur abgeschoben wurden, weil sie anderen zur Last fielen. Die uns zur Verfügung stehenden Berichte sprechen sehr dafür, daß Personen, die von ihren Familien oder den örtlichen Behörden in einer Anstalt untergebracht wurden, in der Tat irgendein ernsthaftes psychisches Problem hatten und keinesfalls nur deshalb asylisiert wurden, weil sie sich gegen das Kapital, die patriarchalische Ordnung oder irgendein anderes jener beliebten Schreckgespenster der Forschung aus den sechziger Jahren des 20. Jahrhunderts aufgelehnt hatten.

Die lohnabhängigen Massen werden zweifach frei gesetzt:

- sie wurden im Zuge der kapitalistischen Umformung der Gesellschaft ihrer Subsistenzmittel beraubt als freie Lohnarbeiter für den Markt frei,
- und sie wurden im Rahmen der Psychiatrie-Entwicklung von der Angst vor ihnen, d.h. von der Irrationalität befreit!

Dieser „gesellschaftliche Ertrag“ spiegelt sich in Gesetzen wieder.

1736 wurden durch Act of Parliament alle Gesetze „against Cunjurations, Inchantments and Witchcrafts“ aufgehoben, die bis dahin die Grundlage zur Verfolgung der Irren als Besessene, Hexen oder Zauberer waren.

Ein Gesetz von 1744 verpflichtete die Gemeinden, ihre „pauper lunatics“ zur Sicherung der Öffentlichkeit nicht nur an einen festen Ort zu bringen, sondern auch Sorge für die Heilung zu tragen: „curing such persons during such Restraint“.

Mit anderen Worten:

potentiell Angst und Instabilität auslösende Teile der Armen-Armee werden als krank erkannt – und mit ihrer Internierung in rationalen Irrenanstalten wurde diese Angst magisch gebannt.

Als Person steht William Battie (1704-1776) für die Epoche.

Als einer der berühmtesten und angesehensten Ärzte Londons gründete er 1751 das St. Luke Hospital, eine Einrichtung ausschließlich für „arme Irre“.

1758 veröffentlicht er „A Treatise on Madness“ mit dem Impetus, man dürfe diese unglücklichen Menschen nicht aufgeben, schon gar nicht in einsamen Gefängnissen als Kriminelle oder Gesellschaftsschädlinge verkommen lassen.

Und er führt aus:

„Führung (management) hat viel mehr bewirkt als Medizin, und die Erfahrung hat mich gelehrt, dass oft allein schon die Absonderung (vom gewohnten sozialen Umfeld) für eine Genesung ausreicht, immer aber so grundsätzlich notwendig ist, dass ohne sie jede bislang für die Heilung von Irrsein angewandte Methode erfolglos bleiben musste“ (zitiert in Shorter 1999, S. 25)

Auf sein Betreiben hin wurden ab 1763 auch in Manchester die armen Irren in dem geplanten Klinkbau mit berücksichtigt.

Dörner (S. 53) zählt aus den Akten die Motive auf:

„1763 jedoch revidierte man den Plan und beschloß, auch die armen Irren – unter der Definition Batties – in das Programm mit einzubeziehen. Motive:

1. Fürsorge für die und Schutz der Gesellschaft vor den Irren, denn auch diese unglücklichsten aller Menschen, für die sich niemand zuständig fühlt, müßten einen Ort, Ordnung und Schutz haben;
2. wenn man die Armen als Arbeiter für die Fabriken wollte, mußte man die Irren von ihnen trennen können, da sonst die reibungslose Produktion gefährdet würde;
- und 3. die Angehörigen müßten von den hohen Abgaben an die Besitzer privater Mad-Houses und von den Irren selbst befreit werden, um Arbeiter werden zu können.

Nach diesen Prinzipien wurde „The Infirmary, Dispensary and Lunatic Asylum, Manchester“ erbaut, 1766 eröffnet und schon 1773 erweitert. Manchester war eher noch vorbildlicher und in der Anwendung unmittelbaren Zwangs sparsamer als St. Luke's – gerade in Zusammenhang mit der eindeutiger ökonomischen und ordnungsbedürftigen Motivation. Ähnlich folgte man Batties Beispiel in Newcastle upon Tyne 1767, York 1777 und Liverpool 1790.“

B.2. Die Reformphase der „Moralischen Psychiatrie“

J. Aikin veröffentlicht 1771 seine „Thoughts on Hospitals“ und betont erstmals den öffentlichen Auftrag der Psychiatrie. Er unterstricht die ökonomische Notwendigkeit von Anstaltsgründungen und führte den Begriff der „asylums“ ein, und er sah die Anstaltsgründungen in der Notwendigkeit, die Familien zu entlasten zwecks Fortsetzung deren ökonomischer Arbeitskraft. (Blasius S. 28 in Anlehnung an Dörner. Siehe vor allem zu den Motiven der Anstaltsgründungen Dörner, S. 53)

1796 wird von den Quäkern – durch William Tuke - das York Retreat (= Rückzug) gegründet, in der die Irren als Kinder einer erziehenden Familienautorität betrachtet wurden.

Im Retreat soll eine tugendhafte Haltung der Selbstkontrolle erzwungen werden, durch

1. die Erregung eines „heilsamen Angstgefühls“ (qua Absonderung und Isolierung),
2. durch den „Appell an „selfesteem““ (=Selbstachtung): unter der Anwesenheit Fremder sollen sich die Kranken zusammenehmen, sie müssen sich in ihren besten Kleidern „in formvollendeter Konversation ergehen“ (Dörner S. 83)

Die vorherrschende Denkweise kommt in einem Beitrag von Ferriar (Medical Histories, Bd. 2, S. 137-140; zitiert nach Shorter 1999, S. 38) zum Ausdruck:

» Eine disziplinierende Ordnungsstruktur, gerecht, aber genau, die den Patienten zur Selbstbeschränkung führt, ohne dabei Schmerz oder Angst zu erzeugen, ist dieser Art von Beschwerden am besten zuträglich.« Erfolge, so Ferriar, stellten sich bald schon ein: »Dank der Fähigkeit zur Selbstbeherrschung genesen Irre schneller, wenn sie von der häuslichen Umgebung ferngehalten werden.« Die Aufmerksamkeit, die ihnen im eigenen Haus zuteil werde, trage nur zur Verschlechterung der Krankheit bei. »Unter Fremden erfahren sie es als notwendig, ihre vorhandenen Fähigkeiten zu nutzen; und mit dem ersten Ansatz zu systematischem Denken beginnt die Genesung.« Der Anstaltsalltag sollte also Grenzen setzen und den Patienten zur Konzentration zwingen. Der nützlichste Teil solcher Disziplin aber, betonte Ferriar, sei »die Erweckung von Hoffnung und Verstand im Patienten. Kleine Gefälligkeiten dargebotenes Vertrauen und deutlich aus-gesprochenes Lob beschleunigen die Genesung,

Wie aber konnte man bei Geisteskranken Hoffnung und Verstand wecken? Wie verwandelte man ein »Irrenhaus« in eine »Heilanstalt« nach dem Muster Reils? Zum Beispiel, so Reil, indem man zunächst einen harmloser klingenden Namen für die Institution wählte, etwa Anstalt oder Hospital für psychologische Heilung. Man solle sie in einer »anmutigen Gegend« inmitten von Bächen und Seen erbauen, umgeben von Hügeln und Feldern, in Form kleiner Villen, die sich um das Verwaltungsgebäude scharten. Vor den Fenstern dürften keine Gitter angebracht sein. Da der Irre starke Ausdünstungen habe, müsse überwiegend Material verbaut werden, das leicht zu reinigen sei, außerdem seien Bäder vonnöten, ein »magischer Tempel« und andere Vorkehrungen »für die Beeindruckung«.

„Familie, Landschaft, Religion und moralische Innerlichkeit bezeichnen schlagwortartig die Richtung dieser „romantischen Reformpsychiatrie“. Sie entzog zwar die Irren dem freien

Verkehr der Wirtschaftsgesellschaft, garantiert damit aber gerade deren reibungslosen Ablauf, in dem nicht zuletzt eine der Wurzeln des Irreseins lag. So klagt das Retreat weniger die bürgerlich-industrielle Gesellschaft an, sondern „die Individuen, die in ihr ihren unnatürlichen Neigungen, unvernünftigen Leidenschaften, ihrer unbegrenzten Freizügigkeit und unmoralischen Begehrlichkeit verfallen, zugleich schuldig und krank werden und nun durch ein grandioses pädagogisches Arrangement gereinigt, entsühnt und geheilt werden“ (Blasius S. 29 mit Zitat Dörner S. 108)²

Damit liefert Dörner eine materialistische Interpretation der Phase der „Moralischen Psychiatrie“, die in Deutschland eine große Bedeutung spielte und mit dem Namen Heinroth verbunden ist; doch vor dem Blick auf Deutschland soll die Betrachtung Englands beendet werden.

Conollys „Non-Restraint-System“ (= Nichtbeschränkung, 1839) wird heute überall als der eigentliche Beginn einer humanen, therapeutisch orientierten Psychiatrie gefeiert, auch in der Sozialpsychiatrie der DDR:

„Drei Persönlichkeiten stehen am Beginn dieser Richtung der Psychiatrie, die letzten Endes zu der modernen Konzeption der Rehabilitation von psychisch Kranken führte. Es sind dies der Franzose Philipp Pinel, der Engländer John Conolly und der Schotte John Batty Tuke.“

(Bach, Otto; Feldes, Dieter; Thom, Achim und Weise, Klaus: Sozialpsychiatrische Forschung und Praxis, Leipzig (VEB Georg Thieme) 1976, S. 15).(Unterstreichung R.P.)

In der Interpretation von Blasius, der hier Dörner folgt, weitet Conolly die Fiktion der Familie zur Fiktion der Gesellschaft aus. Die öffentliche Anstalt wurde konzipiert als ein Ort des sozialen Friedens, der Sauberkeit, der Sittsamkeit und des bürgerlichen Glücks.

Nach Blasius und Dörner spiegelt dies „genau jenen relativen sozialen Ausgleich wieder, der der englischen Gesellschaft um die Jahrhundertwende bei wachsendem Reichtum gelang“ (Blasius S. 29f)

Hier könnte man sich fragen, ob dies der bei uns gerade zu Ende gehenden Epoche entspricht!

Der von Kabanov (in: Bach u.a.) weiter oben hervorgehobene John Batty Tuke steht ca. 100 Jahre später für den Beginn des Systems der offenen Türen – „ohne besondere zusätzliche Kosten“, wie er zu Protokoll gibt.

In „The Journal of Mental Science“ beschrieb er sein System 1881 wie folgt: (entnommen aus Bach u.a. S. 16

„Durch eine richtige Verteilung von Arbeit und Erholung ist es nicht mehr notwendig, den Patienten mechanisch festzuhalten. Für unruhige Patienten werden keine besonderen

² William Tukes Enkel veröffentlicht 1813 dessen Memoarien. „Den Wunsch nach Achtung hält man im Heim für eine stärkere Kraft (als die Angst vor Bestrafung). Wie positiv sich dieses Prinzip auswirkt ... ist am Verhalten der Irren selbst zu erkennen“. Die Erfahrung, dass man die eigenen „krankhaften Eigenschaften“ überwinden könne, führe zur „Stärkung des Geistes“; „sie fördert die Gewohnheit einer heilsamen Selbstbeschränkung; diese Zielsetzung ist aller Erfahrung nach äußerst wichtig, um Irresein mit moralischen Mitteln heilen zu können“ (zitiert nach Shorter 1999, S. 72)

Maßnahmen zur Einschränkung während der Arbeit angewendet. Man muß im Gegenteil die Vorsichtsmaßnahmen einschränken, denn dadurch wird die Zahl der Patienten reduziert, die in Aggression hineingezogen werden, ihre Spannungen werden vermindert. Unglücksfälle durch unruhige Patienten gab es bei dem System der offenen Türen nicht, dafür war aber eine sorgfältige Beobachtung der Aufseher notwendig.“

Auch Korsakov hat sich 1887 auf dem ersten Kongress der russischen Psychiater für das non-restraint-System ausgesprochen, und auch Bechterev war ein Befürworter.

J.B. Tuke ist Schotte, aber auch in England wird um die Jahrhundertwende in der Medizin Ursache und Therapie im körperlich-äußeren gegründet, und in der Psychiatrie tritt an die Stelle der romantischen Anschuldigung der inneren Anlage und der Leidenschaft der Menschen – nun die Anklage ihres Sozial-Äußeren, des „Milieus“.

Für Dörner ist dies die Zeit der utilitaristischen und naturwissenschaftlich ausgerichteten Psychiatrie, in der mehr Irre in kürzester Zeit in den Stand bürgerlicher Nützlichkeit versetzt werden sollten – aber zugleich wurden auch die gesellschaftlichen Bedingtheiten des Irreseins schärfer gesehen.

B.3.: Die Entwicklung in Deutschland

In Deutschland halten sich die absolutistischen Sammelasyle bis zur Jahrhundertwende.

So beginnt z.B. Reil 1803 mit der Planung zur Errichtung einer „Staatsanstalt für Geistesranke“.

1905 entscheidet Hardenberg, in Bayreuth das dortige Tollhaus in eine psychiatrische Klinik umzuwandeln.

1812 erfolgt in Hessen-Nassau der Beschluss zur Errichtung einer Irrenanstalt neben der Korrekationsanstalt im sekularisierten Kloster Eberbach, die 1815 eröffnet wird; 1829 wird ein Verein zur Fürsorge Entlassener gegründet, 1839 wird ein Neubau geplant – Berater ist Roller – 1849 erfolgt die Eröffnung des „Eichbergs“ in Eltville, nahe Wiesbaden.

1812 werden die Irren aus dem Zucht- und Tollhaus Ludwigsburg nach Kloster Zwiefalten verlegt; Diebe als Wärter werden nicht länger beschäftigt, Ziel ist nicht Heilung, sondern separate Unterbringung und ein humanerer Umgang.

In Baden werden erst 1904 die Zuchthäusler und Waisenkinder aus dem „Waisen-, Toll-, Zucht- und Arbeitshaus Pforzheim“ verlegt, und Roller wird als „1. Irren-Siechenphysikus“ zur Leitung berufen.

Dem geht zweierlei voraus:

1. Wie in den anderen Ländern die Errichtung der undifferenzierten Internierungsanstalten mit Zwang als „Therapie“;
2. ein für Deutschland einmaliger Sonderweg.

Zu 1.: Undifferenzierte Internierungsanstalten

Dörner beschreibt auf den Seiten 186 – 189 die innere Dynamik der deutschen Entwicklung der Internierungsanstalten –nachfolgend hier als Ausriss:

Die Internierungsmaßnahmen müssen gerade in Deutschland unter dem Aspekt der Peuplierungspolitik gesehen werden, weil hier, die bevölkerungspolitische und ökonomische Katastrophe des Dreißigjährigen Krieges noch bis in das 18. Jahrhundert hinein zu spüren war und weil die deutschen Staaten ihre vergleichsweise geringe Ausdehnung nur durch die Zahl der Menschen ausgleichen konnten, wollten sie in der europäischen Politik mitreden. Hierfür und für den Aufbau einer autarken Wirtschaft war es erforderlich, die Untertanen, soweit möglich und wenn nötig durch Zwang, in Ehepaare, Arbeiter, Steuerzahler und Soldaten »zu verwandeln«. Dabei ging es auch hier um die »Polizierung« der Ausgegrenzten, der Reservearmee der Asozialen, die zumal in den geistlichen Territorien, über 25% der Bevölkerung ausmachten. Es ist zu berücksichtigen, daß diese Schicht durch alle jene immer wieder Zuwachs erhielt, die durch eine Fülle von Unglücks- oder Wechselfällen stigmatisiert waren: Abgebrannte, Krüppel, Kranke – darunter Irre –, Kriegsverletzte, Alte, Witwen, Waisen, abgedankte Soldaten oder Offiziere sowie durch die Justiz am Körper Bestrafte. Zwei Umstände traten hinzu. Einmal wurde diese soziale Unterschicht dem bürgerlichen Publikum in dem Maße sichtbar, in dem Klöster, Stifte und andere geistliche Besitztümer aufgelöst wurden und daher nicht mehr wie bis dahin einen großen Teil der Bettler absättigten. Zum anderen zerfielen, auch die übrigen gesellschaftlichen Strukturen, die seit dem Mittelalter Not und Unglück aufzufangen und erträglich zu machen suchten: die genossenschaftlichen Stützen in Berufsverband, Zunft und Nachbarschaft. Dies war zudem die erklärte Absicht der Politik der merkantilistischen Rationalisierung der Gesellschaft. Einer der seltenen Fälle, in denen sich der Reichstag im 18. Jahrhundert unschwer zur Beschlußfassung bereitfand, war das Reichsgesetz von 1731 zur Reformierung des Handwerkswesens, in dem den Zünften fast alle selbständigen Handlungen, Anordnungen und Rechte zugunsten des Staates entzogen wurden. Auch entwickelte sich in demselben Zusammenhang, allmählich jenes Familienbewußtsein, das sich nur noch für die nächsten Angehörigen verantwortlich fühlte, für notleidende oder gescheiterte entferntere Verwandte aber weder Unterbringung noch Hilfe zu leisten sich für fähig und verpflichtet hielt. Hierbei spielte die vom Staat forcierte, z. T. erzwungene Frauen- und Kinderarbeit in vielen Gegenden – bzw. auf dem Land der Gesindezwangsdienst – eine die traditionelle Familienstruktur desorganisierende Rolle, und das schon vor der Industrialisierung. Gerade für die Situation der Irren mußte sich das auswirken. Schwach- und Blödsinnige fanden nicht mehr so leicht eine stille Ecke oder die notwendige Aufsicht in den Familien. Andere Irre gehörten nicht mehr wie selbstverständlich zur Gemeinschaft. So wurden durch Irre verursachte Zwischenfälle häufiger der Allgemeinheit sichtbar.

Eine nach vernünftigen Prinzipien verfahrenende Verwaltung mußte sich durch die unangreifbare Unvernunft der Irren provoziert fühlen. Diese fielen um so mehr unter die Zuständigkeit der zugleich ordnungsstiftenden und zu Vernunft und Arbeit erziehenden Verwaltung, als auch die aufgeklärten Kirchen kaum noch der Irren als Hexen und dämonisch Besessenen bedurften – weder aus theologischen Gründen noch zur Demonstration ihrer weltlichen Macht. Der Charakter des bedrohlich Fremden der Irren in Staaten, deren Politik die Autarkie gegen alle fremden Einflüsse anstrebte, zeigt sich auch daran, daß sie nicht nur in verschiedenen festen Häusern interniert, sondern auch über die zahlreichen Grenzen abgeschoben oder durch bezahlte Verschiffung in die Neue Welt oder andere Kolonien exterritorialisiert wurden. Es bestanden Anstaltsordnungen, nach denen die Irren wegen ihrer Gemeingefährlichkeit auch bei einer Feuersbrunst nicht von ihren Ketten befreit werden durften. An den Verfahrensweisen den Irren gegenüber wird die Raumorientierung der Administration der Territorialstaaten dieser Zeit anschaulich – wer sich außerhalb der Grenzen der Vernunft, der Arbeit und des Anstands stellt, wird im wörtlichen Sinne ausgegrenzt; wer sich der Ordnung entfremdet, wird zum Fremden gemacht; wer am Verstande, dem eigentlich Menschlichen, verarmt, kommt zu den übrigen Armen, wer seiner Animalität zügellos die Freiheit läßt, gehört zu den Tieren und wird wie sie in Käfigen, zur Schau gestellt; wessen Ideen und Handlungen exklusiv und fix sind, wird ausgeschlossen und fixiert; und wessen Urteil von der korrekten Übereinstimmung mit der Wirklichkeit verrückt ist, wird in Korrektionshäuser ver-rückt. Diese Verräumlichung hat ihr Extrem in Vorrichtungen, die die gefährliche Expansivität der Irren geradezu auslöschen wollen: in den gebräuchlich werdenden Dollkästen, transportablen Kisten oder Verschlägen, durch die jede Bewegung beliebig lange verhindert werden kann. Obwohl das System des mechanischen Zwangs und der Strafen der verschiedenen Zucht-, Arbeits- und sonstigen Häuser allgemein bekannt war; empfanden .es Gemeinden wie Familien als Erleichterung, wenn es ihnen gelang, einen der gefragten Plätze zu erlangen. Es war dies die humanste Möglichkeit, sich vor der Verantwortung für einen Irren zu entlasten. Meist konnten nur Rasende, also Gefährliche, aufgenommen werden, und

verschiedentlich schrieben Verordnungen vor, daß es nur »landeseigene« Irre sein durften. Als vielsagender Beleg für das Strafsystem mag der Revers stehen, den ein Melancholiker in Kiel 1760 vor der Entlassung unterzeichnen mußte: »Ich Endes Unterschriebener reversiere mich hiedurch, statt wirklichen Eides bey dem Worte der ewigen Wahrheit, so wahr mir nemlich Gott zur Seeligkeit helffen soll, daß ich mich nach erhaltener Befreyung vom bisherigen Arrest, an niemand Rächen wolle.« In derselben Gegend, in Neumünster, war freilich kurz zuvor der seltene Fall vorgekommen, daß ein Dollwärter kassiert wurde, weil er u.a. Irre ohne Ursache traktiert hatte.

Die Selbstverständlichkeit, mit der der Zwang der Internierungshäuser akzeptiert wurde, kann wohl nur im Zusammenhang damit verstanden werden, daß die gesamte nicht privilegierte bürgerliche Gesellschaft, die bis weit in die zweite Hälfte des 18. Jahrhunderts noch kaum zum Selbstbewußtsein und zu den Einrichtungen einer auch nur literarischen Öffentlichkeit gekommen war, gewissermaßen selbst eine Anstalt darstellte, deren Insassen vom Staat und von der Kirche zwar auch durch Belohnung, aber vor allem durch Zwang zur Vernunftordnung und Arbeitsmoral erzogen wurden, und zwar zur Verbesserung des allgemeinen und damit auch des eigenen Wohls – nach dem fridericianischen Satz: »Alles für das Volk, nichts durch das Volk«. In diesem Sinne wurde weithin zugestanden, daß viele Fürsten mit ihrer merkantilistischen Förderung der adeligen und bürgerlichen Unternehmer und der Bekämpfung der ökonomisch unvernünftigen ständischen Ordnungselemente fortschrittlicher waren als das übrige Bürgertum. So unterschieden sich die Insassen von Zuchthäusern wenig von sonstigen Beschäftigungslosen aller Art und von Soldatenfrauen und -kindern, was die staatliche Zwangsarbeit und Unterstützung privater Fabrikanten angeht, wenn es in zwei preußischen Zirkularen heißt: »Auf angebrachte Beschwerde der Tuchfabrikanten, daß es ihnen an Gespinst ermangele [...], wurde zu Anfang des Jahres 1761 denen sämtl. Dominiis – sc.Schlesiens – anbefohlen, daß sie die in ihren Dörfern befindlichen Personen beiderlei Geschlechts, alte und junge, welche sonst kein anderes Gewerbe oder Verdienst haben und auf der faulen Bank liegen [...] zum Wollspinnen vor die in ihren Gegenden befindlichen Tuch- und andern Fabrikanten anhalten«; so 1761. Und 1763: »Die Soldaten-Frauen und -Kinder sollen zwangsweise spinnen.«

Wenn auch die Ausgegrenzten soviel wie möglich zu arbeiten hatten, so wurde doch die Erziehungsfunktion der Zwangshäuser für die übrige Bevölkerung ihrem unmittelbar ökonomischen Nutzen mindestens gleichgesetzt. Die bloße Existenz der Zwangshäuser sollte als Mahnung zur Arbeitsamkeit wirken, so wie die Schaustellung der Irren (»Narretei«) neben der Belustigung der moralischen Belehrung diente. Es galt als Ideal, wurde auch von Wiener Kameralisten wie Sonnenfels gelehrt, Manufakturen in zugleich nützlicher und bedrohlicher Nähe zu Zucht-, Arbeits- und Waisenhäusern anzulegen. In einer Quelle dieser Zeit heißt es: »Ein Land kommt in Aufschwung, wenn die Seyden- und Wollrnanufacturen wohl eingerichtet seyn und nur ein Zuchthaus dabei ist, durch dessen Furcht das liederliche Gesindlein zum erfordernten Fleiß und Arbeit angewiesen wird, [...] das ist [...] gewiß, daß mit Zucht- und Waysenhäusern neue anzulegende und einzuführende Manufacturen gar unvergleichlich und am besten mit einander zu verknüpfen sind.«

Die Wirtschaftspolitik der Fürsten, die Arbeitserziehung und die Unterstützung privater Unternehmer enthielten Elemente, die zur Verselbständigung der sich kapitalistisch organisierenden Wirtschaft ebenso beitrugen wie zur Entwicklung des Selbstbewußtseins der Bürger. Hatte der Merkantilismus bewirkt, daß die ehemals private wirtschaftliche Tätigkeit in den Rang des höchsten allgemeinen und die Öffentlichkeit bestimmenden Interesses erhoben wurde, so mußte derselbe Prozeß die wirtschaftliche Orientierung vom Modell des Oikos zu dem des freien Marktes in eine Ordnung überleiten, in der die Wissenschaft der Ökonomie nicht mehr als Teil der Verwaltungslehre, der Polizei, rangierte, in der das »subjectum« der staatlichen Verwaltung, der öffentlichen Gewalt, sich zum Subjekt einer gesellschaftlichen Öffentlichkeit emanzipierte, in der sich also die bürgerliche Gesellschaft dem Staat gegenüber konstituierte. »Die Gesellschaft ist die Form des Zusammenlebens, in der die Abhängigkeit des Menschen von seinesgleichen um des Lebens willen und nichts sonst zu öffentlicher Bedeutung gelangt, und wo infolgedessen die Tätigkeiten, die lediglich der Erhaltung des Lebens dienen, in der Öffentlichkeit nicht nur erscheinen, sondern die Physiognomie des öffentlichen Raums bestimmen dürfen.«

In diesem am Leben und seiner Erhaltung orientierten öffentlichen Raum gehören nun aber die persönliche Freiheit der Wirtschaftenden und Arbeitenden, ihre Vertragsfähigkeit und -freiheit im bürgerlich-rechtlichen Sinn zu den objektiven Bedingungen der Wirtschaft. Das führt zur ökonomischen und davon nicht trennbar – humanitären Kritik an Zweck- und Sittengemäßheit des merkantilistischen Instruments der Zwangsarbeit und der ausgrenzenden Institutionen, zwingt zu der Erfahrung, daß die

Arbeit Unfreier ineffizient ist. Wie zuvor in England und zum Teil in Frankreich konnten diese Einsichten in Deutschland erstmals Resonanz finden in den 1780er Jahren des Industrialisierungsbeginns, der Frühromantik und der ersten sozialen Reformen. Auf Maschinen basierende Betriebsgründungen erforderten individuelle Initiative und freie Risiko-Kalkulation; technisierte Produktionsprozesse verlangten nach der Qualität von Spezialarbeitern und der Quantität schnell disponibler und gegenüber den merkantilistischen Beschränkungen freizügiger Bevölkerungsteile zu fragen; kostspielige und langfristige Planungen lehrten die Bedeutung der Gesundheitspflege und vorbeugenden Hygiene der Gesamtbevölkerung.



Abbildung 4 Die Anwendung einer Elektroschock-Therapie

B.3.1.: Der erste deutsche Sonderweg - Ambulante Psychotherapie und Somatik

Den einleitend aufgezählten Anstaltsgründungen geht in Deutschland ein äußerst spezifischer Ausfluss der Aufklärung voraus, der für ca. 100 Jahre auf Deutschland beschränkt blieb: die Anfänge einer ambulanten Psychotherapie und der Somatik.

Wie kam es dazu?

In England und in den USA hatte die Aufklärung die Entstehung der Demokratie zur Folge, in Frankreich führte sie zur Revolution von 1789, in Deutschland setzte mit der Aufklärung „Das Jahrhundert der Dichter und Denker“ ein, wie es die Schweizer Französin Germain de Stael formulierte. Die Zahl der Schriftsteller stieg zw. 1773 und 1787 von 3.000 auf 6.000.

Man könnte auch sagen:

in Deutschland ging die Aufklärung mit der Romantik eine schnelle Symbiose ein. Es folgte eine Abkehr von der Vernunft – hin zu Gefühl und Glaube.

„Wenn Gott nicht existierte, müsste man ihn erfinden; aber die ganze Welt ruft uns zu, dass er existiert“ (Voltaire 1778)

Die gesamte literarische Öffentlichkeit wendet sich der eigenen Innerlichkeit und deren Unvernunft zu: es geht um die Erfahrung des Ichs und der Tiefen der menschlichen Seele.

In Jena prägen die Brüder Schlegel, in Heidelberg Brentano, Görres und Grimm.

Schelling, Fichte, Schleiermacher, Novalis und Adam Müller sind zusätzlich zu nennen.

Die Unvernunft wird zum inneren Erlebnis der Zeit – und die Beschäftigung mit Medizin gehört zum guten Ton:

Alle gebildeten Ärzte studieren auch Philosophie, und alle Philosophen studierten ein paar Semester Medizin oder beschäftigten sich damit. Das Ergebnis war ein Veröffentlichungsschub in den Jahren 1796-1798 mit Werken, die u.a. an das erste Lehrbuch der Psychotherapie anschlossen. So wird in Deutschland das allererste Lehrbuch der Psychotherapie veröffentlicht:

Johann Christian Bolten (21.11.1727-5.11.1757): *Der Arzneiwissenschaft Doktors Gedanken von psychologischen Kuren*“, Halle im Magdeburgischen, verlegt von Carl Hermann Hemmerde 1751.

Es folgte z.B. Schmidts „Versuch über die psychologische Behandlungsart der Krankheiten des Organs der Seele“. Das Schlagwort vom „Organ der Seele“ war gerade im Jahre zuvor durch den Mainzer Arzt und Goethefreund Samuel Soemmering (1796) in die Welt gesetzt worden.

Die ambulante Psychotherapie kann als deutsches Ergebnis der Aufklärung angesehen werden!

Die in Deutschland so praktizierenden Ärzte nannten sich philosophische oder psychische Ärzte – und stellten sich als dritte neben

- die, die mit dem Messer heilen - Chirurgen,
- die, die mit Medizin heilen - Mediziner, Physici,
- als die, die mit ihrer Psyche heilen - das sind die „psychischen Ärzte“

Dieser „psychische Arzt“ wird von Heinroth zu „Psychiater“ latinisiert und Rheil (s.u.) prägt den Begriff Psychiatrie; mit den Begriffen wird die entstandene Realität Wirklichkeit.

Langermann veröffentlicht 1797 in Jena seine berühmte „Dissertatio de Methodo cognoscendi curandique animi morbos stabilienda“. >Über die Festlegung einer Methode, Seelenkrankheiten zu erkennen und zu heilen<, welches man als erstes Werk der Psychosomatik ansieht. Andreas Röschlaub (1798), einer der frühen Psychotherapeuten in Bamberg und außerordentlicher Professor an der dortigen Universität veröffentlichte ein Buch über den Einfluss der Brownschen Theorie auf die Heilkunde wie er übrigens dessen ganzes Werk übersetzte (1806-1807) und so für Deutschland und Italien dessen Wegbereiter wurde.

Den Ärzten standen die Philosophen nicht nach, und Kant spielt dabei eine besondere Rolle: er gilt in der „Kritik der Urteilskraft“ als der Begründer der „Einheitspsychose“. Er stellt den Kategorien der Vernunft - die der Unvernunft gegenüber:

- Wirklichkeit und Unwirklichkeit vs. Verrückung
- (Bewertung) Urteil vs. Wahnsinn

Verstand

vs. Wahnwitz

- und er ruft der Welt zu: „habe Mut, Dich Deines Verstandes zu bemühen“ – womit er sich zugleich als Apologet der „Moralischen Psychiatrie“ zeigt.

Er veröffentlicht 1798 nicht nur seine kleine Schrift „Von der Macht des Gemüths durch den bloßen Vorsatz seiner krankhaften Gefühle Meister zu sein (1798), sondern auch seine „Anthropologie“ (1798a), die eigentlich ein philosophisches Lehrbuch der Psychiatrie ist. Die in dem Buch vertretene Auffassung, dass psychische Störungen immer somatisch oder wenigstens erblich seien, wird zwar noch nicht als Dogma formuliert, steht aber in einem deutlichen Gegensatz nicht nur zu den idealistischen Philosophen, sondern deutet die Ära der „Somatiker“ an, die auf die „Psychiker“ bzw. die „Moralische Psychiatrie“ folgen.

Der Kant-Schüler und Kant-Interpret und Kant-Freund Markus Herz (1798), Arzt in Berlin und zugleich Professor für Philosophie und Ehemann der unberechtigterweise viel berühmteren Henriette Herz, veröffentlichte 1798 eine ausführliche psychotherapeutische Krankengeschichte über seinen Patienten Karl Philipp Moritz, der in der internationalen psychiatrischen Literatur als Herausgeber der ersten psychiatrischen Zeitschrift der Welt (1783-1793) gefeiert wird und ein paar Jahre zuvor den ersten autobiographisch-psychologischen Roman der Welt veröffentlicht hatte (Moritz, 1785-1790).

Der idealistische Philosoph Schelling veröffentlichte in diesen Jahren sowohl seine wichtigsten philosophischen wie auch psychiatrischen Werke, nämlich seine „Naturphilosophie“ (1797) und „Von der Weltseele, eine Hypothese der höheren Physik zur Erklärung des allgemeinen Organismus“ (1798), in den gleichen Jahren aber auch mehrfach wichtige Bemerkungen zur Psychotherapie (1799). Weniger bekannt ist, dass sein Bruder Karl Eberhard Schelling Arzt war und zu den bedeutenden Psychotherapeuten seiner Zeit gehörte (1806).

Mit der theoretischen Begründung dieser von einigen Autoren als „psychotherapeutisch“ klassifizierten Medizin werden ein paar Jahre später die ersten psychiatrischen Institutionen gegründet, nämlich 1804 in Bamberg durch Marcus und den dortigen Forstbischof Franz Ludwig von Erthal und im darauf folgenden Jahre in dem vorübergehend zu Preußen gehörenden Bayreuth durch Langermann.

Für Langermann – stark von Kant und Fichte beeinflusst – war die soziale Integration identisch „mit der Ausdehnung des Unbedingtheitsanspruchs des Sittengesetzes und der Selbstverantwortlichkeit der vernünftigen Persönlichkeit auch auf diese Unvernünftigen.“ (Dörner S. 278 in Blasius S. 33)

Die Bewertung dieser ersten Gründungen sind äußerst unterschiedlich; so betont Peters:

„Die heutigen Psychosomatiker-Psychotherapeuten haben noch nicht bemerkt, dass ihre Institutionen genauso alt sind wie die Heil- und Pflegeanstalten. Es war ihnen aber nur ein kurzes Leben beschieden, denn 1806 wurde die preußische Militärmacht zerschlagen und Napoleon gewann die Herrschaft praktisch über ganz Deutschland und es folgten damit Umorganisationen, denen diese Institutionen zum Opfer fielen“.

(Peters bei einem Vortrag zum 100jährigen Bestehen des Krankenhauses Weilmünster 1997)

Dörner und Blasius bewerten die Epoche in einer anderen Perspektive.

Sie sehen zum einen, wie die romantisch-naturphilosophische und idealistische Orientierung der Epoche ihren Ausdruck findet in der „Moralischen Psychiatrie“ der eher theoretisierenden Professoren A. Haindorf (1782-1862), J.C.A. Heinroth (1773-1843) und K.W. Ideler (1795-1860), die ihre Theoriegebäude auf dem Terrain errichten konnten, das ihnen die Philosophen der Aufklärung und Romantik bereitet hatten. Daneben findet die Entwicklung des Irrenwesens als Anstaltswesens mit psychischen Kuren von höchster Brutalität statt (siehe weiter unten, beginnend mit Rheil).

(► *Eine kurze Einführung in Leben und Werk von K.W. Ideler finden Sie unter „weitere Materialien“*)

„Psychiatrietheoretisch“ folgten die Professores voll und ganz den französischen Vorbildern von Pinel (1801) und Esquirol (1838).

Dabei ist jedoch darauf hinzuweisen, dass Esquirol sein bekanntes Werk, das hauptsächlich eine Zusammenstellung vorher publizierter Artikel darstellt, in Frankreich erst 1838 veröffentlichte.

In Deutschland war auf Anregung Heinroths durch Hille (1827) bereits 1827 eine Übersetzung von Esquirols Artikeln in Buchform veröffentlicht worden. Die Deutschen schätzten besonders die klaren klinischen Beschreibungen, die in der Tradition der großen französischen Kliniker begründet waren. Daher erschienen auch die genannten Werke von Pinel und Esquirol noch im Jahre ihres ersten Erscheinens auch in deutscher Übersetzung.

B.3.2.: Die Kristallisationspunkte der Paradoxie von Philosophieren und Handeln: Die deutschen Vorbild-Institutionen Sonnenstein und Siegburg

Die erste öffentliche deutsche Institution nach dem Vorbild von Esquirol wurde 1811 in Sonnenstein in Sachsen eingerichtet.

Demgegenüber entstand in Frankreich die erste **öffentliche** Institution, welche nach den Prinzipien von Pinel und Esquirol eingerichtet wurde, erst 1838.

Bis dahin hatte es in Frankreich nur reine Bewahranstalten gegeben, und die von Esquirol im Jahre 1802 gegenüber der Salpêtrière eingerichtete Klinik, die als Urzelle der Sozialpsychiatrie gilt, war eine private.

Christian August Hayner wurde 1806 leitender Arzt des „Zuchthaus Waldheim“, und 1810 legte er im Auftrag der sächsischen Regierung seinen Vorschlag von Sonnenstein als einem „Clinicum physicum“ für die Heilbaren und von Waldheim als einer Pflegeanstalt für „meine unheilbaren Brüder und Schwestern“ vor.

Bevor sich Hayner jedoch mit seinem Konzept auf der Festung Sonnenstein durchsetzen konnte, musste er gegen Rheil ankämpfen, der auf Pinel gerichtet formulierte:

„Dass wir über kurz oder lang eine systematische Theorie der psychischen Curmethode bekommen werden, glaube ich. Aus der Republik [Frankreich]? Das glaube ich nicht“

- und er legte seine „Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode“ 1803 vor, sein Hauptwerk, das gemeinhin als der Beginn der deutschen Psychiatrie gilt.

Rheils Rhapsodien – ein widersprüchliches Werk am Übergang von Aufklärung und Romantik zur Industrialisierung.

Zur Veranschaulichung ein Ausriss aus Jürgen Thebrath: Zur Entwicklung der Psychiatrie, in: Laienhilfe in der Psychiatrie 1976

Reils Rhapsodien

Als Beginn der deutschen Psychiatrie gilt allgemein das psychiatrische Hauptwerk von Johann Christian Reil, die 1803 erschienenen „Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen“ (13). Reil, der übrigens auch den Begriff „Psychiatrie“ geprägt hat (14), beklagte in den Rhapsodien die traurige Lage der armen Irren: „Wir sperren diese unglücklichen Geschöpfe gleich Verbrechern in Tollkoben, ausgestorbene Gefängnisse, neben den Schlupflöchern der Eulen in öde Klüfte über den Stadttoren, oder in die feuchten Kellergeschosse der Zuchthäuser ein, wo-hin nie ein mitleidiger Blick des Menschenfreundes dringt, und lassen sie, an-geschmiedet an Ketten, in ihrem eigenen Unrat verfaulen. Ihre Fesseln haben ihr Fleisch bis auf die Knochen abgerieben, und ihre hohlen und bleichen Gesichter harren des nahen Grabes, das ihren Jammer und unsere Schande zudeckt. Man gibt sie der Neugierde des Pöbels preis, und der gewinnsüchtige Wärter zerrt sie wie seltene Bestien, um den müßigen Zuschauer zu belustigen.“ (15)

Brutale Kur

Zur Paradoxie der entstehenden Psychiatrie gehörte, daß Reil seinen sittlichen Anspruch, den Kranken zu helfen, mit Hilfe einer psychischen Kur einzulösen versuchte, deren Brutalität kaum zu über-bieten war. Reils Therapie begann mit der totalen Unterjochung, der radikalen Brechung des Patienten, der sich an absoluten Gehorsam zu gewöhnen hatte, um dann „von der untersten Stufe der Sinnlosigkeit durch eine Kette von Seelen-reizen aufwärts zum vollen Vernunftgebrauch“ (16) geführt werden zu können. „Schon die Verbringung in eine Heilanstalt soll den Patienten aller gewohnten Stützen berauben, ihn boulevrieren und ihn zum willenlosen Werkzeug der ihn zur Vernunft gängelnden Ärzte machen: nächtliche Fahrten in eine ferne, unbekannte Gegend; bei der Ankunft Trommelschlag, Kanonendonner, Mohren zum Empfang; die Officianten sprechen eine fremde, sonore Sprache. Die Erscheinung und der Charakter der Anstaltsleiter sollen jeden Widerstand des Patienten sinn-los erscheinen lassen.“ (17)

Reil entwarf phantastische Anleitungen zu Terror und Brutalität, die später teil-weise in den Heilanstalten verwirklicht wurden. „Man ziehe den Kranken mit einem Flaschenzug an ein hohes Gewölbe, so daß er wie Absalom zwischen Himmel und Erde schwebt, löse Kanonen neben ihm, nahe sich ihm unter schreckenden Anstalten mit glühenden Eisen, stürze ihn in reißende Ströme, gebe in schein-bar wilden Tieren preis.“ (18)

So erwies sich Reil mit seinen „Rhapsodien“ als Protagonist jener Psychiater, die auch später immer wieder humanitäre Ziele proklamieren sollten und dabei gleichzeitig Foltertechniken zur Anwendung empfahlen, für die also die Heilung alle Mittel heiligen sollte.

Beginn in Bayreuth

Die Rhapsodien — so schreibt Dörner — „erregten die Gemüter — jedoch mehr zum Philosophieren als zum Handeln.“ (19). Von größerer Bedeutung für die Lage der psychisch Kranken und deren Versorgung war die 1805 vom späteren Staatskanzler von Hardenberg getroffene Entscheidung, in Bayreuth das dortige Tollhaus in eine „Psychische Heilanstalt für Geisteskranke“ umzuwandeln. „Nach der erfolgten Trennung von Geisteskranken und Dissozialen markiert dieses Ereignis den Anfang einer modernen ärztlichen Irrenheilkunde im deutschen Sprachgebiet.“ (20) Mit der Gründung dieser ersten „psychischen Heilanstalt“ bekannte sich der Staat zu seiner Verpflichtung gegenüber den psychisch Kranken.

Unter den politischen Nachwirkungen der französischen Revolution sowie unter dem Einfluß der Lehren von Pinel, dem die historische Befreiung (1794) der psychisch Kranken von Ketten zugeschrieben wird (21), und dessen Schüler Esquirol sowie der Engländer Willis und Tuke und deren „moral management“ gingen allmählich die größten, vermeintlich therapeutischen Zwänge und Mißhandlungen zu-rück, allerdings häufig nur, um „subtileren Formen des psychischen und moralischen Zwanges“ (22) Platz zu machen.

Festung Sonnenstein

Als Verfechter eines humanen Umgangs mit psychisch Kranken gilt Hayner, der nach einer Lehrzeit bei Pinel und Esquirol das therapeutische Konzept der sächsischen Anstalt Sonnenstein bestimmte. Hayner „polemisierte in zahlreichen Ein-gaben an die Behörden gegen Mißstände, propagierte Pinel gegen Reil und entlarvte mit Vorliebe alte Zwangsmethoden, die von manchen Reformern lediglich mit neuer idealistisch-pädagogischer Begründung maskiert würden: ‚Verflucht sei also von nun an jeder Schlag, der einen Elen-den trifft aus dieser bejammernswürdigen Klasse der Leidenden! Ich rufe Wehe! über jeden Menschen, er stehe hoch oder niedrig, der es genehmigt, daß verstand-lose Menschen geschlagen werden!“ (23) In der ehemaligen Festung Sonnenstein wurde erstmals konsequent versucht, Kontakt zu den entlassenen Patienten zu halten — ein sozialpsychiatrisches Prinzip,

das heute bei weitem noch nicht all-gemein verwirklicht ist. Schließlich erreichte Hayner 1833, daß in Sonnenstein nicht mehr Sträflinge als Wärter eingesetzt wurden.

Klöster als Heilanstalten

Nachdem Behandlung und Pflege der psychisch Kranken etwas humanere Formen angenommen hatten, „stieg der Bedarf an Unterbringungsmöglichkeiten für psychisch Kranke stark an“, (24) was die Staaten zur Gründung zahlreicher psychiatrischer Anstalten und zur Umwandlung von (durch die Säkularisation dem Zugriff frei gewordenen) Klöstern und Abteien in Heilanstalten veranlaßte. „Zählt man ausschließlich die öffentlichen Anstalten für erwachsene Geisteskranke, so wurden zwischen 1800 und 1860 insgesamt 76 psychiatrische Krankenhäuser neu errichtet und weitere 18 Altbauten ... in psychiatrische Anstalten umgewandelt.“ (25)

Waren die ersten Spitäler noch klein (26), so wuchsen die Anstalten unter dem Druck steigender Aufnahmeziffern. Um die Mitte des letzten Jahrhunderts wurden durchschnittlich 300 bis 400 Patienten in einer Anstalt versorgt.

Für viele Autoren sind Sonnenstein und ihr Leiter Heyner der Beginn humanerer Behandlung und Unterbringung; für Shorter ist es die Anstalt Siegburg mit ihrem Leiter Jacobi.

Die Betrachtung der Anstalt Siegburg ist nicht nur psychiatrie-historisch interessant, sondern auch aufgrund der drastisch voneinander abweichenden Beschreibungen der Praxis - auf der Basis eines einzigen Werkes, nämlich den „Erinnerungen eines alten Irrenarztes“ (Pelmann 1912).

„Im Grunde war es die Siegburger Anstalt und nicht Sonnenstein, die zum Wegweiser der mitteleuropäischen Reform wurde. Denn .. Jacobi (pflegte) seine Erkenntnisse zu veröffentlichen und setzte zu Heilzwecken mehr als Bäder und gute Absichten ein. Beinahe buchstabengetreu hielt er sich an die Rezepte der Gründergeneration, überzeugt von der restaurativen Wirkung eines geregelten Tagesablaufs und dem Einfluss, den der Arzt als Vorbild an Anstand und Tugend ausüben konnte.“ (Shorter 1999, S. 66f)

Shorter folgt dem romantischen Teil der Rückerinnerungen von Karl Pelman, der unter dem Leiter Jacobi Assistent war; Pelman erinnert sich (nun als Leiter einer anderen Anstalt) an „diese glücklichen Tage der deutschen Psychiatriegeschichte. ... Nun, als Leiter einer Anstalt, müsse er Stunden am Schreibtisch verbringen und Fragebögen beantworten, deren Sinn und Zweck sich ihm nie ganz erschließen würde. In Siegburg seine noch keine forensischen Gutachten gefordert worden. Damals habe man sich ganz den Patienten widmen können, und es habe eine beinahe familiäre Atmosphäre geherrscht. Jeder habe am Wohl und Wehe des Einzelnen Anteil genommen. Wenn es im Leben eines Arztes mal einen Trauerfall gegeben habe, hätten sich sogar die Patienten auf der geschlossenen Station irgendwie verpflichtet gefühlt, ruhig zu sein und weniger Lärm zu machen. Diese Geist“, ergänzt Shorter die Erinnerungen von Pelman, „war es, der die Reform des „Irrenwesens“ in Deutschland auf den Weg brachte.“

(Shorter 1999, S. 69 - nach Pelman: Erinnerungen eines alten Irrenarztes, Bonn 1912, S. 47)

So kann man die Siegburg im Rückgriff auf Pelmans Erinnerungen darstellen - aber auch ganz anders, wie z.B. anlässlich des 25. Weinsberger Kolloquiums.

Pelman erinnert sich nämlich auch, dass dem Nahrungsverweigerer der Mund mit einer Schraube geöffnet und eine lange Sonde in den Magen eingeführt wurde; daneben galt Nahrungsentzug als Strafe, ebenso wie die „Anwendung der Rute“. Als Therapie verstanden wurde u.a.: „Bei der Dusche wurde der nackte Oberkörper auf einen Zwangsstuhl gesetzt und der Oberwärter leitete den Strahl einer Brandspritze auf seinen Rücken und die Arabesken,

die sich unter dem scharfen Strahl in breiten Striemen auf der Haut bildeten, zeigten ebenso von der langen Übung des ausübenden Beamten wie das Gebrüll des Kranken von den angenehmen Empfindungen, die er dabei empfand“.

Patienten wurde der Schädel mit Quecksilbersalbe eingerieben, was eine Knochennekrose mit Reizung der Hirnhäute nach sich zog; die therapeutische Theorie: die Symptome seelischer Krankheiten werden bei körperlicher Erkrankung zurückgedrängt.

B.3.3.: Der zweite deutsche Sonderweg: Die Verwaltung der Unvernunft

Blasius sieht diese zweite, auf Deutschland beschränkte Besonderheit.

Deutschland besitzt als „die verspätete Nation“ keine bürgerliche Gesellschaft und kein „reflexives Bewußtsein“ – und so wird die Irrenreform integraler Bestandteil der preußischen Staates (Blasius), damit war sie nicht (wie in Frankreich oder England) Ausfluss eines erstarkenden Bürgertums, sondern obrigkeitsstaatlicher administrativer Aktivität.

Nach innen, in den Anstalten, sollen die Irren mit der Herrschaft des Sittengesetzes durch Strenge und strafende Autorität zur Vernunft gebracht werden. (so Langermann 1804 in seinem Plan für die Veränderungen des Bayreuther Irrenhauses) – es war eine „ethische Psychiatrie“, geprägt von Kant und Fichte, mit einem „ethischen Rigorismus“, der versuchte, die große Idee der bürgerlichen Vernunft dem staatlichen und gesellschaftlichen Leben „von oben“ aufzuprägen (Blasius S. 33)

„Keine medizinische Theorie kennzeichnet die Anfänge der deutschen Psychiatrie; sie blieb bis weit in den Vormärz hinein von einer eher administrativ als wissenschaftlich vermittelte Psychiatrie (Kant) abhängig“ (Blasius S. 33)

Eine detaillierte Analyse der Anstaltsgründungen zeigt, dass – im Gegensatz zu Amerika, England und Frankreich – nicht das erstarkte Bürgertum allein die Asyle, und damit die Lehranstalten für ein ordentlich–sittliches Leben, durchsetzen konnten, sondern dass das Bürgertum sich dazu der Bürokratie bedienen musste; so kam es zu einem staatlich–bürokratischen „deutschen Sonderweg“, der heute noch nachwirkt.

(Siehe hierzu Blasius´ Hauptwerk: Der verwaltete Wahnsinn 1980)

Auf ökonomischer Ebene beginnt dieser Prozess mit dem Entzug der Privilegien der Zünfte zugunsten des Staates bereits 1731.

B.3.4.: Zusammenfassung.

Die Aufklärung und die an sie anschließende bürgerliche und industrielle Revolution hatte zur staatlich organisierten sozialen Fürsorge geführt – „staatliche“ Altersheime, Fremdenheime, Waisenhäuser und Kindergärten auf der einen Seite, und Zuchthäuser für Kriminelle – die, die nicht arbeiten **wollten** – und „Irren- und Idiotenanstalten“ für die, die nicht arbeiten **konnten**.

Daneben wurden die Krankenhäuser von ihren sozialen Aufgaben befreit, die sie bis dahin noch hatten, und die Irren- und Idiotenanstalten wurden Teil des sozialen, allerdings nicht des medizinischen Systems – dies war der Beginn der Anstaltspsychiatrie.

Die Reformphase der „somatischen Psychiatrie“

In dem Maße, in dem sich die soziale Frage im Vormärz schärfer und schärfer stellte, „reichte der staatlich verordnete Rigorismus kantischer Provenienz zu ihrer Lösung nicht mehr aus“ (Blasius S. 34) – und mit der sozialen Seite des Irrenproblems konfrontiert begann in Deutschland ein Neubeginn der Psychiatrie, der von den Anstaltspraktikern ausging.

Mit dem „Sachsenberg“ (1830 bei Schwerin „gemeindenah“ eröffnet) wird **die Wende von romantisch-moralischen, idealistischen Psychiatrie der „Psychiker“ zur somatischen Psychiatrie** markiert.

C.1.: Zur Geschichte der Hilfsvereine

In dieser Epoche, da die „Moralische Psychiatrie“ der „Psychiker“ von den „Somatikern“ abgelöst wird fällt die Gründung der Hilfsvereine, die sich den Problemen der Anstalten und ihrer Insassen annehmen.

Die Zentralisierung und Internierung der Dysfunktionalen führt zur Gründung von **Hilfsvereinen**.

Jürgen Thebrath zeichnet auf den folgenden Seiten deren Geschichte bis 1900 nach: (*Ausschnitt aus: Jürgen Thebrath: Zur Entwicklung der Psychiatrie in: Laienhilfe in der Psychiatrie, 1978*)

Die Cultur eines Volkes ist nicht allein nach dem Umfange seines Wissens, nach ein Reichthum der Kenntnisse zu bemessen, die es auf dem Gebiet der Politik, der Künste, des Handels und der-Industrie verwerthet, — sondern auch nach einem sittlichen Streben, nach der Art und Ausdehnung, in welcher es seine sozialen und nationalen Pflichten erfüllt. u diesen Pflichten gehört, ganz in Übereinstimmung mit den Lehren der christlichen Religion, die Fürsorge für die Armen, Hülfslosen und -Kranken, und ein Volk wird um so mehr der Gebrechen des körperlichen und geistig-moralischen Elends werththätig und helfend sich annehmen, — als es begreift, dass dieselben vielfach in ihm selbst wurzeln, dass es soziale Uebel sind, für welche das leidende Individuum nur zum Theil oder gar nicht verantwortlich ist. Durch Gründung an Hilfsvereinen für Irre macht die Gesellschaft pflichtmässig möglichst wieder gut, was sie selbst verbrochen hat, und folgt gleichzeitig dem Gebote der Klugheit und Selbsterhaltung.“ (4) (Brosius in „Irrenfreund“ einer Monatszeitschrift zur Förderung der „Hilfsvereine“ aus dem Jahr 1877. zitiert nach Thebrath)

3. Der erste Hilfsverein für „entlassene Geistesranke“

Der erste Hilfsverein im deutschsprachigen Raum wurde 1829 von Lindpaitner, einem der Leiter des Korrektionshauses Eberbach in Hessen-Nassau, gegründet. Dieser „Verein. zur Beaufsichtigung und Unterstützung der aus dem Korrektions-, Zucht- und Irrenhause entlassenen Individuen im Herzogthum Nassau“ hatte ursprünglich nur die Betreuung der aus dem Korrektions- und Zuchthaus entlassenen Personen zum Ziel. Doch schon „bei der ersten Generalversammlung in 1829 haben die Vereinsmitglieder einstimmig fest-gesetzt, daß auch entlassene Geistesranke in der Fürsorge des Vereins einbegriffen sein sollen“. (34)

Es folgte ein Aufruf an die Landeseinwohner zur Unterstützung des Vereins, dessen Statuten in der zweiten Generalversammlung 1831 festgelegt wurden. Ziel des Vereins war nach § 1 der Satzung, „Individuen, welche aus der Haft in dem Correctionshause oder dem Zuchthause entlassen werden, und Hilfsbedürftigen, welche aus dem Irrenhause als hergestellt austreten, ein angemessenes Unterkommen zu verschaffen und sie mit Rath, Verwendung und, wenn es erforderlich ist, auch mit Geldmitteln zu unterstützen.“ (35)

Direktoren als Vorsitzende

Nicht nur die Gründung, auch die Leitung dieses Vereins lag in den Händen der Direktoren des Korrektions-, Zucht- und Irrenhauses. Diese Personalunion zwischen Anstaltsdirektoren und Vereinsvorsitzenden setzte sich bei allen mir bekannten Hilfsvereinen im 19. Jahrhundert (36) und bis zum Zweiten Weltkrieg fort, und auch heute noch sind in zahlreichen sozialpsychiatrischen - Hilfsgemeinschaften die Krankenhaus-Direktoren, Psychiater und Ärzte die entscheidenden Vorstandsmitglieder.

Diese Personalunion erleichterte wohl damals wie heute den Umgang mit -der Obrigkeit und den Behörden. So bewilligte der Herzog von Hessen-Nassau dem ersten Hilfsverein die Rechte einer vom Staate anerkannten Gemeinheil (37). Außerdem wies er seine „Receptur-Beamten“ an, ohne Berechnung von Kosten die Einnahmen des Vereins zu kassieren und Auszahlungen zu leisten.

Nach dem ersten Vereinsbericht von 1831 hatte der Verein 1210 zahlende Mitglieder und 211 Patrone. Die Patrone — später wurden sie Vertrauensmänner genannt — hatten die Aufgabe, den Kranken nach der Entlassung bei der Arbeitssuche zu helfen und für eine Unterkunft zu sorgen. Außerdem sollten die Vertrauensmänner Vorurteile abbauen helfen und bei einer Erkrankung auf eine möglichst frühzeitige Behandlung drängen. (38)

In 16 Jahren 81 Fälle.

Der großen Zahl finanzieller Helfer im hessisch-nassauischen Verein stand eine vergleichsweise bescheidene Zahl von Hilfsempfängern gegenüber, denn nach dem letzten Bericht des Hilfsvereins vom Jahre 1845 — danach „schlief der Verein allmählich ein“ (39) waren seit 1829, also in 16 Jahren, insgesamt 81 aus dem Irrenhaus Entlassene unterstützt, und von diesen 12 als Gesellen, 3 als Lehrlinge, 23 als Dienstboten untergebracht. Die meisten sind vor dem Rückfalle sicher gestellt worden ... Am sichersten waren die Unterstützungen wohl angewendet, welche entlassene Irre erhielten. Eine kleine Summe, für einen solchen Menschen verwendet, kann häufig ein Schutz vor dem Rückfall in seine Krankheit werden.“ (40)

Seine Hauptaufgabe sah dieser Verein wie auch später gegründete Vereinigungen in der materiellen Unterstützung entlassener Kranker. Oft gingen denn auch solche Vereine aus Hilfskassen und Unterstützungsfonds hervor. Deshalb sei in diesem Zusammenhang die erste deutsche Unterstützungskasse erwähnt, die 1811 von Ernst Horn, dem Direktor der Medizinischen Klinik der Charite Berlin-ingerichtet wurde. Horn sammelte von Zuhörern seines Kollegs und begüterten Bürgern Geldspenden, die „außer für Heilmittel und zur Belustigung und Unterhaltung und zum Komfort der Kranken auch zur Unterstützung an arme Kranke“ verwendet wurden.

Jacobis Kasse

Max Jacobi, Gründer und Leiter der Irrenanstalt für die Rheinprovinz in Siegburg und einer der führenden „Somatiker“ seiner Zeit (42), führte seit 1840 eine Unterstützungskasse, „deren Erträge teils zum Vergnügen der Kranken, teils zur Unterstützung Entlassener Verwendung fanden“. (43) 1841 regte Jacobi öffentlich die Sammlung von „Gaben von mitleidiger Hand, bestimmt zur Einkleidung entlassener Kranker, zur notdürftigen Unterstützung des wieder zu beginnenden Haushalts und zum Wiederbeginn eines ordentlichen Broterwerbs“ (44) an

4. Die Hilfsappelle des „ Irrenfreunds“

Nach dem „bedauerlichen Untergange des Nassauischen Vereins“(45) Mitte dervierziger Jahre blieben in Deutschland — anders als im Ausland — jahrelang weitere Gründungen von Hilfsvereinen aus. Auch entsprechende Bemühungen von Brosius, dem Direktor einer kleinen Privat-Irrenanstalt, hatten lange Zeit keinen Erfolg. Trotzdem forderte er, insbesondere in der Zeitschrift „Der Irrenfreund“, unermüdlich die Gründung von Hilfsvereinen.

„Schädliche Vorurtheile“

Damit entsprach Brosius den Intentionen des „Irrenfreund“, der nach einem Appell des Mitherausgebers Koster in der ersten Ausgabe 1859 „den Kampf aufnehmen will gegen törichte und schädliche Vorurtheile des Publikums durch Verbreitung riduiger Ansichten über Irre, Irrsein und Irrenanstalten, damit zugleich dem Interesse der Kranken zu nutzen und die Hindernisse segensreichen Wirkens der Anstalten aus dem Weg zu räumen“. (46) Weiter heißt es: „Das Blatt wird nicht minder die Verhältnisse der Genesenen und Gebesserten nach ihrer Rückkehr ins Auge fassen und Maßregeln zu ihrem Schutz vorbereiten und anzuregen suchen, wie sie bis jetzt in Deutschland nur erst. höchst vereinzelt bestehen.“ (47)

In der zweiten Ausgabe des „Irrenfreund“ schrieb Brosius in einem Aufsatz über die „häuslichen Verhältnisse der Irren« u. a.: „Es bilden sich überall Vereine zur Förderung wissenschaftlicher und humaner Zwecke; es gibt sogar Vereine gegen Tierquälerei, und das mit Recht. Könnte aber

wohl irgend etwas mehr berechtigt sein, als ein Verein zum Schutz der Irren?“ (48)

Vorbild St. Gallen

In den folgenden Jahren wiesen Brosius und Koster immer wieder auf die Gründung von Hilfsvereinen im Ausland und auf neue Unterstützungskassen in Deutschland hin. Besonders die Gründung des Hilfsvereins im Kanton St. Gallen 1866 nahm Brosius wiederholt zum Anlaß, dieses „nachahmungswürdige Beispiel“ (49), diese „praktische Durchführung unserer irrenfreundlichen Aufforderungen“ (50) und diese „endliche Reifung humaner Ideen zur That“ (56) vorzustellen.

Nicht zuletzt auf die zahlreichen Veröffentlichungen des „Irrenfreund“ ist zurückzuführen, daß „im großen und ganzen die deutschen Vereine bewußt oder unbewußt dem St. Galler nachgebildet (waren). der mit der ausdrücklichen Absicht gegründet wurde, neben der wirtschaftlichen Unterstützung bedürftiger Kranker die öffentliche Irrenpflege überhaupt zu heben“. (52)

5. Ab 1871: Zahlreiche neue Hilfsvereine mit erweiterten Aufgaben

Nach der Reichs-Gründung 1871 und der kurz darauf einsetzenden Errichtung zahlreicher neuer Heil- und Pflegeanstalten für psychisch Kranke wurde auch eine Reihe von Hilfsvereinen für Geisteskranke ins Leben gerufen.

Badischer Hilfs-Verein

Als erster legte der Gründer und Direktor der Heilanstalt Illenau in Baden, Ch. F. W. Roller, seine Ideen von „der Lokalversorgung der Geisteskranken“ vor. Auf der Grundlage der von Roller und Fischer, Anstaltsdirektor in Pforzheim, entwickelten Statuten wurde 1872 der „Badische Hilfs-Verein für arme aus den Anstalten Illenau und Pforzheim Entlassene“ gegründet. Im ersten Jahresbericht, der die Zeit bis zum 1. Juli 1874 umfaßt, schreibt Fischer über den Verein, dessen Aufwärtsentwicklung durch eine schon vorhandene, gut gefüllte Unterstützungskasse begünstigt wurde: „Die Aufgabe beschränkt sich aber nicht bloß auf die aus der Anstalt Entlassenen, sondern muß sich manchmal auch auf die Familien derjenigen Pfleglinge ausdehnen, welche wegen Krankheit in der Anstalt zurückgehalten und nicht im Stande sind, für ihre Angehörigen zu sorgen. Unterstützungen, die solchen Familien dargereicht wurden, haben schon sichtbar wohlthätig auf die Pfleglinge selbst gewirkt und die Kur erleichtert.“ (53)

Nach § 1 war der Zweck des Badischen Vereins,

- 1) die geistige und leibliche Sorge für die aus den Anstalten entlassenen - Armen etc.,
- 2) Hebung der öffentlichen Irrenpflege, Beseitigung von Vorurtheilen gegen Irresein und Irrenanstalten“. (54)

Die Leitung des Vereins lag — nach § 7 — in den Händen der Anstaltsdirektoren, die einem Komitee vorstanden.

Dazu schreibt Brosius: „Es ist aber durch-aus nöthig, daß die Anstaltsdirektoren an der Spitze dieses Comités bleiben; alle Hilfsvereine werden am sichersten und besten gedeihen, wenn sie ihren Mittelpunkt in den Irrenanstalten finden.“ (55) Schon zwei Jahre nach der Gründung des Badischen Hilfsvereins bestanden im Großherzogtum Baden neun Bezirksvereine, deren Haupttätigkeit auch in den folgenden Jahren die Beschaffung und Verteilung von Mitgliedsbeiträgen und Geldspenden war

Westfälische Initiativen

Im gleichen Jahr wie der Badische Verein entstand auf Initiative des Direktors Koster von der Heil- und Pflegeanstalt im westfälischen Marsberg. der „St. Johannes-Vereins zur allgemeinen Irrenfür-

sorge in Westfalen“. Nach § 2 wollte der Verein sein Ziel, „das Irrenwesen der Provinz nach allen seinen Beziehungen zu fördern“ (56), u. a. erreichen

1. durch Verbesserung des Looses hilfs-bedürftiger Geisteskranker, besonders der aus den Anstalten entlassenen.

2. durch Bekämpfung der herrschenden Vorurtheile und Verbreitung richtiger Anschauungen über Irre und Irrenanstalten, sowie Förderung der rechtzeitigen Aufnahme frisch erkrankter Geisteskranker.
3. durch Belehrung über die Ursachen des Irreseins und Bekämpfung der-selben.
4. durch Erweckung und Förderung des öffentlichen Interesses für die ferner-hin nötig werdende Gründung von Anstalten — •insbesondere für blöd-sinnige Kinder und Epileptische". (57)

Auf das zuletzt genannte Ziel bezog sich ein 1873 in den Zeitungen erfolgter Aufruf zur Unterstützung des Johannes-Vereins, worin es heißt, daß die letzte Volkszählung in Westfalen 4558 Blöd- und Irrsinnige ergeben habe. „Für dieca.1000 in Anstalten Untergebrachten ist gesorgt, nicht so für einen großen Theil der Uebrigen. Die Hüllosesten unter diesen sind die blödsinnig Geborenen." (58)

Tatsächlich wurde aus Mitteln des westfälischen Vereins, der 1875 schon 520 Mitglieder zählte, die Gründung einer Anstalt für schwachsinnige Kinder und Jugendliche mit 540 Plätzen finanziert. „Diese Anstalt ist im Jahre 1911 als wert-voller Besitz in das Eigentum der Provinz Westfalen übergegangen. Die Mittel des Hilfsvereins dienten fast ausschließlich dem Bau und Betrieb dieser Anstalt, während die übrigen Vereinszwecke da-neben zurücktreten mußten." (59)

Berliner Gründungen

Ebenfalls 1872 gründete sich der „Berliner Hilfsverein für genesene Gemüthsranke" (60), der sich zur Aufgabe machte, „mittellose Gemüthsranke, welche, von ihrem Leiden glücklich genesen, bei der Rückkehr in das Leben durch Noth und Sorge der Gefahr einer neuen und dann erfahrungsgemäß oft unheilbaren Erkrankung ausgesetzt sind, behufs Wiedererlangung einer Existenz zu unterstützen". (61) Das sollte durch Geld und gute Ratschläge geschehen.

Ein Jahr später bildete sich ebenfalls in Berlin der „Kurmärkische Hilfsverein für Geistesranke", der neben den schon erwähnten Zielen auch anstrebte, durch „verständlich gehaltene Belehrungen über Krankheitsursachen und über die Behandlung Geisteskranker die Bevölkerung zum Verständnis einer vernünftigen und humanen Pflege dieser Kranken zu bringen und namentlich auch zu bewirken suchen, daß frisch Erkrankte schleunigst der Anstalt übergeben werden" (62).

Schon im ersten Geschäftsjahr zählte dieser Verein 301 Mitglieder; die pro Jahr 2404 Mark an Beiträgen zahlten. 1875 erweiterte sich der Kurmärkische Verein zu einem Verein für die Provinz Brandenburg. Er wurde „in der Folge zu einer segensreichen Institution für die Geisteskranken der Provinz" (63).

Das hessische Konzept

Im Großherzogtum Hessen begann 1874 Ludwig, Direktor von Heppenheim, mit einer „Oeffentlichen Bitte um milde Gaben zur Gründung und Erhaltung zweier Unterstützungskassen für bedürftige Pflinglinge ..." (64) den Aufbau einer Hilfsorganisation für ganz Hessen. „Dieser Verein entwickelte sich ... zu einem alle anderen Hilfsvereine weit überflügelnden Organe der Irrenfürsorge an der Hand eines Kuratoriums, dem alle maßgebenden Persönlichkeiten des Irrenwesens und der Behördenwelt, einschließlich des Landesherrn, angehörten, und von Vertrauensleuten, die durch das ganze Land hin in allen Städten und Gemeinden die Aufgaben des Hilfsvereins in je-der Beziehung wahrnahmen. Beinahe je-der Jahresbericht dieses Vereins enthält .. eine Abhandlung über irgendein wichtiges aktuelles Thema der Irrenfürsorge von der Hand Ludwigs, woraus Laienkreise wie auch die psychiatrischen Fachgenossen stets neue wertvolle Anregung für ihre eigenen Arbeiten gewinnen konnten" (65). Manche dieser Schriften erreichten eine Auflage bis zu 70.000.

Ausdrücklich verstand sich der hessische Hilfsverein nicht nur als eine Unterstützungskasse für entlassene Kranke, sondern auch als Hilfsverein für Kranke in den Anstalten und für deren Angehörige. Ein weiteres, wesentliches und für einen Hilfsverein neues Ziel war es, die Entlassung von Langzeitkranken aus den Anstalten zu ermöglichen. „Denn wir wollen nicht nur dem wiedergenesenen Irren bei dem Austritt aus der hiesigen Anstalt die Hand reichen und ihn

so lange stützen und führen, bis er eine gesicherte Existenz wieder gewonnen hat, wir wollen vielmehr auch für diejenigen zwar voraussichtlich unheilbaren, aber hinreichend gebesserten Irren die Entlassung aus der Anstalt ermöglichen, deren Verbleiben, in derselben, sobald nur ein-mal unsere Kasse zu kräftiger Wirksamkeit erstarrt sein wird, unnötig, nicht minder aber auch aus allgemeinen und persönlichen Gründen und nach verschiedenen Richtungen hin durchaus nicht wünschenswerth und sogar nachtheilig erscheint.-Wie die Verhältnisse in der Welt jetzt liegen, ist aber ohne die Mitwirkung der Privatwohlthätigkeit der Austritt solcher nicht genesenen, sondern nur gebesserten und in beschränkter Weise arbeits- und erwerbsfähigen Pflinglinge aus der Anstalt nur sehr schwer zur Ausführung zu bringen.“ (66)

Folgen des Hospitalismus

Diese vor über 100 Jahren veröffentlichten Einsichten in die soziale Situation der Langzeitkranken und in die Notwendigkeit, ihnen außerhalb der Anstalten angemessene Arbeits- und Lebensbedingungen zu schaffen, sind durch jüngere Untersuchungen bestätigt worden. Sie haben nach wie vor Gültigkeit. Das gilt ebenso für die von Ludwig seinerzeit beschriebenen Folgen des Hospitalismus. „Wider ihren Willen von der Welt der Geistesgesunden abgeschieden, und einer Art und Weise der Beschäftigung gegenüber, welche ihren Wünschen oder ihren Kenntnissen und Fertigkeiten nicht entspricht, finden nicht wenige dieser Kranken die für die Linderung ihrer Leiden doch so unendlich wichtige Freudigkeit zur Arbeit innerhalb der Anstalt niemals. Es unterliegt ja überhaupt keinem Zweifel, daß für gar manche Pflinglinge der Irrenanstalt, insbesondere nachdem der Verlauf des krankhaft veränderten Seelenzustandes eine gewisse Schlawheit und Einförmigkeit angenommen hat, der fortgesetzte Aufenthalt in den immerhin künstlichen Verhältnissen der Anstalt die ernste Gefahr mit sich bringt, daß die erwähnte Entwicklungsstufe der Krankheit förmlich erstarrt und unfähig wird zu jeder weiteren günstigen Veränderung, während die rechtzeitige Rückkehr des Kranken in die Verhältnisse des gesunden Lebens im Stand gewesen wäre, den Krankheitsverlauf in der wohlthätigsten Weise anzuregen und in günstigere Bahnen zu führen.“ (67)

Im Interesse der psychisch Kranken setzte sich der hessische Hilfsverein, den Ludwig auch als „ein Parlament für das Irrenwesen des Landes“ (68) verstand, die Ziele, den Kranken „zu dem Maß der Freiheit zu verhelfen, zu dessen Genuß sie noch fähig sind, und ebenso zu dem Maß der ihnen zusagenden Arbeit, welches sie noch bewältigen können und außerhalb der Anstalt zu ihrem eigenen, wie zum Besten der Allgemeinheit gern und leicht bewältigen“ (69)

1875 befaßte sich die psychiatrische Landesvertretung, der „Verein deutscher Irrenärzte“, erstmals auf seiner Tagung in München offiziell mit den Hilfsvereinen. Im Mittelpunkt stand ein Referat von Zinn über die „Bildung von Hilfsvereinen zur Förderung der Irrenpflege“. (70)

Welle von Gründungen

Ebenfalls 1875 wurde auf Anregung des Direktors Jung von der Schlesischen Provinzial-Heilanstalt in Breslau ein „Schlesischer Hilfsverein für Geisteskranke“ gegründet, der sich die Hilfe für entlassene Patienten „mit Rath und That“ sowie die Aufklärung der Bevölkerung als Hauptziele setzte. Ende 1875 hatte der Verein schon 278 Mitglieder.

In den folgenden Jahren entstanden zehn weitere Hilfsvereine, deren Ziele und Aufgaben sich mit denen der schon vorgestellten Gruppen deckten: 1877 in der sächsischen Kreishauptstadt Zwickau der Irrenhilfsverein „Dymphna“ (73), 1880 in der Rheinpfalz in Klingenmünster der „Pfälzische Hilfsverein für Geisteskranke“, 1884 in Wiesbaden der Hilfsverein der Anstalt Eichberg (Neugründung), ebenfalls 1884 in Düsseldorf der Hilfsverein der Heilanstalt Grafenberg, 1889 der Hilfsverein der Heilanstalt Hildburghausen in Sachsen-Meiningen, ebenfalls 1889 der „Berliner Pflegeverein für Geisteskranke“. (74), 1895 in Württemberg der „Landesbiflsverein für rekonvaleszente Geisteskranke“, 1897 der Unterstützungsverein für den Bereich der bessensassamschen Anstalt in Weilmünster, 1898 der Landeshilfsverein für Geisteskranke im Königreich Sachsen und schließlich 1900 der Hilfsverein für die gesamte Rheinprovinz, in den der 1884 gegründete Düsseldorfer Hilfsverein aufging (75).

6. Selbstverständnis und Ziele der Hilfsvereine bis zum Jahr 1900

Nach der Gründung des Hilfsvereins für die Rheinprovinz kam auf Jahre hin kein neuer

Hilfsverein hinzu. In der Folgezeit bis zum Ersten Weltkrieg, der die Initiativen aller Hilfsvereine zum Erliegen brachte, wird nur noch von einem gescheiterten Versuch einer Vereinsgründung in Pommern berichtet. (76) Daraus folgt, daß in der Zeit von 1872 bis 1900 die erste Gründungswelle von Hilfsvereinen fiel. Im folgenden fasse ich die wichtigsten Ziele dieser Vereine unter Berücksichtigung ihrer Organisationsformen in fünf Punkten zusammen.

Fünf Ziele

1. Gemeinsam war allen Hilfsvereinen das humanitäre Bemühen um die mittel-losen psychisch Kranken, also um die „armen Irren“ — ein Begriff, der aus dieser Zeit stammt. (77) Man muß sich vergegenwärtigen, daß besonders zur damaligen Zeit eine Erkrankung z. B. des Familienvaters sehr oft Elend und Armut für den Kranken und für seine Familie nach sich zog. (78) Deshalb war für viele Vereinsgründer die Verpflichtung zur Hilfe „ein sociales Gebot, das sich au: dem Begriffe der menschlichen Gesellschaft ergibt und an Jeden als Mitglied der Gesellschaft herantritt“. (79)
2. Im Mittelpunkt der Vereinsaktivitäten standen finanzielle Überbrückungshilfen für entlassene Kranke. Vereinzelt wurde auch Unterstützungsgelder an Familien angehörige und entlassene Dauerkrank gezahlt. Die Rechenschafts- und Jahre berichte dieser Zeit bestanden hauptsächlich lich aus langen Listen, in denen die Gönner und Spender mit der Höhe ihrer Zuwendungen verzeichnet waren. „In der Praxis. stand die Gewährung bzw. die Vermittlung. freiwillig aufgebrachter Geldmittel im Vordergrund, während die ursprünglich beabsichtigte persönliche Betreuung des Entlassenen durch den Vertrauensmann nur vereinzelt auf die Dauer Eingang gefunden hat, ohne Zweifel, da es an der fachpsychiatrischen Anleitung der Vereinsmitglieder an Hand der einzelnen Fälle an Ort und Stelle gefehlt hat.“ (80) Mancherorts dienten Hilfsvereine auch dazu, die Gründung neuer Anstalten finanzieren zu helfen. Ein Beispiel dafür ist der Marsberger Johannes-Verein.
3. Trotz der oben gemachten Einschränkungen gelang es einigen Vereinen, mit Hilfe von Vertrauensmännern den Kranken individuell bei der Arbeits- und Wohnungssuche zu helfen.
4. Mehr Programm als Wirklichkeit blieben die Versuche, durch Unterricht und Aufklärung der Öffentlichkeit zur „Hebung der Irrenpflege“ beizutragen, sieht man von den Veröffentlichungen des „Irrenfreund“ und des hessischen Hilfsvereins einmal ab. Daß man die Bevölkerung nicht im gewünschten Maße erreichte, mag auch darin •begründet sein, daß die Vertrauensmänner und Patrone stets nur aus dem Kreis der örtlichen Honoratioren angeworben wurden, daß also die Vereine-so keine Verankerung in großen Teilen der Bevölkerung fanden.
5. Bestimmend war für alle Hilfsvereine, daß sie von den Direktoren der Nerven-und Heilanstalten angeregt, gegründet und dann au& geleitet wurden. „Die Geschichte der deutschen Hilfsvereine für Geisteskranke ist ... aufs engste ver knüpft mit einzelnen, markanten Persön lichkeiten, die sich, sei es. für ihren engeren Wirkungskreis oder ihr Land, sei es aber allgemeiner für ganz Deutschland und darüber hinaus für die Verwirkli- dtung ihrer hurrianitären- Ideen einsetzten.“ (81) Die Tatsache, daß angesehene Psychiater an der Spitze der Vereine standen, eröffnete den Vereinen meist recht bald finanzielle Unterstützung oder doch zumindest wohlwollende Förderung durch Obrigkeiten und Behörden, was sich u. a. auch in rasch steigenden -Mitgliederzahlen niedersddug..Doch aus der Personalunion —Anstalts- und Vereinsleiter in einem— erwuchs auch ein schwer-wiegender Nachteil: Ziele und Ausmaße derAktivitäten des Vereins standen und fielen mit der Oberzeugung des jeweiligen Anstaltsdirektors.

Begrenzte Wirkung

In diesem Zusammenhang muß übrigens die Darstellung in der Enquete, daß die Hilfsvereine „unabhängig von den stationären Versorgungseinrichtungen“ (82) gegründet worden seien, korrigiert werden.

Dagegen beschreibt die Enquete zutreffend, daß die Vereine „die breitere Öffentlichkeit weder

für die Probleme psychisch Kranker noch für die allgemeinen Gedanken und Zielsetzungen der psycho-hygienischen Bewegung langfristig interessieren“ (33) konnten.

Zum Beleg dafür, daß auch schon vor 102 Jahren weitergehende Konzeptionen für die Arbeit der Hilfsvereine existierten, die sich damals jedoch ebenso wenig wie heute haben durchsetzen können, möchte ich noch einmal Brosius zitieren. Er wies den Hilfsvereinen Aufgaben zu, die in -unserer Terminologie mit den Stichworten „Prävention“, „Öffentlichkeitsarbeit“, „Qualifizierung der Pflegekräfte“ und „Hilfsvereine als Lobby“ zu umreißen sind.

Zur Prävention (84): „Die Berichte der großen Irrenanstalten, ihre Mahnungen, die Geisteskranken möglichst rasch der Anstalt zuzuführen, die Tabellen, welche das rapide Sinken der Heilungsfähigkeit bei verspäteter Aufnahme in der Anstalt illustrieren, die wahrhaft traurige Lage so vieler Irren in ihren häuslichen Verhältnissen, die sich häufenden Zeitungsnachrichten über Unglücksfälle und schreckliche Szenen gerade in Fällen frischer Geistesstörung, — lassen die rede-zeitige Unterbringung in der Anstalt als die. bei weitem wichtigste Aufgabe eines Hilfsvereins erscheinen. Jemehr, diese primäre Aufgabe gelöst wird, desto mehr wird die sekundäre, die Fürsorge für die aus der Anstalt Entlassenen, dem Ver-eine erleichtert.“ (85)

Öffentlichkeitsarbeit

Zur Öffentlichkeitsarbeit: „Dieser Zweck steht in enger Verbindung mit dem Zwecke der Belehrung der Bevölkerung, der Beseitigung von Ignoranz und Vorurtheilen, die ja oft genug der alleinige Grund einer späteren Uebersiedlung in die Anstalt sind ... An Orten, wo naturwissenschaftliche Vereine, Volksbildungsvereine existieren, können Sachen des Irrenwesens in passender Weise auf die Tagesordnung auch ihrer Versammlungen gestellt werden; mit demselben Rechte und mit ebenso großem Nutzen für eine Stadt können daselbst Vorträge über die Ursachen, die Erscheinungen, das Wesen, über die Verhütung und Beseitigung des Irreseins gehalten werden, wie etwa über die Entartung der Pflanzen, die Verfälschung der Lebensmittel, die Einrichtung gesunder Wohnungen, die Bedeutung der Wunder etc.“ (86)

Personalprobleme

Zur Qualifizierung der Pflegekräfte: „Eine höchst wichtige Aufgabe der Hilfsvereine für Irre ... ist die Beschaffung eines guten Wartpersonals, Die Wärterfrage ist eine Lebensfrage der Asyle geworden; ohne ihre Lösung werden die Irrenanstalten nie zu einer gedeihlicheren Wirksamkeit gelangen. Das Geld allein, noch so hohe Löhne - reichen nicht, um ein gutes Wartpersonal zu erlangen und zu erhalten. Auch hier muß das Wort, die Begeisterung, die Belehrung und Bildung hinzutreten.“ (87)

Zur Funktion der Vereine als Lobby: „Eine fernere Aufgabe der Vereine wäre, viribus unitis, im Verband untereinander, Einfluß auf die Staatsbehörden, auf die Gesetzgebung zu gewinnen, überall da, wo das Interesse der Irren in Frage kommt, wo mit staatlicher Hilfe Miss- und Nochstände im Irrenwesen beseitigt, wo Aenderungen und Besserungen erreicht werden können.“ (88)

C.2.: Psychische Erkrankung als Erkrankung des Gehirns

„Der Anspruch der liberal-naturwissenschaftlichen Psychiater war kein geringerer, als die Emanzipation der Irren nicht mehr nur vom mechanischen, sondern auch vom moralischen Zwang und damit ihre weitestmögliche Annäherung an die bürgerliche Gesellschaft zu bewirken.“ (Blasius S. 34)

Maximilian Jakobi (1775-1858) gilt mit seiner Schrift „Beobachtungen über die Pathologie und Therapie der mit dem Irresein verbundenen Krankheiten“ (1830) als deren früher Repräsentant: er stellt die These auf, Irresein sei nur Symptom einer somatischen Krankheit. (Siehe bei Dörner ab S. 273)

Ein herausragender Exponent dieser Epoche war zugleich **der** Vertreter einer wohnortfernen Anstaltspsychiatrie in Deutschland: C.F.W. Roller, der Begründer und erste Direktor der **Badischen Musteranstalt Illenau**, die in ländlicher Umgebung, gleichweit von den Universitätsstädten Heidelberg und Freiburg entfernt, entstanden war (**Roller** 1831).

Roller wurde zudem zum ersten „**Irren-Siechenphysikus**“ berufen.

Aus den Gründungsdokumenten geht nicht nur die aus heutiger Sicht verheerende Wirkung der wohnortfernen Unterbringung in ländlichen Regionen hervor, sondern eine auch heute noch wirksame therapeutische Grundorientierungen.

So hieß es bei der Gründung:

„Der Zweck einer vom Staat eingerichteten Irrenanstalt ist doppelt:

- Die von der Geistesverwirrung Befallenen womöglich zu heilen.
- Die Unheilbaren wenigstens in eine solche Lage zu versetzen, dass sie mit den ihnen noch übrigen Geistes- und Körperkräften so glücklich leben können als es ihre Krankheit und ihre Umstände erlauben.“

Vor fast 200 Jahren wurde bereits jener Doppelaspekt psychiatrischen Handelns formuliert, der bis heute unverändert fortbesteht.

Das Behandeln einer Krankheit mit den Erwartungen auf Besserung und Heilung **und** die Bereitstellung von Lebensraum für die, die langfristig hilfsbedürftig bleiben – in der Anstalt sind Behandlungsstätte und Lebensraum vereint. Ein Asyl in zunächst durchaus menschenfreundlich gemeintem Sinn: Schutzraum, Zufluchtsstätte, Ort der Sicherheit und Akzeptanz.

Sogar ein Anspruch auf ein glückliches Leben ist damit verknüpft – was sich in heutigen Versorgungskonzepten wohl kaum findet.

Hier zeigt sich das Wissen darum, dass gegebenenfalls nicht mehr Behandeln und Heilen, sondern Sorge um Lebensgestaltung und Daseinssicherung zum führenden Handlungsziel werden kann und akzeptierendes Raumgeben für Menschen mit solchen Verhaltens- und Lebensweisen erfordert, die ihre Integration in die Gemeinschaft erschweren.

Die Illenau steht zudem für eine mögliche Antwort auf die „Entdeckung“

- dass es im Zuge von Behandlung, Betreuung und Überwachung
- bzw. trotz Behandlung, Betreuung und Überwachung,
- bzw. unter Behandlung, Betreuung und Bewachung

zu Heilungs- und zu Nicht-Heilungsverläufen (in unserer Sprache: chronischen Verläufen) kommt. Damals war die Rede von „Heilbaren“ und „Nicht-Heilbaren“, und die „Entdeckung“ dieses Phänomens führte zu zwei institutionellen Antworten:

Zeller sprach sich für die Trennung in voneinander isoliert gelegene Heil- und Pflegeanstalten aus, Roller engagierte sich für die relativ verbundene Heil- und Pflegeanstalt.

Sehr bald zeigte sich, dass die Heil- und Pflegeanstalten die hohen Ansprüche, die u.a. bei der Gründung der Illenau formuliert wurden, nicht einlösen konnten und die Professionellen riefen „um Hilfe“.

Es war kein geringerer als Roller, der dabei den Hilfsvereinen, die in dieser Zeit aller Orten gegründet wurden, die Hauptaufgabe bei der „Lokalversorgung“ zuwies,

Zur Geschichte und Entwicklung der Hilfsvereine siehe weiter unten. Hier nur ein vorläufiger Hinweis: es handelte sich damals vor allem um länderübergreifende Großvereinigungen; so hatte z.B. der „Badische Hilfsverein für entlassene Geisteskranke“ im Jahre 1912 3.500 Mitglieder, Privatpersonen und Körperschaften (siehe A. Veltin in: PSU 1/98, S. 6)

Trotz dieser auch aus heutiger Sicht fortschrittlichen Elemente bleibt der Name Roller mit dem Grundkonzept der ‚heilsamen Wohnortferne‘ untrennbar verbunden.

Ihm gegenüber wird der zweite große Name aus der Diskussion um sinnvolle Versorgungsstrukturen mit dem Konzept der „Stadtasyle“ verbunden:

Wilhelm Griesinger (1817 – 1868)



Abbildung 1 Wilhelm Griesinger

Er steht in der parallel geführten Auseinandersetzung zu den Grundüberlegungen des Faches Psychiatrie (in Konfrontation zu Heinroth und den anderen „Psychikern“ der „Moralischen Psychiatrie“) für den Kampf um die Anerkennung der Psychiatrie als medizinische Wissenschaft. Er verhalf dem Verständnis zum Durchbruch, wonach psychische Erkrankungen „Erkrankungen des Gehirns“ seien.

(Eine Einordnung seiner Person lesen Sie im nachfolgenden Ausriss aus: Aus: der Nervenarzt 63 (1992) S. 257-261)

Wilhelm Griesinger und die gemeindenahe Versorgung

W. Kossler

Ein völlig entgegengesetztes Grundsatzprogramm der Versorgung psychisch Kranker entwickelte W. Griesinger. Obwohl er psychologische Ursachen der Geisteskrankheit

anerkannte, warnte er einerseits vor deren Überschätzung und der Vernachlässigung physischer Ursachen andererseits [1]. Aus seinen ätiologischen Überlegungen, daß in den psychischen Krankheiten jedesmal Erkrankungen des Gehirns zu erkennen (sind)" ([7], S. 1), leitete er folgerichtig ab, daß die Psychiatrie eine selbständige medizinische Disziplin frei von poetischen und moralistischen Einflüssen [1] werden müsse. Vor diesem Hintergrund entwickelte er Reformpläne für die Versorgung psychisch Kranker, die auf die *Integration der Psychiatrie in die medizinische Versorgung* abzielten. Er forderte in Ergänzung zu den Heilanstalten, die aufgrund ihrer ländlichen Lage mit Erholungs- und Arbeitsmöglichkeiten für die langfristige – mit heutiger Terminologie – Rehabilitationsbehandlung psychisch Kranker geeignet seien, sogenannte „Stadtasyle" ([8], S. 278) für die kurzfristige Behandlung akut Erkrankter im Verbund mit den allgemeinen Stadtkrankenhäusern. Griesinger hatte erkannt, daß eine bedarfsgerechte Versorgung sich an den Bedürfnissen aller psychisch Kranken zu orientieren habe:

„Der Gedanke, dass jede Kategorie [von psychisch Kranken] nach ihrer Art zu halten sei, wird an vielen Orten noch gar nicht begriffen“ ([8], S. 291).

Er war sich klar darüber, daß die meisten psychisch Kranken, wenn überhaupt, nur eines kurzen stationären Aufenthalts bedürfen:

„Von den nervenkranken Individuen, welche als sogen. Geistes-krankte den Irrenanstalten zugeführt werden, kommen nur ziemlich wenige in diese wegen der einfachen Thatsache ihrer Geisteskrankheit, für die Hilfe gesucht wird, die meisten viel-mehr wegen eines gewissen Grades dieser Krankheit, welcher Störungen, Unzuträglichkeiten, fatale, für den Kranken oder andere nachtheilige Handlungen bereits mit sich führte oder unmittelbar besorgen läßt; Hunderte von Menschen, welche an denselben Krankheiten, aber nicht in demselben Grade und derselben Aeusserungsweise leiden, kommen in andere, gewöhnliche Hospitäler oder sind zu Hause in ärztlicher Behandlung oder gehen selbst frei im Leben umher. Es ist nun Erfahrungssache, daß dieser hohe Grad und diese störende und fatale Aeusserungsweise bei den meisten dieser Kranken nicht sehr lange andauert, daß der hochgradige Depressions- oder Erregungszustand, aus dem die Indication zur Versetzung in die Anstalt hergeleitet wurde, nach einiger Zeit wieder schwindet. Oft genügt eine ganz kurze Zeit von wenigen Wochen, selbst wenigen Tagen, um den Kranken wieder in den Zustand zu versetzen, in dem er sich seit Jahren befand, ehe die vorübergehende Exacerbation, vielleicht auf eine äussere Ursache hin eintrat, „ ([31, S. 270).

Griesinger wies auch darauf hin, daß die Beschränkung eines stationären Aufenthalts auf einen kurze Zeitraum nur im *intensiven Zusammenspiel zwischen stationärer Einrichtung und dem normalen Lebensfeld des Kranken* gelingen kann und zwar nicht nur bei Entlassung, sondern bereits bei Aufnahme und nachfolgender Behandlung des Patienten:

„Bei jeder Anmeldung eins.Aufnahmefalles [hat] einer der-Assistenzärzte der Anstalt die Obliegenheit, soald wie möglich selbst den Kranken in seiner Wohnung zu besuchen um sich von der Sachlage, der Dringlichkeit der Aufnahme und der wirklichen Geeignetheit des Falles zu überzeugen. Es wird hierdurch auch der bedeutende Vortheil erreicht, daß der Arzt die bisherigen Verhältnisse des Kranken selbst sieht....([8] S. 274-275).

Der Aufnahme des Kranken in die öffentlichen Anstalten muß ein genauer ärztlicher Bericht über seinen Krankheitszustand und über dessen Entwicklung vorausgehen, der in vielen Fällen durch Mittheilungen der Angehörigen vervollständigt werden muß; in diesem soll die unumschränkte Offenheit herrschen, da die Kenntnis aller persönlichen Verhältnisse und wichtigen Erlebnisse für den Arzt von höchster Wichtigkeit ist [7]. S. 535-5161. +-

Der Umgang unter den Kranken muß [dann] auf Erhaltung einer gewissen Socialität sehen, in welcher die Formen des gesunden Umgangs beachtet werden, und Alles muß ergriffen werden, was den Kranken vor weiterer Entfremdung gegen die Welt bewahrt... ([7]. S. 535).

Die Nähe der großen Stadt bietet den ur.schätzbaren Vortheil, dem ruhig gewordenen Kranken das Bewußtsein der Nähe seiner Familie und seiner Freunde und damit eines der wesentlichsten Mittel des psychischen Wohlbefindens, der Beruhigung, des inneren Halts, des sich wieder Einlebens in das Alte zu gewähren und einen häufigen, natürlich ärztlich wohl regulierten

Verkehr mit seiner Familie zu gestatten. Es kann ihm durch diese Nähe schon öfters eine Beschäftigung außer dem Hause verschafft werden.... [8]. S. -276).

Die Entlassungen sollten zunächst immer versuchsweise, provisorische sein damit der Kranke beim ersten Zeichen eines Rückfalls ohne das mindeste Zögern wieder der Anstalt übergeben werden kann. Während dieser Zeit provisorischer Entlassung kann dann von seinem Hausarzte hier und da über den Genesenen an die Anstalt berichtet werden. ... Freie Vereine zur Unterstützung Genesener bestehen an manchen Orten. mit gesegetem Erfolg [7]. S. 536 .

Dabei gab sich Griesinger keineswegs der Illusion der „Heilbarkeit“ aller psychischen Krankheiten hin. So *war er sich* auch des *Rückfallrisikos* bewußt und einer *:vtl.: damit verbundenen Wiederaufnahme*. Den *allergrößten Teil* der stationär Behandelten hielt er jedoch für entlaßfähig, wenn auch manche eines *beschützten Rahmens* bedürften:

Unter allen sog. Geisteskranken ... kommen Fälle vor welche nur eines ganz vorübergehenden Aufenthaltes in einer Anstalt, wengleich zuweilen eines zum öfteren wiederholten, bedürfen. Unter allen auch sind Fälle genug...welche wieder in Privatverhältnisse zurückkehren können ohne in integrum restituirt zu sein. Unter allen diesen Klassen finden sich aber auch chronische sogen. ungeheilte resp. unheilbare Fälle, welche einen permanenten Aufenthalt in Specialverhältnissen nöthig haben, die eigens für ihre Bedürfnisse hergestellt werden müssen. [8] S. 271-273).

Auch für die letztgenannte Patientengruppe der chronisch psychisch Kranken forderte Griesinger energisch die gemeindenahе Versorgung:

[Es] sollen in den Pflegeanstalten auch bloss die gefährlichen oder doch in Familien- oder Gemeindeverpflegung durchaus nicht zu bewahrenden Unheilbaren aufgenommen werden (nicht aber ganz unschädliche oder bloss Lästige) und es soll der Verpflichtung der Familien und Gemeinden, für die ungefährlichen Unheilbaren zu sorgen, keine Concession gemacht, die genügende und humane Ausführung dieser Sorge vielmehr noch vorn Staate überwacht und beaufsichtigt werden ([7], S. 528).

Diese Überlegungen machen es unmittelbar einsichtig, daß eine solch enge Verflechtung nur mit einem gemeindenahen Krankenhaus wie dem Stadtsyl erreicht werden kann. Schon die Entfernung einer halben Stunde von der Stadt schien zuviel, da den Stadtsylen auch die Notfallversorgung obliegen sollte:

Die Verlegenheiten und Störungen, die durch die acuten Zustände, hochgradige Melancholie, Selbstmordversuche, Manieausbrüche, alkoholische, erotistische und dergl. Erregungen angerichtet werden, verlangen augenblickliche Abhilfe ... [6]. S. 272).

Diese Zitate machen deutlich, daß Griesinger die wesentlichen Elemente der gemeindenahen Versorgung schon vorformuliert hat. Die wichtigsten in den letzten 3 Jahrzehnten international vollzogenen Reformen in der psychiatrischen Versorgung fußen auf im wesentlichen ähnlichen Versorgungsgrundsätzen [3, 6, 15]. Die wichtigsten Grundsätze beziehen sich auf:

- den Aufbau eines bedarfsgerechten Versorgungssystems, d.h. allen Behandlungsbedürftigen die von den Erfolgsaussichten her günstigste Therapie ohne Barrieren zugänglich zu machen;

- die Gleichstellung körperlich und seelisch Kranker und die Integration der psychiatrischen Versorgung - auch der psychiatrischen Krankenhäuser- in das bestehende System der allgemeinen Gesundheitsversorgung;

- den Aufbau eines gemeindenahen Versorgungssystems, d.h. psychisch Kranke zu Behandlungszwecken nur so kurz wie unbedingt nötig aus Familie und Arbeit herauszunehmen, um ihnen die Wiedereingliederung nicht unnötig zu erschweren. Psychisch Behinderte sollen soweit wie möglich in diese Bereiche eingegliedert werden, um ihrer sozialen Isolierung entgegen zu wirken.

Griesinger scheiterte jedoch mit seinen Vorstellungen - zuletzt 1868 - bei der Abstimmung in der Sektion Psychiatrie der deutschen Naturforscher und Ärzte [11]. Eine Entwicklung, an deren Folgen wir heute noch tragen, nahm ihren Lauf.

Trotz des therapeutischen Optimismus, der die Aufbauphase der Anstalten begleitet hatte, stiegen die Belegungszahlen der im Prinzip nur für die „Heilbaren“ errichteten Anstalten kontinuierlich an. Es kam zur Gründung sog. „relativ verbundener Heil- und Pflegeanstalten“,

da bekanntlich nichts schwieriger in den reinen Heilanstalten zu erhalten ist, als ein regelmäßiger und rascher Abfluß aller Unheilbaren und immer eine Anzahl dieser Irren Jahre lang in den Heilanstalten verbleibt, auch wenn sie als unheilbar erkannt sind ([7], S. 527).

Über die fachlichen Gründe hinaus schienen jedoch auch ökonomische Gründe für die verbundene Heil- und Pflegeanstalt zu sprechen, wie Griesinger ([7], S. 524) erkannt hatte:

Als man ... vor etwa 20 Jahren anfang, für die Irrenanstalten nur noch eigene Neubauten für passend zu halten, erschrak man in vielen Ländern vor der kostspieligen Aussicht auf mehrere große gleichzeitige Bauwesen, mehrfache Einrichtung und ein mehrfaches irrenärztliches Personal. Da man aber doch nicht zur Vermischung aller Irren zurückkehren konnte, kam man auf die Idee und an einigen Orten zur Ausführung zweier selbständiger und vollkommen in sich abgeschlossener Anstalten, welche aber auf demselben Gebiete beisammen liegen, unter derselben ärztlichen Leitung stehen und viele ökonomische Einrichtungen und Baugesetze (Kirche, Ökonomiegebäude, Küche, Bäder etc.) gemeinsam haben.

Obgleich Griesinger 1868 den Befürwortern der isoliert gelegenen Heil- und Pflegeanstalt unterlegen war, gab es um die Jahrhundertwende trotzdem knapp 40 Stadtasyle, mit der Einschränkung, daß sie vorwiegend der Weiterleitung psychisch Kranker in entfernte Großanstalten dienten [4]. Der Schwerpunkt der stationären Versorgung lag jedoch eindeutig bei den großen Heil- und Pflegeanstalten. So befanden sich in den 5 rheinischen Anstalten, die für ca. 1300 Kranke geplant waren, um die Jahrhundertwende 3600 Patienten. Während der Bevölkerungszuwachs zwischen 1880 und 1910 48% betrug, wurden 1880 in sämtlichen preußischen Irrenanstalten 27000 Kranke gezählt, 1919 dagegen 143000, also ein Zuwachs von über 400% [2]. Die Folgen der Überbelegung lassen sich anschaulich mit einem Zitat von Wilmanns ([19], zit. nach [10]) verdeutlichen:

... es bereitete ... ungeheure Mühe, die durch chronische Isolierung völlig menschenfeindlichen, vertierten, mit Kot und Menstrualblut schmierenden, nackten, sträubenden Kranken an Ordnung im Wachsaaal zu gewöhnen.... z.T. mußten sie in Säcken ins Bad getragen werden.

Damit war in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts eine Entwicklung eingetreten, die allen humanitären Reformbestrebungen des 19. Jahrhunderts entgegenlief. Der wachsende Aufnahmedruck und die fehlenden Möglichkeiten, chronisch psychisch Kranke wieder zu entlassen, hatten letztlich alle therapeutischen Bemühungen zunichte gemacht. Aufgrund der geographischen Isolation, von Behörden und der Öffentlichkeit immer mehr im Stich gelassen [17], war schließlich die investive und personelle Ausstattung der psychiatrischen Krankenhäuser so weit abgesunken, daß auch eine adäquate Langzeitversorgung der Patienten nicht mehr möglich war.

Die psychiatrischen Krankenhäuser verschwanden für Jahrzehnte aus dem Bewußtsein der Öffentlichkeit. Erst in den 60er und 70er Jahren ging von den Mißständen dieses Versorgungssektors der Anstoß aus, die Bundesregierung mit der Erstellung einer Enquete zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik zu beauftragen. 1965 sprach Häfner vom „Notstand in der psychiatrischen Krankenhausversorgung“ [9], und 1973 rügte die von der Bundesregierung berufene Sachverständigenkommission in ihrem Zwischenbericht [5] die „grobten, inhumanen Mißstände“ in den psychiatrischen Krankenhäusern. In dem 1975 erschienenen Schlußbericht war dann zu lesen, daß die Hauptlast der stationären Versorgung von aus dem vorigen Jahrhundert oder aus der Jahrhundertwende stammenden Fachkrankenhäusern getragen werde, die zu groß, in der Bausubstanz veraltet, in ihrer geographischen Lage ungünstig und zu 60% mit Langzeitpatienten belegt seien [6].

Im Rahmen einer *bedarfsgerechten Versorgung* sollte das *psychiatrische Krankenhaus* als Zentrum der Versorgung abgelöst werden und nur noch ein *Glied einer therapeutischen Kette* bilden. Die Reform der psychiatrischen Versorgung in Deutschland litt aber unter einer Entwicklung, die im Keim schon im vorigen Jahrhundert von Griesinger mit angelegt worden war. Während in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts die Anstaltspsychiatrie organisatorisch eine Blüte erlebte und die deutsche Psychiatrie dominierte, gewann in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts die Universitätspsychiatrie deutlich an Gewicht. Eingeleitet wurde diese Entwicklung unter anderem auch von W. Griesinger, der mit seiner Forderung nach Stadtasylen auch das Ziel verfolgte, die klinische Ausbildung an den Universitäten zu verbessern:

An die Errichtung dieser Art von Anstalten knüpft sich nun ein anderes großes Bedürfnis *und* ein neues mächtiges Interesse, das des psychiatrischen Unterrichts ([8], S. 278).

Aus dieser Überlegung heraus hielt er es für notwendig, bevorzugt Patienten, die sich für den Unterricht eignen, an klinischen Asylen — womit Stadtasyle in ihrer Funktion als Universitätskliniken gemeint waren — auf-zunehmen:

Was die Kranken betrifft, so sind diese, wie bei jeder andern Klinik, vor allem mit Rücksicht auf das Interesse des Unterrichts aufzunehmen. Das Interesse des Unterrichts verlangt aber a) möglichst viele frische Fälle und acute Zustände, weil für diese besonders in der künftigen Praxis Hilfe gesucht wird. Es sind deshalb Einrichtungen zu treffen, vermöge deren alle acuten Fälle irgendwelcher Art, ohne Weiteres, aufgenommen wer-den können. b) chronische Fälle, die für den Unterricht wenig therapeutisches Interesse haben, sind freilich auch nothwendig; doch bedenke man, dass ... nicht alles, was es überhaupt giebt, gezeigt werden kann ([81], S. 311-3(2)).

Das mangelnde Interesse der Universitätspsychiater an der Betreuung und Behandlung chronisch psychisch Kranker kennzeichnete fortan das Verhältnis zwischen Heilanstalt und Universitätsklinik. So beschreibt z.B. auch Janzarik [12] eindringlich, wie sich Kraepelin an der überfüllten Heidelberger psychiatrischen Universitätsklinik der Kranken entledigen wollte, die weder für die klinische Behandlung noch für den Unterricht geeignet waren.

Diese Kontroverse wirkte fort bis zum Bericht der Enquete-Kommission 1975 [6], die davon ausging, daß anstelle der sonst üblichen Stufung in der medizinischen Krankenhausversorgung in der Psychiatrie alle Versorgungsstufen in einer Einrichtung zusammengefaßt werden müßten. Nach Ansicht der Enquete-Kommission sollten psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern deshalb nur verkleinerte Abbilder der Großkrankenhäuser mit einer Richtgröße von ca. 200 Betten sein. Solchen Abteilungen sollte die Verpflichtung zur Versorgung aller Akut- *und* chronisch psychisch Kranker einer Region auferlegt werden. Damit sollte ein Ab-schieben vermeintlich unbequemer und schwer zu behandelnder chronisch Kranker in unzureichend ausgestattete psychiatrische Großkrankenhäuser vermieden werden. Häfner hat jedoch bereits 1975 in einem Sondervotum zum Enquetebericht [6] dargelegt, daß die Organisation der stationären psychiatrischen ^Versorgung in einer radikal einstufigen Form wenig sinnvoll sei und statt dessen auch für psychisch Kranke eine gestufte Versorgung gefordert, die dem differenzierten Bedarf an interdisziplinärer und rasch erreichbarer Hilfe gerecht wird. Eine Annäherung an diesen Standpunkt ist auch bei Kulenkampff [14], dem ehemaligen Vorsitzenden der Enquete-Kommission wie auch in dem Votum der Expertenkommission zum Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung zu erkennen [3]. Die Expertenkommission, die rund 15 Jahre nach der Enquete-Kommission die Enqueteempfehlungen überarbeiten und weiterentwickeln sollte, hielt zwar prinzipiell an der Einstufigkeit der stationären Versorgung fest, hält aber auch eine „Arbeitsteilung“ zwischen psychiatrischer Abteilun^g und Landes- bzw. Bezirkskrankenhaus für vertretbar [3]. Die Expertenkommission vollzog damit einen Schritt, der bereits von W. Griesinger gefordert worden war.

Wilhelm Griesinger gilt v.a. als der Vater der Neuropsychiatrie [1]. Die vorstehenden Ausführungen lassen erkennen, welche Bedeutung Griesinger auch für die psychiatrische Versorgung zukommt. Vorurteilsfreier als die meisten seiner Zeitgenossen, war er in der Lage, die Versorgungsbedürfnisse psychisch Kranker zu analysieren. Wenn Wilhelm

Griesinger zu den Mitbegründern der deutschen Psychiatrie gezählt wird, sollte deshalb auch an die Reformerpersönlichkeit Griesingers gedacht werden.

C.3.: Universitäts- vs. Anstalts- und Versorgungspsychiatrie

Nach diesem Einschub mit Blick auf die Anstaltspsychiatrie und der Entwicklung der Psychiatrie aus Sicht von Rössler vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (veröffentlicht im Nervenarzt 63 aus dem Jahre 1992 auf den Seiten 257-261) zurück zur chronologischen Betrachtung.

Exakt 100 Jahre nach dem ersten großen Publikationsschub, 1897 und 1898 änderte sich die psychiatrische Welt grundlegend.

So schrieb eine Schweizer Fachzeitschrift zu einem umfangreichen Buch, das Sigmund Freud im Jahre 1897 veröffentlichte:

„Freuds Werk stellt eine unerreichbare Glanzleistung da, die allein schon hinreichen würde, Freuds Namen ... einen bleibenden Platz zu sichern.“

Jeder denkt sofort an das Hauptwerk der Freudschen Psychoanalyse, die „Traumdeutung“.

Falsch geraten – die Glanzleistung Freuds bezieht sich nämlich auf Neurologie. Die Fachzeitschrift ging davon aus, dass die Publikation Freuds Namen „in der klinischen Neurologie“ einen bleibenden Platz sichern würde. Gemeint ist die 327 Seiten starke Monografie „Die infantile Zerebrallähmung“, das neurologische Hauptwerk Freuds; gleichwohl gibt es zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieses Werkes die Neurologie als Fach noch nicht.

Ein Jahr später schuf Kraepelin die Dementia Praecox (1898), die Bleuler zehn Jahre später (aus den bekannten Gründen) in Schizophrenie umbenannte. Der Kern der Mitteilung von Kraepelin lautete:

„Aus der Mannigfaltigkeit der klinischen Krankheitsformen hat sich im Laufe der Jahre eine große Gruppe von Fällen herausgehoben, deren Ausgang ein eigenartiger geistiger Schwächezustand zu bilden pflegt.“

Die ausführliche Beschreibung erschien freilich erst im darauf folgenden Jahr (1899) in der 6. Auflage seines Lehrbuchs. In demselben Jahre erschien Freuds Traumdeutung, ebenfalls sein Hauptwerk. Beide Werke beherrschen uns bis in die Gegenwart.

Dieses ungleiche und gegensätzliche Paar, Kraepelin und Freud, hat zwei seltsame Gemeinsamkeiten. Sie wurden beide in demselben Jahr, 1856, geboren, und sie veröffentlichten die beiden Werke, welche unsere Zeit nicht nur in der Psychiatrie verändert haben und die in gewisser Weise den bis heute anhaltenden globalen Rang der deutschen Psychiatrie begründeten in demselben Jahr.

Zunächst lief die Entwicklung aber ganz anders, denn Kraepelins Werk wurde gleich international bekannt, während von Freuds Werk nur ein paar Exemplare verkauft wurden,

heute aber extrem rare bibliophile Kostbarkeiten darstellen. Kraepelin sah sich philosophisch ganz in der Kantschen Tradition. Er fühlte sich als psychiatrischer Laborforscher.

Seine besondere Leistung entstand aber der Orientierung an den großen französischen Klinikern, so dass er schließlich in der letzten Auflage seines Lehrbuches allein für die Beschreibung der Schizophrenie mehr als 500 Seiten brauchte.

Wenn man berücksichtigt, dass DSM IV für die Kriterien der Schizophrenie nur noch eine halbe Seite verwendet, der ICD 10 zehn Seiten bemerkt man den Unterschied.

Freud stellte sich mit der Psychoanalyse eher in der Tradition der Philosophie und Psychiatrie des deutschen Idealismus, obwohl er sich nicht so fühlte, wobei er allerdings den Aspekt des moralischen in der Moralischen Psychiatrie in ihr Gegenteil verkehrte (Könnte man in Anlehnung an Basaglia von der „Negation der Moral“ sprechen?)

Eigentlich war sein philosophisches Vorbild, bei dem er auch in Philosophie promovieren wollte, Franz Brentano. Aber Freud war nicht nur ein Theoretiker, sondern auch ein Organisator. So schuf er nach und nach eine Weltorganisation, die heute noch mächtig ist und der gegenwärtig der aus Deutschland stammende Otto Kernberg als Präsident vorsteht. Ja, man muss sagen, dass die zahllosen psychotherapeutischen Gesellschaften mit ihren Ritualen der Aufnahme, Annahme, Selbsterfahrung, usw. ohne das Vorbild der psychoanalytischen Organisation nicht denkbar wären.

Die Freudsche Theorie ist die einflussreichste psychiatrische Theorie aller Zeiten aller Länder geworden. Ja, war sie eine psychiatrische? Freud blieb irgendwie immer Neurologe und war ja auch außerplanmäßiger Professor der Neuropathologie, seine Erfahrungen – und man muss auch sagen, Kenntnisse – in der damaligen klinischen Psychiatrie waren eher gering. Er war allerdings nur dann kein Psychiater, wenn man die ganze psychodynamische Psychotherapie nicht als Psychiatrie ansieht, wie es von Anbeginn an viele biologische Psychiater getan haben.

Erst mit Kraepelin, also noch nicht mit Griesinger, beginnt eine Aera, in der sich die Psychiatrie „mit unreflektierter Selbstverständlichkeit als naturwissenschaftliche Aufklärung“ (Dörner, S. 337) verstand.



Abbildung 2 Emil Kraepelin (untere Reihe rechts, Hut in der Hand)

Kraepelin weist Griesingers Formel der Einheitspsychose zurück, indem er die „Dementia Praecox“ vom manisch-depressiven Formenkreis abhebt.

Er begründet so die Nosologie und unterfüttert die sich seit etwa 1880 vollziehende Trennung von Anstalts- und Universitätspsychiatrie, wobei viele Autoren den Sieg der Universitätspsychiatrie mit der sechsten Auflage von Kraepelins Lehrbuch „Schizophrenie“ verbinden: seine Autorität war unantastbar, sein Lehrbuch (insges. 9 Auflagen) wurde zur Grundlage der Psychiatrie.

Damit wurde die Dominanz unanfechtbar – die Dominanz der **Universitätspsychiatrie über die Versorgungspsychiatrie**, die ihren Ausgangspunkt in den Armenhäusern nahm und gegenüber der Universitätspsychiatrie ins Abseits geriet; diese hatte ihren Weg über die philosophierenden Professoren der idealistisch-moralischen Ära und über die klinischen Beschreibungen von Pinel und Esquirol genommen und führte schließlich in Deutschland zur Nosologie von Kraepelin (im Anschluss an Kahlbaum).

Noch Jahrzehnte, man kann sagen ein Jahrhundert, bleibt erhalten, dass sich die einen mit den Krankheitsbildern, deren klinischer Beschreibung, Diagnostik und möglichst ausgefeilter Therapie beschäftigten (*das, was bis vor kurzem auch in Deutschland die Universitätspsychiatrie darstellte; in München übernimmt erst ab 2003 auch die Uni-Klinik die Pflichtversorgung für eine Region!*),

und die anderen sich mit der Versorgung der großen Zahl der für Forschung uninteressanten psychisch Kranken, zumeist die mit chronischem Verlauf, in den wohnortfernen Landeskrankenhäusern herumplagen.¹

¹ Noch heute sind verschiedene Ausläufer dieser Trennung zu erkennen, z.B. in der defizitären Versorgungsforschung.

Wie unterschiedlich die Bemühungen um angemessene Versorgung im Verhältnis zu (universitärer) Nosologie etc. bewertet werden können zeigt ein weiteres Zitat aus dem Vortrag von Peters in Weilmünster:

Kraepelin zufolge hatte die Psychiatrie selbständige Krankheitsbilder zu untersuchen, und zwar Erkrankungen der Hirnrinde.

„Psychiatrischer Forschungssehnsucht verlangte, die Innere Medizin in der Präzisierung und Unterscheidung und Systematisierung einzelner Krankheiten zu erreichen, weshalb auch mit Vorliebe Psychische Störungen auf die damals in der Inneren Medizin modernen Stoffwechselstörungen kausal zurückgeführt wurden“ (Dörner, Diagnosen der Psychiatrie, Frankfurt 1975 – zitiert nach: psychologie heute, August 1976 S. 16).

Für Kraepelin waren die Schizophrenien der „Nosologische Kern“ und er vertrat die Trias der Krankheits-Diagnostik auch für die Psychiatrie.

Die Krankheit „Dementia Präkox“ zeichne sich aus durch

- eine spezifische Ätiologie,
- spezifische körperliche Dysfunktionen bzw. Schädigungen und
- einen spezifischen Verlauf.

Diese begründende Trias ist bis heute für die psychischen Störungen nicht gelungen; diese Tatsache wird im Kapitel V der ICD 10 reflektiert: dort ist nicht von Krankheiten, sondern von Störungen die Rede.²

Die Bemühungen um einen medizinischen Krankheitsbegriff wurden später von Kurt Schneider fortgesetzt.

1917 wird als erste erfolgreiche körperliche Behandlungsmethode die „Malariafieberkur“ entdeckt.

„Außer der Ausbreitung des Systems der Irrenanstalten und der Diskussion über deren beste Organisation passierte in dem (19.) Jahrhundert in der Psychiatrie nicht soviel. Mit Griesingers Lehrbuch (1845) wurde die organische Verursachung aller psychischen Störungen zum Dogma erhoben und ist es bis heute geblieben. Die Kreativität der deutschen Psychiatrie erlosch für ein halbes Jahrhundert. Mit Griesingers Antrittsvorlesung in Berlin, 1866 (Wiederabdruck in: 1872) wurde die Neuro-Psychiatrie begründet, das heißt, die Neurologie wurde, ehe sie sich noch richtig eigenständig entfalten konnte, Teilgebiet einer psychiatrisch dominierten Nervenheilkunde. Sonst passierte in der zweiten Jahrhunderthälfte nicht viel. Es gab eine Reihe von Versuchen, die Krankheiten, die man in den Institutionen sah, zu systematisieren, aber nichts davon fand eine allgemeine Anerkennung.“

² „Störung“ ist kein exakter Begriff. Seine Verwendung in dieser Klassifikation soll einen klinisch erkennbaren Komplex von Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten anzeigen, die immer auf der individuellen und oft auch auf der Gruppen - oder sozialen Ebene mit Belastung und mit Beeinträchtigung von Funktionen verbunden sind. Soziale Abweichungen oder soziale Konflikte allein, ohne persönliche Beeinträchtigungen sollten nicht als psychische Störungen im hier definierten Sinne angesehen werden“ (Dilling u.a.: WHO - ICD 10, Kapitel V (F), 1993)



Abbildung 3 Der Wiener Psychiatrieprofessor Julius von Wagner-Jauregg (rechts) sieht zu, wie das aus dem Arm eines Malariakranken entnommene Blut einem Patienten mit Neurosyphilis injiziert wird.

Wir verlassen kurz die chronologische Abfolge und werfen einen Blick auf die dann folgenden körperlichen Behandlungsmethoden, die in den 50er Jahren durch die Entwicklung von Medikamenten nur zum Teil abgelöst wurden.

1934 veröffentlicht Sakel in Wien seine enormen Erfolge bei der Behandlung von Schizophrenen durch die Insulinschock- bzw. -Koma-Therapie (1 % aller Behandelten erwacht nicht mehr aus dem „therapeutischen“ Koma, 1937 folgt die Elektro-Krampf-Therapie, in den 40er Jahren erfreut sich die Lobotomie großer Beliebtheit.



Abbildung 4 Walter Freeman, Neurologe am Universitätskrankenhaus der George Washington University, machte die Lobotomie in den Vereinigten Staaten populär. Hier führt er ein Instrument durch die Augenhöhle ins Gehirn ein, um Gewebe im Stirnlappen zu zerstören

Einen Einblick in die Denkweise um 1900 vermittelt ein Ausschnitt aus einem viel gelesenen „Leitfaden für Irrenpfleger“ von „weiland Dr. Ludwig Scholz“, (Direktor an der Provinzial-

und Irren- und Idiotenanstalt in Kosten, nahe Bremen); dieser Leitfaden ist eine „vom Deutschen Verein für Psychiatrie gekrönte Preisschrift“, so die Titelseite.

C.4.: Versorgungspsychiatrie und bürgerschaftliches Engagement

Auf den folgenden Seiten finden Sie aus der Feder von Jürgen Thebrath (1978) eine Fortsetzung der Entwicklung unter der **Versorgungsperspektive**, wobei er dies mit der weiteren Entwicklung der Hilfsvereine parallelisiert; aus den Hilfsvereinen geht später ein Teil der Gemeindepsychiatrie hervor.

Thebrath war Geschäftsführer des Psychiatrieverlages und des Dachverbandes Psychosozialer Hilfsvereinigungen, heute Auslandskorrespondent des ZDF, mit vielen Beiträgen im Auslandsjournal

Ausschnitt aus Jürgen Thebrath (1978), S. 21-30

Zwei-Klassen-Psychiatrie

Kraepelins überragende Stellung verband sich mit der von nun an überlegenen Bedeutung der Universitätspsychiatrie: „Von den Universitäten aus wird von jetzt ab diktiert, was in der Psychiatrie theoretisch wahrgenommen und praktisch-therapeutisch getan wird.“ (94) Die Trennung in eine Hochschul- und eine Anstaltspsychiatrie hatte tiefgreifende Folgen: „Die Hochschulpsychiatrie schloß sich vielfach von den praktischen Bedürfnissen des psychiatrischen Fachgebietes ab, versorgte in ihren relativ kleinen Einrichtungen fast ausschließlich Akutkranke und verlor mit dem breiten Spektrum chronisch Kranker einen wesentlichen Forschungsgegenstand aus ihrem Gesichtsfeld. Die Anstaltspsychiatrie, von der zunächst der große Aufschwung der Psychiatrie getragen worden war, verarmte an Forschungsimpulsen und wurde ... nicht mehr so stark gefördert.“ (95)

Forschung und Lehre hatten also zunehmend weniger mit der Versorgung der Bevölkerung zu tun, zumal der kleine Prozentsatz von Patienten in den Universitäten „eine hochgradige Selektion darstellt (z. B. weniger Patienten aus unteren sozialen Schichten, weniger alte, weniger chronische Patienten) ... Die medizinische Sichtweise der Universitätskliniken läßt auch in den Anstalten die Bedeutung der Pflege und Administration zurücktreten und verhilft auch hier dem ‚Bett‘ zu seinem unsinnigen Siegeszug als Basis der Behandlung.“ (96)

Der Kranke als Objekt

Der Kranke verkümmerte zum Objekt einer naturwissenschaftlichen Betrachtungsweise, deren Interesse sich darauf konzentrierte, psychopathologische Symptome zu klassifizieren, sie zu Syndromen zu ordnen und zu biologischen Prozessen in Beziehung zu setzen. Schon 1927 kritisierte Roemer: „Die der ausschließlich symptomatologischen Betrachtungsweise folgenden Forschungsrichtungen, die anatomisch-neurologische und daran anschließend die ätiologisch-klinische, (waren) ihrem Wesen nach geeignet, die Entstehung einer offenen Fürsorge ... zu hemmen oder doch zu verzögern. Diese Forschungsweisen gingen ja von einer ausschließlich somatischen Auffassung der Geisteskrankheiten aus, die grundsätzlich alle psychischen Krankheitserscheinungen als unmittelbaren Ausdruck des schicksalsmäßig verlaufenden, unbeeinflussbaren Gehirnprozesses verstehen wollte und so einen therapeutischen Pessimismus bzw. Nihilismus zur Folge haben mußte.“ (97)

Anstaltsartefakt

In der Tat war für viele Psychiater Anfang des 20. Jahrhunderts mit der gestellten Diagnose der „Fall“ gelöst. Die Konsequenzen für die psychisch Kranken spiegelten die Statistiken wider: „Seit Ende des 19. Jahrhunderts werden die Krankenhausaufenthalte länger, wird der Hospitalismus wirksamer, nehmen die chronisch Kranken zu.“ (98) Die Anstalten mußten vergrößert werden und waren dennoch überfüllt, „wobei die Schwerkraft des Betriebs in

diesen Mammutinstituten die Wahrnehmung des einzelnen Kranken immer empfindlicher beeinträchtigen mußte" (99). So wurden die Schizophrenen künstlich zu ‚Zellenprodukten‘ mit negativistischer Gewalttätigkeit und autistischen Manieren gemacht" (100), ein Vorgang, der schon damals mit dem Begriff Anstaltsartefakt belegt wurde.

Die bedrückenden Folgen des Hospitalismus wurden nicht von allen Psychiatern hingenommen. Uni 1910 lebten mancherorts alte Reformkonzepte der Familien-pflege wieder auf_ So führte Alt die Familienpflege, also die Unterbringung psychisch Kranker in einer fremden Familie gegen Vergütung, „nach dem Vorbild der belgischen Dörfer Gheel und Lieurieux in Form der Ansiedelung zahlreicher Geisteskranker in einem bestimmten Gebiet mit einem verhältnismäßig kleinen Landasyl als Zentrale für die Provinz Sachsen ein" (101).

Kolbsche Familienpflege

Mit dem Namen Kolb und der „Kolbschen Familienpflege" verband sich „eine von der Anstalt ausgehende offene Für-sorge, die den Kranken bei seinem Aus-tritt mit fachärztlicher Betreuung in das Familien- und Erwerbsleben zurückgeleitet und auf seinem Platz außerhalb der Anstalt erhält" (102). Kolb ging von der Tatsache aus, daß die Zahl der Anstaltsbetten viel geringer war als die Zahl der psychisch Kranken, daß also ohnehin schon ein großer Teil der Kranken in Familien betreut wurde. Sein Ziel war, die Zahl der außerhalb der Anstalt lebenden Patienten ständig zu erhöhen, denn die Familienpflege ist ... das natürliche Schlußglied der fortschreitenden freiheitlichen Entwicklung unserer Anstalten" (103).

Kolb sah in der Familienpflege durchaus mehr als nur einen aus der Not geborenen Ersatz für die zu klein gewordenen Anstalten: „Die Familienpflege hat sich in der Praxis als ein therapeutischer Faktor von anerkanntem Wert erwiesen. Die Psychiatrie ist nicht so reich an therapeutischen Mitteln, daß wir auf einen Faktor von anerkanntem Wert verzichten dürfen." (104)

Größere Anstalten

Ende der zwanziger Jahre wurden nach der Kolbschen Familienpflege über 4.000 Patienten außerhalb der Anstalten betreut. (105) Dennoch befand sich die offene Fürsorge in der Psychiatrie erst „in den Anfängen der Entwicklung" (106),

die dann im Nationalsozialismus ganz gestoppt wurde. Die Masse der Patienten wurde nach wie vor in Anstalten verwahrt: 1911 wurden in Deutschland 225 private und 187 öffentliche Irrenanstalten gezählt, außerdem 16 Universitätskliniken. „In einem einzigen Jahr werden 143.410 Personen in diese Institutionen eingewiesen." (107)

Solche Größenordnungen machten den Bau bzw. die Erweiterung der Anstalten notwendig und aus dieser Zeit stammen viele unserer heutigen Landeskrankenhäuser.

So schreibt Kulenkampff 1971 über die derzeitigen psychiatrischen Großkrankenhäuser: „Der Bestand, der sich uns repräsentiert, ist im Grunde der Bestand des 19. Jahrhunderts ... Das sich durch das ganze Jahrhundert hinziehende Bauprogramm der psychiatrischen Krankenhäuser war bis zum Ende des Ersten Weltkrieges abgeschlossen. Neugründungen sind nicht mehr erfolgt. ... Die sich in dieser Weise dokumentierende gewisse institutionelle Stagnation — mindestens seit etwa der Zeit nach dem Ende des Ersten Weltkrieges — war und ist be-stimmend für die Lage der Betroffenen, der psychiatrischen Patienten nämlich, die sich im Netz solcher Institutionen zu bewegen haben." (108)

Opium, Bäder und Bettruhe

Wie oben in einem Zitat von Kolb an-gesprochen, waren die therapeutischen Möglichkeiten der Psychiater zu Beginn des Jahrhunderts sehr bescheiden, von ihrer therapeutischen Resignation aufgrund des Kraepelins Diagnose- und Krankheitsschemas einmal ganz abgesehen. Die medikamentöse Behandlung spielte kaum eine Rolle. Lediglich zur „Behandlung der Depressionen bediente man sich der aus der alten arabischen Medizin stammenden Opiumkur." (109)

Das größte therapeutische Gewicht kam den "physikalischen" Behandlungsmethoden zu, zu denen man die „Bettbehandlung“, d. h. die Verordnung von Bett-ruhe, außerdem die Separierung und Isolierung, die Behandlung mit prolongierten Bädern, Dauerbädern und feuchten Wicken (Ganzpackungen), schließlich auch die mechanische Fixierung" zählte (110). Zur „mechanischen Fixieruhr.“ wurden die Patienten mit Bettgurten fest-gebunden oder auch in Zwangsjacken gesteckt. Unruhige Kranke malträtierte man auch mit kalten Ganzpackungen, „von denen Eugen Bleuler allerdings sagte, sie seien der ärgste Restraint`, den er kenne“. (111)

Mit der Einführung der Malariakur zur Behandlung der Progressiven Paralyse begann 1917 ein neuer Abschnitt in der Psychosen-Therapie: erstmals kam ein spezifisch wirksames Mittel zur Behandlung einer Psychose in Anwendung.

Simons Arbeitstherapie

Ab 1919 verwirklichte Hermann Simon in der kurz zuvor erbauten „Westfälischem Provinzial Heil- und Pflegeanstalt Gütersloh" sein Konzept der Arbeitstherapie. Die Patienten wurden in den eigens dafür gebauten Werkstätten, in der Landwirtschaft und in der Verwaltung eingesetzt, „wobei eine nicht an der Leistung, sondern am guten Willen orientierte Arbeitsbelohnung als Anreiz diente“ (112). Simon wollte mit der Arbeitstherapie, in der nur notwendige und sinnvolle Arbeiten verrichtet werden sollten, den „gesund gebliebenen Teil der Persönlichkeit“

ansprechen und damit den passiven, untätigen und eintönigen Anstaltsalltag der Patienten beleben.

„Mit der in dieser Weise höchst intensiv und wohl auch unerbittlich betriebenen Arbeitstherapie erzielte Hermann Simon außerordentlich bemerkenswerte therapeutische Erfolge, mindestens im Sinne einer optimalen Anstaltssozialisierung der Patienten mit realitätsgerechter Anpassung der Patienten an die Institution.“

(113) Die Kritik, die in dieser im übrigen positiven Einstellung Winklers zur Arbeitstherapie enthalten ist, wird von anderen Autoren deutlicher geäußert. Danach wurde die Arbeitstherapie immer weniger ein Instrument der Rehabilitation als der oft rigiden Anpassung an den Anstaltsablauf. So wies auch Roemer schon 1927 darauf hin, daß „alle Anstaltsbehandlungsmaßnahmen einschließlich der modernen Beschäftigungstherapie nach Simon ... leicht zum Schema werden und damit auf den einzelnen mechanisierend und geisttötend, also schädigend einwirken“ (115) können. Die Arbeitstherapie, so Roemer an anderer Stelle, könne „nur durch die planmäßige Verbindung mit der Frühentlassung vor dem Abgleiten in einen sinnwidrigen Schematismus geschützt werden“ (116).

Zentral: die „Bettbehandlung“

Faßt man die Entwicklung der Psychiatrie von etwa 1900 bis zum Nationalsozialismus zusammen, so läßt sich feststellen: Durch die nun die Diskussion beherrschende Universitätspsychiatrie wurde der zuvor anzutreffende allgemeine sozialpsychologische und pädagogisch-philosophische Bezugsrahmen verdrängt von einer naturwissenschaftlich-medizinischen Perspektive. Im Bemühen, analog zur Medizin aufwendige nosologische Systeme zu erstellen, wurde die „Bettbehandlung“ zum Mittel der Wahl. Zugleich geriet die große Zahl der Patienten in den Heilanstalten aus dem Blickfeld der Forschung. Die herrschenden Theorien führten vielfach zu therapeutischer Resignation, der Hospitalismus nahm stark zu.

Andererseits verstärkten sich insbesondere nach dem Ersten Weltkrieg sozialpsychiatrische Aktivitäten, die auf eine möglichst frühzeitige Rehabilitation der Patienten abzielten. Dazu gehörten die Bemühungen um die Familienpflege, um die offene Fürsorge für psychisch Kranke und um arbeitstherapeutische Konzepte. Zwar erreichte die „praktische Sozialpsychiatrie in dieser Epoche eine Höhe, Verbreitung und Anerkennung, die sie zu-mindest in unserem Land bis in die Gegenwart hinein nicht wieder gefunden hat“, (117) doch muß einschränkend gesagt werden, daß „die sozialpsychiatrischen Tendenzen dieser Zeit ein Schattendasein gegenüber der noch immer dominierenden naturwissenschaftlichen

Befürhten- Mit dem Aufkommen des Nationalsozialismus wurde solche Bestrebung in Deutschland vollends zerschlagen.“ (118)

Wie verlief nun vor dem Hintergrund dieser oben skizzierten Entwicklung der Psychiatrie, die nach Glatzel in dieser Zeit „die Gestalt erhält, die sie in ihren wesentlichen Zügen bis heute behalten hat“ (11.9), wie verlief also von etwa 1900 bis zum Nationalsozialismus die Entwicklung der Hilfsvereine?

8. Die Entwicklung der Hilfsvereine ab 1900

Von einigen, allerdings bedeutenden Ausnahmen abgesehen, läßt sich die Entwicklung der Hilfsvereine in den ersten beiden Jahrzehnten dieses Jahrhunderts als eine Phase der Stagnation, mancherorts auch als eine Zeit der Konsolidierung einschätzen. Von neuen Impulsen und starken Aufwärtseentwicklungen kann insgesamt kaum die Rede sein. Erst 1920 wird eine weitere neue Hilfsvereinigung gegründet.

Öffentliche Kritik

Ausschlaggebend für diese gebremste Entwicklung der Hilfsvereine könnten die drei folgenden Gründe gewesen sein: Zum einen rückte aufgrund des gewandelten Selbstverständnisses der Psychiatrie — wie beschrieben — die „Bettbehandlung“ in den Mittelpunkt, was im Zusammenhang mit dem verbreiteten therapeutischen Pessimismus alle Ansätze, die auf eine frühzeitige Rehabilitation zielten, schwächen mußte. Zum anderen führte die große Abhängigkeit der Hilfsvereine von der Einsatzfreude und dem Zeitbudget ihrer Vorsitzenden, der Anstaltsdirektoren, mancherorts zu Behinderungen und Lähmungen, was zum Beispiel der Brandenburgische Hilfsverein (vormals: Kurmärkischer Hilfsverein) beklagte (120). Und schließlich waren die Psychiatrie und insbesondere die Heil- und Pflegeanstalten um die Jahrhundertwende und in den Jahren danach mehrfach in das Kreuzfeuer öffentlicher Kritik geraten, was auch die Zahl potentieller Helfer reduziert haben mag. So berichtet Storz, daß das Presseorgan der kritischen Reformkräfte, die eine öffentliche Kontrolle der psychiatrischen Anstalten anstrebten, daß also „Die Irrenrechtsreform“ 1909 eine Auflage von 10.000 Exemplaren hatte. (121)

Angesichts dieser Lage klagte Brosius „Über den Mangel an Irren-Patronaten in Deutschland“ (122), weil die große Zahl von Neu- und Erweiterungsbauten zur Versorgung der psychisch Kranken nicht von einer nur annähernd ähnlich großen Zahl neuer Hilfsvereine begleitet wurde.

Neubeginn in Baden

Im Gegensatz zur insgesamt stagnierenden Entwicklung entfalteten zwei Hilfsvereine eine Fülle von Aktivitäten: der 1906 nach gründlicher Vorarbeit erneut begründete Hilfsverein für Geistes Kranke in Baden und der 1900 ins Leben gerufene Hilfsverein für Geistes Kranke in der Rheinprovinz. Der badische Verein hatte Ende 1906 schon 1931 Mitglieder, und ein Jahr später war ein fast lückenloses Netz von 700 Vertrauensleuten über das Land ausgebreitet. (123) Nach intensiven Werbekampagnen und zahlreichen Vorträgen der Psychiater war die Mitgliederzahl 1903 bereits auf über 3.000 gewachsen. 1913 wurden nach einem Beschluß der Mitgliederversammlung 721 badische Gemeinden, die „den größten Nutzen von einer ersprießlichen Tätigkeit des Vereins“ (124) hatten, zum Beitritt aufgefordert. Darauf traten 263 Gemeinden dem Verein bei.

Erfolge im Rheinland

Noch imponierender waren die Zahlen, die der Hilfsverein für Geistes Kranke in der Rheinprovinz vorlegen konnte. Ein Jahr nach der Gründung (1900) hatte der Verein schon 1500 Mitglieder, die allerdings fast alle vom älteren Hilfsverein in Düsseldorf „eingebracht“ worden waren. Durch intensive Öffentlichkeitsarbeit in Tageszeitungen und auf Flugblättern, mit Ausstellungen und Werbeplakaten erreichte der Verein schließlich 1929 die Zahl von 27.350 Mitgliedern, die in 1636 Ortschaften wohnten. Außerdem arbeiteten 462 Vertrauensleute für die Ziele des Vereins. (125)

Hohe Mitgliederzahlen erreichten vor dem Ersten Weltkrieg auch einige Hilfskassen und Unterstützungsfonds, in die die Bürger Beiträge einzahlten, um im Falle einer psychischen Erkrankung die Anstaltskosten zahlen zu können bzw. um dann Beihilfen zur Bestreitung des Unterhaltes zu erhalten. So hatte zum Beispiel der „Verein zur Unterstützung Geisteskranker in Fürth“ 1912 knapp 4.300 Mitglieder, und der „Nürnberger Versicherungsverein zur Pflege Geisteskranker“ zählte 1909 sogar 9.334 Mitglieder. (126)

Folgen des Weltkrieges

1912 gab es in Deutschland nach einer Statistik von Heinrich Lähr insgesamt 17 Hilfsvereine, eine „verhältnismäßig kleine Zahl. vor allem, wenn man sie mit der Zahl der großen öffentlichen Irrenanstalten vergleicht“. (127) Alle Vereine wurden durch den Krieg, die Kriegsfolgen und insbesondere auch durch die Inflation, die 1921 einsetzte und 1923 ihren Höhepunkt erreichte, in ihrer Arbeit gehemmt oder gar lahmgelegt. So gelang es dem Hilfsverein für Geisteskranke in Sachsen-Meiningen nicht, nach dem Weltkrieg einen neuen Anlauf zu nehmen. In einem Bericht heißt es, man habe von der „Wiedererweckung“ des Hilfsvereins aufgrund einer „in der breiten Volksschicht zu beobachtenden Zurückhaltung, z. T. sogar feindlichen Einstellung gegenüber von Sammlungen“ (128) abgesehen.

Auch der badische Hilfsverein mußte in der Nachkriegszeit viele Aktivitäten reduzieren. „An das Werben neuer Mitglieder war nicht zu denken. Die Zahl der Mitglieder nahm ständig ab, nur wenige erklärten offiziell ihren Austritt, die meisten verweigerten den Mitgliederbeitrag und waren auch in den folgenden Jahren nicht mehr zur Beitragsleistung zu bewegen. Dann kam die Inflation und nahm dem Verein sein Vermögen.“ (129)

„Schwerste Zeiten“

Andere Vereine, so zum Beispiel der Brandenburgische Hilfsverein, machten ebenfalls „schwerste Zeiten“ (130) durch und erlebten, wie der Niederschlesische Hilfsverein, fast eine Halbierung der Mitgliederzahl, die in diesem Verein von rund 2.000 vor dem Krieg auf knapp 1.200 im Jahre 1925 fiel. (131) Auch der Hilfsverein für Geisteskranke im Freistaat Sachsen, der vor dem Krieg mehr als 4.000 Mitglieder hatte, erreichte 1928 erst etwa wieder die Zahl von 2.000 Mitgliedern. (132)

Nach dem ersten Weltkrieg wurden jedoch auch zwei neue Hilfsvereine gegründet, über deren Mitgliederzahlen allerdings nichts in Erfahrung zu bringen war: 1920 der „Unterstützungsverein für Geisteskranke in der Provinz Schleswig-Holstein“ und 1926 der „Hilfsverein für Geisteskranke im Sargebiet“. (133)

Diese Neugründungen und die ab Mitte der zwanziger Jahre wieder zunehmenden Anstrengungen der älteren Hilfsvereine sind vor dem Hintergrund der stärker werdenden sozialpsychiatrischen Aktivitäten zu sehen, die — wie oben beschrieben — die Hospitalismus-Erscheinungen zu bekämpfen und die Öffnungen der Anstalten zu fördern versuchten. Mit der immer häufiger erhobenen Forderung nach einer offenen Fürsorge für die psychisch Kranken wurde nun auch von den sozialpsychiatrisch orientierten Psychiatern die Bedeutung und die Notwendigkeit der Hilfsvereine betont.

9. Die Gründung des Verbandes Deutscher Hilfsvereine für Geisteskranke

Auf Initiative von Ackermann und Fischer wurden seit 1921 bei den jährlichen Tagungen des „Deutschen Vereins für Psychiatrie“ auch regelmäßige Treffen von Vertretern deutscher Hilfsvereine durchgeführt. Die Teilnehmerzahl spiegelte das wachsende Interesse wider: Kamen in den ersten Jahren jeweils zwischen 13 und 18 Vertreter der Hilfsvereine und der offenen Fürsorge, so waren 1926 schon über 30 und in den folgenden Jahren dann immer über 50 Delegierte anwesend. (134) „Bei dieser Entwicklung lag es nahe, auf den Plan der Vorkriegszeit zurückzukommen und einen Zusammenschluß der Hilfsvereine herbeizuführen.“ (135)

Ackermann stellte 1926 einen entsprechenden Antrag auf der Vertreter-Versammlung in Düsseldorf und fand einstimmige Zustimmung. Er wurde mit Roemer und Herting beauftragt, eine Satzung für den „Verband Deutscher Hilfsvereine für Geisteskranke“

ausarbeiten. Diese Satzung wurde dann 1927 in Wien angenommen. Danach hatte der Verband laut 1 das Ziel, „die einzelnen Hilfsvereine zur gegenseitigen Förderung, zum Ausbau ihrer Tätigkeit und zur nachhaltigen Vertretung den Behörden gegenüber zusammenzuschließen“. (136)

1928 rund 37000 Mitglieder

1928 hatte der Verband elf Mitgliedsvereine, 1930 waren es 13. Aufgrund der mir zugänglichen Unterlagen läßt sich die in diesen Vereinen repräsentierte Mitgliederzahl nur schätzen. Danach dürften gegen 1930 etwa 37.000 Bürger in Hilfsvereinen für Geisteskrankte organisiert gewesen sein, davon fast 28.000 allein im Hilfsverein in der Rheinprovinz.

1927 erfolgte ein kooperativer Anschluß des Verbandes der Hilfsvereine an den „Deutschen Verband für psychische Hygiene“, und ein Jahr darauf wurde die „Zeitschrift für psychische Hygiene“ gegründet, die zum Organ des Verbandes der Hilfsvereine wurde. „Davor war die psychiatrisch-neurologische Wochenschrift Bressler's der Publikationsort.“ (137)

Auflösung im Dritten Reich

1935 mußte der „Verband für psychische Hygiene“ seine Arbeit einstellen. An seiner Stelle trat die „Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater“. Dazu heißt es 1935 in der Zeitschrift für psychische Hygiene: „Anläßlich der Gründungsversammlung der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater vom 1. bis 4. September d. J. in Dresden, bei der auf Veranlassung des Herrn Reichsministers des Innern der Deutsche Verein für

Psychiatrie und die Gesellschaft Deutscher Nervenärzte unter Führung des Reichsleiters; Professor Dr. Rüdin, zusammengeschlossen wurden, ist der Deutsche Verband für psychische Hygiene und Rassehygiene in der Beiratssitzung und der Geschäftssitzung der Gesellschaft nunmehr förmlich in den Deutschen Ausschuß für psychische Hygiene der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater übergegangen.“ (138)

Spätestens mit diesem Datum endet die selbständige Arbeit der Hilfsvereine.

Zusammenfassend läßt sich über die Aktivitäten der Hilfsvereine bis zum Dritten Reich sagen: Zum einen bemühten sie sich, die psychisch Kranken vor der Isolierung und Ausgrenzung zu bewahren und ihnen statt passiver Verwahrung eine aktive, auf Rehabilitation zielende Behandlung zu sichern. „Die Hilfsvereine haben seit ca. 60 Jahren den Gedanken der offenen Betreuung der freilebenden Geisteskranken wachgehalten und so eine geschichtliche Mission erfüllt.“ (139)

Zum anderen verstärkten die Vereine ihre Anstrengungen zur Information und Aufklärung der Bevölkerung über psychische Erkrankungen und zum Abbau von Vorurteilen. Nimmt man die großen Mitgliederzahlen zum Indiz, so scheint ihnen diese Aufgabe mancherorts gelungen zu sein.

Materielle Not

Das größte Verdienst der Hilfsvereine sehe ich jedoch in der finanziellen Unterstützung notleidender Kranker und deren Familien sowie in der materiellen und beratenden Hilfe für entlassene Patienten. Denn die entstehenden Verpflegungskosten für die Anstaltsbehandlung führten oft zur Verarmung und Verelendung, falls die Familien des Erkrankten nicht entweder reich oder durch die Kranken- und Invalidenversicherung zumindest zeitweise geschützt waren. Die Armenunterstützung reichte nicht aus für eine gute Verpflegung, ganz zu schweigen von einer angemessenen Behandlung. Außer-dein pflegten sich „die Armenverbände schadlos zu halten durch Rückgriffe auf das Vermögen des Kranken oder auf die Leistungsfähigkeit seiner Familie“. (140) In solchen Notlagen sorgten die Hilfsvereine durch Spenden für eine wesentliche Entlastung, und damit schufen sie auch oft erst die Voraussetzung für therapeutische Erfolge. Denn Verarmung und Verelendung „spielen in dem Gemütsleben unserer Geisteskranken eine sehr wichtige Rolle, der Kummer um die Familie und deren Erhaltung beschäftigt und drückt derart, daß oftmals der Heilverlauf empfindlich beeinflußt, aufgehalten oder auch gar so gut wie vereitelt wird“. (141)

10. Die „Ära der Schocktherapie“ und das „Euthanasie“-Programm

Mit der schon erwähnten Einführung der Malaria-Kur zur Behandlung der Progressiven Paralyse im Jahre 1917 begann in der Psychiatrie eine Phase körperlicher Behandlungsverfahren, die zu einer „Ära der Schocktherapie“ (142) führte. Nach der Entdeckung des Insulins im Jahre 1922 setzten bald Behandlungsversuche bei psychotischen Patienten ein. Ab 1935 wurden insbesondere schizophrene Patienten mit hypoglykämischen Schocks „behandet“, auch dann noch, als viele Untersuchungen dargelegt hatten, „daß sich die Verlaufstendenz des schizophrenen Prozesses durch die Insulinschockbehandlung auf die Dauer nicht beeinflussen“ (143) ließ.

Künstliche Anfälle

Es wurde weiter geschockt, auch mit der ab 1935 eingeführten Cardiazol-Krampf-Behandlung. „Von der — nicht bestätigten — Annahme eines biologischen Antagonismus zwischen schizophrenen Krankheits- und epileptischen Anfallsgeschehen ausgehend“ (144), führten Psychiater künstlich Anfälle herbei. Diese Art der „Behandlung“ wurde nach Winkler von den meisten Psychiatern wieder aufgegeben, weil sie bei den Kranken Angst- und Vernichtungsgefühle auszulösen pflegte, die nicht immer der Amnesie verfielen, und weil sie deshalb bei den Patienten auf großen Widerstand traf.

Die 1937 von Cerletti und Bini eingeführte Elektroschockbehandlung wird auch heute noch angewendet. Nach Winkler brachte die Elektroschockbehandlung „die besten Erfolge ... bei gehemmten Depressionen und katatonen Stuporen“. (145) Die Elektroschockbehandlung, die einen epileptoformen Anfall auslöste, führte in den ersten Jahren ihrer Anwendung zu zahlreichen Brüchen, insbesondere zu Deckplatteneinbrüchen an den Wirbeln, weil die Krämpfe nach Durchfluten des Stroms abrupt einsetzten. Die-se Folgen der Elektroschocks konnten nach der Einführung von entspannenden Kurznarkosen abgewendet werden.

Psychochirurgie

Gegen Ende der dreißiger Jahre wurden Fortschritte in der medikamentösen Behandlung der Epilepsie erzielt. Vorher hatte die Psychochirurgie mit der „präfrontalen Lobotomie“ äußerst fragwürdige Erfolge. Bei diesen Eingriffen wurden die Bahnen zwischen der Stirnhirnrinde und dem Thalamus zerschnitten, was zu „affektiver Nivellierung, Verflachung der Persönlichkeit, Einengung des Erlebnishorizontes etc.“ (146) führte.

Winkler schreibt dazu weiter: „In Europa konnte sich die_ Psychochirurgie nicht in demselben Umfang wie in den USA durchsetzen, wo nach einer Schätzung von Kalinowsky bei rund 50.000 Patienten psychochirurgische Eingriffe vorgenommen worden sind.“ (147) Man muß sich das verdeutlichen: Da gingen Psychiater von der durch nichts bewiesenen Hypothese aus, daß Psychosen durch „starre Zellverbindungen (148) im Gehirn verursacht würden, und schickten daraufhin Patienten mit „Neigung zu aggressiven Impulshandlungen, chronischen Depressionen, hypochondrischen Zustandsbildern, Zwangskrankheiten, und schweren chronischen Schmerzzuständen“ (149) unter das Messer von Chirurgen, was deren Nivellierung, Verflachung und Einengung, also deren Verkümmern, zur Folge hatte.

„Erstmals Erfolge“

In der Enquete wird in diesem Zusammenhang betont, daß die Ara der Schock-verfahren „erstmal eine erfolversprechende Behandlung ‚endogener‘, in ihren Ursachen größtenteils unbekannter Psychosen ermöglichte“. (150)

Das heißt mit anderen Worten: Um eventueller Erfolge willen setzte man Schocks zur Behandlung von Krankheiten . ein, von deren Entstehung und Verlauf man nichts wußte. Keiner hat die Zahl der Patienten gezählt, die als menschliche Individuen auf der Strecke blieben.

(151) Ein solches therapeutisches Verständnis, das seinen Ausdruck in Schockbehandlungen fand, erinnert mich an eine Passage aus Jan Foudraines Buch „Wer ist aus Holz?“, in der ein Chefarzt seine Theorie psychischer Erkrankung erläutert: „Ein Radioapparat hat zahllose Drähte. Wenn einige davon kaputtgehen, kommen jene merkwürdigen

Geräusche aus dem Gerät. Nun, ein Mensch hat Millionen von Gehirnzellen. Wenn einige davon kaputt-gehen, kommen auch aus Menschen merk-würdige Geräusche. Das ist Schizophrenie. Ich glaube, daß sie ihren Sitz im Gehirn hat, vielleicht in den Hormonen.”

(152) Wer so glaubt, der kann dann auch versuchen, durch Schocks das Gehirn oder die Hormone in Ordnung zu bringen - falls der Patient Glück hat.

„Lebensunwertes Leben“

Mit Willen und Zustimmung von Psychiatern vollzog sich in den Jahren 1940 bis 1945 das traurigste und schlimmste Kapitel in der Verfolgung psychisch Kranker: sie wurden gemäß der schon 1920 von Hoche, dem damaligen Ordinarius für Psychiatrie in Freiburg, erhobenen Forderung nach einer „Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ vergast, vergiftet oder durch allmählichen Nahrungsentzug umgebracht.

Der erste Schritt zu diesem „Euthanasie“-Programm war das 1933 verkündete „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, das die Zwangssterilisation bei einer Reihe psychischer Erkrankungen ermöglichte. Schon 1934 sprach Ministerialdirektor Gütt vom Reichsministerium des Inneren im Zusammenhang mit bevölkerungspolitischen Maßnahmen von einer notwendigen „ausjägend wirkenden Ausmerzung“ (153).

In den Vorkriegsjahren stellte das Reichspropagandaministerium Lichtbildervorträge zusammen, die das Euthanasie-Programm propagandistisch vorbereiten sollten. Aus denselben Gründen wurden Vorführungen und Kurse in psychiatrischen Anstalten angesetzt, wo man den Besuchern das lebensunwerte Leben präsentierte. 1939 unterzeichnete Hitler einen Erlaß, wonach den nach menschlichem Ermessen unheilbar Kranken bei kritischer Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnadentod gewährt werden“ (154) konnte.

Tötung in Gaskammern

Ab 1940 wurden Meldebögen an die psychiatrischen Anstalten verschickt, in denen u. a. alle Patienten aufzuführen waren, die an Schizophrenie, Epilepsie und Schwachsinn litten, und die nicht in der Lage waren, in den Anstaltsbetrieben wirtschaftlich produktiv zu arbeiten. Außerdem waren alle Patienten zu melden, die entweder seit mindestens fünf Jahren in der Anstalt lebten oder als kriminelle Geisteskranke diagnostiziert waren und alle die, die weder die deutsche Staatsangehörigkeit besaßen noch zur deutschen Rasse gehörten.

Die ausgefüllten Meldebögen gingen dann an Obergutachter, die, ohne die Patienten zu kennen, ihr Urteil abgaben, das oft ein Todesurteil war. „Die für die Vernichtung ausgewählten Kranken wurden sodann durch die Gemeinnützige Krankentransportgesellschaft GmbH in ‚Reichsanstalten‘ verlegt, wo sie sofort in eigens dafür geschaffenen Gaskammern in großen Gruppen durch Kohlenoxyd-gas getötet und anschließend eingeäschert wurden.“ (155)

Etwa 85000 Opfer

Im Sommer 1941 gab Hitler — möglicherweise unter dem Druck der öffentlichen Meinung — den mündlichen Befehl, die Aktion zu stoppen. Ab Herbst 1941 wurden die Gaskammern zum Teil abgebaut und in den Osten gebracht, wo sie dann zur Massenvernichtung von Juden eingesetzt wurden: Die Tötung mißgebildeter und schwachsinniger Kinder wurde bis zum Kriegsende fortgesetzt. Nach Angaben der Enquete wurden im Nationalsozialismus etwa 80.000 psychisch Kranke und Behinderte sowie Epilepsie-Kranke und etwa 5.000 hirngeschädigte Kinder umgebracht.

Bis heute steht noch „eine Auseinandersetzung der Psychiatrie mit ihrer eigenen totalitären Vergangenheit aus, vermisst man eine Untersuchung, warum sich einige ihrer Vertreter zu jenen schaurigen Praktiken, die sich in perfider Weise des Euthanasiebegriffes bedienten, bereit fanden ...“. (156)

„Dem Staate gehorchend“

Und Kulenkampff schreibt dazu: „Daß die Psychiatrie, dem Staate gehorchend, gerade diejenigen vernichtete, welche sie zu schützen und deren Recht sie zu verteidigen hat, ist wohl als Angelegenheit individuellen Versagens, nicht aber als Problem der Verfassung dieser Psychiatrie selbst gesehen und diskutiert worden.“ (157)

11. Die Entwicklung der Psychiatrie nach 1945

Statt sich mit den Verbrechen auseinanderzusetzen, die auch im Namen der Psychiatrie begangen worden waren, verblieb die Psychiatrie nach Kriegsende „zu-nächst in eigentümlicher Praxisferne, psychopathologisch engagiert, daseinsanalytisch und phänomenologisch philosophierend. In der Tat wurden die ersten kritisch-reformatorischen Stimmen erst etwa 15 Jahre nach Kriegsende, zur Zeit, als die sogenannte Sozialpsychiatrie auch hier modern zu werden begann, hörbar“. (158)

Psychopharmaka

In der Zwischenzeit hatte 1952 mit der Einführung des Chlorpromazins (Megaphen) in die Behandlung von psychotischen Patienten die Ära der Psychopharmaka begonnen. In der Folgezeit synthetisierte die pharmazeutische Industrie eine große Zahl neuer psychotroper Substanzen, die man in die Gruppen der Tranquilizer, Neuroleptika, Thymoleptika, Thymoeretika, Stimulantia und Psycholytika einteilte. Wenn sich auch über die biologische Wirkungsweise der Psychopharmaka wenig sagen ließ, so gelang es doch mit Hilfe der neuen Medikamente, »selbst schwer erregte Patienten innerhalb kürzester Zeit ruhigzustellen und die frühere Wachsaalatmosphäre der Aufnahmestationen den Bedingungen anderer medizinischer Abteilungen anzugleichen. Die durchschnittliche Verweildauer in den psychiatrischen Krankenhäusern .. , verkürzte sich nun .. erheblich, während gleichzeitig die Zahl der jährlichen Auf-nahmen und Entlassungen stark anstieg.“ (159)

Drehtür-Psychiatrie

Im letzten Teil dieser Aussage der Enquete wird der Erfolg der Pharmakotherapie, die „aller Wahrscheinlichkeit nach ... keine ätiologische, sondern nur eine symptomatische Therapie“ (160) darstellt, relativiert. Denn trotz des Einsatzes von Psychopharmaka blieben die Rehabilitationserfolge begrenzt. Zwar konnte die Psychiatrie nun auf Abteilungen für chronisch Unruhige verzichten — das kritische Wort von der „chemischen Zwangsjacke“ machte bald die Runde — doch konfrontierte die Ära der Psychopharmaka die Psychiatrie mit einem neuen Phänomen: mit der Drehtür-Psychiatrie. „Die ‚Ebbe‘ der Entlassungen täuschte — mit jeder neuen ‚Flut‘ wurden die meisten Patienten wieder in die psychiatrischen Großkrankenhäuser ‚zurückgespült‘. Aus ‚chronischen‘ Anstaltspatienten vor der Ara der Psychopharmaka waren jetzt in der Regel langfristig Hospitalisierte geworden, deren stationärer Aufenthalt häufiger unterbrochen wurde.“ (161)

Sozialpsychiatrie

In der Bundesrepublik rückte etwa ab 1960 eine sozialpsychiatrisch orientierte Forschung und Praxis ins Blickfeld, was sich auch in einer wachsenden Zahl von Veröffentlichungen über die sozialen Bedingungen psychischen Leidens niederschlug. Im Gegensatz zu den sozialpsychiatrischen Ansätzen in den zwanziger Jahren zeichnete sich die Entwicklung nun dadurch aus, „daß sich Sozialpsychiatrie als eigenständige Arbeitsrichtung innerhalb der Psychiatrie an Hochschulen etabliert hat, daß sozialpsychiatrische Modelleinrichtungen aufgebaut werden und sich eine breite Reformbewegung konstituiert hat“. (162)

Angesichts einer Vielzahl von Veröffentlichungen und in Anbetracht der internationalen Aufwertung und Anerkennung, die der Sozialpsychiatrie zuteil wurde, sprachen manche Autoren schon von einer „dritten psychiatrischen Revolution“ (163), die nach der Befreiung der Irren von den Ketten durch Pinel und der Entwicklung der Psychoanalyse durch Freud nun mit der Sozialpsychiatrie gekommen sei. Ich teile diese Einschätzung nicht: Abgesehen von der schillernden Vieldeutigkeit des Begriffs Sozialpsychiatrie (164), unter den vielerlei Bestrebungen subsumiert werden, ist meiner Ansicht nach der anspruchsvolle Begriff „Revolution“ überzogen, müßte sich dann doch ein tiefgreifender und allgemeiner Wandel in

"der psychiatrischen Versorgung vollzogen haben. Davon kann jedoch nicht die Rede sein. Die Revolution hat, wenn überhaupt, dann nur in den Köpfen stattgefunden.

„Nationaler Notstand“

Nimmt man die Versorgung der meisten psychisch Kranken zum Maßstab, so gilt immer noch die 1965 von Heinz Häfner veröffentlichte Einschätzung, daß im Bereich der Psychiatrie ein „nationaler Not-stand“ (165) herrscht. „Es besteht vor allem ein katastrophaler Mangel an modernen Behandlungseinrichtungen, insbesondere an sozial-psychiatrischen Zentren, die mittlerweile zu Schwerpunkten der psychiatrischen Behandlung in den meisten Kulturländern geworden sind. Er zwingt zu der Feststellung, daß hierzu-lande zwar dem körperlich Kranken alle

von der medizinischen Wissenschaft erarbeiteten Behandlungsmöglichkeiten angeboten werden, dem seelisch Kranken aber weithin eine Therapie nach modernen Grundsätzen versagt bleibt.“ (166) Und 1972 schrieb Schulte in einem Aufsatz über die Sozialpsychiatrie: „Bisher existiert nicht ein einziges funktionierendes psychiatrisches Gemeindezentrum. Selbst das Mannheimer Modell, auf das sich die größten Hoffnungen richten, ist über die ersten Realisierungsstadien nicht hinausgekommen.“ (167)

Von Bedeutung für die jüngste Entwicklung der Psychiatrie könnte die Tatsache sein, daß die Misere der psychiatrischen Versorgung seit etwa 1969 mehr und mehr von der Öffentlichkeit wahrgenommen wird, daß also die Psychiatrie „ins Gerede“ (168) gekommen ist. „Fortschrittliche Praktiker und Wissenschaftler erkennen in zunehmendem Maße, daß die Vernachlässigung der Psychiatrie den Interessen der Bevölkerung zuwiderläuft.“ (169) Ausgelöst wurde diese öffentliche Unruhe u. a. durch das viel diskutierte Buch von Frank Fischer: „Irrenhäuser“, in dem mit dem Untertitel „Kranke klagen an“ skandalöse Zustände in psychiatrischen Landeskrankenhäusern beschrieben wurden. (170)

Auch die Enquete hat dazu beigetragen, daß der miserable Zustand psychiatrischer Versorgung offenkundig und in die Massenmedien getragen wurde. Dennoch sind die Reformbestrebungen zur Verwirklichung einer sozialen, gemeindenahen Psychiatrie nicht über Modellversuche und bescheidene Ansätze hinausgekommen.

DGSP, Aktion und Dachverband

Immerhin, die vorn „Mannheimer Kreis“ ab 1970 organisierten Treffen zur Reform der Psychiatrie führten zur Gründung der „Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie“ (DGSP), die inzwischen über 2000 Mitglieder hat. Diese Gesellschaft zeichnet sich insbesondere dadurch aus, daß in ihr alle mit der psychiatrischen Versorgung betrauten Berufsgruppen so-wie auch freiwillige Helfer und Laien zusammenarbeiten. Möglicherweise werden von den Psychiatern, Sozialarbeitern, Pflegern, Verwaltungsfachleuten und freiwilligen Helfern, die sich in der DGSP zusammengetan haben, in Zusammenarbeit mit der im politischen Raum aktiven Bonner „Aktion psychisch Kranke“ und mit dem die freiwilligen Mitarbeiter und Laienhelfer vereinigenden „Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen“ nachhaltige Reformanstöße ausgehen. Ermutigend ist immerhin, daß DGSP-Mitglieder in Hamburg, Hannover, Wunstorf, Hücklingen, Mönchengladbach u. a. sozialpsychiatrische Versorgungskonzepte erfolgreich realisieren konnten und diese Erfahrungen durch ein intensives Fortbildungsprogramm auch weiter vermitteln.

Zur Zeit läßt sich, glaube ich, nur sagen, daß die Psychiatrie in Bewegung geraten ist. Ob diese Bewegung dauerhaft Fort-Schritte bringt oder ob sie — viel Wind, aber wenig Wirkung erzeugend — letztlich doch wieder in Stillstand und Status quo mündet, wird sich in naher Zukunft sagen lassen. Wünschenswert und notwendig ist jedenfalls, daß in der Psychiatrie nach der „Ära der Schockverfahren“ und der „Ära der Psychopharmaka“ nun endlich auch eine „Ära des Patienten“ an-bricht.

12. Die Entwicklung der Hilfsvereine nach 1945

In der Geschichte der Hilfsvereine für psychisch Kranke klafft nach der 1935 erfolgten Auflösung des „Verbandes Deutscher Hilfsvereine für Geisteskranke“ eine große Lücke. Die

Tradition der organisierten Hilfe für psychisch Kranke wurde nach 1945 nicht wieder aufgenommen. In den Jahren des Wiederaufbaus und des beginnenden „Wirtschaftswunders“ wurden die psychisch Kranken „vergessen“. Das mag u. a. daran gelegen haben, daß die Psychiatrie durch die „Euthanasie“-Verbrechen schwer belastet und damit für freiwilliges Engagement wenig einladend war. Dazu gingen, wie beschrieben, von der deutschen Psychiatrie im Gegensatz zum westlichen Ausland in den ersten 15 Jahren nach Kriegsende so gut wie keine Reformimpulse aus, von einer Öffnung der Anstalten hin zur Gesellschaft ganz zu schweigen.

Verdrängte Misere

Damit hängt auch zusammen, daß die Psychiatrie in der Bundesrepublik lange Jahre kein Thema der öffentlichen Diskussion war, so daß die Misere der psychiatrischen Versorgung und die daraus erwachsende Notwendigkeit zur Hilfeleistung für psychisch Kranke vielen erst gar nicht bekannt wurde und von den übrigen „verdrängt“ werden konnte. Und schließlich war weder in der Wissenschaft noch in der Gesellschaft das heute entwickelte sozialwissenschaftliche Verständnis für Randgruppen und soziale Probleme, die ja immer Probleme der Gesellschaft sind, verbreitet.

Die ersten Helfergruppen in der Bundesrepublik, von denen ich Kenntnis erhalten habe und die sich heute noch aktiv für psychisch Kranke einsetzen, waren bzw. sind christlich-religiös motivierte Vereinigungen: der 1958 in Hannover gegründete Lebensdienst e. V., der laut Selbstdarstellung „in christlicher Verantwortung seelisch Kranken und ihren Angehörigen außerklinische Hilfen anbieten“ (171) will, und der 1961 ins Leben gerufene Helferkreis in Berlin-Spandau. Beide Gruppen arbeiten mit Einrichtungen der Evangelischen Kirche zusammen.

Ab 1964 initiierte Kluge, der auf Java „die intensive Beteiligung der Familie

und der Nachbarn bei der Betreuung ihrer psychisch Kranken kennen und nutzen“ (172) gelernt hatte, in Heilbronn und Weinsberg, später dann in Weißen-au und Warstein Gruppen von freiwilligen Helfern. Diese Gruppen „waren zum großen Teil nicht aus Ballungsräumen gewonnen, sondern in kleineren Gemein-den und auf dem Lande“ (173).

Studenten-Bewegung

Gegen Ende der sechziger Jahre trafen zwei Entwicklungen zusammen, die den Boden für die Gründung zahlreicher psychosozialer Hilfsvereine bereiteten: Zum einen erstarkte die Studenten-Bewegung, die nicht nur bei den Studenten den Blick für Randgruppen der Gesellschaft und für gesellschaftlich produziertes und gesellschaftlich zu verantwortendes Leid schärfte. Zum anderen hatte sich, wie oben beschrieben, die Sozialpsychiatrie auch in der Bundesrepublik Einfluß verschaffen und eine öffentliche Diskussion über die psychiatrische Versorgung ein-leiten können. Ab 1969 wurden daher in Folge dieser Entwicklung zahlreiche Hilfsvereine — von Kleinstgruppen bis zu Vereinen mit mehr als 1.000 Mitgliedern — gegründet.

Schon 1970, im Jahre ihrer Gründung, hatte die „Arbeitsgemeinschaft sozialpolitischer Arbeitskreise in der BRD“ (AG SPAK) acht vorwiegend von Studenten getragene Projektgruppen für psychisch Kranke ins Leben gerufen. (174)

Anhörung in Emmendingen

Als Indiz für das in diesen Jahren stark wachsende Engagement freiwilliger Helfer in der Psychiatrie kann auch die Anhörung gelten, die der Bundestagsausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit 1971 im Landeskrankenhaus Emmendingen durchführte. „Auf Drängen freier Mitarbeiter entschlossen sich die Ausschußmitglieder — erstmalig in der Geschichte des Deutschen Bundestages — eine Anhörung außerhalb Bonns durch-zuführen, um sich an Ort und Stelle über die Problematik zu informieren.“ (175) Befragt wurden bei dieser Anhörung die Mitarbeiter der sozialpsychiatrischen Dienste und freiwillige Helfer.

Nach den Erhebungen der Enquete waren im Mai 1973 „in 52 von insgesamt 130 Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie freiwillige Mitarbeiter

tätig.” (176) In 40 Prozent aller Fachkrankenhäuser war zu diesem Zeitpunkt also die Mitarbeit von Laien realisiert, meist in enger Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern: „In einem Viertel der Fachkrankenhäuser, in denen freiwillige Mitarbeiter tätig sind, wurde die Arbeit von seiten des Krankenhauses nicht organisiert.” (177)

Nach Angaben der Fachkrankenhäuser waren 1973 etwa 1.500 freiwillige Mitarbeiter aktiv. Dazu sind noch die Laienhelfer zu zählen, die in Krankenhaus-Fachabteilungen für Psychiatrie und in den psychiatrischen Universitätskliniken sowie in Heimen und Anstalten tätig sind. So kommt die Enquete auf eine Gesamt-zahl von 2.785 freiwilligen Helfern im Jahre 1973.

Heime ohne Helfer

Wertend stellt die Enquete fest, daß die „in vielfacher Hinsicht bewährte” Laienhilfe erfreulicherweise an 40 Prozent aller Fachkrankenhäuser anzutreffen sei. Gleichzeitig wird jedoch bedauert, „daß sich der Einsatz von Laienhelfern in Heimen und Anstalten offenbar noch nicht entscheidend durchgesetzt hat, obgleich dieses Tätigkeitsfeld für die freiwillige Mithilfe von Laien besonders geeignet erscheint.” (178)

Etwa zur gleichen Zeit wie die Enquete, nämlich im Herbst 1973 und im Sommer 1974, hatte der Ständige Ausschuß für Krankenhausfragen in der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde (DGPN) versucht, bei den staatlichen psychiatrischen Krankenhäusern der Bundesrepublik Auskünfte über die soziale Lage der stationär behandelten psychisch Kranken zu erhalten. „In die Umfrage eingeschlossen waren Fragen nach den Krankenhäusern zugewandten Hilfsvereinen zur Unterstützung psychisch Kranker und Behinderter. 27 der befragten Krankenhäuser meldeten die Tätigkeiten von Hilfsvereinigungen; an einzelnen Häusern sind sogar mehrere Vereinigungen gleichzeitig organisiert.” (179)

Berücksichtigt man, daß es laut Enquete in der Bundesrepublik 66 Fachkrankenhäuser der öffentlichen Hand gibt, so belegt auch diese Befragung, daß an 40 Prozent der Landeskrankenhäuser psychosoziale Hilfsvereine arbeiten.

13. Die Gründung des Dachverbandes psychosozialer Hilfsvereinigungen

Die seit 1969 rasch wachsende Zahl frei-williger Helfer und psychosozialer Hilfsvereinigungen führte dazu, daß das Interesse an Kooperation und Koordination unter den Laiengruppen stärker wurde. So mehrten sich die Forderungen nach der Gründung eines Dachverbandes für alle psychosozialen Hilfsvereinigungen, der die Nachfolge des 1935 aufgelösten Verbandes der deutschen Hilfsvereine für Geisteskranke antreten sollte.

Anstoß in Weinsberg

Diese Gründung sollte 1974 beim „Sechsten Weinsberger Kolloquium”, dessen Thema die „Hilfsvereine und Laiengruppen als integrale Bestandteile psychiatrischer Versorgung” waren, vollzogen werden. So hatte es jedenfalls eine Reihe von Psychiatern geplant. Doch die Vertreter der Hilfsvereine wehrten sich dagegen, einen solchen Dachverband ohne inhaltliche Diskussionen über Ziele und Strategien ins Leben zu rufen. Für solche Erörterungen fehlte jedoch die Zeit. Aus der teilweise heftigen Debatte ist mir die Stellungnahme eines freiwilligen Helfers in Erinnerung geblieben. Er sagte sinn-gemäß: „Hier sagen uns mal wieder die Psychiater, was wir als Laien zu tun haben. Dabei ist die Arbeit von Laien für psychisch Kranke doch wohl von uns, den Laien, und unseren Vorstellungen abhängig.”

Gründungskommission

Fritz Reimer, Direktor des Weinsberger Landeskrankenhauses und einer der drängendsten Fürsprecher der geplanten Gründung, resümierte später die Diskussion: „Wir wollten die immer häufiger entstehenden Laieninitiativen in der Psychiatrie beflügeln und den einzelnen — wohl oft isolierten — Vereinigungen und Organisationen zu gegenseitigem Kennenlernen verhelfen. Außer fachlichen Gesprächen und Erfahrungsaustausch war geplant, einen Dachverband ... zu neuem Leben zu erwecken. Letzteres mußte verschoben werden, weil

sich quasi nebenbei und mit Psychiatern eine Dachorganisation nicht gründen läßt. Man wurde sich aber im Prinzip einig." (180)

Die Einigung bestand darin, daß eine Kommission aus Laienhelfern, Psychiatern und Sozialarbeitern gebildet wurde, die eine Satzung diskutieren und vorbereiten sollte. Das geschah im Oktober 1974 im Haus der Parlamentarischen Gesellschaft in Bonn auf Einladung des Bundestagsabgeordneten Picard, der sich auch vorher schon um die Gründung des Dachverbandes bemüht hatte.

Der erste Vorstand

Im Mai 1975, 40 Jahre nach der Auflösung des alten Verbandes, wurde dann der „Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen in der BRD“ im Bonner Landeskrankenhaus gegründet und folgender Vorstand gewählt:

Vorsitzender: Dr. med. Helmut Koester, 5160 Dünen, Meckerstraße 15; Stellvertretender Vorsitzender: Prof. Dr. med. Gregor Bosch, Abtlg. Sozialpsychiatrie der Freien Universität, 1000 Berlin 19, Platanenallee 19, und Michael Klos, Freiburger Hilfsgemeinschaft, 7800 Freiburg, Postfach 470; Schatzmeister: Waltraud Matern, Westf. Landeskrankenhaus, 3538 Niedermarsberg, Markt 2; Schriftführer: Jürgen Thebrath, 4300 Essen, Florastraße 9

Aufgaben

Aus formaljuristischen Gründen — das Bonner Gericht hatte bei der Eintragung des Vereins Unklarheiten moniert — mußte die Gründung des Dachverbands am 29. Januar 1976 wiederholt werden. Nach der nun gültigen Satzung hat der als gemeinnützig anerkannte Verband seinen Sitz in Bonn. 2 bestimmt die Aufgaben des Verbandes: »Der Dachverband hat den Zweck, Initiativen im Bereich psychosozialer Hilfen, besonders auch Laienhelfer, psychiatrische Hilfsvereine und Vereinigungen mit ähnlichen Aufgaben zur gegenseitigen Förderung und Repräsentation zusammenzuschließen und damit die Lösung psychosozialer Probleme, insbesondere die Integration psychisch Kranker und Behinderter in die Gesellschaft, zu erleichtern. Er strebt dieses Ziel an durch

1. Sammlung und Weitergabe von Informationen
2. Koordination und Unterstützung lokaler, regionaler und überregionaler Initiativen
3. Beratung
4. Einflußnahme auf die Verwirklichung bestehender Gesetze und auf die Gesetzgebung
5. Anregungen von Vereinsgründungen
6. Fortbildung von Mitarbeitern
7. Öffentlichkeitsarbeit." (181)

Die Verwirklichung dieser Ziele soll durch Mitgliedsbeiträge, Spenden und öffentliche Zuwendungen finanziert werden.

Tagung in Bonn

Im Mai 1976 lud der Dachverband zur ersten "größeren öffentlichen Veranstaltung ein. Vor den Vertretern von etwa 30 Hilfsvereinigungen betonten die damalige Bundesministerin für Jugend, Familie und Gesundheit, Katharina Focke; und der Bundestagsabgeordnete Walter Picard, Vorsitzender der „Aktion psychisch Kranke“, die Notwendigkeit der Laienhilfe. Während Frau Focke hervorhob, daß die freiwilligen Mitarbeiter in besonderem Maße zum Abbau von Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken beitragen könnten, sprach Picard besonders die humanitäre Hilfe der Laiengruppen für die einsamen Langzeitpatienten an. Inzwischen veranstaltete der Dachverband - mit Unterstützung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung - weitere Tagungen mit Fortbildungsangeboten für Laienmitarbeiter.

14. Exkurs: Die Mental-Health- Bewegung

Eine Sonderstellung in der Geschichte der Hilfsaktionen für psychisch Kranke nimmt die Mental-Health-Bewegung ein. Deshalb soll diese 1908 von C. W. Beers in den USA gegründete und sich später weltweit ausdehnende Bewegung hier kurz dargestellt werden.

Dorothea Dix' Wirken

Schon viele Jahre vor der Mental-Health-Bewegung gab es in Amerika Bemühungen zur Humanisierung der psychiatrischen Versorgung. Sie gingen insbesondere von Dorothea Dix aus, die das vom Engländer Tuke propagierte Konzept des „moral management“ zu verwirklichen suchte. Dorothea Dix begann ihren „Kreuzzug“ für die Geisteskranken, nachdem sie 1841 im Gefängnis von East Cambridge das Elend der dort untergebrachten Geisteskranken gesehen hatte. „In den vierzig Jahren bis zu ihrem Tod reiste sie durch ganz Amerika und durch einige europäische Staaten, untersuchte das Los der Geisteskranken, reichte Berichte und Petitionen bei den Regierungen ein und predigte überall ‚das Evangelium humaner Behandlung der Geisteskranken‘. Ihrem energischen Einsatz verdanken mehr als 30 staatliche psychiatrische Anstalten in Amerika und Europa ihre Entstehung oder Erweiterung.“ (182)

Eine Vorstellung vom übrigens stark religiös bestimmten Engagement der ehemaligen Lehrerin Dix vermittelt der Anfang einer Rede, die sie 1843 vor der gesetzgebenden Körperschaft von Massachusetts gehalten hat: „Ich komme, um (Ihnen) die machtvollen Forderungen der leidenden Menschheit vorzutragen, Ich komme, den Legislatoren von Massachusetts den Zustand der Elenden, der Verlassenen, der Ausgestoßenen vor Augen zu führen. Ich komme als Anwalt der hilflosen, vergessenen, geistesverwirrten und blödsinnigen Männer und Frauen ... Ich will von allen Wärtern, Aufsehern und anderen verantwortlichen Beamten so freundlich wie möglich sprechen, weil ich glaube, daß sie meist weniger aus Hartherzigkeit und in grausamer Absicht irrten, als vielmehr aus Ungeschicklichkeit und Mangel an Kenntnissen.“ (183)

Die von Dorothea Dix durchgesetzten Verbesserungen konnten jedoch die Lage der meisten psychisch Kranken nicht entscheidend verbessern, zumal in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts die Zahl der stationär behandelten psychisch Kranken ständig stieg. In den immer größer werdenden Anstalten fristeten immer mehr hospitalisierte Kranke ein elendes und menschenunwürdiges Leben.

Vor diesem Hintergrund entstand die Mental-Health-Bewegung in einer Zeit, in der in den USA große soziale Probleme auftraten: „Die Lage der Arbeiter war gekennzeichnet durch verstärkte Arbeitsanforderungen und schlechte Arbeitsbedingungen, es gab Kinderarbeit, Armut, die Arbeiter waren sozial rechtlos, ihre Gesundheitsversorgung völlig unzureichend usw. Zum anderen waren auch größere Teile des Kleinbürgertums, besonders Kleinkapitalisten, Händler, Angestellte, durch die Kapitalkonzentration in ihren ökonomischen und sozialen Lebensbedingungen bedroht.“ (184)

Ein Betroffener berichtet

Das Schicksal eines dieser in ihren Lebensbedingungen bedrohten Kleinbürger führte zur Gründung der Mental-Health-Bewegung: Der Versicherungs-Angestellte Clifford Whittingham Beers, Sohn eines aufgrund der wirtschaftlichen Konzentration in Schwierigkeiten geratenen Geschäftsmannes, erlitt nach einer schweren psychischen Erkrankung im Jahre 1900 „das Schicksal, als psychiatrischer Patient unter den damals oft unerträglichen Verhältnissen in psychiatrischen Anstalten leben zu müssen.“ (185)

Drei Jahre erlebte Beers am eigenen Leibe, oft in Isolierzellen und Zwangsjacken, eine menschenunwürdige Behandlung. Das Protokoll dieser Leidenszeit, das 1908 zuerst und dann in zahlreichen weiteren Auflagen erschienene Buch „A Mind That Found Itself“ (186), wurde zu einer Art Bibel der Mental-Health-Bewegung. Am Ende dieses leidenschaftlichen Appells für eine humane Behandlung psychisch Kranker heißt es: „ ‚Eigentlich‘, sagte mir ein Psychiater, der auf eine lange, erfahrungsreiche Arbeit unter Geisteskranken zurückblickte, ‚was der Geisteskranke am meisten braucht, ist ein Freund.‘ “ (187)

Schon vor der Veröffentlichung des Buches hatte Beers mit missionarischem Eifer — er war davon überzeugt, im Auftrage Gottes zu handeln (188) — und stark unterstützt durch Adolf Meyer, einem bedeutenden Psychiater, eine intensive Propagandakampagne gestartet, die zwei zentrale Ziele verfolgte: Einmal sollten die Mißstände in den Anstalten beseitigt werden, zum anderen wollte die Bewegung auch die „Psychoprophylaxe“ (189) fördern, also die Verhütung psychischer Krankheiten durch Vorbeugungsmaßnahmen. Beide Ziele müssen

heute, fast 70 Jahre später, auch in den USA nach wie vor verfolgt werden.

Prominente als Mitstreiter

Beers' Vorgehen, um Verbündete in seinem Kampf um eine bessere psychiatrische Versorgung zu gewinnen, war immer gleich. Er wandte sich nicht an das große Publikum, sondern „suchte zunächst den Rat und die Unterstützung von Schlüsselpersonen, reichen Geschäftsleuten, berühmten, einflußreichen Männern, vor allem bekannten Persönlichkeiten von den Universitäten, renommierten Psychiatern und Neurologen. Die Zustimmung solcher Autoritäten zu seinen Plänen beseitigte das Stigma der Geisteskrankheit vollends, bestärkte den Missionar in seinem Glauben und verlieh den Reformplänen eine größere Überzeugungskraft“. (190)

So war es auch 1908 ein kleiner Kreis sehr angesehener Bürger, die die erste Mental-Hygiene-Organisation (191) in den USA gründeten, die „Connecticut-Society für Mental Hygiene“. In der Zusammensetzung der Gründungsmitglieder — fast ausschließlich Akademiker aus

verschiedenen Berufen — fanden sich schon die beiden Organisationsprinzipien, „die für alle künftigen Mental-Hygiene-Vereinigungen bestimmend werden sollten, die Multiprofessionalität und die Verbindung zwischen Wissenschaft und Praxis“. (192)

Ein Jahr später wurde, wieder im kleinen Kreis sehr prominenter Leute (193), in New York City die Organisation auf nationaler Ebene ins Leben gerufen, das „National Committee for Mental Hygiene“. Nachdem die Organisation in den folgenden Jahren durch Mäzene, Wohltäter und Stiftungen das notwendige Startkapital erhalten hatte, begann die Arbeit des „National Committee“ 1912 mit einer Eingabe an den amerikanischen Kongreß, in der eine bessere Versorgung der psychisch Kranken und epileptischen Einwanderer gefordert wurde.

Prüfungsberichte

Zu den Aufgaben des „National Committee“ gehörten ,u. a. „die Sammlung grundlegender Informationen und statistischer Arbeiten, das Verfassen von Verzeichnissen über Psychiater und psychiatrische Einrichtungen, Erkundigungen über die Formen der Unterbringung von Geisteskranken und die sie betreffenden gesetzlichen Bestimmungen.“ (194) Zur Verbesserung der Institutionen für psychisch Kranke wurden „Surveys“ erstellt. Das waren Prüfungsberichte von Mitarbeitern der Mental-Hygiene-Organisationen, die nach Inspektionen von Heimen und Anstalten verfaßt wurden.

Abgesehen davon setzte sich das „National Comrrmtee“ mit anderen Verbänden für Reformbemühungen zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung ein, so u. a. für Hilfsprogramme zugunsten geistig Behinderter, für die Errichtung von Spezialkliniken und Heimen zugunsten geistig behinderter Kinder sowie für eine bessere Ausbildung des Pflegepersonals.

Obwohl in den folgenden Jahren in fast allen amerikanischen Staaten Mental-Hygiene-Gesellschaften nach dem Muster der Connecticut Society gegründet wurden, fand die Bewegung vorerst wenig Beachtung in der Bevölkerung und in den Massenmedien. „Der Durchbruch zur positiven Aufnahme in weiteren Bevölkerungskreisen und zur Anerkennung durch öffentliche Instanzen gelang dem ‚Movement‘ erst durch die von ihm organisierten und getragenen psychiatrischen Dienste für die amerikanischen Soldaten im Ersten Weltkrieg und die nach 1918 geleistete Hilfe bei der sozialen Rehabilitation der nervlich und psychisch geschädigten Kriegsteilnehmer.“ (195) Einen ähnlichen Auftrieb erfuhr die Bewegung auch im und nach dem Zweiten Weltkrieg.

Weltweite Ausdehnung

Ab 1917 begann Beers, sich für eine weltweite Verbreitung der Bewegung einzusetzen. Durch Korrespondenz und Reisen initiierte er in mehreren Kontinenten nationale Vereinigungen für „Mental Hygiene“. Auch der 1925 gegründete „Deutsche Verband für psychische Hygiene“, dem sich — wie beschrieben — der Ver-band der Hilfsvereine 1927 anschloß, war stark am Vorbild des „National Committee“ orientiert. Da Beers nicht nur an

der Ausbreitung der Bewegung, sondern auch an den Zusammenhalt interessiert war, betrieb er die Gründung eines internationalen Verbandes, die dann 1930 auf dem „First International Congress in Mental Hygiene“ in Washington vollzogen wurde. „Dieser Kongreß von 1930 ist mit seinen über 3.000 Teilnehmern, Repräsentanten von ungefähr 50 Staaten, die unter dem Patronat des amerikanischen Präsidenten Hoover und dem Vorsitz des bekannten Psychoanalytikers W. A. White zu Vorträgen, Diskussionen und Besichtigungen psychiatrischer Einrichtungen zusammenkamen, nach den Worten von Roemer, Mitglied der deutschen Delegation, ‚eine imposante Kundgebung für die Weltbewegung für psychische Hygiene‘ geworden.“ (196)

Bei diesem Kongreß wurde das „International Committee for Mental Hygiene“ gegründet. Ein angesehener Anstaltspsychiater übernahm als Präsident den Vorsitz, Beers wurde Generalsekretär, und fünf „Mentalhygieniker“ aus verschiedenen Nationen wurden zu Vizepräsidenten gewählt. Zur Hauptaufgabe des internationalen Verbandes wurde die „karitative, erzieherische, literarische und wissenschaftliche Betätigung zur Förderung und Erhaltung der geistigen Gesundheit und Wohlfahrt der Menschheit sowie zum Studium, zur Pflege und zur Verhütung nervöser und geistiger Störungen und geistiger Minderwertigkeit“ (197) erklärt.

Der zweite internationale Mental-Hygiene-Kongreß fand 1937 in Paris statt und stand noch mehr als der Gründungskongreß im Zeichen wissenschaftlicher, fach-psychiatrischer Diskussionen — eine Tendenz, die sich nach dem Krieg fortsetzen sollte.

Gründung der WFMH

Der „Third International Congress on Mental Health“ 1948 in London „markierte die Reorganisation des ‚Mental Hygiene Movement‘ — unter dem Banner ‚Mental Health‘, das seit ungefähr 1940 in den USA wegen seiner positiveren Tönung, seiner stärkeren propagandistischen Wirksamkeit und Betonung der präventiven Aspiration die Benennung ‚Mental Hygiene‘ verdrängt hatte.“ (198; Auf dem Londoner Kongreß wurde als Nachfolgeorganisation für das „International Committee“ die „World Federation for Mental Health“ (WFMH) gegründet, deren zentrales Ziel, die Befriedung der Welt, durch das Tagungsthema deutlich wurde: „Mental Health und World Citizenship“- Klüwer sieht den Londoner Kongreß als einen Wendepunkt in der psychohygienischen Einstellung: „Während bis dahin der Schwerpunkt beim Kranken und der Vorbeugung von Krankheit lag, trat mit dem Londoner Kongreß unter dem Eindruck der Nachkriegssituation eine Verlagerung des Gewichtes auf die Gesundheit und die Förderung von Gesundheit ein.“ (199)

Bedeutsam für die weitere Entwicklung der Weltvereinigung wurde ihre Aufnahme (1950) als beratende Organisation bei den Vereinigten Nationen, die der WFMH zu weltweiter offizieller Anerkennung verhelfen. Damit veränderte sich auch der Charakter der Bewegung, die nun mehr und mehr zu einer durch-organisierten und bürokratischen Organisation wurde. Symptomatisch für diesen Wandel „ist der Wechsel des Führertypus in der Bewegung: die Anfangsphase ist beherrscht durch den charismatischen Führer Beers, an dessen Seite ab 1912 qualifizierte, für die Mentalhygiene begeisterte Mitarbeiter ... gestellt werden.“ (200) Spätestens seit 1962, nach dem Ausscheiden von John R. Rees, wird die „World Federation“ von „Funktionären, Trägern rationaler Legitimität, verwaltet.“ (201) Aus der Passion ist mehr und mehr eine Profession geworden.

Forschung

Einen starken Auftrieb erfuhren die Mental-Health-Bemühungen auf allen Kontinenten 1960 im „World Mental Health Year“, in dem weltweite Untersuchungen und Forschungsprojekte vorangetrieben wurden. Im Mittelpunkt standen fünf Themen bzw. Zielvorgaben:

1. Die Erforschung der Bedürfnisse von Kindern und von Faktoren, die eine bessere Entwicklung gewährleisten und damit zu einer besseren Gesundheit kommender Generationen beitragen können.
2. Die Untersuchung verursachender und auslösender Faktoren bei der Entstehung von Neurosen *und* Psychosen und von Möglichkeiten der Behandlung in verschiedenen Kulturkreisen.

3. Die stärkere Berücksichtigung von Mental-Health-Prinzipien in der öffentlichen Erziehungsarbeit und der beruflichen *Schulung* und Ausbildung.
4. Die Anwendung mentalhygienischer Prinzipien in der industriellen Arbeit und in Industrie-Gesellschaften.
5. Der Einsatz mentalhygienischer Möglichkeiten für die Lösung der weltweiten Flüchtlingsprobleme. (202)

Die Arbeitsergebnisse des »World Mental Health Year" wurden 1961 auf dem sechsten großen „International Congress on Mental Health" in Paris zusammengetragen.

Die Gesamtzahl der über die Mitgliedsorganisationen in der WFMH verbundenen Einzelpersonen wurde 1959 auf eine Million geschätzt. „Eine von der WFMH 1961 angefertigte, die geografische Verteilung der ‚Member-Associations‘ darstellende Karte zeigt, daß das ‚Mental-Health-Movement‘ vor allem in den USA und in Europa, hier insbesondere in Großbritannien, Fuß fassen konnte." (203)

Was wurde erreicht?

Was hat nun die Mental-Health-Bewegung erreicht? Hat sie die Lage der psychisch Kranken in Amerika und in der Welt entscheidend verbessert? Die Beantwortung der Fragen und damit eine Einschätzung der Bewegung ist nicht einfach.

Ohne Zweifel hat die Mental-Health-Bewegung es insbesondere in den USA verstanden, großen Teilen der Bevölkerung die Bedeutung der psychischen Gesundheit deutlich zu machen. Als eine Folge der intensiven jahrelangen Öffentlichkeitsarbeit kann ein Umfrageergebnis von 1963 gewertet werden, wonach 54 Prozent der befragten Amerikaner Geisteskrankheit als Gesundheitsproblem Nr. 1 nannten. (204)

Neben dieser Informations- und Aufklärungsarbeit hat die Mental-Health-Bewegung seit ihrer Gründung Reformen unterstützt, die statt der üblichen Verwahrung eine aktive, rehabilitative Behandlung der psychisch Kranken zum Ziele hatten. Sozialpsychiater in aller Welt konnten sich dabei auf Erfolge und Programme der Bewegung berufen. So verwies Gustav Kolb im Jahre 1927, als die Sozialpsychiatrie auch in Deutschland an Einfluß gewonnen hatte, mit Genugtuung auf sozialpsychiatrische Erfahrungen in Amerika: „Zu einer Zeit, als in Deutschland meine Vorschläge zur Entwicklung eines Fürsorgedienstes (Außen-dienst, externer Dienst) im Anschluß an unsere öffentlichen Irrenanstalten im Kreise der Fachleute meist mehr oder minder schroffe Ablehnung oder doch kaum Anhänger fanden (1902-1920), hatte der praktische Sinn des Amerikaners die Bedeutung des Fürsorgedienstes (social work, aftercare work; extramural work) und der Beurlaubung (patients on parole, parole system) erkannt." (205)

Vorbeugung

Indem die Mental-Health-Bewegung für eine umfassende psychiatrische Vorbeugung und eine optimale psychiatrische Versorgung eintrat, erweiterte sie die klassische, auf das Individuum zielende Medizin um die gesellschaftliche Dimension. Die sich bis dahin nur in der Abgeschlossenheit des ärztlichen Sprechzimmers vollziehende Behandlung sollte durch Prophylaxe ergänzt werden. „Der Psychiater sollte den Schritt aus seinem Sprechzimmer nach draußen wagen, sich auf ein öffentliches Forum begeben, dort medizinisch-soziologische Thesen praktizieren und damit von der Gesellschaft ein umfassenderes gesundheitspolitisches Mandat annehmen." (206)

Ein weiteres zentrales Anliegen der Mental-Health-Bewegung war, wie erwähnt, die Verbesserung der miserablen psychiatrischen Versorgung, unter der besonders die arme Bevölkerung in den USA zu leiden hatte. Denn das Fehlen einer gesetzlichen Krankenversicherung hatte für die mittellosen psychisch Kranken meist zur Folge, daß sie in riesigen, oft isoliert gelegenen Anstalten verwahrt wurden.

Kennedys Botschaft

Hat nun die Kritik der Bewegung die menschenunwürdigen Verhältnisse in vielen Anstalten beiseitigen helfen? Skepsis ist angebracht. So schrieb Albert Deutsch 1945 nach einer

„journalistischen Überprüfung“ staatlicher Nervenkliniken: „In manchen Krankensälen spielten sich Szenen ab, die den Schrecken der Nazi-Konzentrationslager nicht nachstanden — Hunderte nackter Geisteskranker, zusammengepfercht in riesigen, scheunenartigen, völlig verdreckten Sälen, in allen Verfallsstadien, vernachlässigt und ohne Behandlung, auch der letzten Reste menschlicher Würde beraubt, manche in halb-verhungertem Zustand.“ (207) 18 Jahre später, 1963, stellte Präsident Kennedy in einer Botschaft vor dem Kongreß fest, daß sich das Gros der hospitalisierten Patienten in den psychiatrischen Großkrankenhäusern befinde, die bis zu 15.000 Patienten beherbergten und zum Teil ein Arzt-Patient-Verhältnis von 1:360 auf-wiesen. (208)

Auch die Tatsache, daß in den letzten Jahren in den USA mit zahlreichen gerichtlichen Klagen die Rechte von psychisch Kranken auf menschenwürdige Umgebung und Behandlung, auf recht-mäßige Unterbringungsverfahren und auf angemessene Bezahlung jeglicher Arbeit gesichert werden sollten, spricht nicht für einen nachhaltigen Erfolg der Mental-Health-Bemühungen um eine grundlegende Verbesserung der psychiatrischen Versorgung. (209)

Kritische Urteile

Die Tatsache, daß die Mental-Health-Bewegung trotz hoher Mitgliederzahlen und aufwendiger Öffentlichkeitsarbeit über viele Jahre hinweg die Lage der meisten psychisch Kranken kaum verbessern konnte, führte zu kritischen Einschätzungen der Bewegung. So warf ihr Glueck 1957 in der *Encyclöpaedia of the Social Sciences* vor, sie wage sich nicht an die Reform der gesellschaftlichen Verhältnisse und vertrete eine Anpassungs-ideologie, die letztlich nur zur Erhaltung des Status quo beitrage (210). Schon 1938 hatte Kingley Davis nach einer soziologischen Literatur-Analyse der propagierten Mental-Health-Ideen und nach Auswertung schlagkraft der Bewegung. Zu welchem Ergebnis man auch kommt, so steht doch fest, daß diese weltweite Bewegung in der Geschichte der Hilfsaktionen für psychisch Kranke eine Ausnahmestellung ein-nimmt, wenn auch das Moment der Laienarbeit in der Geschichte der Bewegung mehr und mehr zurücktrat hinter den Ansatz der Psychohygiene und Psychoprophylaxe, womit zugleich auch eine „Professionalisierung“ der Bewegung ein-herging. Insoweit lassen sich Parallelen zur Geschichte der deutschen Hilfsvereine ziehen, die ebenfalls entscheidend durch Psychiater geprägt wurde.

Am Ende dieses Exkurses soll die Überlegung stehen, daß bei der Einschätzung der Mental-Health-Bewegung auch die Sozialgeschichte der Vereinigten Staaten bedacht werden sollte. Denn aufgrund ihrer in der Geschichte tief verwurzelten und allgemein verbreiteten Einstellung erwarten viele Amerikaner die Lösung sozialer Probleme eher von privaten Vereinigungen und Stiftungen als von staatlichen Programmen. Aus dieser Überzeugung wuchs eine Vielfalt privater Initiativen für Hilfsbedürftige — eine Folge dieser Auffassung ist jedoch auch ein Mangel an staatlich garantierten sozialen Sicherungen.

Betrachtet man die Mental-Health-Bewegung unter diesem soziologisch-geschichtlichen Aspekt, so ist sie eine „typisch“ amerikanische Antwort auf die gesellschaftliche Herausforderung, die von der Lage der psychisch Kranken ausging und ausgeht.

der Lebensdaten von 51 Mental-Health-Führern den mittelständischen Charakter der Bewegung aufgezeigt. Zu einem ähnlichen Ergebnis gelangten Gurrslin et al. (211) Sie führten die Mental-Health-Überzeugung von der „open society“ und der damit verbundenen Möglichkeit sozialen Aufstiegs für die Tüchtigen sowie die Forderung nach sozialer Anpassung und Kontrolle auf eine Mittelklassenideologie zurück, die der Schichtzugehörigkeit der Mental-Health-Führer entsprach.

Die „Joint Commission on Mental Illness and Health“ trieb 1961 die Kritik an der Mental-Health-Bewegung besonders weit: „In ihrem Bericht ‚Action for Mental Health‘ leugnet sie den Erfolg der Bewegung und nennt als Gründe dafür das heutige Fehlen eines Führers, der sich mit ihrem Anliegen vollständig identifiziere, und die ablehnende Haltung, die die meisten Menschen dem Problem Geisteskrankheit gegenüber einnahmen.“ (212)

Laien mobilisiert

Diese radikale Kritik läßt meiner Meinung nach unberücksichtigt, daß durch die Mental-Health-Bewegung eine sonst nirgendwo erreichte Zahl freiwilliger Helfer und Mitarbeiter für psychiatrische Hilfsprogramme gewonnen wurde. Nach Helga Reimann wird die Zahl der Anhänger und Mitarbeiter der Mental-Health-Bewegung in den USA auf über eine Million geschätzt (213).

So schreibt auch Pörksen: „Im Zusammenhang mit der Mental-Health-Bewegung der sechziger Jahre war der An-drang auf die psychiatrischen Institutionen so groß, daß die vorhandenen Kapazitäten dieser Einrichtungen nicht aus-reichten, Interessenten auszuwählen, an-zuleiten und einzusetzen.“ (214) Und Porter berichtete 1974 über das Potential an freiwilligen Helfern in den Staaten: „Wir können jeden brauchen, der bereit ist, uns ... zu helfen. Und viele sind be-reit. (Was unter anderem wohl auch da-mit zusammenhängt, daß die Lage auf dem Arbeitsmarkt für soziale Berufe in den USA z. Zt. sehr schwierig ist.) Wir können es uns sogar leisten, freiwillige Helfer, die sich bei uns bewerben, auf eine Warteliste zu setzen, bis — in Ab-ständen von einem Jahr — ein neuer Kurs für Laienhelfer beginnt.“ (215)

Porters Hinweis auf die Arbeitsmarktlage macht deutlich, daß die Laienhelfer nicht nur aus Nächstenliebe und aus Überzeugung, eine gute Sache zu tun, in die in den letzten Jahren eingerichteten Mental-Health-Centers drängen. Dennoch: Die große Zahl engagierter Helfer und insbesondere auch die Tatsache, daß die erwähnten Gemeindezentren als zentrale Bestandteile sozialpsychiatrischer Reformen geplant und mit einem Aufwand von mehreren hundert Millionen Mark gebaut werden konnten — all das geht sicherlich auch auf die Bemühungen der Mental-Health-Bewegung zurück.

Professionalisierung

Die aufgezeigten widersprüchlichen Beobachtungen und Entwicklungen erschweren ein Urteil über Erfolg und Durchschlagskraft der Bewegung. Zu welchem Ergebnis man auch kommt, so steht doch fest, daß diese weltweite Bewegung in der Geschichte der Hilfsaktionen für psychisch Kranke eine Ausnahmestellung ein-nimmt, wenn auch das Moment der Laienarbeit in der Geschichte der Bewegung mehr und mehr zurücktrat hinter den Ansatz der Psychohygiene und Psychoprophylaxe, womit zugleich auch eine „Professionalisierung“ der Bewegung ein-herging. Insoweit lassen sich Parallelen zur Geschichte der deutschen Hilfsvereine ziehen, die ebenfalls entscheidend durch Psychiater geprägt wurde.

Am Ende dieses Exkurses soll die Überlegung stehen, daß bei der Einschätzung der Mental-Health-Bewegung auch die Sozialgeschichte der Vereinigten Staaten bedacht werden sollte. Denn aufgrund ihrer in der Geschichte tief verwurzelten und allgemein verbreiteten Einstellung erwarten viele Amerikaner die Lösung sozialer Probleme eher von privaten Vereinigungen und Stiftungen als von staatlichen Programmen. Aus dieser Oberzeugung wuchs eine Vielfalt privater Initiativen für Hilfsbedürftige — eine Folge dieser Auffassung ist jedoch auch ein Mangel an staatlich garantierten sozialen Sicherungen.

Betrachtet man die Mental-Health-Bewegung unter diesem soziologisch-geschichtlichen Aspekt, so ist sie eine „typisch“ amerikanische Antwort auf die gesellschaftliche Herausforderung, die von der Lage der psychisch Kranken ausging und ausgeht.

Steht bei Thebrath die Versorgungspsychiatrie im Vordergrund, werfen wir nun unter der Fragestellung, wie sich die **theoretische Psychiatrie** weiter entwickelte, einen kurzen Blick auf das europäische Ausland.

Die französische Psychiatrie hatte weiter ausgezeichnete Beschreibungen klinischer Bilder psychischer Krankheiten geliefert und die deutsche immer wieder beeinflusst. Jetzt übernahm sie aber die Schizophrenie, in der Form, in der Bleuler sie umgestaltet hatte, ohne freilich die älteren Vorstellungen des *déire paranoiaque*, *déire confuso-onirique* usw. ganz aufzugeben.

Sie leben auch in der Gegenwart noch weiter fort. Freud war damit aber noch lange nicht angenommen.

In England hat es eine merkwürdig späte Entwicklung gegeben. Dies hängt damit zusammen, dass die Psychiatrie von Vorstellungen der sehr menschenfreundlichen Quäker geprägt wurden, die jedem havarierten menschlichen Schiff einen Unterschlupf boten, auch Irren in ihren Anstalten. Dazu brauchte man keine Diagnosen, Theorien, Psychotherapie oder Heilmittel. Erst 1938 entstand in London der erste Lehrstuhl für Psychiatrie. In den USA war die Situation nicht viel anders. Spanien und Italien standen während der Aufklärung noch ganz unter dem Einfluss der katholischen Kirche und haben daher keine eigene Psychiatrie entwickelt. Die übrige Welt hielt sich an die europäischen Vorbilder.

Vorher waren die psychisch Kranken – außer in den Armenhäusern – in Narrentürmen, Schaubuden und Gefängnissen interniert; Kraepelin hat die humanitären Bemühungen um die Verbesserung der menschenunwürdigen Lebensumstände deutlich beschrieben (1918).

Obwohl sich die Psychiatrie zu Beginn des 19. Jahrhunderts neben Chirurgie (die, die mit dem Messer heilen) und der Inneren Medizin (die, die mit Medizin heilen, den Physici) als Fach derer, die mit ihrer Psyche heilen etabliert hatte, verstand sie sich selbst zunächst (unter dem Einfluss der Romantik, gemäß der These einer frühen Symbiose von Aufklärung und Romantik) weniger als medizinische Disziplin, sondern als „aufgeklärte oder spekulative, moraltherapeutische Humanitätspsychiatrie“ (Schrenk 1873).

Menschen mit „verwirrten Sinnen“ und „entorteter Vernunft“ sollten aus dem vermeintlich pathogenen Milieu ihrer Lebenswelt herausgenommen werden, um in dem idealen Milieu einer psychiatrischen Anstalt die „verlorene Ordnung ihres Lebens“ und ihres Geistes „wiederzufinden“ (Haefner 1979 in Jansarik 1979). Die Isolation in der Stille und Ruhe geographisch von den städtischen Ballungsräumen abgeschiedenen Anstalten erschien die angemessene Behandlungsmethode, um den Kranken von möglichst allen pathogenen Einflüssen freizuhalten.

Die Machtergreifung der Nazis - und die Wirkung auf die Psychiatrie

Die zweite Blütezeit der deutschen Psychiatrie dauerte nur wenige Jahrzehnte und kam 1933 abrupt zu einem Ende. Paradoxerweise hat gerade dies die bis heute anhaltende Weltgeltung der deutschen Psychiatrie begründet. Von den etwa 3000 deutschen Psychiatern im Jahre 1933 wurden etwa 600 in die Emigration gezwungen. Das Hauptwerk der Heidelberger phänomenologischen Schule – sie lieferte das geistige Handwerkszeug für die Untersuchung psychisch Kranker –, das große Schizophreniebuch, kam Ende 1932 heraus. Es wurde kaum beachtet und ist bis heute in keine andere Sprache übersetzt worden. Als 1945 der Krieg zu Ende war, galt es schon als veraltet, weil inzwischen eine dynamische Psychiatrie die Führung übernommen hatte.

Zum Zeitpunkt der Emigration gab es drei verschiedene, zum Teil sehr gegensätzliche Psychiatrien in Deutschland.

(1) Die sog. Klassische Psychiatrie, deren Hauptverdienst darin bestand, die Schizophrenie und die manisch-depressive Erkrankung herausgearbeitet und ein Begriffswerkzeug dazu geliefert zu haben. Therapeutisch war sie allerdings nihilistisch eingestellt. Den Geist hat der englische Psychiater Eliot Slater in einem Interview über den nach England emigrierten Mayer-Gross wahrscheinlich richtig beschrieben, wenn er sagte:

„The idea was that if one could’nt do anything to cure schizophrenia, at least let us study it. What is the form of thought disorder, what kind of way does a delusional idea appear in the mind of a schizophrenic, and so on. And that was one way to save one’s soul, because it was soul-destroying not to be able to do anything for patients.“

Viele, aber nicht alle ihre Vertreter gingen ins Ausland.

(2) Die ganzen psychotherapeutischen Richtungen, einschließlich der Psychoanalyse. Diese emigrierten subtotal, d.h. es blieben nur geringe Reste zurück, die im Berliner Göring-Institut zusammengefasst wurden. Das Gemeinsame an ihnen war, dass sie sich wie schon die idealistischen Psychiater ein Jahrhundert zuvor mit großem Enthusiasmus und großem Zeitaufwand für den einzelnen Patienten einsetzten. Dieser Gruppe gelang es in den 50er Jahren die geistige Führerschaft in der amerikanischen Psychiatrie zu erringen.

(3) Die Nazi-Psychiatrie. Theoretisch standen sie teilweise auf demselben rationalistischen Boden wie die klassische Psychiatrie. Hinzu kamen aber Theorien, nach welchen jede psychische Störung, einschließlich der Gewohnheit, gelegentlich ein Glas Wein zu trinken, auf Erbfaktoren beruhte. Sie verabscheuten es, sich mit einzelnen Patienten zu beschäftigen und wollten das Problem als Ganzes lösen, indem sie die Weitergabe der Gene zu verhindern suchten. Zuerst mit Zwangsterilisation – die Opfer warten noch heute auf Entschädigung – und dann durch Mord an mehr als 100.000 psychisch Kranken und – das muss man immer hinzufügen – solchen, die dafür erklärt wurden.

Es war die Generalprobe zum Holocaust an Juden und anderen Menschengruppen.

Diese Richtung **schien** vor 1933 bedeutungslos zu sein, übernahm dann aber innerhalb weniger Wochen die Führung. Wie war es möglich, dass es gegen die Ermordung so vieler Menschen unter den deutschen Psychiatern fast keinen Widerstand gab?

► *Mehr darüber lesen Sie am Ende des Textes als Anhang im Artikel: „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ von Bindung und Hoche im Spiegel der deutschen Psychiatrie vor 1933.*

Mit dem Beginn der Nazizeit endete die zweite Blütezeit der deutschen Psychiatrie abrupt, auf der Stelle. Zunächst zogen viele psychiatrische Emigranten noch in die Nähe Deutschlands, nach Frankreich, Italien, Holland, der Tschechoslowakei usw., mussten jedoch bei Herannahen der Kriegereignisse weiterziehen.

Auch waren die Zeiten für Preußen-Deutschland und Österreich etwas versetzt.

Am bekanntesten ist sicherlich die Wirkung der Psychoanalyse in den USA, die so weit ging, dass man die Namen schon nicht mehr deutsch aussprechen konnte. So habe ich fast immer nur von Fritz Perls, dem Schöpfer der Gestalttherapie sprechen hören, und auch der schon genannte Otto Kernberg muss sich eine englische Aussprache gefallen lassen, obwohl er übrigens nach Santiago de Chile ging. Andere änderten ihren Namen. Aus Peter Fröhlich wurde zum Beispiel Peter Gay, der großartige Freud-Biograph. Andere anglisierten die Schreibweise wie Sigmund Heinrich Foulkes (=Fuchs) oder zumindest den Vornamen wie William G. Niederland. Der aus Ostpreußen stammende Niederland ging zuerst nach Italien und änderte seinen Vornamen in Guillaume. Als er nach den USA weiter ging, wurde aus Wilhelm ein William G, denn er behielt Guillaume bei.

Es waren aber nicht nur Psychoanalytiker, welche die amerikanische Psychiatrie beeinflussten, die Kliniker, Phänomenologen, Psychotherapeuten aller Richtungen, auch zum Beispiel der Hypnotherapie oder Theoretiker wie Elmar v. Domarus hatten einen ebenso großen Anteil daran, nur dass ihnen die organisatorische Geschlossenheit der Psychoanalytiker fehlte. Freud und mit ihm viele Analytiker gingen aber nach England und bildeten später um seine Tochter, Anna Freud, aber auch um Melanie Klein, zwei ziemlich geschlossene Kreise. Auf die englische Psychiatrie blieben sie aber ohne Einfluss. Dagegen bildete sich an dem erst eben vor dem Kriege im Entstehen befindlichen Maudsley-Hospital eine Gruppe, welche die ganze nachfolgende Generation in Psychiatrie ausbildete und mit dem von Mayer-Gross, Slater und dem noch lebenden Martin Roth ein psychiatrisches Lehrbuch schuf, das ein Jahrzehnt lang für die ganze englisch sprechende Welt maßgebend blieb. Von Forschung und Praxis im Maudsley-Hospital gingen auch Entwicklungen aus, die noch heute Denken und Handeln wesentlich bestimmen, z.B. die ersten Untersuchungen zu Familieninteraktionen, die Rückfällen induzieren und als „Expressed Emotions“ in den aktuellen Diskursen nach wie vor präsent sind.

► siehe zum Begriff der *Expressed Emotions* auch unter „Beziehungsgestaltung und Ethik - Eltern)

nachfolgend 2 Reden vom XIV. Weltkongress für Soziale Psychiatrie vom 5.-10. Juni 1994 in Hamburg:

a) Klaus Dörner: Größenwahn. Psychiatrischer Größenwahn in Deutschland und b) aus Betroffenensicht zum gleichen Thema Dorothea Buck.

Klaus Dörner (Gütersloh)

Psychiatrischer Größenwahn in Deutschland Aus der Vergangenheit für die Zukunft lernen

Ich danke der World Association of Social Psychiatry und danke Ihnen, die Sie aus der ganzen Welt nach Hamburg gekommen sind, daß hier und heute der Weltkongreß für Soziale Psychiatrie zum ersten Mal in Deutschland stattfindet, also in dem Land, das in der Nazi-Zeit die größten Verbrechen gegen seine psychisch kranken Bürger begangen hat. Für das Vertrauen, das Sie uns Deutschen damit entgegen-bringen, kann ich Ihnen am besten dadurch danken, daß ich Ihnen darüber be-richte, wie wir zumindest damit begonnen haben, aus der Vergangenheit für die Gegenwart und Zukunft zu lernen. Die Größenwahn der Nazi-Psychiatrie, an deren Verbrechen die international bekanntesten deutschen Psychiater teilhatten, ist kaum zu überbieten. Ein Beispiel: »So wünschen wir uns sehnlichst, daß die Zeit bald kommen möge, wo es keine Geisteskranken und Schwachsinnigen mehr in der Welt gibt, weder in Anstalten noch draußen, und es müßte herrlich sein, in einer solchen Welt zu leben, in der dann sicherlich auch alles andere vollkommen wäre«¹. Das Zitat stammt vom Staatssekretär GOTT des Reichsinnenministeriums, der gemeinsam mit dem Psychiater RÜDIN das Erbgesundheitsgesetz 1933 verfaßt hat, verantwortlich für 400000 Zwangssterilisationen. Je größer der Größenwahn, desto größer die babylonische Sprachverwirrung, desto mehr sind die Sprachen der beteiligten Gruppen gegeneinander fremd. Auch hierfür ein Beispiel, das meine persönliche babylonische Verdrängung und Sprachverhärtung beleuchtet. Als wir in Gütersloh 1984 die seit Kriegsende erste deutsche Tagung zur Nazi-Psychiatrie durch-führten, fragten mich die Vertreter der Presse, warum ich nur *über* die psychiatrischen Nazi-Opfer spreche und ob ich schon mal *mit* ihnen gesprochen hätte. Ich mußte gestehen, daß ich bisher nicht mal auf diesen doch naheliegenden Gedanken gekommen sei. Diese Journalisten brachen nun meine Sprachverhärtung auf, in-

dem sie mich nötigten, mein Bedürfnis, mit den Nazi-Opfern zu sprechen, in den Lokalzeitungen zu veröffentlichen. Nur so konnte ich die Not, die Einsamkeit, die Scham- und Schuldgefühle der Nazi-Zwangssterilisierten und der Überlebenden der Euthanasie-Mordaktionen kennenlernen. Aus diesen anfangs mühsamen Gesprächen entstand – 40 Jahre nach Kriegsende – die Selbsthilfegemeinschaft der zwangssterilisierten und Euthanasie-Geschädigten, ihr Kampf um Anerkennung als Nazi-Verfolgte und um Entschädigung. Seither hat es aber auch keine Gütersloher Fortbildungswoche mehr gegeben ohne Beteiligung der psychisch Kranken und der Angehörigen psychisch Kranker.

Mit diesem Lernen hängt es auch zusammen, daß dieser Weltkongreß gemeinsam von den psychiatrischen Profis, von den Psychiatrie-Erfahrenen und von den Angehörigen psychisch Kranker getragen wird. Denn gerade weil der Größenwahn der psychiatrischen Profis die Sprachen der beteiligten drei Gruppen gegeneinander fremd gemacht hat und die Profi-Sprache die psychisch Kranken als Fremde, Befremdliche, Entfremdete (englisch: alienation, französisch: alienation) bezeichnet, müssen wir jetzt alles tun, um die Sprachgrenzen zu überschreiten und zu einer gemeinsamen Sprache zu kommen. Die soziale Situation psychiatrischen Denkens und Handelns besteht aus den Sprachen aller drei Gruppen. Ein Dialog zwischen zwei Gruppen ist noch keine soziale, sondern eine private Situation. Deshalb müssen wir zum Trialog, zu einer trialogischen Psychiatrie kommen; denn erst die Beteiligung aller drei Gruppen macht die psychiatrische zu einer sozialen Situation, zu einer sozialpsychiatrischen Situation.

Und mit diesem Versuch zu lernen hängt es auch zusammen, daß wir diesen Vortrag zu zweit halten: Dorothea Bucx versucht als Zeitzeugin, aus der Situation der Nazi-Verfolgten, der Opfer zu lernen; ich versuche als Zeitzeuge (Jahrgang 1933) aus der Situation der Täter – denn meine psychiatrischen Lehrer haben die psychiatrischen Verbrechen in der Nazi-Zeit begangen – zu lernen.

Dabei hat unser Versuch zu lernen, nach jahrzehntelanger Verdrängung erst vor kurzer Zeit angefangen. Er begann mit der Denkschrift der *Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie* zum 40. Jahrestag des Kriegsbeginns, also 1979. In dieser Denkschrift² fanden wir erstmals zu dem wichtigen Satz: »Am 1. September 1939 begann der Vernichtungskrieg nicht nur nach außen, sondern auch nach innen«, also nicht nur gegen die äußeren Fremden, sondern auch gegen die inneren Fremden. Zum anderen fanden wir in der Denkschrift zu der uns psychiatrisch Tätige bis heute quälenden Frage: »Wie hätten wir uns damals in der Nazi-Zeit verhalten, wenn man davon ausgeht, daß die psychiatrisch Tätigen damals weder bessere noch schlechtere Menschen waren als wir heute?« Aus dieser Bewegung entstand der *Arbeitskreis zur Aufarbeitung der Nazi-Euthanasie*, in dem sich von 1983 bis heute psychiatrisch Tätige, Historiker und Vertreter der psychiatrischen Nazi-Opfer regelmäßig treffen. Dieser Arbeitskreis war bis heute in vierfacher Hinsicht lernfähig und hilfreich: zum ersten hat er geholfen, daß bis heute so gut wie alle psychiatrischen Institutionen in Deutschland sich mit ihrer eigenen Verstrickung in die Nazi-Psychiatrie auseinandergesetzt haben. Zum zweiten ist er hilfreich beim Kampf um die Entschädigung der psychiatrischen Nazi-Verfolgten. Zum dritten ist er aktiv in der heutigen Bio-Ethik-Diskussion. Und zum vierten haben wir uns in diesem Ar-

beitskreis an die epochale und schwindelerregende Aufgabe gewagt, die Geschichte der Neuzeit und der Moderne nicht mehr nur aus der Sicht der zehn Prozent Herrschenden, sondern auch aus der Sicht der zehn Prozent psychisch Kranken, Behinderten, Benachteiligten, inneren Fremden zu sehen und entsprechend umzuschreiben, um umfassend aus der Vergangenheit für die Gegenwart und Zukunft zu lernen. Denn wir befinden uns zunehmend in Übereinstimmung mit Zygmund BAUMANN³, der sicher glaubwürdiger als wir nachgewiesen hat, daß der Nazi-Holocaust und die Nazi-Euthanasie-Mordaktionen kein zufälliger Rückfall in die unzivilisierte Barbarei waren, sondern aufgrund des modernen Größenwahns typische Produkte der Moderne gewesen sind, die daher — mit veränderten Inhalten — immer und überall auftreten können, solange wir diesen Größenwahn der Moderne nicht überwunden haben.

Ich möchte ihnen daher im folgenden dieses vierte Lehrstück, unseren Versuch der Rekonstruktion der Geschichte der Moderne mit dem Anspruch vorstellen, daß wir die Moderne nur mit Hilfe der zehn Prozent fremd empfundenen Menschen der Gesellschaft vollständig verstehen können. Wegen der Kürze der Zeit erfolgt dies in Form von neun Thesen, von denen ich hoffe, daß diese Ihnen bei den Diskussionen dieses Tages und des gesamten Weltkongresses behilflich sein mögen. Diese Thesen sind die Zwischenbilanz unseres Versuchs, aus der Vergangenheit für die Gegenwart und die Zukunft zu lernen⁴.

1. Mit der Urbanisierung der Neuzeit (von 1500 bis 1800) entsteht die moderne Fremdenangst und die Herrschaftsform der Demokratie, mit deren Hilfe das Zusammenleben von Fremden zur Bereicherung der Gesellschaft und der Kommunen werden soll.

In der ländlich-agrarischen Daseinsweise der Menschen kommen äußere Fremde (z. B. Asylsuchende) und innere Fremde (z. B. psychisch Kranke) immer nur vereinzelt vor. Sie sind bekannt. Für den Umgang mit ihnen gibt es verpflichtende Regeln. Diese verlieren immer mehr ihre Geltung in den größer werdenden Städten. Wenn ich — z. B. im Jahre 1600 — in Amsterdam, Brügge, Florenz, Augsburg, Paris oder London auf die Straße gehe, begegne ich nicht mehr vereinzelt, sondern überwiegend Fremden, die mir nicht bekannt sind. Ich kann grundsätzlich nicht wissen, ob ein Fremder freundlich auf mich zukommen wird oder mir sein Messer zwischen die Rippen stoßen will. Im Lateinischen haben hospes-Gastfreund und hostis-Feind dieselbe Sprachwurzel.

Es entsteht die moderne Fremdenangst. Die Grundform aller sozialen Ängste. Die alten Mediziner hatten daher von den speziellen Sinnen (sehen, hören usw.) den Sinn fürs Allgemeine, den Gemein Sinn unterschieden und ihm u. a. die Angst zugeordnet. Gemein Sinn ist lateinisch *sensus communis*, auf englisch *common sense*. In den Londoner Coffee houses und Theatern wird der Common sense so kultiviert, daß sich daraus die Institutionen der bürgerlichen Demokratie entwickeln, von der diskutierenden Öffentlichkeit, über die Gewaltenteilung bis zum Parlament, mit dem Ziel, die Massen der sich gegenseitig Fremden aus möglichen Freunden oder Feinden in neutrale Gegner zu verwandeln, die ihre unterschiedlichen Interessen austauschen, die Begegnungsangst zu kanalisieren und das Zusammenleben von sich gegenseitig Fremden in ihrer bunten Vielfältigkeit zur Bereicherung des Gemeinwesens zu machen.

2. *Um 1800 entstand in Europa und den USA über die Ideen der Aufklärung, über die Marktwirtschaft und die Industrialisierung die Moderne, mit ihr der Nationalstaat und damit die Ausgrenzung der äußeren und inneren Fremden.*

Um 1800, besser zwischen 1750 und 1850, schickten sich die aufgeklärten Bürger an, nun auch ihre sozialen, ökonomischen und privaten Verhältnisse auf die Vernunft zu stellen, zu rationalisieren, von allen irrationalen Normen zu befreien. Die Grenzen des damals neuen Nationalstaates erlaubten ihnen, die äußeren Fremden auszugrenzen. Aber auch die Beziehungen untereinander sollten nun dem zweckrationalen Kalkül unterworfen werden, wofür die aus England kommende utilitaristische Ethik (»Das größte Glück der größten Zahl«) hilfreich war. Hierfür war es vernünftig, die engstirnige Subsistenzwirtschaft auf die immer großräumigere, schließlich weltumspannende Marktwirtschaft umzustellen. Hier war es notwendig, den alteuropäischen Haushalt (oikos) mit seiner Einheit von Leben, Wohnen und Arbeiten und seiner Einheit von produzierendem und sozialem Handeln zu zerschlagen. Das bisherige Zusammenleben von Leistungsstarken und Leistungsschwachen mußte zerstört werden. Während für das produzierende Arbeiten der ökonomisch Nützlichen ab 1800 die Institution der Fabrik, später des Büros geschaffen wurde, organisierte man zur Lösung der dadurch entstandenen »Sozialen Frage« für die ökonomisch Nutzlosen oder Störenden flächendeckende Netze sozialer Institutionen wie Erziehungsanstalten, Altenheime, Irrenhäuser, Einrichtungen für geistig Behinderte, Krüppelheime und Gefängnisse. Die Institutionalisierung von Menschen bedeutet aber nicht nur ihre Ausgrenzung, ihr Unsichtbarmachen, sondern auch die Entfremdung, Enthistorisierung und Versachlichung der schwächsten zehn Prozent der Gesellschaft. Von nun an konnten Menschen wie Sachen gesehen und als Sachen behandelt werden. Das Wirtschaftssystem wurde durch die Industrialisierung immer wirtschaftlicher, das Sozialsystem immer sozialer, also sozial funktionsloser.

3. *Die Moderne ab 1800 läßt sich daher auch als Prozeß einer dreifachen Kolonisierung beschreiben.*

Zum ersten wird die Natur ab 1800 in einem Maße kolonisiert im Sinne von Ausbeutung, wie dies zuvor unvorstellbar war. Zum zweiten werden die nicht industrialisierten Länder zum Gegenstand der Ausbeutung im Sinne der äußeren Kolonisierung. Zum dritten läßt sich der Prozeß der Ausgrenzung und Institutionalisierung der leistungsschwachen oder störenden zehn Prozent der Gesellschaft als Prozeß der inneren Kolonisierung beschreiben. Die Evangelische Kirche unterscheidet daher heute noch zwischen äußerer und innerer Mission.

4. *Um 1900 ist dieser Prozeß der Rationalisierung der Gesellschaften soweit fortgeschritten, daß die Menschen, die zu den ökonomisch nutzlosen zehn Prozent rechnen, von den Herrschenden als »Minderwertige« oder »Untermenschen« bezeichnet werden.*

Hierfür spielt es eine Rolle, daß die ursprünglich aufklärerisch-pädagogisch gesehenen psychisch Kranken und Behinderten nun zunehmend dem medizinischen Denkmodell unterworfen, als gehirnkrank und erbkrank angesehen werden. Aus dem Recht auf den eigenen Tod wird erstmals abgeleitet, daß die Menschen, die nicht für sich selbst sprechen können, vom Staat den Gnadentod erwarten dürfen. Der damals weltberühmteste Psychiater, August FoREL aus der Schweiz, hat die

jetzt schon gewaltbereite Mentalität der modernisierten Gesellschaften so ausgedrückt. »Wir bezwecken keineswegs, eine neue menschliche Rasse, einen Übermenschen zu schaffen, sondern nur die defekten Untermenschen allmählich... durch willkürliche Sterilität der Träger schlechter Keime zu beseitigen, und dafür bessere, sozialere, gesündere und glücklichere Menschen zu einer immer größeren Vermehrung zu veranlassen.«⁵

5. *Die Nazis radikalisierten die Ausgrenzung und innere Kolonisierung zur »Endlösung der Sozialen Frage«.*

Zur Vollendung der Modernisierung der Gesellschaft und zur endgültigen Herrschaft der instrumentellen Vernunft war für die Nazis die »Endlösung der Sozialen Frage« ein wesentliches Ziel. Sie wollten beweisen, daß eine Gesellschaft, die nur ein einziges Mal die Brutalität auf sich nimmt, sich von ihrem gesamten »sozialen Ballast« zu befreien, militärisch und wirtschaftlich unschlagbar ist und zugleich die leidensfreie Gesellschaft als Traum der Aufklärung verwirklichen kann. Da die hierfür erforderliche Massenvernichtung nur durch Industrialisierung des Mordens zu erreichen war, erprobten sie erstmals das Vergasen von Menschen am Beispiel von polnischen psychisch Kranken bereits am 18. Oktober 1939 im Fort VII der Befestigungsanlagen von Posen. Dieses Ereignis ist von uns Deutschen so gut verdrängt worden, daß wir es erst seit kurzem in deutscher Sprache lesen können.⁶ Es kommt noch schlimmer: Die Nazis, insbesondere auch die verantwortlichen Nazi-Psychiater rechtfertigten im subjektiven Selbstverständnis die von ihnen angewandte Gewalt z. B. bei der Zwangssterilisierung und bei den Euthanasie-Morden, indem sie prognostizierten: Wenn wir nur genug Zeit zur Erziehung der Gesellschaft zu dieser bioethischen Vernunft hätten, würden die Menschen freiwillig die gentechnische Qualitätsverbesserung, die Sterilisierung bei Erblichkeitsrisiko und den Gnadentod bei Nutzlosigkeit, Pflegebedürftigkeit und unheilbar chronischem Leiden wollen. Ihre Prognose scheint sich heute zu erfüllen. Verbrechen wiegen jedoch nicht leichter, sondern schwerer, wenn sie nicht aufgrund einer persönlichen Abartigkeit, sondern aufgrund systemkonformen Handelns erfolgen.

6. Seit 1945, also seit Ende der Nazi-Zeit, entstehen erstmals weltweit in allen entwickelten Gesellschaften systematisch Selbsthilfebewegungen der unterschiedlichen Behinderten-Gruppen, entstehen im Zusammenhang damit erstmals systematische Prozesse der De-Institutionalisierung und der Integration der inneren Fremden in die Gesellschaft.

Es scheint, als ob andere Länder schneller als wir Deutschen gelernt haben, daß die Nazi-Verbrechen nur die Totalisierung der 150-jährigen Ausgrenzungspolitik gewesen sind, weshalb nun der entgegengesetzte Weg, der Weg der Integration, systematisch erprobt werden sollte.

Dieser Prozeß begann in England, Skandinavien, Holland, USA, Kanada, Australien und dann auch in Frankreich, Italien und Deutschland. In den meisten Ländern beginnt dieser Prozeß mit der Emanzipation der Körperbehinderten zur Bildung von Selbsthilfeinitiativen, wodurch eine Normalisierung des Wohnens und Arbeitens möglich und Krüppelheime überflüssig werden. Zeitlich folgt die Selbsthilfebewegung der Eltern geistig Behinderter, in Deutschland in den 60er Jahren mit der »Lebenshilfe«. Die Angehörigen psychisch Kranker schließen sich in Deutschland in den 80er Jahren zusammen, während dies für die psychisch Kran-

ken selbst in den 90er Jahren möglich wird, so im »Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen«. Es scheint eine Regel zu bestehen, nach der die Selbsthilfefähigkeit einer Gruppe und die Bereitschaft der Gesellschaft zu ihrer Integration sich wechselseitig fördern.

7. Seit 1945 tritt neben den Prozeß der Kolonisierung die Selbsthilfebewegung der Entkolonisierung in dreifacher Richtung.

Erst seit die Natur zu erkennen gibt, daß sie sich nicht jede Form der Ausbeutung gefallen läßt, sondern zurückschlägt, gibt es eine ökologische Naturschutzbewegung. Ebenfalls erst nach 1945 beginnt systematisch der Befreiungskampf der Länder der Dritten Welt, während die bisherigen Kolonialmächte einerseits neo-kolonisatorisch ihre Ausbeutung fortsetzen, andererseits die Selbsthilfe der Länder der Dritten Welt anerkennen und z. T. über Entwicklungshilfe fördern.

Ähnlich ambivalent und halbherzig verhalten wir uns gegenüber der Entkolonisierung der inneren Fremden, der Behinderten und psychisch Kranken. Einerseits sind subtilere Ausgrenzungsstrategien weiterhin wirksam. Andererseits – und deshalb sind wir hier zusammengekommen – suchen wir nach einer gemeinsamen Integrationssprache.

8. Heute, im Jahre 1994, erleben wir weltweit eine Renaissance der Akzeptanz biologischer Erklärungsmuster für soziale Probleme, bio-ethischer Rechtfertigungen und ein Wiederaufleben der Fremdenangst, der Xenophobie, und Gewaltbereitschaft in den Städten und Gesellschaften der Ersten Welt.

Nach einigen Jahrzehnten der überwiegenden Akzeptanz psychosozialer Erklärungsmuster für soziale Probleme, setzen die Menschen zur Zeit wieder verstärkt ihre Hoffnungen auf biologische Erklärungen. Es ist zu fürchten, daß es einen Zusammenhang gibt zwischen den bio-ethischen Intellektuellen, die wieder vom »lebensunwerten Leben« sprechen und die nur rational-kompetenten, nützlichen Menschen die Würde und den Lebensschutz des Personenstatus zubilligen, und den orientierungslosen Jugendlichen in den Städten, die auf alle, die ihnen fremd-artig oder befremdlich erscheinen, draufschlagen, wobei uns das alte Spiel bekannt ist, daß die genannten bio-ethischen Intellektuellen ihre Hände – zu Unrecht – in Unschuld waschen. Anlaß dafür sind z. B. der den Größenwahn fördernde medizintechnische Entwicklungsschub, die Gentechnologie und die uns zunächst überfordernde zahlenmäßige Zunahme der Gruppe alter Menschen. Hier mögen wir aber aus der Geschichte auch lernen, daß technische und soziale Entwicklungen stets schneller sind als die Entwicklung einer zu den neuen Gegebenheiten passenden Moral, wobei wir Menschen es aber bisher immer noch geschafft haben, uns moralisch nachzuentwickeln und uns moralisch wieder einzukriegen – wenn wir nur daran glauben.

9. Wir haben bis auf weiteres mit der Ambivalenz, mit dem beschriebenen Nebeneinander von Ausgrenzung und Integration, Institutionalisierung und De-Institutionalisierung, Neo-Kolonialismus und Ent-Kolonisierung zu leben.

Es liegt daher an uns und unserer Kampfbereitschaft, unserer Bereitschaft, uns auch öffentlich in die gesellschaftspolitische Auseinandersetzung einzumischen, ob die Selbsthilfebewegungen, die Integration, die De-Institutionalisierung und die Ent-Kolonisierung sich – wie schon seit 1945 zunehmend – weiterhin durchsetzen.

Dorothea Buck

Psychiatrischer Größenwahn in Deutschland

Aus der Vergangenheit für die Zukunft lernen

Herr DÖRNER hat als Psychiater dazu gesprochen. Ich spreche als betroffene Zeitzeugin, als 1936 in Bethel Zwangssterilisierte. Ich heiße Dorothea Bucx, bin 77 Jahre alt und Bildhauerin und war die letzten 13 Jahre meines Berufslebens Lehrerin für »Kunst und Werken« an einer Fachschule. Während der Zeit-spanne von 1936 bis 1959 erlebte ich fünf schizophrene Schübe. Seit 35 Jahren bin ich durch ein gewonnenes Schizophrenie-Verständnis, das ich selber finden mußte, gesund. Als Gründungs- und Vorstands-Mitglied unseres 1992 gegründeten *Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener e. V.* kämpfen wir Psychose- und Psychiatrie-Erfahrene für eine einsichtigere, infolgedessen auch menschlichere Psychiatrie, die von den Erfahrungen und Bedürfnissen der Patientinnen ausgeht und Dialog und Hilfe zur Verarbeitung des wohl immer tief beeindruckenden Psychoseerlebens anbietet.

Meine Zwangssterilisierung während meines ersten Schubes 1936 in Bethel war ein tiefer Einschnitt in mein Leben. Bethel und die anderen Ev. kirchlichen Anstalten der Inneren Mission hatten schon im Mai 1931 — zwei Jahre vor dem Nazi-Regime und Sterilisations-Gesetz von 1933 — auf der Fachkonferenz für Eugenik in Treysa eine gesetzliche Handhabe zur Sterilisierung gefordert. Die theologischen Leiter der Anstalten der Inneren Mission — auch Pastor Fritz VON BODELSCHWINGH in Bethel — haben sich bei der Bewertung und Behandlung der Patientinnen ihrer Anstalten wohl immer auf das Urteil ihrer Psychiater verlassen. Unsere deutschen Psychiater waren von der Lehre Emil KRAEPELINs (1856—1926) bestimmt. Nach KRAEPELIN ist das Individuum an sein Erbschicksal gekettet.

»Sozialpsychiatrie à la KRAEPELIN forderte ein >rücksichtsloses Eingreifen< gegen die erbliche Minderwertigkeit, das >Unschädlichmachen< der psychopathisch Entarteten mit Einschluß der Sterilisierung ... KRAEPELIN forcierte offen das Vorurteil vom biologisch minderwertigen und gefährlichen Irren; es ging ihm letztlich nicht um den Schutz des Kranken vor natürlichen und sozialen Schäden, sondern um die Ordnungsinteressen einer Gesellschaft, welche die Aufwendungen für die ökonomisch unproduktiven Kranken auf ein Minimum zu reduzieren begann. Fast alle maßgeblichen Psychiater dieser Zeit machten sich zu Verteidigern der bestehenden Ordnung und forderten Maßnahmen gegen ihre Patienten: lebenslange Haft, Zwangsarbeit, Unfruchtbarmachung, Heiratsverbot, >Ausmerzungen<.« (Zitat von H. —G. GÜSE und Norbert SCHMACKE)

Auch die theologischen Leiter und leitenden Ärzte der Ev. Anstalten der Inneren Mission schlossen sich auf der Treysaer Fachkonferenz für Eugenik 1931 den Forderungen nach Unfruchtbarmachung und Dauerunterbringung durch die von ihnen geforderte »Verabschiedung des Bewahrungsgesetzes« an. Mit diesem Gesetz sollte »die Möglichkeit der Asylierung in Übereinstimmung mit den Forderungen der Eugenik verstärkt in Anspruch« genommen werden, heißt es im Protokoll. Und weiter: »So besteht nicht nur ein Recht, sondern eine sittliche Pflicht zur Sterilisierung aus Nächstenliebe und der Verantwortung, die uns nicht nur für die gewordene, sondern auch die kommende Generation auferlegt ist.«

Außerdem beschloß die Fachkonferenz: »Zur Vereinfachung und Verbilligung der fürsorglichen Maßnahmen für Minderwertige und Asoziale« die »wohlfahrts-pflegerischen Leistungen auf menschenwürdige Versorgung und Bewahrung zu begrenzen« für alle, »die voraussichtlich ihre volle Leistungsfähigkeit« nicht wieder erlangen. Die beschlossene bloße Verwahrung beschönigten sie als »differenzierte Fürsorge«, die geforderte Sterilisierung als »Nächstenliebe«, während sie die PatientInnen als »Minderwertige und Asoziale« abwerteten. Theologisch ließ sich der Verwahrungsbeschluß der theologischen Anstaltsleiter wohl nur mit einem Gottesbild vereinen, das Gott als eine Art Ideologen verstand, dem es vor allem um den Glauben an sich geht. Der von Jesus gelehrt »Vater«, der die Entwicklung des Menschen und seiner Gaben will, die durch die bloße Verwahrung zunichte gemacht wurde, hätte den Verwahrungsbeschluß als mit der christlichen Lehre unvereinbar erkennen lassen müssen. Undenkbar, daß körperlich erkrankte Menschen, die voraussichtlich ihre volle Leistungsfähigkeit nicht wieder erlangten, nur noch verwahrt worden wären.

Als ich 1936 als gerade Neunzehnjährige Patientin in einem Betheler »Haus für Nerven- und Gemütsleiden« war, wurde es von einem Schüler Kraepelins geleitet. Seither beschäftigt mich die Frage nach einem christlichen Menschenbild anstelle des psychiatrischen Maßstabs der *Norm* in den psychiatrischen Einrichtungen der Diakonie und der Caritas. Dieser aus der Körper-Medizin übernommene Maßstab der *Norm* läßt sich auf das seelische Erleben eines Menschen nicht übertragen und ist mit dem Anspruch christlicher psychiatrischer Einrichtungen unvereinbar.

Das, was ich 1936 in Bethel erlebte, grub sich mir unauslöschlich als beklemmendste Erfahrung menschlicher Entwertung meines Lebens ein. Besonders be-ängstigend und demütigend fand ich, daß Ärzte und Pfarrer uns psychotische Patientinnen während der ganzen Zeit keines Gespräches für wert oder fähig hielten. Seit KRAEPELIN gab es kaum noch Gespräche, wie sie vor ihm Wilhelm GRIESINGER (1817–1868) und Wilhehn IDELER (1795–1860) auch mit ihren psychotischen PatientInnen geführt hatten. IDELER schrieb sogar: »Denn wir begegnen in der Irrenanstalt fast niemals jenen flachen, seelenlosen, bedeutungsleeren Gestalten der Alltagswelt... Vielmehr ist jeder Wahnsinnige der Repräsentant irgendeines herrschenden Grundgedankens, der Held eines erschütternden Dramas, dessen Katastrophen mit seinem Herzblute geschrieben sind. Daher seine ganze Erscheinung, wenn sie nur in ihrer Vollständigkeit und inneren Bedeutung aufgefaßt wird, sich den Seelengemälden eines Shakespeare, Goethe, Schiller ebenbürtig zur Seite stellt, und sie durch hochpoetische Kraft fast noch übertrifft. «

Diese so ungewohnte Anerkennung der Patienten durch einen Psychiater vor 150 Jahren kann uns noch heute wohl tun. Denn unsere Psychiater wollen die *Sinn-*Zusammenhänge des Psychoseerlebens mit der Lebensgeschichte in der Regel gar nicht wissen, sondern bekämpfen alles von der *Norm* Abweichende und drängen es medikamentös ins Unbewusste, aus dem es aufbrach, zurück.

KRAEPELIN ersetzte die Gespräche seiner Vorgänger durch die Beobachtung von Symptomen. Auf ihn als Begründer der Krankheitsbilder-Psychiatrie (auch nosologische Psychiatrie genannt), und auf seine diagnostisch-nosologischen Grundbegriffe bezieht sich noch heute auch die internationale Klassifizierung der WHO mit dem ICD-Schlüssel.

Für unsere Betheler Ärzte waren wir nur Objekte ihrer Beobachtung unserer Symptome und der trostlosen bloßen Verwahrung ohne eine Beschäftigung und Abwechslung. Tiefer kann ein Mensch nicht entwertet werden, als ihn keines Gespräches für wert oder fähig zu halten. Auch die heutigen PatientInnen leiden unter den fehlenden oder ganz ungenügenden Gesprächen. Babylon als Symbol mangelnder Bereitschaft, das Erleben der PatientInnen ernst zu nehmen, es zu erfragen und seine Botschaft verstehen zu lernen.

Mit den Zwangssterilisationen wurden wir in Bethel ohne ein einziges Gespräch regelrecht überrumpelt. Sogar das Sterilisationsgesetz, das am 1. Januar 1934 in Kraft trat, erlaubte das nicht. Mit unserem Kummer über unsere Abstempelung als »Minderwertige und Erbkrank« und über die lebenslangen Folgen der Eheverbote und über die rigorosen Ausbildungs- und Berufsbeschränkungen ließen uns Psychiater und Seelsorger ohne ein Gespräch völlig allein. Seelsorge verstanden unsere Betheler Haus-Pfarrer nur als »Wortverkündigung«, als das Zitieren von Bibelworten ohne ein persönliches Wort an uns zu richten.

Rund 400000 Menschen erlitten von 1934 bis 45 die Zwangssterilisierung. Über eintausend – vor allem Frauen – sind an der Operation gestorben. Viele haben ihr Leben selbst beendet. Für mich wurde der Selbstmordgedanke, der mir vorher nie gekommen war, zur entscheidenden Lebenshilfe. Wenn ich statt sechzig Jahren, die wie eine Unendlichkeit wirkten, nur noch ein oder zwei oder auch fünf Jahre vor mir sah, wurde meine Verzweiflung schon etwas geringer. Denn die Ausweglosigkeit lag in der Unabsehbarkeit der vor mir liegenden Zeitspanne. Wie sollte ich meine Lebenszeit erfüllen ohne meinen Wunschberuf der Kindergärtnerin, die ich nicht mehr werden durfte, ohne Mann und Kinder? Mit der Selbstmordmöglichkeit sah ich ein Ende ab. Ohne ein Ziel vor sich kann der Mensch nicht leben. Nun hatte ich wieder ein Ziel vor mir, nachdem mir das Lebensziel genommen war. Ich konnte wieder planen, wenn auch auf die Freiheit zum Selbstmord hin. In einem oder in zwei Jahren, nahm ich mir vor. So viel Zeit würde ich auch mit dieser schweren Belastung, als »minderwertig« abgestempelt zu sein, ausfüllen können. Meine in der Verzweiflung gebundene Kraft konnte wieder dem Leben zufließen. Nach einem Jahr, als ich zuerst im Töpfern und später im Modellieren eine Ausdrucksmöglichkeit für mich gefunden hatte, verlängerte ich die selbst gesetzten Lebensfristen, bis ich sie sehr viel später nicht mehr nötig hatte. Aber nur die wenigsten Zwangssterilisierten hatten die Möglichkeit, sich durch eine beglückende Arbeit von dem vernichtenden psychiatrischen Urteil ihrer »Unheilbarkeit« und »Minderwertigkeit« und seinen existentiellen Benachteiligungen zu entlasten.

1961, als ich als Bildhauerin an öffentlichen Aufträgen arbeitete, die nur durch Wettbewerbe zu gewinnen waren, hörte ich während des Eichmannprozesses in Jerusalem zum ersten Mal auch eine Zahl der von Psychiatern ermordeten »Euthanasie«-Opfer nennen. Bestürzt wollte ich Näheres wissen. Außer einem schmalen Kapitel in »Medizin ohne Menschlichkeit« von Alexander MITSCHERLICH und Fred MIELKE gab es im Buchhandel damals nichts. In einem Presse-Archiv fand ich einige Leserbriefe, darunter den Brief eines ehemaligen Patienten der Anstalt »Eichberg« über seine grauenhaften Erfahrungen als Leichenträger. Der längst vergriffene Bericht »Die Tötung Geisteskranker in Deutschland« von Alice PLATEN-HALLERMUND von 1948 wurde mir auf Umwegen geliehen. Nur mühsam gewann ich einen Einblick in die verschwiegenen und verdrängten Morde, die von unseren Gesundheitsbehörden und auch Ministerien und von zumeist beamteten Psychiatern und Leitern psychiatrischer Anstalten geplant und durchgeführt worden waren. Über die Zahl der Opfer heißt es in einem Verhandlungsprotokoll des Internationalen Militärgerichtshofs in Nürnberg:

»Eine Schätzung ergab, das mindestens 275 000 Menschen auf diesem Wege in Erholungsheimen, Krankenhäusern und Irrenanstalten getötet wurden.« Eine Zahl der ermordeten schwer erziehbaren Kinder aus Erziehungsheimen wird hier nicht genannt.

Die Todesurteile wurden nur nach Fragebogen von den psychiatrischen Gutachtern und Obergutachtern gefällt, die die Patienten nie gesehen und gesprochen hatten. Zwölf Psychiatrie-Professoren, darunter namhafte Wissenschaftler, die zum Lehrkörper deutscher Universitäten gehörten und zum Teil auch nach 1945 weiter lehrten, waren als Gutachter tätig. Der Fachausspruch für ein Todesurteil durch diese Psychiater durch ein rotes Positivzeichen bedeutete, daß dieser Mensch »positiv« begutachtet worden war. Die Todesurteile wurden bis zum August 1941 durch Vergasen in den sechs Tötungsanstalten vollstreckt. Danach durch Abspritzen oder Vergiften mit überdosierten Medikamenten oder durch Verhungernlassen nun in vielen kommunalen und staatlichen Anstalten.

Die 100 Spitzenjuristen, denen auf der Wannseekonferenz am 23. und 24. April 1941 die Einzelheiten der Patienten-Morde unterbreitet wurden, berieten danach das »verfahrenstechnische« Problem der Unterdrückung von Strafanzeigen von Angehörigen und auch von Vormündern. Keiner der 100 Juristen hatte irgendwelche Einwendungen zum »Euthanasie«-Programm zu machen. Alle hatten sie auf den Reichsgerichtspräsidenten Dr. Erwin BumKE geschaut. Da er schwieg, schwiegen sie auch.

Meine Bestürzung über die im Unterschied zu den KZ-Morden von Behörden und Beamten durchgeführten, und von allen höchsten Juristen gedeckten Patientenmorde wuchs, als 1964 die »Evangelischen Dokumente zur >Euthanasie« erschienen. Das Schweigen unserer evangelischen Kirchenleitungen zu den Morden an den Patientinnen auch ihrer eigenen kirchlichen Anstalten kommt hier zur Sprache. Dagegen werden die theologischen Gutachten zur »Euthanasie« ab 1940 durch namhafte Theologen der Bekennenden Kirche, wie über »Das Problem des >lebensunwerten Lebens« in der katholischen und in der evangelischen Ethik« und andere Gutachten anerkennend hervorgehoben und die Namen der daran beteiligten Theologen genannt. Theologische Gutachten zum Mord an den Patientinnen ohne ihrer eigenen Anstalten aufzusuchen und ihr Gewissen zu befragen im Angesicht der

Todesangst der Betroffenen vor den gefürchteten grauen Omnibussen, die sie zur Vergasung abholten.

Da müssen wir unsere Theologen fragen dürfen, ob sie die christliche Lehre nicht mißverstanden haben. Denn am Ende seines Lebens setzt JESUS als einzigen Maßstab für die Annahme des Menschen in seinem verheißenden Gericht die Solidarität mit seinen »geringsten Brüdern«, mit denen er sich hier identifiziert. Ein Gott, dem es wie unseren Ideologen um Glauben an sich und Bekenntnis gehen würde, statt um den leidenden und damals vom Mord bedrohten Menschen, wäre auch unglaublich. Die auffälligste göttliche Eigenschaft als Schöpfer der Welt ist seine Fanta-sie. Wenn wir als sein Ebenbild gemeint sind, werden wir unsere Fantasie und mit ihr unser Vorstellungsvermögen der Situation Anderer entwickeln müssen, die uns zur Solidarität befähigen können.

Mir ging besonders die Einsamkeit des Sterbens der »Euthanasie«-Opfer nach. Die aus rassistischen Gründen ermordeten Juden, Polen, Roma und Sinti erlebten ihre Vernichtung als Volk und im Familienverband. Die »Euthanasie«-Opfer traf das psychiatrische Urteil als »lebensunwertes Leben« jeden für sich allein. Viele werden von ihren Angehörigen in die Anstalten eingewiesen worden sein, die sie nun dem Tode auslieferten oder selber töteten. Auch uns Zwangssterilisierte traf das psychiatrische Urteil als »Minderwertige« jeden einzelnen isoliert.

Ich lebte mit dem bedrückenden Gefühl, mit der Last des Wissens um die verdrängten und verschwiegenen Patientenmorde völlig allein zu sein. Aus meinen Gesprächen mit meinen Mitpatientinnen während meiner fünf Anstaltszeiten wußte ich von ihrem Psychoseerleben, das dem meinen ähnlich war. Um solcher Erfahrungen willen waren schizophrene PatientInnen umgebracht worden ohne vorausgegangene ärztliche Gespräche über die Vorgeschichten und die Psychosein-halte und ihre Sinnzusammenhänge. Die psychiatrische Lehre der nicht seelisch, sondern körperlich und erblich verursachten, und daher sinnlosen, unheilbaren »endogenen Psychosen« verhinderte solche Gespräche. Dieses Dogma der erblichen Somatose war die Voraussetzung auch unserer Zwangssterilisationen gewesen.

Die von unseren Ärzten, Theologen, Politikern und der Öffentlichkeit verdrängten Patientenmorde und die auch nach 1945 unverändert unmenschlichen Zustände in unseren psychiatrischen Anstalten beunruhigten mich so tief, daß es mich von der künstlerischen Arbeit immer wieder an die Schreibmaschine drängte. In meiner bildhauerischen Arbeit ging es mir um die Beziehungen der Formen und Gestalten zueinander. Die Beziehungslosigkeit unserer Psychiater zu ihren Patienten durch die fehlenden Gespräche widersprach allem Menschlichen, ohne das es keine Kunst geben kann. Es gelang mir nicht, mich über diesen Abgrund von Gleichgültigkeit hinwegzusetzen, und ich wollte es auch nicht. Nur wir Betroffenen selber würden zu mehr Einsicht und Menschlichkeit in der Psychiatrie beitragen können — auch dadurch, daß wir uns weigerten, weiterhin stumme Opfer und Objekte zu bleiben. Wir müßten die Psychiater davon überzeugen, daß unsere Psychosen seelische Ursachen und einen Sinn für uns haben. Das würden, wir nur in Berichten über die Entstehung unserer Psychosen, ihre Inhalte und Sinnzusammenhänge mit unserer Lebensgeschichte beweisen können. Nachdem ich 1968 die an den PatientInnen begangenen Morde in einem Spiel für eine Patientenbühne bearbeitet hatte, setzte ich mich in einem folgenden Manuskript mit den psychiatrischen Lehren auseinander,

denen ich meine schizophrenen Erfahrungen widerlegend oder bestätigend gegenüberstellte. Ende der sechziger und während der siebziger Jahre machte uns Hans KRIEGER, ein Mitarbeiter der Wochenzeitung DIE ZEIT, in seinen engagierten Rezensionen mit den psychiatrischen Reformbewegungen des Auslands, mit Ronald LAING in Kingsley Hall, mit Jan FOUORAINE und vielen anderen bekannt. Ich gewann Kontakt zu Hans KRIEGER, und er riet mir, nachdem er mein Manuskript gelesen hatte, meine eigenen schizophrenen Erfahrungen zur Haupts substanz des Buches zu machen. 1990 erschien mein Schizophrenie- und Heilungsbericht mit dem Titel »Auf der Spur des Morgensterns – Psychose als Selbstfindung« unter den umgestellten Buchstaben von Schizophrenie gleich Sophie ZERCHIN.

Im Januar 1984 begann Herr DÖRNER mit einer umfangreichen Briefaktion zur Rehabilitierung von uns Zwangssterilisierten, der »Euthanasie«-Opfer und der die Tötungsanstalten überlebenden Menschen und ihrer Familien. Er schrieb an den Petitionsausschuß des Bundestages, an den Bundespräsidenten, den Bundeskanzler, an die Vertreter der Parteien, der Kirchen, der Wohlfahrtsverbände und an viele andere. Der Bundespräsident und der Bundeskanzler versprachen, bei ihren Reden zum B. Mai 1985 auch der psychiatrisch Verfolgten zu gedenken. Zum ersten Mal nach 40 Jahren seit 1945 wurden die »Euthanasie«-Opfer und wir Zwangssterilisierten in Gedenkreden erwähnt.

Im Februar 1987 schlossen wir Zwangssterilisierten und auch Überlebende der Tötungsanstalten und Kinder der Ermordeten uns im »Bund der >Euthanasie<-Geschädigten und Zwangssterilisierten« zusammen mit Frau Klara NowAK als Vorsitzender. Nur wenige hatten sich bis dahin als von den Ausrottungsmaßnahmen Betroffene zu erkennen gegeben. Denn die verantwortlichen Psychiater und Beamten der Gesundheitsbehörden waren nach 1945 hochgeachtet in ihren Ämtern geblieben. Wer wollte sich da erneuter Diskriminierung aussetzen. Nun hörten wir in unseren örtlichen Gesprächskreisen von den Geschicken anderer Betroffener. Zum Beispiel durften Zwangssterilisierte bis zum Ende des NS-Regimes 1945 keine nicht zwangssterilisierten Partner heiraten. Nach 1945 galt dieses Verbot nicht mehr. Aber besonders zwangssterilisierte Frauen wagten nicht immer, ihren nicht sterilisierten Männern ihren Makel einzugestehen. Auch den Angehörigen der eigenen Familie konnte dieser als persönliche Schande empfundene Makel verschwiegen werden. Als im Juni 1987 nach Herrn DÖRNER'S Briefaktion eine Anhörung der bis dahin von jeder Rehabilitierung ausgeschlossenen Opfer der NS-Psychiatrie vor dem Innenausschuß des Deutschen Bundestages stattfand, und von Zwangssterilisierten mit geringen Renten ein finanzieller Ausgleich beantragt werden konnte, haben daher relativ wenige davon Gebrauch gemacht. Erschwert werden diese Anträge auch dadurch, daß ein fachärztliches Gutachten einen durch die Zwangssterilisierung erlittenen dauernden Gesundheitsschaden von zuerst 40, jetzt immer noch 25 Prozent nachweisen muß. Alle Eingaben an die Bundesregierung, das geforderte fachärztliche Gutachten durch ein privatärztliches oder eines vom Hausarzt zu ersetzen, wurden abgelehnt.

Erschütternd sind auch die Geschehnisse der Kinder von Müttern, die in den Tötungsanstalten umgebracht wurden. In der von unserem *Bund der »Euthanasie«-Geschädigten und Zwangssterilisierten* herausgegebenen Schrift »Ich klage an« finden Sie Berichte Betroffener.

Da die psychiatrischen Urteile als »Minderwertige« oder gar als »Lebensunwerte« immer noch schwer auf uns lasten, die Bundesregierung und der Bundestag bisher aber nicht dazu bereit sind, die aufgrund des Erbgesundheitsgesetzes gefällten Urteile der Zwangssterilisierung und der »Euthanasie« für nichtig zu erklären hat Frau Manuela ZISKOVEN von der Diakonischen Akademie in Stuttgart zusammen mit unserem »Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener« eine Unterschriften-Aktion an den Deutschen Bundestag begonnen. Darin fordern wir, die für viele nun schon 60 Jahre dauernde schwere seelische Belastung als offiziell »minderwertig« Abgestempelte durch die Nichtigkeitserklärung der Zwangssterilisations-Urteile zu beenden. Diese dringend notwendige menschliche Rehabilitierung der heute noch Lebenden ist mit keinen finanziellen Forderungen verbunden. Wir bitten Sie herzlich, sich in die während der Kongreßtage ausliegenden Unterschriftenlisten einzutragen.

Wenn die Leiden der »Euthanasie«-Opfer und von uns Zwangssterilisierten einen *Sinn* gewinnen sollen, muß sich *das* in der Psychiatrie ändern, was zu diesen Verbrechen führen konnte: die fehlenden Gespräche. Menschen, mit denen man nicht spricht, lernt man auch nicht kennen, nimmt sie nicht als Menschen wahr. Darum konnten die Psychiater ihre Patienten gleich zu Hunderten den Gaskammern der Tötungsanstalten überlassen, oder sie nach der Einstellung der Vergasungen im August 1941 auch selber töten.

Um diese dringend notwendigen Gespräche zwischen uns Psychoseerfahrenen, Fachleuten und Angehörigen einzuführen, haben wir seit dem Winter-Semester 89/90 das erste Psychose-Seminar als Erfahrungs-Austausch dieser drei Gruppen an der hiesigen Universitäts-Psychiatrie unter der Moderation von Thomas Bockx begonnen. Psychosen sind besser aus dem Erleben von Psychose-Erfahrenen als aus professionellen Psychose-Konzepten zu verstehen. Will die Psychiatrie als empirische Wissenschaft gelten, führt kein Weg am gleichberechtigten Erfahrungsaustausch vorbei. Diese Idee war auch eine Keimzelle für diesen Kongreß.

Inzwischen hat dieser Erfahrungs-Austausch auch viele andere Psychiatrie-MitarbeiterInnen besonders in den Sozialpsychiatrischen Diensten überzeugt und dazu angeregt, ihrerseits Psychose-Seminare für Psychose-Erfahrene, Angehörige und MitarbeiterInnen anzubieten. Während erstere ein besseres Verstehen der Psychosen aus ihrem Erleben vermitteln, betonen letztere die Bereicherung, die sie diesem Erfahrungs-Austausch verdanken. Ca. 30 Psychose-Seminare werden zur Zeit im Bundesgebiet angeboten. Wir hoffen, daß ihre Zahl weiter wächst.

In diesem gleichberechtigten Erfahrungs-Austausch geht es zuerst um Fragen: Wie wird eine Psychose erlebt? Wie ist sie zu verstehen? Was braucht man in der Psychose? ehe andere gemeinsam formulierte Fragen folgen. Anregung und Anleitung finden Sie in unserem gemeinsam herausgegebenen Buch »Stimmenreich — Mitteilungen über den Wahnsinn« im Psychiatrie-Verlag.

Unsere Psychose-Seminare sind unser gemeinsamer Beitrag für eine einsichtigeren und hilfreicheren Psychiatrie, die auf den Erfahrungen der Betroffenen gründet- Denn die Basis für eine empirische Wissenschaft, die die Psychiatrie sein will und sein muß, kann nur das Erleben der Patienten, können nur unsere Erfahrungen mit der Psychose sein.

MAPS – GP1 – Geschichte der Psychiatrie – Die Machtergreifung der Nazis - und die Wirkung auf die Psychiatrie

Vor allem aber bedeutet der Erfahrungsaustausch eine Befreiung von der psychiatrischen Abwertung unserer Psychosen als einem sinnlosen Erleben, die zur Verleugnung der eigenen Lebensgeschichte zwingt, eine Befreiung aus der inneren Isolierung des Schweigenmüssens.

ANHANG: Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ von Binding und Hoche im Spiegel der deutschen Psychiatrie vor 1933.

*Originalien***„Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“
von Binding und Hoche im Spiegel
der deutschen Psychiatrie vor 1933**

J.E. Meyer

Psychiatrische Klinik der Universität Göttingen

**“The release for extermination of those
unworthy of living” by Binding and Hoche:
the response of German psychiatry prior to 1933**

Zusammenfassung. 1920 haben Binding und Hoche in ihrer Schrift die Tötung der „unheilbar Blödsinnigen“ oder „geistig Toten“ gefordert. Zur Prüfung der Frage, wie die deutsche Psychiatrie vor 1933 auf diese Schrift reagiert hat, wurden die psychiatrischen Fachzeitschriften und die sonstigen psychiatrischen Publikationen zwischen 1920 und 1932 herangezogen. Dabei zeigte sich, daß es nur ganz vereinzelte positive und wenige negative Stellungnahmen gab und daß das Thema – im Gegensatz zur eugenischen Sterilisation – auf Tagungen nicht erörtert wurde. Es wird die Frage gestellt, warum die deutschen Psychiater die Gefahr der Durchsetzung dieser Forderungen, die dann im Nationalsozialismus verwirklicht wurden, nicht erkannt haben. Die Bedeutung des Sozialdarwinismus und der politischen Situation z.Z. der Weimarer Republik für die mangelnde Stellungnahme zu Binding u. Hoche wird diskutiert.

In der 1920 erschienenen Schrift forderten Binding und Hoche die Tötung unheilbar psychisch Kranker (sog. Euthanasie im weiteren Sinne), wie sie dann ab 1939 durch das NS-Regime durchgeführt wurde. Es geht in dieser Studie um die Frage, wie die deutschen Psychiater auf die Thesen der beiden Autoren vom „lebensunwerten Leben“ vor der Machtübernahme reagiert haben, d.h. bevor sie durch politischen Druck an einer freien Meinungsäußerung gehindert sein konnten. Dazu wurden die deutschen psychiatrischen und psychiatrisch-neurologischen Zeitschriften sowie das Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie zwischen 1920 und 1932 herangezogen. Außerdem wurden soweit möglich alle psychiatrischen Monographien und Beiträge in anderen medizinischen Zeitschriften zu

diesem Thema aus den genannten Jahren berücksichtigt.

Der Leipziger Jurist Binding und der Freiburger Psychiater Hoche haben jeweils zunächst ihre Meinung zur Euthanasie im Sinne von Sterbehilfe dargelegt und danach die Tötung der psychisch unheilbar Kranken empfohlen.

Binding stellt die Frage: „Gibt es Menschenleben, die so stark die Eigenschaft des Rechtsgutes eingebüßt haben, daß ihre Fortdauer für die Lebensträger wie für die Gesellschaft dauernd allen Wert verloren hat?“ Er bejaht die Frage nicht nur für Krebskranke, Tuberkulöse und tödlich Verwundete, sondern vor allem für die Gruppe der „unheilbar Blödsinnigen“. Von ihnen sagt er: „Sie haben weder den Willen zu leben, noch zu sterben. So gibt es ihrerseits keine beachtliche Einwilligung in die Tötung, andererseits aber auch keinen Lebenswillen, der gebrochen werden müßte. Ihr Leben ist absolut zwecklos, aber sie empfinden es nicht als unerträglich. Ihr Tod reißt nicht die geringste Lücke – außer vielleicht im Gefühle der Mutter oder der treuen Pflegerin ... Wieder finde ich weder vom rechtlichen, noch vom sozialen, noch vom sittlichen, noch vom religiösen Standpunkt aus schlechterdings keinen Grund, die Tötung dieser Menschen, die das furchtbare Gegenbild echter Menschen bilden und fast in Jedem Entsetzen erwecken, der ihnen begegnet, freizugeben ... In Zeiten höherer Sittlichkeit – der unseren ist aller Heroismus verlorengegangen – würde man diese armen Menschen wohl amtlich von sich selbst erlösen“. Binding beendet seinen Teil der Schrift mit Vorschlägen, wie die „Freigabe durch eine Staatsbehörde“ erfolgen könne.

Im zweiten Teil erläutert Hoche wiederum zunächst Fragen der Sterbehilfe, um sich dann „Zuständen endgültigen unheilbaren Blödsinns oder wie wir in freundlicherer Formulierung sagen wollen: Zuständen geistigen Todes“ zuzuwenden. Er erörtert die verschiedenen angeborenen und erworbenen Krankheitsformen und ihre unterschiedliche „wirtschaftliche und moralische Belastung der

Umgebung, der Anstalten, des Staates usw.“. Hoche vergleicht die Lage des deutschen Volkes mit der von Teilnehmern an einer schwierigen Expedition, „bei der kein Platz ist für halbe, Viertels- oder Achtelkräfte“.

Hoche definiert die Zustände „geistigen Todes“ aus ihrem „Fremdkörpercharakter“ in der Gesellschaft, aus dem Fehlen irgendwelcher produktiver Leistungen, aus ihrer völligen Hilflosigkeit und Pflegebedürftigkeit. Dazu gehört nach Hoche ferner, daß ein Selbstbewußtsein, daß Vorstellungen, Gefühle oder Willensregungen in ihnen nicht entstehen können, daß „keine Möglichkeit der Erweckung eines Weltbildes im Bewußtsein besteht und daß keine Gefühlsbeziehungen zur Umwelt von den geistig Toten ausgehen können“. Die „geistig Toten“ stehen nach Hoche auf einem intellektuellen Niveau, „das wir erst tief unten in der Tierreihe wieder finden“. Diesen „leeren Menschenhüllen“ oder „Ballastexistenzen“ mit Mitleid zu begegnen, beruhe auf einem „unausrottbaren Denkfehler oder besser Denkangel ... vermöge dessen die Mehrzahl der Menschen in fremde lebende Gebilde hinein ihr eigenes Denken und Fühlen projiziert, ein Irrtum, der auch eine der Quellen der Auswüchse des Tierkultus europäischer Menschen darstellt“.

Binding verweist in Zusammenhang mit dem eingangs von ihm diskutierten Suizidproblem auf Literatur zum Recht auf den eigenen Tod um die Jahrhundertwende, ohne sozialdarwinistisches Schrifttum direkt anzusprechen. Der Beitrag von Hoche enthält keine Literaturhinweise. Hoche hat in seinen späteren Publikationen nur zweimal auf seine Schrift mit Binding verwiesen: In seinem Beitrag zum Lehrbuch der Psychiatrie von Binswanger und Siemerling heißt es: „Die Pflege von vielen Tausenden geistig Toter bedeutet eine ungeheure Belastung eines Volksorganismus, der mit dem wirtschaftlichen Untergang kämpft, ohne daß irgendwelche Gegenwerte in Rechnung gesetzt werden könnten. Eine verfeinerte Sittlichkeit einer hoffentlich nicht zu fernen Zukunft wird die Vernichtung der völlig lebensunwerten Leben gutheißen“ (S. 245). Außerdem findet sich ein Hinweis auf die gemeinsame Schrift in Hoche's Autobiographie „Jahresringe“, aber nur in deren erster Auflage 1934.

Für unsere Untersuchungen wurden folgende Zeitschriften berücksichtigt:

Allg. Z. Psychiatrie (Bd. 76 1920/21 bis Bd. 98 1932); Nervenarzt (ab Erscheinen 1928 bis Bd. 5 1932); Fortschritte der Neurologie u. Psychiatrie (ab Erscheinen 1929 bis Bd. 4 1932); Z. f. die ges. Neurologie u. Psychiatrie (Heft 53/1920 bis 139/1932) – die Hefte 121 und 137 waren nicht zu beschaffen; Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankheiten (Bd. 62 1921 bis Bd. 97 1932); Psychiatr.-Neurol. Wochschr. (Bd. 23 1921/22 bis Bd. 34 1932); Arch. f. Rassen- u. Gesellsch. Biologie (Bd. 13 1921 bis Bd. 26 1932).

1. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*: 1923 erscheint ein Vortrag von H. Haenel „Darf der Arzt töten?“, in dem unter Hinweis auf Binding u. Hoche die Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ bejaht wird. In der folgenden Diskussion scharfe Kritik durch S. Ganser, Dresden. 1929 lesen wir

in einem Aufsatz von M. Kauschansky über das Ehegesundheitszeugnis: „Es ist ganz entschieden moralischer, diese Opfer menschlicher Unüberlegtheit und Unverantwortlichkeit durch Präventivmaßnahmen des Staates im Keime zu töten, als sie als unglückliche Wesen in die Welt setzen zu lassen und dann nach dem Heilmittel Binding-Hoche „aus sozialen Gründen“ zu vernichten. Band 98 (1932) enthält eine Originalarbeit von B. Kihn, damals Privatdozent an der Nervenklinik in Erlangen, später Ordinarius in Jena mit dem Titel: „Die Ausschaltung der Minderwertigen aus der Gesellschaft“. Unter den vier „ärztlichen Mitteln, qualitativ unser Volk zu beeinflussen“ nennt Kihn an zweiter Stelle unter Hinweis auf Binding u. Hoche die Vernichtung „lebensunwerten Lebens“, wobei er allerdings betont, diese sei schwer zu realisieren.

Im übrigen wird in dieser Zeitschrift mehrfach hervorgehoben, wie nötig es sei, im Gesundheitswesen zu sparen. Die Preisarbeit des deutschen Vereins für Psychiatrie hatte 1932 den Titel: „Kann die Versorgung der Geisteskranken billiger gestaltet werden und wie?“ Dazu eine Diskussionsbemerkung des Münchener Ordinarius O. Bumke vor dem Verein bayerischer Psychiater im Juli 1931: „Man braucht doch den Gedanken, daß man aus finanziellen Gründen alle im Augenblick entbehrlichen Menschen beseitigen sollte, nur zu Ende zu denken, um zu einem ziemlich ungeheuerlichen Ergebnis zu kommen“. Binding u. Hoche werden nicht erwähnt.

2. *Der Nervenarzt* enthält in seinen 5 Bänden bis 1932 zwar mehrere Arbeiten zur eugenischen Sterilisation aber keinen Hinweis auf die Vernichtung „lebensunwerten Lebens“

3. In den vier Bänden der „Fortschritte“ keine Stellungnahme zu Binding u. Hoche. In einer Arbeit von F. Meggendorfer über gerichtliche Psychiatrie (eugenische Gesetzgebung) wird ein Satz von Grotjahn, dem späteren Ordinarius für soziale Hygiene in Berlin, aus dem Jahre 1912 zitiert: „Die Nation, der es zuerst gelänge, das gesamte Krankenhaus- und Anstaltswesen in den Dienst der Asylierung der somatisch und psychisch minderwertigen Individuen in humaner Form zu stellen, würde einen von Jahrzehnt zu Jahrzehnt wachsenden Vorsprung vor allen übrigen Völkern gewinnen“.

4. In der *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* erscheint 1926 ein Vortrag von Robert Gaupp auf der Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie über die Unfruchtbarmachung geistig und sittlich Minderwertiger. Gaupp erwähnt in der Einleitung Binding u. Hoche, ohne inhaltlich zu ihrer Schrift Stellung zu nehmen.¹

¹ Gleiches gilt für seine Monographie: Die Unfruchtbarmachung geistig und sittlich Kranker und Minderwertiger

5. Im *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* findet sich kein Hinweis auf die Vernichtung „lebensunwerten Lebens“.

6. Die *psychiatrisch-neurologische Wochenschrift* bringt schon 1920/21 eine kurze, aber sehr kritische Stellungnahme des langjährigen Schriftleiters J. Bresler unter dem Titel: Karl Bindings „letzte Tat für die leidende Menschheit“. 1926 hat sich Bresler in „Betrachtungen über geistige Prophylaxe“ noch einmal knapp und ablehnend zur Tötung „lebensunwerten Lebens“ geäußert. 1921/22 erschien ein ebenfalls kritischer Beitrag von H. Brennecke, der einleitend ausführt, es sei nicht verwunderlich, „wenn ein solcher von autoritativer Seite geäußelter Vorschlag zur gesetzlich geschützten Beseitigung hemmender und das Wohleben der menschlichen Gesellschaft störender Mitgeschöpfe in weitesten Kreisen mit rückhaltloser und begeisterter Zustimmung Aufnahme und Gehör findet“. Brennecke argumentiert gegen die Thesen von Binding u. Hoche aus humanistischer und christlicher Einstellung. Im folgenden Jahr erscheint eine sehr freimütige Kritik an Binding u. Hoche und an dem bis in die Terminologie übereinstimmenden Gesetzesentwurf des Liegnitzer Stadtrats Borchardt; der Autor ist Wauschkuhn, Oberarzt der Anstalt Berlin Buch. Schließlich findet sich 1932 ein Artikel von Meltzer, der 1925 in einer Monographie die wichtigste kritische Auseinandersetzung mit der Frage des lebensunwerten Lebens verfaßt hatte. Er beharrt auch jetzt auf der Ablehnung der Tötung psychisch Kranker, setzt sich aber stärker mit sozialdarwinistischen und rassehygienischen Gesichtspunkten auseinander.

7. *Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie*. Die Besprechung der Schrift von Binding u. Hoche erfolgt in einem ganz kurzen, die wichtigsten Aussagen verschweigenden, Referat 1922/23. Der Referent F. Dehnow schließt mit dem Satz: „Rassenhygienische Gesichtspunkte sind nicht in den Kreis der Betrachtung gezogen“.

Aufschlußreich ist ein Artikel von Johannes Lange 1928, Oberarzt an der Münchener Klinik, mit dem Titel: „Die Frage der geistigen Entartung in ihrer Beziehung zur Irrenfürsorge“. Lange schreibt darin: „Freilich wird man nicht mehr, wie in früheren Jahrhunderten, die Irren ... aburteilen, als Hexen verbrennen, als Diebe aufhängen. So roh ist man nicht mehr, wenn man sich auch nichts darüber vormachen darf, daß die Vernichtung lebensunwerten Lebens, die in jüngster Zeit von ernsthaften Leuten stark ventilert worden ist, praktisch nichts anderes bedeutet ... Wir wollen auf dies heikle Problem nicht näher eingehen, dessen Lösung in rassehygienischer Hinsicht übrigens ganz bedeutungslos ist“. Binding u. Hoche werden nicht namentlich erwähnt.

Sonstiges Schrifttum

Noch im Jahr ihres Erscheinens wurde die Schrift von Binding u. Hoche von Gaupp referiert. Er versteht sie „als ein rechtes Kind unserer zwiespältigen Zeit. Das unermeßliche Leiden, das die technischen Ungeheuerlichkeiten des Weltkrieges über die besten Männer unseres Volkes gebracht haben, schuf den mitleidvollen Ruf nach Abkürzung aller hoffnungslosen Qual ... und der Kampf um das tägliche Brot für unsere Kinder in einem blockierten und gefesselten Land schärfte den Blick für die Wahrnehmung falscher Humanität, die wertloses Leben hätschelt und pflegt, während wertvolle Leben an anderer Stelle, aber vielleicht weniger sichtbar, elend zugrunde gehen müssen“. So bejaht Gaupp die Tötung der Nebenmenschen, wie sie von den Autoren gefordert wird. Sein Referat schließt mit dem Hinweis auf den, wie er meint, vielleicht wichtigsten Satz der Hocheschen Gedanken: „Mitleid“ ist den geistig Toten gegenüber im Leben und im Sterbensfall die an letzter Stelle angebrachte Gefühlsregung; wo kein Leiden ist, ist auch kein Mitleiden“.

Wir stellen daneben das unmittelbar aus dem Sozialdarwinismus hervorgegangene Buch von Ernst Mann (Pseudonym): „Die Erlösung der Menschheit vom Elend“. Es beginnt mit einem Kapitel über „Die Bedeutung des Vernichtungsprinzips in der Natur für die Erhaltung des organischen Lebens“. Es erklärt das Gebot „Du sollst nicht töten“ für das unnatürlichste, lebensverneinendste, was es geben kann.

Im Abschnitt „das Recht zu leben“ geht der Verfasser davon aus, daß für Kranke, die so elend sind, daß sie die Herrschaft über ihre Sinne verloren haben, auch ein Recht am Leben erlischt. „Ist es nicht an und für sich eine Quälerei, Menschen, welche die gesunden Instinkte des Lebens verloren haben, zum Dasein zu zwingen?“ Über unheilbar kranke kleine Kinder und solche, „wo keine Möglichkeit gesunder Aufzucht besteht“, wird es als Wohltat, die man ihnen zu-eil werden läßt, bezeichnet, „sie auf schmerzlose Weise versinken zu lassen, ehe ihnen ihre trostlose Lebenslage zum Bewußtsein kommt“ (S. 55).

Mann, nicht Mediziner, hat im gleichen Jahr an die Reichsregierung „vier Forderungen der Barmherzigkeit“ gestellt: Schmerzlose Vernichtung der Geisteskranken, welche die Selbstbestimmung verloren haben und sich und ihren Mitmenschen zur Last leben; Sterbehilfe für alle Sterbenden; Sterbehilfe für alle Lebensmüden und schmerzlose Tötung von Krüppeln oder mit unheilbaren Krankheiten geborenen Kindern kurz nach der Geburt (aus Meltzer 1925 S. 35/36).

Im gleichen Jahr erscheint von Bumke, damals Professor der Psychiatrie an der Universität Leipzig, seine Monographie „Kultur und Entartung“ in zweiter Auflage. Es ist dies eine sorgfältige wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Begriff der Entartung oder Degeneration, mit Domestika-

tion, Selektion und Rassenmischung. Bumke hebt hervor, man beschuldige die Hygiene, die Kindersterblichkeit zu vermindern und so „die natürliche Ausmerzung widerstandsunfähiger Menschen zu stören ... Als besonders gefährlich gilt die Irrenpflege, die viele am Leben lasse, deren frühzeitiger Tod im Interesse des Ganzen dringend gewünscht werden müsse“ (S. 64). Bumke, ohne Binding u. Hoche zu erwähnen, antwortet mit einem Zitat des Psychiaters R. Sommer: „Die Idee, einer Degeneration durch eine brutale Zerstörung schwacher Lebewesen vorzubeugen, ist kulturell nichts anderes als ein Ausdruck dieser Degeneration“. Aus heutiger Sicht scheint besonders bemerkenswert, daß Bumke am Ende hervorhebt: „Wichtiger aber als aller Streit, ob die Entartung zugenommen hat, ist die Erkenntnis, daß sich alle nachweisbaren Degenerationserscheinungen auf äußere, soziale Ursachen zurückführen lassen“. Im folgenden Jahr wird von dem Anstaltsarzt an den Wittenauer Heilstätten (Berlin) K. Hildebrandt eine Monographie veröffentlicht unter dem Titel „Norm und Entartung des Menschen“, wobei in der damals üblichen Denkweise der Erhaltung der Rasse und der Abwehr der meist als erblich bedingt angesehenen psychischen Störungen das größte Gewicht zugemessen wird:

„Die ‚Menschenrechte‘ werden nicht durch Geburt erworben sondern durch biologische Vollwertigkeit. Humanität gegen die Entarteten ist ein Geschenk, kein Rechtsanspruch ... Mir scheint ... die Vernichtung schwacher Säuglinge noch immer das mildeste Verfahren“ (S. 270).

Die Monographie von E. Meltzer ist die überzeugendste Auseinandersetzung mit Binding u. Hoche, hier aus der Sicht des Leiters einer Anstalt für schwachsinnige Kinder. Sie vermittelt auch einen Eindruck von dem Aufsehen, das die Schrift von Binding u. Hoche bei ihrem Erscheinen besonders in der Gelehrtenwelt, aber auch im Laienpublikum, auslöste: „Tausende und Abertausende glaubten damals sogar, daß (damit) ... ein Zeitalter größerer Menschlichkeit anbrechen würde“. Meltzers Ablehnung kommt aus seiner ärztlich-ethischen Einstellung.

Bemerkenswert ist auch die Stellungnahme der *Rassenhygieniker*. F. Lenz, ohne Binding u. Hoche zu erwähnen, bemerkt schon 1921, daß die Euthanasie für die Rassenhygiene keine große Bedeutung hat, um dann fortzufahren, daß die altplatonische Aussetzung mißratener Kinder noch ungleich humaner sei „als die gegenwärtig im Namen des ‚Mitleids‘ geübte Aufzucht auch der unglücklichsten Kinder“ (S. 132).

Wie pathetisch die Diskussion solcher Themen erfolgte, zeigt der Schlußsatz von Lenz: „Der göttliche Funke, der in uns allen glimmt, leuchtet uns heute zu neuen Wegen, die der Menschheit zum Heil dienen, und in diesem Sinne wollen auch

wir Rassenhygieniker Arbeiter im Weinberg Gottes sein“ (S. 222).

In dem Standardwerk „Menschliche Erblichkeitslehre“ von Bauer, Fischer und Lenz bleiben noch 1927 Binding u. Hoche unerwähnt. Der an der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie tätige Eugeniker H. Luxenburger lehnt 1931 die Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ aus eugenischer oder wirtschaftlicher Begründung strikt ab als „eines gesitteten Volkes unwürdig“. S. auch seinen Beitrag „Psychiatrische Heilkunde und Eugenik“ (1932).

Ergebnisse

Aus der Durchsicht der Zeitschriften für Psychiatrie sowie der a.a.O. publizierten Stellungnahmen von Psychiatern zu Binding u. Hoche's Schrift ergibt sich, daß eine offene Auseinandersetzung von seiten der Psychiatrie nicht stattgefunden hat. Hoche konnte sogar in seinem Beitrag zum Lehrbuch der Psychiatrie von Binswanger u. Siemerling 1923 die Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ als Zeichen einer „verfeinerten Sittlichkeit“ gutheißen. Aus der Universitätspsychiatrie gibt es zwei zustimmende Stellungnahmen, die eine im Referat von Gaupp und die andere von Kihn.

Beide bejahen die Thesen von Binding u. Hoche, wobei Gaupp Hoche's mitleidlose Einstellung gegenüber den „geistig Toten“ besonders hervorhebt. Bei Kihn lesen wir: „Es ist dann doch etwas Anderes, ob die Allgemeinheit Pensionisten oder alte Leute miterhält, die in früheren Jahren ihr Teil geleistet haben ... oder ob der Staat Existenzen mit fortschleppt, die eigentlich nie etwas Anderes getan als gegessen, geschrien, Wäsche zerrissen und das Bett beschmutzt“ (S. 394).

Die wichtigste kritische Auseinandersetzung stammt von Meltzer, der gerade auch die persönliche Sorge um die ihm anvertrauten geistig Behinderten hervorhebt. Außer Meltzer gibt es nach unseren Feststellungen keine Stellungnahme von Direktoren der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten, was besonders ins Gewicht fällt, da ja gerade sie die Verantwortung für jene Patienten trugen, die – von Hoche als „geistig Tote“ und „leere Menschenhüllen“ bezeichnet – als „lebensunwertes Leben“ der Vernichtung zugeführt werden sollten. Eine klar durchdachte Kritik findet sich bei Bumke in seiner Monographie „Kultur und Entartung“, aber die Namen werden nicht genannt und im Schriftenverzeichnis taucht Hoche nur mit einer anderen Arbeit auf. Ähnlich steht es um den Aufsatz von J. Lange, der die Thesen nennt, aber wiederum nicht die Autoren, und dann fortfährt, er wolle sich „mit diesem heiklen Thema“ nicht näher beschäftigen.

Wir haben in keiner Zeitschrift aus Tagungsberichten entnehmen können, daß im Verlauf dieser 12 Jahre die Vernichtung „lebensunwerten Le-

bens“ zum Thema einer Sitzung oder gar eines Kongresses gemacht wurde. Das ist um so auffälliger, als das Problem der freiwilligen oder Zwangssterilisation psychisch Kranker eingehend, auch als Tagungsthema, diskutiert wurde. Die Mehrzahl der kritischen Kommentare zu Binding u. Hoche stammt, soweit sich dies ermitteln ließ, von Oberärzten und Assistenten der Anstalten, von niedergelassenen Nervenärzten oder von Amtsärzten. Eine besondere Position nehmen die Eugeniker ein. Meist wird nur bemerkt, daß das Thema unter eugenischem Gesichtspunkt uninteressant sei, weil sich Schwerkranke nicht fortpflanzen.

Diskussion

Aus dem Ausgeführten ergibt sich, daß die deutsche Psychiatrie auf die „Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ kaum reagiert hat. Das gilt einmal im Vergleich zu den – hier nicht berücksichtigten – zahlreichen Stellungnahmen aus anderen Disziplinen, auch von seiten der übrigen Medizin; zum anderen ist unsere Beurteilung der Rezeption dieser Schrift durch die deutsche Psychiatrie natürlich nicht unbeeinflusst von dem Wissen, daß die Thesen von Binding u. Hoche 20 Jahre später durch den Nationalsozialismus in die Wirklichkeit umgesetzt wurden. Konnte man 1920 die Gefahr einer solchen Entwicklung nicht erkennen, obwohl die sozialdarwinistischen Grundlagen der Schrift seit mehreren Jahrzehnten gerade in Deutschland sehr populär waren? Letzteres läßt sich gut belegen aus „Das Recht auf den eigenen Tod“ von A. Jost, aus den „Grundlinien einer Rassenhygiene“ von A. Ploetz (beide 1895) und (vielleicht am deutlichsten) aus dem schon erwähnten Buch von Mann „Die Erlösung der Menschheit vom Elend“ von 1922.

Der Sozialdarwinismus besaß in Gestalt des Monistenbundes in Deutschland einen größeren Einfluß als in anderen europäischen Ländern und in den USA. Die Entwicklung des Sozialdarwinismus war dadurch gekennzeichnet, daß von Darwins Thesen zur Evolution und zur Selektion nunmehr die Selektion zum zentralen Modell sozialen und politischen Denkens wurde (Martens). Dabei treten, wie Zmarzlik hervorhebt, drei ideologische Komponenten in Erscheinung, die dann alle im Nationalsozialismus wiederzufinden sind: 1. das rassistisch-biologistische Ungleichheitsdogma, 2. ein moralischer Nihilismus, der auf das allumfassende Naturgesetz vom „Kampf ums Dasein“ zurückgeführt wird, und 3. das „Ausmerzen von rassistisch Minderwertigen“ verbunden mit der „Auslese der rassistisch Hochwertigen“. Schmidt hat das kürzlich so formuliert: „Bei dieser Übertragung tierbiologischer Forschungen auf die menschliche Gesellschaft werden somatische Merkmale wie stark und schwach mit sittlichen Werten wie gut und

böse gleichgesetzt“. So ist das, was Binding u. Hoche fordern, letztlich die Konsequenz aus der geradezu panischen Angst vor der Entartung, dem sittlichen und biologischen Niedergang des Volkes, ermöglicht durch jenen moralischen Nihilismus, für den die Pflege der Kranken und Elenden nur Ausdruck einer schwächlichen Mitleidshaltung war.

Zum Verständnis der mangelnden Reaktion der deutschen Psychiatrie auf Binding u. Hoche muß auch die politische Situation nach dem ersten Weltkrieg im Beginn der Weimarer Republik berücksichtigt werden. Das Erlebnis des Krieges und seines Ausgangs war damals zu einer fast magischen Beschwörungsformel geworden [38]. Es führte nicht zu einem an der Wirklichkeit orientierten Willen zum Wiederaufbau, sondern strebte als sogen. Konservative Revolution danach, die von ihr verachtete Gegenwart, insbesondere auch die Republik, zu zerstören, um „in einer imaginären Zukunft eine idealisierte Vergangenheit wiederzufinden“ [39].

In welchem Maße die politische Situation sich auch in Fachzeitschriften widerspiegelte, zeigt etwa der Aufruf an die deutsche Ärzteschaft zur Bekämpfung des Alkoholismus, unterzeichnet u.a. von Gaupp und Kraepelin.² Meist dominierte dabei die Überzeugung, daß nur außergewöhnliche Anstrengungen und außergewöhnliche – ethisch sonst vielleicht nicht zu rechtfertigende – Wege erforderlich seien, um die Existenz des Volkes zu retten, d.h. vor der Entartung zu bewahren. Bedeutete der Sozialdarwinismus, wie es Zmarzlik formulierte, die Bereitstellung von Denkmodellen für die Neuordnung der Gesellschaft auf biologischer Grundlage, so war die politische Situation, wie sie gerade von konservativen Kreisen im Deutschland der Weimarer Republik erlebt wurde, nur dazu angetan, diese Denkmodelle in die Wirklichkeit umzusetzen.

Zur Frage der Kontinuität von der „Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ 1920 bis zur Kinder- bzw. T 4-Aktion im Nationalsozialismus 1939/40 läßt sich folgendes feststellen: In den „Nationalsozialistischen Monatsheften“ schreibt Dr. Hans Frank II 1930: „Im Strafrecht vertreten wir die schärfsten Formen der Reinerhaltung unseres sittlichen Lebens und der Rasse: Tod dem lebensunwerten Leben!“ – In der Denkschrift des preußischen Justizministers Kerrl von 1933 „Nationalsozialistisches Strafrecht“ heißt es: „Sollte der Staat etwa bei unheilbar Geisteskranken ihre Ausschaltung aus dem Leben durch amtliche Or-

² „Der Vertrag von Versailles und die Annahme des Londoner Ultimatums legt Deutschland ungeheure Lasten auf, die, wenn überhaupt, nur von einem körperlich gesunden willenskräftigen und wirtschaftlich erstärkten Volke in anger harter Arbeit getragen werden können ... Was wir brauchen, ist stahlharter Wille, unermüdete Arbeitskraft, nüchternen Sinn und bei sparsamem Haushalt gute kraftspendende Nahrung“. (Psychiatr Neurol Wochenschr 23:91–92 (1921/22))

gane gesetzlich anordnen, so liegt in der Ausführung solcher Maßnahmen nur die Durchführung einer staatlichen Anordnung“.

Aus einer Rede Hitler's am 30. Januar 1934: „Solange ... der Staat dazu verdammt ist, von seinen Bürgern jährlich steigende Riesenbeträge aufzubringen ... zur Erhaltung dieser bedauerlichen Erbkranken der Nation, dann ist er gezwungen, jene Abhilfe zu schaffen, die sowohl verhütet, daß sich in Zukunft so unverdientes Leid weiter vererbt, als auch verhindert, daß damit Millionen Gesunden noch das zum Leben Nötigste entzogen werden muß, um Millionen Ungesunde am Leben zu erhalten“ (Domarus, S. 355). Hier wird also – über die Zwangssterilisation hinaus – die Tötung „lebensunwerten Lebens“ schon deutlich als eine zur Erhaltung des Volkes unumgängliche Maßnahme angesprochen. Nach den Aussagen von K. Brandt bei dem Nürnberger Ärzteprozeß hat Hitler 1935 dem Reichsärztführer gegenüber geäußert, er würde, wenn es zum Kriege käme, die Euthanasiefrage aufgreifen und durchführen [34].

Wir haben darauf hingewiesen, daß sich die Rassenhygiene gegenüber der Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ eher reserviert verhielt, weil es ihr vom Grundansatz her um vorbeugende Maßnahmen ging. Dennoch wird man ihr hartnäckiges Eintreten für die eugenische Sterilisation, d.h. für unfreiwillige Unfruchtbarmachung, die dann als erste derartige Maßnahme bereits im Juli 1933 Gesetz wurde, als den ersten Schritt und den Präzedenzfall für die späteren NS-Vernichtungsmaßnahmen nennen müssen (Weingart). Schon 1931 schreibt Lenz, daß Hitler „der erste Politiker von wirklich großem Einfluß (ist), der die Rassenhygiene als eine zentrale Aufgabe aller Politik erkannt hat“.

Rückblick

Als die Freigabe der Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ 1920 erschien, stand die deutsche Öffentlichkeit ganz unter dem Einfluß des verlorenen Krieges, des Untergangs des Kaiserreichs und des Versailler Vertrags. Man erlebte das im Beginn der Weimarer Republik als Bedrohung der Existenz des deutschen Volkes durch seine scheinbar unabwendbare Entartung. In dieser Untergangsstimmung bedeuteten die Thesen von Binding u. Hoche für viele einen rettenden Ausweg durch Vernichtung der Schwachen und Kranken und damit, wie man damals sozialdarwinistisch dachte, eine Stärkung der Tüchtigen und zum Aufstieg Fähigen.

Dieser Publizität, die die Schrift von Binding u. Hoche auslöste, steht nun, wie wir dargelegt haben, die Tatsache gegenüber, daß es eine Auseinandersetzung von seiten der deutschen Psychiatrie kaum gegeben hat. Besonders auffallend ist dabei, daß die Universitätspsychiater und die Anstaltsdi-

rektoren, von ganz wenigen Ausnahmen abgesehen, sich diesem Problem nicht stellten, weder nach dem Erscheinen der Schrift noch nach 1930, als sich die – von den Rassenhygienikern zumeist begrüßte – bevorstehende Machtübernahme durch Hitler immer deutlicher abzeichnete. Daher läßt sich auch ableiten, daß das NS-Regime Widerstand von seiten der Psychiatrie kaum fürchtete [35]. Es gibt eine Reihe von partiellen Erklärungsmöglichkeiten für dieses Versagen der Psychiatrie als wissenschaftliche Heilkunde, die aber auch additiv u.E. nicht ausreichen, das Geschehene zu erklären. Wir nennen folgende Gesichtspunkte:

1. Hemmungen vor einer – dann unvermeidlich „vernichtenden“ – Kritik an einer Schrift, deren einer Autor Binding noch vor der Veröffentlichung starb und seinen Beitrag als sein „letztes Wort“ gewertet wissen wollte. Auch Hoche beanspruchte, „nach einem Menschenalter ärztlichen Menschendienstes ... in allgemeinen Menschheitsfragen gehört zu werden“.

2. Die „Unausdenkbarkeit“ eines solchen Vorgehens und seiner Konsequenzen für das Ethos des Arztes könnte manchen Psychiater veranlaßt haben, die Schrift (oder wenigstens ihre Autoren!) totzuschweigen, um ihr nicht durch eine gründliche Auseinandersetzung noch mehr Bedeutung zu verleihen.

3. Der weitgehende öffentliche Konsens hinsichtlich der Grundhaltung des Sozialdarwinismus gegenüber Kranken und Schwachen und die immer wieder auflebende Kritik an den Kosten des Gesundheitswesens, welche sich im „Kampf ums Dasein“ als bequeme Argumentation gleicher Zielrichtung anbot.

Diese Erklärungsmöglichkeiten reichen alle nicht aus, jenes Bewußtseinsdefizit der deutschen Psychiatrie vor 1933 zu verstehen, das sich in den folgenden Jahren als verhängnisvoll erweisen sollte. Man muß deshalb auch die Frage stellen: Bejahte die Mehrzahl der deutschen Psychiater tendenziell die Gedanken von Binding u. Hoche, äußerte sich aber nicht dazu, weil sie vor deren Konsequenzen zurückschreckte? War ihr Schweigen in diesem Sinne doch ein schweigendes Einverständnis?

Literatur

1. Bauer E, Fischer F, Lenz F (1927) Menschliche Erblichkeitslehre. 3. Aufl. Lehmann, München
2. Binding K, Hoche A (1920) Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Mener, Leipzig
3. Binswanger O, Siemerling E (1923) Lehrbuch der Psychiatrie. G. Fischer, Jena
4. Borchardt (1922) Gesetz über die Freigabe der Tötung unheilbar Geistesschwacher Dtsch Strafrechtszeitung 9:206–210

5. Brennecke H (1920/21) Kritische Bemerkungen zu der Forderung Bindings und Hoches „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“. Psychiatr Neurol Wochenschr 23:4–9
6. Bresler J (1920/21) Karl Bindings „letzte Tat für die leidende Menschheit“. Psychiatr Neurol Wochenschr 22:289–290
7. Bresler J (1926) Betrachtungen über geistige Prophylaxe. Psychiatr Neurol Wochenschr 28:272–279 u. 285–288
8. Bumke O (1922) Kultur und Entartung. 2. Aufl. Springer, Berlin
9. Bumke O (1932) Diskussion zum Vortrag Faltlhauser „zur Frage der Sterilisierung geistig Abnormer“. Allg Z Psychiatr 96:373
10. Dehnow F (1922/23) Literaturübersicht. Arch Rassen- und Gesell Biol 14:211
11. Domarus M (1963) Hitler Bd I. Süddeutscher Verlag, München
12. Frank H (1930) Nationalsozialistische Monatshefte 1:298 zit. n. Nowak, K. (1984) ‚Euthanasie‘ und Sterilisierung im ‚Dritten Reich‘. 3. Aufl. Vandenhoeck u. Ruprecht, Göttingen
13. Gaupp R (1920) Literaturübersicht. Dtsch Strafrechtszeitung 7:332–337
14. Gaupp R (1925) Die Unfruchtbarmachung geistig und sittlich Kranker und Minderwertiger. Springer, Berlin
15. Gaupp R (1926) Die Unfruchtbarmachung geistig und sittlich Minderwertiger. Z gesamte Neurol Psychiatr 100:139–181
16. Grotjahn A (1923) Soziale Pathologie. 3. Aufl. Springer, Berlin (Reprint 1977)
17. Haenel H (1923) Darf der Arzt töten? Allg Z Psychiatr 79:438–442
18. Hildebrandt K (1923) Norm und Entartung des Menschen. Sybillenverlag, Dresden
19. Hoche A (1934) Jahresringe. 1. Aufl. Lehmann, München
20. Jost A (1895) Das Recht auf den eigenen Tod. Dietrich'scher Verlag, Göttingen
21. Kauschansky M (1929) Das Erbgesundheitszeugnis, das Berufsgeheimnis des Arztes und dessen Einschränkung im Interesse der Gesellschaft. Allg Z Psychiatr 91:257
22. Kerrl H Nationalsozialistisches Strafrecht. Zit. n. Gruchmann, L. (1972) Euthanasie und Justiz im Dritten Reich. Vierteljahreshefte Zeitgesch 20:235
23. Kihn B (1932) Die Ausschaltung der Minderwertigen aus der Gesellschaft. Allg Z Psychiatr 98:387–404
24. Lange J (1928) Die Frage der geistigen Entartung in ihrer Beziehung zur Irrenfürsorge. Arch Rassen- u Gesell Biol 20:129–155
25. Lenz F (1921) Grundriß der menschlichen Erblichkeitslehre und Rassenhygiene. Bd II. Lehmann, München
26. Lenz F (1931) Die Stellungnahme des Nationalsozialismus zur Rassenhygiene. Arch Rassen- u Gesell Biol 25:300–308
27. Luxenburger H (1931) Möglichkeiten und Notwendigkeiten für die psychiatrisch-eugenische Praxis. MMW S 753–758
28. Luxenburger H (1932) Psychiatrische Heilkunde und Eugenik. Das kommende Geschlecht 6:1–33
29. Mann E (1922) Die Erlösung der Menschheit vom Elend. Fink, Weimar
30. Marten HG (1983) Sozialbiologismus. Campus, Frankfurt
31. Megendorfer F (1931) Gerichtliche Psychiatrie. (Eugenische Gesetzgebung). Fortschr Neurol Psychiatr 3:117–233
32. Meltzer E (1925) Das Problem der Abkürzung „lebensunwerten“ Lebens. Marhold, Halle
33. Meltzer E (1932) Die Frage des unwerten Lebens (Vita non iam vitalis) und die Jetztzeit. Psychiatr Neurol Wochenschr 34:584–591
34. Mitscherlich A, Mielke F (1960) Medizin ohne Menschlichkeit. Fischer, Frankfurt Hamburg
35. Pauleikhoff B (1986) Ideologie und Mord. Pörsler, Hürtgenwald
36. Ploetz A (1985) Grundlinien einer Rassenhygiene. S. Fischer, Berlin
37. Schmidt G (1985) Vom Rassenmythos zu Rassenwahn und Selektion. Nervenarzt 56:337–347
38. Sontheimer K (1968) Antidemokratisches Denken in der Weimarer Republik. Nymphenburger Verlag, München
39. Stern F (1964) Kulturpessimismus als politische Gefahr. Scherz, Bern Stuttgart Wien
40. Wauschkuhn P (1922/23) Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Psychiatr Neurol Wochenschr 24:215–217
41. Weingart P (1985) Eugenik – eine angewandte Wissenschaft. In: Lundgren P (ed) Wissenschaft im Dritten Reich. Suhrkamp, Frankfurt
42. Zmarzlik HG (1963) Der Sozialdarwinismus in Deutschland als geschichtliches Problem. Vierteljahreshefte Zeitgesch 11:246–273

Prof. em. Dr. Dr. h.c. J.E. Meyer
 Psychiatrische Klinik der Universität
 v. Sieboldstraße 5
 D-3400 Göttingen

Das Original dieses Textes steht bei www.ibrp-online.de -> Gemeindepsychiatrie

Reinhard Peukert:

Die Begriffs- und Entwicklungsgeschichte, die zu „Gemeindepsychiatrie“ führte

Der Begriff "Gemeindepsychiatrie" steht in einem gemeinsamen Bedeutungsfeld mit "Sozialer Psychiatrie", "Kommunaler Psychiatrie", "Gemeindenaher Psychiatrie" und "Demokratischer Psychiatrie".

Der Begriff "**Demokratische Psychiatrie**" wurde in Deutschland nur selten verwendet, wengleich die Psychiatrie-Reform viele Anstöße von der "Psychiatria Democratica", der großen anti-institutionellen Bewegung in Italien, aufgenommen hat, nachzulesen z.B. bei Kardoff und anderen im vom Keupp und Zaumseil herausgegebenen Band: Die gesellschaftliche Organisation psychischen Leidens; Frankfurt 1978¹.

In München fand im Oktober 1979 ein dreitägiges Treffen von etwa 700 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus deutschen und italienischen Einrichtungen statt².

1. die unvorstellbaren Bedingungen der Psychiatrie (riesige Anstalten, in denen ihrer bürgerlichen Rechte beraubte Menschen zumeist ohne Chancen auf Entlassung "leben" mussten), die an ihre eigene Grenze stießen: die Anstalten wurden immer größer und größer, da immer mehr Menschen eingeschlossen wurden;
2. eine politische Gesamtsituation, die für grundlegende gesellschaftliche Veränderungen offen war

Auf diesem Hintergrund kam es in Italien:

1. zu einer Rechtsreform, die den psychisch Kranken ihre Bürgerrechte zurückgab und die Neubelegung der Großkrankenhäuser untersagte.
Die Versorgung der psychisch kranken Menschen wurde den Großkrankenhäusern entzogen und statt dessen regionalen Diensten übertragen (den CIM, ambulanten regionalen Diensten mit Vollversorgungspflicht) und kleinen stationären Einheiten in Allgemeinkrankenhäusern (S.D.C.: Servizi di Diagnosi e Cura, diagnostisch-therapeutische Dienste); dies erfolgte im Jahr 1987 mit dem Gesetz Nr. 180³.

¹ "Am Beispiel einer Gemeindepsychiatrie, die von unten her konzipiert ist, wie dies in Ansätzen in der italienischen Psychiatrie der Fall ist, läßt sich eine solche Abkehr vom "therapeutischen Blick" beobachten: weg von einer Heilung von Patienten oder einer als Frühwarnsystem sozialer Kontrolle interpretierbaren Primärprävention, hin zu einer an den lebensweltlichen Kontexten ansetzenden und auf sie bezogenen und in sie wieder hineinführenden solidarischen Problemlösung, die nur durch die Kompetenz und nicht durch die Statusdifferenz des Therapeuten bedingt ist. Mit einer solchen Wendung wird auch der begriff Therapie als Ausdruck eines besonderen Subjektbezugs besser durch den Begriff Hilfsbedürftigkeit ersetzbar, dessen Korrelat solidarische Hilfe und damit auch kollektive Neudefinition sozialer Krisensituationen darstellt" (Kardoff in: Keupp und Zaumseil, 1978, S. 583)

² Die Protokolle und Ergebnisse sind veröffentlicht in: Neue Psychiatrie, Erfahrungen aus Italien und Deutschland. Sonderband der Sozialpsychiatrischen Informationen. Bonn (Psychiatrieverlag) 1980 - siehe auch Literaturliste.

³ "Artikel 33 (Richtlinien über die freiwilligen und zwangsweisen Untersuchungen und Behandlungen): Die Untersuchungen und die medizinischen Behandlungen sind normalerweise freiwillig. In bestimmten Fällen können gemäß dem vorliegenden Gesetz.....von den Gesundheitsbehörden zwangsweise Untersuchungen und Behandlungen eingeleitet werden. Die zwangsweisen Untersuchungen und medizinischen Behandlungen werden eingeleitet durch eine Verfügung des Bürgermeisters in seiner Eigenschaft als Vorsteher der

2. zu einer breiten Übernahme von Reformgedanken und -Prozessen, die sich seit ca. 1960 bildeten und in der Gründung der "Psichiatria Democratica" im Jahre 1973 ihre Organisation fanden.

Die wesentlichen Reformbestrebungen, die dann auch für deutsche Psychiatriekritiker relevant wurden waren:

1. die Abkehr von Krankheitstheorien und statt dessen die unmittelbare Begegnung und Konfrontation mit der Angst und dem Leiden;
2. um dem Leiden unvoreingenommen begegnen zu können muß es seiner institutionellen Form entkleidet werden - also radikale Abschaffung der Psychiatrischen Kliniken⁴.
3. erst in der (de-institutionalisierten) Auseinandersetzung mit dem Wahnsinn - kann es zum Erkennen der sozialen Grundlagen und Beeinflussungen des Wahnsinns kommen;
4. das Vermeiden einseitiger psychiatrischer Interventionen; statt dessen Integration psychiatrischer Hilfen in das Gesamtsystem allgemein-gesellschaftlicher, sozialer und gesundheitsbezogener Aktivitäten und Dienste in der Region;
5. die Überprüfung des von der Psychiatrie übernommenen gesellschaftlichen Auftrags (Paolo Tranchina) im Sinne eines tendenziellen Durchbrechens der sozialen Funktion des Wahnsinns,
a.: in der Existenz des Wahnsinns kann sich der Nicht-Wahnsinnige seiner Normalität bestätigen,

Gesundheitsbehörde nach einem begründeten Vorschlag eines Arztes.

Die zwangsweisen Untersuchungen und medizinischen Behandlungen werden durch die öffentlichen, territorialen Gesundheitsdienste durchgeführt, und wo eine stationäre Aufnahme erforderlich ist, findet diese in den öffentlichen Krankenhäusern statt....

Die oben genannten zwangsweisen Untersuchungen und medizinischen Behandlungen müssen von Bemühungen begleitet werden, die da darauf gerichtet sind, die Zustimmung und die Teilnahme des Zwangsbehandelten zu erreichen. Die "Unita Sanitaria Locale" (entspricht einem staatlichen Gesundheitsambulatorium, Anm. d. Verfassers) bemüht sich, die oben genannten zwangsweisen Behandlungen einzuschränken, indem sie Vorsorgemaßnahmen, eine Gesundheitserziehung und eine systematische Beziehung zwischen den Gesundheitsdiensten und der Gemeinde aufbaut.

Während der zwangsweisen Behandlung hat der Patient das Recht, mit jedem Kontakt aufzunehmen, mit dem er dies will.

Jedermann kann an den Bürgermeister einen Antrag stellen, um die oben genannte Verfügungrückgängig zu machen oder zu verändern. Innerhalb von 10m Tagen muss der Bürgermeister über diese Anträge entscheiden." Artikel 34 (Richtlinien über die freiwilligen und zwangsweisen Untersuchungen und Behandlungen bei Geisteskrankheit):

...Die zwangsweise Behandlung wegen Geisteskrankheit kann nur dann stationär durchgeführt werden, wenn solche psychische Störungen vorliegen, die dringende therapeutische Maßnahmen erforderlich machen, wenn diese Maßnahmen nicht vom Patienten akzeptiert werden und wenn die Voraussetzungen für sofortige und geeignete medizinische Maßnahmen außerhalb des Krankenhauses nicht erfüllt sind.

Die Zwangsbehandlung muss im Allgemeinkrankenhaus durch besondere psychiatrische Dienstedurchgeführt werden...., wobei auch die sozialpsychiatrischen Dienste außerhalb des Krankenhauses mit herangezogen werden, um die Kontinuität der Therapie zu gewährleisten..."

⁴ "... die wissenschaftlichen Theorien über den Begriff der Krankheit (müssen) ebenso wie die Institutionen, in denen ihre therapeutischen Maßnahmen durchgeführt werden, zwingend in Frage gestellt werden. ... Ich will damit sagen, daß jede Institutionalisierung eines Problems Dich hindert, dich mit diesem Problem auseinanderzusetzen ... du kannst dich seinen Problemen (des psychisch Kranken, online) nicht stellen, solange seine Probleme institutionalisiert sind, er im Irrenhaus ist und einer totalen sozialen Kontrolle unterliegt. In dem Augenblick, in dem man die psychiatrische Anstalt abschafft, sieht man überhaupt erst das Problem, nämlich das Problem des Wahnsinns. Und wie willst du dich dann mit dem Problem des Wahnsinns auseinandersetzen? Das wird der entscheidende Punkt sein" (Basaglia aus einem Interview, veröffentlicht in: Zehentbauer 1979, S. 18)

b.: die Existenz der Kliniken enthält eine gesellschaftliche Drohgebärde, die auf Normalität konditioniert⁵;

6. die Mitbestimmung aller Beteiligten, die Aufhebung der strengen Hierarchie innerhalb des Personals und zwischen Personal und Patienten/Klienten

In der Demokratischen Psychiatrie Italiens gehen (bzw. gingen) eine Einheit ein:

1. die Veränderung der Beziehungen zwischen den Professionellen und Patienten,
2. die Beachtung der sozialen Prozesse als entscheidend dafür, wie der Wahnsinn in Erscheinung tritt, und
3. die konsequente Verlagerung der Versorgung in die Region, vornehmlich ambulant und integriert in die Gesamtversorgung

„Gemeindenah Psychiatrie“

In Deutschland hatte sich zunächst ein Begriffspaar etabliert, in dem diese Einheit aufgebrochen schien: **Sozialpsychiatrie und Gemeindenah Psychiatrie.**

„Gemeindenah Psychiatrie“ ist heute überholt, da zu unspezifisch. Alle konnten sich hinter dem Banner "Gemeindenah Psychiatrie" versammeln, - unabhängig davon, wie sie sich die Behandlung und Betreuung der psychisch kranken Menschen konkret vorstellten, wünschten oder durchführten.

„Gemeindenah“ wurde die Psychiatrie allein schon dadurch, daß die Klinikbetten nicht 10, 20 oder 30 km oder gar hunderte von Kilometern von den Wohnorten ihrer Patienten entfernt waren. Die angesprochene Verwässerung des Begriffs war ein Ergebnis seiner Verwendung, denn ursprünglich hatte er eine ganz konkrete Bedeutung. Er wurde erstmals in der Enquête verwendet: "Alle Dienste, bei denen dies nur möglich ist, sollen gemeindenah eingerichtet werden" (Punkt 5 der Grundsätze der Enquête, S. 189)

Dort war dieser Begriff eingebettet in acht weitere Grundsätze, die gemeinsam "Bedeutung und Geist" der Enquête ausmachen⁶:

⁵ Diese Funktion ist historisch für die Zwangshäuser, die Vorläufer der Kliniken, ausreichend belegt.

So wurde z.B. von Sonnenfels hervorgehoben, wie nützlich es sei, die Manufakturen in bedrohliche Nähe zu Zucht-, Arbeits- und Waisenhäusern zu plazieren:

"Ein Land kommt in Aufschwung, wenn die Seyden- und Wollmanufacturen wohl eingerichtet seyn und nur ein Zuchthaus dabei ist, durch dessen Furcht das liederliche Gesindlein zum erforderlichen Fleiß und Arbeit angewiesen wird, ... das ist ... gewiß, daß mit Zucht- und Weysenhäusern neue anzulegende und einzuführende Manufacturen gar unvergleichlich und am besten miteinander zu verknüpfen sind" (zitiert nach Sombart in: Dörner 1984, S. 188)

Blasius zeigt, daß Ende des 19. Jahrhunderts die Irrenfrage zu einer bürokratischen wurde: durch Verordnungen sollte in Preußen sichergestellt werden, daß auch alle in Anstalten untergebracht waren.

"Doch das Ganze war kein selbstgefälliges Spiel der Verwaltung; indem sie das Irrenhaus als Sanktionsmechanismus für nichtangepaßtes Verhalten einführte und auch erfahrbar machte, trug sie zur Absicherung der herrschaftlich vorgegebenen Verhaltensdisziplin bei." (Blasius 1980, S. 95).

⁶ Aus: Drucksache Deutscher Bundestag: Neuordnung der Versorgung psychisch Kranke

B. Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

B.1 Grundsätze einer Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

Der im Teil A des Berichtes dargestellte Bedarf und die dort aufgeführten schwerwiegenden Mängel der gegenwärtigen Versorgung psychisch Kranker und Behinderter machen eine Neuordnung erforderlich.

Mit einer solchen Neuordnung soll erreicht werden,

- dass das Auftreten psychischer Krankheiten und Behinderungen sowie ihre Verlaufsbedingungen so frühzeitig erkannt und beeinflusst werden, dass schwerwiegende Beeinträchtigungen nach Möglichkeit abgewendet werden können;

- dass bei Behandlungsbedürftigkeit die Notwendigkeit stationärer Behandlung durch ambulante und halbstationäre Maßnahmen verringert und damit die Ausgliederung des psychisch Kranken und Behinderten aus seinen Lebensbereichen vermieden wird;

Der Begriff "Gemeindenaher Psychiatrie" wurde eingeführt mit der Psychiatrie-Enquête, dem "Bericht zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung" vom 25. November 1975 - dem Dokument, das gemeinhin als der Startschuß zur Veränderung der Nachkriegspsychiatrie in Deutschland gilt.

Nachdem es im Anschluß an die systematische Ermordung auch der psychisch kranken Menschen unter dem Nationalsozialismus in Deutschland um die Psychiatrie gesellschaftlich still geworden war meldeten sich zunächst junge Psychiater im Jahre 1965 mit der

- dass dort, wo eine stationäre Behandlung erforderlich wird, die personellen, baulichen und organisatorischen Voraussetzungen dafür vorhanden sind, damit Krankheit und Behinderung tatsächlich beeinflusst werden können.

Die Neuordnung wird sich deswegen an folgenden Grundsätzen ausrichten:

1. Die Entstehungsbedingungen psychischer Krankheiten und die Umstände, welche zu ihrer Chronifizierung beitragen können, machen es vor allem in den Bereichen der Erziehung, der Arbeit und des Wohnens notwendig, solchen Zusammenhängen und den Fragen und Möglichkeiten der Prävention fortschreitend nachzugehen und Erkenntnisse darüber an die Betroffenen, an Institutionen und Entscheidungsinstanzen zu vermitteln.
 2. Erforderlich ist eine intensiviertere allgemeine Aufklärung der Bevölkerung auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit und eine gründlichere spezielle Schulung solcher Berufsgruppen, die in ihren Bezugsfeldern oft als erste mit Auffälligkeiten und Beeinträchtigungen konfrontiert werden.
 3. Durch volle Ausschöpfung präventiver Hilfen von pädagogischen, sozialtherapeutischen und beratenden Diensten, sowie durch sinnvolle Förderung und Selbsthilfeinitiativen der Betroffenen (Selbsthilfegruppen) ist die Vorsorge auf dem Sektor der psychischen Gesundheit, bereits im Vorfeld der fachtherapeutischen Dienste wesentlich zu verbessern. da es sich hier vor allem um Ausbildungs- und Supervisionshilfen für die betreffenden Berufsgruppen handelt, kann damit gerechnet werden, dass deren präventive Wirksamkeit ohne gravierende finanzielle Mehrbelastung zu steigern ist.
 4. Die Versorgung im Bereich von Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik muss als ein umfassendes Angebot allen von psychischer Krankheit oder Behinderung Betroffenen und Bedrohten zur Verfügung stehen. Dies bedeutet, dass eine Vielfalt von Diensten vorhanden sein muss, die so miteinander verbunden sind, dass sich einerseits für jeden Hilfsbedürftigen und Hilfesuchenden ein Weg u der ihm entsprechenden Versorgung ergibt, dass andererseits aber auch ein unnötiger Aufwand durch mehrfaches Vorhandensein gleichartiger aber unverbundener Angebote vermieden wird.
 5. Alle Dienste, bei denen dies nur möglich ist, sollen gemeindenaher eingerichtet werden. Eine weitgehende Unterbrechung der Beziehungen des psychisch Kranken und Behinderten zu seinen Lebensbereichen rechtfertigt sich lediglich dort, wo spezialisierte Behandlungs- und Rehabilitationsangebote nur auf der Ebene übergeordneter Versorgung konzentriert werden können.
 6. Alle noch bestehenden Unterschiede hinsichtlich rechtlicher, kostenmäßiger und sozialer Regelungen zwischen psychisch Kranken und körperlich Kranken müssen beseitigt werden.
 7. Die psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Dienste können ihren Aufgaben nur durch eine multidisziplinäre Zusammenarbeit zahlreicher Berufsgruppen gerecht werden. Diese multidisziplinäre Zusammenarbeit und ihre verschiedenartigen Schwerpunkte müssen bei der inneren Organisation und der Leistungsstruktur der einzelnen Dienste berücksichtigt werden. Sie macht aber außerdem über den Rahmen dieser Dienste hinaus eine enge und verbindliche Zusammenarbeit mit sozialen, psychologischen und sonderpädagogischen Diensten erforderlich.
 8. Fachkrankenhäuser mit ihrem hohen personellen und technischen Aufwand sollen nur diejenigen psychisch Kranken aufnehmen, deren Zustand diesen diagnostischen und therapeutischen Einsatz erforderlich macht. Für geistig und seelisch Behinderte, die einer ständigen Betreuung bedürfen, ist die Unterbringung in einem Fachkrankenhaus in der Regel nicht erforderlich. Sie bedürfen überwiegend solcher Einrichtungen, in denen rehabilitative und pädagogische Angebote und eine normale Wohn- und Lebensraumgestaltung ausschlaggebend sind.
 9. Die Vielfältig erforderlichen Angebote und Dienste sollen so miteinander verbunden sein, dass psychisch Kranke und Behinderte soweit und solange nur möglich, die Beziehung zu derjenigen Einrichtung oder Fachgruppe, die sich ihrer Versorgung angenommen hat, aufrechterhalten können.
- Es folgt die Darstellung und Begründung der Neuordnung der psychiatrischen und rehabilitativen Dienste für psychisch Kranke und Behinderte in ihrer Gliederung in ambulante, teilstationäre und stationäre Dienste. Besonders berücksichtigt sind die spezielle Dienste.

Heidelberger Denkschrift zu Wort, "die von einem nationalen Notstand sprach und damals schon alle wesentlichen Forderungen formulierte, die zehn Jahre später in der Psychiatrie-Enquête des Deutschen Bundestages ihren Niederschlag fanden" (Häfner in APK Band 27, S. 85); für den Beginn der Reform war aber das Jahr 1970 entscheidend:

- Es fand eine vielbeachtete Psychiatertagung in Loccum statt,
- in Heidelberg wurde das Sozialistische Patientenkollektiv gegründet, eine sich revolutionär verstehende Gruppe, die mit psychisch Kranken die Gesellschaft verändern wollte (Kapitalismus macht krank, Freiheit heilt) (Basisgruppe Medizin, Gießen 1972 a und 1972 b);
- es traf sich der erste Mannheimer Kreis, aus dem die DGSP hervorging,
- die DGSP (Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie) wurde gegründet
- und in diesem Jahr erfolgte der Antrag des Abg. Picard (CDU) zur Einrichtung der Enquêtekommission,
- die im Jahr 1971 ihre Arbeit aufnahm und die - von der kurz zuvor gegründeten Aktion Psychisch Kranke koordiniert - im Jahre 1975 ihre Ergebnisse vorlegte.

Die vier Hauptempfehlungen der Psychiatrie-Enquete stellen noch heute die nach wie vor bestehenden Anforderungen an eine angemessene psychiatrische Versorgung dar:

- gemeindenaher Versorgung,
- bedarfsgerechte und umfassende Versorgung **aller** psychisch Kranken und Behinderten,
- Koordination aller Versorgungsdienste,
- Gleichstellung von psychisch und somatisch Kranken.

Heinz Häfner, stellvertretender Vorsitzender der Enquete-Kommission, betont:

"Die Empfehlungen (der Enquete, online-casa) sind als Leitlinien des Kernbereichs der psychiatrischen Versorgung und ihrer rechtlichen Rahmenbedingungen heute noch gültig." - und er zählt 6 Prioritäten auf:

"In Gestalt von Prioritäten dargestellt, lauten sie:

- Auf- und Ausbau eines bedarfsgerechten, gemeindenahen Versorgungssystems mit ambulanten und komplementären Diensten,
- Koordination und Zusammenarbeit innerhalb der Versorgungssysteme und Standardversorgungsgebiete,
- Aus- und Aufbau ambulanter Dienste und psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern,
- Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung,
- vorrangige Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher und Alkohol- und Suchtkranker,
- Gleichstellung körperlich und seelisch Kranker in rechtlicher, finanzieller und sozialer Hinsicht."

(Häfner in: APK Band 27, S. 96)

„**SOZIALPSYCHIATRIE**“ ist ein auch heute noch viel verwendetes Etikett, obwohl es nach wie vor an einer Geschichte der Sozialpsychiatrie, seiner Wurzeln und Spielarten fehlt.

(Haselbeck in: Finzen u.a. 1995, S. 166)

Es ist wieder das Jahr 1970, in dem Klaus Dörner auf dem sozialpsychiatrischen Kongress in der Psychiatrischen Klinik der Universität Hamburg in neun Punkten Elemente einer

"kritischen Sozialpsychiatrie" benennt und zusammen fasst:

"Sozialpsychiatrie stellt als empirische Wissenschaft, als therapeutische Praxis und als soziale

Bewegung den Versuch der Rückbeziehung auf und die Integration der psychischen Leiden in ihre soziale Realität dar ..."

1. Gemeindepsychiatrie ist orientiert an der Chancengleichheit aller Angehörigen einer Gesellschaft
2. Sozialpsychiatrie können sich auf den vorherrschenden (biologisch-wissenschaftlich geprägten) Krankheitsbegriff nicht mehr stützen
3. Psychiatrische Diagnosen seien ebenso wie der Akt des Diagnostizierens in ihrer bisherigen Form nicht mehr akzeptabel.
4. Sozialpsychiatrie behaupte keineswegs die soziale Verursachung eines psychischen Leidens, sondern bemühe sich um die Berücksichtigung der gesamten Bedingungskonstellationen des Leidens.
5. Sozialpsychiatrische Hilfen sollten nicht mehr Zwang, sondern Solidarität mit dem psychisch Leidenden zur Grundlage haben.
6. Die "Therapeutische Kette" gilt als Alternative zur institutionellen Instanzenzerstückelung der Patienten.
7. Betonung der Bedeutung des therapeutischen Teams für die Behandlung (therapeutische Gemeinschaft)
8. Psychiatrisches Handeln habe sich an Realitäten ebenso wie an Prävention zu orientieren.
9. Zusammenfassend heißt es, "Sozialpsychiatrie stellt als empirische Wissenschaft, als therapeutische Praxis und als soziale Bewegung den Versuch der Rückbeziehung *auf* und die Integration der psychisch Leidenden *in* ihre soziale Realität dar..."

(aus: Haselbeck in: Strotzka 1995, S. 168)

Als erstes der neun Elemente wird benannt:

"Sozialpsychiatrie ist orientiert an der Chancengleichheit aller Angehörigen einer Gesellschaft".

Damit ist in gewisser Weise der Anschluss an die Demokratische Psychiatrie hergestellt - allerdings ohne die Übernahme der dort mitgedachten Hoffnung, durch die Entlassung der Irren in die Gemeinden ihrer Herkunftsregionen eine Konfrontation mit den sozialen Entstehungsprozessen der Krankheit zu provozieren und dies zum Ausgangspunkt grundlegenderer Auseinandersetzungen mit der vorherrschenden Gesellschaftsform zu machen.

Diesen Aspekt der Demokratischen Psychiatrie in Deutschland zu repräsentieren fällt dem Sozialistischen Patientenkollektiv zu, das sich - anders als die Bewegung in Italien - extrem radikalisierte und schließlich kriminalisiert wurde.

Seit kurzem liegt ein biographischer Bericht vor, in dem aus der subjektiven Perspektive des Teilnehmers Erich Wulff der historische Kongress in den Kontext der Entwicklung bis zur Enquête gestellt wird; in selbstdistanzierender Weise zur eigenen Biographie tritt er als "Adalbert" auf - sein zweiter Vorname⁷.

⁷ Am 4. April 1970 sprach Adalbert, von Klaus Dörner dazu eingeladen, auf dem wahrscheinlich ersten sozialpsychiatrischen Kongress in der Bundesrepublik: an der Eppendorfer Universitätsklinik in Hamburg, wenige Tage bevor er zu seinem lang ersehnten ersten Besuch nach Hanoi flog. Klaus Dörners literarisches Debut *Bürger und Irre*, zugleich seine philosophische Dissertation, kannte Adalbert schon seit Anfang 1968 - persönlich war er ihm erstmals Ende desselben Jahres, bei irgendeiner Berliner Vietnam-Veranstaltung, begegnet. >Wie halten Sie es in dieser deutschen Psychiatrie noch aus?<, hatte Klaus Dörner ihn im Foyer der TU gefragt. Er sieht diese Szene noch deutlich vor sich: ein schwächling wirkender Mann mit rotblonder Mähne, hellblauen Augen und einem leuchtend weißen, trotz seiner Jugendlichkeit schon leicht zerknitterten

In der Schweiz gilt seit 1992 als offiziell gültige Definition der Schweizerischen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie:

"Sozialpsychiatrie ist derjenige Bereich der Psychiatrie, der psychisch kranke Menschen in und mit ihrem sozialen Umfeld zu verstehen und zu behandeln sucht.

Sie studiert die Wechselwirkungen zwischen sozialen, psychologischen und biologischen

Pantomimengesicht, der auf ihn zukommt und ihn begrüßt, als würden sie sich schon lange kennen. Das nächste Mal, anderthalb Jahre später, als sie sich in Hamburg sahen, duzten sie sich, ohne Absprache, als wenn dies sich von selbst verstünde.

Auf diesem Kongress geschah Außerordentliches: Krankenschwestern, Sozialarbeiter, Bewegungs- und Arbeitstherapeuten sprachen erstmals gleichberechtigt mit Akademikern auf einer wissenschaftlichen Tagung, Seite an Seite mit einem Arzt und einem Psychologen stellten sie sich als Team vor und demonstrierten ihre multiprofessionelle Arbeitsweise, und schon das erzeugte bei den anwesenden Hochschullehrern und niedergelassenen Nervenärzten Aufsehen und eine gewisse Unruhe. Als dann noch ein Soziologe mit exakten Zahlen den Qualitätsunterschied der Betreuung von Privat- und Kassenpatienten belegte, eine Zwei-Klassen-Medizin auch an der Hamburger Universitätspsychiatrie, lief der Krug über: Der Klinikchef, Hans-Bürger-Prinz, verließ mit wehendem Kittel Türen schlagend den Raum, gefolgt von einigen seiner Satrapen - der Kongress aber ging weiter, nur dass sie, die zukünftigen Reformer, jetzt mehr oder weniger unter sich waren. Diese Szene ist später zu der Geburtsstunde der deutschen sozialpsychiatrischen Bewegung erklärt worden, mit der Zeit wurde daraus sogar so etwas wie ein Gründungsmythos.

Aber das dafür Entscheidende passierte erst nach dem Ende der Vorträge, als sieben oder acht der Teilnehmer mittags in einem Fischrestaurant am Bahnhof beschlossen, sich in Zukunft regelmäßig zu treffen und, was noch wichtiger war, für die nächste Begegnung schon einen Termin im Mai in Mannheim ausmachen, zu welchem noch mehr potenzielle Mitstreiter eingeladen werden sollten, Angehörige aller psychiatrischen Berufsgruppen aus ganz Deutschland. Klaus Dörner war natürlich bei diesen ersten sieben, Gregor Bosch, Mark Richartz, Niels Pörksen und Christiane Haerlin. In Mannheim stießen später Manfred Bauer, Asmus Finzen, Jan Gross und zwanzig oder dreißig andere hinzu. So entstand der >Mannheimer Kreis<, der danach zweimal im Jahre tagte, bald schon mit mehreren Hundert Teilnehmern. Und aus diesem Kreis ging, auf Jan Gross' Anregung hin, bereits am Ende des Jahres ein als gemeinnütziger Verein organisierter Berufsverband hervor, die erwähnte >Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie<, in deren ersten Vorstand mit Klaus Dörner auch Adalbert gewählt wurde. Jetzt war er also auch in Deutschland mit seinen Reformvorstellungen nicht mehr allein. Aus vielen Arbeitsbeziehungen, in der Giessener Klinik wie in der DGSP, wuchsen enge persönliche Freundschaften, die bis heute Bestand haben. Während sie aber auf der F 3 alle an einem Strick zogen, gab es in der DGSP schon bald heftige Auseinandersetzungen über den einzuschlagenden berufspolitischen Kurs. Manche der Vorstandsmitglieder saßen in der Enquetekommission, einem noch 1970 vom Bundestag bestellten Gremium, das die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik untersuchen und auch die nötig werdenden Veränderungen der Versorgungslandschaft vorschlagen sollte. Diese >Macher< fürchten öffentlich geäußerte radikale Reformforderungen, zum Beispiel die sektorbezogenen ambulanten Dienste mit ärztlichem Behandlungsrecht, wie der Teufel das Weihwasser, und zwar weil sie von konservativen Gesundheitspolitikern als Hebel zu einer Vergesellschaftung des gesamten Gesundheitswesens und damit als >kommunistische Machenschaften< ausgelegt werden konnten. Im offenen Konflikt mit den ärztlichen Standesorganisationen, so argumentierten sie, ließen sich überhaupt keine, auch keine begrenzten strukturellen Reformen wie die Sektorisierung der stationären Versorgung durchsetzen. Um jeden Preis gälte es deshalb zu vermeiden, dass die DGSP in den Geruch einer >roten<, kommunistisch infiltrierten Organisation oder eines wissenschaftlich nicht ernst zu nehmenden antipsychiatrischen Revoluzzerhaufens geriet. Diese Ängstlichkeit ging noch zwei oder drei Jahre später so weit, dass Adalberts Vorstandskollegen, als sie ihm eine Einladung Franco Basaglias zu einer Mitgliederversammlung schon nicht abschlagen konnten, diesen ihren Ehrengast erst gegen 1 Uhr in der Nacht nach einer stundenlangen Diskussion über die künftige Höhe des Mitgliedsbeitrages zu Worte kommen ließen. Mit Klaus Dörner bildete Adalbert den linken Flügel im DGSP-Vorstand. Dort waren sie in der Minderheit, als Ideengeber zwar geschätzt, aber auch gefürchtet, weil sie in der damals mehrheitlich linken Mitgliedschaft einen starken Rückhalt besaßen - ohne ihre Fürsprache waren die >Macher< in jenen Jahren nicht sicher, selbst überhaupt wieder gewählt zu werden. Und im DGSP-Vorstand mussten die schon sein, um sich der mehrheitlich konservativen Enquetekommission als mäßigen Kraft präsentieren und ihr wenigstens einige Konzessionen hinsichtlich des Sektorprinzips abringen zu können.

aus: **Wulff** 2001, S. 410 - 412

Faktoren und bezieht Familie, Wohn- oder Arbeitssituation gezielt in die Prävention und Behandlung psychischer Störungen mit ein"⁸.

Mit dieser Definition ist "Sozialpsychiatrie" aller politischen Inhalte, die noch bei Dörner zu finden waren, entkleidet - wie z.B. der Orientierung an der Chancengleichheit aller Angehörigen einer Gesellschaft.

Von der Enquete zum Bericht der Expertenkommission

Auf dem Hintergrund der kurz skizzierten Begriffsgeschichte(n) wird sich zeigen, dass die heutigen Prinzipien von GEMEINDEPSYCHIATRIE einerseits eine Beschränkung, andererseits eine Erweiterung langjähriger Debatten und Entwicklungen repräsentiert, wobei für Deutschland insbesondere der Perspektivenwechsel von der Enquête (1975) zu den Aussagen des Expertenberichts (1988) von herausragender Bedeutung ist.

In der Enquete wurden als Weg zur Realisierung der vier Hauptempfehlungen

- die dazu erforderliche Institutionen beschrieben und aufgezählt,
- die Prozesse von Koordination und Planung vorgeschlagen,
- wobei dies jeweils auf ein Standardversorgungsgebiet bezogen wurde.

Ein wesentliches Dilemma dieses auf Versorgungsinstitutionen und deren externe Koordinierung ausgerichteten Ansatzes hat Caspar Kulenkampff, der Vorsitzende der Enquete-Kommission und der Expertenkommission, prägnant formuliert:

"...wir (holen) diese Behinderten aus den Krankenhäusern heraus, geben sie ihren Familien zurück, wir siedeln sie in Wohnungen, Wohnheimen, an, versammeln sie in Clubs und Tagesstätten, beraten, behandeln, schützen sie, pflegen mit ihnen sozio-therapeutischen Umgang und möchten alles vorbeugend, nachsorgend, gegebenenfalls intervenierend in noch weitaus

⁸ "Sozialpsychiatrie ist derjenige Bereich der Psychiatrie, der psychisch kranke Menschen in und mit ihrem sozialen Umfeld zu verstehen und zu behandeln sucht. Sie studiert Wechselwirkungen zwischen sozialen, psychologischen und biologischen Faktoren und bezieht Familie, Wohn- oder Arbeitssituationen gezielt in die Prävention und Behandlung psychischer Störungen mit ein.

Zu den wichtigsten sozialpsychiatrischen Behandlungsmethoden gehören die präventive Krisenintervention (Verhinderung der Ausgliederung), die soziale und berufliche Wiedereingliederung (Rehabilitation), die Angehörigen- und Familientherapie, verschiedene Formen von Milieu- und Soziotherapie, von Gruppenarbeit und von gemeindepsychiatrischer Betreuung durch mobile multiprofessionelle Teams.

Sozialpsychiatrische Behandlungsmethoden können in jedem Alter sowohl bei akuten wie bei chronischen Störungen angewendet werden. Sie sind vor allem bei psychisch kranken Menschen angezeigt, die in ihrer Fähigkeit zur selbständigen Alltagsbewältigung eingeschränkt sind und zeitweise einer stationären oder halbstationären Betreuung bedürfen. Sozialpsychiatrische Therapieansätze sind deshalb insbesondere bei Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis, bei schweren Depressionen und Persönlichkeitsstörungen, bei Drogen- und Alkoholabhängigkeit sowie bei psychiatrischen Altersstörungen von Vorteil.

Spitalexterne sozialpsychiatrische Dienste fördern die größtmögliche Selbständigkeit psychisch kranker Menschen mittels besonderer Einrichtungen wie Tages- und Nachtkliniken, Wohn- und Übergangsheime, betreute Wohngemeinschaften, gemeindepsychiatrische Ambulatorien, Rehabilitationszentren, geschützte Werkstätten, Tageszentren und andere Übergangsinstitutionen, die eine dezentralisierte gemeindenaher Teilzeitbetreuung je nach den wechselnden Bedürfnissen der Kranken ermöglichen.

Sozialpsychiatrische Forschung und Lehre sind universitär verankert und umfassen sowohl die klinische Anwendung wie die Grundlagenforschung. Sie dienen der Entwicklung und Ausbreitung sozialpsychiatrischer Denk- und Behandlungsansätze in allen beteiligten ärztlichen wie nichtärztlichen Berufsgruppen sowie in der Öffentlichkeit."

Ciampi in: **Finzen und Hoffmann-Richter** (Hrsg.) 1995, S. 205f

gesteigertem und vielfältigerem Umfang tun: - diese ganze Szenerie gibt keine Antwort auf die Frage, wie eigentlich das alltägliche Leben dieser Mitmenschen aussehen soll". (Kulenkampff 1981, S. 8)

Dieser Verweis auf den Lebensalltag und die damit gleichzeitig einhergehende "Erweiterung" der Person vom "Patienten und Klienten von Einrichtungen und Diensten" zu einem "ganzen Menschen" und Bürger wird Orientierungsleitlinie der Expertenkommission, die 1988 ihren Bericht vorlegt.

Dort wird aus dem Patient bzw. Klient ein Bürger mit besonderen Lebensschwierigkeiten, und das konkrete Elend der psychisch kranken Menschen steht im Mittelpunkt - und nicht (wie in der Enquete) die Missstände der institutionalisierten Psychiatrie.

Folgerichtig werden keine Institutionen unter fachpsychiatrischem Gesichtswinkel empfohlen, sondern **Bereiche von Hilfen**, die jeweils eine **Funktion** in Richtung auf die **Grundbedürfnisse der Bürger** beschreiben:

1. Das Grundbedürfnis auf medizinisch-soziale Grundversorgung: Funktionsbereich Behandlung und Rehabilitation;
2. Das Grundrecht auf eine angemessene Wohnung: Funktionsbereich Hilfen im Bereich Wohnen;
3. Das Grundbedürfnis nach sinnvoller Bestätigung, Entfaltung der Persönlichkeit, Teilnahme am beruflichen Leben: Funktionsbereich Hilfen im Arbeitsleben;
4. Das Grundbedürfnis nach menschlichen Kontakten und Teilhabe an den Rechten: Funktionsbereich Hilfen zur sozialen Teilhabe und Verwirklichung materieller Rechte. (aus: PSU 1/90, S. 16)

Zu den Formulierungen des Expertenberichtes siehe den vollständigen Text im Downloadbereich.

Daher spricht der Expertenbericht von **Funktionsbereichen**.

"Abschied genommen wurde endgültig von einem institutionenbezogenen Denken und einer funktionalen Betrachtungsweise der Vorzug gegeben. Es geht primär nicht um Einrichtungstypen, sondern um spezifische Hilfearten, die vornehmlich für die Gruppe der chronisch psychisch Kranken in der Gemeinde vorgehalten werden müssen. Damit wird der grundlegende Perspektivenwechsel von einer bewahrenden zu einer therapeutischen Psychiatrie abschließend fixiert." (Kulenkampff in: APK 27, S. 42)

In der Stellungnahme des Dachverbandes Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V., veröffentlicht im Januar 1999, werden insbesondere jene Aspekte gewürdigt,

- die "die Teilhabe am bürgerschaftlichen Leben in der kommunalen Gemeinde" zum Thema haben⁹,

⁹ Wenn man die rechtliche Gleichstellung der psychisch Kranken mit anderen Kranken- und Behindertengruppen nicht nur auf die Aspekte des Leistungsrechts einengt, sondern umfassend versteht, so ist dieses Ziel ohne Übernahme der Verantwortung der Kommunen auch für diese Mitbürger nicht zu erreichen. Erst wenn die Belange der psychisch Kranken und ihrer Familien auch Gegenstand der kommunalen Entscheidungs- und Verwaltungsvorgänge sind, werden sie gleichberechtigt behandelt. Das Gleichbehandlungsprinzip darf nicht verkürzt werden auf die Patientenrolle und die damit verbundenen Rechte, es muss vielmehr verstanden werden als Appell, die Bürgerrechte der Betroffenen zu realisieren. Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bedeutet mehr als die Betreuung in Kontaktstellen, nämlich die Teilhabe am bürgerschaftlichen Leben in der kommunalen Gemeinschaft!

Aus: PSU 1/90 S.17

- sowie die unbedingte Verlagerung von Planung und Realisierung in die Zuständigkeit der kommunalen Parlamente (Stadträte und Kreistage)¹⁰;
- es wird eine "Ethik der regionalen Verantwortung" in den Kommunen gerade für die Patienten hervorgehoben, die als "schwierige" bisher links (d.h. in den Langzeitstationen der Kliniken oder in der Obdachlosigkeit) liegen gelassen wurden,
- und in diesem Zusammenhang wird der Versorgungsverpflichtung auch im ambulanten-komplementären Bereich große Bedeutung beigemessen¹¹.

Mit der prägnanten Konturierung wesentlicher Aussagen des Berichtes der Expertenkommission auf die kommunale Verantwortung ist diese Stellungnahme des Dachverbandes ein wesentliches Dokument von Aspekten der Reformbewegung, die zu der Bezeichnung "**kommunale Psychiatrie**" - neben Demokratischer -, Sozialer -, Gemeindenahe - und Gemeinde-Psychiatrie - geführt hat.

KOMMUNALE PSYCHIATRIE reflektiert die Orientierung auf die besondere Rolle der Bürger einer Region sowie ihrer politischen Gremien für die Verwirklichung von weiteren Reformschritten und Grundauffassungen, die im wesentlichen auch von Sozial- und Gemeindepsychiatrie geteilt werden; damit rückt sie zugleich näher an die Demokratische Psychiatrie heran als die beiden anderen es tun.

Aber auch der Strang der Kommunalen Psychiatrie konnte ein Dilemma nicht lösen, das - bis auf die grundlegenden Reformen in Italien - der Psychiatriereform anhaftet: deren prekäres Verhältnis zum Sozialstaat und zu den durch ihn bestimmten Systemen der Sozialen Sicherung, die sich immer wieder - und auch heute noch - als wesentliche Grenzen für eine grundlegende Verbesserung der Situation psychisch kranker Menschen in Deutschland erweisen.

Ob Enquete oder Bericht der Expertenkommission:

"Psychiatrie-Reform ist nicht Teil einer umfassenden Krankenversorgungs- oder gar Gesundheitsreform. Auch wenn es streckenweise den Anschein haben mag: die Psychiatrie-Reform ist - zumindest in der Bundesrepublik - primär nicht sozialpolitisch motiviert, sondern humanitär und fachlich." (Finzen 1989)

Enquête und Expertenbericht formulieren aus dieser Perspektive Forderungen:

¹⁰ Eine solche Politik der Umkehr der Prioritäten (nämlich Vorrang für die Patienten, die besondere Hilfe brauchen), wie sie die Expertenkommission eindringlich fordert, kann nicht hinter verschlossenen Türen betrieben werden, sondern muss offen diskutiert werden.

Sie kann vor Ort daher auch kaum konfliktfrei geregelt werden. Für die Regelung kommunaler Konflikte sieht unsere Verfassung die Zuständigkeit der kommunalen Parlamente, der Stadträte und Kreistage vor.

Aus: *Psychosoziale Umschau*, PSU 1/90, S. 17f

¹¹ Die Expertenkommission hat eine Fülle von Empfehlungen zur Umsetzung ihres Konzeptes gemacht, die hier im einzelnen nicht abgehandelt werden können. Entscheidend ist für den Dachverband dabei, dass auch für den ambulanten-komplementären Bereich, der künftig im Mittelpunkt aller Betrachtungen zu stehen hat, die gleichen Prinzipien gelten wie für die psychiatrischen Fachkrankenhäuser: das Prinzip der Pflichtversorgung definierter Patientengruppen aus genau umrissenen Gebieten. Nur wenn dieses Prinzip auch auf den außerstationären Bereich übertragen wird, kann erreicht werden, dass die bislang links liegengelassenen "schwierigen Patienten" von den Diensten und Einrichtungen des ambulanten und komplementären Bereichs bedarfsgerecht berücksichtigt werden. Eine solche Politik erfordert verbindliche Versorgungsregelungen, neue Formen der Zusammenarbeit zwischen kommunalen Dienststellen und freien Trägern sowie die Entwicklung eines gemeinsamen Verantwortungsgefühls aller an der Versorgung Beteiligten in einem bestimmten Gebiet.

Aus: *Psychosoziale Umschau* 1/90, S. 18

- zentrale Auskunftsstellen, um trotz unterschiedlicher Zuständigkeiten einen Zugang zu den Rehabilitationsleistungen zu finden (Enquête, S. 357); dies ist heute mit den Servicestellen im SGB IX zumindest gesetzgeberisch realisiert;
- im Bericht der Expertenkommission werden weitreichendere Forderungen an den Gesetzgeber formuliert (Kapitel E.4, S. 633 ff), von denen u.a. die Führung von Institutsambulanzen an Fachabteilungen von Allgemeinkrankenhäusern inzwischen gesetzlich ermöglicht wurde, aber die häusliche psychiatrische Krankenpflege z.B. ist bis heute nicht bundesweit geregelt.
- Aber auch mit dem dritten großen Schritt der Psychiatriereform, der weiter unten vorgestellt wird ("Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung", siehe BMG Band 116) wird die von Finzen beklagte Perspektive der Psychiatrie-Reform nicht verlassen; statt dessen wird das aktuelle Leistungsrecht pragmatisch durchforstet, um es auf seine Tauglichkeit für fachlich ausgewiesene Hilfeleistungen (z.B. Komplexleistungsprogramme für chronisch psychisch kranke Menschen oder für Finanzierungsregelungen im Gemeindepsychiatrischen Verbund) hin zu überprüfen - und die Überprüfung ergibt, daß leistungsrechtlich nur geringfügige Änderungen erforderlich sind (siehe in BMG Band 116, S. 305).

Die aktuellen Probleme in der Versorgung werden eher in der Leistungsgestaltung gesehen - und hier spielt einige Jahre später der IBRP eine zentrale Rolle!

Das von Finzen beklagte Fehlen einer umfassenden Krankenversorgungs- bzw. Gesundheitsreform kann der Psychiatriereform, d.h. den Akteuren auf den unterschiedlichen Ebenen von Politik und den im Behandlungs- und Betreuungsalltag Handelnden nicht vorgeworfen werden - im Gegenteil:

Der Psychiatrie-Reform ist es mit ihrer primär humanitären und fachlichen Ausrichtung gelungen, einen kontinuierlichen Prozess einzuleiten und aufrecht zu erhalten, der auch in Richtung auf die Sozialpolitik zu kontinuierlichen Verbesserungen geführt hat - wenn auch nicht immer in dem angestrebten Umfang.

Kulenkampff sieht in der gesetzlichen Regelung zur Errichtung von Institutsambulanzen an Fachabteilungen für Allgemeinkrankenhäuser "Ein hübsches Beispiel dafür, dass eine gesundheitspolitisch vernünftige Forderung, geduldig und penetrant weiterverfolgt unter Umständen 20 Jahre benötigt, um schließlich realisiert zu werden" (Kulenkampff in: APK 27, S. 41)

Es ist nicht auszuschließen, daß sich die Psychiatrie-Reform im historischen Rückblick einmal als **das** herausragende sozialpolitische Reformprojekt herausstellt, und die historische Einschätzung über die heutige Bewertung eines der Väter hinausgeht, der in der Enquete und ihren Folgen "nur" eine Erfolgsgeschichte sieht. (Kulenkampff in: APK 27, S. 43)

Schon heute ist erkennbar, dass der langjährige Prozess gradlinig und zielgerichtet verläuft, wobei sich die Ziele weiter und weiter ausdifferenzieren, Beschränkungen des einen Schrittes thematisiert und mit dem nächsten revidiert werden und das sozialpolitische Umfeld Stückchen für Stückchen verändert wird - ohne die Unterstützung durch eine umfassende radikale Gesundheitsreform.

Der "Ertrag" von Enquete und Bericht der Expertenkommission

Bevor der derzeitige letzte und dritte große Schritt in der Psychiatrie-Reform vorgestellt wird soll der bisherige "Ertrag" für die Gemeindepsychiatrie gesichert werden.

Folgende Wurzeln können für das **heute gültige Verständnis von Gemeindepsychiatrie** festgehalten werden:

1. Die Betonung der kommunalen Verantwortung in der kurzen Tradition der Kommunalen Psychiatrie ist heute als **Versorgungsverpflichtung** aller an der Hilfeerbringung Beteiligten, eine der wesentlichen und unbezweifelten Bedingung von Gemeindepsychiatrie;
2. die Forderung nach einer unbedingten Steuerungsfunktion der Kommunen wurde weitgehend "aufgelöst" in die Forderung nach der Etablierung von **Gemeindepsychiatrischen Verbänden**, in denen sich alle an der regionalen Versorgung Beteiligten um einen abgestimmten Prozess der Bereitstellung und Steuerung der Hilfen bemühen und so gemeinsam als Verbund die Versorgungsverpflichtung einlösen (können);
3. aus den Forschungs- und Diskussionszusammenhängen der fortdauernden Sozialpsychiatrie-Tradition ist die **Hervorhebung von sozialen Prozessen** bei der Diagnose und Behandlung psychischer Erkrankungen nicht mehr wegzudenken; genauer gesagt: deren Bedeutung erweist sich als zunehmend wichtiger;
4. mit der Tradition der Demokratischen Psychiatrie konvergiert die **gleichberechtigte Beteiligung Aller** sowohl auf der Planungsebene (**in Beiräten**), als **auch im Versorgungsalltag** - über die unbedingte Einbeziehung von Angehörigen und die Orientierung der Hilfeplanungen an den Wünschen und Bedürfnissen der psychisch kranken Menschen selbst;
5. aus der gemeindepsychiatrischen Umorientierung von der Enquete zum Expertenbericht resultieren zusätzlich:
 - **die Orientierung am alltäglichen Leben** der psychisch kranken Menschen
 - sowie die Betonung der **Funktionen** anstatt der Orte der Hilfeerbringung, wie es in der Aufzählung der Institutionen eines Standardversorgungsgebietes in der Enquete zum Ausdruck kommt.

Ergänzungen zu 1.:

Kulenkampff sieht in der Versorgungsverantwortung des kommunalen Bereichs das im internationalen Vergleich spezifische für die Entwicklung von der Enquete zum Expertenbericht:

"Der Empfehlungsband sieht sich als Fortschreibung der Enquête-Berichtes unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Modellprogramms. Er liegt im internationalen Trend, bringt aber dort eigene Vorstellungen ein, wo der Schwerpunkt auf die Versorgungsverantwortung im kommunalen Bereich gelegt wird." (Kulenkampff in: APK 27, S. 42)

Ergänzung zu 2.:

Ein Verbund ist der zielgerichtete Zusammenschluß, der Folgendes sichern soll: "... ein abgestimmtes, aufeinander bezogenes, ressourcen-schonendes, Über- und Unterversorgung vermeidendes personenzentriertes Hilfesystem für alle psychisch kranken Menschen ..." (Schleuning in: APK 27, S. 248; zum Verbund siehe auch am Ende dieses Kapitels.)

Ergänzungen zu 4.:

Hier kann bestenfalls von konvergierenden Prozessen gesprochen werden, denn die gleichberechtigte Einbeziehung der psychisch kranken Menschen sowie ihrer Angehörigen resultiert in Deutschland aus zwei nationalen "Bewegungen", und nicht aus einer auf nationale Verhältnisse angepaßten Adaptation von Prinzipien der Demokratischen Psychiatrie Italiens. Die gleichberechtigte Beteiligung ist Ergebnis der Organisation der Angehörigen und der psychisch kranken Menschen, der "Psychiatrie-Erfahrenen", in eigenständigen Verbänden (z.B. Psychiatrie-Netz: <http://www.psychiatrie.de>) und deren Kampf um Akzeptanz und Einbeziehung - dies ist die eine Bewegung, die selbst aus zweien besteht.

Die andere Bewegung sind die Psychose-Seminare, in denen sich Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der (Gemeinde-)Psychiatrie außerhalb von Betreuungs- und Behandlungsverhältnissen treffen, um "auf gleicher Augenhöhe" alle mit Psychosen zusammenhängende Erfahrungen voneinander lernend zu besprechen. (siehe z.B. Psychiatrie-Netz: : <http://www.psychiatrie.de>)

Daß die Ansprüche der Verbände und die wechselseitigen Lernerfahrungen der Psychose-Seminare als Beteiligung in Beiräten und im psychiatrischen Alltag wirksam werden konnten resultiert auch aus dem sozialpsychiatrischen Wissen, wonach eine von allen Beteiligten möglichst gewünschte, zumindest akzeptierte Hilfe hilfreicher ist - im Sinne von effektiver und effizienter - als eine "Verordnung", wie richtig diese auch immer sei.

Ergänzungen zu 5.:

In der **Orientierung am alltäglichen Leben** werden die psychisch kranken und behinderten Menschen als Bürger in der Gesellschaft beschrieben, die in Beziehungen mit ihrem sozialen Umfeld leben, wobei Störungen, Krankheit und Behinderung in diesen Beziehungen erfahren wird - von den Erkrankten selbst, aber auch von ihren Angehörigen und der sonstigen sozialen Umgebung.

Mit der Einführung der **funktionellen Sichtweise** beschreibt der Expertenbericht krankheits- und behinderungsbedingte Funktionen und Funktionsausfälle und ordnet die Hilfen zur Behebung, Besserung oder Milderung der Krankheitserscheinungen vier Funktionsbereichen zu, die sich an den Grundbedürfnissen aller Bürger orientieren, siehe oben.

Bei den Funktionsbereichen handelt es sich um Bereiche, in den eine psychisch kranke Person Hilfebedarf haben könnte.

Diese Gliederung nach Funktionsbereichen soll dazu dienen, den Blick nicht auf einen "relativ starren Katalog von notwendigen Institutionen" zu richten, "sondern sich der wesentlich bedeutsameren Frage (zuzuwenden) ..., ob in einer gegebenen Region alle Hilfen innerhalb eines Funktionsbereiches vollständig angeboten werden ..." (Expertenbericht S. 141).

Dies betrifft die Ebene der regionalen Organisation von Angeboten; auf der Ebene der konkreten Hilfen für den Einzelnen werden mit den Funktionsbereichen "die **Ziele** deklariert, die in einer bestimmten Situation für den einzelnen psychisch Kranken und Behinderten im Hinblick auf die beizuziehenden Hilfen Vorrang haben.

...regelhaft wird ... der Ablauf des Krankheitsgeschehens durch die Inanspruchnahme von Hilfen aus allen vier Funktionsbereichen in unterschiedlicher Bündelung oder Gewichtung sein." (Expertenbericht S. 139)

Gegenüber diesen expliziten Denkfiguren des Expertenberichtes hat sich die Versorgungsrealität als resistent gezeigt und einen deutlichen Strukturkonservatismus an den Tag gelegt.

Positive Strukturveränderungen seit der Enquete

In der **Bewertung der Strukturveränderungen** seit der Enquete sind sich alle einig: "Es sind wirksame, sichtbare und irreversible Veränderungen..." geschaffen worden - so der Staatssekretär Jordan in seinem Grußwort für das BMG zur Tagung "25 Jahre Enquete" (Jordan in: APK Band 27, S. 64); er fragt sich aber zugleich, "inwieweit wir unser Ziel erreichen".

"Es geht ... in erster Linie darum, die Hilfen in einer koordinierten, integrierten und aufeinander abgestimmten, am individuellen Bedarf orientierten Form möglich zu machen. Aus meiner Sicht ist primär die Verbesserung von system-übergreifender Kooperation und Koordination zu fördern." (Jordan in: APK Band 27, S. 66)

Detlev Chrutz vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen wird bei der gleichen Veranstaltung deutlicher:

"Jetzt gilt es, Hemmnisse und Egoismen von Leistungsträgern und -erbringern abzubauen, um zu kooperierenden und integrierenden Strukturen zu kommen. Dabei ist jetzt weniger der Gesetzgeber gefragt als die Bereitschaft der einzelnen Akteure des Gesundheitssystems, an einer auf Kooperation ausgerichteten Versorgungsstruktur mitzuwirken." (Chrutz in: APK Band 27, S., 281)

Die Opfer dieser Situation bleiben die chronisch psychisch kranken Menschen.

"Der enorme Erkenntniszuwachs der Psychiatrie ist unzureichend umgesetzt ...

Die heute noch vernachlässigten Gruppen von chronisch psychisch Kranken beschweren sich nicht vernehmbar, sie leben jetzt weit verstreut und nicht mehr wie früher sichtbar konzentriert in Langzeitbereichen Psychiatrischer Krankenhäuser." (Kunze in APK Band 27, S. 103).

Die chronisch psychisch kranken Menschen haben sich selbst niemals "vernehmbar beschweren" können.

Diese Funktion wird allerdings mehr und mehr von den Angehörigen übernommen, die sich vor mehr als 20 Jahren im Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker organisiert haben (siehe z.B. Peukert, in: Dierks 2001).

"Ich habe manchmal den Eindruck, dass wir Angehörigen und einige Betroffene die einzigen sind, die diese Wirklichkeit nicht nur kennen, sondern immer wieder versuchen, sie publik zu machen. Denn nur für uns ist es von entscheidender Bedeutung, dass die Prinzipien der Psychiatrie-Reform tatsächlich praktiziert werden", so der Bundesvorsitzende des Angehörigenverbandes, Dr. Speidel bei der gleichen Veranstaltung (Speidel in: APK Band 27, S. 250)

"Auf dem Hintergrund der allgemeinen Selbsthilfebewegung hat sich im Rahmen der ... Angehörigen Selbsthilfeorganisationen ein neuer Typ Angehöriger gebildet, dem die Passivität und Verzagtheit der "alten" Angehörigen zunehmend abgeht". (Katschnik und Konieczna 1985, S. 203)

Pörksen sieht weitere "Eintrübungen":

"Regionale Unterschiede in den Versorgungsstandards und die weiterhin vorrangige Belastung der Sozialhilfe vor der Sozialversicherung.- vor allem in den Bereichen Eingliederungshilfe und Rehabilitation - trüben das im übrigen positive Bild der Gesamtentwicklung." (Pörksen in: APK Band 27, S. 52)

Wienberg bringt die Disparität in der Entwicklung auf das Begriffspaar Struktur- und Prozessqualität.

"Bei der Strukturqualität der psychiatrischen Versorgung hat es in den 25 Jahren nach der Enquete alles in allem einen Quantensprung gegeben, wenn auch noch immer mit auffälligen regionalen Unterschieden. Aber wie sieht es mit der Prozessqualität aus? Was geschieht in (alten und neuen) psychiatrischen Einrichtungen und Diensten zwischen Patientinnen/Klientinnen, psychiatrischen Professionellen und Angehörigen? Von welcher Qualität sind die (Be-)Handlungs- und Hilfekonzepte? Und vor allem: Wie sieht es mit der Kooperations- und Beziehungsqualität aus?" (Wienberg in: APK Band 27, S. 183)

Wienberg ist der Hinweis zu danken, dass dort, wo es zu einer neuen Beziehungsqualität und Rollenverteilung gekommen ist "... wir uns (dies) nicht von allein, aus freien Stücken verordnet (haben), sondern wir mussten dazu herausgefordert und müssen weiterhin dabei gefordert werden." (Wienberg in: APK Band 27, S. 187).

Merkmale der "Strukturqualität" seit der Enquete

Reduktion der Betten:	von 1,8/1000 auf 0,8/1000 mehr als halbiert;
Bettenauslastung:	von 101% auf 87% zurückgegangen;
durchschnittliche Aufenthaltsdauer:	von 210 Tagen auf ca. 30 Tage zurückgegangen;

Dichte der ambulanten medizinischen Versorgung:	
vor der Enquête:	ein Psychiater auf 68.000 Einwohner,
heute:	ein Psychiater auf 16.000 (in der Enquete war ein Psychiater auf 50.000 Einwohner gefordert worden)
psychiatrische Abteilungen:	von 44 auf 162 angestiegen; gleichzeitig: Bettenzahl in Landeskrankenhäusern: von ca. 1.000 auf 200 bis 300 je Klinik reduziert;
Zwangseinweisungen:	auf 1% bis 5% drastisch zurückgegangen;
außerstationäre ambulante und komplementäre Hilfen:	von Null auf eine beachtliche Anzahl, allerdings je nach Region sehr unterschiedlich (zusammengestellt aus: Saß in APK 27., S. 69ff; Häfner in APK Band 27, S. 96ff) Personalbemessung in den Kliniken: statt Bett als Maßstab, diagnostische und therapeutische Bedürfnisse der Patienten (Kunze in APK Band 27, s. 110) (Psych-PV, LINK auf Band 27, S. 110f)

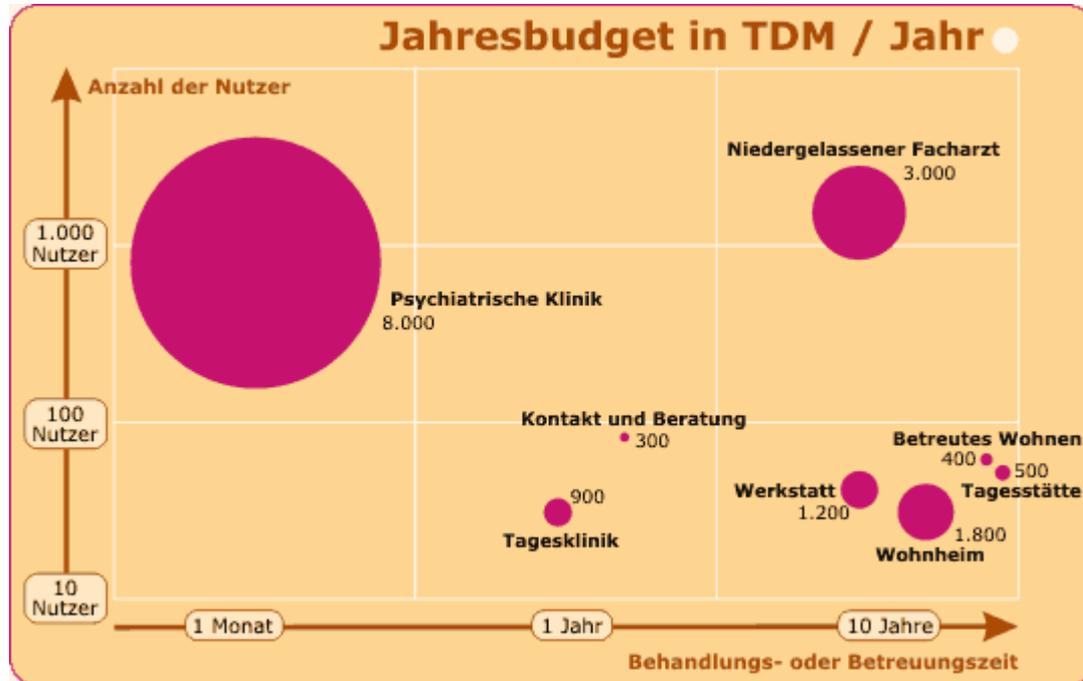
(zusammengestellt aus: Saß in APK 27., S. 69ff; Häfner in APK Band 27, S. 96ff)

Personalbemessung in den Kliniken:

statt Bett als Maßstab, diagnostische und therapeutische Bedürfnisse der Patienten (Kunze in APK Band 27, s. 110) (Psych-PV, LINK auf Band 27, S. 110f)

Bei einem Vergleich von Plätzen und Mitteln für die Sektoren Krankenhaus, ambulante ärztliche Behandlung, komplementäre und ambulante Angebote ist die weiterhin vorherrschende Dominanz der ersten beiden Sektoren erkennbar:

Missverhältnis in der Verfügbarkeit von Hilfen



aus: Peukert in Dierks, 2001

Der Wert dieser Strukturveränderungen erhöht sich nochmals, wenn man die Erfolge mit der realen Situation der Patienten vor der Enquete vergleicht:

Schon die erste Bestandsaufnahme bewog die Kommission, sich im Zwischenbericht vom 19.10.1973 auf die Versorgung chronisch psychischer Kranker zu konzentrieren. Der Zustand der Fachkrankenhäuser wurde als brutale Realität gebrandmarkt: 59% der Kranken waren mehr als zwei Jahre und 39% in Räumen mit 11 oder mehr Betten untergebracht. Den Kranken, die dort viele Jahre zu fristen hatten, stand oftmals nur eine Schachtel unter dem Bett oder ein Spind auf dem Korridor zur Verfügung. Unvorstellbar dünn war auch die Personaldecke und die fehlenden Möglichkeiten der Nachsorge. Im Mittel stand ein Sozialarbeiter für 715 und eine Beschäftigungstherapeutin für 740 Aufnahmen zur Verfügung. (aus: Häfner in APK Band 27, S. 94)

Von institutionsorientierten zu personenzentrierten Hilfen

oder: von der "Psychiatrie-Gemeinde" zur Gemeindepsychiatrie"

Die Betrachtung der Merkmale der Strukturqualität zeigen: heute stehen in den meisten Regionen viele Hilfen in quantitativ ausreichendem Umfang zur Verfügung.

Aber: Wie steht es mit der "Prozessqualität"? Die oben beschriebenen Leitlinien bzw. Denkfiguren:

- die Orientierung am alltäglichen Leben

- und die Umsteuerung auf eine konsequent funktionelle Betrachtungsweise

sind nur unzureichend umgesetzt.

Damit wurde das explizite Reformziel des auf die Psychiatrie-Enquête (1975) folgenden Modellprogramms der Bundesregierung (1980 bis 1985) sowie der Empfehlungen der Expertenkommission (1988) nur auf den ersten Blick erreicht.

Das primäre Reformziel bestand und besteht nach wie vor: es gilt dafür zu sorgen, "dass - insbesondere chronisch - psychisch kranke Menschen die therapeutischen Hilfen und Lebensbedingungen erhalten, die sie benötigen, um in ihrem Heimatkreis bzw. in ihrer Heimatstadt auf Dauer integriert leben können" (Band 116, S. 13)

Dieses Ziel ist z.B. nicht bereits dadurch erreicht, dass das Heim statt auf dem Klinikgelände in der Heimatgemeinde liegt.

Integration im Sinne der Expertenkommission meint Integration in das natürliche soziale alltägliche Umfeld, und nicht "Psychiatrie-Gemeinde", wo aufgrund institutioneller Praxis chronisch kranke Menschen vornehmlich in Einrichtungen integriert werden.

Dieses Ziel wird in einem Rehabilitationsprozess verfolgt, "der eine körperlich oder psychisch behinderte Person befähigt, in einem so weit als möglich normalen sozialen Kontext den bestmöglichen Gebrauch von ihren verbliebenen Fähigkeiten zu machen" (Bennett 1975; Watts und Bennett 1983).

Mit der Realisierung dieses Rehabilitationsverständnisses könnten psychisch kranke Menschen "von Objekten paternalistischer Fürsorge ...

- zu Experten für ihre Krankheit
- und (für) die unterstützte Bewältigung der Krankheitsfolgen in ihrer Lebenswelt"

werden. (Kunze in: APK Band 27, S. 123, Absätze durch Autor) - also zu Experten ihrer Krankheit und der lebensfeldbezogenen Hilfen!

Würde - neben der Befähigung der Person zum doppelten Experten- in der Region der Lebensraum in Form von notwendigen Hilfen für das soziale Umfeld gestaltet, könnten "auch die schwerer psychisch kranken Personen als Bürgerinnen und Bürger in der Gemeinde bleiben Das ist das Ziel der Gemeindepsychiatrie. Das wäre die positive Antithese zur "Euthanasie" der Nazi-Zeit". (BMG Band 116, S 14)

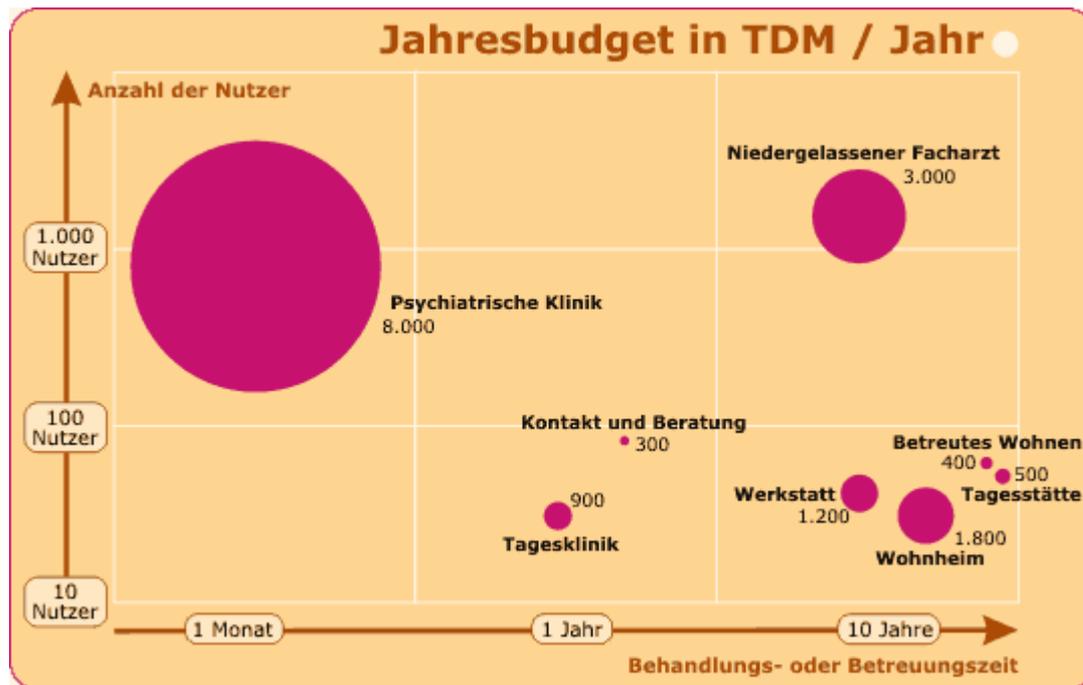
Die Verantwortung hierfür hätte die Kommune, d.h. die Kreise und die kreisfreien Städte.

Was steht dem entgegen -

- der spezifischen Befähigung der Person zum doppelten Experten
- - - zum Experten seiner Krankheit und
- - - zum Experten für die unterstützte Bewältigung der Krankheitsfolgen in der eigenen Lebenswelt,
- sowie der Gestaltung des regionalen Lebensraums in Form notwendiger Hilfen für das soziale Umfeld (z.B. für die Angehörigen)?

Dies wird verhindert durch einen Strukturkonservatismus, der zweierlei dauerhaft zu zementieren droht:

1. Die völlige Verkehrung des Grundsatzes "ambulant vor teilstationär vor stationär" zu einer Realität, in der zu gelten scheint: "stationär vor teilstationär vor ambulant"; vergleichen Sie die Größe der Kreise in der Graphik.



2. Eine Versorgungsrealität, die als "Psychiatrie-Gemeinde statt Gemeindepsychiatrie" richtig beschrieben ist.

Diese Realität beruht auf dem Festhalten an den eingefahrenen und praktisch seit langem geübten institutionellen Lösungsformen.

Jeder Dienst und jede Einrichtung bietet in der Regel qualitativ hochwertige Behandlung bzw. Betreuung - aber die erteilten Hilfen definieren sich danach, in welcher Hilfeinstitution (Einrichtung oder Dienst) der Betreffende betreut oder behandelt wird und nicht unbedingt danach, was er benötigt; ändert sich die Einschätzung des Hilfebedarfs, muß die Institution gewechselt und die therapeutische Beziehung abgebrochen werden; paßt ein Hilfebedarf zu keiner der vorhandenen Institutionen, bleibt er unbeantwortet.

Darum: "Geborgen in der Einrichtung aber verloren in der Gemeinde ist eine angemessene Beschreibung dieser Situation" (*den Text dazu lesen sie im nächsten Kapitel*)

Zu dieser Situationsanalyse kam auch die "Kommission zur Personalbemessung im komplementären Bereich der Psychiatrie", als sie ihre Arbeit aufnahm.

Als Ergebnis ihrer Arbeit stellt die Kommission die Strukturmerkmale eines personenzentrierten, bedarfsorientierten psychiatrischen Hilfesystems für schwer und chronisch psychisch Kranke auf vier Ebenen vor, wovon die personenzentrierte integrierte Behandlung und Rehabilitation die Arbeitsebene abdeckt.

"Daraus ergab sich für die Kommission der Ansatz in Anknüpfung an die Psychiatrie-Enquete und die Empfehlungen der Expertenkommission auf der Grundlage des Bundesmodellprogramms Psychiatrie, die Strukturmerkmale eines personenzentrierten, bedarfsorientierten psychiatrischen Hilfesystems für schwer und chronisch Kranke auf vier Ebenen darzustellen:

1. Auf der Arbeitsebene: Leistungserbringung in Form personenzentrierter integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsprogramme (Komplexleistungsprogramme)
2. auf der Ebene der funktionalen Organisation der Dienste und Einrichtungen in der Kommune: Aufbau des Gemeindepsychiatrischen Verbunds

3. auf der Ebene der Anwendung des aktuellen Sozialrechts: Möglichkeiten der Ausgestaltung und Novellierungserfordernisse.
4. auf der Ebene der kommunalen und überregionalen Steuerung von Leistungen und Ressourcen: Bedarfsorientierte Steuerung von Informations-, Abstimmungs- und Entscheidungsprozessen

Nur in einem solchen Kontext kann ein personenzentriertes System der Personalbemessung sinnvoll entwickelt und zugleich wichtiges Instrument der Steuerung von Leistungen und Ressourcen werden."

(aus: BGM Band 116, S. 16)

Auf der Ebene "Anwendung des aktuellen Sozialrechts: Möglichkeiten der Ausgestaltung und Novellierungserfordernisse" wird die bekannte Strategie fortgesetzt, ausgehend vom aktuellen Sozialrecht "kleine" Änderungen vorzuschlagen.

Mit der vierten Ebene "kommunale und überregionale Steuerung von Leistungen und Ressourcen: Bedarfsorientierte Steuerung von Informations-, Abstimmungs- und Entscheidungsprozessen" werden sozialplanerische und gesundheitsökonomische Überlegungen auf den Gegenstandsbereich Gemeindepsychiatrie bezogen.

Mit den Aussagen zu dieser Ebene werden Aspekte angesprochen, deren praktische Relevanz und Nachhaltigkeit zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht beurteilt werden kann, da sie ganz wesentlich von deren Akzeptanz im sozialpolitischen Umfeld abhängen.

Die personenzentrierte Hilfeplanung mit dem IBRP als dem Instrument für eine entsprechende Planung, Organisation, Durchführung und Ergebniskontrolle der Hilfen stellt das *wesentlich Neue* dieses "dritten Reformschrittes" dar.

- Mit den methodischen Hilfen des IBRP, wie die Bedürfnisse, Wünsche und Ziele der Betroffenen zum Ausgangspunkt aller Planungen werden können,
- mit den konkreten "Anweisungen" des IBRP, wie Hilfen so um die Patienten bzw. Klienten herum gestaltet werden können, daß sie dort leben (bleiben) können, wo es ihnen so normal und alltäglich wie nur eben möglich ist,
- mit der Einführung der Rolle einer über alle Hilfeleistungen konstanten "therapeutischen Bezugsperson" kommt die Psychiatrie-Reform und damit die Gemeindepsychiatrie - zumindest unter gegenwärtiger Problemwahrnehmung - da an, wo sie von Anfang an hin wollte:
 - bei der Gestaltung der Versorgung im Interesse der unmittelbar Betroffenen,
 - gemäß ihrer eigenen Lebensziele
 - in einem von ihnen selbst gewählten Lebensumfeld.

Im Bericht der Kommission und im IBRP werden drei der Funktionsbereiche der Empfehlungen der Expertenkommission zunächst als Lebensbereiche aufgegriffen:

- Lebensbereich Selbstversorgung (anstatt "Wohnen" des Expertenberichtes)
- Lebensbereich Tagesgestaltung und Kontaktstiftung,
- Lebensbereich Arbeit und Ausbildung

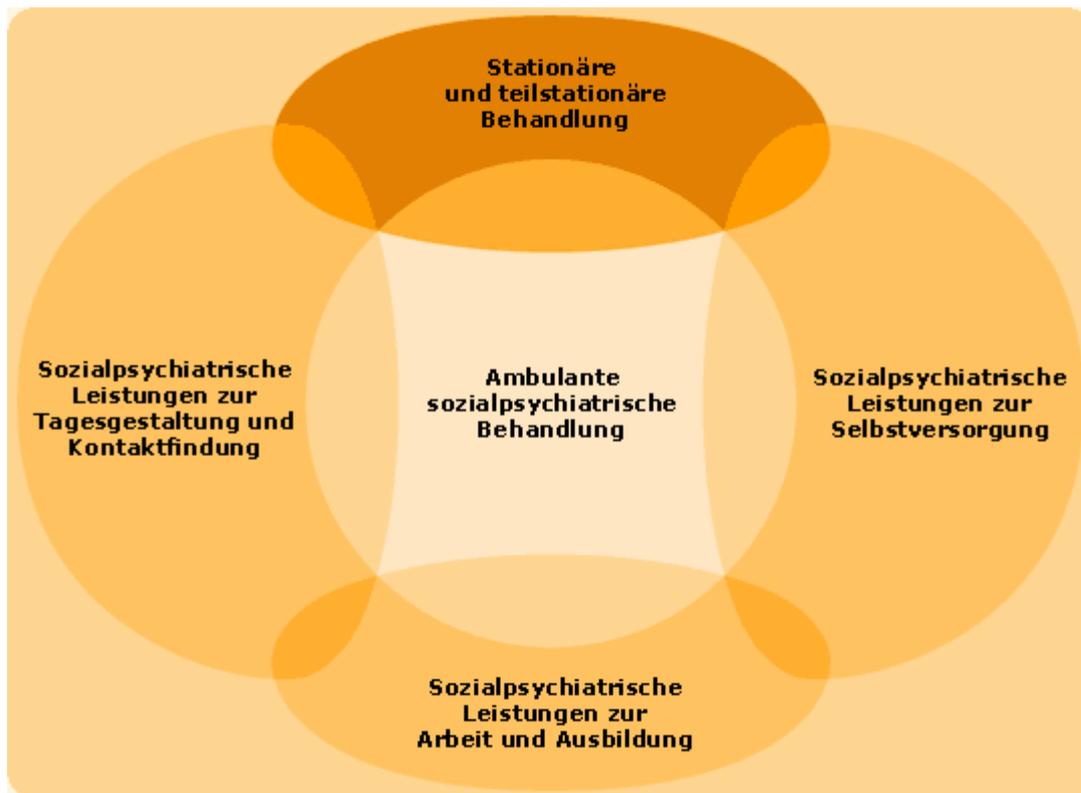
Aus dem Funktionsbereich "Wohnen" wurde der Lebensbereich "Selbstversorgung" - und dies nicht ohne Grund:

Die Wohnung soll als stabiler räumlicher Bezugspunkt für das Leben in der Gemeinde zugleich zum Fix- und Angelpunkt von Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe am Leben in der Gemeinde werden - daher wird auf die konsequente Entkoppelung der Hilfen von den Räumen zum Wohnen gesetzt; dies ist "die entscheidende strukturelle Voraussetzung für Beziehungskonstanz" (Kunze 2001, S. 52).

Jedem der drei Lebensbereiche wird ein Funktionsbereich professioneller Hilfen zugeordnet, Psychisch kranke bzw. seelisch behinderte Menschen benötigen weitere, über die drei Lebensbereiche hinausgehende Hilfen:

- sie benötigen möglicherweise eine vorübergehende stationäre oder teilstationäre Behandlung,
- mit Sicherheit benötigen sie eine kontinuierliche ambulante sozialpsychiatrische Behandlung.

"Im Mittelpunkt steht die ambulante sozialpsychiatrische Behandlung, die die verschiedenen Leistungsbereiche miteinander verknüpft und die die stationäre und teilstationäre psychiatrische Behandlung in den Verbund einbezieht". (Kunze 2001, S. 52)



Im "dritten Reformschritt" werden also Aspekte konkretisiert, die bereits in der Enquête angesprochen wurden und im Expertenbericht explizit - allerdings noch recht allgemein - beschrieben wurden.

- Für den Verbund besteht die Weiterführung in der Benennung ganz detaillierter Schritte zu seiner Einführung in den Regionen und in der Begründung und Benennung von wesentlichen Strukturmerkmalen.
- Für die personenzentrierten Hilfen (IBRP) besteht die konkretisierende Weiterführung in einer Methode, mit der die ambitionierten Ziele aus der Reformgeschichte **für die Patienten und Klienten praktisch wirksam** werden können.