

### 2.3 Die westdeutsche Psychiatrie nach dem Krieg

Die Psychiatrie, d.h., im Wesentlichen die psychiatrischen Anstalten, war nach dem Krieg in einem furchtbaren Zustand, waren sie doch während der Nazi Herrschaft zu Mordanstalten geworden oder dienten anderen Zwecken als Lazarett oder mehr. In ihnen lebten – unter erbärmlichsten Bedingungen – auch nach dem Krieg »ehemalige Zwangsarbeiter und Kriegsgefangene, verwundete Soldaten, Obdachlose, Alte, körperlich Kranke (...) – Menschen, die keine psychiatrische Versorgung brauchten und für die erst wieder eigene Orte gefunden werden mussten.«<sup>38</sup> Für die deutsche Psychiatrie der Nachkriegszeit galt, folgt man Karl Beine: »Die personelle Kontinuität war ungebrochen. Von wenigen Ausnahmen abgesehen betrieben dieselben Ordinarien und Chefarzte unter der Flagge der freiheitlich-demokratischen Grundordnung nach 1945 dieselbe Psychiatrie wie zuvor für Führer, Volk und Vaterland. Mit einer Ausnahme: Die Krankenmorde waren gestoppt«<sup>39</sup>. Das Sterben aber nicht! Cornelia Brink schreibt: »Das Massensterben in den Anstalten endete nicht am 8. Mai 1945; im Gegenteil erreichte die Sterblichkeit in diesem Jahr in fast allen deutschen Anstalten mit Sterberaten bis zu 50% ihren Höhepunkt.«<sup>40</sup> Heinz Faulstich beschreibt, dass die Situation in der Anstalt Altscherbitz im Jahre 1947 mit 887 Toten besonders schrecklich war und die Todeszahlen die von 1943 noch übertraf. Darüber hinaus forderte noch 1950 der Münsteraner Landesverwaltungsrat für die Gütersloher Klinik drastische Erhöhung der Belegungsdichte, Reduzierung des Pflegepersonals und Verbilligung der Ernährung.<sup>41</sup>

Die psychiatrische Versorgung war auch bis zum Beginn der Reform in der Folge der Psychiatrie-Enquête dem »Anstaltsparadigma« der »Heil- und Pflegeanstalt« verhaftet, obwohl, wie Brink meint, in dieser Zeit das Anstaltsmodell mit geringem Aufwand aufgegeben werden konnte.<sup>42</sup> Außerhalb der Anstalten, die bald »Landeskrankenhäuser« genannt wurden, gab es kaum Möglichkeiten der (fachärztlichen) Behandlung oder andere Pflege- bzw. Hilfemöglichkeiten.<sup>43</sup> Der sog. »Halbierungserlass« Adolf Hitlers vom 5.11.1942 sorgte nach wie vor dafür, dass längerfristig erkrankte Menschen aus der Krankenversicherung ausgegrenzt wurden und der Fürsorge bzw. später der Sozialhilfe mit steigenden Anteilen zugeordnet wurden und eine Kostenabwälzung durch »Heranziehung« der betroffenen Familien zur Folge hatte. Eine Zwei-Klassen-Psychiatrie wurde nach dem Krieg weitergeführt. Erst 1981 wurde der Halbierungserlass formal im Rahmen eines »Gesetz zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes« aufgehoben. Da stand jedoch schon der Sozialhilfeträger als Kostenträger für Heime zur Verfügung. Bis weit in die 1970er-Jahre bestand also die alte Anstaltspsychiatrie nahezu mit allen ihren Unzulänglichkeiten und Missständen praktisch unverändert fort. Schott und Tölle fahren fort: »1970 noch hatte kaum ein Krankenhaus-Patient ein eigenes Schrankfach,

38 Brink 2010, S. 361.

39 Beine 2015, S. 13 Vgl. auch Seidel 2000.

40 Brink 2010, S. 362.

41 Faulstich 2003, S. 26., 29

42 Brink 2010, S. 361.

43 Mit weiteren Nachweisen: Kunze 2001, S. 106

viele hatten keine eigene Kleidung, die meisten waren in großen Schafsälen untergebracht (mit einer Nasszelle für alle). Die Zwangsmaßnahmen waren zwar zurückgegangen, aber immer noch waren Zwangsinjektionen, Festschnallen am Bett, Netz über dem Bett und Isolierzelle an der Tagesordnung. Die Mehrzahl der Hospitalisierten blieb länger als zwei Jahre im Krankenhaus.<sup>44</sup> Neben der reinen Verwahrung beschränkte sich eine »Behandlung« im Wesentlichen auf die Insulin-Koma Therapie, den Kardiazol-Schock sowie auf die Elektrokrampftherapie. Erst ab den 1950er-Jahren kamen neue Medikamente auf den Markt, die eine »Psychopharmaka-Therapie« ermöglichten. Im Vordergrund standen hier Chlorpromazin und Lithium, die erlaubten, dass Patient\*innen nun auch nach kürzeren Verweildauern entlassen werden konnten.<sup>45</sup> Einige behaupten, dass durch diese Behandlungsformen auch Voraussetzungen für die Versorgung durch »extramurale« Dienste und Einrichtungen geschaffen wurden.<sup>46</sup> Eine psychotherapeutische Therapie kam praktisch nicht vor; eine diesbezügliche Ausbildung von Psychiater\*innen musste »im Geheimen« stattfinden.<sup>47</sup>

Eine größere, systematische Aufarbeitung der Medizin bzw. der Psychiatrie im Nationalsozialismus ist in der Nachkriegszeit nicht passiert. Besonders erwähnt werden müssen in diesem Zusammenhang die Bücher von Gerhard Schmidt sowie Alexander Mitscherlich und Fred Mielke<sup>48</sup>. Schmidt referierte über die Nazi-Gräueltaten bereits 1945 im Bayerischen Rundfunk, konnte aber sein Buch erst 1965 veröffentlichen. Das Buch von Mitscherlich und Mielke, welches eine Aufarbeitung der Nürnberger Ärzteprozesse beinhaltet, erschien als »Das Diktat der Menschenverachtung« bereits 1947, wurde jedoch erst 1960 breit veröffentlicht.<sup>49</sup> Auch die »Denkschrift« von Heinz Häfner/Klaus-Peter Kisker/und Walter Ritter von Bayer (s.u.) von 1965 geht auf die »Vernichtung lebensunwerten Lebens ein«. Zu weiteren Psychiatern, die bereits in den 1950er 1960er-Jahren auf die Verbrechen der Psychiatrie aufmerksam machten, gehörten neben den oben genannten: Martin Schrenk (Emmendingen), Manfred van der Beeck (Westfalen) sowie Walter Schulte (Tübingen/Gütersloh).<sup>50</sup> Resümierend schreibt Heinrich Kunze: »... die Aufarbeitung der Verbrechen in der Psychiatrie (und Medizin) unter dem Einfluss der Siegermächte (wich) nach einem kurzen Zeitfenster dann in den Nachkriegsjahren schnell der Tabuisierung, einer ›Verdrängung‹ [wich], die erst in den 1980er-Jahren überwunden wurde.«<sup>51</sup> Allerdings gab es insbesondere in Heidelberg eine Rückbesinnung auf die Traditionen, die durch die »anthropologische Psychiatrie« begründet wurde, eine philosophische Richtung, die sich vor allem auf daseinsanalytische, phänomenologische und existenzphilosophische Denkansätze bezog, und auf die sich viele der ersten Reformpsychiater\*innen bezogen haben.<sup>52</sup> Diese Ansätze haben, wie Dör-

44 Schott und Tölle 2006, S. 300-304.

45 Clausen et al. 1997; Shorter 1999, S. 370-392; Schott und Tölle 2006, S. 400-495

46 Häfner 2001, S. 85 Vgl. im Überblick: Söhner 2020, S. 97.

47 Kunze 2012, S. 142 Im Überblick: Söhner 2020, S. 106.

48 Schmidt 2012; Mitscherlich und Mielke 2012.

49 Vgl. mit weiteren Hinweisen: Kunze 2012, S. 141; Eine umfangliche Dokumentation der Nürnberger Ärzteprozesse findet sich in Ebbinghaus und Dörner 2002.

50 Vgl. mit weiteren Hinweisen: Kersting 2004.

51 Kunze 2012, S. 141.

52 Thoma 2015; Söhner et al. 2017.

ner schreibt, »die späteren Reform- und Entwicklungsschritte denkerisch ermöglicht, weshalb der Historiker Kersting für sie den Begriff »Reform vor der Reform« geprägt hat.«.<sup>53</sup>

Dieselben eben genannten Psychiater sowie Heinz Häfner (Heidelberg) Caspar Kulenkampff (Frankfurt/Lübeck/Köln), Gregor Bosch (Frankfurt/Berlin) und Joachim-Ernst Meyer (Göttingen) können als die Väter der Sozialpsychiatrie Westdeutschlands gelten. Sie machten sich schon lange vor den sog. 68ern auf den langen Marsch durch die Institutionen. Ein wichtiges Gremium war in diesem Zusammenhang der »Aktionsausschuss zur Verbesserung der Hilfe für psychisch Kranke«, ein Zusammenschluss des »Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge« und der »Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege«, dem 1964 erste Reformempfehlungen vorgelegt wurden.<sup>54</sup>

Und nicht nur das: Sie veränderten die Institutionen, die in ihrem Verantwortungsbereich lagen. Darüber hinaus scharften sie einen Kreis von jungen Assistenzärzt\*innen und Student\*innen um sich, denen eines gemein war. Sie wollten die unmenschlichen Bedingungen in der Psychiatrie verändern. Hierzu gehören, um nur einige<sup>55</sup> zu nennen: Manfred Bauer, Michael von Cranach, Klaus Dörner; Asmus Finzen, Christiane Haerlin, Peter Kruckenberg, Heinrich Kunze, Ursula Plog, Niels Pörksen, Maria Rave-Schwank, Hilde Schädle-Deiningner, Christa Widmaier-Berthold und Erich Wulff. Ihnen kam zu Gute, dass sie während ihres Studiums oder kurz darauf Auslandserfahrungen machen konnten, wo sie insbesondere in den USA die Reformen der Kennedy Ära oder auch die Reformen in England, insbesondere im »Maudsley Hospital« mit seinen therapeutischen Gemeinschaften machen konnten. Zum Teil spielten jedoch auch Erfahrungen aus der UdSSR, den Niederlanden und Frankreich eine Rolle.<sup>56</sup>

So entstanden auch in Deutschland in den frühen 1960er-Jahren erste sozialpsychiatrische Abteilungen, Tages- und Nachkliniken, erste außerklinische Übergangwohnheime, rehabilitative Werkstätten bzw. Arbeitsmöglichkeiten sowie Wohngruppen und psychotherapeutische Möglichkeiten.<sup>57</sup> Z.B. in:

Heidelberg	Öffnung geschlossener Stationen, Tag- und Nachtambulanz, Übergangsheim, Rehabilitations- und Nachsorgeprogramme, Patientenklub, Werkstatt für chronisch Kranke.
Frankfurt a.M.	Tagesambulanz für chronisch Kranke, Übergangsheim.
Hannover	Organisation der Sektorversorgung mit regionaler Versorgungsverpflichtung durch MHH.

53 Dörner 2017 (1978), S. 707.

54 Vgl. mit weiteren Verweisen: Rüter 1971; Rudloff 2012, S. 103; Söhner 2020, S. 21.

55 In alphabetischer Reihenfolge mit Entschuldigung bei allen, die hier nicht genannt sind.

56 Söhner et al. 2015; Söhner 2020, S. 38.

57 Ursula Plog und Klaus Dörner haben diese Einrichtungen 1968 bereist und hierüber einen Bericht verfasst, der zunächst nur als Manuskript in der »Szene« geisterte und erst 1999 veröffentlicht wurde: Dörner und Plog 1999.

Vor allem Hannover, welches sich zu einem »Mekka der modernen Sozialpsychiatrie«<sup>58</sup> entwickelte, nachdem Klaus-Peter Kisker mit dem Oberarzt Erich Wulff dort die Leitung übernommen hatte, aber auch andere Orten wie Mönchengladbach bei Alexander Veltin oder Bad-Driburg bei Hanns Philipzen wurden begehrte Orte der Ausbildung für unterschiedlichste Berufsgruppen.<sup>59</sup> Darüber hinaus gingen die frühen Protagonisten an die Öffentlichkeit zwar zunächst mit mäßigem Erfolg, der sich jedoch langsam und beharrlich ausbauen ließ. So war z. B. Kisker an der Entwicklung der »Rodewischer Thesen« in der DDR (1963) beteiligt, die eine gemeindepsychiatrische und rehabilitativ ausgerichtete Ausrichtung der Psychiatrie forderten. 1964 hatte der »Aktionsausschuss zur Verbesserung der Hilfen für psychisch Kranke« seine Reformvorstellungen in die Politik verbreitet.<sup>60</sup> Ebenfalls 1964 hatten Häfner, Kisker und v. Bayer ein Gespräch mit der damaligen Bundesministerin für Gesundheit Elisabeth Schwarzhaupt. Sie betonte die Nicht-Zuständigkeit des Bundes für die Gesundheitspolitik, gab jedoch eine Zusage für die Einrichtung eines zentralen Forschungsinstituts.<sup>61</sup>

Eine große Bedeutung hat die »Denkschrift«, die Häfner, Kisker und v. Bayer 1965 unter der Überschrift »Dringliche Reformen in der psychiatrischen Krankenversorgung der Bundesrepublik« verfasste.<sup>62</sup> Der erste Satz dieser Denkschrift lautete: »Die derzeitige psychiatrische Krankenversorgung in der Bundesrepublik – ein nationaler Notstand«. Häfner führt in diesem Zusammenhang weiter aus: »Mein ehemaliger Chef, Prof. Walter von Baeyer und mein Kollege Karl Peter Kisker unterzeichneten mit, um der von einem unbekanntem Privatdozenten vertretenen Sache Gewicht zu verleihen. Die Denkschrift enthielt Hinweise auf Missstände in der Versorgung psychisch Kranker, die Anregung einer Psychiatriereform und Beispiele aus dem Ausland. Aus der ebenfalls darin enthaltenen Empfehlung, ein nationales Modellinstitut zu errichten, ist nach 10 Jahren das Zentralinstitut für seelische Gesundheit hervorgegangen.«<sup>63</sup> 1965 sprachen Häfner, Kulenkampff, Bosch und andere bei der Hauptausschusssitzung des »Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge« (DV) in Kiel vor unter dem Titel »Die Verantwortung der Gesellschaft für ihre psychisch Kranken«, in der sie auch hier auf die gravierenden Missstände hinwiesen und Reformen einforderten. Daneben ging jedoch auch der Austausch und die Vernetzung in der einschlägigen »Szene« – wie man heute sagen würde – weiter und verbreiterte sich zunehmend auch über akademisch-klinische Kreise hinaus.<sup>64</sup> Darüber hinaus gewann das Thema Psychiatrie nicht nur im

---

58 Machleidt 2010.

59 In den 1970er-Jahren wurden auch andere Landeskrankenhäuser, die von DGSP-Mitgliedern geleitet wurden, zu bedeutenden Orten sozialpsychiatrischer Fort- und Weiterbildung. Zu nennen sind hier vor allem: Wunstorf (Finzen), Rheydter (Seidel), Gütersloh (Dörner), Karlsruhe (Rave-Schwank), Kaufbeuren (von Cranach), Lengerich (Crome), Bremen (Kruckenberg) und Hücklingen (Pörksen).

60 Rütther 1971; Brink 2010, S. 422-423.

61 Häfner 2016.

62 Häfner et al. 1965.

63 Häfner 2016, S. 128.

64 Eine Netzwerkkarte findet sich in: Söhner 2020, S. 81 Insbesondere Hannover und Heidelberg hatten darüber hinaus auch für nicht-ärztliche Berufsgruppen eine Bedeutung, da dort berufsgruppenübergreifende sozialpsychiatrische Fortbildungen angeboten wurden. (Mitteilung von Matthias Rosemann)

Gefolge der Studentenbewegung mediales öffentliches Interesse, vor allem durch den Bericht von Frank Fischer, der – als Lehrer – die unglaublich schrecklichen Zustände in der Psychiatrie in einem viel beachteten Buch veröffentliche<sup>65</sup> und damit Medien, Politik und Öffentlichkeit aufschreckte. Das Buch gilt allgemein als die Initialzündung der deutschen Psychiatriereform.

Zahlreiche Zusammenkünfte, Tagungen und Kongresse wurden veranstaltet,<sup>66</sup> auf denen die jungen, sozialpsychiatrisch orientierten Ärztinnen und Ärzte und zunehmend auch andere Berufsgruppen wie Krankenschwestern und -Pfleger, Sozialarbeiter\*innen, Ergo- und Beschäftigungstherapeut\*innen sowie auch Psycholog\*innen und Psychotherapeut\*innen teilnahmen. Die Themen waren naheliegend: Die gesellschaftliche Verantwortung für psychisch kranke Menschen, epidemiologische Fragen, Versorgungsmodelle und Einrichtungstypen sowie Fragen der Prävention, Intervention und Rehabilitation zu erörtern. Daneben wurden Fragen der Stigmatisierung und Öffentlichkeitsarbeit diskutiert sowie erste Psychisch-Kranken-Gesetze vorgestellt und die Forderung nach einer »Zentralstelle für seelische Gesundheit« erhoben. Wichtige Zusammenkünfte waren insbesondere

- Eine Tagung im November 1968 in der evangelischen Akademie Rheinland-Westfalen in Mühlheim unter dem Thema »Psychiatrie in der Gesellschaft«.<sup>67</sup>
- Ein Kongress zur Sozialpsychiatrie in Homburg 1969.<sup>68</sup>
- Der sozialpsychiatrische Kongress »Rückkehr der psychisch Kranken in die Gesellschaft« am 3./4. April 1970 in der psychiatrischen Klinik der Universität Hamburg (UKE).

Auf letzterer Tagung wurden Fragen diskutiert, die sich mit dem Verhältnis von Psychiatrie und Gesellschaft auseinandersetzten, wie die Frage von »Arbeit«, die Frage von sozialer Selektion und Herrschaftsverhältnissen, aber auch der Fragen von Verwahrung und Rehabilitation sowie gemeindepsychiatrischer Versorgungssysteme, die förderlich für die »Rückkehr« der psychisch Leidenden (Dörner). Die Tagungsdokumentation wurde als Buch veröffentlicht.<sup>69</sup> Bedeutsam erscheint insbesondere, dass Dörner eine verbindliche Definition des Begriffes »Sozialpsychiatrie« in der Einleitung der Tagungsdokumentation gibt:

»Psychiatrie ist soziale Psychiatrie oder sie ist keine Psychiatrie. So ist der Begriff Sozialpsychiatrie nur als kritischer Begriff sinnvoll, als Protest gegen eine Psychiatrie, die ihrem Anspruch, den Bedürfnissen der psychisch Leidenden gerecht zu werden. An diesem Anspruch aber orientiert sich diejenige Sozialpsychiatrie, die diesen Namen verdient.«

Hiernach bestimmt Dörner Sozialpsychiatrie:

65 Fischer 1969.

66 Zusammenfassend bei Söhner 2020, S. 28. Mittlerweile liegen im »Berliner Archiv für Sozialpsychiatrie« eine Reihe von Protokollen und Vortragsmanuskripten vor.

67 Anders und Kulenkampff 1968.

68 Schüffel 1969.

69 Dörner und Plog 1972.

1. Sozialpsychiatrie ist vor allem orientiert an der Chancengleichheit aller Angehörigen einer Gesellschaft, d.h. an der objektiv bedarfsgerechten und subjektiv bedürfnisgerechten Hilfe für alle psychisch Leidenden.
2. Sozialpsychiatrie kann sich auf den noch vorherrschenden Krankheitsbegriff nicht mehr stützen. [...], dass dieses Krankheitskonzept selbst ein sozialer Steuerungsmechanismus ist im Dienst der gesellschaftlichen Integration, und muss Ausgangspunkt von Forschung sein.
3. Sozialpsychiatrie kann sich nicht auf »Diagnosen« stützen, sondern hat den Akt des Diagnostizierens selbst als soziales Verhalten zu sehen.
4. Sozialpsychiatrie behauptet nicht – im Gegensatz zu dem wohl verbreitetsten Vorwurf gegen sie – die soziale Verursachung allen Leidens. [...] Sozialpsychiatrie berücksichtigt jedoch die gesamte Bedingungskonstellation eines Leidens.
5. Sozialpsychiatrie kann ihr Hilfsangebot und ihr therapeutisches Vorgehen nicht mehr auf dem Zwang aufbauen, [...]. Grundlage sozialpsychiatrischer Hilfe ist vielmehr die Solidarität der psychisch Leidenden untereinander und mit dem therapeutischen Team.
6. Sozialpsychiatrie geht daher in ihrer Praxis und zur Aufhebung der Instanzen-Zerstückelung der Patienten institutionell von der »therapeutischen Kette« aus.
7. Sozialpsychiatrie wirkt praktisch durch das »therapeutische Team«.
8. Sozialpsychiatrie ist an der Rehabilitation der Einzelnen ebenso wie an der Prävention für alle orientiert.
9. Sozialpsychiatrie stellt als empirische Wissenschaft, als therapeutische Praxis und als soziale Bewegung den Versuch der Rückbesinnung auf und der Integration der psychisch Leidenden in ihre soziale Realität dar, nachdem namentlich in den früh- und hochkapitalistischen Gesellschaften ihre soziale Ausgrenzung betrieben worden war.<sup>70</sup>

Die Tagung entfaltete eine Strahlkraft, die für die Sozialpsychiatrie im Allgemeinen, nämlich für die Verbreiterung der »Idee« und Konzept und für die DGSP im Besonderen, nämlich für die Organisation von Personen und Interessen von Bedeutung war. Dörner schreibt hierzu: »Im Anschluss an die Veranstaltung vereinbarten circa 10 psychiatrisch Tätige, in Kontakt zu bleiben und sich in regelmäßigen Abständen zum theoretischen und praktischen Erfahrungsaustausch zu treffen. Die Tagungen des bald genannten »Mannheimer Kreis« hatten für die Geburt der DGSP eine große Bedeutung, denn hier trafen sich nicht nur Ärzt\*innen, sondern auch gleichgesinnte Sozialarbeiter\*innen, Pflegekräfte, Student\*innen und andere interessierte Leute, die gemeinsam über das gesellschaftliche Problem Psychiatrie diskutierten, über Sozialpsychiatrie und ihre möglichen Organisationsformen und notwendigen Einrichtungen sowie über Handlungsmöglichkeiten und therapeutische Handlungskonzepte. Das erste Treffen fand Ende Mai 1970 in der Gemeindepsychiatrie in Mannheim statt (circa 50 Teilnehmer); die 39 Teilnehmer\*innen auf der Liste repräsentieren ein »Who is Who« der engagierten Psychiatriereformer\*innen und man redete sich brav mit Herr, Frau oder

---

<sup>70</sup> Dörner 1972b, S. 8-14.

Fräulein an.<sup>71</sup> Das zweite Treffen im November 1970<sup>72</sup> fand in der sozialpsychiatrischen Klinik Hannover (100 Teilnehmer), das dritte im April 1971 im Klinikum Berlin-Steglitz (über 200 Teilnehmer) und das vierte Ende Oktober 1971 in Tübingen.<sup>73</sup> Diese Treffen des Mannheimer Kreises erhielten bald mit mehr als 1000 Teilnehmer\*innen eine gewisse mythische Berühmtheit und das aus mehreren Gründen:

Es zeigte sich, dass Tagungen auch ohne Sponsoren »selbstorganisiert« durchgeführt werden konnten. Diese Tagungen durchbrachen die Schranken zwischen akademischen und nicht-akademischen Berufsgruppen und seitdem ist das Konzept des »multidisziplinären Teams« aus der Sozialpsychiatrie nicht mehr wegzudenken. Die Tagungen dienten der (z.T. heftigen) Diskussion und Verbreiterung sozialpsychiatrischer Konzepte und Erfahrungen. Und nicht zuletzt: Die Tagungsfeten hatten einen legendären Ruf. Es wurde bis zu Erschöpfung getanzt und der Team-Gedanke wurde ebenso praktisch wie intensiv in die Praxis umgesetzt – gerne auch dyadisch.

Im Oktober 1970 fand im Deutschen Bundestag ein Hearing zur Situation der Psychiatrie in Deutschland statt,<sup>74</sup> das durch den Abgeordneten Walter Picard nach einer Reise durch die psychiatrischen Anstalten Nordrhein-Westfalens angeregt wurde. Im selben Monat, kurz danach, fand eine beachtete Tagung unter dem Titel »Der psychisch Kranke und die Gesellschaft« in der evangelischen Akademie Loccum statt.<sup>75</sup> Nach dem Vortrag von Frank Fischer wurde das Programm umgeschmissen, es wurde in Arbeitsgruppen diskutiert und zum Schluss eine Resolution der 132 Teilnehmer\*innen an den Deutschen Bundestag adressiert. In dieser »Loccumer Resolution« wurde vor allem der Entwurf eines umfassenden Konzeptes bedarfsgerechter psychiatrischer Versorgung mit den Voraussetzungen gefordert:

- Gemeindenahe psychiatrische Einrichtungen mit Möglichkeiten stationärer, teilstationärer, ambulanter und extramuraler Versorgung,
- Funktionale Zusammenfassung präventiver, therapeutischer und nachsorgender Dienste und Koordination aller Aufgaben und Akteure,
- Qualifizierte sozialpsychiatrische Ausbildung aller Berufsgruppen.
- Schaffung von Modelleinrichtungen, sowie auch
- Sog. »Gemeindenahe Zentren« Einrichtung von Fachabteilungen an allgemeinen Krankenhäusern, die auch ambulant arbeiten können.
- »Gleichzeitig ist die Entflechtung und Umstrukturierung der psychiatrischen Landeskrankenhäuser mit allem Nachdruck und allen Mitteln zu fördern.

Nicht nur die Inhalte dieser Resolution, die auch für die Psychiatrie-Enquête eine große Bedeutung hatte, sondern auch die Tatsache, dass die unterschiedlichen Fraktionen in der Psychiatrie einen Konsens finden konnte, war für Finzen bedeutsam, denn dies

71 Mannheimer Kreis 1970.

72 Bauer (1995) datiert das Treffen auf den 15./17. Oktober, was jedoch aufgrund der Vorkommnisse auf dem DGNP Kongress nicht stimmen kann.

73 Dörner 1972b, S. 18.

74 Deutscher Bundestag 1970.

75 Lauter und Meyer 1971.

präformierte, dass teilweise dieselben Menschen in der Lage waren, in den Experten-  
gruppen der Enquête zu Ergebnissen zu kommen.<sup>76</sup> Die Idee und Forderung nach einer  
»Psychiatrie-Enquête« nahm langsam Gestalt an.

Politologisch/soziologisch gesehen haben diese Aktivitäten, die öffentliche Diskus-  
sion des Themas Psychiatrie,<sup>77</sup> die Durchführung von Tagungen und anderen Veranstal-  
tungen, sowie die Kontakte zur Politik und Verwaltung, den Zweck gehabt, eine sog.  
»Issue Area« bzw. Politikfeld<sup>78</sup> zu konstituieren, also ein »Netzwerk von Kommuni-  
kationen«, in dem das Thema »Psychiatrie« nicht nur thematisiert werden kann, son-  
dern auch »Politikfähigkeit« erlangt und Entscheidungen herbeigeführt werden kön-  
nen. Hierbei ging es auch darum, dass in diesem Feld Organisationen beeinflusst oder  
gebildet werden, die als gewichtige Akteure fungieren und die die Interessen der Re-  
formpsychiater\*innen erfolgreich durch- und umsetzen. Hier hatte die »Sozialpsychia-  
trische Bewegung« im Gegensatz zum Bereich der »Behinderungen« einiges aufzuho-  
len. Im Bereich der behinderten Menschen hatte ein solches Politikfeld bzw. ein »Policy  
Netzwerk«<sup>79</sup> bereits eine Tradition, die im Zusammenhang mit den Weltkriegern steht.  
Mit dem »Reichsbund« sowie dem »VdK« (Verband der Kriegs- und Wehrdienstopfer)  
bestanden Betroffenenverbände mit fast 2 Mio. Mitgliedern, die enge Verbindungen  
zu Abgeordneten hatten. Die 1958 gegründete Lebenshilfe entwickelte sich – wie ande-  
re auch – von einer »Elterninitiative« zu einem großen Dienstleistungsunternehmen<sup>80</sup>  
und der 1967 erfolgte Zusammenschluss von vielen Initiativen zur »Bundesarbeitsge-  
meinschaft Hilfe für Behinderte« (BAGH) trug dazu bei, dass – im Verbund mit Reha-  
bilitationswissenschaftler\*innen – dieses Politikfeld von mächtigen Akteuren bestückt  
war.<sup>81</sup> Rudloff führt die relative Machtlosigkeit der sozialpsychiatrischen Bewegung u. a.  
darauf zurück, dass die Psychiatrie keine entwickelten Betroffenen- und Angehörigen-  
organisationen, kein ausgebauten Netz von Wissenschaftler\*innen und keine Verbind-  
ungen zu Politiker\*innen in Bund und Ländern bzw. zu den ministeriellen Apparaten  
hatte.<sup>82</sup> In der Sozialpsychiatrie gab es derartiges (noch) nicht und das hatte einige  
Gründe:

- Die sozialpsychiatrisch engagierten Ärztinnen und Ärzte sowie die anderen Berufs-  
gruppen, die in zunehmender Anzahl hinzukamen, stellten eine Minderheit in ein-  
em Berufsfeld dar, welches konservativ strukturiert war. Die psychiatrischen Fach-  
verbände, wie DGPN standen dem sozialpsychiatrischen Gedankengut sehr skeptisch  
gegenüber. Auch die Multiprofessionalität trug dazu bei, dass viel Themen-  
und Problembereiche eben von unterschiedlichen Seiten betrachtet wurde, aber keine  
»Vollständigkeit der Wahrnehmung«<sup>83</sup> das Ergebnis war.

76 Finzen o.J.

77 Vgl. besonders: Brink 2010, S. 461-468.

78 Windhoff-Héritier 1985; Czada und Windhoff-Héritier 1991; Blum und Schubert 2009; Rudloff 2012.

79 Mayntz 1993; Mayntz und Scharpf 1995.

80 Itzwerth 1979; Stoll 2014.

81 Rudloff 2003, 2006, 2010.

82 Rudloff 2010.

83 Um hier mal ein Wort von Dörner und Plog zu persiflieren.

- Darüber hinaus muss man annehmen, dass die konservative Psychiatrie aufgrund ihrer Verstrickungen in die nationalsozialistischen Gewalttaten kein großes Interesse hatte, öffentlich groß in Erscheinung zu treten.
- Betroffenenverbände gab es nicht, und wenn ja, waren sie strikt antipsychiatrisch ausgerichtet. Angehörigenverbände etc. waren nicht existent.
- Die meisten der jungen sozialpsychiatrisch aktiven Menschen, waren eben noch jung, standen eher links und am Anfang ihrer Karriere und hatten (noch) keine Netzwerke in Verwaltung und Politik,<sup>84</sup> die sie für Ihre Zwecke nutzen konnten.
- Entsprechend wenig »Provider Interests« waren vorhanden, die sich in politisch zu artikulierende und konkret verhandelbare, Forderungen etc. umsetzen lassen«.
- Hinzu kommt, dass das Politikfeld »Psychiatrie« ausgesprochen komplex strukturiert ist, da es sowohl mit dem Bereich »Gesundheitspolitik« als auch »Sozialpolitik« verbunden ist, sich in einzelnen Rechtsbereichen um das Problem der Abgrenzung von »ambulanz« und »stationär« kümmern muss und – last not least – mit dem Problem föderal gegliederter Zuständigkeiten von Bund, Ländern und Gemeinden zu kämpfen hat.

Über die Jahre gesehen, war die Sozialpsychiatrie bei den Aktivitäten, Politikfelder zu strukturieren und zu »besetzen« unterschiedlich erfolgreich. Sie hat es jedoch dahin gebracht, dass sie sich organisierte und dass das Thema »Psychiatrie« in den Bund und Ländern in den kommenden Jahren diskutiert und in die politischen Gremien effektiv eingebracht wurde.

## 2.4 Die Gründung der DGSP

Interessanterweise leistete die damalige Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde (DGPN)<sup>85</sup> eher ungewollt Geburtshilfe für die Gründung der DGSP, und das kam so:

Schon seit einiger Zeit wurde die »Organisationsfrage« in der »Szene« heftig diskutiert. Ziel war es, die Ideen der Sozialpsychiatrie so »politikfähig« zu organisieren, sodass die Forderungen nach einer »Psychiatrie-Enquête« und grundlegenden Reform der psychiatrischen Versorgung effektiv in der Politik verankert und umgesetzt werden konnten. 1970 war die Psychiatrie in Deutschland Thema des deutschen Ärztetages und am 23./24. Oktober 1970 fand in Bad Nauheim der Kongress der DGPN statt, auf dem ein neuer Präsident gewählt werden sollte. Das Weitere schildert Bauer: »Uns Jüngeren passte das gar nicht und in einer Telefonkettenaktion verabredeten wir »massenhaft« der DGPN beizutreten und Kulenkampff zum Präsidenten zu wählen. Unser Ziel war

84 Hierbei gab es eine ganz entscheidende Ausnahme: Der junge Sozialpsychiater Manfred Bauer hatte einen Onkel, Walter Picard, der in der CDU seit langer Zeit Finanzpolitiker und Abgeordneter des Bundestages war. Genau jenem Walter Picard ist es zu verdanken, dass der Bundestag sich mit dem Thema Psychiatrie beschäftigte und die Psychiatrie-Enquête in Auftrag gab.

85 Heute DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde).