

Das Tagesklinikprojekt. Tübingen/London 1968 bis 1972: Auf dem Wege zur teilstationären Behandlung

Als wir 1968 unsere Arbeit an der Tübinger Universitäts-Nervenklinik aufnahmen – Hilde Schädle-Deining, Hannelore Leipter und ich -, hatte die Klinik eine Entwicklung abgeschlossen, deren Beschwernisse uns damals nicht bewusst waren: erst 1960, mit Dienstantritt Professor Schultes, war die Anstaltskleidung verschwunden, war den Patienten erlaubt worden, mit Messer und Gabel zu essen, waren die meisten Stationen geöffnet worden. Diese Veränderungen waren keine bloßen Äußerlichkeiten. Sie waren erste Schritte auf dem Weg zu einer neuen, menschlicheren und therapeutischeren Psychiatrie.

Wir trafen auf eine Atmosphäre, die von einer kommunikativen Haltung zum Patienten – so Walter Schulte – beherrscht war. Zu Beginn der Studentenbewegung fanden wir ein Arbeitsklima vor, das uns das Gefühl vermittelte, uns entwickeln zu können und nicht fruchtlos gegen unnötige Hindernisse und Widerstände anrennen zu müssen. Ohne Zweifel hatten wir es besser getroffen als die meisten unserer Kollegen in dieser Zeit. Wenn auch politisches Engagement zu diesem Zeitpunkt kaum einen Platz in der Klinik hatte, konnten wir uns diesem als Bürger der Universitätsstadt und als Mitglieder der Gesamtassistentenschaft der Universität kaum entziehen. Eine Reihe von Klinikassistenten waren Gründungsmitglieder des Republikanischen Clubs – ich hatte die Mitgliedernummer 13 –, waren regelmäßige, aber distanzierte Teilnehmer an den Veranstaltungen des „Wilhelm-Reich-Instituts für kritische Psychologie“, das 1968 als Ergebnis der Besetzung des Luftschutzhilfsamtes durch Studenten der Psychologie entstanden war.

Für uns stand die Wiederbelebung der Sozialpsychiatrie im Vordergrund, die nach dem Weggang Gerhard Irls nach Tannenhof/Remscheid in ein Dasein am Rande versunken war. Wir setzten in dieser Hinsicht große Hoffnungen auf Nils Pörksen, der 1968 zu einem Studienaufenthalt zu Erich Lindemann in Boston und zum psychiatrischen Gemeindezentrum Fort Logan/Denver/Colorado mit Gerald Caplan aufgemacht hatte. Ein Hauch der Begeisterung der Community-Mental-Health-Bewegung in den Vereinigten Staaten erreichte uns, die die Lösung der meisten Probleme der Psychiatrie zu versprechen schien:

Neue gemeindenahe psychiatrische Einrichtungen mit stationären, teilstationäre und ambulanten Diensten, einem 24 Stunden am Tag verfügbaren psychiatrischen Notdienst und Beratungsdiensten für andere – nichtpsychiatrische - Institutionen in der Gemeinde. Eine Welle von Begeisterung und die finanziellen Möglichkeiten, diese Ziele in die Wirklichkeit umzusetzen – das war das Bild, das uns Ende der 60er Jahre erreichte.

Ich weiß nicht mehr so recht, wann wir selber angefangen haben, uns von jenem Teilaspekt der Kennedy-Botschaft von 1963 zur Reform der psychiatrischen Versorgung faszinieren und begeistern zu lassen, der später Leitlinie unserer Arbeit wurde: „teilstationäre Dienste, Tages- und Nachtkliniken“. Ich kann auch nicht Rechenschaft ablegen, woher genau die Faszination gekommen ist, die uns alle, die wir später am Tagesklinikprojekt beteiligt waren, nicht mehr losgelassen hat.

Gewiss spielte der Kontrast zu den psychiatrischen Großkrankenhäusern eine Rolle, die wir bei gelegentlichen Besuchen kennen lernten: Kranke, auf lange Zeit interniert, Kranke hinter Gittern; Kranke, weit weg von ihren Angehörigen und Freunden; Kranke, die sich nach Abschluss des Therapietages (wenn man überhaupt von einem solchen sprechen konnte) gegen 17 Uhr ins Bett legen mussten, um ab 3 Uhr nachts über Schlaflosigkeit zu klagen.

Realitäten der 60er Jahre

Gewiss spielte auch der Kontrast zu unserer eigenen Arbeit auf den geschlossenen Stationen unserer Klinik eine Rolle, wo ein Rest verwahrender, entmündigender Psychiatrie gedankenlos beibehalten worden war: automatischer „Striptease“ mit obligatorischen „Reinigungsbad“ bei der Aufnahme, egal, ob die Kranken zu Hause gerade aus der Badewanne gestiegen waren oder ob sie aus der verdreckten Ammer gefischt worden waren; ebenso unreflektierte Durchsuchung von Kleidern und Handtaschen, oft ohne dass es für nötig befunden wurde, mit dem Kranken darüber zu sprechen; Konfiszierungen von Schnürsenkeln, Schlips und Gürtel, um den Patienten am Selbstmord zu hindern (der dieses Ritual dann gelegentlich ad absurdum führte, z. B. indem er seine Hose notdürftig mit dem Kabel seines Trockenrasierers hochhielt).

Schwerer als die Reste dieser Rituale einer kustodialen Psychiatrie wog eine andere Erfahrung, die wir fast täglich erneut durchleben mussten; dass zwischen stationärer Behandlung im Krankenhaus und der Rückkehr nach Hause eine therapeutische Lücke klaffte, die gefüllt werden musste. Die meisten unserer Patienten brauchten Nachsorge - Nachsorge in anderer Weise, als der Hausarzt, als einer der raren Nervenärzte sie bieten konnte. Oft gingen sie einfach nicht hin, weil sie zu antriebsarm waren oder weil sie wegen ihrer Krankheit noch nicht imstande waren, neue Kontakte anzuknüpfen oder alte wieder aufzunehmen.

Wir versuchten, diese Lücke durch eigene Nachsorge – die sogenannte graue Ambulanz – zu überbrücken. Schon damals fiel uns auf, dass mehr Patienten das Angebot einer nichtärztlichen Nachbetreuung durch die Schwestern wahrnahmen als das Angebot der Ärzte. Offenbar war die Schwelle zur Kontaktaufnahme und zur Aufrechterhaltung des Kontaktes zu ihnen niedriger. In einzelnen Fällen versuchten wir aber auch schon damals, den Kranken den Übergang dadurch zu erleichtern, dass wir sie von der Station aus alle Tagespatienten weiter behandelten. Sie reisten morgens an und fuhren abends wieder nach Hause, bis sie sich stark genug fühlten, ganz zu Hause zu bleiben und ihren Haushalt zu versorgen oder wieder zur Arbeit zu gehen.

Uns wurde rasch klar, dass nur eine Minderheit unserer Patienten für kurze Zeit wirklich der Behandlung auf einer geschlossenen Station bedurfte. Wir merkten bald, dass mit dem Abklingen der akuten Krankheitssymptome die Rückgliederung des Patienten zum wesentlichsten Therapieziel wurde. Dabei war es gleichgültig, ob zu erwarten war, dass er die Klinik als Gesunder oder als Behinderter verlassen würde. Und wir wurden uns schmerzlich bewusst, dass wir mit unserer „bettenzentrierten“ krankenhauserorientierten Behandlung kaum Einfluss auf die Familie, auf die Arbeitswelt, auf die Art und Weise der Freizeitgestaltung des Patienten hatten. Und was uns fast ein wenig erschreckte, war die Tatsache, dass uns unsere Patienten mit der Entlassung immer weniger interessierten; wir hatten genügend neue Patienten auf der Station, die unserer Fürsorge bedurften.

Das ist in der Medizin etwas völlig Normales. Nur wer krank ist, hat Anspruch auf die Aufmerksamkeit der Therapeuten. Aber dann erlebten wir, wie die Patienten wiederkamen, beim Rückfall nicht selten schwerer krank als zuvor, deprimiert und verzweifelt darüber, dass sie es nicht geschafft hatten. Dabei bekamen wir nur den geringe-

ren und milderer Teil dieses tragischen und unerträglichen Zirkels mit, der der Psychiatrie der späten 50er und beginnenden 60er Jahre den Beinamen „Drehtür-Psychiatrie“ angehängt hatte. Denn unser Krankenhaus – eine Universitätsklinik – hatte keine Aufnahmepflicht wie ein Kreiskrankenhaus für interne oder chirurgische Erkrankungen oder die Landeskrankenhäuser für psychiatrische Patienten. Unsere Klinik konnte sich ihre Patienten auswählen. Wir merkten bald, dass wir bevorzugt Ersterkrankte behandelten, die, wenn sie Rückfälle erlitten – insbesondere zum zweiten und dritten Mal – gehäuft in das Landeskrankenhaus mit Aufnahmepflicht verwiesen wurden.

Die **Verschubung** von den Patienten mit Rückfällen war natürlich zunächst geeignet, unseren therapeutischen Optimismus zu fördern. Aber als wir uns bewusst wurden, dass wir uns etwas vorgaukelten, war das Anlass zu Nachdenken und Diskussion. Wir mochten es auf die Dauer nicht hinnehmen, dass es zu dieser Praxis keine Alternativen gab – zur Drehtür und zur Verschubung der Problempatienten.

Community Psychiatry – ein Fremdwort

„Community psychiatry“ war damals noch ein unübersetzbares Fremdwort. Alle Versuche, es einzudeutschen, waren unzulänglich. „Gemeindepsychiatrie“ schien uns zu evangelisch, „kommunale Psychiatrie“ zu unverständlich. Aber das Ziel war klar: eine sinnvolle, zeitgemäße psychiatrische Krankenversorgung konnte – im Sinne der amerikanischen Community-Mental-Health-Bewegung und im Sinne des englischen Krankenhausplanes von 1961 – nur durch Behandlung des Kranken in unmittelbarer Nähe seines Lebensmittelpunktes erfolgen.

Die Rückführung der psychiatrischen Behandlungseinrichtungen in die Gemeinde musste die zwangsläufige Konsequenz sein. Der historische Irrtum der Auslagerung der psychisch Kranken in gemeindeferne Großkrankenhäuser musste rückgängig gemacht werden. Wenn sie nicht von vornherein ein Fehler gewesen war, seit der Einführung wirksamer medikamentöser, soziotherapeutischer und psychotherapeutischer Behandlungsmethoden für die Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis und die manisch-depressive Krankheit und seit dem raschen Anstieg der psychiatrischen Alterserkrankungen war sie es gewiss.

Wer würde je auf die Idee kommen, einen Kindergarten für Stuttgarter Kinder nach Ravensburg zu bauen! Dass die Auslagerung von psychisch kranken alten Menschen ins 180 km entfernte Weißenau bei Ravensburg genauso absurd war, war damals offenbar nur schwer zu vermitteln: Sie war es gewiss. Sie entfernte sie aus dem verbliebenen Netz zwischenmenschlicher und sozialer Beziehungen, beraubte sie wesentlicher Anteile des Sinns ihres Lebens. Sie war psychosoziale Vernichtung. Gerd Huber nannte sie Anfang der 70er Jahre „soziale Euthanasie“.

Was für den alten Menschen gilt, trifft für viele andere Gruppen von psychisch Kranken und Behinderten in ähnlicher Weise zu. Die Entfernung aus dem gewohnten Lebensraum verschlechtert die Aussichten auf Heilung. Die Behandlung möglichst nahe am Wohnort verbessert sie. Das war in England bereits Mitte der fünfziger Jahre erkannt worden und zu einem der Grundprinzipien der psychiatrischen Entwicklungspolitik erhoben worden. Deshalb war die Forderung des dänischen

Psychiaters Nils Strömgen (1969), der psychisch Kranke habe den Anspruch, „das Krankenhaus durch das gleiche Tor zu betreten wie der körperlich Kranke“, nicht nur ein humanitär begründeter Angriff auf die Diskriminierung der psychisch Kranken sondern eine therapeutische Grundforderung.

Als Psychiatrie-Touristen in London

Es war dann eine eher zufällige Begegnung im Republikanischen Club, die meinen theoretischen Überlegungen unerwartet eine praktische Wendung gab. Eine Ergotherapeutin der Klinik schwärmte dort bei einem Glas Wein von einer Reise zu den Quellen der Antipsychiatrie in England. Ich sollte mir das doch einmal anschauen, meinte sie. Irgendwie war ich bis dahin nicht auf den Gedanken gekommen, dass ich mich nicht auf das Lesen beschränken musste, um mich mit neuen Ideen der Psychiatrie und der psychiatrischen Versorgung vertraut zu machen. Es ist trivial, dass Reisen bildet; aber ist es tatsächlich. Also warum nicht. Ich hatte in diesem ersten Jahre meiner Facharztausbildung noch eine Woche Urlaub zugute und es wusste nicht so recht was ich damit anfangen sollte – warum also nicht meinen alten Brieffreund in England besuchen und mich bei der Gelegenheit ein wenig umsehen. So kam es, dass meine damalige Frau und ich im Oktober 1968 für eine Woche nach London flogen.

Wir hatten von der englischen Reform-Psychiatrie, aber auch von der Anti-Psychiatrie und ihren Protagonisten Ronald Laing und David Cooper gehört und gelesen. Ihre Versuche, Wohngemeinschaften für psychisch Kranke – sog. Households - zu betreiben, Einrichtungen, die in Deutschland gerade als »Kommunen« radikaler Provokateure in Verruf gerieten, hatten uns neugierig gemacht. Aber auch sonst schien uns London eine Reise wert zu sein. Die Tübinger Kollegin hatte uns vor der Abreise noch das Vorlesungsverzeichnis der Londoner Anti-Universität in die Hand gedrückt - alles was ein »Anti« im Namen trug, schien uns damals interessant. Außerdem firmierten Cooper und Laing dort als Dozenten.

Sie wollten wir besuchen - noch vor den alternativen Märkten der Portobello Road und der Carnaby Street. Wir fanden die Anti-Universität in einem ehemaligen Fabrikgebäude im Londoner Osten. Sie war geschlossen. Die Polizei hatte sie nach einer Drogenrazzia dicht gemacht. Ein handschriftlicher Hinweis verwies auf eine Kontakttelefonnummer. Aber dort meldete sich niemand. Deshalb begaben wir uns auf die Suche nach den Handelnden der Antipsychiatrie und der Psychiatrie. Wir hatten weder Kontakte noch Adressen. Also begannen wir ganz konventionell mit dem Telefonbuch. Wir haben sie auch gefunden; darüber berichte ich im ersten Band meiner erlebten Psychiatriegeschichte.

Westminster und Maudsley

Zunächst aber wurden wir bei der Londoner Sozialpsychiatrie fündig, bei den Londoner Tageskliniken. Damals waren Tageskliniken für mich noch eher theoretisch ein Thema – eine faszinierende Idee: psychiatrische Einrichtungen mitten in der Stadt. Die meisten meiner Kollegen und alle meine Lehrer waren überzeugt, so etwas könne nicht funktionieren, auf jeden Fall nicht in Deutschland. Schon deswegen wollten wir uns selber ein Bild machen. Tatsächlich fanden wir ein halbes Dutzend Telefonnummern von Tagesklinik. Erwartungsgemäß war es schwer, so kurzfristig Termine zu bekommen. Josuah Bierer etwa, der Gründer der ersten westeuropäischen Tagesklinik, des Marlborough Day Hospital, hatte keine Zeit für uns. Im Maudsley Day Hospital und im Westminster Day Hospital dagegen waren wir willkommen.

Unser erster Besuch im Westminster Day Hospital war voller Überraschungen. Die Räume der Tagesklinik befand sich im Souterrain sich einer winzigen psychiatrischen

Abteilung eines allgemeinen Krankenhauses in West-London. Eigentlich war es nur ein größerer Aufenthaltsraum für die etwa 20 Tagespatienten, in dem ein paar Liegen sowie Stühle, Tische und ein Fernseher standen – von einem speziellen Konzept keine Spur. Dafür waren für die meisten Patienten dreimal in der Woche Elektroschocks im Angebot: ohne Narkose und ohne Muskelrelaxation.

Im Maudsley Day Hospital war dann alles ganz anders. Es befand sich am Rande eines Krankenhauskomplexes in einem alten Mehrstöckigen Reihenhauses mit Zugang sowohl von der Straße wie vom Klinikgelände her. Das Maudsley Hospital ist eines der Traditionshospitäler der englischen Psychiatrie. Henry Maudsley war einer der Leute, die die psychisch Kranken von den Ketten befreit haben und sich für eine Psychiatrie ohne Zwang einsetzten. Aber das war schon über 100 Jahre her. Das Krankenhaus, das seinen Namen trägt, war noch im 19. Jahrhundert als Forschungsklinik gegründet worden. Seit den fünfziger Jahren ist es mit dem Institute of Psychiatry verbunden, das zur Zeit unseres Besuches das zentrale Forschungsinstitut für Psychiatrie in England war. Sir Aubrey Lewis, einer der ganz Großen der frühen Sozialpsychiatrie, war gerade ausgeschieden. Sir Denis Hill, sein Nachfolger, wirkte eher blass. John Wing (Psychiater) und seine Frau Lorna Wing (Psychiaterin) und deren Partner, George Brown (Soziologe), waren damals die Könige der britischen sozialpsychiatrischen Forschung. Douglas Bennett, der Leiter der Tagesklinik war einer der bedeutenden sozialpsychiatrischen Kliniker und Denker der damaligen Zeit. Und er war ein sehr warmherziger und zugewandter Mensch.

Das Maudsley Day Hospital war für uns ein Glückstreffer. Christiane Haerlin, eine junge deutsche Beschäftigungstherapeutin/Ergotherapeutin (die damals schon seit drei Jahren mit Bennett arbeitete), führte uns durch das Haus. Sie berichtete uns voller Begeisterung das, was sie tat und wovon sie träumte. Zufällig trafen wir auf der Treppe Douglas Bennett. Ich habe die Begegnung mit ihm in meinem Tagesklinikbuch (1977) ausführlich beschrieben. Er erschien mir damals als älterer Mann (er muss Ende 40 gewesen sein). Er war sehr überlegt und nachdenklich. Ein intensiver Gesprächskontakt ergab sich über einen gemeinsamen Patienten (wie das Leben so spielt), den Sohn eines Stammesfürsten aus Sierra Leone, der abwechselnd aus Deutschland und aus London abgeschoben wurde und der immer wieder ganz fürchterlich psychotisch war.

Christiane und er stellten uns dann das Tagesklinik Konzept vor, das auf einem ausgefeilten milieuthérapeutisch durchstrukturierten Tages- und Wochenplan ruhte. Ich werde später ausführlich darauf zurückkommen. Er überzeugte und beeindruckte uns – nicht zuletzt auch durch das Engagement, mit dem beide es vortrugen. Als er am Schluss meinte, ich sollte mich dem Team doch mal für ein paar Wochen anschließen, war das für mich mehr als eine Floskel; aber es schien irgendwie unrealistisch, das auch nur in Betracht zu ziehen. Aber eine unerwartete Entwicklung in unserer Klinik macht es möglich. Nils Pörksen, unser Hoffnungsträger für die Weiterentwicklung der Tübinger Sozialpsychiatrie, wanderte unmittelbar nach seiner Rückkehr aus den USA als Leiter der gemeindepsychiatrischen Abteilung des neu gegründeten Zentralinstituts für Psychiatrie nach Mannheim. Trotz fehlender Erfahrung bot ich mich an, in die Lücke zu springen; und wenn niemand anderes da war, bekam ich meine Chance – einschließlich der Möglichkeit, in London Erfahrungen zu sammeln, wenn auch nur für wenige Monate.

Die Psychiatrie in England: Die psychiatrische Tagesklinik

Zur Vorbereitung setzte ich mich gründlich mit der englischen Psychiatriereform auseinander, die in den siebziger Jahren ihren Anfang genommen hatte und in den 20 Jahren danach zum Vorbild für Reformbestrebungen in anderen Ländern diesseits und jenseits des Atlantiks geworden war. Ich bin darauf im ersten Band meiner beruflichen Erinnerungen ausführlich eingegangen. Hier will ich mich in der gebotenen Kürze auf die Entwicklung der Tagesklinik als alternativer Behandlungsinstitution beschränken. Ihre Anfänge lagen in London.

Mitte der Vierzigerjahre entwickelte Josua Bierer im Rahmen eines übergreifenden alternativen Handlungskonzeptes mit der Tagesbehandlung eine Idee, die zur Bewegung wurde. Bierer, österreichischer Emigrant, Doktor der Medizin, Doktor der Ökonomie und Individualpsychologe, hatte in seiner Jugend an der Gründung der Kibbuzbewegung in Palästina mitgewirkt. Nach dem Krieg arbeitete er zunächst mit therapeutischen Klubs zur Nachsorge für entlassene psychiatrische Patienten. Dann sagte er 1946/47 der „orthodoxen Psychiatrie“ (wie er sie nannte) mit der Gründung seiner Tagesklinik, den Kampf an (Bierer 1949, 1951, 1969). Er war davon überzeugt, dass bis zu 90 Prozent aller psychiatrischen Patienten teilstationär behandelt werden könnten und sollten.

Die „orthodoxe englische Psychiatrie“ kämpfte nicht mit Bierer, sie übernahm seine Idee (Farndale 1961). Als sich 1969 nach London kam, gab es in England und Wales mehrere hundert selbständige psychiatrische Tageskliniken. Fast alle psychiatrischen Abteilungen behandeln einen Teil ihrer Kranken als Tagespatienten. 1966 wurden rund 27000 Patienten tagesklinisch behandelt (Bennett 1969). 1969 müssen es über 35000 gewesen sein. In diesen Angaben sind die Langzeit- und Alterskranken nicht erfasst, die in den von den Kommunen unterhaltenen, von Schwestern und Beschäftigungstherapeuten geführten circa 400 Tagesstätten betreut werden.

Die teilstationäre Behandlung nur schon damals aus der englischen Psychiatrie nicht wegzudenken. Sie war zum festen Bestandteil der offiziellen Gesundheitsplanung geworden, die dabei war, sich von der traditionellen psychiatrischen Anstalt zu verabschieden und sich stattdessen auf psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, keine stationäre Einrichtungen wie Tages- und Nachtkliniken und Übergangsheime sowie flächendeckende ambulante Dienste stützte.

August 1969: Der Weltkongress für Sozialpsychiatrie und seine Satelliten

Vor meinem Gastaufenthalt an der Tagesklinik fand passender Weise der Londoner Weltkongress für Sozialpsychiatrie statt, den Josua Bierer organisiert hatte und den er auch präsierte. Sozialpsychiatrie war damals „in“. Hunderte von Gästen aus den USA und aus Europäischen Ländern waren angereist – davon nur wenige aus Deutschland. Bierer war es gelungen, zahlreiche Exponenten der amerikanischen Community Mental Health Bewegung zu gewinnen, die sich die Gelegenheit für eine kostenlose Reise nach London nicht entgehen lassen wollten. Von englischer Seite her waren eher Außenseiter vertreten. Der Kongress war entsprechend vielfältig und anregend. Er war bunt und schillernd. Alles hatte Platz, was sich als Sozialpsychiatrie verstand, oder was es war. Aber auch die Pharmakotherapie war kompetent vertreten. Manches war schon ziemlich schräg. Anderes war Mainstream-Sozialpsychiatrie der damaligen Zeit. Auffällig war die große Zahl der Emigranten aus Deutschland und Österreich, die in den USA und in England Zuflucht gefunden hatten. Typisch dafür war bereits die Auftaktveranstaltung mit Arthur Koestler, dem Schriftsteller und Philosophen, Rudolf Dreikurs, im seit den zwanziger Jahren einflussreichen Jugendpsychologen, und Linus Pauling, dem zweifachen Nobelpreisträger und Vater eines schizophreniekranken Sohnes, wenn die Gelegenheit nutzte,

die Psychosentherapie und -prophylaxe mit Megadosen Vitamin C von 2000 mg und mehr am Tag anzupreisen.

Josua Bierer, der Kongress-Präsident war ein hoch gewachsener, massiger Mann mit weißen Haaren, ich habe ihn damals auf achtzig geschätzt – das kann aber nicht sein – war selber überall präsent. Er promovierte natürlich seine Tagesklinikidee und ließ sich als Gründer der Tageskliniken in der westlichen Welt feiern. Wir wissen heute (und wir wissen bereits seit einiger Zeit), dass Bierer mit seiner Tagesklinikidee, seinem Marlborough Day Hospital, keineswegs der Erste war, dass Cameron in Montreal mindestens ein, wenn nicht zwei Jahre vorher mit der Entwicklung einer Tagesklinik begonnen hatte. Aber das spielte damals keine Rolle. Bierers Idee war der zündende Funke für die Entwicklung der Tagesklinikbewegung in England gewesen; und damals machte ihm niemand seine Priorität strittig, obwohl er einen Außen-seiter der britischen Psychiatrie blieb und obwohl er außerhalb des nationalen Gesundheitsdienstes arbeitete.

Der Kongress fand in einer Schule statt. Es waren Sommerferien in England. Es muss eine Schule für relativ junge Schüler gewesen sein. Tische und Stühle waren klein und unbequem. Aber das tat der guten Stimmung auf dem Kongress nicht ab. Eine Episode muss ich noch erzählen. Unter im Schulgebäude hatte eine etwas füllige sympathische junge Frau ihren Tisch aufgestellt, um die Administration zu erledigen. Bei einer Gelegenheit trat sie freundlich auf mich zu, gab mir die Hand und stellte sich vor: My name ist Bierer. Ich strahlte sie an. Josua Bierer stand neben ihr und ich beging prompt einen Fauxpas. Oh, you are his daughter, freute ich mich. Sie, ohne die Miene zu verziehen: No, I am his wife! Ich muss zugeben, die beiden passten gut zu einander.

Ich habe viel gelernt in jenen Tagen: über die Reformbewegung in der amerikanischen Psychiatrie, die in den Vorträgen und Diskussionen auf dem Londoner Kongress begeistert dargestellt wurde, über den die psychiatrische Versorgung in England, kommen die therapeutische Gemeinschaft, über frühe Wirksamkeitsuntersuchungen von Pharmakotherapie, Psychotherapie und Milieuthérapie im Vergleich und über neuere Strömungen der Psychotherapie, die aus Kalifornien herüberschwappten – vor allem über die so genannten „humanistischen Therapien“, die von Charlotte Bühler, der großen Jugendpsychologin der Zwanzigerjahre vertre-

ten wurden.

Mit dem Weltkongress waren zwei Folgeveranstaltungen verbunden: eine psychiatrisoziologische Tagung von hohem Niveau am Bedford College unter Leitung von George Brown und eine Seminarwoche in einem Oxforder College unter Leitung von Joschua Bierer und Maurice Silverman über Tagesklinikbehandlung und über psychiatrische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern. Danach reichte die Zeit für zwei Urlaubswochen in Aberystwith an der Küste von North Wales, bevor meine Londoner Tagesklinikzeit endlich ihren Anfang nahm.

Als „Clinical Assistent“ am Maudsley Day Hospital

Das Maudsley Day Hospital war eine der frühen Tagesklinikgründungen in England, wenngleich man es am Gründungsjahr 1953 her nicht zu den Pioniereinrichtungen rechnen kann. Dennoch war seine Gründung durch Harris 1953 ein Markstein für die Tagesklinikentwicklung. Denn mit der Ansiedlung am renommierten Maudsley Hospital schritt der Institutionalisierungsprozess der Tagesbehandlung als Alternative und Ergänzung zum stationären Rahmen voran, der damals fast immer noch ein Anstaltsrahmen war. Douglas Bennett hatte die Leitung des Day Hospital Ende der Fünfzigerjahre (1957) übernommen und damit eine neue Ära eingeleitet; denn von nun an wurde es bei Beibehaltung klarer Rollenteilung nach den Grundprinzipien der therapeutischen Gemeinschaft geleitet.

Die Tagesklinik war in einem alten dreistöckigen Reihenhauses angesiedelt, das bis wenige Jahre zuvor ein Wohnhaus gewesen war. Die unmittelbar neben der Tagesklinik liegende Rehabilitation Unit desgleichen. Die bauliche Anlage hatte einen großen Vorteil. Es gab einen Zugang zum Haus direkt von der Straße her, in der die gewaltige Zentrale der Heilsarmee residierte. Und es gab einen zweiten Zugang direkt zum Krankenhaus, zum Maudsley Hospital.

Die Patienten kamen aus Camberwell, einem Arbeiterdistrikt im Süden von London, der damals schon von sehr vielen Ausländern aus dem Empire bewohnt war, aber dessen Infrastrukturen im Gegensatz zu später bloß zu verslumpen drohte, aber damals verhältnismäßig gut erhalten war. Das London Maudsley Hospital hatte aus Forschungsgründen, aber auch ein wenig aus versorgungsideologischen Gründen, Camberwell als Sektor, als Einzugsgebiet, als Catchment Area übernommen. Es hat-

te die stationäre und ambulante und teilstationäre Vollversorgung für die 180.000 Einwohner des Bezirks übernommen. Die Tagespatienten kamen aus dieser Region. Bemerkenswerterweise waren sie fast ohne Ausnahme Engländer, Londoner, überwiegend aus Arbeiterfamilien, die einen ausgeprägten Cockney-Akzent sprachen, der für mich anfangs nur schwer zu verstehen war.

Behandlungsort und Programm zugleich

Die Tagesklinik war Behandlungsort und Programm zugleich. Jeder Tag hatte seinen strukturierten Beginn und sein strukturiertes Ende. Jeder Tag begann mit einem gemeinsamen Kaffee allerdings getrennt für Patienten und Personal, was einer der Gründe war, dass sie nicht alle pünktlich um neun aufkreuzten, sondern dass zwischen neun und zehn einer nach dem anderen eintrudelte, die Therapeuten oft sogar noch später. Häufig saßen wir bis halb elf beim Kaffee im Gespräch (im Arbeitsgespräch natürlich), bevor wir uns an die Arbeit machten.

Der Nachmittag endete gegen vier – wie sollte es in England auch anders sein – mit einem gemeinsamen Tee. Da saßen Mitarbeiter und Patienten dann häufig zusammen, besprachen den Tag und die Ängste vor dem Abend. Die Kranken litten mit ganz wenigen Ausnahmen an Psychosen aus dem schizophrenen Formendreis. Meist hatte sie eine lange Krankenkariere hinter sich. Zu den Ausnahmen gehörte ein Patient namens John Lennon, der unter schweren Ängsten litt. Er hatte nicht nur einen einprägsamen Namen. Er wird mir als Mitglied meiner therapeutischen Kleingruppe immer im Gedächtnis bleiben, weil er mich für seine Ängste verantwortlich machte. Beim Sturmangriff auf Dünkirchen 1940 seien sie das erste Mal aufgetreten und seither nie mehr richtig verschwunden. Es seien die Deutschen gewesen, die Schuld dran seien: und ich sei ein Deutscher. Es half nichts. Ich musste während des gesamten Tagesklinikaufenthaltes mit diesen Vorwürfen leben, obwohl ich damals gerade drei Monate alt gewesen war und sicher anderes im Kopf hatte, als die Engländer in den Kanal zu werfen.

Das Mittagessen fand für Kranke und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der zentralen Cafeteria des Maudsley Hospital statt, wo die Patienten von allen Stationen, außer von der einzigen geschlossenen Abteilung zum Essen hingingen. An das Mittagessen schloss sich eine therapeutische Pause von etwa einer Stunde an. Dazwi-

schen, zwischen Morgenkaffee und Mittagessen, zwischen Mittagspause und Tee fanden alle möglichen Aktivitäten statt, die sind in instrumentale und sozioemotionale unterschieden. Das waren Begriffe, die wir, Christiane Haerlin, Douglas Bennett und ich, in meiner Tagesklinikzeit herausarbeiteten.

Arbeit und Beschäftigung, für die Christiane zuständig war, waren instrumentale Tätigkeiten, an denen sich aber alle möglichen sozioemotionalen Konflikte entzündeten. Sozioemotionale Aktivitäten waren kreativ-therapeutische Sitzungen, die aber nur einzelnen Patienten vorbehalten waren (wenn überhaupt), waren die Gespräche mit den Schwestern und den Ärzten, waren die Kleingruppen, die dreimal in der Woche zwischen elf und zwölf unter Leitung eines der Ärzte (Registrars hießen sie) stattfanden. Eine der drei Gruppen durfte ich nach wenigen Tagen als clinical assistant selber leiten. Im Mittelpunkt aber stand die Hausgruppe, die einmal wöchentlich stattfand. Die habe ich in der „Tagesklinik“ beschrieben. Dieser Beschreibung werde ich auch in diesem Erinnerungsbuch folgen.

Der Mittelpunkt: Die Hausgruppe

Es war gar nicht so einfach, eine therapeutisches Milieu für vierzig psychisch Kranke – zwei Drittel davon Männer – zu gestalten. Das Tagesprogramm war dicht strukturiert. Industriebezogene Arbeitstherapie spielte eine zentrale Rolle im therapeutischen Konzept. Die subtile Abstufung der Anforderungen und die Vielfalt des Arbeitsangebotes waren Merkmal des therapeutischen Settings. Diese Einrichtung hatte nichts von der Verspieltheit, die mir damals bei zahlreichen Tagesklinikbesuchen immer wieder aufgefallen war.

Obwohl sie nur einmal in der Woche stattfand, war die Hausgruppe, die Versammlung aller Patientinnen und Patienten und des gesamten Personals die prägende Veranstaltung. Das wiederholte Erlebnis dieser Gruppe und der anschließenden Nachbesprechungen machte mir erstmals wirklich deutlich, welche therapeutischen Möglichkeiten die Tagesbehandlung anbietet. Im Maudsley Day Hospital wurden schwerkranke Patientinnen und Patienten teils über Jahre behandelt und rehabilitiert. Hier wurde schwer behinderten Patienten eine echt Alternative zur vollstationären Behandlung angeboten, nicht wenigen zur Langzeithospitalisierung in psychiatrischen Anstalten.

Ich hatte das bereits bei meinem ersten Besuch 1968 wahrgenommen. Aber jetzt geriet ich bereits zu Beginn meines Aufenthaltes im Spätsommer und Herbst 1969 mitten in eine heftige Strukturdiskussion über die Zukunft der Tagesklinik. Auf diese Weise hatte ich nicht nur Gelegenheit zu lernen, wie man eine solche Einrichtung betreibt. Mir wurde zugleich deutlich, dass ein solcher Betrieb von seiner Konzeption als gruppentherapeutischer Institution her immer wieder zu mannigfachen Spannungen zwischen den beteiligten Gruppen führte, Schwestern und Beschäftigungstherapeuten, Ärzten und Schwestern, aber auch von Gruppen von Patienten untereinander.

Die „Workers Group“

Mit zunehmender Faszination beobachtete ich, wie sich unter den Patienten der Tagesklinik eine Art Klassenbewusstsein herausbildete, welches den sozialen Schichtverhältnisse von Camberwell/Südlondon entsprach, und das sich am deutlichsten in der Hausgruppe am Mittwochnachmittag manifestierte. Eine Gruppe, die sich selber die „workers-group“ nannte, setzte sich von einer Mittelschichtgruppe ab, die überwiegend aus Hausfrauen und einigen Angestellten (Männern) bestand, und die von der Arbeitergruppe als „non-working“ beschimpft wurde. Tatsächlich arbeiteten alle Tagespatienten, aber eben ihrer Herkunft und ihrem Wiedereingliederungsziel entsprechend, im Rahmen der industrienahen Arbeitstherapie im Büro oder als Hausfrau. Nur wurden Büroarbeit und insbesondere Hausarbeit von den „echten“ Arbeitern nicht als richtige Arbeit anerkannt – ein Stück Spiegel der Realität.

In der Hausgruppe saßen die „workers“ und die anderen einander gegenüber. Bennett saß meist dazwischen vor dem Kamin dieses zum Tagesraum umfunktionierten ehemaligen Wohnzimmers. Hier lieferten sie sich wütende Auseinandersetzungen im Wechsel mit langen Phasen erbitterten, manchmal aber auch gelösten Schweigens. Hier wurden die Hauskonflikte sehr deutlich. So wurden die Beschäftigungstherapeutinnen immer wieder angegriffen, weil sie die Patienten angeblich zur Arbeit antrieben, wie sie sich nicht anders verhielten als die Werkmeister in den Betrieben: Sie würden die Patienten in genau gleicher Weise schinden. Hier wurden die Schwestern von den Patienten umworben, die im Rahmen der Tagesklinikarbeit eine mehr stützende Funktion für die Patienten hatten, bei denen man auch einmal klagen durfte, die es gar nicht so ungern sahen, wenn einer von den Patienten von Zeit zu Zeit

deutlich machte, wie krank er doch eigentlich sei und dass es nicht recht sei, dass man als Kranker (im Rahmen der Tagesklinik) arbeiten müsse.

Den heftigsten Streit gab es jedoch eines Tages, als die Beschäftigungstherapeuten nicht rechtzeitig neue Arbeitsaufträge beschaffen konnten. Kurzarbeit war die Folge – eine schon damals für die englische Industrie nicht ungewöhnliche Situation. Die workers verlangten wütend, die Beschäftigungstherapeuten sollten ihnen die Ausfälle an Einkommen ersetzen, obwohl es sich bei ihren Verlusten nur um geringe Beiträge handeln konnte. Die gesetzliche Obergrenze für die Bezahlung von Arbeitstherapie lag damals bei zwei Pfund (ca. 20,00 DM) in der Woche. Aber es ging ja letztlich nicht um die verlorenen Pennies, sondern darum, dass die beschützende Welt der Tagesklinik unfreiwillig eine Angstsituation des „wirklichen Lebens“ reproduziert hätte.

Solche Konflikte sind typisch für die Tagebehandlung, die versucht, die Balance zu halten zwischen zumutbarer Belastung und notwendiger Unterstützung. Aber nur selten wird es so deutlich wie an diesem Beispiel, dass die Therapeuten den Patienten für die Arbeitsumwelt stehen. Entsprechend aktualisieren sich an ihnen Konflikte, die sie mit diesen Bezugspersonen „draußen“ haben. Das vermittelt eine Gelegenheit zur therapeutischen Aufarbeitung der Probleme, wenn die Therapeuten das erkennen. Das ist Anlass zu Frustration und Spannungen unter dem therapeutischen Personal, wenn es vordergründig als ausschließlich persönliches Problem zwischen Patienten und dem jeweiligen Teammitglied verstanden wird.

Einmal in der Woche gab es Außenaktivitäten. Mittwochnachmittag gingen die Schwestern und die Ergotherapeuten mit den Patientinnen und Patienten auf irgendeine Unternehmung in der näheren oder weiteren Umgebung – eine Mischung zwischen instrumentaler und sozioemotionaler Veranstaltung. Reine Wärme wurde am Freitagnachmittag ausgeteilt, bevor die Tagesklinik für das Wochenende schloss. Da gab es Kaffee und Kuchen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Kranke saßen zusammen und tauchten in Wohlgefühl ab, manche Kranke nicht ohne bängliche Gefühle, wie sie wohl das Wochenende überstehen würden.

Das Team

Das Tagesklinikteam bestand aus Douglas Bennett (Teilzeit). Er hatte als Consultant

noch eine Abteilung im Royal Bethlehem Hospital zu versorgen und führte an einzelnen Nachmittagen ambulante Sprechstunden durch. Dazu gehörte ein Senior Registrar (Oberarzt), der allerdings nur für wenige Monate ganztags der Tagesklinik zugeordnet war und es waren noch ein oder zwei Registrars, also Assistenten in Ausbildung, die in der Tagesklinik wirkten.

Dann war da Lucie, die blinde Sozialarbeiterin mit ihrem Hund und Catherine, eine Sozialarbeiterpraktikantin aus Montreal, die später fest angestellt wurde. Außerdem gab es mehrere Krankenschwestern. Chefin war die Sister. Auch an ihren Namen kann ich mich nicht erinnern. Zusätzlich waren noch drei Schwestern an der Tagesklinik beschäftigt. Immerhin hatten diese 30 Behandlungsplätze. Außerdem versorgte sie nicht nur am Freitagnachmittag eine ganze Reihe von ambulanten ehemaligen Tagespatienten. Von Struktur und Größe wurde das Maudsley Day Hospital später mein Vorbild für die Tübinger Tagesklinik. Vieles, was wir dort getan haben, war nicht Kopie von Maudsley, aber Weiterentwicklung und Modifikation.

Die Rehabilitation Unit: Brown und Wing

Die Verbindungen zur Rehabilitation Unit im Nachbarhaus waren eng. Es war eine reine arbeitstherapeutische Institution, wo die instrumentale Seite der Therapie und Rehabilitation ganz im Vordergrund stand. Die Patienten befanden sich in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Ansonsten der Leiter der Werkstätte ihr Chef. Allerdings pendelten die Patienten, insbesondere die Männer, zwischen Rehabilitation Unit und Tagesklinik immer mal wieder hin und her.

Auf diese Weise bekam ich auch einen guten Einblick in die Rehabilitation Unit, von der zu dieser Zeit ein Begleitforschungsprojekt von John Wing, dem damals führenden Kopf der englischen Sozialpsychiatrie, George Brown, dem führenden Kopf der englischen Psychiatriesoziologie und Barbara Stevens, einer eher zurückhaltenden, aber sehr klugen Soziologin durchgeführt wurde. Die regelmäßigen Sitzungen gaben mir nicht nur die Möglichkeit, Einblick in ihre Arbeit zu nehmen. Sie verschafften mir auch eine dauerhafte Bekanntschaft, vor allem zu John Wing, nicht so sehr zu George Brown, den ich eher als zurückhaltend erlebte.

Mit gewissen Einschränkungen kann man sagen, dass John Wing unter den beiden der wissenschaftliche Macher war und George Brown der Denker. Es bestanden

auch damals schon gewisse Spannungen zwischen ihnen. Sie hatte schon lange zusammengearbeitet. Sie hatte in den Sechzigern die Three Hospital Study durchgeführt. Eine zusammenfassende Darstellung dieser Untersuchung habe ich in meinen Hospitalisierungsschäden (1974) abgedruckt. Sie hatte dabei festgestellt und zwar wissenschaftlich valide, dass der Aufenthalt in psychiatrischen Anstalten Schäden setzt, Hospitalisierungsschäden, Institutionalisierungsschäden – Institutional Neurosis, war der Begriff, den Russel Barton diesem Zustand verlieh – und sie zeigten, dass man diesen Schäden entgegenwirken konnte, wenn man den Patienten ausreichend Aktivitäten erlaubte und vermittelte.

Russel Barton hat das in seinem kleinen Buch, das wir auch in den Hospitalisierungsschäden in deutscher Übersetzung abgedruckt haben, auf die Spitze getrieben. Er forderte 16 Stunden Aktivitäten am Tag an sieben Tagen in der Woche. Brown und Wing haben das modifiziert. Fünf Stunden strukturierter Aktivität am Tag reichten, wobei sie ausdrücklich hinzufügten, dass Fernsehen nicht unter die Aktivitäten gezählt werden durfte.

Das waren natürlich nicht die einzigen Ergebnisse der Three Hospitals Study, die 1970 als Maudsley Monographie veröffentlicht wurde. (Brown und Wing 1970). Die Forscher zeigten in ihren Untersuchungen auch das ganze Elend der Anstaltspsychiatrie, der Entwürdigung der Kranken durch Wegnahme von Eigentum, von eigener Kleidung, durch den Ausschluss von Messer, Gabel, Schere, Licht. Ihre Ergebnisse und was sie dazu zu sagen hatte, haben mich neben der Mentorenschaft Douglas Bennetts dazu veranlasst, mich mit den psychiatrischen Institutionen auch in Deutschland auseinander zu setzen, damit was wir tun konnten, den Kranke zu helfen und damit, was wir versäumten.

Tagesklinikmilieu und therapeutische Kultur

Am Maudsley Day Hospital ist mir das erste Mal etwas aufgefallen, was von den Theoretikern und Praktikern der psychiatrischen Versorgung bis heute sträflich unterschätzt wird. Oft wird es überhaupt nicht wahrgenommen. Eine therapeutische Institution, ein therapeutisches Setting mit regelmäßigen Abläufen, Regeln und Vorschriften und regelmäßigen Teilnehmern ist ein normatives soziales Gebilde. In einer solchen Institution bestehen neben den sichtbaren auch unsichtbare Erwartungen

und Regeln, die sich unter den Patienten und unter den Therapeuten tradieren, ohne dass die so recht davon wissen. Dazu gehört, welche Regelverstöße toleriert werden und welche nicht, was man unbedingt tun muss und was man ungestraft lassen kann, wann man riskiert rausgeworfen zu werden, und, auf Therapeutenseite, wann man riskiert, vom gesamten Team gerüffelt oder gar ausgeschlossen zu werden.

Solche Institutionen entwickeln eine eigene therapeutische Kultur, die, weil sie multi-professionell getragen und von den Patienten akzeptiert und tradiert wird, eine milieutheraeutische ist. In dieser Kultur wirken nicht die einzelnen Behandlungsmethoden, die therapeutischen Gespräche der Ärztinnen und Ärzte, der Aktivitäten der Ergotherapeutinnen oder der Sozialarbeiter, sondern das therapeutische Gebilde Tagesklinik als Ganzes. Ich bemühe gerne als Analogie dazu das Beispiel der selbsttragenden Karosserie beim modernen Auto im Gegensatz zum klassischen Auto der Vierziger- oder Fünfzigerjahre, bei denen es ein Chassis gab, auf das die Karosserie, an das die Achsen und was sonst noch so notwendig war, montiert wurden.

Milieutheraeutische Institutionen sind therapeutische Instrumente eigener Art. Es kommt darauf an, sie zu verstehen, sie zu nutzen, sie vorsichtig zu steuern und vor Entgleisungen zu bewahren. Die Gefahr, dass es dazu kommt, ist immer gegeben. Das beste Mittel dagegen ist eine regelmäßige Supervision und eine ebenso regelmäßige selbstkritische Diskussion über die Ziele, die man mit dieser Institution verfolgt: Es sind Behandlungszeile für die Kranken, die zu behandeln man den Auftrag hat. Es ist nicht Selbstverwirklichung. Es ist auch nicht spezifische Selektion von Kranken, die besonders gut in das Konzept passen, das man sich zurechtgelegt hat, das dem Behandlungsauftrag nicht oder nicht ganz erfüllt.

Um das milieutheraeutische Konzept wirklich therapeutisch zu machen, ist es notwendig, eine gemeinsame therapeutische Haltung zu entwickeln. Das wiederum setzt Reflexion, Diskussion und Supervision bei einem Supervisor voraus, der Auftrag und Behandlungsziele der Institution akzeptiert.

Exkurs: Normen und Rollenerwartungen

Wie die Normen, wie die Erwartungen an die Patienten sich in der Institution auswirken, schlug sich im Maudsley Day Hospital vor allen Dingen in der wöchentlichen Hauskonferenz nieder. In meiner „Tagesklinik“ (1977) habe ich das an mehreren

Stellen beschreiben. Darauf will ich hier nicht eingehen.

Dies waren die Fragen, die Bennett, Christiane Haerlin und mich neben der Alltagsarbeit beschäftigen: Was waren die wirklichen Defizite unserer Patientinnen und Patienten jenseits der Krankheitssymptome? Wie passten sie in das medizinsoziologische Raster, das vor allen Dingen Talcot Parsons in seinem Social System (1951) entwickelt hat und das für alle Kranken gelten sollte. Nicht nur uns, anscheinend auch ihm, ist später aufgegangen, dass zwischen körperlichen und psychisch Kranken zu unterscheiden ist. Parsons hat das in einem berühmten Aufsatz über Krankheit und Gesundheit im Lichte der Wertbegriffe Amerikas angedeutet, der in deutscher Übersetzung in Mitscherlichs berühmtem Sammelband „Gesundheit und Gesellschaft“ (1964) abgedruckt ist. Wir haben in unseren Diskussionen versucht, das zu präzisieren und dabei folgende gemeinsame Basis gefunden.

Körperlich Kranke sind durch ihre Krankheit daran gehindert, ihre sozialen Aufgaben zu erfüllen. Sie können ihrer Berufstätigkeit nicht nachgehen, weil sie daran körperlich behindert sind, schlicht weil sie zu krank sind. Sie nehmen ihre Berufsrolle, ihre Rolle als Familienvater, ihre Rolle als Mitglied der Gemeinschaft wahr. Sie begreifen, was sie eigentlich tun sollten. Aber sie können sie nicht erfüllen, weil sie krank sind. Und weil sie krank sind, haben sie Dispens von der Gesellschaft, immer unter der Voraussetzung, dass sie an ihrer Gesundung mitarbeiten und dass ein Ende der Krankheit absehbar ist.

Bei psychisch Kranken ist das anders. Sie könnten theoretisch durchaus ihre Aufgaben erfüllen. Es mangelt ihnen nicht an körperlicher Kraft. Es mangelt ihnen an etwas anderem. Sie sind darin behindert, den normativen Erwartungen, die Rollenerwartungen an sie zu erkennen. Ihre Denkstörungen, ihr Wahn, ihre Verfolgungsängste, die Stimmen, die ihnen erzählen, was sie tun sollen, hindern sie daran, ihr erlerntes Rollenverständnis fortzuführen und danach zu handeln. Und davon ist, anders, als bei der körperlichen Erkrankung ihr gesamtes soziales Gefüge und ihr gesamtes soziales Bewusstsein betroffen: Sie sind darin behindert, ihre Rolle als Vater und Ehemann wahrzunehmen, ihre Verantwortung als Versorger der Familie, als Steuerzahler, als Arbeiter oder als Arzt.

Sie sind darin behindert, weil sie durch ihre Krankheit eine veränderte Sichtweise von

ihren Aufgaben haben. Gegebenenfalls müssen sie, wenn sie gleichzeitig wahnhaft und aktivitätsgesteigert sind, mit sanftem Zwang oder gar Gewalt daran gehindert werden, ihre verantwortungsvollen gesellschaftlichen Aufgaben weiterhin auszuüben: Als Chef eines Betriebes, als Lehrer, als Vorarbeiter, als Bus oder Lokomotivführer und vieles andere mehr. Sie müssen gegebenenfalls auch daran gehindert werden, ihre Familienmitglieder zu nötigen, nach ihren wahnhaft veränderten normativen Vorstellungen zu handeln.

Das bedeutet, dass psychische Krankheit aus soziologischer Perspektive einen völlig anderen Handlungs- und Behandlungsansatz verlangt. Es geht nicht um die Wiederherstellung der Fähigkeit, das Bündel der beeinträchtigten sozialen Rollen im technischen Sinne wieder Instanz zu setzen. Es geht vielmehr darum, die Kranken in den Stand zu versetzen, das Verständnis von ihren Rollen und Aufgaben in der Weise zu beeinflussen und zu revidieren, dass eine Anknüpfung an ihr früheres Leben möglich ist, dass sie wahrnehmen, was sie in der Phase der Krankheit – d.h. aus der normativen Sicht ihrer gesellschaftlichen Umwelt falsch gedacht und gehandelt haben.

Wenn dies nicht möglich ist oder wenn es nicht möglich ist, der gesellschaftlichen Umwelt gegenüber ein Versprechen abzugeben, dass dieser Zustand dann doch irgendwann einkehren wird, ist der soziale Ausschluss der psychisch Kranken die Folge. Wie sehr die Kranken das beschäftigt, hat Kai Erikson in seinem Aufsatz über soziale Ungewissheit – das Dilemma des psychisch Kranken beschrieben, in einem Aufsatz, den Michael von Cranach und ich später in unseren sozialpsychiatrischen Texten herausgegeben haben (1972).

Diese Diskussion haben Douglas Bennett und ich bis an dessen Lebensende für das wichtigste Element unserer Begegnung in der Maudsley Tagesklinik gehalten. Er hat mir das wenige Wochen vor seinem Tod in einem langen handschriftlichen Brief noch einmal mitgeteilt, als ahnte er, dass wir uns nicht mehr sehen würden.

Beyond Work

Die Londoner Monate bestanden natürlich nicht nur aus Arbeit in der Tagesklinik fünf Tage in der Woche von 10.00 bis 17.00 Uhr. Sie waren natürlich auch geprägt von der Londoner Atmosphäre, von der Atmosphäre des Swinging London von 1969. Ich sog die Stadt in mich auf. Camberwell, wo ich auch ein Zimmer gefunden hatte, Ken-

sington und die Kings Road und andere edlere Stadtteile, die Gegend um Soho Square, in der sich nicht nur die damalige Poprockmusikszene abspielte, sondern um die herum sich auch die traditionellen Buchläden und Antiquariate gruppierten: In der Shaftesbury Avenue, Foyles, die größte Fachbuchhandlung der Welt an der Charing Cross Road – sie besteht allen Unkenrufen zu Trotz heute noch und ist fast noch genau so verstaubt wie damals – ein bisschen weiter nördlich die Buchhandlung Lewis im Bloomsbury, in der Nähe des British Museums, in der ich eine große Anzahl ausrangierter wichtiger historischer sozialpsychiatrischer Schriften für ein Butterbrot und ein Ei erstehen konnte.

Die Buchhandlungen zu durchstreifen war meine Samstagsbeschäftigung. Kleine Umwege in die Szene um die Carnaby Street, den Blumenmarkt von Covent Garden, der damals wirklich noch ein Blumenmarkt war, zum Flohmarkt in der Portobello Road oder in die Kings Road gehörten selbstverständlich dazu. Meine Abende waren verhältnismäßig ruhig. Gelegentlich traf ich Christiane Haerlin und ihre Freundinnen. Gelegentlich, aber nicht so häufig, ging ich noch ins Kino. Easy Rider beispielsweise habe ich damals gesehen und den gewaltigen Lion in Winter mit Richard Burton.

Weitere Begegnungen

Wichtig war die Begegnung mit Michael Cranach, der mit seiner Frau Barbara zwei Jahre in London am Institute of Psychiatry an der epidemiologischen Forschung aber Michael Shepherd tätig war. Wir trafen uns öfter im Institut, tranken gelegentlich ein Bier zusammen in der dazugehörigen Bar. Aber richtig ins Gespräch kamen wir erst an einem sehr feuchten Samstagnachmittag, als wir zu dritt, Michael, Barbara und ich, Zuflucht im Eingang der Buchhandlung Foyles gesucht hatten. Damals entstand die Idee zu unseren sozialpsychiatrischen Texten. Wir fanden das beide wichtig, dass das, was in England so lebendig war, was dort gedacht wurde, in Deutschland zugänglich würde. Wir wollten einen Reader herausbringen und zwar vorzugsweise in den Soziologischen Texten von Luchterhand – ein Projekt, aus dem dann leider nichts wurde. Daher stammt aber der Titel „Sozialpsychiatrische Texte“, die wir dann später mit Vermittlung von Heinz Häfner bei Julius Springer unterbringen konnten (von Cranach und Finzen 1972).

In der Londoner Tagesklinik lernte ich auch Ambros Uchtenhagen kennen, der für

vierzehn Tage nach London gekommen war, um Vorbereitungen für die Gründung der Zürcher Tagesklinik zu treffen. Auch daraus wurde dann eine langdauernde Bekanntschaft, die in den Jahren vor meiner schließlich Übersiedlung in die Schweiz eigentlich intensiver war als vorher.

Wie ein trockener Schwamm

In den Londoner Monaten war ich, was die Psychiatrie anbetraf, wie ein trockener Schwamm. Ich habe alles aufgesogen, was mir neu und interessant war, machte es auf den ersten Blick manchmal auch als sehr fremd erscheinend. Ich habe eine Fülle von Leseanregungen und Literaturhinweisen erhalten, die ich zum Teil noch in London in mich aufgenommen habe, zum Teil erst viel später.

Drei der wichtigsten Leseerfahrungen jener Zeit waren David Mechanic gerade erschienene „Medical Sociology“. Die Fruchtbarkeit gerade dieses Buches hatte auch damit zu tun, dass Mechanic es nur wenige Jahre zuvor während eines Studienaufenthaltes am Institute of Psychiatry geschrieben hatte und viele seiner Thesen mir schon deswegen bekannt vorkamen, weil sie Ergebnisse seiner unablässigen Diskussionen im Maudsley gewesen waren mit George Brown, John Wing, mit Douglas Bennett und vielen anderen und weil umgekehrt viele Anregungen aus den Diskussionen mit ihm in den Maudsley-Alltag übergegangen waren. Seine Konzepte vom spezifischen Hilfesuchverhalten und vom spezifischen Krankheitsverhalten jedes einzelnen Menschen, das aber sozial determiniert ist und über den Verlauf und die Prognose der Erkrankung entscheiden kann, waren nicht nur mir damals neu. Dass Mechanic nur vier Jahre älter ist als ich, habe ich erst vor kurzem mit großem Erstaunen zur Kenntnis genommen. Vor allem eines seiner vielen späteren Bücher „Mental Health und Social Policy“, das ins Deutsche übersetzt wurde, hat großen Einfluss auf den psychiatriepolitischen Diskurs und die Diskussion über die Psychiatriereform in Deutschland gewonnen.

Die zweite prägende Leseerfahrung jener Zeit waren Erving Goffmans „Asylums“, die erst drei Jahre später ins Deutsche übersetzt wurden: Jenes Buch, das die traditionelle psychiatrische Anstalt als totale Institution darstellt – neben Gefängnis, Klöstern, Schiffen, Internaten, das sich mit dem „Underlife“, dem unsichtbaren Leben und den unsichtbaren Regeln und Normen in solchen Anstalten befasst, das den Begriff

der Krankheitskarriere, in diesem Fall der Moral Carrier der psychisch Kranken einführt und am Schluss die kritische Frage stellt, ob psychiatrische Behandlung überhaupt mit anderer medizinischer Behandlung vergleichbar ist: Ein provokatives Buch, das sich auf gut abgesicherte Beobachtungen stützt, ein in damaliger Zeit unabdingbar notwendiges Buch.

Die größte Freude aber hat mir Ken Kesey's „Einer flog über das Kuckucksnest“ bereitet. Bennett selber hatte mir das Kuckucksnest ans Herz gelegt. Das Kuckucksnest ans Herz gelegt. Das Kuckucksnest ist ja heute noch, vor allem

Aufgrund des Films mit Jack Nickolson ein Werk, das die Psychiatrieszene in große Aufregung versetzt und sie in begeisterte und in empörte LeserInnen bzw. SeherInnen spaltet. Dazu ist anzumerken, dass vermutlich nur wenige der Kritiker das Buch gelesen haben. Mir schien es in der damaligen Zeit außerordentlich authentisch und trotz seiner bedrückenden Traurigkeit in seiner karikierenden Decouvrierung der Psychiatrie über die Massen komisch. Sicher ist, dass Asylums und Kuckucksnest mir heftige Motivationsschübe für die kommende Psychiatriereform vermittelt haben.

Positive Ansätze in Tübingen

Unmittelbar nach meiner Rückkehr nach Deutschland rückte die Möglichkeit der Verwirklichung einer Tagesklinik in Tübingen erstmals in greifbare Nähe. Professor Dr. Schulte, der bis dahin in einer Dienstvilla neben der Klinik gewohnt hatte, baute sich ein eigenes Haus. Die alte Villa wurde von ihm für die Einrichtung einer Tagesklinik vorgesehen.

Nachdem vorher schon zahlreiche andere Pläne und Projekte fehlgeschlagen waren, blieb natürlich eine gewisse Skepsis. Dennoch konnten wir zum ersten Mal konkret planen. Wir taten das sehr detailliert. Denn damals war die Einrichtung einer Tagesbehandlungsstätte auch innerhalb unserer Klinik keines Weges unumstritten. Immer wieder wurde trotz der gegenteiligen englischen Erfahrungen am Bedarf gezweifelt. Eine Kleinstadt wie Tübingen könne keine Tagesklinik tragen. Die Verhältnisse in Deutschland seien anders als in Großbritannien. Allenfalls in Ballungszentren würden Tagesbehandlungseinrichtungen lohnen.

Zumindest zwei Dinge konnten wir damals überzeugend belegen:

1. Tübingen ist zwar kein Ballungszentrum im strengen Sinne. Aber der Raum Tübingen/Reutlingen ist so dicht besiedelt, dass im Einzugsbereich einer Tagesklinik rund eine viertel Million Menschen leben würden.
2. Tübingen ist zu den Betriebszeiten der Tagesklinik, die den Hauptverkehrszeiten entspricht, so gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln zugänglich, dass An- und Abreise für die potentiellen Tagespatienten nicht beschwerlicher sein würden als in einer Großstadt mit ähnlich vielen Einwohnern.

Die Enttäuschung ließ nicht lange auf sich warten. Im Zuge der Straßenneuführung in Tübingen und im Zusammenhang mit dem Bau des Schlossparktunnels, der sich seit 1902 in Planung befindet, musste der Kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik ein neues Domizil zugewiesen werden. Obwohl die ehemalige Direktorenvilla dafür keineswegs ausreichte, beschlossen Fachbereich und Verwaltungsrat der Universität, dass dieses Haus in die künftige Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik einbezogen werden sollte.

Die Seifenblase war geplatzt. Aber wir ließen uns nicht entmutigen. Wir überlegten stattdessen, ob man nicht in vorhandenen Räumen der Klinik auf wenigen Quadratmetern provisorisch anfangen könnte. Über der Werkstatt wurde ein Patientenschreibbüro nach Londoner Vorbild eingerichtet, das der Arbeitstherapie für Tagespatienten dienen sollte. Auf den Stationen wurden verstärkt Patienten als Tagespatienten geführt, wenn auch selten mehr als zwei oder drei pro Station gleichzeitig.

Trotzdem hatten wir das Gefühl, nicht voranzukommen. Das war einer der Gründe, weshalb wir uns schließlich von der praktischen Arbeit zunächst auf die wissenschaftliche verlegten und im Sommer 1970 mit einer Gruppe von Studenten „Ansatzmöglichkeiten für eine gemeindenahe Psychiatrie“ im Rahmen der Universitäts-Nervenklinik Tübingen überprüften.

Die Situation, die wir mühsam und ohne technische Hilfsmittel darlegten, zeigt, dass tatsächlich Ansatzmöglichkeiten für eine gemeindenahe Psychiatrie bestanden. Diese konnten sogar ohne schwerwiegende Eingriffe in die Klinikstruktur realisiert werden, wenn man nur wollte. Spätere Analysen zeigten, dass wir damals zu optimis-

tisch waren. Aber ganz gewiss erleichterte uns dieser Optimismus unsere Arbeit. Zudem waren unsere>> Argumente für eine gemeindenahere Psychiatrie<< nicht zu entkräften.

Die große Chance

Und dann bekamen wir plötzlich doch ein Haus angeboten, eine Jugendstilvilla am Neckar, die um 1900 für eine Professorenfamilie erbaut und in den fünfziger Jahren von einer Burschenschaft übernommen worden war. Im Dezember 1970 statteten wir unserem künftigen Arbeitsplatz einen ersten Besuch ab.

Die Schönheit des geräumigen Hauses mit seinen großen Zimmern und weitläufigen Fluren war unter den verwaschenen Farben und den ungepflegten Fußböden kaum wahrzunehmen. Ein Gang durch das Haus vom Parkboden über den großen Kneippsaal – dem künftigen Tagesraum im Erdgeschoss – bis zur Bar in den Keller und die zahlreichen übrigen Räume im ersten Stock machte uns sehr bald klar, dass dieses Gebäude, unmittelbar am Neckar, eine ideale Lösung sein würde – Stocherkahn und Hausmeisterfamilie, die wir übernehmen sollten, inbegriffen. Über der geschnitzten, massiven Eichenhaustür fand sich sinnigerweise ein Hippokrates-Spruch: "Das Leben ist kurz, die Kunst ist lang, nutze die Zeit!".

Einige Bedenken wurden wegen der Lagen des Hauses laut: unmittelbar vor dem Haus der Neckar, links daneben eine Eisenbahnbrücke und der Eingang in einen Eisenbahntunnel würde das nicht zum Suizid geradezu herausfordern? Wir erinnern uns noch, wie wir mit einem unbehaglichen Gefühl abgewinkt haben. Das müsse man zwar als Problem betrachten aber bei anderen Lagen des Hauses würde es andere Möglichkeiten zum Suizid geben; und wer dazu entschlossen sei, werde auch eine andere Möglichkeit finden.

Diesmal sah es so aus, als würde es wieder alles Erwarteten klappen. Die Gremien der Universität stimmten zu. Der Antrag ging von der Klinik an die Verwaltung der Kliniken, an den Fachbereich, von dort an den gemeinsamen Ausschuss beider Fachbereiche, an den Verwaltungsrat der Universität, ans Rektorat, von dort unter Beteiligung des staatlichen Liegenschaftsamtes an das Kultusministerium und von dort an das Finanzministerium und die Oberfinanzdirektion. Ehrfürchtig und etwas ängstlich beobachteten wir, wie die Bürokratie ihren Lauf nahm.

Der Mietpreis, das war der kritische Punkt, lag unter dem oberen Limit des Liegenschaftsamtes für die Stadt Tübingen – wahrscheinlich, weil in unmittelbarer Nähe die Baustelle für den Schlossparktunnel errichtet werden sollte und schließlich auch errichtet wurde. Dennoch dauerte es noch acht Monate, bis ein vorläufiger Mietvertrag mit der Verbindung abgeschlossen worden war. Zwei weitere Monate vergingen, bis dieser Mietvertrag von den zuständigen Stellen bestätigt worden war, so dass das Universitäts-Bauamt mit der Renovierung beginnen konnte.

Konkrete Planung

Es war schon früh entschieden, dass ich die ärztliche Leitung der Tagesklinik übernehmen würde. Auf Grund der gemeinsamen Arbeit in den sozialen Arbeitskreisen der Tübinger Hochschulgemeinden, den überregionalen sozialpolitischen Arbeitskreisen, auf der Station in der sozialpsychiatrischen Zusatzausbildung für Krankenschwestern, schließlich auch beim Aufbau sozialpsychiatrischer Lehrveranstaltungen war klar, dass Hilde als Krankenschwester dabei sein würde. Und im Sommer 1971, als sich die Tagesklinik als Realität abzeichnet, stieß dann Hannelore zu uns.

Gemeinsam versuchten wir, den Anfang zu planen. Das wurde durch die Ungewissheit im Terminablauf außerordentlich schwer. Auf diese Weise war das Konkreteste, was wir zunächst einmal tun konnten, die beiden selber Tageklinikerfahrungen sammeln zu lassen. Hilde entschied sich dafür, nach Heidelberg zu gehen, Hannelore nach Hannover. Das Wichtigste, was die beiden an diesen heiligen Stätten der damaligen deutschen Sozialpsychiatrie lernten, war, dass auch dort mit Wasser gekocht wurde – eine Erfahrung, die unseren Angstpegel auf ein erträgliches Maß senkte.

Währenddessen arbeitete ich in der Poliklinik der Nervenklinik. Wie sich später herausstellte, war das eine ausgezeichnete Vorbereitung auf die Tätigkeit in der Tagesklinik. Nur wer ambulant gearbeitet hat, kann sich in ausreichendem Masse vorstellen, dass man auch schwerbehinderte Kranke in Tageskliniken behandeln kann, wenn die entsprechenden Voraussetzungen im sozialen Bezugssystem des Patienten dafür vorliegen: wenn solche Patienten nicht selten schon durch die Poliklinik gestützt werden können, dann erst recht durch die Tagesklinik. Tagsächlich war es dann später auch die Leiterin der Poliklinik, die die meisten Patienten in die Tages-

linik überwies.

Noch etwas anderes war wichtig an der Poliklinikerfahrung, die die Ausbildungsordnung für Fachärzte leider nicht zwingend vorsieht: Nämlich die Umkehrung der Verantwortung, die Verantwortung für Patienten, die nicht anwesend sind (nur anlässlich der Beratung) statt, wie auf der Station, für Patienten, die unter dauernder Überwachung stehen. Diese mangelnde Strukturiertheit von Situationen und Problemen kennzeichnete die Wochen vor der Betriebsaufnahme der Tagesklinik. Wir saßen immer wieder in meinem Dienstzimmer in der Poliklinik zusammen und diskutierter Probleme, von denen wir nicht wussten, wie sie aussehen würden.

Wir konnten den Tagesablauf bis zu einem gewissen Grad festlegen. Zumindest konnten wir beschließen, dass wir um 8.30 Uhr beginnen und um 17.00 Uhr aufhören würden. Wir konnten die Zeit für die Beschäftigungstherapie, die Therapiegruppen, das Mittagessen, den Nachmittagstee festlegen. Wir konnten Heidelberger, Hannoveraner und Londoner Erfahrungen gegeneinander aufwiegen und versuchen, sie auf unsere spezielle Situation zu übertragen. Aber wir wussten nicht, welche Relevanz unsere Pläne für die Praxis haben würden. Denn wir hatten keine Ahnung, welche und wie viele Patienten wir erwarten konnten, nicht einmal, wann wir anfangen würden.

Einige Dinge waren klar; über sie brauchte nicht diskutiert zu werden, z. B. über den Verzicht auf die konventionelle Visite, auf Tracht und weißen Mantel. Auch der Vorrang der Gruppenarbeit vor der Einzeltherapie innerhalb des Tagesklinikkonzepts war selbstverständlich. Zwei Therapiegruppen, dienstags und donnerstags nachmittags, eine Hausgruppe am Mittwochvormittag waren aus dem Wochenprogramm der Londoner Tagesklinik übernommen. Der Tee zum Tagesabschluss und der Kaffee nachmittag am Freitag waren überall üblich, wo wir Tageskliniken kannten. Die Beschäftigungstherapie, das wussten wir, würden wir mit den Kenntnissen improvisieren müssen, die unsere Schwestern hatten, mit den wenigen Werkzeugen und dem Material, das uns zur Verfügung stand. Eine Beschäftigungstherapeutin hatten wir damals noch nicht in Aussicht und überhaupt war unklar, wie unsere Personalentwicklung sich gestalten würde. Wir wollten versuchen, Industriebaufträge für eine industriennahe Arbeitstherapie zu bekommen. Aber in der Vorbereitungszeit, als wir noch nicht einmal sagen konnten, wann konkret wir beginnen würden, war die Suche

danach illusorisch.

Eine tägliche, einstündige Personalbesprechung, die eigentlich eine Mischung zwischen Erholungszeit und Konferenz sein sollte, legten wir in die Zeit nach dem Mittagessen, die wir den Patienten als „therapiefreie“ bzw. „therapeutenfreie“ Mittagspause zubilligen wollten. Für diese Zeit würden Decken und Campingliegen zur Verfügung stehen, sollten die Patienten nach Belieben auch das Haus verlassen und in die Stadt gehen können.

Lange Zeit diskutierten wir darüber, ob wir mit den Patienten gemeinsam Mittag essen sollten. Wir entschieden uns schließlich dagegen. Es ist nicht ganz sicher, mit welcher Begründung, vordergründig jedoch mit dem Argument, dass die Therapeuten während des Tages auch ein wenig >>patientenfreie<< Zeit brauchen. Auch wenn die Entwicklung anders verlief, erwies sich dieser Anspruch als außerordentlich stichhaltig. Denn nach drei Jahren Erfahrung sind wir der Überzeugung, dass keine Behandlungsform so aufreibend für die Therapeuten ist wie die Tagesbehandlung.

Insgesamt zeichneten sich unsere Planungskonferenzen dadurch aus, dass Hilde und Hanne verhältnismäßig stark auf Festlegung drängte, während ich immer wieder gegen Festlegungen sträubte mit dem Argument: warten wir doch erst einmal ab, was kommt; improvisieren wir dann. Offenbarmachte die Unsicherheit der Situation den Schwestern zu dieser

Zeit noch mehr Angst als dem Arzt. Allerdings tauchten bei ihm zu dieser Zeit erstmals ernstliche Zweifel auf, wir könnten nicht genügend Patienten angeboten bekommen – die Zweifel also, die er in den Jahren der Vorplanung immer wieder als unbegründet zurückgewiesen hatte. Und diese Angst sollte auch in den nachfolgenden Jahren in bestimmten Perioden immer wieder auftauchen. Sie begleitete ihn sozusagen als Zeichen, dass die Tagesklinik als therapeutische Institution noch nicht ausreichend konsolidiert war.

Der Beginn

Der Übergang von der Planungs- in die Realisierungsphase kam plötzlich im Dezember 1971. Die endgültige Zustimmung des Liegenschaftsamtes und der Oberfinanzdirektion zum Mietvertrag waren eingetroffen. Unmittelbar danach hatte das

Universitäts-Bauamt mit der Renovierung begonnen.

Hannelore musste vorzeitig aus ihrem Tagesklinikpraktikum in Hannover zurückgerufen werden. Hilde kam fast gleichzeitig aus Heidelberg zurück. Sie sollten das Haus einrichten, ohne dass Geld dafür vorhanden war. Für beide begannen Wochen der abenteuerlichen Erforschung von Kellern und Dachböden der Tübinger Kliniken. Sie suchten alte Möbel zusammen, schmirgelten sie ab und malten sie neu an. Es war nicht ganz das, was man sich unter der Arbeit einer Krankenschwester vorstellt. Glücklicherweise war es aber eine gute Vorbereitung auf die notwendigen nachfolgenden Improvisationen im Tagesklinikbetrieb, insbesondere in der Arbeits- und Beschäftigungstherapie.

Währenddessen durchkämmte ich die Poliklinik und die Stationen nach potentiellen Tagespatienten. Das war nicht ganz einfach; denn einerseits sollten die Patienten die vor der Eröffnung liegenden Wochen über Weihnachten möglichst ohne Krankenhausbehandlung überstehen; andererseits sollte sie aber auch nicht nur deswegen auf der Station festgehalten werden oder aus der Poliklinik in die Tagesklinik eingewiesen werden, weil wir Patienten brauchten. Eine weitere Komplikation schließlich bestand darin, dass das Bauamt nicht verbindlich sagen konnte, wann das Haus nun zur Verfügung stehen werde.

Nach der Inspektion des Hauses unmittelbar vor den Feiertagen entschlossen wir uns, offiziell den 10. Januar 1972 als Betriebsbeginn festzusetzen, uns intern jedoch zehn weitere Tage als Spielraum einzuräumen und am 19. Januar zu beginnen. So kam es, dass ich seit den ersten Januartagen in meinem sehr schönen, aber kahlen Zimmer im ersten Stock der Tagesklinik saß, in dem es nur einen Schreibtisch, einen Stuhl und eine Stenorette gab und an meinen "Argumenten für eine gemeindenahere Psychiatrie" bastelte. Hilde und Hanne suchten währenddessen das letzte Inventar zusammen, ließen ihren Charme spielen und von Zeit zu Zeit, wenn es sein musste, auch eine Flasche Schnaps springen, um den Transport von der Klinik in die Tagesklinik zu sichern. Dabei half ihnen eine ehemalige Patientin der Klinik, die gerade aus einem Landeskrankenhaus entlassen worden war. Eine unserer künftigen Patienten stattete uns bereits täglich einen Besuch ab, um zu sehen, wie weit wir wären.

Endlich war es soweit. Wir warteten gespannt auf das Eintreffen unserer ersten Patienten. Es waren ganze drei. Aber wir waren außerordentlich erleichtert, als sie tatsächlich kamen: in ein großes, auf dreißig Patienten bemessenes, überwiegend uneingerichtete, unaufgeräumtes, von den Renovierungsarbeiten verschmutztes Haus, in dem es zu diesem Zeitpunkt noch ziemlich ungemütlich war. Nicht zuletzt deswegen lösten sie in uns das intensive Bedürfnis aus, etwas für sie zu tun, damit sie uns nicht gleich wieder am ersten Tag davonliefen. Wir hatten das Gefühl, uns bei ihnen entschuldigen zu müssen, sie hatten das Gefühl, uns bei ihnen entschuldigen zu müssen, sie um Verständnis dafür bitten zu müssen, dass ausgerechnet sie unsere ersten Versuchskaninchen sein sollten.

Immerhin, die von uns allen etwas grotesk erlebte Situation führte dazu, dass wir bereits am ersten Tage einen wichtigen Punkt unserer Vorausplanung umstießen. Wir fanden es zu dumm, die drei Patienten zum Mittagessen in den großen Tagesraum zu verweisen, für den wir glücklicherweise das Gestühl der Haigerlocher Schlossbrauerei hatten behalten dürfen, die die Verbindung mit Bier versorgt hatte, sie dort allein essen zu lassen und uns in das ebenso ungemütliche Dienstzimmer zurückzuziehen. Wir kamen später nie ernstlich auf die Idee, das zu ändern. Das gemeinsame Mittagessen wurde rasch zu einem wichtigen Element der Begegnung zwischen Therapeuten und Patienten. Als sich später einzelne Teammitglieder zeitweise davon zurückzogen, erkannten wir bald, dass das ein sehr feines Barometer für Spannungen war, sei es unter dem Personal oder zwischen Personal und Patienten.

Wir blieben glücklicherweise nicht lange mit unseren drei ersten Patienten allein. Im Laufe der Woche kamen für weitere dazu ausnahmslos Kranke, die wir von unseren früheren Stationen oder aus der Poliklinik kannten. Unsere Patienten waren in den ersten Tagen außerordentlich nett zu uns. Sie versuchten, uns im gleichen Maße über unsere Unsicherheit in der ungewohnten Situation hinwegzuhelfen, wie wir ihnen.

Die Ängste der Therapeuten

Alle Teammitglieder hatten schon vor der Aufnahme des Betriebs erhebliche Ängste; der Arzt und unter dem Eindruck der Tatsache, dass die meisten psychiatrischen Tageskliniken in Deutschland nicht funktionierten, vor allem davor, dass es mögli-

cherweise nicht gelingen werden, genügend geeignete Patienten zu rekrutieren; die Schwerstern davon, möglicherweise keine ausreichende attraktives Tagesprogramm anbieten zu können, das die Patienten motivierte, jeden Tag zu kommen. Nach Betriebsbeginn verstärkten sich diese Ängste und schlugen sich bei allen Beteiligten in psychosomatischen Beschwerden nieder. Bei der täglichen Teambesprechung stellt sich bald heraus, dass die Ursache dafür in der völlig neuen Beziehung zwischen therapeutischem Personal und Patienten zu suchen war: Die Patienten waren nicht mehr dem Personal ausgeliefert, wie etwa auf einer geschlossenen psychiatrischen Station, in geringerem Maße aber auch auf einer offenen Station. Das Personal war darauf angewiesen, dass die Patienten seine Arbeit in einem solchen Maße schätzten, dass sie sich ausreichend motiviert fühlten, jeden Morgen in die Tagesklinik zu kommen. Angesichtes des verminderten Antriebs bei vielen Patienten erschien uns das geradezu als widersinnig. Aber es funktionierte. Die Patienten kamen in den ersten Wochen pünktlich und regelmäßig wie später kaum je wieder.

Auf die Auswahl der Patienten hatten wir wenig Einfluss. Wir gewannen bald den Eindruck, die Stationen benutzten die Gelegenheit, uns Patienten anzubieten, die bei ihnen aus irgendwelchen Gründen unerwünscht waren, unabhängig von ihrer Eignung für die Tagesbehandlung. Wir hatten zwar vorher abgesprochen, dass die Aufnahme jedes einzelnen Patienten vorher gründlich durchdiskutiert werden sollte. Das wurde während der ersten Wochen noch eingehalten. Aber schon sehr bald sah der Arzt sich unter wachsendem psychologischen Druck, vor allem der Poliklinik sofort Zusagen zu erteilen. Das hatte einige verhältnismäßig heftige Diskussionen unter uns zur Folge, für welche Patienten wir zuständig sein sollten. Wir einigten uns schließlich auf die Formen, wir würden es mit allen Patienten versuchen, die sonst in Landeskrankenhaus verlegt würden. Ausnahmen bilden lediglich Alkoholiker und Drogenabhängige. Dieser Entschluss zur uneingeschränkten sofortigen Aufnahme der uns angebotenen Patienten erwies sich später als richtig, da die Poliklinik auf Grund unseres Entgegenkommens allmählich die Tagesklinik als Alternative zur stationären Behandlung immer in Erwägung zog. wenn es schwierig, war, einen Patienten stationär unterzubringen.

Der Tagesplan

Die Tagesklinik war von Anfang an montags bis freitags von 8.30 Uhr bis 17.00 Uhr

geöffnet. Der Betrieb dauerte für die Patienten von 9.00 -16...30 Uhr. Der Tag war außer durch das Mittagessen und den 4-Uhr-Tee durch zwei wöchentliche Gruppengespräche und Beschäftigungstherapie an allen Vormittagen strukturiert. An den Nachmittagen war neben Beschäftigungstherapie einmal wöchentlich Gymnastik vorgesehen, eine Gemeinschaftsveranstaltung außerhalb des Hauses ebenfalls einmal wöchentlich und schließlich freitags ein Kaffeenachmittag vor der Entlassung ins Wochenende. Das Personal hatte sich die einstündige Mittagspause der Patienten für eine tägliche Besprechung vorbehalten. So war es vorausgeplant, im Wesentlichen hielten wir uns auch daran. Aber in einigen, nicht unwesentlichen Punkten wichen wir von unseren ursprünglichen Plänen ab. Die Gruppengespräche wurden auf Wunsch der Patienten schon nach wenigen Tagen von zwei auf fünf wöchentlich vermehrt. Sie waren anfangs eine Mischung von Hausversammlung und Therapiegruppe, wurden verhältnismäßig direktiv geführt und erwiesen sich als Mittelpunkt des Tages.

Arbeits- und Beschäftigungstherapie

Die Beschäftigungstherapie erschien uns von Anfang an als problematisch. Wir hatten vor, eine Kombination von Arbeits- und Beschäftigungstherapie einzuführen; jedoch erwies es sich als schwierig, bei der geringen Patientenzahl bezahlte Arbeitsaufträge zu bekommen. Außerdem hatten wir den Eindruck, wir müssten den Patienten individuell gerecht werden, so dass die Zahl der Patienten, die zur Arbeitstherapie in Frage gekommen wären, wesentlich geringer war als die absolute Patientenzahl. In den ersten Wochen wurde recht bald deutlich, dass die Patienten unseren Tagesplan als relativ verbindliches Gefüge von Erwartungen an sie auffassten. Das wurde an einzelnen kleinen Vorfällen deutlich. Als wir eines Tages einen Patienten baten, sich abzumelden, wenn er das Haus verlasse, äußerte er bald darauf im Gruppengespräch, hier sei es so ähnlich wie auf den geschlossenen Stationen, hier sei man auch eingesperrt und dürfe nicht aus dem Haus. Über die Beschäftigungstherapie klagte derselbe Patient recht bald, hier müsse man arbeiten. Und da er nicht arbeiten wollte und meinte, die anderen Patienten müssten diese Auffassung teilen, zettelte er recht bald einen kleinen Streik an und wartete offensichtlich gespannt auf unsere Reaktion.

Die Reaktion der Nachbarschaft

Eine der unausgesprochenen Ängste war die Reaktion der Nachbarschaft. Kurz zuvor hat es eine Bürgerinitiative gegen die Einrichtung eines Geistig-Behinderten-Heims in der Nähe von Stuttgart gegeben. Die Tagesklinik liegt inmitten einer Wohngegend. So waren solche Reaktionen auch in Tübingen nicht ausgeschlossen. Sie blieben jedoch aus; und wir glaubten, dass sie damit zu tun haben, dass wir den Hausmeister unserer Vorgänger übernahmen und dass dieser die Verbindung zur Nachbarschaft aufrechterhielt und in seiner Weise Öffentlichkeitsarbeit für unsere Patienten betrieb: Sie diese im Haus seien, sei es ausgesprochen ruhig und friedlich. Er habe endlich Menschen im Haus, >die sich wie vernünftige Leute benehmen.

Der Beginn der Konsolidierung

Gegen Ende der ersten vier Wochen zeichnete sich eine gewisse Konsolidierung ab. Die Patienten blieben nicht weg; sie kamen zu unserer Überraschung und Freude regelmäßig jeden Morgen, wenn auch zunehmend unpünktlicher. Zwischenfälle am Wochenende und am Abend blieben allen Unkenrufen zum Trotz aus. Wir gewöhnlich uns allmählich an unsere neue Situation. Wir entließen die ersten Patienten nach Hause, mussten zähneknirschend die erste Rückverlegung auf Station einleiten; und wir nahmen weitere Patienten auf. Nach einigem zögern den Abtasten entwickelt sich aus dem Nebeneinander der ersten Tage ein Miteinander, eine therapeutische Gruppe. Die Tagesklinik, wie wir sie uns vorgestellt hatten, begann Gestalt anzunehmen. Am Ende der ersten vier Wochen wussten wir, dass wir nicht geträumt hatten.

Die weitere Entwicklung

Ich habe die spannenden Jahre der weiteren Entwicklung unserer Tagesklinik bis Ende 1974 (bis zu meinem Weggang nach Wunstorf) in meinem Piper-Band „Die Tagesklinik“ beschrieben (München 1977). Sie war ohne Zweifel ein Erfolgsmodell. Noch 1972 konnten wir sie mehrfach erweitern und schließlich in Spitzenzeiten unserer Zielgröße von 30 besetzten Tagesplätzen erreichen. Die Klinik wies uns nach heftigen Auseinandersetzungen die Planstelle einer Ergotherapeutin und eine weitere Arztstelle zu, nachdem ich neben der Leitung der Tagesklinik die Funktion eines Oberarztes der Klinik übernahm. Zeitweise arbeitet zusätzlich ein Zivildienstleist-

der Arzt in unserem Team, so dass wir im Personalbereich für die damaligen Verhältnisse einen verhältnismäßig großen Spielraum hatten. Wir konnten unser gruppenorientiertes milieutherapeutisches Konzept umsetzen und eine wachsende Nachsorgegruppe von ehemaligen Patientinnen und Patienten aufbauen, die sich im Lauf der Jahre zu einer veritablen Ambulanz mit annähernd 100 Klientinnen und Klienten auswuchs. Entwickelten einen arbeitstherapeutisches Konzept, dessen Kern darin bestand, unsere Patienten bei der Rückkehr ins Studium und an den eigenen Arbeitsplatz zu betreuen. Man mag es heute kaum glauben. Und die meisten Patienten hatten ihren Arbeitsplatz halten können und wurden bei ihrer Rückkehr wohlwollend wieder aufgenommen – überwiegend in kleinen und mittelgroßen Betrieben der Region.

So erfolgreich unsere Arbeit vor Ort war, so enttäuschend war unsere Missionsarbeit in Sachen Tagesklinik. Unsere Einrichtung gehört zum ersten Dutzend Tageskliniken in Deutschland; und es wollten in diesen ersten Jahren auch nicht mehr werden. Dabei waren es die Jahre der Arbeit an der Psychiatrie-Enquete. Noch 1974 war unsere Antwort auf die Frage: „Hat die Tagesbehandlung in Deutschland eine Chance?“, die wir im ersten Heft der Psychiatrischen Praxis stellten, verhalten skeptisch. Tatsächlich waren die Voraussetzungen ungünstig, solange die stationäre psychiatrische Versorgung im Wesentlichen von den 100 meist abgelegenen Krankenhäusern getragen wurde, und die Idee von selbstständigen Tageskliniken von den meisten Fachleuten als abwegig empfunden wurde. Immerhin, nur 10 Jahre später gab es 100 Tageskliniken im Lande, und heute sind sie eine Selbstverständlichkeit. Eine psychiatrische Versorgungseinrichtung ohne die Möglichkeit der Tagesbehandlung ist kaum mehr vorstellbar.

Psychiatrie als Lebensschule

Aber schon damals war die Tagesklinik das Symbol einer neuen therapeutischen und rehabilitativen Psychiatrie. Sie war offen. Sie war gemeindenah. Sie war gruppen- und milieutherapeutisch orientiert. Sie war auf kollegiale Zusammenarbeit, auf Teamarbeit angewiesen – und auf die Kooperation der Kranken: Anders als in der Klinik konnten wir uns, wenn wir abends die Tür hinter uns abschlossen, nicht darauf verlassen, dass unsere Patienten unsere Patienten am nächsten Morgen da sein würden. Wir mussten ihnen ein Angebot machen, auf das sie sich einlassen konnten.

Wir mussten sie in unserem eigenen Interesse in die Gestaltung ihrer einbeziehen, mit ihnen über die Behandlung verhandeln – auch über die Medikamentenbehandlung. Das war eine ungewöhnliche lehrreiche Erfahrung. Schon das allein machte die Tagesklinik zur Therapeutenschule. Und da wir den Patienten jeden Abend nachhause schickten, mit Wochenende sogar für zwei Tage, drängte sich auf, dass wir ihre Familie einbezogen. Das war damals eher ungewöhnlich. Aber wir lernten in der Studentenstadt Tübingen auch, dass Tagesbehandlung auch bei allein Stehenden möglich war. Das war nerviger, als wenn eine Familie sich sorgte. Aber es ging, obwohl das bis dahin als Ausschlusskriterium gegolten hatte. Auch das war eine wichtige Erfahrung. Die Tagesklinik war also in jeder Hinsicht ein Ort lebendigen Lernens, für die Kranken und für uns Therapeuten. In der Tagesklinik wurde die Psychiatrie zur Lebensschule, so der Untertitel meines Tagesklinik-Buches.

Jenseits solcher therapeutischen Überlegungen gab es auch ganz handfeste Gründe, die stationäre Therapie überall wo es möglich war durch Tagesbehandlung zu ergänzen. Die Einrichtung einer Tagesklinik bedurfte nur verhältnismäßig geringer Investitionen. Jede alte Villa ließ sich ohne viel Aufwand umfunktionieren. Die Basis der Tagesbehandlung war eine 40 Stundenwoche auf der Grundlage der Fünf-Tage-Woche. Für die Mitarbeiter gab es keinen Nacht- und Wochenend-Dienst. Dadurch war eine Kontinuität der Betreuung gewährleistet, die im Klinikbetrieb nicht vorstellbar war. Und gleichzeitig war auch bei verhältnismäßig geringem Personalschlüssel eine große Betreuungsdichte gewährleistet.

Aus heutiger Sicht sind das alles alte Hüte. Damals eröffnete sich für uns eine neue Dimension.