

gefunden hätte, Antipsychiatrie zu verwirklichen oder Patientenorganisationen zu institutioneller Legitimität zu verhelfen – im Gegenteil: das SPK ist sicherlich zurecht als äußerst problematisches politisches Experiment kritisiert worden. Seine Schriften und Rezeptionen sind allerdings eindruckliche Zeugnisse dessen, wie weit die Idee und Praxis eines ermächtigten Patientenkollektivs getrieben werden kann. So können außerdem sowohl genealogisch frühere als auch spätere Patientensubjektkonzeptionen und -organisationsformen in einem Licht historischer Kontingenz und moderater Politisierungsbemühungen erscheinen.

6.2 Das Sozialistische Patientenkollektiv Heidelberg (SPK): Ein politisches Projekt der Krankheit

Der Untersuchung der Konstitution kollektiver Patientenschaft am Beispiel des ab dem Jahre 1970 wirkenden SPK muss ein Überblick über seine forschungsdiskursiven Bewertungen und über die historischen Ereignisse vorangestellt werden, um dem Gegenstand inhaltlich und analytisch gerecht zu werden. Dies erscheint nötig, um sich dem Reizthema SPK als einem historischen Phänomen wissenschaftlich möglichst reflektiert nähern und die Aufgabe erfüllen zu können, auf nominalistische Weise – eben genealogisch als Singularität unter anderen Singularitäten – mit dem SPK umgehen zu können. Die Rekonstruktion der Gegenstandsbestimmungen, Deutungen und historischen Ereignisse allein legt schon einen Großteil der Konflikthaftigkeit, der Politizität dieser bestimmten Form des Patientseins offen. Sind diese Kontexte und Diskurskämpfe erst einmal erschlossen, lässt sich gut gerüstet anhand ausgewählter Texte des SPK in dessen Subjektkonstitutionsanalyse selbst einsteigen.

6.2.1 Perspektivische Gegenstandsbestimmungen, umkämpfte Deutungen und die Rekonstruktion historischer Ereignisse

Die wissenschaftlichen und politischen Bewertungen des SPK sind als auffällig polarisiert zu charakterisieren. Die diversen Einschätzungen des SPK als therapeutischem Zusammenhang und politischem Kollektiv ergeben sich durch die unterschiedlichen Perspektiven und Motivationen, von denen aus in den letzten vier Jahrzehnten zu dieser Gruppe geforscht wurde. Die einschlägigsten wissenschaftlichen und publizistischen Beschäftigungen mit dem SPK, die immer wieder auch Bezüge untereinander herstellen und sich komplizierterweise bezüglich der Qualität und Exaktheit der Ereignisdarstellungen gegenseitig beurteilen, lassen sich grob in drei Gruppen klassifizieren:

Der erste Diskursstrang betreibt vor allem Ursachenreflexion zur Radikalisierung der Studentenbewegung, nimmt Fallstudienforschung zu terroristischen Vereinigungen sowie deren Überschneidungen vor und nutzt dafür das SPK als Beispielerem-

plar (vgl. von Baeyer-Katte 1982¹⁰; Aust 1997¹¹; Brink 2006¹²; Forsbach 2011¹³; Mapping Militant Project/Stanford University 2012). Der zweite Diskursstrang setzt sich aus zeitgenössischen wissenschaftlichen, publizistischen und politischen Beiträgen über das SPK aus dem Umfeld der Psychiatrie- und Medizinkritik zusammen (vgl. Sartre 1972¹⁴; Roth 1972¹⁵; Autorenkollektiv 1973; Prasse 1976¹⁶; AG SPAK 1978¹⁷) und der dritte Diskursstrang umfasst diverse gesellschaftswissenschaftliche sowie (medizin-)histori-

-
- 10 Wanda von Baeyer-Kattes Studie (1982) über das SPK wird 1978 vom Bundesinnenministerium beauftragt und stellt einen Teil eines größeren Projektverbundes, der sich Analysen des Terrorismus widmen sollte, dar. Im gleichen Band veröffentlicht Friedhelm Neidhardt ein Gutachten zur Baader-Meinhof-Gruppe (RAF), Dieter Claessens und Karin de Ahna platzieren eine Studie über das Milieu der Westberliner *scene* und die Bewegung 2. Juni. Wanda von Baeyer-Katte war Psychologin, Kommunalpolitikerin der CDU und Ehefrau Walter Ritter von Baeyers, ordentlicher Professor für Psychiatrie und Direktor der Psychiatrischen und Neurologischen Kliniken der Universität Heidelberg bis zum 31. März 1972, der in Konflikt mit dem SPK stand.
 - 11 In dem kurzen Abschnitt *Irre ans Gewehr!* erzählt Stefan Aust in dem noch immer als publizistisches Standardwerk zum Deutschen Herbst geltenden *Der Baader-Meinhof-Komplex* (1997) die Ereignisse rund um das SPK, besonders die Kontaktaufnahme Gudrun Ensslins und Andrea Baaders mit Angehörigen des SPK sowie deren Verhaftung.
 - 12 Der Text der Psychiatriehistorikerin Cornelia Brink aus dem Jahre 2006 ist ein unveränderter Nachdruck ihres Artikels *Radikale Psychiatriekritik in der Bundesrepublik. Zum Sozialistischen Patientenkollektiv Heidelberg* (Brink 2003). Ersterer kann nur deswegen als Beitrag zum SPK im Rahmen terrorismusanalytischer Fragestellungen gesehen werden, da er im editorialen Zusammenhang eines Sammelbandes mit dem Titel *Terrorismus in der Bundesrepublik Deutschland. Medien, Staat und Subkulturen in den 1970er Jahren* (Weinhauer et al. 2006) erschien.
 - 13 Als medizinhistorisch und kulturwissenschaftlich arbeitend ist die Monografie von Ralf Forsbach einzuordnen. Forsbach untersucht die 68er-Studentenbewegung an den medizinischen Fakultäten deutscher Universitäten und ihr Verhältnis zur medizinischen Lehre und Praxis. Die Geschichte des SPK findet Eingang in ein relativ freistehendes, längeres Kapitel mit dem Titel *Radikalisierung*, welches auch die Genese der RAF behandelt (vgl. auch Schaarschmidt 2015).
 - 14 Solidaritätsbekundung und philosophische Anmerkung Jean-Paul Sartres in SPK (1972).
 - 15 Der Publizist Jürgen Roth leistet im Kursbuch Nr. 28 (Enzensberger/Michel [Hg.] 1972) einen Beitrag zum Dossier *Patientenselbstorganisation und Staatsapparat* mit dem Titel *Psychiatrie und Praxis des sozialistischen Patientenkollektivs*. Roth beschreibt die Geschehnisse um das SPK und seine Theorie und Praxis im Zusammenhang mit der von ihm so bezeichneten Unterdrückungspsychiatrie.
 - 16 Auf dem Kongress *Psychoanalyse und Politik* in Mailand (8.-9. Mai 1973) stellt die Psychologin Jutta Prasse das SPK als »Faktum von Heidelberg« vor. Ihre Thesen präsentiert sie im Beisein prominenter Philosophen, Psychoanalytiker und Psychiatriekritiker, unter ihnen Gilles Deleuze, Felix Guattari und Giovanni Jervis. Ihr Vortrag erscheint mit anderen Texten 1976 in dem Band *Antipsychiatrie und Wunschökonomie* (Verdiglione [Hg.] 1976).
 - 17 Die Arbeitsgemeinschaft Sozialpolitischer Arbeitskreise (AG SPAK 1978) nimmt die Theorie des SPK in ihren Reader zur Psychiatrie und Antipsychiatrie mit auf. Sie bietet ihrerseits kritische Diskussionsthemen an, die deren marxistisch-hegelianische Absicherung prüfen sollen.

sche (Teil-)Untersuchungen zum SPK (Bopp 1980¹⁸; Brink 2003¹⁹; Kersting 2005; Pross 2016²⁰; Quensel 2018²¹).

Die Bewertungsmotivationen und -horizonte dieser drei Diskursstränge sind facettenreich, komplex und teilweise mit Schärfe und Vehemenz vorgebracht: Die Beurteilungen des SPK reichen von einer Verurteilung des SPK als Zelle bewaffneten terroristischen Kampfes (von Baeyer-Katte 1982) über die Ikonisierung ihrer revolutionären, das Gesundheitssystem und die gesellschaftlichen Verhältnisse zum Wanken bringende politische Tätigkeit (Roth 1972). Das SPK wird außerdem als die erste Patientenselbstorganisation Westeuropas ausgewiesen (Bopp 1980, S. 111), was von anderer Seite als unzulässige Selbstzuschreibung abgelehnt wird (Pross 2016, S. 16). An wieder anderen Stellen gilt es als spezifisch deutsche Variante der theoretischen und praktischen Antipsychiatrie (Carri/Abrahamovicz 2013), die durchaus legitime Kritik an der inneren Ökonomie der deutschen Psychiatrie geübt habe (Brink 2006), die jedoch, weil sie alle potenzielle Bündnispartner vertrieben hätte (Wulff 1977), so gut wie keinen Einfluss auf die damals ohnehin fortschreitende Reformierung der Psychiatrie, insbesondere in Heidelberg, gehabt habe (Kisker 1981; Schaarschmidt 2015). Das SPK erscheint in einigen Bearbeitungen als Faszinosum und absurd-verrückter Auswuchs westdeutscher Kulturgeschichte, als extremstes Experiment der Antipsychiatrie (Kotowicz 1997, S. 82), als politische Instrumentalisierung von Psychiatrie (Remschmidt 2018, S. 51), als völlig verrannte Idee und seinem Anführer hörig, als gescheitertes Gruppenprojekt (Richter 1972), als kompromissloser Vertreter einer notwendigen Medizinkritik (Boehlich 1972), als von Anfang an gewaltorientiertes Unternehmen oder aber von der Politik in die Desparadosrolle gedrängt (o. A. 1972). Das Bild über das SPK lässt sich außerdem einerseits über Kommentare (zeitgenössischer) (sozial-)psychiatrisch Arbeitender und Denkender sowie durch Retrospektiven seiner (damaligen) Gegner und Kritiker (z. B. Wulff 1977;

-
- 18 Jörg Bopp setzt sich in seiner als Monografie veröffentlichten gesellschaftswissenschaftlichen Dissertation *Antipsychiatrie. Theorien, Therapien, Politik* (1980) mit dem SPK in einem langen Kapitel auseinander. Bopp war seinerseits ab 1973 als Psychologe und Psychoanalytiker in der Psychotherapeutischen Beratungsstelle für Studenten (PBS) an der Universität Heidelberg beschäftigt. Bereits 1975 hatte er mit Dieter Spazier in *Grenzübergänge. Psychotherapie als kollektive Praxis* (Spazier/Bopp 1975) das politische Therapiekonzept des SPK untersucht.
 - 19 Brinks psychiatriehistorische Beschäftigung mit dem SPK, vgl. weiter oben.
 - 20 Pross ist Arzt, Medizinhistoriker und Zeitzeuge. Sein Werk (Pross 2016) ist die bisher intensivste historische Befassung mit dem SPK, zeichnet sich durch den Ansatz der Oral History und durch seine eigene Zeitzeugenschaft aus. Pross' Buch gilt, gemessen an objektiven geschichtswissenschaftlichen Kriterien, als mithin detaillierteste und zuverlässigste Rekonstruktion der Ereignisse, ist aber, wie andere Beiträge auch, nicht frei von persönlichen Bewertungshorizonten (Mildenberger 2017).
 - 21 Das SPK wird von Quensel (2018) als Experiment und Beispiel einer deutschen Antipsychiatriebewegung kriminologisch, historisch und sozialtheoretisch aufgearbeitet.

Janzarik 1978; Häfner 2018), andererseits durch die Verlautbarungen vom SPK selbst²² und sympathisierenden und unterstützenden Vereinigungen und Gruppen vervollständigen. Darstellungen der selbsternannten Nachfolgeorganisation des SPK²³ und dokumentarisch-künstlerische Verarbeitungen²⁴ mögen vielleicht keine sachlichen Neuerungen bringen, helfen aber, die Legendenbildung um das SPK nachzuvollziehen.

Ohne bereits zu viel über die Geschichte, Theorie und Praxis vom SPK vorweggenommen zu haben, dürfte deutlich werden, dass sich das SPK als denkbar schwieriges, wenn nicht gar verwirrendes und sperriges wissenschaftliches Objekt erweist. Cornelia Brink zum Beispiel hat bereits die besondere Herausforderung der Distanznahme als Historikerin gegenüber dem SPK beschrieben (Brink 2003, S. 167). Das Material *erwartet* förmlich von den Lesenden eine Selbstzuordnung zu den aufgefächerten Diskurssträngen. Gerade *weil* das SPK ein schillerndes Phänomen und diskursiv stark umkämpftes Objekt ist, gerade *weil* die Theorie und Praxis des SPK entweder als eine zu verwerfende, theoretisch nutzlose Verirrung der antipsychiatrischen Bewegung oder als bewundernswert mutige und konsequente Ausnahmeerscheinung in der Medizingeschichte der Bundesrepublik eingeordnet wird, lohnt sich jedoch eine weitere Befassung mit ihm – eine Auseinandersetzung, die versucht, sich dem Zwang einer normativen Beurteilung weitestgehend zu entziehen und stattdessen strukturierende, historisch kontextualisierende, aber vor allem analytische Ansprüche verfolgt. Mit der Entscheidung, die Theorie und Praxis des SPK in einen genealogischen und subjektkonstitutionsanalytischen Zusammenhang zu stellen (vgl. auch in ersten Ansätzen Gerhards 2018), wird

-
- 22 Die wichtigsten Quellen sind die Dokumentationen I und II zum SPK (SPK 1980a; 1980b). Diese beinhalten sogenannte Patienteninfos, Flugblätter, briefliche Korrespondenzen, Gerichtsurteile, Reflexionen, Interviews, Anträge u.v.m. Als weitere zentrale Stücke sind die ›Agitationsschrift: SPK – Aus der Krankheit eine Waffe machen (SPK 1972) und Teile der Dokumentation des Sozialistischen Heidelberger Studentenbundes (SHS), *Kleinkrieg gegen Patienten* (Sozialistischer Heidelberger Studentenbund [Hg.] 1972) anzusehen.
- 23 Aus dem SPK ist eine Nachfolgeorganisation mit Namen Patientenfront/Sozialistisches Patientenkollektiv(H) hervorgegangen. Auf ihrer Website schreibt sie: »Das Sozialistische Patientenkollektiv (SPK) hat nie aufgehört zu existieren und hat sich auch unter widrigsten Bedingungen immer wieder durchgesetzt, während alle sonstigen, damals für ›viel revolutionärer‹ gehaltenen Strömungen inzwischen längst gescheitert und beendet sind, beziehungsweise kapituliert haben, auch unaufgelöst. Das SPK gibt es nur als SPK in der Patientenfront, SPK/PF(H). Merke und beachte!: Das SPK hatte und hat – nichts zu tun mit RAF – nichts zu tun mit Polit-Aktivist:innen, sog. 68er-Bewegung – nichts zu tun mit sog. Selbsthilfegruppen und Betroffenenverbänden – nichts zu tun mit sog. Antipsychiatrie bzw. medizinischen oder außermedizinischen Fachdisziplinen, sondern mit Krankheit *versus* latrokapitalismus.« (SPK/PF(H) o. J.a). Die SPK/PF(H) besteht auf dem alleinigen Deutungsanspruch der Geschichte und Realität des SPK, der es im Grunde auch der Autorin verbietet, über das SPK zu schreiben. Sie hat dich darüber hinweggesetzt und ist gespannt, ob sie nach Publikation dieser Schrift wie andere auch einen Drohbrief erhalten wird.
- 24 Vgl. z. B. Gerd Kroskes Dokumentarfilm *SPK Komplex* (Kroske 2018). Eine ganze Reihe von Kritiken zu diesem zuerst bei der Berlinale 2018 präsentierten Dokumentarfilm mit bis dahin unbekanntem Originalfilmmaterial und Interviews mit ehemaligen SPK-Angehörigen sind mittlerweile in unterschiedlichen Publikationsforen erschienen – vor allem wissenschaftlich tätige Zeitzeugen wie Pross (2018) oder die durch das SPK angegriffenen Heidelberger Psychiater Häfner (2018) und Kretz (2019) beurteilten den Film als interessanten, aber mit dem SPK sympathisierenden und daher irreführenden dokumentarischen Beitrag.

vorausgesetzt, dass die Schriften des SPK, so kompliziert und diskursiv kurzlebig sie waren, einen theoretischen Gehalt haben, der etwas darüber aussagen kann, wie widerständige kollektive Patientensubjektkonstitutionen in der politischen Praxis der Vergangenheit entworfen werden konnten. Ob das SPK materielle Veränderungen im Umgang mit Psychiatriepatient*innen ausgelöst hat, ob die Theorie des SPK heute noch sagbar oder theoretisch valide ist oder ob sie *realiter* disruptive Tendenzen, wenn nicht gar gefährliche Konsequenzen gehabt hat – diese Fragen können im Rahmen einer genealogischen Patientensubjektkonstitutionsanalyse nicht zur abschließenden Klärung, zu der die geisteswissenschaftliche und historische Forschung bislang selbst nicht gefunden hat, gebracht werden. Eine derartige Beschäftigung mit dem SPK muss sich also weder mit einem normativen Rehabilitationsversuch seiner Ideen noch mit einer Apologie der angewendeten Gewalt noch mit einer naiven Unterschätzung hochproblematischer politischer Thesen gemein machen. Der Mehrwert dieser Beschäftigung mit dem SPK liegt darin, das SPK nicht als Verteidiger der Patientenschaft, nicht als Lehrstück deutscher Antipsychiatrie, nicht als Ursache und Produkt von linkem Terrorismus, auch nicht als Subdivision westdeutscher Studierendenschaft und als Bürgererschreck zu sehen, sondern den kritischen Aussagegehalt seiner Texte eine genauere Analyse zukommen zu lassen: Welches Bild vom individuellen Patienten und kollektiver Patientenschaft wird vom SPK genau entworfen? Welche Machtformen, Wissensbestände und Verhältnisbestimmungen lassen sich in den Texten identifizieren? Wie vereinigen sich Medizinkritik, politische Theorie und zeitgenössische Gesellschaftskritik in den Schriften des SPK miteinander?²⁵

Die Texte des SPK, die im Folgenden zur Analyse genutzt werden, sind aber nicht nur theoretische Abhandlungen, sondern gewinnen ihren spezifischen Charakter durch die Bezüge auf die unmittelbaren Konflikte mit der institutionellen Psychiatrie, der Lokalpolitik, der Universitätsverwaltung und anderen Einflüssen, von denen die Gruppe sich tangiert sah. Die Texte schildern außerdem Ereignisse, die anderswo anders in Erinnerung geblieben oder anders gedeutet worden sind. Diese ›Ereignisse‹, ›Geschehnisse‹ und Kontexte sind kaum von Perspektivierungen zu ›bereinigen‹. In der geschichtswissenschaftlichen Forschung ist es mittlerweile Gemeinplatz, dass eine Verobjektivierung historischer Fakten nicht ohne weiteres möglich ist (z. B. Carr 1987). Diesen harten Kampf um Faktizität und Darstellungsweisen historischer Abläufe zeigt beispielsweise die neuerliche Debatte um die Dokumentation *SPK-Komplex* von Gerd Kroske (2018), die sich harscher Kritik durch die am Geschehen beteiligten Psychiater in den offenen Teilen unterschiedlicher psychiatrischer Fachjournale wie *Nervenheilkunde* und *Psychiatrische Praxis* ausgesetzt sah, die interessierte bis wohlwollende Besprechungen von Teilen der linken und bürgerlichen Presse erhielt (realistfilm 2019) und

25 Vgl. auch die Vorteile der Diskursrahmenanalyse gegenüber Ideologiekritiken sozialer Bewegungen – diskursanalytische Befragungen politischer Ideologien sozialer Bewegungen beschäftigten sich nicht nur mit den spezifischen Sinngehalten und Legitimationsfunktionen der Texte, sondern auch mit der Art und Weise der Vermittlung ihrer Inhalte, ihren Abgrenzungen zu konfligierenden Aussagen und den Konstruktionen der zentralen Bezugsgegenstände und Metaphern (Donati 2001), die die Texte als umkämpft identifizieren.

von der ›Nachfolgeorganisation‹ SPK/PF(H) schon vor der Veröffentlichung scharf attackiert wurde.²⁶ Auch liefert die Geschichte um das SPK ein anschauliches Beispiel dafür, wie sich die individuelle Bewertung politischer Ereignisse mit zeitlichem Abstand verändern kann.²⁷ Allein dieser Konflikt um die Deutung der Geschehnisse um das SPK ist aus genealogischer Sicht interessant: Nicht nur nahm das SPK den Kampf um die Deutungshoheit über das Patientsein und Krankheitsvorstellungen auf radikalem Wege auf und steht somit für eine irritierend-revolutionäre genealogische Episode in der Patientensubjektgeschichte, selbst seine kulturwissenschaftliche, öffentliche und medizinhistorische Rezeptionsgeschichte böte einer eigenständigen genealogisch-diskursanalytischen Untersuchung vielfältige Möglichkeiten. Auch, wenn also schon allein die vermeintlich normativ zurückhaltenden Ereignisschilderungen in der Vergangenheit Anlass zu größter Uneinigkeit, gegenseitigem Misstrauen und offenen Feindseligkeiten gaben, soll ein kurzer Ereignisbericht²⁸ vorangestellt werden, der den historischen Kontext und die Konfliktlinien widerspiegelt, in denen auch Theorie und Praxis des SPK gewachsen sind. Eine historische Einordnung der Geschehnisse muss erfolgen, um die Aussagen des SPK entzifferbar zu machen und zu einer reflektierten und kritischen Subjektkonstitutionsanalyse gelangen zu können.

Der Assistenzarzt Dr. Wolfgang Huber, eine der zentralen Figuren in der Geschichte des SPK, arbeitete seit 1964 in der von Prof. Walter Ritter von Baeyer geleiteten Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg. Die Heidelberger Psychiatrische Universitätsklinik galt als eine relativ liberale psychiatrische Forschungs- und Behandlungseinrichtung (Brückner/Wulff 1973, S. 431): Hier verfolgte man seit den 1960er Jahren moderne phänomenologische, psychiatrisch-anthropologische und sozialpsychiatrische Ansätze (Mundt 1992). Die leitenden Ärzte dieser Zeit, von Baeyer, Heinz Häfner und Karl Peter Kisker, hatten sich außerdem gemeinsam als eine der ersten Forschungsgruppen mit den psychologisch-traumatischen Erfahrungen von Opfern der nationalsozialistischen

-
- 26 »Wir, SPK/Patientenfront, die wir seit damals dageblieben oder neu hinzugekommen sind und weitermachen, haben jede Zusammenarbeit mit Herrn Kroske abgelehnt. Und zwar wegen seiner offensichtlichen Krankheitskollektivfeindlichkeit. [...] Die Neuwirklichkeit herstellenden und realitätssprengenden Wirkungen der Krankheitskraft passen prinzipiell nicht in den iatrokapitalistischen Verwertungsrahmen der Ware Film. Übrig bleibt da ausschließlich Sensationalistisch-Begebenheitsgeschichtliches, will heißen: Marktgängiges. Also kein SPK.« (SPK/PF(H) 2017)
- 27 Dies wird zum Beispiel an der Person Ewald Goerlich deutlich. Goerlich übernahm im SPK Therapeutenfunktion und beteiligte sich an der Agitationsarbeit des SPK. In Kroskes Film nimmt er eine nachdenkliche, gegenüber dem SPK distanzierte Position ein (Kroske 2018). Der bekannte italienische Psychiater und antipsychiatrische Aktivist Franco Basaglia solidarisierte sich angesichts der SPK-Prozesse im Juli 1972 mit dem SPK und lobte den Versuch, die Ordnungsschemata der traditionellen Psychiatrie und die kapitalistische Verwertungslogik des deutschen Gesundheitssystems infrage gestellt zu haben (Basaglia 2018). 1979 bezeichnete Basaglia in einem Interview die Politik des SPK dagegen als »Schlag ins Wasser« (Tullio/Zehentbauer 1983, S. 15) – es sei klar gewesen, dass die Strategien des SPK dazu führen würden, vom deutschen Staat zerstört zu werden (Tullio/Zehentbauer 1983, S. 17).
- 28 Es wird nachstehend vor allem den Ereignisdarstellungen bei Brink (2003), Pross (2016) und Kroske (2018, Booklet zur DVD/Presseheft) gefolgt. Auch wurde zumindest versucht, die Zeittafel, die das SPK/PF(H) (2000) zur Verfügung stellt, zu konsultieren. Zusätzlich zurate gezogene Literatur wurde im Fließtext an jeweiliger Stelle angegeben.

Verfolgung beschäftigt (von Baeyer et al. 1964). Die Poliklinik der Universität Heidelberg war eine relativ alleinstehende, von der Universitätsklinik räumlich und personell getrennte Einrichtung, eine sozialpsychiatrisch und gruppenpsychotherapeutisch organisierte ›Psychiatrie ohne Bett‹. Vor allem Studierende mit neurotischen und psychotischen Erkrankungen suchten die Poliklinik auf. Ende 1966 wechselte Huber von der Hauptklinik in die von Dr. Dieter Spazier geleitete Poliklinik. Huber widmete sich dort intensiv den Gruppentherapien, die von immer mehr Studierenden und Menschen anderer Berufsgruppen besucht wurden. Der Bedarf für psychotherapeutische Behandlung schien unter den Heidelberger Studierenden damals immens hoch zu sein (Kroske 2018; vgl. auch Grossarth-Maticsek 1975), die Poliklinik musste mit zu wenig Personalkapazitäten auskommen und Huber seinerseits engagierte sich für zumeist junge Patient*innen, Studierende, aber auch Arbeiter*innen und Angestellte. Huber suchte in dieser Zeit nach der akademischen und praktischen Anerkennung durch seine Fachkollegen in der Hauptklinik, fand sich aber zunehmend, wie Pross (2016) beschreibt, in einer Außenseiterrolle wieder. Er weitete seine Sprechzeiten der Gruppentherapien über den Feierabend aus, um sie mit einem ›inneren Kreis‹ in privaten Räumen fortzuführen. Er befasste sich zunehmend mit philosophischer Literatur (vor allem mit Hegel und Marx) und begann, sich im engen Kontakt mit den Studierenden allmählich zu politisieren. Zu den ärztlichen Fachkollegen der Hauptklinik, die auf Hubers Krankheitstheorien, die er im Anschluss an Hegel entwickelt haben wollte, irritiert reagierten, distanzierte er sich, nahm nur noch gelegentlich an Fortbildungen und wissenschaftlichen Konferenzen und Visiten teil. Im Dezember 1969 wurde Huber durch den Klinikleiter von Baeyer darüber informiert, dass sein auslaufender Vertrag nicht verlängert werden würde. Am 12. Januar 1970 fand die erste studentische Vollversammlung bezüglich Hubers Situation statt – die Studierenden, die bei Huber in Behandlung waren, suchten von Baeyer schließlich in seiner Wohnung auf und protestierten gegen Hubers Entlassung. Huber wurde im Februar daraufhin mit sofortiger Wirkung gekündigt, von Baeyer begründete die Kündigung später mit unsachgemäßen therapeutischen Mitteln Hubers. Studentische Gruppen der Universität Heidelberg solidarisierten sich mit Huber und seiner Patientenschaft, die sich um ihren Therapievorgang sorgte, teilweise wohl auch Angst vor der Einweisung in die Landespsychiatrie in Wiesloch hatte. Sie alle sahen Huber als ungerecht behandelt an. Tage des Protests sowie hochschulöffentliche und mediale Diskussionen um Huber, seine therapeutischen Praktiken und sein Verhalten als Arzt folgten. Etwa 20 Patientinnen und Patienten Hubers besetzten am 27. Februar 1970 einen Dienstraum des Klinikverwaltungschefs, gingen in den Hungerstreik und forderten einen autonomen Arbeitsplatz für Huber (Pross 2016, S. 54-91). Pross identifiziert diesen Moment als die Geburtsstunde des SPK. Auf diese Aktion hin handelten die Studierenden mit dem neuen, liberalen und in der SPD organisierten Universitätsrektor Prof. Rolf Rendtorff einen Deal aus: Die Bezahlung Hubers sollte fortgesetzt werden, um die laufenden Therapien abzusichern und er sollte vier Räume in der Rohrbacherstraße 12, also außerhalb der Universität zur Verfügung gestellt bekommen. Zusätzlich einigte man sich auf Mittel für die Einstellung einer Sekretärin, auf die Möglichkeit Krankenblätter zu nutzen sowie darauf, dass Huber Blankorezepte erhalten würde, mit denen er seinen Patientinnen und Patienten Medikamente verschreiben könne (Pross 2016, S. 98; Brink 2003). Anfang März bezog Huber dann

die Räume, nahm seine Arbeit wieder auf und behandelte (entgegen der Abmachung mit der Universität) immer mehr Menschen. Der Kompromiss wurde nicht in die Tat umgesetzt, versprochene Mittel wurden gestrichen (Prasse 1976). Es entbrannten neue Konflikte um die Rezeptfrage und die Verlängerung des Vertrags von Huber. Die Klinikverwaltung wurde in Flugblättern vermehrt angegriffen und es wurde ein neuer Vertrag aufgesetzt, den Huber nicht unterschrieb. Wieder wurden Diensträume besetzt, diesmal jenes von von Baeyer, im Juli 1970 das Büro des Rektors Rendtorff. Das SPK verkündigte, seine Räume nicht wieder abgeben zu wollen, führte seine Therapien und politische Agitation dort fort, veranstaltete Teach-Ins, verbreitete immer mehr Flugschriften und Patienteninfos, die in den *SPK-Dokumentationen* (SPK 1980a; 1980b) festgehalten sind. Anfang Juli wurde in einer Sitzung des Verwaltungsrats der Universität beschlossen, das Projekt SPK als Einrichtung der Universität fortzuführen – dazu sollten jedoch Gutachten zur Tätigkeit des SPK vorgelegt werden. Insgesamt sechs Gutachten wurden über das SPK erstellt, die ebenfalls in der *Dokumentation I* (SPK 1980a) kompiliert sind. Pross legt ausführlich dar, unter welchen Umständen die Begutachtungen zustande kamen und betont, dass die Gutachten von vorneherein nicht neutral waren und in Teilen als politisch motiviert gewertet werden müssten (Pross 2016, S. 131ff). Tatsächlich fielen drei Gutachten über das SPK tendenziell positiv, drei tendenziell bis eindeutig negativ aus (vgl. auch Prasse 1976; Bopp 1980, S. 135f.). Die drei positiven Gutachten wurden auf Vorschlag des SPK vom Rektorat der Universität beauftragt, zuerst vorgelegt und basierten auf Akten sowie auf Gesprächen mit SPK-Mitgliedern.²⁹ Die drei negativen Gutachten wurden nach Vorliegen der positiven Begutachtungen auf Anfrage der medizinischen Fakultät verfasst.³⁰ Die von der Fakultät bestellten auswärtigen Gutachter nahmen eine reine Aktenbegutachtung vor.³¹ Es lohnt sich, die Aktivitäten des SPK im Spiegel dieser Gutachten zu betrachten, da diese nicht nur einen ersten Aufschluss darüber geben, welchen therapeutischen und politischen Anspruch das SPK in dieser Zeit verfolgte, sondern auch zeigen, wie der Stand der damaligen institutionalisierten psychiatrischen Lehre vertreten wurde, die sich durch das SPK hinterfragen lassen musste. Es lässt sich außerdem feststellen, dass sich an der Begutachtung des SPK ein psychiatrisch-psychotherapeutischer Metadiskurs entzündete, der Fragen von wissenschaftlicher Validität, Objektivität, der Produktion wissenschaftlichen und kritischen Wissens und der Frage nach der emanzipativen Kraft therapeutischen Wissens verhandelte. Vor diesem Hintergrund lässt sich im folgenden Abschnitt die Wissenspolitik des SPK im Zusammenhang mit dem von ihm entworfenen Patientensubjektmodell präziser verstehen und weiter ausführen.

29 Die Gutachter waren Dr. Dieter Spazier, ehemaliger Leiter der Poliklinik in Heidelberg, Prof. Horst-Eberhard Richter, Psychoanalytiker an der Universität Gießen und der Hannoveraner Sozialpsychologe Prof. Peter Brückner.

30 Die Gutachter waren Prof. Hans-Joachim Bochnik, Direktor der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik in Frankfurt a. M., Prof. Helmut Thomä, Leiter der Abteilung für Psychotherapie der Universität Ulm und Prof. Walter Ritter von Baeyer, Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg (vgl. Pross 2016, S. 130).

31 Die Selbstdarstellung des SPK vom 20. Juli 1970 (SPK 1980a, S. 1-11), auf der die Gutachten größtenteils basieren, geht in das Material der Subjektkonstitutionsanalyse mit ein.

Die drei Gutachten, die zu Ungunsten des SPK ausfielen, beklagen sein nichtwissenschaftliches Vorgehen. Dabei machen alle Gutachten mehr oder weniger explizit, welches Wissenschaftsverständnis sie in der Beurteilung zugrunde legen: Das SPK verweigere sich der kritischen Prüfung empirischer und theoretischer Forschungsergebnisse, zeige keine vorurteilsfreie Offenheit für sachdienliche Erkenntnisfortschritte, lehne das Kriterium der Objektivität ab und bediene sich nicht der gängigen ätiologischen Erklärungsansätze für psychische Erkrankungen, etwa denen der erblichen Disposition, der traumatischen und infektiösen Leiden, der Folgen individueller Konflikte usw. (von Baeyer, SPK 1980a, S. 72ff.). Mit seiner ideologischen Ausrichtung stelle es sich außerhalb der erfahrungsbasierten Wissenschaften, deren Methodik eine exakte Beobachtung und Beschreibung der Probleme, die Bereitschaft zur Hypothesenüberprüfung und den Gruppenvergleich verlange (Bochnik, SPK 1980a, S. 81; Thomä, SPK 1980a, S. 38f.). Von Baeyer kritisiert zusätzlich den beschimpfenden Stil als nichtwissenschaftlich (das SPK bezeichnet in seiner Selbstdarstellung Ärzte als »Medizinmänner [...] [und, HG] Anthropophagen« (SPK, SPK 1980a, S. 9), worüber sich von Baeyer und Thomä empören), moniert die verallgemeinernde, nicht an Diagnostik interessierte Krankheitstheorie und konfrontiert das SPK mit den epidemiologischen-ethnopsychiatrischen Erkenntnissen über die Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen in nichtwestlichen, nichtkapitalistischen Systemen (vgl. dazu grundlegend Kraepelin 1901; Glatzel 1975, S. 53): Es sei nicht anzunehmen, dass die Theorie des SPK, mit dem Untergang der kapitalistischen Gesellschaft sei eine Auflösung von Krankheit zu erwarten, zutreffend sei (von Baeyer, SPK 1980a, S. 72ff.). Alle Gutachten halten das durch das SPK entwickelte Behandlungskonzept für wissenschaftlich nicht verantwortlich bis gefährlich: Huber sei weder psychiatrisch fertig ausgebildet, noch verfüge er über eine psychotherapeutische Fachausbildung, die die Versorgung von über 150 Personen sicherstellen könnte. Statt Behandlung, viele der SPK-Angehörigen befänden sich offensichtlich ohnehin unterhalb einer Krankheitsschwelle, verfolge man das Ausleben politischer Aggression (von Baeyer, SPK 1980a, S. 75) gegenüber »der bösen Umwelt« (ebd.). Diese Verarbeitung von Aggression könnte tatsächlich eine erleichternde Wirkung auf die Patienten haben, habe aber mit einem systematischen therapeutischen Vorgehen nur wenig zu tun (Thomä, SPK 1980a, S. 40). Von Baeyer und Bochnik befürchten vor allem für endogene und exogene Psychotiker zusätzlichen Schaden, während Bochnik in Zweifel zieht, dass die behandelten Patienten tatsächlich alle pathologisch sind (Bochnik, SPK 1980a, S. 82). Von Baeyer insinuiert, dass einige Patienten gar nicht als solche zu bezeichnen seien, sondern sich die politische Agitation nur als Therapie tarne (von Baeyer, SPK 1980a, S. 75). Alle drei Gutachten sehen kein Krankheitsbild, für das sich eine Therapie im SPK geeignet erweisen könnte und alle drei Gutachten sind sich darüber einig, dass Huber für die Ausübung einer unabhängigen Tätigkeit oder an einer der Universität angeschlossenen Einrichtung nicht über die benötigten ärztlich-menschlichen Qualität verfüge. Begründet sehen sie dies durch die Ablehnung des fachlichen Austausches und der Verweigerung der Kooperation mit den übrigen Heidelberger Klinikärzten (von Baeyer, SPK 1980a, S. 78). Außerdem halten alle drei Gutachter es für unwahrscheinlich, dass Huber die geforderte Auflage, lediglich die sich im SPK bereits befindlichen Patienten abschließend zu behandeln, einhalten werde: Dies widerspreche offensichtlich dem ideologischen Konzept, das auf einem Schneeballsystem der Agitati-

on beruhe (Bochnik, SPK 1980a, S. 84). Keiner der drei Gutachter hält Huber schließlich für förderungswürdig (materiell sowie durch die Unterstützung seiner Arbeit an einem angegliederten Institut). Thomä findet außerdem seinerseits inkriminierende Bezeichnungen für das SPK: Es sei als eine Michael-Kohlhaas-Gruppe zu bezeichnen, als ein Alarmzeichen für eine Baron-Münchhausen-Technik, sich mit politischen Äußerungen aus dem eigenen Chaos zu ziehen, zu bewerten. Mit Wilhelm Reich folgten sie einem theoretischen Megalomanen (Thomä, SPK 1980a, S. 44). Das SPK wird außerdem als »politische Sekte« (von Baeyer, SPK 1980a, S. 78; vgl. auch Bochnik, SPK 1980a, S. 83), in seinen Projektionen als »wahnhaft« (von Baeyer, SPK 1980a, S. 76) sowie in seinen Utopien »wahnähnlich« (Thomä, SPK 1980a, S. 38), seine mögliche Institutionalisierung als »unheilvoll« (Thomä, SPK 1980a, S. 46) bezeichnet. Thomä erklärt die Genese des SPK allerdings auch als bedingt durch die lange Zeit ausgebliebene Bearbeitung eines psychotherapeutischen Notstandes und Negation psychotherapeutischer Methodiken durch die psychiatrische Schulmedizin (Thomä, SPK 1980a, S. 44ff.). Auch Bochnik hält den Ausbau der sozialpsychiatrischen Ansätze der Heidelberger Kliniken für unbedingt erstrebenswert (Bochnik, SPK 1980a, S. 84). Bochnik schließt die Beantwortung der Frage nach der Zulässigkeit des Behandlungskonzepts mit einer Paraphrase ab:

»Der Psychiater Ernst Kretschmar soll gesagt haben, daß wir Psychopathen in guten Zeiten begutachten, während sie uns in schlechten Zeiten beherrschen. Soll man sich schlechte Zeiten wünschen?« (Bochnik, SPK 1980a, S. 82f.)

Bochnik gibt an, die Förderungswürdigkeit der Gruppe ohne Huber nicht abschließend beurteilen zu können (Bochnik, SPK 1980a, S. 84). Alle drei Gutachten sprechen sich schließlich dafür aus, dass das SPK von Seiten der Universität (nach Beendigung der laufenden Therapien) nicht weiter materiell und institutionell unterstützt werden sollte.

Die positiven Gutachten über das SPK kommen nicht nur zu einem anderen fachlichen Schluss, sondern folgen auch einer anderen argumentativen Logik als die der negativen Gutachten. Alle drei Beurteilungen berichten von den Eindrücken der Atmosphäre und kommunikativen Situation, die die Gutachter durch die Gespräche und ihre Beobachtungen vor Ort gewannen, ordnen die Umstände, unter denen das SPK zu handeln hat, ein, und kontextualisieren seine Theorie und Praxis im aktuellen Zeitgeschehen gegenhegemonialer kultureller Bewegungen und antimedizinischer Diskurse. Spazier beschreibt die pünktlich ablaufende, disziplinierte Arbeitsweise des SPK. Gekennzeichnet sieht er seine Aktivitäten durch gegenseitige Rücksichtnahme, Ungezwungenheit und Familiarität, Besonnenheit, Soziabilität und Leistungsfähigkeit. Nicht festzustellen sei eine Abhängigkeit vom Arzt Huber, vielmehr fände er anarchische Kommunikationsformen und Solidaritätsbeziehungen, wie sie auch in anderen therapeutischen Gruppen als wünschenswert erachtet würden, vor (Spazier, SPK 1980a, S. 50f.). Richter, dessen Gutachten als erstes eingeholt wurde, sieht die Kommunikationsbezüge des SPK kritischer: Er stellt eine aggressive Form der Polemisierung gegenüber den Klinikärzten fest. Ähnlich wie Spazier attestiert er, dass die Gruppe nicht durch Huber gesteuert sei – die Situation sei eher von einer leidenschaftlichen Entschlossenheit, der diskursiven Bildung eines kollektiven Ichs, einem einheitlichen Argumentationsfaden, einer delegativen Form der Sprechordnung und Ansätzen einer Selbstkritik bezüglich möglicher pathogener Gruppendynamiken geprägt (Richter, SPK 1980a, S. 89). Brückner bestä-

tigt die ungezwungene, herrschaftsfreie Kommunikation, die offene Atmosphäre, das vermittelte Gefühl der Geborgenheit und gegenseitiger Sorge. Er macht keine Anzeichen für Abhängigkeitsbeziehungen zu Huber aus, registriert den Versuch des Abbaus symbiotischer Tendenzen und fortlaufende Emanzipationsbemühungen des Einzelnen und der Gruppe. Die therapeutische Praxis laufe nach allen Regeln der psychotherapeutischen und psychoanalytischen Kunst ab (Brückner, SPK 1980a, S. 101ff.). Sowohl Richter als auch Spazier bieten Erklärungsansätze für die Außenwirkung des SPK an: Richter vermutet, dass man das SPK als fanatisch einschätzen könne, dass es aber unklar sei, ob dieses Urteil aufgrund der inneren Anspannung, die durch die äußeren Angriffe ausgelöst würden, gefällt werden müsse (Richter, SPK 1980a, S. 90). Spazier widerspricht Richter zwar in Sachen Fanatismus, führt die politischen Aktionen des SPK aber ebenfalls auf die drohende Räumung zurück, die als Bedrohung von Außen wirke (Spazier, SPK 1980a, S. 51). Entsprechend dieser *ingroup-outgroup*-Logik erklärt sich für Spazier die starke innere Kohäsion der Gruppe. Schließlich finden Richter, Spazier und Brückner je einen eigenen Zugang zur Legitimierung der SPK-Aktivitäten. Spazier befasst sich ausführlich mit der wissenschaftstheoretischen Ausschlusslogik, der sich das SPK ausgesetzt sehe: Das SPK fordere das positivistische Wissenschaftsverständnis der Schulpsychiatrie heraus. Mit seiner Rezeption des Marxismus und seinem Angriff der Integrationsversuche Kranker in die herrschenden, unterdrückerischen Verhältnisse stelle sich das SPK als subversives Unternehmen notwendig außerhalb der schulpsychiatrischen Legitimationsbefähigung. Die herrschende psychiatrische Wissenschaft und Praxis in Heidelberg wiederum versuche, ihre eigene wissenschaftspolitische Struktur zu entpolitisieren und stattdessen auf personalpolitische Debatten zu lenken. Das SPK entspreche unter wissenschaftlichen Aspekten, welche Psychologie, Politikwissenschaft, Theologie und Soziologie im Gegensatz zur traditionellen Psychiatrie ohne weiteres anerkennen könnten, den Bedürfnissen der Kranken und sei, auch wenn dies nicht von der herrschenden Wissenschaft anerkannt würde, *trotzdem* Therapie (Spazier, SPK 1980a, S. 60ff., 70). Richter und besonders Brückner stellen die kulturellen Entstehungskontexte des SPK heraus. Das SPK stelle ein Produkt einer allgemeinen Kulturkritik auf allen Ebenen des gesellschaftlichen Lebens dar, sei Ausdruck des protestbereiten Unbehagens einer jüngeren Generation (Richter, SPK 1980a, S. 91) und radikalisiere medizinkritische Ansätze, die schon seit längerem im In- und Ausland verhandelt und praktiziert würden. Brückner verweist dazu auf die Praxis der Gruppentherapie des Berliner Psychoanalytikers Günter Ammon, auf die Ansätze Jacques Lacans, Szasz' und Laings, auf die Selbsthilfebewegung Suchtkranker und die Deinstitutionalisierung der Psychiatrie durch Community Mental Health Centers in den Vereinigten Staaten. Er bescheinigt dem SPK, diesem Trend der Antipsychiatrie, die aus seiner Sicht in ähnlicher Weise auf die medizinischen Ausbeutungsverhältnisse und die Notwendigkeit der Politisierung verwiesen hätte, klassentheoretisch konsistent und unter Verwendung eines plebejischen Stils zu folgen (Brückner, SPK 1980a, S. 105ff.). Richter versteht die eigentliche Motivationslage des SPKs anders: Er sieht die Kritik des SPK an der herkömmlichen Psychiatrie als Ausdrucksform einer empfundenen Gefahr, auf Anpassung an die Gesellschaft hin therapiert zu werden, was als größte Bedrohung der eigenen Identität empfunden werde. Gleichzeitig benötige man psychotherapeutische Angebo-

te. Es ginge den jungen Menschen also nicht darum, die Psychiatrie kaputt zu machen, ihr Verhalten zeige stattdessen,

»daß sie im Grunde viel mehr von der Psychiatrie haben wollen, deren Instrumente – speziell diejenigen der Psychoanalyse und der Gruppenanalyse – sie ja für eminent wichtig zur Bewältigung der eigenen und gesellschaftlichen Probleme halten.« (Richter, SPK 1980a, S. 91)

Spazier und Brückner empfehlen vorbehaltlos die weitere materielle und formelle Unterstützung des SPK, Richter spricht sich unter den Voraussetzungen weiterer Abklärung des wissenschaftlichen Ansatzes, der Kontrolle der Teilnehmendenzahl und der Unterstellung unter ein Kuratorium für die Fortführung des SPK aus.

Die Begutachtungen des SPK könnten in ihren Urteilen und Empfehlungen nicht stärker auseinander gehen. Christian Pross leitet diese Lagerbildung aus geschichtswissenschaftlicher Perspektive von der konkreten historischen Personenkonstellation ab: Spazier habe mit Huber Loyalitätsbeziehungen aus Poliklinik-Zeiten unterhalten (Pross 2016, S. 131), Richter hätte der Studentenbewegung nahegestanden, sei aber um Differenzierung bemüht gewesen (Pross 2016, S. 121, 131)³², Brückner sei mit SPK-Mitgliedern befreundet gewesen. Von Baeyer war als Leiter der psychiatrischen Universitätsklinik selbst Konfliktpartei, Thomä und Bochnik kannten das SPK nur aus seinen Selbstdarstellungen (Pross 2016, S. 131). Neben Richter sei Thomä wohl der unabhängigste und unbefangenste gewesen. Die Begutachtung des SPK kann in diesem Sinne also nur mit großen Abstrichen als vorurteilsfreier, voll rationaler Wahrheitsfindungsprozess charakterisiert werden.

In Auseinandersetzung mit den Gutachten entsteht der Eindruck, dass das SPK eine Art wissens- und institutionspolitische Projektionsfläche bot, auf der die Kritik und Verteidigung der damaligen methodischen Grundlagen, psychiatrischen Lehrprinzipien und Behandlungspraktiken verhandelt wurden. Die gutachterliche Verhandlung stellt sich als situativer Deutungskampf über das SPK dar; dies wird durch den nüchternen Berichtsstil in den ersten Teilen der Gutachten, durch die Wahl der scharfen rhetorischen Stilmittel sowie durch die affirmativen und kritischen Bezüge aufeinander und Abgrenzungen voneinander deutlich. Darüber hinaus stehen die Gutachten jedoch auch für grundlegende akademische Selbstpositionierungen, die die Konfliktlinien im spezifisch westdeutschen Psychiatrie(kritik)diskurs Ende der 1960er bis Anfang der 1970er Jahre freilegen: Auf der einen Seite steht zu diesem Zeitpunkt die institutionalisierte (Heidelberger) Psychiatrie, in dem Gutachterdiskurs als Schulpsychiatrie

32 In seiner Monografie *Die Gruppe – Hoffnung auf einen neuen Weg, sich selbst und andere zu befreien. Psychoanalyse in Kooperation mit Gruppeninitiativen* (1972) setzt sich Richter erneut mit der Entwicklung des SPK auseinander – im Kontext der ersten SPK-Prozesse fällt sein Urteil nochmals kritischer aus, das SPK wird als ideologisch und praktisch gescheitert erachtet. Das SPK habe sich nicht an seine Empfehlungen gehalten (z. B. nicht zu expandieren), Richter selbst habe die Rolle Hubers unterschätzt, die ehemals potenziell fortschrittliche Initiative eines gemeinschaftlichen Therapiekonzepts sei einem destruktiven Unternehmen, einem Klub für politische Schulung und einer paranoiden Kollektivneurose gewichen (Richter 1972, S. 329–342; vgl. auch Pross 2016, S. 129).

firmierend, die sich selbst nach den Erfahrungen der Patientenmorde in psychiatrischen Anstalten in Nazideutschland einerseits eine phänomenologisch-daseinsanalytische und psychoanalytische, andererseits eine streng empirische Methodik verordnet hatte, psychische Störungen über ein naturwissenschaftlich-medizinisches Modell zu erklären. Diese Neuaufstellung der traditionellen Psychiatrie, die die Existenz psychiatrischer Anstalten befürwortet, an klaren Hierarchien und Rollen festhält und ihren Auftrag auch darin sieht, die Einhaltung sozialer Normen sicherzustellen (Goddemeier 2014a, S. 502), wurde um die Bereitschaft, die kustodiale Psychiatrie hin zu gemeindenahen, (kritischen) sozialpsychiatrischen Ansätzen zu öffnen, ergänzt (Kersting 2005) – wie bereits erwähnt, gingen diese Initiativen auch von den Heidelberger und Mannheimer Psychiatern aus. Auf der anderen Seite steht eine weniger stark institutionalisierte, ideologisch-wissenspolitisch jedoch (noch) progressivere Psychiatrie, die über kein einheitliches antipsychiatrisches Programm verfügte (Rechlin/Vliegen 1995, S. 52), jedoch mit dem reformistischen Kurs der institutionalisierten Psychiatrie nicht einverstanden war (vgl. auch z. B. Wolff/Hartung 1972). Diese auch politisch aktiven bzw. politisierten und politisierenden Psychiater und Sozialpsychologen (wie eben Brückner und Spazier) sahen die Psychiatrie als Produkt einer wissenschaftlichen positivistischen Kultur und Institution einer bestimmten gesellschaftlichen Form an, die es zu überwinden gelte.³³ Psychische Erkrankungen offenbarten sich zwar in der Abweichung von der durch die traditionelle Psychiatrie reproduzierten sozialen Ordnung, seien aber vor allem Ausdruck des Leids, das durch das Leben des erkrankten Patienten in ebenjener regulierten und entfremdenden Gesellschaft verursacht werde.

Kurzum: Anhand der gutachterlichen Stücke über das SPK lassen sich nicht nur die damals gängigen psychiatrischen Lehrmeinungen skizzieren, es scheinen auch die Hintergründe der wissenschaftspolitischen Debatten über Methodenpluralisierung, der zeitgenössischen bundesrepublikanischen Auseinandersetzungen über die Verarbeitung der verbrecherischen Psychiatriepraktiken im NS-Regime und die in der Psychiatriereform aufgegriffenen Motive der bedarfsgerechten, wohnortnahen, anti-stigmatisierenden, sozialen Psychiatrie durch (vgl. Kersting 2001; Häfner 2016, S. 135f.). Sie geben in der Konsequenz auch erste Auskünfte darüber, inwieweit Uneinigkeit über den Status des Patienten im psychiatrischen (Praxis-)Diskurs herrschte; während die traditionelle, schulpsychiatrische Praxis den Patienten mit den Mitteln der Medizin und der gesellschaftlichen Integration als grundsätzlich therapierbar konzeptualisiert,

33 An dieser Stelle muss eine grobe Vereinfachung der Deutungsweisen psychischer Erkrankungen und immanenten professionsideologischen Konfliktlinien genügen, um die Hintergründe des wissenschaftspolitischen Streits um das SPK systematisieren zu können. Die psychiatrische Praxis und Lehre verfügte über ein Kontinuum an Positionen und Analysen: Die sozialpsychiatrische und ambulante Praxis, die den einen als konservativ und systemstabilisierend galt, galt den anderen unter klas-sentheoretischen Gesichtspunkten als die derzeit bestmögliche Form der Psychiatrie, die unter kapitalistischen Bedingungen nun einmal für eine gute Gesundheitsversorgung von Lohnabhängigen unabdinglich sei (vgl. z. B. Wulff 1977, S. 11f.). Klaus Dörner analysiert die Entstehung der Psychiatrie um 1800 im Zusammenhang mit der neu entstehenden Sozialen Frage zu Beginn der Industrialisierung (Dörner 1969, v.a. S. 53ff.). Dieser kritische Ansatz bildete unter anderem eine intellektuelle Grundlage für die Entwicklung eines in Deutschland besonders einflussreichen Sozialpsychiatrieansatzes (Dörner/Plog 1978; Jost 2002).

sahen die Psychiatriekritiker nicht den Patienten als behandlungsbedürftiges Objekt, sondern die Gesellschaft.

Trotz des Beschlusses des Verwaltungsrates, das SPK als Projekt unter Aufsicht eines Kuratoriums der Universität weiterzuführen und mit finanziellen und formellen Mitteln zu unterstützen und obwohl die Gutachten in Summe kein eindeutig negatives Urteil über das SPK trafen, untersagte das Baden-Württembergische Kultusministerium unter Wilhelm Hahn der Universität Heidelberg die weitere Unterstützung des SPK und verfügte über die Räumung seiner Einrichtung in der Rohrbacherstraße. Das SPK versuchte daraufhin, Verbündete in Politik, Medien und Kirchen zu finden, scheiterte aber damit. Huber verließ die Einrichtung zeitweilig, um die Räumung zu verhindern, das SPK legte Klage gegen das Kultusministerium ein und Huber kehrte darauf wieder in die Räume des SPK zurück. Das SPK veranstaltete in dieser Zeit einige Teach-Ins und in der Presse entwickelte sich ein regelrechter Berichts- und Meinungskampf über das SPK (Sozialistischer Heidelberger Studentenbund 1972, S. 23ff.). Am 24. November 1970 beschloss der Senat, dass das SPK keine Einrichtung der Universität werden dürfe (Pross 2016, S. 326). Das SPK bemühte sich im Frühjahr 1971 um weitere Unterstützung, etwa durch einen Förderantrag bei einer Stiftung und durch die Bewerbung auf eine Position in der neu eingerichteten Psychotherapeutenstelle der Studentenhilfe (Pross 2016, S. 329). Pross beschreibt, dass das SPK sich auch hier seine Chancen auf Akzeptanz durch Drohungen und den unangemessenen Jargon selbst verbaute (Pross 2016, S. 328). Er bilanziert:

»Festzuhalten ist, dass das SPK als Gesamtgruppe der Patienten³⁴ bis zuletzt versucht hat, mit juristischen Mitteln und gewaltfrei seine Existenz zu sichern. Mit dem Räumungsurteil des Amtsgerichts vom 13. Mai 1971 allerdings zerschlug sich die letzte Hoffnung des SPK auf einen Verbleib in der Rohrbacherstraße.« (Pross 2016, S. 334)

Und er fährt fort: »Als einziger Ausweg erschien einigen im SPK offenbar jetzt nur noch der Weg in die Gewalt.« (Ebd.) Ende Juni 1971 wurde ein Polizeibeamter bei einer nächtlichen Verkehrskontrolle in der Nähe von Hubers Haus nahe Heidelberg verletzt, man vermutete Querverbindungen zwischen dem SPK und der Rote Armee Fraktion (RAF) (Sozialistischer Heidelberger Studentenbund 1972, S. 5). SPK-Mitglieder, unter anderem Huber, wurden festgenommen, Huber kam aber wieder frei. Nach einer Großfahn-

34 Teil der intensiven historischen Beforschung des SPK war immer auch, seine Bedeutung als politische Organisation und soziale Bewegung von seiner Mitgliederzahl abzuleiten. Die Bestimmung, wie viele Patient*innen im SPK behandelt wurden oder organisiert waren, stellt sich in den Dokumentationen des SPK und den öffentlichen Berichten also ebenfalls als ein Politikum dar: In einem Radiointerview vom 7. November 1970 geben SPK-Mitglieder an, derzeit befänden sich etwa 200 Mitglieder in Behandlung, darunter Hausfrauen, Schüler, Arbeiter und zu etwa 50 Prozent Studenten (SPK 1980a, S. II), in einer Mitteilung vom 19. November 1970 über eine Infoveranstaltung an der Universität Heidelberg werden 230 Patienten bzw. Mitglieder erwähnt (SPK 1980b, S. 20). Zu diesem Zeitpunkt wird regelmäßig verkündet, dass die Patientenzahl auf bis zu 500 Patienten aufgestockt werden könnte. Im Sommer 1971 wird vom SPK gemeldet: »Innerhalb von 1 1/4 Jahren hat sich die Zahl der organisierten Patienten von 50 auf 500 erweitert« (SPK 1980b, S. 212). Hubers Patientenstamm betrug während seiner Zeit an der Poliklinik etwa 50 Personen. Die Zahl 500 gilt als umstritten (vgl. auch die ausführliche Darstellung bei Pross 2016, S. 193f.).

derung am 21. Juli 1971 wurden Huber und weitere SPK-Mitglieder verhaftet, nachdem bei Hausdurchsuchungen Waffen, falsche Pässe und Bärte sowie anderes verdächtiges Material gefunden worden waren (Pross 2016, S. 337; Prasse 1976, S. 83). Später wurden im Zuge einer Polizeiaktion mit über 300 Polizisten nochmals Waffen, Munition und Sprengstoff sichergestellt, man nahm sieben Tatverdächtige fest und verteilte sie zur Untersuchungshaft in unterschiedliche Gefängnisse. Mitte Juli wurden die Räume in der Rohrbacherstraße endgültig geschlossen, das SPK löste sich selbst auf (»Das Sozialistische *Patienten*kollektiv gibt es nicht mehr« [SPK 1980b, S. 276, Herv. i. O.]) und kommunizierte als Nachfolgeorganisation Informationszentrum Rote Volksuniversität (IZRU) mit deutlich weniger Mitgliedern weiter. Therapien fanden nun nicht mehr statt (Brink 2003, S. 169). Kurz zuvor und angesichts der ersten Verhaftungen gewann die Rhetorik des SPK in ihren Mitteilungen noch einmal an Drastik.³⁵ Vier SPK-Prozesse wurden bis 1979 vor dem Landgericht Karlsruhe verhandelt. Huber und zwei weitere SPK-Mitglieder, seine Frau Dr. Ursula Huber und Siegfried Hausner, wurden im Dezember 1972 wegen Beteiligung an einer kriminellen Vereinigung, gemeinschaftlicher Vorbereitung von Sprengstoffverbrechen und gemeinschaftlicher Urkundenfälschung zu drei bis viereinhalb Jahren Haft verurteilt. Wolfgang und Ursula Huber wurden ihre Approbationen entzogen. Huber gründete aus dem Gefängnis heraus die Nachfolgeorganisation des SPK, die Patientenfront (SPK-PF) (vgl. auch Huber 1993). In den späteren Verhandlungen wurden weitere ehemalige SPK-Mitglieder wegen Beteiligung an einer kriminellen Vereinigung verurteilt, allerdings entgingen sie wegen der Anrechnung der Untersuchungshaftzeiten der weiteren Haft. Einige ehemalige SPK-Mitglieder gingen in den Untergrund und schlossen sich in der Folge der RAF an. Vier Ex-SPKler, Lutz Taufer, Bernhard Rössner, Hanna Krabbe und Siegfried Hausner, beteiligten sich 1975 an dem Anschlag auf die Deutsche Botschaft in Stockholm, bei dem zwei Geiseln getötet wurden (Brink 2003, S. 169; o. A. 1995).

An dieser Stelle enden die meisten Ereignisberichte über das SPK. Wie bereits angedeutet, ist es schwierig, von einer Ereignisdarstellung zu einer eindeutigen *historischen* Bewertung des SPK zu kommen. Der kritische Zeitzeuge und Historiker Pross stellt zum Ende seiner Oral-History-Chronik aus einer *beteiligten und persönlichen* Perspektive fest, dass das SPK für die einen Zufluchtsort, Hilfe und Befreiungsschlag war, für die anderen zerstörerisch und angsteinflößend wirkte (Pross 2016, S. 420). Die *justiz-kritische* Perspektive Brückners erklärt die politische Radikalisierung des SPK vor allem durch die konterrevolutionären Reaktionen des Staatsapparates (Brückner/Wulff 1973). Für Jörg Bopp ist das SPK aus *sozialpsychiatrisch-psychotherapeutischen* sowie *soziologischen*

35 In einer Mitteilung vom 13. Juli 1971 wird der Name »SPK« durchgekreuzt und durch »RAF« ersetzt (SPK 1980b, S. 275). Eine andere hatte man mit dem Spruch »MAHLER, MEINHOF, BAADER, DAS SIND UNSERE KADER !!!« (SPK 1980b, S. 260) versehen. Sie kündigte außerdem an, sich bewaffnet zu haben. Vgl. auch den interessanten Beitrag von Julia Wagner (2016, S. 286–306) in Christian Pross' Band, die eine sprach- und kommunikationsanalytische Sichtweise auf die Schriftstücke des SPK eröffnet. Wagner zeichnet die Radikalisierung und Vulgarisierung der Wortwahl nach und setzt sich kritisch mit den Wortdrehsleien, Faschismusmetaphern und Kriegserklärungen in Patienteninfos und Flugblättern auseinander. Zu der Verwendung nazistischer Metaphern als Maßnahme der Selbstregierung und Selbstdeutung des SPK weiter unten.

Gesichtspunkten ein kleiner Teil des ambivalenten Fortschritts der schwierigen Psychiatriegeschichte und -praxis (Bopp 1980, S. 168, S. 146ff.). Besonders treffend erscheint eine Bemerkung Bopps, aus der heraus sich auch eine Haltung gegenüber dem SPK in analytischer Absicht entwickeln lässt: »Das SPK gab unzureichende Antworten, aber es sah einen großen Teil der Probleme, die neue Antworten herausforderten« (Bopp 1980, S. 147). Und Pross, so kritisch seine Monografie über das SPK auch ist, beendet diese mit folgenden Worten:

»Was das SPK damals gefordert und für sich beansprucht hat, ist heute Wirklichkeit: Patienten haben eine Stimme und sie nehmen ihre Rechte wahr, die gestalten im ›Dialog‹ mit Ärzten und Angehörigen die Krankenversorgung mit.« (Pross 2016, S. 424f.)

Die genealogische Beschäftigung mit den Schriften des SPK lohnt erstens, weil es das Patientsein nahezu ultimativ politisiert, ohne als formale Patientenorganisation im Sinne eines anerkannten politischen Akteurs in irgendeiner Weise in die Gestaltung des modernen Gesundheitssystems funktional inkludiert worden zu sein. Das SPK verweist damit auf eine Geschichte, in der in Deutschland Patientenbeteiligung alles andere als selbstverständlich war und man gerade damit anfang darüber nachzudenken, wie man Psychiatriepatient*innen nicht nur als medizinisch und sozial Deviante, sondern als Gesellschaftsmitglieder mit Bedürfnissen und Rechten begreifen könne. Dabei ist zweitens im Sinne des genealogischen Forschungsstils im Blick zu behalten, dass das SPK nicht als stellvertretend für andere, auch zuvor explorierte antimedinizinische oder antipsychiatrische Ideologien und Kontexte erachtet werden sollte – zwar werden in den Texten des SPK bekannte antipsychiatrische Motive und entsprechende Patientensubjektkonzepte verhandelt, Theorie und Praxis des SPK sind aber nicht zwingend aus den Ursprüngen und Herkünften antipsychiatrischen Denkens abzuleiten. Das Beispiel des SPK gibt entsprechend drittens einen näheren Einblick in die Konstitution eines historisch tatsächlich existierenden und lokal situierten kollektiven Patientensubjekts. Dies ist deshalb relevant, da die Bildung von Patientenkollektiven also nicht erst seit dem biomedizinischen Zeitalter gewachsen ist und ihre Logik nicht notwendig aus einem biomedizinischen oder -technologischen Sinnkontext bezieht (vgl. die Implikationen der Konzepte Biosozialität und biologische Bürgerschaft im Abschn. 2.4). Es soll in diesem Sinne Kyra Landzelius (2006) gefolgt werden, die dazu ermutigt, nicht die sachlichen Kontexte selbst (also etwa die psychiatrischen Praktiken im Unterschied zu etwa biomedizinischen Themen) in den Vordergrund der Analyse zu stellen, sondern die in den Texten vorliegenden *transformativen Momente vom Einzelsubjekt zum Kollektivsubjekt nachvollziehbar zu machen und damit zu eruieren, wie sich die spezifischen Deutungen des Patientensubjektseins auch durch historische Selbstdeutungen verändert haben*. Dieser Mechanismus, seine Begründungsstruktur und die Zeichnung eines neuen (anti-)medizinischen Subjekts kann am Beispiel SPK besonders pointiert rekonstruiert werden.

6.2.2 Kollektive Subjektconstitution des SPK: Patienten der Gruppe und Revolution

Eine notwendige Begrenzung des zu analysierenden Textmaterials muss vorgenommen werden: Eingangs wurde das Spektrum an Perspektiven präsentiert, das die historische,

wissenschaftliche und öffentliche Bewertung des SPK formiert. Ebenso wurden mittels des Gutachtendiskurses die Grundtendenzen des psychiatrischen Richtungsstreits dargestellt, vor dessen wissenspolitischen und medizinhistorischen Hintergrund die Aktivitäten des SPK eingeordnet werden können. Im Zentrum der folgenden Subjektkonstitutionsanalyse sollen die Selbstdarstellungen des SPK stehen, um zu einem Verständnis davon zu gelangen, welche Subjektkonzeption es entwickelt, welche Abgrenzungen es zu anderen Formen des Patientenseins vornimmt und wie durch die theoretische und praktische Arbeit ein kollektives Patientensubjekt konstruiert wird. Ein Grund dafür ist auch, dass die meisten Texte über das SPK sich zwar mit dem SPK befassen, aber nur selten seine Relevanz für einen patientenbezogenen Subjektdiskurs identifizieren. Allerdings sind bei weitem nicht alle publizierten Selbstzeugnisse des SPK für eine derartige Analyse geeignet; das Gros der sogenannten Patienten-Infos, Flugblätter, offenen Briefe und Pressemitteilungen verfolgen vor allem die Absicht, die historischen Ereignisse, die weiter oben beschrieben wurden, zu kommentieren, auf Darstellungen der Presse, der Gutachter, universitärer und außeruniversitärer Institutionen usw. zu reagieren oder ihre politischen Kontrahenten direkt anzugreifen (vgl. Wagner 2016, S. 286). Für die Subjektkonstitutionsanalyse sind vor allem diejenigen Texte aussagekräftig, die eine möglichst kohärente, argumentativ-programmatische Selbstdarstellung bieten. Dieses Kriterium erfüllen vor allem zwei Textgattungen: die ›wissenschaftlichen Selbstdarstellungen‹ der SPK-Arbeit, wie sie für seine Begutachtung vorgelegt wurden, und die politisch-agitatorischen Schriften des SPK. Derer existieren im Verhältnis zu der Gesamtzahl der Verlautbarungen des SPK eher wenige. Diese machen außerdem argumentativ kaum eine Entwicklung durch, das heißt, es ist nicht auf eine ›Werkentwicklung‹ Rücksicht zu nehmen und die Texte können gleichwertig behandelt werden. Der Textkorpus des folgenden Untersuchungsmaterials ist in Anhang 2 zur besseren Übersicht mit Verweiskürzeln und Seitenzahlen gelistet, die zugehörigen bibliographischen Angaben der Werkausgaben sind dem Literaturverzeichnis dieser Arbeit zu entnehmen.

Das ausgewählte Textmaterial stammt aus dem Entstehungszeitraum zwischen 1970 und 1972, also etwa einem halben Jahr nach Gründung des SPK bis zu den ersten Äußerungen der Nachfolgegruppe IZRU. Es repräsentiert die theoretischen Reflexionen und Überzeugungen des SPK am besten. Die Texterzeugnisse des SPK/PF(H) ab 1973, also beispielsweise die Texte der SPK-Dokumentationen Teil III (SPK 1988) und weitere Schriften, die im sogenannten Kränkschriftverzeichnis des SPK/PF(H) (SPK/PF(H) o. J.b) aufgeführt sind, wurden hingegen aus der Analyse ausgespart. Begründen lässt sich dies durch die Zäsur der selbstbezeugten Wandlung des SPK/IZRU in die Patientenfront bzw. SPK/PF(H). Deren Texte tragen aufgrund ihrer Entstehungskontexte (Schriften des inhaftierten Huber, Schriften nicht mehr zuordenbarer Gruppen und Personen, Schriften aus dem Untergrund) einen im Vergleich zu der Ära des SPK/IZRU anderen, (noch) verwirrenderen, oftmals kryptischen und kaum mehr verständlichen Charakter und sind deshalb für die hier verfolgte Forschungsfrage nicht von Relevanz.

Auch die ausgewählten Schriften verfügen über keine eindeutig zuordenbare individuelle Autorenschaft, zeigen jedoch, trotz aller Redundanzen und Hyperbolisierungen, eine gewisse argumentative Stringenz auf. Das SPK tritt entsprechend durch das Material als schreibendes Kollektiv (Wagner 2016, S. 286), als ein ›Wir‹ mit einer einheitlichen Akteurschaft hervor, wenn diese Akteurschaft auch, wie Jürgen Link es

für biografische Autonarrationen anderer kommunistisch geprägter Kollektive formuliert, durch einen durchaus partisanenhaften, prekären und fragilen Schreibcharakter transportiert ist (Link 2012b, S. 147). Mögliche Binnenkonflikte der Gruppe, die sich bei der Verfassung der Texte aufgetan haben könnten, sind Gegenstand historischer Forschung und können hier keine Berücksichtigung finden. Vielmehr soll sich die Analyse auf die textliche Herstellung des kollektiven Patientensubjekts durch Abgrenzung nach außen und Subjektkonstitution nach innen konzentrieren – ein Leitmotiv, das auch die Gutachter schon beschäftigte. Ein besonderes Merkmal der Schriften des SPK ist, dass in ihnen historisch-situative Beschreibungen, theoretisch-akademische Auseinandersetzungen und programmatisch-praktische Anliegen miteinander verwoben sind. Die fehlende Trennschärfe der Diskussionsebenen, oder anders formuliert: die bewusste Verbindung der Kritik der realpolitischen Situation mit der theoriebasierten Kritik medizinischen Denkens und dem Entwurf einer neuen gesellschaftlichen und politischen Ordnung kann als eine diskursive Strategie ausgemacht werden, politische Haltungen und Forderungen zu legitimieren. Diese Strategie heißt es bei der Analyse im Hinterkopf zu behalten, wenn es um die individuelle und kollektive Form des Patientensubjekts geht. Da aber nicht nach der Richtigkeit, der Angemessenheit oder der normativen Rechtfertigbarkeit der Diskussionsebenen und Argumente gefragt werden soll, werden alle Aussagen nominalistisch, das heißt gleichwertig behandelt, sofern sie das infragestehende Subjektkonzept beleuchten und zur Subjektkonstitutionsanalyse inhaltlich herangezogen werden können. Eine Ausnahme bestätigt die Regel: Der diskursive Umgang mit Nazismus- und Faschismusmetaphern folgt einer gesonderten kritischen Reflexion.

6.2.2.1 Politische Selbstregierung des SPK: Problematisierung, Kritik, politische Identität

Bevor in die Analyse der kollektiv angelegten Patientenfigur entlang der Subjektkonstitutionsachsen Macht, Wissen und Selbstverhältnisse eingestiegen wird, soll die weiter oben erfolgte multiperspektivische Standortbestimmung des SPK unter der genealogisch-subjektkonstitutiven Kategorie der politischen Selbstregierung des SPK ergänzt werden. Hierbei geht es vor allem darum, die Politik des SPK entlang ihrer *eigenen Deutung* genauer einschätzen zu lernen und ihre Selbstpositionierung als politischer, antipsychiatrischer Akteur gegenüber den bereits vorgestellten Repräsentationen und Deutungen in Stellung zu bringen. In Abschnitt 3.2.1 wurde argumentiert, dass die Frage nach der Regierung, die Foucault ursprünglich als Regierung des Staates und als Regierung jenseits des Staates bearbeitete, im sozialtheoretischen Sinne aufgegriffen werden kann, also als heuristisches Konzept, das sich dazu eignet, den spezifischen Verhältnissbestimmungen und Verhältnisbeziehungen von Einzelnen und Ganzem einer Entität auf den Grund zu gehen. Wenn ›Regierung‹ als ein solches sozialtheoretisches Heuristikum eingesetzt wird, dann wird es auch für die Analyse der Form und der Struktur politischer Organisationen bzw. politischer Kollektivsubjekte nutzbar. Kern der Analyse der politischen Regierung, man sollte präzisieren, der *politischen Selbstregierung*, da es nicht um Fremdeinwirkung, sondern um Selbstkonstitution geht, ist die Frage nach der Problematisierung, die den Grund für die politische Organisation, den politischen

Konflikt und die Politisierung darstellt (vgl. Abschn. 3.1.3). Es wird unter der Kategorie ›politische Selbstregierung‹ außerdem nach den Zielen und Objekten der Organisationen, den Mitteln bzw. Praktiken der Zielerreichung, möglichen politischen Logiken oder Rationalitäten und letztendlich dem Mechanismus, der eine innere Kohärenz, eine Verstetigung des Kollektivseins erlaubt: des Zusammenschnürens von Individuen und der übergeordneten Struktur des Kollektivs. Die Bedeutungsebenen der sozialtheoretischen und politischen Regierung fließen so als Untersuchungskategorie zusammen. Über all diese Komponenten der politischen Selbstregierung des SPK geben seine Texte Aufschluss.

Die Problemdefinition des SPK, also die Problematisierung der Situation, mit der es sich konfrontiert sieht, umfasst zwei Ebenen bzw. Problembezüge. Der erste Problembezug, der auch den Mittelpunkt der programmatischen Analyse des SPK umfasst, ist ein abstrakt-theoretischer. Der zweite Problembezug ist ein realpolitisch-situativer. Der abstrakt-theoretische Problembezug wird in folgenden knappen Worten als Tatsachenbeschreibung in der wohl konzeptuellsten und längsten Schrift des SPK, *Aus der Krankheit eine Waffe machen* (SPK 1972), formuliert:

»Empirisch sind wir lediglich von drei Tatsachen ausgegangen: 1. Es gibt die kapitalistische Gesellschaft, es gibt Lohnarbeit und Kapital. 2. Es gibt Krankheit und unbefriedigte Bedürfnisse; d.h. die reale Not und das Leiden der Einzelnen. 3. Es gibt die Kategorie der Geschichtlichkeit, die Kategorie der Produktion; oder – noch allgemeiner gesagt – es gibt die Kategorie der Zeit, der Veränderung und des Werdens.« (SPK 1972, S. 8f.)³⁶

Was zunächst als einfache Bestandsaufnahme daherkommt, muss als Kern der theoretischen Problematisierung gelesen werden. Das SPK sieht die kapitalistische Gesellschaft mit ihrer Lohnarbeit und der Herrschaft des Kapitals als eine der wichtigsten Probleme und Ursachen für die Tatsache des Leidens der Gesellschaftsmitglieder an. Das Leben im Kapitalismus und Krankheit, so die Problemdefinition, stehen in einem besonderen Verhältnis zueinander, das im Laufe der Schriften aufgeklärt werden soll; für eine erste grobe Problematisierung beschreibt das SPK das Verhältnis von kapitalistischer Gesellschaft und Krankheit folgendermaßen:

»Unsere Gesellschaft ist eine Klassengesellschaft und d.h. es gibt Ausbeuter und Ausgebeutete. Die Ausbeutung tritt heute nicht mehr unmittelbar als materielle Armut in Erscheinung, sondern nimmt die Form massenhafter psychischer Verelendung an.« (SPK 1980a, S. I)

36 Das SPK verwendet im Originalsatz seiner Schriften immer wieder und großzügig Sperrschrift. Diese Typografie hat vermutlich den Sinn, den eigenen Agitationsstücken, Selbstbegutachtungen und Patienteninfos auch der Optik nach politische Autorität zu verleihen – die deutsche Erstausgabe von *Das Kapital* (Marx 1867) und ihrer weit verbreiteten Faksimiles weisen wohl nicht zufällig eine sehr ähnliche Optik aus. In der direkten Zitierung wird die Reproduktion dieser Satzsperrungen vernachlässigt, auch, wenn sie der Hervorhebung und Betonung einzelner Argumente dienen sollen, da sie den Lesefluss behindern und kaum etwas zur Erfassung der wesentlichsten Aussageinhalte beitragen. Andere Formen der Hervorhebung im Original (Kursivierungen, Unterstreichungen) werden bei direkter Zitierung kenntlich gemacht.

Die Geschichtlichkeit erweist sich als weiteres Problem: Die Produktion der Lebensverhältnisse unter dem Kapitalismus ist ein historisches Momentum, ein Produkt des geschichtlichen Werdens, in dem allerdings gleichzeitig das Potenzial der Veränderung liegt. Dieses Potenzial der Veränderung gesellschaftlicher Strukturen, des Krankseins und des Patientseins treibt das SPK an, Problemdefinition zu betreiben und an theoretisch-praktischen Lösungsstrategien zu arbeiten.

Der realpolitisch-situative Problembezug wird zu der abstrakt-theoretischen Problematisierung der Krankheit, des Kapitalismus, des Patientseins, ja der ganzen Form des gesellschaftlichen Seins, parallelgeführt. Dieser verfolgt den Zweck, das politische Handeln des SPK situativ zu kontextualisieren und letztlich zu rechtfertigen. Das SPK problematisiert:

»Die Psychiatrische Universitätspoliklinik Heidelberg hat in den letzten Jahren durch die Initiative einiger Ärzte eine Veränderung ihrer Aufgaben und ihrer Arbeitsweise erfahren bis zum Rausschmiß von ca. 60 Patienten und dem behandelnden Arzt im Februar 1970. Diese Ärzte haben in ihrer täglichen Praxis erfahren, daß die herkömmliche Arbeitsweise der zunehmenden psychischen Massenverletzung weniger denn je gerecht werden kann. Die Hauptfunktion der Poliklinik war und ist die eines Umschlagsplatzes, einer Verteilerstation für »Krankengut«, verbunden mit ihrer Funktion als Ausbildungsstätte und Karriere-Etappe für Fachärzte. »Fälle«, mit denen niedergelassene praktische Ärzte und Fachärzte nicht fertig werden, die sie aber auch nicht direkt in eine geschlossene »Heilanstalt« einweisen wollen, werden an die Poliklinik zur Untersuchung überwiesen und von dort aus weitergeleitet an die stationären Abteilungen der Hauptklinik oder – weil dort selten Betten für Kassenpatienten frei sind – eben in die geschlossenen Anstalten überwiesen. Behandlungen werden nur bei entsprechend qualifizierten Patienten durchgeführt. Diese Qualifikationen sind bestimmt durch das Interesse, das der behandelnde Arzt am Geldbeutel oder an der »wissenschaftlichen« Verwertbarkeit der Krankheit des Patienten hat. Die Auswahlkriterien für eine Psychotherapie orientiert sich am Lebensalter und am Bildungsstand des Patienten. Das geht so weit, daß Patienten über 35 Jahre oder ohne Abitur nicht in Behandlung genommen werden. Die Arbeit der Poliklinik ist also keineswegs an den Bedürfnissen der weit überwiegenden Zahl der Kranken orientiert, sondern an den Profit- und Karriereinteressen der wenigen Ärzte und dem streng hierarchischen System des sogenannten Gesundheitswesens. Diese Patientenfeindlichkeit ist nicht spezifisch für die Poliklinik, sondern ein Merkmal des gesamten »Gesundheits«apparats vom niedergelassenen Arzt bis zur Klasmühle. In der Poliklinik als Selektionsrampe für die verschiedenen Institutionen dieses Apparats wird die Unmenschlichkeit dieses Systems brennpunktartig deutlich.« (SPK 1972, S. 21f.)

Die praktisch-situative Problematisierung des SPK bezieht sich auf die gesamte Form der psychiatrischen Versorgung an den Universitätseinrichtungen in Heidelberg – diese habe der Masse der psychisch kranken Menschen, die sie benötigt hätten, nicht mehr gerecht werden können, sie sei, wenn sie denn praktiziert werde, zugleich sozial diskriminierend und ausschließend, in ihrer Praxis inhuman und auf Lehre und Forschung, aber nicht auf das Leiden der Menschen fokussiert (SPK 1980a, S. I). Während auf der abstrakten Ebene die Gesellschaft als kapitalistisch und als krankheitsproduzierend be-

schrieben wird, lautet entsprechend der konkrete politische Vorwurf, dass das psychiatrische Milieu Heidelbergs als Teil des gesamten Gesundheitssystems dessen Profitgier in die Hände spiele und die Logik der Verbindung von Kapitalismus und Krankheit praktisch installiere. Den Versuchen einer anderen Form der Versorgung der Leidenden sei stattdessen mit dem Verweis Hubers aus der Klinik und dem Kampf gegen das SPK begegnet worden. Das SPK bringt sich in seiner eigenen Problematisierung also zugleich als Analyst der politischen Situation und sich bzw. seine Mitglieder als Opfer der psychiatrischen und gesellschaftlichen Politik hervor.

Ein weiteres Element der politischen Selbstregierungsweise des SPK bildet eine Beschreibung der zurückliegenden und aktuellen Konfliktherde zwischen dem SPK und unterschiedlichen Institutionen: So kritisiert das SPK das Handeln der Universitätsprofessoren und des Universitätsrektors, welche den Versuch seiner Liquidierung vorangetrieben hätten, die Bewertung der negativen Gutachten, die Bedrohung durch die Politik (vor allem durch das Kultusministerium), die ungerechte Berichterstattung durch die reaktionäre Presse und die Waffengewalt der Polizei (SPK 1980a, S. IV; SPK 1980b, S. 210-214; SPK 1972, S. 74). Auch potenzielle Bündnispartner, Betriebs- und Projektgruppen, also vor allem die studentischen medizinischen Fachgruppen und die Studierendenselbstverwaltung, die ähnliche Weisen der Gesellschaftsanalyse verfolgten, hätten sich der Solidarität mit dem SPK verweigert (SPK 1980b, S. 212). Bei aller Ausführlichkeit der Schilderungen, welche Institution, welche Person sich gegen das SPK zu welchem Zeitpunkt auf welche Weise engagiert hat, fasst es selbst zusammen:

»Die Wirklichkeit der ökonomisch und juristisch geradezu als unangreifbar erscheinenden Fassade unserer Gegner ist die in Volt, toxischen Einheiten, Meterkilopond und Kalorien meßbare Zerstörung menschlicher Gewebe und Formen menschlichen Zusammenhalts.« (SPK 1972, S. 37)

Das SPK zeichnet also eine sehr scharfe Konfliktlinie, die in letzter Konsequenz eben nicht konkret messbar gemacht werden muss, weil sie augenfällig ist: Wir gegen sie. Die Problematisierung der kapitalistischen Grundverfassung von Gesellschaft und Krankheit und die konkreten geschichtlichen Konflikte in Heidelberg werden mit radikalen sprachlichen Mitteln und einer drastischen Feindbebilderung ergänzt, die weiter oben bereits aus anderer analytischer Perspektive angeführt wurde: Die Universitätsprofessoren und Psychiater seien Menschenfresser (SPK 1980a, S. 9), Ärzte, Rechtsanwälte und Professoren Agenten der Herrschaftsinstitutionen des Kapitals. Das Ziehen der Konfliktlinie als Element des politischen Regierens und Reagierens des SPK wird außerdem durch eine bestimmte rhetorische Maßnahme deutlich: Die Gegner des SPK werden immer wieder in die Nähe nazistischen Gedankenguts und ebensolcher Handlungspraktiken gestellt, wenn nicht sogar mit ihnen identifiziert: Das psychiatrische Krankenhaus in Wiesloch wird beispielweise als Gefängnis und KZ bezeichnet (SPK 1980b, S. 216; vgl. auch Patienteninfo Nr. 12, SPK 1980b, S. 41, 45), bürgerliche psychiatrische Einrichtungen glichen Vernichtungslagern (SPK 1972, S. 11f.), die Poliklinik sei eine »Selektionsrampe« (SPK 1972, S. 21). Den Ausschluss aus der Universität kommentiert es folgendermaßen:

»Das kapitalistische Recht füllt die Kluft zwischen Bevölkerung und Universität mit den Leichen derer, die als Kranke den passiven Widerstand gegen kapitalistische Arbeit bewußtlos zum Ausdruck gebracht haben und von der Universität für die kapitalistische Endlösung nicht mehr zurechtgeflückt werden konnten.« (SPK 1972, S. 35)

Auf die ersten Gerichtsverfahren gegen das SPK reagiert es so:

»Die Patienten, die vor die Schranken des Gerichts gezerrt werden, stehen dort als Repräsentanten der Produktivkraft Krankheit. Sie stehen der kalten, versteinerten, toten Macht des Kapitals gegenüber, das sich nach den Prinzipien des Schuldstrafrechts an der Emanzipation und Solidarität der Kranken zu rächen versucht. ›Rache ist ein Gericht, das wird kalt genossen‹ hat 1944 schon Hitlers Propagandaminister Goebbels gesagt.« (SPK 1972, S. 75)

Der Umgang mit widerspenstigen Patientinnen und Patienten an den Universitätskliniken Heidelberg und anderswo wird immer wieder als »Euthanasie« (SPK 1972, S. 49, 96) bezeichnet und man bezichtigt unter anderem von Baeyer der »Differential euthanasie« (SPK 1972, S. 125, Endnote 8). Während in *Die Krankheit zur Waffe machen* (SPK 1972) der Schwerpunkt auf der theoretischen Parallelisierung zwischen dem aktuellen politischen Umgang mit dem SPK und den juristischen und politischen Methoden Nazideutschlands liegt,³⁷ verweist ein Text des IZRU auf die grundsätzliche Genese der Psychiatrie in Deutschland und an den Universitätskliniken Heidelberg. Die Heidelberger Universitätspsychiatrie habe sich von Anfang an mit Schuld beladen, indem sie beispielsweise Carl Schneider Gelegenheit zur Tötung Irrer und wissenschaftlicher Verbrämung gegeben hätte. Sie sei Paradebeispiel für den Vernichtungswillen der Psychiatrie gegenüber ihren Insassen (IZRU 1972b, S. 132f.), die der ökonomischen Verwertungslogik des autoritären Kapitalismus gegenüber der Bevölkerung und ihrer Arbeitskraft mit der Beseitigung unwerten Lebens in die Hände gespielt hätte. Bei allem Bemühen um eine theoretisch rigorose Analyse und um eine Kritik der ungerechten Behandlung durch die etablierten Institutionen ist zumindest die Behauptung, die Heidelberger Psychiatrie der 1960er und 1970er Jahre sei den nazistischen Patientenmordprojekten wie der Aktion T4 ähnlich, sicherlich eine der größten Fehlleistungen der SPK-Verlautbarungen.³⁸ Auch die (zwar indirekte und diffuse) Selbstidentifizierung mit der jüdischen Existenz, wie sie in Nazideutschland erfahren und vernichtet wurde (SPK 1972, S. 12; IZRU 1972b,

37 Im Anhang des Pamphlets befindet sich zum Beispiel auch eine Gegenüberstellung der Anklagen des Nürnberger Ärzteprozesses (9. Dezember 1946 – 20. August 1947) mit einer »Dokumentation über die Verfahrensweise der Universitätsorgane bei der Liquidierung des SPK« (SPK 1972, S. 106).

38 Es könnte allerdings eingewendet werden, dass der Verweis auf die medizinischen Praktiken und psychiatrischen Tötungsaktionen der Nazizeit aus heutiger Sicht noch weitaus unangemessener erscheint, da das Wissen über jene ungleich größer ist als noch Anfang der 1970er Jahre. Zwar hatten schon Personen wie Alexander Mitscherlich und Alice Platen-Hallermund Ende der 1940er Jahre die Tötung »Geisteskranker« skandalisiert, aber erst Mitte der 1980er Jahre hat sich in Deutschland eine akademische Forschung zu Patientenmorden in Krankenhäusern, Psychiatrien und Pflegeeinrichtungen etablieren können (Cottebrune 2006). Auch die politische Erinnerungsarbeit und juristische Aufarbeitungen kommen, nach vereinzelt Gerichtsverfahren und öffentlichen Diskussionen in den 1950er und 1960er Jahren (Kersting 2005, S. 206ff.) erst in dieser Dekade langsam, aber systematischer ins Rollen.

S. 126), muss als historisch unhaltbar bewertet werden. Die Funktion jener Vergleiche, die sich auch auf die gesamtpolitische Situation beziehen (»Historisch befinden wir uns in der Übergangsphase zwischen Nazi-KZ und Arbeitslager à la ›Große Koalition« [SPK 1980b, S. 219; vgl. SPK 1972, S. 97]), ist allerdings eine für die Selbstdeutung und politische Selbstregierung besonders signifikante: Sie dient der maximalen Distanzierung zu ihren Gegnern und schafft einen ultimativen Absagegrund für jegliche Kooperationsangebote. Das Reflexionsniveau des SPK über die psychiatrische Praxis in der Bundesrepublik der 1960er und 1970er Jahre fällt insofern weit hinter die wohlwollenden Gutachten zurück, als diese dem SPK in seiner grundsätzlichen Kritik der psychiatrischen Versorgung und des wissenschaftlichen Positivismus zwar recht gaben und seine politischen Anliegen angesichts einer mangelhaften Wissenschafts- und Therapiekultur der durchaus differenten psychiatrischen Ansätze in Heidelberg als gerechtfertigt sahen. Es wird aber durch die drastische Relativierung des Holocausts und der Krankensterblichkeit deutlich, dass es dem SPK weder um deren Skandalisierung und Aufarbeitung, noch dezidiert um die kritische Auseinandersetzung mit möglichen Menschenrechtsverletzungen in den Psychiatrien, die bis heute auch von Akteuren außerhalb des antipsychiatrischen Milieus kritisiert werden,³⁹ ging. Die Referenzen werden stattdessen als Metaphern zum Zwecke einer fast zynischen Stilisierung zum wehrlosen Opfer (vgl. Wagner 2016, S. 301) aufgerufen. Die Selbstdeutung als ermordetes jüdisches Naziopfer, im kollektiven Gedächtnis das absolut Entblößte und wohl radikal ›Leichenhafteste‹, lässt keinen konstruktiven Handlungsspielraum zu, motiviert zur Fundamentalopposition und fordert zur unbedingten Selbstverteidigung auf.⁴⁰

Weitere Elemente des politischen Selbstregierungsanspruchs des SPK sind die präsentierten Strategien der Problemlösung, die Bestimmung des Objekts ihres Handelns und die Bindung der Individuen zum Ganzen der politischen und gesellschaftlichen Organisation.

Die Strategien der Problemlösung sind mannigfaltig und hängen sehr eng mit den kollektiven Subjektkonstitutionsweisen des SPK zusammen, weshalb hier nur eine kurze Charakterisierung der eruierten Problemlösungen erfolgen soll. Im Groben beziehen sich die Maßnahmen der Problemlösung auf theoretische Grundüberzeugungen: Gegen die kapitalistische Lebensweise soll – Karl Marx zitierend – die kommunistische Gesellschaft gesetzt werden:

39 Vgl. zum Beispiel den Bericht *Abschließende Bemerkungen über den ersten Staatenbericht Deutschlands* der UN über die Wahrung der Normen der Behindertenrechtskonvention (Vereinte Nationen 2015). Dieser Bericht mahnt den regelmäßigen Einsatz von Zwangsmaßnahmen wie Fixierung, Isolation und chemischer Freiheitseinschränkung in psychiatrischen, psychosozialen und geriatrischen Einrichtungen an, zeigt sich besorgt, dass diese nicht als Folter anerkannt werden, fordert Deutschland dazu auf, die Verhältnisse in diesen Einrichtungen zu untersuchen und Maßnahmen zu treffen, die das Prinzip der informierten Einwilligung respektieren.

40 Der Einsatz von Faschismus- und Nazismus-Metaphern und die Selbstdarstellung als Jüdinnen und Juden wurde anderswo auf den kollektiv-pathologischen Verfolgungswahn des SPK zurückgeführt (vgl. v.a. Wagner 2016; Bopp 1980, S. 137) und als sprachlich-kulturelle Modeerscheinung der 68er-Bewegung eingeordnet (vgl. zur Übersicht ebenfalls Wagner 2016, S. 298; Jäger 1970, S. 96ff.). Auch, wenn diese Wortwahl die Kritik des SPK stärken soll, ist fraglich, ob sie hilft, zu politisieren oder ob sie nicht eher mit unpassenden Parallelisierungen das eigene Unternehmen delegitimiert.

»Damit menschliche Geschichte überhaupt sei, muß das Leben als rein natürliches, biologisches gebrochen werden. Marx hat in ›Nationalökonomie und Philosophie‹ in großer Eindringlichkeit das Ziel der Geschichte dargestellt: ›Der Kommunismus als positive Aufhebung des Privateigentums als menschlicher Selbstentfremdung und darum als wirkliche Aneignung des menschlichen Wesens durch und für den Menschen; darum als vollständige, bewußte und innerhalb des ganzen Reichtums der bisherigen Entwicklung gewordene Rückkehr des Menschen für sich als eines gesellschaftlichen, d.h. menschlichen Menschen. Dieser Kommunismus ist als vollendeter Naturalismus = Humanismus als vollendeter Humanismus = Naturalismus; er ist die wahrhafte Auflösung des Widerstreits des Menschen mit der Natur, und mit dem Menschen, die wahrhafte Auflösung des Streits zwischen Existenz und Wesen, zwischen Vergegenständlichung und Selbstbestätigung, zwischen Freiheit und Notwendigkeit, zwischen Individuum und Gattung. Er ist das aufgelöste Rätsel der Geschichte und weiß sich als diese Lösung.« (SPK 1972, S. 9f.)

Kommunismus wird als Problemlösung für den krankmachenden Kapitalismus gesetzt, als historische Notwendigkeit gegenüber der Entwicklung der kapitalistischen Produktivkräfte. Gegen die problematische Tatsache der Krankheit und der unerfüllten Bedürfnisse setzt das SPK das kritische Verständnis der Symptome als Erscheinung des Wesens der Krankheit, wie sie unter kapitalistischen Bedingungen gedeihen (ebd.). Die Problemlösung gegenüber der als herrschend verstandenen Medizin, die das SPK »verstoßen« und damit »negiert« hat, ist einfach wie wirkungsvoll: Ihre Lehrsätze und Praktiken werden im Gegenzug negiert, die »Negation« der Medizin zum »affirmativen Prinzip« erhoben (SPK 1980a, S. 1). Auch in den Strategien der Problemlösung lassen sich also Abgrenzungen – aus Sicht des SPK eine Dialektik – als logischer Argumentationsfaden erkennen.

Während ein Problemlösungsversuch auf nach außen abgrenzenden Ideen und Prinzipien beruht, ist ein weiterer wichtiger Teil der politischen Selbstregierung des SPK seine Schließung nach innen. Das Objekt der Selbstregierung, also die Zielvorstellung des politischen Handelns des SPK ist, die sogenannte politische Identität herzustellen. Dabei steht politische Identität an der letzten Stelle einer Kette von »Produkte[n]«, die das SPK hervorzubringen gedenkt: »SPK-Produkte sind: Emanzipation-Kooperation-Solidarität-Politische Identität.« (SPK 1972, S. 18) Patienten sollen sich emanzipieren, miteinander in Kooperation treten, untereinander solidarisch sein – insoweit ist der Antrieb des SPK mit jenem anderer emanzipativer Patienten- und Gesundheitsbewegungen der späteren Generationen vergleichbar. Mit dem letztgenannten Produkt des SPK, dem entscheidenden Objekt der Selbstregierung, wird die Radikalität der Politisierung jedoch deutlich: Politische Identität ist der Begriff für die notwendige Identität von Bedürfnissen und politischem Kampf (SPK 1972, S. 104). Das SPK führt genauer aus, was mit diesem »Produkt« gemeint ist:

»Alles scheinbar Verschiedene, Trennende, das zunächst der Vereinzelung und somit der Auslieferung an das Kapital dient, wird aufgehoben in der Gemeinsamkeit der Bedürfnisse der Kranken nach Veränderung. Diese Gemeinsamkeit der Bewußtseine äußert sich in der Politischen Identität. Politische Identität heißt: Einheit von Bedürf-

nissen und politischer Praxis für diese Bedürfnisse, und das kann nur der solidarische Kampf gegen die Naturgewalt Kapital sein.« (SPK 1972, S. 85f.)

Aus den Bedürfnissen der Kranken, die sich zur Patientenschaft des SPK organisieren, lassen sich nicht etwa unterschiedliche Bedürfnislagen und deren potenziellen Bearbeitungsstrategien ableiten (etwa die Heilung psychischer Leiden, die Heilung physischer Leiden, wohnortnahe Versorgung, gegenseitiger Austausch über die Situation als Erkrankte usw.), sie werden eingeebnet und können so als vereinheitlicht in die Notwendigkeit der politischen Arbeit aufgehen. Bopp merkt zum Konzept der politischen Identität besonders kritisch an:

»Der Frage nach der Heilung von Symptomen widmete man im SPK keine Aufmerksamkeit. Es war der Meinung, daß sie sich im politischen Kampf entweder selbst auflösen oder daß man sie im Zustand der permanenten Kampfanspannung wenigstens relativieren werde.« (Bopp 1980, S. 139)

Politische Identität gegen das Kategorialdenken und -handeln der Medizin, welches versucht, Symptome und Krankheiten diagnostisch zu unterscheiden, in eine Ordnung zu bringen und gezielt gegen diese vorzugehen und politische Identität gegen die Individualisierung des Patienten als Krankheits- und Bedürfnisindividuum zu setzen – dies ist nicht so sehr eine gegenhegemoniale medizinische Denkweise, sondern vielmehr ein politischer Akt: Mit dem Produkt der politischen Identität wird die Verbindung von Einzelnem (dem individuellen Patienten, den unterschiedlichen Krankheitsbildern und Diagnosen, den diversen sozialen Herkunftsfaktoren der Patientenschaft, also »alles scheinbar Verschiedene, Trennende«) zu einem Ganzen (der absoluten »Gemeinsamkeit« und »Veränderung«, der radikalen Patientenorganisation und der Umgestaltung der Gesellschaft) vorgestellt und ausgerufen. Das heißt, dass das Produkt »politische Identität«, welches das je Einzelne zu einem Ganzen vereinheitlicht, der Mechanismus ist, der das kollektive Subjekt der Patientenschaft textuell herstellt und praktisch verwirklichen soll. Dieser Mechanismus findet sich sogar auf der Ebene der Begrifflichkeit in einem anderen wissenschaftlichen Selbstdarstellungsversuch des SPK wieder:

»Die Dialektik von Subjekt und Objekt schlägt folglich um, *wenn die einzelnen Objekte sich als kollektives Subjekt erkennen* und sich die gesellschaftlichen Verhältnisse als ihr Produkt zum Objekt machen. Die Notwendigkeit dieses Umschlagens liegt objektiv und subjektiv in der Krankheit. Die politische Identität der Bewusstseins, die nötig ist, um sich Gesellschaft zum Objekt zu machen, läßt sich nur aus der Krankheit entwickeln.« (SPK 1980b, S. 202, Herv. HG)

Das Objekt der politischen Selbstregierung, in den Worten des SPK das Produkt der politischen Identität, gebildet aus den Bedürfnissen der Kranken und dem politischen Kampf, ist die (nach eigener Auffassung mit dialektischen Mitteln erfolgende) Herstellung des bis hierhin nicht weiter bestimmten kollektiven Subjekts der Patientenschaft. Das kollektive Subjekt ist nicht nur erkennbar durch Abgrenzung vom politischen Feind, sondern Phänomen einer politischen Bindung und Schließung nach innen. Das SPK ist für sich genommen allerdings nur das erste politisch hergestellte kollektive

Subjekt und soll, eben durch politischen Kampf, in einem verallgemeinerten politisch-kollektiven Subjekt aufgehen: der Gesellschaft nach der sozialistischen Revolution.

»Nicht Kollektive können das Ziel sein, sondern nur *das* Kollektiv, welches jeden Menschen umfaßt, und so sich wiederum selbst auflöst. Der Begriff Kollektiv verschwindet, weil er nicht mehr eine Gruppe sondern alle umfaßt und die autonome, freie Selbstständigkeit wiederherstellt.« (SPK 1980a, S. 8, Herv. i. O.)

Eine politische Identität und ein kollektives Subjekt herzustellen bedeutet also, nicht nur das Projekt der Politisierung der Patientenschaft voranzutreiben, sondern einen ganz anderen Gesellschaftsentwurf und eine neue gesellschaftliche Ordnungspraxis einzuführen. Die genauere Analyse, wie vom politischen Kampf zur Aufhebung der Gegensätze Einzelnes – Ganzes und kapitalistischer Produktion – Revolution gelangt wird, wird im Folgenden entlang der Subjektkonstitutionsachsen nachverfolgt.

6.2.2.2 Kranksein als Gesellschaftsdiagnose und das janusköpfige Subjektkonzept ›Patient‹

Das SPK entwirft passend zu seinen bis hierhin dargestellten politischen Selbstregierungsweisen ein spezifisches Patientensubjektkonzept, auf dem die kollektive Subjektkonstitution in der Patientenorganisation aufruht. Die These ist, dass dieses Subjektkonzept implizit Motive verhandelt, die auch die Subjektkonstitution des Patienten und der Patientin in den Texten Talcott Parsons' bestimmen (vgl. Abschn. 4.2). Auch Motive dessen, was als das foucaultsche Subjektkonzept des individuell-diagnostischen Patienten bezeichnet wurde (vgl. Abschn. 4.1.2 und 4.1.3), führen die Texte mit, um zu ihnen eine radikal kollektive Alternative zu entwickeln. An dieser Stelle lässt sich die Intervention des SPK aus genealogischer Sicht besonders deutlich herausstellen: Die Texte des SPK sind als eine Kontestation, eine Befassung mit den vermeintlichen Selbstverständlichkeiten, die über das Wesen und die Politikfähigkeit des Patienten in hegemonialen Diskursen und Praktiken manifest geworden sind, zu verstehen. Die Kontestation arbeitet sich zwar nicht *direkt* (im Sinne einer Nennung oder textlicher Referenzbezüge) an der parsonsschen Theoriebildung ab und reflektiert auch nicht *explizit* die Herkunft des Patienten vom Individuumssubjekt *par excellence*, aber es sind dennoch und gerade in der kritischen Abgrenzung Spuren der genealogischen ersten Subjektkonstitutionsphase zu erkennen. Es ist davon zwar keine harte Evidenz der diskursiven Strahlkraft dieser spezifischen ›foucaultsch-parsonsschen‹ Subjektfigur in allen kritisch-antipsychiatrischen oder patientenemanzipativen Kontexten abzuleiten, aber es wird ersichtlich, dass die Subjektkonzeption der politischen, kollektiv organisierten Patientin in ihrer radikalen Form die transformative Inversion des individuell-passivierten und diagnostizierten Patientensubjekts versucht. Es ist Ziel des folgenden Abschnitts, diese implizite kritische Auseinandersetzung abzubilden, dabei die Subjektkonzeption des Patienten durch das SPK zu konturieren und schließlich zu der Analyse der Subjektkonstitutionsachsen, die die positiven Aussageninhalte strukturieren soll, zu überführen.

Das durch das SPK beschriebene Patientsein steht in einem engen Zusammenhang mit der sozialen Situation des Krankseins und mit der gesellschaftlichen Figur des Kranken. Zunächst einmal wird das Krankheitskonzept des hegemonialen medizinischen Diskurses nicht akzeptiert. Krankheit wird hier nicht primär als biologisch-

pathologisches Faktum verhandelt,⁴¹ sondern als eine besondere Situation und Konstellation des Sozialen. Insofern ist der Umgang des SPK mit der Kategorie Krankheit dem parsonsschen Krankheitsverständnis nicht unähnlich. Allerdings bietet das SPK, anders als Parsons, keine trennscharfe soziale Krankheitsrolle oder eine andere Ordnungsheuristik des Krankseins, sondern lässt die Bedeutungen von Kranksein, Krankheit und den Status des Kranken changieren. Einerseits sind alle Menschen krank – jeder Mensch ist krank, es gibt keine anderen Menschen außer Kranke (SPK 1972, S. 18, 61). Damit ist eine Grundeigenschaft vom Menschen im Kapitalismus (dieser Bezugspunkt wurde in der abstrakt-theoretischen Auseinandersetzung als Ausgangslage vorbereitet) festgelegt. Andererseits wird mit dem Attribut des Krankseins eine soziale Klassenpositionierung vorgenommen. Die Bevölkerung tritt auf als Proletariat, eigentlich eine politökonomisch-materialistische und geschichtstheoretische Kategorie des marxistischen Denkens, und zwar als Proletariat unter der Bestimmung der Krankheit (SPK 1972, S. 16, 33, 34, 61ff.). Beachtlich ist in dieser Hinsicht, dass nicht nur diese Politisierung des Krankseins an sich Anstoß erweckte, sondern dass die Politisierung der Krankheit nach der Form der Politisierung der Arbeiterschaft auch für gesellschaftskritische Rezipienten, vor allem sympathisierende Gutachter und die kritische Studierendenschaft, provokant erschien: »Die unterschiedliche Klassenlage [der Kranken, HG] werde dabei unter den Tisch gewischt« (Spazier/Bopp 1975, S. 41). Dem SPK kam es also nicht auf die Identität der materiellen Interessen, die zur Revolution befähigen (vgl. weiter unten) an, sondern auf eine neue Wesensbestimmung der Politisierungsfähigkeit, einer neuen Form politisierter kollektiver Identität(en), die als Gegenstand der Gesundheitsbewegungsforschung erst viel später diskursiv wieder zutage treten wird. Als das Gegenstück zum Proletariat, also als Kapitalisten, gelten schließlich alle Akteure, die gegen die Interessen des SPK handeln bzw. bereit dazu sind, das Krankheitsproletariat auszubeuten: die Universitäten, das Gesundheitssystem, die Politik, die Ärzte, die Großindustrie, die pharmazeutische Industrie (IZRU 1972b, S. 122).

Es finden sich zwei weitere Formen des Krankseins in den Texten des SPK: Krankheit kann akut, also unter der Erscheinung von Symptomen, auftreten – dies sind dann diejenigen, die der medizinischen Erfahrung nach als krank gelten und in der pathogenen Objektrolle feststecken (SPK 1972, S. 32, 49). Eine Leitdifferenz herrscht also nicht zwischen krank und gesund, zwischen akut und chronisch erkrankt oder psychisch oder physisch erkrankt, sondern zwischen grundsätzlich krank, akut krank und bewusst krank (vgl. auch Bopp 1980, S. 115f.). Denn damit aus der Klassenlage des Krankseins eine Veränderung herbeigeführt werden kann, braucht es ein Klassenbewusstsein (SPK 1972, S. 61). Mit dem Klassenbewusstsein, das das SPK vermittelt, lässt sich aus

41 Völlig verweigern kann sich der Diskurs des SPK allerdings den Kategorien der Medizin nicht. Unter der Überschrift *Empirische Gesichtspunkte zum Stand des SPK* fasst die Gruppe in ihrer wissenschaftlichen Selbstdarstellung für die Begutachtung zusammen: »Bei einer Spezifizierung der Krankheitsbilder ergibt sich nach der herkömmlichen Terminologie folgendes Bild: 5 – 10 körperlich begründbare psychische Behinderungen; 20 – 40 früher sogenannte endogene Psychosen; 10 sogenannte Schwerkranke, die dringend in die noch zu schaffenden Wohnkollektive zu integrieren sind; Rest zum Formenkreis der Neurosen gehörend, i.e. Psychopathien, Kriminelle, Süchte« (SPK 1980a, S. 2).

dem Status des Krankseins eine revolutionäre Handlungsgewalt gewinnen, die Kranke kann zur aktiven Patientin des SPK werden:

»Nicht jeder Kranke (das sind nämlich alle) gehört zur revolutionären Klasse. Aber jeder, der die progressiven Momente der Krankheit in Anspruch nimmt, handelt revolutionär.« (Ebd.)

Dass alle grundsätzlich, also geplant krank sind, zeigt sich außerdem an der Organisation des Gesundheitssystems: Bevor akute Krankheit überhaupt auftritt und der Kranke zum Teil der medizinischen Maschinerie wird, um ausbeutbar zu bleiben, zahlen, so wird wiederholt betont, alle (Kranken-)Versicherten Sozialabgaben, die ca. 35 Prozent des Nettolohns ausmachten, an den Staat (SPK 1972, S. 16, 62, 98; IZRU 1972b, S. 123; SPK 1980b, S. 220). Kranksein betrifft also nicht nur die Subjekte, ihren akuten psychischen oder physischen Zustand, die Bewusstwerdung als Proletariat unter der Bestimmung der Krankheit und den Willen zur Revolution. Es ist das gesamte kapitalistische System samt seiner sozialstaatlichen Einrichtungen, das krank ist, weil es entfremdet und krank macht: Krankheit und Ausbeutung haben sich gegenseitig zur Voraussetzung. Die Menschen können, weil sie krank (das heißt nicht bewusst, nicht revolutionär krank) sind, ausgebeutet werden, und die Menschen sind krank, weil sie ausgebeutet werden – Krankheit ist also Produktivkraft für den Kapitalismus (IZRU 1972a, S. 8). Festzuhalten bleibt: Allein die Bestimmung des Kranken und des Status des Krankseins verfügt über eine Schichtung, manchmal sogar über eine Zirkulation von Prämissen und Bedingungen, die sich nur schwer voneinander trennen lassen. Eindeutig ist, dass Kranke keine Produkte einer medizinisch bestimmbarer Pathologie sind, sondern gesellschaftliche Akteure, die in einem kapitalistischen Produktions- und Institutionenapparat und in einer politischen Un- oder Bewusstheit leben. Die genauen Mechanismen des Krankseins, die sogenannten reaktionären und progressiven Seiten der Krankheit sowie ihre politischen Implikationen werden im Rahmen der Wissenssachsenanalyse wiederaufgegriffen.

Welchem Patientensubjektkonzept begegnet man nun in den Texten des SPK? Es gibt dort Anzeichen für eine schlichte empirische Bestimmung von Patientenschaft, die ähnlich wie die parsonssche Bestimmung auf eine spezifische soziale Situation abhebt, nämlich der Angehörigkeit eines therapeutischen Zusammenhanges (vgl. weiter oben). Dieser Zusammenhang ist entweder als herkömmlich und daher kritisch (traditionelle Psychiatrie, traditioneller medizinischer Therapierahmen) oder als alternativ und affirmativ (therapeutische Agitation des SPK) zu bestimmen. Diese affirmative Patientenschaft haben in der konkreten Situation der Jahre ab 1970 diejenigen inne, die sich zur Behandlung in das SPK begeben haben. Darunter fallen hunderte Menschen mit unterschiedlichsten Krankheitsbildern bzw. Symptomen (vgl. SPK 1980a, S. 2) aus den unterschiedlichsten gesellschaftlichen Milieus und Klassen. In dem transkribierten Radiointerview berichten SPKler*innen:

»Also bei uns sind z.Z. über 200 Patienten: Hausfrauen, Schüler, Lehrlinge, Arbeiter und Studenten. Diese machen etwa 50 % der Gesamtzahl der Patienten aus. Unter diesen gibt es Fälle der klass. Psychiatrie und außerdem sogen. Kriminelle und Süchtige. Denen konnte bisher deshalb nicht geholfen werden ... den Süchtigen? ... hmmm, da sie

aus Furcht vor der Polizei oder Klinikeinweisung nicht wagen konnten, zu einem bürgerlichen Arzt oder Therapeuten zu gehen.« (SPK 1980a, S. II)

Für die Bestimmung des mehr abstrakten Gehalts der Subjektkonzeption gilt es danach zu fragen, welche spezifischen Eigenschaften das Subjekt in seinen (Selbst-)Beschreibungen erhält und welche Hervorbringungs- und Unterwerfungszusammenhänge für seine Bestimmung relevant sind. Die kritisierte Form des Patientenstatus, also die Klassenlage, wie sie sich in herkömmlichen therapeutischen Zusammenhängen offenbart, wird folgendermaßen beschrieben:

»Da das Überich durch objektive Notwendigkeit des Kapitals entstanden ist und dem Es diametral entgegenwirkt, hat das Ich als Bewußstein und Begriff des Werdens die Aufgabe, die Krankheit und das heißt das ganze Kapital abzuschaffen, da es erkannt hat, dass es Patient ist, d.h. passiv ist, was schon in demselben Wortstamm, aus dem beide Wörter stammen, nämlich pati = leiden, zum Ausdruck kommt.« (SPK 1980a, S. 7)

»Der Leidensdruck als subjektive Notwendigkeit der Veränderung wird politisch, der Kranke ist Patient (von pati = leiden).« (SPK 1980b, S. 203)

Es finden sich also auch in den um radikale Abgrenzung bemühten Texten des SPK die zentralen Attribute der etymologischen Herkunft des Wortes ›Patient‹ und Überzeugungen aus dem medizinsoziologischen Wissensreservoir. Als eine weitere spezifische Eigenschaft des als passiv und leidend bestimmten Patienten ist die Vereinzelung zu nennen: »[Es, HG] fällt auf, daß die Patienten keinerlei politisches Gewicht haben. Sie fungieren als vereinzelte Individuen« (SPK 1980a, S. 2),

»Die Entrechtung der Patienten beruht auf deren Vereinzelung. Der einzig mögliche Ausweg aus der Objektkontrolle der vereinzelt Patienten ist deren organisatorischer Zusammenschluß.« (SPK 1972, S. 99)

»Nur so, nämlich durch Patienten, die als bewußtlose und vereinzelte die exponiertesten Opfer der dem Monopolkapitalismus immanenten Liquidationstendenzen ausmachen [...], konnte die destruktive Einheit von (Psycho/Sozio-)Pathologie und Staatsmaschine deutlich werden.« (IZRU 1972b, S. 127)

Patient*innen sind, bis sie in das SPK kommen und sich als revolutionäres Subjekt erkennen, nicht nur politisch vereinzelt – sie sind auch vereinzelt, weil alle für sich allein und individuell mit ihren Symptomen und ihren Diagnosen zu kämpfen haben: »[D]er gesellschaftliche Zusammenhang produziert die Symptome aber gerade als zusammenhanglos, isoliert, individuell« (SPK 1980b, S. 203). Der individuelle Lösungsversuch der unpolitischen Therapie kann den einzelnen Patient*innen jedoch nicht von ihren Leiden befreien, vielmehr hält sie das Leiden am Leben. Diese spezifischen Eigenschaften – die Patientin ist als passiv, leidend, individuell situiert – werden in der sozialen Konstellation des traditionellen Arzt-Patienten-Verhältnisses hervorgebracht und verfestigt. Das, was die parsonssche Medizinsoziologie als Partnerschaftsverhältnis zwi-

schen Ärztin und Patientin beschreibt, wird vom SPK als Unterjochungsbeziehung, die Hand in Hand mit anderen Herrschafts- und Gewaltbeziehungen geht, beschrieben:

»Für die Krankenversorgung bedeutet das, daß die Therapie unter der Verantwortung des Arztes steht, gesichert vor den Zugriffen von Gesundheitsamt und Polizei. Damit wird jedoch jede Therapie vom Arzt-Patient-Verhältnis bestimmt, d.h. durch Aufrechterhaltung des Herrschafts-Knechtschaftsverhältnisses wird Krankheit nicht aufgehoben, sondern ständig *reproduziert*.« (SPK 1980b, S. 211, Herv. i. O.; vgl. IZRU 1972b, S. 138)

Das Arzt-Patienten-Verhältnis leistet aus Sicht des SPK genau das, was in der parsonsschen Heuristik zentral gesetzt ist, nicht: Es zeichnet sich nicht nur durch ein Kompetenz- und Informationsgefälle aus, es ist kein asymmetrisches Kooperationsverhältnis, es macht sich auch nicht einfach nur eines Paternalismus schuldig. Das Verhältnis ist tiefgreifend politischer Natur:

»Die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient ist im herrschenden System nicht vorgesehen, vielmehr ist die Arzt-Patient Beziehung bestimmt von der Distanz, der Mittelbarkeit. Der Arzt, der es gewohnt ist, seine Patienten als Fall, als Ding zu begreifen, muß lernen, Ausdrucksformen der kranken Bevölkerung nicht länger per Diagnose festzulegen.« (SPK 1972, S. 22)

Der Arzt ist in einem Denken und einer Handlungspraxis gefangen, die die Patientin objektivieren, das Diagnostizieren verengt den Blick auf sie und ihre Symptome und nimmt sie nicht als Menschen wahr. In diesen Motiven lässt sich die durch Foucault beschriebene Wirkung des ärztlich-klinischen Blickes wiedererkennen. Der Arzt hält den Patienten klein und disqualifiziert seinen Protest als »Nörgelei und Querulantentum« (SPK 1972, S. 76).⁴² Damit macht der Arzt sich zu einem »Agent[en, HG] der bestehenden gesellschaftlichen Verhältnisse« (SPK 1972, S. 49):

»Denn ihre [die der Medizinmänner, HG] *präventive* und aktuelle Therapie und Wissenschaft dient dem vergeblichen Bemühen, die kapitalistische Wirtschaft gegen Krisen zu ›heilen‹ und den Staat zu stärken auf Kosten der Kranken. Die Rentabilitätssteigerung des Faktors Krankheit ist das objektive Ziel ihres Handelns, gleichgültig was sie sich auch immer als Person und Kaste an Einbildung oder Theorie zurechtlegen.« (IZRU 1972b, S. 131, Herv. i. O.)

Der Arzt tarnt sich als aufopfernd und kümmernd (ebd.), führt dabei den Absatzmärkten, beispielsweise der pharmazeutischen Industrie, neue Konsumenten zu (IZRU 1972b, S. 122) und arbeitet durch die Wiederherstellung von Gesundheit (also der Arbeitsfähigkeit) der Patientin an den allgemeinen Ausbeutungsbeziehungen mit (SPK

42 Dieses Denken spitzt sich in der Situation der klinischen Forschung und klinischen Lehre zu: Hier ist der Patient nicht nur ein zu behandelndes Individuum, sondern wird als besonders interessanter Fall, als Anschauungsmaterial einer bestimmten Pathologie noch konsequenter als Fall objektiviert und qualifiziert. Er ist sogar nur Vehikel für das karrieretechnische Fortkommen eines einzelnen Arztes, etwa für seine Habilitation oder für das Voranbringen des wissenschaftlichen Fortschritts (SPK 1980a, S. 1f.). Informationsdefizite des Patienten begründen sich nicht nur wie bei Parsons durch seine technische Inkompetenz oder durch das Experimentdesign in einer klinischen Studie, er wird vielmehr dumm gehalten durch das medizinisch-akademische Personal.

1972, S. 50). Genau aus diesem Grund visioniert das SPK ein anderes Arztsubjekt – bevor die Gesellschaft grundlegend revolutioniert wird, braucht es in der Gegenwart ein Substitut für den Arzt und Psychiater, nämlich einen besonderen Träger ärztlicher Funktionen, der nur in kollektiver Gemeinschaft handeln kann. Dieses Substitut entspricht weitestgehend dem, was die traditionelle Medizin als Laientherapeut bezeichnet (SPK 1980a, S. 5, 3). Der Bestimmung der ärztlichen Funktion wird im Zusammenhang mit den relevanten Krankheits- und Therapiekonzepten des SPK auf der Achse des Wissens näher nachgegangen.

Festzuhalten ist bis hierhin, dass das SPK als Ausgangslage in groben Strichen einen Patientensubjekttypus skizziert, der nicht durch dessen Rezeption zeitgenössischer antipsychiatrischer Diskurse erklärt werden muss oder den das SPK erstmalig oder ›freistehend‹ entworfen hätte. Die genealogische Untersuchung des Patientensubjekts des SPK kann dieses vielmehr als das im klassischen medizinsoziologischen Diskurs beschriebene therapeutische Verhältnis negierend und seine Eigenschaften durch die Motive der Kritik des medizinisch-klinischen Ordnungssystems, der verobjektivierenden Diagnosepraxis der psychiatrischen Medizin und die Konzentration auf das vereinzelte und zu vereinzelnde Individuum erklärbar machen. Da eine Genealogie nicht auf den Nachweis historischer Kausalketten aus ist und auch keine Rekonstruktion intellektueller Debattenbezüge vornimmt, sondern vielmehr auf die historisch kontingenten Deutungsversuche spezifischer Singularitäten abhebt, lassen sich hier vor allem implizite Referenzen erkennen: Die leidende, stille, passive, ertragende Patientin, die als vereinzelt Ding in sich das Individuum repräsentiert, findet in diesen Diskursen, in diesen Praxiszusammenhängen ihre aktualisierte, fast invertierte Beschreibung. Diese Herkünfte werden in den Prämissen des SPK allerdings nicht offensichtlich gemacht oder gar textlich ausgewiesen, man begegnet eben auch nicht dem diagnostisch-individuellen bzw. dem dualistisch-infantilisierten Patientenkonzept der ersten genealogischen Phase ›in Reinform‹. Diese bereits bekannten Subjektkonzepte der ersten genealogischen Phase werden vielmehr durch ihre Verschärfung erkennbar und gleichzeitig herausgefordert: Die Herstellung des Individuums durch die medizinische Ordnungs- und Blickpraxis wird zu einer völligen Isolation und Ausgeliefertheit, das asymmetrische Macht- und Wissensverhältnis wird zu einer kaum durchbrechbaren Beherrschung durch die Ärztin und die medizinischen und gesellschaftlichen Institutionen. Genau diese Lagen können nur auf dem politisch radikalen Wege der kollektiven Subjektkonstitution überwunden werden.

Aus genealogischer Sicht ist zudem interessant, dass das SPK textlich eine besonders konfrontative Art und Weise liefert, mit dem zugrundeliegenden passiven Subjektkonzept vom Patienten umzugehen. Ziel ist, das Bild vom Patienten gewissermaßen ›von den Füßen auf den Kopf zu stellen‹ und damit eine diametrale Version des vollkommen objektivierten Patientensubjekts vorstellbar zu machen: »Erst durch das Bewußtwerden der totalen Objektrolle des Kranken [...] ist [...] Protest möglich« (SPK 1972, S. 54). Auf die Bewusstwerdung folgt eine »Emanzipation des Objekts, des Behandelten, zum Subjekt, zum Handelnden.« (Ebd.) Aus dem passiven Patientensubjekt wird ein aktives, ein politisch bewusstes Patientensubjekt (SPK 1980a, S. 6; IZRU 1972b, S. 135). Die Umstellung des Bewusstseins erfordert aus genealogischer Sicht eine gewaltige Umorganisation der Machtbeziehungen, Wissensbestände und Verhältnisse,

in denen die historische Singularität, das Patientensubjekt, eingebettet ist. Es wird im Folgenden darum gehen, durch die Analyse auf den Subjektkonstitutionsachsen genau dieser Umorganisation detaillierter auf die Spur zu kommen.

6.2.2.3 Die Macht der Gruppe(n): Kollektive Selbstorganisation, Biopolitik und Klassenkampf

Die Konstitution des kollektiven Patientensubjekts des SPK vollzieht sich durch Macht. In dem theoretischen Kapitel zur Analyse der Subjektkonstitution auf der Achse der Macht wurde vorgeschlagen, die im empirischen Material beschriebenen Machtformen, Machtbereiche und Machtbeziehungen zunächst herauszuarbeiten und die Frage zu beantworten, wie sich die spezifischen Subjekte jeweils als politische Subjekte in Stellung bringen. Dazu gehört, die Chancen der Artikulationen und die Weisen der politischen Konfliktaustragung darzustellen und das Subjekt genealogisch als politisches Subjekt im Werden in den Blick zu bekommen. Erste Anhaltspunkte dafür hat die Analyse der politischen Selbstregierung bereits geliefert: Das SPK ist eine sich selbst als politisch verstehende Gruppe, die auch anlässlich ihrer Isolierung und späteren gerichtlichen Anklage handelt. Es versteht seine politische Aktivierung und Kollektivwerdung außerdem als Gegenwehr zu medizinischen, gesellschaftlichen und politischen Strukturen und als ersten Schritt zur Selbstbehauptung in der kapitalistischen Gesellschaft. Für die nähere Beschreibung, welche Rolle Macht in welchen Formen und Verhältnissen für die kollektive Konstitution der SPK-Patientenschaft spielt, gilt es nun, wieder in die theoretische Argumentation des SPK einzusteigen.

Die für die kollektive Patientensubjektkonstitution wichtigsten Machtverhältnisse, Machtressourcen und -strategien sowie Machtkontexte sind folgende: Die geschilderten Machtverhältnisse der Rechtlosigkeit und Unterdrückung; die Gegenmaßnahmen des Widerstands, der Kontrollübernahme und die (Selbst-)Organisation als kollektive Machtbegründung; das Mittel des Klassenkampfes und das Ziel der Aufhebung der Verhältnisse in der Revolution; und die Rahmung einer biopolitischen Intervention.

Die Beschreibung der Machtverhältnisse nimmt in den Texten des SPK großen Raum ein. Patient*innen sind, wie oben beschrieben, vereinzelt, isoliert, passiv. Anders als bei Parsons ist die Ausgangslage passiver Patient*innen jedoch nicht die der Hilflosigkeit und Inkompetenz, sondern der Rechtlosigkeit und Entrechtung, die auf Vereinzelung basiert (SPK 1980b, S. 221), nicht die der konsensualen Heteronomie, sondern der Unterdrückung:

»Im Stadium akuter Krankheit und Behandlungsbedürftigkeit wird seitens des Staates scharfe Munition gegen die Patienten in Gestalt der mit dem Arzt-Patient-Verhältnis verbundenen Rechtlosigkeit des Patienten eingesetzt. Der Patient hat keinerlei Rechte, das Ob oder gar das Wie seiner Behandlung, deren materielle Basis er durch Mehrwert, Steuern und Sozialabgaben geschaffen hat, zu kontrollieren oder gar zu bestimmen.« (SPK 1972, S. 49)

Das heißt, der Patient ist zwar in einer Notlage, bekommt jedoch niemals die Behandlung, die er eigentlich bräuchte – Untersuchungen, Impfungen, Behandlungen stehen zwar gelegentlich zur Verfügung oder werden ihm im psychiatrischen oder sozial- und arbeitsmedizinischen Kontext aufgezwungen (SPK 1972, S. 32), dem Patienten bleibt je-

doch das Recht auf die für ihn *angemessene* Versorgung und Therapie verwehrt. Was sich als konkrete Unterdrückungsbeziehung im Arzt-Patienten-Verhältnis äußert, ist der SPKlerischen Marxexegese nach materiell durch die bereits beschriebenen Ausbeutungsstrukturen bedingt:

»In der bürgerlichen Gesellschaft besteht ein Zusammenhang zwischen Besitz und Recht; als Person wird bestimmt, wer über Besitz verfügt. Der einzige Besitz, über den der Arbeiter verfügt, ist die Ware Arbeitskraft. Vom Gesundheitswesen werden diejenigen als krank definiert, die über die Ware Arbeitskraft vorübergehend oder für immer nicht mehr verfügen. Mit dem Verlust der Ware Arbeitskraft werden alle Rechte, die für die Besitzer einer durchschnittlichen Ware Arbeitskraft zumindest formal gelten völlig außer Kraft gesetzt. Wer seinen letzten Besitz – die Ware Arbeitskraft – verloren hat, ist kein ›Rechtssubjekt‹ mehr. Daraus folgt aber, daß, wenn das Recht gegen uns angewendet wird, und das geschieht ständig, es nicht auf Personen trifft, sondern auf Rechtlose!« (SPK 1972, S. 30f.; vgl. IZRU 1972b, S. 138)

Für das SPK bedeutet aber diese Situation der Entrechtung durch das kapitalistische Gesundheitswesen eine Möglichkeit zur Politik, die sich keinen Normen und Verfahren unterwerfen muss: »Unsere Stärke als Patienten besteht darin, daß wir aus dem bürgerlichen Recht völlig herausfallen.« (SPK 1972, S. 30) Die Entrechtung der Einzelnen ist die Grundlage dafür, sich allen Regeln des Denkens und Handelns zu entledigen und ein kollektives Subjekt zu bilden.

Widerstand als Machtform wird als bewusste politische Absicht, Macht *via* Kontrollübernahme über die herrschenden Strukturen zu ergreifen, sichtbar (SPK 1972, S. 33; vgl. weiter unten). Kontrolle ist eine der ersten Reaktionen auf den angeblichen Ausschluss aus den gesellschaftlichen Rechtsgarantien und der Versuch, ein Recht auf Therapie (gemäß den Vorstellungen des SPK) geltend zu machen (SPK 1972, S. 24). Die Machtressource, der sich das SPK im widerständigen Kampf gegen das System bedienen kann, ist Krankheit – denn krank, unangepasst, nicht verwertbar zu sein bedeutet, schon indirekt Widerstand zu leisten (IZRU 1972b, S. 125). Widerstand findet sich also deshalb nicht zuvorderst in der politischen Aktion und Artikulation, sondern ist eine Machtressource der sozialen Situierung der Kranken selbst, die es gilt, zu aktivieren und für den politischen Kampf einzusetzen. Begründet wird dies durch ein besonderes Krankheitskonzept, dem im Rahmen der Wissensachsenanalyse genauere Aufmerksamkeit geschenkt werden soll.

Die kollektive Kontrollübernahme des SPK über die Normen, Regeln und Verfahren des medizinischen Handelns lässt sich als kollektive Subjektkonstitution unter dem Aspekt des ›Macht-über‹ beschreiben:

»Alle berufen sich auf das Wohl der Kranken, betätigen sich aber *objektiv* für das Kapital und damit notwendig *gegen* die Kranken und schließlich *gegen sich selbst*, uneingestandenermaßen zwar, wenngleich nicht unbemerkt. Unter diesen Umständen können nur die *Betroffenen selbst* sich das erforderliche Wissen aneignen und propagandistisch eine aktive Gegenöffentlichkeit herstellen.« (SPK 1980b, S. 219, Herv. i. O.)

Die Frage, welche Bereiche die Patientenkontrolle berühren soll, wird ebenfalls diskutiert. Patientenkontrolle soll zum einen die gesamte Krankenversorgung in den Kran-

kenanstalten betreffen. Zum anderen soll sich Patientenkontrolle über die Bestimmung der ärztlichen Ausbildung und Praxis realisieren. Darunter fallen mehrere Vorgaben: Wissenschaft muss sich durch die Bedürfnisse der Patienten bestimmen lassen, Patienten müssen das Hausrecht und Haushaltshoheit über die Finanzen genießen, um therapeutische Arbeit machen zu können, die Patienten müssen über das Ob und Wie der Behandlung entscheiden dürfen. Letztlich müssen Patienten nicht nur ihre Therapie selbst bestimmen, gestalten und verwalten, sondern das gesamte Gesundheitssystem: Die Art der Erhebung und Verwendung der Sozialabgaben und des Etats der Sozialversicherungen und Krankenkassen sollen unter Patientenkontrolle gestellt werden (SPK 1972, S. 16). Während für die unmittelbareren Organisationszusammenhänge und für die therapeutische Praxis konkrete Vorschläge der kollektiven Selbstorganisation gemacht werden, ist die Weise, wie Macht über die Strukturen der Gesundheitsökonomie und -verwaltung ergriffen werden könnte, in den Texten kaum beschrieben. Das SPK stellt lediglich fest:

»[Patienten sind im bundesrepublikanischen System nichtrepräsentierte Individuen, HG], auf deren Rücken und zu deren Nachteil an der Profitmaximierung partizipierende Interessengruppen, wie Sozialversicherungen, Ärztabünde, Pharmaziekonzerne etc., ihre Geschäfte mit den Gesundheitsministerien, in denen sie, aber nicht die Patienten, vertreten sind, tätigen. Von daher ist die Forderung nach organisierter Kontrolle dieser Institutionen abzuleiten. Denn bis jetzt unterliegt das Gesundheitswesen noch keiner an der Sache der Patienten orientierten Kontrolle, wozu noch kommt, daß den Patienten bisher noch nie Gelegenheit gegeben wurde, zu erkennen, was ihre Sache ist, und wo ihre wahren Interessen liegen. Vielmehr tut das herrschende Gesundheitswesen im Interesse derer, die es gegen die Patienten anwenden, alles, um ihre Bewußtlosigkeit zu perpetuieren.« (SPK 1980a, S. 2)

Das SPK hält entsprechend einen »Marsch durch die Institutionen« (SPK 1980b, S. 208), eine politische Metapher und Strategie der 68er-Bewegung (Kraushaar 1998, S. 61ff.), für notwendig und im Übrigen für bereits teilweise geglückt, was anhand der positiven Gutachten der Untersuchungskommission deutlich geworden sei (SPK 1980b, S. 212). Konkrete Überlegungen zu einer Arbeit an den vorhandenen Repräsentations- und Entscheidungsstrukturen im Gesundheitssystem, die Kontrolle unterliegen sollen, werden indes nicht gemacht. Dies ist in gewisser Weise auch folgerichtig, denn was eigentlich nach erfolgtem Marsch durch die Institutionen und nach der Revolution abgeschafft werden soll, muss nicht mehr kontrolliert werden. Konsequenzen eines »Macht-über« als Patientenkontrolle werden lediglich für den Bereich der therapeutischen Praxis innerhalb des herrschenden Systems angekündigt. Hier soll Kontrolle über die Therapiestrukturen übernommen werden. Ganz praktisch verläuft dies durch die kollektive Kontrolle der dem SPK zur Verfügung stehenden Produktionsmittel, der Ausgestaltung der Therapie, aber auch der Verwaltung der notwendigen Finanzen:

»2 der laufenden Therapiegruppen wurden durch die Patienten organisiert und stehen zu den ärztlichen Funktionsträgern, die ihrerseits keine Gruppen*leitung* praktizieren, sondern in die politisch bestimmte Gruppendynamik integriert sind, im Verhältnis organisierter Kontrolle durch Patienten.« (SPK 1980a, S. 3, Herv. i. O.)

»Das SPK praktiziert vorwegnehmend Ansätze zu einer Sozialisierung von Krankheit und Therapie u.a. dadurch, daß jedes Gruppenmitglied in jeder Gruppentherapie (in der Regel 2 Stunden) DM 5,— in die Kasse des SPK zahlt, wobei über die Verwendung der resultierenden Beiträge ausschließlich zugunsten des SPK (Anschaffung von Büchern, Finanzierung politischer Aktivitäten usw.) im Rahmen der permanenten Diskussion des SPK entschieden wird.« (Ebd.)

Die (Re-)Produktion der eigenen politischen Struktur kommt also nicht ohne kapitalistische Mittel und eine vereinsmäßige Organisation, wie sie auch aus anderen Organisierungszusammenhängen (gewerkschaftlicher Arbeit, Parteiarbeit etc.) bekannt ist, aus.

Die politische Selbstorganisation, eine weitere Maßnahme auf der Achse der Macht, geht eng mit der kollektiven Kontrollübernahme aller möglichen Strukturen auf medizinischer Mikroebene und politischer Makroebene einher. Die politische Selbstorganisation ist der Schlüssel zur Begründung kollektiver Macht. Damit ist in erster Linie eine kollektive Selbstkonstitution gemeint, die durch performative Akte der Gründung des Patientenkollektivs vollzogen werden: Die Teach-Ins, die Streiks gegenüber dem Hochschulpersonal, die Studierendenvollversammlungen, die Besetzungen, Hungerstreiks und die praktischen Arbeiten in der Gruppe innerhalb der kurzweilig intakten und autonomen Räumlichkeiten werden vom SPK als spezifische Ressourcen und Taktiken der kollektiven Selbstorganisation – also der Möglichkeit, als Kollektiv aufzutreten und zu handeln – besonders hervorgehoben (SPK 1972, S. 24, 75, 37, 31). Diese performativen Akte, die erst über das körperliche Zusammenkommen in politischen Räumen ermöglicht werden, erlangen vor Ort politische Bedeutung, da sie sich dort mit einer Kritik der Gefährdung des Lebens verbinden (vgl. Butler 2016, v.a. S. 19, 174ff.; vgl. auch Abschn. 3.2.1 und weiter unten). Politisch-kollektive Selbstorganisation zur Begründung und Demonstration von Macht findet in diesen Graswurzelaktionen, in diesen Räumen der Diskussion ihren Ausgangspunkt und soll sich in der konkreten Patientenselbstorganisation SPK formalisieren.

Gestützt werden die geschilderten performativen Praktiken der Kollektivkonstitution durch eine bestimmte kommunikative Praxis. Ein oft verwendetes Personalpronomen ist das »Wir« (91 Fundstellen in den sechs analysierten Dokumenten) und wird zum Beispiel folgendermaßen eingesetzt:

»Wir verstanden uns von vornherein als Patienten und gaben uns auch als solche zu erkennen.« (IZRU 1972b, S. 128)

»[W]ir [sind, HG] davon ausgegangen, daß *alle krank sind*, und haben uns für diejenigen, die das, insbesondere am eigenen Leib, begriffen haben, für zuständig erklärt.« (IZRU 1972a, S. 6, Herv. i. O.)

Das »Wir« funktioniert in einer wiederholten Selbstbezeichnung, dient in Verbindung mit dem Begriff »Patient« der Aneignung einer Terminologie, die auf eine eigentlich sozial prekäre Situation verweist und macht deutlich, dass es allein die Organisation ist, die für die Patient*innen sprechen und diese als politische Akteur*innen wahrnehmbar machen kann. Das Objekt der politischen Selbstregierung, aus den vereinzelt Indi-

viduen ein politisches kollektives Subjekt zu formen, findet sich also auch sprachlich in den Schriften wieder und ist für politische Emanzipationsbewegungen eine typische politische Gründungs- und Selbstbehauptungsstrategie.⁴³

Selbstorganisation, das wurde weiter oben bereits angemerkt, ist jedoch nicht nur Mittel, sondern die Realisierung des konkreten Bedürfnisses der Betroffenen und Angehörigen des Kollektivs nach Therapie (SPK 1980b, S. 211): Kollektive Zusammenarbeit stellt erst die Gruppe her – kollektive Machtbegründung ist also nicht nur eine Frage der intellektuellen Absichtserklärung und politischen Interaktionspraktiken, sondern Ergebnis der konkreten therapeutischen Praxis in einer Gemeinschaft Gleichgesinnter. Dieser Aspekt wird weiter unten noch einmal aufgegriffen.

Neben einem ›Macht-über‹ in Form von Patientenkontrolle und einer kollektiven Machtbegründung in der Selbstorganisation und Selbstbezeichnung findet sich eine weitere Konzeption von Macht in den Agitationsschriften, die für die Subjektkonstitution des SPK eine wichtige Rolle spielt: die des Klassengegensatzes, des Klassenkampfes und der Aufhebung gesellschaftlicher Widersprüche nach der Revolution im Kommunismus. Während Parsons die marxistische Klassentheorie für die medizinsoziologische Charakterisierung der Patientin explizit ausschloss, da Kranksein keine kollektive, für eine Solidarisierung geeignete Lebenslage sei (Parsons 1991, S. 321), rückt diese für die Machtbegründung des SPK und der kollektiven Patientenschaft gerade in den Mittelpunkt ihrer sozialkritischen Praxis. Das SPK als konkrete Organisation ist dabei nur die Speerspitze des Klassenkampfes, andere Gruppen sollen sich an anderen Orten entsprechend der Theorie des SPK ebenso organisieren und damit zur Umwälzung der Verhältnisse beitragen (SPK 1972, S. 104):

»Aber der Klassenkampf der Kranken hat schon begonnen. Dies kommt unter anderem darin zum Ausdruck, daß sich die politische Macht der Reaktion, wenn auch nur vorübergehend, mit einer privatrechtlichen Räumungsklage tarnen muß. Die Diktatur des Proletariats aber richtet sich auf die Abschaffung der kapitalistischen Produktionsverhältnisse und die Beseitigung der Verkrüppelung der Menschen, auf Momente somit, die das öffentliche Interesse betreffen.« (SPK 1972, S. 33)

»Das SPK muß sich daher zum Ziele setzen, die von den Herrschenden zu Kapital gemachte Krankheit, die ihrerseits wieder Kapital und Krankheit produziert, zurückzuholen, damit das kranke Kapital oder die kapitalistische Krankheit verschwindet und der Verwertungs- und Verschleißprozeß zum Stillstand komme, bzw. sich in die Gegenrichtung bewege. Eine Bewegung in die Gegenrichtung aber nennt man mit dem Fremdwort Revolution.« (SPK 1980a, S. 10)

Während bei Marx bzw. im westlichen Marxismus Klassengegensatz, Klassenkampf und Revolution Ausdrücke einer herbeizuführenden gesellschaftlichen Totalität, alle Machtkämpfe also auf einen zentralen Gegensatz zurückzuführen sind und objektivgeschichtlich auf die Aufhebung der Verhältnisse zielen, wird Macht nach Foucault

43 Hieber/Villa (2007) beispielsweise haben dies aus queertheoretischer Perspektive für unterschiedliche emanzipatorische soziale Bewegungen in den USA untersucht.

als dezentriert, vielfältig, als nicht unter dem Klassenkampf subsumierbar verstanden (vgl. weiter oben und Demirović 2008). Politische Subjektkonstitution, genauer, die politische Subjektkonstitution des revolutionären Proletariats, ist in der marxistischen Denkweise ausschließlich in der Dialektik des Klassengegensatzes zu verstehen und die entscheidende geschichtliche Triebfeder hin zur Auflösung der Widersprüche im Kommunismus. In den Texten des SPK, welche sich selbst an Hegel und Marx geschult darstellen und versuchen, die auf die Patientenschaft angepasste Klassentheorie mit einer orthodoxen Lesweise der Theoretiker zu vereinigen, funktionieren der Klassengegensatz, der Klassenkampf und die proletarische Revolution in der Tat jedoch nur als *ein Teil* der politischen Subjektkonstitution, nämlich nicht als die Emanzipation der Kranken real verwirklichend, sondern vielmehr als politrhetorische Machtressource. Das bedeutet: Die Berufung auf die hegelianische und marxistische Theorie ist eine Identifikationstechnik – denn die immer wiederkehrende Beschäftigung mit der marxistischen und hegelianischen Theoriearbeit dient der Versicherung, auf der richtigen Seite der Geschichte zu stehen und das Proletariat zu repräsentieren:

»Bei den Kranken aber erreicht andererseits die Vergegenständlichung der ökonomisch-psychischen Mechanismen jenen Grad an Objektivität, der als konkrete Wiedergabe der kapitalistischen Wirklichkeit deren tendenzielle Überwindung zum Keim und Zentrum hat. Darum können die bewußt gewordenen und selbstorganisierten Kranken zur bestimmten Negation des Systems Krankheit/Kapitalismus werden.« (IZRU 1972b, S. 139)

Frühere Kommentator*innen haben auf die verfehlte Marxexegese sowie auf die Unklarheiten und falschen Analogien der SPK-Texte hingewiesen (vgl. Autorenkollektiv 1973, S. 86f.; AG SPAK 1978, S. 202; Bopp 1980, S. 122f.). Für die Frage nach der Subjektkonstitution spielt die ›richtige‹ Interpretation marxistischer Texte jedoch – wenn überhaupt – nur eine untergeordnete Rolle. Versuche der theorieimmanenten Widerlegung der Thesen des SPK führen so auch an dem Kern des Problems, dem sich die Patientenorganisation eigentlich zu stellen hat, vorbei: Wie kann dem Unbehagen gegenüber den medizinischen Regeln und Praktiken Rationalität, wie der Kritik der Behandlung durch die Institutionen eine politische Autorität und logische Ausdrucksweise verliehen werden? Die Marxexegese und die Ernennung des SPK zum revolutionär Handelnden einer revolutionären Klasse ist so gesehen eine Aneignung einer machtvollen Position gegenüber seinen Gegnern in den unterschiedlichsten Institutionen und Räumen. Der Protest, die politischen Aktionen und auch die Vorbereitung gewaltvoller terroristischer Akte werden, ob korrekterweise oder nicht, durch die Stringenz und Autorität der Theorie legitimiert und sind disperse Machtdemonstrationen, die für die Begründung des kollektiven Patientensubjekts des SPK gebraucht wurden. Von Baeyer-Katte hat insofern nicht ganz unrecht, wenn sie konstatiert, die Bezüge auf Marx, Hegel und andere ›große‹ Gesellschaftstheoretiker seien intellektuellen Minderwertigkeitskomplexen zuzuschreiben gewesen (von Baeyer-Katte 1982, S. 255). Theoretisieren stellt jedoch ein in dieser Zeit für dieses Jugendkulturmilieu übliches⁴⁴ und bisweilen (zumindest in der ersten Zeit, wenn man den Zeitzeugen [Pross 2016, S. 190f.] folgt) anziehendes sowie

44 Vgl. das Kapitel *Lust an der Theorie* in Siegfried (2018, S. 58ff.) und zur Übersicht Kraushaar (2001).

wirksames intellektuelles Identitätsprojekt dar: man war unter Studierenden »theorieversessen« (ebd.; Pross 2016, S. 221), konnte sich dem Soziolekt der Außerparlamentarischen Opposition (APO) mehr oder weniger anschließen und nebenbei auf rhetorischer Ebene exklusivistisch-organisatorische Bindungskraft herstellen. Referenzen und Bezüge auf Marx und andere Theoretiker sind also eine Selbstversicherung durch und Spiel mit der Theorie. Der Bezug auf Theorie siedelt sich auf der Subjektkonstitutionsachse der Macht an, insofern er der weiteren autoritativen Schließung der Entität »Patienten als politische Subjekte« und der konkreten Organisation des SPK dient.⁴⁵

Ein letztes wichtiges Konstitutionsmoment des kollektiven Patientensubjekts auf der Achse der Macht ist der Einsatz für das Leben und die Kritik als Kritik der Lebensverhältnisse. Die an dem Begriff des Lebens orientierte Kritik lässt die politische Subjektkonstitution des kollektiven Patientenseins im SPK als eine »Biopolitik von unten« begreifen. Weiter oben wurde argumentiert, dass Biopolitik heute nicht mehr an den Staat gebunden sein muss, sondern dass biopolitische Regierungsweisen dezentral und plural sind, das heißt, in den unterschiedlichsten Feldern und auf unterschiedlichsten sozialen Ebenen aufzufinden sind (Braun/Gerhards 2019) – biopolitische Projekte und Regierungsversuche gehen also auch von individuellen und nichtstaatlichen kollektiven Akteuren aus. Auch ist Biopolitik nicht notwendig eine Verbindung von Politik und einem »Leben an sich« (Rose 2001), sondern vielmehr ein Konzept, das die Vorgänge auf dreien, erst in der Moderne auftretenden und relevant gewordenen Dimensionen erfasst (Braun/Gerhards 2019): Die Dimension der Biopolitik als produktiver Lebensmacht berührt die Frage, wo und wie Leben (wie auch immer in diesem Feld definiert) als Gegenstand der Sorge entdeckt, wie hergestellt, wie produktiv gemacht, wie genutzt wird für einen anderen Nutzen. Welche Vorstellungen von Leben werden in der Gesellschaft verhandelt und priorisiert, welche Formen von Leben sind hingegen nicht Gegenstand gesellschaftlicher Auseinandersetzungen? Die Dimension der Biopolitik als Verzeitlichung betrifft die Frage, inwiefern spezifische Zeitbezüge, vor allem Zeitbezüge in die Zukunft von Relevanz sind. Welchen Zweck erfüllen diese Zeitbezüge innerhalb eines biopolitischen Projekts? Und die dritte Dimension der Biopolitik als einer spezifischen Regierungsform betrifft wieder die Verbindung des Einzelnen einer sozialen Entität mit ihrem Ganzen: Wie materialisiert sich das biopolitische Projekt als eine Regierungsstrategie, also als Versuch, den unterschiedlichsten Zielen, Interessen, Leidenschaften, Plänen von Individuen und Gruppen eine soziale Ordnung zuzuführen? Schließlich wurde weiter oben in Anschluss an Butler (2005) und Fassin (2009; 2017) argumentiert, dass biopolitische Interventionen und Projekte die Frage nach der Gefährdung des Lebens und die Kritik der Lebensverhältnisse aufwerfen – das heißt, wo und wie sich Kritik der Lebensverhältnisse und die Warnung vor der Gefährdung des Lebens als widerständige,

45 In ihrer wissenschaftlichen Selbstdarstellung heißt es dann auch: »DER VERWALTUNGSRAT DER UNIVERSITÄT HEIDELBERG HAT DEM SOZIALISTISCHEN PATIENTENKOLLEKTIV (SPK) DIE AUFLAGE ERTEILT, »EINE AUSFÜHRLICHE WISSENSCHAFTLICHE DARSTELLUNG DES LAUFENDEN UND WEITERGEPLANTEN UNTERNEHMENS ZU LIEFERN« [es folgt ein Zitat Lenins, HG] [...]. Als einführende Lektüre werden *sämtliche Werke von Marx und Lenin* vorausgesetzt« (SPK 1980a, S. 1, Majuskeln i. O., Kursivsetzung HG). Diese Formulierung hat vor allem Spott nach sich gezogen, zeigt aber, dass das theoretische Argumentieren zwingende Schlussfolgerungen und Legitimationen für Politik erzielen soll.

kritikgeleitete biopolitische Strategie erweisen. Die Motivation und die radikalen Absichtserklärungen des SPK als biopolitisches Projekt zu verstehen bedeutet demnach, die Dringlichkeit der kollektiven Subjektkonstitution der Patientenschaft als zentral für ihr Selbstverständnis nachvollziehen zu können, ohne allerdings – und das ist ebenso wichtig – ihre Mittel, Wege und Absichten rechtfertigen zu müssen.

Die kollektive Subjektkonstitution der Patientenschaft im SPK, wie sie aus den Texten herauspräpariert werden kann, erweist sich als biopolitisch, da sie sich mit der Bedeutung des (un-)produktiven Lebens in der gesellschaftlichen Situation auseinandersetzt:

»Die Produktivkraft des Bewußtseins als Voraussetzung für die Inbesitznahme der materiellen Produktionsmittel kann die lebensfeindliche Naturgewalt des Kapitals bezwingen: [...] Arbeitsmedizin: Medizin der Ausbeutung oder Ausbeutung der Medizin. – Arbeitsmedizin: Schutz der Arbeiter oder Werkschutz? – Arbeitsschutz, um 11 Monate zu schuften, damit Ihr 4 Wochen lang während des bezahlten Urlaubs leben könnt. Man muß 12 Monate leben. – Nach einem zermürenden und lustlosen Arbeitstag habt Ihr keine Lust zu vögeln. Die Medizin kann daran nichts ändern mit ihren Medikamenten und schönen Sprüchen. Der Arbeitstag muß verändert werden, lebenswert gemacht werden. Der Arzt, das seid ihr. Übernehmt die Macht im Betrieb und in der Gesellschaft, werdet Herren Eures Lebens. – Ihr seid müde, weil die Arbeit, die Ihr verrichtet, Euch ankotzt, Euch kaputt macht – verweigert Aufputzmittel. Arbeiter! Wenn Ihr die Hetze des Vorarbeiters, des Bosses, der Maschinen satt habt, dann gibt es zwei Lösungen: 1. Ihr verlangt unverzügliche Beendigung der Arbeit. Die Sozialversicherung ist dafür zuständig. Und seid Euch darüber im Klaren, die Rechnung dafür bezahlt im Endeffekt Ihr.« (SPK 1972, S. 63)

»Dieser an Intensität und Umfang ständig zunehmende Prozeß der Funktionalisierung der menschlichen Lebensenergien zu willenloser Produktion von Kapital in der Lohnarbeit ist untrennbar verbunden mit der Zerstörung der Lohnarbeit durch Krankheit, sodaß die Kapitalakkumulation notwendig in einem Knotenpunkt endet, der entweder gesetzt ist durch die Zerstörung des letzten Restes der in der Lohnarbeit gefangenen lebendigen Arbeit [...], oder gesetzt ist durch die sozialistische Revolution, da die Erhaltung und Entfaltung von Leben bei der entwickelten Identität von Krankheit und Kapital unmittelbar zusammenfällt mit der radikalen Abschaffung des Kapitalverhältnisses« (IZRU 1972a, S. 6)

»Einmal ist die Krankheit die Erscheinungsform des Siegs der Produktionsverhältnisse über die Lebenskraft des Menschen, die zur Lohnarbeit funktionalisiert ist. *Als solche ist Krankheit Produktivkraft Nummer Eins für das Kapital.*« (IZRU 1972a, S. 8, Herv. i. O.)

Das SPK fordert dazu auf zu erkennen, dass das Leben des Einzelnen in der kapitalistischen Gesellschaft in allen Bereichen vom Ziel des ökonomischen Mehrwerts bestimmt ist. Genau deswegen, weil das Leben um jeden Preis produktiv sein muss, ist im Kapitalismus prinzipiell jeder krank – bei den einen äußert sich die Krankheit in Symptomen (sie sind dann ›Kranke‹), bei den anderen nicht oder noch nicht (›Gesunde‹). Unproduktiv sein, nicht abschöpfbar zu leben, die eigene Lebenskraft nicht in den Dienst des

Kapitalismus stellen zu können oder zu wollen, ist nicht vorgesehen – dies gilt für alle, die in der Gesellschaft als gesund (also kontinuierlich ausbeutbar) gelten. Für die Patient*innen, die aufgrund ihrer Krankheit nicht ausbeutbar sind, weil sie sich nicht am Produktionsprozess beteiligen können, bringt dies eine besondere Problematik mit sich: Ihr Leben ist nicht nur unproduktiv, sondern auch in der Konsequenz durch den unbittlichen Drang der Abschöpfung durch das Kapital gefährdet. Die Gefährdung ihres Lebens wird durch die Verweigerung einer für sie adäquaten Behandlung deutlich (s.o. zum Machteffekt der Entrechtung der Patient*innen), durch das Argument der »Drehtürpsychiatrie« (IZRU 1972a, S. 8; Wolff/Hartung 1972, S. 59) verstärkt und durch den skandalisierten »Mord« an einer (wohlmöglich) depressiven Patientin, deren Selbsttötung (dazu von Baeyer-Katte 1982, S. 231) durch die Behinderung der SPK-Arbeit verursacht worden sei, demonstriert. Das biopolitische Motiv der Gefährdung des Lebens kommt außerdem in der Kritik der »lebensfeindlichen« Methoden der traditionellen (psychiatrischen) Medizin zur Geltung – und wieder wird eine Nazismus-Metapher verwendet:

»Diese ruhige Einheit des Widerspruchs Gewalt–Leben, welche sich in »Friedenszeiten« im einzelnen »Schizophrenen« manifestiert – und die bürgerliche Gesellschaft weiß, warum sie diesen Widerspruch durch Anstaltsmauern, Zwangsjacken, Psychopharmaka und Elektroschocks an der Entfaltung hindert – nimmt im Ausnahmezustand die Form des Vernichtungslagers an.« (SPK 1972, S. 11f.)

Die Politik des SPK und die Bildung seiner anvisierten kollektiven Patientenschaft ist somit eine mögliche Form der Kritik der kapitalistischen Lebensverhältnisse und positioniert sich als Kritik der drohenden Auslöschung von Leben. Es braucht die kollektive Subjektkonstitution, um Leben schützen zu können. Die kollektive Subjektkonstitution, vermittelt durch eine solidarische Handlungsweise und eine kollektiven Zielorientierung, ist überdies eine auf die Zukunft gerichtete Praxis – eine Praxis, die in der revolutionierten Gesellschaft, dem Kommunismus bzw. Sozialismus, aufgehen wird:

»Andererseits enthält die Krankheit die notwendige Rebellion des Lebens gegen die kapitalistischen Produktions- und Verwertungsprozeß, die sich in ihrer unterdrückten, unentfalteten Form als Leidensdruck äußert. *Als solche ist Krankheit revolutionäre Produktivkraft Nr.1.* In der Krankheit liegt die Notwendigkeit der Entfaltung und Organisation der Produktivkräfte gegen die destruktiven Produktionsverhältnisse.« (IZRU 1972a, S. 8, Herv. i. O.)

»Es wird also nicht der Fetisch »individuelle Gesundheit«, gegenseitige Anerkennung als Tauschhandel in Form von Sympathie produziert, sondern Solidarität und das gemeinsame Bedürfnis nach Veränderung. Das veränderte Bewußtsein ist gleichzeitig Voraussetzung und Resultat des praktischen, politischen Kampfes; denn nur im Kampf für den Sozialismus ist Selbstverwirklichung möglich.« (SPK 1972, S. 51)

Das heißt, dass die organisatorische Praxis des SPK und seine kollektive Subjektkonstitution die gegenwärtige Vorhut einer geschichtlichen Bewegung in die Befreiung bildet, die nur noch realisiert werden muss. Die organisatorische Praxis, aus den vereinzelt Patient*innen eine schlagkräftige politische Bewegung zu formen, um die Geschich-

te zur Auflösung des (so gesehen doppelten) Grundwiderspruchs ›Arbeit (Krankheit) – Kapital (Krankheit)‹ zu bringen, konnte bereits weiter oben als spezifische politische Selbstregierungsweise des SPK identifiziert werden. Das SPK bezieht seine ›Macht zur kollektiven Subjektkonstitution‹ also auch aus biopolitischen Rationalitätsdimensionen.

Zusammengefasst funktioniert die kollektive Subjektkonstitution in der konkreten Patientenorganisation SPK auf der Achse der Macht über die Beschwörung der Widerständigkeit den Institutionen gegenüber, über die Absichtsbekundung, Patientenkontrolle über diese Institutionen zu gewinnen und durch die Selbstorganisation als politische Kraft (in marxistischer Terminologie etwa die *Klasse für sich*), die die Kontrolle übernehmen kann und wird. Kollektive Machtbegründung wird über Formen der affirmativen Selbstbezeichnung als Patientenschaft demonstriert und über die Selbstdeutung als proletarische Speerspitze einer Klasse, die in Klassengegensätzen steckt (der *Klasse an sich*), transportiert. Die politisch-kollektive Subjektkonstitution des SPK kann außerdem als ein biopolitisches Projekt ›von unten‹ charakterisiert werden, welches durch die Kritik moderner Lebensverhältnisse gekennzeichnet ist. Als Phänomen einer genealogischen Untersuchung der Herkunft und Entstehungsweisen heutiger Patientenkonzeptionen ist das SPK als besonders interessantes Beispiel ausweisbar, weil sich mit der Analyse des SPK eine vermeintlich überhistorische ›Wahrheit‹ des Patienten genealogisch radikal desubstanzialisieren lässt. Denn in den Schriften und praktischen Absichten des SPK tritt eine völlige Entselbstverständlichung und Umdeutung aller medizinsoziologischer Regelsätze und historisch vorausgesetzter Produktionsweisen des ›Patientenseins‹ zutage. Dies wird beinahe nirgends so deutlich wie auf der Subjektkonstitutionsachse des Wissens.

6.2.2.4 Wissen als Gegenwissen: Neue Theoretisierung medizinischen Wissens und kollektive Herstellungspraktiken von Wissen

Im Rahmen der Beschreibung des Patientensubjektkonzepts des SPK wurde bereits darauf hingewiesen, dass ›Krankheit und Kranksein‹ in den Texten eine gesellschaftsdiagnostische Funktion erfüllt und der Status des Krankseins für die von Symptomen Betroffenen und im SPK organisierten Kranken zugleich einen klassentheoretischen Auftrag zur Revolution darstellt. Das SPK hat darüber hinaus eine bestimmte Krankheitstheorie, mit der es sich von Wissensordnungen und -praktiken problematisierter Diskurse abgrenzt. Diese Krankheitstheorie, dieses dissidente Wissen über das Kranksein spielt für die Subjektkonstitution des SPK eine besondere Rolle – es entwirft sich selbst als Singularität innerhalb von und zwischen diskursiven Wissensformationen, es arbeitet sich als Wissenssubjekt in mannigfaltige Diskurszusammenhänge ein, greift gelegentlich Wissensmotive auf, distanziert sich von ihnen und nimmt neue Wissensbestände in Beschlag, um sich als kollektives Wissens-Subjekt zu formieren.

Die Wissenskonstitution des SPK mit seinem Aufruf zur allgemeinen kollektiven Patientenschaft ist durch eine Abwendung von herkömmlichen Wissensbeständen über das Patientsein (bzw. das, was es als herkömmlich im Sinne von ›traditionell‹ und ›ideologisch‹ versteht) gekennzeichnet, es distanziert sich aber auch von anderen medizin- und gesellschaftskritischen Diskursen, um sein Alleinstellungsmerkmal

deutlich zu machen.⁴⁶ Zunächst distanziert sich das SPK von einem Krankheitskonzept, das durch die bürgerliche Ideologie vermittelt sei. Dort firmierte Krankheit als individuelle Verfehlung.

»Da die gesellschaftlichen Verhältnisse sich dem Einzelnen gegenüber als Naturmacht und unveränderbar darstellen, kann er die Krankheit nicht als gesellschaftlich produziert oder die Gesellschaft nicht als krank erkennen. Er eignet sich die Krankheit als individuelles Leiden an, als persönliches selbstverschuldetes Elend, das individuell verwaltet werden muß.« (SPK 1980b, S. 203)

»Denn aufgrund der bürgerlichen Ideologie ist Krankheit Schicksal, Selbstverschulden, Schande, Vererbung, Gefahr.« (IZRU 1972b, S. 131; vgl. auch SPK 1972, S. 52, 98)

Krankheit materialisiert sich im Individuum, ist jedoch Ausdruck einer gesellschaftlichen und politischen Gesamtlage – der Einzelne kann also weder für das Nichtinanspruchnehmen noch für das Inanspruchnehmen medizinischer Angebote verantwortlich gemacht werden. Die Analyse der bürgerlichen Krankheitsideologie scheint, so kritisiert das SPK, ein theoretischer Kraftakt zu sein, den die Linke aufgrund fehlenden Bewusstseins für den doppelten Hauptwiderspruch nicht stemmen kann. Es lehnt also auch den diskursiven Umgang der Linken mit Krankheit und Medizin ab:

»Charakteristisch für das Verhalten und die Argumentation einer Vielzahl von Leuten (insbesondere Studenten), die sich ›Sozialisten‹ nennen, ist ihre Einstellung zur Krankheit. [...] Krankheit ist für sie Teil der ›Privatsphäre‹, ein Problem, mit dem jeder selbst fertig werden muß und auf keinen Fall die politische Arbeit ›stören‹ darf. Sich als ›gesunden‹ Sozialisten in dieser Gesellschaft zu bezeichnen, impliziert bereits tendenziell ein systemimmanentes Elitebewußtsein.« (SPK 1972, S. 65)

Für das SPK ist Krankheit die politischste aller Kategorien – das vermeintliche Wissen der Linken⁴⁷ über die Bedeutung von Krankheit wird folgendermaßen konfrontiert:

46 Bopp (1980) hat in anderer Weise die krankheitstheoretischen und wissenschaftlichen Abgrenzungsbemühungen des SPK aufgearbeitet: Seiner Ansicht nach wendet sich das krankheitstheoretische Konzept des SPK gegen das »naturwissenschaftlich-medizinische Modell der traditionellen Psychiatrie, gegen einen an der Widerspiegelungstheorie orientierten Krankheitsbegriff, gegen die traditionelle Verelendungs- und Revolutionstheorie des Marxismus« (Bopp 1980, S. 114). Es geht in der hier folgenden Rekonstruktion jedoch nicht bloß um die Analyse der Krankheits-theorie, sondern um die Wissensbasis des SPK, die eine kollektive Patientenschaft begründen soll – diese Wissensbasis ist zugleich spezifischer, da sie auf Wissenspraktiken, nicht auf reine Theorie abhebt, und weiter als die von Bopp beschriebenen Frontlinien des Wissens, da sie nicht nur auf die sogenannte traditionelle Medizin und Psychiatrie sowie auf marxistische Deutungsrahmen verweist.

47 Der Bezug auf das prekäre Klassenbewusstsein und die Ideologie(-kritik) des SPK wird hier als Teilgegenstand der Wissensanalyse behandelt, weil die Kritik des SPK eben nicht auf die Richtigkeit oder Falschheit der bürgerlichen und linken Ideologie abhebt, sondern nachzuweisen versucht, dass diese Überzeugungen und Wissensbestände Produkt der gesellschaftlichen Verhältnisse sind, die durch die Patientenschaft abgeschafft werden müssen (vgl. zur Ideologiekritik als Form der historisch-politischen Ökonomie des Wissens Bohlender 2010a).

»Konsequenzen des ›gesunden‹ Elitebewußtseins sind: 1. Künstliche Aufspaltung des eigenen Lebens in Privatsphäre und politische Arbeit. Dadurch wird die durch die gesellschaftlichen Verhältnisse induzierte Trennung von Beruf und Privatleben reproduziert und die politische Arbeit bleibt entfremdete Arbeit.« (Ebd.)

Die Krankheitstheorie des SPK betrifft nicht nur die politischste aller Kategorien, sie hilft gar, die von der bürgerlichen Ideologie überlassene Sphärentrennung, das Wissen von Privatheit und Gesellschaftlichkeit, zu überwinden. Dies begreift die Linke aber nicht. Sie versteht auch nicht, dass die Arbeiterin nicht akzidenziell durch ein allgemeines Ausbeutungsverhältnis verwundbar ist, sondern dass die Verletzung des Körpers und der Psyche die eigentliche Systematik des Kapitalismus darstellt:

»2. [...] Die aktuellen Bedürfnisse der Arbeiter werden [von der selbsternannten Avantgarde, HG] nur punktuell und isoliert mit einbezogen – etwa im ›Kampf‹ gegen die ›Mißstände‹ Umweltverpestung und Wohnungsnot. Krankheit wird nur als Arbeits›unfall‹ und ›Berufs‹krankheit mit einbegriffen, aber nicht bewußt gemacht und mobilisiert im Zusammenhang der Ausbeutung und individuellen Not, aus der sie entsteht und die sie ausmacht. [...] 3. Charakteristisch ist die Einstellung der ›gesunden Sozialisten‹ zum sogenannten Gesundheitswesen: In diesem ›tertiären Sektor‹ wird die Machtfrage zu allerletzt gestellt. Das Gesundheitswesen wird als ›dringend reformbedürftig‹ betrachtet und behandelt. Aber weil es am richtigen Krankheitsbegriff fehlt, wird punktuell gegen Chefarztpfründe, Kriegsforschung, Profite der Arzneimittelindustrie, numerus clausus beim Medizinstudium usw. usw. polemisiert und agitiert. Die sogenannte Grundlagenforschung wird in Gegensatz zur Kriegsforschung gesetzt und nicht weiter hinterfragt, für notwendig und ›gut‹ erklärt. [...] Und die kranken Patienten müssen von denen [Ärzte, Pfleger, Krankenschwestern, Medizinstudenten, HG] erst ›gesund‹ gemacht werden – dann sind es ›gesunde‹ Arbeiter, und deren so produzierte ›Gesundheit‹ soll dann der Motor der Revolution sein!« (SPK 1972, S. 65f.)

Die Linke lässt sich von den gegebenen Institutionen, die in einer Gesellschaft des kapitalistischen Klassengegensatzes eingerichtet sind, kompromittieren und kann aufgrund ihrer mangelhaften Kapitalismusanalyse deshalb die Patient*innen nicht als proletarisches Subjekt schlechthin verstehen:

»Ein oft gehörter Einwand von Seiten der dogmatischen Linken, Krankheit sei ein vorübergehender Zustand, der Patientenstatus somit ein transitorischer, deshalb könnten die Kranken nicht revolutionäres Subjekt sein, ist durch alles im Vorangegangenen Gesagte als gar nicht zur Sache gehörig entlarvt worden.« (SPK 1972, S. 67)

Ob sich die Linke von der Krankheitstheorie und der Ideologiekritik des SPK überzeugen lassen wird, ist für das SPK jedoch zweitrangig. Politische Identität herzustellen (vgl. weiter oben) ist für es keine Frage des Argumentierens, sondern politischer und agitatorischer Praxis, die im SPK selbst erledigt wird. Das SPK hat allerdings nicht nur damit zu tun, sich von der bürgerlichen und linken Ideologie abzugrenzen, sie muss sich auch handfest mit den naturwissenschaftlich-empirischen Grundlagen der medizinischen Wissenschaft und Praxis auseinandersetzen, um ihre Auffassung vom Patientsein und der Krankheitstheorie explizieren zu können:

Auf der Wissensachse der Subjektkonstitution des kollektiven Patientseins ist die Aufgabe angesiedelt, die »herrschende[...] Medizin« (SPK 1980b, S. 212, Herv. i. O.) aufzuheben – dies mache den Kern der wissenschaftlichen Arbeit des SPK aus. Diese wissenschaftliche Arbeit verfügt über mehrere Facetten, die sich verstreut über die Texte folgendermaßen gruppieren lassen: Zunächst wird das naturwissenschaftlich-empirische Konzept von Krankheit abgelehnt. Krankheiten und ihre Symptomatiken seien nicht etwa einer Negation bzw. Störung eines biologischen Lebensprozesses (also einer Pathologie im klinischen Sinne, wie sie weiter oben beschrieben wurde) geschuldet, es sei unsinnig, nach dem Vorbild der naturwissenschaftlichen Medizin nach rein körperlichen und als »natürlich« konzeptualisierten, das heißt, nicht sozial und politisch bedingten Ursachen der Krankheitsentstehung zu suchen (SPK 1972, S. 8, 48; SPK 1980b, S. 203). Die Wissenskritik des SPK betrifft allerdings nicht einfach die Ontologie des Krankheitsbegriffes der wissenschaftlichen Medizin, sondern vielmehr die Herstellungspraxis medizinischen Wissens:

»Die Abstraktheit der Einzelheiten, der Symptome und Daten – die »wertfrei« und mehr oder weniger zusammenhangslos gesehen und klassifiziert oder willkürlich je nach Interessenlage des Diagnostikers, Berichterstatters, »Wissenschaftlers« in vorgegebene, gesetzmäßige, gesetzte Zusammenhänge gestellt werden – macht ja gerade das lebens- und wahrheitsfeindliche Diagnoseschema der herkömmlichen Medizin, die »Objektivität« der Presseberichterstattung und den Positivismus der Juristen und »Wissenschaftler« aus.« (SPK 1972, S. 39)

Das SPK hält die angebliche normative Zurückhaltung der modernen Medizin und ihr positivistisches Vorgehen für einen Trugschluss und eine politische Strategie, die auch andere Wissenshersteller in anderen Bereichen in ähnlicher Weise anwenden. Die (vor-)klinischen Praktiken des Klassifizierens und Diagnostizierens von Krankheiten werden abgelehnt. Ganz einzig scheint sich das SPK allerdings nicht über die Funktionsweisen des nichtrevolutionären Wissens zu sein: Folgen diese Wissenssysteme nun einer zwanghaften Logik einer empirischen Beweisführung, die den wahren Sinn der Krankheitsursachen verstellt? Oder sind es die Praktiker, die irrationale Bezüge dort herstellen, wo es der politischen Unterdrückung am besten nützt? Diese widersprüchlichen Vorwürfe klärt das SPK nicht auf. Es zieht es vor, das Patientensubjekt als diagnostiziertes und zu therapierendes Subjekt abzulehnen, denn als solches ist es entmündigt, in einer ohnehin problematischen Verwirrungslage verwundbar, objektiviert, und erfährt Leid. Dies lässt sich konkreter an der Kritik der ärztlichen Handlungsweise, die beispielsweise im Falle einer möglichen paranoiden Störung den medizinischen Regeln der Wissensgenerierung und -anwendungen folgt, nachvollziehen:

»Der Verfolgungs«wahnsinnige« hat Angst, zum Arzt zu gehen, er hat Angst vor der Untersuchung, vor der Therapie, vor Spritzen, Operationen usw. – Bei der Untersuchung werden seine »Personalien« aufgenommen, seine Biographie (Anamnese), er muß seinen Ausweis vorzeigen, wie bei der Polizei, seinen Geldbeutel (versichert oder nicht), wie im Lebensmittelgeschäft oder beim zukünftigen Schwiegervater, er muß sich ausziehen, sich begucken und betasten lassen wie eine Kuh auf dem Viehmarkt, und er muß die Diagnose entgegennehmen, wie der Angeklagte das Urteil des Richters. Und

dann kommt die Therapie, die Strafe: Er darf nicht mehr rauchen, nicht mehr trinken, er muß sich Spritzen geben lassen, die ihm wehtun, er muß sich Operationen unterziehen, sich Organe oder Gliedmaßen wegnehmen lassen. Und er erfährt nie, nicht während der Untersuchung, noch nach der ›Genesung‹, wie und warum! – Verfolgungswahn? Nein, Realität!« (SPK 1972, S. 79)

Es wird also dem, was der Arzt sagt und von wissenschaftlichen Fachzeitschriften an medizinischem Wissen disseminiert wird, nicht (mehr) geglaubt (IZRU 1972b, S. 121), insbesondere »herkömmliche[...] psychiatrisch-psychoanalytische[...] Bezugssysteme (als absolut gesetzte gesellschaftliche Verhältnisse – Familie, Arbeitsbedingungen etc.)« (SPK 1972, S. 41) und die »Diagnosen und sonstige[n] diskriminierende[n] Zutaten aus der Mottenkiste der traditionellen Psychopathologie« (SPK 1980a, S. 4; vgl. auch Bopp 1980, S. 115) werden verworfen. An diesen Stellen weist sich das SPK als antipsychiatrischer Wissensakteur wohl am deutlichsten aus: Es verweigert sich dem theoretischen und praktischen Pluralismus der Psychiatrie, der in den 1970er Jahren bereits besteht; weder biologische, noch psychologische, psychoanalytische⁴⁸, verhaltenstheoretische oder kommunikationstheoretische Herangehensweisen (vgl. Möller 1976; Weitbrecht/Glatzel 1979) an psychische Krankheitsbilder werden akzeptiert. Psychopharmakologische Therapieansätze werden interessanterweise vom SPK zunächst⁴⁹ nicht gänzlich aufgegeben, die Verschreibung von Medikamenten durch Huber wird aber »als reine Konzession an die Umwelt« (SPK 1980a, S. III), die niemandem aufgenötigt werde, beschrieben.

Manifest wird der antipsychiatrische Diskurs darüber hinaus anhand eines historisch-lokalen Spezifikums, der bereits die SPK-Gutachtendebatte prägt: Der sozialpsychiatrische bzw. gemeindepsychiatrische Ansatz, das Aushängeschild der als deswegen fortschrittlich geltenden Heidelberger Psychiatrie, wird besonders scharf vom SPK attackiert. Es möchte sich nicht mit einer zu dieser Zeit neuen und reformistischen

48 Die Psychoanalyse nach Sigmund Freud wird vom SPK abgelehnt, da diese für eine bürgerliche Ideologie stehe (SPK 1972, S. 54). Diese ordnet sich wiederum in einen weiteren Kritikdiskurs der 68er und der Linken ein: »Viele sahen darin [in der Psychologie und Psychoanalyse] nur Ausprägungen des zu bekämpfenden bürgerlichen Individualismus, die der politischen Praxis zuwiderliefen, da sie in theoretischer Hinsicht psychisches Leid individualisieren und dadurch dessen soziale und ökonomische Ursachen verschleiern, während sie praktisch als Therapie allein auf die Wiederherstellung von Leistungsfähigkeit im kapitalistischen Verwertungszusammenhang abzielten« (Tändler 2011, S. 74). Die Ausnahme diskussionswürdiger psychoanalytischer Ansätze bildet für das SPK allein das psychoanalytische Theoriegebäude Wilhelm Reichs. Die Schriften Reichs wurden im Rahmen des Sexualitätsdiskurses der 68er breit rezipiert (Eitler 2007, S. 237ff.). Das SPK greift diesen Sexualitätsdiskurs offensichtlich auf und integriert ihn großzügig in seine eigene Krankheitstheorie (SPK 1972, S. 54).

49 In den Texten *Radiointerview* (SPK 1980a, S. I-V) und *Wissenschaftliche Darstellung des laufenden und geplanten Unternehmens vom 20.7.1970* (SPK 1980a, S. 1-11), also Schriften, die verhältnismäßig früh und in Auseinandersetzung mit der Universität und ihrer Ausgrenzung des SPK entstanden sein dürften, lassen sich insgesamt noch Zugeständnisse an psychiatrische Wissenstechniken wie der psychiatrisch-neurologischen Aufnahmeuntersuchung samt Traumdeutung, Medikamentierung, Erstellung eines Behandlungsplanes usw. registrieren. Die Beglaubigungsversuche der eigenen wissenschaftlichen Seriosität (gemessen am Anspruch der empirisch-naturwissenschaftlichen Psychiatrie) werden später aber fallengelassen.

Form der Psychiatrie, die versucht, die psychisch Erkrankten als Teil eines weiteren sozialen Kontextes zu verstehen und sie gemeindenah, ambulant und auf die Wiedereingliederung in die ›normalen sozialen Strukturen‹ (z. B. Erwerbsarbeit etc.) abzielend zu versorgen, gemein machen (vgl. dazu auch weiter oben), denn diese steht für einen besonders perfiden Verblendungszusammenhang:

»Aus all dem folgt: eine Intensivierung und Verfeinerung der Krankenversorgung – etwa durch verstärkten und gemeinschaftsbezogenen Einsatz ärztlicher Funktionen (z. B. Gemeindepsychiatrie, Institut für seelische Gesundheit⁵⁰, klassenloses Krankenhaus etc.) auf der Basis des durch Ausbildung, Tradition und staatliche Kontrolle bestimmten Arzt-Patient-Verhältnisses oder Varianten davon – ist objektiv ein die Patienten gefährdendes und schädigendes Unternehmen und jeglicher Reformismus als dessen Verfeinerung dient objektiv nur der Stabilisierung der herrschenden mörderischen Verhältnisse.« (SPK 1972, S. 50)

»Den verbalen Äußerungen der etablierten Psychiater sieht man das nicht ohne weiteres an; dort ist die Rede von der ›Wiedergewinnung der Autonomie‹, von der ›Teilnahme der Patienten am sozialen Geschehen‹, von ›politischer Mündigkeit‹ etc. Nehmen aber Patienten diese Äußerungen beim Wort, z. B. dadurch, daß sie Flugblätter verteilen oder ein Schwarzes Brett für Mitteilungen in der Klinik anbringen, so tritt der auf der Lauer liegende Zuschlagereflex verbunden mit heftiger Zorn- und Ekelreaktion in Funktion. Wie soll man einen solchen Widerstand nennen? Vielleicht Kastengeist?« (IZRU 1972b, S. 125)

Mit einer ganzen Reihe an Wissensbeständen, die sich mit der Definition des Patientseins in der modernen Medizin, Psychiatrie und spätkapitalistischen Gesellschaft verknüpfen, rechnet das SPK also ab. Es kommt aber bezeichnenderweise nicht ganz ohne eine Grundlage des Wissens über Krankheit, Kranksein und Patientenschaft aus. Die Konstitution des kollektiven Patientensubjekts braucht offensichtlich ein positives, aber nichtpositivistisches Wissensäquivalent, welches sich in der Krankheitstheorie des SPK finden lässt. Weiter oben wurde bereits gezeigt, wie Kranksein aus der Sicht des SPK als Fundament einer Gesellschaftsdiagnose verstanden werden kann: Alle Gesellschaftsmitglieder sind grundsätzlich krank, nur bei einigen zeigt sich die Krankheit in ihrer Symptomhaftigkeit. Krankheit ist gleichzeitig die Bedingung dafür, sich subjektiv zu politisieren und als Patientin organisiert gegen die sie produzierende Gesellschaftsordnung rebellieren zu können. Um diese Argumentation nachvollziehbar zu machen, verhandelt das SPK bestimmte Wissensdiskurse, nämlich bestimmte psychoanalytische Krankheitstheorien und die wissenschaftliche Methode der Dialektik. Es macht sich diesen Wissensdiskursen zu eigen, um sie dann in der Praxis für agitatorische Zwe-

50 Gemeint ist eine Vorläuferinstitution des heutigen Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim, das durch Heinz Häfner seit den 1960er Jahren als sozialpsychiatrische Forschungs- und Behandlungseinrichtung von Heidelberg aus entworfen und sukzessive aufgebaut wurde (Häfner/Martini 2011). An anderer Stelle bezeichnet das SPK das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit als ein sozialpsychiatrisch getarntes Arbeitshaus (SPK 1972, S. 73).

cke und der Herstellung eines therapeutisch-politischen Kollektivs nutzbar machen zu können (vgl. weiter unten).

Zunächst zum Wissensdiskurs der Krankheitstheorie: Die Krankheitstheorie des SPK folgt grundsätzlich, auch wenn es die ›bürgerliche‹ Psychoanalyse nach Freud ablehnt, der Logik psychoanalytischer Modelle. Die Krankheitstheorie ist nämlich vor allem an der freudomarxistischen Version der Psychoanalyse nach Wilhelm Reich angelehnt (s.o.; SPK 1980b, S. 204; vgl. Bopp 1980, S. 112).⁵¹ Krankheit, so das SPK, hat zwei Seiten – eine reaktionäre und eine progressive (IZRU 1972a, S. 7; SPK 1980a, S. II). Beide Seiten sind in dem Symptom der Krankheit vereinigt: »Das Symptom ist die Erscheinung des Wesens Krankheit als Protest und Hemmung des Protests« (SPK 1972, S. 12). Das heißt, dass die reaktionäre Seite der Krankheit den in der Krankheit angelegten Protest unterdrückt, während die progressive Seite der Krankheit den in der Krankheit angelegten Protest unterstützt. Die reaktionäre Seite der Krankheit ist Ausdruck der kapitalistischen Verhältnisse und lässt den Menschen subjektiv leiden. Dazu unterminiert die reaktionäre Seite der Krankheit immer wieder die Lebenskräfte des Menschen, sie vernichtet diese Kraft zum Leben, denn der Mensch ist nicht in der Lage, seinen Bedürfnissen entsprechend zu existieren:

»Krankheit ist in sich gebrochenes, sich selbst widersprechendes Leben; also Leben, das sich in dem Prozeß, in dem es sich erhält, zugleich vernichtet.« (SPK 1980b, S. 202)

»Der Einzelne ist in seiner Rationalität bestimmt von der Rationalität des Kapitals, die ihm als Naturgewalt gegenübertritt, die er tagtäglich erlebt, und die ihm deshalb durch und durch ›vernünftig‹ erscheinen muß. Sein Protest gegen diese lebensvernichtende Gewalt kann deshalb zunächst nur ein gefühlter, ein emotionaler Protest

51 Wilhelm Reich hatte die marxistische Ideologiekritik mit der psychoanalytischen Problematisierung der versagten Bedürfnisbefriedigung und Triebunterdrückung verbunden und somit eine freudomarxistische Theorie vorgelegt: Gesellschaftliche Herrschaft würde vor allem in der Familie wirksam gemacht und die unterdrückende Sexualökonomie führe zu einer Anpassung und Unterordnung. Dieser Mechanismus produziere ein ängstliches Kind, das sich schließlich in Aggression ergehe (Benicke 2016, S. 9). Für das SPK ist Krankheit und sein politisches Handeln ein Ausdruck dieser Sublimierungs- und Ideologieverarbeitung: »In der Krankheit findet der Patient eine Möglichkeit, seine Triebansprüche partiell, jedoch nur verzerrt und deformiert, zu realisieren und kann so ›der totalen Vernichtung seiner Bedürfnisse‹ entgehen. Doch insofern die Triebe von ihren ursprünglichen Zielen abgelenkt sind und die Quellen der originären Bedürfnisbefriedigung durch Moralgesetze und Verbote verschüttet worden sind, insofern sie vom Realitätsprinzip unserer Gesellschaft vernichtet und unterdrückt werden und das Ziel des Triebes Lust und nicht Unlust ist, stellen sie einen Protest gegen die im Über-Ich internalisierte objektive Notwendigkeit und als Sachzwang begriffene Unterdrückung des kapitalistischen Systems dar.« (AG SPAK, S. 197) »Das SPK hat [...] an die Stelle der Freudschen ›Libido‹ ›Leben‹ und an die Stelle des triebfeindlichen Über-Ichs die widergespiegelte destruktive kapitalistische Gesellschaft gesetzt.« (Bopp 1980, S. 120) Da die AG SPAK und Bopp sich also bereits darin verdient gemacht haben, die Krankheitstheorie des SPK auf psychoanalytische Theorieelemente hin abzuklopfen und auch thematisiert haben, ob diese Umarbeitungen aus marxistischer wie aus psychoanalytischer Sicht überzeugen, soll an dieser Stelle mit Ausführungen der psychoanalytischen Wurzeln der Krankheitstheorie nicht fortfahren werden.

sein. Da aber die ›Vernunft‹ das Herrschende ist, werden diese emotionalen ›Ausrutscher‹ vom Einzelnen rationalisiert und ›verschwinden‹ in Magengeschwüren, Gallenentzündungen, Kreislaufstörungen, Nierensteinen, Verkrampfungen aller Art, in Impotenz, Schnupfen, Zahnschmerzen, Hautkrankheiten, Rückenschmerzen, Migräne, Asthma, Auto- und Arbeitsunfällen, Unzufriedenheit usw. – oder aber die Emotionen wuchern in zwischenmenschlichen Beziehungen (Emotionale Pest), in der Affektlosigkeit (›ernsthafter‹ Mensch), in der Psychose usw. Diese Gewalt der ›Vernunft‹ ist der schleichende Tod in Gestalt des reaktionären Moments der Krankheit.« (SPK 1972, S. 85)

Das Symptom offenbart somit keine eigene wesenhafte oder im klinisch-kausalen Denken konstruierte ›Wahrheit‹ der Krankheit (z. B. Reiz und Reaktion im Gewebe), es gibt auch nicht Auskunft über den Sitz der Krankheit im individuellen Körper der Patientin, sondern es ist lediglich Ausdruck einer stetigen Verdrängung gesellschaftlich bedingter Unterdrückungs- und Ausbeutungsstrukturen, die die eigentliche Krankheit ausmachen. Die Krankheitstheorie des SPK geht theoretisch somit weit hinter die (vor-)klinischen Bestimmungsweisen von Krankheit zurück, nimmt eine Dekonstruktion der modernen Ordnung der Krankheit vor und muss sich somit auch nicht mit dem klinischen Faktum der Patientin als Individuum, das für die moderne, klinische Ordnung des Krankheitswissens stand, abfinden – eine gut geeignete Exposition für die Möglichkeit der Kollektivierung von Patient*innen durch Krankheitspolitik. Selbstbewusst kündigt das SPK in den ersten Zeilen seiner Agitationsschrift an:

»Genauso bei Krankheit. Hier war uns von vornherein klar, daß es völlig unzureichend ist nach dem Vorbild der naturwissenschaftlichen Medizin nach eindeutigen körperlichen Ursachen zu suchen; es wurde uns aber auch sehr schnell bewußt, daß es unzureichend ist, einfach von der gesellschaftlichen Verursachung von Krankheit zu sprechen; daß es vereinfachend ist, dem ›bösen Kapitalismus‹ die ›Schuld‹ für Krankheit und Leiden zuzuschieben; und es wurde uns klar, daß es eine völlig abstrakte und wirkungslose Versicherung ist, wenn man einfach sagt, die Gesellschaft sei krank.« (SPK 1972, S. 8)

Mit der Bestimmung der Krankheit als eine progressive Kraft will es den lähmenden *status quo* überkommen: Krankheit ist in ihren progressiven Aspekten der Schlüssel dazu, Lebenskraft reaktivieren zu wollen, das heißt, sie wirkt als der Ausgangspunkt für revolutionäre Biopolitik ›von unten‹, die um den Erhalt von Leben kämpft. Erst in der sozialistischen Gesellschaft, die die Bedürfnisse der Menschen beachtet, könne diese positive Lebenskraft voll ausgekostet werden. Das Symptom bietet die Möglichkeit, sich der kapitalistischen Strukturen bewusst zu werden und zur politischen Aktion zu befähigen. So erklärt sich dann auch der provozierende politische Slogan, den das SPK immer wieder in Transparenten öffentlich zur Schau gestellt hat:

»Der Stein, den jemand in die Kommandozentralen des Kapitals wirft, und der Nierenstein, an dem ein anderer leidet, sind austauschbar. Schützen wir uns vor Nierensteinen!« (SPK 1972, Buchcover)

Das progressive Potenzial der Krankheit offenbart sich den Kranken jedoch nicht von selbst. Es muss in einer politischen Praxis, der Agitation, bewusst gemacht werden:

»[A]us den gehemmten Affekten der Patienten (d.h. der bewußt Leidenden) werden die Energien von Handelnden freigesetzt und genau der Explosivstoff scharf gemacht, der das herrschende System des permanenten Mordes zerschlagen wird. Die Agitation ist so selbst Aktion, das In-Gang-Setzen des einheitlichen Prozesses der Umwälzung des Bewußtseins wie der Realität.« (SPK 1980b, S. 206)

Die Agitation ist dann also auch eine Selbsttechnologie, durch die die Selbst- und Gruppenverhältnisse innerhalb des SPK so bearbeitet werden können, dass es sich gleichsam wie in einem Emergenzprozess neu und höherstufig verfasst und sich in dieser Weise zu einem kollektiven Patientensubjekt konstituiert.

Neben der Krankheitstheorie, die mit der Ontologie der Krankheit als im Individuum diagnostizierbar bricht und so die kollektive Betroffenheit von Krankheit betont, erweist sich ein weiterer, auf die politische Botschaft des SPK angepasster Wissensbestand als nötig, um das kollektive Subjekt auf der Achse des Wissens herzustellen – der Wissensbestand der Dialektik (SPK 1972, S. 38). Sein Verständnis von Dialektik bzw. vom dialektischem Materialismus⁵² ist nach eigener Aussage von Hegel und Marx instruiert, und es versucht sogleich, die Weise des Dialektisierens in seine Krankheitstheorie zu integrieren (SPK 1972, S. 17, 9; vgl. auch AG SPAK 1978, S. 196). Salopp formulieren es die Vertreter*innen des SPK in einem Radiointerview so:

»Ausgangspunkt ist, daß Patienten mit Symptomen erscheinen. Diese Symptome werden dialektisch aufgelöst, d.h. sie sind Einheit von reaktionärer Seite und progressiver Seite. Die freiwerdende Energie wird dann eben in Marxismus umgesetzt.« (SPK 1980a, S. II)

Das SPK argumentiert also mit Figuren der Negation: Ausgehend von der These (Krankheit ist Protest) lässt sich eine Gegenthese, eine Verneinung der These aufstellen (Krankheit ist Hemmung des Protests). Diesen Widerspruch zu erkennen, verschafft dem Indi-

52 Bopp bewertet die Qualität der dialektischen Argumentation des SPK als »undialektisch« (Bopp 1980, S. 127), Christian Löser hält die Berufung auf einen marxistisch-hegelianischen dialektischen Materialismus dagegen gerade für ein typisches Zeichen der dogmatisierten Theorielese in sozialistischen Rezeptionskreisen: »Unter Berufung auf solche zeitlosen Klassikerzitate wurde der Anspruch, revolutionäre Praxis zu begreifen, durch eine allgemeine Ontologie ersetzt. Praxis geriet zur Anwendung bzw. Bestätigung allgemeiner Lehrsätze. Die Lösung solcher Fragen wie denen nach revolutionären Subjekten einer Epoche konnte dann nur noch als aus allgemeinen Gesetzen deduzierbar erstellt werden: Das Allgemeine, der Diamat, findet in der Erforschung des Einzelnen unter anderem der Gesellschaft, seine Anwendung bzw. Bestätigung.« (Löser 1995, S. 695) Insofern kommt es gar nicht darauf an zu entscheiden, ob das SPK ein »wissenschaftlich korrektes Verständnis« von Dialektik oder dem dialektischem Materialismus liefert, es ist vielmehr von Interesse, welche Wirkung die Behauptung, die dialektische Methode anzuwenden, für die kollektive Subjektkonstitution entfaltet, wie sie also dazu dient, dass sich das Subjekt als kollektiv verfasst und revolutionär *ansehen* kann. Der Bezug auf die Dialektik dient vor allem der autoritativ-theoretischen Absicherung, dass man sich als neues politisches Subjekt qualifiziert, sofern man nur in der Lage dazu ist, am eigenen Fall den Diamat konsequent genug durchzudeklinieren und für Kapitalismusanalysen und Krankheitstheorien gleichermaßen zu adaptieren.

viduum zum einen psychische Erleichterung. Zum anderen stellt diese Analyse in Aussicht, dass der Widerspruch, der so nur in der kapitalistischen Gesellschaft herrscht, weil sie die materiellen Bedingungen für die Produktion und Erhaltung von Krankheit schafft, in der sozialistischen Gesellschaft aufgehoben werden wird:

»Da jede Entwicklung notwendig eine Verneinung einschließt, nämlich die Verneinung ihrer Grundlage oder ihres Ausgangspunktes, und da wir uns als in einem dialektischen Prozess befindlich begreifen, d.h. uns dessen bewusst sind und uns dementsprechend verhalten, muß es Ziel des SPK sein, sich selbst aufzuheben und in diesem Prozeß seinen Ausgangspunkt – Kliniken, Institutionen, Patientsein –, welches alles Resultate dieses Produktionsprozesses sind, abzuschaffen.« (SPK 1980a, S. 8)

Diese Methode der Verallgemeinerung der Widersprüche zu einem neuen Ganzen bleibt jedoch nicht reiner Wissensstand und pure Theoriearbeit, sie ist auch nicht in der Deinstitutionalisierung der medizinischen Institutionen zu suchen, sondern sie ist im Kern diejenige politische Rationalitätspraxis, die die therapeutische Arbeit ersetzt: Therapie wird zur dialektischen Durchdringung der Verhältnisse, der Einzelne wird sich der Verhältnisse der Klassengesellschaft bewusst und kann somit nach erfolgtem politischen Kampf im Kollektiv aufgehen. Die Dialektik ist damit diejenige Wissensmethode, die es angeblich ermöglicht, durch politisch-therapeutische Praxis zu einer kollektiven Verfasstheit der Patientenorganisation zu gelangen. Im Folgenden wird die praktische Herstellung des Kollektivs über die Logik der dialektischen Methode noch einmal aufgegriffen und die politisch-therapeutische Praxis auf der Achse der Selbst- und Kollektivverhältnisse untersucht. Diese Darstellung der Subjektkonstitution nach innen ist der letzte Baustein, um die kollektive Subjektkonstitution der radikalen Patientenorganisation SPK nachvollziehbar zu machen.

6.2.2.5 Selbst- und Gruppenverhältnisse als Aufhebung: Ergebnisse ›politischer Agitation‹

Der Therapieansatz des SPK, der sich durch seine spezifische Form der Agitation als politische Praxis erweisen soll, gliedert sich grundsätzlich in zwei Elemente: in die Einzelagitation und die Gruppenagitation. Diese beiden Elementen spielen für die Subjektkonstitution eine wichtige Rolle, denn sie haben gemeinsam eine Herstellungsfunktion für das Kollektiv. Oder anders formuliert: Beleuchtet man die Agitation als Praxis auf der Achse der (Selbst-)Verhältnisse, wird deutlich, wie der vereinzelte Patient in praktischer Auseinandersetzung mit sich und anderen in angeblich dialektischer Form gleichsam im Kollektiv aufzugehen hat.

Um diesen Vorgang plausibel zu machen, stellt das SPK den Ablauf der Therapie eines Kranken, der den Weg zum SPK gefunden hat, dar: Der Patient wird aufgenommen und es wird eine psychiatrisch-neurologische Untersuchung an ihm durchgeführt. Zu der Eingangsuntersuchung gehört außerdem eine Biografiearbeit: Der Patient soll sich erstmalig mit seiner eigenen Geschichte auseinandersetzen und diese daraufhin untersuchen, wann und wie sich für ihn Widersprüche zwischen Individuum und Gesellschaft, die Ursachen für sein Leid sein könnten, aufgetan haben (SPK 1980a, S. III). Diese Biografiearbeit scheint nicht gleichzusetzen zu sein mit der Disziplartechnik der Anamnese, die die medizinische Normalwissenschaft zur Feststellung der Kranken-

geschichte des Individuums vornimmt – sie zielt nicht auf den pathologischen Fakt, die Individualisierung des Faktis im befragten Individuum ab, sondern auf die »historisch-biographische[...] Individuation« (IZRU 1972b, S. 124), also auf die Gewordenheit von Krankheit und Person in der Gesellschaft. Diese biografische Arbeit, die darüber hinaus nicht näher beschrieben wird, wird schließlich tiefenpsychologisch angereichert; Träume, Einfälle und Ausdrucksverhalten sollen in ihrem Rahmen thematisiert werden (SPK 1980a, S. III). Mit diesen Introspektionen leistet die Patientin einen ersten Schritt in die Einrichtung eines spezifischen Subjektverhältnisses: sie erarbeitet sich ein Verhältnis zu sich selbst. Damit verbunden ist eine spezifische Transformationserwartung, denn schließlich geht es darum, sich vom subjektiven Leid zu lösen und sich psychologisch von Zwängen, Verwirrungen und Problemen zu emanzipieren. Die biografische Arbeit und tiefenpsychologische (Selbst-)Befragung der Patientin ist gleichzeitig Vorbereitung auf die und Teil der Einzelagitation, die die Funktion der Reflexivität auf der Achse des Subjektverhältnisses hauptsächlich erfüllt:

»Die Einzelagitation orientiert sich an den zum Ausdruck kommenden Bedürfnissen, an den Problemen, Beschwerden, Schwierigkeiten dieses einen bestimmten Patienten, so wie sie sich ihm selbst darstellen und wie er sie durch seine Sprache und sein Ausdrucksverhalten darbietet. Bei der Einzelagitation wird die Darstellungsweise des Patienten (etwa: Gehemmtheit – oder Agieren) – die Form – ebenso zum Inhalt der gemeinsamen Bemühungen der Agitationspartner gemacht, wie die Inhalte selbst, die er zum Ausdruck bringt.« (SPK 1972, S. 40, Herv. HG)

Die Patientin muss sich mit sich selbst konfrontieren und ihre Empfindungen, Bedürfnisse und Schwierigkeiten gemäß eines Schemas von Deutungen, die die reichianische Psychoanalyse und die marxistische Dialektik bieten, sich selbst aufklären – in Anlehnung an die foucaultsche Subjekthermeneutik lässt sich reformulieren, dass sich die Person als Patientin gemäß einer vordefinierten, theoretisierten Regel zu sich selbst einrichtet und sich dadurch Freiheit von anderen, als objektivierend empfundenen Verhältnissen verschafft. Die Patientin muss also dazu bereit sein, Arbeit an sich selbst zu tun, sie muss einen Willen entwickeln, ihre eigene psychisch-physische Lage verändern zu wollen. Hier tut sich eine gewisse Kontinuität zum Reflexivitätsgebot der parsonsschen Kranken- und Patientenrolle auf. Vor der Revolution, die die Gesundung des Einzelnen herbeiführt, steht neben der profanen Zielorientierung, dass es einem besser gehen soll, die Erwartung der Kooperation (SPK 1972, S. 71). Denn die Patientin kann diese Reflexivität in ihrer Selbstverhältnisbestimmung nicht allein bewerkstelligen – sie ist auf eine kundige Person angewiesen, die sie durch ihre Selbstanalysen führt und ihr Potenzial einer neuen Subjektwerdung anregt und dirigiert. Diese Person wird explizit nicht Arzt genannt, sondern »ärztlicher Funktionsträger« (SPK 1972, S. 17, 42). Die Wahl dieser auswechselnden Terminologie hat zwei unterschiedliche Ursachen. Zum einen ist dies die Bezeichnung für denjenigen Subjekttyp, der in der »normalen« medizinischen Interaktion die machtvollste Position einnimmt, denn die Machtposition des Arztes und seine Komplizenschaft mit dem Kapital werden – das wurde weiter oben bereits dargestellt – vom SPK ausführlich kritisiert. Das Äquivalent »ärztlicher Funkti-

onsträger⁵³ soll diese Implikationen aus dem bilateralen Verhältnis zwischen Patient, dem Objekt der Agitation, und dem anderen Patienten, dem ›Anleiter‹ der Agitation, herausnehmen – das SPK nivelliert dieses Verhältnis zu einer isonomen Agitationspartnerschaft (SPK 1972, S. 42). Zum anderen weist der Begriff darauf hin, dass die politische Therapie der Agitation grundsätzlich keinen professionalisierten Arzt braucht, sondern, wenn einmal gründlich (vermutlich durch Huber und den inneren Kreis der SPK-Patienten, vgl. von Baeyer-Katte 1982, S. 249) etabliert, als Laientherapie umgesetzt werden kann; es muss nicht notwendig ein Kompetenz- und Wissensgefälle, wie es im sonstigen Arzt-Patienten-Verhältnis üblich ist, geben.

Es ist nicht die Praxis der Laientherapie an sich, die die besondere Form der Kollektivierung der Subjektverhältnisse im SPK ausmacht oder die als dessen Alleinstellungsmerkmal zu bewerten wäre. Die Laientherapie bietet lediglich den Rahmen, in dem die dialektische Herstellung eines Kollektivs auf therapeutisch-politischer Ebene erzielt wird. Ohne aber die in dieser Zeit aufkommende wissenschaftliche und politische Überzeugung, (Psycho-)Therapie in der Gruppe durch Nichtprofessionalisierte leisten zu können und dabei auch gesellschaftskritische Elemente sowie die Frage nach der politischen Handlungsfähigkeit einzubinden (vgl. Richter 1972; Spazier/Bopp 1975; Kappeler et al. 1977), hätte das SPK die therapeutische Situation wohl kaum als Arbeitskontext innerhalb einer politisch bewussten Gruppe von selbst erfunden. Barbara Sutter (2011, v.a. S. 295ff.) stellt in Auseinandersetzung mit Horst Richter (1972), eben auch ein Gutachter des SPK, dar, dass es in den 1970ern eine allgemeine Krise des Individuums ist, die die Idee der Gruppentherapie gebiert. Es ist die als beklemmend empfundene Vereinzelung und Vereinsamung der Menschen und die Kritik der Atomisierung der Gesellschaft, die ein Bedürfnis nach Verbundenheit und gemeinsamer Bearbeitung individuell wahrnehmbaren, aber sozial bedingten Leids wecken. Kommunalisierung von Therapie wird als Weg identifiziert, mit Krankheit nicht mehr als individuellem Leiden zurechtkommen zu müssen. Der Patient ist nicht mehr als Individuum allein mit seiner Ärztin, sondern trifft in einem geschützten Raum andere Menschen, die Gleiches beschäftigt. Sutter beruft sich in ihrer Argumentation weiterhin auf Richter, der Gruppentherapie unter Anleitung eines Therapeuten und Gruppentherapie als Eigengruppen-Therapie unterscheidet: Letztere verfolgt das Ziel, alle therapeutischen Funktionen aus der Gruppe der Patienten heraus zu generieren, sodass der Arzt verzichtbar wird und jeder zugleich Patient*in und Therapeut*in sein könne. Vor allem das letzte Prinzip, die Laiengruppentherapie, die ohne professionalisierten Therapeuten stattfinden kann und in eigenständigen Patientenkollektiven angewendet wird, verfolgt nach Sutter das Hauptmotiv, die Patienten gegenüber der entmündigenden Expertenherrschaft (hier verweist sie auf einen Begriff von Ivan Illich) zu emanzipieren.

53 Der Begriff ›Funktionsträger‹ wird im Zusammenhang mit dem Kapital allerdings auch schmähend verwendet: »Die Funktionsträger des hierarchisch organisierten Gesundheitswesens, organisiert in Form von Krankenkassen, Ärztenbünden, Assistentenkonferenzen und schließlich in Idealkonkurrenz damit die Kultusbürokratie als Verwalterin und Vollstreckerin von Wissenschaft im Auftrag des Kapitals versuchen [...] das Angewiesensein (= Ausgeliefertsein) auf sogenannte Hilfe von oben ständig neu im Bewußtsein der Betroffenen zu verankern.« (SPK 1980b, S. 219; vgl. auch SPK 1972, S. 70)

Zu diesem Typus ist auch das SPK zu rechnen. Diese Form der Patientengruppen und diese Motivlage der gruppenbasierten Selbsthilfe sei, so argumentiert Sutter weiter, Ausdruck einer generellen Kulturkritik, die nicht nur die Isolation der Menschen voneinander beklagt, sondern die Professionalisierung und Bürokratisierung gesellschaftlicher Institutionen anprangert. Zu dieser Zeit erkennt man aber auch, so Sutter, dass die Patient*innen dieser (eigen-)gruppentherapeutischen Zusammenhänge nicht nur Kritik üben, sondern dass Betroffene ein großer Quell besonderen Erfahrungswissens über Krankheit und Krankheitserleben sind, das auch für ihre klinische Beforschung von Nutzen ist. Die psychiatrische Forschung sieht in dieser Form der Therapeutisierung, die in den traditionellen Konzepten der Psychiatrie nicht vorgesehen sind, keine Konkurrenz – im Gegenteil: Sie befasst sich mit der Frage, wie sie mit ihrer wissenschaftlichen Expertise gruppenbasierte Selbsthilfe fördern kann. Sutter berichtet mit Verweis auf Jürgen Matzats (2000) Darstellung der Entwicklung der Selbsthilfegruppenbewegung in Deutschland, dass Ende der 1970er Jahre große Forschungsprojekte stattfinden, in denen Daten über Patient*innen gesammelt und gruppenbasierte Aktivitäten strukturell unterstützt werden. Zum Nutzen der Betroffenen soll praxisnah geforscht werden. Eine Schwesterinstitution der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg, der »Heimstätte« des SPK, die Psychosomatische Universitätsklinik Heidelberg, ruft beispielsweise im Frühjahr 1979 das Projekt *Aufbau, Begleitung und Nachuntersuchung von Selbsthilfegruppen körperlich kranker und seelisch belasteter Menschen* (Schauwecker 1983) ins Leben. Hier wird sichtbar, dass es nicht mehr die institutionalisierte psychiatrische Forschungsmedizin ist, die entlang ihrer Gütekriterien, ihren Theorien und Methoden wissenschaftliches Wissen über psychisch erkrankte und körperlich-seelisch erkrankte Menschen produziert, sondern dass auch andere medizinische und humanwissenschaftliche Forschungsrichtungen den Zusammenhang von psychischen und physischen Krankheitserscheinungen untersuchen. Psychologie und Psychosomatik adaptieren bereitwillig die Strukturen und Ressourcen der Gruppentherapie und geben ihnen einen neuen formalisierten Rahmen, in dem kontrolliert geforscht werden kann. In dem Forschungsbericht zur Heidelberger Studie, diesem Pilotprojekt der wissenschaftlichen Selbsthilfegruppenforschung, summiert man hochzufrieden:

»Die Befragten litten [vorher, HG] unter körperlichen, vor allem psychovegetativen Beschwerden, unter depressiven Verstimmungen, dem Gefühl, isoliert zu sein, unter Kontakthemmungen, Minderwertigkeitsgefühlen und einer Reihe weiterer seelischer Beschwerden. Die meisten suchten in der Selbsthilfegruppe das Gespräch mit ähnlich Betroffenen und erhofften sich dadurch eine Linderung der vielfältigen Krankheitsfolgen und eine bessere Bewältigung des Krankheitsschicksals. [...] Körperliche Beschwerden waren [nach einem Jahr des Besuchs einer Selbsthilfegruppe, HG] den Angaben zufolge merklich zurückgegangen. [...] Die Befunde seelischer Erkrankungen oder Störungen besserten sich während eines Jahres deutlich. Die positiven psychischen Veränderungen der Gruppenteilnehmer werden vor allem mit dem Erlebnis der gleichen Betroffenheit in der Selbsthilfegruppe erklärt, mit dem Gefühl, dort verstanden zu werden und sich offen aussprechen zu können. Für die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen erscheint es den Beratern [einem Arzt und einem Sozialarbeiter, HG], die in diesem Projekt tätig waren, aufgrund ihrer Erfahrung wichtig, den Wünschen der

Gruppen nach Hilfe durch Experten weitmöglich entgegenzukommen, dabei aber den Anspruch der Gruppen auf Selbstständigkeit zu berücksichtigen.« (Schauwecker 1983, S. 178f.)

Die Problematisierung kollektiven Leidens verschwindet danach nicht, vielmehr fanden »die Programmatiken der Eigentätigkeit, der Selbstbestimmung und der Interaktion in egalitären Gruppen [...] Eingang in das Selbstverständnis von Selbsthilfe« (Hill 2008, S. 9). Erste Selbsthilfe-Kontaktstellen in Deutschland werden eingerichtet und die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. wird gegründet (vgl. Geene et al. 2011) – Selbsthilfe leistet seitdem alltagspragmatische Hilfestellung für Ratsuchende (Hill 2008) und macht »das Wissen der Leute« zu einer wertvollen Ressource der Problembearbeitung. Gruppentherapie und die damit verbundene Struktur der Selbsthilfe setzt sich zwischen 1970 und 1980 als normalisierte Form der Bearbeitung physischer und psychischer Erkrankungen über diesen Weg der Institutionalisierung in Deutschland also langsam und im Vergleich zu den USA verspätet durch. Was eigentlich als gesellschafts-, medizin-, und institutionenkritisches Anliegen selbstorganisierter Patientengruppen anfang (und im SPK zu einer extremen Ausprägung gekommen ist) und später mit wissenschaftlichen Mitteln in seiner Wirksamkeit evaluiert und damit auch legitimiert wurde, ist heute zu einem funktionalen Teil der Gesundheitsversorgung von Patient*innen arriert. Es gilt, diese Bruchstücke, Überbrückungen und Zusammenhänge im Blick zu behalten, denn die Kommunalisierung von Therapie und Selbsthilfe spielt auch für das Patientensubjekt der seltenen Erkrankungen eine entscheidende Rolle.

Welche Form nimmt die gruppenbasierte Laientherapie im Rahmen des SPK nun aber genau an? Und welche Elemente und Ideen der kollektiven Konstitution von Patientenorganisation gehen mit dem Verschwinden des SPK auch auf der Achse der kollektiven Subjektverhältnisse von Patientenselbstorganisationen mehr oder weniger verloren?

Den Zusammenhang zwischen Einzelagitation und Gruppenagitation und deren Ordnung und Aufgabe innerhalb der politischen Arbeit schildert das SPK in einer Zusammenfassung folgendermaßen:

»1) Ausgangspunkt unserer Arbeit sind die Bedürfnisse der Patienten. 2) Im Prozeß der wechselseitigen Selbstkontrolle der Patienten in Einzel- und Gruppenagitation werden die Bedürfnisse in ihrer Doppelrolle als Produkte und Produktivkräfte erkannt. 3) In Einzel- und Gruppenagitation wird grundsätzlich alles von den Patienten »angebotene« Material bearbeitet. 4) Durch dies Medium von Einzel- und Gruppenagitation finden die objektiven äußeren Existenzbedingungen sowohl des einzelnen Patienten als auch des Patientenkollektivs als Ganzem Eingang in die kollektive Praxis. 5) Die Bearbeitung der Einzel- und Kollektivbedürfnisse ist nur im Zusammenhang zwischen Einzelagitation, Gruppenagitation und wissenschaftlichen Arbeitskreisen (gemeinsame Erarbeitung der notwendigen Theorie) möglich. 6) Die in diesem Zusammenhang in Einzel- und Gruppenagitation objektivierten Bedürfnisse der Patienten werden in Arbeitskreisen konzentriert und verallgemeinert zum Kollektivbedürfnis als Einheit von Bedürfnis und politischer Arbeit (politische Identität). 7) Form und Inhalt der Arbeitskreise werden durch die entwickelten Bedürfnisse der Patienten bestimmt. Als

bestimmende und weitertreibende Methode hat sich die Hegelsche Dialektik und die Marxsche Kritik der politischen Ökonomie erwiesen. 8) Im Prozeß von Einzel-, Gruppenagitation und Arbeitskreisen werden spezielle Kenntnisse und erlernte Fähigkeiten der einzelnen Patienten, insbesondere auch der ärztlichen Funktionsträger unter ihnen, sozialisiert und das durch die unterschiedliche Erziehung und Ausbildung bedingte Bildungsgefälle im SPK abgebaut.« (SPK 1972, S. 17f.)

Die Einzelagitation ist die notwendige Vorbedingung und Ergänzung zur Gruppenagitation, eine SPK-Patientin muss erst diese Station durchlaufen haben, um an der Gruppenpraxis teilzunehmen:

»Es wurde angestrebt, daß möglichst alle sowohl an einer Einzelagitation als auch an einer Gruppenagitation teilnehmen; bedarfsweise wurden neue Gruppen (max. 12 Patienten) eingerichtet. Gruppenagitation ohne Einzelagitation war grundsätzlich ausgeschlossen.« (SPK 1972, S. 41)

Insofern haben die ärztlichen Funktionsträger des SPK ebenso wie in anderen therapeutischen Kontexten trotz des Ansatzes der Sozialisierung der therapeutischen Funktionen eine Gatekeeper-Rolle, die bereits Parsons den Ärzten zuschrieb (Kendall 2010, S. 486). Auch in der Gruppenagitation geht es darum, in wissenschaftlichen Arbeitskreisen⁵⁴ geschulte Agitationserfahrene (SPK 1980a, S. III) verantwortlich, allerdings nicht hierarchisch übergeordnet in den Prozess der Kollektivherstellung einzubinden:

»2 der laufenden Therapiegruppen wurden durch die Patienten organisiert und stehen zu den ärztlichen Funktionsträgern, die ihrerseits keine Gruppenleitung praktizieren, sondern in die politisch bestimmte Gruppendynamik integriert sind, im Verhältnis organisierter Kontrolle durch Patienten.« (SPK 1980a, S. 3, Herv. i. O.)

»In jeder Agitationsgruppe waren einige Patienten, die am agitatorischen Prozeß schon mindestens drei Monate lang teilgenommen hatten. Sie waren, im Sinne des Multi-Fokalen Expansionismus, nach innen Foci, welche die sich zunächst im Bereich der Erscheinung bewegenden Äußerungsformen der Gruppenmitglieder auf den Begriff brachten, wobei sie umgekehrt die Gruppe wieder als Brennpunkt ihrer eigenen

54 Die Arbeitskreise, die Orte der Wissenssubjektconstitution, leisten also anscheinend direkte Abhilfe für die therapeutisch-agitatorische Praxis, indem sie nicht nur die Theorie aufarbeiten, sondern auch die Patienten auf die gemeinsamen Analysewillen in den Agitationseinheiten einstimmen: »Gegenstand der gemeinsamen Lektüre und Diskussion in den SPK-Arbeitskreisen waren ›Die Phänomenologie des Geistes‹ und die ›Wissenschaft der Logik‹ von Hegel, ›Das Kapital‹ von Marx, die ›Einführung in die Nationalökonomie‹ von Luxemburg, ›Der Einbruch der Sexualmoral‹ und die ›Massenpsychologie des Faschismus‹ von Reich, ›Geschichte und Klassenbewußtsein‹ von Lukács, der ›Versuch über den Gebrauchswert‹ von Kurnitzky. Texte von Mao, Marcuse, Lenin, Spinoza und anderen wurden von vielen Patienten gelesen und in die kollektive Arbeit eingebracht. [...] Diese kollektive Aneignung und der Prozeß, der zu ihr führt, ist selbst schon ein Schritt, ein konkreter Übergang von der passiven Konsumhaltung zur aktiven Entfaltung der dialektischen Einheit von Konsumt und Konsumgegenstand, eine aktive und aktivierende Aufhebung der Subjekt-Objekt-Beziehung Wissenschaft-Mensch in der bedürfnisorientierten Aneignung und Funktionalisierung von Wissenschaft durch die Patienten« (SPK 1972, S. 45f.).

Äußerungen begreifen lernten. Dies war ein fortschreitender wechselseitiger Prozeß.«
(SPK 1972, S. 42)

Nicht nur die Agitationserfahrenen unterziehen sich einer durch die Gruppe vermittelte ständigen Überprüfung ihrer Rolle und beteiligen sich an der Durcharbeitung der Verhältnisse (dies würde in einem klassischen therapeutischen Verhältnis nicht stattfinden oder maximal in die Supervision ausgelagert, vgl. z. B. Balint 1957). Dies gilt ebenso für jede einzelne Nichterfahrene und für die Gruppe als Ganze:

»Indem er [der Patient, HG] seine Erfahrungen in Gruppen- und Einzelagitation im dialektischen Wechselspiel mit den übrigen Kollektivmitgliedern durcharbeitet, und dadurch insbesondere die Erfahrung macht, daß er sich nicht nur der Gesellschaft gegenüber verpflichtet, sondern daß umgekehrt die Gesellschaft sich um seinetwillen verändern muß.« (SPK 1980a, S. III)

»Im Sinne einer sozialistischen Therapie ist es unbedingt notwendig, daß der Patient die ihm allenthalben aufoktroierte Konsumhaltung, die sich zunächst in seinem Verhalten gegenüber dem Therapeuten reproduziert, aufgibt. Es muß klar sein, daß sich diese Passivität nur auf dem Weg über die Bewußtmachung zur Erkenntnis ihrer Ursachen entfaltet und dann zum Bewußtsein der Notwendigkeit der Aktivität transformiert werden muß. Der dialektische Prozeß zwischen den Gegensätzen Aktivität und Passivität muß auf die Spitze getrieben werden bis in der Identität dieser Gegensätze jene neue Qualität entsteht, die nur darin bestehen kann, daß jeder Patient Therapeut seiner selbst und anderer Patienten wird.« (SPK 1980a, S. 6)

Die Patientenkollektivherstellung auf Ebene der ›Agitation-anstatt-Therapie‹ lässt sich auf das Prinzip der Wechselseitigkeit von Beziehungsverhältnissen herunterbrechen: Diese ›dialektisch‹ vorgehende Arbeitsmethode hebt auf die Verflechtung von Reflexivität und Relation ab. Die Einzelne wird in der Gruppenagitation als reflektierter Teil des Ganzen sichtbar, einerseits in ihren tatsächlichen Kommunikationsbeziehungen innerhalb der Gruppe, andererseits als Teil der kognitiv vermittelten, theoretisch erarbeiteten Unterdrückungs-, Ausbeutungs- und Klassenlage. Das Ganze der Kommunikationsbeziehungen⁵⁵ innerhalb der Gruppe sowie das Ensemble durchanalysierter ge-

55 Die Kommunikationsbeziehungen werden zusätzlich verregelt, indem bestimmte kommunikative Vorkehrungen getroffen werden: Die Gespräche der Einzel- und Gruppenagitationen sind nur für die unmittelbar Beteiligten zugänglich, es wird also eine Art vertrauensvoller Schutzraum etabliert (SPK 1972, S. 39). Es wird darauf Wert gelegt, den persönlichen ›Schwierigkeiten‹ der Einzelnen respektvoll gegenüberzutreten und zu vermeiden, dass sie als »Grundlage für Geschwätz, Konkurrenz und moralische Verurteilung Einzelner ausgeschlachtet werden.« (Ebd.) Außerdem wird sich am schwächsten Glied der Gruppe orientiert, dies kann entweder jemand sein, der am wenigsten redet, oder aber jemand, der am meisten redet, weil er sein Unvermögen, sich der Gruppe zu offenbaren, beweist (SPK 1972, S. 41). So wird offenbar ermöglicht, dass auch tabuisierte Themen wie Sexualität, Homosexualität, Drogenprobleme und Konflikte mit der Familie zur Sprache kommen können (Pross 2016, S. 241). Ob diese Verregelungen zu einer egalitären und geschützten Diskussionskultur tatsächlich umgesetzt worden sind, ist umstritten (vgl. Pross 2016, S. 221ff.) – allerdings entsteht der Eindruck, dass nur eine wohldisziplinierte Gruppe zur Revolutionierung der Verhältnisse im Kleinen und Großen fähig zu sein scheint.

sellschaftlicher Verhältnisbeziehungen tauchen vermittelt durch den und verkörpert in dem Einzelnen in der Gruppensituation wieder auf. Diese Reflexion und Aufhebung des Einzelnen im Ganzen und die Kristallisierung des Ganzen im Einzelnen macht die besondere Herstellung des SPK-Kollektivs auf Subjektverhältnisebene aus. Individualisiert und totalisiert wird nicht nur auf der theoretischen Ebene der Regierungsprogrammerkklärung im Sinne einer politischen Identität (s.o.), sondern es wird danach gesucht, Individuum und Gruppe fast bis zur Ununterscheidbarkeit in der subjektiven und objektiven Analyse aufzuheben. Subjektkonstitutionstheorie und Subjektkonstitutionspraxis folgen also dem gleichen Prinzip und verschachteln sich so miteinander, dass auch diese beiden Eckpunkte der SPK-Rationalität zu einer Einheit gelangen können, die letztlich die Revolution anschiebt. Diese Ausführungen sollen den Sog einer ›kalten Logik‹ entwickeln und liefern ein einfaches Rezept für das Problem, wie einzelne Subjekte zu einem Kollektivsubjekt praktisch zusammengeschnürt werden können. Es wird zwar Rücksicht auf den Einzelnen genommen, man muss sich aber dem Identitätsgedanken gemäß nicht mehr mit Differenzen in persönlichen Betroffenheits- und politischen Interessenlagen beschäftigen. Denn Betroffenheitslagen werden durch diese Synthetisierung mitaufgehoben, sie stellen auf Symptomebene kaum mehr einen Hinderungsgrund für subjektive und politische Mobilisierung dar. Unterschiedliche Interessenslagen und die Verständigung über legitime und umsetzbare Mittel zur politischen Zielerreichung spielen für den Zusammenhalt des Kollektivsubjekts auf Subjektverhältnisebene ebenfalls keine Rolle, sie sind klassen- und revolutionstheoretisch zweifelsfrei abgesichert (vgl. weiter oben). Diese Konsequenzen gilt es, im Blick zu behalten, denn die Fragen nach der Form der Betroffenheit, nach der Ähnlichkeit von Betroffenheitslagen und nach der Entwicklung politischer Interessenbildungen sowie Solidaritätsbeziehungen stellen für andere Patientenkollektive eine große Komplexitätsherausforderung dar, die das SPK durch seine theoretischen Deduktionen schlichtweg ›wegdialektisiert‹. Es lässt sich argumentieren, dass in genau dieser Hinsicht das SPK als radikale Patientenorganisation verstanden werden sollte: Als eine radikale Patientenorganisation und politische Organisation ist es nicht in erster Linie wegen seiner aufmüpfigen Aktionen gegenüber den Institutionen und den späteren terroristischen Aktivitäten anzusehen, sondern wegen seines unbedingten Willens, Betroffenheit, Interesse und Mittel der Zielerreichung als politisches Kollektivsubjekt geschlossen, eingeebnet und widerspruchsfrei zu halten.

6.3 Zusammenfassung

Im Abschnitt 6.2 wurden die Konstitutionsweisen des kollektiven Patientensubjekts des SPK mithilfe der Achsenanalyse aufgearbeitet. Dadurch konnte gezeigt werden, wie die Beschreibung von Patientenkonzeptionen, Selbstregierungsversuche nach innen und politische Abgrenzung nach außen sowie verschiedene Machtbezüge, Wissensbestände und die Verfassung kollektiv-dialektischer Subjektverhältnisse das SPK formen. Nun gilt es, einen Zwischenvermerk zu hinterlassen, der den genealogischen Anspruch der Betrachtung des SPK konkretisiert.