

Die Entwicklung der Psychiatrie im Nachkriegsdeutschland (West), die Folgen des Nationalsozialismus und mein beruflicher Weg

Prof. Dr. med Heinrich Kunze

Tätigkeit	Prof. Dr. med Heinrich Kunze war bis März 2007 Ärtzl. Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen mit Standorten in Bad Emstal, Kassel und Hofgeismar & RPK Guxhagen; Vitos Kurhessen gGmbH
Vita	71 Jahre, geboren in Kreuztal (Kreis Siegen); 1959 – 1966 Medizin-studium an den Universitäten Bonn, Göttingen, Tübingen, Zürich, Tübingen; 1960: 6 Monate Werksemester Ev, Studienwerk Villigst/Schwerte, 1966 Promotion in Medizin, Tübingen, 1969 Diplom in Soziologie an der FU Berlin, 1981 Habilitation (extern: Dr. med. habil.) für das Fach Psychiatrie in Heidelberg, 1982 Umhabilitation (Privatdozent) nach Göttingen, 1990 apl. Professor; Stationen: Berlin, München, Denver (USA), London, Weinsberg/Heilbronn, Kassel
Ehrenamt	stellv. Vorsitzender der Aktion Psychisch Kranke e. V., Bonn (seit 1992), Bundesverdienstkreuz 1. Klasse (2009)
Familie	verheiratet, 1 Sohn und 2 Töchter, 6 Enkel
Freizeit	Familie, Wandern, Musik, auch aktiv Waldhorn
Motto	Kühner, als das Unbekannte zu erforschen, kann es sein, das Bekannte zu bezweifeln. (Watzlawick)



Mein Leben begann 1940, als die Nazis durch Krieg und »Euthanasie« Leben massenhaft vernichteten. Als ich 5 Jahre alt war, wurde der NS-Staat zwar militärisch besiegt, aber die geistigen und gesellschaftlichen Folgen waren noch Jahrzehnte wirksam. Diese beeinflussten die Entwicklung des Fachgebietes Psychiatrie und des Versorgungssystems sowie meinen Berufsweg stark. Als Antithese zur totalen Entwertung von Menschen mit schweren Beeinträchtigungen wurde für mich, der ich in einem evangelischen Elternhaus aufgewachsen war, der Wert und die Würde dieser benachteiligten Menschen besonders wichtig. Das war ein zentraler Punkt, weshalb mich die Psychiatrie mehr als andere somatische Fächer der Medizin interessierte. Deshalb wurde für mich der humane Umgang mit Patienten und die dafür notwendigen Reformen des Versorgungssystems zum zentralen Thema.

■ Medizinstudium

Als Medizin-Student seit 1959 begegnete mir die Thematik »Medizin im Nationalsozialismus« nicht in Vorlesungen und Medizin-Büchern, wohl aber als Leser von Publikationen außerhalb der Medizin. Mitscherlich/Mielke: »Medizin ohne Menschlichkeit«, erstmals 1960 im Fischer-Taschenbuch-Verlag erschienen, und G. Schmidt: »Selektion in der Heilanstalt«, Erstausgabe beim Evangelischen Verlagsgesellschaft Stuttgart 1965.

Die Geschehnisse beider Bücher zeigen, dass die Aufarbeitung der Verbrechen in der Psychiatrie (und Medizin) unter dem Einfluss der Siegermächte nach einem kurzen Zeitfenster dann in den Nachkriegsjahren schnell der Tabuisierung, einer »Verdrängung« wich, die erst in den 1980-er Jahren überwunden wurde.

Im Vorwort zur Ausgabe als Taschenbuch »Von der Absicht dieser Chronik« geht Mitscherlich auch auf das »bisherige seltsame Schicksal dieses Buches« ein. Er berichtet, »dass keiner der damals prominenten Ärzte sich bereitfand«, die Aufgabe der Berichterstattung vom Nürnberger Prozess im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern und entsprechend dem Beschluss des 51. Ärztetages zu übernehmen, sodass schließlich er (Mitscherlich) als junger Privatdozent und sein Mitarbeiter Mielke beauftragt wurden. Weiter in der Einleitung: »10 000 Exem-

plare gingen an die Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern zur Verteilung an die Ärzteschaft. Im Gegensatz zur Broschüre »Diktat der Menschenverachtung« blieb jetzt die Wirkung völlig aus. Nahezu nirgends wurde das Buch bekannt, keine Rezension, keine Zuschriften aus dem Leserkreis ... keiner der das Buch kannte ... als ob das Buch nie erschienen wäre.« Erst 1960 wurde es wieder zugänglich, aber nicht in einem Medizinverlag. G. Schmidt wurde als junger Psychiater von der amerikanischen Besatzung im Juni 1945 zum Kommissarischen Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing/Haar bei München bestellt und erarbeitete »eine Dokumentation der ersten Stunde« über die Vorgänge von 1939 – 1945 in der NS-Musteranstalt. »Wir sehen in das Räderwerk der Selektion für den Nationalsozialistischen Mord an Geisteskranken, Schwachsinnigen und anderen Anstaltspfleglingen«, so auch den »perfekten Mord auf der Kinderfachabteilung«, kündigt der Klappentext der Suhrkamp-Ausgabe an. Mir geht es hier um die Reaktionen gegenüber Schmidt und seiner Dokumentation, davon berichtet er ausführlich in seinem Nachwort zu der Ausgabe als Suhrkamp Taschenbuch von 1983:

Im November 1945 sprach er als erster unter den deutschen Psychiatern darüber im Bayrischen Rundfunk. Doch dann verzögerte sich das Erscheinen des Buches. Verleger rieten ihm 1946 ab, die Publikation komme zu früh. »Nicht Öl ins Feuer gießen, mahnten honorire Professoren.« Im März 1947 legte Schmidt der Medizinischen Fakultät Hamburg das Manuskript vor, »um die Dozentur nachzuholen, ... nach über zwei Jahren des Zirkulierens ... (war das Manuskript) verschwunden.« 20 Jahre nach Kriegsende publizierte schließlich ein evangelischer Verlag das Buch, die Nachfrage blieb »reserviert«. Und bis zum Suhrkamp Taschenbuch vergingen nochmal fast 20 Jahre. G. Schmidt brachte es dann doch zum Ordinarius für Psychiatrie in Lübeck und wurde von der DGPPN 1986 während des Jahreskongresses mit der Griesinger-Medaille für seine Verdienste um die Aufarbeitung der NS-Verbrechen geehrt. Ich hörte seinen bewegenden Vortrag zu diesen Erfahrungen, der im Kongressband abgedruckt ist.

Als Medizinstudent las ich (im offiziellen Studienplan kam das auch nicht vor) A. Jores, V. v. Weiz-

säcker, A. Mitscherlich. Mit beginnendem Interesse an Psychiatrie und Psychotherapie fand ich keine positiven Vorbilder, außer Prof. Walter Schulte, als ich nach dem Physikum nach Tübingen wechselte. Dort erfuhr ich erstmals von einem Gastdozenten aus den USA einiges über Entwicklungen der Psychiatrie dort (Integration von Psychotherapie und Gemeindepsychiatrie), zu denen die Emigranten aus dem deutschen Sprachraum maßgeblich beigetragen hatten. Mit Prof. Schulte vereinbarte ich eine Doktorarbeit am Burghölzli in Zürich, weil ich von dieser Klinik sehr Positives gehört hatte, und ich studierte 3 klinische Semester dort. Eine schöne und prägende Zeit. Meine Dissertation entstand dann am neuen, benachbarten Hinforschungsinstitut unter der Leitung von Prof. K. Akert, der gerade aus den USA zurückgekommen war. Am Burghölzli lernte ich in den Vorlesungen von Prof. Manfred Bleuler den humanen, beziehungsorientierten Umgang mit Patienten und die Integration der Psychotherapie in die Psychiatrie kennen, die dort schon eine lange Tradition hatte. C. G. Jung war als Oberarzt zu Eugen Bleuler ans Burghölzli gegangen.

Als Indikator für das Verhältnis zwischen der damals üblichen »Schulpsychiatrie« und Psychotherapie in Deutschland will ich folgendes berichten: An den meisten (Uni-)Kliniken in Deutschland mussten bis in die 1970-er Jahre junge Assistenten, die sich auch psychotherapeutisch qualifizieren wollten, dies ihrem Chef verheimlichen. Mir bekannt gewordene Ausnahmen waren die Universitäts-Nervenklinik Tübingen, Heidelberg (W.v. Baeyer, H. Häfner, A. Mitscherlich u. a.) sowie Göttingen (J.-E. Meyer u. a.), wo Psychiater und Psychoanalytiker schon in den 1960er Jahren gemeinsame Institute gegründet hatten. Dies berichte ich als ein Beispiel für das geistige Klima in einem Land, das kritische Psychiater und Psychotherapeuten vertrieben oder umgebracht hatte und Jahrzehnte brauchte, um den Anschluss an den internationalen Standard wieder zu erreichen.

■ Lehr- und Wanderjahre

Nach Abschluss des Medizinstudiums 1966 ging mein Interesse über den kleinen Tellerrand der durch die NS-Zeit rückständig gewordenen deutschen Psychiatrie hinaus. Ich studierte Soziologie an der FU Berlin, damit lernte ich auch die angel-

sächsischen Untersuchungen, z. B. zur Soziologie der psychiatrischen Anstalten kennen (z. B. von E. Goffman)

Die Facharzt-Weiterbildung begann ich 1969 in der neuen Landesnervenklinik Spandau, Tagesklinik, und wurde Mitglied der wissenschaftlichen Fachgesellschaft, der damals so bezeichneten Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde (DGNP). Das Fachgebiet Psychiatrie war unter jungen Ärzten sehr begehrt, aber viele wollten die therapeutischen Beziehungen, anders als nach den alten Mustern, psychotherapeutisch reflektiert und orientiert an dem Paradigma der »Therapeutischen Gemeinschaft« (M. Jones) gestalten. Eine Gruppe von jungen Ärzten in der Psychiatrie (dazu gehörte ich auch) verabredete sich zu versuchen, beim Nauheimer Kongress der DGNP Prof. C. Kulenkampff als Reform-orientierten Kandidaten zum Vorsitzenden zu wählen, gegen den Kandidaten des Establishments von Ordinarien und Anstaltsleitern aus der alten Zeit. Kulenkampff erhielt die erforderliche Mehrheit der Stimmen, doch wurde seine Wahl nachträglich für ungültig erklärt. In der Satzung soll es eine Regelung gegeben haben, die ermöglichte, die Stimmen von neu eingetretenen Mitgliedern für ungültig zu erklären. Nach meiner Erinnerung hieß es, diese Annullierung sei maßgeblich von Prof. Helmut Ehrhardt, Marburg, betrieben worden, der bald selber Präsident der DGNP wurde.

Da die DGNP damals nicht bereit war, sich mit den Ideen der jungen Generation auseinander zu setzen, suchten wir andere Formen, uns mit den Anliegen zu befassen, die uns damals bewegten: Humanisierung des Umgangs mit Patienten sowie ihrer Lebensverhältnisse zu Hause und in den Anstalten. Psychiatrie von zu Hause aus erreichbar organisieren, mehrdimensionale Behandlung (Medikamente, psychotherapeutischer Umgang, Sozialtherapie, Einbeziehung der Angehörigen). Die multiprofessionelle Zusammenarbeit war uns wichtig statt Kultivierung ärztlicher Hierarchien.

Diese Bewegung und Ziele können verstanden werden als Konkretion der Anliegen der 68-er Bewegung für den Bereich der psychiatrischen Behandlung. Erstmals traf sich im Mai 1970 (und dann jährlich) der Mannheimer Kreis als loses Netzwerk, ein halbes Jahr später wurde die Deut-

sche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) gegründet, der ich auch beitrage. Die DGSP versteht sich als eine Gesellschaft, in der die Mitglieder verschiedener Berufsgruppen und auch interessierte Laien an der Entwicklung einer kommunalen Psychiatrie zusammenarbeiten, die an den Bedürfnissen psychisch kranker Menschen orientiert ist.

1971/72 wechselten meine Frau und ich in die Psychiatrische Klinik (für Erwachsene) des Max-Planck-Instituts in München (als MPI-Stipendiaten). Das war ein sehr gutes Jahr: Psychiatrie, Verhaltenstherapie und Psychoanalyse unter einem Dach, internationale Gäste gingen ein und aus; ich habe viel gelernt. Von dort aus besuchte ich im Sommer 1972 den Kongress des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim mit allen Spitzen der englischen wissenschaftlichen Sozialpsychiatrie.

Dann erhielt ich über das Evang. Studienwerk ein VW-Stipendium für 1 Jahr Weiterbildung im Ausland. Wir zogen (mit Kind) nach Denver, Col. USA an das neue State Mental Hospital »Fort Logan Mental Health Center« und weiter für 3 Monate an die Tagesklinik am Maudsley-Hospital in London. Der Leiter der Tagesklinik, Dr. Douglas Bennett, vermittelte uns auch Besuche in den damals fortschrittlichen psychiatrischen Zentren Englands.

Die Psychiatriereform in England, den USA und einigen anderen Ländern begann 15–20 Jahre früher als in Deutschland. So hatte ich bei unserem Auslandsjahr nicht nur Gelegenheit, die Behandlung von Patienten unter den reformierten Rahmenbedingungen kennen zu lernen. Ich konnte auch erleben und dies als Soziologe reflektieren, wie Versorgungssysteme im Reformprozess funktionieren. Und darüber gab es reichlich Ergebnisse der Versorgungsforschung, z. B. des Maudsley Hospitals/Institute of Psychiatry auf der Basis des Fallregisters zum Stadtbezirk Camberwell in London. Das Fallregister dokumentierte personenbezogen alle psychiatrischen Behandlungen von Bewohnern aus diesem Stadtbezirk, egal ob die Versorgung im Stadtbezirk oder außerhalb, meist wohnortfern, in psychiatrischen Anstalten erfolgte. Auf dieser Grundlage wurden seit 1964 in zahlreichen Untersuchungen die gemeindepsychiatrischen Veränderungen der psychiatrischen Versorgung evaluiert. (siehe Hinweis auf Kongress in Mannheim 1972)

Mit der Rückkehr nach Deutschland November 1973 arbeiteten meine Frau und ich am Psychiatrischen Landeskrankenhaus in Weinsberg bei Heilbronn und wir konnten viele der mitgebrachten Erfahrungen für gute Psychiatrie dort einbringen. Insbesondere unterstützte Prof. Fritz Reimer mich bei meiner Habilitation mit einer Untersuchung zum Schicksal der in 5 Jahren aus dem Psychiatrischen Landeskrankenhaus Weinsberg in Heime und Übergangseinrichtungen entlassenen Patienten. Für die Konzeption der Untersuchung orientierte ich mich an Vorbildern der Evaluationsforschung in England und den USA. Die meisten dieser Patienten waren irgendwo in Heime, meist weit weg in den Schwarzwald, »verlegt« worden. Als sog. »Pflegefälle« verschwanden sie aus dem Interessen- und Zuständigkeitsbereich der Psychiatrie, sowohl fachlich als auch räumlich, »ins Abseits« ausgegrenzt, als hoffnungslos abgeschrieben. Sie fristeten ein auf Grundversorgung reduziertes Dasein in sozialer Isolation, viele von ihnen medikamentös stark sediert. Erst ein kleiner Teil dieser entlassenen Patienten konnte schon gemeindepsychiatrisch in Heilbronn betreut werden.

In der Reform-Euphorie der 1970-er Jahre wollte die Psychiatrie mit den heilbaren psychisch Kranken ein gleichberechtigtes Fach der Medizin werden und so deren Standard der Ausstattung und Qualität sowie Ansehen in der Gesellschaft erreichen.

Die wissenschaftliche Erkenntnis vor allem aus den angelsächsischen Ländern, dass wesentliche Anteile der schweren Beeinträchtigungen der Langzeitpatienten in den psychiatrischen Anstalten nicht die Folge der Krankheit, sondern des jahrelangen Lebens unter Anstaltsbedingungen waren, wurde in der deutschen Psychiatrie erst sehr verspätet aufgegriffen. Mit dem Konzept der Enthospitalisierung der Patienten (und der kognitiven Enthospitalisierung des therapeutischen Personals) in die Gemeinden, wurde dieser Personenkreis in den 1980/90-er Jahren aus dem »Abseits« wieder in die Verantwortung der Psychiatrie zurück geholt. Das gilt z. T. auch für in Heime verlegte Patienten. Die Unterscheidung von heilbaren und unheilbaren Patienten wurde zwar in der NS-Zeit besonders grauenvoll exekutiert, aber das Versorgungskonzept der »Heil- und Pflegeanstalt« stammt schon

aus dem 19. Jahrhundert. Jedoch ist die entsprechende Ideologie weiter virulent in anderem Gewand. Z. B. gibt es heute immer noch die Verlegung von chronischen Patienten in wohnortferne Heime, wenn sie nicht in das »gemeindepsychiatrische« Angebot passen. »Gemeindepsychiatrie« darf sich nur so nennen, wenn sie dafür sorgt, dass auch die schwierigsten Patienten die Hilfen erhalten, die sie benötigen, um in ihrem Kreis/ihrer Stadt weiter wohnen und leben zu können.

■ Regionale Aktivitäten zur Aufarbeitung

1978 wechselte ich nach Kassel in die Hauptverwaltung des Landeswohlfahrtsverbandes, dem Träger der Psychiatrischen Fachkrankenhäuser und als überörtlicher Sozialhilfeträger zuständig für die Pflegesätze von Heimen und anderen Einrichtungen für chronisch psychisch Kranke. NS-Psychiatrie in Hessen, Zwangssterilisation, Ermordung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und geistigen Behinderungen, war zu der Zeit kein Thema, wie in anderen Bundesländern auch nicht. Wer sich damals mit Hadamar (der Vernichtungsanstalt bei Limburg) beschäftigte, lief Gefahr, als Nestbeschmutzer belangt zu werden. Die Signalwirkung des Buches des Psychiaters Prof. Klaus Dörner et al. »Der Krieg gegen die Psychisch Kranken« (1980) führte aber langsam zu mehr Offenheit für das Thema. 1984 wurde die jährliche Gütersloher Fortbildungswoche – Thema »Fortschritte der Psychiatrie im Umgang mit Menschen« – erstmals ganz der Auseinandersetzung mit der NS-Psychiatrie gewidmet. 1989 bereitete die Ärztekammer Berlin zusammen mit der Bundesärztekammer zum 92. Deutschen Ärztetag in Berlin (West) eine Ausstellung vor: Der Wert des Menschen – Medizin in Deutschland 1918–1945, die 1989 als Buch erschien.

1984 wurde ich Ärztlicher Direktor des Psychiatrischen Krankenhauses Merxhausen in Emstal (heute Vitos Kurhessen, mit verschiedenen Standorten in Nordhessen). Die Tabuisierung in Hessen wurde erst Ende der 80-er Jahre offiziell beendet, als Frau Irmgard Gaertner, Mutter einer Tochter mit geistiger Behinderung, als Landesdirektorin an die Spitze des LWV-Hessen gewählt wurde. Auf die Pressemeldungen zu einer Gedenkfeier mit ihr in unserer Klinik meldeten sich verschiedene Personen, die zum ersten Male nach dem Schicksal ihrer

Verwandten in der Anstalt Merxhausen während der Nazi-Zeit fragten.

Eine Frau ist mir besonders im Gedächtnis geblieben. Sie fragte, wie ihre Mutter denn zu Tode gekommen sei; das sei immer ein Familiengeheimnis gewesen. Die Krankengeschichte fand sich im Archiv und ich besprach die Einträge mit ihr: Die Mutter war nicht deportiert und vergast worden, sondern in der Anstalt Merxhausen an den Folgen einer traumatischen Epilepsie gestorben. Die Tochter erzählte dann, dass sie geglaubt habe, psychische Erkrankungen seien erblich und ohne Hoffnung. Sie habe deshalb auf Kinder verzichtet, aber mit niemand darüber gesprochen. Als sie verstand, dass ihre Mutter keine Erbkrankheit gehabt hatte und die Therapiemöglichkeiten positiv sind, war sie sehr betroffen, weil sie nun für eigene Kinder schon zu alt war. Ihre pessimistische Auffassung von psychischen Erkrankungen zeigt das Fortwirken der pseudo-wissenschaftlichen Lehrmeinung der Nazizeit als nicht hinterfragtes Vorurteil in der Bevölkerung noch Jahrzehnte nach der militärischen Beendigung des »Dritten Reiches«. In der Klinikkonferenz wurden diese Nachfragen intensiv besprochen, Psychiatrie in der NS-Zeit wurde Thema der Weiterbildung.

Aber eine verhältnismäßig frühe Aufarbeitung der Vorgänge während der Nazi-Zeit in Nordhessen, in den »Landesheilanstalten« Merxhausen (seit der Reformation zuständig für Frauen aus Nordhessen) und in Haina (zuständig für Männer aus Nordhessen), hat Manfred Klüppel geschrieben, 1984 publiziert in einer Schriftenreihe der Gesamthochschule Kassel. Einige situative Umstände begünstigten dies. M. Klüppel war im Ort, zu dem das Psychiatrische Krankenhaus Merxhausen gehört, aufgewachsen und hatte dort seinen Zivildienst absolviert (der Ort heißt heute Bad Emstal). Er suchte ein Thema für seine Examensarbeit als Lehrer. An der Hochschule Kassel war Prof. Krause-Vilmar tätig, der die Arbeit betreute. Sein Schwerpunkt: Regionalgeschichte »Nationalsozialismus in Nordhessen«. Der Verwaltungsdirektor des Psychiatrischen Krankenhauses von Merxhausen unterstützte die Arbeit von M. Klüppel, weil sein Vater als Bürgermeister eines kleinen Ortes bei Kassel von den Nazis im örtlichen KZ interniert worden war. Der LWV unterstützte die Archivarbeit.

In Gebäuden der damals als regionales KZ genutzten historischen Anlage in Guxhagen, einer Gemeinde am südöstlichen Rand von Kassel (gehört heute zu Vitos Kurhessen, LWV) sind jetzt beheimatet: eine Gedenkstätte zur Regionalgeschichte in der NS-Zeit (mit der Universität Kassel), eine Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke Menschen (RPK) und ein Wohn- und Pflegeheim für Menschen mit psychischen Behinderungen.

Aus dem Klüppel-Büchlein: Vor Beginn des »Frankreichfeldzugs« (in dem mein eigener Vater als Soldat beteiligt war) wurden 1939 die Anstalten Merzig und Homburg im Saarland geräumt und für ein Feldlazarett vorbereitet. Die Frauen wurden überwiegend nach Merxhausen, die Männer nach Haina »deportiert«, zusammen ca. 500 Patientinnen und Patienten (andere aus Merzig nach Wunsdorf/Hannover). Die Belegung in Merxhausen stieg von ca. 880 Patientinnen auf über 1300 (auch noch aus anderen konfessionellen Anstalten z.B. für Menschen mit geistiger Behinderung), 1945 waren es nur noch ca. 400 Patientinnen. Über 500 Frauen, auch viele aus dem Saarland, wurden in Hadamar in der Gaskammer ermordet. Diese Zahlen sollen auch verdeutlichen, dass eine ganze Generation von chronisch psychisch Kranken und geistig behinderten Menschen überwiegend ausgelöscht wurde. Es dauerte mehrere Jahrzehnte, bis dieser Anteil von Personen in der psychiatrischen und Behinderten-Versorgung wieder »normal« wurde.

Als wir in der zweiten Hälfte der 1980er Jahre mit der qualifizierten Enthospitalisierung begannen und mit den Langzeitpatientinnen nach Anknüpfungspunkten in ihrer Biographie suchten, fanden wir auch noch Überlebende aus dem Saarland.

In den 80-er Jahren entstand eine Bewegung, die die meisten psychiatrischen Krankenhäuser (sowie Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung und Erziehungseinrichtungen) erreichte. Eher die Jüngeren setzen sich gegen die Bedenken der meist Älteren durch, sich mit der Geschichte der eigenen Institution und Region auseinanderzusetzen. Als besonderes Beispiel – stellvertretend für viele kreative Beispiele in anderen Regionen – sei auf »Erinnern und Gedenken – Das Mahnmal Weissenau und die Erinnerungskultur in Ravensburg« hingewiesen (als Buch dokumentiert). Zwei

stilisierte Busse (für die Deportation) aus Beton gegossen werden als Blickfang verwendet. Der eine steht dauerhaft in einem Ausfahrtstor des Geländes der Weissenau, der andere wechselt an Orte und Regionen mit Gedenkveranstaltungen. So stand er auch einige Monate vor der Philharmonie in Berlin, wo das Haus mit der Adresse Tiergartenstraße 4 vor der Zerstörung seinen Platz hatte, von dem aus die T4-Aktion organisiert wurde.

Wirtschaftlichkeitsprüfung 1937 – zur Vorbereitung des Krieges und des »Euthanasie«-Programms: In den Archiv-Unterlagen, die Klüppel auswertete, gibt es eine »Wirtschaftlichkeits- und Organisationsprüfung der Landesheilanstalt Merxhausen bei Kassel« vom September 1937 durch die WIBERA = »Wirtschaftsberatung Deutscher Gemeinden Aktiengesellschaft Berlin W 35, Tiergartenstr. 8 d« (vgl. die Adresse der T4-Organisation: Tiergartenstraße 4.) Darin: Die Empfehlungen haben »ihren Grund in der neuzeitlichen Einstellung der Volksgemeinschaft zu der Höhe der Aufwendungen für erbbiologisch minderwertige Mitmenschen.« Das Gutachten unterscheidet zwischen den »Heilbaren« und »denjenigen, bei denen leider keine Aussichten auf Heilung mehr bestehen. Hier sind alle Bemühungen ärztlicher und therapeutischer Art aussichtslos, die Aufwendungen daher überflüssig«.

Eine weitere Empfehlung: Die Pfleglinge aus nichtstaatlichen Einrichtungen seien in die »öffentliche Fürsorge (zu) überführen«, auch zur »Erfassung derjenigen Kranken, die sich nicht in der Anstalt befinden und infolgedessen der Sterilisierung entziehen.« In Merxhausen könne die Patientenzahl von ca. 880 auf rund 1.100 gesteigert werden (es wurden 1300) in vorhandenen Räumen; Personalbemessung z.B. Ärztl. Direktor + 4 Ärzte, Pflege: »normalerweise mit 4 Kräften im Oberpflegedienst einschließlich Beschäftigungstherapie«, Bestand »98 Pflegerinnen, davon 81 Lernpflegerinnen«, Wochenarbeitszeit 60 Stunden. Fazit des Gutachtens 1937: »Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Anstalt wirtschaftlich geführt wird.« Dies war die Vorbereitung für die Räumung der Anstalten Merzig und Homburg im Saarland, als Vorbereitung auf den Krieg gegen Frankreich.

Klüppel zitiert den zum Professor aufgestiegenen »Altmeister der nationalsozialistischen Rassenhygiene« Alfred Ploetz: »Direkt rassenhygie-

nisch müssten wir uns bestreben, die kontraselektive Wirkung eines Krieges durch Erhöhung der Ausmerzquote wettzumachen.« Mit dieser Empfehlung schloss er seinen Vortrag zum Thema »Rassenhygiene und Krieg« in Berlin 1935.

■ Die Verspätung der Psychiatriereform in Deutschland

In den USA und England begann die Psychiatriereform um 1960. Die Psychiatrie in Deutschland hatte durch Emigration, Vertreibung und Ermordung eine ganze Generation der besten Köpfe verloren. Sie hatte sich von der internationalen »scientific community« isoliert, und diese Isolierung und der »brain drain« wurden erst in Jahrzehnten allmählich überwunden. Die im Gewand der Wissenschaft verkleidete Ideologie der Nazi-Zeit, dass psychische Erkrankungen überwiegend genetisch determiniert seien, und die damit verbundene therapeutische Hoffnungslosigkeit und Entwertung von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen prägten noch Jahrzehnte die Vorstellungen von Psychiatern und der Bevölkerung in Deutschland.

Deshalb fehlten auch die Kenntnisse und persönlichen Erfahrungen mit besseren Versorgungsformen aus Ländern, die mit der Psychiatriereform früher begonnen hatten. Insbesondere fehlte die Erkenntnis, dass wesentliche Anteile der Beeinträchtigungen bei chronisch psychisch kranken Menschen nicht durch die Krankheit, sondern durch den jahrelangen Aufenthalt in einer psychiatrischen Anstalt unter den früheren Bedingungen verursacht waren: »Iatrogene« Schädigung, auch genannt »Hospitalismus«, nicht zu verwechseln mit im Krankenhaus erworbenen Infektionskrankungen. Allgemein formuliert geht es um die erworbene Lebensuntüchtigkeit und Perspektivlosigkeit, den Verlust der Beziehungen zum früheren sozialen Umfeld, insbesondere zu Angehörigen. – Deshalb suchten sich viele junge Psychiater, wie meine Frau und ich, Ende der 1960-er/Anfang der 70-er Jahre Vorbilder in England und USA, in Holland und Skandinavischen Ländern.

Wenn die schweren Beeinträchtigungen von Langzeitpatienten nur der Krankheit zugeschrieben werden, dann ist die fehlende Besserung die logische Begründung für die weitere Unterbrin-

gung in der Pflegeanstalt. Diese Schäden durch die jahrelange Hospitalisierung lassen sich aber vermeiden durch Vermeidung von langen Hospitalisierungen. Die Konsequenz daraus ist: Stationäre Krankenhausbehandlung so wohnortnah und kurz wie möglich bei gut entwickelten Alternativen von multiprofessioneller Behandlung durch eine Klinik (teilstationär und ambulant), psychiatrisch-psychotherapeutische Fachpraxen oder andere Institutionen und unterstützende Dienste im Kreis / der Stadt, in der die Patienten wohnen. M. Leipert, langjähriger Ärztlicher Direktor der Rheinischen Landesklinik in Langenfeld, bezeichnete die Psychiatrischen Krankenhäuser in der Zeit vor der Psychiatrie-Enquete (1975) als »medizinische Armenhäuser« und berichtete, dass in der erinnerungsbelasteten Nachkriegsperiode sich »die Psychiater hinter ihre Mauern zurückzogen und klaglos den Mangel und das Elend des therapeutischen Alltags verwalteten«.

Ich möchte auf die verbreitete Tendenz der Unterdrückung von Kritik sowie von Schönfärberei hinweisen, die z. T. subjektiv gut gemeint war, nämlich Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht noch davon abzuschrecken, Behandlungen zu akzeptieren. Der Autor des folgenden Absatzes war stellvertretender Landesdirektor des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen, Dr. Friedrich Stöffler, kein Nazi sondern ein humanistisch gebildeter Gymnasiallehrer, der Albert Schweitzer verehrte. In seinem Bericht über die Situation der Landesheilstalten 1954 leitete er die besondere Verpflichtung für psychisch kranke Menschen aus den Verbrenen an ihnen im »Dritten Reich« her »... so wird der Kulturstand eines Volkes allgemein danach beurteilt, wie es zu alten Menschen, zu Kranken und Hilfsbedürftigen steht.« Die Zahlen in dem Bericht lassen überdeutlich die »medizinischen Armenhäuser« (Leipert) erkennen. Aus der starken Vertrauenskrise der Öffentlichkeit den Psychiatrischen Krankenanstalten gegenüber leitete er die Notwendigkeit ab, das verständliche Misstrauen abzubauen und »in unermüdlicher, mühevoller Arbeit das Vertrauen der Öffentlichkeit in diese Krankenanstalten wieder zu gewinnen«. Doch er versuchte es mit Schönfärberei. Dann hat die Politik auch keinen Grund, eingreifende Reformen auf den Weg zu bringen:

Auf einem Bild wird ein Zwei-Bett-Zimmer gezeigt, von entwürdigenden großen Schlafsälen ist bemerkenswerter Weise keine Rede. »Wer heute, ohne mit der Materie vertraut zu sein, ein Krankenhaus für psychisch kranke Menschen betritt, wird erstaunt sein, dass das sich ihnen bietende Bild nicht mit den Vorstellungen übereinstimmt, die er sich gemacht hat. Das Psychiatrische Krankenhaus unterscheidet sich kaum von einem anderen Krankenhaus. Es hat helle, luftige und freundliche Krankenzimmer, vorbildliche hygienische und sanitäre Anlagen, moderne ärztliche Geräte für Diagnostik und Therapie, gut eingerichtete Laboratorien und Behandlungsräume in den Krankenabteilungen herrscht im allgemeinen Ruhe. Die Folge der modernen Therapie ist ein gesteigerter Durchgang an Kranken und eine verminderte Verweildauer im Krankenhaus, wie sich überhaupt die Bevölkerung von dem Gedanken frei machen muss, psychisch kranken Menschen müssten zeitlebens in einer Anstalt verwahrt werden ...«

Ich zitiere den Mannheimer Psychiatrieprofessor H. Häfner als Zeitzeugen, der bei dem Kongress der Aktion Psychisch Kranke zum 25-jährigen Jubiläum der Psychiatrie-Enquete (2000) als einer der maßgeblichen Gestalter der Psychiatrie-Enquete zurück blickte: »1949 war ich als Doktorand in die Psychiatrische Klinik der Universität München eingetreten. Als ich zum ersten Mal die unruhige Männerstation betrat, der ich zugeteilt war, konnte ich meine Erschütterung kaum verbergen. Männer jeglichen Alters lagen oder saßen mangels ausreichender Sitzgelegenheiten auf ihren Betten. Einige schrien laut, rüttelten an der Tür oder bedrängten den mich begleitenden Stationsarzt mit Entlassungswünschen. Die Stimmung auf der Station schwankte zwischen Resignation und Aggression. Zeitweilig konnten die Pfleger den Saal nur mit vorgehaltener Matratze betreten. Wer aus der Generation unserer Tage die freie Atmosphäre einer Tagesklinik, offenen mitunter persönlich engagierten Behandlungsstil eines Psychiatrischen Krankenhauses erlebt oder gar an der ungeschminkten Diskussion mit selbstsicheren Angehörigen oder Psychiatrieerfahrenen teilgenommen hat, wird kaum verstehen, wie es zu dem ganzen Ausmaß der Vernachlässigung von Bürgerinnen und Bürgern einer Kulturnation kommen konnte, nur weil die-

se Menschen psychisch erkrankt waren.« Häfner betont, dass die Psychiatrie-Enquete nicht nur die Verbesserung des psychiatrischen Versorgungssystems forderte, sondern damit eine tief greifende Wende zur Humanität gegenüber psychisch kranken Menschen einleitete.

Was für ein Unterschied zwischen Stöfler und Häfner in der Wahrnehmung von Verhältnissen, die nur wenige Jahre Abstand hatten. Da liegt wohl nicht an den Unterschieden in der Realität, sondern an Unterschieden der Bewertungsmaßstäbe zur Wahrnehmung der Realität, dass die Verhältnisse in der renommierten Universitätsklinik unmenschlich und in den Anstalten auf dem Lande idyllisch erschienen?

Häfner gehörte zu einem Kreis jüngerer Psychiater um Prof. Walter Ritter von Baeyer, Heidelberg, die schon in den frühen 1960-er Jahren Vorstellungen zur Psychiatrie-Reform entwickelten, angeregt durch die Vorbilder im Ausland. Weitere Namen dieses Kreises sind C. Kulenkampff und K.-P. Kisker.

Prof. v. Baeyer war der Psychiater im »Aktionausschuss zur Verbesserung der Hilfe für psychisch Kranke« des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, der seit 1959 arbeitete. Die entscheidende Prämisse dieses Aktionskreises war die Distanzierung von der Therapiestrategie der Isolierung: »Die Empfehlung, Satellitenkrankenhäuser bzw. entsprechende Abteilungen einzurichten, entspricht dem international anerkannten Bemühen, große Teile der klinischen Psychiatrie aus Gründen ungleich besserer Rehabilitationschancen in die Bevölkerungszentren selbst zu platzieren ... im Idealfalle sollte der Satellit auf dem Gelände des Städtischen Allgemeinen Krankenhauses stehen...«

1964 diskutierte das LWV-Parlament, beraten von den Ärztlichen Direktoren des Verbandes, auch diese Empfehlungen und lehnte sie ab: »Kaum zu verwirklichendes Fernziel oder aber auch als für uns nicht verwendbar«. Wer keine andere Realität kennt, steht in der Gefahr, diese für die einzig mögliche zu halten.

Es ist bemerkenswert für die Psychiatrie-Reform, wie lange es dauerte, bis Vorstellungen des kleinen Kreises von Reformpsychiatern der 1960-er Jahre über eine bessere Psychiatrie zum Maßstab wurden, um auf bundespolitischer Ebene die

Verhältnisse in den »Heil- und Pflegeanstalten« als »brutale Realität« öffentlich anzuprangern: Im Zwischenbericht zur Enquete 1973 an den Bundestag. Ende der 1960-er Jahre hatte sich das kritische Bewusstsein gegenüber dem Althergebrachten verschärft: Der Deutsche Bundestag beschloss 1971 den Auftrag, eine Enquete zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland zu erstellen. Mit der Durchführung wurde die dazu 1971 gegründete Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK) beauftragt. Die Expertenkommission leitete Prof. Kulenkampff, Stellvertreter waren Prof. H. Häfner und Prof. H. Hippus. Seitdem verfolgt die APK das Ziel der Verbesserung der psychiatrischen Versorgung mit politischen Mitteln (www.apk-ev.de). Als stellvertretender Vorsitzender bin ich seit fast zwei Jahrzehnten in dieser Organisation im Vorstand tätig, zusammen mit Abgeordneten des Deutschen Bundestages und Fachleuten aus der Psychiatrie und vielen Personen, denen es um dasselbe Anliegen geht.

Am Schluss der Präambel der Psychiatrie-Enquete steht der Satz: »Auch in Zeiten knapp bemessener Mittel muss sich eine Gesellschaft der Frage stellen, wie viel sie einsetzen will, um das Schicksal derer zu erleichtern, die als psychisch Kranke oder Behinderte auf Hilfe angewiesen sind.«

Mit dem »Euthanasie«-Programm im Nationalsozialismus hatte der Wert von Menschen mit schweren Beeinträchtigungen den absoluten Tiefpunkt erreicht. Die UN-Behindertenrechtskonvention konkretisiert die Menschenrechte für die durch Behinderung benachteiligten Menschen und erhebt die soziale Inklusion zum individuellen Rechtsanspruch. Ein großer Teil der UN-Staaten hat die UN-Konvention ratifiziert, so auch Deutschland 2009. Damit wird den Menschen mit schweren psychischen und anderen Beeinträchtigungen, die in der NS-Zeit vom Staat ermordet wurden, heute das Recht auf Leben mit Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zugesprochen. In den letzten Jahrzehnten ist in Deutschland schon viel erreicht worden. Mit einem nationalen Aktionsplan soll regelmäßig und systematisch überprüft werden, welche Defizite es noch gibt und wie diese konkret behoben werden können.

Die Reform der Versorgung psychisch Kranker hat eine größere gesellschaftliche Bedeutung als die

Verbesserung der Behandlung in den Fachgebieten Chirurgie, Innere Medizin oder dergleichen. Meine Berufswahl zum Psychiater hat mich in einen besonders interessanten Bereich der medizinischen und sozialen Versorgung gelenkt. Die vielen, oft mühsamen, »gefühl« zu langsamen Reformschritte kommen im Ergebnis über 40 Jahre einer Revolution gleich.

Aber alles Erreichte ist in einem labilen Gleichgewicht. Ein warnendes Beispiel sind für mich die USA. Dort habe ich vor 40 Jahren die Psychiatriereform auf gutem Weg kennen gelernt. Aber die Abschaffung der alten Anstalten wurde nicht von dem Aufbau langfristig verlässlicher Alternativen für die schwer und chronisch Kranken begleitet. Damals war der Kampf gegen die Zwangsbehandlung in psychiatrischen Anstalten ein Teil der Bürgerrechtsbewegung. Heute kämpfen psychisch Kranke um das Recht, in einer psychiatrischen Klinik stationär behandelt zu werden. Und wer das nicht schafft, begeht manchmal eine Straftat, um wenigsten die rudimentäre Behandlung in einem Gefängnis Krankenhaus zu erzwingen. Soziale Unterstützung für psychisch kranke Menschen mit sozialen Folgeproblemen ist in vielen Bundesstaaten so unzureichend, dass viele psychisch Kranke obdachlos geworden sind und z. B. mehr Personen mit psychischen Erkrankungen sich in Gefängnissen befinden als in psychiatrischen Kliniken.

Im Bereich der Psychiatrie sind in besonderem Maße gesellschaftliche Vorstellungen und dominante Herrschaftsformen von zentraler Bedeutung. Die kontinuierliche Psychiatrie-Reform ist zentral für die Demokratisierung und Humanisierung einer Gesellschaft in einem besonders sensiblen Bereich.

<http://www.springer.com/978-3-642-20382-4>

Irgendwie kommt es anders - Psychiater erzählen

Schneider, F. (Hrsg.)

2012, 350 S. 4 Abb. in Farbe., Hardcover

ISBN: 978-3-642-20382-4