

1 Geschichte und Gegenwart der Sozialen Psychiatrie

1.1 Zum Selbstverständnis der Sozialen Psychiatrie

Wenn über die Psychiatrie gesprochen wird, dann ist damit in der Regel jene Teildisziplin der Medizin gemeint, die sich mit der Diagnostik, Erforschung und Behandlung psychischer Störungen befasst. In fast allen Lehrbüchern der Psychiatrie liegt der Schwerpunkt auf der Darstellung psychischer Krankheiten, ihrer psychopathologischen Einordnung sowie ihrer somatischen Behandlung, ergänzt durch psychotherapeutische Verfahren. Die angemessene fachliche und soziale Begleitung seelisch erkrankter Menschen außerhalb der Kliniken, die vielfältige Landschaft der Eingliederung und der Prävention werden meist nur am Rande dargestellt.

Mit diesem Buch möchten wir die Perspektive drehen und den Blickwinkel erweitern: Das Spektrum sozialpsychiatrischen Handelns soll in den Vordergrund gerückt und das psychiatrische Feld im sozialen Kontext geschildert werden. Denn psychisch erkrankte Menschen zu verstehen und ihnen angemessen zu begegnen, ist längst nicht mehr Aufgabe der klinischen Psychiatrie allein. Neben medizinischen, psychologischen und pflegerischen Leistungen werden heute bedeutende Aufgaben der psychiatrischen Hilfen durch Sozialarbeiterinnen, (Heil-)Pädagoginnen, Heilerziehungspfleger, Ergotherapeuten, Musik- und Kunsttherapeutinnen wahrgenommen. Für diese Berufsgruppen ist es notwendig, Kenntnisse der psychiatrischen Krankheiten zu besitzen, Formen und Felder der Behandlung sowie mögliche Hintergründe psychischer Störungen zu kennen. Ebenso wichtig ist es, die soziale Dimension seelischen Leids zu begreifen, sich in die Konzepte und Methoden der sozialpsychiatrischen Begleitung einzuarbeiten und einen Zugang zu den subjektiven Lebensweisen und Lebenswelten psychisch erkrankter Menschen und ihrer Familien zu gewinnen.

Bisweilen wird die sozialpsychiatrische Bewegung auf eine bestimmte Phase der neueren Psychiatriegeschichte reduziert, als ein besonderes Bemühen darin bestand, die Mauern der alten Anstalten zu überwinden und langfristig hospitalisierte Menschen in die Gemeinde zurückzuführen. Richtig ist, dass die sozialpsychiatrische Idee einen erheblichen Teil ihrer Wirkungskraft aus der kritischen Analyse der unwürdigen Verhältnisse in der traditionellen Psychiatrie zog. Die gesellschaftliche Ausgrenzung psychisch erkrankter Menschen aufzuheben und allen, auch den chronisch Erkrankten, ein Leben inmitten der Gemeinschaft zu ermöglichen, ist weiterhin das Ziel der Sozialen Psychiatrie. Doch die Soziale Psychiatrie – und wir verwenden den Ausdruck sehr bewusst

und gehen damit über Begriffe wie »sozialpsychiatrischer Ansatz« oder »gemeindenaher Psychiatrie« hinaus – ist keine Alternative zu den Behandlungsformen der klinischen Psychiatrie, sondern ein umfassendes Konzept mit dem Ziel, die Lebenssituation psychisch erkrankter Menschen zu verstehen, zu respektieren und, wenn möglich und gewünscht, zu verbessern. Die Soziale Psychiatrie berücksichtigt soziologische, psychologische, biologische und rechtliche Aspekte; sie lässt sich nicht als einheitliches Verfahren formulieren, sondern geht auf die individuellen, familiären und die örtlichen sozialen Gegebenheiten ein; sie steht für eine Vision und ist ein Projekt der konkreten Gestaltung zugleich. In jeder Hinsicht ist sie den Worten von Klaus Dörner verpflichtet: »Die Psychiatrie ist eine soziale – oder sie ist keine!«

Wer nämlich das psychiatrische Feld über einen längeren Zeitraum erkundet und die Begegnung mit den betroffenen Menschen nicht scheut, der begreift immer mehr, dass naturwissenschaftlich-medizinische oder psychodynamische Konzepte nicht ausreichen, um ein umfassendes Verständnis von psychischen Krisen und ihren Bewältigungsversuchen zu erlangen. Die Erkrankung der Psyche ist immer auch eine psychosoziale Notlage, die einen akzeptablen Ort der Begegnung, der Begleitung und der Unterstützung braucht. Genau darin besteht die primäre Aufgabe der Sozialen Psychiatrie. Sie

- erkennt die Verschiedenheit, Andersartigkeit und Besonderheit eines jeden Menschen und die damit verknüpfte Reichhaltigkeit des Lebens als gesellschaftlichen Wert an;
- studiert die Wechselwirkungen zwischen sozialen, psychologischen und biologischen Faktoren und reflektiert die Situation der psychiatrischen und sozialen Unterstützung psychisch erkrankter Menschen und ihrer Angehörigen;
- konzipiert bedarfsgerechte Hilfen für alle Menschen, die in psychische Krisen geraten sind und unterstützt sie und ihr Umfeld in der konstruktiven und eigenverantwortlichen Konfliktbewältigung;
- analysiert das soziale Netz, die Wohn- und Arbeitssituation und die gesellschaftliche Teilhabe des psychisch erkrankten Menschen, um zu einem vertieften Verständnis der Erkrankung und zu einer angemessenen Form der Behandlung zu gelangen;
- achtet darauf, Fremdbestimmung und Entmündigung zu vermeiden und Selbstbestimmung zu ermöglichen; dazu ist ein gemeinsames Vorgehen und – bei Eingriffen in die Persönlichkeitsrechte – die Beschränkung der Interventionen auf unhaltbare Situationen notwendig;
- bezieht diejenigen, die Erfahrungen mit psychischen Krisen und psychiatrischen Behandlungen besitzen, in die Planung und Realisierung von Unterstützungsangeboten und Fortbildungen mit ein;
- strebt durch Tagungen und Fortbildungen eine immer neu zu reflektierende Grundlage aus Kenntnissen, Kompetenzen und Haltungen der sozialpsychiatrischen Praxis an.

Soziale Psychiatrie ist also keineswegs eine Angelegenheit der Professionellen allein – im Gegenteil, sie entwickelt nach Möglichkeit die Konzepte, Hilfeformen

und Einrichtungen gemeinsam mit den Psychiatrie-Erfahrenen und den Angehörigen. Bei der Einschätzung dessen, was sozialpsychiatrisch wünschenswert und notwendig ist, gibt es naturgemäß unterschiedliche Auffassungen – trotz vieler gemeinsamer Positionen auch manchen Dissens in sozialpolitischer, konzeptioneller und methodischer Hinsicht. Nicht immer decken sich Theorie und Praxis, Anspruch und Wirklichkeit, und oft zeigt sich erst vor Ort, ob die Forderung nach respektvollem Umgang und fachlich fundierter Hilfe jedem Mitmenschen, auch dem schwer Erkrankten gegenüber, tatsächlich erfüllt wird.

In jedem Fall ist eine subjekt- und zugleich am Gemeinwesen orientierte Sichtweise Bestandteil der Sozialen Psychiatrie. Sozialpsychiatrisches Handeln setzt ein Verständnis der Lebenswelten, der individuellen Lebensmöglichkeiten und Lebensgestaltungen, aber auch der Grenzen von Erträglichkeit voraus. In diesem Sinne ringt die Soziale Psychiatrie – im Spannungsfeld zwischen individuellem psychischen Leid einerseits und Erwartungen und Toleranzen des gesellschaftlichen Umfeldes andererseits – um eine angemessene Position der Hilfe, Begleitung und Versorgung. Schließlich impliziert sozialpsychiatrisches Denken und Handeln auch einen ethischen und sozialpolitischen Aspekt, der mit dem Bemühen um die gesellschaftliche Gleichstellung und Gleichbehandlung chronisch psychisch Kranker mit körperlich Kranken verbunden ist.

Leitgedanken der Sozialen Psychiatrie besitzen eine grenzüberschreitende Dimension und sind Teil eines internationalen Diskurses – wie überhaupt die Entwicklung der Sozialen Psychiatrie nicht ohne den Blick »über den Tellerrand hinaus« denkbar ist. Erst durch den vertieften Austausch von Erkenntnissen der Psychiatrieentwicklung im internationalen und transkulturellen Vergleich war und ist es möglich, eigene Strukturen und Handlungsweisen kritisch zu hinterfragen und Ideen und Konzepte – z. B. aus England, den USA, Italien, Skandinavien und anderswo – zu prüfen und daraus entstehende Anregungen zu integrieren.

In den folgenden Ausführungen wird dargestellt, wie die Soziale Psychiatrie frühere Formen der Verwahrung abgelöst und an ihre Stelle eine breite Infrastruktur gemeindenaher Institutionen gesetzt hat. Man könnte von einer Vervollständigung der psychiatrischen Behandlung in sozialer Hinsicht durch die Herstellung lebensnaher Orte der Unterstützung und der Begegnung mit psychisch erkrankten Menschen sprechen. Doch abgeschlossen ist diese Entwicklung nicht – und kann es gar nicht sein, denn fachliche Erkenntnisse, gesellschaftliche Rahmenbedingungen und Bedürfnisse des einzelnen Menschen wandeln sich. Zur Sozialen Psychiatrie gehört daher die Bereitschaft, Unterstützungsformen dynamisch und flexibel zu gestalten. Gleichzeitig bedarf es einer grundsätzlichen sozialpsychiatrischen Haltung, einer Parteinahme für die Anliegen der psychisch Erkrankten und ihrer Familien, um der Tendenz zur gesellschaftlichen Ausgrenzung von Menschen mit psychischen Besonderheiten konsequent und täglich neu entgegenzutreten.

1.2 Skizzen zur Geschichte der Psychiatrie

»Stellen Sie sich ein geräumiges Gebäude vor, erhaben und elegant, umgeben von weitläufigen und hügeligen Ländereien und Gärten. Das Innere ist mit Galerien, Werkstätten und Musikzimmern eingerichtet. Die Fenster lassen Sonne und Luft herein, öffnen den Blick auf Sträucher und Felder und Gruppen von Arbeitenden, ohne Behinderung durch Fensterläden oder Gitter; alles ist sauber, ruhig und einladend. In dieser Gemeinschaft gibt es keinen Zwang und keine körperliche Züchtigung« (zit. n. Porter 2005).

Die Idee eines angemessenen Ortes der Begegnung und einer menschenwürdigen Form der Behandlung psychisch erkrankter Menschen ist, wie wir sehen, keine Errungenschaft unserer Tage. Die zitierten Zeilen wurden 1837 vom Direktor des Royal Montrose Lunatic Asylums in Schottland, William Browne, formuliert. Auch in früheren Zeiten suchte man unter jeweils unterschiedlichen gesellschaftlichen Bedingungen nach Antworten auf die Frage, wie seelische Krankheiten zu verstehen und zu behandeln seien. Die Entwicklung der Psychiatrie ist also keineswegs ein gradliniger Aufstieg aus dunkler Vorzeit in die helle Gegenwart. Und nur andeutungsweise lässt sich die Ungleichzeitigkeit des Gleichzeitigen schildern, die auf diesem Gebiet so häufig anzutreffen ist: Während nämlich an einem Ort neue Erkenntnisse, Konzepte und Formen der psychiatrischen Unterstützung in die Tat umgesetzt werden, leben zur gleichen Zeit an anderer Stelle Menschen unter Bedingungen, an denen der Fortschritt in fachlicher und menschlicher Hinsicht vollkommen vorbei gegangen ist. Diese Entwicklung wird hier nur knapp skizziert in dem Wissen, dass die Auswahl an Daten, Fakten und Impressionen subjektiv und diskutierbar ist.

Dokumente aus der Antike deuten darauf hin, dass Menschen mit auffälligen Störungen oder Behinderungen bei öffentlichen Veranstaltungen geradezu »vorgeführt« wurden und zur Belustigung von Festgesellschaften dienten. Bisweilen lösten verrückte Handlungen aber nicht nur Spott, sondern auch Verehrung aus, wenn sie mit mystischen oder religiösen Aspekten in Zusammenhang gebracht wurden. Manche Philosophen im antiken Griechenland glaubten an die heilende Wirkung des Dialogs und sahen Körper und Seele als Einheit. In Ägypten setzte man auf den »Heilschlaf« im Tempel zur Behandlung psychischer Störungen. Hippokrates entwickelte mit seiner Lehre von den Körpersäften ein eher psychosomatisches Konzept: Blut (sanguinischer Saft), Phlegma (phlegmatischer Saft), gelbe Galle (cholischer Saft) und schwarze Galle (melancholischer Saft) seien für die innere Verfassung des Menschen ausschlaggebend: Ein unausgewogenes Verhältnis dieser vier Säfte führe zu Weinkrämpfen und Angst oder zu Tobsucht und Wahnsinn. Galenus aus Pergamon legte ein erstes umfangreiches medizinisches Gesamtwerk vor und beschrieb darin psychische Auffälligkeiten als Stauungen von Harn und Samen.

Im Mittelalter sah man in bösen Geistern die Verursacher psychischer Krankheiten. Dass schwerwiegende Lebensereignisse, Krisen und Konflikte zur Entstehung seelischer Störungen beitragen könnten und dass in jedem Men-

schen die Anlage dazu vorhanden sein könnte, war unvorstellbar. Die Seele könne nicht erkranken, so stellten Albertus Magnus und Thomas von Aquin übereinstimmend fest, denn andernfalls müsste der Gedanken an ihre Unsterblichkeit aufgegeben werden. Folglich konnte es sich bei psychischen Veränderungen nur um Formen der Besessenheit handeln: Ein Dämon sei in den Wahnsinnigen gefahren und treibe dort sein Unwesen. Um Zugang zu den bösen Geistern zu erlangen und sie aus den Körpern zu treiben, wandte man alle erdenklichen Formen der Austreibung an: Brechmittel, Abführmittel, Aderlasse oder Verbrennungen der Kopfhaut. Manche glaubten, den Schädel öffnen und bestimmte Hirnregionen chirurgisch behandeln oder gar Steine des Wahnsinns aus dem Hirn herauszuschneiden zu müssen. (Es lässt sich unschwer denken, dass der Operierte nach einem solchen Eingriff tatsächlich sehr verändert war.) In Zeiten der Inquisition verdichtete sich die Auffassung von Wahnsinn als Besessenheit dahingehend, dass psychisch Erkrankte nun der Folter, dem Exorzismus und der Verbrennung auf dem Scheiterhaufen ausgesetzt waren. Auch Luther bezeichnete in seinen Tischreden wahnsinnige Menschen als Kinder des Satans, die aus der Vereinigung von Dämonen und Hexen hervorgegangen seien; ihre Tötung sah er als gottgefälliges Werk an. Der Schriftsteller Daniel Defoe vertrat eine andere Auffassung: Menschen, die man als verrückt bezeichnete, sollten nicht ausgegrenzt, gefoltert und verachtet werden. Er plädierte dafür, aus staatlichen oder privaten Initiativen Irrenhäuser zu bauen, um Menschen mit psychischen Störungen ungeachtet ihrer Herkunft darin aufzunehmen und unter fachlicher Anleitung zu pflegen.

Die ersten Spitäler für psychisch kranke und behinderte Menschen in Europa wurden im 15. Jahrhundert in Spanien gegründet, mit starkem Einfluss arabischer Vorbilder. In Bagdad und Damaskus kannte man schon seit dem 9. Jahrhundert Abteilungen für psychisch Kranke in Krankenhäusern. In Deutschland gehörten die Klöster Haina und Merxhausen sowie das Hospiz in Würzburg und das Spital in Bayreuth zu den ersten Orten, an denen Menschen mit seelischen Erkrankungen behandelt wurden. Englands älteste Einrichtung für psychisch erkrankte und behinderte Menschen war das Bethlem Hospital in London. Die Tatsache, dass psychische Auffälligkeiten auch in höchsten Gesellschaftsschichten auftraten, führte dazu, dass zunehmend Ärzte und nicht mehr Geistliche mit der Diagnose und der Therapie der seelischen Störungen beauftragt wurden. Als man beim englischen König Georg III. Anfälle von Wahnsinn feststellte und diese sogar am Inhalt seines Nachtgeschirrs voraussagen konnte (als Alarmsignal galt sein dunkelrot bis blau gefärbter Urin, der auf eine Stoffwechselstörung hinwies), ließ sich die Erkrankung nicht länger als göttliche Strafe deuten. Bei Spaniens König Philipp V. wusste man zwar nichts über die Ursachen seiner manisch-depressiven Störung, konnte an ihm jedoch die heilsame Wirkung der Musiktherapie studieren.

Unterschiedlichste Ideen entstanden im 17. und 18. Jahrhundert bezüglich der sogenannten »vapeurs«, der Nervenkrankheiten: Man erforschte die Reflexe, erörterte die Wirkung des Magnetismus, stellte gewagte Thesen über die Ursachen psychischer Erkrankungen auf. Die Polizeiordnungen der Städte verlangten, dass alle Verrückten, Siechen, mit »abscheulichen Leibesschäden oder

der hinfällenden Seuche« beladenen Menschen außerhalb der Stadtmauern zu bleiben hätten. Gelang es nicht, die Betroffenen zu vertreiben, wurden sie mit Kriminellen und Bettlern in die Räume der Stadttore eingeschlossen. Dankbar war man den kirchlichen Einrichtungen, die draußen vor den Toren der Städte ihre Klöster für die Verwahrung kranker und behinderter Menschen öffneten. Das Bürgertum tendierte dazu, den Wahnsinn mit hohen Mauern zu umgeben, um sich der Angst vor dem Verlust der Ordnung zu entledigen. Zahlreiche Asyle für psychische Erkrankte und Behinderte entstanden in Europa zwischen 1760 bis 1830 und zeugen von der Furcht vor Geisteskrankheit und Unvernunft. In der aufziehenden bürgerlichen Ordnung mit ihren Grundsätzen der Arbeit und Disziplin, des Rechts und der Vernunft hatten psychische Auffälligkeiten in der Mitte der Gesellschaft keinen Platz. Man grenzte Kranke und Verrückte aus in der Illusion, damit selbst heil und ungefährdet zu sein. Gleichzeitig beschäftigte man sich intensiver denn je mit dem Wahnsinn und suchte nach mechanischen, moralischen oder medizinischen Mitteln zur Eindämmung jeglicher Verrücktheit.

Vielorts wurden Drehmaschinen, Tauchkörbe, hohle Räder, Käfige, Zwangsjacken und Zwangsmasken sowie eisige Bäder und Hungerkuren eingesetzt, um die Unvernunft zu bezwingen. Der Psychiater Reil war der Ansicht, man müsse uneinsichtige und unmotivierte Patienten durch Schockverfahren gefügig machen; er tauchte sie in kaltes Wasser, stürzte sie in einen Fluss oder zündete alkoholgetränkte Felle an ihnen an, um den Wahnsinn schockartig zu bekämpfen. In Wien stellte man astronomische Überlegungen an, errichtete ein Asyl für psychisch Erkrankte in Form eines Turms, da Kaiser Joseph II. von der heilsamen Wirkung gewisser Zahlenkonstellationen und daraus abgeleiteter architektonischer Maßnahmen überzeugt war. In Paris befreite der Reformier Pinel die Patienten in den Spitälern Bicêtre und Salpêtrière von ihren Ketten mit den Worten: »Die Irren sind keine Schuldigen, die man bestrafen muss, sondern Kranke, die alle Rücksicht verdienen, die wir leidenden Menschen gegenüber schuldig sind.« Er sorgte für hygienische Verhältnisse, entwickelte neue Krankheitskategorien und unterschied erstmals organische Hirnerkrankungen von Störungen der Persönlichkeit, bei denen der Verstand intakt blieb. Sein Nachfolger Esquirol legte ein umfangreiches Lehrbuch des Geisteskrankheiten (Des maladies mentales) vor und erkannte bei einigen Krankheitsbildern psychosoziale Ursachen. Seine Vorschläge zur Rechtsstellung psychiatrischer Patienten und seine Behandlungskonzepte sahen sozialpsychiatrische Reformen vor. In England sollten psychisch Erkrankte in dem von William Tuke gegründeten Retreat in York Schutz genießen und in freundlicher Atmosphäre geheilt werden. Auch Robert G. Hill und John Conolly lehnten Zwangsmaßnahmen ab und propagierten die Öffnung der Türen und die Entwicklung sozialpsychiatrischer Maßnahmen; Conollys Abhandlung »The Treatment of the Insane without Mechanical Restraint« wurde ins Deutsche übersetzt und veranlasste auch deutsche Psychiater, nach England zu reisen und die dortige Behandlung ohne Zwangsmittel kennen zu lernen.

Im 19. Jahrhundert nahmen die Kenntnisse auf dem Gebiet der Medizin und damit auch der Psychiatrie enorm zu. So wurden Infektionskrankheiten und

ihre Auswirkungen auf die Psyche erforscht, bipolare affektive Störungen detailliert beschrieben, auch das Delirium tremens, der Verfolgungswahn und die Anorexia nervosa gerieten in den Blick der Experten. In Deutschland setzte ein Disput zwischen den sogenannten Psychikern und den Somatikern ein: Während die Psychiker die Auffassung vertraten, dass es sich bei psychischen Krankheiten um Störungen der Seelenkräfte handle, behaupteten die Somatiker, dass alle Geisteskrankheiten eigentlich körperliche Krankheiten seien oder von diesen beeinflusst würden. Die Psychiker gingen von der »Freiheit der Seele« aus; für sie standen psychische Erkrankungen mit sündhaften Gedanken und Handlungen in Verbindung. Ihre Orientierung an der Vernunft und ihren inneren Wirkungskräften wurde bisweilen auch als »romantische Psychiatrie« bezeichnet, doch waren die Formen der Behandlung und die Orte, an denen sie erfolgte, alles andere als »romantisch« und der Versuch der moralischen Einwirkung auf die Geisteskräfte oft sehr drastisch und quälend.

Die Gruppe der Somatiker wurde von dem Gründer der Anstalt in Siegburg, Maximilian Jacobi, und von Wilhelm Griesinger geprägt. Griesingers Lehrbuch »Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten« von 1845 enthielt den Satz »Alle Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten«; sein Streben war ganz auf die Etablierung der Psychiatrie als Teildisziplin der Medizin gerichtet. Indem er sich gegen die metaphysisch-spekulativen bzw. romantischen Ideen der Psychiker wandte und die mechanischen und moralischen Torturen ablehnte, gab er den psychisch erkrankten Menschen den Status von Patienten zurück, die nach wissenschaftlichen Erkenntnissen zu behandeln sind. Mit seinen Vorschlägen zur Gründung von Stadtasylen setzte er erste Impulse für eine gemeindenahe Psychiatrie. Sein größtes Interesse aber galt der Hirnpathologie. In psychischen Krankheiten sah er vor allem progressive Prozesse, deren Ursachen nur durch intensive Hirnforschung zu ermitteln seien. Damit setzte er eine Entwicklung in der deutschen Psychiatrie in Gang, die das späte 19. und 20. Jahrhundert prägen sollte: Die zahlreichen neuen Psychiatrischen Universitätskliniken widmeten sich der neuropathologischen Forschung und interessierten sich mehr für die Krankheiten als für die Kranken. Den Provinzial-Irrenanstalten auf dem Lande überließ man die Verwahrung jener Menschen, die der Wissenschaft nicht interessant genug erschienen und die man für lediglich pflegebedürftig hielt.

Der Wunsch nach sicherer Verwahrung »irrer Elemente« führte überall im Deutschen Reich zu verstärkten polizeistaatlichen Maßnahmen und ließ die Zahl der Heil- und Pflegeanstalten rasch steigen: von 93 Anstalten mit 33000 Patienten im Jahr 1877 auf 180 Anstalten mit 112000 Patienten im Jahr 1904. Um die Qualität der Pflege war es meist nicht besonders gut bestellt: Ausgediente Soldaten oder andere ungelernete Kräfte leisteten den Wärterdienst; sie schliefen in riesigen Schlafsälen zusammen mit den Patienten, ihnen wurde weder Freizeit noch Anspruch auf Urlaub zugestanden, Heirat und Gründung eines eigenen Hausstandes war ihnen untersagt.

Die deutliche Zunahme zu betreuender seelisch erkrankter Menschen veranlasste auch die Kirchen, sich wieder stärker auf diesem Gebiet zu engagieren: Katholische Häuser der Alexianer und Franziskaner und evangelische Einrich-

tungen in Bethel und andernorts nahmen sich psychisch erkrankter, behinderter und alkoholabhängiger Menschen an oder erweiterten ihre Anstalten. Der Schwerpunkt der Behandlung lag besonders auf der Arbeitstherapie, die medizinische Versorgung spielte kaum eine Rolle. Immerhin setzten sich einige Psychiater wie der Erlanger Anstaltsdirektor Kolb für die Betreuung psychisch erkrankter Menschen in der offenen Fürsorge ein oder entwickelten neue Formen der Familienpflege, die z. B. im belgischen Gheel gute Erfolge zeigte. Eine aktivierende Krankenbehandlung, so stellte Hermann Simon in Gütersloh fest, könne Langzeitpatienten aus der »Krankenversunkenheit« holen und sie wieder in offene Formen der Betreuung führen. Wer allerdings nicht arbeitsfähig war, galt rasch als unnütz und minderwertig. Ökonomische Fragen bestimmten mehr und mehr das psychiatrische Denken. Mit der »Gesellschaft für Rassenhygiene« organisierte sich 1905 der Kreis derer, die sozialdarwinistische Vorstellungen in die psychiatrische Lehre trugen. Die Direktorenposten der Heil- und Pflgeanstalten und die Lehrstühle der Universitätspsychiatrie wurden fast ausschließlich besetzt von Vertretern der Degenerationslehre, für die Geisteskrankheiten nichts anderes als vererbte Defekte waren, die man isolieren und aus dem »Volkskörper« eliminieren müsse.

Schon 1918 schrieb der führende Kopf der deutschen Psychiatrie, Emil Kraepelin: »All die zahlreichen Schöpfungen menschlichen Mitleids, die darauf abzielen, auch das Leben der Kranken, Schwachen, Untauglichen nach Möglichkeit zu erhalten und menschenwürdig zu gestalten, haben ohne Zweifel die unerfreuliche Folge, dass sich unserem Nachwuchs dauernd ein breiter Strom minderwertiger Keime beimischt, der eine Verschlechterung der Rasse bedeutet« (Kraepelin 1918). Robert Gaupp sprach vor dem Deutschen Verein für Psychiatrie von der »Herrschaft der Minderwertigen« und der »Bedrohung der deutschen Kultur«. Der Freiburger Ordinarius für Neuropathologie, Alfred Hoche, gab 1920 zusammen mit dem Juristen Karl Binding die Schrift »Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens« heraus. Binding und Hoche kamen zu dem Ergebnis, dass die Tötung »unheilbar Blödsinniger« legitim sei. Sie sprachen von »geistig Toten«, »Defektmenschen«, »leeren Menschenhülsen« oder »Ballastexistenzen« und schlugen vor, Gutachtergremien aus Ärzten und Juristen für die Entscheidung zur Tötung einzurichten. Auf solide Diagnostik und einfühlsame Behandlung verzichtete man mehr und mehr, zeitraubende Therapien wollte und konnte man sich nach dieser Auffassung sparen.

Mit dieser Auffassung ließ sich auch die psychoanalytische Bewegung bekämpfen, die von Wien ausging und international zahlreiche Anhänger fand. Freuds Erkenntnisse des Unbewussten, seine Ideen zur Entstehung neurotischer und psychosomatischer Leiden veränderten das psychiatrische Denken und Handeln vielerorts erheblich. Man sah darin einen neuen Ansatz, zwischenmenschliche Beziehungen besser zu verstehen und seelische Veränderungen auf diesem Hintergrund neu zu lesen. In vielen Ländern Europas und später auch in Nord- und Südamerika fand Sigmund Freud zahlreiche Anhänger im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich. Nicht so in Deutschland. Hier erteilten die führenden Vertreter der Psychiatrie wie Hoche und Kraepelin der Psychoanalyse eine scharfe Absage, empfanden sie als »abstoßend«, »durch

und durch unwissenschaftlich« und stellten sie als »Gefahr für das Nervensystem« dar. Tagungen und Fachzeitschriften nutzten sie für einen regelrechten Feldzug gegen die Psychoanalyse und bemühten sich darum, auf die Schweizer Psychiatrie und ihren renommiertesten Vertreter Eugen Bleuler einzuwirken, der in Zürich seine psychiatrische Arbeit mit den Erkenntnissen der Psychoanalyse zu verknüpfen versuchte. In der deutschen Psychiatrie setzte man hingegen ganz auf die Degenerationslehre und auf die Hirnforschung, die in den folgenden Jahren die Würde und schließlich das Leben der Patienten bedrohte und sie zu Forschungsobjekten rassehygienischen Denkens machte.

Das »Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses«, das am 1. Januar 1934 in Kraft trat, bildete den Auftakt zur Verfolgung psychisch erkrankter und behinderter Menschen. Alle Ärzte, Pflegekräfte und Fürsorgerinnen hatten dem Amtsarzt sämtliche Personen anzuzeigen, die ihnen »erbkrank« erschienen, wozu körperliche Missbildungen, Schizophrenien, manisch-depressive Erkrankungen, Veitstanz (Chorea Huntington), schwerer Alkoholismus sowie »angeborener Schwachsinn« gehörten. Die psychiatrischen Kliniken wurden zur Mitarbeit an den erbbiologischen und eugenischen Maßnahmen des nationalsozialistischen Staates verpflichtet, alle Anstaltsleiter zu Schulungskursen zur Vorbereitung der »Euthanasie« an die Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie nach München beordert. Viele Angehörige holten eilig ihre erkrankten oder behinderten Familienmitglieder nach Hause, um sie vor Zwangssterilisation und Ermordung zu schützen. Jüdische Psychiater und Psychoanalytiker wurden verhaftet oder flohen in die Schweiz, nach England, Skandinavien, in die USA und nach Südamerika, während in Deutschland führende Psychiater wie Rüdin, Heinze und Gorgass aktiv die Vernichtung psychisch kranker Patienten einleiteten. Die Tötung von Menschen blieb auch im »Dritten Reich« eine Straftat, doch fanden sich genug nazitreue Ärzte und Pflegekräfte, die das Ermächtigungsschreiben Hitlers an seinen Leibarzt (»dass nach menschlichem Ermessen unheilbar Kranken bei kritischer Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnadentod gewährt werden kann«) in die Tat umzusetzen bereit waren. Zur Durchführung der »Euthanasie« wurden mehrere Organisationen gegründet, die ihren Sitz in der Tiergartenstraße 4 in Berlin hatten und unter dem Namen Aktion T4 die Maßnahmen zu koordinieren hatten.

Im Herbst 1939, bald nach Kriegsbeginn, ergingen Meldebögen an alle psychiatrischen Anstalten, die den Eindruck erwecken sollten, allein zur Begutachtung der Arbeitsfähigkeit der Patienten zu dienen – während man zur gleichen Zeit in Berlin konkrete Zahlen der zu tötenden psychisch Erkrankten festlegte. Behinderte und psychisch kranke Kinder wurden durch einen »Reichsausschuss zur wissenschaftlichen Erfassung von erb- und anlagebedingten schweren Leiden« in sogenannte Kinderfachabteilungen eingewiesen; ihren Eltern sagte man, sie würden dort einer »*eingehenden fachärztlichen Überprüfung*« unterzogen; gemeint waren damit brutalste Forschungs- und Tötungspraktiken. Im Januar 1940 wurde in der Anstalt Brandenburg die Ermordung durch Gas erstmals an Psychiatriepatienten erprobt und in den folgenden Monaten auch in Grafeneck, Bernburg, Hartheim, Sonnenstein und Hadamar vorgenommen. Aus allen Anstalten des Landes wurden Erkrankte »verlegt«, die Angehörigen erhielten ei-

nen Bescheid der kriegsbedingten Verlegung und konnten das Schicksal ihrer Familienmitglieder nicht weiter verfolgen. Später erhielten sie dann die Todesnachricht, in der eine natürliche Todesursache (meist als Lungenentzündung) angegeben war.

Wenige Menschen hatten den Mut, sich gegen die immer offensichtlicheren Ermordungen zu stellen. Einige Ärzte der Anstalten bemühten sich, möglichst viele ihrer Patienten als arbeitsfähig darzustellen und so vor den nächsten Zugriffen zu schützen; einige kirchliche Vertreter wie der Lobtaler Pfarrer Braune und der Münsteraner Bischof Graf von Galen wendeten sich durch Predigten und Strafanzeigen gegen die »Euthanasie«. Ihr Protest blieb nicht folgenlos und wurde auch im Ausland wahrgenommen, doch ging die Ermordung an psychisch Erkrankten und Behinderten in den letzten Kriegsjahren weiter. In der Zeit von 1939 bis 1945 wurden in Deutschland und in den von Deutschen besetzten Gebieten ca. 200000 Menschen ermordet, weil sie psychisch krank oder geistig behindert waren – zunächst im Rahmen der Aktion T4 vor allem durch Gas, durch eine Überdosis Medikamente und in den letzten Kriegsjahren durch gezielten Nahrungsentzug. Einen Höhepunkt erreichten die Sterberaten in den letzten Kriegsmonaten bzw. nach Kriegsende: Sie stiegen auf rund 50 %, da in vielen Anstalten die Mitarbeiter geflohen waren und die Patienten ihrem Schicksal überlassen hatten.

Nach der Kapitulation Deutschlands änderten sich die Verhältnisse in der Psychiatrie zunächst nicht grundsätzlich. In den Kliniken nahm die Behandlung von Kriegsverwundeten größeren Raum ein als die psychiatrische Versorgung. Für seelisch Erkrankte war weder Platz noch Nahrung vorhanden; das Personal, wenn es denn noch vorhanden war, blieb weitgehend das gleiche wie zur NS-Zeit, nur wenigen Ärzten und Pflegekräften wurde für ihre Ermordungsgutachten bzw. -praktiken der Prozess gemacht. Kam es zur Anklage, wuschen die Beschuldigten ihre Hände in Unschuld und beteuerten, ganz im Sinne der psychiatrischen Wissenschaft gehandelt und geforscht zu haben. Gehirnsammlungen aus der NS-Zeit dienten Jahrzehnte später als Forschungsmaterial, einige Psychiater führten ihre Menschenversuche, die Tötungen einschlossen, auch nach 1945 unbehelligt fort.

Von den emigrierten Ärzten und Psychotherapeuten, die in den Ländern ihres Exils wichtige Impulse zur Erneuerung der Psychiatrie setzten, nahm die Nachkriegspsychiatrie auf deutschem Boden wenig Notiz. Die Emigrierten hingegen zog es kaum in ihre alte Heimat zurück. In ihrem neuen Wirkungskreis ließen sich medizinische, psychologische und soziologische Denkweisen besser integrieren als in deutschen Anstalten und Universitätskliniken, wo der Schwerpunkt der Behandlung weiterhin auf der Insulin-Koma-Therapie, dem Kardiazol-Schock und der Elektrokrampftherapie lag. 1952 kam die Psychopharmaka-Therapie hinzu, an die nicht nur Hoffnungen auf bessere Behandlungsbedingungen, sondern auch große Heilungserwartungen geknüpft waren. Erst in den 1960er Jahren wurden in Deutschland wieder internationale Forschungsergebnisse studiert und ausgewertet. Und man begann zu realisieren, dass die alten Anstalten nicht nur psychiatrische Erkrankungen ungenügend behandelten, sondern sie als »totale Institutionen« (Goffman 1961) oft erst erzeugten oder verstärkten.