

**Asmus Finzen**

**Erlebte Psychiatriegeschichte**

**Band II**

**Bewegte Jahre (1970 bis 1974)**

Stand 12.4.2011/25.3.2012

[www.finzen.ch](http://www.finzen.ch)

# Inhalt

<b>Inhalt</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorbemerkung</b> .....	<b>8</b>
<b>Vorbemerkung II</b> .....	<b>9</b>
Leben und Arbeiten in Tübingen: 1968 bis 1974 .....	9
<b>Leben und arbeiten in Tübingen 1970 bis 1974</b> .....	<b>12</b>
Neurologie .....	12
Poliklinik II.....	14
Tagesklinik.....	15
Schulte und Tölle .....	16
Psychiatrische Forschung damals .....	18
Frühe Versorgungsforschung: Auf dem Wege zur Habilitation .....	20
Das sozialpsychiatrische und das medizinsoziologische Seminar.....	22
Wissenschaftlicher Rat .....	23
Das Ringen um neue Strukturen: Universitätsreform und Klinikreform .....	23
Sozialpsychiatrie: ein Selbstläufer .....	25
Der Einschnitt. Schultes Tod. Lempps Vertretung .....	26
Frontenbildung.....	28
Unruhige Zeiten .....	29
Langsamer Abschied .....	31
<b>Das Tagesklinikprojekt. Tübingen/London 1968 bis 1972: Auf dem Wege zur teilstationären Behandlung</b> .....	<b>33</b>
Realitäten der 60er Jahre .....	34
Community Psychiatry – ein Fremdwort .....	36
Als Psychiatrie-Touristen in London.....	37
Westminster und Maudsley.....	38
Die Psychiatrie in England: Die psychiatrische Tagesklinik .....	40

August 1969: Der Weltkongress für Sozialpsychiatrie und seine Satelliten ...	41
Als „Clinical Assistent“ am Maudsley Day Hospital .....	43
Behandlungsort und Programm zugleich .....	44
Der Mittelpunkt: Die Hausgruppe .....	45
Die „Workers Group“ .....	46
Das Team .....	47
Die Rehabilitation Unit: Brown und Wing .....	48
Tagesklinikmilieu und therapeutische Kultur .....	49
Exkurs: Normen und Rollenerwartungen .....	50
Beyond Work .....	52
Weitere Begegnungen .....	53
Wie ein trockener Schwamm .....	54
Positive Ansätze in Tübingen.....	55
Die große Chance.....	57
Konkrete Planung .....	58
Der Beginn.....	60
Die Ängste der Therapeuten.....	62
Der Tagesplan .....	63
Arbeits- und Beschäftigungstherapie .....	64
Die Reaktion der Nachbarschaft .....	65
Der Beginn der Konsolidierung .....	65
Die weitere Entwicklung.....	65
Psychiatrie als Lebensschule.....	66
<b>Frühe Forschung .....</b>	<b>68</b>
Psychiatrie und Öffentlichkeit.....	69
Versorgungsforschung.....	72
Ansatzmöglichkeiten für eine gemeindenahe Psychiatrie: Wo stecken die Tübinger psychisch Kranken? .....	75

Untersuchungen zur psychiatrischen Krankenversorgung in Baden Württemberg .....	80
Zur Situation von ausländischen Arbeitnehmern in stationärer psychiatrischer Behandlung .....	83
Der Patientensuizid.....	83
Untersuchungen zur Compliance.....	86
Zum Schluss .....	89
Querverweise.....	91
Literatur.....	91
<b>Schreiben, Übersetzen, Redigieren, Herausgeben .....</b>	<b>97</b>
Die Gründung der Schulzeitung .....	97
Auf der Suche .....	98
Schreiben als Leidenschaft.....	99
Übersetzungen: „Sozialpsychiatrische Texte“ .....	100
Die Gründung der „Werkstattsschriften“ .....	101
Die Gründung des Psychiatrie Verlages .....	102
Noch einmal zu den Anfängen.....	104
Wissenschaftsjournalistische Arbeit für die FAZ .....	105
Blätter für Psychiatrie und Nervenheilkunde .....	110
Psychiatrische Praxis.....	111
Bücher .....	113
Querverweise.....	113
Literatur.....	113
<b>Im Vorfeld der Psychiatriereform. 1970: Ein Jahr der Tagungen .....</b>	<b>117</b>
Vorbemerkung .....	117
Bendorf .....	119
Mannheimer Mediensymposium .....	120
Hamburger Tagung.....	121

Der Mannheimer Kreis .....	123
Der 73. Deutsche Ärztetag.....	124
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde.....	125
Goldener Oktober: Bonn, Gütersloh, Loccum .....	127
Bonn: der Gesundheitsausschuss des Bundestages informiert sich .....	128
Gütersloh: Der Tag der Studenten .....	128
Loccum .....	129
Im Vorfeld der Gründung der DGSP: Das zweite Mannheimer Kreistreffen in Hannover.....	134
Bad Teinach.....	135
Bonn: Die Gründung der Aktion Psychisch Kranke.....	136
Literatur.....	137
Querverweise.....	137
<b>Erinnerungen an die Anfänge von DGSP und Mannheimer Kreis (1970 bis 1982).....</b>	<b>138</b>
Vorbemerkung .....	138
Wie alles anfang: Die Hamburger Tagung .....	140
Das Treffen in Mannheim.....	142
Mannheimer Kreis und Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie .....	144
Vor der Gründung der DGSP.....	147
Die Anfänge der DGSP .....	148
Tübingen, Herbst 1971 .....	150
1972: Bethel, Gütersloh .....	151
Führungsstrukturen: Wer soll wie führen? .....	154
Von der Bewegung zur Gesellschaft. Geschäftsstelle in Wunstorf .....	156
Rücktritt und Spannungen .....	158
Der "Auflösungsbeschluss" .....	159
1980: Demonstration in Bonn .....	160

“Wie hältst du es mit dem Auflösungsbeschluss? .....	162
Der Bruch.....	163
Literatur.....	163
Querverweise und Anmerkung zum Schluss .....	163
<b>Psychiatrie-Enquete und Psychiatrie-Reform (1970 -1975.....</b>	<b>165</b>
Ein nationaler Notstand.....	165
Geschlossene Anstalten .....	166
Asyle für Euthanasie-Ärzte .....	168
Universitätspsychiatrie nach dem Krieg.....	169
Die psychiatrische Krankenversorgung in der Bundesrepublik vor der Psychiatrie-Enquete. Einige Daten. ....	170
Repressionen und erste Risse im restaurativen Klima.....	176
Zum Beispiel Unterfranken .....	177
Allmählicher Stimmungswandel .....	178
Irrenhäuser .....	180
Wege zur Enquete .....	181
Die Hearings des Gesundheitsausschusses.....	182
Die Enquete beginnt .....	184
Der Zwischenbericht: "Unter elenden, menschenunwürdigen Umständen" .	185
Brutale Realität .....	186
Die Arbeitsgruppe Intramurale Psychiatrie.....	192
Bewegung in den Kliniken.....	193
Differenzen .....	194
Der Abschlussbericht .....	195
Die Jahre danach: Verbesserung oder Reform?.....	197
Literatur.....	201
Querverweise.....	202

<b>Die bewegten Jahre. Der Schatten der RAF (1967 bis 1974)</b> .....	<b>203</b>
Bewegung von rechts .....	205
Tod am 2. Juni .....	206
Ostern 68: Schüsse auf Rudi Dutschke .....	207
Gudrun Ensslin .....	209
Tübinger Sommer .....	210
Keine Anarchie .....	211
Beinahe-Berührungen.....	213
Rote Hilfe zu Gast beim DGSP-Vorstand .....	214
Das sozialistische Patienten-Kollektiv.....	214
Hilflose Staatsautorität .....	216
Ruhe und Turbulenzen in Tübingen.....	217
Anstöße zur persönlichen Bewegung .....	219
Die 68er .....	221
Literatur.....	222

## **Vorbemerkung**

*Die Veröffentlichung eines Buchmanuskripts im Netz hat für den Autor mannigfache Vorteile.*

Sie verkürzt den Weg zum Leser, zur Leserin.

Sie erspart die leidige Suche nach einem Verleger.

Sie löst das Problem der Finanzierung, zumal bei einem Buch, das sich an einen mutmaßlich kleinen Kreis von Interessierten wendet.

Sie erlaubt es dem Verfasser, Work in Progress ins Netz zu stellen und es zu überarbeiten, wenn ihm danach ist oder wenn Leserinnen und Leser ihm dazu raten oder ihn dazu auffordern.

Die Veröffentlichung im Netz hat auch Vorteile für die Leser.

Sie können den Text überfliegen, sich das Inhaltsverzeichnis oder einzelne Kapitel anschauen, bevor sie sich entschließen, den Text oder Teile davon herunterzuladen.

Sie sparen Kosten und Zeit.

Was sie nicht erhalten, ist ein gebundenes Buch. Das bedaure ich. Ich hätte es auch gern anders. Leider fehlt ein Lektorat. Auch das Korrekturen lesen war laienhaft. Ich bitte dafür um Nachsicht. Aber ich fürchte, dies ist im Augenblick der einzige Weg, mein Manuskript kostengünstig unter die Leute zu bringen, die sich potentiell dafür interessieren.

## Vorbemerkung II

Im Mittelpunkt des zweiten Bandes meiner „erlebten Psychiatriegeschichte“ stehen Geschehnisse aus der Zeit nach meiner Rückkehr aus England bis zu meinem Wechsel nach Wunstorf. Es waren ereignisreiche Jahre: Für mein Leben, für die Klinik, für die Universität und für das Land. Es war die Zeit, in der der Gärungsprozess der Nach-68 er Jahre andauerte. Es waren die Jahre der Kanzlerschaft Willy Brandts mit ihren Weichenstellungen und ihren Verwerfungen. Und für uns in der Tübinger Nervenklinik waren es – ab 1972 die Jahre nach dem Tod unseres väterlichen Chefs Walter Schulte mit allen ihren Verunsicherungen.

Anders als im ersten Band meines Berichts folge ich der Chronologie der Ereignisse nur im ersten Kapitel. Danach widme ich mich den Themen und Erzählsträngen der beruflichen Ereignisse und Entwicklungen jener Jahre. Die meisten von ihnen haben ihre eigene Chronologie. Angesichts ihrer Unterschiedlichkeit wäre es vermessen, auch nur zu versuchen, sie in einer in sich geschlossenen Gesamtdarstellung zu vereinen. Dazu kommt, dass die Themen zum Teil nur mittelbar mit meiner Arbeit in der Klinik zu tun haben. Aus diesen Gründen stelle ich sie auch getrennt ins Netz:

- Leben und Arbeiten in Tübingen: 1968 bis 1974
- Das Tagesklinikprojekt: Tübingen/London 1968 bis 1972. Auf dem Wege zur teilstationären Behandlung
- Frühe Forschung
- Schreiben, Redigieren, Übersetzen und Herausgeben
- Im Vorfeld der Psychiatriereform: 1970, ein Jahr der Tagungen
- Erinnerungen an die Anfänge von Mannheimer Kreis und die DGSP 1970-1982 Psychiatrie- Enquete und Psychiatriereform 1970-75
- Die bewegten Jahre 1967 bis 1977

Auf dieser Liste fehlt ein Kapitel über meine Lese- und Lehrerfahrungen in diesen Jahren, obwohl es ein Schlüssel zu vielen Dingen ist, die wir damals gedacht, wei-

tergegeben und zum Teil in Handeln umgesetzt haben. Ich werde versuchen, es nachzuliefern.

Ebenfalls anders als im ersten Band geht es hier nicht zu sehr um das, was ich in diesen Jahren erlernt und erfahren habe – das war viel. Mein Anliegen ist es vielmehr, zu berichten, was sich in diesen bewegten Jahren geeignet hat und was ich zum Teil mitgestalten konnte: als inzwischen erfahrener Assistent der Klinik, später als Oberarzt und wissenschaftlicher Rat, als Lehrbeauftragter und Dozent für Sozialpsychiatrie und Medizinsoziologie, als Betreuer von zahlreichen medizinischen Dissertationen, als Assistentenvertreter im neu geschaffenen Fachbereichsrat der früheren medizinischen Fakultät. Als Mitwirkender am Landespsychiatrieplan, als Sprecher der Aktion psychisch Kranke, als Mitarbeiterin der Psychiatrie-Enquete, als Gründungs- und Vorstandsmitglied der DGSP, als Mitherausgeber der Werkstatt-schriften zur Sozialpsychiatrie und als Mitbegründer und erster Herausgeber der psychiatrischen Praxis; schließlich als Mitarbeiter der Wissenschafts-Redaktion der FAZ und als journalistischer Begleiter der Psychiatrie-Enquete. Alles zusammenge-nommen ist das sehr viel. Im Rückblick will mir scheinen, es war zu viel. Aber ich habe keine Entschuldigung. Ich habe alle diese Gelegenheiten ergriffen, als sie sich mir boten. Immerhin habe ich es geschafft, das Angebot aber die Geschäftsführung der Enquete-Kommission zu übernehmen, abzulehnen.

Ralf Dahrendorf schreibt in seinen Lebenserinnerungen „Über Grenzen“ (2002), es gebe im Leben eines jeden Menschen ein – berufliches – Schlüsseljahr. Bei ihm sei es das 27. Lebensjahr gewesen. Bei mir war es das 30.: die Zeit vom Erscheinen meines ersten Buches über die Monate in London bis Mitte 1970, dem Zeitpunkt der Geburt meiner Tochter. Damals schien irgendwie alles auf mich zuzufliegen. Ich musste es nur festhalten. Ich will es bei diesem Anklang an mein privates Leben be-lassen. Das hat das natürlich auch gegeben. Aber das gehört nicht hierher, obwohl es ohne Zweifel eine Wechselwirkung mit dem beruflichen Leben gegeben hat. Aber ich schreibe keine persönliche Autobiographie. Ich versuche, die Entwicklung und die neuere Geschichte der Psychiatrie so zu beschreiben, wie ich sie miterlebt – und zu einem kleinen Teil mitgestaltet – habe und auch das eher episodisch als systema-tisch. Ich schreibe aus der Perspektive der Jahre 2010 und 2011. Und jedes Mal, wenn ich ein Kapitel durchsehe, gefällt mir manches ein, was noch fehlt oder wovon

ich meine, dass es fehlt. Aber ich habe mir vorgenommen, wenigstens vorerst einen Abschluss zu finden. Es ist das Privileg des elektronischen Zeitalters, dass man lebenslang an einem Text herum doktern kann, zumindest solange er nicht gedruckt ist.

### **Literatur**

Dahrendorf, Ralf: Über Grenzen. Lebenserinnerungen. C. H. Beck: München 2002.

## **Leben und arbeiten in Tübingen 1970 bis 1974**

Die Zeit nach meiner Heimkehr aus England war voller Ereignisse. Aber im Grunde war die Teilnahme an den zahlreichen Tagungen des Jahres 1970 und das Engagement beim Mannheimer Kreis und DGSP sowie meine journalistischen Arbeit ebenso Nebenbeschäftigungen wie die Vorbereitung für die Gründung der Tagesklinik, die frühen Forschungen, die Lehraufgaben in Sozialpsychiatrie und Medizin-Soziologie und schließlich die Mitwirkung als Assistentenvertreter in der neu gegründeten Fachbereichs-Konferenz, der Universität, die die alte Fakultät ablöste. Zur Hauptsache war ich Assistenzarzt in Facharztweiterbildung an der Universitätsnervenklinik in Tübingen.

Unmittelbar nach meiner Rückkehr nahm ich meinen Dienst auf meiner alten Station, der geschlossenen Männerabteilung D, wieder auf. Mein Kompagnon, Gunther Heinz – später Forensiker in Münster, Haina und Göttingen – machte es mir anfangs nicht leicht; und ich konnte ihn gut verstehen: entgegen allen Zusagen hatte man ihnen über vier Monate auf der Station alleingelassen. Entsprechend schlecht war mein Gewissen. Allerdings wäre es in jenen Dezemberwochen 1969 mit einem Arzt auf der Abteilung wirklich nicht gegangen.

Die Grippewelle erreichte rechtzeitig zu meiner Rückkehr ihren Höhepunkt. Das führte nicht nur zu Ausfällen im Pflegebereich. Vor allem kam es zu einem drastischen Anstieg von Kranken, deren Alkoholmissbrauch unter der Grippe zu einem Prädelir beziehungsweise zu einem voll ausgebildeten Delirium Tremens dekompensiert war; und die Kombination von beiden war lebensbedrohlich. Aus der Retrospektive fast ein Wunder, dass wir keinen Patienten verloren. Wir mussten damals noch relativ wenig über die Bedeutung des Elektrolytausgleichs beim Delir; und unser Umgang mit den Distranurin-Infusionen als Therapeutikum der Wahl war abenteuerlich freihändig. Wir lernten erst in den Jahren danach, wie gefährlich das Medikament bei zu rascher auf Dosierung und bei Überdosierung war.

### **Neurologie**

Wenige Monate später, zu Beginn meines dritten Weiterbildungsjahres, wechselte ich für ein Jahr auf eine der beiden neurologischen Stationen der Klinik, um dort mein

“Pflichtjahr” abzuleisten. Ich tat das, anfangs zumindest, nur mit geringer Begeisterung. Im Rückblick war es dennoch ein wichtiges Jahr - und das nicht nur, weil es noch einmal unterstrich, dass wir auch als Psychiater Ärzte waren und sind. Im Rückblick habe ich auch den Eindruck, dass die Tätigkeit als Arzt in der Neurologie “entspannender” war als die Arbeit in der Psychiatrie.

Die Wege der Diagnostik und der Therapie waren klarer vorgezeichnet, auch wenn die Prognosen der Krankheiten, die wir diagnostizierten, oft wenig Raum für Behandlung ließen und einen ungünstigen Verlauf vorhersagten, etwa bei Kranken mit Multiplen Sklerosen oder Hirntumoren. Denn neben einzelnen Kranken mit ausschließlich peripheren neurologischen Syndromen war das unsere Klientel. Sie sah völlig anders aus als die Hirnneurologie die heute im Mittelpunkt der Neurologie steht. Kranke mit Demenzen wurden in der Psychiatrie behandelt, und Kranke mit Schlaganfällen blieben in der Inneren Medizin. Die wenigen Patienten mit Hirnblutungen, die sich zu uns verirrt, wurden im Wachsaal der Psychiatrie behandelt, weil es keine neurologische Wachstation gab - übrigens auch nicht in der kleinen neurologischen Klinik, die es seit den 60er Jahren in Tübingen gab.

Bei der Diagnostik stand im Zeitalter vor der Computer-Tomographie und vor der Computer-Tomographie die klassische medizinisch-neurologische Untersuchung im Vordergrund: die Reflexprüfung mit dem Gummi-Hammer, die Sensibilitätsprüfung mit der Nadel, die klinische Prüfung der Motorik durch Stehversuche, Finger-Nasen-Texts oder Gehen mit offenen oder geschlossenen Augen, Prüfung der Augenbewegungen, der Pupillenreaktion, Spiegelung des Augenhintergrundes, um indirekt Hirndruckzeichen zu finden. Unter den apparativen Untersuchungen stand das EEG ganz im Vordergrund. Auch EMGs (Elektromyogramme) wurden angefertigt. Das Echo-Encephalogramm stand ganz in den Anfängen. Es erlaubte damals lediglich Mittellinienverschiebungen im Gehirn festzustellen, und das auch nur unsicher. Die intracranielle Arteriographie, also die Röntgen-Kontrast-Darstellung der Hirngefäße, ein ziemlich brutales Verfahren, war üblich. Sie wurde auch unter den eingeschränkten Bedingungen im Laborkeller unserer Klinik häufig durchgeführt

Am prägendsten in dem neurologischen Jahr war für mich der schockierende plötzliche Tod eines jungen Mannes am Tage nach der Aufnahme, der mit Kopfschmerzen in die Klinik kam, aber keinerlei neurologische klinische Symptome darüber hinaus

aufwies. Zumindest hatte ich bei der Untersuchung unmittelbar nach der Aufnahme keine gefunden. Als ich am nächsten Morgen in die Klinik kam, war er tot und keiner wusste warum. Auch neuropathologisch wurde keine kausale Erklärung gefunden, abgesehen von einer allgemeinen Hirnschwellung, die aber wiederum der Erklärung bedurft hätte. Ich war natürlich schockiert, weil es mein Patient war. Vor allem aber, weil ich mir einen solchen Verlauf nicht hätte vorstellen können. Und ich fragte mich natürlich, ob und was ich versäumt hatte. Das fragten mich auch meine Vorgesetzten, obwohl die Hauptverantwortlichkeit natürlich bei meinem Oberarzt lag. Schließlich war ich Anfänger in der Ausbildung. Aber das entlastete mich damals nicht, auch nicht, dass keine Fehler festgestellt werden konnten. Damals lernte ich, wie wichtig es war,

Untersuchungsbefunde sofort schriftlich zu dokumentieren. Erst in meinen Direktorenjahren wurde ich, was mich selber anbetraf, damit nachlässiger.

## **Poliklinik II**

Nach der Neurologie ging ich zum zweiten Mal in die Poliklinik, diesmal für neun Monate, bis ich Anfang 1972 die Leitung der Tagesklinik übernahm. Ich war mittlerweile ein erfahrener Assistenzarzt. Entsprechend positiv erlebte ich die ambulante Tätigkeit, die zudem eine gute Vorbereitung auf die Tagesklinik-Arbeit war. Die Aufgaben waren vielfältig. Wir diagnostizierten und behandelten Patienten mit neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen aller Art. Im Mittelpunkt stand allerdings die klassische Poliklinik-Tätigkeit: die Diagnostik von Kranken, die von ihren Hausärzten vorgestellt wurden und die wir mit Behandlungsratschlägen zurück überwiesen. Die meisten sahen wir nur ein- oder zweimal.

Dass wir selber eine länger dauernde Behandlung durchführten, war die Ausnahme, etwa bei Patienten mit psychiatrischen Problemen oder bei Gastarbeitern, vor allem Gastarbeiterinnen, mit denen die Hausärzte nicht zurechtkamen. Bei ihnen wurde mir deutlich, wie viele körperliche Symptome Ausdruck von psychischen Problemen sein konnten. Mir fiel dabei immer wieder ein Spruch Ernst Kretschmer ein, des Vorgängers von Schulte als Klinikleiter ein, der in der Klinik kolportiert wurde: "Wer heutzutage hysterisch reagiert, hat entweder einen Hirntumor, oder er ist kulturfremd." Ich lernte in der Poliklinikzeit, dass beides immer wieder zutraf, die Kulturfremdheit

glücklicherweise häufiger als der Hirntumor. Es prägte sich auch bei mir ein, bei anderen atypischen psychischen Symptomen immer an eine körperliche Grundkrankheit zu denken - wie umgekehrt auch bei atypischen körperlichen Symptomen an eine psychische Krankheit.

## **Tagesklinik**

Anfang 1972 wurde ich für die Vorbereitung der Aufnahme des Tagesklinikbetriebes von allen sonstigen Aufgaben in der Klinik freigestellt. Die Planung in Jahren davor mussten wir nebenher zu unseren sonstigen Aufgaben erledigen. Nach meiner Rückkehr aus London war klar gewesen: ich wollte eine Tagesklinik bei uns einrichten, gleichsam als zentrales Symbol für unsere sozialpsychiatrische Arbeit. Aus dem Plan wurde rasch ein Projekt, das von Walter Schulte, unserm Chef, und Rainer Tölle, meinem Oberarzt unterstützt wurde – und zwar nicht nur verbal. Anfangs hingen wir mehr oder weniger in der Luft. Die Klinik verfügte weder über Geld noch über entsprechende Räumlichkeiten. Deshalb versuchten wir es zunächst mit Tagespatienten auf den vier alltagspsychiatrischen Stationen. Das war immerhin ein Ansatz, aber es brachte nicht wirklich etwas. Über 4-6 Patienten kamen wir nie hinaus. Entscheidend aber war, dass die Tagespatienten sich an den Rhythmus der jeweiligen Stationen anpassen mussten, der der Idee der Tagesklinik entgegen lief.

Unerwartet zeichnete sich dann doch eine Lösung ab. Schulte baute sich ein Haus in der Oberstadt. Einige Monate lang sah es so aus, als würde die Verwaltung der Kliniken uns seine Dienstvilla Tagesklinik zur Verfügung stellen. Aber dann trat die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Konkurrenz zu uns; und es gab gute Gründe den Vorrang einzuräumen. Zum einen wurde sie im Rahmen der Klinikreform eine selbstständige Abteilung mit eigenem Lehrstuhl. Zum andern musste sie ihr altes Gebäude zu Gunsten eines Straßenbauprojekts räumen; und zum dritten schließlich befand sich hinter der Villa ausreichend Platz für einen dringend notwendigen Erweiterungsneubau. Für uns Tagesklinik-Planer war das eine herbe Enttäuschung.

Aber nach denen sie erst einmal angefangen hatte, fand die Klinikverwaltung bald ein anderes geeignetes Gebäude ein Kaum renovierungsbedürftiges Verbindungshaus am Neckar, das frei wurde, weil der Burschenschaft der Nachwuchs ausgegangen war. So kam es, dass wir gerade einmal zwei Jahre nach meiner Rückkehr

aus London den Betrieb aufnehmen konnten. Passenderweise hatte ich damals meine Facharzt-Ausbildung gerade abgeschlossen. So konnte ich mit Rainer Tölle als Mentor die Leitung der neuen Institution übernehmen Und als Tölle einige Monate später als Ordinarius nach Münster ging, auch Einsitz in der Leitungs- Konferenz der Klinik nehmen – nicht als Oberarzt sondern, wie Schultes formulierte, als „reichsunmittelbarer Leiter der Tagesklinik“. Das blieb ich bis zu meinem Weggang von Tübingen.

Die Tagesklinik war von Anfang an ein Erfolg. Sie konnte sich rasch als Institution etablieren. Selbst unser Traum, in der kleinen Stadt Tübingen 25-30 Tagesplätze zu füllen, erwies sich nicht als Traamtänzeri.

Ich habe der Gründungsphase der Tagesklinik ein eigenes umfangreiches Kapitel gewidmet. Darauf sei hier verwiesen.

### **Schulte und Tölle**

Alles dies wäre ohne die beharrliche Förderung durch meine wichtigsten Psychiatriellehrer Walter Schulte und Rainer Tölle nicht möglich gewesen. Schulte hatte nach einigem Zögern meinen Aufenthalt in London ermöglicht; und Tölle, während meiner gesamten Ausbildung zum Facharzt mein Mentor und in der meisten Zeit auch mein Oberarzt. Mit Schulte hatte ich in den ersten beiden Jahren außerhalb von Konferenzen und Besprechungen verhältnismäßig wenig zu tun gehabt. Nach meiner Rückkehr aus London änderte sich das. Ich war plötzlich nicht mehr nur der Jung-Assistent. Ich hatte aufgrund der Londoner Erfahrungen einiges zu bieten, das ab 1970 auch in der Bundesrepublik aktuell wurde: Erfahrungen und Kenntnisse in der Sozialpsychiatrie und Erfahrungen mit der Reform der Psychiatrie – wenn auch vor allem aus zweiter Hand.

1970 war das Jahr, in dem die Dinge in Bewegung kamen. Plötzlich war überall von Psychiatriereform die Rede – bei den etablierten Kollegen, wenn Chefs und deren Lehrstuhlinhabern überwiegend in Abwehrhaltung. Einige waren in USA gewesen; nur wenig in England. Aber die allgemeine Haltung war, in Deutschland liegen die Dinge anders; man kann sie nicht einfach übertragen. Schulte gehörte nur begrenzt zu den Skeptikern. Er wollte wissen, wie die anderen vorgegangen waren. Denn ihm war noch aus seiner Gütersloher Zeit bewusst, dass die Verhältnisse in den deut-

schen Anstalten unhaltbar waren. Auf diese Weise wurde ich zu seinem regelmäßigen Gesprächspartner. Mit anderem aus der sozialpsychiatrischen Fraktion unserer Klinik wurde ich zu einem seiner Ratgeber. Das klingt nun mächtig übertrieben. Aber irgendwie war es so.

Als er sein Grundsatzreferat zur Psychiatriereform für den deutschen Ärztetag 1970 vorbereitete, durften wir ihn mit Materialien versorgen. Er setzte sie nicht nur ein; er folgte auch unsere Grundlinie darüber, was zu geschehen habe. Ähnlich war das im Herbst beim Jahreskongress der DGPN in Bad Nauheim und bei der ersten Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages zur Lage der Psychiatrie im gleichen Jahr. Noch wichtiger – für mich zumindest – war seiner Aufforderung, ihn nach Unterfranken zu begleiten. Die dortige Bezirksregierung hatte ihn beauftragt, im Gutachten zur Weiterentwicklung der beiden Bezirkskrankenhäuser in Lohr zu erstellen. Was in diesen beiden Tagen des Besuches an schrecklichem erlebten, erschütterte ihn als alten Hasen genau so wenig als Anfänger: die brutale Realität und das Elend der Lebensbedingungen der Kranken vor allem im Kontrast zur prächtigen Barockfassade des Balthasar-Neumann-Schlusses, in dessen Untergeschoss Patienten in Werneck vegetierten. Er hielt auch nicht mit seiner Empörung zurück, als er unser Gutachten vor dem Bezirkstag vortrug.

Nun ein Jahr später erstatteten wir noch einmal ein gemeinsames Gutachten. Dabei ging es um ein Heim für geistig Behinderte, das die Caritas in einer kleinen Gemeinde mitten in einer Wohngegend einrichten wollte, gegen das sich eine Bürgerinitiative formiert hatte. Diesmal war die Rollenverteilung gegenüber dem ersten Gutachten umgekehrt. Damals hatte er geschrieben und ich dazu beigetragen. Jetzt ließ er mir die Federführung; und ich war sehr stolz darauf. Diese gemeinsame Arbeit hat sicher auch dazu beigetragen, dass er mich ab 1971 bereitwillig mehrere Tage im Monat für die Mitarbeit bei der Aktion psychisch Kranke und der Enquete freistellte. Dabei bin ich ihm heute noch dankbar, dass er mir dringend davon abriet, dem Ansinnen von Kulenkampff zu folgen, für zwei Jahre halbtags die Geschäftsführung der Psychiatrieenquete zu übernehmen. Als wären fünf Jahre ganztags geworden!

Auf dem Hintergrund dieser Entwicklungen hatte es eine fast zwingende Logik, dass er unsere Bemühungen um die Tagesklinik mit Nachdruck förderte.

## **Psychiatrische Forschung damals**

Für mich war klar, dass ich langfristig an der Klinik bleiben wollte, dass ich nicht in die Praxis gehen würde. Deshalb musste ich versuchen, nach Abschluss der Fachweiterbildung Oberarzt zu werden. Das konnte man nach damaligen Richtlinien der Universitätskliniken in Tübingen aber nur, wenn man habilitiert war. Diese Regelung war zwar aufgeweicht: Die meisten Oberärzte der Klinik waren nicht habilitiert. Aber dass die Regelung galt, wurde damit dokumentiert, dass man ohne Habilitation nur so genannter "Diensttuender Oberarzt" sein konnte.

Als ich mich entschloss, die Habilitation in Angriff zu nehmen, waren es eher Überlegungen zu meiner beruflichen Zukunft in der Klinik als wissenschaftliche Berufung, die mich motivierten. Natürlich hatte ich wissenschaftliche Interessen, aber die galten auch im Klinik-Selbstverständnis als etwas Zusätzliches zur ärztlichen Tätigkeit – nicht gerade als Hobby, aber doch als etwas Ähnliches, etwas, das nicht unbedingt sein musste. Entsprechend waren die wissenschaftlichen Leistungen und Qualifikationen derjenigen, die sich in den Jahren zuvor habilitiert hatten, eher Ausdruck persönlicher Interessen als Ergebnis längerfristiger wissenschaftlicher Projekte. Gert Irle beispielsweise, der bis zu seinem Wechsel als Chefarzt nach Remscheid die Sozialpsychiatrie an der Klinik vertreten hatte, hatte sich über den "Psychiatrischen Roman" habilitiert. Hanspeter Harlfinger nahm in seiner Monographie über "Arbeitstherapie als Mittel psychiatrischer Therapie" eine Art reflektierter Standortbestimmung vor.

Lediglich Rainer Tölle hatte mit einer klassisch-psychiatrischen Arbeit aufgewartet: der Nachuntersuchung von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen - damals Psychopathen genannt - viele Jahre nach ihrer ersten Klinikeinweisung. Das überraschende Ergebnis: die schlechte Prognose, die ihnen nachgesagt wurde, traf nicht zu. Die Lehrmeinung war damals, Psychopathen änderten sich nicht. Dass sie es aber doch taten, und zwar meistens zum Besseren, war somit ein wichtiger Befund, der in die Reihe der ebenfalls in dieser Zeit veröffentlichten Nachuntersuchungen von Menschen mit Schizophrenien von Manfred Bleuler, Gert Huber und Christian Müller passte.

Der Habilitationsschrift entsprach das sonstige wissenschaftliche Werk, das man bei

den meisten damaligen Habilitanden aus heutiger Sicht als bescheiden ansehen muss - und als wissenschaftlich wenig fundiert –auch bei Kollegen, die es später zu beachtlichem internationalen wissenschaftlichen Ansehen brachten. Wissenschaftliche Arbeiten waren damals im Wesentlichen “Besinnungsaufsätze”, die sich vor allem auf klinische Beobachtungen, Untersuchungsbefunde oder psychopathologische Interpretationen stützten. Die Methodologie war nach heutigen wissenschaftlichen Kriterien meist wenig ausgefeilt. Vergleichende Untersuchungen gab es praktisch nicht. Auch die frühen pharmakologischen Studien stützten sich vor allem auf klinische Beobachtungen, die erst ganz allmählich standardisiert wurden.

Ich kann mich noch erinnern, dass ich Zweifel daran hatte, dass diese Art der Forschung weiterführend sein könnte. Ich erinnere mich auch, dass ich damals an meinem Chef kritisierte, dass er sich an den Schreibtisch setzte und sich aufgrund seiner klinischen Erfahrungen und Beobachtungen ausdachte, wie die Psychiatrie so war. Das war sicher ungerecht.

Alles dies war übrigens keine Besonderheit der “Forschungslandschaft” an unserer Klinik. Psychiatrische Forschung sah damals oft so aus. Ich habe damals darüber auch nicht nachgedacht, weil es mehr oder weniger selbstverständlich war. Aber als ich mir vor einigen Jahren die gängigen deutschen Zeitschriften jener Zeit, vor allem den “Nervenarzt” und die englischen und amerikanischen Zeitschriften, wie das “British Journal of Psychiatry”, das “American Journal” und die “Archives of General Psychiatry” ansah, war ich überrascht über den damaligen Standard. Überall standen wissenschaftlich begründete Aufsätze im Vordergrund, oft mit fehlender oder nur rudimentärer Methodologie, sehr häufig ohne jegliche empirische Grundlage.

Bei retrospektiver Betrachtung waren die damaligen wissenschaftlichen Methoden, die oft nicht weiter reflektiert wurden: die Beobachtung, die klinische Untersuchung, gelegentlich die Befragung von größeren Patientengruppen und die Interpretation von Fallgeschichten, - letzten Endes qualitative Inhaltsanalysen. Das waren die damals vorherrschenden Methoden der Soziologie, wie ich sie in den Grundlagen-Seminaren in meinem Hamburger Jahr gelernt hatte: Die Beobachtung, die Befragung, das Interview (Tiefen-Interview) und die Inhaltsanalyse, das waren auch die Methoden, auf die sich die frühen, bedeutenden deutschen soziologischen Untersuchungen stützten - etwa die von Helmut Schelsky und Gerhard Wurzbacher zu deut-

schen Familie der Nachkriegszeit mit Einzelfallgeschichten; die von Schelsky zur deutschen Jugend der Nachkriegszeit, die "Skeptische Generation" mit der Interpretation von Befragungen und die empirischen Untersuchungen von Rene König.

So war ich methodisch im Grunde besser gerüstet als die meisten meiner Kollegen. In der Medizin hatten wir nie etwas darüber gelernt, wie man Forschung betreiben kann und soll. Überlegungen zu einer Systematik der Forschungsmethodik waren uns fremd. Allenfalls im Rahmen einer Dissertation mussten sich Mediziner eine Methode erarbeiten. Wenn sie das im Bereich der klinischen Medizin taten, ging es dabei im Wesentlichen um das Sammeln und Interpretieren von Laborbefunden.

Für mich mit meiner medizingeschichtlichen Dissertation hatten mir meine beiden historischen Proseminare zur mittelalterlichen und zur neueren Geschichte, in denen ich das Studium und die wissenschaftliche Interpretation von Quellen erlernte unschätzbare Dienste geleistet. Beides zusammen, so war damals meine Vorstellung, könnte ich für meine eigenen wissenschaftlichen Zwecke verwenden. Ich habe bei der Darstellung meiner frühen Forschungsansätze (siehe dort) gezeigt, in welcher Weise wir dabei vorgehen. Aus damaliger Sicht war die Entscheidung, uns auf empirische Daten zu konzentrieren, seien sie nun klinisch oder epidemiologisch, durch Befragung oder Interpretation von Befunden in Krankengeschichten gewonnen, ein Fortschritt. Bei allen Mängeln erfüllten sie ein zentrales Wissenschaftskriterium: Sie waren überprüfbar.

### **Frühe Versorgungsforschung: Auf dem Wege zur Habilitation**

Ohne Kenntnis des zeitgeschichtlichen Hintergrundes muss man meinen Ansatz, mich so früh zu habilitieren, aus heutiger Sicht als tollkühn betrachten. Aus damaliger Sicht erschien mir das nur folgerichtig, und meine Erfahrungen in der Fachbereichskonferenz (s. u.), wo ich die Habilitationsschriften von Kollegen aus anderen Fächern zu Gesicht bekam, bestärkten mich nur darin. So suchte ich mir aus den vielen Projekten, die ich damals mit Doktoranden begonnen hatte, das eine heraus, was mir auch inhaltlich am ehesten zielführend erschien: nämlich zu überprüfen, ob es möglich sein würde, mit unserer Tübinger Klinik im Sinne von englischen und amerikanischen Modellen eine sektorierte gemeindenahe psychiatrische Versorgung durchzuführen und gleichzeitig ihre universitären Aufgaben zu erfüllen.

Eine gerade erschienene umfangreiche methodische Studie der Welt-Gesundheits-Organisation leistete mir beim Entwurf des Projektes wichtige Dienste. Parallel dazu vermittelte mir die Mitarbeit am Projekt des Kopenhagener Büros der WHO über die psychiatrischen Dienste in Europa, die Heinz Häfner mehr vermittelt hatte, wichtige Anregungen und Impulse. Inhaltlich konnte ich auf die Daten zurückgreifen, die wir bereits 1970 über die Versorgungsleistungen der Tübinger Klinik erhoben hatten, und auf jene über Patienten aus dem Kreis Tübingen, die parallel dazu in anderen Kliniken versorgt worden waren - im psychiatrischen Landeskrankenhaus Zwiefalten und den beiden privaten Kliniken Göttingen und Rottenmünster. Die Daten dazu hatten wir bei einem Projekt gesammelt, aus denen dann drei Dissertationen hervorgingen.

Die Ergebnisse waren überraschend eindeutig. Es würde möglich sein, eine gemeinsame Versorgung zu entwickeln. Dabei würde die Hälfte der Betten weiterhin für überregionale – universitäre - Aufgaben zur Verfügung stehen. Allerdings würde zunächst darauf verzichtet werden müssen, die chronisch Kranken, also die Patienten, die sich länger als ein Jahr in Dauerbehandlung befunden hatten, nach Tübingen zurück zu holen. Das hatte eine gewisse Logik, weil, wie sich allerdings erst später abzeichnete, für diese Patienten ohnehin Alternativen zur Dauerhospitalisierung entwickelt werden konnten.

Ich fing während meiner zweiten Poliklinik-Zeit an, die bereits vorhandenen Daten zusammenzutragen und zu ergänzen, um sie dann Anfang 1972 in der Vorlaufzeit zum Beginn der Tagesklinik zusammenzuschreiben. Es war mir

wichtig, dass die Arbeit vorlag, bevor Rainer Tölle, mein langjähriger Oberarzt und Mentor, im April den Psychiatrie-Lehrstuhl in Münster übernahm. Mit ihm hatte ich das auch vorher besprochen, während ich Schulte die fertige Arbeit einfach auf den Tisch legte. Ich kannte sein Zögern und wollte es auf diese Weise überwinden. Ich erinnere mich noch gut, wie er mich wenige Tage später ansprach: "Das soll ja wohl eine Habilitation werden", meinte er skeptisch. Allerdings gelang es Tölle, seine Zweifel auszuräumen, und ihn zu ermutigen, die Arbeit bei der Fakultät einzureichen. Heute kann ich sein Zögern gut verstehen. Mein damaliges Literaturverzeichnis war ausgesprochen dünn.

Die meisten unserer Projekte hatten nicht zur Veröffentlichung geführt. Aber immerhin war eine Monographie dabei. Außerdem galt damals auch in der Medizin noch der Grundsatz, dass die Habilitationsschrift entscheidend war - etwa im Max Weberschen Sinne, dass man damit sein zweites Buch vorlege, nachdem man sich mit seinem Ordinarius darüber verständigt habe(1919). Es galt außerdem, dass das Wort des verantwortlichen Ordinarius gegenüber der Fakultät ein entscheidendes Gewicht hatte. Es gab nur einen Zweitgutachter in der Fakultät, der die Arbeit ebenfalls akzeptierte. Externe Begutachtungen von Habilitationsschriften wurden damals noch nicht durchgeführt.

So kam das Habilitationsverfahren, das mir in der Rückschau immer wieder als Ritt über den Bodensee erschienen ist, schon Ende 1972 zu einem guten Ende kam. Wenige Tage vor Weihnachten hielt ich meinen Probevortrag in der Fakultät über Behandlung und Prognose schizophrener Psychosen, zwei Monate später, im Februar 1973, meine Antrittsvorlesung über "Antipsychiatrie, Sozialpsychiatrie und soziale Psychiatrie", zu der vor allem meine Fans aus der Sozialpädagogik kamen und für einen brechend vollen Hörsaal sorgten.

### **Das sozialpsychiatrische und das medizinsoziologische Seminar**

Parallel zu den frühen Forschungsversuchen entwickelte sich mein sozialpsychiatrisches Seminar und mit einiger Verzögerung auch mein Versuch, die Medizinsoziologie zu etablieren, bevor sie 1972 zum Pflichtfach für die Studienanfänger wurde. Tatsächlich rekrutierte ich die Mitarbeiterinnen Forschungsprojekten und meiner Doktoranden vor allem aus diesen Seminaren. Ich war damals ein begeisterter Lehrer und hatte von Anfang an versucht, diese Begeisterung umzusetzen: zunächst mithilfe von Gerd Irle, der dafür aus Remscheid anreisen musste, und wenig später mit eigenen Lehraufträgen für beide Disziplinen. Wir beackerten in den ersten Jahren die meisten damals Themen: die soziale Epidemiologie psychischer Krankheiten, Schizophrenie und Familie, die Psychiatrie soziologischen Vorstellungen von psychischer Krankheit als abweichenden Verhalten. Goffman behandelten wir noch vor der Übersetzung seiner Asyle, Basaglia noch 1971, dem Jahr als seine "Negierte Institution" auf Deutsch erschien. In der Anfangszeit waren es fast idyllische Seminare mit bis zu 20 Teilnehmern. Das änderte sich, als die Sozialpsychiatrie 1972 zum Wahlpflichtfach bei den Sozialpädagogen, und die Medizinsoziologie zum Pflichtfach für die Medizin-

studenten wurde. Darauf werde ich in meinem Aufsatz über „Lehren, übersetzen, schreiben, redigieren“ ausführlich eingehen.

### **Wissenschaftlicher Rat**

Noch im Jahr meiner Habilitation wurde im Rahmen der Universitätsreform, die auch eine Klinikreform umfasste (mit Aufwertung der Kinder- und Jugend-Psychiatrie und der Psychoanalyse zu eigenen Lehrstühlen), eine wissenschaftliche Rats-Stelle “Sozialpsychiatrie” geschaffen und ausgeschrieben, die ursprünglich mit der Stelle des Leiters der Abteilung für Sozialpsychiatrie verbunden sein sollte. Die weitere Entwicklung verlief erstaunlich reibungslos, obwohl ich, ich weiß heute noch nicht aus welchen Gründen, in der Fakultät für einige Verstimmungen gesorgt hatte. Ich erhielt die Stelle und wurde zum Mai 1974 zum Wissenschaftlichen Rat ernannt. Das bedeutete, dass ich in jungen Jahren eine der seltenen Lebenszeitstellen an der Universität hatte. Unmittelbar vor meiner Ernennung hatte das Kultusministerium Baden-Württemberg verfügt, dass die wissenschaftlichen Räte die Amtsbezeichnung Professor führten. Diese Ernennung wurde mir mit der Ernennung zum Wissenschaftlichen Rat als Begleit-Verfügung ausgehändigt. So war ich dann, mit gerade 34 Jahren, Professor für Sozialpsychiatrie.

### **Das Ringen um neue Strukturen: Universitätsreform und Klinikreform**

Nicht nur in Bonn regierte von 1966 an eine große Koalition. Auch in Stuttgart fanden CDU und SPD unter dem Eindruck des Einzuges der Rechtsradikalen ins baden-württembergische Parlament für sechs Jahre zu einer gemeinsamen Regierung zusammen. Es war eine Zeit der Reformen. Vor allem die Gebietsreform, die Neugliederung von Landkreisen und Gemeinden konnte endlich beschlossen und durchgeführt werden. Auch für die Universitäten waren es gute Jahre. Selbst für uns Betroffene war es erstaunlich, was sich da um 1970 herum tat. Das erstaunlichste war möglicherweise, dass auch die Kliniken sich einer grundlegenden Strukturreform nicht entziehen konnten.

Die wenigen klassischen Fakultäten wurden durch eine größere Zahl von Fachbereichen abgelöst. Die Leitung der Universität wurde durch Bestellung eines Präsidenten stabilisiert. Die Aufgaben der Rektoren, die für ein oder zwei Jahre gewählt worden waren, beschränkten sich auf das Akademische. Auch der Senat der Universität ver-

lor an Bedeutung. Die neuen Fachbereiche wurden von Fachbereichskonferenzen und so genannte erweiterte Fachbereichskonferenzen geführt. In letzterer waren neben den Professoren auch alle Privatdozenten, Vertreter der Assistenten und akademischen Räte sowie Vertreter der Studenten vertreten. Ihre zentrale Funktion war die Berufung neuer Lehrstuhlinhaber und Abteilungsleiter, die Entscheidung über Habilitationen und Dissertationen sowie die Verteilung nicht gebundener durch das Ministerium zugewiesener Stellen und Mittel.

Die Führung der Fachbereiche in allen anderen Dingen lag in der Hand der zwölfköpfigen Fachbereichskonferenzen unter der Leitung eines Dekans, der ebenfalls von der erweiterten Konferenz gewählt wurde. In der Fachbereichskonferenz bestand eine von Studenten und Assistenten seit langem geforderte weitgehende Parität der akademischen Berufsgruppen: drei Professoren (und Dozenten), drei Assistenten, drei andere akademische Mitarbeiter, drei Studenten und einzelne Vertreter des nichtakademischen Personals, letztere mit beratender Stimme. Hier wurden die Alltagsgeschäfte der Fachbereiche, einschließlich der Haushaltsplanung, geregelt und die Sitzungen der erweiterten Fachbereichskonferenz vorbereitet. Hier hatte die Demokratie Einzug in die Universität gehalten. Dabei bestanden allerdings vor allem zwei größere Probleme: die Professoren und Dozenten fühlten sich erwartungsgemäß minorisiert und entmachtet. Gravierender aber war, dass es sich als schwierig erwies, qualifizierte Assistentenverteter und Studenten zu gewinnen, die bereit waren, sich über längere Zeit (mehr als eine zweijährige Wahlperiode) zu engagieren. Das lag mehr oder weniger in der Natur der Sache. Beide Gruppen waren nicht auf Dauer an der Universität. Sie mussten sich für ihr Fortkommen qualifizieren. Ich erfuhr das am eigenen Leibe. Als ich 1970 in die Fachbereichskonferenz gewählt wurde, hatte ich eigentlich vor, länger als zwei Jahre zu bleiben. Als ich die Leitung der Tagesklinik übernahm und die Habilitation näher rückte, machte ich bei den Wahlen im Frühjahr 1972 sehr zum Ärger meiner Assistentenkollegen einen Rückzieher. Ich tat das, obwohl ich die Arbeit in der Fachbereichskonferenz als sehr befriedigend empfand. Das galt umso mehr, als ich 1971 an den Entscheidungen über die Strukturreform der Kliniken mit bewirken durfte.

Die Vorgaben dafür waren aus dem Ministerium gekommen, wenn es darum ging, die Kliniken überschaubarer zu machen, ihre Hierarchie zu mildern, und die Tätigkeit

für mehr hoch qualifizierte Oberräte und Abteilungsleiter attraktiver zu machen, vor allem aber darum, durch Beschränkung der Abteilungsgröße eine größere Patientennähe der leitenden Mitarbeiter zu gewährleisten. Von dieser Neugliederung waren vor allem die großen Kliniken mit bis zu 200 Betten betroffen: die Innere Medizin, die Chirurgie sowie die Frauenheilkunde und die Kinderheilkunde. Aber auch die Nervenklinik war betroffen. Dort wurden die Kinder und Jugendpsychiatrie und die Psychoanalyse selbstständige Abteilungen mit eigenen Lehrstuhlinhabern. Auch eine eigenständige sozialpsychiatrische Abteilung sollte nach den vom Ministerium abgesegneten Plänen geschaffen werden.

Kontrovers war eigentlich nur die Frage nach dem künftigen Status der beiden neurologischen Stationen in der Klinik, die Schulte im Gegensatz zu den meisten Assistenten und Oberärzten auf keinen Fall preisgeben wollte. Schulte war bitter enttäuscht über unsere mangelnde Unterstützung. Erst sein plötzlicher Tod beendete die Auseinandersetzungen. Sein Nachfolger entschied sich schließlich für den Verzicht auf die neurologische Abteilung. Er nutzte die freiwerdenden Räume zur Aufwertung und Ausweitung der Poliklinik sowie zur Einrichtung einer gerontopsychiatrischen Station. Der Neuberufung fiel auch die geplante Sozialpsychiatrischer Abteilung zum Opfer. Er konnte in den Berufungsverhandlungen auch deshalb durchsetzen, weil zeitgleich mit dem Ende der Großen Koalition 1972 eine Art Reform-Kater eingesetzt hatte. So kam es, dass die psychiatrische Klinik von der Bettenzahl her plötzlich die größte im Klinikum war. Für die gesamte Universität einschneidender war es, dass die Mitbestimmung von Assistenten und Studenten im folgenden Jahrzehnt drastisch beschnitten und die Macht der Professoren entsprechend restauriert wurde.

### **Sozialpsychiatrie: ein Selbstläufer**

Trotz dieser Rückschläge war die Sozialpsychiatrie mit der Gründung der Tagesklinik zu einer Art Selbstläufer geworden. Dabei wirkten sicher verschiedene Faktoren zusammen. Der wichtigste war vielleicht, dass das Fach seit Ende der Sechzigerjahre Mode geworden war, vor allem im Bereich der Sozialwissenschaften. Die Studenten der Sozialpädagogik strömten geradezu in meine Seminare und Vorlesungen. Als Folge davon etablierte der entsprechende Fachbereich später die Sozialpsychiatrie als Wahlpflichtfach und damit als Prüfungsfach. Aber das war es nicht allein.

Seit Ende der Sechzigerjahre hatte sich die Arbeitsgruppepsychiatrie der sozialpolitischen Arbeitskreise der Studentengemeinden in Tübingen etabliert. Ihre Mitglieder wurde rasch zur Lobby für die Sozialpsychiatrie. Sie waren die engagiertesten Teilnehmer an meinen Lehrveranstaltungen. Sie kamen als Praktikanten in die Klinik und in die Tagesklinik. Sie wirkten auch an unseren ersten Versorgungsforschungsprojekten mit. Über sie kamen auch meine ersten Doktoranden auf den Plan. Sie hatten auch enge Verbindungen zu den Teilnehmerinnen und Teilnehmern an der berufsübergreifenden sozialpsychiatrischen Zusatzausbildung der Klinik - nach Heidelberg und Hannover der dritten in Deutschland.

Ich bin überzeugt davon, dass das frühere Engagement, vor allem der Krankenschwestern im SPAK, zusammen mit der Tagesklinik-Gründung entscheidende Impulse zur Institutionalisierung dieser Ausbildung vermittelt hatte. Parallel dazu entstand in der Stadt "Die Klink", eine der frühen Aktivitäten ehrenamtlicher Helfer, zwar nicht nur von Studenten. Sie sollte der Stützung von psychisch Kranken nach der Klinik-Entlassung, mit Club- und Freizeitangeboten sowie vielfältiger anderweitiger Hilfen dienen. Die Klink besteht übrigens heute noch, erweitert durch Angehörigenhilfe und Selbsthilfe sowie Betroffenen-Selbsthilfe.

Ich zugleich fand sich eine berufsübergreifende Arbeitsgruppe von Profis und Laien zusammen, um eine Nachsorgeklinik einzurichten – ein Projekt, an dem ich übrigens nicht beteiligt war, zumal wir Anfang 1974 eine Rehabilitationsstation in der Klinik eingerichtet hatten, die ein halbes Jahr danach von der neuen Klinikleitung wieder aufgegeben wurde. Ich war anfangs auch relativ skeptisch und hielt das Projekt für eine Utopie. Umso überraschter war ich, als die Einrichtung kurz nach meinem Weggang von Tübingen Realität wurde.

### **Der Einschnitt. Schultes Tod. Lempps Vertretung**

Für die Klinik und für mich waren die Jahre von 1972 bis 1974 sehr viel dramatischer, als mein glatter Karriereverlauf dies nahe legt. Im August 1972 war unser Chef Walter Schulte im Alter von 62 Jahren plötzlich gestorben. Er hatte bereits einige Jahre zuvor eine schwere Myokarditis durchgemacht und 1971 einen Rückfall erlitten. Er war danach nie wieder voll belastbar geworden. Trotzdem kam sein Tod völlig unerwartet und versetzte uns in der Klinik zunächst in Schockstarre. Wenige Monate zu-

vor war Rainer Tölle nach Münster gegangen, der einzige psychiatrische Oberarzt, der die kommissarische Klinikleitung wirklich hätte übernehmen können. Dennoch wurde eine gute Lösung gefunden. Reinhard Lempp, der Chef der Kinder- und Jugendpsychiatrie, übernahm die Gesamtleitung der Klinik, bis zum Dienstantritt seines Nachfolgers.

Lempp war schwäbischer Liberaler im besten Sinne des Wortes, und konnte nicht nur mit Kindern und Jugendlichen gut umgehen, den sieben eigenen und denen in seiner Abteilung. Als Vater von sechs heranwachsenden Kindern hatte er auch eine gute Hand in der Führung der Klinik, insbesondere der jungen Assistenten und Oberärzte in den Jahren, in denen viele psychiatrische Kliniken im Rahmen der Nach-68er-Jahre von Unruhe geprägt waren.

Lempp ließ uns jungen Oberärzten freie Hand in unserer Arbeit und in unserer Entwicklung. Er gab sich mehr als unser Berater, als unser Vorgesetzter. Er half, wenn es kritisch wurde. Anders wäre es auch gar nicht möglich gewesen. Schließlich war hauptamtlich Direktor der Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie. Die Zeit, die er für uns aufwenden konnte, war begrenzt. Er ging das Wagnis ein, uns zu vertrauen; und wir dankten es ihm. Offenbar lernten wir ihnen jenen Jahren zu führen: wir alle wurden wenige Jahre später Klinikleiter.

Lempp hielt uns den Rücken frei, wenn es von Seiten anderer Klinikleitungen hieß, die unsere sei "verschlampt" Und wer Oberarztes seien verantwortlich dafür. Das war nicht so. Die Arbeit wurde nicht nur gemacht; sie wurde gut gemacht. Der Umgangsstil war nur nicht mehr autoritär, sondern kollegial. Das war damals unüblich; und manchen erschien das als Disziplinlosigkeit, als "Übergreifen der Unsitten" der damaligen Studenten auf die Klinik.

Uns erschien das liberale Klima in der Klinik in der Zeit nach Schultes Tod als Selbstverständlichkeit. Letzten Endes setzte Lempp etwas fort, was Schulte eingeleitet hatte. Dabei entging uns, dass viele leitende Mitarbeiter anderer Kliniken das ganz anders sahen. Natürlich gab es auch Probleme. Natürlich gab es vor allem unter den älteren Assistenten Kollegen, die sich ihre eigenen Freiräume schafften. Aber das hatte auch damit zu tun, dass die meisten von uns nach Schultes Tod verunsichert waren und dass wir nicht wussten, wie es unter einem Nachfolger weitergehen

würde. Viele von uns fürchteten, es könne zu einem vollständigen Richtungswechsel kommen. Und auf Seiten der Fakultät bestand die nicht ganz unberechtigte Furcht, die starke Sozialpsychiatrische Fraktion in der Klinik könnte in einem solchen Fall Widerstand leisten. Tatsächlich wurde noch Jahre danach in der halben Republik kolportiert, dass ich das versucht hätte.

## **Frontenbildung**

Sicher trafen nach Schultes Tod mehrere Faktoren zusammen, die meine Situation zunehmend schwieriger machten. Innerhalb der Klinik gab es natürlich einige Kolleginnen und Kollegen, die mir meine Blitzkarriere beneideten, insbesondere weil sie, so sah es bis Anfang 1974 aus, mit meiner Bestellung zum Leiter der geplanten sozial psychiatrischen Abteilung mit einem sehr großen Machtzuwachs verbunden zu sein schien. Es war aber nicht einfach nur Neid. Doch hier spielte die allgemeine Verunsicherung in der Klinik eine Rolle, hatte sich doch mit der Strukturreform eine zunehmende Frontenbildung abgezeichnete, die sich vielleicht am ehesten mit all-gemeinpsychiatrisch, neurologisch, konservativ auf der einen Seite und sozialpsychiatrisch, psychotherapeutisch progressiv auf der anderen Seite Die politische Zuordnung der Gruppen erfolgte nicht nach einem einfachen Links-rechts-Schema, obwohl die Sozialpsychiatrer eher der sozialliberalen Koalition kommen die Konservativen in der damaligen Opposition zugewandt waren. Für unsere Entwicklung war es wichtig, dass gelegentlich zwar die Fetzen flogen, dass es in der Klinik aber keinen extremistischen Flügel in die eine oder die andere Richtung gab.

Diese Frontenbildung gab es in verschärfter Form auch innerhalb der Fakultät. Noch waren die "Progressiven", die Befürworter der Strukturreform der Kliniken die scheinbar stärkere Fraktion. Auf jeden Fall stellten sie zweimal hintereinander den Dekan. Aber das macht die Situation der Konservativen, die ihre Felle wegschwimmen sahen, nicht einfacher. Meine Situation war in mehrfacher Hinsicht eine besondere. Ich war überregional bekannt geworden, seit ich kritische Beiträge für eine konservative große Tageszeitung schrieb. Ich unterrichtete Medizinsoziologie, die vielen Kollegen als unseriös und unwissenschaftlich erschien. Ich unterrichtete Sozialpsychiatrie über die Fakultätsgrenzen hinweg. Und ich war mit meiner Habilitation 1973 Mitglied der erweiterten Fachbereichskonferenz geworden und wurde Anfang 1974, bevor ich wusste, dass ich nach Wunstorf gehen würde, vom progressiven Flügel der Fachbe-

reichsmitglieder auf den Schild gehoben, um bei den Wahlen zur Fachbereichskonferenz die Neuwahl eines Ordinarius zu verhindern – und ließ mich fahrlässiger Weise darauf ein.

Die Ressentiments müssen ziemlich groß gewesen sein. Denn als ich Ende 1974 ausschied, verweigerte man mir die Verleihung des Titels eines außerplanmäßigen Professors, die angesichts meiner Stellung als wissenschaftlicher Rat im Grunde eine reine Formsache gewesen wäre. Es ging dabei für mich nicht nur um verletzte Eitelkeit – obwohl ich mir zu meiner Überraschung wie degradiert vorkam. Ärgerlich war es, dass der Professorentitel für meinen niedersächsischen Arbeitgeber offenbar ein Argument gewesen war, mich trotz meines jungen Alters als Direktor in Wunstorf zu berufen.

Dabei hatte ich ständig versucht, zu vermitteln und Frontenbildungen wie Radikalisierungstendenzen in der Klinik vor allem entgegenzuwirken. Reinhard Lempp, der damalige kommissarische Klinikdirektor, und ich hatten darüber eine stillschweigende Übereinkunft, uns dabei gegenseitig zu helfen, über ihn, über die beiden Pädagogen Andreas Flitner und Hans Thiersch und den Soziologen Friedhelm Neidhardt, den ich aus dem Studium in Kiel kannte - meine Ansprechpartner in der philosophischen Fakultät - wurde ich Mitglied des 1974 gegründeten Österbergkreises, einer Vereinigung sozialliberaler Dozenten und Professoren. Von dort erhielt ich psychologische. Dort fühlte ich mich wohl. Das war dann auch eine der wenigen Gruppen, an denen ich gern weiterhin Anteil gehabt hätte, als ich die Universität verließ und nach Wunstorf ging.

### **Unruhige Zeiten**

Für mich waren es trotz allem meine besten Klinikjahre, in denen ich mich ungehindert entwickeln konnte und gelernt hatte, nicht nur ein kleines Team zu führen, sondern mich auch an leitender Stelle in einem großen Betrieb zurecht zu finden. Natürlich waren diese Jahre gleichzeitig von Unruhen geprägt: Wer würde Nachfolger von Schulte werden? Von den vielen Bewerbern kamen schließlich drei auf die Liste der Fakultät. Hanfried Helmchen aus Berlin, der wie zwei Jahre zu vor Hans Hippus von der von Unruhen geprägten Berliner Freien Universität weg wollte, Jörg Willi aus Zürich, damals Privatdozent und Hans Heimann aus Lausanne, ursprünglich Bern, der

durch seine neurophysiologischen Forschungen als einer der frühen biologischen Psychiater ausgewiesen war. Favorit der Assistenten und Oberärzte war Willi. Die Fakultät entschied sich aber mit zwei Stimmen Mehrheit für Hans Heimann.

Das löste bei vielen von uns große Sorge aus. Schon bei seinen ersten Vorstellungen in der Klinik während der Verhandlungen über die Berufung, zeigte er, dass er wohl den Absichten der Fakultät gerecht werden würde, endlich wieder "Ordnung in der Klinik" zu schaffen. Er zeigte eine Haltung, die in der Tübinger Klinik seit Schultes Amtsantritt Anfang der 60er Jahre zunehmend überwunden worden war, und die in Schultes letzten Jahren, vor allem aber unter der kommissarischen Leitung von Lemp, zu einer neuen Klinikkultur geführt hatte, die zwischen den Berufsgruppen und im Verhältnis zur Klinikleitung und Assistenten zu einer neuen Kultur geführt hatte, die sich durch Kooperation und Kollegialität auszeichnete und in etwa jener Kultur entsprach, die Anselm Strauß in seiner Studie über psychiatrische Ideologien und Institutionen als soziotherapeutische Kultur bezeichnet hatte. Sie war letzten Endes das geworden, was mir seit meiner Rückkehr aus England vorgeschwebt hatte.

Hinzu kam, dass Heimann wenig kommunikativ war. Er konnte stundenlang dasitzen, an seiner Pfeife rauchen und ziehen, ohne ein Wort zu reden. Das war für jemand, der ihn nicht kannte und der nicht wusste, was er wollte, äußerst schwierig. Mir wurde bald klar, dass ich mit ihm nicht gut zusammen arbeiten können würde. Das hing sicherlich nicht nur damit zusammen, dass ich den Eindruck hatte, dass er sich nicht über meine Stellung in der Klinik und als beamteter Hochschullehrer klar war. Und ich fand es sehr freundlich, dass er meinte, ich könnte bei ihm Oberarzt werden. Zugleich erschien es mir aber als eine Missachtung, da keine Zweifel daran bestehen konnten, dass ich ein Recht hatte, in der Klinik tätig zu bleiben.

Zudem wurde rasch deutlich, dass Heimann vorschwebte, die Klinik wieder zu zentralisieren, nachdem sich in den letzten Schulteschen und den Lempischen Jahren eine Dezentralisierung der Arbeit und der Verantwortung etabliert hatte. Alles dies sollte sich später bestätigen. Er hatte einen freundlichen, aber autoritären Stil der Klinikleitung. Er hatte rückwärtsgewandte Vorstellungen von seiner akademischen Funktion. Er fand nichts dabei, immer, wie in der guten alten Zeit, die besonders von ihm geförderten Assistenten Arbeiten für ihn schreiben zu lassen und als äußeres Zeichen für die neue Zeit führte er gleich nach seinem Amtsantritt den weißen Mantel

wieder ein, den die Ärzte in der Klinik seit Anfang der 70er Jahre nach und nach abgelehnt hatten, ohne dass das ein Streitpunkt gewesen wäre.

Für mich am gravierendsten war etwas, was nicht unmittelbar mit Heimann zu tun hatte, was aber im Vorfeld der Berufungsverhandlung zu einem zentralen Punkt geworden war. Die Fakultät hatte in Übereinstimmung mit dem Ministerium beschlossen, in Abweichung von dem ursprünglichen Strukturplan für die Klinik - und von der Stellenausschreibung -, doch keine selbständige sozialpsychiatrische Abteilung einzurichten - und zwar nachdem feststand, dass ich die Stelle des prospektiven Leiters erhalten würde, und ohne dass man mir das mitteilte, so dass ich am Ende trotz meiner universitären Funktion als Wissenschaftlicher Rat am Ende eine Oberarztstelle an der Klinik haben würde. Da war gewiss viel gekränkte Eitelkeit dabei.

### **Langsamer Abschied**

Es kam noch etwas anderes hinzu. Als sich abzeichnete, dass Heimann berufen werden würde, brach unter den Assistenten der Klinik große Unruhe aus. Eine Gruppe der Unzufriedenen, die von der Studentenbewegung geprägt war, wollte sich damit nicht abfinden, und in Verkennung ihrer Möglichkeiten eine Änderung erreichen. Zu allem Unglück hatten sie die Vorstellung, ich sollte das als frischgebackener Professor für Sozialpsychiatrie für sie durchsetzen. Aber das genau war das, was ich im Zusammenhang mit der Berufung am meisten gefürchtet hatte. Ich teilte die Überzeugung der Unzufriedenen. Aber ich wusste, wie böse das enden konnte.

Die Entwicklungen in Heidelberg mit der psychiatrischen Poliklinik und dem sozialistischen Patienten-Kollektiv, mit dem Abgleiten des Widerstandes gegen den neuen Klinik-Direktor erst an den Rand und dann in terroristische Aktivitäten, waren ein erschreckendes und schreckendes Beispiel. Trotzdem musste ich fürchten, zwischen den Fronten aufgerieben zu werden. Und ich würde Zweifel an der Loyalität gegenüber der Klinikleitung und dem Fachbereich nicht zerstreuen können. Dazu war mein Ruf in der etablierten psychiatrischen Szene mittlerweile zu sehr der eines Rebellen, oder doch zumindest eines unruhigen Geistes. Ich erinnere mich noch, wie Lempp mir berichtete, anlässlich der akademischen Trauerfeier für Schulte habe mein späterer Freund Christian Müller, Lausanne, die Ankündigung meiner Antrittsvorlesung gesehen und ihm mitfühlend gesagt: "Ach, der Unruhestifter ist bei Ihnen; dann ha-

ben Sie es ja schwer.”.

Ich hätte zu der Zeit noch die Möglichkeit gehabt, den Lehrauftrag und die für die Medizin-Soziologie und die damit verbundene Abteilungsleitung ganz zu übernehmen. Aber trotz der sich abzeichnenden Schwierigkeiten in der Klinik wurde mir damals klar, dass ich nicht Arzt geworden war, um so bald wieder in eine rein theoretische Position über zu wechseln. Deshalb kam das Angebot, Direktor des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Wunstorf zu übernehmen, das sich ab Mitte 1974 konkretisierte, wie gerufen, zumal sich eine ganze Gruppe meiner ärztlichen Mitarbeiter entschied, mit mir einen Neuanfang zu

## **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 Beschwerden 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 schizophränen 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 gemeindenahe 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 Paukboden 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 Erwarten 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 Kaffeenachmittag 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 gemeindenahe 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.

## Frühe Forschung

Obwohl ich mein Studium begonnen habe, um Soziologe zu werden, waren meine Vorstellungen davon, was ich wissenschaftlich tun wollte, eher diffus. Vermutlich unterschied ich mich dadurch wenig von den meisten anderen der etwa 50 Hauptfachstudenten am Hamburger soziologischen Seminar. Die damals gängigen soziologischen Methoden leuchteten mir ein: die Befragung (mit Fragebogen), Die Beobachtung, das Interview, die biografische Erhebung und die Inhaltsanalyse. Vom Gefühl her bevorzugte ich natürlich die Letztere. Das spiegelte sich in der Wahl meiner Nebenfächer Geschichte und Philosophie. Eigentlich wollte ich – so nehme ich heute an – auf der Grundlage historischer Analysen das große Ganze begreifen und zum Besseren wenden. Als ich nach dem ersten Semester kapierte, dass aus mir wohl doch kein zweiter Hegel werden würde (und mir den Luxus leistete, das ein weiteres Semester lang zu überprüfen), konnte ich immerhin eine solide Grundlagenausbildung in der Methodologie historischer Forschung mitnehmen. Die in der Soziologie war vermutlich weniger solide. Aber sie war, wie ich später begriff, durchaus ausbaufähig. Diese Grundlagen haben meine weiteren wissenschaftlichen Interessen immer begleitet und geprägt. Allerdings stand bei der konkreten Umsetzung immer die Frage im Vordergrund: Wozu ist das gut; wem nützt das?

Meine ersten wissenschaftliche Arbeiten nach der medizinhistorischen Dissertation über „Die Stellung des Kranken und die Berufsethik der Ärzte im frühen Griechenland“ (1968) und die Monographie über „Arzt, Patient und Gesellschaft“ (1969) waren von der (bescheidenen) Methodologie her entsprechend sozialwissenschaftlich: eine Umfrage bei Tübinger Medizinstudenten über ihre Einstellung zur Psychiatrie und zum psychiatrischen Unterricht, die 1970 im „Nervenarzt“ erschien, eine Arbeit zur studentischen Laienarbeit in einer Nervenambulanz gemeinsam mit Nils Pörksen und Ute Roesger, ebenfalls 1970 im Nervenarzt, eine kleine Studie gemeinsam mit R. Tölle über Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung in der Nervenheilkunde. In diese Studie gingen die Ergebnisse einer Umfrage ein, die ich 1968 bei Baden-Württembergischen Nervenärzten gemacht und 1968 bei den Tübinger Fortbildungstagen für Nervenärzte vorgetragen hatte.

Es folgte ein Aufsatz über die ärztliche Berufsrolle in der modernen Gesellschaft; die Veröffentlichung eines 1969 im Schloss Hugenpoet gehaltenen Vortrages (1971), und schließlich ein Abriss zur Lage der Medizinsoziologie in der Bundesrepublik (1970). Zum gleichen Themenkreis gehört auch ein Vortrag über Psychiatrie und Öffentlichkeit, den ich Ende 1969 noch von London aus in Tübingen gehalten hatte, sowie die gemeinsam mit Horst Wiethölter bei der denkwürdigen Loccumer Tagung (1970) präsentierten Überlegungen zur studentischen Laienarbeit als wirksamer Form psychiatrischer Öffentlichkeitsarbeit, die allerdings erst ein Jahr später (1971) im Tagungsband veröffentlicht wurde. Dazu kam die Aufarbeitung des Englandsaufenthaltes mit einer Veröffentlichung über die Psychiatrie in England (1971).

### **Psychiatrie und Öffentlichkeit**

Das Thema Psychiatrie und Öffentlichkeit - damals war Stigma ein exotisches Wort - beschäftigte mich anhaltend. Die ersten Dissertationen, die ich anregte und betreute waren von der Vorstellung geleitet: wenn wir die Psychiatrie reformieren wollen, müssen wir für eine Akzeptanz der psychisch Kranken und der Psychiatrie in der Öffentlichkeit Sorge tragen. Das gilt umso mehr, je intensiver wir auf eine gemeindenahe, offene Versorgung der psychisch Kranken hinarbeiten. Wir mussten also versuchen, Vorurteile zu überwinden und berechtigte Vorbehalte zu berücksichtigen. Auch hier standen zunächst die englischen Erfahrungen, die ich gesammelt hatte, im Vordergrund. Bennett hatte mich auf die Untersuchung der kanadischen Soziologin Eileen Cumming und ihres Mannes, des Psychiaters John Cumming, hingewiesen: Closed Ranks (1957), eine Studie über eine Kampagne zur psychiatrischen Öffentlichkeitsarbeit und deren Auswirkungen.

Diese war geeignet, Skepsis und Vorbehalte bei mir wachzurufen, die ich heute noch gegenüber allen groß angelegten Versuchen habe, die Öffentlichkeit aufzuklären und die psychisch Kranken zu „entstigmatisieren“. Unter der Leitung der beiden Forscher war in zwei kleinen kanadischen Städten eine Aufklärungskampagne lanciert worden, in der einen eine intensive, ja fast aufdringlich, in der anderen eine eher cursorische.

In beiden Gemeinden wurden vor und nach der Kampagne die Stereotype und Vorurteile der Bevölkerung gegen psychisch Kranke untersucht. Das Ergebnis: Ängste und Vorurteile hatten in jener Gemeinde zugenommen, in der die intensivste Form von

Öffentlichkeitsarbeit betrieben worden war (Vgl. Finzen 2009). Darauf ist später noch zurückzukommen.

Neben der Monographie von Cumming und Cumming regten uns die Untersuchung vor Shirley Star (1956: A Report on public attitudes in psychiatry the press and the public), und die 1961 ebenfalls in Amerika erschienene Monographie von J. C. Nunnally über „Popular Conceptions of Mental Health“ an. Vorurteilsforschung war damals Stereotypenforschung. Im deutschen Sprachraum waren Wolfgang Stumme mit seiner Studie „Stereotype und Vorurteile gegenüber psychisch Kranken“ (1970/71) und die Studie des Göttinger Soziologen M. Jäckel und des Bremer Psychiaters Stefan Wieser über „Das Bild der Geisteskranken in der Öffentlichkeit“ (1970), sowie die bereits 1969 erschienene kurze Studie von Helga Reimann über „Die Gesellschaft und der Geisteskranke“ wegweisend.

Unser Tübinger Ansatz war sehr viel bescheidener. Wir konnten weder den methodologischen noch den Untersuchungsaufwand betreiben wie Jäckel und Wieser. Wir hätten auch Schwierigkeiten gehabt, eine halbwegs repräsentative Bevölkerungsgruppe auszuwählen. Im Übrigen schienen uns weitere Untersuchungen mit der gleichen Fragestellung über die gleiche Population damals nicht sinnvoll. Wir entschieden uns- und das war neu-, die psychisch Kranken selber nach ihrer Einstellung zu befragen. Ulrich Beuttenmüller, damals Medizinalassistent und später Assistent an der Tübinger Universitätsnervenklinik machte den Anfang mit einer Studie über „Das Bild des Geisteskranken aus der Sicht von 150 Patienten an der psychiatrisch-neurologischen Poliklinik“, abgeschlossen 1972 – der ersten von mir betreuten Dissertation. Es folgte die Untersuchung von Angelika Balke und Hartmut Hinz über Urteile und Meinung von psychisch Kranken über psychiatrische Krankenhäuser. Die beiden befragten stationäre Patientinnen und Patienten der Tübinger Klinik. Ihre Untersuchung wurde 1974 unter dem Titel „Der Weg in die psychiatrische Institution“ in den Werkstattchriften für Sozialpsychiatrie veröffentlicht. Ihre Ergebnisse waren je nach Perspektive überraschend – oder auch nicht. Zumindest waren sie neu: Die befragten psychisch Kranken hatten die gleichen Vorurteile wie die allgemeine Bevölkerung. Bemerkenswert war nur, dass sie zum allergrößten Teil der Auffassung waren, dass diese Vorurteile sie selber nicht betrafen. Ihr Bild vom Geisteskranken entsprach dem, das Shirley Starr 1956 herausgearbeitet hatte und das wahrschein-

lich immer noch gilt: Der Mensch, der geistig und psychisch völlig zusammengebrochen ist, der unberechenbar ist, der für seine Handlungen nicht verantwortlich ist. Und so sahen sich die Kranken – zum allergrößten Teil mit Recht - natürlich nicht.

Der Abschluss der ersten Phase meiner Beschäftigung mit dieser Thematik bildete ein Beitrag für die zweite Auflage der Psychiatrie der Gegenwart (1975) über „Psychiatrische Dienste in der Gemeinde und Schlüsselpersonen“ sowie ein Gutachten zum „Abbau von Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken und Geistig Behinderten“ im zweiten Band der Psychiatrie-Enquete (1975). Selbstverständlich war diese Frage im Laufe der Jahre in zahlreichen Veröffentlichungen immer wieder Thema, auch wenn sie nicht immer im Mittelpunkt stand. So etwa in einem Gutachten über die Einrichtung eines Heims für geistig Behinderte in einer kleinen Stadt in Baden Württemberg, gegen das sich eine Bürgerinitiative formiert hatte (gemeinsam mit W. Schulte), veröffentlicht 1973; oder in dem Gutachten, das Walter Schulte und ich noch 1970 über die Reorganisation der Nervenkrankenhäuser des Bezirks Unterfranken verfasst hatten.

In der Rückschau fällt mir auf, dass in keiner der Dissertationen und in keiner meiner Veröffentlichungen Goffman überhaupt erwähnt wird, obwohl sein Buch zum Thema „Stigma – über Techniken zur Bewältigung der beschädigten Identität“ bereits 1963 im Original und 1967 in deutscher Übersetzung erschienen war. Auch bei anderen Autoren ein jener Zeit nur selten von Stigma die Rede, obwohl es in zahlreichen Arbeiten genau darum ging.

Warum wir einen Großteil unserer Untersuchungen nicht in wissenschaftlichen Zeitschriften veröffentlichten, kann ich nicht so genau erklären. Wahrscheinlich hängt es damit zusammen, dass alle Untersuchungen sich als angewandte Forschung verstanden und dass wir vorrangig einen unmittelbaren Nutzen für unsere Alltagsarbeit daraus ziehen wollten. Jedenfalls schien es uns(Mir) nicht wichtig; und mit den Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie erreichten wir das deutschsprachige Publikum, das wir im Auge hatten, ohnehin. Es kann aber auch sein, dass wir uns den methodologischen Schwächen unserer Untersuchung allzu bewusst waren. Umso erstaunlicher ist es, dass ihre Ergebnisse Meines Erachtens zum größten Teil auch heute noch gültig sind. Aus heutiger Sicht ist diese Öffentlichkeitsscheu bedauerlich. Das gilt für die Untersuchungen zur Psychiatrie und Öffentlichkeit, aber noch mehr

für die frühen Forschungen zur psychiatrischen Versorgung, mit denen ich mich im nächsten Abschnitt befassen werde. Da einige der Dissertationen erst kurz vor meiner Übersiedlung nach Wunstorf oder danach abgeschlossen wurden, hatte ich meinen Kopf für so unwichtige Dinge wie Publikationen auch nicht mehr frei. So etwas wie ein „Publikationsmanagement“, das heute Gang und gebe sein soll, gab es damals ohnehin nicht.

## **Versorgungsforschung**

Sozialpsychiatrische Forschung wird heutzutage oft mit psychiatrischer Versorgungsforschung gleichgesetzt. In den frühen siebziger Jahren war das anders. Damals dominierten vor allem psychiatrisoziologische Themen die Szene: die Analyse von psychischer Krankheit als sozialen Prozess; die soziale Epidemiologie psychischer Störungen; die Frage nach der Bedeutung sozialer Zugehörigkeit für die Auslösung und den Verlauf psychischer Störungen, insbesondere der schizophrenen Psychosen; die Erforschung unterstellter Zusammenhänge zwischen Familienatmosphäre und Schizophrenie; die Institutionalismus- und Institutionenforschung im Gefolge von Goffman und Anselm Strauss und vieles andere mehr.

Die Versorgungsforschung gewann parallel zu den Reformbestrebungen in England und den USA an Bedeutung, insbesondere im Zusammenhang mit dem Programm zur Auflösung der psychiatrischen Krankenhäuser in England (bis 1974) und Entwicklung in der Community-Mental-Health-Bewegung in den USA. In Deutschland bewegte sich damals praktisch nichts. Deswegen konnte es auch keine Begleitforschung des nicht vorhandenen Wandels geben. Die Mannheimer beschäftigten sich damals vorrangig mit sozial-epidemiologischen Fragen. Die Hannoveraner steckten noch ganz in den Anfängen. Ähnliches galt für Kulenkampff in Düsseldorf, der dort Anfang der Siebzigerjahre eine Psychiatrisoziologische Abteilung etabliert hatte.

Der Anlass für unsere frühen Ansätze zur Versorgungsforschung war noch konkreter als der zu der Beschäftigung mit der Problematik von Psychiatrie und Öffentlichkeit: wir wollten in Tübingen etwas bewegen wie die Engländer und die Amerikaner; und wir wollten wissen, ob das was wir im Sinn hatten, auch „ging“. Wir wollten eine Tagesklinik auf den Weg bringen; und wir wollten Voraussetzungen für die Etablierung einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung in Tübingen schaffen. Wir, das

war eine Gruppe von Assistenzärztinnen und Assistenzärzten und Studentinnen und Studenten. Wir hatten ein konkretes versorgungspolitisches Ziel; wir wollten darauf hinwirken, dass Tübinger Nervenklinik und ihre Patienten nicht mehr oder wenig beliebig aus dem württembergischen Raum selektierte, sondern dass sie sich gemeinsam umorientierte und vorrangig Patientinnen und Patienten aus dem Landkreis und der Stadt Tübingen behandelte.

Um nicht als Traumtänzer zu gelten, als Phantasten, benötigten wir Daten um unsere Wünsche und Forderungen zu untermauern. Es hieß ohnehin ständig, ja in England mag das ja möglich sein, aber hier in Deutschland ist das anders. Was benötigt wurde, würde man heute vermutlich eine Machbarkeitsstudie nennen, und genau damit fingen wir an. Als erstes bewegte uns die Frage: ist es wahrscheinlich, dass wir eine Tagesklinik mit 20 oder 30 Behandlungsplätzen im kleinen Tübingen auch nutzen können? Um sie zu beantworten, formulierten wir sie um: Wir versuchten zu eruieren, wie groß das potentielle Einzugsgebiet von einer Tagesklinik sein könnte. Dabei legten wir die Ergebnisse einer englischen Untersuchung von Rudolf Freudenberg zu Grunde (1957 /1969), der für andere Zwecke, nämlich den Besuch von Angehörigen mit öffentlichen Verkehrsmitteln in psychiatrischen Krankenhäusern eine Obergrenze von 25 km forderte.

Wir gaben uns allerdings nicht damit zufrieden, mit dem Zirkel einen entsprechenden Kreis um Tübingen zu ziehen. Wir versuchten zugleich, die Zugänglichkeit Tübingens aus den Landgemeinden des Kreises sowie aus angrenzenden Gemeinden des Kreises Reutlingen, einschließlich der Stadt Reutlingen abzuklären. Dabei ergab sich, dass wir für die Tagesklinik über den Landkreis Tübingen hinaus (150'000 Einwohner) in einem Einzugsbereich von über 250'000 Einwohnern rechnen konnten; und das bedeutete, dass die Einrichtung einer Tagesklinik möglich und sinnvoll sein würde. Daraus wurde dann ein Plan, eine kleine Denkschrift zur Errichtung einer psychiatrischen Tagesklinik in Tübingen.

In diesem Zusammenhang kam uns die Idee, die Entfernung der acht psychiatrischen Baden Württembergischen psychiatrischen Landeskrankenhäuser mit Aufnahmepflicht in Relation zu ihrem Einzugsgebiet zu untersuchen. Die Ergebnisse waren wenig überraschend, aber umso beängstigender: Nur zwei Fünftel der Patienten lebten weniger als 40 km von dem für sie zuständigen Landeskrankenhaus ent-

fernt, mehr als zwei Fünftel, aber mehr als 65 km und fast ein Fünftel mehr als 100 km. Dabei waren die Unterschiede für die einzelnen Krankenhäuser sehr groß. Am besten schnitt Winnental bei Stuttgart ab. Am schlechtesten die Weissenau bei Ravensburg, deren Patienten zum beträchtlichen Teil aus dem mehr als 180 km entfernten Stuttgart herangekarrt wurden.

Wir setzten diese Daten in Relation zu den Aufenthaltsdauern der Patienten bzw. zum Anteil der Langzeitpatienten in diesen Krankenhäusern. Als Richtzahl nahmen wir die Verweildauer von mehr als einem Jahr. Und siehe da, es zeigte sich eine deutliche Korrelation zwischen Entfernung und Verweildauern. Je weiter das Krankenhaus von seinem Einzugsbereich entfernt gelegen war, desto größer war der Prozentsatz bei Langzeitpatienten (56% in Winnental bis 75% in Weissenau). Je begrenzter das Einzugsgebiet war, desto größer war gleichzeitig der Anteil der Akutpatienten in den jeweiligen Krankenhäusern. Allerdings war dies Tendenz nicht durchgängig und hier mussten einige Besonderheiten von Krankenhäusern wie z. B. Reichenau, Zwiefalten und Schussenried in Rechnung gestellt werden. Wir veröffentlichten unsere Daten 1970 im ersten Heft der Werkstattschriften für Sozialpsychiatrie - zusammen mit den Daten über Ansatzmöglichkeiten zu einer gemeindenahen Psychiatrie in Tübingen. Davon wird noch die Rede sein.

Unsere Daten über die Beziehung zwischen Einzugsgebiet und Krankenhaus wurden damals heftig angegriffen. Wir mussten auch einräumen, dass unsere Daten nicht besonders solide waren. Dass es eine ganze Reihe von anderen Faktoren als der Entfernung von Wohnort und Krankenhaus gab, die hier eine Rolle spielten – nicht zuletzt durch die Entwicklung der psychiatrischen Krankenhäuser und ihr Schicksal im Dritten Reich. Allerdings konnten wir unsere These wenige Jahre später am Beispiel eines Krankenhauses, nämlich des psychiatrischen Landeskrankenhauses Weinsberg für das Jahr 1970 bestätigen und bekräftigen, und zwar nicht im Hinblick auf die Verweildauer, sondern im Hinblick auf die Häufigkeit der Aufnahme: Je näher die Patienten am Krankenhaus wohnten, desto höher war die relative Aufnahmezahl. Sie schwankte zwischen 0.78 für Bischofsheim und Mergentheim (90 km Entfernung) und 2.38 pro tausend Einwohner für Heilbronn (10 km Entfernung), (Finzen 1974). Die Diskussion wurde mit großer Heftigkeit und Intensität weitergeführt. Unsere Ergebnisse wurden von Dilling und von Zerßen (1969) teilweise vorweg genommen

und von Siede (1970, 1973, Quelle nicht auffindbar) überwiegend bestätigt. Die Diskussion kam dann mit dem Abschluss der Psychiatrie-Enquete 1975 mit einem Beitrag von Dilling im Nervenarzt und einer ausführlichen Diskussionsbemerkung von mir in der gleichen Zeitschrift zur Ruhe. Seither bestehen kaum mehr Zweifel an der Relation zwischen Verweildauer, Aufnahmehäufigkeit und Entfernung des Wohnorts vom zuständigen Krankenhaus. Diese Relation ist mit zu einem tragenden Argument für die Errichtung von Wohn- und neuen psychiatrischen Einrichtungen geworden, insbesondere von Abteilungen Allgemeinkrankenhäusern und Tageskliniken. In den 90er Jahren wurde diese Diskussion **im Tessin (Enderli 1992)** und Tirol noch einmal aufgegriffen und erneut bekräftigt.

### **Ansatzmöglichkeiten für eine gemeindenahe Psychiatrie:**

#### **Wo stecken die Tübinger psychisch Kranken?**

Parallel zur Klärung der potentiellen Größe des Einzugsgebietes einer Tagesklinik nahmen wir eine Untersuchung von demographischen und klinischen Daten über die Patienten der psychiatrisch-psychotherapeutischen Erwachsenenabteilungen der Universitätsnervenklinik Tübingen vor. Wir erfassten entsprechende Daten über 1116 von knapp 1200 Patienten, die im Jahr 1969 in der Universitätsnervenklinik aufgenommen und behandelt worden waren. Da es keine intern ausgewertete Basisdokumentation gab, war es notwendig, dafür jede einzelne Krankengeschichte in die Hand zu nehmen. Wir, meine Arbeitsgruppe, die aus den Medizinstudenten Frieder Jantzen, Host Wiethölter, dem Theologiestudenten Friedhelm Grünewald und mir bestand, stellte über jeden Patienten einen Datenbogen – ursprünglich mit dem Ziel, ihn elektronisch auszuwerten. Frieder Jantzen verfügte für die damaligen Verhältnisse über erstaunliche Computerkenntnisse.

Aber die Datenverarbeitungsanlage in der Chirurgischen Klinik, die uns schon wegen ihrer schieren Größe ungeheuer beeindruckte - sie war jeweils mehrere Meter breit, hoch und lang - war nur begrenzt zugänglich. Bis die Datenbögen auf Lochkarten übertragen werden konnten, verging mehr Zeit, als wir hatten. So saßen wir denn im Frühsommer 1970 – eigentlich hatte ich Urlaub – meist im Freien in dem begrünten **Rondell** vor der Nervenklinik und zählten die Daten per Hand aus: Die Verteilung der Diagnosen, die Verweildauer, das Einzugsgebiet mit besonderer Berücksichtigung des Kreises Tübingen, die Altersverteilung und die soziale Schichtung bzw. die Auf-

gliederung nach Berufen, die Einweisungsmodalitäten und die Verlegungen in andere psychiatrische Krankenhäuser, Daten über ausländische Patienten, über Angehörige von Heil- und Pflegeberufen sowie über Schüler und Studenten.

Die meisten Daten, die wir so sammelten, wären heute über jede Basisdokumentation abrufbar. Damals gab es eine solche, soweit mir bekannt ist, für keine Universitätskliniken. Für die psychiatrischen Landeskrankenhäuser in Baden Württemberg wurde sie gerade entwickelt. Die ersten Daten daraus wurden fast gleichzeitig mit unseren „handgestrickten“ verfügbar. Bei unserer Untersuchung mussten wir unsere Ergebnisse zunächst jedoch mit verfügbaren Daten aus England und aus dem Rheinland vergleichen:

Jeweils knapp ein Fünftel der Patientinnen und Patienten der UNK litten unter Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis und affektiven Psychosen, zwei Fünftel unter neurotischen oder Persönlichkeitsstörungen, 6 % gerontopsychiatrischen Erkrankungen (damals: alters- und Gefäßerkrankungen), 7,5 % unter Abhängigkeitserkrankungen und etwa 10% erfassten wir damals als andere psychiatrischen Erkrankungen mit somatischem Anteil. Die Verweildauer war kurz für damalige Verhältnisse. Der Durchschnitt betrug 42 Tage; knapp die Hälfte der Patientinnen und Patienten war in weniger als 30 Tagen wieder entlassen; deutlich weniger als 10% blieben mehr als 100 Tage. In diese Daten waren die Patientinnen und Patienten der Psychotherapieabteilungen eingeschlossen, auf denen die Durchschnittsverweildauer für Männer 91 und für Frauen 81 Tage betrug.

Für unsere Überlegungen zur Tagesbehandlung war allerdings besonders interessant, dass jenes Viertel der Patientinnen und Patienten, die in der Stadt oder im Landkreis Tübingen zuhause waren (ohne Psychotherapiestationen) durchschnittlich 29 Tage blieben, jenes andere Viertel aber, das mehr als 50 Kilometer von der Klinik entfernt lebte, durchschnittlich 30 Tage blieb.

Wir schrieben die Ergebnisse zusammen und vervielfältigten sie zusammen mit unserer Analyse der geographischen Lage der psychiatrischen Krankenhäuser für eine gemeindenahere psychiatrische Versorgung mittels eines damals noch recht primitiven Fotodruckverfahrens in der Druckerei des Tübinger Klinikums, legte die Seiten selber zusammen, versahen das Ganze – ebenfalls selber mit einem Umschlagkarton; und

wie das alles so viel Arbeit gemacht hatte, druckten wir auf die Titelseite "Werkstatt-schriften für Sozialpsychiatrie Band I" (herausgegeben von den sozialen Arbeitskreisen der Studentengemeinden an der UNK). Da daraus einmal eine Reihe von wirklichen Werkstatt-schriften für Sozialpsychiatrie mit insgesamt 50 Bänden (bis 1990) werden sollte, hätten wir uns damals nicht träumen lassen. Darauf werde ich später zurückkommen.

Diese erste Datenanalyse war erst der Anfang. Was wir herausgefunden hatten, faszinierte uns; aber es reichte uns nicht. Das Ergebnis war, was man heute eine Arbeitsgruppe für Versorgungsforschung nennen würde, die aus der bereits genannten Kerngruppe und - im Laufe von vier Jahren - einem knappen Dutzend Doktoranden bestand. Die erste Untersuchergruppe blieb nahe an den Ergebnissen und Befunden, die wir über die Nervenklinik und die Versorgung des Stadt- und des Landkreises Tübingen erhoben hatte. Brigitte Gehr (später Rempp 1972), die den Anfang machte untersuchte jene Patienten des Landkreises Tübingen, die 1969 in den drei Großkrankenhäusern außerhalb des Landkreises behandelt worden waren: Im zuständigen psychiatrischen Landeskrankenhaus Zwiefalten, 70 km entfernt auf der schwäbischen Alp und deswegen verkehrsmäßig nicht gut erschlossen; im 100 km entfernten Christophsbad Göppingen, einer angesehenen privaten psychiatrischen Klinik und im katholisch-konfessionellen Großkrankenhaus Rottenmünster in Rottweil, ebenfalls etwa 80 km entfernt.

Ihre Ergebnisse waren erstaunlich. Es stellte sich nämlich heraus, dass in diesen Krankenhäusern zusammen nur 105 Aufnahmen von Bewohnern des Kreises Tübingen erfolgt waren – gegenüber 278 (ohne Psychotherapie) in der Universitätsnervenklinik. Mit anderen Worten: Die Universitätsnervenklinik versorgte damals bereits 70% der psychiatrisch hospitalisierten Bewohner des Landkreises und der Stadt Tübingen. Angesichts der Gesamtaufnahmezahl von 1200 Patienten im Jahre 1969 hätte theoretisch also bei einer Verschiebung von weniger als 10% der Aufnahmen einer Vollversorgung von Tübingen stattfinden können.

Dass das eine sehr theoretische Überlegung war, wurde allerdings deutlich als wie die Patienten, die in den Großkrankenhäusern zur Aufnahme gekommen waren, mit jenen, die in der UNK behandelt wurden verglichen. Bei der Analyse der Diagnosen war nur die Häufigkeit der schizophrenen Kranken annähernd gleich. Demgegenüber

waren Abhängigkeitskranke und psychisch Alterskranke in den Großkliniken massiv überrepräsentiert. Während dort Patienten mit neurotischen und Persönlichkeitsstörungen kaum vertreten waren und Kranke mit affektiven Psychosen in der UNK massiv überrepräsentiert waren. Im Übrigen stellte sich eine massive Ungleichheit bei der Auswahl bzw. der Zuweisung von Patienten heraus.

Die Patienten, die in Großkrankenhäusern aufgenommen worden waren, waren seltene Erstaufnahmen, waren massiv häufiger drei Mal und mehr in psychiatrischen Krankenhäusern gewesen, waren älter, waren sehr viel länger krank, hatten eine viel längere Verweildauer mit 10705 Krankenhaustagen gegenüber 3400. 22% der UNK Patienten waren drei Mal so lange in den Kliniken und wiesen eine vier Mal so lange Gesamtverweildauer bei allen bekannten psychiatrischen Aufenthalten zuvor auf als die UNK Patienten. 24% der Großkrankenhauspatienten gegenüber 2% der UNK Patienten verstarben während des Aufenthaltes. Ihre soziale Prognose war massiv schlechter. Schließlich bestand die Gruppe der in den Großkrankenhäusern aufgenommenen Patientinnen und Patienten mit 70% doppelt so häufig aus Angehörige der Unterschicht, während Angehörige der Oberschicht/oberen Mittelschicht, die in der Universitätsklinik immerhin 23% betrug, unter den Großkrankenhauspatienten nicht vorkamen.

Aus den Daten lässt sich folgen, dass es „gute“ Gründe gab, die Patientinnen und Patienten in den Großkrankenhäusern und nicht in der Universitätsnervenklinik aufzunehmen, Gründe allerdings, die mit Ungleichheit zu tun haben und nichts mit sozialer Gerechtigkeit oder Behandlung der Kranken ohne Ansehen der Person. Das wurde noch einmal unterstrichen, wenn man die Ereignisse betrachtete, die zur Einweisung geführt hatten. Bei den Einweisungen in die Großkliniken waren es doppelt so häufig soziale Probleme im weiteren Sinn wie fehlende Betreuung, Verwahrlosung, öffentliches Ärgernis, drei Mal so häufig angenommene Gefahr oder Tötlichkeiten. Nur Patienten mit Suizidalität wurden umgekehrt drei Mal so häufig in der Universitätsnervenklinik aufgenommen.

Auch nach der Analyse der Daten war festzuhalten, dass eine Versorgung dieser Patientengruppe in der Psychiatrischen Universitätsklinik möglich gewesen wäre, allerdings hätte deren Versorgung nicht 10% der Bettenkapazität erforderlich gemacht, sondern wegen der längeren Verweildauer fast 30%.

Allerdings war in der Untersuchung von Brigitte Rempp jene Gruppe der Patientinnen und Patienten ausgeschlossen, die aus der Universitätsnervenklinik in ein Landeskrankenhaus bzw. ein anderes Großkrankenhaus verlegt worden waren. Diese Patientengruppe wurde für die Jahre 1967-69 von Beate Calov untersucht. Sie umfasste pro Jahr im Durchschnitt 60 Patienten. Auch hier wurde eine massive soziale Ungleichheit sichtbar. Zwei Drittel der Verlegten gehörten der Unterschicht an, fünf Prozent der Oberschicht. Bei den Verlegten waren Schizophrenieerkrankte überrepräsentiert. Die Verlegten waren älter. Ihre Mortalität war erhöht, ihre Verweildauer deutlich länger. Sie waren häufiger psychiatrisch vorbehandelt worden und ihre soziale Prognose galt als ungünstiger.

In das Bild der sozialen Ungleichheit fügt sich eine Untersuchung von Bernhard Klinksiek, die die Merkmale der Patientinnen und Patienten mit „extrem“ kurzer Verweildauer in einem Landeskrankenhaus und der Nervenklinik miteinander vergleicht. Hier handelt es sich nicht um Patientinnen und Patienten aus dem Kreis Tübingen, sondern um die Aufnahme allgemein. Das zentrale Ergebnis war ebenso unerwartet wie erschütternd: Während es sich bei den Patienten, die die UNK nach weniger als 10 Tagen verließen überwiegend um Entlassungen nach Kriseninterventionen, um Einzelnachverlegungen oder um Behandlungsabbrüche handelte, handelte es sich bei den Landeskrankenhauspatienten zu drei Viertel um Kranke mit gerontopsychiatrischen Leiden, die innerhalb dieser Zeit verstorben waren. Auch diese Ergebnisse haben wir damals nicht veröffentlicht. Aber sie fanden Eingang in die landespolitische Psychiatriediskussion und in die Psychiatrie-Enquete die ihre Einweisungspraxis zum Sterben skandalisiert und brandmarkte.

Nach der Untersuchung der Aufnahmen und der Verlegungen folgte schließlich eine Stichtagserhebung im Herbst 1971. Diese wurde durch Bernd Wildner durchgeführt. Zum Zeitpunkt der Stichtagsanalyse befanden sich 116 Patientinnen und Patienten aus Tübingen in den vier Krankenhäusern, davon nur 32 in Tübingen (einschließlich drei Tagespatienten und einem Psychotherapiepatienten). Mit andern Worten: Obwohl fast drei Viertel der Aufnahme in der UNK erfolgten, befanden sich fast drei Viertel der Kranken aus Tübingen am Stichtag in anderen Krankenhäusern in Behandlung. Darunter alle Langzeitpatienten (44%), davon 28% mit einer Verweildauer von mehr als fünf Jahren. Das Muster der sozialen Ungleichheit wiederholte sich we-

gen den anderen Untersuchungen.

Dennoch hat das Ergebnis eine beinahe ironische Note. Selbst wenn die Universitätsnervenklinik die Versorgung aller dieser 116 Patienten aus dem Kreis einschließlich der Langzeitpatienten übernommen hätte, stünden noch 32 Betten der allgemeinen Erwachsenenpsychiatrie für andere Zwecke zur Verfügung. Die Übernahme der Langzeitpatienten stand Anfang der 70er Jahre schon aus pragmatischen politischen Gründen nicht zur Diskussion. Unsere Ergebnisse und die Schlussfolgerungen daraus sorgten auch unter diesem Vorbehalt für erhebliche Unruhe. Bemerkenswerterweise war ein zentrales Argument gegen alle Sektorisierungs-Überlegungen dieses: Wir würden Kranke aus anderen Regionen diskriminieren, wenn wir eine Sektorisierung durchführten. Die Tübinger psychisch Kranken würden gegenüber den anderen überprivilegiert sein. Das Argument, das nach dem überkommenen System eine ganz andere Diskriminierung praktiziert wurde, nämlich eine gegen sozial schwache Kranken, gegen Angehörige der Unterschicht und gegenüber Patientinnen und Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern, insbesondere Schizophreniekranken und Kranke mit psychiatrischen Altersleiden.

Die unterschiedlichen Teilprojekte zur psychiatrischen Versorgung in Tübingen mündeten schließlich in meiner Habilitation, die aus heutiger Sicht erstaunlich glatt über die Bühne ging. Im Januar 1972 konnte ich die Habilitationsschrift vorlegen. Zu Beginn des Sommersemesters legte Schulte sie auf Drängen Tölles, der zu diesem Zeitpunkt in Münster einen Lehrstuhl für Psychiatrie übernommen hatte, der Medizinischen Fakultät vor. Am 19. Dezember 1972 hielt ich vor der Fakultät meinen Probevortrag über Behandlung und Prognosen der Schizophrenie, am 13. Februar 1973, noch 32 Jahre alt, hielt ich meine Antrittsvorlesung über Antipsychiatrie, Sozialpsychiatrie und soziale Psychiatrie.

### **Untersuchungen zur psychiatrischen Krankenversorgung in Baden\_Württemberg**

Parallel zur Untersuchung der Versorgungssituation für den Kreis Tübingen führten wir eine Erhebung zur psychiatrischen Krankenversorgung in Baden Württemberg durch. Auch hier wurde die Datensammlung durch Doktoranden geleistet. Zusammengefasst wurden die Ergebnisse im Band 8 der Werksattschriften zur Sozialpsy-

chirurgie (Finzen u.a. 1973). Das Projekt wurde von der Weltgesundheitsorganisation und dem Bundesgesundheitsministerium gefördert.

Im Herbst 1970 hatte ich auf Vermittlung von Heinz Häfner an einer Tagung der Arbeitsgruppe der WHO-Arbeitsgruppe „On the Classification and Evaluation of Mental Health Services Activities“ (WHO-EURO 4200) teilzunehmen. Das Projekt hatte zum Ziel, Unterschiede und Ähnlichkeit der psychiatrischen Krankenversorgung in den europäischen Ländern zu erheben und miteinander zu vergleichen. Für die Bundesrepublik nahm Horst Dilling, das Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München, an dem Projekt teil. Er hatte zusammen mit D. von Zerssen Versorgungsdaten über das Bundesland Bayern vorgelegt (1969). Seine Ergebnisse waren nicht zuletzt deshalb interessant, weil sich herausstellte, dass es in Bayern neben den psychiatrischen Krankenhäusern zahlreichen Behandlungsplätze für chronisch psychisch Kranke gab, die in keiner offiziellen Statistik auftauchten. Damit wurde die Skepsis bestätigt, die meines Wissens Heinz Häfner als erster geäußert hatte, ob die offizielle Lesart und die Argumentation von Krankenhausträgern in Ministerien und Krankenhausdirektoren wirklich zutrifft, dass es in der Bundesrepublik zu wenig stationäre psychiatrische Behandlungsplätze gebe.

Wortführer dieser Argumentation war seit Anfang der 70er Jahre Rudolf Degkwitz, der zunächst in Ravensburg und dann in Freiburg wirkte. Er legte 1971 zusammen mit P. W. Schulte einen „Rahmenplan der DGPN zur Reform der psychiatrischen Krankenversorgung in der Bundesrepublik“ vor. Für Baden Württemberg hieß es, es seien lediglich 1,2 Betten auf tausend Einwohner verfügbar, benötigt würden aber doppelt so viele. In der Tat schien die Bettensituation in Baden Württemberg besonders prekär, wenn man sie etwa mit dem Rheinland verglich. Allerdings waren bei näherem Hinschauen auch ohne weitergehende Analysen Zweifel an der Vergleichbarkeit angebracht: Es war allgemein bekannt, dass im Rheinland, wo die geistig Behindertenversorgung weitgehend von den staatlichen psychiatrischen Großkrankenhäusern wahrgenommen wurde, während sie in Baden Württemberg bei frei gemeinnützigen, überwiegend konventionellen Trägern lag. Kulenkampff gab mir damals Gelegenheit alles dies im Nervenarzt ausführlich zu diskutieren (Finzen 1971).

Für uns war das WHO-Projekt Anlass, die Bayern-Studie durch ein Teil-Projekt Baden Württemberg zu ergänzen, indem wir mit Erfolg versuchten, Aufschluss über

Zahl und Art der Behandlungsplätze in Kliniken und anderen stationären psychiatrischen Einrichtungen zu erheben, Aufschlüsse über die Personalsituation und die ambulante Versorgung zu gewinnen. Die finanzielle Unterstützung durch das Bundesgesundheitsministerium, die auch eine bescheidene Bezahlung der Doktoranden in der Phase des Datensammelns möglich machte, war geeignet, die Motivation zu fördern. Der Prozess der Erfassung von Einrichtungen außerhalb der psychiatrischen Krankenhäuser war mühsam. Große Hilfe leistete uns dabei das von C. Kulenkampff und E. Siebecke-Giese herausgegebene Gesamtverzeichnis der Einrichtung auf dem Gebiet der Psychiatrie in der Bundesrepublik, das vom Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge im Jahr 1969 veröffentlicht worden war.

Die Kooperationsbereitschaft der angeschriebenen Einrichtungen war erstaunlich. Am Schluss hatten wir neben den 13 796 Behandlungsplätzen in psychiatrischen Krankenhäusern 11 734 weitere stationäre Behandlungsplätze in sonstigen Einrichtungen einschließlich der badischen Kreispflegeheime erfasst. Das selbst diese Zahlen zu niedrig lagen haben wir im Rahmen eines Gutachtenauftrages des Landkreises Nordwürttemberg über die Erstellung einer psychiatrischen Krankenhausabteilung in Bad Mergentheim klar (die allerdings nicht realisiert wurde). Im Rahmen der Datenerhebungen konnten wir auf Angaben der örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger zurückgreifen, die uns sonst nicht zugänglich waren. Dabei zeigte sich, dass sich in diesem Landkreis im Jahre 1972 177 Kranke bzw. Behinderter wegen psychischer Störungen auf Kosten der Sozialhilfe in psychiatrischer Behandlung waren, davon nur 64 in Krankenhäusern. Die übrigen waren in 46 Heimen und Pflegeeinrichtungen untergebracht, die über das ganze Land verstreut waren, z. T. aber auch außerhalb lagen. Bei zahlreichen Behinderten wurden Altersheime als Behandlungs- und Pflegeorte angegeben, obwohl ausdrücklich betont wird, die Patienten befänden sich in psychiatrischer Behandlung.

Das Ergebnis unserer Erhebung war mithin. Es gab im Land ausreichend Behandlungen und Pflegeplätze und andererseits gab es eine **Fehlplatzierung** und durch Mischung, die ein annähernd ausreichende Qualität der Versorgung nicht gewährleisten konnte. Mit anderen Worten: Nicht mehr Behandlungsplätze waren erforderlich, sondern andere an anderen Orten, zumal sich herausstellte, dass die Heime mit Ausnahme der badischen Kreis-Pflegeheime auch dezentraler an den ursprünglichen

Wohnorten der Patientinnen und Patienten lagen, als die psychiatrischen Krankenhäuser.

### **Zur Situation von ausländischen Arbeitnehmern in stationärer psychiatrischer Behandlung**

Nur am Rande erwähnt sei ein Projekt der Untersuchung der psychiatrischen Behandlungssituation von ausländischen Arbeitnehmern am Beispiel der Tübinger Universitätsnervenklinik unter Mitarbeit von H. Esslinger und H. Rettig (1977). Ich erwähne das Projekt, weil es damals (Erhebungszeitraum 1973) kaum Daten zur psychiatrischen Behandlung von Gastarbeitern gab. Wir betraten also Neuland. In der epidemiologischen Untersuchung Esslinger (1977) stellt sich heraus, dass die ausländischen Patienten in der Klinik gegenüber ihrem Bevölkerungsanteil deutlich unterrepräsentiert waren. Im zweiten Teil der Studie (Rettig 1977) verwendeten wir nicht nur erstmals qualitative Methoden zur Erfassung der Situation. Wir zogen auch, was damals noch ungewöhnlich war, eine Vergleichsgruppe (Kontrollgruppe) von deutschen Patienten hinzu. Eine weitere Besonderheit der Untersuchung war, dass ihre wesentlichen Anteile sich nicht allein auf Krankengeschichten stützten, sondern prospektiv waren und deshalb mit Interviews der untersuchten Patienten verbunden werden konnten. Wir verstanden die beiden Arbeiten als Pilotstudien zur Generierung von Fragestellungen und Hypothesen. Mein Weggang nach Wunstorf setzte dem leider ein Ende.

### **Der Patientensuizid**

Der Suizid eines Patienten während der Behandlung ist ein Schock für alle Beteiligte – für die Angehörigen, aber auch für die Behandelnden. Sie haben für den Zeitraum der Therapie die Verantwortung, insbesondere, wenn diese Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus stattfindet, womöglich gar auf einer geschlossenen Station. Der Tod gehört für die Medizin dazu wie das Leben. Nur in der Psychiatrie ist das anders. Psychisch Kranke sterben nicht – allenfalls in der Alterspsychiatrie. Aber wenn Patientinnen und Patienten in der psychiatrischen Klinik zu Tode kommen, ist es fast immer durch Suizid. Niemandem, der länger in der Psychiatrie arbeitet, bleibt diese Erfahrung erspart – eine Erfahrung, die zur inneren und äußeren Belastung wird, die, wenn sich Suizide häufen, kaum auszuhalten ist.

Die Beteiligten sind betroffen durch den plötzlichen abrupten Beziehungsabbruch von Seiten ihrer Patienten, je mehr, je länger eine therapeutische Beziehung gedauert hat. Sie haben unweigerlich Schuldgefühle. Sie fragen sich, was sie möglicherweise versäumt haben und sie finden immer etwas; und sie können nie wissen, ob ein solches Versäumnis oder ein Fehler etwas mit dem Suizid zu tun hat oder nicht. Wahrscheinlich ist eher, dass es nichts damit zu tun hat; aber wie gesagt, sie können es nie wissen. Dazu kommen offene oder versteckte Schuldzuweisungen. Sie müssen sich gegenüber ihren Vorgesetzten rechtfertigen, die wiederum gegenüber einer Aufsichtsbehörde Stellung nehmen. Da ein Suizid rechtlich ein unnatürlicher Tod ist, muss die Staatsanwaltschaft ein Todesermittlungsverfahren einleiten, und es kommt vor, dass daraus eine Anklage oder her selten ein Gerichtsverfahren wird. Dabei besteht allgemeine Übereinstimmung darüber, dass nicht jeder Suizid verhindert werden kann, auch nicht bei psychisch Kranken während der Behandlung. Andererseits ist es schwer, sich damit abzufinden. Das gilt insbesondere, wenn Kranke wegen Suizidgefährdung in die psychiatrische Klinik gekommen oder eingewiesen worden sind. Trotzdem ist lange Zeit wenig über die Umstände, die Konstellationen und die Voraussetzungen des Patientensuizids bekannt gewesen. Lange Zeit hat eine Tendenz bestanden, den Suizid eher zu verdrängen oder zu verstecken als ihn zu erforschen.

Noch in den 80er Jahren bestand die Weltliteratur – soweit zugänglich- aus wenig mehr als 100 Titeln. Es waren viel weniger, als ich mich nach einem Suizid im Wachsaal der geschlossenen Männerstation in der Tübinger Klinik erstmals damit befasste – aus Betroffenheit. Der junge Mann starb unter den Augen der Mitarbeiter. Kurz danach, während ich in meiner Londoner Zeit fing ich an, die Literatur zu Thema systematisch zu sichten und zu sammeln. Das funktionierte damals so, dass ich in den Jahrgangsbänden des Index Medicus im Londoner Institute of Psychiatry nach den zugehörigen Stichworten durchforstete und die gefundenen Quellen über den internationalen Leihverkehr bestellte. Daraus wurde bald nach meiner Rückkehr ein Forschungsprojekt.

Damals konnte ich nicht wissen, dass mich das Thema während meines ganzen weiteren beruflichen Lebens gefangen halten und beschäftigen sollte. Wie bei meinen anderen Projekten auch, arbeitete ich mit Doktoranden. Siegfried Grandel (1978)

untersuchte die Selbsttötungen während der stationären Behandlung in der Tübinger Klinik zwischen 1964 und 1973. Doris Müller erforschte den Suizid ehemaliger Klinikpatientinnen und Patienten innerhalb eines Jahres nach der Entlassung und Werner Pieper(1977) unternahm eine epidemiologische Untersuchung mit der Fragestellung, welcher Anteil an den **Suizidentinnen** und Suizidenten im Kreis Tübingen während des genannten 10-Jahres-Zeitraums möglicherweise bzw. wahrscheinlich psychisch krank war.

Wir konnten damals auf die Todesermittlungsakten der Landespolizeidirektion Baden Württemberg zurückgreifen. Fragen des Datenschutzes wurden damals nicht so streng gesehen, wie das heute der Fall ist. Durch einen mühsamen Kreuzvergleich der polizeibekanntem Suizide mit der Patientenkartei der Klinik war es möglich, über den genannten Zeitraum 40 Suizide während stationärer Behandlung, 60 innerhalb des Einjahreszeitraums nach der Entlassung und 250 Suizide im Landkreis Tübingen festzustellen. Auf die Ergebnisse soll hier nur am Rande eingegangen werden. Wichtig war, dass Suizide im Zeitraum nach der Entlassung häufiger vorkommen als während der stationären Behandlung und dass solche Suizide in den ersten drei Monaten nach der Krankenhausentlassung besonders häufig sind.

Aus den epidemiologischen Befunden schließlich ließ sich ableiten, dass fast ein Drittel der Suizidentinnen und Suizidenten in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen war, und dass ein weiteres Fünfte mit Alkoholproblemen zu kämpfen hatte. Alle drei Dissertationen wurden in den Werkstattschriften veröffentlicht. Erst viel später (1983) zusammengefasst in der Suizidprophylaxe. Insbesondere die Arbeiten Von Grandel und Müller wurden über mehr als ein Jahrzehnt zu den wichtigsten Referenzarbeiten der Untersuchungen über den Patientensuizid bzw. den Kliniksui- zid, wie er an den meisten Orten genannt wurde. Ernst in Zürich, Modestin in Bern, Wolfersdorf und die Baden Württembergische Arbeitsgemeinschaft zur Erforschung des Suizids im Psychiatrischen Krankenhaus leisten wesentliche Beiträge zur Erforschung des Problems. Das Tübinger Projekt, das noch nicht abgeschlossen war, als ich die Klinik verließ, begleitete mich nach Wunstorf und wurde später zur Grundlage meiner Wunstorfer Forschungen und für meine beiden Monographien zum Thema (1988,1989). Nach einer Unterbrechung von einigen Jahren nahm ich es in den 90er Jahren in Basel wieder auf.

## Untersuchungen zur Compliance

Die Nichteinnahme vom Arzt verordneter Medikamente war das letzte unserer wichtigeren Tübinger Forschungsprojekte. Wie alle anderen hat auch dieses seinen Ursprung in Alltagsbeobachtungen und –Problemen. Das begann bereits früh während der Arbeit auf den Stationen. In der Tagesklinik war die Frage, nehmen die Patienten die Medikamente, die wir ihnen verordnen, überhaupt ein, zum Dauerbrenner. Die Anregung, das zu untersuchen, hatte ich wie viele andere auch aus London mitgebracht. Dort hatte ich damit begonnen, die Literatur zu sichten. Wichtiger war vielleicht eine Anekdote, die der früh verstorbene Phillip May 1969 beim Weltkongress für Sozialpsychiatrie in einem Vortrag zur Compliance zum Besten gab:

An der Küste von New England sei Mitte der Fünfzigerjahre eine bislang unbekannte Möwen-Krankheit aufgetreten. Hunderte der Vögel fielen plötzlich durch Unsicherheit im Flug auf. Sie doppelten in der Luft, stürzten schließlich ab und konnten sich auch am Boden kaum bewegen. Die neue Krankheit sorgte für große Aufregung bei den Anwohnern. Die toxikologische Untersuchung der Tiere ergab schließlich, dass sie voller Chlorpromazin steckten. Des Rätsels Lösung: in unmittelbarer Nähe zur Küste befand sich eine psychiatrische Privatklinik, in der man gerade die Therapie mit den brandneuen Neuroleptika eingeführt hatte. Die Non-Compliance einiger Patienten hatte nicht nur drastische Folgen. Sie schrieb auch Psychiatriegeschichte. Die Kranken entsorgten ihn nicht eingenommenen Medikamente, indem sie sie vom Balkon ihrer Zimmer - absichtlich oder nicht absichtlich – den Möwen zuwarfen, die sie auffingen und schluckten.

Von ähnlichen Vorkommnissen blieben wir glücklicherweise verschont, obwohl die Lage der Tagesklinik am Neckar beste Voraussetzungen dafür geboten hätte. Trotzdem wollten wir mehr darüber wissen. Als erstes befragten wir unsere Kolleginnen und Kollegen auf den Stationen, wie sie die Situation einschätzten (Finzen 1975). Die Ergebnisse waren niederschmetternd: die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – Ärzte und Pflegepersonal – der geschlossenen Stationen waren zu immerhin 90 % davon überzeugt, dass die von ihm verordneten Medikamente eingenommen wurden; auf dem offenen Station waren es zwei Drittel; in der Tagesklinik gerade mal die Hälfte. Im Hinblick auf die ambulante Behandlung schätzten 60 % aller Befragten die Compliance negativ ein. Dieses Misstrauen war einer der Gründe, weshalb wieder in der

Tübinger Tagesklinik bald auf eine „Depot-Ambulanz als soziale Nachsorgeeinrichtung“ setzten (Finzen, Schädle-Deininger 1975). Aus heutiger Sicht mag man das als zynisch empfinden. Aber damals war das unsere Überzeugung. Immerhin haben wir niedrig dosiert. Und mir war nicht zufrieden mit den Ergebnissen unserer Meinungsbefragungen. Wir verzichteten zwar wegen methodologischer Zweifel zunächst auf Patientenbefragungen. Wir hatten das vor. Zunächst wollten wir aber die Literatur sichten lassen.

Dieter Naumann (1977) und Michael Drews (1977) unterzogen sich dieser Fronarbeit in ihren Dissertationen. Naumann promovierte über „die Nichteinnahme vom Arzt verordnete Medikamente“, indem er anhand von annähernd 400 empirischer Untersuchungen eine Begriffs- und Methodenanalyse vornahm und das Ausmaß einzuschätzen versuchte. Dabei beschränkte er sich keineswegs auf die Psychiatrie. Beförderte dabei reichhaltig empirisches Material zu Tage. Zum Abschluss blieb ihm aber nichts übrig, als die geringe Reichweite der meisten Untersuchungen zu beklagen. Weitere Forschung war also nötig; und das war letzten Endes das Ergebnis, das wir uns erhofft hatten.

Michael Drews untersuchte in seiner Arbeit die „Einflüsse auf die Nichteinhaltung der vom Arzt verordneten Medikamententherapie (Drug Defaulting)“. Er konnte einige bemerkenswerte Ergebnisse herausarbeiten, die auch heute noch von Interesse sind. Im Mittelpunkt stand der positive beziehungsweise negative Einfluss der Arzt-Patientenbeziehung! Im Folgenden will ich einige seiner Befunde zitieren – und sei es nur, um zu zeigen, dass es auch heute noch lohnt, sich mit älterer Literatur auseinanderzusetzen:

„Es konnten in der Literatur für folgende Hypothesen keine signifikanten Bestätigungen gefunden werden:

1. Ältere Patienten sind schlechtere „Complier“ als jüngere.
2. Gutsausgebildete oder wohlhabende Oder aus hohen Schichten sich rekrutieren Patienten oder Patientinnen mit sozial hoch stehenden Berufen sind bessere Complier.

3. Der Non-Complier ist ein Patient mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen.
4. Pharmazeutische und pharmakologische Charakteristika (wie Dosis, Form, Größe, Farbe der Medikamente, Art des Wirkstoffs, Geschmack, Konsistenz, Nebenwirkungen) zeigen signifikante Beziehungen zu Compliance oder Non-Compliance.

Folgende Hypothesen fanden in der Literatur Unterstützung:

1. In einem beobachteten Zeitraum nimmt das Non-Compliance-Verhalten zu.
2. Je komplizierter die Verordnung des Arztes ist, desto mehr Non-Complier sind zu erwarten.
3. Diese objektive Beurteilung und Wahrnehmung des Patienten von Krankheit und Therapie beeinflusst signifikant das Patienten-Verhalten.
4. Die Arzt-Patient-Interaktion ist für das Verhalten bedeutsam.
  - 4.1 Freundliche Interaktion des Arztes wirkt Ertrichtung Compliance.
  - 4.2 Das Zeit nehmen für nicht medizinische Unterhaltung ist positiv mit Compliance verbunden.
  - 4.3 Das freie vom Arzt selber ausgehende Angebot von Informationen führt zu besserer Kooperation.
  - 4.4 Interaktion entweder des Arztes oder des Patienten oder von beiden mit vielen negativen Gefühlen mindert die Compliance.
  - 4.5 Nachfragen des Arztes, ohne dass er erklärt, warum man fragt, führt zu Nicht-Kooperation.
  - 4.6 Ein großer Anteil der Interaktion durch Meinungsäußerungen des Patienten führt zur Verminderung der Kooperation.
  - 4.7 Nichterfüllung der Erwartung des Patienten an die Arzt-Patienten-Interaktion führt zur Nicht-Kooperation.

4.8 Die Wahrnehmung der Interaktion sowohl vom Arzt wie vom Patienten beeinflusst die Kooperation:

- Positives Selbstbild des Arztes oder des Patienten beziehungsweise ein positives reflexives Bild des Arztes ist mit Kooperation verbunden.
- Negatives Fremdbild des Arztes oder des Patienten beziehungsweise negatives reflexives Selbstbild des Arztes ist mit fehlender Kooperation verbunden.“

Eine Reihe dieser Faktoren sind nicht ganz einfach zu verstehen. Das ist auch einer der Gründe besser riechen zweiten Teil des Zitates den Begriff der Kooperation an die Stelle der Compliance gesetzt habe. Das könnte man auch durchgängig tun. Manche der Ergebnisse sind durchaus diskutabel. Es sei daran erinnert, dass es sich um Schlussfolgerungen aus der Literatur handelt. Dafür dass sie 35 Jahre alt sind und sich auf Literatur beziehen, die bis zu 50 Jahre alt ist, sind diese Schlussfolgerungen allerdings erstaunlich aktuell.

Auch dieses Projekt konnte nicht abgeschlossen werden, bevor ich Tübingen verließ. Wie so vieles andere, ging es über den konkreten Herausforderungen der Umgestaltung einer psychiatrischen Anstalt unter. Allerdings haben mich die Fragen, die hier gestellt wurden, über die Zeit begleitet.

### **Zum Schluss**

Im Rückblick erfasst mich Bedauern, ja eine gewisse Traurigkeit, dass wir so viele viel versprechende Ansätze nicht weitergeführt haben. Ich kann mich noch erinnern, dass ich mich gegenüber manchen Doktoranden als eine Art „Hochverräter“ gefühlt habe, als ich weg ging. Aber auch aus heutiger Sicht sind überzeugt davon, dass der Abschied von Tübingen notwendig war und dass sich dafür einiges in Kauf nehmen musste. Anders sehe ich aus heutiger Sicht in die Gestaltung der Beziehungen zur Tübinger Sozialpädagogik. Es hätte gewiss beiden Seiten gut getan, wenn ich den Anfeindungen von Seiten einiger medizinischer Kollegen widerstanden hätte und einer Sozialpädagogik festgehalten hätte. Das hätte es mir leichter gemacht, um nicht zu sagen möglich gemacht, meine soziologische Seite weiter und besser zu pflegen. Rückblickend bedaure ich natürlich auch, dass wir unsere Ergebnisse kaum in den

etablierten wissenschaftlichen Zeitschriften veröffentlicht haben. Wir waren in vieler Hinsicht vielleicht nicht die ersten. Aber wir waren im Bereich der Versorgungs- Forschung in Deutschland Pioniere. Andererseits blieb mir da nichts übrig, als mich zwischen der Mitarbeit an der Psychiatrie-Enquete und den Herausforderungen von Wunstorf auf der einen Seite und meinen wissenschaftlichen Interessen zu entscheiden. Und das habe ich getan.

Einige der frühen Themen habe ich Wunstorf wieder aufgenommen; andere sind untergegangen. Dazu gehörte die Versorgungsforschung nicht. Die Psychiatrie-Enquete hatte mancher unserer frühen Fragestellungen überholt. Man für die Untersuchung anderer fehlten uns die Ressourcen. Im Übrigen werden sich meine Schwerpunkte verlagert. Die Arbeit an dem Buch über die Tagesklinik hatte meine Interessen verlagert. Ähnliches galt für die Umstrukturierung und die Ziele dieser Arbeit in Wunstorf. Die Frage „was ist Therapie“ stellte sich mit allem Nachdruck. Aber mir fehlten die Mittel sind zunächst auch die Kenntnisse, dem weiter nachzugehen. Eine Teilantwort, die mich sehr beeindruckt hat, lieferten Thomas und Christa Fengler (1980) in ihrer Untersuchung „Alltag in der Anstalt“, diesem Beispiel von Wunstorf nach fast zweijähriger teilnehmender Beobachtung verfasst hatten: Therapie ist Bewegung. Leider ist dieser Teil ihres Buches ein Fragment geblieben. Ich bin überzeugt davon, dass sie hier einen ganz wichtigen Nerv psychiatrischer Therapie getroffen haben, der bis heute weiterer Erforschung harrt. Im Zusammenhang mit meinem Buch über die Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen habe ich ansatzweise auch die Frage der Medikamenteneinnahme wieder angerissen. Aber das Projekt hat einen anderen Schwerpunkt und blieb in den Ansätzen stecken.

Einzig die Auseinandersetzung mit dem Patienten-Suizid habe ich bewusst und gezielt wieder aufgenommen – aus Betroffenheit zunächst; aber auch aus der Erkenntnis heraus, dass ich wenn ich überhaupt wissenschaftlich arbeiten wollte, im Thema wählen musste, das ich neben meinem beruflichen Verpflichtungen überschauen konnte. Dazu drängte sich die Suizidproblematik geradezu auf. Speziell zum Suizid während der psychiatrischen Behandlung und zum Suizid psychisch Kranker gab es nur wenig ernst zu nehmende Literatur. Hier war noch viel zu tun. Andere Themen, wie die Auseinandersetzung mit der Nazi-Euthanasie drängten sich ebenfalls auf, als ich mit der Vergangenheit meines Krankenhauses konfrontiert wurde. Daraus wurde

ein zweiter wissenschaftlicher Schwerpunkt in neuerer Psychatriegeschichte. Die meisten anderen wissenschaftlichen Fragen jener Jahre beschränkten sich auf die Reflektion von psychiatrischer Therapie und ihre Auswirkungen sowie auf ethisch-moralische Fragen im Zusammenhang mit Unterbringung, Zwangsmedikation und Gewalt von psychisch Kranken, sowie auf die grundsätzliche Frage, was wir mit unserer Behandlung für die Patienten überhaupt bewirken – eine gefährliche Frage für jemanden, der die Verantwortung für eine Institution trägt.

Während ich dies diktiere, fällt mir auf, dass meine Erinnerung nicht mit den Themen der frühen Forschung übereinstimmt. Sie sagt, wir haben damals doch viel breiter gedacht, nicht so eingeeengt auf die Projekte, die wir bearbeitet haben. Ich kann mir nur vorstellen, dass das damit zusammenhängt, dass die Diskussion über die kontroversen Themen von damals und die Themen der Lehre für Mediziner und Sozialpädagogen in Medizinsoziologie und Sozialpsychiatrie ein anderes Spektrum hatten. Ich will darüber nachdenken, ob es lohnt, in eigenes Kapitel darüber zu schreiben: was sich in der Erinnerung darüber niedergeschlagen hat, was sich über meine Lehrveranstaltungen von damals dokumentiert habe und welche Bücher ich damals gelesen habe: die meisten davon stehen heute noch in meinem Bücherregal.

## **Querverweise**

Leben und arbeiten in Tübingen 1970 bis 1974

1970. Das Jahr der Tagungen

Schreiben, Übersetzen, Herausgeben und Redigieren

Die Psychiatrie-Enquete

## **Literatur**

Balke, A.; Hinz, H. (1974): Der Weg in die psychiatrische Institution. Bruchteile und Meinungen von psychisch Kranken über Psychiatrie und psychische Krankheit. Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie Band 10, Tübingen.

Bauer, D. (1974): Vergleichende Untersuchungen über psychiatrische Aufnahmen in der Universitätsnervenklinik Tübingen mit Wohnort im Kreis Tübingen und mit Wohn-

ort in mehr als 50 km Entfernung. Inaugural-Dissertation, Tübingen.

Beuttenmüller, U. (1972): Das Bild des Geisteskranken aus der Sicht von 150 Patienten einer psychiatrisch-neurologischen Poliklinik. Inaugural-Dissertation, Tübingen.

Calov, B. (1973): Verlegungen aus der Universitätsnervenklinik Tübingen in psychiatrischer Landeskrankenhäuser (1967-69). Werkstattsschriften zur Sozialpsychiatrie Band 9, Tübingen.

Cumming, E.; Cumming, J. (1957): Closed Ranks. An Experiment in Mental Health Education. Harvard, University Press.

Dilling, H.; von Zerssen, D. (1969): Erhebungen und Überlegungen zur psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung Bayerns. München, MPI.

Dilling, H. (1970): gemeindenaher Psychiatrie und Rehabilitation in England. In: Der Nervenarzt 41, S. 277–286.

Dilling, H. (1974): Beziehungen zwischen Dauer des stationären Aufenthaltes und der Größe der Aufnahmegebiete bayrischer Nervenkrankenhäuser. In: Der Nervenarzt 45, S. 73–75.

Drews, M. (1977): Compliance – Noncompliance. Einflüsse auf die Nichteinhaltung der vom Arzt verordneten Medikamententherapie (Drug Defaulting). Werkstattsschriften zur Sozialpsychiatrie Band 18, Wunstorf.

Enderli, H. P. (1992): Macht Distanz psychisch Kranke chronisch? Inaugural-Dissertation, Bern.

Esslinger, H. (1977): Klinische, soziale und demographische Daten über ausländische Arbeitnehmer in stationärer psychiatrischer und neurologischer Behandlung. Inaugural-Dissertation, Tübingen.

Fengler, T., Fengler, C. (1980): Alltag in der Anstalt. Psychiatrie Verlag, Wunstorf.

Finzen, A. (1968): Die Stellung des Kranken und die Berufsethik der Ärzte im frühen Griechenland. Inaugurationsdissertation, Kiel.

Finzen, A. (1969): Arzt Patient und Gesellschaft. Die Orientierung der ärztlichen Be-

rufsrolle an der sozialen Wirklichkeit. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart.

Finzen, A. (1970): Ergebnisse einer Umfrage bei Tübinger Medizinstudenten über ihre Einstellung zur Psychiatrie und zum psychiatrischen Unterricht. In: Der Nervenarzt 41, S. 299–300.

Finzen, A. (1970): Zur Lage der Medizin-Soziologie in der Bundesrepublik. In: Hippokrates 41, S. 539–540.

Finzen, A. (1971): Die ärztliche Berufsrolle in der modernen Gesellschaft. In: Engelmeier, M. (Hg.): Leitbilder des modernen Arztes. Thieme Verlag, Stuttgart, S. 51–59.

Finzen, A. (1971): Die Psychiatrie in England. In: Archiv für Sozialwissenschaften des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, S. 146–156.

Finzen, A. (1971): Dezentralisierung der psychiatrischen Krankenversorgung – notwendige Strukturreform oder „unrealistisches Wunschdenken“? In: Der Nervenarzt 42, S. 37–44.

Finzen, A. (1973): Die Bedeutung der geographischen Lage psychiatrischer Landeskrankenhäuser Baden-Württembergs für eine gemeindenahere Psychiatrie. In: Finzen u.a. 1970, S. 1–16 (Ansatzmöglichkeiten ...). 3. Auflage.

Finzen, A. (1975): Psychiatrische Dienste in der Gemeinde und Schlüsselpersonen. In: Kisker, K. P.; Meyer, J. E. u.a.: Psychiatrie der Gegenwart, 2. Auflage, Band 3. Springer, Heidelberg, S. 297–325.

Finzen, A. (1975): Abbau von Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken und geistig Behinderten. Psychiatrie-Enquete II, S. 1130–1139. Drucksache 7/4201, Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode.

Finzen, A. (1975): Nehmen psychiatrischer Patienten ihre Medikamente: die Sichtweise des Personals. In: Psychiatrische Praxis 2, S. 183–88.

Finzen, A. (1975): Zugänglichkeit für alle: Die Bedeutung der geographischen Lage psychiatrischer Krankenhäuser für Aufnahmezeiten und Verweildauer. In: Nach dem Arzt 46, S. 591–599.

- Finzen, A. (1988): Der Patientensuizid. Psychiatrie Verlag, Bonn.
- Finzen, A. (1989): Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen. Psychiatrie Verlag, Bonn, 4. Auflage 1997.
- Finzen, A.; Tölle, R. (1970): Ausbildung, Fortbildung und Weiterbildung in der Nervenheilkunde. In: Medizinische Klinik 65, S. 689–693.
- Finzen, A.; Pörksen, N.; Roesger (1970): Studentische Laienarbeit einer Nervenklinik. In: Nervenarzt 41, S. 397–400.
- Finzen, A.; Grünewald, F.; Jantzen, F.; Wiethölter, H. (1974): Ansatzmöglichkeiten für eine gemeindenahere Psychiatrie und die Ungleichheit der psychiatrischen Versorgung. Werkstattsschriften zur Sozialpsychiatrie 1, Tübingen 1970/72, dritte Auflage mit B. Rempp 1974.
- Finzen, A.; Wiethölter, H. (1971): Studentische Laienarbeit als langfristig wirksamer Form der psychiatrischen Öffentlichkeitsarbeit. In: Meyer H. E.; Lauter, H. (Hg.): Der psychisch Kranke und die Gesellschaft. Thieme Verlag, Stuttgart, S. 111–116.
- Finzen, A.; Beck, W.; Becker, I.; Nebert, U. (1973): Materialien zur psychiatrischen Krankenversorgung in Baden-Württemberg – Behandlungsplätze, Personal, ambulante Versorgung. Werkstattsschriften zur Sozialpsychiatrie Band 8., Tübingen.
- Finzen, A. (1973): Argumente für eine gemeindenahere Psychiatrie. Werkstattsschriften zur Sozialpsychiatrie, Band 13. Tübingen, dritte Auflage Psychiatrie Verlag: Wunstorf 1979.
- Finzen, A.; Schädle-Deininger, H. (1975): Dauermedikation und Sozialtherapie: Eine Depot-Ambulanz als soziale Nachsorgeeinrichtung. In: Psychiatrische Praxis 219-123.
- Freudenberg, R. K.; Bennet, D.; May, A. R. (1957): The relative Importance of physical and Community Methods in the Treatment of Schizophrenics. Congr. Int. Psychiatry. Madrid, Vol. I, S. 157–178.
- Freudenberg, R. K. (1969): Mündliche Mitteilung.

Goffman, E. (1967): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigte Identität. Suhrkamp, Frankfurt (amerikanisches Original 1963).

Grandel S. (1978): Selbstmord und psychiatrischer Behandlung. Suizide in psychiatrischen Krankenhäusern. Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie Band 21. Wunstorf.

Jaeckel, M.; Wieser, S. (1970): Das Bild des Geisteskranken in der Öffentlichkeit. Stuttgart.

Klinksiek, F. (1973): Klinische und soziale Merkmale von psychiatrischen Patienten mit extrem kurzer Hospitalisierungsdauer in der Universitätsfrauenklinik Tübingen und dem Landeskrankenhaus Zwiefalten. Inaugural-Dissertation. Tübingen.

Kulenkampff, C.; Siebecke-Giese, E. (1969): Gesamtverzeichnis der Einrichtungen auf dem Gebiet der Psychiatrie. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge.

Müller, D. (1978): Selbstmord und psychiatrische Behandlung. Zum Suizid psychisch Kranker nach Entlassung aus stationärer psychiatrischer Behandlung. **Marktwirtschaft** zur Sozialpsychiatrie 20. Wunstorf.

Nauman, D. (1977): Compliance und Noncompliance I. Die Nichtteilnahme vom Arzt verordnete Medikamente. Begriffe, Methoden, Ausmaß. Eine Analyse empirischer Untersuchungen. Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie, Band 17. Wunstorf.

Nunnally, J. C. (1961): Popular Conceptions of Mental Health. New York.

Pieper, W.: Selbstmord in Tübingen. Zur Epidemiologie des Siegs im Kreis Tübingen. Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie, Band 19. Wunstorf.

Reimann, H. (1969): Die Gesellschaft und der Geisteskranke. **Sozialpsychiatrie** 4, S. 87–94.

Rempp, B. (1972): Zur stationären Versorgung des Kreises Tübingen. Inaugural-Dissertation. Tübingen.

Rettig, H. (1977): Zur Situation von ausländischen Arbeitnehmern in stationärer Behandlung einer neurologisch-psychiatrischen Klinik. Inaugural-Dissertation. Tübingen.

gen.

Schulte, W.; Finzen, A. (1970): Die Reorganisation der Nerven-Krankenhäuser Lohr am Main und Schloss Werneck. Gutachten für die Bezirksregierung von Unterfranken.

Schulte, W.; Finzen, A. (1973): Ein Gutachten zur Einrichtung eines Heimes für geistig behinderte Jugendliche: „Bedeutet die Einrichtung eines Wohnheimes in Musberg eine Gefahr für die Nachbarschaft?“ In: Sozialpsychiatrische Informationen 3, 16, S. 7–24.

Star, S. A. (1955): Public Ideas about Mental Illness. National Opinion Research Center. Hektogr. Chicago.

Stumme, W. (1975): Psychische Erkrankungen im Urteil der Bevölkerung. Urban und Schwarzenberg, München.

Stumme, W. (1971): Das Verhältnis der Öffentlichkeit zum Geisteskranken – Vorurteil oder Urteil? In: Meyer, J. E.; Lauter, H. (Hg.): Der psychisch Kranke und die Gesellschaft. Thieme Verlag, Stuttgart, S. 43–50.

Wildner, B. (1972): Untersuchungen zur stationären psychiatrischen Versorgung des Kreises Tübingen. Nicht abgeschlossene Dissertation. Tübingen.

WHO (1971): Health Project Formulation. A Manual of Concepts and Procedures. Genf.

## **Schreiben, Übersetzen, Redigieren, Herausgeben**

Etwas zu schreiben war mir in der Kindheit aber auch noch in den ersten Jahren am Gymnasium ein Graus. Ich war Linkshänder. Aber ich musste, wie das damals anders kaum denkbar war, mit der rechten Hand schreiben. Das Ergebnis war eine miserable Schrift, war ein für alle Leser unerfreuliches Schriftbild. Jahrelang wurde an meiner "Klaue" herumgemäkelt - von meiner Mutter, meinen Lehrern, meinen Schulkameraden - bis ich schließlich Arzt wurde. Und Ärzte hatten aus wenig plausiblen Gründen das Privileg, unleserlich zu schreiben. Die Schwierigkeiten mit dem „Handwerk“ wirkten sich offenbar auf meine Kreativität aus. Schreiben war mir ein Graus. Noch in der sechsten oder siebten Klasse brachte ich keinen befriedigenden Aufsatz zustande. Ich verzweifelte regelmäßig schon auf der ersten Seite.

Irgendwann änderte sich das, ohne dass ich sagen kann weshalb. Mit fünfzehn fing ich plötzlich an, zu meiner eigenen Freude etwas aufzuschreiben und auszugestalten. Ich lieferte zur Aufbesserung meines Taschengeldes kleine anekdotische Geschichten für eine regionale Sendung des Studio Flensburg, des damaligen NWDR ("Von Binnenland und Waterkant"). Ich veröffentlichte Fotos von besonderen Ereignissen in der Region mit den entsprechenden Bildunterschriften in den Schleswiger Nachrichten (immer wieder Hochwasser der Loiter Au und Entgleisungen der Schleswiger Kreisbahn) und bald danach Beiträge zur Schleswiger Stadtgeschichte. Dabei machte ich eine veritable Entdeckung: 1957 würde meine Schule, die Schleswiger Domschule 650 Jahre alt werden!

### **Die Gründung der Schulzeitung**

Es befriedigte mich damals sehr, meine Arbeiten, unter denen mein Name stand, in der Zeitung zu lesen. Damals wurde die Vorstellung, ich könnte einmal Journalist werden, eine Option. Daraus erwuchs der Plan, eine Schulzeitung zu gründen und herauszugeben. Dabei halfen mir die Erfahrungen mit den Schleswiger Nachrichten, bei denen ich auch schon mal neben der Setzmaschine stehen durfte, erleben durfte, wie die Buchstaben in Blei gegossen wurden, wie das Layout - damals nannte man das Umbruch - gestaltet wurde. Der damalige Chef der Regionalausgabe unterstützte mich in meinen Bemühungen. Der Kontakt zwischen ihm und meinem damaligen Klassenlehrer war eine weitere Hilfe, und irgendwann tauchten plötzlich die 500 Mark

auf, die wir für die Herstellung der ersten Ausgabe benötigten.

Zu meinem siebzehnten Geburtstag, wenige Monate bevor ich als Austauschschüler in die USA fuhr, erschien die erste Ausgabe der Schulzeitung mit dem Namen "Wir". Die Verbindung zu den Schleswiger Nachrichten hielt auch in meiner Abwesenheit. Damals war es noch etwas Ungewöhnliches, ein Jahr in Amerika zu verbringen. Ich durfte regelmäßig für die Zeitung berichten. Mindestens einmal im Monat erschien ein Beitrag zu meinen Erlebnissen in den USA. Nur einer wurde nicht veröffentlicht: meine kritischen und altklugen Überlegungen und Beobachtungen zur Reaktion der amerikanischen Presse auf die Bundestagswahlen des Jahres 1957.

### **Auf der Suche**

In meinem ersten Studienjahr in Hamburg wollte ich mich zunächst der dortigen Studentenzeitung anschließen. Aber die "Konkret", die von Ulrike Meinhof und Klaus-Rainer Röhl heraus gegeben wurde, war nicht nach meinem Geschmack. Sie war mir einerseits zu literarisch (mit regelmäßigen Gedichten von Peter Rühmkorff) und in ihrer politischen Ausrichtung zu links. Sie erschien mir schlicht als kommunistisches Sprachrohr, was sie ja wohl damals auch irgendwie war. Zumindest wurde viel später bekannt, dass sie in diesen Jahren hohe Unterstützungen aus der DDR erhielt. Nach dem Wechseln nach Kiel schloss ich mit unter dem Frust des Medizin-Studiums relativ rasch der dortigen Studentenzeitung an, der Redaktion der "Skizze". Ich schrieb wieder, und kaum ein Jahr später wurde ich Chefredakteur und Herausgeber der Zeitung. Aber das blieb eine Episode. Schon nach wenigen Monaten zeigte sich, dass die Arbeit für die "Skizze" nicht mit den Prüfungsvorbereitungen zum Physikum vereinbar war.

Nach dem Physikum, in meinem Berliner Jahr, hörte dann das Schreiben zu meinem Vergnügen auf. Ich machte mich bald an meine Dissertation, aus der nach einigen Umwegen eine umfangreiche historisch und sozialwissenschaftlich orientierte Studie zur ärztlichen Berufsrolle in der griechischen Antike, im Mittelalter, in damals so genannten primitiven Gesellschaften und in der modernen Gesellschaft wurde. Am Ende wurden daraus keine Dissertation, sondern ein Buch, mein erstes Buch. Ich habe darüber im ersten Band meiner Erlebten Psychiatriegeschichte berichtet.

Während der Arbeit daran erlebte ich erstmals, zu welcher Fronarbeit das Schreiben

werden kann. Ich saß Stunden, Tage, Monate vor meiner Schreibmaschine, die ich mir von den Honoraren meines Amerika-Jahres gekauft hatte. Ich überarbeitete die erste 300 Seiten lange Fassung, schließlich die zweite, legte dann die dritte meinem Doktorvater vor, der sie verwarf, als Dissertation verwarf, und arbeitete sie schließlich aus reiner Wut zu einem Buchmanuskript aus. Aber auch darüber habe ich bereits berichtet.

### **Schreiben als Leidenschaft**

Wie dem auch sei. Das Schreiben war für mich zu einer Leidenschaft mit durchaus selbstquälerischen Anteilen geworden. Ich konnte davon mein Leben lang nicht mehr lassen. Ich hatte, wie viele andere, immer wieder die Vorstellung, endlich meinen Roman schreiben zu müssen. Mein Feld war letzten Endes das wissenschaftliche Schreiben, mit Schwerpunkten in der Sozialpsychiatrie und der Psychiatriesoziologie, bis schon relativ früh die wissenschafts-journalistische Tätigkeit hinzukam.

Irgendwie hatten die frühen Jahre ihre Spuren hinterlassen. Ich begnügte mich nicht mit dem Schreiben. Die Prägung durch das Amerika-Jahr und meinen späteren Studienaufenthalt in England motivierte mich zum Übersetzen. Die Schulzeitungs- und Studentenzeitungs-Tätigkeit zum Redigieren und Herausgeben, wenn sich die Gelegenheit bot.

Meine ersten Veröffentlichungen in einer wissenschaftlichen Zeitschrift waren kurze Untersuchungen und Berichte zum Studenteninteresse am Psychiatrie-Unterricht (1970) und über die studentische Laienarbeit in der Psychiatrie (1970/72). Letztere brachte mir übrigens ein persönliches Lob von Manfred Bleuler ein, der damals unsere Tübinger Klinik besucht hatte. Richtig los, mit allem was damit zu tun hatte, ging es erst nach meiner Rückkehr aus England. Ich war voll von Eindrücken und Anregungen der Entwicklungen der englischen sozialpsychiatrischen Szene. Ich war fasziniert von vielem, was die angelsächsischen Kollegen dachten und bewegten. Kaum zurück in Deutschland schrieb ich nicht nur einen Bericht über die Psychiatrie in England (1971), die ich als Vorbild für die ausstehende deutsche Psychiatriereform betrachtete.

## **Übersetzungen: „Sozialpsychiatrische Texte“**

Ich machte mich ziemlich rasch auch daran, sozialpsychiatrische Texte von englischen und amerikanischen Autoren für meine Studenten im Sozialpsychiatrischen Seminar zu übersetzen. Es gab damals nur wenige deutschsprachige Texte zu diesem Gebiet. Und obwohl die Studenten, meist Sozialpädagogen, natürlich alle Englisch konnten, zeigte sich bald, dass sie von den wissenschaftlichen Arbeiten überfordert waren. Bei den Übersetzungen fand ich Unterstützung bei Studenten aus den sozialen Arbeitskreisen der Hochschulgemeinden. Bald formierte sich eine kleine Gruppe zu einem sozialpsychiatrischen Arbeitskreis, der nicht nur den harten Kern des Seminars bildete, sondern sich auch an frühen epidemiologischen Recherchen beteiligte.

Wir alle wurden damals von der Vorstellung getrieben, wir könnten durch unsere Arbeit etwas dazu beitragen, die Lage der psychisch Kranken in unserer Region zu verbessern und zu helfen, die Psychiatriereform voranzutreiben. Aus diesem Kreis gingen später auch meine ersten Doktoranden hervor, die fast alle epidemiologische Fragestellungen bearbeiteten, die ihre Wurzeln in unserer ersten Untersuchung über die Versorgungsleistungen der Tübinger Nervenklinik hatten (1970). Daraus wuchs schließlich auch eine Teilstudie des Europäischen WHO-Projektes über die psychiatrische Krankenversorgung in Europa. Unser Fokus war damals naturgemäß Baden-Württemberg.

Parallel zu den Seminar-Übersetzungen arbeiteten Michael von Cranach, Michael und Barbara von Cranach, und ich an der Übersetzung von unseres Erachtens wichtigen Texten zu Sozialepidemiologie psychischer Krankheiten, zur Perspektive psychischer Störungen als sozialem Prozess. Nach einigen Umwegen konnten wir diese mit Unterstützung von Heinz Häfner schließlich 1972 im Springer-Verlag herausgeben.

Die anderen Übersetzungen blieben zunächst lose auf Metallmatrizen vervielfältigte Blätter, bis wir endlich ein Gefäß dafür fanden, das die enge Verzahnung von Schreiben, Übersetzen und Herausgeben unterstreicht. Wir hatten unsere erste Untersuchung zur regionalen Krankenversicherung durch die Universitäts-Nervenklinik Tübingen in Eigenarbeit auf Matrizen im A4-Format vervielfältigt, eine Titelseite dazu

entworfen, geheftet und mit einem Kartonumschlag gebunden (1970). Sie wurde uns geradezu aus den Händen gerissen, so dass bald eigentlich eine zweite Ausgabe fällig gewesen wäre.

### **Die Gründung der „Werkstattschriften“**

Gleichzeitig hatte ich das Manuskript einer ehemaligen Patientin - Ulla Urta - in die Hände bekommen, in dem sie ihre schrecklichen Erfahrungen mit der damaligen Psychiatrie schilderte. „Wenn mir ein Ziegelstein auf den Kopf fällt“, hatte sie als Titel gewählt. Auch dieses Manuskript wollten wir wenigstens einer kleinen Öffentlichkeit zugänglich machen. Und dann waren da noch andere Übersetzungen: ein ausgekoppeltes Kapitel aus einem englischen Lehrbuch für Psychiatrie zum Thema Sozialpsychiatrie, ein Text von George Brown und John Wing über Institutionalismus und Schizophrenie, eine kritische Auseinandersetzung mit August B. Hollingshead und Fritz Redlichs Buch „Social Class and Mental Illness“ und Russel Bartons kleines Buch „Institutional Neurosis“, das in unserer Übersetzung „Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern“ hieß. Wir überlegten uns: Was machen wir damit?

Und nach einigem Hin und Her beschlossen Hilde Deininger (später Schädle-Deininger) und ich eine Schriftenreihe zu beginnen: Die Werkstattschriften zur der Sozialpsychiatrie, die es am Ende - längst schon im Psychiatrie-Verlag auf 50 Bände - anfangs nannten wir sie Hefte - brachten. Tatsächlich waren unsere ersten Bände, die wir im Foto-Druck mit kartonierten Umschlägen in Auflagen von 300 Exemplaren veröffentlichten, nicht gebunden sondern geheftet. Wir glaubten, wir würden das finanzielle Risiko vertreten können. Wir täuschten uns nicht. In den folgenden Jahren waren wir an allen Mannheimer Kreis- und DGSP-Tagungen präsent und verkauften unsere Texte zum Selbstkostenpreis. Das waren damals 2 bis 5 D-Mark. Allerdings gab es schon beim zweiten geplanten Heft eine Komplikation.

Der damalige Präsident des Diakonischen Werkes, Albrecht Müller-Schöll, der mir aus irgendeinem Grund einen Besuch abstattete, riss mir Ende 1970 das Manuskript der Sim-Übersetzung aus der Hand. Er wollte es in einer Auflage von mehreren tausend Exemplaren in einer Schriftenreihe des Diakonischen Werkes veröffentlichen und es allen Mitarbeitern der psychiatrischen Einrichtungen des Diakonischen Wer-

kes, und das waren viele, zukommen lassen. Das war eine große Sache, mit der wir überhaupt nicht gerechnet hatten. Das kleine Buch wurde zu einem großen Erfolg. Innerhalb von kurzer Zeit war eine zweite Auflage erforderlich. Diesmal setzten wir durch, dass der Titel "Hilfe für den psychisch Kranken" mit einem Untertitel versehen wurde, nämlich: "Grundriss der Sozialpsychiatrie".

Die nächsten Texte waren für unsere Begriffe 500 - 1000 verkauften Exemplaren ebenfalls sehr erfolgreich, insbesondere jener von Russel Barton. Wir mussten sie jeweils nachdrucken.

Schließlich erhielt ich das Angebot von Klaus Piper, der den Abdruck meiner Antrittsvorlesung in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung gelesen hatte, aber eigentlich ein populärwissenschaftliches Lehrbuch von mir wollte, die Übersetzungen und den Text von Ulla Urta (Ursula Herold-Weiss) und meinen Vortrag in der Tübinger Fakultät über "Behandlung und Prognose der Schizophrenie" unter dem Titel "Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern" in der Serie Piper herauszugeben (1974).

Damit waren die Werkstattschriften nicht am Ende. Im Gegenteil; uns wurde erst richtig bewusst, wie wichtig – und potentiell wertvoll sie waren. Wir machten weiter und trauten uns, sie allmählich anspruchsvoller zu gestalten: die Schrift, das Layout (damals wussten wir nicht, was das ist) und die Umschläge. Eine Liste der 25 Bände der Werkstattschriften, die wir bis zur Gründung des Psychiatrie Verlages veröffentlichten, füge ich im Anhang bei.

Besonders erwähnenswert sind die Dissertationen von Angelika Balke und Heinz Hinz mit Urteilen und Meinungen von psychisch Kranken über psychiatrische Krankenhäuser, Horst Wiethölter's Dissertation über die Behandlung in unserer Tübinger Tagesklinik, Dieter Naumanns und Michael Drews Dissertationen über "Compliance" und die Architekturdissertationen von Christine und Wolfgang Mühlich-von Staden über Psychiatriearchitektur und Psychiatrieplanung.

### **Die Gründung des Psychiatrie Verlages**

Eine Wende brachte die Kurzfassung der Psychiatrie-Enquete von Hilde Schädle-Deininger und mir aus dem Jahr 1976, die außerhalb des Buchhandels ohne jede

Werbung, mit Hilfe einer kurzen Besprechung in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung von Reiner Flöhl es auf eine Auflage von 7500 Exemplaren brachte (Kostenbeitrag 5 DM). Wir freuten uns natürlich über diesen Erfolg. Aber zugleich machte uns Sorge: wir zahlten keine Mehrwertsteuer; überhaupt hatten wir keine Buchführung. Wir überlegten uns ernsthaft, in welcher Weise wir die Reihe, auf die wir damals nicht verzichten wollten, in einen Verlag überführen könnten.

Der Zufall wollte es, dass Klaus Dörner und Ursula Plog damals (1977) sich mit einem ähnlichen Gedanken trugen. Sie wollten das Manuskript ihres Psychiatrie-Lehrbuch "Irren ist menschlich" nicht in einem konventionellen Verlag veröffentlichen. Nachdem sie ein Angebot von Urban & Schwarzenberg erhalten hatten, in dem der Verkaufspreis auf 60 DM kalkuliert war, suchten sie nach einer alternativen Veröffentlichungsmöglichkeit. Uschi, Klaus, Hilde und ich bildeten damals (zusammen mit Käthe Holland-Moritz) den geschäftsführenden Vorstand der DGSP. Es blieb nicht aus, dass wir am Rande der Vorstandssitzungen über unsere Probleme mit dem Publizieren diskutierten. Unser Brainstorming beim Bier in den Wunstorfer Ratsstuben im Herbst 1977 konkretisierte sich bald in dem Plan, einen Verlag zu gründen, der schließlich Psychiatrie-Verlag heißen sollte.

Wir Wunstorfer nahmen die Sache in die Hand und setzten sie mit Hilfe unserer beiden Hilfsvereine um, die in der Anfangszeit die Trägerschaft – und damit das finanzielle Risiko übernahmen: dem "Sozialpsychiatrischen Freundeskreis Wunstorf" und dem "Verein der Freunde der Fachabteilung Bad Rehburg", einer Abteilung unseres Krankenhauses für abhängige Patienten. Wir hatten damals die Vorstellung, wir könnten daraus einen beschützten Betrieb entwickeln, in dem Patienten, vor allem die Aufgabe des Versands und des Vertriebs übernehmen konnten. Als der Verlag bestand, integrierten wir 1978 unsere Werkstattsschriften. Wir blieben aber Herausgeber.

Im Herbst 1978 erschien "Irren ist menschlich", damals zum Preis von 24 DM. Der Erfolg dieses Buches sprengte alle unsere Vorstellungen, und es wurde, wie inzwischen allgemein bekannt ist, zum erfolgreichsten deutschsprachigen Psychiatrie-Lehrbuch aller Zeiten. Zu dieser Zeit hatte der Verlag noch kein eigenes Büro. Er wurde im Nebenamt von einer gelernten Buchhändlerin geführt, die bei uns als Ergotherapeutin arbeitete. Der Riesenerfolg machte mehr oder weniger aus dem Stand

eine professionelle Geschäftsführung notwendig, die den Verlagssitz aus dem Wunstorfer Krankenhaus in eigene Räume nach Bad Rehburg verlagerte. Erfolg macht aber auch übermütig. Glücklicherweise hatten die Verantwortlichen die Vorstellung, auch die künftigen Bücher würden Bestseller. Das war allenfalls noch beim zweiten Buch der Fall, meiner „Medikamenten-Behandlung bei psychischen Störungen“, die ebenfalls einen fulminanten Start hatte und ist im Lauf von 30 Jahren auf etwa 100.000 gedruckt und verkaufte Exemplare in 16 Auflagen brachte, die wegen ihres niedrigen Verkaufspreises für den Umsatz aber keine große Rolle spielte.

Ausgerechnet der Erfolg des einen Buches brachte den Verlag innerhalb weniger Jahre an den Rand der Pleite. Nach zweimaligem Geschäftsführerwechsel erfolgte die Sanierung durch X Thamm, verbunden mit dem Wechsel mehrerer Gesellschafter. An die Stelle der beiden Hilfsvereine war die Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie getreten. Ich will die Entwicklung des Verlages hier nicht weiter vertiefen. Ich habe das ausführlich in meinem unveröffentlichten Aufsatz „Von den Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie zur Edition des Narrenschiff“ gemacht, den ich gern zur Verfügung stelle.

### **Noch einmal zu den Anfängen**

Damals, 1970, als wir die Reihe gründeten, wollten wir nur ein paar Texte, die wir für richtig hielten, meist Übersetzungen aus dem Englischen, unter gleich gesinnten verbreiten. Das hatte auch mit der Entwicklung eines sozialpsychiatrischen Seminars zu tun. Es war unter dem Andrang der Sozialpädagogen, die die Sozialpsychiatrie zum Wahlpflichtfach gemacht hatten, zur Großveranstaltung geworden. Eskorte zur Vorlesung mit Seminarteil für besonders engagierte. Auch die Studenten brauchten Literatur; und sie erhielten sie von uns. Es war damals keine Selbstverständlichkeit, dass ihre Texte auf Englisch lasen. Zugleich entwickelte sich aus dem Seminar heraus unter Leitung von Ute Roesger die dreijährige sozialpsychiatrische Zusatzausbildung für Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger, Sozialarbeiter und Verwandte Berufsgruppen. Solche multiprofessionellen Ausbildungsgänge gab es damals nur noch in Mannheim/Heidelberg und in Hannover.

Parallel dazu pflanzten und realisierten wir die Tübinger Tagesklinik, die im Januar 1972 in Betrieb ging. Außerdem verfolgte ich meine verschiedenen wissenschaftli-

chen Projekte, deren Ergebnisse sich, im Rückblick muss sich das Festhalten, leider nur zum Teil veröffentlichte – auch nicht in den Werkstattsschriften, die sich dafür angeboten hätten. In diesem Jahr umtrieblich auch meiner Habilitation voran, für die mir meine Doktoranden, die zugleich in den sozial psychiatrischen Arbeitskreisen aktiv waren, wichtige Grunddaten lieferten. Ab Ende 1971 arbeitete ich schließlich an der Psychiatrie-Enquete mit. Und seit Ende 1969 schrieb ich regelmäßig für die Wissenschafts-Redaktion der Frankfurter allgemeinen Zeitung und einige Jahre auch für den deutschen Forschungsdienst, der die deutschsprachigen Redaktionen kleinerer Zeitungen im In- und Ausland mit wissenschaftsjournalistischen Beiträgen versorgte. Dazu kamen immer wieder kleine Rundfunkbeiträge, die ich nur mithilfe der Studenten der Arbeitskreise bewältigen konnte.

### **Wissenschaftsjournalistische Arbeit für die FAZ**

Im Frühsommer 1969 war mein erstes Buch „Arzt, Patient und Gesellschaft“ in der Reihe Medizin in Geschichte und Kultur beim Gustav Fischer Verlag erschienen. Bald danach lud mich K. E. Rothschuh kommender Herausgeber der Reihe zu einer Tagung über die Leitbilder des modernen Arztes ein, die im Oktober des Jahres im rheinisch-westfälischen Schloss Hugenpoet irgendwo zwischen Düsseldorf und Essen stattfinden sollte. Die Rednerliste war hochkarätig besetzt

Der Hamburger Psychosomatiker Arthur Jores war da, Paul Matussek vom Münchener Max-Planck-Institut für Psychiatrie, ebenso wie K. Vosschulte, der Gießener Chirurgie-Ordinarius. Die meisten von ihnen sind heute vergessen.

Damals aber fühlte ich mich über die Einladung über die Massen geehrt, und gleichzeitig hatte ich doch eine leise Scheu, um in diesem erlauchten Kreis aufzutreten. Aber es waren auch einige andere jüngere Teilnehmer da, zu denen ich guten Kontakt fand, so dass ich mich bei dieser Tagung rundum wohl fühlte. Das galt um so mehr, als man mich dafür für meinen Vortrag extra aus London einfliegen ließ. Ich glaube, an diesem Tag kam ich mir richtig wichtig vor

Zu meinem Wohlbefinden trugen vor allem auch die Gespräche mit den beiden anwesenden Journalisten bei, dem damals sehr bekannten Friedrich Deich, der ursprünglich Arzt und Psychiater war und damals für die „Welt“ schrieb, und Dr. Rainer Flöhl, damals junger Redakteur in der Wissenschaftsredaktion der Frankfurter Allge-

meinen Zeitung, die damals aus seinem Vorgesetzten und ihm bestand, also aus zwei Personen. Ich muss Flöhl über meine früheren journalistischen Ambitionen erzählt haben. Er ließ sich keinen Augenblick lumpen und meinte: "Wenn Sie es ein bisschen bedauern, dass Sie nicht die journalistische Laufbahn eingeschlagen haben, warum schreiben Sie dann nicht für uns?"

Diese Möglichkeit reizte mich. Aber das Angebot schien mir doch wenig konkret und verbindlich, obwohl er mir damals sagte, er habe bei der Zeitung große Schwierigkeiten, Fachleute zu finden, die bereit und in der Lage wären, aus ihrem Fachgebiet kompetent und verständlich zugleich zu berichten

Als ich Anfang Dezember aus London zurückkehrte, war Reiner Flöhl schon nach wenigen Tagen am Telefon: "Sie wollten doch für uns schreiben! Ich mache Ihnen einen Vorschlag. Ich schicke Ihnen Unterlagen zu einem Thema, das für uns interessant ist, und in zwei Wochen liefern Sie Ihren Beitrag ab." Ich sagte zu. Flöhl schickte Unterlagen über das Mannheimer Zentralinstitut für seelische Gesundheit, das damals noch den pompösen Namen "Deutsches Zentralinstitut für psychische Gesundheit" tragen sollte.

Ich kontrastierte die hochfliegenden Pläne mit der Realität der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik der damaligen Zeit. Und am 19. Dezember 1969 erschien mein erster Artikel in der FAZ: „Das Elend der Krankenhauspsychiatrie“. Wenige Wochen später folgte der zweite: „Warum erhalten psychisch Kranke keine Gabel“? Wer die Problematik der Krankenversorgung, vor allem in den Anstalten, noch einmal vertiefte. Das Echo war positiv. Ich dürfte weiterschreiben und suchte mir dafür zunächst einmal eine wissenschaftliche Basis aus: ich berichtete vorzugsweise über aus meiner Sicht bemerkenswerte Ergebnisse der psychiatrischen Forschung, die in internationalen Zeitschriften veröffentlicht worden waren.

Das war zum Teil journalistische Fronarbeit, weil ich mit eigenen Meinungen zurückhaltend sein musste. Ich bin aber überzeugt davon, dass diese Beiträge, die sich bereits früh nicht nur mit sozialpsychiatrischen Themen, sondern auch mit Pharmakotherapie und frühen zaghaften Ansätzen der biologischen Psychiatrie befassten, nicht nur die Grundlage meiner Arbeit für die FAZ waren. Sie räumten mir auch die Freiheit ein, gelegentlich kommentierende Beiträge zu veröffentlichen. Im Laufe der

Jahre kam es immer wieder vor, dass Themen, die wir aufgegriffen hatten später auch von anderen Zeitungen oder Zeitschriften, wie dem "Spiegel" oder der "Zeit", behandelt wurden.

Eine der ersten wichtigen Redaktionen erfolgte schon nach meinem ersten Beitrag. Heinz Häfner, der Chef der psychiatrischen Abteilung der Zweiten medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg in Mannheim und designierter Direktor des Zentralinstituts schrieb er einen lobenden Brief mit dem Tenor, für einen Journalisten würde ich eine ganze Menge von Psychiatrie verstehen.

Ich verkniff mir die banale Antwort, die von der FAZ hätten mir gesagt, für einen Psychiater würde ich ja ganz gut schreiben. Auf jeden Fall wurde dieser erste Brief zum Anfang einer über drei Jahrzehnte währenden, nicht immer ganz ungetrübten Beziehung, die für mich fachliche Unterstützung bedeutete, und für Häfner journalistische, die ich gelegentlich gut gebrauchen konnte. Erstes konkretes Ergebnis war die Einladung zu einer Tagung über „Psychiatrie und Medien“, die Häfner im April 1970 in Mannheim veranstaltete. Ein Ergebnis waren zahlreiche weitere Kontakte zu Journalisten und Psychiatern, und weitere Anfragen zur Mitarbeit. Die meisten davon konnte ich nicht nutzen. Aber es erwies sich als ganz praktisch, plötzlich als Referenzperson für Leute von Presse, Funk und Fernsehen zu gelten und immer mal wieder um Rat gefragt zu werden. Bei der Tagung ging es um das immer währende Thema der – stigmatisierenden - Darstellung von psychisch Kranken und Psychiatrie in den Medien. Wie fast alle diese Veranstaltungen, die ich in den nächsten Jahrzehnten miterleben durfte, zeigte sich dort viel guter Wille, ohne dass sich im Pressealltag viel änderte. Das zu erwarten wäre wohl auch illusorisch gewesen.

Ein weiteres Ergebnis meiner Mitarbeit bei der FAZ war, dass Fachkollegen auf meine Beiträge und zwangsläufig auch mich aufmerksam wurden. Das galt vor allem, wenn sie sich mit der Situation der psychiatrischen Krankenversorgung und der Notwendigkeit ihrer Veränderung und Verbesserung befassten. Insbesondere in der Vorphase der Psychiatrie-Enquête verschaffte ich mir auf diese Weise nicht nur Freunde. Bald erwarb ich mir den Ruf, radikal und links zu sein. Auch das Forum der konservativen FAZ änderte daran nichts: Klar, ich begleitete die 68er-Bewegung in Tübingen mit Sympathie, aber auch eher mit Gelassenheit und einer gehörigen Portion Skepsis, statt mit allzu großer Begeisterung. Klar, ich war Gründungsmitglied

des Tübinger Republikanischen Klubs. Ich machte kein Hehl aus meiner Sympathie mit der sozialliberalen Regierung. Aber das war es auch schon. Meine Freunde aus der sozialpsychiatrischen Reformbewegung im Mannheimer Kreis und der DGSP betrachteten mich spätestens seit der Gütersloher Herbsttagung 1972 als eher rechts.

Im Vorfeld der Psychiatrie-Enquete verabredeten Rainer Föhl und ich die Diskussionen über die Veränderungen der psychiatrischen Versorgung und die Arbeit an der Enquete journalistisch zu begleiten und, wo irgend möglich, voranzutreiben und zu unterstützen. Föhl hatte sich in der Psychiatrie schon vor der Zeit meiner Mitarbeit nicht nur Freunde gemacht, und unser Einsatz für die Veränderung der Psychiatrie verstärkte die Ressentiments zahlreicher etablierter Kollegen gegen ihn. Aber die späten 60er und die frühen 70er Jahre waren in der Zeit, wo man sich von so etwas nicht einschüchtern ließ. Im Gegenteil, je mehr gegen uns gestichelt wurde, desto intensiver hielt Föhl dagegen. Er trieb den sich abzeichnenden Konflikt auf die Spitze, als er mich als Vertreter der FAZ zu einer Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde in Frankfurter Palmengarten schickte, wo der Vorstand den Rahmenplan der Gesellschaft zur Psychiatrie-Reform vorstellen wollte, der die Psychiatrie-Enquete unmittelbar vor der Arbeit daran, konterkarieren sollte und im Grunde alles beim Alten lassen wollte.

Ich war damals, 1971, auch innerhalb der Szene relativ bekannt, weil ich mich auch im Rahmen meiner Mitgliedschaft im Mannheimer Kreis und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie für soziale Psychiatrie an psychiatrischen Tagungen und Kongressen immer wieder zu Wort gemeldet hatte. Die Pressekonferenz wurde unerwartet zu einem besonderen Ereignis. Die Veranstalter spöttelten anfangs, als ich im Palmengarten auftauchte und mich als FAZ-Korrespondent vorstellte. Aber ihre ironischen Bemerkungen blieben ihnen im Halse stecken, als sich herausstellte, dass ich der einzige Vertreter der journalistischen Zunft war, der es der Mühe wert gefunden hatte, zu der Pressekonferenz anzureisen. Nicht einmal die übrigen Frankfurter Zeitungen hatten Vertreter geschickt. So blieb mein relativ schmaler Beitrag in der FAZ schließlich der einzige Bericht, der den Weg in die Öffentlichkeit fand.

Der Konflikt spitzte sich während der Arbeit an der Psychiatrie-Enquete zu. Das Kampfblatt der Konservativen, das „Spektrum der Psychiatrie- und Nervenheilkunde“

lieferte sich heftige Auseinandersetzungen mit dem Pendant der Progressiven, den Sozialpsychiatrischen Informationen. Dabei war die Auseinandersetzung von beiden Seiten von wenig Respekt getragen. Nach Veröffentlichung meiner Tübinger Antrittsvorlesung als Privatdozent „Antipsychiatrie, Sozialpsychiatrie, soziale Psychiatrie“ unter der Schlagzeile „Für 70 Patienten nur eine Badewanne“ Anfang 1973 in der FAZ wurde ich vorübergehend zur negativen Projektionsfigur der Konservativen, nachdem Gerd Huber mich schon zwei Jahre zuvor öffentlich als „Gefahr für die deutsche Psychiatrie“ qualifiziert hatte.

Der Vorsitzende des Berufsverbandes der niedergelassenen Nervenärzte, W. Leonhardt, nahm die Vorlesung nicht nur zum Anlass zu einem ganzseitigen herabsetzenden Kommentar in seinem Blatt: „Von Syrakus nach Tübingen“. Er intervenierte auch bei den Herausgebern der Frankfurter Allgemeinen Zeitung mit der Anklage und Frage, ob sie überhaupt wüssten, dass sie einen Kommunisten als freien Mitarbeiter beschäftigten. Das war Anfang der 70er Jahre eine ziemlich böse Anschuldigung. Der Zorn darüber wich aber bald der Genugtuung, als die Herausgeber mir mitteilten, sie hätten meine Beiträge geprüft, und sie seien bereit, auch künftig abzu drucken, was ich einreichte. Damit war meine Stellung als freier Mitarbeiter der Frankfurter Allgemeinen Zeitung etabliert, bis Rainer Flöhl und ich 2002/2003 beide in den Ruhestand traten.

Die Loyalität der Herausgeber war für mich auch einer der Gründe, dass ich nie versucht habe, mich journalistisch anderweitig zu orientieren. Ein anderer war natürlich, dass mir bald klar wurde, dass ich über die FAZ die meisten derjenigen Fachkollegen erreichen konnte, die in vieler Hinsicht nicht meiner Meinung waren, was die zukünftige Entwicklung der Psychiatrie anbetraf. Allerdings ist hinzuzufügen, dass seit Beginn der 80er Jahre eine zunehmende Annäherung zwischen den Konservativen und den Progressiven zu verzeichnen war, die ich nach Kräften unterstützte.

Aus der Retrospektive ist klar, dass meine Mitarbeit an der FAZ mir früh einen Bekanntheitsgrad und Einflussmöglichkeiten verschafft hatte, die mir damals wegen meiner beruflichen Leistungen in der Psychiatrie nicht zugestanden hätten. Das mag sich später geändert haben. Aber in meinen späteren Schweizer Jahren wurde mir rasch deutlich, dass mir diese zweite Säule, mich zu Worte zu melden, gehört zu werden, dort schmerzlich gefehlt hat.

## **Blätter für Psychiatrie und Nervenheilkunde**

Im Vorfeld der Psychiatrie-Enquete hatte Caspar Kulenkampff, der Motor der Enquete, die Idee, innerhalb des "Nervenarztes", der offiziellen Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde, deren geschäftsführender Herausgeber er war, eine regelmäßige Berichterstattung über den Stand der Debatte um die Reform zu gewährleisten. Dazu wollte er eine Beilage herausgeben, die "Blätter der Psychiatrie und Nervenheilkunde", die unabhängig von den Herausgebern des "Nervenarztes" von einer kleinen Redaktion mit eingeladenen Beiträgen besorgt werden sollte.

Kulenkampff wollte diese Redaktion generationenübergreifend zusammensetzen. Die Generation der Etablierten sollte von Helmut Klöster, dem damaligen Direktor des Rheinischen Landeskrankenhauses Düren, und dem Darmstädter Nervenarzt Schuchardt vertreten werden, die jüngere durch die damalige Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, die Sozialarbeiterin Helmtraut Schmidt-Ganthe und mich. Als dies bekannt wurde, gab es einen unerwarteten Wirbel. Die Blätter wurden als eine Art Trojanisches Pferd empfunden. Das Projekt wurde als Umgehung der Herausgeber angesehen – und war es wohl auch. Es hagelte persönliche Angriffe, insbesondere auf uns Jüngere. Das ging so weit, dass ich auch von meinem damaligen Chef Walter Schulte unter Druck gesetzt wurde. Dabei half uns auch die Unterstützung des Springer-Verlages nicht.

Bei uns Redakteuren breitete sich ein zunehmendes Unbehagen aus. Im Rahmen eines internationalen sozialpsychiatrischen Kongresses in Mannheim im Sommer 1972 hatte der Vorstand der DGPN offenbar beschlossen, das Projekt abzustechen. Während einer Nachmittagssitzung erschien auf der Tafel plötzlich eine Mitteilung, Dr. Finzen möge sich bitte im Sitzungsraum des Parkhotels beim Vorstand der Gesellschaft einfinden. Dort begannen die anwesenden Herren ein Tribunal. Ich begriff, dass es keinen Zweck hatte, unser Projekt zu verteidigen. Deshalb erklärte ich ohne Rücksprache mit den Mitredakteuren unseren Verzicht. Wir hatten viel Arbeit in das Projekt investiert. Aber in den vorangegangenen Monaten hatten wir auch begriffen, dass es sehr schwierig würde, unter den gegebenen Bedingungen konstruktiv zu arbeiten. Deswegen war ich eher erleichtert, dass es zu Ende war. Ich hatte auch genügend anderes zu tun: Wenige Monate zuvor hatten wir in Tübingen unsere Ta-

gesklinik eröffnet. Außerdem befand ich mich mitten im Habilitationsverfahren. Deswegen war ich letzten Endes froh, auf der Herausgeberebene Ruhe zu haben. Allerdings war das nicht das Ende.

### **Psychiatrische Praxis**

Nur wenige Monate nach dem aus der „Blätter“ begann Karl Peter Kisker, der Chef der Psychiatrischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover, mit Verhandlungen beim Thieme-Verlag über die Gründung einer neuen sozialpsychiatrisch ausgerichteten Zeitschrift. Ich nehme an, dass die Vorerfahrung mit den gescheiterten „Blättern für Psychiatrie und Nervenheilkunde“ und meine journalistische Tätigkeit bei der FAZ Grund dafür war, dass ich zu Beginn der Planungsphase gebeten wurde, dazu zu stoßen. Außer mir war auch Helmut Köster mit dabei, außerdem zwei Oberärzte der Medizinischen Hochschule Hannover, Manfred Bauer und Hans-Klaus Rose.

Ich war damals nicht wirklich davon überzeugt, dass es einer weiteren Zeitschrift auf dem deutschen Markt bedurfte. Die psychiatriepolitischen Kontroversen wurden vom „Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde“ und den „Sozialpsychiatrischen Informationen“ ausgefochten, die im Wesentlichen von Manfred Bauer gemanagt wurden; und die Forschungsergebnisse der jungen deutschen Sozialpsychiatrie erschienen mir eher mager. Sie hatten eher Werkstatt-Charakter, als dass sie auf internationalem Niveau hätten mithalten können. Dennoch war ich dabei, als die Gründung der Zeitschrift beschlossen wurde. Tatsächlich war ich nicht nur dabei. Ich wurde 1973 geschäftsführender Gründungsherausgeber mit den Mitherausgebern Helmut Köster und Hans-Klaus Rose.

Manfred Bauer musste damals verzichten: Zum einen wegen seiner Herausgeberschaft bei den „Sozialpsychiatrischen Informationen“, die wir als Kampfblatt und als Konkurrenz empfanden. Zum anderen, weil wir nicht zwei Hannoveraner unter den Herausgebern haben wollten; und zum dritten, weil er noch weniger als ich davon überzeugt war, dass eine wissenschaftliche Zeitschrift zur Sozialpsychiatrie in der aufgeheizten Situation jener Jahre sinnvoll war. Aber bevor er aus der Planungsgruppe ausschied, hatte er mit Unterstützung der anderen Hannoveraner noch den Titel der Zeitschrift durchgesetzt, den ich für hirnverbrannt hielt. Die Zeitschrift sollte

“Psychiatrische Praxis” heißen, obwohl sie alles andere werden als eine Zeitung für die Praxis der niedergelassenen Psychiater und Nervenärzte. Die Kollegen aus dem Hannoveraner Elfenbeinturm waren nicht davon zu überzeugen, dass der Titel Anlass zu anhaltenden Missverständnissen sein würde und mutmaßlich auch die Entwicklung der Zeitschrift behindern würde. Genau das trat allerdings später ein.

Anfang 1974 schickten wir die Zeitschrift dann auf den Weg. Zunächst erschienen vier Hefte im Jahr, mit je 64 Seiten im A5-Format, (derzeit (2010) acht im A4-Format). Das erste Heft begannen wir programmatisch mit einem Themenschwerpunkt zur Tagesklinik. Bereits Mitte des Jahres 1974 zeichnete sich ab, dass ich von Tübingen nach Wunstorf wechseln würde. Ich sah schwierige Zeiten auf mich zukommen. Deshalb gab ich die geschäftsführende Herausgeberschaft an Hans-Klaus Rose ab. Er behielt sie 18 Jahre lang, bis ich sie 1992 wieder übernahm.

Die Geschichte der “Psychiatrischen Praxis” wurde erst spät zu einer Erfolgsgeschichte. Die Auflage dümpelte lange bei 400 bis 600 Exemplaren herum. Das hing sicher auch damit zusammen, dass die DGSP und die Exponenten der sozialpsychiatrischen Bewegung lange Zeit Vorbehalte gegen uns hatten – zum Teil wegen grundsätzlicher Bedenken gegen jede Art von Forschung, die im Zweifel keine ideologiekonformen Ergebnisse bringen könnte.

Erst in den 90er Jahren setzte sie sich durch. Wahrscheinlich hatten wir, die Herausgeber und Mitherausgeber, sie in den ersten Jahren auch nicht wichtig genug genommen und Hans Klaus Rose immer wieder allein gelassen. Außerdem hatten wir nicht ausreichend erkannt, dass die Zeitschrift ein Instrument sein könnte, die Forschung auf dem Gebiet der Sozialpsychiatrie nicht nur zu rapportieren, sondern sie auch anzureichern und zu fördern. Dazu bedurfte es einer neuen Organisation mit einer lokalen Redaktion und einem erweiterten aktiven Herausgeberkreis. Das gelang, zuerst von Basel, später von Leipzig aus, mit Unterstützung des Verlages. Wir konnten die Auflage, leider nur vorübergehend auf 1200 Exemplare steigern und brachten es zu einem ansehnlichen internationalen Ranking. Als ich nach 34 Herausgeberjahren ausschied, blickte ich zufrieden zurück – mit einer Ausnahme vielleicht: es war mir nicht gelungen, die qualitative psychiatrische Forschung ausreichend zu etablieren.

## **Bücher**

Im Rückblick wundere ich mich, wenn ich Bilanz ziehe, welche Bücher ich damals geschrieben und veröffentlicht habe. In der Erinnerung waren es einige. In Wirklichkeit war „Arzt Patient und Gesellschaft“ zunächst das einzige in einem ordentlichen Verlag. Gewiss, da waren die Werkstattsschriften 1, 8 und 13: die Einsatzmöglichkeiten für eine Gemeinde nahe Psychiatrie in Tübingen; die Materialien zur psychiatrischen Krankenversorgung in Baden-Württemberg (1973), die wir im Rahmen eines WHO Projektes gesammelt hatten; und meine Habilitationsschrift mit dem Titel Argumente für eine Gemeindepsychiatrie ( 1974), die es bis 1979 immerhin auf 4 Auflagen brachte. Aber die Werkstattsschriften haben wir damals im Selbstverlag herausgegeben.

Allerdings sind zwei „richtige“ Bücher daraus hervor gegangen: der Grundriss der Sozialpsychiatrie, einer von mir kommentierte Übersetzung des entsprechenden Kapitels aus dem damals verbreiteten Psychiatrielehrbuch des Engländers Myre Sim im Evangelischen Verlagswerk (1971); und die von ihr herausgegebenen Hospital in psychiatrischen Krankenhäusern in der Serie Piper (1974). Das war's dann auch schon. Die Tagesklinik (1977) war am Ende meiner Zeit in Tübingen schon in Arbeit. Aber auch etwas daraus werden würde, stand in den turbulenten Monaten eines Abschieds in den Sternen. Offenbar habe ich mit der Buchproduktion, die mir den Ruf eines Vielschreibers eintrug erst in Wunstorf begonnen. Bis dahin habe ich mich offenbar überwiegend durch Zeitungsartikel, Vorträge, Vorlesungen und Seminare und Zeitschriftenaufsätze zu Wort gemeldet.

## **Querverweise**

Frühe Forschung

1970. Das Jahr der Tagungen

Die Psychiatrie-Enquete

## **Literatur**

*Zur Literatur sei auf das Kapitel „Frühe Forschung“ verwiesen. Hier sind lediglich die ersten 25 Titel der Werkstattsschriften zur Sozialpsychiatrie angefügt.*

## **Werkstattsschriften zur Sozialpsychiatrie**

Band 1: Finzen, A.; Grünewald, F.; Jantzen, F.; Wiethölter, H.: Einsatzmöglichkeiten für eine gemeindenahe Psychiatrie. – Analyse der geographischen Lage psychiatrischer Krankenhäuser sowie demographische und klinische Daten über 1116 Patienten der Universitätsnervenambulanz Tübingen. Tübingen 1970, dritte erweiterte Auflage unter Mitarbeit von B. Rempp 1974.

Band 2: Myre Sim, Birmingham: Hilfe für psychisch Kranke. Ein Grundriss der Sozialpsychiatrie. Deutsch von Mitgliedern der sozialpsychiatrischen Arbeitskreises und A. Finzen. **Evan-gelisches Verlags war**. Stuttgart 1971

Band 3: Ulla Urta: Wenn dir ein Ziegelstein auf den Kopf fällt. Ein autobiografisches Dokument. Tübingen 1971.

Band 4: Gudrun Schulze: Planungsgrundlagen für psychiatrische Kliniken unter besonderer Berücksichtigung der gemeindenahen Psychiatrie (Diplomarbeit Architektur, TU Stuttgart). Tübingen 1971.

Band 5-7 in einem Band: R. Barton: „Institutional Neurosis“ - Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern. Ursachen, Behandlung, Prävention. G. W. Brown, J. K. Wing: eine vergleichende Untersuchung dreier psychiatrischer Krankenhäuser (Mappeerly, Netherne, Severalls).

S. M. Miller, E. Mishler: Soziale Schichtung und psychische Krankheit – eine ausführliche Besprechung des Buches Social Class and Mental Illness von A.B. Hollingshead und F. Redlich. Übersetzt von Mitgliedern des sozialpsychiatrischen Arbeitskreises und AF. Tübingen 1973.

### Ab 1974 als Band 82 der Serie Piper

Band 8: A. Finzen, W. Beck, U. Nebert, U. Stehr: Materialien zur psychiatrischen Krankenversorgung in Baden-Württemberg. Behandlungsplätze, Personal, ambulante Versorgung. Tübingen 1973.

Band 9 B. Calov: Verlegungen in psychiatrische Landeskrankenhäuser. Tübingen 1973.

Band 10 A. Balke, H. Hinz: der Weg in die Institution. Urteile und Meinungen von psychisch Kranken über psychiatrische Krankenhäuser. Tübingen 1974.

Band 11: A. Haas, F. Hamann, W. Thraen: zur Arbeit einer psychiatrisch- neurologischen

Universitäts-Poliklinik unter besonderer Berücksichtigung der gemeindenahen Psychiatrie. Tübingen 1975.

Band 12: H. Wiethölter: Tagesbehandlung – ein Schritt auf dem Wege zu einer alternativen Psychiatrie. Tübingen 1975.

Band 13: A. Finzen: Argumente für eine Gemeinde nahe Psychiatrie. Tübingen 1974. Dritte veränderte Auflage 1979.

Band 14: J. Gessner: vom Club 55 zum Freiburger Projekt. Wunstorf 1975.

Band 15: A. Finzen, H. Schädle-Deininger: die Psychiatrieenquete kurz gefasst. Wunstorf 1976.

Band 16: L. Teusch: die therapeutische Gemeinschaft in der Bundesrepublik. Wunstorf 1976.

Band 17: D. Naumann: Compliance – Noncompliance I. Die Nichteinnahme vom Arzt verordnete Medikamente. Begriffe, Methoden, Ausmaß. Eine Analyse empirischer Untersuchungen. Wunstorf 1977.

Band 18: M. Drews: Compliance – Noncompliance II. Einflüsse auf die Nichteinhaltung der von Arzt verordneten Medikamententherapie (Drug Defaulting). Eine systematische Analyse. Wunstorf 1977.

Band 19: W. Pieper: Selbstmord in Tübingen. Zur Epidemiologie des Suizids im Kreis Tübingen. Wunstorf 1977.

Band 20: D. Müller: Selbstmord und psychiatrischer Behandlung II. Zum Suizid psychisch Kranker nach Entlassung aus stationärer psychiatrischer Behandlung. Wunstorf 1978.

Band 21: S. Grandel: Selbstmord und psychiatrischer Behandlung I. Suizide in psychiatrischen Krankenhäusern. Wunstorf 1978.

Band 22: W. Mühlich: Psychiatrie und Architektur am Beispiel des psychiatrischer Tagesbehandlung. Wunstorf 1978.

Band 23: C. Mühlich-von Staden: Psychiatrieplanung. Voraussetzungen und Grundlagen kommunaler Planung für die psychiatrische Versorgung. Wunstorf 1978.

Band 24: P. Bastian, H. Schädle-Deininger: Fortbildung der DGSP Punkt Erfahrungsberichtprotokolle über einen Rundkurs. Wunstorf 1979.

Band 25: A. Finzen, H. Schädle-Deininger: „Unter elenden menschenunwürdigen Umständen“. Die Psychiatrie-Enquete. Mit einem Beitrag von Klaus Dörner. Psychiatrieverlag: Wunstorf 1979.

## **Im Vorfeld der Psychiatriereform.**

### **1970: Ein Jahr der Tagungen**

#### **Vorbemerkung**

Anfang Dezember 1969 war ich aus London nach Tübingen zurückgekehrt. Ich hatte etwas Mühe, mich wieder in den Klinikalltag einzufinden. Da kam es mir gerade recht, dass ich Mitte Dezember meinen ersten Beitrag zum Ressort Naturwissenschaft der Frankfurter allgemeinen Zeitung veröffentlichen konnte. Schon im Februar 1970 folgte ein zweiter. Aber auch sonst war meine Situation in der Klinik eine völlig andere als vor dem Engländeraufenthalt. Als ich meinen Chef im Frühjahr 1969 gebeten hatte, mich nach London an die Tagesklinik des Maudsley Hospital zu schicken, hatte er mit Recht eingewendet, das sei zu früh, ich sei zu jung und unerfahren. Trotzdem hatte er mich auch auf Drängen von Rainer Tölle unterstützt. Unmittelbar vor meiner Abreise war dann mein erstes Buch erschienen (Arzt, Patient und Gesellschaft) mit einer Besprechung im "Spiegel" (mit Bild im weißen Mantel). In London angekommen konnte ich unmittelbar vor meiner Zeit am Maudsley am sozialpsychiatrischen Weltkongress und den Anschlussveranstaltungen in London und Oxford teilnehmen und bei der Gelegenheit zahlreiche Größen der damaligen internationalen Sozialpsychiatrie kennen lernen. Noch in London hatte ich meine ersten Vortragseinladungen erhalten und wahrgenommen. Zurück in Tübingen kam ich mir als erfahrener Sozialpsychiater vor; und irgendwie war ich das ja auch. Jetzt war ich begeistert, meine Erfahrungen weiterzugeben, und das nicht nur in der Klinik.

Die Zeichen der Zeit standen günstig: 1970 war ein Jahr der Tagungen. Die neue sozialliberale Regierung, die Willy Brandt im Vorjahr unter der Überschrift „Reformen wagen“ auf den Weg gebracht hatte, signalisierte Aufbruch. In der Psychiatrie schien es, es hätte alle Welt darauf gewartet. Es waren nicht mehr einzelne Stimmen, die verlangten, den psychisch Kranken nach englischem und amerikanischem Vorbild endlich Gerechtigkeit widerfahren zu lassen und den „nationalen Notstand“, den Heinz Häfner fünf Jahre zuvor proklamiert hatte, endlich zu überwinden; und die Kranken von den „elenden menschenunwürdigen, teilweise unmenschlichen Bedingungen“ (Zwischenbericht der Psychiatrie-Enquete) zu erlösen, unter denen sie ein Vierteljahrhundert nach Kriegsende immer noch leben mussten. Für uns, die wir da-

bei waren, war es, als sei eine Schleuse geöffnet worden – nein, eher als sei ein Damm gebrochen. Sozialpsychiatrie war plötzlich kein Fremdwort mehr. An vielen Orten, auch bei uns in Tübingen, wurden Hoffnungen zu Impulsen, wuchs das Bedürfnis, sich mit anderen an anderen Orten der Republik auszutauschen und die Dinge voranzubringen.

Die Teilnehmerzahl meines sozialpsychiatrischen Seminars hatte sich verdoppelt, obwohl ich es erst Anfang September mit vier Wochen Verzögerung beginnen konnte. Die Arbeitsgruppe Psychiatrie der sozialpolitischen Arbeitskreise der Studentengemeinden, die ich seit 1968 fachlich betreute, konnte die neu hinzugekommenen Mitglieder nur mit Mühe integrieren. Sie hatte inzwischen ein bundesweites Netzwerk gegründet, das für die Ostertage in einem Dorf bei Koblenz ein erstes Treffen vereinbart hatte.

Eine Woche später machte ein sozialpsychiatrischer Kongress in der psychiatrischen Universitätsklinik in Hamburg von sich reden. Unter Leitung von Klaus Dörner und Ursula Plog ging es im „Die Rückkehr der psychisch Kranken in die Gesellschaft“. Fast gleichzeitig fand in Mannheim eine von Heinz Häfner organisierte Begegnung von reformorientierten Psychiatern mit zahlreichen, zum Teil hochkarätigen, Journalisten von Presse, Funk und Fernsehen statt.

Es folgte der Deutsche Ärztetag in Stuttgart, der erstmals in seiner Geschichte die Psychiatrie in die psychiatrische Versorgung zum Gegenstand hatte. Mein Chef, Walter Schulte verlangte dort in einem eindringlichen Vortrag „die Verbesserung der Hilfe für psychisch Kranke und Behinderte“, die sich nicht in der Sanierung und Verbesserung der bisherigen Verhältnisse erschöpfen dürfe, sondern, wie er später im Jahr beim Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde bekräftigte, um Neuorientierung, „um den Entwurf neuer Strukturen und der Konzeption einer Psychiatrie, der es nicht um Verwahrung und Ausklammerung, sondern um Prävention und Rehabilitation, um intensive Behandlung und erneuten Anschluss dieser Patienten an ihre gewohnte Umwelt zu tun ist.“ (Schulte 1970,1996). Auch dieser Kongress im Frühherbst in Bad Nauheim stand, für die DGPN ungewöhnlich, im Zeichen des Aufbruchs.

Der Reigen der reformorientierten psychiatrischen Zusammenkünfte des Jahres

1970 war damit nicht abgeschlossen. Es folgten im Herbst in Abständen von wenigen Tagen die traditionelle Gütersloher Fortbildungswoche, bei der Alexander Veltin im Gefolge der Bendorfer Tagung einen „Tag der Studenten“ organisiert hatte, an dem es heiß herging, die erste Anhörung des Gesundheitsausschusses des deutschen Bundestages zur „Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik“ und die Loccumer Tagung „Psychiatrie und Gesellschaft“, bei der nach heftigen Auseinandersetzungen mit der „Loccumer Resolution“ wesentliche Grundlagen für die spätere Psychiatrie-Enquete erarbeitet wurden. Den Abschluss schließlich bildete die zweite Mannheimer-Kreis-Tagung in Hannover, bei der die Gründung der deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie beschlossen wurde. Ich konnte zwar nicht an allen, aber doch in den meisten dieser Veranstaltungen teilnehmen und mich auf einigen als Referent, auf den anderen als Diskutanten einbringen.

Zwei weitere Begegnungen Anfang 1971 vervollständigen diese Chronik: eine württembergische Wiederauflage von Loccum in Bad Teinach – allerdings mit ganz anderer Besetzung und die Gründungsversammlung der Aktion Psychisch Kranke in Bonn im Januar 1971.

Den Anfang machte für mich das Treffen in Bendorf, zu dem unsere Studenten mich eingeladen hatten, damit ich dort über England berichtete.

## **Bendorf**

In Bendorf trafen sich über die Osterfeiertage 1970 etwa 30 Vertreter und Vertreterinnen der sozialpolitischen Arbeitskreise der Studentengemeinden (SPAK) an deutschen Universitäten. Die Mitglieder der Arbeitskreise hatten sich das Engagement für Randgruppen zur Aufgabe gemacht, für Obdachlose, für Häftlinge und psychisch Kranke. Einige taten das im Rahmen von Projekten des damals neuen sozialpädagogischen Studiums. Andere suchten die soziale Arbeit als Ergänzung zu ihrem theoretischen Studium. Die Arbeit mit Obdachlosen hatte ihren Schwerpunkt in Gießen, wo Horst Eberhard Richter sich gemeinsam mit den Studenten engagierte und ihnen mit Rat und Tat, vor allem aber mit Supervision, zur Seite stand. Die Arbeit mit seelisch Kranken und für sie hatte damals Schwerpunkte in Münster, Tübingen und Freiburg. Aber Projektgruppen gab es auch in anderen Universitätsstädten. Die Studenten waren verständlicherweise institutionskritisch. Und an vielen Orten begegneten

die Institutionen ihnen mit Skepsis und Ablehnung, obwohl sie konstruktive Arbeit in der Betreuung von psychisch Kranken leisteten und antipsychiatrische Ideen damals praktisch noch keine Rolle spielten. Dass sie mit offenen Armen aufgenommen wurden und gleich eine Hand voll Klinikmitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Zusammenarbeit mit ihnen suchte, wie in Tübingen, war eine Ausnahme. Die Münsteraner hatten beispielsweise bessere Kontakte zum 80 km entfernten Landeskrankenhaus Gütersloh als zu ihrer Universitätsklinik, geschweige zum örtlichen Landeskrankenhaus. Das Bendorfer Treffen diente in erster Linie dem Kennenlernen dem Erfahrungsaustausch. Während der zweitägigen Diskussionen wurden die Schwierigkeiten der Gruppen sehr deutlich. Der Bericht unserer Tübinger Studenten wurde er mit Stauen aufgenommen. Alexander Veltin, damals leitender Arzt in Gütersloh, und ich hatten Gelegenheit, einige Zukunftsperspektiven zu entwickeln, wobei ich auf meine englischen Erfahrungen zurückgreifen konnte. Aus dem Treffen entwickelte sich die Idee, die Diskussion in einer psychiatrischen Institution, möglichst mit psychiatrischem Fachpersonal, fortzusetzen. Veltin bot an, bei der Gütersloher Fortbildungswoche für Nervenärzte im Herbst des Jahres einen Tag dafür freizuhalten.

### **Mannheimer Mediensymposium**

Dass ich am Mannheimer Mediensymposium teilnehmen konnte, hat eine etwas kuriose Vorgeschichte. In meinem ersten Beitrag zur FAZ, der sich mit dem „Elend der Krankenhauspsychiatrie“ befasste, war ich ausführlich auf das im Aufbau befindliche Mannheimer Zentralinstitut für seelische Gesundheit als positives Beispiel eingegangen. Kurze Zeit später erhielt ich einen Brief von Professor Dr. Heinz Häfner, dem Direktor des Instituts, in dem er sich bedankte und meinte, für einen Journalisten verstehe ich eine ganze Menge von Psychiatrie. (Ich kenne die Geschichte auch andersherum: für einen Psychiater lieferte ich ganz ordentliche journalistische Arbeiten ab.). Häfner waren es dann ein bisschen peinlich; aber er musste ja nicht wissen, wer ich war. Immerhin, auf meinen Antwortbrief folgte die prompte Einladung zu seinem Symposium zum Thema Psychiatrie und Öffentlichkeit (von Medien sprach damals noch niemand) im April 1970 in Mannheim. Daraus ergaben sich für mich mannigfache Pressekontakte, so zum Deutschen Forschungsdienst, einer wissenschaftlichen Presseagentur, für die ich einige Jahre lang neben der FAZ schrieb, zu Udo Reiter vom bayrischen Rundfunk (jetzt Intendant des MDR) und Josef Ungerichts

zum Westdeutschen Rundfunk. Innerhalb von kurzer Zeit drohte 1970 die Hobby-Journalistik zum Beruf zu werden. Zu manchen anwesenden Journalisten hatte ich noch jahrelang gute Kontakte.

Die Tagung selber offenbarte ein Dilemma, das sich in den 40 Jahren, die seither vergangen sind, nicht aufgelöst hat: die anwesenden Redakteure arbeiteten für die Kulturredaktionen und die wenigen damals vorhandenen Wissenschaftsredaktionen. Sie wollten und konnten eine vertiefte Berichterstattung über die Probleme der psychisch Kranken und der Psychiatrie gewährleisten. Sie klagten allerdings über eine zögerliche Bereitschaft der meisten Psychiater, dazu beizutragen. Differenzen in der Diskussion gab es allenfalls darüber, wie kritisch die Berichterstattung über die damaligen Verhältnisse in der Psychiatrie sein dürfte. Die meisten anwesenden Psychiater plädierten für Zurückhaltung, die meisten Journalisten für größere Deutlichkeit in der Auseinandersetzung mit den Missständen, insbesondere nachdem wir sie mit den entsprechenden Tatsachen versorgt hatten. In der Diskussion wurde aber zugleich deutlich dass die wirklichen Probleme in der Berichterstattung für die Psychiatrie und psychisch Kranke bei der Boulevardpresse und in den Lokalredaktionen zu suchen waren. Mit Letzteren, das war die Empfehlung der Journalisten – das ist sie auch heute noch – konnte und sollte man immer wieder Kontakt aufnehmen, und zwar nicht nur, wenn etwas Schlimmes passiert war.

Am Rande des Mannheimer Symposiums traf ich auch Nils Pörksen wieder, meinen ersten sozialpsychiatrischen Mentor in der Klinik, der ein Jahr zuvor von Tübingen nach Mannheim gewechselt war, um dort die Abteilung Gemeindepsychiatrie aufzubauen und dabei ein großes Loch in der Tübinger Klinik hinterlassen hatte, das ich jetzt zu stopfen versuchte. Er erzählte mir von der Hamburger Tagung zur Sozialpsychiatrie und davon, dass er dabei war, für Ende Mai 1970 ein Treffen jüngerer progressiver Psychiaterinnen und Psychiater sowie Angehörige anderer Berufsgruppen zu planen, das später als Mannheimer Kreis in die neuere Psychiatriegeschichte eingehen sollte. Er lud mich dazu ein.

### **Hamburger Tagung**

Das Mannheimer Treffen hatte eine Vorgeschichte. Am 3. und 4. April 1970 hatte in der psychiatrischen Klinik der Universität Hamburg, organisiert von Klaus Dörner und

Ursula Plog ein sozialpsychiatrischer Kongress stattgefunden Die Organisatoren im Sammelband Psychiatrie (1972) schreiben dazu:

„Finanziert von der pharmazeutischen Firma Thomae. Leitthema war die Frage „Rückkehr der psychisch Kranken in der Gesellschaft?“ Die Veranstaltung hatte mehrere Absichten. Einmal sollte durch sie die bisher noch schwache Diskussion der Sozialpsychiatrie in der BRD gefördert werden. Zum anderen sollten diejenigen, die in der BRD zumeist noch isoliert voneinander sozialpsychiatrische Praxis betreiben, miteinander ins Gespräch kommen. Drittens sollte deutlich werden, dass ein sozialpsychiatrischer Kongress der ohne Beteiligung von Krankenschwestern, Sozialarbeitern und Arbeitstherapeuten erfolgt, das heißt im gewohnten und vertrauten akademischen Rahmen bleibt, diesen Namen nicht verdient; denn Sozialpsychiatrie muss diesen Rahmen sprengen, oder sie ist Ideologie. Viertens schließlich verfolgten die Veranstalter ein lokales Ziel: Mit Hilfe der Publizität dieses Kongresses sollte die Etablierung sozialpsychiatrischer Einrichtungen in Hamburg ... durchgesetzt werden (Dörner und Plog 1972).“

Die Vorträge und ein Teil der Diskussionen dieser Tagung wurden später in der Sammlung Luchterhand veröffentlicht. Ohne Ausnahme spielten die Redner in der weiteren Entwicklung der Sozialpsychiatrie in der Bundesrepublik eine wichtige Rolle. Mit Ausnahme der Soziologin Helga Reimann und des späteren Lübecker Ordinarius Horst Dilling waren sie auch an der Entwicklung der sozialpsychiatrischen Bewegung im Rahmen des Mannheimer Kreises und der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie beteiligt.

Die Tagung war offenbar nicht das, was man bis dahin als wissenschaftliche Veranstaltungen gewohnt war. Sie löste nicht nur Diskussionen, sie löste auch Beunruhigung aus. Man kann auch sagen, ihre Atmosphäre ließ spüren, dass sich da etwas ankündigte, was im Grunde in den Jahren nach 1968 zu erwarten war. Eine „Sozialisierung“ und eine „Radikalisierung“ der Psychiatrie – und der Psychiatriereformdiskussion. Lassen wir dazu noch einmal Klaus Dörner und Ursula Plog zu Wort kommen: „Es war ein etwas unordentlicher, zeitweilig auch turbulenter Kongress, auf dem viel diskutiert wurde, die Zeiten überschritten und eigenmächtige Diskussionsleiter in ihre Schranken verwiesen wurden. Ein Kongress, den Friedrich Deich in der „Welt“ als Einbruch der „Antipsychiatrie“ in Deutschland befremdlich fand und für den

die finanzierende pharmazeutische Firma eine Zeitlang die Verantwortung niederzulegen erwog. Und doch war nichts anderes geschehen, als das einige in der psychiatrischen Praxis Tätige ihr eigenes Tun und seine Bedingungen kritisiert hatten, wobei freilich die akademischen Formen schon durch die Art des Themas ein wenig gesprengt wurden.

In der Diskussion dominierten zwei Gruppen, die sonst kaum Berührung haben und von der eine kein Wort der anderen verstand: Die Studenten und die niedergelassenen Nervenärzte. Ein älterer Psychiater nach dem Kongress: Er habe plötzlich das Gefühl gehabt, seine Wissenschaft, sein Fach, seine mühselige tägliche Arbeit werde hier in den Schmutz getreten, habe Angst bekommen, sich zur Verteidigung aufgerufen gefühlt und in dieser emotional aufgeladenen Absicht Dinge gesagt, die er selbst nicht glaubte. Symbolischer Höhepunkt, als der Hausherr, Professor Bürger-Prinz, türknallend den Kongress verließ.“ (Dörner und Plog 1972)

Hier in Hamburg beschlossen einige der Kongressteilnehmer miteinander in Verbindung zu bleiben und sich in regelmäßigen Abständen zum Erfahrungsaustausch zu treffen.

### **Der Mannheimer Kreis**

Das erste Treffen Ende Mai in Mannheim war sehr spontan und sehr informell. Die 50 Teilnehmer waren auch einer Art Schneeballsystem eingeladen. Es wurde von den Repräsentanten der damaligen sozialpsychiatrischen Zentren in Mannheim, Heidelberg und Hannover beherrscht, aber nicht nur. Erich Wulff damals Gießen, Gregor Bosch, soweit ich mich erinnere, damals noch Freiburg und Jan Groß, der vertriebene Tscheche, und unmittelbar vor seiner Berufung auf den Hamburger Lehrstuhl spielten eine wichtige Rolle.

Das Treffen in Mannheim war nicht mehr gesponsert. Es war, wie man später sagen würde, „multiprofessionell“. Es wurden keine Vorträge gehalten. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen berichteten über ihre Arbeit. Im Mittelpunkt aber stand die Diskussion. Wir saßen damals drei Tage lang in einem großen Kreis in einem Raum der Mannheimer Gemeindepsychiatrie. Damals noch im Mannheimer allgemeinen Krankenhaus am Theodor-Kutzer-Ufer und redeten und rangen miteinander. Mit zunehmender Teilnehmerzahl traten themenzentrierte Arbeitsgruppen in den Vordergrund,

zusammen gehalten durch einzelne Plenarveranstaltungen, in denen gelegentlich auch die Fetzen flogen.

In Mannheim fehlten die Etablierten der damaligen Sozialpsychiatrie, vor allem Heinz Häfner, der eigentliche Hausherr und Karl-Peter Kisker, Hannover, ebenso wie Walter-Theodor Winkler, Gütersloh. Die Legende will, dass Heinz Häfner nicht nur nicht eingeladen, sondern ausgeladen war. Wie dem auch sei, die Mannheimer Runde kam nach heftigen kontroversen Diskussionen zu dem Ergebnis, dass die Teilnahme von Etablierten für die Diskussion eher hinderlich sei. Ihr wichtigster Beschluss war, dass zu künftigen Veranstaltungen keine Professoren und keine Direktoren eingeladen werden sollten.

Das Mannheimer Treffen diente dem Kennenlernen. In den Diskussionen wurde rasch deutlich, dass sich unter dem Schlagwort soziale Psychiatrie ein breites, um nicht zu sagen buntes Spektrum divergierender Orientierungen, Gesinnungen und Meinungen versammelte. Es reichte von den zeitgeprägten Ideologien der Gesellschafts- und Kapitalismuskritik, Theorien der Entfremdung über psychiatrisoziologische und epidemiologische Forschungsbedürfnisse zu vorrangig pragmatischen Ansätzen der Verbesserung der Lage der psychisch Kranken und ihrer Behandlung und der Reform der psychiatrischen Krankenversorgung. Nur antipsychiatrische Ansätze waren kaum vorhanden. Die Gedanken R. D. Laings und David Coopers verbreiteten sich erst in den darauf folgenden Jahren diesseits des Ärmelkanals.

Konkret beschlossen wurde in Mannheim, dass man sich im November zu einer Arbeitstagung in Hannover wieder treffen sollte, bei der vorrangig die Themen Ideologiekritik der Sozialpsychiatrie, Ausbildungsfragen sowie Krisenintervention und Sozialtherapie im Spannungsfeld des gesellschaftlichen Anpassungsdrucks behandelt werden sollten.

### **Der 73. Deutsche Ärztetag**

Das Jahr der Tagungen und Begegnungen war damit noch lange nicht zu Ende. Im Mai in Stuttgart befasste sich der Deutsche Ärztetag zum ersten Mal ein seiner damals hundertjährigen Geschichte mit der Psychiatrie, mit der Notwendigkeit sie zu verbessern und zu entwickeln. Walter Schulte, mein Tübinger Lehrer, der mir zur Freude auch auf meine Engländerfahrten zurückgriff, setzte in seinem Hauptrefe-

rat über die dringliche „Verbesserung der Hilfen für psychisch Kranke und Gefährdete“ vor dem Plenum des Ärztetages wichtige Akzente. Seine Forderung:

„Es geht jetzt nicht um Sanierung, Reformierung und Verbesserung bisheriger Verhältnisse, nicht einfach nur um Erhöhung der Bettenzahl, sondern um Neuorientierung, um bauliche und personelle Umstrukturierung der veralteten Institutionen, sondern um den Entwurf neuer Strukturen und der Konzeption einer Psychiatrie, der es nicht um Verwahrung und Ausklammerung, sondern um Prävention und Rehabilitation, um intensive Behandlung und erneuten Anschluss dieser Patienten an ihre gewohnte Umwelt zu tun ist. Voraussetzung ist die Öffnung, Verkleinerung und Differenzierung der Behandlungseinheiten und nicht die Errichtung weiterer, womöglich schwer zugänglicher Mammutanstalten mit über 1000 Betten. Wo Neubauten vorgesehen sind, sollten sie in der Nähe von Wohnbezirken entstehen, die den engen Kontakt zur vertrauten Umwelt gewährleisten. Psychiatrische Abteilungen sollten nach den Maßstäben einer gemeindenahen Psychiatrie an allgemeine Krankenhäuser angegliedert werden“ (Schulte 1970).

Als ehemaliger ärztlicher Leiter in Bethel und in Gütersloh konnte er auf Anstalterfahrungen wie auf universitäre Erfahrungen zurückgreifen. Selber ein eher konservativer und zugleich ein überaus menschenfreundlicher, engagierter Arzt, gelang es ihm, die Delegierten dieses konservativen Gremiums zu bewegen, und den Anspruch der psychisch Kranken auf Gleichbehandlung mit den körperlich Kranken zu formulieren. Der Maßstab für die Menschlichkeit einer Gesellschaft sei ihr Umgang mit den Schwächsten ihrer Mitglieder, sei ihr Umgang mit den psychisch Kranken, schloss er seinen Appell an die Delegierten.

### **Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde**

Wenige Monate später beim Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde, der damals jeweils in Bad Nauheim stattfand, stand erstmals die Sozialpsychiatrie im Mittelpunkt. Auch hier sprach Walter Schulte, diesmal über „Sozialpsychiatrie in ihren Forderungen, Möglichkeiten und Grenzen. Hier formulierte der Däne Nils Strömngren aus Aarhus die Forderung, „Die psychisch Kranken haben das Recht, das Krankenhaus durch das gleiche Tor zu betreten wie die körperlich Kranken!“ Meine Erinnerung an die übrigen Referate ist eher blass.

Eingeprägt haben sich die Satzungsdiskussion und die anschließenden Vorstandswahlen. Das Thema Sozialpsychiatrie hatte viele junge Leute angezogen. Schon in den Diskussionen der wissenschaftlichen Vorträge war Unmut laut geworden, die Unzufriedenheit mit der Verbandsführung entlud sich dann in der Mitgliederversammlung. Nach heftiger Diskussion lehnte die Mehrheit den wohlbegründeten Antrag ab, angesichts der Multidisziplinarität der psychiatrischen Arbeit und der psychiatrischen Forschung auch Nicht-Ärzte in die Gesellschaft aufzunehmen.

Die konservative Mehrheit wollte vor allem die Psychologen und Soziologen draußen halten und war dafür bereit, auf die Mitgliedschaft von Chemikern, Biologen und anderen Naturwissenschaftlichen zu verzichten, die sich damals anschickten, noch wesentlich im Zeichen der jungen Psychopharmakotherapie, einen wichtigen Anteil an der psychiatrischen Forschung zu leisten. Die Gereiztheit im Saal lud sich in der Diskussion über den Antrag das N für Nervenheilkunde aus dem Namen der DGPN zu streichen. Sie sollte künftig „Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie“ heißen. Die Neurologen hätten längst ihre eigene Gesellschaft; und die Nervenheilkunde sei ein Begriff aus dem 19. Jahrhundert. Dazu sei daran erinnert, dass damals noch zahlreiche psychiatrische Universitätskliniken, auch die Tübinger Kliniken für Psychiatrie und Neurologie waren, und dass die ältere Generation unserer Kollegen trotz sich abzeichnender Entwicklungen in der Facharztfrage unbedingt an der Einheit des Faches festhalten wollte. Die Befürworter des Antrages verloren mit großer Mehrheit. Die Gereiztheit der Diskussion entlud sich in einer Grenzüberschreitung von Wolf-Dieter Michaelis, der die Haltung des damaligen Präsidenten, des Marburger Forensikers H. Ehrhardt als „mickrig“ bezeichnete und damit den Sturm der Entrüstung hervorrief.

Die anschließenden Vorstandswahlen verliefen dramatisch. Noch nie war es vorgekommen, dass der vom Vorstand vorgeschlagene Kandidat nicht gewählt wurde. Noch nie war es vorgekommen, dass ein Gegenkandidat auftrat. Aber genau dies geschah nun. Caspar Kulenkampff damals noch Ordinarius in Düsseldorf kandidierte gegen den offiziellen Kandidaten, den alternden verdienten Bonner Lehrstuhlinhaber Hans Weitbrecht. Obwohl die Gegenkandidatur von Kulenkampff offenbar von langer Hand vorbereitet war, wäre Weitbrecht gewiss gewählt worden, wenn die konservative Gruppe nicht Nerven gezeigt hätte. Aus ihren Reihen wurde Walter Schulte als

Kompromisskandidat vorgeschlagen, der ohnehin für die Vizepräsidentschaft vorgesehen war. Vermutlich aufgrund seiner Konfliktscheu und seiner übergroßen Menschenfreundlichkeit und seines ungebremsten Harmonisierungsbedürfnisses nahm er die Kandidatur an, allerdings ohne dass Weitbrecht seine Nominierung zurückzog.

Das Ergebnis war die Wahl von Kulenkampff, der für den Reformflügel der damaligen etablierten Psychiatrie stand, mit einer verhältnismäßig knappen Mehrheit. Die Wahl wurde vom amtierenden Vorstand prompt angefochten. Es seien Nichtmitglieder im Saal gewesen. Andere seien auf zweifelhafte Art Mitglieder geworden, indem sie die notwendigen Bürgschaften von zwei ordentlichen Mitgliedern mit Blankounterschriften erhalten hätten. Das Amtsgericht Marburg gab den Beschwerdeführern Recht. Ein halbes Jahr später in Baden-Baden wurde Rudolf Degkwitz zum Vorsitzenden der DGPN gewählt, der damals gerade von der südwürttembergischen PLK Weissenau an die Freiburger psychiatrische Universitätsklinik gewechselt war.

Die Vorgänge um die Vorstandswahl der DGPN gaben vielen von uns im Übrigen den letzten Anstoß, eine eigene Gesellschaft zu gründen, die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, nachdem viele von uns über einige Zeit den Gedanken favorisiert hatten, die Erneuerung und die Reform der Deutschen Psychiatrie aus der etablierten Fachgesellschaft heraus zu versuchen. Noch entscheidender allerdings für die Gründung der Alternativgesellschaft war der Beschluss der Mitgliederversammlung, weiterhin nur Ärzte als Mitglieder zuzulassen. Das war mit einer zukunftsweisenden Sozialpsychiatrie, die per definitionem multiprofessionell ist, nicht zu vereinbaren.

### **Goldener Oktober: Bonn, Gütersloh, Loccum**

Bevor es dazu kam, fanden Anfang Oktober 1970 innerhalb einer Woche drei weitere Veranstaltungen statt, die den Bestrebungen um die Reform der psychiatrischen Krankenversorgung in der Bundesrepublik eine neue Wendung gaben: Die Gütersloher Fortbildungstage mit dem Tag der Studenten, die erste Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages zur Lage der psychisch Kranken in Bonn und die von Hans Lauter und Joachim Ernst Meyer organisierte Tagung „Der psychisch Kranken und die Gesellschaft“ in der Evangelischen Akademie Loccum vom 9. – 11. Oktober 1970.

## **Bonn: der Gesundheitsausschuss des Bundestages informiert sich**

Der Anhörung des Bundesgesundheitsausschusses Am 8. Oktober 1970 war eine klein Anfrage des CDU-Abgeordnete Walter Picard und seiner Kollegen Martin und Jungmann im April 1970 vorausgegangen. Eine zweite Anhörung folgte im Sommer 1971 im Baden Württembergischen Psychiatrischen Landeskrankenhaus Emmendingen. Als Ergebnis dieser beiden Anhörungen beschloss der Deutsche Bundestag schließlich eine Enquete zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – zur psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung – in Auftrag zu geben. Darauf werde ich noch ausführlich zurückkommen. In der ersten Anhörung führten die Ärzte das Wort, die wichtigsten: Kaspar Kulenkampff, Düsseldorf Heinz Häfner, Mannheim Walter Theodor Winkler, Gütersloh und Karl Peter Kisker, Hannover. Die zweite war multiprofessionell: Mehrere Psychologen, eine Sozialarbeiterin (Helmtraud Schmidt-Gante, die damals schon Vorsitzende der neu gegründeten DGSP war) mehrere Krankenpfleger, ein Erzieher und Hans Gessner, Student der Theologie und der Sozialpädagogik, Mitglied im SPAK Tübingen und Mitglied der damals so genannten freien sozialtherapeutischen Gruppe Freiburg (später Club 55). Die Verhandlungen sind in der Bundestags-Drucksache VI/474 festgehalten. Beide Anhörungen ebneten den Weg zur Psychiatrie-Enquete. (Darauf gehe ich in meinem Text über die Enquete ausführlich ein.

## **Gütersloh: Der Tag der Studenten**

Anlässlich der Fortbildungstage 1970 war ich zum ersten Mal in Gütersloh. Ich war von der weitläufigen Parkanlage mit den Pavillonbauten sehr beeindruckt. Die Anlage war von Hermann Simon vor dem Ersten Weltkrieg geplant und umgesetzt worden. Trotz der Überfüllung konnte man sich dem Geist dieser Institution nicht entziehen, die von Anfang an rehabilitativ und schon früh therapeutisch orientiert war. Die Vorträge zur Krankenhauspsychiatrie eröffneten mir neue Welten - genau die, die wir verändern wollten. Am wichtigsten aber war für mich der von Alexander Veltin initiierte Tag der Studenten am 9. Oktober, der im wesentlichen von Mitgliedern der sozialpolitischen Arbeitskreise der Studentengemeinden an vielen Universitäten, vor allem aber an der Hausuniversität von Gütersloh, Münster bestritten wurde.

An diesem Tag gib es hoch her. Walter Theodor Winkler, der Direktor des Westfäli-

schen Landeskrankenhauses Gütersloh muss ein ähnliches Bauchgrimmen verspürt haben, wie wenige Monate vorher sein Universitätskollege Hans Bürger-Prinz in Hamburg. An diesem Tag wurde ohne Höflichkeit, ohne Scheuklappen, ohne Rücksicht auf Verletzlichkeiten diskutiert – in einem Stil, den die Studenten seit den Anfängen der Studentenbewegung im Jahr 1967 gelernt hatten, den die Professoren überwiegend missbilligten und der den Kollegen in den Anstalten über die Massen fremd war, der Schrecken auslöste: Die Verhältnisse in den deutschen Psychiatrischen Krankenhäusern sind menschenunwürdig war der Tenor der Diskussion.

Walther Theodor Winkler machte deutlich, dass er dies nicht mit tragen könne. In den Krankenhäusern werde redliche Arbeit geleistet so gut es gehe. Es bestünden erhebliche Mängel aber menschenunwürdig seien die Verhältnisse der Kranken und ihre Behandlung nicht. Es bedurfte erheblichen Vermittlungsvermögens unserer Tübinger Gruppe - die sowohl in der uns zugehörigen Anstaltspsychiatrie wie vor allem in der Tübinger Nervenlinik besser integriert waren als jede andere Gruppe - um das gegenseitige Nichtverstehen zu überwinden: Unsere Studenten und meine frühen Doktoranden hatten gesehen, wie in einer der benachbarten Anstalten die Patientinnen und Patienten ihre Anstaltskleidung abends auf einem großen Haufen ablegten, bevor sie in den Gemeinschaftswaschraum verschwanden und morgens ein Kleidungsstück von dem großen Haufen nahmen und anzogen. Sie hatten gesehen, wie die Kranken keine eigene Seife, keinen eigenen Waschlappen, kein eigenes Handtuch hatten und schon gar keine Zahnbürste. Sie hatten erlebt, wie den Kranken bei der Aufnahme jedes Eigentum zur Verwahrung weggenommen wurden: Schmuck, Uhr, Ehering. Sie hatten gesehen, dass in ganzen Krankenhausabteilungen kein einziger Kranker, keine einzige Kranke einen Schrank oder gar ein verschließbares Fach für sich allein hatte. Dass solche Verhältnisse menschenunwürdig seien, darüber müsste Konsens herzustellen sein, meinten wir. Und als die Diskussion sich auf das Konkrete konzentrierte, war dies auch möglich.

## **Loccum**

Für diejenigen Teilnehmer - darunter auch einige Studenten - die am Abend zur Evangelischen Akademie in Loccum weiter reisten, war dies eine wichtige Vordiskussion Denn die Tagung über den „Psychisch Kranken und die Gesellschaft“ verlief mitnichten so, wie die beiden Organisatoren Hans Lauter und Joachim-Ernst Meyer

sich das vorgestellt hatten. In dem Kongressband (1972) mit wichtigen Beiträgen zur Beziehung zwischen Öffentlichkeit und Psychiatrie vermittelt allenfalls in den zusammengefassten Diskussionsbeiträgen, was sich dort wirklich abspielte.

Der Sturm brach los, als Frank Fischer seinen Vortrag über „die psychisch Kranken und die Anstalt“ hielt. Fischer war Lehrer. Er hatte im Jahr zuvor nach einem Praktikum in einem psychiatrischen Krankenhaus sein Buch „Irrenhäuser“ veröffentlicht indem er zahlreiche Missstände der Psychiatrie ungeschminkt dargestellt hatte. Das Buch war in der Öffentlichkeit heiß diskutiert worden. Allein, von vielen Anstaltspsychiatern waren seine berechtigten Vorwürfe brüsk zurückgewiesen und heftig beklagt worden. Schon dass Lauter und Meyer ihn nach Loccum eingeladen hatten, fassten nicht wenige Teilnehmer als Affront auf.

In der Tat kam es im Anschluss an seinen Vortrag zu tumultartigen Auseinandersetzungen. Erst Gerhard Mauz, Sohn eines bekannten Psychiaters und selbst Psychologe, bereits damals bekannter Gerichtsreporter des Spiegels, gelang es mit einer leidenschaftlichen Intervention die Diskussion in geordnete Bahnen zu leiten. Er appellierte an die anwesenden Psychiater in verantwortlicher Stellung, doch einmal ihre Situation und die Situation in den Krankenhäusern, für die sie verantwortlich waren, ein wenig aus der Distanz zu betrachten. Sie würden dann gewiss aus voller Überzeugung sagen können, sie hätten sich seit Jahren bemüht, sie hätten sich redlich abgerackert. Aber was sie nicht tun müssten, sei, die Verhältnisse zu verteidigen, die sie in den vergangenen Jahren immer wieder versucht hätten, zum Besseren zu wenden. Es ginge nicht darum, ihnen die Schuld an diesen Verhältnissen zuzuweisen, sondern zu zeigen, wie ohnmächtig sie ohne die Unterstützung der Öffentlichkeit und ohne die Unterstützung der Politik seien.

Diese Argumentationsweise wurde von den anwesenden Politikern, dem Bundestagsabgeordneten Walter Picard und dem niedersächsischen Sozialminister Partsch aufgegriffen und unterstützt. Der Funke hatte gezündet. Der Kongress nahm einen unerwarteten Verlauf. Initiiert durch einige der Tagungsteilnehmer, die zwei Tage zuvor am Bundestagshearing in Bonn teilgenommen hatten, begann eine allgemeine Diskussion über die Situation der psychiatrischen Krankenversorgung in Deutschland und über Möglichkeiten, sie zum Besseren zu wenden. Referenten stellten ihre Vorträge zurück. Arbeitsgruppen wurden spontan gegründet. Bis tief in die Nacht wurde

diskutiert. Die Arbeit an zwei Resolutionen begann. Die eine war unbestritten. Sie enthielt einen Appell an den Deutschen Bundestag, dass Entmündigungen, gleich aus welchem Grunde sie ausgesprochen würden, nicht in das Bundeszentralregister (Register vorrangig für Straftäter) eingetragen werden.

Die zweite Resolution, die später als „Loccum Resolution“ in die neuere Psychiatriegeschichte einging, war heiß umkämpft. Sie war auch am Schluss noch höchst umstritten. Aber es gelang den 132 Teilnehmern der Akademie-Tagung, in der anderthalb tägigen Diskussion in den wichtigsten Fragen Kompromissformeln zu finden, die wegweisend für die spätere Arbeit an der Psychiatrie-Enquete und die Psychiatriereform in der Bundesrepublik sein sollten. Deshalb sei die Loccum Resolution im Folgenden wiedergegeben:

*„An den Ausschuss des Bundestages für Jugend; Familie und Gesundheit.*

*Die in der Evangelischen Akademie Loccum versammelten 132 Teilnehmer der Tagung „Der psychisch Kranke und die Gesellschaft“ haben als Ergebnis ihrer Beratung folgende Resolution verabschiedet:*

*Wir begrüßen die Initiative des Deutschen Bundestages, sich mit der Situation der Psychiatrie in der BRD zu beschäftigen und zu deren Verbesserung beizutragen.*

*Es wird darauf ankommen, ein umfassendes Konzept bedarfsgerechter psychiatrischer Versorgung für die BRD zu entwerfen und einen Stufenplan für deren Realisierung anzubieten, wobei insbesondere auch an die Alterskranke zu denken ist. Das Konzept sollte sich an den Erfahrungen der internationalen Psychiatrie orientieren und unter Einbeziehung bestehender Einrichtungen folgende Voraussetzungen bedarfsgerechter Versorgung erfüllen.*

*Gemeindenaher psychiatrischer Einrichtungen mit Möglichkeiten stationärer, teilstationärer, ambulanter und extramuraler Versorgung.*

*Funktionale Zusammenfassung präventiver, therapeutischer und nachsorgender Dienste.*

*Koordinierung der psychiatrischen Aufgaben aller in der Versorgung seelisch und geistig Behinderter tätigen Personen und Einrichtungen.*

*Diese Aufgaben erfordern, dass alle beteiligten Berufsgruppen die psychosozialen Gesichtspunkte in ihre Ausbildungsgänge ausreichend einzubeziehen. Darüber hinaus sollte die Möglichkeit zu einer qualifizierten, berufsbegleitenden, sozialpsychologischen Aus- und Weiterbildung sowie Zusatzausbildung gegeben sein.*

*In der Übergangszeit sollten zusätzlich Modelleinrichtungen geschaffen und gefördert werden, die folgende Bedingungen erfüllen:*

*Die Entwicklung wissenschaftlich fundierter, praktisch anwendbarer Modell einer bedarfsgerechten psychiatrischen Versorgung.*

*Die Durchführung einer qualifizierten, sozialpsychiatrischen Ausbildung, die über den Eigenbedarf hinausgehen muss.*

*Gemeindenaher Zentren garantieren nach Erfahrungen in anderen Ländern die bestmögliche psychiatrische Versorgung der Gesamtbevölkerung. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist im Rahmen der Krankenhausfinanzierung, die ein bedarfsgerecht gegliedertes Krankenhauswesen herbeiführen soll, die Erreichung von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zu realisieren.*

*Diese Fachabteilungen müssen eine den speziellen Bedürfnissen der psychiatrischen Versorgung entsprechende Sonderstellung haben. Sie müssen daher auch mit teilstationären, ambulanten und extramuralen Diensten ausgestattet sein, wie sie integraler Bestandteil der gemeindenahen psychiatrischen Zentren sind.*

*Träger von Allgemeinkrankenhäusern, die psychiatrische Fachabteilungen ausgliedern, sollten für diese Abteilung einen überdurchschnittlichen Zuschuss erhalten.*

*Die Angliederung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäuser wird auch die Voraussetzung schaffen für die notwendige konsiliarische Beratung und Mitbehandlung der übrigen Fachabteilungen.*

*Gleichzeitig ist die Entflechtung und Umstrukturierung der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser mit allem Nachdruck und allem Mitteln zu fördern.“*

*Loccum, den 11. Oktober 1970*

Auch die zweite Loccumer Resolution sei hier als Dokument des damaligen Zeitgeistes wiedergegeben:

*An den Sonderausschuss für die II: Strafrechtsreform des Bundestages*

*Bonn Bundeshaus*

*Die in der Evangelischen Akademie versammelten Teilnehmer an der Tagung „Der psychisch Kranke und die Gesellschaft“ haben einstimmig folgende Resolution verabschiedet:*

*Entmündigungen, gleich aus welchem Grunde sie ausgesprochen werden, dürfen nicht in das Bundeszentralregister eingetragen werden.*

*§ 9 EBZ RegG ist deshalb ebenso wie die einschlägigen Folgebestimmungen in §§ 17, 28, 37 pp aaO ersatzlos zu streichen.*

*Ein gleiches gilt erst recht für die etwa beabsichtigte Aufnahme von Unterbringungen nach dem Unterbringungsrecht der Länder in die Regelungen des BZ RegG.*

- 1. Die Entmündigung dient nach dem Willen des Gesetzgebers ausschließlich dem Schutze des Betroffenen. Jede Regelung, die ihm rechtliche oder tatsächliche Nachteile einbringt, widerspricht daher dem Sinn dieser Maßnahme. Insbesondere besteht gegenwärtig auch nicht mehr ein anzuerkennendes Schutzbedürfnis der Betroffenen im Vorverfahren und im Strafprozess selbst, weil heute (im Gegensatz zum Zeitpunkt des Erlasses der noch geltenden Regelung) bei jedem schweren oder motivisch unklaren Delikt Sachverständige zur Begutachtung bereitstehen und herangezogen werden.*
- 2. Es ist erwiesen, dass psychisch Kranke in ihrer Gesamtheit allein aus dem Grunde ihrer Krankheit für die Allgemeinheit kein höheres Sicherheitsrisiko darstellen als jeder andere.*
- 3. Vor diesem Hintergrund stellt jede Eintragung einer Entmündigung ein nicht zu verantwortendes Erschwernis für die Rehabilitation des Betroffenen dar. Nach psychiatrischer Erfahrung bedeutet schon die Tatsache der Entmündigung für den Betroffenen eine schwere seelische Belastung.*

4. *Die Eintragung in das Strafregister war seit jeher eine Diskriminierung. Daran würde sich auch durch die vorgesehene Umbenennung des Zentralregisters nichts ändern, weil auch dieses Register im Übrigen ausschließlich der Erfassung strafrechtlicher Maßnahmen dient.*

*Die vorgesehene Regelung würde die Jahrhunderte lange Gleichsetzung von psychisch Kranken mit Rechtsbrechern zementieren.*

*Als Mindestlösung wird gefordert, bei der vorgesehenen registerrechtlichen Behandlung von Entmündigungen auf keinen Fall hinter die Regelungen der Regierungsvorlage, Bundesdrucksache VI 477, zurückzugehen. Alle bekannt gewordenen Zusätze, namentlich über die Behandlung von Wiederaufhebungen einer Entmündigung, laufen aus den oben genannten Gründen auf Verschlechterungen der Rechtsstellung entmündigt Gewesener hinaus, sie erscheinen durch keinen denkbaren Gegengrund, insbesondere auch nicht durch den angeblichen Schutz der Betroffenen gerechtfertigt.*

*Loccum, den 11. Oktober 1970“*

### **Im Vorfeld der Gründung der DGSP:**

#### **Das zweite Mannheimer Kreistreffen in Hannover**

Am 16. Und 17. November 1970 trafen sich rund 200 überwiegend jüngere psychiatrieinteressierte und engagierte Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen psychiatrischer Einrichtungen sowie Studenten der Sozialarbeit und Sozialpädagogik zur zweiten Mannheimer-Kreis-Tagung in Hannover. Die Themen waren bei der ersten Begegnung in Mannheim verabredet worden. Tatsächlich wurde die Ideologiekritik in der Sozialpsychiatrie zum beherrschenden Thema, wenngleich die Arbeitsgruppe zu Ausbildungsfragen nachhaltigere Wirkungen hatte. In Hannover trafen noch ausgeprägter als in Mannheim Pragmatiker, Theoretiker und Ideologen unterschiedliche Schattierungen aufeinander. Ich gehe darauf ausführlich in meinem Text über die Anfänge von Mannheimer Kreis und Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie ein.

Es war klar, dass die Diskussion weitergeführt werden musste. Allerdings wurde bei der Tagung in Hannover endgültig klar, dass diese Diskussion der Kanalisierung be-

durfte. Es musste aus Sicht zahlreicher Teilnehmer und der Veranstalter ein Forum geben, indem diejenigen, die die Alltagsfragen der Arbeit mit psychisch Kranken in psychiatrischen Institutionen zu bewältigen hatten, unter sich diskutieren konnten – das hieß letzten Endes unter Ausschluss der Studierenden. Ich habe den Verdacht, dass es damals auch bedeutete: unter Ausschluss derjenigen die an psychischen Störungen litten und sich dazu bekannten.

Um diese Diskussion unter den Profis zu gewährleisten, sollte eine multiprofessionelle Fachgesellschaft gegründet werden: die Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie. Das wurde in Hannover beschlossen und einen Monat später im Dezember durch Gründung der Gesellschaft, ebenfalls in Hannover, umgesetzt. Die allgemeine Diskussion sollte weiterhin auf einer breiten Basis bei den Mannheimer Kreistreffen gewährleistet sein, zu denen jeder und jede Zutritt haben sollte.

### **Bad Teinach**

Auf Loccum folgte im Januar 1971 Bad Teinach. Auf dieser Tagung im Schwarzwald im Kurzentrum von Bad Teinach versuchten beharrende Kräfte in der Psychiatrie, insbesondere Vertreter der Anstaltspsychiatrie, eine Art „Anti-Loccum“ zu inszenieren. Aber auch dort wurde sichtbar, dass nichts bleiben konnte, wie es war, dass eine Reform dringend erforderlich sei, dass man allenfalls über ihr Ausmaß, ihre Radikalität und über einzelne Inhalte streiten könnte.

Für mich ist eine Szene unvergessen geblieben: Ich saß beim Abendessen neben der Ehefrau des Baden Württembergischen Psychiatrie-Dezernenten Gottlieb Sauter, und sie war überrascht, als ich mich vorstellte. „Sie sind das. Sie wirken doch gar nicht so schrecklich. Mein Mann kann Ihretwegen nicht schlafen.“ Ich saß an diesem Abend noch lange mit Gottlieb Sauter zusammen. Wir versuchten unsere Differenzen sachlich zu diskutieren. Die Polemiken des vergangenen Jahres, die sich vor allem auf den nicht verhinderten Bau des neuen psychiatrischen Großkrankenhauses Hirsau im Schwarzwald bezogen, zurückzustellen; und wir einigten uns darüber, dass es notwendig sein würde, das Gespräch zwischen den Gegnern des Projekts, die sich auf der Linie des Baden-Württembergischen Innen- bzw. Sozialministeriums und den jüngeren Assistenten und Studenten fortzusetzen und eine Kompromisslinie zu finden; obwohl unter uns jüngeren Kompromisse damals nicht besonders gefragt

waren.

Tatsächlich fand dann einige Monate später eine Art Baden-Württembergischer Landesgipfel zwischen den beiden Gruppierungen im Ferienhaus der Familie Haerlin in Eutingen zwischen Horb und Tübingen statt. Ich kann mich nicht mehr erinnern, worüber wir damals gesprochen haben. Aber allein dieses Treffen zeigte uns, dass wir nicht ohne Einfluss waren, dass wir etwas ausrichten könnten, wenn wir uns auf regionaler und überregionaler Ebene zusammenschlossen. Zwei Episoden nach der Tagung, die ich nicht vergessen habe: Zum einen versicherte Dr. Sauter mir in der freundlichen Atmosphäre des Gespräches, wenn ich so weitermache, dann würde ich in Baden Württemberg nie Medizinalrat werden. Ich lachte damals, weil ich mir nicht vorstellen konnte, dass ich das einmal werden wollte. Allerdings bot er mir keine vier Jahre später, als ich mich bereits für Wunstorf entschieden hatte, gemeinsam mit Heinz Häfner die Leitung eines Bereiches des dreigeteilten 1'800 Krankenhauses Wiesloch an.

Die zweite Episode verdanke ich Gert Huber, damals Chef in der Weissenau der mir nach Mitternacht über den verschneiten Hof des Kurzentrums hinterher rief: Herr Finzen, sie sind eine Gefahr für die deutsche Psychiatrie. Ich hielt mich nicht für eine Gefahr. Absolut nicht. Aber dass mich jemand dafür halten konnte, dass mich jemand wie Humber dafürhalten konnten, löste bei mir erstmals das Gefühl aus, dass ich wichtig sein könnte, dass ich über ein gewisses Maß an Einfluss und Macht verfügte. Ein Eindruck, der sich später bei dem Treffen in Eutingen bestätigte.

### **Bonn: Die Gründung der Aktion Psychisch Kranke**

Den Abschluss dieses Jahres der wichtigen Tagungen und Begegnungen bildete, ebenfalls Anfang 1971 die Gründung der Aktion psychisch Kranker. Die Aktion sollte die Brücke zwischen Politik und Psychiatrie gewährleisten. Sie entstand auf Initiative von Walter Picard, Heinz Häfner und Caspar Kulenkampff, die auch zu den ersten Vorsitzenden gewählt wurden. Ursprünglich hatte die Aktion eine Gründung der Etablierten sein sollen. Im letzten Augenblick jedoch wurden auf Intervention von Picard und Kulenkampff auch Vertreter der jüngeren Generation, der Sturm- und Dranggeneration eingeladen.

Bewerkstelligt hat das möglicherweise Manfred Bauer, der mit Picard verwandt war und der jenseits eigenen Betroffenheit Picards diesen schon früher ermutigt hatte, sich in seiner politischen Arbeit der Psychiatrie anzunehmen. Der Einbezug der Jüngeren war der Anfang einer erfolgreichen Strategie, die Kulenkampff später als Vorsitzender der Enquete-Kommission beibehielt: nämlich die potentielle Opposition frühzeitig einzubeziehen und in die Arbeit einzubinden. Der erste Vorstand bestand auf psychiatrischer Seite neben Caspar Kulenkampff aus Heinz Häfner, Walter Theodor Winkler und Joachim Ernst Meyer. Aufgrund meiner Medienerfahrungen wurde ich als eine Art Pressesprecher von Anfang an einbezogen. So begannen für mich bereits in der Vorphase der Psychiatrie-Enquete die fast monatlichen Reisen nach Bonn, die durch die Zeit der Enquete hindurch bis zu meinem Wechsel nach Wunstorf andauern sollten.

## **Literatur**

Bundestagsdrucksache VI/474. Bonn 1970.

Dörner K.; Plog, U. (Hg.) (1972): Sozialpsychiatrie. Luchterhand, Neuwied.

Finzen, A. (2010): Unsere Mao-Bibel hieß. „Irrenhäuser, Kranke klagen an. In: Psychiatrische Praxis 37, S. 409–411.

Meyer J. E.; Lauter H. (1971): Der Psychischkranke und die Gesellschaft. Thieme Verlag, Stuttgart.

Schulte W. (1995): Sozialpsychiatrie in ihren Forderungen, Möglichkeiten und Grenzen. In: Finzen A.; Hoffmann-Richter, U. (Hg.): Was ist Sozialpsychiatrie? Psychiatrie Verlag, Bonn S. 71–82.

## **Querverweise**

Anfänge von Mannheimer Kreis und DGSP

Die Psychiatrie-Enquete

# **Erinnerungen an die Anfänge von DGSP und Mannheimer Kreis (1970 bis 1982)**

## **Vorbemerkung**

1970 war ein Jahr der Tagungen. Die sozialliberale Regierung, die Willy Brandt im Vorjahr unter der Überschrift „Reformen wagen“ auf den Weg gebracht hatte, signalisierte Aufbruch. In der Psychiatrie schien es, es hätte alle Welt darauf gewartet. Es waren nicht mehr einzelne Stimmen, die verlangten, den psychisch Kranken nach englischem und amerikanischem Vorbild endlich Gerechtigkeit widerfahren zu lassen und den „nationalen Notstand“, den Heinz Häfner fünf Jahre zuvor proklamiert hatte, endlich zu überwinden; - und die Kranken von den „elenden menschenunwürdigen, teilweise unmenschlichen Bedingungen“ (Zwischenbericht der Psychiatrie-Enquete) zu erlösen, unter denen sie ein Vierteljahrhundert nach Kriegsende immer noch leben mussten. Für uns, die wir dabei waren, war es, als sei eine Schleuse geöffnet worden – nein, eher als sei ein Damm gebrochen. Sozialpsychiatrie war plötzlich kein Fremdwort mehr. An vielen Orten, auch bei uns in Tübingen, wurden Hoffnungen zu Impulsen, wuchs das Bedürfnis, sich mit anderen an anderen Orten der Republik auszutauschen und die Dinge voranzubringen.

Den Anfang machte ein sozialpsychiatrischer Kongress am dritten und 4. April in der psychiatrischen Universitätsklinik in Hamburg unter Leitung von Klaus Dörner und Ursula Plog, der „die Rückkehr der psychisch Kranken in die Gesellschaft“ zum Gegenstand hatte. Fast gleichzeitig fand in Mannheim eine von Heinz Häfner organisierte Begegnung von reformorientierten Psychiatern mit zahlreichen, zum Teil hochkarätigen, Journalisten von Presse, Funk und Fernsehen statt; und wenige Tage später trafen sich in Bendorf bei Koblenz die Vertreter der Arbeitskreise Psychiatrie der SPAK, der sozialpolitischen Arbeitsgemeinschaften der evangelischen und katholischen Studentengemeinden, die in den Jahren zuvor an zahlreichen Universitäten in der Bundesrepublik gleichsam aus dem Boden geschossen waren. In Mannheim und in Bendorf durfte ich, wie bei der Nachfolgetagung des Hamburger Kongresses Ende Mai in Mannheim, dabei sein.

Es folgte der Deutsche Ärztetag in Stuttgart, der erstmals in seiner Geschichte die Psychiatrie in die psychiatrische Versorgung zum Gegenstand hatte. Mein Chef, Walter Schulte verlangte dort in einem eindringlichen Vortrag „die Verbesserung der Hilfe für psychisch Kranke und Behinderte“, die sich nicht in der Sanierung und Verbesserung der bisherigen Verhältnisse erschöpfen dürfe, sondern, wie er später im Jahr beim Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde bekräftigte, um Neuorientierung, „um den Entwurf neuer Strukturen und der Konzeption einer Psychiatrie, der es nicht um Verwahrung und Ausklammerung, sondern um Prävention und Rehabilitation, um intensive Behandlung und erneuten Anschluss dieser Patienten an ihre gewohnte Umwelt zu tun ist.“ (Schulte 1971,1996). Auch dieser Kongress im Frühherbst in Bad Nauheim stand, für die DGPN ungewöhnlich, im Zeichen des Aufbruchs, wiewohl einige reaktionäre Beschlüsse der mit diesem Kongress verbundenen Mitgliederversammlung der Gesellschaft wesentlich zu dem Entschluss der sich entwickelnden alternativen psychiatrischen Bewegung beitrugen, noch im gleichen Jahr in Hannover eine eigene Gesellschaft zu gründen: die Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie.

Der Reigen der reformorientierten psychiatrischen Zusammenkünfte des Jahres 1970 ist damit nicht abgeschlossen. Es folgten im Herbst in Abständen von wenigen Tagen die traditionelle Gütersloher Fortbildungswoche, bei der Alexander Veltin im Gefolge der Bendorfer Tagung einen „Tag der Studenten“ organisiert hatte, an dem es heiß herging, die erste Anhörung des Gesundheitsausschusses des deutschen Bundestages zur „Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik“ und die Loccumer Tagung „Psychiatrie und Gesellschaft“, bei der nach heftigen Auseinandersetzungen mit der „Loccumer Resolution“ wesentliche Grundlagen für die spätere Psychiatrie-Enquete erarbeitet wurden. Den Abschluss schließlich bildete die zweite Mannheimer-Kreis-Tagung in Hannover, bei der die Gründung der deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie beschlossen wurde.

Auf die meisten dieser Tagungen und Kongresse gehe ich an anderer Stelle ausführlicher ein. Hier geht es mir vor allem den Rahmen und den Hintergrund für die rasche Entwicklung von Mannheimer Kreis und DGSP im Laufe dieses Jahres 1970. Ich beginne mit einem Bericht über die Hamburger Tagung, mit der alles angefangen hat. Ich war damals noch nicht dabei. Deshalb stütze ich mich außer auf Erzählungen auf

den späteren Tagungsband „Sozialpsychiatrie“, herausgegeben von Klaus Dörner und Ursula Plog, der mit zwei Jahren Verzögerung (1972) in der Sammlung Luchterhand erschien.

### **Wie alles anfing: Die Hamburger Tagung**

Am 3. und 4. April 1970 fand in der psychiatrischen Klinik der Universität Hamburg der sozialpsychiatrische Kongress statt, mit dem alles anfing. Klaus Dörner und Ursula Plog schreiben später in der Einleitung zu ihrem Sammelband „Sozialpsychiatrie“: „finanziert von der pharmazeutischen Firma Thomae. Leitthema war die Frage „Rückkehr der psychisch Kranken in der Gesellschaft?“ Die Veranstaltung hat mehrere Ansichten. Einmal sollte durch sie die bisher noch schwache Diskussion der Sozialpsychiatrie in der BRD gefördert werden. Zum anderen sollten diejenigen, die in der BRD zumeist noch isoliert voneinander sozialpsychiatrische Praxis betreiben, miteinander ins Gespräch kommen. Drittens sollte deutlich werden, dass ein sozialpsychiatrischer Kongress der ohne Beteiligung von Krankenschwestern, Sozialarbeitern und Arbeitstherapeuten erfolgt, das heißt im gewohnten und vertrauten akademischen Rahmen bleibt, diesen Namen nicht verdient; denn Sozialpsychiatrie muss diesen Rahmen sprengen, oder sie ist Ideologie. Viertens schließlich verfolgten die Veranstalter ein lokales Ziel: Mit Hilfe der Publizität dieses Kongresses sollte die Etablierung sozialpsychiatrischer Einrichtungen in Hamburg... durchgesetzt werden.“

Die Vorträge und einen Teil der Diskussionen dieser Tagung sind im genannten Band nachzulesen. Alle Referenten gehörten der jüngeren Generation an. Die sozialpsychiatrisch orientierten Ordinarien hatten, so heißt es, aufgrund der kurzen Vorlaufzeit der Kongressorganisation wegen Termenschwierigkeiten absagen müssen. Das gab der Tagung zweifellos eine besondere Note.

Alle Redner spielten in der weiteren Entwicklung der Sozialpsychiatrie in der Bundesrepublik eine wichtige Rolle. Mit Ausnahme der Soziologin Helga Reimann und des späteren Lübecker Ordinarius Hort Dilling auch in der Entwicklung der sozialpsychiatrischen Bewegung im Rahmen des Mannheimer Kreises und der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie. Allerdings waren alle Referenten – außer Helga Reimann – Mediziner. Insofern war der Kongress trotz der beruflich gemischten Teilnehmerschaft zwar kritisch aber dennoch recht konventionell. Ähnliches galt für die

Themen und Inhalte, wenn man von der teilweise ideologisch-soziologisch-marxistisch befrachteten Sprache absieht.

Gregor Bosch sprach über das Gewicht sozialer Faktoren bei Verlauf und der Behandlung psychischer Krankheiten. In einem Roundtable-Gespräch ging es um die Frage „Was ist ein soziotherapeutisches Team?“. Mark Richartz und Manfred Bauer aus Hannover redeten über die Ideologie der „Arbeit“ in der Sozialpsychiatrie, Heiko Waller über die soziale Selektion der Patienten einer psychiatrischen Klinik, Wolf-Dieter Michaelis über Methoden und Ergebnisse psychiatrischer Ökologie, Horst Dilling über den Vergleich von Rehabilitationseinrichtungen in England und der Bundesrepublik Deutschland. Helga Reimann unternahm eine kritische Betrachtung gemeindepsychiatrischer Programme in den USA, Hans-Ulrich Deppe sprach über Arbeit, Herrschaft, Medizin, Klaus Dörner fragte „Was fördert die „Rückkehr“ der psychisch Leidenden?. Erich Wulf schließlich formulierte Leitgedanken einer künftigen kritischen Sozialpsychiatrie in der Bundesrepublik. Die Buchveröffentlichung der Referate wurde, obwohl sie erst 1972 erschien zu einer wichtigen Grundlage der weiteren Diskussion der Sozialpsychiatrie und der Psychiatriereform in der Bundesrepublik.

Die Tagung war offenbar nicht das, was man bis dahin als wissenschaftliche Veranstaltungen gewohnt war. Sie löste nicht nur Diskussionen. Sie löste auch Beunruhigung aus. Man kann auch sagen, sie ließ spüren, dass sich da etwas ankündigte, was im Grunde in den Jahren nach 1968 zu erwarten war: Eine „Sozialisierung“ und eine „Radikalisierung“ der Psychiatrie – und der Psychiatriereformdiskussion. Von antipsychiatrischen Tendenzen konnte allerdings nicht die Rede sein. Lassen wir noch einmal Klaus Dörner und Ursula Plog zu Wort kommen:

„Es war ein etwas unordentlicher, zeitweilig auch turbulenter Kongress, auf dem viel diskutiert wurde, die Zeiten überschritten und eigenmächtige Diskussionsleiter in ihre Schranken verwiesen wurden. Ein Kongress, den Friedrich Deich in der „Welt“ als Einbruch der „Antipsychiatrie“ in Deutschland befremdlich fand und für den die finanzierende pharmazeutische Firma eine Zeitlang die Verantwortung niederzulegen erwog. Und doch war nichts anderes geschehen, als das einige in der psychiatrischen Praxis Tätige ihr eigenes Tun und seine Bedingungen kritisiert hatten, wobei freilich die akademischen Formen schon durch die Art des Themas ein wenig gesprengt

wurden.

In der Diskussion dominierten zwei Gruppen, die sonst kaum Berührung haben und von der eine kein Wort der anderen verstand: Die Studenten und die niedergelassenen Nervenärzte. Ein älterer Psychiater nach dem Kongress: Er habe plötzlich das Gefühl gehabt, seine Wissenschaft, sein Fach, seine mühselige tägliche Arbeit werde hier in den Schmutz getreten, habe Angst bekommen, sich zur Verteidigung aufgerufen gefühlt und in dieser emotional aufgeladenen Absicht Dinge gesagt, die er selbst nicht glaubte. Symbolsicher Höhepunkt war, dass der Hausherr, Professor Bürger-Prinz, türknallend den Kongress verließ.“ (Dörner und Plog 1972)

Hier in Hamburg beschlossen einige der Kongressteilnehmer, miteinander in Verbindung zu bleiben und sich in regelmäßigen Abständen zum Erfahrungsaustausch zu treffen – das nächste Mal bereits acht Wochen danach, Ende Mai 1970 in Mannheim.

### **Das Treffen in Mannheim**

Das erste Treffen in Mannheim Vom 28. Bis zum 30. Mai 1970, organisiert von Nils Pörksen, der im Vorjahr von Tübingen nach Mannheim gekommen war, um dort die Gemeindepsychiatrie aufzubauen, war sehr spontan und sehr informell. Die 40 Teilnehmer waren auch einer Art Schneeballsystem eingeladen worden. Es wurde von den Repräsentanten der damaligen sozialpsychiatrischen Zentren in Mannheim, Heidelberg, Hamburg und Hannover beherrscht, aber nicht nur. Erich Wulff damals in Gießen, Gregor Bosch, soweit ich mich erinnere, noch auf dem Weg und Jan Groß, der vertriebene Tscheche, und unmittelbar vor seiner Berufung auf den Hamburger Lehrstuhl, spielten eine wichtige Rolle. Wir Tübinger waren auf Einladung des Gastgebers als Neulinge dazu gestoßen.

Das Treffen war, wie man später sagen würde, „multiprofessionell“. Es wurden keine Vorträge gehalten. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen berichteten über ihre Arbeit. Im Mittelpunkt aber stand die Diskussion. Wir saßen damals drei Tage lang in einem großen Kreis in einem Raum der Mannheimer Gemeindepsychiatrie - damals noch im Mannheimer allgemeinen Krankenhaus am Theodor-Kutzer-Ufer und redeten und rangen miteinander. Mit zunehmender Teilnehmerzahl traten themenzentrierte Arbeitsgruppen in den Vordergrund, zusammen gehalten durch einzelne Plenarveranstaltungen, in denen gelegentlich auch die Fetzen flogen.

In Mannheim fehlten die Etablierten der damaligen Sozialpsychiatrie, vor allem Heinz Häfner, der eigentliche Hausherr und Karl-Peter Kisker Hannover, ebenso wie Walter-Theodor Winkler Gütersloh. Die Legende will, dass Heinz Häfner nicht nur nicht eingeladen, sondern ausgeladen war. Wie dem auch sei, die Mannheimer Runde kam nach heftigen kontroversen Diskussionen zu dem Ergebnis, dass die Teilnahme von Etablierten für die Diskussion eher hinderlich sei. Ihr wichtigster Beschluss war, dass zu künftigen Veranstaltungen keine Professoren und keine Direktoren zugelassen werden sollten.

Soweit ich mich erinnere, wurde ein hektographiertes Protokoll an die Teilnehmer verschickt, das auch eine Teilnehmerliste enthielt. Aber das scheint verschollen zu sein (?). Im ersten allgemein zugänglichen Dokument dazu, im ersten Heft der Sozialpsychiatrischen Informationen, das im Februar 1971 erschienen und 1995 als Sonderheft nachgedruckt wurden worden ist, heißt es unter der Überschrift „Entstehung des Mannheimer Kreises“ unter anderem:

“Das erste Treffen dieser Art fand am 29. Und 30. Mai 1970 im Sozialzentrum der Gemeindepsychiatrie in Mannheim statt (daher Mannheimer Kreis). Anwesend waren circa 40 Personen, die als Schwestern, Pfleger, Sozialarbeiter, Arbeitstherapeuten, Ärzte, Psychologen und Soziologen in psychiatrischen Kliniken oder benachbarten Institutionen tätig sind. Ferner befanden sich in dieser Gruppe einige an sozial psychiatrischen Fragen interessierte Studenten. Diese weitgehend improvisierte erste Tagung diente vor allem der Anbahnung von Kontakten, der Diskussion von verschiedenen lokalen sozialpsychiatrischen Versuchen, sowie der ersten gemeinsamen Vergegenwärtigung bestimmter therapeutischer Techniken in ihrem gesellschaftlichen, institutionellen und rehabilitativen im Zusammenhang. So wurden zum Beispiel von einigen in- und ausländischen arbeitstherapeutischen Modellen berichtet, wobei der Frage nachgegangen wurde, was nun eigentlich das „Therapeutische“ an der Arbeit sei. ... Eine gewisse Polarisierung zwischen den „kritischen Kritikern“, die die Abhängigkeit des eigenen Tuns von bestimmten ökonomischen, politischen und/oder gesellschaftlichen Interessen zu wenig beachtet fanden, und den in der praktischen Arbeit stehenden „Pragmatikern“, die Fortschritt schon sehen in der Überwindung der noch vorherrschenden ausgrenzenden und kustodialen Krankenhauspsychiatrie. ... (die Widersprüche gingen nicht nur quer durch die Gruppe, son-

dern auch quer durch einzelne Personen). Was dem einen noch allzu „bewusstlose“ und „technokratische“ Praxis war, war dem anderen bereits allzu oft praxisferner Spekulation.

In Mannheim wurde vereinbart, die Arbeit mit einer längeren Tagung ... in Hannover im November 1970 fortzusetzen. Es gelang leider nicht befriedigend, die beiden Treffen durch eine kontinuierliche Arbeit zu verbinden, so dass man im Nachhinein das Mannheimer Treffen als erste Kontaktaufnahme und die hannoversche Begegnung als erste Arbeitstagung betrachten muss.“

### **Mannheimer Kreis und Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie**

Aufgrund meiner Darstellung könnte man den Eindruck gewinnen, die Entwicklung des Mannheimer Kreises sei mehr oder weniger geplant verlaufen. In Mannheim waren zwar die zentralen Themen für das zweite Treffen am 16. und 17. November 1970 in Hannover durch Abstimmung festgelegt worden: Ideologiekritik in der Sozialpsychiatrie, Ausbildungsfragen, Krisen und Krisenintervention sowie Soziotherapie und Adaptationsproblematik (Anpassung an gesellschaftlichen Normen, insbesondere auf dem Arbeitsmarkt). Tatsächlich standen diese Fragen im Mittelpunkt der Diskussionen in den Hannoverschen Arbeitsgruppen. Insbesondere die Ideologiekritik fand so großen Zulauf, dass sie in mehreren größeren Arbeitsgruppen parallel behandelt wurde. Sie wurden vorrangig zum Begegnungsort der „Theoretiker“, während die „Praktiker“ sich vor allem in der Arbeitsgruppe zu den Ausbildungsfragen trafen. Dort stand von Anfang an die Notwendigkeit einer besseren Qualifikation in der sozialpsychiatrischen Pflege durch eine Zusatzausbildung im Vordergrund. In der Arbeitsgruppe Sozialtherapie und Anpassungsproblematik hingegen trafen die unterschiedlichen ideologischen und pragmatischen Positionen heftig aufeinander. Die auch in der Rückschau spannenden Protokolle Arbeitsgruppen sind im Heft eins der Sozialpsychiatrischen Informationen nachzulesen (1971, 1995).

An dieser Stelle sei nur eine Anmerkung von Mark Richartz, einem der Hannoverschen Organisatoren, angeführt: „Es erwies sich, dass sich die Arbeitsgruppen Ideologiekritik zu einseitig fast ausschließlich aus Akademikern zusammensetzen. Das Thema hat offensichtlich ... besonders Schwestern, Pfleger, Sozialarbeiter und Beschäftigungstherapeuten als ein zu theoretisches abgeschreckt, ... obwohl gerade

hier durch die Arbeit am Begriff die fatalen sprachlichen und sozialen Barrieren zwischen den Berufsgruppen infrage gestellt und mit ihrer Überwindung begonnen werden sollte.“ Tatsächlich ging es in diesen Gruppen vorrangig um Systemkritik Systemveränderung auf der psychiatrischen wie auf der gesamtgesellschaftlichen Ebene.

Am aufschlussreichsten waren aus damaliger Perspektive wahrscheinlich die Diskussionen um Soziotherapie und Anpassung, weil dort die Positionen von Ideologen und Praktikern am heftigsten und unmittelbarsten aufeinander prallten. Bemerkenswerterweise existiert von dieser Gruppe auch kein Protokoll sondern stattdessen eine reflektierende Zusammenfassung eines namentlich nicht genannten Beobachters, der sich fragt, worauf man sich aus seiner Sicht hätte einigen könnten – aber nicht hat. Diese Zusammenfassung sei hier auszugsweise wiedergegeben:

„Problematisch wie die Themenstellung blieb die Diskussion. Das Diskussionszentrum schwankte zwischen Fragen der Ideologiekritik bis hin zur Praxis des Alltags mit den zur Verfügung stehenden Therapieformen bei den vorhandenen Patienten, hin und her zwischen Theorie und Praxis. Der Beobachter gewann den Eindruck, dass die Theoretiker mit den Praktikern und die Praktiker mit den Theoretikern unzufrieden waren.

Worauf hätte man sich einigen können?“

Die von ihm formulierten Fragen bleiben ohne Ausnahme offen:

1. Auf die Ursachen von psychischen „ Krankheiten“: gesellschaftliche Normen, die inhaltlich nicht fest belegbar seien und Teilweise als widersprüchlich erkannt worden seien? Seien linke Konzepte ebenso auf Psychosekranken, Abhängige, Neurotiker die hirnormale anwendbar?
2. Hätte man sich auf den Krankheitsbegriff einigen können. Sei er bestimmt durch die Kommunikations- und Arbeitsfähigkeit? Sei nicht die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit selbst schon ein portogehender Faktor?
3. Hätte man sich auf das Therapieziel einigen können: Gesellschaftsveränderung durch Politisierung des Patienten (Konfliktmodell)? Oder werde das Leiden des Patienten dadurch noch erhöht?

4. Hätte man sich einigen können auf den Weg, das Therapieziel zu erreichen? Hier scheinen die geringsten Differenzen bestanden zu haben; der gesamte Kanon unterschiedlicher Therapieformen wird aufgezeigt.
5. Hätte man sich ein Konzept einigen können, in jeder Therapieform dynamisch den Kompromiss und den Widerspruch zwischen Anpassung auf der einen und Individualisierung beziehungsweise Sozialisation auf der anderen Seite zu sehen?
6. Hätte man sich einigen können, dass der Widerspruch zwischen klinischer Therapie und dem Konfliktmodell des SPK-Heidelberg (Sozialistisches Patientenkollektiv) auflösbar ist: auf der Station werde die Grundlage geschaffen zur politischen Agitation. Traum oder Wirklichkeit?

Was hier dargestellt worden ist, wirft allenfalls ein Schlaglicht auf die Debatten und Diskurse der hannoverschen Tagung. Ich selber konnte leider nicht dabei sein: die vielen Tagungen und Kongresse des Jahres 1970 mit den damit verbundenen Abwesenheiten (ich war meinem neurologischen Ausbildungsjahr) hatten zu Unmut in der Klinik geführt – bei meinen Vorgesetzten, aber, was schlimmer war, auch bei meinen Kolleginnen und Kollegen, die meine psychiatriepolitischen Aktivitäten mit zunehmender Missbilligung begleiteten. Deswegen war die Loccumer Veranstaltung für mich die letzte in diesem Jahr der Tagungen gewesen. Allerdings: im Vorfeld war ich immer wieder dabei.

Wir, die in Mannheim dabei gewesen waren, hatten uns zum Teil bereits im Vorjahr bei der Homburger sozialpsychiatrischen Tagung im Saarland und auf dem Londoner Weltkongress für Sozialpsychiatrie getroffen und die Diskussion in Bad Nauheim, Gütersloh und Loccum fortgesetzt. Wir waren alle klinisch tätig: die Hannoveraner gehörten dazu, die Mannheimer und meine Tübinger Sozialpsychiatrische Gruppe. Entsprechend neigten wir stärker den Pragmatikern als den Theoretikern in der Debatte zu, die die sozialpsychiatrische Bewegung über Jahre prägen sollte. Eine Bewegung, das wurde spätestens in Hannover klar, war es, was 1970 seit der Hamburger Tagung losgetreten worden war. In Mannheim waren wir mit 40 Anwesenden noch unter uns. In Hannover waren schon 120 Teilnehmer dabei; und in Berlin, Tübingen und Bethel sollten es viele mehr werden.

## **Vor der Gründung der DGSP**

Die Schlussfolgerungen aus der Hannoverschen Tagung angesichts der Ideologie geprägten Debatten fast befremdlich pragmatisch an. Im zusammenfassenden Bericht der Hannoverschen Gruppe heißt es: „Im Dienste einer größeren Praxis Bezo-genheit und Effektivität der künftigen Arbeit und im Interesse einer Verbesserung unserer Fähigkeit zur kritischen Analyse des Eigentums wurde bei der Tagung in Hannover beschlossen:

- ein Informationsorgan herauszubringen,
- Regionaltagungen abzuhalten, um den Erfahrungsaustausch über praktische Erfahrungen in der Sozialpsychiatrie zu intensivieren,
- Eine „ Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie in der BRD“ zu gründen, (die nicht identisch sein sollte mit dem Mannheimer Kreis). ...

Außerdem verpflichteten sich einige Teilnehmer aus den verschiedenen Regionen im Sinne des Inhaltes der Loccumer Resolution auf die lokalen politischen Instanzen und die parlamentarischen Repräsentanten einzuwirken.“

Damit wurden die Konsequenzen aus einer Sorge gezogen, die sich seit der ersten Mannheimer Kreis Tagung verfestigt hatte: dass nämlich die Gruppe derjenigen Sympathisanten der Bewegung, die nicht berufstätig waren oder nicht in der Psychiatrie arbeiteten, zum Problem für den Austausch und die Weiterentwicklung der „sozialpsychiatrisch Tätigen“ werden könnte – etwa die Studenten, die ohne Einbindung in Patientenverantwortung sehr viel leichthändiger mit den radikalen Ideen der englischen und der amerikanischen Antipsychiatrie umgingen als wir, die wir täglich das Leid der psychisch Kranken vor Augen sagen. Wir nahmen zwar auch wahr, dass die damalige Psychiatrie für viele Kranke wenig hilfreich war, dass sie bei nicht wenigen zur Verelendung beitrug und durch Hospitalisierungsschäden die Gefahr einer zweiten Krankheit heraufbeschwor. Für uns waren die Ideen von Ronald Laing und David Cooper, die damals mit „Psychiatrie und Antipsychiatrie“ und dem „Geteilten Selbst“ zu viel gelesenen Autoren der linksprogressiven Szene im sozialwissenschaftlichen und pädagogischen Bereich wurden, faszinierend. Zugleich waren sie uns zu abgehoben.

Wir, die wir in der Psychiatrie arbeiteten, wollten ihre Veränderung, ihre Verbesserung, ihre Reform, nicht ihre Abschaffung. Viele Studentinnen und Studenten sagen ihre Entlarvung als Verursacherin seelisch geistigen Elends, ihre Denunziation als gewalttätige und menschliche Institution, die Instrumentalisierung der Psychiatriekritik als Kritik der bürgerlichen Gesellschaft letztlich ihre Überwindung, ihr Abschaffung im Vordergrund. Im Vorfeld der Psychiatriereform begriffen einige von uns, dass die junge sozialpsychiatrische Bewegung, die auf die Unterstützung der Reformwilligen in Psychiatrie und Gesellschaft angewiesen war, ins Zwielicht geraten könnte, wenn keine Abgrenzung von der sich formierenden antipsychiatrischen Bewegung erfolgte.

Tatsächlich wurde diese in der Bundesrepublik nie so stark wie in England, den Niederlanden oder Frankreich – mit einiger Wahrscheinlichkeit wegen der Abgrenzung, die wir im November 1970 auf die Gründung der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie auch institutionell besiegelten. Nach heftiger kontroverser Diskussion wurde die Klausel in der Satzung verabschiedet, dass Vollmitglied nur werden könne, wer, in welcher Berufsgruppe immer, in der Psychiatrie tätig war. Wer noch studierte oder anderweitig engagiert war, konnte Fördermitglied werden, ein Angebot, das von vielen Studenten, die später in der Psychiatrie arbeiten würden, auch angenommen wurde.

### **Die Anfänge der DGSP**

Am 19. Dezember 1970 wurde der Beschluss des Plenums der zweiten Mannheimer Kreis Tagung umgesetzt, eine Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie zu gründen. Die neun Mitglieder der Gründerversammlung (Gregor Bosch, Klaus Dörner, Elisabeth Schröder-Jenner Rolf Schütz, Jörg Engeland, Manfred Bauer, Mark Richartz, Rosvitha Huber und Rainer Seidel) verabschiedeten eine Satzung und beantragten die Eintragung des Vereins beim Amtsgericht Hannover, die im Januar 1971 vollzogen wurde. Außerdem benannten sie einen einstweiligen Vorstand, zu dem ich dann auch gehörte – übrigens ohne dass ich vorher gefragt worden war. Aber so war das damals.

Trotzdem erinnere ich mich nur sehr dunkel an unsere Vorstandsaktivitäten in den ersten Jahren. Im Mittelpunkt standen Einerseits die Bemühungen darum, den bewegten zum Teil auch antipsychiatrischen Einfluss im Mannheimer Kreis und die kri-

tische reformorientierte deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie zusammen zu halten. Andererseits versuchten wir von Anfang an zunächst Einfluss auf die Zusammensetzung der Arbeitsgruppen der Psychiatrie-Enquete zu nehmen, deren Realisierung sich nach der Gründung der Aktion psychisch Kranke, ebenfalls im Januar 1971, abzeichnete. Der Vorstand wurde dann auch zum Vermittlungsausschuss inzwischens denjenigen, die aktiv an der Enquete mitarbeiteten und denjenigen, die sie erst skeptisch begleiteten. Dazu gehörten auch Klaus Dörner und Erich Wulff, deren Mitarbeit Kaspar Kulenkampff, der Präsident der Enquete-Kommission nicht bei seinen Kollegen durchsetzen konnte, weil sie angeblich zu radikal seien.

Dazu trafen wir uns zu regelmäßigen Vorstandssitzungen, zeitweise fast monatlich, im Frankfurter Meta-Quarck-Haus. Dessen Leiterin war damals Helmtraud Schmidt-Ganthe, die erste Vorstandsvorsitzende der DGSP, die wegen der basisdemokratischen Strömungen der damaligen Zeit weder Vorsitzende noch Präsidentin heißen durfte, sondern nur Sprecherin. (Dass der Vorstandsvorsitzende der Deutschen Bank ebenfalls Sprecher titulierte wurde, war den Basisdemokraten unter uns vermutlich entgangen). Frau Schmidt-Ganthe, damals um die dreißig Jahre alt, war Sozialarbeiterin, das Meta-Quark-Haus eines der frühen Übergangsheime für psychisch Kranke, eine Institution mit Modellcharakter. Das Haus bot sich als Treffpunkt an, weil Frankfurt in der alten Bundesrepublik zu den am besten erreichbaren Orten gehörte, weil die Vorsitzende dort ihre Infrastruktur zur Verfügung stellen konnte, aber nicht nur das: wir konnten dort auch übernachten. Klaus Dörner war damals regelmäßig dabei, Manfred Bauer, Renate Wienekamp, einzige Krankenschwester ("Fräulein R. W." heißt es im ersten Info), und einige andere, an deren Namen ich mich jetzt nicht erinnere. Die Fäden zog in den ersten Jahren vor allem Gregor Bosch, ab 1972 in Hannover, bis er sich wegen seiner zentralen Rolle in der Enquete zurück zog.

Weil der Mannheimer Kreis sich als Bewegung verstand, fehlte ihm jegliche organisatorische Infrastruktur. Das bedeutete, dass seine Tagungen vom DGSP-Vorstand koordiniert und begleitet werden musste. Ausgerichtet wurden sie von örtlichen Vorbereitungskomitees, die sich im Rahmen der aktuellen Veranstaltung fanden, und nicht nur das Programm gestalteten, sondern auch ein Tagungsort bereit stellten - in den ersten Jahren durchweg reformfreundliche Kliniken.

Eine Ausnahme war die dritte Veranstaltung im Frühjahr 1971, die in Räumen der

technischen Universität in Berlin stattfand. In Berlin nach der Loccumer Tagung und der dort verabschiedeten Resolution zur Psychiatrie-Reform und nach dem ersten Bundestags-Hearing zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik und der Gründung der Aktion "Psychisch Kranke" zeichnete sich bereits ab, dass es in absehbarer Zeit eine von der Bundesregierung oder vom Bundestag eingesetzte Reformkommission geben könnte. In Berlin war das noch ein Nebenthema. Aber es war das Thema der Arbeitsgruppe, die einige von uns ausgewählt hatten, die sich einmischen wollten, und die von zwei Vertretern des Quickborner Teams moderiert wurde, die wenige Monate später die Anfänge der Psychiatrie-Enquete begleiten sollten - nicht zuletzt mithilfe der Anregungen, die sie aus Berlin mitgenommen hatten.

Die Mannheimer-Kreis-Tagungen fanden anfangs zweimal im Jahr, jeweils im Frühjahr und im Herbst statt. Die DGSP verzichtete in der Anfangszeit auf eigene Veranstaltungen, nutzte die jeweiligen Herbst-Tagungen des Mannheimer Kreises aber für ihre Jahresversammlungen, bei denen ihre Jahres-Mitglieder-Versammlungen, bei denen alle zwei Jahre ein neuer Vorstand gewählt wurde.

### **Tübingen, Herbst 1971**

Im Herbst 1971 waren wir in Tübingen dran. Wir hatten uns bereit erklärt, weil wir in Berlin schon damit rechnen konnten, dass wir Anfang 1972 unsere Tagesklinik eröffnen könnten. Wir konnten deshalb davon ausgehen, dass wir im weitläufigen Tagesklinik-Gebäude Seminarräume und in der Klinik ausreichend Seminarräume (und Übernachtungsmöglichkeiten) zur Verfügung stellen konnten. Die Klinikleitung begegnete unseren Plänen mit Skepsis, stimmte aber zu. Die Vorbereitungen, die parallel zu jenen auf den Tagesklinikbetrieb liefen, wurden vor allem von Hilde Deininger und Dr. med. Ute Rösger getragen, die schon bei der ersten Mannheimer Kreis Versammlung in Mannheim dabei gewesen war. Natürlich habe ich auch sehr viel Arbeit investiert. Aber das Muster war in den nächsten Jahren dasselbe: Der größere Teil des Ruhms war bei mir, gleichgültig, ob es sich um die Organisation der Sozialpsychiatrie, die Tagesklinik, oder später Wunstorf ging. Aber möglich wären all diese Projekte nie gewesen, wenn die anderen nicht den wesentlichen Teil der konkreten organisatorischen und inhaltlichen Arbeit getragen hätten. In Tübingen soll es übrigens auch die erste ordentliche Mitgliederversammlung der DGSP gegeben haben; ich erinnere mich nicht daran.

Bei der Tübinger Tagung im Herbst 1971 stand die Reform der psychiatrischen Krankenversorgung ganz im Vordergrund. Der Bundestag hatte inzwischen beschlossen, eine "Enquete zur Lage der psychisch Kranken und geistig Behinderten in der Bundesrepublik" in Auftrag zu geben. Es stand auch bereits fest, dass Caspar Kulenkampf deren Leitung übernehmen würde und dass die Aktion psychisch Kranker als Vereinigung von Parlamentariern und Psychiatern die Trägerschaft übernehmen sollte. Innerhalb der DGSP hatte daraufhin eine lebhafte Diskussion darüber eingesetzt, die "linke Reformbewegung" sich daran beteiligen sollte, oder nicht. Ein fundamentalistischer Flügel, der für antipsychiatrische Ideen offen war, war strikt dagegen. Der pragmatische Flügel, repräsentiert von Hannoveranern und Tübingern, den Mannheimern war unbedingt für eine Beteiligung. Wir hatten den Eindruck, dass die Enquete eine große Chance war.

Klaus Dörner und Erich Wulf, auch damals noch in Gießen, standen irgendwo dazwischen. Mir schien das damals wegen der radikaleren Grundeinstellungen der beiden irgendwie plausibel. Bei Erich Wulf spielten gewiss seine Vietnam-Erfahrungen eine Rolle, die einen Teil seiner nicht nur psychiatriepolitischen Radikalität erklärte. Bei Klaus Dörner war es eher seine sozialhistorische Psychiatrie-Skepsis, die er zuerst in den "Bürgern und Irren", dann in den "Diagnosen der Psychiatrie" formuliert hatte. Ich kann mich allerdings nicht erinnern, dass einer von den beiden damals Vorstellungen äußerte, wie psychiatrische Krankenversorgung, wie Therapie und Rehabilitation strukturiert und organisiert sein sollten. Beide standen damals im Übrigen damals im Gegensatz zu uns anderen, nur am Rande im klinischen Betrieb. Bei beiden kam allerdings noch ein anderer Gesichtspunkt dazu: Sie waren bei Kulenkampf willkommen, aber bei den anderen künftigen Mitgliedern der Kommission zum größten Teil nicht. Das ist gewiss für beide auch eine persönliche Kränkung gewesen, obwohl sie das damals nie zugegeben hätten. Für uns, aus der sozialpsychiatrischen Bewegung, hatte das allerdings einen strategischen Vorteil. In den nächsten vier Jahren wurden sie zu wachsamen Kritikern der Enquete-Planung. Sie bildeten zugleich auch einen Kontrapunkt zu uns und ein Korrektiv für uns, die wir in den Arbeitsgruppen der Enquete aktiv waren.

### **1972: Bethel, Gütersloh**

Unsere Tübinger Tagung war insgesamt ein Erfolg. Wir waren zufrieden. Wir freuten

uns natürlich auch über die Akzeptanz der Veranstaltung bei den Mitgliedern der Klinik, die nicht unmittelbar daran beteiligt waren. Nach Tübingen sollte Bethel nächster Tagungsort sein. Diese Tagung leitete dann eine Wendung ein, die gänzlich ungeplant war. Und das kam so: die vorangegangenen Tagungen erfreuten sich einer zunehmenden Teilnehmerzahl. Waren wir im Mai 1970 in Mannheim etwa 40 gezielt eingeladenen Teilnehmer, so waren es im Herbst in Hannover schon 80, in Berlin zwischen 120 und 150; und in Tübingen um die 250. Genau wussten wir das nicht.

Dann in Bethel waren es plötzlich 1200. Dieser unerwartete Andrang, zum großen Teil von unangemeldeten Tagungsgästen, führte praktisch zum Zusammenbruch der Kongress-Infrastruktur. Nur durch ein hohes Maß an Improvisation von Seiten der Veranstalter und ihrer Helfer konnte die Tagung über die Runden gebracht werden. Gleichzeitig aber, und das war uns eine Mahnung, wurde die Tagung zu einer Riesenbelastung für die Gastgeber-Institution, die Von-Bodelschwingschen-Anstalten in Bethel. Es war allzu gut verständlich, dass sich auf dieser Tagung erstmals keine Gruppe fand, die sich bereit und in der Lage gefühlt hätte, diese Tagung auszurichten. 1200 Teilnehmer waren für den minimalistisch ausgestalteten Tagungsrahmen einfach zu viel. Und es war zu befürchten, dass beim nächsten Mal noch mehr kommen würden. Mannheimer Kreis und DGSP waren im Rahmen der Psychiatrie zu einer Art Massenbewegung geworden.

Die Aufgabe, den nächsten Tagungsort zu finden, fiel auf den Vorstand zurück. Schließlich gelang es, Walther Theodor Winkler, den Direktor des westfälischen Krankenhauses Gütersloh zu gewinnen, der wiederum seine Mitarbeiter davon überzeugen konnte, dass das eine gute, oder zumindest eine akzeptable Sache sei. Gütersloh war damals eines der entwickeltesten psychiatrischen Landeskrankenhäuser, wenn nicht das fortgeschrittenste. Schon unter der Leitung von Walter Schulte, dem späteren Chef der Tübinger Universitäts-Nervenklinik war die humanitäre Seite der Behandlung gestärkt worden.

Winkler hatte diese Arbeit seit Anfang der 60er Jahre mit eigenen Akzenten weiter geführt und, soweit dies möglich war, in Teilen des Krankenhauses Gruppentherapie und Ansätze von therapeutischer Gemeinschaft eingeführt. Ihm gelang es auch im Namen des "Landschaftsverbandes Westfalen" eine Forschungsgruppe mit drei Mitarbeitern zu installieren, die sich die Entwicklung der Gruppenarbeit in der Psychiat-

rie zum Ziel gemacht hatte. Die Namen, die damit verbunden sind, sind Volker Zumpe, Helmut Krüger und Alexander Veltin. Zumpe wurde später Geschäftsführer der Psychiatrie-Enquete, Krüger Oberarzt an der Medizinischen Hochschule Hannover und Veltin Direktor der Rheinischen Landeslinik Mönchen-Gladbach/Reith, einer kleinen Pionierinstitution, die gemeindenahе und sektorisierte Psychiatrie durchführte, noch bevor die Psychiatrie-Enquete abgeschlossen war.

Gütersloh verfügte damals im Übrigen auch über ein verhältnismäßig großes Sozialzentrum mit einem Restaurant für Patienten und Besucher und ausreichenden Räumen für einen Teil der Tagungsteilnehmer. Die übrigen - das war auch eine Besonderheit - verteilten sich auf bestimmten Stationen, in den Tagesräumen - vor allem in den Musterhäusern, Muster-Stationen im Albert-Schweitzer-Haus und dem Hermann-Simon-Haus. Auf diese Weise war es gelungen, die nächste Tagung zu sichern. Sie verlief ohne größere Konflikte. Es war auch möglich gewesen, die Zahl der Tagungsteilnehmer auf etwa 1000 zu begrenzen.

Für den Vorstand blieb allerdings reichlich Arbeit, zu überlegen, wie es weiter gehen sollte. Tatsächlich erinnere ich mich nicht mehr, wo die beiden nächsten Jahrestagungen stattfanden. Im Anfang 1973 war es dann wieder eine Landeslinik, nämlich Düren, die von Helmut Köster geleitet wurde, mit dem zusammen Helmtraut Schmidt-Gante und ich auf Initiative Kulenkampffs versucht hatten, die "Blätter für Psychiatrie und Nervenheilkunde" als Beilage zum Nervenarzt herauszugeben und der später mit mir zusammen im Gründungs-Herausgeber-Gremium der "Psychiatrischen Praxis" mitarbeitete. Aber ich greife vor. (Während der Gütersloher Tagung saß plötzlich Horst Eberhard Richter, durch seine Bücher damals auf der Höhe seines Ruhms, in der Arbeitsgruppe, die ich moderierte). Die wichtigste Bereicherung der Gütersloher Tagung war im Übrigen dass hier erstmals Patienten und Patientinnen teilnahmen. Bei den ersten Veranstaltungen war das noch peinlich vermieden worden. Hilde Schädler-Deiningер erinnert sich:

"Ich hatte eine Arbeitsgruppe mit Alexander Veltin .... Die Patienten schilderten ihre Situation, es würden ihnen andere Wege der Behandlung aufgezeigt. Mich hat das nach der Tagung wochenlang beschäftigt, wie diese Patienten, vor allem aus dem Langzeitbereich, weiter in ihren Einrichtungen zurechtkamen. Ich hätte sie gern noch einmal angeschrieben; aber ich hatte vergessen, mir ihre Namen geben zu lassen."

## **Führungsstrukturen: Wer soll wie führen?**

Auf der Betheler Mitgliederversammlung der DGSP war erstmals der Vorstand neu gewählt worden, der bei der Gründung ziemlich improvisiert zusammengesetzt worden war. Ich fand mich zum Beispiel als Vorstandsmitglied wieder, obwohl ich bei der Gründungsversammlung in Hannover gar nicht anwesend war und auch nicht vorab gefragt worden war. In Bethel war ich auch nicht dabei, aber ich kandidierte diesmal in Abwesenheit. Der Vorstand setzte sich aus zwei Gruppierungen zusammen, dem sogenannten geschäftsführenden Vorstand, der fünf Mitglieder hatte, von denen nur der Kassenwart und der Schriftführer in den Positionen feststanden. Der geschäftsführende Vorstand traf sich regelmäßig, nach meinen Erinnerungen sogar alle vier Wochen, der erweiterte mehrmals im Jahr. Dazu kamen früh auch schon Delegierte der Landesverbände.

Innerhalb des geschäftsführenden Vorstandes wurde dann abgesprochen, wer die Funktion des Präsidenten, der nicht zu radikal sein durfte, und der beiden Stellvertreter übernehmen würde. Diese Frage war in Bethel offengeblieben. In Gütersloh rutschte ich dann unversehens in den geschäftsführenden Vorstand, als einer der beiden Stellvertreter, Der andere war Klaus Dörner. Die Begründung für meine Wahl war flapsig informell, nachdem nun einer der Linken vertreten sei, müsse auch noch ein Rechter dazu. Und der war offenbar ich. Mich störte das im Grunde nur wenig. Das war von Anfang an meine Rolle. Für die etablierte Psychiatrie und deren Wortführer war ich ein radikaler Linker, für viele Anhänger der psychiatrischen Bewegung ein Rechter. So war das eben.

Ich bin mir nicht ganz sicher, ob Frau Schmidt-Ganthe schon damals den Vorsitz an Heinz Klätte abgegeben hat. Nach meiner Erinnerung passt das, weil Renate Wienekamp, die die Mitgliederdatei und die Kasse führte, etwa zu dieser Zeit von Hannover nach Bielefeld gewechselt war. Heinz Klätte war damals schon älter, als die meisten von uns. Er war Leiter einer Behindertenwerkstatt, von denen es damals nur wenige gab. Er war als ganz junger Soldat in russische Gefangenschaft geraten, zu langjähriger Zwangsarbeit verurteilt worden und bis Mitte der 50er Jahre in Sibirien interniert gewesen. Er war ein außerordentlich freundlicher und zugewandter Mensch. Aber die Jahre der Gefangenschaft im fernen Osten ließen ihn nicht los. Später, nachdem er zwischenzeitlich eine Werkstatt in Freiburg geleitet hatte, kehrte

er schon - fast schon im Pensionierungsalter - in den Osten zurück, allerdings nicht nach Sibirien, sondern nach China, wo er dann eine wichtige Rolle für die Entwicklung der dortigen Psychiatrie spielte. Erst als weit über 70-jähriger kehrte er dann nach Freiburg zurück.

Die Verbandsführung war damals ziemlich improvisiert. Obwohl die DGSP damals über 1000 Mitglieder hatte, war die Geschäftsführung improvisiert. Es hieß immer, Renate Wienekamp bewahre die Mitgliederkartei in einem Karton unter ihrem Bett auf. Das stimmt vermutlich nicht; aber es hätte so gewesen sein können. Die Aktivitäten für den Verein waren damals ehrenamtlich. Die Gesellschaft war immer in Geldnöten. Sie war auch darauf angewiesen, dass ihr die Tagungsstätten kostenlos zur Verfügung gestellt wurden. Darüber, dass es anders sein könnte, wurde damals gar nicht geredet.

Die DGSP und der Mannheimer Kreis waren damals Bewegungen. Sie verstanden sich auch so. Waren in der Nachgründungsphase zahlreiche Studenten der Sozialpädagogik, der Psychologie und der Sozialarbeit, die alle ihren Laing und ihren David Cooper gelesen hatten, in beiden Gruppierungen gewesen, fanden sie später ihren Platz beim Mannheimer Kreis. Andererseits wurde die DGSP, nachdem die Nicht-Berufstätigen von der Mitgliedschaft ausgeschlossen worden waren, zunehmend auch zum Sammelbecken unzufriedener Mitarbeiter von psychiatrischen Einrichtungen. Und davon gab es angesichts der unhaltbaren Situation der psychisch Kranken in den Einrichtungen und der reaktionären Führung zahlreicher Anstalten sehr, sehr viele.

In den Jahren der Psychiatrie-Enquete, ab 1972, verliehen sie der DGSP die Kraft, sich zum unüberhörbaren Sprachrohr für Veränderungen der deutschen Psychiatrie zu entwickeln und eine Gegenposition zur offiziellen Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde zu entwickeln. Dafür wäre eigentlich eine sehr viel strukturiertere, weniger impulsive Verbandsführung notwendig gewesen. Die ließ jedoch auf sich warten. Immerhin führten die Erfahrungen von Bethel und Gütersloh dazu, dass der DGSP-Vorstand gestützt von der Mitgliederversammlung beschloss, künftig nicht mehr beide Jahrestagungen als örtlich organisierte Mannheimer Kreistagungen durchzuführen, sondern nur noch eine.

Die Herbst-Tagung wurde als Jahresversammlung und Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie durchgeführt. Sie war dann entsprechend strukturierter. Die Themen, die nun folgten, entsprachen nicht so sehr den Basis-Bedürfnissen wie beim Mannheimer Kreis, sondern den jeweiligen psychiatriepolitischen Anliegen der Gesellschaft. Es wurde allerdings immer deutlicher, dass es einer Satzungsreform bedurfte, um eine stringente Arbeit zu gewährleisten, die in immer mehr vom Vorstand legitimierten Arbeitsgruppen stattfanden, die sich einerseits inhaltlich an den Arbeitsgruppen der Psychiatrie-Enquete orientierten (intramurale, extramurale Psychiatrie, geistig Behinderte, Arbeitstherapie usw.). Dabei wurde bald auch deutlich, dass viele Mitglieder der Arbeitsgruppen, vor allem jene aus nicht akademischen Berufen, auch manche Vorstandsmitglieder, die Kosten für ihre zahlreichen Reisen nicht mehr selber tragen konnten, und dass auch die kostenlose Unterbringung in den Gast-Institutionen irgendwann keine Selbstverständlichkeit mehr war.

### **Von der Bewegung zur Gesellschaft. Geschäftsstelle in Wunstorf**

Das führte 1974 im Herbst in Heidelberg dazu, dass eine neue Satzung vorgelegt wurde, die eine bessere Strukturierung möglich machte und den Mitglieder zugleich einen happigen Mitgliedsbeitrag abverlangte. Im Vorfeld und bei der entsprechenden Mitgliederversammlung, die von Gregor Bosch, der damals schon die sozialpsychiatrische Abteilung in Berlin aufbaute, rigoros und autoritär geleitet wurde, kam es zu heftigen Auseinandersetzungen. Und dabei ging es auch ums Geld. Vor allem aber wurde die Formalisierung vieler Vereinsaktivitäten von zahlreichen Mitgliedern als Verrat an der Bewegung empfunden, die nach deren Erleben von der Spontaneität lebte. Die DGSP würde durch die neue Satzung zu einem Verein, wie alle anderen, war die Argumentation. Das hatte natürlich auch etwas für sich. Aber einen Verband mit mittlerweile etwa 2000 Mitgliedern spontan sich entwickeln zu lassen, das heißt nicht zu führen, konnte nur ins Chaos führen. Tatsächlich war die Gesellschaft danach nicht mehr wie vorher. Aber die Arbeitsteilung zwischen Mannheimer Kreis und Gesellschaft erwies sich in diesem Zusammenhang als grandiose Idee. Der Mannheimer Kreis blieb weitgehend Bewegung.

Allerdings zeigte sich bald, dass es nicht ausreichte, einfach nur eine neue Satzung zu beschließen. Die Geschäfte der Gesellschaft mussten professionell geführt wer-

den. Sie überforderten die Vorstandsmitglieder, die ja alle beruflich voll eingespannt waren. Dieser Schritt wurde im Herbst 1976 in Gießen vollzogen. Ich hatte anderthalb Jahre vorher die Leitung des Landeskrankenhauses in Wunstorf übernommen und sah nicht nur die Notwendigkeit sondern auch eine Möglichkeit. Nach Vorab-sprachen mit den Hannoveranern und den Hamburgern machte ich einen konkreten Vorschlag, der wesentlich zwei Anliegen verfolgte:

1. Der geschäftsführende Vorstand sollte nicht nur aus geeigneten Persönlichkeiten bestehen. Das war ja immer eine Selbstverständlichkeit gewesen. Diese sollten auch in erreichbarer geographischer Nähe zu einander arbeiten und wohnen.
2. Es sollte eine Geschäftsstelle eingerichtet werden.

Für beide Anliegen schlug ich eine Lösung vor: Der neue geschäftsführende Vorstand sollte aus Klaus Dörner und Ursula Plog in Hamburg, Hilde Schädle-Deiningcr und mir in Wunstorf und Käthe Holland-Moritz-Krüger in Hannover bestehen. Die Geschäftsstelle sollte in Wunstorf eingerichtet werden. Wir boten ihr Asyl in den Räumen unseres Hilfsvereins - unseres

sozialpsychiatrischen Vereins -, an und schlugen Dr. Detlef Klotz, den Mann der Leiterin unserer Kinder- und Jugend-Psychiatrie, vor, der gerade seine Dissertation abgeschlossen hatte und ziemlich verzweifelt nach einer Arbeit suchte, nachdem die Universität Hannover seinem Lehrer, der ihm einen Assistentenstelle zugesagt hatte, aus politischen Gründen die Berufung verweigert hatte.

Die Lösung bewährte sich. Von da an verfügte die DGSP erstmals über eine Geschäftsstelle. Die effizientere Verwaltung der Mitgliederlisten gewährleistete auch, dass die Einnahmen sprudelten. Bald konnte das Büro aus einer Dachkammer der Klinik in eine freigewordene 4-Zimmer-Wohnung am Rande des Klinik-Geländes mit direktem Zugang zur Wunstorfer Hauptstraße ziehen. Der Geschäftsführer konnte seine Stelle aufstocken. Über eine Arbeitsbeschaffungsmaßnahme und eine Zivildienststelle fand er zusätzliche personelle Unterstützung. Materielle erhielt er von unserer Ambulanz, deren Kopiergerät die DGSP für ihre Versand- und Vervielfältigungsaktivitäten längere Zeit kostenfrei benutzen konnte. Es lief zunächst also noch besser als geplant. Wichtig für uns im Krankenhaus beziehungsweise in der Ambu-

lanz war, dass erstmals auch einige Teilzeitarbeitsstellen für Patientinnen und Patienten als Aushilfen bei der Büroarbeit geschaffen wurden. sich

## **Rücktritt und Spannungen**

Allerdings waren da zwei Dinge, die ich nicht erwartet hatte. Zum einen fühlte ich mich als eines der beiden geschäftsführenden Vorstandsmitglieder vor Ort neben meiner Arbeit als Direktor der Klinik bald überfordert, so dass ich Anfang 1978 von einem Tag auf den anderen zurück trat, als ich vor dem Aufbruch zu einer Vorstandssitzung in Hamburg plötzlich merkte, wie mir die Dinge über den Kopf wuchsen, wie mir alles zu viel wurde. Zum anderen - möglicherweise trug das auch zu meinem Rücktritt bei - waren allmählich Spannungen zwischen dem DGSP-Büro und mir, beziehungsweise vielen Mitarbeitern der Klinik generell, erwachsen. Die in der Geschäftsstelle hatten es als gute Idee empfunden, die Fenster der Geschäftsstelle zur Straße hin mit psychiatriekritischen Sprüchen zu bekleben. Es gab schließlich keine Fensterscheibe mehr ohne DGSP-Logo. Im Grunde waren das Trivialitäten. Aber das kam im Krankenhaus insbesondere nach dem Auflösungsbeschluss nicht gut an – auch nicht beim Psychiatrie-Dezernenten des Landes, der jeden Morgen auf dem Weg zur Arbeit daran vorbei kam und auf dessen Unterstützung wir von der Klinikleitung angewiesen waren. Ich war wieder einmal zwischen die Stühle geraten. Einerseits hatte ich ein gewisses Verständnis für die Aktivitäten des Büros. Ich versuchte deshalb, dessen Mitarbeiter klinikintern zu verteidigen und zu stützen. Andererseits hatte ich diese Rolle irgendwo satt, zumal die Mitarbeiter des Büros zu keiner Form der Zurückhaltung bereit waren. Immerhin konnte ich verhindern, dass die Verwaltung der DGSP die Büroräume kündigte. Dennoch gab es in mancher Hinsicht weiterhin eine konstruktive Zusammenarbeit. Hilde Schädle-Deininger, die Leiterin unserer Ambulanz und Peter Bastiaan führten in Wunstorf und von Wunstorf aus eine der ersten zweijährigen neben der beruflichen DGSP- Fortbildungen zur Sozialpsychiatrie durch, die in Wunstorf selber 1980 von der offiziellen „Sozialpsychiatrischen Zusatzausbildung“ für einen Teil der niedersächsischen Landeskrankenhäuser abgelöst wurde.

Die Spannungen eskalierten zum Konflikt, als der Zivildienstleistende der DGSP, der als Sozialpädagogik-Praktikant gleichzeitig an unseren Klinikkonferenzen teilnahm, zusammen mit einigen anderen Praktikanten im Mai 1978 eine polemische Abrech-

nung mit mir veröffentlichte (Mitternacht in Wunstorf) und in einer Auflage von 3000 Exemplaren verbreitete, unter anderem auf der Frühjahrstagung des Mannheimer Kreises in Weissenau-Ravensburg (mit 2000 Teilnehmern). Die Schrift schrie: "Verrat", Verrat an der sozialpsychiatrischen Bewegung. Meine engsten Mitarbeiter und ich hätten alle Ansätze der Reform unterdrückt und das Krankenhaus mit technokratischen Mitteln in eine technokratische Institution verwandelt. Und alles das würde ich unter Ausnutzung des Vertrauens und des guten Willens jener, die nach Wunstorf gekommen seien, um eine neue Psychiatrie zu schaffen, autoritär und mit harter Hand regieren. Ich will das hier nicht weiter ausführen. Das gehört an einen anderen Ort.

Die Konsequenzen waren auch nicht so schlimm, wie ich befürchtet hatte. Mitarbeiter der Klinik aus allen Berufsgruppen solidarisierten sich mit mir, und der Träger, bzw. dessen leitende Mitarbeiter, mit denen ich damals ziemliche Schwierigkeiten hatte, reagierten nicht sauer, etwa in dem Sinn, dass ich den Laden nicht im Griff hätte. Sie reagierten mit Schadenfreude, die ich ihnen ein bisschen auch nachfühlen konnte.

Damit begann für mich im emotionalen Verhältnis zur DGSP ein neuer Abschnitt. Diese Entfremdung verschärfte sich noch einmal bei der anschließenden Jahrestagung im Herbst 1978 in Bremen, rüde aufgefordert wurde, mich zu rechtfertigen, weshalb ich den geschäftsführenden Vorstand verlassen hatte.

### **Der "Auflösungsbeschluss"**

Ein Jahr später, 1979 in Freiburg, wurde von den Tagungsteilnehmern der DGSP-Herbsttagung der aus meiner Sicht fatale Beschluss zur

Auflösung der psychiatrischen Großkrankenhäuser und Heime gefasst - ausdrücklich nicht von der DSPG-Mitgliederversammlung. Ich war damals nicht dabei. Aber so wurde das berichtet. Aber so war es. Das fatale war nicht der Beschluss selber. Ich konnte verstehen, dass die immer noch bewegten Mitglieder nicht mit den Enquete-Ergebnissen zufrieden waren. Wieder stand der Technokratie-Vorwurf im Raum. Wir, die wir an der Enquete mitgewirkt hatten, waren auch nicht zufrieden. Aber wir wussten aus fünfjähriger Arbeit, dass wir alles erreicht hatten, was möglich war. Und wir waren überzeugt davon, dass man immer noch nachbessern konnte. Aber auch das ist ein anderes Thema.

Das fatale an der Resolution war nicht, dass sie überhaupt verabschiedet wurde. Das fatale war, dass der DGSP-Vorstand sich nachträglich mit ihr identifizierte und sie als offizielle DGSP-Linie vertrat. Das brachte mich nun wirklich in Schwierigkeiten. Unser Wunstorf-Projekt wurde auf dem gegenseitigen Vertrauen zwischen der reformerischen Leistungsgruppe und den alteingesessenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die nicht nur die Mehrheit bildeten, sondern die vor allem die Krankenpflege trugen.

wir alles erreicht hatten, was möglich war. Und wir waren überzeugt davon, dass man immer noch nachbessern konnte. Aber auch das ist ein anderes Thema.

Das Krankenhaus hatte, als ich 1975 die Leitung übernahm, wegen einiger Skandale am Rande der Schließung gestanden. Als wir die Führung übernahmen, versuchten wir ihnen deutlich zu machen, dass ihre Skepsis gegenüber uns nach ihren Erfahrungen mit der Medizinischen Hochschule im Haus Ende der 60er bis Anfang der 70er Jahre vielleicht konkrete Hintergründe hatte, dass wir aber nicht angetreten waren, um das Krankenhaus zu schließen, sondern um es zu verbessern, um es weiter zu entwickeln, um in Wunstorf eine moderne psychiatrische Behandlung und Rehabilitation zu installieren.

Es gelang uns auch, ihnen zu vermitteln, dass sie durchaus die Chance hatten, ihr Selbstbild und ihr soziales Ansehen in der Stadt, wo sie wie ihre Patienten immer irgendwie ausgeschlossen waren, drastisch zu verbessern. Nach fünf Jahren Arbeit waren wir, weil wir gemeinsam am gleichen Strick in die gleiche Richtung gezogen hatten, ein großes Stück voran gekommen. Ich konnte und wollte nicht vor diese Mitarbeiter treten, um zu sagen: die DGSP hat eure Auflösung beschlossen. Ich bin Gründungs- und Vorstands-Mitglied in diesem Verein. Also werde ich diesen Beschluss durchführen, auch wenn ich ihn für hirnverbrannt halte. Dies habe ich auch dem DGSP-Vorstand mitgeteilt.

Deswegen war ich auch nicht traurig, als die DGSP ihre Geschäftsstelle nach Hannover verlegte. Die frei gewordenen Räume nutzten wir für eine betreute WG.

### **1980: Demonstration in Bonn**

Im Lauf des folgenden Jahres wurde der Auflösungs-Beschluss zur Grundlage und zum Inhalt einer neuen Psychiatrie-Reform-Bewegung mit durchaus antipsychiatri-

schen Elementen, die von ihren Protagonisten mit großer Begeisterung voran getrieben wurde. Für den Herbst 1980 im Anschluss an die Jahresversammlung hatte der Vorstand zu einem Sternmarsch auf Bonn und anderen großen Demonstration auf dem Platz vor dem Münster aufgerufen.

Keiner meiner leitenden Mitarbeiter, die alle DGSP-Mitglieder waren, hatte vor, daran teilzunehmen. Das änderte sich allerdings, als unser Träger unsere Teilnahme mehr oder weniger verbot, und uns disziplinarische Maßnahmen androhte, wenn wir es wagen sollten, trotzdem dorthin zu fahren. Plötzlich wollten alle teilnehmen, weil uns diese Einschränkung demokratischer Grundrechte empörte. Diese Haltung des Trägers passte letzten Endes zur politischen Atmosphäre Ende der 70er Jahre, mit der Gesinnungsprüfung von neuen ärztlichen Mitarbeitern, mit kaum nachvollziehbaren Interventionen des Ministeriums und des Landessozialamtes, die uns beispielsweise aufforderten, das Kürzel "DDR" in Anführungszeichen zu setzen und untersagten, das Kürzel FDGO (freiheitlich-demokratische Grundordnung) zu verwenden.

Wir berieten die Situation und beauftragten schließlich einen Anwalt, der auf Arbeitsrecht spezialisiert und zudem Mitglied des Niedersächsischen Landtages für die Opposition war, uns gegenüber unserem Arbeitgeber zu vertreten, und eine einstweilige Verfügung zu erwirken, dass das Verbot der Teilnahme unzulässig sei. 15 von uns, aus dem ärztlichen, psychologischen und Sozialdienst und Hilde Schädle-Deiningner als einzige Krankenschwester, hatten diesen Antrag unterschrieben. Es kam gar nicht erst zu einer Verhandlung. Das Verbot wurde zurückgezogen, - es hieß auf persönliche Intervention des Staatssekretärs. Die DGSP-Jahrestagung 1980 in Dortmund, auf der ich bei den DGSP-Veranstaltungen zum letzten Mal eine wichtige Rolle gespielt hatte, endete mit dem Appell, am nächsten Tag in Bonn an der Demonstration teilzunehmen.

Als einziger von 800 Teilnehmern meldete ich mich gegen den Auflösungsbeschluss zu Wort und begründete, warum ich am nächsten Tag nicht nach Bonn, sondern nach Hause fahren würde. Mein Votum löste zunächst betretenes Schweigen aus. Eine ganze Reihe von Mitgliedern, besonders Heiner Keupp, beschwor mich, doch Solidarität zu zeigen und meinen Entschluss noch einmal zu überdenken. Im Gegensatz zu mir, sah Klaus Dörner keinen Interessenkonflikt darin, wenige Wochen vor der Übernahme der Leitung der Westfälischen Landeslinik Gütersloh die Hauptrede

bei der Bonner Demonstration zu halten.

### **“Wie hältst du es mit dem Auflösungsbeschluss?”**

In den nachfolgenden Jahren wurde der Auflösungsbeschluss zu einem zentralen Thema in der DGSP. Bei den nächsten Vorstandswahlen wurden die Kandidaten eindringlich dazu gefragt, wie sie zum Auflösungsbeschluss stünden, und wer sich nicht dazu bekannte, wurde nicht gewählt. Jürgen Lotze, leitender Arzt bei uns in Wunstorf, der sich nicht damit abfinden wollte und 1982 in Wuppertal trotzdem kandidierte, erlitt eine schmerzliche Niederlage. Der radikalere Flügel des Vereins versuchte die Diskussion auf die Spitze zu treiben. Als ich 1981 in der Regensburger Tagung vor zu einfachen Lösungen warnte, kehrte sich das in der Diskussion gegen mich. Im Auditorium Maximum der Universität breitete sich die Parole aus, man solle mit der Auflösung nicht bei den problematischsten der verbliebenen Großkrankenhäuser beginnen, sondern mit den entwickeltsten, weil die den Verteidigern dieser Institutionen die stärksten Argumente in die Hand gäben: Nicht Bedburg-Hau und Haar sollten die ersten sein, sondern Wunstorf und Weinsberg, Osnabrück und Gütersloh.

Es mag ein Stück Ironie der Geschichte sein, dass ich in meinem 1977 erschienenen Tagesklinik-Buch ein Kapitel zu genau diesem Thema veröffentlicht hatte: Die Auflösung des psychiatrischen Großkrankenhauses. Aber damit meinte ich dieses: Das Großkrankenhaus war eine überlebte Einrichtung. Wir müssten es auflösen durch die Schaffung neuer Institutionen, wie psychiatrische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern, Tageskliniken, Übergangswohnheime und Wohngemeinschaften, und vor allem durch vielfältige ambulante Dienste. Die Auflösung sollte die Folge dieser neuen Einrichtungen sein. Sie sollte aber nicht, wie in Italien, erzwungen sein, ohne dass, wie damals in Italien, ausreichende Alternativen geschaffen wurden.

Dabei gab es außer meinen persönlichen eine ganze Reihe inhaltlicher Gründe, eine organische Entwicklung zu verfolgen und keine radikalen Lösungen anzustreben. Einige Jahre zuvor hatte in den meisten Bundesländern eine Diskussion darüber begonnen, die Langzeit-Bereiche der psychiatrischen Krankenhäuser als Pflegebereich von den Kliniken institutionell abzukoppeln. Das geschah auch. Das bedeutete aber nichts anderes, als in diesen Bereichen, weil sie nun mehr nicht mehr zu den Kliniken

gehörten, auch keine aktive Rehabilitation durchgeführt wurde, ohne dass bis dahin die Möglichkeiten ausgeschöpft worden waren, die die Psychiatrie-Enquete vorsah.

## **Der Bruch**

Der Riss zwischen der DGSP und mir wurde größer. Zum Bruch kam es, als der Vorstand die Mitglieder zu einer Spendenaktion aufrief, nachdem man im Anschluss an eine Jahrestagung in Ricklingen/Schleswig-Holstein die angemieteten Festzelte fahrlässig hatte verrotten lassen.

Mir platzte damals auch deswegen der Kragen, weil ich anlässlich meiner Wahl zum Kassenprüfer, ein halbes Jahr vorher in der Mitgliederversammlung den Antrag gestellt hatte, den Vorstand zu beauftragen, einen ausgeglichenen Haushaltsplan vorzulegen. Dieser Antrag war abgelehnt worden. In meinem Zorn weigerte ich mich nicht nur zu spenden, sondern ich kündigte auch an, wegen des unsoliden Finanzgebarens bis auf weiteres keinen Mitgliedsbeitrag mehr zu bezahlen. Nachdem der Vorstand, vertreten durch Thomas Bock, das offenbar als Provokation ansah und mir nach zwei Mahnungen die Pfändung androhte, erklärte ich meinen Austritt. Erst 10 Jahre später kam es zu einer Wiederannäherung.

## **Literatur**

Dörner, K.; Plog, U. (Hg.) (1972): Sozialpsychiatrie. Neuwied, Luchterhand.

Sozialpsychiatrische Informationen 1/1971. Wiederveröffentlichung Sonderheft 1995.

Finzen, A. (1977): Die Tagesklinik. Piper, München.

## **Querverweise und Anmerkung zum Schluss**

1970. Das Jahr der Tagungen

Die Psychiatrie-Enquete

Die bewegten Jahre

Übersetzen, Redigieren, Schreiben

Die Tagesklinik

Dieser Text enthält meine Erinnerungen. Sie sind subjektiv und an einigen Stellen auch verzerrt. Hilde Schädle-Deininger, die langjährige Wegbegleiterin meiner frühen Berufsjahre in Tübingen und Wunstorf hat sie gegengelesen. Einige ihrer Hinweise Korrekturen kann ich nachträglich aufgenommen. Nicht berücksichtigt habe ich andere Literatur zum 20., 25. Und 30. Jubiläum der DGSP und die kleine Monographie von Christiane Tollgreve: „Bewegung in der Psychiatrie? Die DGSP zwischen gegen Initiative und etabliertem Verband.“ (Psychiatrieverlag 1984). Das bedeutet nicht, dass die früheren Texte nicht lesenswert sind. Im Gegenteil es ist spannend zu lesen. Am wichtigsten scheint mir die lange Chronik von Jens Clausen zu sein: „Der fast hoffnungslosen Versuch, eine Geschichte der DGSP zu schreiben.“ Soziale Psychiatrie 49, Juli 1990,4-15. Aber auch das Tiemann Heft der Sozialen Psychiatrie 4/95, 4-25, enthält eine ganze Reihe aufschlussreicher Beiträge, unter anderem von Ilse Eichenbrenner, Manfred Bauer, Klaus Dörner und Ralf Seidel.

Ich wünsche mir, dass mein Aufsatz andere die DGSP-Mitgliedern der ersten Stunde anregt, auch ihre Behinderungen und Restriktionen niederzuschreiben, damit dann, vielleicht zum 50. Jubiläum jemand eine fundierte Geschichte des Verbandes schreiben kann – unter Verwendung von Zeitzeugenberichten.

## **Psychiatrie-Enquete und Psychiatrie-Reform (1970 -1975)**

Als Heinz Häfner die psychiatrische Krankenversorgung in der Bundesrepublik als "Nationalen Notstand" bezeichnete und „dringliche –Reformen“ verlangte (helfen und heilen 1965), stand er damit nicht allein. Er war auch nicht der erste, der diese Diagnose stellte. Die deutsche Nachkriegspsychiatrie hatte sich bis in die 60er Jahre hinein nie wirklich vom Vernichtungs- und Zerstörungs-Feldzug des nationalsozialistischen Regimes erholt – auch ideologisch nicht.

### **Ein nationaler Notstand**

Da war die Ermordung von mutmaßlich mehr als 200 000 psychisch Kranken und geistig Behinderten; da war die Sterilisierung von annähernd 1,5 Millionen manifest Kranker und deren Angehörigen. Da war die Vertreibung und Ermordung hunderter jüdischer Psychiater, die in der Universitäts- und der Anstaltspsychiatrie eine zentrale Rolle gespielt hatten; da war die Abwanderung zahlreicher anderer, die zwar nicht verfolgt wurden, die aber die Ausmerzungsstrategien der Nationalsozialisten gegenüber den psychisch Kranken nicht mittragen konnten und wollten, die entweder aus der Psychiatrie in die Neurologie oder gar in die Neuropathologie auswichen, oder im Krieg in Wehrmachtlazaretten Zuflucht fanden, oder die sich nach dem Studium gar nicht erst der Psychiatrie zuwandten.

Nach dem Krieg hatten sich die verbliebenen Anstalten trotz der Mordaktionen überraschend schnell wieder gefüllt - auch in Folge von Zuwanderung aus dem Osten. Aber sie verharrten in beklagenswerten Zustand. In den Jahren des Wiederaufbaus blieb für die Kranken so gut wie nichts übrig, und in ihre Krankenhäuser - Anstalten - wurde so gut wie nichts investiert. Die "elenden, teilweise menschenunwürdigen Umstände", die die Psychiatrie-Enquete 1973 in ihrem ersten Zwischenbericht konstatierte, waren von Anfang an das zentrale Merkmal der Nachkriegspsychiatrie. Und je erfolgreicher sich die Bundesrepublik entwickelte, je mehr die Elendswirtschaft der frühen Nachkriegsjahre zum Wirtschaftswunder mutierte, desto unerträglicher mussten die Zustände in den Anstalten erscheinen. Leider wurden sie nur von wenigen außenstehenden Bürgern so wahrgenommen.

## **Geschlossene Anstalten**

Die Anstalten waren damals nicht nur geschlossen. Sie waren auch in sich abgeschlossen und isoliert, meist abgelegen auf dem Lande, abseits der großen Städte. Sie waren zudem von hohen Mauern umgeben, und die meisten ihrer Kranken waren doppelt eingeschlossen: 80%, ja bis zu 90%, ihrer schwerkranken Patienten, die man damals Insassen nannte, verblieben dort nach ihrer ersten Einweisung lebenslang. Wegen ihrer abgelegenen Lage rissen auch die Kontakte zu den Angehörigen meist bald ab. Die Patienten waren ausgeschlossen und eingeschlossen zugleich: ausgeschlossen aus der Gemeinschaft der Gesunden; eingeschlossen in den Anstalten, eingeschlossen, in den Stationen und in der Klinik. Und sie lebten dort unter entwürdigenden Umständen. Noch 1975, als ich die Leitung des Landeskrankenhauses Wunstorf übernahm, waren über 97% der 1000 Kranken dauerhaft auf ihren Stationen interniert; nur 28 von ihnen waren so genannte Freigänger.

Und die Langzeitpatienten lebten dort, wie in fast allen anderen Anstalten unter unwürdigen Bedingungen. Sie waren entmündigt und entrechtet. Sie trugen Anstaltskleidung. Sie verfügten über keinerlei Eigentum; selbst ihre Eheringe hatte man ihnen abgenommen. Von dem mageren Taschengeld, das sie erhielten, konnten sie nichts einkaufen, weil sie nichts aufbewahren konnten. Wenn sie Glück hatten, wurden die nötigsten Dinge *für* sie eingekauft. Aber für viele gab es auch nötigsten Dinge nicht. Sie hatten keine Zahnbürste, kein eigenes Handtuch. Ja selbst die Anstaltskleidung war nicht ihre „eigene“. In vielen Häusern legten sie sie abends ab und nahmen sie in beliebiger Reihenfolge morgen wieder von einem großen Haufen weg, um die getragene Wäsche und Kleidung irgendeines anderen Patienten anzuziehen, (So beobachtet 1971 von einem meiner Doktoranden in einem württembergischen PLK!). In vielen Häusern gab es kein zugängliches warmes Wasser für die Kranken. Es gab keine abgeschlossenen WCs: die meisten waren offen - mitten in den riesigen Schlafsälen.

Säle mit 70 Patienten und mehr waren keine Ausnahme, und es gab keine Schränke, keine verschließbaren Nachttische.

In Wunstorf beispielsweise hatte noch 1975 kein einziger der männlichen Patienten ein Schrankfach oder einen Nachttisch für sich allein. Eberhard Kluge, einer der frü-

hen Anstalts-Reformatoren sagte einmal, die Menschen lebten dort in einer Geruchs- und Geräuschgemeinschaft, drastischer und realistischer, in einer Gestanks- und Lärmgemeinschaft. Und das alles auf engstem Raum eingeschlossen. Auch in Wunstorf war es noch so, dass auf bestimmten Stationen die Betten im Schlafsaal tagsüber zusammen geschoben wurden, damit die Kranken sich dort aufhalten konnten, jeder mit einem Stuhl für sich, immer vor laufendem Fernseher.

Es ist heute kaum vorstellbar, wie es damals war. Kein Wunder, dass diese Zustände von manchen Kollegen geleugnet, im Rückblick beschönigt werden. Aber ich habe alles das selber gesehen, gehört und gerochen. Und in verschiedenen Anstalten, die ich gesehen habe, war es einfach fürchterlich - noch 1979 in den Alsterdorfer Anstalten, einer kirchlichen Großanstalt für geistig Behinderte; noch 1987 auf den alterspsychiatrischen und den Geistig-Behinderten-Abteilungen in der Basel Psychiatrischen Universitäts-Klinik.

Nur die Abgeschlossenheit der Anstalten kann erklären, warum sich dort, bis weit in die 70er Jahre hinein, nichts Entscheidendes änderte. Ich kann mir nicht vorstellen, dass die Menschen, die in den 60er Jahren in der Bundesrepublik lebten, diese Zustände geduldet hätten, wenn sie davon gewusst hätten.

Es gab in den Anstalten eine merkwürdige Dynamik. Zum einen war das Personal, das dort arbeitete, ständig überfordert und durch die andauernde Konfrontation mit dem Elend auch abgestumpft. Zum anderen waren meisten der viel zu wenigen Pfleger und Schwestern nicht ausgebildet. - Ärzte gab es nur wenige. Ein Arzt auf 200 Patienten war, wie die Statistiken der 60er Jahre zeigen, keine Ausnahme; und die Psychiater arbeiteten unter Bedingungen, die sie selber kaum ertrugen. Sie gaben sich, wie das Pflegepersonal, selbst als Aufseher, als Herren über die Insassen, die ihnen eigentlich anvertraut waren, aber die nicht wenige letztlich hassten. Andere gingen an den Verhältnissen zugrunde.

Nicht wenige Anstaltsdirektoren verhielten sich wie Gutsherren. Sie genossen die Privilegien der Herrschaft über eine totale Institution. Sie ließen sich von chronisch Kranken bedienen, in der Anstalt wie zu Hause. Sie hatten ihren Dienstwagen. Sie wichen aus, wo sie nur konnten. Der damalige Direktor der Anstalt Werneck in Unterfranken beispielsweise hatte während seiner Zeit der Anstaltsleitung ein Studium der

Altphilologie mit Schwerpunkt "griechisch als schöngeistiges Studium usw." in Würzburg abgeschlossen - mit einer Promotion!

Viele der damaligen Pfleger und Ärzte glaubten, der Zustand ihrer Patienten sei nicht durch Verelendung, sondern durch die Krankheit bedingt. Man tue alles für sie, was man könne. Andererseits schämten sie sich für ihre Tätigkeit, die sie als minderwertig betrachteten. Das wiederum wurde zu einem der Gründe dafür, weshalb sie nicht wollten, dass die Öffentlichkeit davon erfuhr.

Nicht nur durften die Patienten nicht hinaus. Die Öffentlichkeit durfte nicht hinein. Das Bild des gefährlichen Geisteskranken, das draußen vorherrschte, wurde damit stabilisiert: Die Fachleute würden schon wissen, warum sie die Kranken hinter hohen Mauern einschlossen, warum sie selber dorthin keinen Zugang hatten. Auch die Angehörigen, die nicht aufgaben, hatten keinen Einblick in die Verhältnisse in den Anstalten. Auch sie durften die Stationen nicht betreten. Für sie waren, wie in den Gefängnissen, spezielle Besucherzimmer außerhalb der Stationen eingerichtet worden.

Aber es gab weitere Gründe, weshalb die Anstaltspsychiater sich und ihre Einrichtungen versteckten. Es gab dort nicht nur zu wenig Pflegepersonal, fast keine Psychologen, keine Sozialarbeiter, lange Zeit keine Ergotherapeuten, sondern auch nicht wenige Mitarbeiter, die ihre eigenen Probleme mit in die Arbeit brachten. Bei den Ärzten war das besonders ausgeprägt. Das Personal war überaltert. Ein Teil wegen ihres hohen Alters nicht mehr dienstfähig. Die Anstalten waren Zufluchtsorte für Barbiturat-abhängige und - im Gefolge des Krieges - morphinabhängige Ärzte geworden, Ärzte mit Hirnleistungsstörungen und vor allem für Ärzte, die in die Verbrechen des Dritten Reiches an psychisch Kranken und geistig Behinderten verstrickt waren.

### **Asyle für Euthanasie-Ärzte**

Ich weiß von mehreren niedersächsischen Landeskrankenhäusern, dass dort bis in die 60er Jahre hinein mindestens einer, in manchen auch mehrere solcher Ärzte beschäftigt waren und trotz bekannter Vergangenheit meist unbehelligt blieben. An der Wunstorfer Klinik beispielsweise war der Euthanasie-Protagonist Hans Heinze bis zu seiner Pensionierung als Chef der Kinder- und Jugend-Psychiatrie tätig. Er war Gründer und Betreiber einer so genannten Kinder-Fachabteilung in Brandenburg-Göhrde gewesen, in der behinderte Kinder systematisch getötet wurden. Zudem hat-

te er Tausende so genannter Euthanasie-Gutachten verfasst, die über das Leben, meist aber über den Tod von psychisch Kranken entschieden, von denen er nicht einen gesehen hatte.

**1943?** war er zusammen mit Rüdin und Nitsche, der später in Pirna-Sonnenstein hingerichtet wurde, an einer Denkschrift an den Führer beteiligt, in der die Vision einer neuen Psychiatrie, einer Sozialpsychiatrie für Heilbare dargelegt wurde - für die Zeit nach der Beendigung des Vernichtungswerkes. Er war nach dem Krieg untergetaucht, verraten und von den Sowjets verschleppt und verurteilt worden. Nach seiner Entlassung galt er als Verfolgter. Er kam zuerst in Westfalen und später dann in Niedersachsen im Staatsdienst unter. Erst nach seiner Pensionierung wurde gegen ihn ermittelt. Er kam wegen angeblicher Verhandlungsunfähigkeit aber nie vor Gericht und lebte noch 20 Jahre in relativer Gesundheit, hochgeschätzt und geehrt, in Wunstorf. Sogar seinen Professoren-Titel, den er von Hermann Göring verliehen bekommen hatte und nicht von einer Universität, hatte ihm bis zu seinem Tod niemand streitig gemacht.

### **Universitätspsychiatrie nach dem Krieg**

Die Universitätspsychiatrie war in einem anderen, aber keineswegs besseren Zustand. Auch hier gab es einzelne belastete Klinikleiter und Lehrstuhlinhaber; aber das stand nicht im Vordergrund. Problematischer waren die Folgen der institutionellen Struktur der psychiatrischen Kliniken der Universitätskliniken seit Wilhelm Griesinger. Sie waren durchweg Nervenkliniken, also Kliniken für Neurologie und Psychiatrie. Und sie wurden in den Nachkriegsjahren überwiegend durch Neurologen, in einem Fall sogar durch einen Neuro-Pathologen geleitet. Nur wenige Ordinarien der damaligen Zeit waren von ganzem Herzen Psychiater, etwa Gruhle und Weitprecht in Bonn und Kollé in München. Alle drei hatten die Nazi-Zeit mehr oder weniger in innerer Emigration an Anstalten, als niedergelassene Ärzte oder an psychiatrischen Privatkliniken verbracht.

Von ihnen waren ebenso wenige Reformimpulse zu erwarten, wie von ihren Kollegen in den psychiatrischen Anstalten. Für keinen von ihnen war die Erneuerung der psychiatrischen Krankenversorgung ein Thema. Die deutsche Universitätspsychiatrie wurde von der von Kurt Schneider geprägten Psychopathologie geprägt. Später von

der Phänomenologie, zum Teil im Gefolge von Jaspers und Henri Ey von existenzphilosophischen, beziehungsweise -psychiatrischen Lehren, wie beispielsweise Jürg Zutt in Frankfurt, und von Baeyer in Heidelberg, Viktor von Weizsäcker (als Psychosomatiker und Internist) in Heidelberg und Viktor von Gebsattel in Würzburg.

Erst Mitte der 50er Jahre, möglicher erst Anfang der 60er Jahre war eine Neu-Orientierung zu erkennen: Die Anfänge der Pharmakopsychiatrie und erste zaghafte Ansätze sozialpsychiatrischen Denkens. Aus Österreich meldete sich Hans Strotzka mit sozialpsychiatrischen Untersuchungen (1959) zu Worte, in Frankfurt war es Caspar Kuhlenkampff, der Stiefsohn und psychiatrische Ziehsohn von Zutt, der bereits Anfang der 60er Jahre Anregungen aus dem angelsächsischen Raum aufgriff und 1963 gemeinsam mit Gregor Bosch die erste deutsche Tagesklinik und damit erste sozialpsychiatrische Institutionen der Nachkriegszeit in Deutschland gründete.

In Heidelberg entwickelten sich ebenfalls erste Ansätze zur Sozialpsychiatrie. Ritter von Bayer und seine beiden Oberärzten, Heinz Häfner und Karl Peter Kisker -, veröffentlichten 1964 nach langjährigen Forschungen eine umfassende „Psychiatrie Verfolgten“, die damals der psychiatrischen Betrachtungsweise von traumatischen Umwelteinflüssen eine ganz neue Dimension verlieh und dementsprechend auch auf heftige Widerstände stieß. Für Häfner und Kisker war dies der Beginn ihrer sozialpsychiatrischen Orientierung. Sie öffneten sich den angelsächsischen Pionieren der vorhergehenden beiden Jahrzehnte und setzten seit Mitte der 60er Jahre entsprechende sozialpsychiatrische Projekte in Heidelberg, Mannheim und Hannover um. Zusammen mit Kuhlenkampff schufen sie die Grundlage für eine Entwicklung der Sozialpsychiatrie in der Bundesrepublik. Dabei verharrte Kisker nach frühen psychiatriepolitischen Engagements (s.u.) in späteren Jahren eher als der Denker im Hintergrund, während Häfner und Kulenkampff nicht nur zu den Protagonisten, sondern auch zu den Machern der Psychiatrie-Reform in Deutschland wurden.

### **Die psychiatrische Krankenversorgung in der Bundesrepublik vor der Psychiatrie-Enquete. Einige Daten.**

Ich habe 1985 versucht einige Fakten zur Lage der psychiatrischen Krankenversorgung in der BRD aus der Perspektive von 1970 darzustellen. Diese unterstreichen, wie dringlich ihre Reform damals war.

## 1. Die psychiatrischen Krankenhäuser

Die Jahre unmittelbar nach dem Krieg waren für umfassende Reformen ungeeignet. Man versuchte, mit den wenigen verfügbaren Mitteln die alten Institutionen wieder aufzubauen. Neue Impulse blieben aus. So kam es, dass die stationäre psychiatrische Krankenversorgung in der Bundesrepublik fast ausschließlich in Händen der achtundsechzig psychiatrischen Landeskrankenhäuser mit einer Größe von durchschnittlich etwa 1.200 Betten und von therapeutisch unzureichend ausgestatteten Pflegeheimen lag (vgl. Dilling und von Zerßen 1970, Degkwitz und Schulte 1971). Die großen psychiatrischen Krankenhäuser, die überwiegend im vergangenen Jahrhundert - oft in säkularisierten Klöstern oder aufgegebenen Landschlössern - eingerichtet wurden, waren zur Zeit ihrer Gründung in ihrer Struktur ein Abbild der damaligen Agrar- und Handwerksgesellschaft. Unter diesem Aspekt mögen sie anfangs sogar einer der wesentlichen Forderungen der modernen Sozialpsychiatrie entsprochen haben: Sie konnten mit Hilfe angeschlossener Handwerks- und Landwirtschaftsbetriebe eine zeitgemäße Arbeitstherapie anbieten. Die besseren von ihnen, die versuchten, den Tagelaut ihrer Patienten zu strukturieren und das Krankenhausmilieu zu gestalten, waren somit durchaus sozialtherapeutisch orientiert (vgl. Schmitt 1969, Bockhoven 1963).

Der Stand der damaligen Psychiatrie erlaubte keine Behandlungsmethoden, die innerhalb kurzer Fristen entscheidende Erfolge versprachen. Unter diesem Blickwinkel konnte die Verwahrung psychisch Kranker in diesen Anstalten einen positiven Aspekt gewinnen, indem sie sie nämlich vor Schaden bewahrte und vor den Ansprüchen der Gesellschaft draußen schützte, denen sie nicht gewachsen waren, und natürlich zugleich die Gesellschaft entlastete. Unter dem gleichen Gesichtspunkt mag die geographische Isolierung der ersten psychiatrischen Krankenhäuser nicht ganz so widersinnig erscheinen: Der Kranke, der nur geringe Aussichten hatte, in seine alte Umwelt zurückzukehren, mochte sich in der Isolierung eines säkularisierten Klosters leichter mit seinem Leben in Krankheit und Behinderung abfinden als in der ständigen Konfrontation mit einer Gesellschaft, die ihn ausgeschlossen hatte. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die unerträgliche Überfüllung der psychiatrischen Krankenhäuser erst eine Erscheinung des 20. Jahrhunderts ist. Um nur zwei Beispiele aus einer Reihe zu nennen, die beliebig verlängert werden könnte: Die Anstalt Lohr in Unter-

franken wurde 1912 für 600 Kranke errichtet. 1970 war sie mit 1200 Patienten belegt, ohne dass nennenswerte bauliche Erweiterungen durchgeführt worden wären. Das psychiatrische Landeskrankenhaus Reichenau war im gleichen Jahr für 600 Patienten erbaut worden. 1967 war es mit fast 1000 Patienten belegt, nachdem inzwischen 2 der 12 Pavillon in einen Lagerschuppen und in eine Kirche umgewandelt worden waren.

Die gleichen Kriterien, die das herkömmliche psychiatrische Großkrankenhaus noch um die Jahrhundertwende als adäquate Institution zur Behandlung psychisch Kranker erscheinen ließen, verlangte seit Kriegsende eine Neustrukturierung der psychiatrischen Krankenversorgung im Sinne einer gemeindenahen Psychiatrie. Die Gesellschaft selber hatte sich während der letzten Jahrzehnte ebenso verändert wie der Wissensstand der Psychiatrie. Nicht zuletzt die Fortschritte der somatischen Behandlung psychiatrischer Erkrankungen trugen zu der Notwendigkeit der Umstrukturierung bei. Seit die Psychiatrie wirksame Behandlungsmethoden zur Hand hatte, verbrachten die meisten neu aufgenommenen psychisch Kranken auch in der Bundesrepublik nur noch vier bis zwölf Wochen in stationärer Behandlung, um anschließend in ihre alte Umwelt zurückzukehren.

“Die modernen Psychopharmaka haben beim Gros der Patienten erst die Voraussetzung für psycho- und soziotherapeutische Maßnahmen mit dem Ziel einer möglichst weitgehenden Resozialisierung geschaffen. Erst sie ermöglichten, eine von Anfang an auf Rehabilitation abzielende... Therapie und einen differenzierten Gesamtbehandlungsplan aufzustellen. Die Kombination der medikamentösen Behandlung mit der Sozio- und Psychotherapie und darüber hinaus eine Koordination der verschiedenen Therapie-Instanzen ist auch Vorbedingung für die angestrebte Umzentrierung der Psychosentherapie vom Krankenhaus auf halbambulante und ambulante Übergangseinrichtungen und auf die ambulante Praxis” (Huhn 1970).

Die verfügbaren Medikamente wirken nur symptomatisch. Auch psychotherapeutische und soziotherapeutische Verfahren haben ihre Grenzen. Die Krankheiten, mit denen die Psychiatrie in der Hauptsache zu tun hat, sind chronisch-rezidivierende Leiden geblieben. Um eine erfolgreiche Wiedereingliederung der Kranken in Familie und Beruf zu erreichen und um Rückfälle zu vermeiden, ist deshalb eine konsequente Nachsorge - eine sekundäre Prävention - unabdingbar. Die vorhandenen Groß-

krankenhäuser waren dem Wandel der psychiatrischen Krankenversorgung von ihrer Struktur her nicht gewachsen. Ihre bauliche Veralterung, ihre abgelegene Lage, ihre unüberschaubare Größe, ihr Mangel an qualifiziertem Personal und ihre Überfüllung führten zu unvermeidbaren, teilweise menschenunwürdigen Zuständen. Es fehlte an medizinischen Behandlungseinrichtungen, an Einrichtungen für eine zeitgemäße Beschäftigungs- und Arbeitstherapie und an Voraussetzungen für eine wirksame Sozialarbeit. Die Anstalten waren so unstrukturiert und untherapeutisch, dass Hospitalisierungsschäden bei chronisch Kranken in den sechziger Jahren eher die Regel als die Ausnahme waren (vgl. Hartmann, z. B. 1969).

## **2. Personalsituation**

Die Unzulänglichkeiten der stationären psychiatrischen Versorgung spiegeln sich am deutlichsten im Personalstand der psychiatrischen Krankenhäuser. Auf einen Arzt kamen dort um 1970 herum 64 Patienten (Degkwitz 1971) - gegenüber 17,5 in den deutschen Allgemeinkrankenhäusern. Zieht man die Chef- und Oberärzte ab, die selber keine Station betreuen, ergab sich ein Verhältnis von 1:87 (Kulenkampff 1970). Dabei ist nicht berücksichtigt, dass Planstellen in psychiatrischen Großkrankenhäusern damals nicht selten offen standen, dass die Ärzte überaltert und deswegen teilweise nicht voll leistungsfähig waren. Tatsächlich war es nicht selten, dass Ärzte in psychiatrischen Krankenhäusern 100,200 oder noch mehr Patienten zu betreuen hatten. Degkwitz (1970) errechnete, dass Ärzte in psychiatrischen Landeskrankenhäusern, unter Einbeziehung sämtlicher Verwaltungsaufgaben, täglich nicht mehr als 4 Minuten für den einzelnen Patienten zur Verfügung hatten. Für das Krankenpflegepersonal betrug der Schlüssel 1:5 und war damit ebenfalls wesentlich ungünstiger als in der allgemeinen Medizin. Dabei waren Krankenpflegschüler, Pflegehelfer und ungeprüfte Hilfskräfte mitgerechnet. Zählte man nur die ausgebildeten Pfleger und Schwestern, kamen Ende der 60er Jahre nach einer Studie der WHO etwa 10 bis 11 Patienten auf eine Schwester oder einen Pfleger (EURO 0192, 1970).

Noch ungünstiger war die Situation beiden klinischen Psychologen (etwa 1:500), den Beschäftigungstherapeutinnen (etwa 1:450) und den Sozialarbeiter, von denen in der gesamten Krankenhauspsychiatrie nur etwa 120 tätig waren. Es war also nur ein Sozialarbeiter für mehr als 900 Patienten vorhanden. Berechnungen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde zum Personalschlüssel liefen prak-

tisch auf die Forderung nach Verdoppelung des in der Psychiatrie tätigen Personals hinaus. Legte man internationale Maßstäbe zugrunde, galt eine effektive Arbeit in bestimmten Berufsgruppen nur als möglich, wenn die vorhandenen Planstellen vervielfacht wurden: die der klinischen Psychologen und der Beschäftigungs- bzw. Arbeitstherapeuten verzehnfacht, die der Sozialarbeiter verzwanzigfacht. Die Dimension solcher Forderungen musste um 1970 unrealistisch erscheinen.

### **3. Arbeitstherapie und Rehabilitation**

Eine zeitgemäße Arbeitstherapie als Voraussetzung zur beruflichen Rehabilitation langfristig psychisch Kranker war damals, wenn überhaupt, nur in Ansätzen vorhanden. Die meisten psychiatrischen Krankenhäuser waren darauf angewiesen, die Patienten in den traditionellen krankenhauseigenen Betrieben, wie der Landwirtschaft, der Gärtnerei, der Küche, der Wäscherei, der Schuhmacherei, der Nähstube oder auf den Stationen zu beschäftigen. Die Stellenpläne der Krankenhäuser waren so berechnet, dass sie auf die Mithilfe von Patienten angewiesen waren. W. T. Winkler, damals Direktor des Westfälischen Landeskrankenhauses Gütersloh, das in der Bundesrepublik führend auf dem Gebiet der Arbeitstherapie war, meinte dazu vor dem Bundestagsausschuss für Gesundheit und Soziales:

“So droht aus der ursprünglich patientenzentrierten Arbeitstherapie eine krankenzentrierte betriebsgelenkte Arbeitstherapie zu werden. Schon immer war die traditionelle Arbeitstherapie janusköpfig, insofern sie zwar einerseits den Patienten vor den Konsequenzen des untätigen Herumsitzens schützte, aber andererseits im Interesse der Institution lag. Der Akzent verschiebt sich neuerdings immer deutlicher in Richtung des institutionellen Interesses, und bei vielen Patienten ist die traditionelle Arbeitstherapie unter Umständen in der Institution auf alle Zeiten ein. Ein Problem für sich stellt die Arbeitsbelohnung dar... am Westfälischen Landeskrankenhaus Gütersloh, wo die Arbeitstherapie schon in den zwanziger Jahren eine besonders große Rolle spielte, beläuft sich die Arbeitsbelohnung des einzelnen Patienten 1970 auf DM 20,-- in der ersten Stufe, auf DM 10,-- in der zweiten, auf DM 8,-- in der dritten, auf DM 6,-- in der vierten und in der fünften Stufe auf DM 2,--. In der Spitzenstufe, mit einer monatlichen Arbeitsbelohnung in Höhe von DM 20,--, sind zurzeit nur 26 von insgesamt 1150 Patienten eingestuft. Bei einer monatlichen Arbeitszeit von 120 Stunden beträgt die Arbeitsbelohnung pro Stunde für diesen privilegierten Pati-

entenkreis als nur 17 Pfennige...” (Winkler 1970)

Winkler hat hier die wichtigsten Gesichtspunkte einer rehabilitativ ausgerichtete Arbeitstherapie angesprochen: sie muss patientenzentriert und krankenhauszentriert sein. Sie muss sich an den Gegebenheiten der modernen Berufswelt außerhalb des Krankenhauses orientieren. Sie muss angemessen entlohnt werden. Geschieht das nicht, fördert sie eine besondere Form des Hospitalismus, den sie verhindern sollte, wird sie zu einer besonders gemeinen Form der Ausbeutung, nämlich der Ausbeutung Kranker. Das Problem das hier der Lösung harrte, bestand jedoch nicht nur in der Reorganisation der traditionellen Krankenhausbetriebe und im leistungsgerechten Entgelt für die Patienten. Es fragt sich auch, ob es möglich sein würde, auf dem Gelände oder in Reichweite der Großkrankenhäuser ausreichend therapiegerechte Arbeit zu beschaffen (nämlich für 500 bis 1000 und mehr Patienten). Die Antwort schien zumindest zweifelhaft.

#### **4. Ambulante Dienste**

Die Mängel in den Krankenhäusern hatten ihre Entsprechung im ambulanten Raum. Etwa 1000 Nervenärzte waren zu Beginn der siebziger Jahre niedergelassen. Die meisten hatten den Schwerpunkt ihrer Arbeit zudem in der Neurologie. Sie hatte, wie aus einer Studie des Ulmer Psychoanalytikers Thomä (1971) hervorgeht, durchschnittlich weniger als 15 Minuten im Monat Zeit für den einzelnen psychisch kranken Patienten. Sozialpsychiatrische Dienste bestanden damals praktisch nicht. Die Polikliniken der psychiatrischen Universitätskliniken erreicht nur eine begrenzte Klientel. Die Hausärzte mochten zwar diejenigen sein, zu denen die Patienten das größte Vertrauen hatten. Sie waren aber in der Regel durch ihre Ausbildung nicht für die Aufgaben gerüstet, die mit dem Wandel psychiatrischer Behandlungsmöglichkeiten auf sei zukamen. Das gilt sowohl für den Umgang mit Psychopharmaka, wie für die Psychotherapie. Die traditionelle Außenfürsorge der psychiatrischen Krankenhäuser schließlich, die in den zwanziger Jahren in hoher Blüte gestanden hatte, erschöpfte sich angesichts des Personalmangels in den psychiatrischen Krankenhäusern meist in monatlichen bis vierteljährlichen Sprechstunden an den örtlichen Gesundheitsämtern. So war eine erhöhte Rückfallquote unmittelbare Folge der durch die Einführung neuer psychiatrischer Behandlungsmethoden möglich gewordenen Frühentlassung aus der Klinik: Eine “Drehtürpsychiatrie” war entstanden.

## **Repressionen und erste Risse im restaurativen Klima**

Man würde den Verantwortlichen für die Psychiatrie der 60er Jahre, für die psychiatrischer Versorgung der 60er Jahre nicht gerecht, wenn man unterstellte, dass es überhaupt keine Bemühungen um Verbesserungen gegeben hätte. Allein die Kritik war vorerst psychiatriekintern geblieben. Psychiater, vor allem in Baden-Württemberg, die sich auch in der Öffentlichkeit - und sei es nur in der medizinischen Standespresse oder in Zeitschriften von karitativen Diensten - zu Worte meldeten, wurden gemäßregelt, zum Beispiel der Obermedizinalrat Haisch vom Baden-Württembergischen psychiatrischen Landeskrankenhaus Reichenau, der nicht nur ein Publikationsverbot erhielt, sondern auch disziplinarisch verfolgt wurde. Aber auch Kisker und Häfner als Universitätspsychiater hatten ihre Schwierigkeiten. Von Kisker zum Beispiel ist bekannt, dass ihm auf Intervention des Sozialministeriums vom Kultusminister untersagt wurde, sich zu Fragen der psychiatrischen Krankenversorgung öffentlich zu äußern. Diese Dinge spielten sich noch in den 60er Jahren ab.

Wenn innerhalb der Ministerien und in den Krankenhausleitungen von Besserung die Rede war, waren fast immer nur die bauliche Verbesserung, die bauliche Erweiterung und die Ausweitung der Bettenzahl gemeint. Einiges davon wurde auch realisiert, vor allem im Rheinland und in Westfalen, wo der Direktor der Düsseldorfer Universitätsklinik die treibende Kraft war. Alle diese Verbesserungen beschränkten sich auf äußeres. Natürlich war es unter den damaligen Umständen wichtig für die Kranken, die räumlichen und die hygienischen Verhältnisse zu bessern. Aber, was bei den baulichen Erneuerungen herauskam, war letztlich, dass die alte Verwahrrpsychiatrie in Beton und Glas umgesetzt wurde.

Es entstanden riesige Wachabteilungen, in denen die Raumteilung in Brusthöhe durch Glaswände vorgenommen wurde, so dass von der Geruchs-, Geräusch- und Sicht-Gemeinschaft nur noch die Sichtgemeinschaft blieb. Man glaubte damals, auf die Weise die Sicherheit der Patienten gewährleisten zu müssen, und Personal einzusparen, indem man an übersichtlicher Stelle eine Überwachungskonsole einrichtete. Wo es möglich war, wurden nach diesem Prinzip neue Bettenhäuser gebaut. In Lüneburg beispielsweise entstand noch Mitte der 70er Jahre eine ganz neue Akut-Klinik nach diesem Muster. Außerdem stand der Neubau von psychiatrischen Großkliniken auf der Tagesordnung, weil man glaubte, dass mehrere tausend Betten. In

Baden-Württemberg beispielsweise sollte das Landeskrankenhaus Hirsau 50 Kilometer von Stuttgart und noch weiter von Karlsruhe entfernt, entstehen. Vorgesehen waren damals 1200 Betten, und zwar nicht in dem schönen kleinen Schwarzwald-Ort Hirsau, sondern 5 Kilometer abseits davon, mitten im Schwarzwald.

Strukturelle Veränderungen fanden kaum statt, sie waren auch nicht geplant. Sie wurden zunächst auch nicht gedacht. Das änderte sich Ende der 60er Jahre. Die Neubaupläne für Hirsau lösten erheblichen Widerstand und noch mehr Nachdenken aus. Dieser Widerstand ging einerseits vor allem von Heinz Häfner und dem neu berufenen Direktor der Württembergischen Anstalt Weinsberg bei Heilbronn, Fritz Reimer, aus. Er wurde aber von jungen Assistenzärzten und den sozialpolitischen Arbeitskreisen der evangelischen und katholischen Studentengemeinden der Universitäten des Landes mitgetragen und voran getrieben. Letztere befassten sich im Rahmen und im Gefolge der Studentenbewegung intensiv mit Randgruppen und hatten dabei auch die Psychiatrie für sich entdeckt. Sie wurden vor allem in Tübingen und in Freiburg zu einem Element konstruktiver Unruhe. - Es sei hier hinzugefügt, dass Hirsau gebaut wurde - aber erheblich abgespeckt mit 300 bis 400 Behandlungsplätzen.

### **Zum Beispiel Unterfranken**

Angesichts der desolaten Situation der psychiatrischen Anstalten in der damaligen Zeit, ihre brutalen Realität, wie Eberhard Kluge das nannte, waren diese Tendenzen zunächst verständlich. Wenn man damit konfrontiert wurde, konnte man gar nicht anders als zu fordern, dass möglichst schnell etwas geändert wurde. Man hatte das Gefühl, keine Zeit zu haben für grundlegende Veränderungen. Im Sommer 1970 hatte mein Chef, Professor Walter Schulte vom bayerischen Bezirk Unterfranken den Auftrag erhalten, ein Gutachten über die weitere Entwicklung der stationären psychiatrischen Versorgung in Unterfranken, in beiden Nervenkrankenhäusern, Lohr am Main und Schloss Werneck, zu erstatten. Aufgrund meiner England-Erfahrung bat er mich, ihn dabei zu unterstützen. Schulte und ich waren von den Verhältnissen vor allem im Schloss Werneck erschüttert, wo Kranke im prunkvoll renovierten Barock-Schloss, in den Untergeschossen gleichsam wie in Verliesen gehalten wurden. In unseren Schlussfolgerungen hieß es:

“Einleitend und grundsätzlich, dass Ausbau, Neubau und Umbau der unterfränkischen Nervenkrankenhäuser Lohr am Main und Schloss Werneck auf das dringlichste geboten sind. Sie befinden sich in einem Zustand, der als unhaltbar zu bezeichnen ist. Das gilt insbesondere für das Nervenkrankenhaus Schloss Werneck. Hier werden Kranke in einer Weise untergebracht, die sich nicht verantworten lässt. Jeder, der nur einen Blick in diese geradezu katastrophalen Verhältnisse getan hat, wird zustimmen, dass hier auf der Stelle Abhilfe geboten ist. Sollte die Öffentlichkeit, sollte die Presse, im einzelnen davon Kenntnis nehmen, so wäre ein Skandal unvermeidlich. Aber ganz unabhängig davon geht vom Standpunkt der Patienten und des Pflegepersonals die Verhältnisse zu schärfster Beanstandung Anlass.”

Auch für uns standen, was mich besonders schmerzte, Maßnahmen zur sofortigen Sanierung im Vordergrund. Strukturelle Veränderungen forderten wir fast zaghaft, dann nur am Ende des Gutachtens durch Schaffung von Übergangwohnheimen und Wohnheimen, von Rehabilitationsmöglichkeiten und möglicherweise auch von der Entwicklung neuer psychiatrischer Abteilungen in den allgemeinen Krankenhäusern in Schweinfurt und in Aschaffenburg. Es hatte sehr viel Mühe gekostet, Schulte dazu zu überreden, diese Empfehlungen wenigstens auszusprechen. Als ehemaliger Direktor des Westfälischen Landeskrankenhauses Gütersloh war er nicht wirklich überzeugt davon, dass solche Einrichtungen eine Zukunft haben könnten.

Noch Anfang der 70er Jahre herrschte Konsens unter den meisten Wortführern der Psychiatrie, dass das, was wir am dringlichsten bräuchten, sanierte Häuser seien, und wesentlich mehr psychiatrische Betten und neue Anstalten. Den Impulsen aus den angelsächsischen Ländern, wo mit der Kennedy-Botschaft in den USA 1963 die Community-Mental-Health-Bewegung ausgerufen worden war und wo in England schon viel früher eine drastische Umstrukturierung der psychiatrischen Versorgung mit großem Erfolg in Angriff genommen worden war, mit der Schaffung von Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern und Tageskliniken und Übergangwohnheimen. Dort war Ende der 50er Jahre ein Regierungs-Plan verabschiedet worden war, der bis 1975 die Abwicklung der psychiatrischen Anstalten vorsah.

### **Allmählicher Stimmungswandel**

Dieser Plan konnte nicht eingehalten werden. Aber er war Anstoß zu großen Verän-

derungen der Versorgung. Solche Impulse hatten es in Deutschland schwer, weil sich hier niemand solche Veränderungen vorstellen konnte. Ein weiterer Grund bestand darin, dass im damaligen Deutschland eine Generation von Psychiatern das Sagen hatte, die zum einen noch mit der Vorstellung sozialisiert worden war, dass die deutsche Psychiatrie bis 1933, führend in der Welt sei. Zum ändern und das war schlimmer, war es eine Generation, die kein Englisch konnte. Deswegen blieb der Austausch mit den angelsächsischen Ländern durch Lektüre- und Reise-Tätigkeit zunächst gering. Erst seit Mitte der 60er Jahre änderte sich das allmählich. Es waren nur einzelne Psychiater, die England und Amerika besuchten. Aber das waren nicht die Wortführer der deutschen Psychiatrie. Sie hatten damals noch geringen Einfluss. Es ist wohl eher Zufall, dass sich das um 1968 herum änderte. Diejenigen, die jüngere Generation, die seit etwa 1955 ihr Abitur gemacht hatte, und in den 60er Jahren ihr Studium absolviert hatte, orientierte sich viel stärker am englischsprachigen Ausland, insbesondere an den Entwicklungen in den Vereinigten Staaten.

Mitte der 60er Jahre war auch die "Einführung in die Sozialpsychiatrie" von Hans Strotzka in der einflussreichen und verbreiteten Rowohlt's Deutschen Enzyklopädie (rde) erschienen. Heinz Häfner hatte Mitte der 60er Jahre den Lehrstuhl für Psychiatrie der Zweiten Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg in Mannheim übernommen. Die Abteilung hatte zunächst keine eigenen Betten. Sie betrieb die Heidelberger Tagesklinik weiter, eröffnete eine Poliklinik am Allgemeinen Krankenhaus in Mannheim, sowie eine gemeindepsychiatrische Abteilung, die von Nils Pörksen, meinem sozialpsychiatrischen Mentor, in Tübingen übernommen wurde, als er aus Harvard und Denver zurückkehrte.

Außerdem etablierte Häfner in Heidelberg eine sozialpsychiatrische Forschungsabteilung, die zwar nicht unmittelbar versorgungsorientiert war, aber die mit ihrem epidemiologischen Ansatz, Grundlagen für ein neues Denken schaffte. Das erste Großprojekt dieser Abteilung war die Replikation der Chicago-Studie von Faris und Dunham, die die unterschiedliche Häufigkeit psychischer Störungen in bestimmten Stadtbezirken zum Gegenstand hatte. Die Studie wurde in erster Linie von der Soziologin Helga Reimann vorangetrieben. Im Rückblick will es mir scheinen, dass die Sozialpsychiatrie und sozialpsychiatrisches Denken in der deutschen Psychiatrie erst einmal 1969 deutlich sichtbar wurden - einerseits in einer Reihe von Tagungen, unter

anderem in Homburg/Saar, in Mannheim und in Hamburg. Es erschien ein zweibändiger Sammelband zum Thema Sozialpsychiatrie (1969, hrsg. von Nikolaus Petrilowitsch, Mainz, und H. Flegel, Düsseldorf). Zu der Zeit war Kuhlenkampff schon von Frankfurt nach Düsseldorf gewechselt, wo er den dortigen Lehrstuhl am Rheinischen Landeskrankenhaus übernahm und dort ebenfalls einen sozialpsychiatrischen Schwerpunkt setzte. Er gründete auch die einzige deutsche Forschungsabteilung für Psychiatrie-Soziologie, die heute noch besteht.

## **Irrenhäuser**

1969 erschien auch Frank Fischers Taschenbuch "Irrenhäuser" im Desch-Verlag. Dieses Buch war von doppelter Bedeutung. Zum einen schilderte es erstmals in Deutschland aus der Perspektive eines Insiders, eines Lehrers, der sich als Hilfspfleger verdingt hatte, das Innenleben einer psychiatrischen Anstalt. Es war wichtig genug, als noch wichtiger erwies sich allerdings sein Sekundäreffekt. Das Buch hatte ein gewaltiges Medienecho, das erstmals eine Skandalisierung der psychiatrischen Krankenversorgung in Deutschland auf breiter Ebene bewirkte. Vorher hatte es dazu Einzelbeiträge gegeben. Aber jetzt war die Situation anders. Jetzt merkte auch die Politik auf. Die etablierte Psychiatrie vertrug die massive Kritik von allen Seiten nur schlecht. Erst ganz allmählich konnte sie sich dazu durchringen, einzuräumen, "ja, die Zustände sind so. Aber wir weisen es zurück, dass wir allein die Verantwortung dafür tragen. Wir haben unseren vorgesetzten Dienststellen und Trägern seit Jahren in den Ohren gelegen, die Zustände müssten verbessert werden, aber nichts ist geschehen."

Ich habe am Beispiel der Loccumer Tagung gezeigt, wie Gerd Mauz vom Spiegel mit dazu beigetragen hat, die Diskussionsebene in dieser Weise zu verlagern. Ich kann nicht im Einzelnen sagen, was alles dazu beigetragen hat, dass die Sozialpsychiatrie plötzlich "in" war. Vielleicht war einfach nur die Zeit reif, deren Veränderung sich außer in der Studentenbewegung und dem Regierungswechsel auf Bundesebene auf vielfache andere Weise zeigte, eben auch durch Unruhe innerhalb der Psychiatrie. Die erfolgreiche Initialzündung wurde im Laufe des Jahres 1970 zu einem wahren Kräfteschub. Über 1970, als Jahr der Tagungen - und damit meinte ich die sozialpsychiatrischen Tagungen - habe ich bereits berichtet. Sicher wären Heinz Häfner, Caspar Kuhlenkampff und Karl-Peter Kisker, von denen zwei heute nicht mehr leben,

Zeitzeugen darüber, was sich im Hintergrund alles abgespielt hat, um die Bewegung voranzubringen.

### **Wege zur Enquete**

Im Laufe des Jahres 1970 gab es parallel zur Bewegung in der sozialpsychiatrischen Szene nicht nur bei den Gruppierungen, die sich im Mannheimer Kreis zusammen gefunden hatten, sondern auch im Rahmen der etablierten Psychiatrie, erste Ansätze zur inhaltlichen und formalen Strukturierung der Reform Impulse. Den Protagonisten der Reform war es gelungen, den Gesundheitsausschuss des deutschen Bundestages zu einer Anhörung zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik zu bewegen. Diese fand im Oktober 1970 in Bonn statt. Und eine zweite Anhörung war für den Sommer 1971 im Landeskrankenhaus Emmendingen geplant. Das politische Ziel war es, eine Enquete zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik auf den Weg zu bringen. Zwischenzeitlich hatte sich im Januar 1971 die "Aktion psychisch Kranker" gegründet, die später institutioneller Träger der Enquete werden sollte. Häfner und Kulenkampff hatten bei ihren Bemühungen um die Reform politische Verbündete in allen Parteien gesucht.

Als wichtigster von ihnen sollte sich Walter Picard erweisen, ein CDU-Abgeordneter, der von psychischer Krankheit in der Familie betroffen war, und der sein gesamtes politisches Gewicht für die nächsten Jahre mit der Psychiatrie-Reform verbinden sollte, für die nächsten Jahrzehnte. Picard wurde auch erster Vorsitzender der "Aktion psychisch Kranke", Kulenkampff Stellvertreter. Kulenkampff, der von Düsseldorf als Landesrat für Gesundheit zum Landschaftsverband Rheinland in Köln gewechselt war, stand schon früh als psychiatrischer Vorsitzender der späteren Enquete-Kommission fest. Ich war durch einen für mich glücklichen Umstand von Anfang an bei der "Aktion psychisch Kranke" und deren Arbeit dabei. Auf Initiative von Manfred Bauer waren auch einige Vertreter der Assistentengeneration zur Gründungsversammlung eingeladen worden. Ich gehörte dazu. Als es an die Vorstandswahlen ging, wurde der Wunsch laut, die jüngere Generation möge auch im Vorstand vertreten sein. Er wurde abgewehrt. Ich verstand das auch gut. Denn keiner von uns hatte einen entsprechenden Leistungsnachweis.

Andererseits wollte man die Jüngeren nicht verprellen, die letzten Endes ja auch eine psychiatriepolitische Rechtfertigung gegenüber Mannheimer Kreis und DGSP brauchten, in dem etablierten Verein "Aktion psychisch Kranke" mitzuwirken. Ohne Einfluss war das schwer zu verkaufen. Irgendjemand kam dann auf die Idee, mich mit Zuständigkeit für Öffentlichkeitsarbeit zum Vorstand zu kooptieren. (So etwas wie einen Pressesprecher gab es damals noch nicht.) In der Tat gab es auch keine systematisierte Pressearbeit. Dafür hätte ich auch gar keine Zeit gehabt. Aber ich konnte die Tendenzen der Entwicklung erspüren und diese in meine Berichterstattung durch die Frankfurter Allgemeine Zeitung einbauen. Auf diese Weise nahm ich bis zum Beginn der Enquete an allen Vorstandssitzungen der Aktion teil. Als es dann soweit war, dass die Enquete strukturiert werden sollte, entstand eine ähnliche Situation wie ein Jahr vorher: Die Enquete-Kommission selber, eine Art Aufsichtsrat für die Enquete, war den etablierten Psychiatern vorbehalten.

Mir bot man die Stellung des Geschäftsführers an. Ich war zunächst ambivalent, lehnte das Angebot dann aber ab, weil ich dann meine Stelle in Tübingen hätte aufgeben müssen, bzw. mich von dort hätte beurlauben lassen müssen. Und mein Gefühl trog mich nicht, dass das nur für ein Jahr sein würde, und auch nicht halbtags, sondern ganztags für mehrere Jahre. Damit war ich dann nicht draußen. Aber davon später, wenn ich über die Konkretisierung der Enquete berichte.

### **Die Hearings des Gesundheitsausschusses**

Irgendwie mochten wir es gar nicht glauben, dass sich unser vieles Diskutieren plötzlich in konkreter Arbeit, wenngleich zunächst einmal nur Planungsarbeit, niederschlagen sollte. Wir wussten, die Enquete würde großes politisches Gewicht haben. Sie wurde nicht vom Gesundheitsausschuss in Auftrag gegeben, auch nicht vom Gesundheitsministerium. Sie erfolgte auf Beschluss des deutschen Bundestages, der im Herbst grünes Licht für die Psychiatrie-Enquete gab und die notwendigen Mittel für ihre Durchführung bereitstellte. Meine Vorstellung war es aufgrund meiner England-Erfahrungen und der Kenntnis der ganz so widersinnig erscheinen: Der Kranke, der nur geringe Aussichten hatte, in seine alte Umwelt zurückzukehren, mochte sich in der Isolierung eines säkularisierten Klosters leichter mit seinem Leben in Krankheit und Behinderung abfinden als in der ständigen Konfrontation mit einer Gesellschaft, die ihn ausgeschlossen hatte. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die unerträgliche

Überfüllung der psychiatrischen Krankenhäuser erst eine Erscheinung des 20. Jahrhunderts ist.

Um nur zwei Beispiele aus einer Reihe zu nennen, die beliebig verlängert werden könnte: Die Anstalt Lohr in Unterfranken wurde 1912 für 600 Kranke errichtet. 1970 war sie mit 1200 Patienten belegt, ohne dass nennenswerte bauliche Erweiterungen durchgeführt worden wären. Das psychiatrische Landeskrankenhaus Reichenau war im gleichen Jahr für 600 Patienten erbaut worden. 1967 war es mit fast 1000 Patienten belegt, nachdem inzwischen 2 der 12 Pavillon in einen Lagerschuppen und in eine Kirche umgewandelt worden waren.

Die gleichen Kriterien, die das herkömmliche psychiatrische Großkrankenhaus noch um die Jahrhundertwende als adäquate Institution zur Behandlung psychisch Kranker erscheinen ließen, verlangte seit Kriegsende eine Neustrukturierung der psychiatrischen Krankenversorgung im Sinne einer gemeindenahen Psychiatrie. Die Gesellschaft selber hatte sich während der letzten Jahrzehnte ebenso verändert wie der Wissensstand der Psychiatrie. Nicht zuletzt die Fortschritte der somatischen Behandlung psychiatrischer Erkrankungen trugen zu der Notwendigkeit der Umstrukturierung bei. Seit die Psychiatrie wirksame Behandlungsmethoden zur Hand hatte, verbrachten die meisten neu aufgenommenen psychisch Kranken auch in der Bundesrepublik nur noch vier bis zwölf Wochen in stationärer Behandlung, um anschließend in ihre alte Umwelt zurückzukehren.

“Die modernen Psychopharmaka haben beim Gros der Patienten erst die Voraussetzung für psycho- und soziotherapeutische Maßnahmen mit dem Ziel einer möglichst weitgehenden Resozialisierung geschaffen. Erst sie ermöglichten, eine von Anfang an auf Rehabilitation abzielende... Therapie und einen differenzierten Gesamtbehandlungsplan aufzustellen. Die Kombination der medikamentösen Behandlung mit der Sozio- und Psychotherapie und darüber hinaus eine Koordination der verschiedenen Therapie-Instanzen ist auch Vorbedingung für die angestrebte Umzentrierung der Psychosentherapie vom Krankenhaus auf halbambulante und ambulante Übergangseinrichtungen und auf die ambulante Praxis” (Huhn 1970).

Die verfügbaren Medikamente wirken nur symptomatisch. Auch psychotherapeutische und soziotherapeutische Verfahren haben ihre Grenzen. Die Krankheiten, mit

denen die Psychiatrie in der Hauptsache zu tun hat, sind chronisch rezidivierende Leiden geblieben. Um eine erfolgreiche Wiedereingliederung der Kranken in Familie und Beruf zu erreichen und um Rückfälle zu vermeiden, ist deshalb eine konsequente Nachsorge - eine sekundäre Prävention - unabdingbar. Die vorhandenen Großkrankenhäuser waren dem Wandel der psychiatrischen Krankenversorgung von ihrer Struktur her nicht gewachsen. Ihre bauliche Veralterung, ihre abgelegene Lage, ihre

### **Die Enquete beginnt**

Die Psychiatrie-Enquete auf den Weg zu bringen, war zunächst einmal eine organisatorische Hochleistung. Ich fasse noch einmal die Vorgeschichte zusammen, deren Fakten sich teilweise nicht mit meiner Erinnerung decken. Bereits im März 1970 wurde im Deutschen Bundestag ein Antrag mit der Forderung eingebracht, die Bundesregierung mit einer umfassenden Untersuchung über die psychiatrische/psychohygienische Versorgung der Bevölkerung zu beauftragen. Im April wurde der Antrag im Plenum behandelt und an den Ausschuss für Jugend, Familie und Gesundheit überwiesen. Nach den beiden Anhörungen im Herbst 1970 und im Frühjahr 1971 wurde schließlich am 23. Juli 1971 die Enquete in Auftrag gegeben.

Die Enquete-Kommission wurde alsbald von der zuständigen Bundesministerin, Frau K. Strobel, berufen. Aufgrund welcher Kriterien geht aus den Berichten nicht hervor. Die sachverständige Kommission konstituierte sich bereits im August 1971 mit Professor Caspar Kulenkampff als Vorsitzendem und Professor Heinz Häfner sowie Doktor Siede als Vertreter der Länder und Professor Degkwitz als Präsident der DGPN. Die Kommission bestand zunächst aus 19 Mitgliedern und wurde später, teilweise auf Anregung des Bundesministeriums, teils auf Anregung der Sachverständigen-Kommission selber im Laufe der Zeit um sechs Mitglieder erweitert. Die Geschäftsführung wurde von "Aktion Psychisch Kranke" getragen. Zu diesem Zweck wurde bei dieser Aktion ein Büro mit einem Geschäftsführer und mehreren Mitarbeitern eingerichtet.

Die Kommission wiederum hatte eine ganze Anzahl von Arbeitsgruppen zu den Themen "Ausbildung und Personal", "extramurale Dienste", "intramurale Dienste", "Ist-Daten", "Gerontopsychiatrie", "Kinder- und Jugendpsychiatrie", "Nomenklaturkommission", "Psychotherapie/Psychosomatik", "Rechtsfragen", "Suchtkranke", zu-

sätzlich Expertenteams, die sich mit dissozialen Jugendlichen, Epilepsie, Forschung, geistig Behinderten, Information und Planung sowie psychisch kranke Straftäter befassten. Plötzlich gab es verschiedene Beiräte, so einen der Ländervertreter, einen weiteren der Trägerverbände.

Ab Anfang 1974 wurden sieben spezielle Arbeitsgruppen "Psychotherapie/Psychosomatik" geschaffen. Dazu gab es spezielle Gruppen zur Koordination und zur Harmonisierung von Problemen. Die große Ausweitung der Psychotherapie-Arbeitsgruppen kam aufgrund einer Intervention von Horst Eberhard Richter und der Therapeutenverbände im Herbst 1973 zustande. Ihr Bericht wurde zwar in den Hauptteil der Enquete integriert. Es gelang jedoch nicht, diesen Bericht von der Gesamtkommission zu verabschieden. Das mag ein Hinweis auf wiederkehrende und anhaltende Spannungen sein. Alles in allem wirkten um die 200 Mitglieder verschiedener in der Psychiatrie Tätiger, Berufsgruppen aus Praxis, Klinik, Forschung und Lehre an der Enquete mit. Innerhalb der Gesamtlauzeit der Enquete von Herbst 1971 bis Sommer 1975, also fünfzehn Jahre, kam es zu zahlreichen Wechseln.

Zudem wurden zahlreiche Gutachten in Auftrag gegeben, davon verschiedene an ausländische Experten, vor allem aus England und den USA. Außerdem wurden zahlreiche Informationsreisen ins europäische Ausland, einschließlich der Sowjetunion, durchgeführt.

### **Der Zwischenbericht: "Unter elenden, menschenunwürdigen Umständen"**

Im Herbst 1973 wurde ein Zwischenbericht vorgelegt, im Sommer 1975 schließlich der Endbericht, der in zwei Bänden auf 1800 Seiten im A4-Format als Bundestagsdrucksache (7/4201) vorliegt. Die wichtigsten Impulse, aber auch der Schwerpunkt der Arbeit wurden in den Jahren 1972 und 1973 bis zum Abschluss des Zwischenberichtes vermittelt. Danach, so schien es, hatte die Gesamtkommission Angst vor der eigenen Courage.

Der Zwischenbericht war Gegenstand einer Tagung im Oktober 1973 in der evangelischen Akademie Bad Boll. Über die Tagung und den Bericht habe ich damals einen Beitrag für die Frankfurter Allgemeine Zeitung geschrieben (6.11.1973), der im Folgenden wiedergegeben sei.

„Schwerwiegende Mängel bei der Versorgung der psychisch Kranken in der Bundesrepublik offenbart der Zwischen Bericht der Enquete-Kommission, der in der vergangenen Woche, wie berichtet, von der Bundesregierung dem Parlament zugeleitet worden ist. Die Sachverständigenkommission, die über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik berichten soll, war 1971 im Anschluss an zwei öffentliche Anhörungen auf Antrag aller drei Fraktionen des Bundestages eingesetzt worden. In ihrem ersten Zwischenbericht, den sie nach zweijähriger Arbeit auftragsgemäß vorlegt, wird festgestellt, „dass eine sehr große Anzahl psychisch Kranker und Behinderter in den stationären Einrichtungen unter elenden, zum Teil als menschenunwürdig zu bezeichnenden Umständen“ leben müssen. „Überalterung der Bausubstanz, katastrophale Überfüllung in diesen Bereichen, Unterbringung in Schlafsälen, unzumutbare sanitäre Verhältnisse und allgemeine Lebensbedingungen, vor allem für chronisch Kranke, kennzeichnen einen gegenwärtigen Zustand, dessen Beseitigung nicht einfach auf unabsehbare Zeit verschoben werden kann“, wird gesagt.

Zahlen aus dem Landschaftsverband Rheinland belegen diese Verhältnisse beispielhaft. Ein Viertel der 12 000 psychiatrischen Betten des Landschaftsverbandes entstand vor der Jahrhundertwende, ein Achtel ist abbruchreif. Legt man eine Polizeiverordnung aus dem Jahre 1953 zugrunde, so ergibt sich eine durchschnittliche Überbelegung der Landeskrankenhäuser um mehr als 35 Prozent. Zwei Drittel der Patienten sind in Räumen mit mehr als fünf Betten untergebracht, 40 Prozent in Sälen mit mehr als zehn Betten. Der Anteil der Kranken, die in Schlafsälen mit mehr als zwanzig Betten leben müssen, beträgt immerhin noch mehr als ein Zehntel. Im Durchschnitt steht für elf Patienten ein WC zur Verfügung. Tausende von Patienten schlafen auf Matratzen, die mit Seegras gefüllt sind. Tausende haben keinen eigenen Schrank - also keinen Platz für die Aufbewahrung ihres ohnehin bescheidenen Eigentums sowie der Gegenstände des täglichen persönlichen Gebrauchs.

### **Brutale Realität**

Diese willkürlich herausgegriffenen, aber dennoch charakteristischen Daten dokumentieren die brutale Realität von Lebensverhältnissen, die „die angemessene Befriedigung humaner Grundbedürfnisse“ in den psychiatrischen Einrichtungen nicht gewährleisten. Diese Zahlen sind deshalb von besonderer Bedeutung, weil die meis-

ten der psychiatrischen Patienten immer noch in den Krankenhäusern eingeschlossen und weil etwa zwei Drittel der Betten nicht vorübergehend, sondern von chronisch Kranken jahrelang, manchmal jahrzehntelang belegt sind. Das psychiatrische Krankenhaus ist also der einzige Lebens- und Entfaltungsbereich der Patienten.

Die wichtigste Forderung der Sachverständigenkommission gilt daher den unerlässlichen "Sofortmaßnahmen zur Befriedigung humaner Grundbedürfnisse": Ersatz unzumutbar baufälliger Substanz; Bereitstellung von Sondermitteln für Renovierungsmaßnahmen; Gewährleistung eines Grundstandards allgemeiner Lebensbedingungen (ausreichende sanitäre Ausstattung, eigener Nachttisch, Schrank für das Eigentum der Kranken, angemessene Möblierung, Ermöglichung des Tragens eigener Kleidung; gerechte Entlohnung für Patienten, die in psychiatrischen Krankenhäusern Arbeit leisten. Zur Entlohnung sei angemerkt: die Wirtschaftsabteilung eines großen psychiatrischen Krankenhauses hat errechnet, dass sie durch Patientenarbeit jährlich zwei Millionen Mark an Löhnen einspart (!). Es scheint bezeichnend zu sein für die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik, dass für die Realisierung derartiger Selbstverständlichkeiten eine Sachverständigenkommission und eine Enquete notwendig sind.

Die Kommission lässt in ihrem Bericht keinen Zweifel daran, dass solche Sofortmaßnahmen allenfalls geeignet sind, die schlimmsten Missstände zu beheben. Letztlich sind die Mängel in der psychiatrischen Versorgung strukturell bedingt, etwa dadurch, "dass sie eine überkommene Organisation ihres Krankenhauswesens aufzuweisen hat, die den heutigen therapeutischen und rehabilitativen Erfordernissen nicht mehr gerecht wird" oder dadurch, dass das psychiatrische Krankenhauswesen in der Bundesrepublik "sich weitgehend neben dem allgemeinen Krankenhauswesen entwickelt hat". Dem Akut-Krankenhausbereich steht nur eine minimale, völlig unzureichende Anzahl psychiatrischer Krankenhausbetten zur Verfügung. Die überwiegende Zahl psychiatrischer Krankenhausbetten ist in Fach- und Sonderkrankenhäusern untergebracht, die über keine direkte Verbindung zu Krankenhausabteilungen anderer medizinischer Fächer verfügen.

Diese historisch bedingte Sonderstellung entspricht nicht mehr den Möglichkeiten und Erfordernissen moderner Psychiatrie. Sie steht vor allem der wachsenden interdisziplinären Verzahnung mit den anderen Gebieten der Medizin und dem Anschluss

des psychiatrischen Gesundheitswesens an den allgemeinen medizinischen Standard im Wege.

Die Sachverständigenkommission vertritt deshalb diese Auffassung: "Die psychiatrische Krankenversorgung ist grundsätzlich ein Teil der allgemeinen Medizin. Demgemäß muss das System der psychiatrischen Versorgung in das bestehende System der allgemeinen Gesundheitsvorsorge und -fürsorge integriert werden. Dem seelisch Kranken muss prinzipiell mit den gleichen Rechten und auf dem gleichen Wege wie dem körperlich Kranken optimale Hilfe unter Anwendung aller Möglichkeiten ärztlichen, psychologischen und sozialen Wissens gewährleistet werden."

Langfristig fordert die Kommission die Neuordnung der psychiatrischen Krankenversorgung durch Angliederung von psychiatrischen Abteilungen an allgemeine Krankenhäuser, durch Verkleinerung, Neuordnung und Festlegung von Einzugsgebieten für stationäre psychiatrische Versorgungseinrichtungen in Analogie zu den Einteilungen in der übrigen Medizin. "Für die Psychiatrie ist eine derartige strukturelle Umorganisation gerade deshalb von entscheidendem Belang, weil die Erfordernisse gemeindenaher psychiatrischer Versorgung mit ihren vielfältigen extramuralen Aufgaben (Vorsorge, Krisenintervention, Nachsorge, Rehabilitation...) nur in überschaubaren geographischen Bereichen verwirklicht werden können. Dazu setzt die Kommission Orientierungsdaten.

### **Dezentralisierung**

Die psychiatrische Grundversorgung soll unter Zusammenarbeit aller Beteiligten in Versorgungsgebiete aufgeteilt werden, deren Größe zwischen 100 000 und 350 000 Einwohnern liegt und deren Behandlungseinrichtungen für alle Einwohner leicht erreichbar sind. In der Regel sollen sich die Versorgungsgebiete mit politisch oder natürlich gegebenen Einheiten (Stadtteile, Gemeinde, Kreise) decken.

Mittelpunkt der Versorgungsgebiete soll die psychiatrische Abteilung am allgemeinen Krankenhaus oder das psychiatrische Behandlungszentrum sein, für das eine Größe von 200 Betten als optimal angesehen wird, das eine Größe von 600 Behandlungsplätzen jedoch keinesfalls übersteigen sollte.

Die Standardversorgungsbetriebe sollten darüber hinaus neben ambulanten Diens-

ten teilstationäre Einrichtung wie Tageskliniken, Nachtkliniken, Übergangs- und Wohnheime, andere beschützende Wohnangebote, beschützende Werkstätten und Rehabilitationszentren bereitstellen.

Besonderes Gewicht wird auf Einrichtungen für geriatrische Patienten mit Diagnosezentren, kurzfristigen Hospitalisierungsmöglichkeiten zur Intensivtherapie, Polikliniken, Tageskliniken und vor allem Altenkrankenheimen gelegt.

### **Spezialabteilungen**

Suchtkranke sollen in Spezialabteilungen, die möglichst eng mit psychiatrischen Abteilungen verbunden sind, in Fachambulanzen und von Beratungsstellen behandelt und bereut werden. Für geistig Behinderte, für Kinder- und Jugendpsychiatrie, für psychisch kranke Rechtsbrecher, Epileptiker, mehrfach und Schwerstbehinderte werden besondere Einrichtungen gefordert, die zum Teil über die Grenzen der Standardversorgungsbereiche hinausgreifen.

Zur Realisierung dieser Forderungen verlangt die Kommission eine bessere Koordination der psychiatrischen Versorgung als bisher, die Sicherstellung von Fachaufsicht und überregionale Planung. "Weitaus mehr als alle anderen medizinischen Fächer ist die Psychiatrie mit nichtmedizinischen Einrichtungen und Diensten verflochten... Ein Hauptmangel des derzeit bestehenden Versorgungssystem und einer der Gründe, weshalb eine durchgreifende Reform bisher nicht vollzogen wurde, ist das Fehlen einer wirksamen Koordination im System der beratenden, betreuenden und therapeutischen Angebote für psychisch Kranke und Behinderte. Es sollten deshalb geeignete Koordinierungsgremien, auf Länderebene Planungskommission oder psychiatrische Beiräte gebildet werden, die in Anlehnung an vergleichbare Modell in Nachbarländern "bei der Planung und beim stufenlosen Ausbau der psychiatrischen Krankenversorgung nach übergeordneten Gesichtspunkten" mitwirken und für die Überprüfung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlungseinrichtungen und Programme sorgen sollten.

Weitere Empfehlungen der Sachverständigen erstrecken sich auf die Vermehrung des Personals in den psychiatrischen Einrichtungen sowie auf die Verbesserung von Aus-, Fort- und Weiterbildung.

## **Ambulante Versorgung**

Bei der ambulanten Versorgung vertritt die Sachverständigenkommission nachdrücklich die Ansicht, "dass stationär psychiatrische Einrichtung grundsätzlich die Möglichkeit ambulanter, untersuchender und behandelnder Tätigkeit erhalten müssen. Diese ambulante Tätigkeit bezieht sich zu gegenwärtigen Zeitpunkt auf die Wahrnehmung folgender Aufgaben: Nachsorge und weitere Maßnahmen der Rehabilitation sowie ambulante Untersuchung und Behandlung zur Vorbeugung von Rückfällen als auch zur Verhütung von stationären Aufnahmen, außerdem Krisenintervention, konsiliatorische Betreuung und Behandlung.

Die Forderung nach ambulanter Tätigkeit der psychiatrischen Kliniken entspricht keinesfalls dem Bestreben, die Aufgaben des frei praktizierenden, niedergelassenen Nervenarztes auszuhöhlen. Erfahrungen an den bestehenden Ambulanzen (Polikliniken) der Universitätskliniken zeigen, dass bedenkliche Konkurrenzsituationen mit den niedergelassenen Nervenärzten am Ort trotz hoher Behandlungsfrequenzen nirgendwo entstanden sind. Es gibt vielmehr ein in vielfacher Hinsicht fruchtbares Zusammenwirken.

Die Sachverständigenkommission trägt damit der grotesken Situation Rechnung, dass die öffentlichen psychiatrischen Großkrankenhäuser in der Bundesrepublik zwar verpflichtet sind, innerhalb ihrer Einzugsgebiete Fachärzte zur Außenfürsorge einzusetzen, dass diese Ärzte bei der Ausübung ihrer Tätigkeit jedoch nur beraten und nicht behandeln dürfen.

Da die Grenze zwischen Beratung und psychotherapeutischer Behandlung in der Psychiatrie fließend sind, bedeutet das letztlich, dass sie keine Rezepte ausstellen dürfen, mit anderen Worten, dass sie den Patienten nach der fachärztlichen Beratung mit einer Empfehlung an den Hausarzt zurückweisen müssen, damit er die notwendigen Medikamente erhält - ein umständliches, mit langen Wartezeiten verbundenes Verfahren, das nicht selten Kranke veranlasst, die Behandlung abubrechen und das Risiko von Rückfällen zu vergrößern. Weitere Empfehlungen der Sachverständigen erstrecken sich auf die Vermehrung des Personals in den psychiatrischen Einrichtungen sowie auf die Verbesserung von Aus-, Fort- und Weiterbildung.

Die Kommission lässt keinen Zweifel daran, dass - abgesehen von den Sofortmaßnahmen - Jahre vergehen werden, bis ihre Empfehlungen auch nur ansatzweise realisiert sind. Es ist zu hoffen, dass die vorzeitig aus dem Gesundheitsministerium bekannt gewordene Äußerung, dass bis dahin "eine Generation" vergehe, von Frau Bundesgesundheitsministerin Focke revidiert werden wird. Aber selbst dann, wenn Bundesregierung und Bundestag in einer Angelegenheit, die überwiegend Ländersache ist, unverzüglich Schritte zur Abhilfe einleiten würden, müssten sich die am meisten Betroffenen, die psychisch Kranken in der Bundesrepublik, gedulden. Deshalb muss es befremden, dass der Bericht der Sachverständigenkommission der inneren Struktur innerhalb der Psychiatrie so wenig Beachtung schenkt.

Es ist Angelegenheit der Psychiatrie und der Psychiater, unnötig geschlossene psychiatrische Krankenhausstationen - und davon gibt es Hunderte - zu öffnen. Es ist Angelegenheit der Psychiatrie, neben der Behandlung mit Psychopharmaka moderne aktivierende soziotherapeutische Verfahren, etwa im Sinne der therapeutischen Gemeinschaft, einzuführen,

um auf diese Weise einmal den Kranken mehr innere und äußere Freiheit zu vermitteln und zum anderen attraktiver für geistig bewegliches Personal zu werden. Es ist Angelegenheit der Psychiater, die schamlose Ausbeutung von chronisch psychisch Kranken, die in den Wirtschaftsbetrieben der Großkrankenhäuser arbeiten, durch Widerstand gegen die Verwaltungen zu unterbinden (Professor F. Reimer, Direktor des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weisberg, stellt vor einiger Zeit fest: "Wenn unter unseren Patienten eine Grippeepidemie ausbricht, brechen die Versorgungsbetriebe des Krankenhauses zusammen!").

Es ist schließlich Angelegenheit der Psychiatrie, die weithin noch feudalistischen Strukturen, die sich innerhalb der Krankenhäuser in den Beziehungen zwischen leitenden und nachgeordneten Ärzten, zwischen Ärzten und Pfleger, Pflegern und Patienten niederschlagen, durch sachgerechte Organisationsprinzipien und Kommunikationsformen zu ersetzen. Geschieht das nicht, wird es weiterhin nichtmöglich sein, vorhandene Planstellen zu besetzen, allgemein moderne Behandlungsprinzipien anzuwenden und die therapeutischen Möglichkeiten der gegenwärtigen Psychiatrie selbst innerhalb der Grenzen der oben geschilderten "Brutalen Realität" auszuschöpfen§" (FAZ 6.11.73).

## **Die Arbeitsgruppe Intramurale Psychiatrie**

Bei Licht betrachtet war unsere Arbeitsgruppe mit dem Namen intramurale (mural von murus "die Mauer") Psychiatrie die Kerngruppe der Psychiatrie-Enquete. Die Verhältnisse in den psychiatrischen Krankenhäusern bzw. Anstalten waren der Anlass für die Enquete gewesen. Die Arbeitsgruppen Psychiatrie, Sucht (mit Schwerpunkt Alkohol; damals spielten Drogen praktisch keine Rolle), geistig Behinderte und die Expertengruppe Forensische Psychiatrie befassten sich mit Spezialaspekten dieser intramuralen Psychiatrie. Die komplementäre Arbeitsgruppe "Extramurale Psychiatrie" bezog ihr Gewicht aus der Vorstellung Unterforderung, dass die nicht stationäre psychiatrische Versorgung in Zukunft eine zentrale Rolle spielen sollte, eine wesentlich größere, als bis dahin üblich und möglich.

Die Bezeichnungen ("extramural") deutet aber darauf hin, dass das Denken damals um die Behandlung und Versorgung in Kliniken und Anstalten kreiste. Bis dahin bestand die extramurale Versorgung ja vor allem aus der ambulanten Behandlung beim Nervenarzt. Alternativen dazu spielten zahlenmäßig keine Rolle. Das galt für Tageskliniken, das galt für Übergangwohnheime, das galt für ambulante Rehabilitations-Einrichtungen, das galt für die sozialpsychiatrischen Dienste bei Gesundheitsämtern, bei anderen Trägern. Lediglich Dauerwohnheime für psychisch Kranke gab es damals auch schon - viele davon mit zweifelhaftem Ruf: umgewandelte Einrichtungen für Tuberkulose Kranke, in die die psychisch Kranken damals aus manchen Bundesländern fernab von ihren Heimatorten untergebracht wurden, z. B. chronisch Kranke aus Nordrheinwestfalen im Schwarzwald.

Unsere Arbeitsgruppe bestand aus zwölf Personen, darunter drei Chefs von Landeskrankenhäusern (Professor Fritz Reimer aus Weinsberg bei Heilbronn, Eberhard Kluge aus Warstein in Westfalen und Professor Walter Theodor Winkler aus Gütersloh, ebenfalls Westfalen), dazu kam Gottlieb Sauter, der Psychiatrie-Dezernent Baden Württembergs aus Stuttgart, die Oberschwester des psychiatrischen Krankenhauses Weissenau bei Ravensburg, Frau U. Zichel, eine Sozialarbeiterin aus Eickelborn in Westfalen, Frau Matern, den Psychologen und Rehabilitationspraktikern E. Willis aus Weinsberg und W. Strehse aus Bethel, Professor Rudolf Degkwitz aus Freiburg als Lehrstuhlinhaber und als Vertreter der Enquete-Kommission - und mir - wobei Degkwitz nicht an allen Sitzungen teilnahm und etwa 1973 ausschied, nach-

dem er sein Amt als Vorsitzender der DGPN abgegeben hatte. Für Spannung war also gesorgt.

Ich verstand mich in der Anfangszeit als Antipode, sowohl von Degkwitz wie von Sauter - vor allem von Degkwitz, der eine völlig andere Richtung der Psychiatrie-Reform vertrat: die Anstalten sollte verbessert - "klinifiziert" - und baulich saniert werden. Ansonsten aber sollte alles beim Alten bleiben. Über mehrere Jahre versuchte ich bei allen Veranstaltungen, bei denen Degkwitz als Redner auftrat, ebenfalls anwesend zu sein und mir mit ihm in der Diskussion ein Hase-und-Igel-Spiel zu liefern. Das führte allerdings langfristig nicht zu mehr Feindseligkeit, sondern zu einem Mindestmaß an gegenseitigem Verständnis und auf lange Sicht zu gegenseitiger Wertschätzung. Ähnlich verlief meine Entwicklung gegenüber Gottlieb Sauter, von dem ich anerkannte, dass er nach bestem Gewissen versuchte, seine Arbeit zum Psychiatrie-Dezernent unter ungünstigen Bedingungen zu bewerkstelligen. Und sein Arbeitsfeld waren nun mal die Anstalten. Der Konfliktpunkt zwischen ihm und mir, und den anderen Baden-Württembergern übrigens auch, war der Neubau von Hirsau.

Ich erinnere mich an eine Besprechung, zu der er Tübinger Studenten vom SPAK und mich nach Stuttgart eingeladen hatte und bei der er hilflos die Arme verwarf und ausrief: "Besorgen Sie mir ein Grundstück in Stuttgart, und ich baue Ihnen das neue Krankenhaus auf den Schlossplatz." Die Beziehung zwischen ihm und mir verbesserte sich in den fünf Jahren der Psychiatrie-Enquete ebenfalls. Dazu trugen sicher auch zahlreiche Bahnfahrten von Stuttgart nach Bonn und zurück in erheblichem Maße bei. Natürlich bewegten sich alle Teilnehmer in den Arbeitsgruppen-Sitzungen. Fünfzehn waren es in den vier aktiven Tagungsjahren, die meisten davon am Anfang; jede dauerte drei bis vier Tage.

### **Bewegung in den Kliniken**

Wie das bei solchen lang gezogenen Projekten häufiger vorkommt, bewegte sich vieles von dem, was wir anstrebten, längst vor dem Abschluss des Berichts der Enquete-Kommission. Einiges war noch vor dem Zwischenbericht in Bewegung geraten. Möglicherweise trugen dazu auch die drastischen Formulierungen bei, die in unserer Gruppe für die Beschreibung der gegenwärtigen Zustände gefunden wurden. Die Formel von der brutalen Realität, der Verhältnisse in den Krankenhäusern wurde

von Eberhard Kluge geprägt, und von uns gemeinsam mit harten Fakten unterlegt. Der Begriff von den elenden, menschenunwürdigen Umständen hat wohl keinen einzelnen Urheber. Von heute aus betrachtet, habe ich den Eindruck, dass die Psychiatrie-Verantwortlichen in den meisten Bundesländern auf solche deutlichen Worte gewartet hatten. Dabei war es bestimmt hilfreich, dass sie von einer gewichtigen Kommission kamen, die im Auftrag des Deutschen Bundestages arbeitete.

Überall wurden Notmaßnahmen auf den Weg geschickt und innerhalb von kurzer Zeit verwirklicht, und unhaltbare sanitäre Verhältnisse wurden behoben, übergroße Säle wurden geteilt. Es wurden Voraussetzungen geschaffen, die Privatsphäre für möglichst viele Patienten in möglichst großem Umfang zu gewährleisten, insbesondere natürlich die Intimsphäre. Erste Maßnahmen zur Reduktion der Überbelegung? durch die Schaffung von akzeptablen Heimen in Wohnortnähe und durch die Nutzung von ehemaligen Personalwohnheimen, Wohnungen in den Anstalten für Patienten. Bei Besuchen in zahlreichen Anstalten spürten wir, dass sich etwas bewegte, langsam zwar, aber immerhin. Es wehte ein neuer Wind, der zunehmend von dem Bewusstsein getragen wurde, dass es so nicht weiter gehen könnte. Da der große Wurf nirgendwo greifbar war, traute man sich auf diesem Hintergrund endlich, zu improvisieren und die Lage der Kranken zu verbessern.

Wir haben dabei keineswegs übersehen, dass es zunächst die rückwärtsgewandte und gegenwartsbezogene Analyse der Lebens-, Behandlungs- und Arbeitsbedingungen in den klassischen psychiatrischen Krankenhäusern war, die die ersten Impulse zur Veränderung setzten. Wir vergaßen darüber nicht, unsere eigentliche Aufgabe, nämlich ein System der künftigen stationären psychiatrischen Versorgung zu entwickeln, aber natürlich unter der Berücksichtigung der künftigen "komplementären" teilstationären und ambulanten Dienste.

## **Differenzen**

Darüber gab es natürlich angesichts der Zusammensetzung der Kommission und der unterschiedlichen Ausgangslage der einzelnen Mitglieder massive Differenzen. Die einen wollten, so war das auch in unserer Arbeitsgruppe, die Krankenversorgung verbessern, aber im Grunde nicht reformieren. Die anderen, zu denen ich anfangs auch gehörte, wollten eine andere Psychiatrie mit ganz anderen Institutionen. Für

uns lag die Zukunft bei den psychiatrischen Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern, nach englischem Vorbild, bzw. nach integrierten psychiatrischen Gemeindezentren nach amerikanischem Vorbild. Im Lauf der Jahre näherten sich unsere Standpunkte an einander an. Die Konservativen waren bereit einzuräumen, dass psychiatrische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern eine gute Sache sein könnten. Wir waren bereits zu konzedieren, dass man "nicht mit dem Hammer reformieren" sollte (wie Kisker das einmal formulierte) und auch nicht mit der Planierdraht. Wir waren bereit zu konzedieren, dass die gewachsenen psychiatrische Kliniken in Stadtnähe eine Zukunft haben sollten, drastisch verkleinert und ergänzt durch ambulante und teilstationäre Einrichtungen. Wir waren uns einig darüber, dass die psychiatrischen Behandlungsfeldern entsprechend den Vorstellungen der WHO-Arbeitsgruppe zur psychiatrischen Krankenversorgung in Europa, deren Mitglied ich gewesen war, differenziert werden sollten. Für psychisch kranke Kinder und Jugendliche, erwachsene psychisch Kranke, psychisch kranke alte Menschen, geistig Behinderte, Suchtkranke und für psychisch kranke Rechtsbrecher. Wir waren uns zum Schluss auch einig darüber, dass Krankenhäuser bzw. Krankenhausabteilungen für bestimmte Versorgungsgebiete, so genannte Sektoren, mit 150 bis 250 Tausend Einwohnern, eine psychiatrische Pflichtversorgung leisten sollten, dass die Krankenhausabteilungen die neu zu gründenden Krankenhausabteilungen entsprechend groß sein sollten, um diese Aufgabe übernehmen zu können. Nicht einig wurden wir uns bis zum Schluss, wie groß die entsprechenden Klinikabteilungen dafür sein mussten. Die Bandbreite bewegte sich zwischen 80 und 300 Betten.

### **Der Abschlussbericht**

Im Abschlussbericht (vgl. Finzen/Schädle-Deiningner 1976) legte sich die Kommission, an die wir nur zuliefern durften, 180 bis 200 Betten fest. Diese Dimension erschien den Progressiven als geradezu absurd, als Verhinderungsmaßnahme für solche Abteilungen. Es war schlicht nicht vorstellbar, dass allgemeine Krankenhäuser mit einer Größe von 2 bis 300 Betten, psychiatrische Abteilungen mit ebenfalls 2 bis 300 Betten angliedern würden. Wir rieten, auch gegenüber der DGSP, von offenen Protesten gegen die Vorschläge der Kommission ab, weil wir uns intern einig waren, dass zum Schluss die Krankenhausabteilungen 80 bis 120 Betten sich durchsetzen würden, zum einen, weil das gangbar war, zum anderen, weil, unseren Erwartungen

entsprechend, für einen Versorgungsbezirk nicht mehr klinische Betten benötigt würden. Das galt insbesondere nach der Differenzierung der Versorgung für geistig Behinderte und der Entwöhnung von Alkoholkranken und nach dem Ausbau der ambulanten Betreuung von chronisch psychisch Kranken.

Die Bilanz von fünf Jahren Arbeit an der Psychiatrie-Enquete war inhaltlich erwartungsgemäß das, was wir 1970 in der Loccumer Resolution zusammengefasst hatten. Dennoch hatte, soweit ich das übersehen, keiner von uns das Gefühl, in sinnloser Weise Kärnerarbeit geleistet zu haben. Wir waren uns bewusst, dass wir mit unserer Arbeit im ganzen Land eine Multiplikatorenfunktion gehabt hatten und vieles angestoßen hatten, das bis dahin still gestanden war. Wir hatten nicht fünf Jahre Theoriearbeit geleistet, der dann die Umsetzung in die Praxis folgen sollte. Die praktische Arbeit hatte längst begonnen.

Sie musste nach der Formulierung der Psychiatrie-Enquete nur fortgeführt werden. Das aber fiel leichter, weil die Verantwortlichen allenthalben sich auf die Psychiatrie-Enquete berufen konnten. Das sollte aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Enquete aus heutiger Sicht eher ein konservatives Dokument war. Wir alle hatten uns in vieler Hinsicht nicht von der Krankenhaus- bzw. Betten-Zentrierung der Psychiatrie gelöst. Für uns alle war das Heim zunächst die natürliche Alternative zur Chronisch-Kranken-Versorgung. Ich weiß gar nicht, ob Wohngemeinschaften für Behinderte überhaupt angesprochen wurden.

Gänzlich fehlte die Möglichkeit des betreuten Einzelwohnens. Auch im ambulanten Bereich wurden als Alternative zur nervenärztlichen Praxis gerade einmal die Instituts-Ambulanz an der Klinik und der sozialpsychiatrische Dienst an Gesundheitsämtern angedacht. Die Vielfalt der Möglichkeit frei gemeinnütziger Träger hatten wir uns nicht ausmalen können. Und schließlich: es gab damals keine Angehörigen-Bewegung und keine Angehörigen-Vereinigungen und entsprechend keine Angehörigen-Selbsthilfe. Dass die psychisch Kranken selber sich organisieren und zu Selbsthilfevereinigungen oder sogar zu einer politischen Interessenvertretung zusammenschließen könnten, daran hat damals vermutlich keiner von uns gedacht. Allerdings sollten wir darüber nicht vergessen, dass die Enquete mit dem Anstoß der offiziellen Psychiatrie-Leitlinien von Schutz und Verwahrung zu Therapie und Rehabilitation und zur Respektierung der Patientenrechte im Sinne unserer Verfassung Vo-

raussetzung dafür schuf, dass beide Bewegungen entstehen konnten.

### **Die Jahre danach: Verbesserung oder Reform?**

Mit der Ablieferung der Psychiatrie-Enquete an den Deutschen Bundestag im Sommer 1975 wurde nicht plötzlich alles besser. Der Beginn der Enquete an vielen Orten, auch in vielen Anstalten, das Signal zum Aufbruch. Wir, die wir uns alle paar Wochen in Bonn zu unseren Arbeitssitzungen trafen, waren verblüfft, was sich so alles tat, was fünf Jahre zuvor noch für unmöglich, für unrealistisch oder gar für Traumtänzerie gehalten worden war. Das hing gewiss auch mit der Organisation der Enquete durch Kulenkampff und die Kommission zusammen. Die annähernd 200 Fachleute unterschiedlicher Berufsgruppen aus allen Teilen der damaligen Bundesrepublik die an der Enquete mitwirkten, hatten zuhause Impulse vermittelt, dass doch nun endlich etwas geben müsste. Auch die Trägerverbände der damaligen Anstaltspsychiatrie waren endlich wach geworden und stellten Mittel für Basissanierungsprogramme zur Verfügung, die vorher angeblich nicht vorhanden waren.

Nach Ablieferung des Berichts an das Parlament setzte eher Ernüchterung ein. Viele warteten nun darauf, dass ein großes Projekt in Gang gesetzt werden würde. Aber das ließ auf sich warten. Zunächst gingen die Dinge ihren parlamentarischen Gang. Der Bundestag forderte durch den Gesundheitsausschuss eine Stellungnahme der Bundesregierung ein. Die aber nahm sich vier Jahre Zeit. Das hing sicher auch damit zusammen, dass die Krankenversorgung im wesentlichen Ländersache ist, dass der Bund die Länder deshalb konsultieren musste. Es hing aber auch damit zusammen, dass einige Empfehlungen der Kommission umstritten waren, weil sie angeblich den Geruch von Staatsmedizin hätten: am heftigsten die Sektorisierung und die Einrichtung von sozialpsychiatrischen Diensten mit Behandlungsrecht sowie die Einrichtung von Institutsambulanzen. Beide wurden in den meisten Bundesländern blockiert. Das änderte sich auch nach der Stellungnahme der Bundesregierung nicht. Ein großes Modellprogramm mit einer halben Milliarde DM an Fördermitteln beispielsweise wurde nur von den SPD-regierten Bundesländern in Anspruch genommen.

Mich wunderten die Verzögerungen nicht, hatte ich doch schon 1973 in meiner Tübinger Antrittsvorlesung Geduld angemahnt: „Die internationale Entwicklung, aber auch Tendenzen der deutschen Psychiatrie lassen es heute als sicher erscheinen,

dass die Zukunft der psychiatrischen Krankenversorgung bei der gemeindenahen Psychiatrie liegt, bei der Integration der Psychiatrie in die übrigen sozialen und medizinischen Dienste von Städten und Gemeinden. ... Aber wir können die psychiatrischen Großkrankenhäuser nicht schleifen, auch wenn wir sie für überholt halten. Nicht nur die Mitglieder des SPK haben mit diesem Gedanken gespielt. Auch in den Diskussionen der Mitglieder der Arbeitsgruppe Intramurale Psychiatrie der Sachverständigenkommission, der ich angehöre, haben während der ersten Sitzungen Plannerraupen und Schweißbrenner eine große Rolle gespielt.

Wir können diese Häuser nicht nur deswegen nicht abreißen, weil noch ein weiter Weg zu beschreiten ist, bis wir die Öffentlichkeit, die Mitglieder der Gesellschaft, in der wir leben, dafür gewonnen haben, psychiatrische Abteilungen an ihren allgemeinen Krankenhäusern zu dulden; bis wir das Geld haben, sie zu finanzieren; sondern auch und vor allem, weil es Jahre dauern wird, bis wir das Personal ausgebildet haben, das im Stande ist, solche Abteilungen zu betreiben und zu führen, damit das Ziel der Emanzipation der psychisch Kranken im Rahmen der Grenzen ihrer Behinderung erreicht wird, wenn die Heilung ausgeschlossen ist.

Es kann heute nicht darum gehen, Modellinstitutionen aufzubauen, sondern dort anzupacken, wo die Probleme am dringlichsten sind und zwar in einer Weise, die reduplizierbar, die wiederholbar ist.“

Solche Überlegungen trugen auch zu meiner persönlichen Entscheidung bei, noch vor Abschluss der Enquete die Universität zu verlassen und die Leitung des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Wunstorf zu übernehmen.

In der Rückschau entwickelte sich die psychiatrische Versorgung im Sinne der Empfehlungen der Kommission erstaunlich rasch. Psychiatrische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern entstanden. Heute sind es mehr als 200. Die Tagesklinik feierte fast einen Triumphzug. Heute gibt es um die 400 davon. Das gleiche galt für die Entwicklung von sozialpsychiatrischen Diensten mit oder ohne Behandlungsrecht. Letzteres war ein großer Mangel.

Die Sorge, die großen Anstalten könnten durch zu große Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern ersetzt werden, erwies sich – vorhersehbar - als unberechtigt. Die Träger dieser Häuser wollten keine riesigen psychiatrischen Einrichtungen in ihren

Mauern. So blieb es meist bei 60-120 Betten mit den entsprechenden teilstationären Einrichtungen, die die Konservativen noch bis in die Achtzigerjahre hinein heftig abgelehnt hatten. Die Anstalten wurden zum Teil drastisch umstrukturiert und verkleinert. Viele suchten nach neuen Aufgaben. Aber schon Mitte der Achtzigerjahre hatten die Großkrankenhäuser ihre beherrschende Stellung in der psychiatrischen Versorgung verloren. Sie waren Institutionen von gestern, die ihre Existenzberechtigung nur noch daraus ableiteten, dass sie existierten - und es den Trägern aus Kostengründen und aus Gründen der Arbeitsplatzsicherung opportun erschien, sie zunächst weiterzuführen.

Ich persönlich war eher überrascht, wie schnell sich die strukturelle Umgestaltung der psychiatrischen Versorgung vollzogen hat, insbesondere die Durchsetzung der Sektorisierung und die Schwerpunktverlagerung vom stationären zum Ambulanten und teilstationären Bereich, Manchmal hatte ich den Eindruck, die Entwicklung vollziehe sich zu schnell, weil nicht die richtigen Leute beziehungsweise die Leute mit der richtigen Einstellung noch nicht zur Verfügung standen, die sie im Sinne einer sozialen psychiatrischen Krankenversorgung führen konnten.

In den Folgejahren wurden hinaus zahlreiche Entwicklungen angestoßen, die in der Enquete selber nicht oder nur am Rande erwähnt waren. Dazu gehörten jenseits von Wohn- und Übergangsheimen verschiedene Formen von betreutem Wohnen in Wohngruppen und vor allem betreutes Einzelwohnen. Dazu gehörten auch neue Formen der Unterstützung in Arbeit und Beschäftigung. 1987/88 nahm eine zweite Expertenkommission kommen diesmal nicht des Parlaments sondern der Bundesregierung ihrer Arbeit auf, die den ersten Bericht in mancher Hinsicht fortschrieb, in anderer modifizierte. Auch an diesem Projekt durfte ich in der Anfangsphase mitarbeiten, bis ich in die Schweiz wechselte. Im ersten Bericht hatten die zentralen Forderungen darin bestanden,

1. die Zugänglichkeit der psychiatrischen Versorgung für alle, durch Schaffung überschaubarer Pflichteinzugsgebiete, durch Sektorisierung,
2. die Kontinuität der Behandlung,
3. die Integration der psychiatrischen Versorgung in die übrige Medizin,

4. die Differenzierung der Behandlungsfelder für Kinder und Jugendliche, für psychisch kranke Erwachsene, für Abhängigkeitskranke, für Alterskranke und für strafrechtlich untergebrachte psychisch Kranke, sowie die Schaffung eines eigenen Versorgungssystems für geistig behinderte Menschen.

In der zweiten Expertenkommission standen andere Forderungen im Mittelpunkt, nämlich die Ziele psychiatrischer Behandlung und Betreuung nicht auf die medizinische Seite zu begrenzen, sondern die Grundbedürfnisse der Kranken zu differenzieren in folgende Bereiche:

1. Behandlung, Pflege und Wohnen,
2. Wohnen,
3. Betätigung durch Arbeit und berufliche Bildung,
4. Gewährleistung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben durch Kontaktstiftung, Vertragsgestaltung Tagesstrukturierung und vieles andere mehr.

Es fällt auf, dass auch im zweiten Bericht gesonderte Ausführungen über die Rolle von Selbsthilfeorganisationen von Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen fehlen.

Es hat, vor allem in der sozialpsychiatrischen Szene, immer wieder Auseinandersetzungen darüber gegeben, ob es sich bei der Entwicklung der letzten 40 Jahre um eine Reform gehandelt hat oder nur um die Verbesserung der institutionellen Bedingungen. Ich habe diese Diskussion nie so recht nachvollziehen können. Aber wenn man sie führen will, sollte man sein Augenmerk nicht auf die Entwicklung der Institutionen richten, sondern auf die Veränderung der Ziele. Die alte Psychiatrie konzentrierte sich auf Schutz und Verwahrung. Für die neue Psychiatrie stehen Behandlung und Rehabilitation mit allen ihren Risiken und Chancen ganz im Vordergrund. Diese Veränderung der Einstellung, die Voraussetzung für die Öffnung der Institutionen und die Verlagerung der Behandlungsschwerpunkte in den ambulanten Raum war, hat mannigfache Schwierigkeiten mit sich gebracht, nicht nur innerhalb der psychiatrischen Institutionen sondern auch in der Akzeptanz durch die Öffentlichkeit, durch die Gemeinschaft der Gesunden.

Die Enquete hat gewiss auch Fehlentwicklungen angestoßen. Das ist hier nicht mein Thema. Aber die meines Erachtens problematischste will ich doch ansprechen: Die Abkoppelung der ärztlichen Psychotherapie in Klinik und Praxis von der Psychiatrie mit der Konsequenz der Entwicklung eines Zwei-Klassen-Systems.

## **Literatur**

Bundestagsdrucksache VI/474: Die Anhörungen des Gesundheitsausschusses am 8. 10. 1970 in Bonn und am 23 .4. 1971 in Emmendingen.

Bundestagsdrucksache **7/ ...**: Der Zwischenbericht der Sachverständigenkommission. Bonn 1973.

Bundestagsdrucksache 7/4200/4201: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik. Band 1 und 2 Bonn 1975.

Bundestagsdrucksache 8/2565: Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigenkommission über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik. Bonn 1979.

Bundestagsdrucksache 11/8494: Stellungnahme der Bundesregierung zu den Empfehlungen der Expertenkommission auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie. Bonn 1990.

Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie. Aktion Psychisch Kranke, Bonn 1988.

Finzen, A . (1973): „Unter elenden menschenunwürdigen Umständen.“ In: FAZ vom 6.11.1973, S. 7–8.

Finzen, A. (1985): Das Ende der Anstalt. Vom mühsamen Alltag der Reformpsychiatrie. Psychiatrie Verlag, Bonn.

Finzen, A.; Schädle-Deininger, H. (1976): Die Psychiatrie-Enquete – kurz gefasst. Werkstattsschriften zur Sozialpsychiatrie Band 15. Wunstorf.

## **Querverweise**

1970. Das Jahr der Tagungen.

Mannheimer Kreis und DGSP

## **Die bewegten Jahre. Der Schatten der RAF (1967 bis 1974)**

Es war ja nicht so, dass in den fünfziger Jahren Friedhofsruhe im Lande herrschte. Aber es waren ruhige Jahre, die uns Jugendliche kaum zu irgendwelchem spezifischen politischen Engagement motivierte. Die Machtverhältnisse waren klar. Die CDU regierte. Es war nicht abzusehen, dass die Sozialdemokraten sie in einem überschaubaren Zeitraum ablösen würde. Wir nahmen die allmähliche europäische Annäherung zur Kenntnis. Wir empörten uns über den Ungarnaufstand und den Suez-Krieg. Aber das war mehr eine Frage von Gerechtigkeitsempfinden als von politischer Parteinahme. Wir diskutierten nicht viel, als die Wehrpflicht eingeführt wurde.

Eine Ausnahme gab es allerdings. Als die atomare Bewaffnung zur Diskussion stand, kam es unter uns Schülern zu heftigen Auseinandersetzungen, die zum Teil in Handgreiflichkeiten ausarteten. Auch die Gründung unserer Schulzeitung, die ich maßgeblich vorangetrieben hatte, hatte mehr mit einem allgemeinen Bedürfnis nach Partizipation und Mitbestimmung in der Schule zu tun als mit allgemeinen politischen Überlegungen. Selbst als mein Freund und ich vor den 1957 vor den Bundestagswahlen bei einer CDU-Wahlveranstaltung in unserem Dorf versuchten, den jungen Kandidaten Gerhard Stoltenberg mit unseren Fragen in Verlegenheit zu bringen, hatte das vermutlich mehr damit zu tun, dass wir uns gegenüber der Dorfgemeinschaft beweisen wollten als mit unserer politischen Einstellung.

Für mich änderte sich das mit meinem Amerika-Jahr. Ich hatte das nationale Gerede in der Schule mit dem allmorgendlichen Gelöbnis an die Fahne der Vereinigten Staaten ("One Nation, under God, with Liberty and Justice for all) als verlogen erlebt und die pseudomilitärischen Aufmärsche bei den Sportveranstaltungen als wilhelminische Verirrungen. Die Begegnungen mit den Ausläufern des McCarthyismus und mit der Rassendiskriminierung tat ein Übriges. Die Summe der Eindrücke dieses Jahres hatte nicht nur mein Interesse an der Soziologie geweckt. Sie hatte auch ein solches Unbehagen an diesem Land ausgelöst, dass ich niemals das Bedürfnis hatte, noch einmal dorthin zurück zu kehren. Ich war politisiert. Aber dabei ging es zunächst mehr um ein sensibilisiertes Gerechtigkeitsgefühl, als um das Gefühl, etwas tun zu müssen, um die Dinge zu ändern. Das änderte sich in den darauf folgenden Jahren auch nur graduell.

Gewiss, in Kiel ließ ich mich ins Studentenparlament wählen und übernahm dort vorübergehend das Ressort Hochschulreform. Gleichzeitig stieg ich in die Redaktion der Studentenzeitung „Die Skizze“ ein und war vorübergehend sogar ihr Chefredakteur. Aber das Ergebnis war im Grunde nur das Bewusstsein, dass ich mich damit neben dem Studium übernommen hatte. Das heißt nicht, dass ich durch dieses Engagement nichts dazugelernt hätte.

Die Erfahrungen mit dem Wechsel von Kiel nach Berlin im Jahr nach dem Mauerbau unmittelbar nach der Kubakrise waren andere: schwer bewaffnete Volkspolizisten bei den Grenzkontrollen, entwürdigende Kontrollen beim Grenzübertritt in der Friedrichstraße, eine kurzzeitige Festnahme auf der Ostseite der Mauer hinter dem Reichstag hinterließen tiefe Spuren. Prägender allerdings waren die Erfahrungen mit den geringen Spielräumen und der fehlenden Toleranz im Westen – etwa beim Ausschluss von zwei Mitgliedern des Studentenparlaments, weil sie an den Weltjugendfestspielen in Helsinki teilgenommen hatten, oder die Abwahl des Burschenschaftlers Eberhard Diepgen als Präsident des Studentenparlaments der FU durch eine Art Volksabstimmung der Studentenschaft. Nicht dass ich viel von ihm gehalten hätte. Aber das Parlament hatte ihn nun einmal gewählt. Die Instrumente, die für die späteren Jahre typisch waren, waren damals schon vorhanden: die Großdemonstration vor den Gebäuden der Freien Universität in Zehlendorf und die Teach-Ins im Henry-Ford-Bau der FU. Nur die Vorzeichen änderten sich in den darauf folgenden vier Jahren.

Nach meiner Rückkehr nach Kiel 1964 gab es übrigens auch dort eine erste Großdemonstration der Studenten – für eine Hochschulreform, die dringend geboten war. Aber auch da war das Instrumentarium der späteren Aufmärsche vorhanden. Niemand regte sich damals darüber auf, dass Frauen mit Kinderwagen mitmarschierten oder dass sich die älteren Kinder unter die Demonstranten mischten: schließlich war das ja für eine gute Sache. Ansonsten tat sich nicht viel in diesem Jahren. Ich nahm für die Kieler Studentenzeitung am Deutschlandtreffen der FDJ (DT64) in Berlin teil. Das war eine merkwürdige Erfahrung, dort in Ost Berlin rundum hofiert zu werden, nachdem ich bei meinem letzten Besuch zwar nur kurz aber mit ungewissem Ausgang festgenommen worden war.

1965 kandidierte Willy Brandt als Spitzenkandidat für die SPD bei den Bundestags-

wahlen mit dem Versprechen, den blauen Himmel über der Ruhr wiederherzustellen. Er scheiterte erwartungsgemäß. Und ebenso erwartungsgemäß, wenn auch unter großer Anspannung absolvierte und bestand ich Ende 1965 mein Staatsexamen und begann meine Medizinalassistentenzeit zuerst in Bad Segeberg und danach in Nevers in Frankreich.

### **Bewegung von rechts**

Als ich Anfang 1967 noch einmal nach Kiel zurück kam, um dort an der Gerichtsmedizin zu arbeiten und meine Dissertation abzuschließen, hatte sich das politische Klima in der Bundesrepublik spürbar geändert. Die Regierung Erhardt war im Herbst zusammen gebrochen. An ihre Stelle war die erste große Koalition von CDU und SPD unter Führung von Kurt Georg Kiesinger als Kanzler und Willy Brandt als Außenminister getreten. Fast gleichzeitig hatte die NPD, die Nationaldemokratische Partei, erste Wahlerfolge in den süddeutschen Landtagen errungen. Das war eine neue Entwicklung, die bei vielen von uns zu großer Beunruhigung und Verunsicherung führte.

Letztere vor allem war es, die ich bei meiner Rückkehr in Kiel spürte. Dort standen im Frühsommer Landtagswahlen an.. Es war zu befürchten, dass die NPD auch in Schleswig-Holstein punkten würde. Viele vor allem jüngere Bürger waren nicht bereit, das tatenlos hinzunehmen. Auf einigen Veranstaltungen in der Universität herrschte vor allem Ratlosigkeit, bis sich schließlich eine kleine Gruppe von jungen Intellektuellen, die meisten von ihnen Lehrer, zusammen fand, die etwas tun wollte. Daraus entstand eine kleine Bürgerinitiative, die in Kiel aktiv und mit bescheidenen Mitteln und nicht zuletzt in unbeholfener Weise versuchte, die NPD zu bekämpfen. Dieser Gruppe schloss ich mich an.

Wir versuchten die Medien für unser Engagement zu gewinnen. Wir schafften es sogar, ein paar Erwähnungen in der Lokalpresse zu platzieren und ein Interview im Norddeutschen Rundfunk zu erreichen. Unsere Hauptaktivität konzentrierte sich allerdings darauf, Wahlkampfveranstaltungen der NPD aufzusuchen und sie nicht gerade, um sie zu stören, aber die Teilnehmer zu irritieren, indem wir uns zu Wort meldeten, um die Argumente der Rechten zu widerlegen oder wenigstens zu entkräften. Jahrzehnte später traf ich einen nun auch nicht mehr so jungen Mann, der mich als

Student bei einer solchen Veranstaltung gehört hatte. Ganz ohne Eindruck waren unsere Auftritte also nicht.

Aber da unsere Initiative eine interne Angelegenheit der Auseinandersetzung mit der Partei blieb und es uns nicht gelang, eine größere Öffentlichkeit zu mobilisieren. So hinterließ unser Engagement kaum Spuren. Keiner von uns konnte sich entschließen, sich für die drei oder vier Monate bis zu Wahl voll für eine Gegenkampagne einzusetzen. Wir hätten wohl auch nicht gewusst, wie wir das tun sollten. Damals waren solche Initiativen noch etwas Exotisches, Aber nach den Landtagswahlen - zu diesem Zeitpunkt war ich schon in Tübingen- haben wir uns sehr darüber geärgert, dass wir uns nicht stärker ins Zeug gelegt hatten: Die NPD kam dem Trend entsprechend zwar in den Landtag, aber entgegen dem Trend nur mit 5,8% Stimmanteilen.

### **Tod am 2. Juni**

Am 01. Juni 1967 begann ich meine Medizinal-Assistenten-Zeit an der Universitäts-Nervenklinik in Tübingen. In diesen Tagen sorgte der Besuch des Schahs in Berlin für heftige Kontroversen in der Öffentlichkeit, auch in meiner neuen Klinik. Am 02. Juni wurde der aus Hannover stammende Student Benno Ohnesorg am Rande einer Demonstration vor der Berliner Oper von einem Polizisten erschossen. Das führte nicht nur zu großem Entsetzen im ganzen Land, sondern auch zu heftigen Gegenreaktionen, vor allem von Studenten in Berlin, aber nicht nur dort. Die Auseinandersetzungen um den Schah-Besuch und seine Folgen führten noch im Laufe des Jahres zum Rücktritt des Berliner regierenden Bürgermeisters, des Pastor Heinrich Albertz. Der Tod Benno Ohnesorgs wurde zu einem Ereignis, das die Republik erschütterte und Zweifel an der Staatsautorität weckte.

Die Ereignisse vom 2. Juni und die Tötung Ohnesorgs markieren den Beginn der Studentenbewegung in Deutschland. Dabei wurden neben den Ereignissen um den Schah-Besuch recht unterschiedliche Strömungen sichtbar. Eine große Rolle spielte das Überspringen der amerikanischen Studentenunruhen als Reaktion auf den Vietnam-Krieg, das Ausufern des Vietnam-Kriegs, später die tödlichen Schüsse an der Kent-Universität (1974), durch die vier Studenten ums Leben kamen, sowie die amerikanische Bürgerrechtsbewegung der 60er Jahre; schließlich die Attentate auf Martin Luther King und Robert Kennedy im Jahre 1968.

Parallel dazu zeichneten sich in verschiedenen Ländern unruhige Zeichen ab. Für uns war die Studentenbewegung in Frankreich am wichtigsten, sich in den Mai-Unruhen von 1968 niederschlug, die die französische Republik veränderten. Aber die Ereignisse um den Prager Frühling von 1968 mit der Niederschlagung der Demokratiebewegung im Herbst des gleichen Jahres wirkten auf die Bundesrepublik, und dort vor allem auf die Studenten zurück. Ein wesentlicher Faktor innerhalb des Landes waren allerdings auch die Kontroversen um die Notstandsgesetzgebung, die von der großen Koalition 1968 durchgesetzt wurde und die von vielen von uns als Bedrohung der Demokratie verstanden wurde.

Aus heutiger Sicht wird die Studentenbewegung mit dem Jahr 1968 in Verbindung gebracht. Damals aber wäre keiner von uns auf die Idee gekommen, dass man später einmal von uns als den 68ern reden würde. Gewiss, die große Koalition begünstigte neben der Entwicklung der NPD, die sich rechts von der CDU etablierte, auch eine Radikalisierung nach links. Enttäuschte SPD-Anhänger verstanden sich mit zunehmender Dauer der großen Koalition zunehmend als außerparlamentarische Opposition (APO). Aber das wurde von den allermeisten Beteiligten nicht als Infragestellung der Demokratie, sondern als Ausdruck der Besorgnis um die Demokratie verstanden. Es herrschte keineswegs Anarchie.

Aber die Repräsentanten der Gesellschaft stellten sich recht unbeholfen an. Es war ein Protest gegen die Regierungspolitik von Leuten, die sich im Parlament nicht mehr vertreten sahen, der sich schließlich auf die Straße verlagerte und sich in Massendemonstrationen niederschlug. Es kam zu heftigen Auseinandersetzungen zwischen Demonstranten, meist Studenten, und Polizei, wobei gegenseitige Provokationen nicht ausblieben, und der Staat sich zur Wehr setzte, indem er das Verhalten der Demonstranten als Landfriedensbruch brandmarkte und damit zum Verbrechen erklärte.

### **Ostern 68: Schüsse auf Rudi Dutschke**

Wer damals studierte oder dem Studium gerade entwachsen war, wird diese Tage nicht vergessen. Wir waren in der Heimvolkshochschule in Bad König im Odenwald mit unserm Arbeitskreis ehemaliger Austauschschüler der „Church of the Brethren“ verabredet, einer ziemlich christlichen Vereinigung, die mich immerhin akzeptierte.

Wir trafen uns jedes Jahr zu Ostern, seit ich 1958 aus Amerika zurückgekommen war. Ein- oder zweimal hatte ich gefehlt. Meist hatten wir uns in der Jugendherberge Burg Hohensolms bei Wetzlar getroffen.

Inzwischen waren die meisten der Teilnehmer älter geworden. Wir legten schon Wert auf Einzel- oder doch wenigstens Zweibettzimmer. Und ein Gehalt erhielt ich auch – 900 Mark waren es im ersten Jahr (pro Monat). Das Thema des Treffens war die Lage der Entwicklungsländer in Lateinamerika. Wir waren engagierte, „gute Menschen“. Aber diesmal war alles anders. Schon bevor wir losfuhren, brodelte der Hexenkessel.

Am Donnerstag vor Ostern hatte ein verwirrter Junger Mann, der der rechten Szene zugeordnet wurde, auf dem Berliner Kurfürstendamm Rudi Dutschke niedergeschossen, - Rudi, den großen Studentenführer mit der demagogischen Stimme, den klugen Ideologen, der uns alle auf den Marsch durch die Institutionen schicken wollte (was ihm bei manchen von uns auch gelang). Rudi D. war nicht tot. Aber ein paar Tage lang wussten wir nicht, was aus ihm werden würde; und wie wir wissen, hat er zwar überlebt. Aber seine Hirnverletzung wurde zu einer bleibenden Behinderung - auch wenn er später in Aarhus promovierte, auch wenn seine Frau Gretchen, eine Amerikanerin, mit ihren Kindern den Eindruck von heiler Welt verbreitete, auch wenn Rudi noch einmal einen großen öffentlichen Auftritt hatte, als der RAF-Terrorist Holger Meins sich im Hungerstreik das Leben genommen hatte. Bei dessen Beerdigung hob er die linke Hand und versprach: „Holger, der Kampf geht weiter!“- damals, Anfang der Siebziger-Jahre, ein wahnwitziges Versprechen.

Überall in Deutschland brodelte es. Es begann das, was man später die Studentenunruhen nannte, obwohl es eigentlich nach wie vor eine Bewegung war, keine Revolution, wie manche sagten. Aber in jenen Ostertagen waren wir alle unruhig. Wir empfanden das Attentat als inszeniert und zwar von der Springerpresse, die über Monate eine unablässige gehässige Hetzkampagne gegen Dutschke und seine Freunde, ja gegen alle linken und liberalen Studenten inszeniert hatte. Wir waren alle davon überzeugt: Bild hat mitgeschossen.

Das war dann in Bad König auch der Titel meines Vortrages – statt, wie vorgesehen, Entwicklungshilfe in Südamerika. Wir waren sehr bewegt und voller Zorn. Aber wir waren friedlich, ganz anders als die aufgebrachten Demonstranten in Berlin, wo

Zehntausende unter Führung des unglückseligen Anwalts Horst Mahler das Springerhochhaus angriffen, ganz anders als in anderen Städten wie Frankfurt und Hamburg, wo die Auslieferung von Springerzeitungen über Tage nachhaltig behindert wurde.

Bild hatte mitgeschossen. Wir in Bad König waren sehr aufgewühlt. Wir waren das auch – nicht weil wir Freunde von Aufruhr und Revolution waren, sondern weil eine von uns, die Pfarrerstochter und Mitaustauschschülerin Gudrun Ensslin mittendrin steckte.

### **Gudrun Ensslin**

Im Jahr zuvor, 1967, im Jahr des Beginns der Studentenbewegung, hatten die beiden ein Fanal setzen wollen. Gegen den Wohlstandswahn der sich verkrustenden Bundesrepublik hatten sie Bewusstsein wecken wollen für die Not in der Welt und ein Frankfurter Kaufhaus angezündet – glücklicherweise mit kümmerlichem Erfolg. Die Brandsätze verglühten noch in der Nacht ohne fatale Folgen. Die beiden wurden zu je vier Jahren Haft verurteilt - in einem ordentlichen Verfahren – zu Recht. Es war eines der ersten Strafverfahren in Deutschland gewesen, in denen die Angeklagten unbotmäßig waren, und, soweit ich mich erinnere, schließlich des Saales verwiesen wurden. Aber das Urteil war ohne Zweifel angemessen.

Das Attentat auf Rudi Dutschke änderte alles. An einem kühlen Ostersonntag-Nachmittag saßen wir vermunmt auf der Wiese vor der Volkshochschule. Wir tauschten Erinnerungen an Gudrun Ensslin aus. Ihre Schwester war dabei, Freunde waren anwesend, die im gleichen Jahre mit ihr in Amerika gewesen waren. Es spricht einiges dafür, dass ich ihr in New York begegnet bin. Es gibt ein Bild auf dem Flughafen, wo sie ankommt und wir im gleichen Flugzeug zurückfliegen. Aber ich kann mich an nichts erinnern. Vielleicht ist es auch Legende.

Gudrun Ensslin ist ohne Zweifel eine der tragischen Figuren der Terroristengeneration, Täterin und Opfer zugleich. Pietistin, radikale Moralistin, Terroristin der ersten RAF-Generation, unglückliche Frau und Mutter, vor allem aber Tochter eines überstrengen Vaters. Ich schreibe auch deshalb über sie, weil sie in und um Tübingen zu Hause war, weil ich später mehrere Mitglieder ihrer Familie kennenlernte – auch im Rahmen ihrer Anschuldigungen nach ihrem Suizid, der von ihrer Familie, insbeson-

dere ihrer Schwester, als Mord deklariert wurde.

Die Gespräche an jenem Ostersonntagnachmittag in Bad König im Odenwald kreisten um Erinnerungen an die junge Frau, das junge Mädchen, das viele von uns gekannt hatten. Aber sie drifteten auch in Anschuldigungen ab, in falsche Anschuldigungen, meine ich, und in Selbstmitleid und in falsches Mitleid mit Menschen, die sich in fürchterlicher Weise verrannt hatten. Heute wissen wir natürlich, dass die Geschichte damit noch nicht zu Ende war. Damals wussten wir das nicht und sahen alles das in der aufgewühlten Atmosphäre nach dem Dutschke-Attentat in anderem Licht.

Bild hatte mitgeschossen. Der Aufruhr in Deutschland war nicht unser Aufruhr. Er war Folge der Intoleranz des Establishments gegenüber Menschen, die es wagten, eigene, abweichende Gedanken zu äußern. Eine Ära des gegenseitigen Unverständnisses hatte ihren Anfang genommen. Wenn ich mich zurück erinnere, überschlugen sich die Ereignisse im März, April und Mai 1968, aber sie endeten nicht in Anarchie.

### **Tübinger Sommer**

Ich hatte im Frühjahr und im Sommer 1968 jenseits der Klinik viel Zeit. So konnte ich einen Abend in der Woche im „Wilhelm-Reich-Institut für kritische Psychologie“ verbringen, das nach der Besetzung des Luftschutzhilfsamtes gegründet worden war; einen anderen mit Kollegen aus der Klinik in der Steinlach oder beim Boulanger, einen dritten im Erasmushaus der katholischen Studentengemeinde mit den sozialen Arbeitskreisen der Studenten, und einen vierten im neu gegründeten Republikanischen Club, der seine Residenz in einer großen Wohnung über der medizinischen Traditionsbuchhandlung Pietzcker gefunden hatte, wo der Weißwein floss, wo man sich die Köpfe heiß redete, wo Wolfgang Loch und Ernst Bloch sich stritten, der blinde Bloch unterstützt von Carola, seiner Frau, wo Rolf Croissant, - Stuttgarter Anwalt, später als Sympathisant der Baders und der Meinhofs verhaftet und verurteilt - und sein Kanzleipartner Jörg Lang sich ein Stelldichein gaben, bis Lang plötzlich eines Tages für zehn Jahre verschwand., ohne dass wir erfuhren warum

Es war aber auch ein Sommer von Optimismus und großem sozialem Engagement. Die Studenten der Evangelischen und der Katholischen Studentengemeinden kamen

auf uns zu. Sie wollten sich engagieren für psychisch Kranke, für Strafgefangene und für Obdachlose. Aus unserer Gruppe entstand ein Kreis, dem zahlreiche spätere Profis entwuchsen: Hans Gessner beim Club 55 in Freiburg, Christa Widmaier, Leiterin des sozialpsychiatrischen Dienstes in Esslingen, Peter Bastian, Leiter der sozialpsychiatrischen Zusatzausbildung an der Medizinischen Hochschule Hannover und viele andere mehr.

Das war der Sommer 1968 in Tübingen, brodelnd, aufgereggt, gelegentlich unruhig mit friedfertigen Auseinandersetzungen in der Klinik. Niemand von uns wäre auf die Idee gekommen, dass wir später einmal die „Achtundsechziger“ sein würden,- zuerst **idolisiert**, dann banalisiert und zuletzt mehr oder weniger dämonisiert. Unsere Probleme waren andere. Es waren Alltagsprobleme der Arbeit und des Studiums. Es war natürlich auch Gelegenheit, Teach-Ins mit den Gurus der Tübinger Studentenbewegung zu besuchen: Wenn ich gelegentlich im Fernsehen den kritischen Wirtschaftswissenschaftler Rudolf Hickel sehe, kann ich mir nicht vorstellen, dass er einer der Rührigsten von ihnen war, um so mehr, als ich ihn auch ganz anders kennen gelernt habe.

1968, das wird oft vergessen, war auch das Jahr des Prager Frühlings. Hunderte von Studenten reisten dorthin, ließen sich von der Begeisterung der Tschechen anstecken, verliebten sich in tschechische Frauen und kamen mit ihnen zurück, als die Panzer rollten. Auf einzelne werde ich noch zurückkommen und zwar im Zusammenhang mit meinen ersten Erfahrungen in ambulanter Psychotherapie. Es war eine inspirierende Zeit, eine unruhige Zeit. Aber es war keine Zeit von Revolutionären oder von Leuten, die das inszenierten, was man später Unruhen nannte. Das mag in anderen Städten anders gewesen sein.

Tübingen blieb lebhaft und zugleich ein bisschen behäbig. Wir hatte alle das Gefühl, uns einzusetzen und konstruktiv zu sein, Gutes zu tun; und Gutes tat man im schwäbischen Protestantismus.

### **Keine Anarchie**

1968 herrschte keine Anarchie, wie die bürgerliche Presse, vor allem die Springer-Presse in Berlin das darstellte. Als im April 1968 Rudi Dutschke, bei einem Anschlag schwer verletzt wurde, waren die Schleusen der Empörung und der Gegengewalt

weit geöffnet. Alles dies ist bekannt. Ich erwähne es hier noch einmal, um auf die Stimmung zu verweisen, die das Land damals prägte und die uns bewegte. Es herrschte Unruhe in den Universitäten. Aber es gab keine „wirklichen“ Studentenunruhen. Was sich abzeichnete, war eine neue Bewegung, die sich mit der traditionellen autoritär verfassten Universität nicht mehr abfinden wollte.

Die „Anti-Slogans“ der Studentenbewegung prägten sie. In Hamburg beispielsweise entrollten Studenten 1967 im Auditorium Maximum bei einer akademischen Feier ein Transparent mit dem Text „Unter den Talaren der Muff von 1000 Jahren.“ Die Universität zu entstauben, war ganz gewiss ein berechtigtes Anliegen. Dass viele Studenten auch dazu bereit waren, unkonventionelle Wege zu beschreiten, wie bei den Demonstrationen, der Störung von Vorlesungen, um Diskussionen zu erzwingen und ähnliches Das mag damals einigen als revolutionär erschienen sein. Aber das war es ganz gewiss nicht.

Auch den Aufruf, das Verbot, den Rasen nicht zu betreten, endlich zu überschreiten – ein Slogan jener Jahre -, kann man nicht wirklich als sensationell zu bezeichnen. Dass später aus bestimmten Ecken die Gewalt gegen Sachen gerechtfertigt und gepredigt wurde, ist auch wahr. Dabei muss man allerdings begreifen, dass es sich hier um den Kampf einer Minderheit handelte, die keineswegs ausschließlich an den Universitäten ihren Platz hatte.

Neu war die Pluralität der unterschiedlichen Meinungen und Lebenshaltungen. Das reichte von Black Power und der Hippie-Bewegung der amerikanischen Westküste mit „Flowers in Your Hair“ und ihren Pendants im – Swinging London der späten Beatles-Ära, über das triviale Bedürfnis, nicht mehr in Hemd und Krawatte in die Uni zu gehen, über das Engagement in sozialen Gruppen, etwa der Hochschulgemeinden, die sich mit Randgruppen, wie Obdachlosen, Straftätern und psychisch Kranken befassten, bis hin zur politischen Radikalisierung in unterschiedlichen linken Gruppierungen, die sich später als K-Gruppen zunehmend verhärteten und immer dogmatischer wurden. Es gab aber auch die Widersprüche – den Mord an Sharon Tate durch die Manson-Bande in Kalifornien oder den Blutsonntag in Nordirland, der den Beginn des dortigen – Terror geprägten - Bürgerkrieges markierte.

Diese Vielfalt ist in der späteren Bewertung oft übersehen, bzw. gar nicht erst wahr-

genommen worden. Aber diese Vielfalt war es, die zunächst zu einer Veränderung der Universitätskultur unter den Studenten, später der Gesellschaft beitrug. Es war eine Kultur der Diskussion und Auseinandersetzung, eine Entwicklung der Auflösung zahlreicher kultureller Selbstverständlichkeiten, die vielen Angst machte und als Anarchie missverstanden wurde. Sie schlug sich in Schlagworten nieder wie der anti-autoritären Erziehung und zahlreichen weiteren "Antis".

Dazu gehörte natürlich auch die Anti-Psychiatrie, die in Deutschland bemerkenswerter Weise nie eine wirkliche Rolle gespielt hat. An den Universitäten wurden diese neuen Strömungen ganz wesentlich durch die explosionsartige Entwicklung der Sozialwissenschaften, Sozialpädagogik und der Psychologie geprägt, durch die Entstehung zum Teil recht schillernder neuer Psychotherapie-Bewegungen, insbesondere der „neuen Gruppentherapien (Ruitenbeek 1970), durch den Ruf nach Emanzipation in jeder Hinsicht, durch die beginnende Frauenbewegung, letztlich auch durch die beginnende Friedensbewegung.

Dass ich all dieses schildere, heißt nicht, dass ich verleugnen will, dass der linke Terrorismus der 70er Jahre in jener Zeit ebenfalls seinen Ursprung hatte. Aber er war eine Schreckliche, traurige Fehlentwicklung, die nicht durch die damalige Bewegung unter den Studenten erklärt werden kann. Für mich ist hier vor allem von Bedeutung, in welcher Weise wir mit diesen terroristischen Aktivitäten in Berührung kamen, die in den 70er Jahren das ganze Land irgendwie in Bann schlugen.

### **Beinahe-Berührungen**

Es ist mir heute noch unerklärlich, wie sich in jenen Jahren eine so breite Sympathie mit den späteren Terroristen entwickeln konnte. Sicher hat das zum Einen damit zu tun, dass sie von vielen als verirrte Idealisten verstanden wurden. Zum Teil waren sie das wohl auch. Zum anderen hat es wohl auch mit der Reaktion der Staatsmacht zu tun, die von uns als schädliche Überreaktion empfunden wurde. Viele von uns waren betroffen, wenn die Geschehnisse uns nahe rückten - ich zum Beispiel, als die beiden Kieler Professorenöhne Weissbecker und Rauch bei einer Razzia von der Polizei erschossen wurden. Ich hatte beide während meines Studiums in Kiel noch als Schüler kennen gelernt, wo sie wie wir mittags regelmäßig bei Tchibo in der Holtenauer Straße auf einen Kaffee auftauchten.

In Tübingen wurde schon früh gemunkelt, dass Gudrun Ensslin in Tübingen einen Unterstützer-Kreis habe, der ihr immer wieder Unterkunft und Zuflucht gewähre, Konkretes darüber wussten wir damals nicht. Aber zumindest mittelbare Betroffenheit gab es auch bei uns. So eines Tages ein Mitglied des Tübinger republikanischen Clubs verschwand und erst 10 Jahre danach wieder auftauchte, oder als irgendwann Anfang der 70er Jahre ein junger Mann in Haft genommen, der für uns die Werkstatt-Schriften zur Sozialpsychiatrie und in seiner Freizeit offenbar auch Dokumente für die Ensslin-Gruppe gedruckt hatte, oder als kurz vor meinem Wechsel nach Hannover eine Mitarbeiterin unserer Klinik ins Visier der Fahnder geriet, weil sie G. E. Quartier gewährt haben sollte. Darauf komme ich später noch einmal zurück.

### **Rote Hilfe zu Gast beim DGSP-Vorstand**

Es fehlte in den nachfolgenden Jahren nicht an Versuchen, die DGSP zu infiltrieren, und dort Sympathisanten zu gewinnen. Die Art und Weise der Zusammensetzung der sozialpsychiatrischen Bewegung hätte im Grunde Erfolge dabei erwarten lassen. Dass dies misslang, hatten wir wahrscheinlich der klaren ablehnenden Haltung unserer führenden Mitglieder zu verdanken, die überall als Linke angesehen wurden, zum Teil als Linksradikale verschrien wurden, wie Klaus Dörner und Erich Wulff. Besonders Klaus Dörner verfolgte eine klare Strategie der Abgrenzung und konnte diese als Linker glaubwürdig und überzeugend vertreten. Er konnte vor allem deutlich machen, dass die Selbstdefinition der terroristischen Gruppen als „links“ eine Täuschung war.

Ich werde nie vergessen, wie im Herbst 1971 zwei Vertreterinnen der Roten Hilfe bei einer Vorstandssitzung der DGSP in Frankfurt auftauchten und an uns appellierten, ihnen zu helfen, sowohl jenen Mitgliedern der Gruppe, die bereits in Haft waren, wie jenen, die im Untergrund waren. Ich empfand es damals als sehr schwer, mich den Argumenten dieser beiden Vertreter zu entziehen. Klaus Dörner zeigte sich unbeeindruckt. Es gelang ihm in wenigen Sätzen, uns aus dem Bann der Argumentation zu befreien.

### **Das sozialistische Patienten-Kollektiv**

Für uns in der Psychiatrie gab es eine andere Entwicklung, die uns beunruhigte. In Heidelberg hatte sich im Zusammenhang mit der Neubesetzung des Lehrstuhls und

der Unzufriedenheit zahlreicher Mitarbeiter mit dem Verlauf des Berufungsverfahrens um einige Mitarbeiter der Psychiatrischen Poliklinik herum eine Gruppe von aktuellen und ehemaligen Patienten zusammengefunden, die man wohlwollend als Selbsthilfegruppe verstehen konnte. Wenn man nicht so wohlwollend war, fielen einem die politischen Aspekte dieser Gruppe auf, die sich „Sozialistisches Patienten-Kollektiv (SPK)“ nannte. Dieses so genannte Kollektiv wurde vom Arzt der Poliklinik Wolfgang Huber und anderen Therapeuten gestützt.

„Die grundlegende These des SPK ging davon aus, dass alle psychiatrischen Erkrankungen durch die Gesellschaft bedingt seien, die in der aktuellen Form als Kapitalismus jedoch selbst nicht gesund sei. Die klassische Psychiatrie versuche demnach, die Patienten wieder „tauglich für die krankmachende Gesellschaft“ zu machen. Im Gegensatz dazu forderte das sozialistische Patientenkollektiv, zuerst müsse die Gesundung der Gesellschaft bewirkt werden, bevor in dieser Gesellschaft selbst eine Gesundung möglich sei. Im Juni 1970 erklärte Huber: „Es darf keine therapeutische Tat geben, die nicht zuvor klar und eindeutig als revolutionäre Tat ausgewiesen worden ist“, und folgerte: „Im Sinne der Kranken kann es nur eine zweckmäßige bzw. kausale Bekämpfung ihrer Krankheit geben, nämlich die Abschaffung der krankmachenden privatwirtschaftlich-patriarchalischen Gesellschaft.“

Nach der Gründung im März 1970 wuchs das Kollektiv schnell, zwischenzeitlich auf angeblich 500 Patienten. Nachdem Huber bereits als Arzt entlassen worden war, zahlte die Universität nach heftigen Diskussionen die Räume der Gruppe und das Gehalt Hubers. Die öffentlichen und juristischen Auseinandersetzungen über den Status der Gruppe an der Universität Heidelberg und ihre Legitimität setzten sich aber fort.“

(Wikipedia: [http://de.wikipedia.org/wiki/Sozialistisches\\_Patientenkollektiv](http://de.wikipedia.org/wiki/Sozialistisches_Patientenkollektiv))

Viele jüngere Leute, die sich in der Psychiatrie als progressiv verstanden, hatten Sympathien für diese Gruppierung. Zugleich wünschte man sich allerdings, in der eigenen Klinik von einer ähnlichen Entwicklung verschont zu bleiben. Als dann Waffen in Räumen des SPK gefunden und Wolfgang Huber und dessen Frau zu Haftstrafen verurteilt wurden, schien den meisten von uns unglaublich.

## Hilflose Staatsautorität

Die Reaktionen des Staates waren hilflos, oft sogar kontraproduktiv. Am gravierendsten in seinen Auswirkungen war der so genannte Radikalenerlass, der verhindern sollte, dass Terrorsympathisanten und Mitglieder bestimmter radikaler linker Gruppen, insbesondere so genannter K-Gruppen, in den öffentlichen Dienst übernommen wurden. Dazu gehörten auch Mitglieder der erlaubten DKP. Einerseits hatte Brandt bei Antritt seiner Kanzlerschaft verkündet, er wolle mehr Demokratie wagen. Andererseits weitete sich die Gesinnungsschnüffelei unter dem Vorwand des Schutzes der Demokratie seit Anfang der 70er Jahre immer weiter aus. Schließlich wurde jeder, der sich um eine Stelle als Lehrer, in der Verwaltung oder bei der Justiz bewarb, erst einmal vom Verfassungsschutz überprüft. Fast alle damaligen Hochschulabsolventen hatten Freunde oder Bekannte, denen auf diese Weise der Zugang zum Beruf, ja, schon zum Referendariat, verwehrt wurde.

Im Gefolge des eskalierenden Terrorismus und der Ausnahme Gesetze als Reaktion darauf entstand eine allgemeine Atmosphäre des Misstrauens. Ich hatte damals den Eindruck, dass die Unterstützerszene der so genannten Baader-Meinhoff-Gruppe dadurch nur vergrößert wurde. Anfang der 70er Jahre schwang immer beides mit: das Unverständnis über die gewaltbereiten untergetauchten Terroristen der ersten Generation um Ensslin, Baader und Meinhof; andererseits das zunehmende Misstrauen gegenüber den staatlichen Institutionen.

Parallel dazu war es unübersehbar, dass die Restauration in Universität und Gesellschaft nach anfänglichen ermutigenden Schritten zu einer Reform der Struktur der Leitungsgremien bereits wenige Jahre nach Beginn der Studentenbewegung eingesetzt hatte. Ich war davon betroffen, als ich innerhalb der medizinischen Fakultät, insbesondere meines Fachbereichs "Klinische Medizin" aufgrund meiner Lehrtätigkeit in der Medizinsoziologie zunehmendem Misstrauen begegnete. Insbesondere mein verbindlicher Umgang mit jenen Studenten, die diskutieren wollten oder die Vorlesung störten, stieß bei älteren Kollegen offenbar auf schroffe Ablehnung. Offenbar fürchtete man, als Sozialpsychiater könnte ich in Tübingen eine ähnliche Entwicklung einleiten wie in Heidelberg.

In den frühen 70er Jahren, passierte in Tübingen – zumindest an der Oberfläche - nicht viel, was uns in der Klinik hätte beunruhigen können - mit einer Ausnahme: Im Sommer 1974 war bei einer Psychologin der Klinik während ihres Urlaubs eine Hausdurchsuchung durchgeführt worden. Sie stand offenbar im Verdacht, Mitglieder der Gruppe um Gudrun Ensslin "Quartier" gegeben zu haben. Sie wurde in der Tat später auch zu einer Bewährungsstrafe verurteilt. Ich erhielt die Information vom Chef der Tübinger Redaktion des Schwäbischen Tagblatts und tat mich mit einigen Freunden in der Klinik zusammen, um zu beraten, wie wir verhindern könnten, dass die Situation außer Kontrolle geriet, etwa dass die Kolleginnen auf Verdacht hin entlassen wurde.

Wir wurden nicht tätig. Aber wir standen bereit, tätig zu werden, falls dies erforderlich sein sollte. Wenige Monate in später tauchte ein Beamter der Landeskriminalpolizei oder des Verfassungsschutzes bei mir in der Tagesklinik auf - er wies sich nicht aus - um mich zu befragen, woher ich die Information hatte. Ich verweigerte ihm die Auskunft, und das hatte ein halbes Jahr später die Folge, dass meine Übernahme in den Niedersächsischen Staatsdienst in den Tagen unmittelbar vor meinem Dienstantritt vorübergehend in Frage stand. Ich hatte keine Gesinnungsprüfung über mich ergehen lassen müssen, weil ich in Baden-Württemberg seit dem Frühjahr 1974 Beamter auf Lebenszeit war.

Aber irgendwie geriet die Information über die Tübinger Episode dann doch an den Niedersächsischen Landesverfassungsschutz. Ich erfuhr davon erst einige Monate später bei einem Fest, das das Landessozialamt Niedersachsen für die leitenden Mitarbeiter der Einrichtungen des Landessozialamtes ausrichtete, vom Personaldezernenten des Sozialministeriums, der das am fortgeschrittenen Abend unter der Einwirkung von einigen Gläsern Wein locker ausplauderte. Das erklärte einige Ungeheimheiten um meine Amtseinführung in Wunstorf, zu der entgegen den Gepflogenheiten des Landes keine Gäste geladen waren und auch der obligate Vertreter des Ministers fehlte. (Vielleicht hörten wir aber auch nur das Gras wachsen).

## **Ruhe und Turbulenzen in Tübingen**

Um es noch einmal zusammenzufassen, eigentlich passierte in jenen "bewegten Jahren" in Tübingen nicht viel. Aber wir lebten unter dem Eindruck eines zunehmenden

den Unbehagens und zunehmenden Misstrauens, unter Angstgefühlen. Anders als in den Jahren 1967 und 1968 mit der Gründung des Republikanischen Clubs und dem Beginn ich mich der Studentenbewegung wussten wir nicht so recht, wohin wir gehörten, woran wir uns orientieren könnten und wem unsere Loyalitäten gehören sollten. Ich erlebte in jenen Jahre eine paradoxe Situation. Ich wurde von konservativer Seite innerhalb und außerhalb der Universität immer wieder der Linksradikalität und des Kommunismus verdächtigt. Von linker Seite etwa in der DGSP galt ich als Rechter.

Konkret versuchte ich immer wieder zu vermitteln, und jeglichen Radikalisierungstendenzen vor allem in unserer Klinik entgegenzuwirken, die nach dem plötzlichen Tod unseres Chefs 1972 eine neue Ordnung finden musste. Reinhard Lempp, der damalige kommissarische Klinikdirektor, und ich hatten darüber eine stillschweigende Übereinkunft. Über ihn und über die beiden Pädagogen Andreas Flitner und Hans Thiersch, meine Ansprechpartner in der philosophischen Fakultät, wurde ich Mitglied des 1974 gegründeten Österbergkreises, einer Vereinigung sozialliberaler Dozenten und Professoren. Dort fühlte ich mich wohl. Dort erhielt ich die Unterstützung, die ich damals brauchte. Das war dann auch eine der wenigen Gruppen, an denen ich gern weiterhin Anteil gehabt hätte, als ich Ende 1974 die Universität verließ und nach Wunstorf ging.

Für mich waren das meine besten Klinikjahre, in denen ich mich ungehindert entwickeln konnte und gelernt hatte, nicht nur ein kleines Team zu führen, sondern mich auch an leitender Stelle in einem großen Betrieb zurecht zu finden. Natürlich waren diese Jahre gleichzeitig von Unruhen geprägt: Wer würde Nachfolger von Schulte werden? Von den vielen Bewerbern kamen schließlich drei auf die Liste der Fakultät: Hanfried Helmchen aus Berlin, der, wie zwei Jahre zu vor Hans Hippus, von der von Unruhen geprägten Berliner Freien Universität weg wollte, Jörg Willi aus Zürich, damals Privatdozent und Hans Heimann aus Lausanne, ursprünglich Bern, der durch seine neurophysiologischen Forschungen als einer der frühen biologischen Psychiater ausgewiesen war. Favorit der Assistenten und Oberärzte war Willi. Die Fakultät entschied sich aber mit zwei Stimmen Mehrheit für Hans Heimann.

Das löste bei vielen von uns große Sorge aus. Schon bei seinen ersten Vorstellungen in der Klinik während der Verhandlungen über die Berufung, zeigte er, dass er

wohl den Absichten der Fakultät gerecht werden würde, endlich wieder "Ordnung in der Klinik" zu schaffen. Er zeigte eine Haltung, die in der Tübinger Klinik seit Schultes Amtsantritt Anfang der 60er Jahre zunehmend überwunden worden war, und die in Schultes letzten Jahren, vor allem aber unter der kommissarischen Leitung von Lempp, zu einer neuen Klinikkultur geführt hatte, die sich zwischen den Berufsgruppen und im Verhältnis zur Klinikleitung und Assistenten durch Kooperation und Kollegialität auszeichnete und in etwa jener Kultur entsprach, die Anselm Strauß in seiner Studie über psychiatrische Ideologien und Institutionen als soziotherapeutische Kultur bezeichnet hatte. Sie war letzten Endes das geworden, was mir seit meiner Rückkehr aus England vorgeschwebt hatte.

Hinzu kam, dass Heimann wenig kommunikativ war. Er konnte stundenlang dasitzen, an seiner Pfeife rauchen und ziehen, ohne ein Wort zu reden. Das war für jemand, der ihn nicht kannte und der nicht wusste, was er wollte, äußerst schwierig. Mir wurde bald klar, dass ich mit ihm nicht gut zusammen arbeiten können würde. Das hing sicherlich nicht nur damit zusammen, dass ich den Eindruck hatte, dass er sich nicht über meine Stellung in der Klinik und als beamteter Hochschullehrer klar war. Und ich fand es sehr freundlich, dass er meinte, ich könnte bei ihm Oberarzt werden. Zugleich erschien es mir, dass ich ein Recht hatte, in der Klinik tätig zu bleiben.

### **Anstöße zur persönlichen Bewegung**

Zudem wurde rasch deutlich, dass Heimann vorschwebte, die Klinik wieder zu zentralisieren, nachdem sich in den letzten Schulteschen und den Lemppschen Jahren eine Dezentralisierung der Arbeit und der Verantwortung etabliert hatte. Alles dies sollte sich später bestätigen. Er hatte einen freundlichen, aber autoritären Stil der Klinikleitung. Er hatte rückwärtsgewandte Vorstellungen von seiner akademischen Funktion. Er fand nichts dabei, immer, wie in der guten alten Zeit, die besonders von ihm geförderten Assistenten Arbeiten für ihn schreiben zu lassen. Als äußeres Zeichen für die neue Zeit führte er gleich nach seinem Amtsantritt den weißen Mantel wieder ein, den die Ärzte in der Klinik seit Anfang der 70er Jahre nach und nach abgelehnt hatten, ohne dass das ein Streitpunkt gewesen wäre.

Für mich am gravierendsten war etwas, was nicht unmittelbar mit Heimann zu tun hatte, was aber im Vorfeld der Berufungsverhandlung zu einem zentralen Punkt ge-

worden war. Die Fakultät hatte in Übereinstimmung mit dem Ministerium beschlossen, in Abweichung von dem ursprünglichen Strukturplan für die Klinik - und von der Stellenausschreibung -, doch keine selbständige sozialpsychiatrische Abteilung einzurichten - und zwar nachdem feststand, dass ich die Stelle des prospektiven Leiters erhalten würde, und ohne dass man mir das mitteilte, so dass ich am Ende trotz meiner universitären Funktion als Wissenschaftlicher Rat am Ende eine Oberarztstelle an der Klinik haben würde. Da war gewiss viel gekränkte Eitelkeit dabei.

Es kam noch etwas anderes hinzu. Als sich abzeichnete, dass Heimann berufen werden würde, brach unter den Assistenten der Klinik große Unruhe aus. Eine Gruppe der Unzufriedenen, die sehr stark von der Studentenbewegung geprägt war, wollte sich damit nicht abfinden, und in Verkennung ihrer Möglichkeiten eine Änderung erreichen. Zu allem Unglück hatten sie die Vorstellung, ich sollte das für sie durchsetzen. Aber das genau war das, was ich im Zusammenhang mit der Berufung am meisten gefürchtet hatte. Ich teilte die Überzeugung der Unzufriedenen. Aber ich wusste, wie böse das enden konnte.

Die Entwicklungen in Heidelberg mit der psychiatrischen Poliklinik und dem sozialistischen Patienten-Kollektiv, mit dem Abgleiten des Widerstandes gegen den neuen Klinik-Direktor erst an den Rand und dann in terroristische Aktivitäten, waren ein erschreckendes und schreckendes Beispiel. Trotzdem musste ich fürchten, aufgerieben zu werden. Und ich würde Zweifel an der Loyalität gegenüber der Klinikleitung nicht zerstreuen können. Dazu war mein Ruf in der etablierten psychiatrischen Szene mittlerweile zu sehr der eines Rebellen, oder doch zumindest eines unruhigen Geistes. Ich erinnere mich noch, wie Lempp mir berichtete, anlässlich der akademischen Trauerfeier für Schulte habe mein späterer Freund Christian Müller, Lausanne, die Ankündigung meiner Antrittsvorlesung gesehen und ihm mitfühlend gesagt: "Ach, der Unruhestifter ist bei Ihnen; dann haben sie es ja schwer."

Ich hätte zu der Zeit noch Gelegenheit gehabt, den Lehrauftrag und die für die Medizin-Soziologie und die damit verbundene Abteilungsleitung ganz zu übernehmen. Aber trotz der sich abzeichnenden Schwierigkeiten in der Klinik war mir rasch klar, dass ich nicht Arzt geworden war, um so bald wieder in eine rein theoretische Position über zu wechseln. Deshalb kam das Angebot, Direktor des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Wunstorf bei Hannover zu werden, das sich ab Mitte 1974

konkretisierte, wie gerufen. Es half, dass sich sechs meiner ärztlichen Mitarbeiter und eine leitende Krankenschwester entschieden, mit mir einen Neuanfang zu wagen.

Mit dem Wechsel nach Niedersachsen waren die sich Jahre, die ich hier die „bewegten“ genannt habe, nicht zu Ende. Aber die Jahre danach waren anders. Sie waren auch, was den Terrorismus anbetrifft, düsterer und bedrückender. Für mich rückte diese Seite allerdings nie wieder so nahe wie in Tübingen, mit einer Ausnahme: als nach der Schleyer-Entführung bewaffnete Einheiten am Rande der DGSP- Herbsttagung im November 1977 in Homburg/Saar unter den Tagungsteilnehmern nach Terroristen oder Sympathisanten suchten. Ansonsten nahm mich der Anstaltsalltag viel stärker gefangen, als meine Tübinger Tätigkeit des je getan hatte.

### **Die 68er**

Manchmal habe ich den Eindruck als sein „die 68 er“ ein Mythos. Wenn ich sehe, was ihnen in Talkshows und Feuilletons alles angelastet wird, kann ich nur staunen. Das Lachen darüber ist mir schon lange vergangen. Aber auch was ihnen von anderen als Verdienst angerechnet wird, trifft vermutlich die Falschen. 68, das war nicht die Studentenbewegung, schon gar nicht die Studentenrevolution. 68 war ein Zeitgeist-Phänomen, das mehr damit zu tun hatte, dass da eine Generation herangewachsen war, die mit Elvis Presley und dem Rock'n Roll, mit den Beatles und den Rolling Stones, mit Bob Dylan und Joan Baez groß geworden war, die Generation nach Woodstock, aber auch die Generation der Oswald-Kolle-Leser mich du, die den Zugang zur Antibabypille hatte; die mit alledem ihre Eltern auf die Barrikaden gebracht hatte und als Reaktion darauf gründlich mit deren Werten aufräumte, die durch Kriegs- und Nachkriegszeit und die Wirtschaftswunderjahre geprägt waren.

Was da seinen Lauf nahm, war ein Zeitgeistphänomen, das sich in den USA, England und Frankreich in ähnlicher Weise manifestierte. Es war vielleicht eine Kulturrevolution. Aber es war keine Erfindung einer abgehobenen, intellektuell verstiegenen, marxistisch geprägten, aber ansonsten total verklemmten Studentelitte. Es war auch eine Zeit, in der das Land, zum Teil auf schmerzliche Weise Demokratie lernte, in der es auf noch schmerzlichere Weise lernte, mit gesellschaftlichen Konflikten zu leben – auch wenn man nicht behaupten kann, dieser Lernprozess sei abgeschlossen. 68 implizierte einen Kulturwandel, der alle betraf, die meisten, ohne dass sie es

ahnten. Und diejenigen, die glaubten, ihn zu steuern, saßen allzu oft im Wolkenkuckucksheim.

### **Literatur**

Ruitenbeek, H. M. (1974): Die neuen Gruppentherapien. Klett, Stuttgart (Original 1970).