

## Die Reformphase der „somatischen Psychiatrie“

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

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

### C.1.: Zur Geschichte der Hilfsvereine

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

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

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

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

### 3. Der erste Hilfsverein für „entlassene Geisteskrane“

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

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

### Direktoren als Vorsitzende

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

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

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

### **In 16 Jahren 81 Fälle.**

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

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

### **Jacobis Kasse**

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

### **4. Die Hilfsappelle des „ Irrenfreunds“**

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

### **„Schädliche Vorurtheile“**

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

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

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

### **Vorbild St. Gallen**

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

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

### **5. Ab 1871: Zahlreiche neue Hilfsvereine mit erweiterten Aufgaben**

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

#### **Badischer Hilfs-Verein**

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

Nach § 1 war der Zweck des Badischen Vereins,

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

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

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

#### **Westfälische Initiativen**

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

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

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

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

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

Tatsächlich wurde aus Mitteln des westfälischen Vereins, der 1875 schon 520 Mitglieder zählte, die Gründung einer Anstalt für schwachsinnige Kinder und Jugendliche mit 540 Plätzen finanziert. „Diese Anstalt ist im Jahre1911 als wert-voller Besitz in das Eigentum der Provinz Westfalen übergegangen. Die Mittel des Hilfsvereins dienten fast ausschließlic dem Bau und Betrieb dieser Anstalt, während die übrigen Vereinszwecke da-neben zurücktreten mußten.” (59)

### **Berliner Gründungen**

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

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

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

### **Das hessische Konzept**

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

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

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

### **Folgen des Hospitalismus**

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

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

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

### **Welle von Gründungen**

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

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

## **6. Selbstverständnis und Ziele der Hilfsvereine bis zum Jahr 1900**

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

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

### **Fünf Ziele**

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

### **Begrenzte Wirkung**

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

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

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

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

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

### **Öffentlichkeitsarbeit**

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

### **Personalprobleme**

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

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

### **C.2.: Psychische Erkrankung als Erkrankung des Gehirns**

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

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

(Siehe bei Dörner ab S. 273)

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

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

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

So hieß es bei der Gründung:

„Der Zweck einer vom Staat eingerichteten Irrenanstalt ist doppelt:

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

Wilhelm Griesinger (1817 – 1868)



**Abbildung 1 Wilhelm Griesinger**

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

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

### **Wilhelm Griesinger und die gemeindenahe Versorgung**

W. Kossler

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

---

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

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



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

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

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

Die Krankheit „Dementia Präkox“ zeichne sich aus durch

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

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

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

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

---

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

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



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

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

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



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

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

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

#### **C.4.: Versorgungspsychiatrie und bürgerschaftliches Engagement**

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

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

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

##### **Zwei-Klassen-Psychiatrie**

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

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

##### **Der Kranke als Objekt**

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

##### **Anstaltsartefakt**

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

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

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

### **Kolbsche Familienpflege**

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

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

### **Größere Anstalten**

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

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

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

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

### **Opium, Bäder und Bettruhe**

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

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

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

### **Simons Arbeitstherapie**

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

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

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

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

### **Zentral: die „Bettbehandlung“**

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

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

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

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

## **8. Die Entwicklung der Hilfsvereine ab 1900**

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

### **Öffentliche Kritik**

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

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

### **Neubeginn in Baden**

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

### **Erfolge im Rheinland**

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

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

### **Folgen des Weltkrieges**

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

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

### **„Schwerste Zeiten“**

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

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

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

## **9. Die Gründung des Verbandes Deutscher Hilfsvereine für Geisteskranke**

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

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

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

### **1928 rund 37000 Mitglieder**

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

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

### **Auflösung im Dritten Reich**

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

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

### **Spätestens mit diesem Datum endet die selbständige Arbeit der Hilfsvereine.**

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

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

### **Materielle Not**

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



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

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

### Künstliche Anfälle

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

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

### Psychochirurgie

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

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

### „Erstmals Erfolge“

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

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

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

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

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

### **„Lebensunwertes Leben“**

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

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

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

### **Tötung in Gaskammern**

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

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

### **Etwa 85000 Opfer**

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

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

### **„Dem Staate gehorchend“**

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

### **11. Die Entwicklung der Psychiatrie nach 1945**

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

#### **Psychopharmaka**

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

#### **Drehtür-Psychiatrie**

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

#### **Sozialpsychiatrie**

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

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

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

### **„Nationaler Notstand“**

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

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

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

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

### **DGSP, Aktion und Dachverband**

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

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

### **12. Die Entwicklung der Hilfsvereine nach 1945**

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

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

### **Verdrängte Misere**

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

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

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

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

### **Studenten-Bewegung**

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

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

### **Anhörung in Emmendingen**

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

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

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

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

### **Heime ohne Helfer**

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

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

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

### **13. Die Gründung des Dachverbandes psychosozialer Hilfsvereinigungen**

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

### **Anstoß in Weinsberg**

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

### **Gründungskommission**

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

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

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

### **Der erste Vorstand**

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

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

### **Aufgaben**

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

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

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

### **Tagung in Bonn**

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

### **14. Exkurs: Die Mental-Health- Bewegung**

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

### **Dorothea Dix' Wirken**

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

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

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

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

### **Ein Betroffener berichtet**

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

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

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



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

### **Prominente als Mitstreiter**

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

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

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

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

### **Prüfungsberichte**

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

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

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

### **Weltweite Ausdehnung**

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

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

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

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

### **Gründung der WFMH**

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

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

### **Forschung**

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

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

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

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

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

### **Was wurde erreicht?**

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

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

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

### **Vorbeugung**

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

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

### **Kennedys Botschaft**

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

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

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

### **Kritische Urteile**

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

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

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

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

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

### **Laien mobilisiert**

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

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

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

### **Professionalisierung**

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

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

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

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

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

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

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