

**Asmus Finzen**

**Erlebte Psychiatriegeschichte**

**Band I**

**Fingerübungen**

**1959 bis 1969**

*Arbeitsexemplar / Stand 12.5.10*

<b>Vorbemerkung .....</b>	<b>5</b>
<b>Vorwort.....</b>	<b>6</b>
<b>1. Soziologie: Das Jahr in Hamburg .....</b>	<b>9</b>
Hamburger Sommer.....	10
Kommilitonen .....	11
Hamburg .....	12
Uni-Leben .....	12
Hamburger Winter.....	15
<b>2. Vorklinik in Kiel (1960 bis 1962) .....</b>	<b>19</b>
<b>3. Am Deich: Der Sommer in Eiderstedt.....</b>	<b>24</b>
<b>4. Das Berliner Jahr (1962 bis 1963) .....</b>	<b>28</b>
Ausläufer der Kubakrise.....	28
Leben auf einer Insel.....	28
Charlottenburg, Wedding, Dahlem.....	29
Dissertationspläne .....	31
Studentenpolitik .....	31
Tod eines Vaters.....	32
Sommer 63 .....	33
Potsdam 63.....	33
Hinter dem Reichstag.....	34
Abschied .....	35
<b>5. Soziologie und Psychiatrie: Tübinger Winter 1963 und 1964 .....</b>	<b>36</b>
Soziologie und ärztliche Ethik .....	36
Erster Besuch in Tübingen.....	37
Scheitern an Parsons.....	38
Psychiatrie .....	39
Euthanasie-Diskussion.....	41
<b>6. Rückkehr nach Kiel: Staatsexamen (1964 bis 1966).....</b>	<b>43</b>
Psychiatrie .....	44
Staatsexamen .....	45
<b>7. Bad Segeberg und Nevers: Medizinalassistentz 1966 und 1967 .....</b>	<b>47</b>
Tod auf der Straße.....	48
Geburtshilfe.....	49
Unstillbare Blutung.....	49
Klinikalltag.....	49
Zwischenspiel in Nevers .....	50
<b>8. Rechtsmedizin und Medizingeschichte: Kiel 1967 .....</b>	<b>53</b>
Das erste Buch .....	54
Verändertes Klima .....	55
NPD .....	56
Gerichtsmedizin .....	56
Gutachten .....	57
<b>9. Psychiatrie in Tübingen: Sommer 1967.....</b>	<b>59</b>
Große Insulinkuren.....	60
Besuch in Reichenau .....	61
Alltag in der Nervenklinik.....	61
Sommer 1967 .....	65
<b>10. Gießen und Breitscheid: Innere Medizin und Praxisvertretung.....</b>	<b>66</b>
Praxisvertretung.....	67
Rigorosum.....	70

<b>11. März 68 .....</b>	<b>73</b>
Anfänge in der Nervenlinik .....	75
<b>12. Anfänge auf Frauen D .....</b>	<b>78</b>
Die Hexe in der Küche und der Mann auf dem Dach .....	82
<b>13. Schulte und Töle.....</b>	<b>84</b>
<b>14. Ostern 68: Schüsse auf Rudi Dutschke.....</b>	<b>86</b>
<b>15. Prager Frühling, Tübinger Sommer .....</b>	<b>89</b>
<b>16. Diagnostisch blind: Eine kranke Kollegin .....</b>	<b>92</b>
Reprise.....	95
<b>17. Arbeit in der Poliklinik. Administratives. Psychotherapie-Geschichten.....</b>	<b>96</b>
Administratives.....	97
Patientinnen und Patienten: Therapie und Scharlatanerie .....	98
Prager Frühling: Psychotherapeutische Erfahrungen .....	101
<b>18. Was sonst noch geschah 1968: Sozialpsychiatrie und Psychoanalyse ...</b>	<b>103</b>
<b>19. Kongress-Erfahrungen: Homburg und die Folgen .....</b>	<b>106</b>
<b>20. Psychiatrischer Alltag: Gewalterfahrungen. Krankengeschichten .....</b>	<b>109</b>
Gewalterfahrungen .....	109
Eine bewegende Geschichte .....	110
Der Verfolgte.....	113
<b>21. Psychisch krank – was ist das? .....</b>	<b>115</b>
<b>22. Sozialpsychiatrie in Tübingen: Das erste Buch.....</b>	<b>119</b>
Arzt, Patient und Gesellschaft.....	120
<b>23. Psychiatrie und Öffentlichkeit: Die Perspektive von 1969.....</b>	<b>122</b>
Die Veranstaltung .....	122
Die kurzfristige Aufhebung von Vorurteilen .....	123
Öffentlichkeitsarbeit für ein konkretes Projekt.....	125
Öffentlichkeitsarbeit zur Gewinnung von Mitteln bzw. Betonung von Prioritäten .....	126
Zusammenarbeit mit der Presse .....	127
<b>24. London 1968 .....</b>	<b>130</b>
<b>25. Antipsychiatrie: Annäherung und Distanzierung .....</b>	<b>133</b>
Antipsychiatrie und Sozialpsychiatrie: wie Feuer und Wasser .....	135
<b>26. Die Seelenfänger von London: Kingsley Hall .....</b>	<b>139</b>
<b>27. Die Psychiatrie in England: Die Perspektive von 1970.....</b>	<b>144</b>
Die Entwicklung nach dem Kriege .....	146
Die Therapeutische Gemeinschaft.....	147
Die psychiatrische Tagesklinik .....	148
Der Aufschwung der Arbeitstherapie .....	148
Die Auswirkungen der nationalen Gesundheitsdienstes .....	149
Schwerpunkt: Rehabilitation.....	149
ITO in Bristol: industrielle Arbeitstherapie .....	150
Die psychiatrischen Abteilung an allgemeinen Krankenhäusern.....	153
Tendenzen in der Gerontopsychiatrie .....	154
Die Mental Health Act von 1959 und die Planung bis 1975 .....	155
Der Leitgedanke der "Community Psychiatry" .....	156
<b>28. August 1969: Der Weltkongress und seine Satelliten .....</b>	<b>158</b>
Josuah Bierer.....	160
Denham und Silverman.....	161
Charlotte Bühler und die humanistische Psychotherapie .....	161
Wer fehlte.....	162

Frühe Therapieforschung.....	162
Psychiatriesozioologie.....	162
Oxford .....	163
<b>29. Das Maudsley Day Hospital .....</b>	<b>164</b>
Der Mittelpunkt: Die Hausgruppe .....	166
Das Team .....	168
<b>30. Die Rehabilitation Unit: Brown und Wing, Freudenberg und Early.....</b>	<b>170</b>
Donal F. Early .....	172
<b>31. Psychiatriesozioologische Überlegungen.....</b>	<b>174</b>
Normen und Rollenerwartungen .....	175
Körperlich Kranke .....	175
Psychisch Kranke .....	175
Beyond Work .....	177
Weitere Begegnungen .....	177
Wie ein trockener Schwamm .....	178
<b>32. Die Rückkehr.....</b>	<b>180</b>
<b>Nachbemerkung .....</b>	<b>182</b>

## **Vorbemerkung**

*Die Veröffentlichung eines Buchmanuskripts im Netz hat für den Autor mannigfache Vorteile:*

- *Sie verkürzt den Weg zum Leser, zur Leserin.*
- *Sie erspart die leidige Suche nach einem Verleger.*
- *Sie löst das Problem der Finanzierung, zumal bei einem Buch, das sich an einen mutmaßlich kleinen Kreis von Interessierten wendet.*
- *Sie erlaubt es dem Verfasser, „Work in Progress“ ins Netz zu stellen und es zu überarbeiten, wenn ihm danach ist oder wenn Leserinnen und Leser ihm dazu raten.*

*Die Veröffentlichung im Netz hat auch Vorteile für die Leser:*

- *Sie können den Text überfliegen, sich das Inhaltsverzeichnis oder einzelne Kapitel anschauen, bevor sie sich entschließen, den Text oder Teile davon auszudrucken.*
- *Sie sparen Kosten und Zeit.*

*Was sie nicht erhalten, ist ein gebundenes Buch. Das bedaure ich. Ich hätte es auch gern anders. Außerdem fehlt ein Lektorat und ein professionelles Korrekturen lesen. Ich bitte deswegen um Nachsicht. Aber ich fürchte, dies ist im Augenblick der einzige Weg, mein Manuskript kostengünstig unter die Leute zu bringen, die sich dafür interessieren.*

*Die Rechte an diesem Text liegen beim Verfasser.*

## Vorwort

Die Geschichte der jüngeren Psychiatrie ist die Geschichte eines dramatischen Wandels der Versorgung und Behandlung psychisch kranker Menschen. Es ist die Geschichte der Entwicklung von der Verwahrung der Kranken als Leitprinzip zur Behandlung und Rehabilitation und zur Reintegration in die Gemeinschaft der Gesunden als vorrangigen Therapiezielen. Gemeinhin spricht man in diesem Zusammenhang von Psychiatriereform. Aber dieses Wort ist zu schwach für die Umwälzungen, die die Entwicklung der Psychiatrie in den vergangenen vier Jahrzehnten gekennzeichnet haben.

Ich gehöre zu der Generation von psychiatrisch Tätigen, die diesen Wandel miterleben durften, die in ihren unterschiedlichen Arbeitsfeldern Anteil daran hatten.

Meine ersten Begegnungen mit der Psychiatrie und mit psychisch Kranken reichen in die 50er Jahre zurück. Als Schulkinder passierten wir auf dem Weg ins Gymnasium eine Art Arbeiterkolonie, ein Landgut, auf dessen Felder zahlreiche chronisch psychisch Kranke und geistig Behinderte beschäftigt waren, eine Einrichtung, die sinnigerweise „Klappschau“ hieß. Ebenfalls auf dem Schulweg kamen wir an der Landesheil- und Pflegeanstalt vorbei, ohne jemals einen Kranken zu Gesicht zu bekommen. Die damals dreitausend „Insassen“ der Schleswiger Anstalt waren in einer kleinen Stadt für sich vor den Augen der Öffentlichkeit verborgen.

Bewusst begegnet bin ich Menschen mit psychischen Krankheiten erstmals in meinem Jahr als Austauschschüler in Michigan/USA 1957/58. Die Mutter des Vaters meiner Gastfamilie litt an Wahnvorstellungen, Verfolgungsängsten; der Vater der Mutter, der mit seiner Frau bei uns im Haus lebte, litt an einer recht ausgeprägten Alzheimerschen Erkrankung, damals Arterienverkalkung genannt. Meine Erinnerungen an beides sind eher schattenhaft. Sie traten erst wieder hervor, als ich während des Studiums damit begann, mich konkret mit Psychiatrie zu beschäftigen.

Zu Beginn meines Studiums war das anders. Ich hatte lange nicht gewusst, was einmal aus mir werden sollte, nachdem ich in den Nachkriegsjahren allmählich Abstand von der Vorstellung gewonnenen hatte, wie alle ältesten Söhne in meiner Familie vor mir einmal den elterlichen Bauernhof in Schleswig-Holstein zu übernehmen. Die späte Rückkehr meines Vaters aus russischer Gefangenschaft Ende 1949 hatte ebenso dazu beigetragen wie die Entfremdung meiner Eltern nach der zehn Jahre

andauernden Trennung. Die Möglichkeit, als Schüler für ein Jahr nach Amerika zu gehen, war der Ausweg aus einer verfahrenen Situation, bei dem niemand sein Gesicht verlor. Und sicher waren es das Leben in der fremden Kultur und die Erfahrungen in der eigenen Familie, die mich 1959 nach dem Abitur zum Studium der Soziologie nach Hamburg führten. Warum ich mich bereits wenige Monate später entschied, Medizin zu studieren, um Psychiater zu werden, weiß ich ein halbes Jahrhundert danach immer noch nicht genau. Es ist wohl auch nicht so wichtig. Wichtig ist aber, dass ich meine sozialwissenschaftliche Prägung in mein neues Arbeitsfeld mitgenommen und weiter entwickelt habe. Sie schwingt auch bei meiner Darstellung der miterlebten Geschichte der Psychiatrie-Entwicklung der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts mit - meiner ganz persönlichen Sichtweise.

Wer seine Erinnerungen aufschreibt, so heißt es, schreibt das Drehbuch seines Lebens um. Das gleiche tue man übrigens auch, wenn man sich einer Psychotherapie unterziehe. Wie immer man das sehen mag, aufgeschriebenes Erinnern ist immer selektiv, ist zwangsläufig subjektiv - wie die Erinnerungen selber. Ich beschränke mich so weit wie möglich auf die Darstellung beruflichen Geschehens. Das soll nicht heißen, dass es kein Leben jenseits der Psychiatrie gegeben hat.

Oberhofen Thunersee im Mai 2010

# **Teil I**

## **Studium und Medizinalassistenzeit**

**1959 bis 1968**

# 1. Soziologie: Das Jahr in Hamburg

Anfang Mai 1959 begann ich mein Studium in Hamburg. Ich studierte mitnichten Medizin. Darauf wäre ich damals im Traum nicht gekommen. Das Austauschjahr im Mittleren Westen der USA vor dem Abitur hatte mich irritiert und fasziniert. Das Leben dort war so anders gewesen als bei mir zu Hause im Schleswiger Land. Eine Abendvorlesung über die Soziologie der zeitgenössischen amerikanischen Gesellschaft an der Staatsuniversität von Michigan in East Lansing hatte mir gezeigt, dass man solche Unterschiede nicht nur verstehen, sondern auch wissenschaftlich untersuchen kann. Von da an wusste ich: ich studiere Soziologie. Das war damals ziemlich exotisch. Aber ich ließ mich durch nichts und niemand davon abbringen.

Vorausgegangen war ein anstrengendes letztes halbes Jahr in der Schule, der Schleswiger Domschule. Ich war im Sommer 1958 aus den USA zurückgekommen. Eigentlich hatte ich wieder in die Unterprima einsteigen sollen und wollen. Aber kaum war ich zu Hause, hatte ich das Gefühl, weitere anderthalb Jahre Schule halte ich nicht aus. Mein Klassenlehrer konnte das nachvollziehen. Der Direktor meiner Schule, ermutigte mich, es zu versuchen, als ich ihn nach der Rückkehr noch in den Ferien in seinem Haus an der Schleswiger Freiheit aufsuchte. Wir besiegelten das mit einem Aquavit, und da man auf einem Bein nicht stehen kann, mit einem zweiten und schließlich, „aller guten Dingen sind drei“ (ich war 18), mit einem Dritten.

Ich hatte erstaunlich glatt wieder Anschluss an meine alte Klasse gefunden. Meine Leistungen in Englisch (verständlich), in Deutsch und in Latein (trotz intensiven Vokabel- und Grammatikbüffels eher überraschend) waren aus dem Stand gegenüber dem Jahr vorher eine Note besser. Nur in Französisch haperte es – und natürlich in Mathematik. Meine Klasse hatte im Frühjahr das Vorabitur in Physik, Chemie und Mathematik abgelegt. Physik und Chemie konnte man mir erlassen, Mathematik musste ich im Dezember nachholen; und ich schaffte es, wenn auch mit viel Angst. Damit war der Weg frei für das Abitur.

Meine Eltern hatten wenig Verständnis für meine Wahl. Sie waren natürlich für Sprachen, vielleicht noch Geschichte. Studienrat sollte ich werden. Ich aber wollte Soziologe werden, auch wenn es den Beruf des Soziologen damals nicht gab. Wer Soziologie studierte, ließ sich auf ein Abenteuer ein, das günstigstenfalls mit einer

Stelle an der Universität endete. Trotz großer Unsicherheit in persönlichen Dingen war ich, was das Studium anbetraf, guten Mutes.

### **Hamburger Sommer**

Mein Hauptfach sollte Soziologie sein. Das war klar. Da gab es das Institut in einer etwas heruntergekommenen Villa in der Alten Rabenstrasse unweit der Außenalster - im Keller die Gerichtsmedizin, oben die Soziologie; davor ein kleiner Park mit einer schlaglochreichen Zufahrt, die Helmut Schelsky den Scheintodweg nannte. Das Institut war für damalige Verhältnisse gut bestückt. Sein Direktor, Helmut Schelsky war damals wohl der bekannteste deutsche Soziologe. Ralf Dahrendorf, damals ein ganz junger Mann (29), machte an der Akademie für Wirtschaft und Politik von sich reden. Dazu kamen Heinz Kluth - Privatdozent und Spezialist für Familiensoziologie--, die Assistenten Rudolf Tartler und Jan Kob, der Forschungsassistent Johann Jürgen Rohde, der an einer Habilitation über die Soziologie des Krankenhauses arbeitete und einige Dissertanten, die wir 30 oder 40 Hauptfachstudenten sehr bewunderten— darunter Luc Jochimsen, später erfolgreiche Fernsehjournalistin und Politikerin der Linken und Lars Clausen, wenige Jahre später Soziologie-Ordinarius in Kiel.

Ich studierte Soziologie. Aber da es sich dabei um ein Promotionsstudium handelte-- ein anderer Abschluss war damals in Hamburg nicht möglich--musste ich mir zwei Nebenfächer suchen. Eines davon sollte Philosophie sein, das zweite Psychologie. Aber diese Fächerkombination war nicht erlaubt. Das gleiche galt für die Wissenschaft von der Politik in Verbindung mit Soziologie und Philosophie. Nach einigem Herumsuchen bei den Anthropologen und den Ethnologen entschied ich mich schließlich für Geschichte. Das war eine gute Entscheidung. Denn dort lernte ich in zwei Methoden-Seminaren zur Alten und zur Mittelalterlichen Geschichte vor allem eines: wie man wissenschaftliche Quellen findet und erschließt, wie man sie interpretiert und wie man seine Ergebnisse anhand der Literatur mit dem bisherigen Stand des Wissens abgleicht. Sie waren eine solide Grundlage für späteres wissenschaftliches Denken und Arbeiten.

Meine Festlegung auf Geschichte hinderte mich aber nicht, mich bei den Politikwissenschaftlern und den Psychologen umzusehen. Vor allem die „Einführung in die Tiefenpsychologie“ von Kurt Bondy hatte es mir angetan. Freud und Adler waren nach ihrer Ächtung im Dritten Reich bei uns unbekannte Wesen. Ihre Vorstellungen

von der Funktionsweise der menschlichen Psyche erschienen mir als natürliches Gegenstück zur sozialen Dimension menschlichen Handelns.

In der Soziologie standen neben Schelskys Hauptvorlesung zur Soziologie der Familie Seminare zur Methodologie, zur Familiensoziologie, zur Jugendsoziologie und ein Hauptseminar über David Riessmans (gerade in deutscher Übersetzung erschiene) kritische sozialpsychologische Untersuchung „Die einsame Masse“ zur amerikanischen Gegenwartsgesellschaft auf dem Semesterplan. Für mich als Anfänger war das eigentlich unerreichbar. Aber ich fasste mir ein Herz. Ich sprach Schelsky an. Ich erzählte ihm von meinen Erfahrungen in den USA; ich durfte teilnehmen.

Es war ein wunderbarer, fast rauschhafter Sommer. In der Erinnerung sehe ich mich mit Freunden und Mitstudenten auf dem Rasen neben dem Hauptgebäude der Universität, unter den Kastanien auf der Moorweide oder im Café auf dem Anleger Rabenstraße an der Außenalster sitzen und diskutieren. Es war die Freiheit des Studentenlebens, die ich im scharfen Kontrast zur Schulzeit und der Enge von „zwei Elternhäusern“ erhofft hatte. Ich sehe mich zwischen Vorlesungen und Seminaren im alten Hauptgebäude der Universität an der Schlüterstraße, der „Akademie für Wirtschaft und Politik“ in der Feldbrunnenstraße – wo ich Ralf Dahrendorf zuerst hörte und bewundern lernte – und dem Soziologischen Seminar in der Alten Rabenstraße hin und her hasten.

### **Kommilitonen**

Angesichts der kurzen Dauer meiner Hamburger Zeit erinnere mich nur an wenige Mitstudenten. Da war der Bremer Rudolf Hamann, der bereits vier Semester bei Arnold Bergstraesser und Heinz Popitz in Freiburg hinter sich hatte. Er half mir, mich im unstrukturierten Universitätsbetrieb zurechtzufinden. Da waren die geborene Griechin Danae Coulmas, die junge, attraktive Frau des von mir bewunderten Radiokommentators Peter Coulmas, und deren Freundin Wibke Klammroth. Sie war die jüngere Schwester von Ursula Klammroth, die während meiner Schulzeit mit ihrer Sendung zwischen „Hamburg und Haiti“ im NWDR jeden Sonntagmorgen das Tor zur Welt ein wenig für mich geöffnet hatte. Von Rudolf Hamann erfuhr ich, dass ihr Vater—wie der von Rudolfs Freiburger Lehrer Popitz—im Gefolge des 20. Juli 1944 von den Nazis hingerichtet worden war. Viel später hat sie sich auf die Spurensuche gemacht und ein Buch darüber veröffentlicht. Das war die zweite—virtuelle-- Wieder-

begegnung mit ihr. Die erste lag 30 Jahre zurück, als ich in der ersten ZDF-Heute-Sprecherin Wibke Bruhns die Wibke Klammroth von damals wieder erkannte.

## **Hamburg**

Die Welt schien uns offen zu stehen. 14 Jahre nach dem Krieg war Hamburg immer noch von Ruinen und Bunkerresten gekennzeichnet, auch wenn die Gegend um den Roten Baum allmählich wieder Gestalt annahm. Aber es war eine Stadt in Bewegung. Der Hafen und die Werften vermittelten die wichtigsten Impulse zum Wiederaufstieg. Auch kulturell lebte die Stadt. Das Deutsche Schauspielhaus erlebte mit Gustav Gründgens eine Blütezeit. Wir sahen ihn als Mephisto, Will Quadflieg als Faust, Antje Weisgerber als Gretchen und Elisabeth Flickenschild als Marthe in seiner epochalen Faustinszenierung. Der Starclub an der Großen Freiheit lockte auch in der „Vor-Beatle-Zeit“ schon.

## **Uni-Leben**

Die Universität erschien lebensnah und keineswegs verstaubt, obwohl viele Professoren ihre Vorlesungen im Talar zelebrierten. Das hat uns damals nicht gestört; mich schon deswegen nicht, weil ich das in den USA sogar in der High School erlebt hatte. Weniger als zehn Jahre danach zeigten demonstrierende Studenten im Hamburger Auditorium Maximum jenes legendäre Transparent, das zum Symbol der inneruniversitären Studentenbewegung werden sollte: „Unter den Talaren der Muff von tausend Jahren“.

Allerdings waren meine Wochenenden, wenn ich sie nicht zu Hause in Rendsburg oder in Taarstedt auf unserem Bauernhof verbrachte, lebhaftes Hamburg hin oder her, recht einsam. Vor allem im Sommer blieb ich meistens im beschaulichen Fuhlsbüttel, wo ich damals wohnte. Drei Freunde, mein Zimmernachbar, Werner Hentrich – man siezte sich und trug Krawatte –, Rudolf Hamann, und Manfred, der einzige frühere Schulfreund in der Stadt, waren meine Gesprächs- und Wanderpartner auf den langen Wegen an der Oberalster.

Ansonsten fand ich wenig Anschluss. Eigentlich hatte ich an der Hamburger Studentenzeitung mitarbeiten wollen. Aber die „Konkret“ war mir zu elitär, zu literarisch und zu kommunistisch. Renate Riemeck, die Gründerin der „Deutschen Friedensunion“ weckte mein Misstrauen, obwohl sie nicht an der Zeitung beteiligt war: Sie war die Pflegemutter und Mentorin einer der Macherinnen, Ulrike Meinhof. Erst viel später

erfuhr ich, dass mich mein Misstrauen nicht getäuscht hatte: Klaus Rainer Röhl und Ulrike Meinhof wurden damals für Konkret aus der DDR finanziell unterstützt.

Im Übrigen war ich in diesem ersten Semester so beschäftigt, dass ich nur geringe soziale Ambitionen hatte. Zu den genannten Seminaren und Übungen kamen Vorlesungen in Soziologie, Psychologie, Wissenschaft von der Politik und vor allem die große vierstündige Hegel-Vorlesung von Günter Ralfs. Ich war begeistert, und ich genoss jeden Augenblick. Aber je weiter das Semester fortschritt, desto unsicherer wurde ich. Ich hatte alle Einwände gegen die Soziologie gehört. Was könne ich damit denn werden, ich könne ja nicht mal in den Schuldienst gehen. Aber ich war unbescheiden.

Ich wollte Journalist werden. Ich hatte in Amerika und aus Amerika und danach einiges geschrieben. Ich hatte mein Schreibtalent entdeckt. Ich hatte in den letzten Schuljahren eine Schülerzeitung gegründet. Aber ich war mir nicht sicher. Journalistik sei etwas „für abgebrochene Studenten“, spottete Schelsky. Zugleich hatte ich die Vorstellung, ich könnte in den diplomatischen Dienst gehen. (Aber dafür musste man damals eigentlich Jurist sein); oder ich könnte an der Hochschule bleiben. Ich muss damals ziemlich unbescheiden und unvorsichtig mit meinen Äußerungen gewesen sein. Einer der Brüder meiner Mutter berichtete mir 30 Jahre danach, ich hätte gesagt, ich wolle Professor und Direktor werden – und das sei ich jetzt ja nun.

Damals war ich mir nicht sicher, und gegen Semesterende wuchs sich diese Unsicherheit zu einer Krise aus. Ich wollte die Welt verstehen. Ich wollte sie wohl auch verändern. Aber mit jedem Tag des Studiums schien sie mir weniger greifbar, und ich war ins Schwimmen geraten. Aus der Rückschau erscheint mir das mehr als verständlich. Vielleicht hätte ich Geduld haben sollen. Damals leuchtete mir eine Bemerkung Rudolf Tartlers ein, des Leiters des Methodenseminars. Er sagte: „Soziologie kann man nur von etwas machen. Die reine Soziologie ist zu abstrakt. Sie entfernt einen mehr von der Wirklichkeit, als dass sie sich einem erschließt.“ Diesen Gedanken nahm ich mit in die Sommersemesterferien. Er ließ mich bis zum Herbst nicht mehr los.

Während ich zu Hause auf unserem Bauernhof bei der Ernte half, drehte er sich mir im Kopf herum. Schließlich kristallisierte sich eine Idee heraus. Ich könnte die Landwirtschaft zum konkreten Gegenstand meiner Soziologie machen. Die Agrarsoziolo-

gie gab es bereits. Sie war jedoch eine wenig beachtete Disziplin. Der Gedanke konkretisierte sich. Im Oktober legte ich auf dem Weg zu meiner Amerikafreundin in Kassel einen Zwischenhalt in Göttingen ein. Dort gab es ein Soziologisches Institut unter der Leitung von Helmut Plessner und eine renommierte Landwirtschaftliche Fakultät.

Dort, so dachte ich mir, könnte ich beides miteinander verbinden. Aber die Wirklichkeit machte mir einen dicken Strich durch die Rechnung. Landwirtschaft konnte ich nicht als Nebenfach studieren, allenfalls als zweites Hauptfach. Auf jeden Fall würde ich eine zweijährige landwirtschaftliche Lehre absolvieren müssen, wenn ich zugelassen werden wollte. Das aber hätte mit Sicherheit bedeutet, dass ich davor oder danach auch noch meinen achtzehnmonatigen Wehrdienst hätte leisten müssen.

Die Gespräche mit E., die ich im Jahr zuvor auf meiner Rückreise aus Amerika kennen gelernt hatte, richteten mich auf. Sie wollte Ärztin werden. Nur gelegentlich flackerten bei ihr Gedanken an ein Studium der Literatur – oder der Atomphysik – auf. Für mich war Medizin nie in Frage gekommen, obwohl ich nach der Scheidung meiner Eltern fast meine ganze Freizeit im Landarzt Haushalt der Eltern meines Freundes verbracht hatte. Ich war überzeugt, ich könnte nicht Arzt werden. Ich kollabierte seit meinem zehnten Lebensjahr auf der Stelle, wenn ich nur auch einen Tropfen Blut sah.

Einige Tage später, auf dem Weg nach Hause im Nachtzug (damals dauerte die Reise noch acht Stunden), war dann alles ganz anders. Ich wusste plötzlich, ich will Psychiater werden, Psychotherapeut. Und dazu musste ich Medizin studieren. Als meine Mutter mich morgens um fünf bei der Ankunft in Rendsburg begrüßte, brach es aus mir heraus. Sie sagte nur einen Satz: Du bist ja verrückt.

Ich weiß bis heute nicht, wie dieser Entschluss gewachsen ist. Er hat sicher etwas mit E. zu tun gehabt. Ich hatte den Gedanken, Medizin zu studieren, wegen meiner Blutscheu immer verworfen. Dennoch kann er mir nicht so ganz fremd gewesen sein. Ich war außer in meinem zerrütteten Elternhaus, wie erwähnt, ganz wesentlich in einer Arztfamilie aufgewachsen, im Landarzt Haus der älteren Generation der Landhaus und in jenem der Schmidts der jüngeren Generation mit dem Sohn Jürgen, wenige Monate, und Wienke, anderthalb Jahre jünger als ich. Der alte Landarzt war noch mit

dem Kutschwagen auf Hausbesuche gefahren. Wir Bauernkinder schauten ein wenig mitleidig auf ihn herab; denn er hatte nur ein Pferd vor seinem Wagen.

Im Doktorhaus verbrachte ich bald nach der Rückkehr meines Vaters aus der Gefangenschaft meine ganze Freizeit. Ich begleitete den Doktor im Winter in seinem klapprigen VW durch die verschneiten Straßen über die Dörfer -mit der Schaufel im Kofferraum - und hatte auf diese Weise doch einen ziemlich guten Einblick in die Landpraxis. Ich hatte über Thomas Manns Dr. Grabow in den Buddenbrooks gelesen und Stifters „Aus der Mappe meines Urgroßvaters“, ein idyllisches Portrait eines Landarztes im 19. Jahrhundert. Ich weiß nicht, ob sie mich beeinflusst haben.

Wie immer dem auch sei. Der Entschluss war krisenhaft gefallen.

Ich hatte bis dahin fast nichts mit Psychiatrie zu tun gehabt. Auf dem Weg zur Schule fuhren wir im Sommer durch das weitläufige Gelände der Schleswiger Heil- und Pflegeanstalt. Aber wir bekamen nie einen Patienten, einen „Insassen“, wie es damals hieß, zu Gesicht. Unmittelbar vor der Stadt gab es zwei große Pflegeheime für chronisch psychisch Kranke. Wir sahen sie auf den Feldern bei der Arbeit. Aber ich hatte sie nie als Menschen wahrgenommen, die zu behandeln später meine Aufgabe sein würde. In Amerika litt die Mutter meines Pflegevaters an einer Psychose. Sie muss auch zu den ersten gehört haben, die mit Neuroleptika behandelt wurde. Aber sie blieb mir fremd. Einer meiner gleichaltrigen Vettern litt an einer beginnenden Psychose, die wir alle damals aber noch nicht einordnen konnten.

Ich war mir sicher. Dennoch wollte ich mir ein Semester Zeit geben. Ich wollte noch einmal tief in die weichen Wissenschaften eintauchen, die zu studieren ich begonnen hatte. Daraus wurde eine der intensivsten und fruchtbarsten Phasen meines Studiums.

### **Hamburger Winter**

Nicht an einen Lehrplan gebunden, schaute ich überall herein - sogar in die einzige theaterwissenschaftliche Veranstaltung des Semesters, las unendlich viel: die damals aktuelle soziologische Literatur; die drei einzigen Bücher in deutscher Sprache, die es damals über Psychoanalyse und Tiefenpsychologie gab (außer natürlich den Originalschriften der Gründerväter); den Kinsey-Report, der im Giftschränk des Lesesaals der Universität stand. (Ich benötigte eine Bescheinigung von Helmut Schelky, Verfasser der „Soziologie der Sexualität“ in der BRD), damit sich mir die

Geheimnisse der Sexualität des Mannes und der Frau wenigstens wissenschaftlich und theoretisch erschließen konnten. Nach meinem Amerika-Jahr konnte ich mir gut vorstellen, warum die beiden Bände nach ihrem Erscheinen dort für Aufruhr gesorgt hatten.

Ich hörte Peter R. Hofstätters Einführung in die Sozialpsychologie, den zweiten Teil der Einführung in die Tiefenpsychologie von D. Grodzicki, der das Unbewusste und die unbewussten Vorgänge am Beispiel von Thomas Manns Zauberberg, den geheimen Trieben des Minher Peperkorn, der Bedeutung des „Crayon“ der schillernden Madam Chauchat und dem Getrieben sein des Hans Castorp zu demonstrieren versuchte: Begeisterte Zauberberg-Lektüre folgte; und fortan wollte ich Psychoanalytiker werden. Das hätte ich theoretisch auch als Psychologe können. Deshalb hörte ich mir einige Grundvorlesungen für Psychologen an. Anatomie für Psychologen, Neurologie für Psychologen usw. Dabei wurde mir klar, dass der Weg über die Medizin der bessere und erfolgversprechendere sein würde.

Dabei half mir unerwartet Carl Friedrich von Weizsäckers erste Hamburger Philosophie-Vorlesung im neueröffneten Auditorium Maximum - ausgerechnet über „Logik“. Ich erinnere mich nicht, was Goethe und dessen Faust in dieser Vorlesung zu suchen hatten, aber es war so. Vor allem der Monolog des Schülers fuhr bei mir tief ein. Ich erinnere mich im Augenblick nur an eine Zeile: „Der Geist der Medizin ist leicht zu fassen.“ Als ich vor kurzem bei Goethe nachschlug, stellte sich ein Erinnerungsfehler heraus, den ich vierzig Jahre mit mir herumgetragen habe. Es ist gar nicht der „Monolog des Schülers“, (den gibt es gar nicht), sondern es ist Mephisto im Gespräch mit dem Schüler, der das sagt:

„Der Geist der Medizin ist leicht zu fassen!

Er durchstudiert die gross' und kleine Welt,

Um es am Ende gehen zu lassen,

Wie's Gott gefällt.

Vergebens, dass ihr ringsum wissenschaftlich schweift,

Ein jeder lernt nur, was er lernen kann;

Doch der den Augenblick ergreift

Der ist der rechte Mann.

Ihr seid noch ziemlich wohl gebaut,  
An Kühnheit wird's Euch auch nicht fehlen,  
Und wenn ihr Euch nur selbst vertraut,  
Vertrauen Euch die anderen Seelen.  
Besonders lernt die Weiber führen!  
Es ist ihr ewig Weh und Ach,  
So tausendfach  
Aus einem Punkte zu kurieren,  
Und wenn ihr halbwegs ehrbar tut,  
Dann habt ihr sie all unterm Hut.  
Ein Titel muss sie erst vertraulich machen,  
dass ihre Kunst viel Künste übersteigt;  
Zum Willkomm habt Ihr danach alle sieben Sachen,  
Um die ein andrer viele Jahre streicht,  
Versteht das Pülslein wohl zu drücken  
Und fasset sie, mit feurig-schlauen Blicken,  
Wohl um die schlanke Hüfte frei,  
zu sehen, wie festgeschnürt sie sei.“

Und Mephisto noch einmal:

„Grau, teurer Freund, ist alle Theorie,  
Und grün des Lebens goldener Baum.“

Das war's. Ich wollte nicht mehr die Welt verändern. Ich wollte einzelnen Menschen helfen; und das könnte mir Befriedigung bringen.

An dieser Stelle taucht ein weiteres Erinnerungsproblem auf. Ich war fast 50 Jahre überzeugt davon, dass dieses Life Event sich in Ralfs Hegelvorlesung zugetragen hat, dieses lebensverändernde Ereignis, das meine neue Berufsperspektive gleichsam vorbereitet hatte. Aber meine Vorlesungsmitschriften aus dem Jahre 1959/60

sagen etwas anderes. Es war in C. F. von Weizsäckers erster Philosophievorlesung in Hamburg. Ich kann es mir nicht erklären. Ich habe eine gewisse Tendenz, den Mitschriften zu glauben, obwohl es mir gegen den Strich geht, dass ich mich auf meine Erinnerung nicht verlassen kann und nach vierzig Jahren so eine Art „Recovered Memory“ erleben und verarbeiten zu müssen. Aber es hat eine gewisse Logik.

Ich war mit meinem Hamburger Studium rundum zufrieden. Aber es konnte mich nicht zu dem Beruf führen, den ich ergreifen wollte. Mir graute vor dem Medizinstudium. Mir würde dort, anders als in diesem Hamburger Jahr, kaum eine Wahlfreiheit gegeben. Ich würde lernen müssen, was im Vorphysikum und im Physikum geprüft werden würde. Ich hatte auch Sorgen, dass ich es nicht schaffen könnte. Schließlich hatte ich Biologie, Physik und Chemie in der Schule so früh wie möglich abgewählt, weil ich sie nie wieder brauchen würde. Das waren vermutlich die Gründe, die mich dazu bewegten, das weltläufige, brodelnde Hamburg für das Medizin-Studium mit dem überschaubaren, ruhigen, um nicht zu sagen schlafmützigen Kiel zu vertauschen, wo viele meiner früheren Klassenkameraden studierten. In meinem Gefühl war das ein Schritt zurück. Aber er musste sein. Ich fühlte mich dort sicherer.

Es dürfte kaum ein Zufall sein, dass ich an meinem letzten Abend in Hamburg, während einer Spätvorstellung des Düsseldorfer Kabaretts „Kommödchen“ von Lore und Kai Lorenz im St. Pauli-Theater, die ich mit Freunden besuchte, die erste Panikattacke meines Lebens bekam.

## **2. Vorklinik in Kiel (1960 bis 1962)**

Im Mai 1960 begann ich dann das Studium in Kiel. Die dortige Universität war damals mit 5000 Studenten eine der kleineren in Westdeutschland. Sie hatte nach den Zerstörungen des Krieges in den dunklen Ziegelgebäuden der früheren Torpedo-Versuchsanstalt westlich der Hansastrasse eine Bleibe gefunden. Dort bildete sie eine Art Campus, in dem die meisten Institute und Seminare Zuflucht gefunden hatten. Nur die Kliniken, die Zoologie und die Botanik waren Innenstadtnähe am Fördeufer verblieben.

Ich kann nicht sagen, dass ich mich auf das Medizinstudium freute. Im Gegenteil; ich wusste, dass mir bis zum Physikum zweieinhalb harte Jahre bevorstanden, zumal ich den naturwissenschaftlichen Grundlagenfächern zunächst nichts abgewinnen konnte. Außer Anatomie gab es im vorklinischen Studium nichts Medizinisches: Physik, Chemie, Zoologie und Botanik im ersten Jahr. Anschließend, nach dem Vorphysikum, Biochemie und Physiologie. Vorlesungen von 7.00 bis 13.00; nachmittags in den Wintersemestern anatomische Sezierkurse - 16 Stunden pro Woche; in den Ferien Praktika; fast kein persönlicher Kontakt zu irgendwelchen Dozenten. Ich wusste, dass das auf mich zukommen würde. Dennoch war es nach der Hamburger Idylle ein Schock. Ohne das achtwöchige Pflegepraktikum davor in Schleswig hätte ich auf der Stelle das Handtuch geworfen.

Ich wohnte im Sommersemester im Haus meiner Mutter in Schönkirchen, einem Dorf mit wendischem Ortskern, nicht weit vom rechten Fördeufer in den Ausläufern der Holsteinischen Schweiz. Offenbar brauchte ich diesen Schutz des Wohnens zu Hause, eine Art Regression, in den ersten Studienmonaten. Nur wurde mir relativ rasch klar, dass das keine gute Lösung war. Andererseits: ich musste von DM 150,- im Monat leben; das war auch 1960 wenig genug. So fuhr ich im ersten Semester jeden Morgen mit dem Fahrrad von Schönkirchen nach Kiel-Wellingdorf, stieg dort – mit Fahrrad - auf den Förde-Dampfer quer über die Förde zum Anleger an der Reventlow-Brücke und fuhr von dort aus zur Universität oder zu den Instituten für Botanik und Zoologie, die an ihren alten Standorten am linken Fördeufer wieder aufgebaut worden waren.

Der Vorlesungstag begann im Sommer morgens um 7.00 Uhr. Das war schlimmer als Schule. Nach dem Jahr in Amerika und den beiden Semestern in Hamburg kam

ich mir vor wie in einer Tretmühle. Vermutlich konnte ich auch deshalb nicht von der Soziologie lassen. Dabei half, dass Gerhard Wurzbacher, einer der damals führenden deutschen Familiensoziologen, mich zu seinem Oberseminar zuließ, vermutlich auf Grund eines Missverständnisses.

### **Ausweichmanöver: Soziologie, Studentenzeitung, Studentenparlament**

Es ging dort um George C. Homans' gerade ins Deutsche übersetzte Theorie der sozialen Gruppe, die als das Neueste vom Neuen gefeiert wurde, der ich schon damals nichts abgewinnen konnte. Auch aus der Retrospektive ändert sich das nicht. Mir schien das alles, als ob sich der kleine Max das Leben ausdächte, ohne daran teilzunehmen oder es wenigstens zu beobachten. Trotzdem galt Homans, gilt er heute noch, als einer der führenden Theoretiker der amerikanischen Soziologie der Fünfziger- und Sechzigerjahre. Ich war mehr überrascht darüber, welche Mühe die Soziologen mit der Gruppe, vor allem der Kleingruppe, hatten. Ihre Theorien schienen mir - anders als Hofstätters fast gleichzeitig (1957) erschienene sozialpsychologische Gruppendynamik - mechanistisch und lebensfern.

Parallel dazu schrieb ich mich in Karl Martin Boltes Hauptseminar zur Jugendsoziologie ein und hörte zwei mehrstündige Vorlesungen. Ich fühlte mich bei den Soziologen befreit vom Schulbetrieb des Medizinstudiums. Dort ergaben auch zwanglos persönliche Kontakte, von denen einige über Jahrzehnte hielten. Zugleich brachte das Abtauchen in die Soziologie eine erhebliche zeitliche Belastung. Ein aufwendiges Referat zur Soziologie der Verbindungsstudenten - Manuskript ist leider verloren gegangen - brachte mich schließlich an die Grenzen meiner Kraft.

Anscheinend steckte ich dennoch genug Energie in mein Hauptstudium; im April brachte ich das Vorphysikum erfolgreich hinter mich. Angesichts der Tatsache, dass ich die Prüfungsfächer - Physik, Chemie, Zoologie und Botanik - in der Schule so früh wie möglich abgewählt hatte, war das eine gewaltige Entlastung.

Trotzdem gab ich die Soziologie zum Sommer 1961 auf, um mich auf die Medizin zu konzentrieren. Dort standen bis zum Physikum Anatomie, Physiologie und Biochemie im Vordergrund. Aber ich konnte es nicht lassen. Ich brauchte irgendeinen Ausgleich. Ich fing einen polnischen Sprachkurs an. Ich schloss mich der Redaktion der Studentenzeitung „die Skizze“ an. Nach wenigen Monaten war ich deren Chefredakteur. Ich ließ mich ins Studentenparlament wählen und wurde Beauftragter des Allgemeinen

Studentenausschusses (ASTA) für die Hochschulreform. Es dauerte nicht lange, bis ich begriff, dass ich mich erneut übernommen hatte: Wieder musste ich jene Aktivitäten als Ballast abwerfen, die mir besondere Freude bereiteten.

Als das Physikum näher kam, spielte ich zwar mit Helmut Schelskys oft wiederholter Bemerkung von den abgebrochenen Studenten, die bevorzugt Journalisten würden – das war ja nach dem Abitur eine meiner beruflichen Optionen gewesen. Aber das war wohl mehr, um meine Angst zu mindern. Ich wollte das Physikum bestehen; und ich bestand es - angesichts meiner vielen Ausweichmanöver mit ganz ordentlichem Notendurchschnitt. Danach hatte ich, wie viele Studenten damals, zwei Semester an der Freien Universität in Berlin eingeplant.

### **Psychiatrie: Begegnung mit W. Hallermann**

Mit Psychiatrie hatte ich während des ganzen gesamten vorklinischen Studienabschnittes nichts zu tun – ebenso wenig übrigens mit klinischer Medizin oder Psychologie. Allein die Begegnung mit Homans „Theorie der sozialen Gruppe“ war mir später bei der Stationsführung und in der Gruppentherapie von Nutzen.

Es gab allerdings eine Ausnahme: einige Jahre zuvor, noch in meiner Schulzeit, war ruchbar geworden, dass der medizinische Gutachter am Sozialgericht Schleswig, Dr. med. Werner Sawade, in Wirklichkeit der wegen Euthanasieverbrechen gesuchte Prof. Werner Heyde (früher Würzburg) war. Sawade wurde gewarnt und tauchte unter. Ein für damalige Verhältnisse gewaltiger Skandal brach los. Mehrere Richter der Schleswiger Obergerichte wurden suspendiert – vorübergehend nur – und mehrere Klassenkameraden, Juristensöhne, die mit uns Bauertölpeln Mühe hatten, bekamen rote Köpfe.

Der Schleswig Holsteinische Landtag setzte einen Untersuchungsausschuss ein, dessen Abschlussbericht die mutmaßliche Mitwisserschaft eines beachtlichen Kreises von Juristen, Ärzten und Universitätsprofessoren feststellte. Ins Kreuzfeuer geriet dabei auch Prof. Dr. Wilhelm Hallermann, Direktor des Kieler Gerichtsmedizinischen Instituts, zugleich Vorsitzender des Kieler und des Deutschen Studentenwerkes – einer Einrichtung des öffentlichen Rechts, die sich um die sozialen und kulturellen Belange der Studenten kümmerte. Einige Gruppierungen der Studentenschaft glaubten Hallermanns Unschuldsbeteuerungen nicht. Sie schossen sich auf ihn ein. Ich vertraute ihm. Ich aktivierte andere Studenten zu seiner Unterstützung, vor allem

Mitglieder von Gruppen, die wie meine Studentenzeitung, „die Skizze“, unter dem Dach und dem Schutz des Studentenwerkes standen. Tatsächlich gelang es uns, dabei zu helfen, ihn aus der Schusslinie zu nehmen.

Jahre später, als ich versuchte bei ihm zu promovieren, sagte er mir in einer Nebenbemerkung: „Natürlich habe ich das gewusst. Natürlich haben alle das gewusst“. Euthanasie galt damals offenbar als Kavaliersdelikt.

Heyde war längst verhaftet. Unmittelbar vor dem Schwurgerichtsverfahren gegen ihn nahm er sich das Leben.

Wie so oft hatte die traurige Geschichte eine groteske Seite: Die ganze Geschichte war nur aufgefliegen, weil sich ein Kieler Internist irgendwann so über die lärmende Studentenverbindung in seiner Nachbarschaft erboste, dass er in seinem Zorn bei der Polizei räsonierte: Solche Leute, die nur Unglück über das Land gebracht hätten, könnten sich wieder alles erlauben. In Flensburg gebe es sogar einen ehemaligen Naziprofessor, der unter falschem Namen Gutachten durchführe; alle wüssten davon; und niemand würde etwas unternehmen, während er als Naziverfolgter wieder leiden müsse.

Obwohl Kiel damals wohl die einzige deutsche Campus-Universität war, wo wir alten Schleswiger einander ständig begegneten, schloss ich in diesen zwei Jahren nur wenige neue soziale Bekanntschaften – vor allem durch Studentenzeitung und Studentenparlament. In Erinnerung geblieben sind mir Wolf von Lojewski, einer meiner Vorgänger bei der „skizze“, der mich als Volontär für die Kieler Nachrichten interviewte, als ich die Chefredaktion der skizze übernahm, und einige Kommilitonen aus dem Soziologischen Seminar: Hans Lenk, Ruder-Olympiasieger und späterer Philosoph, Friedhelm Neidhardt, später als Soziologe Professorenkollege in Tübingen, Detlev Kantowsky, später Dritte-Welt-Forscher, u.a. in Konstanz und Helge Peters, später als Professor in Oldenburg Betreuer der Dissertation von Christa und Thomas Fengler („Alltag in der Anstalt“), die von 1975 bis 1977 eine Beobachtungsstudie an „meinem“ Niedersächsischen Landeskrankenhaus Wunstorf durchführten (1980 ausgezeichnet mit dem Hermann-Simon-Preis).

In meiner Erinnerung an diese Jahre tritt das Medizinstudium ganz in den Hintergrund. In Wirklichkeit war es natürlich so, dass es den weitaus größten Teil meiner Zeit und meiner Energie in Anspruch nahm. Aber es war eine ziemliche Schinderei.

Und alles andere erschien mir viel interessanter. Es wäre aber unwahr, wenn ich heute sagte, dass mich das alles nicht interessierte. Vor allem in der Biochemie und der Neurophysiologie der Hirnnerven war ich fasziniert von den möglichen künftigen Entwicklungen, etwa von Medikamenten oder von Hilfsmitteln bei Störungen des Sehen und des Hörens. Immer waren es einzelne Dozenten, die diese Faszination bewirkten. Einmal bei dem Gedanken, über den Vibrationssinn Hörbehinderten zu helfen – davon gab es einige in der Familie - musste ich mich aktiv zurück nehmen. Ich wusste, wenn ich mich da engagiere, ist es vorbei mit meinen Psychiatrieplänen. Und das wollte ich nicht.

### **3. Am Deich: Der Sommer in Eiderstedt**

Das bestandene Physikum war ein Akt der Befreiung. Kiel lag nun hinter mir. Berlin sollte kommen. Dazwischen lagen drei Monate Semesterferien. Bis dahin hatte ich nicht so recht geglaubt, dass ich das Studium durchstehen würde. Ich hatte ständig versucht auszubrechen: Zuerst mit der Fortführung des Soziologiestudiums, dann mit einem Polnischkurs, schließlich mit der Mitarbeit an der Studentenzeitung und dem Engagement im Studentenparlament und manchem anderen, das nichts mit Medizin zu tun hatte.

Die Semesterferien sollten etwas Besonderes werden; und das wurden sie auch, wenngleich nicht das, was ich vorher geplant hatte: Eine Reiseleitung beim CVJM-Reisedienst nach Südfrankreich fiel ins Wasser, weil die Prüfungstermine mit dem Abreisedatum kollidierten. Stattdessen fuhr ich mit meinem jüngeren Bruder für zehn Tage in das Schulzeltlager der City of London School in Heidelberg und Weilburg an der Lahn, das ein gemeinsamer Londoner Freund organisiert hatte. In Erinnerung geblieben ist die Nachricht von der Selbsttötung Marilyn Monroes, die für uns junge Leute Leben, pralles Leben repräsentierte.

Mitte August begann ich dann in Eiderstedt zwischen St. Peter-Ording und dem Tümlauer Koog am Deich zu arbeiten. Zur Erinnerung: Im Februar 1962 hatte eine verheerende Sturmflut die gesamte deutsche Nordseeküste verwüstet und die Stadt Hamburg in eine Katastrophe gestürzt. Im Stadtteil Wilhelmsburg waren mehr als 300 Menschen ertrunken. Damals hatte ich als Studentenvertreter eine Hilfsaktion angestoßen, die innerhalb von Stunden umgesetzt werden konnte. Über hundert Studenten der Kieler Universität fuhren als Helfer an die Westküste. Die meisten von uns haben das Wasser nie gesehen, auch nicht die zerstörten Deiche. Wir waren vollauf damit beschäftigt, in Uniformen des Technischen Hilfswerkes aus Buschholz und Fichtenzweigen Reisigbündel – sog. Faschinen - zu binden, die die zerstörten Deiche festigen sollten.

Im Frühsommer hatte mich einer meiner vielen Vettern angerufen, Jürgen Kempe aus dem Tümlauer Koog auf der Halbinsel Eiderstedt – bei der Eindeichung 1936 hieß er Hermann-Göring-Koog . Ob ich nicht Lust hätte, die Ferien bei ihnen am Deich zu verbringen und ein bisschen Geld dazu zu verdienen. So fand ich mich Mitte August auf einer riesigen Baustelle wieder. Hunderte von Tiefbauarbeitern - die

meisten süditalienische Gastarbeiter - waren verpflichtet worden, die Seedeiche bis Ende Oktober in einen Zustand zu versetzen, in dem sie den zu erwartenden Novembersturmfluten Widerstand bieten konnten. Die Deiche wurden neu aufgeschüttet. Das Material dazu wurde im Watt ausgebaggert. Die neu aufgeschütteten Deiche wurden mit Grassoden ausgedeckt, die im Deichvorland gehegt, gepflegt und gestochen wurden.

Die Erde und die Soden wurden Lorenzügen aus dem Watt auf den Deich und dann über die Deichkrone zu den schadhaften Stellen transportiert; (eigentlich gab es keine Stellen, die nicht schadhaft waren). Dann wurden die Loren gekippt und die Erde, der Schlick, wie man dort sagt, deichabwärts geschaufelt. Das war eine schwere körperliche Belastung. Ich bin nicht sicher, ob ich ihr auf die Dauer gewachsen gewesen wäre. Aber ich musste es auch nicht lange ausprobieren.

Schon am zweiten Tag kam der Vorarbeiter auf mich zu: Du bist doch Doktor. Wir brauchen dich woanders. Bei uns entgleisen die Züge reihenweise, weil niemand die Weiche richtig stellen kann. So wurde ich Weichensteller auf Probe und sorgte dafür, dass jeden Tag 60 oder 70 Züge sicher an ihr Ziel gelangten. Es war eine leichte Arbeit. Dafür wurde sie auch nicht besonders gut bezahlt. DM 1.80 die Stunde gab es dafür, leider keinen Akkordzuschlag, aber täglich vier Mark „Auslösung“, weil ich nicht zu Hause wohnen konnte. Dennoch, ich war zufrieden, zumal ansehnliche Nacht- und Feiertagszuschläge dazu kamen.

Wenige Tage später erreichte mich ein ehrenvolles Angebot. Ich sollte nicht mehr nur eine Weiche bedienen, sondern ein ganzes Stellwerk mit sechs Weichen an jenem Ort, an dem die Züge aus dem Watt auf den Deich fahren, die Richtung wechselten, um dann an ihren Zielort zu gelangen. Daran war bis jetzt jeder gescheitert. Die Lorenzüge waren vor allen Dingen nachts reihenweise aus den Gleisen gekippt. Kostbare Zeit und kostbares Geld war, vor allem aber Akkordzuschläge waren verlorengegangen. „Du bist doch Akademiker“, meinte der Vorarbeiter: „Du musst es schaffen“. Ich wusste zwar nicht, was das damit zu tun haben sollte; aber ich schaffte es.

Und so stand ich da, zweieinhalb Monate lang, sechs Tage in der einen Woche, sechs Nächte in der nächsten—manchmal sieben--, zwölf Stunden am Tag, und sorgte dafür, dass die Züge sicher an ihr Ziel gelangten. Ich hatte relativ rasch begrif-

fen, was das Problem meiner gescheiterten Vorgänger war. Sie waren ohne Ausnahme während der Nachtschicht eingeschlafen, weil die Züge unregelmäßig kamen und es manchmal lange Pausen gab. Ich überlegte mir, was ich tun könnte.

Als erstes baute ich mir ein „Haus“ aus Grassoden, die von den umgekippten Zügen übrig geblieben waren. Dann sorgte ich für Feuerholz, für ausreichend Laternen, um Nachtlit zu haben, und für ausreichend Nachtlektüre. In diesen Monaten las ich nicht nur Manfred Pflanz' Buch über Krankheit und sozialen Wandel und Johann Jürgen Rohdes Krankenhaussoziologie. In diesen Monaten wurde ich begeisterter Kriminalromanleser. Vorher hatte ich so etwas nicht in die Hand genommen. Danach, Mitte Oktober hatte ich fast alle Edgar-Wallace-Romane, fast alle Agatha-Christie-Romane und die Bücher einiger anderer Autoren gelesen, deren Namen ich mittlerweile längst vergessen habe.

Die zehn Wochen am Deich waren für mich eine wichtige Zeit. Ich hatte gelernt, mich auf eine Situation, auf ein Leben einzustellen, das mir völlig fremd war. Ich hatte gelernt, lange Stresszeiten auszuhalten und mit Menschen zu kommunizieren, die mir sonst im Leben nie begegnet wären. Es waren freundliche Menschen, die am Deich genau so fremd waren wie ich, meist Südtaliener, die eine merkwürdige Mischung zwischen Italienisch und Plattdeutsch sprachen.

Ich wohnte in diesen 10 Wochen bei den Eltern meines Veters auf dem Bauernhof unter dem Reetdach in einer freundlichen, unkomplizierten Umgebung, umsorgt von einer liebevollen Tante und gepflegt von einem jagdfreudigen Onkel – überwiegend mit Wildenten, gelegentlich mit einem Reiher und einmal sogar mit einem Rehbock. An den Wochenenden versammelte sich dort die ganze große Familie. Die Vettern ließen es sich nicht nehmen, mich in die Tanzschuppen des aufstrebenden Nordseekurorts Sankt Peter zu schleppen, obwohl ich eigentlich nichts wollte als schlafen.

An einer Aufgabe bin ich dann allerdings gescheitert. Als „Stellwerkleiter“, das war meine offizielle Funktion, hatte ich auch die Aufgabe, die Zahl der durchfahrenden Züge zu registrieren. Auf dieser Grundlage wurden die Akkordzulagen berechnet - eine Mark für jeden Zug jenseits 50. Es stellte sich aber bald heraus, dass der Kollege an der zweiten Kontrollstelle durchschnittlich zehn Züge pro Tag mehr zählte als ich. Ich fand mich in großen inneren Schwierigkeiten wieder. Die Kollegen von der Baustelle fingen an, sauer auf mich zu sein. Ich kostete sie bares Geld. Dabei dachte

ich, dass ich zählen könnte. Am Schluss gab es nur eine Lösung. Ich übernahm am Abend bzw. am Morgen die Zahlen der zweiten Kontrollstelle, die mir ein Kurier übermittelte. Auch das war ein Stück Lebenserfahrung.

Mitte Oktober fiel es mir schwer, mich vom Deich zu verabschieden. Der Wind, die feuchte Kälte der Nacht, die salzige Luft würden mir fehlen. Andererseits drängte es mich, mein Studium fortzusetzen; und ich hatte in den zweieinhalb Monaten gutes Geld verdient, das erste Mal, mehr als zweitausend Mark! Soviel hatte ich vorher nie besessen. Dieses Geld sollte mir helfen, den Rest meines Studiums nicht so ärmlich zu leben wie in der Zeit davor.

Ich freute mich auf Berlin: Endlich weg aus dem muffigen Kiel. Endlich weg aus dem Familiennetz, in dem ich mich in den Nach-Scheidungs-Auseinandersetzungen zwischen meinen Eltern, die Jahre nach deren Trennung immer noch andauerten, hoffnungslos verfangen hatte. In den letzten Oktobertagen sollte es losgehen – in die Freiheit, wie ich damals dachte.

## **4. Das Berliner Jahr (1962 bis 1963)**

Ich hatte am Deich ohne Zeitung gelebt, auf dem Bauernhof meiner Verwandten ohne Radio. Ich hatte nicht mitbekommen, dass sich in den letzten Wochen bedrohliche Spannungen zwischen den USA und der Sowjetunion aufgebaut hatten. Wenige Tage vor meiner geplanten Reise nach Berlin im Oktober 1962 entluden sie sich in der Kuba-Krise: Die Sowjets hatten Raketen mit großer Reichweite auf der Insel installiert. Die USA wollten das nicht tolerieren. Es kam zur Eskalation, letztlich zum Poker zwischen Chruschtschow und Kennedy, die überall in der Welt Angst auslöste. Ein bewaffneter Konflikt schien greifbar.

### **Ausläufer der Kubakrise**

Als ich aus meiner Nordsee-Idylle nach Kiel zurückkehrte, war meine Mutter in heller Aufregung, beschwor mich mit Worten und mit Tränen, nicht nach Berlin zu gehen. Das würde als erstes angegriffen und von den Russen vereinnahmt werden. Ich hielt an meinen Plänen fest. Ich war davon überzeugt, dass die Krise sich lösen würde. Aber diese Überzeugung war keine Hilfe für meine Mutter. So kamen zu den Spannungen in der Welt, massive Spannungen bei uns zu Hause. Ich war natürlich auch um meinetwillen erleichtert, dass Chruschtschow am Tag vor meiner Abfahrt nachgab.

Im Zug, dem „Interzonenzug“, herrschte eine gespannte Atmosphäre. Schon die Kontrollen am Grenzübergang Büchen hatten etwas Gespenstisches. Während der ganzen Reise patrouillierten schwerbewaffnete Volkspolizisten durch den Zug. Am Grenzübergang Staaken vor Berlin überkam uns Reisende schließlich das unheimliche Gefühl, in einer fremden Welt zu sein. Die Kontrolle jedes einzelnen von uns wurde von Polizisten im Kampfanzug mit der Maschinenpistole im Anschlag durchgeführt, während andere Polizisten – oder Soldaten – in gleicher Ausrüstung die Bahnsteige kontrollierten. Schließlich durfte der Zug passieren. Bei der Ankunft am Bahnhof Zoo waren wir nach mehreren Stunden Verspätung erschöpft und erleichtert zugleich.

### **Leben auf einer Insel**

Das war der Beginn des Leben auf einer Insel: Der letzte Zug nach Hamburg fuhr um 13.00 Uhr; der letzte nach Hannover am Spätnachmittag. Ich wurde das Gefühl des

Eingeschlossenseins während des ganzen Berliner Jahres nie los. Aber die traurige Faszination der geteilten Stadt erfasste mich bald.

Meine ersten Tage in Berlin verbrachte ich in der Jugendherberge in Tegel. Aber bald fand ich ein geräumiges Zimmer mit einem großen Kachelofen bei einer Familie in Steglitz, etwa gleich weit entfernt von der FU in Dahlem, dem Klinikum Westend in Charlottenburg und dem Rudolf-Virchow-Krankenhaus im Wedding.

Der Winter wurde sehr schnell sehr kalt; und ich sehe mich noch mit dem Schlitten meiner „Wirtsleute“ im Schnee, beladen mit Eierbrickets und Braunkohle in Säcken. Die Wege zu den Verkehrsmitteln waren relativ weit. Gleichgültig, wohin ich fuhr, jedes Mal musste ich umsteigen, meist mehrfach. Ich verbrachte viel Zeit in der U-Bahn oder im Bus. Die S-Bahn, die mich viel schneller nach Charlottenburg oder in den Wedding gebracht hätte, war tabu. Nach dem Mauerbau hatten die Westberliner zum Boykott der von der Deutschen Reichsbahn betriebenen Bahn aufgerufen. Auch anderthalb Jahre danach wurde dieser streng befolgt. Nur wir Westler erlaubten uns gelegentlich eine Ausnahme.

### **Charlottenburg, Wedding, Dahlem**

Das klinische Studium wurde damals noch von den Hauptvorlesungen durch die jeweiligen Ordinarien mit Patientenvorstellungen beherrscht. Am Anfang standen Innere Medizin, Chirurgie und Frauenheilkunde, jeweils in Charlottenburg, im Klinikum West-End. Diese Hauptkollegs wurden regelrecht zelebriert. Und die Professoren waren wahre Herren: der charmante bayrische Chirurg Emil Bücherl, der Internist von Kress, der sich nicht nur wie ein Freiherr benahm, sondern auch einer war; der Gynäkologe H. Lax, der während der Vorlesung weiße Zwirn-Handschuhe trug, um seine Hände zu schützen.

Den Auskultations- und Perkussions-Kurs („Klopfkurs“) absolvierte ich im Rudolf-Virchow-Krankenhaus im Wedding bei Herbert Herxheimer und Wolfgang Stresemann in der Asthma-Poliklinik. Abhören und Abklopfen von Herz und Lunge spielten damals noch eine große Rolle. Aufgrund der kleinen Gruppe der Teilnehmer und der Natur des Unterrichts ergaben sich rasch persönliche Kontakte zwischen Studenten und Dozenten - die einzigen in diesem Jahr. Stresemann war ein Neffe des früheren Außenministers. Herxheimer hatte mit seiner Frau das Konzentrationslager Theresienstadt überlebt, war dann nach London emigriert und schließlich nach Berlin

zurückgekehrt, als man ihn zur „Wiedergutmachung“ mit der Leitung der Asthma-Poliklinik betraute.

Sein Sohn Andrew war in England ein bekannter arzneimittelkritischer klinischer Pharmakologe, der schon in den späten 50er Jahren mit einem pharmakritischen Rundbrief „Medical Letter on Drugs and Therapeutics“ für die Ärzte im Lande bekannt geworden war. Herxheimer überlegte ein ähnliches Projekt für Deutschland. Darüber kamen wir ins Gespräch. Ich versuchte, meine Studenten- und Schülerzeitungserfahrungen einzubringen. Tatsächlich kamen wir relativ weit. Am Ende fehlte Herxheimer angesichts der unsicheren Finanzierung jedoch der Mut einfach zu beginnen, obwohl es sich um eine Finanzierungslücke von nur wenigen hundert Mark handelte. Jahre später brachte er dann doch den „Arzneimittelbrief“, der bis heute besteht, auf den Weg.

Im Übrigen verlief das Wintersemester ereignislos. Eine Ausnahme war das Seminar des achtzigjährigen Professor Hübotter über chinesische Medizin, das im Fach Medizingeschichte angekündigt war. Er wohnte bei mir in Steglitz um die Ecke. Vor allem deshalb machte ich dort einen Besuch. Drei oder vier weitere Studenten hatten sich eingefunden. Es stellte sich rasch heraus, dass es mitnichten Chinesische Medizingeschichte war, die Professor Hübotter anbot, sondern ein Akupunktur-Kurs mit praktischen Übungen an Patienten, die seine Praxis aufsuchten. Wir durften selber die alten Silbernadeln setzen, die er seinem Besteckkoffer entnahm. Er bescheinigte mir nach einigen Versuchen beachtliches Talent. Aber ich war zu skeptisch, um dabei zu bleiben. Ganz davon abgesehen, dass mir die hygienischen Verhältnisse in seinem Praxis-Zimmer, das zugleich sein Wohnzimmer war, recht suspekt waren.

Die Psychiatrie kam im meinem Berliner Jahr merkwürdiger Weise nicht vor. Nach meiner Erinnerung habe ich sie aktiv gemieden. Ich war mit dem Eintauchen in die drei Hauptdisziplinen der Medizin - Innere Medizin, Chirurgie und Frauenheilkunde - innerlich so ausgelastet, dass mir alles andere zu viel gewesen wäre. Allerdings konnte ich auch in Berlin nicht von der Soziologie lassen. Allerdings hörte ich nur zwei Vorlesungen, und auch das nur unregelmäßig. Auf diese Weise hielt ich Verbindung zu den geistes- und sozialwissenschaftlichen Instituten und den kulturellen Einrichtungen der Freien Universität in Dahlem, wo gleichsam das Herz der FU schlug.

## **Dissertationspläne**

Aus dem soziologischen Blick auf meine ersten medizinisch-klinischen Erfahrungen und vielen Diskussionen mit anderen Studenten entwickelte sich das Bedürfnis das Wertesystem der Medizin kritisch zu durchleuchten. Unsere Lehrer verkündeten eine zeitlose ärztliche Ethik, die sich im Hippokratischen Eid manifestierte. Aber die Medizin, die sie lebten, war im Hier und Jetzt unserer Nachkriegsgesellschaft verankert. Das war ja auch richtig so; und meistens wurden die Widersprüche zwischen Ideologie und Alltagspraxis gar nicht sichtbar. Aber wenn das geschah, stand die Fundamenteethik konstruktiven Konfliktlösungen im Wege und zwang viele Ärzte zur Doppelmoral. Am deutlichsten war das Anfang der 60er Jahre beim Umgang mit Schwangerschaftsabbruch (damals Abtreibung) und Sterilisation (von Frauen). Die Abtreibung war verboten. Sie wurde streng bestraft. Ausnahmen gab es nur, wenn das Leben der Mutter auf dem Spiel stand. Die Staatsanwälte, die hier aktiv wurden, hatten nicht nur das Gesetz auf ihrer Seite, sondern auch die gesamte Literatur zur ärztlichen Ethik.

Im Alltag sah das, so meine ersten Eindrücke, ganz anders aus. Die Massenvergewaltigungen und die Verwerfungen in Kriegs- und Nachkriegsjahren hatten den Blick der Ärzte auf die soziale Not geschärft, ihr Handeln mitbestimmt und ihre Wertorientierung verändert. Und das lag Anfang der 60er gerade erst ein Jahrzehnt zurück. Das musste Spuren hinterlassen haben. Es schien mir wichtig zu sein, zu untersuchen, wie die sozialen Werte der Ärzte hinter der Fassade der „zeitlosen“ ärztlichen Ethik wirklich aussahen. Und die Praxis der Abtreibung war aus meiner Sicht das geeignete Untersuchungsfeld. Erste Sondierungsgespräche mit Prof. Lax und Barbara von Renthe-Fink, der Senatsdirektorin für Gesundheit, ermutigten mich. Ich wollte das machen. Als Doktorvater kam für mich nur Dahrendorf in Frage; und der saß in Tübingen. Dorthin würde ich nach den geplanten beiden Berliner Semestern wechseln.

## **Studentenpolitik**

Berlin war damals eine merkwürdige Stadt – einerseits voller Widerstand und Kampfgeist gegen Mauer und Stacheldraht, andererseits verhärtet und verkrustet und schon damals von einer Unterstützungs- und Subventionsmentalität korrumpiert. Politisch war die Mitte angesagt. Die Berliner SPD mit Willi Brandt war mehr oder

weniger Mitte. Die Berliner CDU war es ebenfalls; und alles, was sich links und rechts davon bewegte, war nicht zugelassen. Zwei Studentenparlamentsmitglieder, die im Sommer 1963 an den Weltjugendfestspielen in Helsinki teilgenommen hatten, wurden rigoros aus dem Studentenparlament ausgeschlossen. Ich war an der Sitzung als Zuschauer dabei. Die Atmosphäre war vergiftet. Mir fiel im Lichte meiner Kieler Erfahrungen mit einer lebhaften Diskussionskultur der Unterkiefer runter. Es war schlicht nicht zu glauben. Da war die eine Seite, die linke, mit der man nicht redete. Die rechte entsprach dem, nur umgekehrt. Es herrschte ein Klima der Intoleranz. Mich wunderte es fünf Jahre danach überhaupt nicht, dass aus der Studentenbewegung zuerst und vor allem in Berlin Studentenunruhen wurden.

Im Sommer war der Vertreter einer Berliner Burschenschaft zum Vorsitzenden der verfassten Studentenschaft gewählt worden – nicht dass die Burschenschaftler mir besonders sympathisch waren. Aber irritierend war, was dann kam: In der Studentenschaft bildete sich eine Initiative zur Abwahl des neuen Präsidenten. Ein Teach-In im Auditorium Maximum, für mich damals ein unvertrautes Forum, jagte das nächste. Schließlich kam es zur Abstimmung, zu der alle Studenten der FU aufgerufen waren. Das war für damalige deutsche Verhältnisse etwas ganz ungewöhnliches. Eine Volkswahl (in diesem Fall der Studentenschaft) war im deutschen Verfassungsrecht fast nirgendwo vorgesehen. Die Sensation: Der Burschenschaftler wurde von drei Viertel der Studenten abgewählt. Das war allerdings nicht das Ende seiner politischen Karriere. Er hieß Eberhart Diepgen.

### **Tod eines Vaters**

Im Dezember 1962 starb der Ehemann meiner Vermieterin an einem Aorten-Riss. Er hatte sich plötzlich unwohl gefühlt, ist zusammengebrochen. Das war schlimm genug für die Ehefrau und die beiden jüngeren Kinder. Seine ältere Tochter war in Ost-Berlin verheiratet. Sie lebte mit ihrem Mann und ihren beiden Kindern in der Karl-Marx-Allee, der früheren Stalin-Allee. Es gab keine Möglichkeit, sie anzurufen. Die Telefonleitungen zwischen beiden Teile der Stadt waren nach dem Mauerbau gekappt. Sie durfte auch nicht an der Beerdigung ihres Vaters teilnehmen. Zunächst einmal ging es darum, sie zu informieren. Diese Aufgabe fiel mir zu. Als Westdeutscher durfte ich Ost-Berlin anders als die Ost-Berliner mit einem Tagesvisum betreten.

Ich hatte mich den beklemmenden Kontrollen am Grenzübergang Bahnhof Friedrichstraße schon vorher einige Male unterzogen. So traurig der Anlass meines diesmaligen Grenzübertritts war, die Michelsens nahmen mich freundlich auf. Und für den Rest meiner Berliner Zeit war ich dann die Verbindungsperson zwischen dem westlichen und dem östlichen Teil der Familie. Diese Erfahrungen verstärkten mein eigenes Gefühl des Eingeschlossenseins.

### **Sommer 63**

Auch im Sommersemester spielte sich der interessantere Teil meines Studiums während meines Berlinaufenthaltes außerhalb des Klinikums Charlottenburg ab. Ich wohnte nun in der Togo-Straße in Wedding. Entsprechend versuchte ich, meinen Stundenplan so einzurichten, dass ich den größeren Teil meiner Zeit im Rudolf-Virchow-Krankenhaus verbringen konnte. Ein weiterer schöner Sommer trug dazu bei, dass wir uns in der Stadt und an der Stadt unseres Lebens freuen konnten.

Der Höhepunkt des Sommers war der Kennedy-Besuch. Ich war unter den 400 000, die sich auf dem Platz vor dem Schöneberger Rathaus versammelt hatten, um seine berühmten Worte zu hören: „Ich bin ein Berliner“ (Er sagte übrigens „Bierliner“).

### **Potsdam 63**

Persönlicher Höhepunkt war ein verbotener Besuch in Potsdam an einem strahlenden Sommer-Samstag, zu dem ein Studienfreund mich überredet hatte.

Potsdam lag auf dem Gebiet der DDR und war für uns tabu. Aber die Kontrollen zwischen Ostberlin und dem Umland waren lasch. So trauten wir uns und wären prompt beinahe aufgefliegen, als wir in Schönefeld die S-Bahnkarte zeigten, die in Friedenau abgestempelt war, und nicht die von der Friedrichstrasse. Wir durften passieren. Wir wurden nicht verhaftet und verbrachten einen wunderschönen Sommertag in den Gärten von Sanssouci, inmitten von russischen Soldaten im Ausgang, immer etwas bänglich, ob uns unsere Kleidung, unsere Fotoapparate oder unser Gehabe nicht verraten würden. Am Abend kamen wir erschöpft, aber wohlbehalten wieder in Westberlin an. So war mir Sanssouci vertraut, als ich dreißig Jahre später das erste Mal legal in Potsdam war.

## Hinter dem Reichstag

Gerade noch glimpflich verlief mein letzter Besuch in Ost-Berlin in diesem Sommer: Der Besuch mit einem Freund aus Westdeutschland, einem wehrpflichtigen Offiziersanwärter, dem der Aufenthalt in Ost-Berlin ohnehin verboten war. Aber nach den Potsdamer Erfahrungen scherten wir uns um nichts, streiften neugierig durch Ost-Berlin. Wir kamen von Osten her durch die Klara-Zetkin-Straße (früher und heute wieder Dorotheenstrasse) an den Reichstag und an die Mauerbefestigungen. In den Zeitungen hatte gestanden, dass der Zugang dorthin durch die DDR-Grenze unterbrochen worden sei. Das stimmte offenbar nicht. Wieder einmal hatte man uns etwas vorgelogen.

Wir wurden neugierig und stiegen auf eine erhöhte Plattform. Was wir dabei übersahen, war, dass diese Plattform für die Grenzsoldaten gedacht war und keineswegs für neugierige Touristen aus dem Westen. Wie im Kriminalfilm rollte hinter uns eine schwarze Limousine heran. Vier Volkspolizisten stiegen aus und nahmen uns fest. Wir könnten das Brandenburger-Tor und den Reichstag doch jeden Tag vom Westen aus anschauen, meinten sie. Recht hatten sie.

Sie verdächtigten uns, das Gelände auszuspähen, um einen Tunnel zu bauen, um Ostberliner aus ihrem Gefängnis zu holen. Das war nun keineswegs so. Aber man glaubte uns nicht. Man verhörte uns erst auf dem Polizeirevier Friedrichstrasse und brachte uns dann zum Hauptquartier der Volkspolizei (oder war es die Stasi?) am Alexanderplatz.

Sechs Stunden lang wurden wir getrennt verhört und dann schließlich doch freigelassen. Das hing möglicherweise damit zusammen, dass ich einen Brief vom DDR-Gesundheitsministerium bei mir trug, bei dem ich angefragt hatte, ob es vielleicht möglich sei, in einem DDR-Krankenhaus ein Praktikum zu absolvieren. Der verhörende Offizier wurde neugierig, fragte nach meinen Plänen. Er spürte eine offene Haltung gegenüber der DDR, sagte, er wolle sich dafür einsetzen, entließ mich, und bestellte mich für den nächsten Tag in ein Café am Alexanderplatz, diesmal ganz eindeutig zu einem Anwerbungsversuch zur Ausspähung von interessanten Einrichtungen in der Bundesrepublik. Er wollte mir schreiben. Aber danach habe ich nie mehr etwas von ihm gehört.

Wir hatten großes Glück. Es hätte bis zur unserer Rückkehr in den Westen Jahre dauern können. Immer wieder waren Studenten in der Zeit kurz nach dem Mauerbau bei Besuchen im Osten festgenommen und zu langjährigen Haftstrafen verurteilt worden. Dennoch ließen wir es uns damals nicht nehmen, in der letzten halben Stunde, die uns bis zur Rückkehr in den Westen verblieb, unsere letzte Ost-Mark in einem Lokal am Schiffbauer-Damm (dem heutigen Ganymed) für ein Bier auszugeben.

Der große Schreck kam erst später. Ich hatte von da an bei den wenigen Malen, die ich in den nachfolgenden 2 ½ Jahrzehnten zu einem Besuch in Ost-Berlin nutzte, jedes Mal ein unbestimmtes untergründiges Angstgefühl—das obwohl ich ein Jahr danach noch als offizieller Delegierter meiner Studentenzeitung am Deutschlandtreffen der FDJ „DT 64“ teilgenommen hatte, einer beeindruckenden Propagandaschau mit abertausenden fröhlichen Jugendlichen.

### **Abschied**

Der Abschied von Berlin fiel mir leicht. Ich hatte Berlin immer nur als Zwischenjahr betrachtet. Als solches hatte es mir gut getan – vor allem auch das private Berlin, das Eintauchen in die Atmosphäre der großen Stadt und ihrer Kultur auf beiden Seiten der Mauer. Aber das Gefühl, eingeschlossen zu sein, verließ mich nie.

Ich würde vom Wintersemester an in Tübingen studieren und wollte versuchen, die Soziologie neben der Medizin doch noch zu Ende zu bringen. Bereits im Frühjahr hatte ich Kontakt mit Ralf Dahrendorf aufgenommen, der seit kurzem das dortige Soziologische Seminar leitete. Er war bereit, mich als Doktoranden zu akzeptieren.

## **5. Soziologie und Psychiatrie: Tübinger Winter 1963 und 1964**

### **Soziologie und ärztliche Ethik**

Von Semester zu Semester verspürte ich zunehmend das Spannungsverhältnis zwischen der selbstverständlichen naturwissenschaftlichen Ausrichtung der medizinischen Lehre und der unübersehbaren sozialen Dimension ihrer Anwendung. Letztere fand im medizinischen Denken, wie es uns vermittelt wurde, keine Berücksichtigung. Meine Pläne, mit einem soziologischen Thema zu promovieren, hatten sich im zweiten Berliner Semester verfestigt. Ich hatte begonnen, mich mit Fragen der Medizinethik zu beschäftigen. Ich suchte und fand Unmengen entsprechende Literatur. Dabei stellte ich fest, dass der „gültigen“ ärztlichen Ethik ebenfalls die soziale Dimension fehlte. Sie leitete sich letzten Endes vom hippokratischen Eid her, ohne dass dessen historische – und soziale - Hintergründe berücksichtigt wurden. Ihre Werte waren von der Philosophie der Aufklärung geprägt. Aber sie galten als absolut und unwandelbar. Die meisten wichtigen Monographien zum Thema waren vor dem Ersten Weltkrieg erschienen. In der Zwischenkriegszeit hatte vor allem Erwin Liek mit seiner rückwärtsgewandten Monographie „Der Arzt und seine Sendung“ (1926) Aufsehen erregt. Der Arzt, der die dort hochgehaltenen Werte einhielt, war entsprechend eine erhabene Person.

Ich hielt das für groben Unfug. Es war Ideologie; es war falsches Bewusstsein, das keine praktikablen Handlungsorientierungen vermitteln konnte. Es musste deshalb in die Irre führen - vielleicht auch ein Grund für die Verstrickung so vieler deutscher Mediziner in die Verbrechen der Dritten Reiches. Ich biss mich an den Widersprüchen fest. Ich fragte mich, wie kann ich demonstrieren, dass der gesellschaftliche Hintergrund, dass aktuelle soziale Werte medizinische Entscheidungen sehr wohl beeinflussen, und dass es wichtig ist, dass wir uns dessen in unseren ethischen Überlegungen bewusst sind. Heute erscheint das als Banalität. Damals galt es als destruktiv, so zu denken.

Ich überlegte mir, wie ich das am Beispiel einer kritischen ärztlichen Entscheidungssituation beweisen könnte. Ich musste nicht lange suchen. Die damals heftigen Kontroversen, die medizinische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch durch eine soziale Indikation zu erweitern, drängten sich förmlich auf. Die offizielle Ärzteschaft war

einheitlich dagegen. Sie begründete das mit ihren ethischen Prinzipien. Mir schien es unausweichlich, dass soziale Faktoren sehr wohl in medizinisch begründete Entscheidungen einfließen. Sie durften nur nicht ruckbar werden. Das wollte ich anhand der in Berlin verfügbaren Akten empirisch belegen. Ich hatte dafür, wie erwähnt, die Unterstützung von Barbara von Renthe-Fink, damals Senatsdirektorin beim Gesundheitssenator, gefunden. Dass für die Betreuung eines solchen Projektes nur Dahrendorf in Betracht kam, hatte für mich von vornherein festgestanden.

Ich besuchte ihn in den Frühjahrssemesterferien zwischen zwei Famulaturen in Schleswig und Wolfenbüttel im Tübinger Soziologischen Seminar in der Gartenstrasse. Er interessierte sich für das Thema. Er war bereit, mich im Wintersemester als Doktoranden zu akzeptieren. Dem Wechsel nach Tübingen stand also nicht entgegen.

### **Erster Besuch in Tübingen**

Dieser erste Besuch hat mein Bild von Tübingen nachhaltig geprägt. Ich war vorher mit Ausnahme eines Kurzbesuchs auf einem Heidelberger Campingplatz nie in Süddeutschland gewesen. Die kleine Universitätsstadt schien mir wie eine Idylle. Die nachmittägliche Aprilsonne bei meiner Ankunft trug dazu sicherlich bei.

Die Altstadt nahm mich in ihrer Ursprünglichkeit gefangen. Über die Neckarbrücke, stellte ich mir vor, waren schon Melanchthon, Fichte, Hegel, Uhland, Hauff und viele andere gelaufen, die ich aus dem Schulunterricht kannte. Unten auf der Neckarinsel waren sie flaniert. Auf der Mauer vor der Neckarfront hatten sie die Sonne genossen. Auf dem Neckar hatten sie als Studenten in den Stocherkähnen gesessen; und hinten im Turm hatte der arme Hölderlin über 40 Jahre verbracht.

Als ich mich in der Neckargasse suchend umschaute, zeigte mir ein Student nicht nur den richtigen Weg. Er machte eine kleine Stadtführung mit mir, die Neckargasse hinauf, zur Buchhandlung Heckenauer, in der Hermann Hesse gelernt hatte – vorbei an der Stiftskirche, dem berühmten Tübinger Stift, über den Marktplatz durch die Hirschgasse zur Gaststätte „Bou langer“ gegenüber dem katholischen Stift. Das „Bou langer“ war damals eine Studenten- und Gogen(Weinbauern)kneipe. Klein, verraucht und vor allem alt, die von einem sehr alten Ehepaar geführt wurde – soweit ich weiß den letzten „Boulangers“. Dort gab es für 1,80 DM Bratkartoffeln mit Spiegeleiern und das erste Weizenbier meines Lebens, ein Dinkelacker – Kristallweizen.

Ich fühlte mich rundum wohl. Die Menschen waren freundlich, ihre Sprache anheimelnd, wenn auch unverständlich, die Stadt einladend. Hier wollte ich nach Hamburg, Kiel und Berlin gern studieren. Hier würde ich, so dachte ich mir, für einige Jahre sesshaft werden und das Doppelstudium der Soziologie und der Medizin bewältigen.

### **Scheitern an Parsons**

Im Sommer verbrachte ich noch einmal ein paar Sonnentage dort, um mir ein Zimmer zu suchen. Ich fand es in der Weizsäcker-Straße am Fuß der Wiesenseite des Österbergs. Anfang Oktober schließlich bezog ich dort Quartier: Das Zimmer war recht bescheiden. Aber meine Wirtin versicherte mir, Carlo Schmid habe sich 40 Jahre zuvor auch wohl bei ihr gefühlt.

Es war ein wahrhaft goldener Herbst, als ich schließlich ankam, um mich auf das Wintersemester einzustimmen. Ich hatte noch vier Wochen, um mich einzuleben, vor allem aber, mich auf das soziologische Oberseminar vorzubereiten, das Talcott Parsons' „Social System“ zum Gegenstand haben sollte. Ich verbrachte die Vormittage im Seminar und hielt mich dort an das einzige verfügbare Exemplar des Buches; und ich war weiterhin bester Stimmung. Aber die hielt nicht lange an.

Zum ersten Mal in meinem Leben scheiterte ich an einem Text. Ich hatte Mühe, ihn zu verstehen; und das lag nicht daran, dass es ihn nur im englischen Original gab. Mir fehlten einfach die theoretischen soziologischen Grundlagen.

Nach drei Wochen - aus heutiger Sicht viel zu früh - kapitulierte ich. Ich begriff, dass es unter diesen Umständen illusorisch war, die Soziologie wieder aufzunehmen und abzuschließen – und zugleich mein Medizinstudium voranzutreiben. Dahrendorf verstand, dass ich mich übernommen hatte. Aber das war kein Trost. Es mag eine Ironie sein, dass das letzte Kapitel des „Social System“, in dem Parsons seine Theorie am Beispiel der sozialen Rolle der Kranken - und jener der Ärzte - exemplifiziert, wenige Jahre später zur wichtigsten Grundlage meines ersten Buches (Arzt, Patient und Gesellschaft) wurde. Doch davon später.

Ich war desillusioniert und enttäuscht. Ich war wegen der Soziologie nach Tübingen gekommen. Als das Wetter Ende Oktober eintrübte, überwiegend regnete, trübte sich auch mein positives Bild von der Stadt. Von Berlin im Sommer nach Tübingen im Winter - das war die falsche Reihenfolge; das konnte nicht gut gehen. Ich wollte nur

noch weg. Am liebsten zurück nach Berlin. Ich versuchte das auch. Aber der Rückweg blieb mir versperrt. Die Freie Universität war damals die einzige deutsche Hochschule mit einem rigorosen Numerus Clausus.

## **Psychiatrie**

So beschloss ich, das Semester zu nutzen und mich auf die Psychiatrie zu konzentrieren. Die Tübinger Nervenlinik, 1894 eröffnet, war ein imponierender Bau in damals wenig geschätzter Türmchen-Architektur auf einem Hügel über der Altstadt gegenüber von Schloss- und Oesterberg.

Anfang der Sechzigerjahre hatte Walter Schulte die Leitung der Klinik übernommen, nachdem er zuvor in Bethel und Gütersloh gewirkt hatte. Er hatte mehrere Oberärzte aus Gütersloh mitgebracht: Werner Mende, seinen Stellvertreter, Gerhard Irle, der später den Tannenhof bei Remscheid übernahm und 1963 die Sozialpsychiatrie vertrat, den bedächtigen Hans-Peter Harlfinger, der später als Anstaltsdirektor nach Wehnen bei Oldenburg in Niedersachsen zu den gemeinsamen Wurzeln der Gütersloher Gruppe zurückkehrte. Alle drei waren gerade dabei, sich zu habilitieren: Mende über ein forensisch-psychiatrisches Thema, Irle über den „Psychiatrischen Roman“, Harlfinger über Arbeitstherapie als Mittel der Therapie. Harlfinger war auch Baubeauftragter der Nervenlinik, die in diesem Winter eine einzige Baustelle war. Wir haben später oft über diesen Umbau gespottet, vor allem über die Betonmauer an der Nordseite, die die Gartenhöfe der beiden einzigen geschlossenen Abteilungen eingrenzte. Aber wir hatten unrecht. Harlfinger hob die Säle auf, die zu Kretschmers Zeiten vorherrschten. Er ließ Zwei- und Dreibettzimmer an deren Stelle setzen; und er beseitigte die Isolierzellen. Die lernte ich erst 24 Jahre danach in Basel kennen.

Außerdem gab es noch ein paar Schüler von Schultes berühmten Vorgänger Ernst Kretschmer: Julius Hirschmann, der später den neurologischen Lehrstuhl übernahm, Dietrich Langen, einer der letzten, der vor dem beginnenden Siegeszug der Psychoanalyse in den Sechzigern mit Hypnose und Suggestion psychotherapierte (von ihm stammte übrigens das Un-Wort von den Angehörigen als „Ungehörigen“, das ich später so oft zitiert habe), und natürlich Wolfgang Kretschmer, der nicht in den Alltagsbetrieb der Klinik integriert war und statt dessen vor allem das Werk seines Vaters verwaltete.

Ich verbrachte jeden Tag in der Klinik, im neurologischen und im psychiatrischen Untersuchungskurs, in der psychiatrischen Hauptvorlesung, in den Pflichtpraktika, in der Psychotherapievorlesung von Langen und im Sozialpsychiatrischen Seminar von Irle. Die Welt der geschlossenen Stationen war mir fremd; die Welt der Kranken merkwürdigerweise nicht. Sie waren mir vom ersten Tag an nahe, vertraut, Menschen wie andere auch, wie Partner.

Die Hauptvorlesung war konventionell: Vier Stunden in der Woche Psychiatrie und Neurologie. Schulte bestritt sie allein. Er las über Depressionen und Schizophrenie. Er stellt Patienten vor, wie das damals üblich war, nachdem jeweils zwei Teilnehmer sich vorab ein Bild von ihnen gemacht hatten. Der Betrieb war merkwürdig unakademisch – kein Wunder eigentlich, nachdem die Klinik eine „Invasion aus der Anstalt“ „erlitten“ hatte. Aber mir gefiel die Atmosphäre. Mich bewegte Schultes Menschenfreundlichkeit. Mir gefiel sein Umgang mit den psychisch kranken Menschen.

Eine „Fallvorstellung“ hat mich dauerhaft geprägt. Ein junger Wehrpflichtiger war nach einem Zwischenfall mit seinem Vorgesetzten in die Klinik gekommen. Er war über den Kasernenhof gelaufen, ohne seinen vorgesetzten Offizier zu grüßen. Das verlangte nach einer Rüge; aber es war nicht wirklich schlimm. Schlimm war seine Reaktion auf den fälligen Anranger: „Können Sie nicht grüßen?“ Die Antwort: „Ich kann schon; aber ich will nicht!“ Das hatte es noch nie gegeben! Dafür gab es nur eine Erklärung: Der Mann war geisteskrank. Und er war es. Er litt an einer Psychose. Schulte war davon überzeugt. Wir Studenten zweifelten.

Aber ich konnte mich wenige Tage später bei einem Praktikum davon überzeugen: Er lebte nicht in unserer Welt. Dabei hatte nur eine Reaktion gezeigt, die fünf Jahre danach zu einer verbreiteten Methode aufmüpfiger Studenten wurde, ihre ungeliebten Vorgesetzten an den Rand der Verzweiflung, um nicht zu sagen an den Rand des Wahnsinns trieb. Mir wurde schlagartig klar, was ich Jahre später bei Fritz Redlich nachlesen konnte: psychopathologische Symptome sind zeitgebunden. In einer anderen Zeit auf einem anderen kulturellen resp. ideologischen Hintergrund sind sie Ausdruck von strotzender Normalität. Ich hätte das auch beim amerikanischen Soziologen Erving Goffman nachlesen können, dessen „Asyle“ 1962 erschienen waren. Aber von dem hatte ich damals noch nie gehört.

## **Euthanasie-Diskussion**

Auch eine Diskussion mit Schulte im Schlatterhaus, dem Haus der Evangelischen Studentengemeinde, zu der ich den Anstoß gegeben hatte, hat auf meinen späteren Weg Einfluss genommen. Im Herbst 1963 war bekannt geworden, dass der bekannte Kieler Ordinarius für Kinderheilkunde Werner Catel zwei Jahrzehnte zuvor in Hamburg-Rothenburgsort aktiv an der Kinder-Euthanasie beteiligt war, dass er missgebildete und behinderte Säuglinge und Kleinkinder der Ermordung zugeführt hatte. Catel versuchte, sein Tun zu verteidigen: es habe sich um lebensunfähige, zum Teil „hirnlose Monstren“ gehandelt. Er verlor seine Ämter. Aber er blieb uneinsichtig – und ohne Strafe. Im Gegenteil, er veröffentlichte zwei Bücher dazu, skandalöse Rechtfertigungsschriften, die in der Öffentlichkeit trotz ihrer Widerwärtigkeit nicht nur auf Ablehnung stießen.

Aus alledem wurde - auch im Gefolge der Heyde-Sawade-Affäre - eine erste breite Auseinandersetzung über die Naziverbrechen an Behinderten und Psychisch Kranken in Deutschland, nachdem Alexander Mitscherlichs „Medizin ohne Menschlichkeit“ lange totgeschwiegen worden war. Schulte war bei der Veranstaltung im Schlatterhaus einer der wenigen Meinungsführer seiner Generation, der klare Worte fand. Im Laufe des Wintersemesters nahm der damalige Kultusminister von Schleswig-Holstein, Edo Osterloh, sich das Leben – ob im Rahmen der Catel-Affäre, weiß ich nicht.

Im Übrigen sind die Erinnerungen an dieses Tübinger Semester eher verschwommen. Da waren die frühen Jahre der Medikamentenbehandlung bei Schizophreniekranken und Depressiven. Da war eine unpsychoanalytische Atmosphäre in der Klinik, aber eine psychotherapeutische und vor allem eine milieutheraeutische. Nach den Hamburger Vorlesungen zur Einführung in die Tiefenpsychologie war dies mein erster Kontakt mit der Psychiatrie. Nachdem ich das Medizinstudium begonnen hatte, um Psychiater werden, mag das verwundern; aber es war so. Allerdings hatten die ersten klinischen Semester mir gezeigt, dass mich die ganze Medizin interessierte. Aber in diesem Winter in der Tübinger Nervenklinik wurde aus den vagen Vorstellungen von psychischer Krankheit, psychisch Kranken und ihrer Behandlung etwas Konkretes.

Jenseits dieser ersten Einblicke in die Psychiatrie blieb Tübingen mir verleidet. Tübingen im Winter nach Berlin im Sommer, das war ein zu großer Schritt gewesen Ich wollte weg. Und als der Kieler Gerichts- und Sozialmediziner Walter Hallermann, den ich ja bereits kannte, sich bereit erklärte, mein geplantes Dissertationsthema zu übernehmen, kehrte ich nach Kiel zurück. Es war so etwas wie eine Flucht nach Hause, dem ersten Wechsel nach Kiel ähnlich, nachdem ich die Soziologie in Hamburg aufgegeben hatte.

## 6. Rückkehr nach Kiel: Staatsexamen (1964 bis 1966)

Ich bereute meine Entscheidung nicht. Kiel im Sommer war schön, die Förde, die Ostsee, die Seen in der Holsteinischen Schweiz, die Besuche bei Verwandten am Plöner See. Schließlich war Schleswig-Holstein, das Land zwischen Nord- und Ostsee, meine Heimat. Noch immer, nach bald fünf Jahrzehnten fühle ich mich zu Hause, wenn ich es mit dem Zug über Hamburg hinaus nach Norden schaffe.

Die Arbeit an der Dissertation ließ sich gut an. Hallerman hatte mir zur Begrüßung gesagt, er freue sich über mein Projekt. Es sei wichtig, dass wir in der Medizin neue Wege gehen. Und Reinhard Wille, den er mir als Betreuer zur Seite stellte, war ganz nach meinem Geschmack: Durch und durch Schleswig-Holsteiner, äußerlich zumindest ein robuster Typ, der sich mit seinem Spezialgebiet, dem abweichenden sexuellen Verhalten, ständig zwischen alle Stühle setzte und daran auch noch seine Freude hatte. Ihm war die soziale Dimension der Medizin nun wirklich nicht fremd.

Am Ende des Sommers lernte ich im Rahmen unserer Examensgruppe Hildegard Becker kennen, meine spätere Frau, die über München und Wien für einen Sommer nach Kiel gekommen war und dort gleichsam strandete. Sie arbeitete auch an einer Dissertation im Institut für Gerichtsmedizin: einer Untersuchung über den Suizid von Kindern, die schließlich das Schicksal meiner Arbeit am gleichen Institut teilte.

Psychiatrie war in diesem ersten Kieler Semester nicht angesagt; dafür Pharmakologie beim gerade berufenen Heinz Lüllmann, eine faszinierende Veranstaltung. Sein Lehrbuch, das mittlerweile Dutzende von Auflagen erlebt hat, stand damals unmittelbar vor der Veröffentlichung. In der Pathologie, vor allen Dingen der Pathohistologie, machte mir meine Farbenblindheit mehr zu schaffen, als ich gedacht hatte. Das schlug sich später auch im Pathologiestaatsexamen nieder - zunächst ohne dass ich begriff, wie mir geschah.

Schließlich ein Feuerwerk: die Dermatologievorlesung von Albin Proppe draußen in der alten Hautklinik, an der Holtenauer Schleuse. Hier war die Farbenblindheit natürlich ein noch größeres Problem. Aber zwei wichtige Dinge habe ich von ihm mitgenommen. „Lesen Sie Kriminalromane“, sagte er. „Lesen Sie keine Lehrbücher. Beobachten Sie. Sehen Sie genau hin und lernen Sie, Probleme zu lösen.“ Das war das eine; und das andere: „Ein deutscher Professor muss ein so dickes Fell haben, dass er ohne Rückgrat stehen kann“.

Ich fürchte, der Satz hat in den fünfundvierzig Jahren danach nicht viel von seiner Aktualität verloren. Richtig böse wird er erst im Zusammenhang mit einem Satz des Tübinger Psychoanalytikers Wolfgang Loch wenige Jahre später: „Ein deutscher Ordinarius braucht einen IQ von mindestens 80 Punkten.“

## **Psychiatrie**

Das nächste Semester, das zehnte, stand für die Mitglieder unserer Examensgruppe ganz im Zeichen der Psychiatrie. Mit einer Ausnahme mieden wir die großen Vorlesungen: Zwei Mal im Jahr reiste Annemarie Dührssen für 14 Tage aus Berlin an, um uns in die Grundlagen der Psychosomatik einzuführen. In Verbindung mit Weissbeckers internistischer Psychosomatik hat mich das so beeindruckt, dass die Psychosomatische Medizin mir einige Jahre lang als mögliche Alternative zur Psychiatrie erschien. Ansonsten suchten wir die „kleinen“ Angebote der Neurologischen und der Psychiatrischen Poliklinik, lernten Patientinnen und Patienten kennen, durften sie selber untersuchen. Wir waren jeweils nur zu zweit oder zu dritt in diesen Veranstaltungen. Wir beteiligten uns an einem Seminar von N. Hauss und erhielten eine gute Einführung in die klinische Psychologie, lernten u. a. die Prüfung der Intelligenz und durften unseren eigenen IQ überprüfen. In diesem Seminar waren die vier Mitglieder unserer künftigen Examensgruppe die einzigen Teilnehmer.

Und dann gab es noch einen Höhepunkt: „Ungewöhnliche Fälle“. Sie wurden von jungen Dozenten und Oberärzten vorgestellt. Auch hier waren mehr Dozenten als Studenten anwesend. Aber das brachte uns ins Gespräch. Den jungen Uwe Henrik Peters kannte ich schon von früher. Er war selbst Landarztsohn. Sein Bruder war langjähriger Kieler Asta-Vorsitzender. Er hatte immer wieder Praxisvertretungen bei Dr. Wolfgang Schmidt in meinem Heimatdorf Taarstedt gemacht und mich dort gelegentlich spüren lassen, dass er mich für einen naseweisen Grünschnabel hielt. Peters war es auch, der mir sagte: „Lassen Sie das mit der Dissertation. Dabei kommt nichts raus“. Ich hielt das für schlichten Unfug. Ich hörte nicht einmal zu.

Laux, der uns später prüfte – er starb wenige Jahre danach an einem Hirntumor – lernten wir kennen und schätzen, ebenso Völkel, der damals mehrfach in der Woche nach Hamburg reiste, um bei Grodzicki seine Analyse zu Ende zu führen. Friedrich Lehmann, der Neurologe, der später in Düsseldorf Ordinarius wurde. Diese Vorlesung, besser das Kolloquium öffnete uns die Augen über die Fallstricke der psychiat-

rischen Diagnostik: Tumorkranke, die als hysterisch verkannt worden waren, eine Frau mit einer Myasthenia gravis, die einen langen Leidensweg im Hamburg hinter sich gebracht hatte und immer wieder der Simulation beschuldigt wurde, weil ihre Zustände im Laufe des Tages so wechselten.

Sie hatte vor Gericht durchgesetzt, dass sie neu begutachtet wurde und zwar in einer anderen Stadt und ohne dass die Gutachter Einsicht in ihre Akten und Krankengeschichte nehmen durften. Der offene Blick der unbegangenen Klinik bescherte ihr eine neue Diagnose, die richtige Diagnose, ein bisschen Genugtuung und Wiedergutmachung und die Therapie, die damals möglich war, wenig genug, für die Patientin aber im Erleben wie ein Wunder.

### **Staatsexamen**

Das letzte, das elfte Semester, bescherte uns noch einmal einen traumhaften Kieler Sommer, in dem das Büffeln für das Staatsexamen, das von August an seinen Lauf nehmen sollte, manchmal recht schwer fiel. Aber unsere Gruppe war ein gutes Team. Wir wechselten zwischen intensiven Phasen der Arbeit, Theater- und Kinoabenden und langen Wanderungen am Wochenende in die Holsteinische Schweiz und an die Ostsee.

Das Examen selber mit verschiedenen Aufs und Abs war mörderisch. Es war vor allem eine Nervenbelastungsprobe mit 16 Einzelprüfungen in 14 Fächern, manchmal in einem Abstand von weniger als einer Woche. Die Prüfungen verliefen mit kleinen Triumphen und mittelgroßen Blamagen, aber ohne Katastrophen. Die in der Pathohistologie konnte ich mühsam abwenden, die in der Hals-Nasen-Ohren-Prüfung, der letzten übrigens, brachte mich an den Rand der Verzweiflung. Ich konnte nicht mehr antworten, was sich zwischen dem Septum Nasi und der äußeren Nasenwand befindet: Das Nasenloch natürlich. Eine überraschende, aber bleibende Erfahrung war es, dass ich mit meinem selektiven Wissen über Antibiotika in fast allen Fächern punkten konnte. Ich nahm aus alledem die Erfahrung mit, dass es in wichtigen Prüfungen nicht vorrangig um das Abrufen von Wissen geht, sondern um geistige Wachheit und psychische Belastbarkeit.

Und dann, am 2. Dezember 1965, war die Tortur zu Ende. Mir blieben drei Monate Zeit, um meine Dissertation abzuschließen, bevor ich meine Arbeit als Medizinalassistent begann, die mich in den kommenden beiden Jahren über Bad Segeberg nach

Nevers in Frankreich, zurück nach Kiel in die Gerichtsmedizin, nach Tübingen und schließlich nach Gießen führen sollte. Aber erst einmal fahren wir für eine Woche nach Berlin.

## **7. Bad Segeberg und Nevers: Medizinalassistentz 1966 und 1967**

Es dauerte ein wenig, bis die Erleichterung sich einstellte. Aber die Woche mit der gesamten Prüfungsgruppe in Berlin sorgte für Abstand. Jeden Abend Theater: Halle-sches Tor, Schiffbauer Damm, komische Oper, Schillertheater. Ich weiß nicht, welche sonst noch.

Danach mussten wir unerwartet Ausbildungsstellen suchen. Die zugesagten Medizinalassistentenplätze in Schleswig in Frauenheilkunde und Chirurgie wurden uns wenige Tage vor dem geplanten Arbeitsbeginn aus undurchsichtigen Gründen plötzlich verwehrt. Die Schwierigkeit bestand nicht darin, überhaupt Ausbildungsplätze zu finden - Medizinassistenten waren gesucht –, sondern Plätze mit halbwegs ordentlicher Bezahlung in Reichweite von Kiel: meine Dissertation lag erst im Entwurf vor! Außerdem wollten Hildegard und ich an den gleichen Ort. Und Plätze im Engpassfach Frauenheilkunde waren rar. Am Ende wurden wir in Bad Segeberg auf halbem Wege zwischen Kiel und Hamburg fündig - einem Schmuckkästchen von Kleinstadt am großen Segeberger See, einem Ort übrigens, der mir durch wiederholte Kindheitsferien bei Verwandten vertraut war.

Am 1. März 1966 begann ich meine Tätigkeit als Arzt, genauer nach, den damaligen Regularien als Medizinalassistent auf der Chirurgischen Abteilung am Kreiskrankenhaus Bad Segeberg unter der Leitung von Werner Zehrer, dem Bruder des damaligen Welt-Herausgebers Hans Zehrer. Nach vier Monaten wechselte ich in die Frauenheilkunde zu Kurt Herrnberger, einem vornehmen Herrn, der meistens weiße Zwirnhandschuhe trug (wie damals übrigens viele Chirurgen und Gynäkologen).

Wir wohnten gleichsam im Internat in einer Villa am See. Wir wurden im Krankenhaus verpflegt. Und wir waren in der Zeit, als es noch keine Piepser gab, auf diese Weise fast jederzeit erreichbar, wenn Not am Mann war.

Ich begann in der Chirurgie unter Leitung eines zugewandten, sehr klugen, aber verbitterten Oberarztes, den, wie ich später erfuhr, ein dunkles Geheimnis umgab, eine schwer zu tragende Schuld. Er hatte bei einer Routinegallenblasenoperation die Hauptarterie mit dem Gallengang durchschnitten und musste sie unterbinden. Zu den damaligen Zeiten waren die gefäßchirurgischen Möglichkeiten so begrenzt, dass eine Reparatur unmöglich war. Der Patient ging elendiglich zugrunde, nicht unter

Schmerzen. Wie das damals auch so üblich war, wurde das Ganze nicht an die große Glocke gehängt. Man hatte eben ein umfassendes Verständnis vom ärztlichen Berufsgeheimnis.

Ich habe viel gelernt im Operationssaal und in der Ambulanz, obwohl mir meine Linkshändigkeit immer wieder im Weg stand. Dramatisch war die notfallmäßige Blinddarmoperation bei meinem Vetter, Peter V., der eine Woche lang mit Unterbauchschmerzen in Hamburg herumgelaufen war und mich an einem Freitag in der Mittagspause um Rat fragte. Ich hatte sofort das Gefühl, dass hier etwas gewaltig faul war.

Die diensttuende Oberärztin bestätigte das und ordnete die sofortige Operation an. Außer ihr waren nur zwei Medizinassistenten verfügbar. Alle Assistenten und Oberärzte waren außer Haus. Ich musste mitmachen. Ich bot an, die Narkose zu machen. Das war damals alles noch etwas einfacher und gröber als heute (und gefährlicher) – mit Evipan und Äther. Der Oberärztin erschien das allzu gefährlich. So assistierte ich ihr: mir wurde schwarz vor Augen, als der Eiter noch vor dem Blinddarm sichtbar wurde. Gott sei Dank hatte sich der durchgebrochene Darm im Unterbauch organisiert. Er war vom Bauchfell abgedeckt und von der übrigen Bauchhöhle abgetrennt.

### **Tod auf der Straße**

In der Chirurgie hatte ich auch meine erste dramatische Begegnung mit dem Tod. Bad Segeberg liegt an der Bundesstraße 404, einer unfallträchtigen Straße. Das galt vor allem für den Wechsel vom Winter zum Sommer. Die Straße war vor allem im März immer wieder vereist. Eines Morgens, als ich in die Klinik kam, erwartete uns statt der üblichen Röntgenbesprechung ein sterbender junger Mann im septischen Operationssaal. Wir hatten uns kaum orientiert, da kam der nächste, und dann noch einer und wieder einer. Insgesamt waren es zehn junge Männer. Alle starben unter unseren Händen. Sie waren mit einem VW-Bus auf dem Weg zur Arbeit gewesen und bei Glatteis mit einem Lastwagen frontal kollidiert. Nur der Lastwagenfahrer, ein unbedarfter junger Mann, überlebte. Als seine Mutter ihn am Nachmittag besuchte, sagte er ihr eben dies: „Mutti, ich lebe noch“.

Die andern sahen wir sterben – einen nach dem anderen. Beklemmend war es, als ich am Nachmittag meinen Oberarzt in die Leichenhalle begleitete. Auf polizeiliche Anordnung mussten wir allen zehn für eine Alkoholuntersuchung Blut entnehmen.

Das war gespenstisch. Zehn junge Leute, die am Morgen lebensfroh oder mit Problemen aus dem Haus gegangen waren, deren Frauen und Kinder auf ihre Rückkehr am Abend warteten. Alle tot, so sinnlos tot.

### **Geburtshilfe**

Die Arbeit in der Geburtshilfe war anders. Hier waren wir Medizinalassistenten voll in den Nachtdienst eingebunden. Jede zweite Nacht, jedes zweite Wochenende hatten wir Dienst. Und wenn der eine in den Ferien war, hatten wir Dauerdienst (DM 150,-- im Monat Zuschlag gab es dafür). Am Ende wusste ich nicht mehr, wo mir der Kopf stand. Ich funktionierte mehr oder wenig im Tran. Es gab keine Nacht, in der wir unter Anleitung der kundigen Hebammen nicht ein Kind auf die Welt holten. Auf 150 Neugeborene brachte ich es in den knapp vier Monaten. Gebraucht wurden wir eigentlich nur für die Administration der Durchtrittsnarkose und die Reparatur des Dammschnitts. Alles andere bewerkstelligten die Hebammen – ruhig und kompetent. Wenn ich kritisch zurückdenke, muss ich einräumen, dass dies meine erste Erfahrung als Frühstücksdirektor war; andere sollten folgen.

### **Unstillbare Blutung**

Ein Ereignis werde ich nicht vergessen. Bei einer jungen Frau konnten wir nach der Geburt die Blutung nicht stillen. Hilfe konnte damals nur das leicht verderbliche Fibrinogen bringen. Nur 2 g lagerten bei uns im Kühlschrank. Es reichte nicht. Wir ließen uns mitten in der Nacht Nachschub aus Kiel bringen. Aus Lübeck, aus Oldesloe und aus Neumünster trafen die Blaulichtwagen einer nach dem anderen bei uns ein. Vergeblich. Wir alarmierten die registrierten Blutspender der Umgebung und übertrugen direkt von Mann zu Frau acht Liter frisches Blut mit ebenso frischen Gerinnungsmitteln. Um zwei Uhr morgens kam die Blutung endlich zum Stehen. Schweißgebadet kam langsam die Entspannung. Wir hätten uns alle in die Arme nehmen mögen. Wir taten es nicht. Stattdessen veranstalteten wir eine fröhliche Kaffeerunde morgens um drei im Vorraum zum Kreissaal.

### **Klinikalltag**

Die dramatischen Ereignisse jener acht Monate sind verständlicherweise am deutlichsten in Erinnerung geblieben. Aber die Erfahrungen im alltäglichen Umgang mit den Kranken und das Erleben der Klinikroutinen waren für meine Entwicklung wichtiger. Wir Anfänger hatten viel Zeit, mit den Kranken zu sprechen; und wir nutzten sie.

Dabei half mir vor allem bei den Patienten aus den Dörfern, dass ich gut Plattdeutsch verstand und leidlich sprach. Obwohl wir so jung waren, fassten die meisten rasch Vertrauen zu uns, einfach weil wir ihnen bereitwillig zuhörten. Wir erfuhren auf diese Weise manches zur Krankheitsvorgeschichte, das unseren Oberen verborgen geblieben war.

Wir lernten in diesen ersten Monaten, wie wichtig es war, uns gelegentlich zu einem Zwiesgespräch ans Bett zu setzen, die Kranken auch außerhalb der formalisierten Visiten zu Wort kommen zu lassen. Die waren eher Lehrveranstaltungen für uns, in denen allerdings nicht diskutiert wurde. Die Patienten trauten sich ohnehin nicht, etwas zu sagen, was sie nicht gefragt worden waren. Vier Jahrzehnte später habe ich anlässlich einer Erkrankung meiner Mutter mit Erschrecken wahrgenommen, dass sich in manchen Kliniken wenig daran geändert hat – allenfalls mit dem Unterschied, dass heute auch die Anfänger keine Zeit mehr haben, mit den Kranken zu reden.

Wir erlernten allgemeinmedizinische und fachspezifische Grundlagen der Diagnostik und der Behandlung. Vor allem lernten wir im Operationssaal, im Kreissaal und auf den Stationen, wie Medizin geht, wenn sie gut geht – und wie, wenn nicht. Wir lernten mit den zwischenmenschlichen Spannungen zu leben, die immer da waren, die aber gerade in kritischen Situationen, die höchste Konzentration und unbedingte Zuverlässigkeit verlangten, destruktiv werden konnten. Wir lernten, wie wichtig eine ritualisierte Kultur zur Vermeidung von Fehlern in der täglichen Routine ist. Wir lernten schließlich, es auszuhalten, wenn Patienten trotz aller unserer Bemühungen starben.

### **Zwischenspiel in Nevers**

Auf Bad Segeberg folgte Nevers. Ein Studienfreund hatte uns den dreimonatigen Aufenthalt auf der Inneren Abteilung des dortigen Centre Hospitalier vermittelt. Hildegard bestand darauf, mich zu begleiten, obwohl sie kein Wort Französisch konnte. Ich war gezwungen, ständig mit ihr deutsch zu sprechen. Das war keine gute Sprachpraxis. Dennoch: Die drei Monate waren spannend. Auch sie hatten nichts mit Psychiatrie zu tun. Allerdings machten wir auf dem Weg dorthin Station in Tübingen zu einem kurzen Besuch in der Nervenlinik und sprachen mit Werner Mende über die Möglichkeit einer Tätigkeit als Medizinassistenten an der Nervenlinik im kommenden Jahr.

Nevers, eine mittelgroße Stadt an der Loire mit gotischer Kathedrale, imposantem Schloss und erhaltener Altstadt im nördlichen Burgund, hatte es zu internationaler Bekanntheit gebracht, weil es im französischen Kultfilm „Hiroshima mon Amour“ von 1959 eine Rolle spielte. Für die Franzosen war Nevers eher die Stadt des Schreins der Heiligen Bernadette.

Wir hatten in den drei Monaten allerdings nur wenige Kontakte zur Stadt und ihren Bewohnern. Unser Krankenhaus gehörte irgendwie nicht dazu. Die Franzosen hatten damals ein merkwürdiges Krankenhaus- und Ausbildungsprinzip. Die Medizinalassistenten, die „Internes“, lebten in einem Internat. Die meisten fielen dort in einen pubertären Zustand zurück. Vormittags wurde gearbeitet. Man trug sein ganzes Büro in einer Schürze mit einer großen Känguru-Tasche vor dem Bauch bei sich. Die Visite mit dem Chef oder dem Médecin associé dauerte drei Stunden. Aber dann war auch alles vorbei. Arztbriefe wurden im Stehen geschrieben - handschriftlich. Kurze Anweisungen wurden gegeben, Patienten untersucht usw. Diese Minimierung der Bürokratie hat mich damals sehr beeindruckt. Ich habe über die Jahrzehnte manchmal gedacht, es würde uns gut tun, ein Beispiel daran zu nehmen.

Es war viel Zeit zum Lesen; und es war viele freie Zeit. Es war Zeit für ein fröhliches Studentenleben, das ja eigentlich schon vorbei war. Beim gemeinsamen Mittagessen gab es außer dem von der Küche Angebotenen auch immer ein Steak für jeden, der es wollte. Es gab Rotwein und Wasser kostenlos. Nur wer Bier wollte, musste es bezahlen, Deutsches Bier, Spatenbräu.

Nachmittags beschäftigte man sich; abends wurde gefeiert, jeden Abend etwas anderes. Es gab reichlich Alkohol neben dem Bier und dem Wein, den die Arzneimittelvertreter zur Verfügung stellten.

Das Internat war „off limits“ für die Verwaltung und für viele andere auch, und das war gut so. Allerdings wagten die Internes gelegentliche Ausfälle. So hing z. B. zu Weihnachten das Wahrzeichen des Internats, ein überdimensionierter 1,50 m langer und 30 m dicker Phallus, auf dem Weihnachtsbaum des Krankenhauses und niemand wusste so recht, wie man ihn wieder runter kriegen sollte. So gab es zu Sylvester einen gespickten sogenannten Rehbock, den zwei der Internes geschossen hatten. Die Zugehfrau und Köchin meinte, der Rehbock schmecke wie Ziegenbock;

und sie hat wohl nicht so Unrecht gehabt, zumal ein Bauer aus der Gegend den Verlust eines kapitalen Bockes meldete.

Es war eine gute Zeit, die andere kulturelle Perspektive von Medizin mit Fixierung auf die Leber statt auf das Herz (wie in Deutschland) war lehrreich. Die Kolleginnen und Kollegen, einschließlich der Chefs, waren außerordentlich freundlich.

Trotz unserer begrenzten Sprachkenntnisse konnten wir gelegentlich auftrumpfen. In Frankreich wurden alle Injektionen und Blutentnahmen durch die Krankenschwestern gemacht, ganz anders als damals in Deutschland, wo das untersagt war. Das war Aufgabe der jungen Ärzte. Gelegentlich fand niemand eine Vene; dann war der operative Zugang angesagt; aber wir konnten das, besonders ich, nachdem ich in der Geburtshilfe monatelang die Anästhesien gemacht hatte und jede Vene fand. Ein kleiner Triumph im Ausland. Eine gute Zeit.

## 8. Rechtsmedizin und Medizingeschichte: Kiel 1967

Ende Januar ging es zurück nach Deutschland. Wir hatten geplant, unsere Medizinalassistentenzeit im Süden abzuschließen. Hildegard fand eine Stelle in der Neurologie im Landeskrankenhaus Weinsberg bei Heilbronn und anschließend noch einmal in der Chirurgie an einem kleinen Krankenhaus in Oberschwaben. Ich musste zurück nach Kiel, weil ich recht ärgerliche Probleme mit meiner Dissertation hatte. Ich hatte die Arbeit im Februar 1966 wie geplant im Rohzustand zum Abschluss gebracht. Reinhard Wille leistete mir dabei Hilfe. Mit ihm hatte sich über die Jahre ein fast freundschaftliches Verhältnis gebildet.

Die Arbeit hatte sich ganz anders entwickelt, als ursprünglich geplant. Sie war ein Stück Sozialgeschichte der Medizin, ein Stück Medizinsoziologie, Ethnosoziologie und Ethnomedizin geworden, mit historischen Abschnitten über die Medizin der Antike und des Mittelalters und deren Werte. Im Verlauf der Arbeit hatte ich Friedolf Kudlien kennen gelernt, einen Altphilologen, der in der Medizingeschichte seine Heimat gefunden hatte, damals Ende dreißig. Es ging um die Wertegeschichte der Medizin, aber eben auch um die Gegenwart. Es ließ sich überall belegen – was zu erwarten war – dass auch ärztliche Werte keine Naturgesetze sind, sondern dass sie wesentlich durch die Kultur und die Opportunität des jeweiligen Zeitgeistes geprägt werden. Dazu hätte es natürlich keiner Dissertation bedurft, sondern allenfalls der Lektüre von Bernhard Shaws Vorrede über die Ärzte in des Doktors Dilemma.

Nicht ohne Stolz stellte ich das Elaborat Ende Februar 1966 Hallermann vor und fiel aus allen Wolken, als er mir im September (!) vorsichtig, aber bestimmt mitteilte, wenn ich diese Arbeit einreichte, werde es Diskussionen geben in der Fakultät. Und Diskussionen dort seien nicht gut. Die müsse man vermeiden. Ich war wütend und enttäuscht, wusste zunächst nicht, was ich tun konnte.

Dann aber hatte ich eine Idee. Ich fuhr zu Friedolf Kudlien nach Kiel und fragte ihn, wenn das mit der ärztlichen Berufsrolle in der modernen Gesellschaft nicht gehe, werde es vielleicht keine Diskussionen geben, wenn ich das Ganze anhand der Medizin des frühen Griechenland durchziehen würde. Kudlien stimmte zu, obwohl ich an den griechischen Texten keine originäre Quellenarbeit leisten konnte. Er versprach mir, mir da zu helfen, wo das notwendig sein würde. Im Übrigen lagen die relevanten Texte in deutschen Übersetzungen oder in lateinischen Originalen vor.

Es folgte in den ersten Oktobertagen eine Woche Arbeitsurlaub im anheimelnden Kieler Medizinhistorischen Seminar in der Dänischen Straße (bezeichnenderweise gab es dort jeden Morgen zum späten Frühstück mit Kudlien und Herrlinger, dem Chef des Seminars, dem Genius Loci entsprechend, meist Kopenhagener). Am Ende dieser Woche standen das Konzept und ein erster Entwurf: „Die Berufsethik und die soziale Stellung der Ärzte im frühen Griechenland“.

Meine Pläne waren durcheinandergeraten. Immerhin bot mir Hallermann eine Medizinalassistentenstelle im Gerichtsmedizinischen Institut in Kiel für das Frühjahr 1967 an. In dieser Zeit stellte ich dann die Arbeit fertig. Aber auch das Manuskript der ersten, gescheiterten Dissertation schloss ich ab. Damit es wirklich Gerede geben konnte, spitzte ich sie noch ein bisschen zu, indem ich an Hand der Veröffentlichungen eines Jahresbandes der Deutschen Medizinischen Wochenschrift ein empirisches Kapitel über mutmaßlich nicht zulässige Menschenversuche in der deutschen Medizin einfügte, insbesondere wegen fehlender Aufklärung und Zustimmung der Patienten. (Finzen 1969).

### **Das erste Buch**

Die Dissertation über das frühe Griechenland wurde angenommen und mit „sehr gut“ beurteilt. Herrlinger, der Ordinarius für Medizingeschichte, schlug mir vor, sie in seiner Reihe „Medizin in Geschichte und Kultur“ veröffentlichen. Der Verleger, Herr von Lucius vom Gustav-Fischer-Verlag, stimmte zu. Allerdings hakete er nach, es sei doch ein bisschen inaktuell, nur über die Berufsethik der Ärzte im frühen Griechenland etwas zu veröffentlichen. Gebe es denn heute keine Probleme? Er war geradezu begeistert, als ich ihm das ursprüngliche Manuskript zuschickte: Wenn ich jetzt noch den Teil über das frühe Griechenland auf ein Viertel kürzen würde, sei alles perfekt.

Auf diese Weise kam ich zu meinem ersten Buch – 1969 im Sommer erschien es - und zu meinem ersten Auftritt im „Spiegel“ (mit Bild in weißem Arztmantel vor der Tübinger Nervenklinik), der das Kapitel über die Menschenversuche aufgegriffen hatte – und auf diese Weise in frühem Alter zu einer gewissen Bekanntheit. Das Buch, das vor Beginn der Studentenbewegung geschrieben und auf ihrem Höhepunkt erschienen war, wurde ausgerechnet von denjenigen nicht akzeptiert, auf deren Zustimmung gehofft hatte. In einer Rezension im „Argument“ fiel es durch. Dennoch

wurde es Anfang der Siebziger zu einer Art Standardwerk der beginnenden deutschen Medizinsoziologie. Damals gab es kaum deutschsprachige Literatur.

Das Buch war schließlich auch der Grund dafür, dass ich ab 1970 einen Lehrauftrag für Medizinsoziologie in Tübingen erhielt und von 1972 bis zu meinem Wechsel nach Wunstorf 1975 das Pflichtfach Medizinsoziologie in Tübingen unterrichten durfte. Im Übrigen verschaffte es mir anhaltend gute Verbindungen zu den meisten deutschen Medizinsoziologen. Einen davon, das trage ich hier ganz unchronologisch nach, hatte ich bereits in meinem zweiten Hamburger Semester kennen gelernt, als ich Seminarwache leistete und ihn, einen etwas abgerissen wirkenden, vorgealterten Herrn (er möge mir diese Beschreibung nachsehen), nicht in die Bibliothek einlassen wollte: Johann Jürgen Rohde, der damals an seiner „Krankenhaussoziologie“ arbeitete und später die Medizinsoziologie in Hannover aufbaute.

Dreißig Jahre danach erhielt ich einen Brief von Herrn von Lucius: Es gehöre zu den traurigsten Aufgaben des Verlegers, die Autoren des Verlages zu gegebener Zeit davon ins Bild zu setzen, falls ihre Bücher sich nicht mehr verkauften, dass der Verlag sie verramschen oder einstanzen müsse. Dies sei nun bei meinem Buch der Fall. Welcher Großverlag, welcher Verlag überhaupt hält heute noch ein wissenschaftliches Buch so lange Jahre im Sortiment? Ich bedankte mich beim Verleger. - Ich wusste damals noch nicht, dass es mit dem Gustav-Fischer-Verlag zu Ende ging. - Und ich fragte ihn, wie viele Bücher denn noch vorhanden seien. Er antwortete mir erfreut und dankbar, er habe erst nachfragen müssen: es seien vier; und die werde er mir selbstverständlich schenken.

- Doch ich greife vor.

### **Verändertes Klima**

Als wir aus Frankreich zurückkehrten, war in Deutschland vieles nicht mehr, wie es bei unserer Abreise gewesen war. Die Regierung Erhardt war gestürzt, die Regierung Kiesinger, die erste große Koalition, an deren Stelle getreten. Das hatte es im Nachkriegsdeutschland noch nicht gegeben. Eine rechtsradikale Partei machte von sich mehr als reden. Die Nationaldemokratische Partei eroberte die Landtage in Baden-Württemberg und Bayern zum Teil mit zweistelligen Prozentzahlen; und nach der Zeit in Frankreich bekam ich wirklich Angst vor dem veränderten Klima.

## **NPD**

Noch bevor ich in der Gerichtsmedizin aktiv wurde, besuchte ich politische Veranstaltungen in der Universität und fand Gleichgesinnte. Wir gründeten eine frühe Bürgerinitiative zur Verhinderung des Durchmarsches der Nationaldemokraten. Wir waren nicht besonders geschickt dabei. Aber immerhin, ein Teil der Öffentlichkeit hörte uns zu, im Radio und in der Zeitung. Wir suchten die Veranstaltungen der NPD auf und diskutierten dagegen. Das nützte natürlich nichts. Aber wir zeigten Präsenz und machten das öffentlich sichtbar.

Vor einigen Jahren (2001) erhielt ich einen Brief von einem Mann, der damals, Anfang 1967, als Student in Kiel einer der Veranstaltungen beigewohnt hatte. Er schrieb mir, was ich damals alles von mir gegeben hatte. Unter anderem ging es bei den Nationaldemokraten darum, dass Deutschland mehr Land brauche, eben den Osten zurück, weil wir uns sonst nicht ernähren könnten und weil wir zu wenig Energie hätten. Damals soll ich gesagt haben, das seien alle Probleme von gestern. In wenigen Jahren hätten wir die saubere Atomenergie und würden in Energie schwelgen und alle diese Probleme lösen. Ich kann mir das nicht so recht vorstellen. Aber vermutlich ist es so gewesen.

Ich weiß nicht, ob wir etwas bewirkt haben. Aber als die Nationaldemokraten bei den Wahlen im Juni gegen alle Erwartungen mit 5,8% der Stimmen nur knapp in den Landtag kamen, haben einige von uns sich sehr geärgert, dass wir in unserer Verzögertheit nicht unseren ursprünglichen Plan durchgezogen hatten, uns für die Zeit des Wahlkampfes beurlauben zu lassen, um uns vollzeitig einzusetzen: wir hätten es schaffen könne - vielleicht.

## **Gerichtsmedizin**

Im Institut war ich anfangs etwas verloren. Ich hatte kein eigenes Zimmer. Ich arbeitete in einem leer stehenden Labor an meiner Dissertation, die ja keineswegs eine Labor-Angelegenheit war. Aber die Abende verbrachte ich in der wunderschönen reichhaltigen Bibliothek des neuen Instituts für Gerichtliche und Soziale Medizin.

Jeden Morgen ging es zunächst einmal ans Obduzieren. Da gab es eine Hierarchie, wer was tun durfte und musste. Medizinalassistenten machten sich über die sogenannten Vergelts-Gott-Leichen her, Menschen mit ungeklärten Todesursachen, die am Wochenende oder in der Nacht unerwartet gestorben waren und keine Hausärzte

hatten. Daneben gab es die 50-DM-Leichen, für die der sezierende Assistent eben DM 50,-- bekam. Das waren gerichtsmedizinische Fälle, wo der Verdacht auf Suizid, der Verdacht einer Straftat oder eines Kunstfehlers bestand.

Es war beklemmend, die Leichen von jungen Menschen auf den Tisch zu bekommen, die am Tag davor noch gelebt hatten, die einem Verkehrsunfall, der eigenen Hand oder gar einem Totschlag oder einem Tötungsdelikt zum Opfer gefallen waren. Bizarres Sexualverhalten war mehr als einmal Ursache des Unfalltodes, einmal eines Kollegen aus einer Kieler Klinik. Das ging schon ziemlich nahe. Aber auch dies war eine gute Schule. Ich lernte vor allem durch die Abnahme der Leichen, die Professor Hallermann immer persönlich durchführte. Aber ich lernte auch, einen beherzten Schnitt zu führen. Ich bekam Einsicht in die Vielfalt der Möglichkeiten eines unerwarteten Todes.

### **Gutachten**

Die andere Seite des Feldes war die Begutachtung. Alle Alkohol-Blutproben aus Schleswig-Holstein wurden damals im Institut untersucht, und darüber dürfte Professor Hallermann reich geworden sein. Er durfte für alle privat liquidieren.

Hallermann war nach wie vor ein vornehmer Herr. Wir feierten damals seinen Sechzigsten, wobei man bei dem Symposium auch hören konnte, dass das Dritte Reich nicht ganz ohne Spuren an ihm vorbeigegangen war. Aber bei wem aus seiner Generation war es das schon? Wenige Jahre später sah ich ihn bei einem Besuch in der Kieler Radiologie wieder. Er litt an einem Kehlkopfkarcinom und starb bald darauf. Er sagte noch, er könne nicht verstehen, dass ich so früh aus der Universität ausgeschieden sei, dass ich so früh aufgegeben hätte. Ich war damals Direktor in Wunstorf. Das zählte offenbar nicht.

Mit Reinhard Wille war ich zum ersten Mal vor Gericht, ausgerechnet in Bad Segeberg, wo am Amtsgericht ein Exhibitionist, ein wirklich armes Würstchen abgeurteilt wurde. Wille hatte einige Sprüche drauf, die für Sexualwissenschaftler offenbar typisch sind. Aber er sprach damit auch einige Wahrheiten aus, z. B. über Inzest auf dem Lande, über sexuelle Deviationen in den Dörfern und vieles andere mehr, über das man erst später auf viel ernstere Weise hörte.

Zwei Auftritte mit Hallermann habe ich nie vergessen. Der erste, den ich bereits erwähnte, war die Rückschau auf den Fall Heyde/Sawade: „Natürlich habe ich ge-

wusst, wer sich hinter Sawade verbarg. Das haben doch alle gewusst“. Der zweite war ebenso denkwürdig. Im Zusammenhang mit der Begutachtung eines jugendlichen Totschlägers meinte er, manchmal sei es Aufgabe des Forensikers „rechtskorrigierende Gesichtspunkte“ in das Verfahren einzuführen. Ich habe das später als psychiatrischer Sachverständiger nach Kräften vermieden, auch wenn es mir manchmal schwer gefallen ist. Trotzdem schützte mich das nicht vor Anfeindungen, vor allem von Seiten der Staatsanwaltschaften – die bösartigste: ich würde durch meine Gutachten „die Kinder in Niedersachsen zum Abschuss durch ihre Mütter“ freigeben.

## 9. Psychiatrie in Tübingen: Sommer 1967

Am 1. Juni 1967 begann ich meine Tätigkeit als Medizinalassistent an der Tübinger Universitätsnervenklinik. In den ersten Tagen stand für die meisten von uns allerdings nicht die Psychiatrie im Mittelpunkt unseres Interesses. Es waren die Tage des unerwünschten Schah-Besuchs in Berlin. Bereits im Vorfeld war es zu Demonstrationen von oppositionellen Studenten und Intellektuellen gekommen, die seit den späten 50er Jahren in Deutschland Schutz vor dem Repressionsapparat des Schah-Regimes gefunden hatten. Parallel dazu waren der Schah und seine Frau, die Kaiserin Farah Diba, gefeierte Lieblinge der Boulevard- und Regenbogenpresse. In den Tagen des Besuchs herrschte bei hoher Polizeipräsenz zunächst gespannte Ruhe.

Bis zum Abend des zweiten Juni waren die Demonstrationen friedlich geblieben. Aber dann entlud sich die Spannung anlässlich einer Gala in der Deutschen Oper, als plötzlich mit Knüppeln und Dachlatten bewaffnete Iraner, die, wie sich später herausstellte, vom persischen Geheimdienst zum Jubeln und zum Prügeln bestellt waren, auf die bis dahin friedliche Menge losgingen. Die Polizei intervenierte. Chaos brach aus. Am Ende blieb ein unbeteiligter Student, der Hannoveraner Benno Ohnesorg, tot auf dem Platz, erschossen von einem Polizisten: Für die Springerpresse Anlass zu einer unglaublichen Hetze gegen die angeblich verantwortlichen Studenten.

Vergleichbares hatte es in der kurzen Geschichte der Bundesrepublik bis dahin nicht gegeben. Der 2. Juni ist für mich bis heute der Anfang der kritischen Studentenbewegung bzw. dessen, was manche später „Studentenrevolte“, „-unruhen“ oder gar „-revolution“ nannten. Der Tod des jungen Mannes war wohl ein Unfall, ein unverzeihlicher. Ein Polizist hatte aus Angst seine Waffe gezogen und geschossen. Aber solche Einsätze müssen geplant werden. So etwas darf nicht passieren. Erstmals kamen damals auf breiterer Ebene Zweifel an dem Willen zur Rechtsstaatlichkeit und an der demokratischen Gesinnung der politisch Verantwortlichen auf.

Wenige Tage danach begann der Sechs-Tage-Krieg. Die Israelis marschierten in Ägypten, in Syrien, in Jordanien, im Libanon ein und ließen die gegnerischen Armeen zusammenfallen wie Kartenhäuser. Niemand hätte das geglaubt. Plötzlich waren die Israelis nicht mehr die letzten Übriggebliebenen des gequälten jüdischen Volkes. Sie waren gleichsam die Preußen des Nahen Ostens geworden. Sie waren wer.

Sie waren martialisch. Sie repräsentierten einen neuen Militarismus. Auch das ein Paradox.

Endlich trat Ruhe ein. Die klinische Arbeit konnte beginnen. Seit meinem Tübinger Semester hatte sich in der Nervenlinik einiges geändert. Gerhard Irle, von dem ich eigentlich meine klinische Einführung in die Sozialpsychiatrie erhofft hatte, war nicht mehr da. Er war gerade Direktor vom Tannenhof, einer evangelischen Anstalt in Westfalen, geworden. Stattdessen wurde Rainer Tölle mein Oberarzt, damals gerade 35 Jahre alt. Er hatte seine wesentliche Ausbildungszeit in Göppingen verbracht, obwohl er aus Dortmund, aus dem Westfälischen stammte. Göppingen, eine private Anstalt in Familienbesitz, für damalige Verhältnisse erfolgreich und menschenfreundlich zugleich, war lange Zeit von Hans J. Weitbrecht geleitet worden, der von den Nazis von der Universität vertrieben worden war. Tölle hatte sich (1966) mit einer Arbeit über „Psychopathen“ - Persönlichkeitsgestörte sagt man heute – habilitiert, eine Arbeit, die wegweisend war, weil sie zeigte, dass die Persönlichkeitsstörung im Gegensatz zur vorherrschenden Lehrmeinung eben nicht lebenslang fixiert ist, dass die Betroffenen sich oft weiterentwickeln, dass sie ihren Platz in der Gesellschaft finden und halten können. Es lohnt heute noch, die Veröffentlichung nachzulesen.

Mein ausbildender Assistent war ebenfalls ein junger Mann, Friedemann Manz, der damals am Scheideweg zwischen Neurologie und Psychiatrie stand, war eher somatisch-psychiatrisch orientiert. Er führte die von Schulte beibehaltenen großen Insulinkuren durch, gelegentlich aber auch Elektrokrampfbehandlungen, die Schulte, der Chef der Klinik, eigentlich missbilligte. Nachdem Manz dann kurze Zeit später zu Jung nach Freiburg wechselte, um seine neurologische Ausbildung weiterzuführen, wurde in unserer Klinik kaum noch geschockt.

### **Große Insulinkuren**

Die großen Insulinkuren wurden noch über einige Zeit weitergeführt. Es waren beeindruckende Erfahrungen, wenn von Tag zu Tag die Insulindosis gesteigert wurde, die Kranken schließlich im Insulinschock (nicht wie wir damals fälschlich sagten im Insulinkoma) krampften. Im Grunde war es eine ähnliche Methode wie der Elektroschock, nur sehr viel aufwendiger und sehr viel gefährlicher. Allerdings gab es eine Ideologie der Insulinkrampfbehandlung, die im Gefolge von Sakel vor allen Dingen von Max Müller in Münsingen in der Schweiz entwickelt worden war:

Wichtig war aus der Sicht vieler nicht so sehr der Krampf selber, sondern die zugewandte Begleitung der Kranken in den Schockzustand und wieder heraus. Die Kranken wurden gepflegt, man sprach mit ihnen. Sie sprachen, auch wenn sie ohne Insulin mutistisch waren. Sie wurden behandelt wie körperlich Kranke auch; und obwohl sich später herausstellte, dass die Insulinkrampftherapie nicht so wirksam war, wie man geglaubt hatte, vielleicht gar nicht wirksam war, hat sie doch die Psychiatrie mehr verändert als vieles andere.

Zum einen war sie historisch die Antwort der Schweiz auf die Massenvernichtung der Kranken in Deutschland: In der Schweiz wurde behandelt und nicht gemordet. Die psychiatrischen Anstalten wurden zu Krankenhäusern. Die Pfleger wurden „habilitiert“. Sie wurden in den Stand versetzt, die künstlich schwer kranken Patienten durch das Koma (den Schock) zu bringen. Der Optimismus, der durch die Gänge der Anstalten wehte, änderte die therapeutische Haltung, machte die Ärzte und Pfleger bereiter, die Kranken wieder zu entlassen, und die Angehörigen bereitwilliger, sie wieder aufzunehmen.

### **Besuch in Reichenau**

Im Sommer 1967 war das mehr oder weniger Geschichte. Ein Ereignis ist mir in Erinnerung geblieben. Die neue sogenannte Aufnahmeklinik der Reichenau, des psychiatrischen Landeskrankenhauses bei Konstanz, wurde Ende Mai feierlich eingeweiht. Ich durfte die Tübinger Delegation begleiten. Es war das erste Mal, dass ich eine Anstalt von innen sah: riesige, überfüllte Säle mit 40, 50, 60 Betten. Das Krankenhaus war um 1900 für 400 Patienten gebaut worden und 1967 Zeitpunkt mit etwa 1000 belegt. Wunderschöne Parkanlagen und schließlich die neue Aufnahmeklinik, in der bei der Planung und in der ersten Bauphase noch eine Insulinstation vorgesehen gewesen war. Gerade noch rechtzeitig hatte man die Kurve gekriegt und sie in eine neurologische Station umgewandelt. Aber das Beispiel zeigt, wie sehr die Insulinbehandlung die Anstaltspsychiatrie zur klinischen Psychiatrie gemacht hat.

### **Alltag in der Nervenlinik**

1967 war längst die Ära der Medikamentenbehandlung angebrochen – der Neuroleptikatherapie und der Therapie mit Antidepressiva. Die meisten der heute sogenannten konventionellen Neuroleptika waren eingeführt, Haloperidol zehn Jahre zuvor, das Taxilan (Perazin) in den Sechzigerjahren, Melleril (Thioridazin), Neurocil

(Levopromazin) und viele andere mehr etwa gleichzeitig. Tölle meinte, im Zeichen der Neuroleptika-Behandlung sei es nicht mehr nötig, Kranke zu isolieren oder zu fixieren. Wir glaubten das, hielten das auch weitgehend durch. Aber später zeigte sich, dass das so einfach nicht ist. Man darf einen Kranken nicht mit Medikamenten zu Tode vergiften, um ihn ruhig zu stellen.

Die scheinbare Idylle in Tübingen hatte natürlich damit zu tun, dass die Klinik keine Aufnahmepflicht hatte und dass „überflüssige“ oder „unbequeme“ oder zu lange verbleibende Kranke ins benachbarte Landeskrankenhaus Zwiefalten verlegt – böse abgeschoben - werden konnten. Benachbart ist dabei ein Euphemismus. Das Krankenhaus lag 70 km entfernt auf der Schwäbischen Alb in einer wunderschönen alten Klosteranlage. 70 km können sehr unterschiedlich weit sein. Der Weg auf die Alb nahm in der Regel mehr als zwei Stunden in Anspruch. Es war schwer für die Angehörigen, ihre Kranken dort zu besuchen. Schon allein die Entfernung von zu Hause verlängerte, wie wir später zeigen konnten, die Verweildauer der Kranken in der Klinik erheblich. Dies Problem der Zwei-Klassen-Psychiatrie fing schon damals an, mich zu beschäftigen. Aber davon später mehr.

Eine andere Erfahrung war, dass Psychiatrie gefährlich sein kann. Wir hatten einen recht gespannten, älteren Patienten mit einer schizophrenen Psychose aufgenommen. Er befand sich im Garten der geschlossenen Station. Als Werner Mende in Vertretung von Tölle zur Oberarztvisite kam, wollte ich ihn hereinholen. Plötzlich hatte ich seine Faust im Gesicht: Ich war ihm schlicht zu nahe gekommen. Er hatte Angst vor mir; er meinte es nicht böse. Ich wurde erfahrener und achtsamer. Aber dennoch ist Gewalt in der Psychiatrie zwar nicht ein Teil des Alltags. Aber sie ist etwas, woran man denken muss, die man nach Kräften verhindern muss, am einfachsten, indem man den Kranken geduldig zuhört und ihren erweiterten Territorialbedarf respektiert – eine schwierige Angelegenheit in den Kliniken der damaligen Psychiatrie, wo die Patienten eng beieinander hausen mussten.

Schulte hatte die geschlossenen Stationen – eine für Männer, eine zweite für Frauen - umbauen lassen. Aber der Platz war begrenzt. Die Umbauten waren Kompromisse. Es gab den Wachsaal mit zwei pferdeboxenähnlichen Ausbuchtungen, in denen jeweils vier Betten standen: Schizophreniekranken, schwer Depressive, verwirrte Alte, Alkoholranke im Delir, schlimmstenfalls alle durcheinander. Vom Wachsaal aus führte eine Tür direkt zu den sanitären Anlagen: Bad, Dusche, Toiletten. Immerhin

gewährten die Einrichtungen, anders als in vielen anderen Krankenhäusern, damals schon Intimsphäre.

Im Gang zum Tagesraum befanden sich die beiden Arztzimmer - (auf der 18-Betten-Station waren zwei Assistenten eingesetzt). Es gab zwei Zweibettzimmer am Gang, die früher Isolierzellen gewesen waren. Jenseits des Tagesraumes befanden sich noch einmal zwei Dreibettzimmer, von denen das eine allerdings nur indirekt zugänglich war. Die Abteilungen waren dunkel, zum einen, weil die Fenster klein und vergittert waren, zum andern aber auch, weil ein alter Baumbestand die Stationen einrahmte.

Die Pfleger auf der geschlossenen Männerstation waren – aus meiner damaligen Sicht - überwiegend ältere, erfahrene Männer, die ihre Ausbildung im Zeitalter der Verwahrspsychiatrie gemacht hatten. Aber sie stellten sich auf den veränderten Wind der Schulte-Ära ein.

Es war die Zeit der sogenannten Frühentlassungspolitik. Der Wind der Psychiatrie hatte hier schon gedreht vom kustodialen - verwahrenden - zum therapeutischen und rehabilitativen Prinzip. Nur die Möglichkeiten waren begrenzt; und aus der Frühentlassung wurde sehr oft die rasche Rückkehr. Drehtürpsychiatrie war das negative Wort dafür.

### **Ansätze zur Sozialpsychiatrie**

Die Therapie beschränkte sich nicht auf die Medikation auf der Station. Schulte hatte aus Gütersloh den Anspruch auf strukturierte Patiententage mitgebracht. Es gab eine gut ausgestattete beschäftigungstherapeutische Abteilung im Dachgeschoss der Klinik. Es gab Arbeitsplätze für Patienten in den Werkstätten. Es gab eine krankengymnastische Abteilung; und auf den Abteilungen wurden so gut wie möglich soziale Aktivitäten gepflegt, Besuche von außen angeregt, Ausgang gewährt. Mit allen Patienten wurden stützende psychotherapeutische Gespräche geführt. Es herrschte Optimismus in der Schulteschen Klinik, möglicherweise mehr als gerechtfertigt war. Aber es war eine gute Haltung.

Auch die psychotherapeutische Situation in der Klinik hatte sich geändert. Schulte war es gelungen, Wolfgang Loch, einen ausgewiesenen Psychoanalytiker vom Sigmund Freud-Institut in Frankfurt nach Tübingen zu holen, der dann später das Tübinger Psychoanalytische Institut und Ausbildungsinstitut aufbaute. Zuletzt war er lange

Zeit Präsident der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV), ein ziemlich orthodoxer zudem.

Seine mit Rosskamp, Kutter und Wesiak herausgegebene Krankheitslehre der Psychoanalyse (1967) war damals verbreitet und viel gelesen. Viel spannender finde ich persönlich auch nach vierzig Jahren noch sein kleines, wenig bekanntes Buch über „Familienkonflikte und Familienberatung“ mit Beiträgen von Horst Eberhart Richter, Wolfgang Loch, Erwin Ringel und H. G. Preuss aus dem Jahre 1970, in dem Loch in verständlicher Weise Beratung und psychotherapeutische Behandlung darstellt und die unterschiedlichen Methoden voneinander abgrenzt.

Meine erste Tübinger Klinik-Zeit war kurz; aber sie hat mich fasziniert. Ich lernte depressive und schizophreniekrankte Patienten diagnostizieren und behandeln. Ich gewann über Andreas Plöger und Andreas Bonzi erste Einblicke in die Psychotherapie (nicht-analytische) auf der Psychotherapiestation im Dachgeschoss des Hauses. Aber es war jetzt definitiv, ich wollte Psychiater werden.

Trotz des Scheiterns einige Jahre vorher in der Soziologie hatte sich bei mir aber zugleich die Vorstellung festgesetzt, mein Feld werde die Verbindung von Psychotherapie und Sozialpsychiatrie sein. Zwei Jahre zuvor hatte Hans Strotzka seine sehr tiefenpsychologisch geprägte „Einführung in die Sozialpsychiatrie“) veröffentlicht, die in den Jahren danach viele, viele Auflagen erlebte (in Rowohlts Deutscher Enzyklopädie, rde, 1965), auch nachdem die Sozialpsychiatrie sich schon längst von der Psychoanalyse getrennt hatte, beide zeitweise nicht gut auf einander zu sprechen waren.

Ich überlegte, wie weiter: In Hannover, genauer gesagt, in der Außenstelle der im Bau befindlichen Medizinischen Hochschule in Wunstorf, hatte Karl Peter Kisker eine kleine psychiatrische Abteilung aufgebaut, eine sozialpsychiatrische hieß es. Er suchte Assistenten. Ich wollte mich auf die Ausschreibung im Ärzteblatt bewerben. Manfred Bauer und Mark Richartz taten das damals und gingen dort hin. Aber als ich Tölle davon erzählte, sagte er: „Kommen Sie doch zu uns. Wir können das viel besser“.

Damit war es entschieden.

Ich mochte Schulte, einen hochgewachsenen, manchmal etwas strengen, väterlichen, um nicht zu sagen altväterischen Herrn; und ich schätzte Tölle, den jungen,

dynamischen psychiatrischen Alltagspraktiker, einen klinisch orientierten Wissenschaftler. Ich konnte mir gut vorstellen, mit beiden zu arbeiten und mich in ihrer Klinik zu entwickeln.

### **Sommer 1967**

Der Sommer 1967 hatte mich im Übrigen mit Tübingen versöhnt. Ich war diesmal nicht von Berlin gekommen, sondern von Kiel. Die lockere sommerliche Atmosphäre, der Neckar und die mir als Norddeutschem unvertrauten Hügel und der Blick von Schlossberg und Oesterberg über die Alb übten große Anziehungskraft auf mich aus. Das gleiche galt für die Tübinger Altstadt, damals noch nicht saniert. Das Weinbauern-, das Gogenviertel und die Bürgerstadt. Zudem hatte ich in diesen drei Monaten ein Zimmer direkt über dem Neckar mit einer Aussicht die Ihresgleichen suchte, wenngleich in den lauen Sommerabenden die Gäste der „Tante Emilie“ sich gelegentlich nicht so leise verhielten, wie das meinem Schlaf gut getan hätte. Den Neckar, die Platanenallee auf der Neckarinsel im Auge, die Neckarmauer unter meinem Fenster, das Zimmertheater ein paar Häuser weiter nach rechts; den Hölderlinturm als psychiatrisches Symbol ebenfalls im Blickfeld. Das war schon was.

## **10. Gießen und Breitscheid:**

### **Innere Medizin und Praxisvertretung**

Für meine letzte Station als Medizinalassistent vor der Approbation hatte ich mir Gießen ausgesucht. Ich wollte an die dortige medizinische Poliklinik. Die hatte unter der Leitung von Thure von Uexküll Weltruf als psychosomatische Einrichtung gewonnen. Aber die Enttäuschung war groß. Uexküll ging gerade nach Ulm, als ich schließlich nach Gießen kam. Sein Oberarzt, Manfred Pflanz, dessen Buch über Krankheit und Umwelt ich als Student am Deich in Eiderstadt gelesen hatte, ging fast gleichzeitig nach Hannover. Ihn lernte ich gerade noch kennen. Plötzlich war die Poliklinik mehr oder weniger ein internistischer Betrieb wie jeder andere. Die verbliebenen älteren leitenden Ärzte hatte mit Psychosomatik nicht allzu viel im Sinn. Allerdings war das Abteilungsklima noch von psychosomatischem Denken geprägt.

Ich überwand die Enttäuschung, indem ich meine Zeit zwischen Patientenbetreuung - es waren sowieso viel zu viele Assistenten und Medizinalassistenten dort – und Bibliothek aufteilte, die reichhaltig mit psychosomatischer Literatur bestückt war. In Deutsch und in Englisch war alles da, was es in der damaligen Zeit gab, insbesondere Bücher von Franz Alexander, Helene Deutsch und Helmut Thomä.

Noch etwas gab es in Gießen, womit ich das erste Mal konfrontiert war: die psychotherapeutische/psychoanalytische Klinik, deren Leitung Horst Eberhart Richter damals gerade übernommen hatte. Er stellte sich bei uns vor, dunkelhaarig mit Krawatte in dunklem Anzug, wie man ihn später kaum mehr erleben konnte. Außerdem gab es, und das war eine Besonderheit, einen Psychoanalytiker mit Sitz in der internistischen Poliklinik, der Supervisionsaufgaben in der psychoanalytischen Institution wahrnahm, ohne mit ihr institutionell verbunden zu sein.

#### **Balintseminar bei Cremerius**

Das war Johannes Cremerius, später Leiter der psychoanalytischen Abteilung in Freiburg, Internist und Psychoanalytiker, nicht Psychiater. Er führte ein Balintseminar für Poliklinikmitarbeiter durch, an dem auch interessierte Medizinalassistenten teilnehmen konnten. Ich war interessiert, bekam einen frühen Einblick in die Balinttechnik, saß fasziniert dabei, stellte gelegentlich auch einen Patienten vor, während Johannes Cremerius selten – aber dann immer auf den Punkt - intervenierte, dafür aber umso andauernder und nachhaltiger an seiner Pfeife saugte.

Die Balint-Seminare fingen damals gerade an, sich auszubreiten. Sie sind nach dem ungarisch-englischen Psychoanalytiker Michael Balint benannt. Sie dienen dem Austausch von Therapeutinnen und Therapeuten über ihre Patientinnen und Patienten unter der Leitung eines erfahrenen Supervisors. Die wichtigste Balint-Regel lautet: Alles, was wir tun, alles, was wir empfinden, hat mit dem Patienten zu tun. Wir würden uns als Einzelpersonen oder als Team anders verhalten, wenn wir beispielsweise mit Kohlen handelten. Deswegen sind wir gut beraten, auch unsere Teamkonflikte im Lichte dessen zu sehen, was wir mit den Kranken machen – und die mit uns.

Das Seminar verläuft in der Regel so: Einer der Teilnehmer berichtet über einen Patienten, über Probleme, die er mit ihm hat, über den Behandlungsverlauf. Die anderen hören zu und spiegeln ihm zurück, was sie von der Angelegenheit halten. Dabei fallen dem Berichtenden dann manchmal Schuppen, ja Splitter und ganze Balken aus den Augen. Manchmal bleibt natürlich auch Ratlosigkeit zurück. Das Ganze hat für alle Teilnehmer, wenn es gut läuft, einen guten Lerneffekt. Balint-Seminare wurden deshalb später zu einem Kernbestandteil der tiefenpsychologisch orientierten psychotherapeutischen Weiterbildung.

Ansonsten war Gießen ein langweiliges Kaff, geprägt durch die amerikanischen Kasernen und die frühe Verbreitung der Pizza an jeder Straßenecke. Es hat mich nie wieder dorthin gezogen. Nur noch einmal war ich da, 1976, als die DGSP ihre Jahrestagung in Gießen hatte und wir den Vorstand reorganisierten und nach Wunstorf holten. Aber davon viel später.

Aber es gibt noch etwas zu berichten aus den Gießener Monaten.

### **Praxisvertretung**

In Gießen war üblich, dass die Medizinalassistenten, um Erfahrung zu sammeln, aber auch um die kargen DM 330,-Gehalt aufzubessern, von denen wir – anders als in Bad Segeberg – noch Kost und Logis zu bestreiten hatten, verbotenerweise Praxisvertretungen übernahmen. Ich fühlte mich im Glück, als ich das Angebot hatte, von Ende Dezember 1967 bis Ende Januar 1968 eine solche Vertretung in Breitscheid im Westerwald zu übernehmen: DM 3000,- für den einen Monat waren angesagt.

Der Landarzt, ein 60jähriger gesundheitlich angeschlagener Mann, stellte mir seinen Mercedes mit Chauffeurin zur Verfügung und blieb die ersten Tage dabei. Dass das

mit der Chauffeurin eine besondere Bewandnis hatte, erfuhr ich erst später. Dem armen Doktor war der Führerschein entzogen worden, weil er betrunken Auto gefahren war, und das anscheinend nicht nur einmal. Aber das war nicht alles. Es musste eine finstere Gegend sein: Es bestanden schwerwiegende Familienzwickigkeiten. Sein Sohn hatte einige Jahre vorher mit der Schrotflinte auf ihn geschossen. Seine Frau war barbituratabhängig. Das war eigentlich zu viel auf einmal.

Die hatte ich mit zu betreuen, als er dann schließlich in Ferien oder vermutlich eher in Kur ging. Das erwies sich als schwieriger als gedacht. Nicht selten empfing sie mich, wenn ich von den Hausbesuchen zurückkam, wutschnaubend, schimpfend über Anrufer, die sich nachts um vier gemeldet hätten: Es war 16.00 Uhr, wenn auch relativ dunkel. Zum Abendessen brachte sie mir das Frühstück und umgekehrt. Dennoch kamen wir ganz gut über die Runden.

Das hing nicht zuletzt damit zusammen, dass ich gut beschäftigt war. Später stellte ich fest, dass ich durchschnittlich etwa dreißig Patienten am Tag in der Praxis gesehen hatte und 70 auf Hausbesuchen. Wir betreuten fünf Dörfer jenseits von Breitscheid. In jedem Dorf hatten wir irgendeine Stube: im Pfarrhaus, in einem Krämerladen, in einer Schule, im Rathaus. Dort führten wir ein- oder zweimal in der Woche die Sprechstunde durch.

Die Chauffeuse, eine spröde junge Frau, war gleichzeitig Sprechstundenhilfe, wobei es vieler Hilfe nicht bedurfte: In der Praxis gab es Röhrrchen zur Bestimmung der Blutkörperchengeschwindigkeit. Es gab die Möglichkeit, den Blutzucker im Urin zu bestimmen. Es gab ein Stethoskop, ein Hämmerchen, das ich selber mitgebracht hatte, und ein Blutdruckmessgerät. Die Westerwälder waren offenbar nicht nur zäh. Sie waren auch anspruchslos und geduldig.

Aber eines erwarteten sie, dass der Doktor, wenn irgend möglich ins Haus kam. Und das tat ich in diesem schneereichen Januar von meiner Fahrerin sicher über die glatten Westerwälder Bergstraßen chauffiert, über die Massen oft. Das Ganze war nicht ohne Gefahren.

Nicht die Straßen waren so gefährlich, sondern die Freundlichkeit der Westerwälder. Nach jedem Hausbesuch boten sie mir einen Schnaps an und waren äußerst indigniert, wenn ich ablehnte. Aber 70 Schnäpse am Tag hält auch die gesunde Leber

eines 27jährigen nicht aus. Die des Doktors hatte sie auch nicht ausgehalten. Deswegen musste er jetzt zur Kur.

Ein dramatisches Erlebnis bestimmt die Zeit. Am Sylvestertag, der Doktor war noch da, wurde ich in eines der peripheren Dörfer gerufen. Ein alter Bauer fühlte sich schlapp und schwer krank. Er kam nicht mehr aus dem Bett. Er trank ununterbrochen und schied auch ununterbrochen Urin aus. Das Schlafzimmer der Familie roch merkwürdig nach einer Mischung von Fusel und Azeton, wobei ich sagen muss, dass meine Erfahrungen damit damals noch begrenzter waren als heute.

Ich konnte zunächst nicht viel damit anfangen, wollte bei meinem Doktor Rat holen. Aber es gab kein Telefon. Ich hatte das Zimmer schon verlassen, kehrte dann spontan noch einmal zurück und tat das, was die alten griechischen Doktoren und ihre Nachfolger bis Paracelsus rieten, wenn man den Verdacht hatte, es könne sich um einen Diabetes handeln. Ich streckte meinen Finger in den Nachttopf und schmeckte süßen Urin. Ob das wirklich so war, oder ob ich mir das einbildete, weiß ich nicht.

Ich schaute mir den Patienten noch einmal an, fand seine Bulbi, seine Augäpfel weich, fand, dass er zwar bei Bewusstsein war, aber doch etwas durcheinander, und alarmierte den Krankenwagen. Eine Stunde später hatte man in Herborn einen Blutzucker von 650 gemessen. Trotz Koma-Intensivbehandlung war er am nächsten Morgen tot.

Glücklicherweise war das das einzige wirklich dramatische Ereignis, der einzige Todesfall, den ich in diesen vier Wochen zu beklagen hatte. Obwohl ich manchmal nicht so recht wusste, woran ich war.

Ein epilepsiekrankes Kind, das sich in einem fast komatösen Zustand befand, ließ ich mitten in der Nacht durch einen Schneesturm 60 km weit nach Siegen ins Kinderkrankenhaus fahren. Alle hielten mich für verrückt. Aber das Kind hatte eine Carbamazepin-Intoxikation. Das Medikament war damals neu; und man hatte wenig Erfahrung damit. Außerdem hatte es – das Kind – eine akute Leukopenie. Ich hatte Glück gehabt – das Kind noch mehr.

Je mehr Zeit verging, desto öfter genehmigte ich mir am Ende meiner Visitentour einen Schnaps, desto gelassener wurde ich, und desto mutiger wurde ich in meinen ärztlichen Anordnungen, desto langmütiger in meiner Geduld.

Eine alte Bäuerin, knallgelb, die sich weigerte, ins Krankenhaus zu gehen und sich mit dem Sterben abgefunden hatte – ganz mager war sie – fragte mich, ob sie denn nicht vielleicht doch noch einmal ein Glas Weißwein trinken dürfte. Weißwein und kranke Leber, das hatte ich gelernt, gehen nicht zusammen. Rotwein und kranke Leber auch nicht. Aber wenn es schon ans Sterben geht, was schadet es dann?

Beim nächsten Besuch war mein Erstaunen unendlich. Die Bäuerin hatte nicht nur die Weißweinflasche geleert. Sie war munter und vital. Sie hatte wieder angefangen zu essen. Sie berichtete, sie sei von Tag zu Tag weniger gelb; und am Ende meines Monats, als ich sie noch einmal besuchte, fand ich sie gesund vor.

Über die Praxisvertretung hatte ich eigentlich ein Buch schreiben wollen. In den Vereinigten Staaten war „Intern Dr. X.“ gerade zu einem Bestseller geworden; und ich dachte, einen Bestseller könnte ich auch ganz gut vertragen. Über der Alltagsarbeit zerschlug sich das. Aber ein Abenteuer war es schon: die Medizin, ihre Ausstattung, die Kompetenz, mit der sie ausgeübt wurde, die bescheidenen Ansprüche der Bewohner der Dörfer: Eines Tages kam mir am offenen Autofenster ein älterer Mann entgegen, streckte den Finger in seinen Pullover, zog ihn herunter und sagte: „Herr Doktor, ich möchte mal gründlich untersucht werden.“ Er war zufrieden damit, dass ich ihn auf offener Straße abhörte.

Abrechnungstechnisch war die ganze Angelegenheit auch weniger kompliziert, als sie das heute ist. Die Versuchung, das Einkommen zu mehrern, war aber genau so groß. Abgerechnet wurde folgendermaßen: Für jede Praxisbehandlung gab es im Tagebuch des Doktors einen Strich, für jeden Hausbesuch ein Kreuz; und wenn wir nach Hause fuhren, in den Tagen, als er dort noch war, saß er hinten im Auto und überlegte sich in aller Ruhe, welche Striche er um einen weiteren zu seinem Kreuz ergänzen könnte.

## **Rigorosum**

Mein großes Abenteuer im Westerwald endete mit einem anderen, kleineren an meiner alten Universität. Ich wurde endlich zum Rigorosum nach Kiel bestellt. Weil mein Staatsexamen mehr als zwei Jahre zurücklag, musste ich eine mündliche Prüfung absolvieren. Etwas bänglich fuhr ich mit dem Nachtzug nach Kiel, damals natürlich nicht Erster Klasse und auch nicht im Liegewagen, begab mich gegen elf in den „Langen Krischan“, das Universitätshochhaus an der Ohlshausenstrasse, zur Dok-

torprüfung und ließ mich von drei würdigen Herren ausfragen. Sie hätten alles aus der gesamten Medizin fragen können. Zu meiner Erleichterung hielten sie sich wesentlich an das Dissertationsthema. Einer der drei hackte beharrlich auf der „Krüppelscheu“ bestimmter altgriechischer Mediziner herum. Sie passte nicht zu unseren Vorstellungen von der „hippokratischen“ Medizin. Sie war eines der Merkmale der Ärztesekte der Pythagoräer, die später lebten und die in Wirklichkeit den sog. hippokratischen Eid unter das Ärztevolk gebracht hatten. Sie hatten nicht nur eine Krüppelscheu, sondern auch eine Blutscheu, was vieles in diesem Eid erklärt.

Manche seiner Fragen konnte ich beantworten, andere nicht. Ich guckte suchend im Raum herum. Dann fiel mir etwas plötzlich etwas ein über Entstellung durch Amputationen, über Behinderungen dadurch und vieles andere mehr. Und dann sah ich schließlich die Krücke an der Wand, die dem Frager gehörte. Er nahm es mit Humor. Meine Arbeit wurde mit sehr gut beurteilt.

Ich traf mich noch mit einigen Freunden und fuhr dann mit dem Nachtzug zurück nach Gießen, um dort am nächsten Morgen meine Arbeit in der Poliklinik wieder aufzunehmen. Mit 27 Jahren hat man noch eine ganz gute Konstitution.

Am Ende der beiden Jahre fühlte ich mich gut gerüstet für meine zukünftige Arbeit mit psychisch kranken Menschen. Davor hatte ich gedacht, es würden zwei verschwendete Jahre werden. Aber das war Hybris, war arrogante Selbsttäuschung. Zum einen konnte ich später in der Akut- und Intensivpsychiatrie immer wieder auf meine Erfahrungen in der Körpermedizin zurückgreifen - nicht nur in der Inneren und der Notfallmedizin. Zum anderen, und das war noch wichtiger, hatte ich gelernt, im menschlichen Leiden immer beide Seiten wahrzunehmen, die somatische hinter der psychischen und umgekehrt. Wer einmal die Symptome eines Morbus Hodgkin – Müdigkeit und rasche Erschöpfbarkeit - zunächst für psychosomatisch gehalten hat oder verzögert hinter dem höchst merkwürdigen „hysterischen“ Verhalten einer Patientin den Hirntumor erkannt hat, wird das nie vergessen.

## **Teil II**

### **Tübingen 1968 bis 1969**

*Stand 11.5. 10*

## 11. März 68

Die Tübinger Jahre sind die Zeit meiner Facharztausbildung, meines Psychiatrie- und Psychotherapie-Lernens, meiner wissenschaftlichen Entwicklung, meiner Prägung als Arzt, als Klinikmanager und als Psychiatriepolitiker. Sie sind die wichtigsten Jahre meiner beruflichen Entwicklung vor der Übernahme der Leitung des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Wunstorf. Eine Fülle von Material, von Erleben und Erfahrungen, soll hier in Worte gefasst werden. In der Rückschau fällt es mir schwer nachzuvollziehen, dass all dies in den 18 Monaten bis zu meinem London-Aufenthalt geschehen sein soll.

### **Hausbesetzung: Das Wilhelm-Reich-Institut für kritische Psychologie**

Zwei Tage vor meinem Dienstbeginn am 1. März 1968 besetzten Studenten des psychologischen Instituts ein Haus - mitten in Tübingen in der Wilhelmstrasse 6 - neben der Osianderschen Buchhandlung gegenüber dem Theater, am Schimpfeck, an dem damals alles vorbei musste, was nach Tübingen wollte und wieder hinaus. Noch unglaublicher war aber, was in dem Haus logierte, das da besetzt wurde: Das Luftschutzhilfsamt, eine Einrichtung, die später Katastrophenschutzamt genannt wurde, damals vorwiegend und im wesentlichen ein Auffangbecken für wehrunwillige Studenten wie mich, die gleichzeitig - aus welchen Gründen immer - auf eine Anerkennung als Kriegsdienstverweigerer verzichteten oder verzichten mussten und sich zu einem zehnjährigen Dienst beim Katastrophenschutz verpflichteten, der damals noch Luftschutzhilfsdienst hieß.

Ehe ich mich versah, fand ich mich am 29. Februar 1968 unter den Sympathisanten, den Demonstranten und am Schluss kurzzeitig unter den Hausbesetzern wieder. Es ging vordergründig um die Verbesserung der Studienbedingungen für die Psychologen und schließlich für alle anderen Studenten auch, aber hintergründig natürlich auch um die Frage, wozu denn diese Institution „Luftschutzhilfsamt“ gut war, deren wesentliche Aufgabe darin bestehen sollte, Vorbereitungen für den Schutz der Bevölkerung beim Einsatz von ABC-Waffen zu schaffen - Atomwaffen, biologische Kriegswaffen mit chemischen Kampfmitteln - von denen alle wussten, dass es dagegen keinen Schutz gab.

Ehe ich mich versah, hatte ich das Megaphon in der Hand, stand zwischen Jürgen Peiffer, dem liberalen Neuropathologen und Dekan der Medizinischen Fakultät, und

Ludwig Raiser, dem allseitig respektierten Rektor der Universität, und ließ eine Philippika für die Universitätsreform vom Stapel. Ich habe keine Ahnung, was ich damals gesagt habe. Aber ich befand mich plötzlich mitten in einer Bewegung, von der ich vorher nichts geahnt hatte, und tat etwas, von dem ich vorher nicht gedacht hatte, dass ich es tun könnte.

Nach dem Ende der Demonstration ging ich ins Haus und verbrüderte mich mit den Besetzern, allerdings eher zaghaft und zurückhaltend. Es war angekündigt, dass die Polizei in der Nacht das Haus räumen würde, und ich hatte wenig Neigung, meinen Dienstbeginn am nächsten Tag auf der Polizeiwache zu verbringen - und ihn vielleicht nie zu erleben. Ich war vorsichtig. Das war ich immer, fast immer, gelegentlich empfanden Freunde das als Feigheit. Das zu beurteilen überlasse ich ihnen. Die Räumung erfolgte in der Tat in der Nacht. Sie nahm ein glimpfliches Ende, wie vieles in den darauffolgenden Jahren in Tübingen, das in Heidelberg oder in Berlin zur Katastrophe geführt hätte und allzu oft auch geführt hat.

Die ganze Geschichte hatte noch eine konstruktive Pointe. Eine offenbar vermögende Arztfrau aus Schwenningen nahm sich der bedrängten Psychologiestudenten an. Sie finanzierte ihnen für einige Jahre eine Wohnung, in der diese das „Wilhelm-Reich-Institut für Kritische Psychologie“ einrichteten, in das sie das Luftschutzhilfsamt nicht hatten umfunktionieren können.

Bald zeigte sich, wie klein die Welt ist – wieder einmal. Sie war die Mutter eines jungen Mannes, mit dem sich meine Jugendfreundin W. in ihren Jahren im Tübinger Leibnitz-Kolleg angefreundet hatte. Und wie das Leben so spielt, heiratete der wenige Jahre später die 1968 emigrierte Tschechin Eva R., der ich später zuerst in meinem Sozialpsychiatrischen Seminar in Tübingen begegnete und viel später an der Basler Klinik zusammenarbeitete.

Die Sache mit der Besetzung des Luftschutzhilfsamtes und meine Rolle dabei, die nicht in die Annalen des Katastrophenschutzes und der Disziplinarbehörden der Universität eingegangen ist, hatte noch eine heikle Seite. Ich hatte mich nämlich acht Wochen zuvor für die Mitarbeit im Katastrophenschutz verpflichtet und war wenige Tage vorher vom Zeitpunkt meiner Approbation ab als „Zweiter Arzt des ABC-Messtrupps mit Standort in Balingen“ eingewiesen worden. Mein Auftreten bei der Demonstration und der Besetzung war somit ein Dienstvergehen, von dem damals

kein Mensch wusste, wie es geahndet werden würde, falls es ruchbar würde. Im Wesentlichen aber erschien uns die ganze Angelegenheit damals als eine Art Groteske. Dass sie eines der ersten spektakulären Ereignisse der aufkommenden Studentenbewegung war, konnten wir damals noch nicht wissen.

### **Anfänge in der Nervenlinik**

Am 1. März 1968 bezog ich provisorisch ein Zimmer im Studentenheim Im Geigerle, drei Minuten von der Universitätsnervenlinik entfernt, und begab mich morgens um 08.00 Uhr zur Arbeit in die Klinik. Eine Morgenkonferenz, auf die jede ordentliche Universitätsklinik heute als unabdingbar schwört, gab es damals in Tübingen nicht. Schulte hielt es eher mit der Gemütlichkeit – oder sagen wir mit der Gelassenheit. Schließlich hatte er über viele Jahre eine große Anstalt geleitet – das für damalige Verhältnisse fortschrittliche Gütersloh. Zweimal in der Woche gab es eine Konferenz, nicht um acht, sondern um elf, am Montag, zum Wochenbeginn und am Freitag zum Wochenabschluss, wo über Neuaufnahmen und besondere Probleme berichtet wurde. Wir trafen uns in der Bibliothek, deren anheimelnder Geruch sich auch dreißig Jahre danach nicht geändert hatte, als ich nach langer Pause zu einer Fortbildungsveranstaltung nach Tübingen eingeladen worden war.

Ich begann meine Arbeit auf einer geschlossenen Abteilung, wie Rainer Tölle mir das versprochen hatte. Ich wollte zunächst Akutpsychiatrie lernen. Allerdings war mir damals nicht klar, dass ein anderer Assistent die Abteilung verlassen musste, damit dieses Versprechen eingehalten werden konnte, mit der Konsequenz, dass der ebenso die Klinik verließ. Es war nicht die Station Männer D, sondern Frauen D., auf der ich anfing - gleichsam das Gegenstück der Abteilung, auf der ich meine Medizinalassistentenzeit verbracht hatte.

Aus der Retrospektive war die Klinik damals eine Idylle – zumindest für uns Anfängerärzte. Die Dinge hatten ihre Ordnung. Im Konferenzraum – der Bibliothek – hatte jeder seinen Platz, der junge Tölle saß nicht neben Schulte wie die anderen Oberärzte, sondern an einem Seitentisch nahe am Ausgang. Alle standen auf, wenn Schulte im weißen Mantel und mit weißen Haaren den Raum betrat. Weiße Kittel trugen wir damals übrigens alle, kräftig gestärkt und mit Perlmutterknöpfen.

Die Konferenzthemen waren eher offen, wenn keine dringlichen Tagesangelegenheiten anstanden. Informationen wurden weiter gegeben, Probleme angesprochen und

diskutiert, Entscheidungen vorbereitet. In einem Kreis von über 30 akademischen Mitarbeitern war das nicht immer ganz einfach. Es wurde nicht abgestimmt. Aber Schulte, an dessen Autorität damals niemand je gezweifelt hätte, wünschte Harmonie und Konsens in seiner Klinik. (Einige Jahre danach war das anders.) So diskutierten wir manchmal bis an der Rand der Erschöpfung. Ich erinnere mich an eine Szene, in der Herr von K., später Leiter der Evangelischen Klinik Hohemark bei Frankfurt, schließlich verzweifelt plädierte, er würde den Entscheid ja mittragen, aber man möge ihm bitte seine abweichende Meinung lassen und sie respektieren.

Jeden Mittwochnachmittag gab es im Übrigen eine Fortbildungskonferenz, die von Kollegen aus dem Haus oder von auswärtigen Gästen bestritten wurde. Darauf wird noch zurückzukommen sein.

Wichtigster sozialer Ort der Klinik für uns war das Casino, ein großer Raum im Dachgeschoss, in dem die Balken erhalten geblieben waren und der entsprechend verwinkelt war. Hinten rechts vom Eingang trafen sich die Assistenten gegen elf zum Kaffee, der von Frau Mischke serviert wurde, wie in einem Offizierscasino. In einer anderen Ecke trafen sich die Oberärzte und im weniger verwinkelten Teil des Raumes wurde gegen ein Uhr das Mittagessen serviert. Das Essen war nicht besonders anspruchsvoll, war schwäbisch, war liebevoll angerichtet – mit einer Tasse Kaffee danach.

Hier entwickelten sich Freundschaften, wurden Pläne geschmiedet und Intrigen gesponnen, Gerüchte verbreitet, Zukunftsvisionen entworfen und was man sonst alles noch in einem Casino so tut – alles unter Akademikern. Die Krankenpfleger und -schwestern, die zweite wichtige Berufsgruppe der Klinik, blieben für sich. Sie aßen und tranken ihren Kaffee auf den Abteilungen. Ihre stationsübergreifende Organisation wurde weder von den Oberpflegern noch von der Klinikleitung gern gesehen.

Es gab damals allerdings nur wenige Konflikte. Die Dinge hatte einfach ihre Ordnung. Das Thema, über das sich alle die Köpfe heiß redeten, war die Frage, ob die Schwestern weiterhin Hauben tragen müssten oder nicht. Dabei kam niemand auf die Idee, darauf hinzuweisen, dass die Pfleger auch keine trügen. Schulte, ein heftiger Verfechter der Haubenpflicht, wies immer wieder wehmütig darauf hin, wie erbittert sie 20 Jahre darum gekämpft hätten, dass auch Psychiatrieschwestern Hauben tragen dürften, dass sie vom Dasein der Wärterin befreit wurden. Die jungen Frauen

der Achtundsechzigergeneration, (die sich natürlich nicht als solche fühlten), betrachteten das als altväterlich und setzten sie einfach ab. Sie konnten das auch deswegen ohne großen Protest tun, weil sie gebraucht wurden. Man lebte im Zeitalter der Vollbeschäftigung und Schwestern waren Mangel.

## 12. Anfänge auf Frauen D

Ich kann mich nicht mehr genau erinnern, wer mein erster ärztlicher Partner auf Frauen D war; vermutlich war es Christoph Biermann. Die Mitglieder des Pflegedienstes sind mir dafür in umso lebhafterer Erinnerung - alle Frauen, die meisten Schwäbinnen, die meisten von der Alb oder vom Gäu (dem östlichen Schwarzwaldvorland). Nur Francine kam von weiter her. Sie war Lothringerin. Sie erzählte gern, wie sie in ihrer Jugendzeit (der Begriff ist vielleicht nicht ganz angemessen) – sie war 30 – mit ihrem Vater zusammen verbotene Plakate für Poujade geklebt hatte, einen Steuerboykotteur, der damals in Frankreich von sich reden gemacht hatte und es zu einer beachtlichen Popularität gebracht hatte.

Stationsschwester war Isolde, Schwester Isolde, die sich gerade mühsam von einer Myokarditis erholt hatte. Deswegen arbeitete sie halbtags, etwas was auch bei Krankheit damals ungewöhnlich war. Noch ungewöhnlicher war, dass sie in diesem Status weiter die Stationsleitung führen durfte. Isolde wurde von Patientinnen und von Kolleginnen (und natürlich von uns jungen Assistenzärzten) als freundlich, streng und gerecht erlebt. Sie war aus meiner damaligen Perspektive eine autoritätseinflößende, ältere Frau (sie war vierzig).

Ihr zu Seite stand Francine, ein ganz anderer Typ, munter freundlich mit einem großen emotionalen Spielraum für Patienten, Kolleginnen und Kollegen. Sie war charmant, wie sich das für Französinen gehörte, und ein bisschen provokant – ganz anders als man sich damals die verheiratete Mutter einer 6-jährigen Tochter vorstellte. Eines ihrer Spiele mit dem Assistenzarztanfänger hätte leicht zu einem vorzeitigen Ende meiner Karriere führen können. Wir diskutierten über die Wirkungen der Medikamente, die wir unseren Patienten verabreichten und überlegten, ob wir sie nicht einmal selber probieren sollten. Solche Selbstversuche waren damals sozusagen "in". Sie waren etwa von Rudolf Degkwitz in Frankfurt und von Klaus Ernst in Zürich schon in den 50er Jahren beschrieben worden.

Aus der Diskussion wurde ernst: Ich würde mich nicht trauen, ihr Haldol, Haloperidol, zu injizieren. Sie kam mit einem Tablett und aufgezogener Spritze in den Wachsaal. Zwei Ampullen kennzeichneten ordnungsgemäß den Inhalt: 10 mg Haldol. Acht Schwestern bauten sich um mich herum auf: Sie trauten sich nicht. Ich wollte es ihnen zeigen. Ich nahm den Stauschlauch, setzte die Injektionsnadel an der Vene an,

stach ein. Die Nadel lag gut. Ich saugte Blut an – und dann zog ich die Spritze zurück. Francine hätte sicher medikamentenungewohnt, wie sie war, sicher 16 Stunden geschlafen. Und gegenüber Tölle wäre ich in erheblichen Erklärungsnotstand geraten, ganz zu schweigen von Schulte, der für Scherze dieser Art überhaupt kein Verständnis hatte.

Zum Team gehörten außerdem Marianne, eine etwas herbe junge Frau – übrigens auch keine Schwäbin, sondern eine Fränkin, die später im Pflegebereich eine beachtliche Karriere machte, und Slavica, eine Jugoslawin, die schon viele Jahre in Deutschland gearbeitet hatte. Die jugoslawischen Schwestern gehörten zu den wenigen Ausländern in der Pflege. Sie hatten eine gute Ausbildung und waren nicht nur in der Psychiatrie gesuchte Kräfte. Dazu kam Anneliese, eine Kinderkrankenschwester, die nach ihrem Examen aus Gründen, die wir nicht kannten, in die Erwachsenenpsychiatrie gekommen war. Sie wurde wegen ihrer zahllosen Ungeschicklichkeiten rasch zum Mobbingobjekt der Station: dazu später mehr. Und es gab die mütterliche, ein bisschen rundliche Luise, die mit ihrer persönlichen Zuwendung zu den Patientinnen manchmal Wunder bewirkte.

Sie zeigte ihr ganzes Können, als eine Kranke mit einem schweren schizophränen katatonen Stupor auf die Station kam, der weder mit Haloperidol noch mit Elektroschocks zu durchbrechen war. Luise streichelte und wickelte sie. Sie saß Tag und Nacht an ihrem Bett, bis sie endlich wieder anfang, sich zu bewegen. Ich weiß nicht, ob dies alte Schwestertradition war. Aber für uns, auch für die höheren Chargen der Klinik, war das eine Entdeckung. Luise wurde später zu einer Art Sondereinsatzkommando bei Katatonien von männlichen und weiblichen Patienten. Eigentlich war diese Wickel- und Streicheltherapie in der beginnenden Hochzeit der Psychoanalyse, in der Therapeuten Kranke nicht anfassen durften, etwas Unerhörtes. Aber es half. Es half vor allem, weil wir die Elektrokrampftherapie aus vielfältigen Gründen nicht mehr einsetzten, zumal Schulte schon seit seiner Gütersloher Zeit ein Skeptiker der EKT war.

Schließlich war da noch Hilde Deininger (später Schädle-Deininger), die auf der Abteilung am gleichen Tag wie ich den Dienst aufgenommen hatte, ihr Schwesternexamen frisch in der Tasche, damals 21 Jahre alt. Sie blieb über viele Jahre meine berufliche Weggefährtin: sie war bei der Tagesklinikgründung dabei und später bis in die 80er Jahre als Ambulanzleiterin in Wunstorf. Zusammen produzierten wir Ideen

am laufenden Band; meist war sie diejenige, die sie umsetzte. Ab 1970 gaben wir gemeinsam die Werkstattschriften für Sozialpsychiatrie heraus, die es in fast zwei Jahrzehnten, auf 50 Bände brachten - zuletzt im Psychiatrie Verlag, den wir 1978 in Wunstorf aus der Taufe hoben. Aus ihrem pietistisch geprägten Elternhaus in Schwäbisch Hall hatte sie offenbar fast unbegrenzte Energien mitgebracht.

### **Exkurs: Soziale Arbeitskreise**

Sie war auch der Motor für die sozialpolitischen Arbeitskreise der Studenten der evangelischen und katholischen Studentengemeinden (AG SPAK), die sich in Tübingen „Soziale Arbeitskreise nannten und die in unserer Klinik, die seit einigen Monaten bestanden, als ich dazu kam. Wir stellten ein regelmäßiges Diskussionsforum auf die Beine. Und sie, die Studenten, brachten eine Fülle von „normalen“ Ideen in die Klinik. Natürlich waren sie gegen Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlung. Aber irgendwie konnten sie doch akzeptieren, dass wir auf einer geschlossenen Abteilung arbeiteten. Sie wurden überdies im entfernten Landeskrankenhaus aktiv.

Sie brachten ein Forschungsprojekt gemeinsam mit uns auf den Weg. Auch hier war Hilde die Organisatorin. Wir werteten die Krankengeschichten eines ganzen Jahrgangs aus – 1111 Krankengeschichten. Wir erhoben die sozialen, demographischen und epidemiologischen Daten über die Patienten. Wir taten das mit Kugelschreiber und dementsprechend ausgearbeitetem Formular irgendwann Frühsommer auf einem Tisch vor der Klinik. Wir hatte auch einen frühen Computerfreak in der Gruppe, der nicht ruhte, bis die 1111 Karten auf Holerith-Karten übertragen waren; und irgendwann kam dann der große Augenblick, wo in dem sechsunddreißig Kubikmeter großen Computer im Dokumentationszentrum des Klinikums unsere Daten verarbeitet wurden. Es war beeindruckend. Aber die Ergebnisse waren nicht anders, als wir sie vorher gerechnet hatten. Daraus wurde dann das Heft 1 der Werkstattschriften.

Wie immer, die Daten lieferten die ersten Grundlagen für meine spätere Habilitation über die psychiatrische Versorgung des Landkreises Tübingen als Grundlage für eine gemeindenahe psychiatrische Versorgung. Sie veranlassten mich auch, meine ersten Dissertationen zu vergeben: Sie sollten erkunden, was aus den psychisch kranken Tübingern in den umgrenzenden Landeskrankenhäusern und Privatkliniken geworden war und wie viele dort überhaupt behandelt wurden: in der katholischen

Anstalt Rottenmünster in Rottweil, einem Schwesternkrankenhaus der Privatklinik Christophsbad Göppingen und dem Landeskrankenhaus Zwiefalten.

Das Ergebnis war, darauf wird später zurückzukommen sein, dass es möglich wäre, mit der Tübinger Nervenlinik alle psychisch Kranken aus dem 160000 Einwohner großen Landkreis Tübingen zu behandeln und in der Hälfte der Klinikbetten dennoch weitere Kranke aus der Region Stuttgart aufzunehmen. Das war damals undenkbar. Eine Universitätsklinik hatte überregionale Aufgaben. Sie musste für ganz Nord-Württemberg zur Verfügung stehen. Argumente dafür gab es nicht. Aber die brauchte es damals auch nicht.

Unser Arbeitskreis war auch anderweitig wissenschaftlich tätig. Horst Wiethölter, jetzt neurologischer Chef des Bürgerspitals in Stuttgart, promovierte später über unsere Tagesklinik. Friedhelm Grünewald brachte uns dazu, die Aktivitäten der Studenten in der Klinik zu untersuchen und ihre Auswirkungen auf die psychiatrische Öffentlichkeitsarbeit anzuschauen. Das trugen wir 1970 in Loccum vor, in jener Tagung, in der die Psychiatrie-Enquete mit der Loccumer Resolution konkret auf den Weg gebracht wurde. Auch davon wird später noch die Rede sein.

Friedhelm Grünewald studierte zunächst in Tübingen und dann in Zürich Theologie. Von dort aus verwaltete er so nebenher zwei Pfarrämter im Bündischen oberhalb von Illanz und Luven. Wir verbrachten dort einige schöne Sommer- und Herbsturlaube. Friedhelm knüpfte auch unsere ersten journalistischen Kontakte mit Joseph Ungerechts vom Westdeutschen Rundfunk, der dort Redakteur einer täglichen Fünfminutensendung mit dem Titel „Mitmenschen“ war. Wir durften mehrere Folgen über psychisch kranke Menschen und ihre Behandlung gestalten. Und wir hatten Kontakte zu Udo Reiter vom Bayerischen Rundfunk (später Intendant des Mitteldeutschen Rundfunks). Mit anderen Worten: Wir waren neben der klinischen Arbeit gut beschäftigt.

Wir hatten in jenen unruhigen Tagen wenig Zeit, Revolution zu machen. Tatsächlich ist das Bild, das heute von den letzten Sechzigerjahren besteht, zumindest was Tübingen anbetrifft, grundfalsch. Die radikalen Studentengruppen bewegten sich außer in der Auseinandersetzung um die Notstandsgesetzgebung nicht auf der Straße, sondern in den Kneipen, - der SDS z. B. im Bären - oder sie versammelten sich mit uns zusammen bei Teach-Ins, in denen es meist um Fragen der Studienreform ging,

um Fragen der Gerechtigkeit, der gerechten Verteilung der Mittel, um soziale Gerechtigkeit überhaupt und um die Abgrenzung von den saturierten Vätern und Müttern, die nach dem Krieg nichts anderes gekannt hätten, als am Wirtschaftswunder zu basteln.

### **Die Hexe in der Küche und der Mann auf dem Dach**

Nach diesem Exkurs zurück zu Frauen D. Wir waren ein gutes Team. Aber es gab auch Initiationsriten, und da kannten die Schwestern kein Pardon. Meine erste Patientin war, ich bin versucht zu sagen, eine alte Frau. Ich weiß in der Erinnerung nicht mehr, ob sie es wirklich war. Vermutlich war sie Mitte vierzig. Was ich sicher weiß: sie kam aus Derendingen, einem später eingemeindeten Dorf am südlichen Stadt- ausgang an der Steinlach. Sie hatte 20 Jahre in der Küche ihres Hauses verbracht. Ihre Angehörigen, ihre Kinder, ihre sonstigen Verwandten waren der Überzeugung, sie sei eine Hexe, zumal sie ständig laut vor sich hin redete und ungehörig schimpfte. Sie hatte von da aus den Haushalt versorgt, so gut sie es konnte, gekocht, gewaschen und was eine schwäbische Hausfrau so tat, aber im Übrigen Hause nichts.

Sie war jetzt nicht in die Klinik gekommen, weil irgendjemand sie für psychisch krank gehalten hätte. Hexerei war in Derendingen damals vermutlich etwas mehr oder weniger „Normales“. Sie war eingewiesen worden, weil sie an der Hüfte und an der Brust eitrigte Geschwüre entwickelt hatte. Dem Hausarzt war die ganze Sache schließlich spanisch vorgekommen. Umso mehr, als sie ihm von einem Mann auf dem Dach erzählte, und von dem, was er ihr seit 20 Jahren alles einflüsterte. Hexerei hin oder her.

Er holte den Amtsarzt, und schon war sie Patientin bei uns, schimpfend wie ein Rohrspatz – auf Schwäbisch natürlich. Ich verstand kein Wort, die Schwestern umso mehr. Mehr als einmal bauten sie sich hinter mir auf und konnten nicht aufhören vor Kichern, obwohl die Szene überhaupt nicht komisch war, zumindest nicht für mich und schon gar nicht für die Kranke. Was der Mann auf dem Dach ihr erzählte – ich erfuhr das erst viel später – konnten die Schwestern offenbar nur mit Kichern oder mit roten Köpfen ertragen. Es waren deftige, obszöne Sprüche, es waren Anspielungen auf sexuelle Berührungen deftiger Art, die die arme Frau in den 20 Jahren in ihrer Küche gewiss hatte entbehren müssen.

Heute weiß ich, dass es heikel sein kann, Menschen von einem Wahn zu befreien, der im Lauf langer Jahre zu einem Teil ihres Lebens geworden ist. Mögen sie ihn als noch so quälend erleben. Mit der Stimme auf dem Dach war sie nie allein, wusste sich belästigt, aber geliebt, wiewohl sie das als verheiratete schwäbische Protestantin natürlich überhaupt nicht zulassen konnte – und zugeben schon gar nicht. Heute weiß ich, dass die drastische Unterdrückung eines solchen Wahns allzu oft zu innerer Leere führt, zu Verlassenheitsgefühlen, am Ende zum Suizid. Ziel der Behandlung muss es sein, die Symptomatik so weit zu lindern, dass sie nicht mehr quält, um dann die weiteren Optionen mit den Betroffenen durchzusprechen.

Damals wussten wir das nicht. Glücklicherweise waren die Mittel, die wir damals in der Hand hatten, Melleril, Taxilan und Haldol theoretisch zwar geeignet zu einer radikalen Wahnunterdrückung. Aber damals in Tübingen verabreichten wir 100-300 mg Taxilan oder Melleril oder 3 x 10 Tropfen Haloperidol (3 x 1 mg)täglich. Ganz allmählich milderten sich ihre Symptome. Wir betrieben eine schonende Psychiatrie. Auch das wusste ich damals noch nicht. Das habe ich erst begriffen, als ich später in Wunstorf verzweifelt versucht habe, zu verbieten, Haldoldosen von mehr als 40 mg am Tag zu verabreichen.

Nun, ich bestand mein Initiationsritual mit Anstand, obwohl nicht mit allergrößter Brauvour. Das machte nichts, die Kolleginnen blieben freundlich. Erst einmal standen die Osterfeiertage vor der Tür – und was für welche.

### 13. Schulte und Tölle

Alles dies wäre ohne die beharrliche Förderung durch meine wichtigsten Psychiatrielehrer Walter Schulte und Rainer Tölle nicht möglich gewesen. Schulte hatte nach einigem Zögern meinen Aufenthalt in London ermöglicht; und Tölle, während meiner gesamten Ausbildung zum Facharzt mein Mentor und in der meisten Zeit auch mein Oberarzt. Mit Schulte hatte ich in den ersten beiden Jahren außerhalb von Konferenzen und Besprechungen verhältnismäßig wenig zu tun gehabt. Nach meiner Rückkehr aus London änderte sich das. Ich war plötzlich nicht mehr nur der Jung-Assistent. Ich hatte aufgrund der Londoner Erfahrungen einiges zu bieten, das ab 1970 auch in der Bundesrepublik aktuell wurde: Erfahrungen und Kenntnisse in der Sozialpsychiatrie und Erfahrungen mit der Reform der Psychiatrie – wenn auch vor allem aus zweiter Hand.

1970 war das Jahr, in dem die Dinge in Bewegung kamen. Plötzlich war überall von Psychiatriereform die Rede – bei den etablierten Kollegen, wenn Chefs und deren Lehrstuhlinhabern überwiegend in Abwehrhaltung. Einige waren in USA gewesen; nur wenig in England. Aber die allgemeine Haltung war, in Deutschland liegen die Dinge anders; man kann sie nicht einfach übertragen. Schulte gehörte nur begrenzt zu den Skeptikern. Er wollte wissen, wie die anderen vorgegangen waren. Denn ihm war noch aus seiner Gütersloher Zeit bewusst, dass die Verhältnisse in den deutschen Anstalten unhaltbar waren. Auf diese Weise wurde ich zu seinem regelmäßigen Gesprächspartner. Mit anderem aus der sozialpsychiatrischen Fraktion unserer Klinik wurde ich zu einem seiner Ratgeber. Das klingt nun mächtig übertrieben. Aber irgendwie war es so.

Als er sein Grundsatzreferat zur Psychiatriereform für den deutschen Ärztetag 1970 vorbereitete, durften wir ihn mit Materialien versorgen. Er setzte sie nicht nur ein; er folgte auch unsere Grundlinie darüber, was zu geschehen habe. Ähnlich war das im Herbst beim Jahreskongress der DGPN in Bad Nauheim und bei der ersten Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages zur Lage der Psychiatrie im gleichen Jahr. Noch wichtiger – für mich zumindest – war seiner Aufforderung, ihn nach Unterfranken zu begleiten. Die dortige Bezirksregierung hatte ihn beauftragt, im Gutachten zur Weiterentwicklung der beiden Bezirkskrankenhäuser in Lohr zu erstellen. Was in diesen beiden Tagen des Besuches an schrecklichem er-

lebten, erschütterte ihn als alten Hasen genau so wenig als Anfänger: die brutale Realität und das Elend der Lebensbedingungen der Kranken vor allem im Kontrast zur prächtigen Barockfassade des Balthasar- Neumann-Schlusses, in dessen Untergeschoss Patienten in Werneck vegetierten. Er hielt auch nicht mit seiner Empörung zurück, als er unser Gutachten vor dem Bezirkstag vortrug.

Nun Ein Jahr später erstatteten wir noch einmal ein gemeinsames Gutachten. Dabei ging es um ein Heim für geistig Behinderte, dass die Caritas in einer kleinen Gemeinde mitten in einer Wohngegend einrichten wollte, gegen das sich eine Bürgerinitiative formiert hatte. Diesmal war die Rollenverteilung gegenüber dem ersten Gutachten umgekehrt. Damals hatte er geschrieben und ich dazu beigetragen. Jetzt ließ er mir die Federführung; und ich war sehr stolz darauf. Diese gemeinsame Arbeit hat sicher auch dazu beigetragen, dass er mich ab 1971 bereitwillig mehrere Tage im Monat für die Mitarbeit bei der Aktion psychisch Kranke und der Enquete freistellte. Dabei bin ich ihm heute noch dankbar, dass er mir dringend davon abriet, dem Ansinnen von Kulenkampff zu folgen, für zwei Jahre halbtags die Geschäftsführung der Psychiatrieenquete zu übernehmen. Als wären fünf Jahre ganztags geworden!

Auf dem Hintergrund dieser Entwicklungen hatte es eine fast zwingende Logik, dass eher unsere Bemühungen um die Tagesklinik mit Nachdruck förderte.

## 14. Ostern 68: Schüsse auf Rudi Dutschke

Wer damals studierte oder dem Studium gerade entwachsen war, wird diese Tage nicht vergessen. Wir waren in der Heimvolkshochschule in Bad König im Odenwald mit unserem Arbeitskreis ehemaliger Austauschschüler der „Church of the Brethren“ verabredet, einer ziemlich christlichen Vereinigung, die mich immerhin akzeptierte. Wir trafen uns jedes Jahr zu Ostern, seit ich 1958 aus Amerika zurückgekommen war. Ein- oder zweimal hatte ich gefehlt. Meist hatten wir uns in der Jugendherberge Burg Hohensolms bei Wetzlar getroffen.

Inzwischen waren die meisten der Teilnehmer älter geworden. Wir legten schon Wert auf Einzel- oder doch wenigstens Zweibettzimmer. Und ein Gehalt erhielt ich auch – 900 Mark waren es im ersten Jahr (pro Monat). Das Thema des Treffens war die Lage der Entwicklungsländer in Lateinamerika. Wir waren engagierte „gute Menschen“. Aber diesmal war alles anders. Schon bevor wir losfuhren, brodelte der Hexenkessel.

Am Donnerstag vor Ostern hatte ein verirrter Junger Mann, der der rechten Szene zugeordnet wurde, auf dem Berliner Kurfürstendamm Rudi Dutschke niedergeschossen, Rudi, den großen Studentenführer mit der demagogischen Stimme, den klugen Ideologen, der uns alle auf den Marsch durch die Institutionen schicken wollte (was ihm bei manchen von uns auch gelang). Rudi war nicht tot. Aber ein paar Tage lang wussten wir nicht, was aus ihm werden würde; und wie wir wissen, hat er zwar überlebt. Aber seine Hirnverletzung wurde zu einer bleibenden Behinderung - auch wenn er später in Aarhus promovierte, auch wenn seine Frau Gretchen, eine Amerikanerin, mit ihren Kindern den Eindruck von heiler Welt verbreitete, auch wenn Rudi noch einmal einen großen öffentlichen Auftritt hatte, als der RAF-Terrorist Holger Meins sich im Hungerstreik das Leben genommen hatte. Bei dessen Beerdigung hob er die linke Hand und versprach: „Wir kämpfen weiter, Holger“- damals, Anfang der Siebziger-Jahre, ein wahnwitziges Versprechen.

Überall in Deutschland brodelte es. Es begann das, was man später die Studentenunruhen nannte, obwohl es eigentlich eine Bewegung war, keine Revolution, wie manche sagten. Aber in jenen Ostertagen waren wir alle unruhig. Wir empfanden das Attentat als inszeniert und zwar von der Springerpresse, die über Monate eine unablässige gehässige Hetzkampagne gegen Dutschke und seine Freunde, ja gegen alle

linken und liberalen Studenten inszeniert hatte. Wir waren alle davon überzeugt: Bild hat mit geschossen.

Das war dann in Bad König auch der Titel meines Vortrages – statt Entwicklungshilfe in Südamerika. Wir waren sehr bewegt und voller Zorn. Aber wir waren friedlich, ganz anders als die aufgebrachtten Demonstranten in Berlin, wo Zehntausende unter Führung des unglückseligen Anwalts Horst Mahler das Springerhochhaus angriffen, ganz anders als in anderen Städten wie Frankfurt und Hamburg, wo die Auslieferung von Springerzeitungen über Tage nachhaltig behindert wurde.

Bild hatte mit geschossen. Wir waren sehr aufgewühlt. Wir waren das auch, nicht weil wir Freunde von Aufruhr und Revolution waren, sondern weil eine von uns, die Pfarrerstochter und Mitaustauschschülerin Gudrun Ensslin mittendrin steckte.

Im Jahr zuvor, 1967, im Jahr des Beginns der Studentenbewegung, hatten die beiden ein Fanal setzen wollen gegen den Wohlstandswahn der sich verkrustenden Bundesrepublik, Bewusstsein wecken wollen für die Not in der Welt und ein Frankfurter Kaufhaus angezündet – glücklicherweise mit kümmerlichem Erfolg. Die Brandsätze verglühten noch in der Nacht ohne fatale Folgen.

Die beiden wurden zu je vier Jahren Haft verurteilt - in einem ordentlichen Verfahren und zu Recht. Es war eines der ersten Strafverfahren in Deutschland gewesen, in denen die Angeklagten unbotmäßig waren, und, soweit ich mich erinnere, schließlich des Saales verwiesen wurden. Aber das Urteil war ohne Zweifel angemessen.

Das Attentat auf Rudi Dutschke änderte alles. An einem kühlen Ostersonntag-Nachmittag saßen wir vermunmt auf der Wiese vor der Volkshochschule. Wir tauschten Erinnerungen an Gudrun Ensslin aus. Ihre Schwester war dabei, Freunde waren anwesend, die im gleichen Jahre mit ihr in Amerika gewesen waren. Es spricht einiges dafür, dass ich ihr in New York begegnet bin. Es gibt ein Bild auf dem Flughafen, wo sie ankommt und wir im gleichen Flugzeug zurückfliegen. Aber ich kann mich an nichts erinnern. Vielleicht ist es auch Legende.

Gudrun Ensslin ist ohne Zweifel eine der tragischen Figuren der Terroristengeneration, Täterin und Opfer zugleich. Pietistin, radikale Moralistin, Terroristin der ersten RAF-Generation, unglückliche Frau und Mutter, vor allem aber Tochter eines überstrengen Vaters. Ich schreibe auch deshalb über sie, weil sie in und um Tübingen zu Hause war, weil ich zahlreiche Mitglieder ihrer Familie später kennenlernte, auch bei

den Anklagen gegen ihren Suizid, der von ihrer Familie, insbesondere ihrer Schwester, als Mord deklariert wurde.

Die Gespräche an jenem Ostersonntagnachmittag in Bad Königstein im Odenwald kreisten um Erinnerungen an die junge Frau, das junge Mädchen, das viele von uns gekannt hatten. Aber sie drifteten auch in Anschuldigungen ab, in falsche Anschuldigungen, meine ich, und in Selbstmitleid und in falsches Mitleid für Menschen, die sich in fürchterlicher Weise verrannt hatten. Heute wissen wir natürlich, dass die Geschichte damit noch nicht zu Ende war. Damals wussten wir das nicht und sahen alles das in der aufgewühlten Atmosphäre nach dem Dutschke-Attentat in anderem Licht.

Bild hat mit geschossen. Der Aufruhr in Deutschland war nicht unser Aufruhr. Er war Folge der Intoleranz des Establishments gegenüber Menschen, die es wagten, eigene, abweichende Gedanken zu äußern. Eine Ära des gegenseitigen Unverständnisses hatte ihren Anfang genommen. Wenn ich mich zurück erinnere, überschlugen sich die Ereignisse im März, April und Mai 1968.

## 15. Prager Frühling, Tübinger Sommer

Ich führte trotz Heirat im Frühjahr und im Sommer 1968 weiterhin eine Art Junggesellenleben – meine Frau hatte eine längere Praxisvertretung im Schwarzwald übernommen. So konnte ich einen Abend in der Woche im Wilhelm-Reich-Institut für kritischen Psychologie verbringen, einen anderen mit Kollegen aus der Klinik in der Steinlach oder beim Boulanger, einen dritten im Erasmushaus der katholischen Studentengemeinde, mit den sozialen Arbeitskreisen der Studenten, und einen vierten im neu gegründeten republikanischen Club (ich hatte die Mitgliedsnummer 13), der seine Residenz über der medizinischen Traditionsbuchhandlung Pietzcker gefunden hatte, wo der Weißwein floss, wo man sich die Köpfe heiß redete, wo Loch und Bloch sich stritten, der blinde Bloch unterstützt von Carola, seiner Frau, wo Rolf Croissant, - Stuttgarter Anwalt, später als Sympathisant der Baaders und der Meinhofs verhaftet und verurteilt - und sein Kanzleipartner Jörg Lang sich ein Stelldichein gaben, bis Lang plötzlich eines Tages für zehn Jahre verschwand.

Es war ein lebendiger Sommer, ein Sommer, in dem die Notstandsgesetze durchgeprügelt wurden, unnötige Unruhe unter den Studenten entstand und es Anzeigen wegen Landfriedensbruchs hagelte.

Es war aber auch ein Sommer von Optimismus und großem sozialem Engagement. Die Studenten der Evangelischen und der Katholischen Studentengemeinden kamen auf uns zu. Sie wollten sich engagieren für psychisch Kranke, für Gefangene und für Obdachlose. Aus unserer Gruppe entstand ein Kreis, dem zahlreiche spätere Profis entwachsen: Hans Gessner beim Club 55 in Freiburg, Christa Widmaier, später Leiterin des sozialpsychiatrischen Dienstes in Esslingen, Peter Bastian, später Leiter der sozialpsychiatrischen Zusatzausbildung an der Medizinischen Hochschule Hannover und viele andere mehr.

Das war der Sommer 1968, brodelnd, aufgeregt, gelegentlich unruhig mit friedfertigen Auseinandersetzungen in der Klinik. Niemand von uns wäre auf die Idee gekommen, dass wir später einmal die Achtundsechziger sein würden, zuerst idealisiert, dann banalisiert und zuletzt mehr oder weniger dämonisiert. Unsere Probleme waren andere. Es waren Alltagsprobleme der Arbeit und des Studiums. Es war natürlich Gelegenheit, Teach-Ins mit den Gurus der Tübinger Studentenbewegung zu besuchen: Wenn ich gelegentlich im Fernsehen den kritischen Wirtschaftswissenschaft-

ler Rudolf Hickel sehe, kann ich mir nicht vorstellen, dass er einer von ihnen war, um so mehr, als ich ihn auch noch ganz anders kennen gelernt habe.

1968, das wird oft vergessen, war auch das Jahr des Prager Frühlings. Hunderte von Studenten reisten dorthin, ließen sich von der Begeisterung der Tschechen anstecken, verliebten sich in tschechische Frauen und kamen mit ihnen zurück, als die Panzer rollten. Auf einzelne werde ich noch zurückkommen und zwar im Zusammenhang mit meinen ersten Erfahrungen in ambulanter Psychotherapie. Es war eine inspirierende Zeit, eine unruhige Zeit. Aber es war keine Zeit von Revolutionären oder von Leuten, die das inszenierten, was man später Unruhen nannte. Das mag in anderen Städten anders gewesen sein.

Tübingen blieb lebhaft und zugleich ein bisschen behäbig. Wir hatte alle das Gefühl, uns einzusetzen und konstruktiv zu sein, Gutes zu tun; und Gutes tat man im schwäbischen Protestantismus.

### **Assistentenvertretung**

Und Walter Schulte, unser Chef, fühlte sich offensichtlich ebenfalls wohl in Tübingen. Dies war seine Welt. Dennoch mussten wir ihm seine Kreise stören. Wer Achtundsechzig einen republikanischen Club gründete, scheute auch nicht davor zurück, eine Assistentenvertretung zu installieren und ihre Vertretung in der Oberarztkonferenz zu verlangen. Ich weiß nicht mehr, wer auf die Idee gekommen war, das zu tun. Auf jeden Fall war ich dabei zusammen mit Christoph Biermann, Gunter Heinz, Gudrun Koch und zwei weiteren Kollegen. Wir waren nicht dumm, ließen uns als Fünfergruppe von der Assistentenkonferenz delegieren, die es vorher ebenfalls nicht gegeben hatte, - nicht als Speerspitzen irgendeines radikalen Fortschritts, an den wir ohnehin nicht glaubten. Wir wollten auch nicht stören. Wir wollten ein wenig mitbestimmen. Das war aber offenbar schon schlimm genug. Wir wollten wissen, was in der Klinik lief.

Wir suchten um einen Termin bei Schulte in seinem wunderschönen Dienstzimmer mit Blick über das Schloss und die Schwäbische Alb nach. Ich werde dieses Gespräch nie vergessen. Schulte hatte die Zeichen der Zeit erkannt. Er empfing uns allein ohne Unterstützung seiner Oberärzte. Er akzeptierte die Wahl, erklärte sich bereit, zwei von uns als Vertreter in die Oberarztkonferenz aufzunehmen. Aber dann brach es aus ihm heraus. „Wie ausgerechnet Sie, Frau Koch, in diese Gruppe kom-

men, das kann ich nicht verstehen.“ Gudrun Koch, eine warmherzige, verheiratete Frau, hatte nichts von einer Unruhestifterin an sich. Aber wir eigentlich auch nicht. Nein, Schulte konnte es nicht verstehen. Der weitere Verlauf des Gespräches zeigte, dass er die Welt nicht mehr verstand. „Warum sind Sie so misstrauisch gegenüber uns“, fragte er schließlich. „Wir haben doch die Erfahrung. Wir versuchen doch, es richtig zu machen. Wir hatten früher doch auch Vertrauen zu unseren Vorgesetzten!“

Wir liebten und verehrten Schulte. Aber dies war nun wirklich eine Verirrung. Wer sich 1968 als fast 60-jähriger darauf berufen konnte, dass seine Generation Vertrauen in die Vorgesetzten hatte, die alles richtig gemacht hatten, hatte die Welt nicht verstanden. Einzelne seiner Vorgesetzten, zum Teil auch seiner Lehrer waren in die Massenmorde der Nazizeit verstrickt. Ich weiß nicht, ob er das wusste. Wenn ja, hatte er es verdrängt. Schulte war ein guter Mensch. Er hatte es nach einer Herzmuskelentzündung 1966 und Krankheit in der Familie auch viel schwerer, als wir es damals wussten. Wir aber waren damals jung und naiv und glaubten, die Welt verändern zu können, obwohl ich solchen Ideen doch 1960 mit dem Wechsel von der Soziologie zur Medizin abgeschworen hatte - endgültig, wie ich damals geglaubt hatte.

## 16. Diagnostisch blind: Eine kranke Kollegin

Noch im Frühjahr 1968 gab es unerwartet Ärger auf der Station. Anneliese, die Kinderkrankenschwester, die kurz nach mir zu uns gestoßen war, störte die Teamharmonie auf Frauen D empfindlich. Sie kam fast jeden Morgen zu spät. Sie erfüllte Aufträge nicht. Sie schien mehr und mehr Dinge falsch zu verstehen. Eines Tages hatte ich genug, als sie eine Infusion neben der Injektionsnadel feststeckte und die Patientin mit Glukose-Lösung berieselte. Ich stand dabei und begriff es nicht. Ich war stocksauer. Und in der nächsten Morgenbesprechung sagte ich zu Isolde: „So geht das nicht. Anneliese spinnt. Sie müssen ihr gehörig die Leviten lesen. Sonst können wir sie auf der Station nicht gebrauchen“

Natürlich war das völlig daneben. Über den Einsatz von Krankenschwestern bestimmten Schwestern und nicht Ärzte, schon gar nicht Assistenzärzte. Das war früher so. Das ist heute so und wird vermutlich so bleiben, solange es Medizin gibt. Aber je länger Anneliese sich nicht an Absprachen hielt, immer wieder zu spät kam, nie an der Morgenbesprechung teilnahm und unausgeschlafen und gehetzt wirkte, wenn sie schließlich doch noch eintraf, entwickelte sich ein Konsens auf der Station: Anneliese spinnt. Sie muss weg. Sie hat in der Erwachsenenpsychiatrie nichts zu suchen. Sie kommt aus der Kinderheilkunde. Deshalb kommt sie nicht zurecht. Irgendjemandem kam dann die Glanzidee, ja, wenn sie aus der Kinderheilkunde kommt, warum lassen wir sie dann nicht in die Kinder- und Jugendpsychiatrie versetzen. Da wird sie sich wohlfühlen. Da gehört sie eigentlich auch hin. Dort wurden im Übrigen auch Leute gesucht.

Das, was dann folgte, nennt man heute Mobbing. Damals sprach man davon, dass es nicht die feine englische Art war. Aber am Schluss hatten wir es geschafft. Die Kollegen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie waren dankbar – zunächst wenigstens. Aus irgendeinem Grund wollte niemand dorthin, obwohl dort die wohl positivste Atmosphäre in der Klinik herrschte. Aber psychisch kranke Kinder und Jugendliche sind eben schwierig. - Damit hatte wir Ruhe, zumindest schien es so.

Ich fiel aus allen Wolken, als ich ein paar Wochen danach Anruf auf Anruf von Anneliese erhielt. Sie war wütend und verzweifelt. Ich sollte sie gefälligst in Ruhe lassen. Ich würde sie bis in den Schlaf verfolgen. Und morgens, wenn sie aufwache, sei ich auch wieder da. Ich würde ihr sagen, wie böse sie sei, was für eine Versagerin, was

für eine schlechte Krankenschwester. Sie habe doch alles so gut gemacht, wie sie es konnte. Ich solle sie in Ruhe lassen. Sie könne meine Stimme nicht mehr hören.

Ich hatte seit Wochen nichts mehr mit ihr zu tun gehabt, schon gar nicht mit ihr geredet. Ich hatte sie schlicht vergessen. Die Heftigkeit ihrer Reaktion, die Heftigkeit ihrer Anklagen ließ endlich den angehenden Psychiater in mir wach werden. Ich fragte sie nach meiner Stimme. Sie hörte sie wirklich. Sie hörte sie Tag und Nacht. Sie hörte, wie ich ihre Handlungen kommentierte, wie ich über sie mit ihren Eltern sprach, wie ich alle Schadtaten ihres ganzen Lebens ihr vortrug.

Wem in diesem Augenblick nicht ein ganz großes Licht aufgeht, der hat vermutlich seinen Beruf als Psychiater verfehlt. Anneliese fühlte sich verfolgt. Sie hatte einen Verfolgungswahn. Sie hörte Stimmen, vor allem meine Stimme. Sie hatte unzweifelhaft akustische Halluzinationen.

Isolde und Francine hatten ähnliche Anrufe erhalten. Als wir uns austauschten, war uns schlagartig klar: unsere Kollegin war psychisch krank. Sie litt an einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis. Wir waren dabei gewesen, als ihre Psychose sich entwickelte und hatten nichts kapiert. Wir hatten ihr Verhalten als Unfähigkeit und als mangelnde Kooperationswilligkeit verstanden und sie schließlich mehr oder weniger gemobbt – alle. Bis zu dem Tag war keiner von uns auf den Gedanken gekommen, sie könne krank sein. Jetzt ging alles ganz schnell. Anneliese brauchte Hilfe. Sie wurde in eine psychiatrische Klinik eingewiesen – nach Göppingen, die wir für die beste der verfügbaren hielten. Aber die Dinge liefen nicht gut. Sie wurde nach einigen Wochen entlassen, fand den Anschluss nicht, musste wieder aufgenommen werden, diesmal in eine andere Klinik. Dort nahm sie sich ein Jahr später das Leben.

Eine traurige Geschichte, traurig in vieler Hinsicht. Wir hatten ein Kranke gemobbt. Wir hatten sicher fünfzigmal laut gesagt: „Anneliese spinnt ja.“ Aber wir hatten nicht begriffen, dass sie ein fassbares Problem hatte, dass sie an einer der schweren Krankheiten litt, die wir jeden Tag behandelten. Wir hatten sie in die Kinder- und Jugendpsychiatrie abgeschoben, nur zu ihrem Besten natürlich, wir waren an ihr schuldig geworden. Wir hatten es viel zu spät begriffen.

Ich habe damals allerdings etwas anderes begriffen. Mein Soziologenverstand hat mir sicher dabei geholfen. Wenn man mit einem Menschen zusammenlebt und zusammenarbeitet, ist es fast unmöglich, eine beginnende schwere psychische Krank-

heit aus dem Stand zu erkennen. Unser Zusammenleben beruht letztlich darauf, dass wir uns gegenseitig darauf verlassen können, dass unser Gegenüber „normal“ ist, dass seine Handlungen zurechenbar sind, dass wir es in der Alltagskommunikation nicht mit „Verrückten“ zu tun haben.

### **Vom Sinn der „Normalisierung“**

Wenn jemand zu uns als Patient oder als Patientin in die Klinik kommt, sind wir bereit, ihn als krank wahrzunehmen. Goffman schreibt, die Aufnahmesituation legitimiere uns, ihn mit „psychiatrischen Augen“ zu betrachten. Wir haben den Auftrag dazu. Aber wenn wir mit jemandem zusammenleben, zusammenarbeiten, uns mit ihm streiten, ist es nur normal, ihn für voll zu nehmen; und das hat manchmal – vielleicht selten – böse Konsequenzen: Wir übersehen den Beginn einer schlimmen Krankheit in einer Phase, in der wir hilfreich intervenieren könnten. Wir behandeln den Kranken schlecht, und das in einer Phase, in der wir ihn gut behandeln sollten. Und das, obwohl wir über das entsprechende Wissen und die Kompetenz dazu verfügen. Wir verhalten uns genauso wie die angeblich schizophrenogene Mutter oder die Eltern, die ihr heftig pubertierendes Kind aller möglichen Schandtaten beschuldigen, es sei unbotmäßig frech, faul, drogenabhängig, oder was immer es sonst so gibt – bevor sie wissen, dass es psychisch gestört ist.

Ich bin überzeugt davon, dass dies regelhaft über längere Zeit nicht vermeidbar ist. Seit über vierzig Jahren bin ich sogar überzeugt davon, dass das notwendig ist, damit unser zwischenmenschlicher Zusammenhalt im Alltag nicht zusammenbricht, zumindest nicht unter Belastungen, die bewältigbar sind. Die Grundlagen des Zusammenlebens sind Regeln, die eingehalten werden müssen, sind soziale Normen, an die man sich zu halten hat, wenn man Mitglied einer Gruppe sein will und dass man zu weichen hat, wenn man die Regeln nicht einhalten will, oder wenn man sie ohne plausible Begründung nicht einhalten kann. Psychische Krankheit ist dabei als eigene Kategorie nicht vorgesehen.

Psychische Krankheit ist auch im Recht nicht wirklich vorgesehen. Das ist nicht nur metaphorisch gemeint. Für psychisch Kranke gibt es zwei oder drei Sonderparagrafen unter mehr als 300 Paragraphen des Bürgerlichen Gesetzbuches. In diesen ist nur geregelt, wie man mit ihnen umzugehen hat, nicht, welche Rechte sie haben. Daneben gibt es das Betreuungsrecht, das Unterbringungsrecht und die Schuldfäh-

higkeits- bzw. Schuldunfähigkeitsparagrafen des Strafgesetzbuches und der Strafprozessordnung.

Auch dort sind die wesentlichen Probleme nur pauschal geregelt. Es sind nicht Rechte geregelt, die die Kranken haben, und Pflichten, die die Gesellschaft ihnen gegenüber hat (außer im Psychatriegesetz), sondern die Gefahrenabwehr und das, was mit den Unverständigen zu geschehen hat, wenn sie die allgemeingültigen Normen und Rollenerwartungen nicht erfüllen können. Sie werden entrechtet, enterbt, ihrer Freiheit beraubt, bevormundet, gegängelt und vieles andere mehr. Es gab Zeiten, in denen sie sterilisiert und ermordet wurden, alles im Namen der Normalität.

### **Reprise**

Zehn Jahre danach ist es mir noch einmal so ergangen. Diesmal nicht bei einer Schwesternkollegin, sondern bei einem Assistenzarzt in Wunstorf. Ich hatte nicht begriffen, dass er psychotisch war, bis es fast zu spät war – die Kollegen allerdings auch nicht. Nur unser soziologisches Forschungsteam (Fengler und Fengler) und einzelne Mitarbeiter des Pflegebereiches, die mit ihm zusammen im Personalwohnheim residierten, hörten das Gras wachsen, haben aber still geschwiegen. Auf diese Geschichte komme ich später zurück. Das geschah 1977 unter der Überschrift „Finzen erteilt Berufsverbot“.

## **17. Arbeit in der Poliklinik. Administratives.**

### **Psychotherapie-Geschichten**

Die acht Monate auf Frauen D waren rasch zu Ende gegangen. Eigentlich hatte es ein Jahr werden sollen. Ich wusste nicht, welches Schicksal mich in die Poliklinik verbannte. Das war damals ein Ort, wo niemand hin wollte. Heute würden sich alle die Finger danach lecken. Es war auch ungewöhnlich, dass jemand nach acht Monaten Psychiatrieerfahrung dort einspringen musste. Aber die Staatsraison siegte, anders als ein oder zwei Jahre später, als Reinhard Lempp mich in die Jugendpsychiatrie holen wollte. Da habe ich mich heftig gewehrt.

Die Poliklinik war damals recht stiefmütterlich behandelt. Im Souterrain unter der Station Männer D untergebracht und mit nur drei Ärzten bzw. Ärztinnen bestückt – der Oberärztin, Frau Dr. Lauer, einer ebenso strengen wie wohlwollenden Anthroposophin, einer Frau, die später die Leitung der psychiatrischen Abteilung in Herden-Wittecke übernahm, obwohl sie in Tübingen eher neurologische Schwerpunkte hatte und u.a. die Epilepsiesprechstunde betreute. Frau Dr. Voss, die zweite Fachärztin, war Psychoanalytikerin von Provenienz, eine erfahrene Psychotherapeutin und meine Beraterin in der ersten kurzen Poliklinikzeit. Ich war der einzige Anfänger. Der Chef der Abteilung, der Oberarzt, war Werner Mende, dem ich jeden neuen Patienten vorstellen musste. Bis zu 16 sah ich jeden Morgen in der Sprechstundenzeit. Einzelne Psychotherapiepatienten durfte ich nachmittags zwischen 16.00 und 19.00 behandeln. Unsere zentrale Aufgabe war aber ganz klar und eindeutig: Diagnostik und Rückverweisung der Patienten an die Hausärzte. Das bedeutete, dass von den 16 Patienten an jedem Vormittag viele nur ein-, zwei- oder dreimal kamen und dass jeden Monat Hunderte von Arztbriefen fällig waren. Das war mir ein Gräuel. Aber aus der Distanz sehe ich manches anders.

### **Exkurs zur Vereidigung**

Im Zusammenhang mit Werner Mende, dem Vertreter Schultes fällt mir noch eine Geschichte ein, die ich unbedingt erzählen muss: Im Sommer 1968 hatte ich meine Promotion nun auch offiziell abgeschlossen. Ich fuhr nicht zur dazugehörigen Feier. Das machte man damals nicht mehr. Die Urkunde wurde mir zugeschickt. Ich lieferte sie bei der Personalverwaltung ab. Jetzt gab es keine Hindernisse mehr, mich als wissenschaftlichen Assistenten und damit als Beamten auf Widerruf anzustellen.

Eines Tages, ich hatte die ganz Angelegenheit vergessen, rief Mende mich auf sein Zimmer und sagte ganz unvermittelt: "Heben Sie die rechte Hand und sprechen Sie mir nach. Ich muss Sie vereidigen". Das verschlug mir die Sprache. Ich sagte erst gar nichts, mache dann ganz große Augen und schließlich, als ich meine Sprache wiedergefunden hatte, fragte ich ihn: "Meinen Sie das ernst?" Er wiederum war genau so verdattert über meine Reaktion. Ich hatte keine Ahnung, dass Beamte vereidigt werden, schon gar nicht solche auf Widerruf. Ich hielt das für einen Zopf aus der alten Zeit, und das ist es ja wohl auch. Er klärte mich auf; und dann konnte die Zeremonie ihren Fortgang nehmen. Ich erinnere mich nicht mehr an die Eidesformel. Ich sollte sie mir vielleicht irgendwann besorgen. Eigentlich sollte ich sie auch behalten haben, denn im Lauf meines Lebens wurde ich später noch dreimal als Beamter eingesetzt und zweimal vereidigt. 1974 als wissenschaftlicher Rat und Professor in Tübingen, 1975 als Medizinaldirektor in Niedersachsen, und, ohne Eid, 1987 als Chefbeamter in Basel-Stadt.

### **Administratives**

Wenn man 100 Briefe im Monat schreiben muss – in manchen Monaten 150 – muss man sich organisieren. Sonst geht man unter. Manche Assistenten gingen in der Poliklinik unter. Das System Poliklinik, so unterentwickelt seine Infrastruktur war, half dabei. Wir legten unsere Krankengeschichte in einem Vorordner mit 31 Fächern ab, nummeriert von 1- 31, für jeden Tag des Monats eines. Es war nämlich gar nicht so einfach, zügig zu arbeiten, auch wenn man das wollte. Zwar gingen nach einer Einarbeitungszeit viele Briefe, die unmittelbar nach der Untersuchung diktiert werden konnten, am gleichen Tag ins Sekretariat und am nächsten Tag raus. Aber manche waren kompliziert und brauchten Nachdenken. Bei anderen war auf Befunde und Zusatzbefunde zu warten, EEG, Röntgenaufnahmen des Schädels, Augenklinik-Konsiliar-Untersuchungen und anderes mehr.

Das Ordnersystem war praktisch. Die Krankengeschichte wurde jeweils am letzten Tag, an dem der Patient zur Untersuchung da war, in das entsprechende Datumsfach gelegt, die Zusatzbefunde wurden eingeräumt, wenn sie eingingen. Jeden Nachmittag, wenn keine Sprechstunde war, blätterte ich den Ordner durch, warf einen kritischen Blick auf jede Krankengeschichte, manchmal auch zwei; und je weiter der Abstand zur letzten Konsultation fortschritt, desto dringender wurde mein inneres Bedürfnis, die Geschichte zu erledigen und einen Abschlussbericht zu schreiben.

Das Prinzip, das ich entwickelte, scheint mir auch heute noch überzeugend. Wenn ich eine Krankengeschichte hatte, die klar war, nahm ich sie in die Hand, las sie noch einmal durch und diktierte den Abschlussbericht auf der Stelle. Wenn ich eine anschaute, wo mir nicht so ganz wohl war, überlegte ich zweimal und diktierte sie dann ebenfalls auf der Stelle. Wenn sie mir problematisch erschien, lies ich sie zunächst liegen. Aber wenn ich feststellte, dass seit der letzten Konsultation ein Monat, 30 oder 31 Tage vergangen waren, nahm ich sie in die Hand, ob sie mich nun störte oder nicht und schrieb den Abschlussbericht, wenn ich konnte, oder einen Zwischenbericht, wenn ich musste.

Diese Geschichte ist trivial. Sie ist aber wahrscheinlich eines der trivialen Geheimnisse meines Erfolgs und meiner raschen Karriere. Menschen, die Fragen stellen, wollen Antworten: Menschen, die wichtige Fragen stellen, wollen schnelle Antworten. Und wenn man sie nicht definitiv geben kann, soll man ihnen das mitteilen, möglichst mit ein bisschen Inhalt. Es gibt übrigens eine Regel zum Umgang von Ärzten mit Patienten oder von Ärzten mit anderen Ärzten. Spätestens nach zwei Wochen sollte ein Zwischenbefund da sein. Solche Regeln gelten übrigens für den gesamten öffentlichen Dienst. Das ist z. B. in einer alten Niedersächsischen Kanzleiordnung aus dem 19. Jahrhundert festgehalten - die wohl eher preußisch

ist -, wie ich einige Jahre später feststellte: Jeder Bürger, der sich an die Behörden wendet, hat das Recht auf eine Eingangsbestätigung und auf eine Zwischennachricht nach 14 Tagen und eine Begründung, wenn innerhalb von vier Wochen keine abschließende Stellungnahme möglich ist.

### **Patientinnen und Patienten: Therapie und Scharlatanerie**

Die Poliklinik: Das war ganz etwas anderes als Frauen D oder später Männer D. Es kamen sehr viele Studenten, meistens Studentinnen mit Krisen im Studium. Es kamen Frauen vom Lande, die es mit ihrem Mann nicht mehr aushielten und depressiv reagierten, weil sie missachtet und manchmal misshandelt wurden. Es kamen Menschen mit verkannten neurologischen Störungen. Es kamen Gastarbeiter - „Fremdarbeiter“ nannte man sie damals - die sich nirgendwo verstanden fühlten und sich in hysterische Störungen flüchten mussten. Sie konnten nicht mehr laufen. Sie konnten den Arm nicht mehr bewegen, konnten nichts mehr.

Da half uns die Tübinger Tradition: Nicht Schulte, sondern Kretschmer, Schultes Vorgänger, der früher einmal festgestellt hatte: „Menschen, die heutzutage hysterisch reagieren, mit Lähmungen, mit Versagen der Stimme, mit vielen anderen Dingen, haben entweder einen Hirntumor oder sie sind kulturfremd.“ Er formulierte das damals anders. Aber so würde er es heute gesagt haben. Das hatten wir alle nicht nur im Kopf, sondern auch im Gefühl. Wir handelten entsprechend. Wir klärten jede „hysterische“ Störung gründlich neurologisch und neuropsychologisch ab. Und ich hielt das weiterhin so.

Wir klärten den biographischen Hintergrund ab, der oft schrecklich genug war. Frauen aus Griechenland, vom Peloponnes, die ins Schwäbische verschlagen worden waren, welchen größeren Kontrast von Zaziki zu Spätzle, von Reis zu Maultaschen, von der griechischen zur schwäbischen gegenseitigen Kontrolle zur Einhaltung der guten Sitten. Welchen größeren Kontrast gab es, als das Leben der junge (blonden) Frauen, deren Rockkante sich von Jahr zu Jahr weitere Zentimeter knieaufwärts bewegte – so dass Tübinger Staatsanwälte zeitweilig den Untergang des Abendlandes wahrnahmen, - zu den verschleierten und verummten Gestalten aus dem Morgenland. Damals übrigens nicht muslimische Frauen aus der Türkei, sondern orthodoxe Griechinnen.

Wie sollte man mit ihnen umgehen, wenn sie auf der Trage in die Klinik gekarrt wurden, lebensunfähig, gelähmt und sprachlos. Sprachlos nicht nur, weil sie unsere Sprache nicht verstanden, sondern weil sie nicht imstande waren, überhaupt ein Wort zu sagen.

In meiner ersten Poliklinikzeit reagierte ich – was ich mich später nie mehr getraut habe – als Schamane, als Scharlatan, als Mediziner. Ich erinnere mich genau, wie ich einer Griechin, die schwer krank in die Poliklinik gefahren wurde, voller Überzeugungskraft offenbarte: *Ich werde Sie heilen*. Ich habe das dann auch getan. Ich habe ihr 10 mg Valium, erst langsam, wie es sich gehört, dann schnell i.v. gespritzt und ihr, bevor sie eingeschlafen ist, gesagt: „Sie werden jetzt schlafen. Wenn Sie aufwachen, können Sie gehen.“

Das war eine ungeheure Arroganz, eine Arroganz, die man als Arzt wahrscheinlich nur mit 28 (und mit Akupunkturerfahrung als 22-Jähriger) aufbringt oder mit einem wahren Talent zur Scharlatanerie. Aber als sie aufwachte, stieg die Patientin von ih-

rem Bett und wandelte. Ich weiß nicht, wie lange das gehalten hat. Ich war gleichsam *high* (das Wort kannte man damals noch nicht). Ich war stolz auf meine Leistung. Das war wahrscheinlich ein Rest von dem, was ich bei Langen im Studium gelernt hatte. Aber ich hatte ein schlechtes Gewissen. Ich hatte zudeckende Psychotherapie geleistet und keine aufdeckende. Ich hatte mit Suggestion, mit einem Hypnoseersatz gearbeitet. Ich hatte die Patientin manipuliert.

Paracelsus sagt. "Wer heilt, hat Recht." Unsere moderne Medizin glaubt daran schon lange nicht mehr, zumindest nicht die wissenschaftliche Medizin. Aber im Einzelfall hat der Erfolg in der Tat „Recht“. Darüber lohnt es sich nachzudenken, weil es verschiedene Wege zum Erfolg gibt: die einen, die mit großer Wahrscheinlichkeit nicht schaden, die anderen, die zu Katastrophen für die Kranken führen können, wenn sie nicht funktionieren. Ich habe solche Methoden später – erwachsen und erfahren geworden – nur selten angewandt, obwohl mir manchmal danach gewesen wäre.

Ich habe mir mein ärztliches Leben lang gewünscht, mich einmal ausgiebig und lange als Scharlatan zu betätigen, möglichst unter Pseudonym, möglichst nicht in dem Bewusstsein, dass ich Psychiatrieprofessor bin. Und ich glaube, dass ich mit sicherer Diagnostik viel Hilfe hätte leisten können. Aber ich hatte nie den Mut dazu, wobei ich hinzufügen muss, dass ich in den letzten Jahren in den späten Neunziger Jahren und Anfang des neuen Jahrhunderts meine suggestive Kraft (als älterer Mann) viel häufiger in die Therapie einfließen lasse, als ich mich früher getraut hätte: "Sie werden gesund." „Es ist wichtig, dass Sie länger in der Klinik bleiben“. „Ich bin überzeugt davon, dass wir Ihnen helfen können.“ „Ich bin überzeugt davon, dass Ihre Depression bestimmt besser wird.“ (die einzige wahre Aussage von den aufgezählten).

Ich bin andererseits überzeugt davon, dass ich damit vielen Kranken besser helfe als durch *Evidence-based-medicine*, wobei ich an dieser Stelle gleich trotzig einschalten will, dass ich nicht nur ein erfahrener, sondern ein geschulter Psychotherapeut bin, wiewohl ein eklektischer, und dass ich mehr von Psychopharmakotherapie verstehe, als 90 Prozent meiner Kollegen. Das mag arrogant klingen. Aber es wird dadurch nicht unwahr.

Mit diesen Überlegungen bin ich fast ins 21. Jahrhundert vorgestoßen, dessen Psychiatrie und Psychotherapie mir große Sorgen bereitet. Aber davon später. Wir schreiben immer noch 1968.

## **Prager Frühling: Psychotherapeutische Erfahrungen**

Das war im Winter und im Frühjahr 1969. Inzwischen war ich schon seit einem Jahr Psychiatrieassistent! Ich hatte das Gefühl, dass ich unheimlich viel wusste. In der kurzen Poliklinikphase hatte ich noch ein paar Erfolgserlebnisse: in Psychotherapie, aber auch in der Pharmakotherapie.

Mein Engagement in der Hochschulpolitik hatte dazu geführt, dass immer mehr Studenten zu mir kamen, Menschen, die nicht wirklich krank waren, aber die sich in Lebenskrisen befanden. Da war der Herr Y, der 20 Jahre alt, im Prager Frühling das erste Mal dem wirklichen Leben begegnet war und im Prager Herbst dann noch einmal mit aller Heftigkeit. Herr Y hatte seine geliebte Freundin in Prag zurücklassen müssen und träumte ununterbrochen davon, wie das Leben sein könnte und wie es nicht war. Er wollte Journalist werden. Er hatte die Idee, so sein zu müssen und zu wollen wie Thomas von Randow. Nur die „Zeit“-Leser meiner Generation erinnern sich an ihn. Er war *der* Wissenschaftsjournalist der damaligen Zeit. Und für einen 20-Jährigen war es schon schwer, ihm das Wasser zu reichen. Das war dann auch unser Thema. Ein bisschen klüger als ganz am Anfang, hütete ich mich dann auch, mich an sein „dynamisch Unbewusstes“ heranzuwagen. Ich ließ ihn reden. Ich hörte ihm zu. Ich gab ihm gelegentlich einen Rat. Ich machte das, was man später nondirektive Gesprächspsychotherapie nach Rogers nannte. Damals wusste ich noch nicht, dass es das gab. Nach einer Weile ging es ihm besser. Ich habe nie wieder etwas von ihm gehört.

Dann war dann die Studentin der katholischen Theologie, ungewöhnlich genug, 22 Jahre alt, über die Maßen attraktiv. Ihr Problem: Ihr Partner, ein junger Mann, der Priester werden wollte, war impotent. Gewiss ein Dilemma mit vielen Fallen. Eigentlich entsprach es seiner Berufung, impotent zu sein. Andererseits, einer solchen Frau gegenüber konnte man es eigentlich nicht sein, ohne sich für einen Versager zu halten. Die beiden liebten sich. Aber sie wollten auch von ihrer Berufung nicht lassen. Bei ihr war das nicht so schwierig, weil sie ohnehin nie hätte Priesterin werden können und nicht Nonne werden wollte. Und sie wollte mit ihm schlafen. Was er wollte, habe ich nie erfahren. Ich habe ihn nie gesehen. Sie erzählte in den wöchentlichen Sitzungen abenteuerliche, schöne Geschichten. Eine davon will ich hier wiedergeben. Auf der Reise von Balingen nach Tübingen (sie fuhr per Anhalter, und das ging damals noch) ließ sie sich von einem, na ja, älteren Herrn aufsammeln. Vermutlich

war er so um die vierzig. Sie fand ihn wahnsinnig attraktiv. Sie nahm ihn mit auf ihre Bude. Sie spielten die ganze Nacht hindurch Schach. Dann musste er wieder gehen.

Das Merkwürdige an der ganzen Geschichte war: Eigentlich konnte ich ihr nicht helfen. Eigentlich musste ich ihr sagen, wenn ihr Freund Priester werden wollte, dann sei allein schon die Überzeugung von der Berufung nicht sonderlich potenzfördernd. Aber es folgte, wenn das nicht gotteslästerlich ist, das so zu schreiben, im Laufe von nur drei Monaten ein Wunder. Sie packte ihre sprühende Erotik in der Psychotherapie in ihre Übertragung; und inzwischen etwas erfahrener und etwas Freudbelesener hielt ich die psychotherapeutischen Fäden in der Hand. Dann, am Schluss, kam sie zu mir und sagte zufrieden, ja stolz: „Jetzt hat es geklappt. Wir schlafen miteinander und wir sind glücklich“.

Ich muss sagen, ich war damals nicht sonderlich traurig über den Lauf der Dinge. Ich wünschte den beiden alles Gute. Ich weiß nicht, was aus ihnen geworden ist. Ich habe sie nicht wiedergesehen und ihn, wie gesagt, nie kennengelernt. Vielleicht ist er doch noch Priester geworden. Vielleicht ist er heute Bischof oder Kardinal. Ich weiß es nicht. Allerdings brodelte es damals auch im katholischen Stift in Tübingen, das vor allem von den Professoren Küng und Ratzinger geprägt wurde.

Nicht alle, die sich berufen fühlten, wurden am Ende berufen. Die meisten eher nicht. Einige von ihnen fanden sich in unseren sozialen Arbeitskreisen und später im sozialpädagogischen Studium wieder. Hans Gessner z. B., heute beim Club 55 in Freiburg, Joseph Schädle, den Hilde Deiniger sozusagen von einem Schicksal befreite, das ihm seine Ulmer Eltern in die Wiege gelegt hatten.

## **18. Was sonst noch geschah 1968:**

### **Sozialpsychiatrie und Psychoanalyse**

Wenn man damals in Tübingen lebte, konnte man glauben, es sei nicht viel los in der Welt. Auch wenn wir in Zeiten der Durchsetzung der Notstandsgesetzgebung heftig demonstrierten, herrschte in Tübingen fast eitler Frieden. In jenen Zeiten gab es das, was die Springerpresse Landfriedensbruch nannte, was in Wirklichkeit aber, zumindest aus heutiger Sicht, unter friedfertigen Demonstrationen rangieren würde. Nur damals wussten die Polizeikommandos das noch nicht. Und die Polizisten wussten nicht, wann sie sich zurückzuhalten hatte. Aber unsere kleine Stadt war eine friedfertige Insel gegenüber Heidelberg (darauf komme ich später noch), vor allem gegenüber Berlin und gegenüber Frankfurt.

Was geschah sonst noch? Fast hätte ich es vergessen, obwohl es in der Retrospektive sicher wieder hochgekommen wäre. 1968, das waren die Mai-Tage in Paris, die unruhigen Tage, die wir zuerst mit Verwunderung und dann mit ungläubigem Staunen, dann mit der Reaktion „ja, so sind die Franzosen“, zur Kenntnis nahmen. Die Studenten standen auf, vor allem die in den neuen Universitäten. Aber eigentlich erschien es uns als Theater, das wir aus Frankreich nun seit Jahrzehnte kannten, als wir hörten, dass zwischendurch Staatspräsident Charles de Gaulle nach Baden-Baden geflüchtet war, als die Republik in ihren Grundfesten erschüttert war. Das haben wir in jenen Mai-Tagen 1968 nicht begriffen.

Klaus Dörner und Ursula Plog reisten zwischen dem 9. und dem 20. Mai 1968 in der Bundesrepublik umher (sie durften auch in die DDR), um die deutschen sozialpsychiatrischen Institutionen zu besuchen. Sie schrieben einen Reisebericht darüber, ohne dass darin der Hinweis auf die Ereignisse des Mai 1968 erschien (Dörner und Plog 1999). Ganz zu schweigen von einem Aufschrei.

Wir in Tübingen waren völlig unaufgeregt. Wir waren nur überrascht davon, welche Folgen die Mai-Unruhen in Frankreich hatten, obwohl damals in Tübingen Tausende von Franzosen, Soldaten und ihre Angehörigen, lebten. Und als de Gaulle plötzlich zurücktrat, als die V. Republik geschmiedet wurde und Pompidou zum Präsidenten gewählt wurde, waren wir überrascht. Natürlich waren wir auch erfreut. Aber wir waren nicht richtig dabei.

Uns interessierten andere Dinge. Die Normalität eines wunderschönen Sommers. Wenn ich auf diesen Text zurückblicke, gab es eigentlich nur lauter schöne Sommertage. Die Abende an der Neckarmauer, Abende in der Platanenallee, die Feier zum 14. Juli mit Blasmusik aus Frankreich. Eigentlich galt die Parole „Make love“. „Make love, not war“, davon hatten wir zu diesem Zeitpunkt noch nicht gehört. Aber das holte uns dann ganz schnell ein. Während ich das schreibe, wird mir deutlich: Das kann nicht sein. 1968 war auch das Jahr der Ermordung Martin Luther Kings und Robert Kennedys und das Jahr des Einmarschs der Sowjets und ihrer Verbündeten einschließlich der DDR in die Tschechoslowakei. Alles das sind Ereignisse, die uns heftig durchschüttelten und erschütterten. Aber in der Erinnerung sind sie wie abgekoppelt von jenem Tübinger Sommer, in dem ich versuchte, mich in meinem Beruf als Arzt und Psychiater zurechtzufinden.

### **Psychoanalyse und Sozialpsychiatrie**

In diesem Sommer distanzierte sich Wolfgang Loch vom republikanischen Club. Die fortschrittlichen „Republikaner“ sagten von ihm, er sei ein konservativer manipulativer Analytiker. Traumtänzer seien sie, meinte er. Er war keiner von den Analytikern, von denen Tilman Moser später schrieb, sie seien sprechende Attrappen. Aber er hatte seine Grundsätze und seine Überzeugungen. Dazu gehörte die, dass man psychoanalytisches und politisches Denken nicht vermischen dürfe. Dagegen sah er, wie Hans Strotzka, eine Verträglichkeit von Psychoanalyse und Sozialpsychiatrie. So war ich in den ersten Jahren einer seiner begeisterten Anhänger. Er honorierte das, indem er mich als 28jährigen Anfänger bat, ihn in einer Vorlesungsdoppelstunde vertreten.

Ich stellte eine schizophreniekranken Frau vor, etwa in meinem Alter, die alles an Symptomen bot, was die Psychoanalyse als Problem ansah. Ihr Ich und ihr Es und ihr Über-Ich waren verschwommen. Sie zeigten sich zugleich. Es gab keine Verdrängung. Es gab nichts, was wir in der psychoanalytischen Theorie wiederfinden. Es gab nur Dinge, die bestätigten, was Freud sehr früh gesagt hatte: Psychotiker seien keine geeigneten Objekte für die Psychoanalyse. Sie kannten keine Verdrängung. Es liege alles auf dem Tisch. Weil es keinen Widerstand gebe, könnten die therapeutischen Instrumente der Psychoanalyse nicht greifen. Deshalb könne man sie auch nicht behandeln (Fall Schreber eingedenk).

1968 wollte das natürlich niemand wissen. Die Sozialpädagogen in meiner Vorlesung brachen einen riesigen Streit mit mir vom Zaun. Ich war ein bisschen hilflos. Aber ich war überzeugt, dass ich Recht hatte. Schließlich hatte ich Freud gelesen, die meisten von ihnen nicht. Andererseits wollte ich ihnen gegenüber nicht als Reaktionär erscheinen. Ich war einer von den Fortschrittlichen; und das wollte ich auch bleiben. Wir haben uns irgendwie geeinigt. In der Nervenklinik hat es übrigens auch später nie eine Vorlesungssprengung gegeben. Wir haben einfach diskutiert.

Unsere sozialpsychiatrische Gruppe hat noch im Sommer 1968 Gerd Irle vom Tannenhof nach Tübingen kommandiert (für eine Woche), wie ich heute weiß, gegen seinen inneren Widerstand. Er hatte ein sozialpsychiatrisches Seminar angekündigt, das nie zustande gekommen war. Jetzt wollten wir aber, dass es stattfand; und Irle reiste an. Das war eine gute Sache. Wir waren ein knappes Dutzend Assistenten und Studenten in diesem Seminar. Aber Irle, ein Mann der nie ein Wort zu viel redete (schon deswegen, weil er sonst seine Pfeife aus dem Mund nehmen musste), machte mir gegenüber sehr deutlich, dass Tübingen zwar eine schöne Stadt sei, aber dass sein Arbeitsfeld, seine Arbeit aber in Remscheid liege. So haben wir uns schon im ersten Semester geeinigt, dass im nächsten Vorlesungsverzeichnis stehen würde „Irle mit Assistenten“.

Im nächsten Semester haben wir dann ein gemeinsames Seminar durchgeführt, bei dem er nur beim ersten Mal aufgekreuzt ist. Es ging um die Epidemiologie psychischer Krankheiten. Das ist meine Erinnerung. Über diese Zeit habe ich reichlich Dokumente. Zum Seminar kamen natürlich vor allem die Schlüsselpersonen aus den sozialen Arbeitskreisen der Studenten, überwiegend Sozialpädagogen, nur ganz wenige Medizinstudenten.

## 19. Kongress-Erfahrungen: Homburg und die Folgen

Im Frühjahr 1969 fand dann in Homburg/Saar einer der ersten sozialpsychiatrischen Kongresse statt. Ich weiß nicht, wie ich da hingekommen bin. Aber Christoph Biermann und ich hatten uns bei viel Schnee im durchgerosteten VW meiner Frau auf den Weg gemacht; und es war eine tolle Sache. Die Vorträge wurden später in der Therapiewoche veröffentlicht und sind dort zugänglich. W. Schmitt war Veranstalter. Er war Sozialpsychiater an der Klinik von H. H. Meyer; und das Ganze war eine runde Sache. Ich lernte Alexander Veltin kennen, Walter Theodor Winkler und viele andere mehr, die nicht so prominent waren; und wir lernten Kurt Heinrich kennen, damals noch Oberarzt in Mainz.

Kurt Heinrich war damals nicht Sozialpsychiater. Er war eine der dynamischsten Gestalten der damaligen deutschen Psychiatrie, ein exzellenter Redner – König Silberzunge nannte man ihn später -, eigentlich Psychopharmakologe. Aber die Begegnung mit ihm war Highlight der ganzen Veranstaltung; denn Ute Rösger, die Tübinger Kollegin, Christoph Biermann und ich lieferten uns mit ihm, dem damals jungen Privatdozenten, eine heftige Schneeballschlacht. So etwas scheint eine gute Grundlage für die Entwicklung von Beziehungen zu sein. Jedes Mal, wenn wir uns treffen (Heinrich ist inzwischen über achtzig), erinnern wir uns daran und freuen uns darüber.

Ein Ergebnis der Schneeballschlacht war eine Einladung zu einem psychiatrischen Kongress der anderen Art einen Monat später im Intercontinental in Frankfurt. Da ging es um die Einführung von Depotneuroleptika, genauer von Lyogen-Depot (Fluphenazin-Dekanoat). Anreise und Übernachtung im Intercontinental (einschließlich Ehefrau) wurden vom Veranstalter gezahlt, dem Hersteller - ein edles Abendessen selbstverständlich ebenfalls. An der Bar saßen wir dann mit der Crème de la Crème der deutschen Psychiatrie zusammen.

Ich muss zugeben, dass wir auch da ein bisschen Gate-Crashing gemacht haben und uns einfach dazwischengesetzt haben. Reinhard Lempp, unser Tübinger Kinder- und Jugendpsychiater, machte das möglich. Es gab eine heftige Diskussion über die weitere Entwicklung der Psychiatrie. Es saßen lauter Baden-Württemberger in unserer Reihe an der Bar, u. a. Heinz Häfner; und wir schalteten uns als Exponenten der sozialen Arbeitskreise der Studenten bzw. als deren Moderatoren heftig ein, als es um den Bau bzw. die Planung des neuen psychiatrischen Landeskrankenhauses

Hirsau mitten im Schwarzwald ging. Ich erinnere mich gut, dass Häfner und einige andere der Großen der Überzeugung waren, das würde nie gebaut. Wir wussten aus unserer Tübinger Erfahrungen aber, dass die hohen Herren keine Ahnung hatten und sagten das auch sehr deutlich.

Man nahm uns höflich zur Kenntnis „Woher kommen Sie überhaupt? Wer sind sie überhaupt?“ Immerhin, wir haben unseren Punkt gemacht und wir hatten Recht. Am Ende war es Häfner, der wesentlich dazu beigetragen hat, dass statt der 1200-Bettenklinik nur 400 Betten gebaut wurden, wohlgemerkt nicht in Hirsau, sondern am Ende einer Stichstraße von vier Kilometer Länge, die zur jetzigen Landesklinik Nord-schwarzwald gebaut worden war. Was da wirklich geschah, habe ich erst Jahre später begriffen, als ich das erste Mal dorthin fuhr: Alles dies zwei Jahre vor Beginn der Psychiatriereform in Deutschland.

### **Krach in Baden-Württemberg**

Wir haben uns damals heftig gekracht auf Landesebene. Wir haben den Psychiatrie-dezernenten Gottlieb Sautter (damals noch im Innenministerium) auf das heftigste angegriffen. Wir haben Demonstrationen veranstaltet in Tübingen, Gegenveranstaltungen; und er hat uns ernst genommen, hat uns nach Stuttgart eingeladen und mit uns gesprochen und fast verzweifelt gesagt, „Ja, wenn Sie mir den Schlossplatz verkaufen (in Stuttgart), dann baue ich Ihnen das Krankenhaus dorthin. Ich weiß ja selber, dass es eigentlich nach Stuttgart gehört und nicht in die Einöde des Schwarzwaldes“.

Gottlieb Sautter wurde in den Auseinandersetzungen zu einer Art Freund-Feind und später fast zu einem väterlichen Freund, als wir über vier Jahre in der gleichen Arbeitsgruppe der Psychiatrie-Enquete tätig waren, einmal im Monat zusammen von Stuttgart nach Bonn und zurückfahren und zwischendurch drei Tage in Bonn in streitbarer Zusammenarbeit verbrachten.

Ähnlich ging es mir später übrigens mit Rudolf Degkwitz, einem der Repräsentanten der konservativen Psychiatrie. Es gab über Jahre keine psychiatriepolitisch relevante Veranstaltung, in der ich nicht als sein Pendant auftauchte, uneingeladen, aber immer bereit zu diskutieren. Trotz aller Gegnerschaft war er ein herzensguter Mensch, ein Gefühl, das auch Klaus Dörner entwickelte, der damals viel radikaler war als ich.

Das alles war Anfang 1969. Homburg/Saar war insofern von weitreichender Bedeutung für mich, als ich Christiane Haerlin wieder traf, die mir sagte: „Komm doch nach London. Komm doch zu uns an die Tagesklinik“ (nicht zu Ronald Laing, wie ich das eigentlich geplant hatte). Wir verabredeten in jenen Tagen, dass ich versuchen wollte, eine Beurlaubung für ein paar Monate zu erreichen. In Homburg/Saar lernte ich auch erstmals die Bauers, die Richartz' und die Roses kennen, damals ganz junge Leute, die heute noch näher an den Achtzigern sind als ich. Kulenkampff war natürlich auch da, der alte Landesrat Müller, den Kulenkampff wenig später aus dem Amt als Rheinischer Landesrat für Psychiatrie warf; Veltin, ich habe ihn schon erwähnt, der sein Vortragskonzept geändert hatte, weil er da einen Patienten Müller als Rehabilitationsbeispiel vorstellen wollte und ihn wegen des Herrn Müller in Herrn Meyer verwandelte, und ständig Müller und Meyer durcheinander warf.

## **20. Psychiatrischer Alltag: Gewalterfahrungen. Krankengeschichten**

### **Männer D**

Endlich hatte ich das Ziel erreicht, das ich seit dem Ende meiner Medizinalassistentenzeit und seit meinem Arbeitsbeginn an der Klinik angestrebt hatte. Ich wollte wieder auf Männer D arbeiten, und Rainer Tölle ließ mich. Das war Anfang 1969. Ich hatte mir die Versetzung dorthin über meine Polikliniktätigkeit erarbeitet. Aber es war dann alles ganz anders, als ich mir das vorgestellt hatte. Die Arbeit auf Frauen D war sehr viel therapeutischer gewesen. Männer D war viel kustodialer. Die Schwestern waren zum einen durchweg jung, zum Anderen sehr schwingungsfähig und bereit, sich auf die Kranken einzulassen. Die Pfleger auf Männer D waren überwiegend viel älter und zum Teil selber mit erheblichen Lebensproblemen behaftet, z. B. mit Alkohol. Die meisten hatten ihre Flexibilität im Laufe einer langen psychiatrischen Karriere eingebüßt.

Aber es gab doch sehr viel, was ich von ihnen lernte, den Umgang mit Gewalt beispielsweise, mit Gewalt von Kranken wohl gemerkt. Gewalttätigkeit von Mitarbeitern gab es dort nicht - zumindest nicht am Tage, zumindest nicht sichtbar. Von den Pflegern lernte ich den richtigen Abstand von ängstlichen Kranken zu halten und mich jenen Kranken zu nähern, die sich verlassen fühlten. Das war anfangs nicht immer erfolgreich. Ein paar Mal bekam ich in Fehleinschätzung der Situation ganz gehörig was auf die Schnauze. Als junger Arzt glaubt man bevorzugt an das Gute im Menschen. Das ist auch richtig so.

### **Gewalterfahrungen**

Aber bei kranken Menschen ist eben manchmal die Einschätzung anders als die Realität. Ich erinnere mich an eine Situation im Nachtdienst, die mir im Nachhinein geradezu als absurd erscheint. Sie trug sich auf der Privatstation zu, wo es nachts eine sehr dünne Pflegepersonaldecke gab. Hier wurde ein Student von der Polizei eingeliefert, der völlig durcheinander war. Acht Polizisten begleiteten ihn. Er war an Händen und Füßen gefesselt, in einem Zustand, der den idealistischen jungen Psychiater aufs äußerste empörte. Ich herrschte die Polizisten an (das ist wohl der richtige Ausdruck), dem jungen Mann die Fesseln abzunehmen. Sie taten es prompt. Der junge Mann stand auf, schaute mich an. Dankbarkeit konnte ich nicht so recht erken-

nen; und dann schlug er mir mit aller Wucht ins Gesicht und ich schlug mit aller Wucht mit dem Hinterkopf auf den Heizkörper. Ich hatte Glück und konnte wieder aufstehen. Der junge Mann wurde wieder gefesselt, und dann haben wir ihn niedergespritzt. Ich gebe es zu.

Vorsichtig und klug wird man nie beim ersten Mal.

Eine andere Episode während des Nachdienstes will ich nicht verschweigen: Eines Nachts wurde uns ein Chemiestudent gebracht, offensichtlich psychotisch und suizidgefährdet. Er hatte ein Medikamentendöschen mit weißem Pulver bei sich. Zyankali sollte das sein. Er habe es aus dem Institut mitgebracht. Ich war mir unschlüssig. Das ganze Krankheitsbild gefiel mir nicht. Ich konnte es nicht so richtig einordnen, nahm ein bisschen Agieren und ein bisschen Manipulieren wahr.

Unmittelbarer Grund für die Aufnahme war, dass seine Freundin sich von ihm trennen wollte. Er reichte mir das Döschen, in dem sich in der Tat ein weißes Pulver befand. Wie Hercule Poirot schnupperte ich daran und bekam ich einen Nießanfall. Prompt musste ich tief einatmen. Das, was ich dann in Nase und Lunge hatte, war ganz ohne Zweifel Kalium-Zyanat. Den berüchtigten Bittermandelgeruch hatte ich noch wahrgenommen, bevor ich tief Luft holte.

Nachdem ich diesen Text schreibe, ist es müßig zu sagen, dass ich überlebte. Aber damals, unmittelbar danach, war ich mir nicht so sicher, dass das so sein würde. Ich hatte sofort einen furchtbaren Schweißausbruch. Mir wurde schwindlig, mein Herz raste. Ich wusste nicht, ob das der Schreck war oder das Zyankali. Ich hielt mich am Heizkörper fest und dachte: "In dreißig Sekunden bist Du tot." War ich nicht. Es war wohl doch der Schreck. Allmählich beruhigte ich mich. Wahrscheinlich waren es nur Bruchteile eines Milligramms, die ich eingeatmet hatte. Aber seither schnuppere ich vorsichtiger. Seither höre ich Patientinnen und Patienten genauer zu, wenn sie mir etwas erzählen.

### **Eine bewegende Geschichte**

Noch eine Geschichte aus der Männer-D-Zeit. Eines Nachts kam ein 24jähriger Student auf unsere Abteilung. Ganz sicher litt er an einer gereizten Manie oder an einer schizoaffektiven Psychose. Er war getrieben, er schrie, er war gereizt, er war kaum zu ertragen. Er schrie geradezu nach Haloperidol und erhielt das dann auch.

Aber das ist es nicht, was ich erzählen will. Erzählen will ich seine Geschichte. Wir wissen heute, dass es im Durchschnitt sieben Jahre dauert von den ersten Symptomen, den ersten sichtbaren oder erinnerten Symptomen einer Psychose, bis zur Diagnose und zur Behandlung. Und der Weg dorthin ist für alle Beteiligten schmerzlich, am schrecklichsten für den Kranken und oft fast so schlimm für seine Familie, seine Geschwister, seine Freunde, für alle Menschen, die mit ihm zusammenleben und die sich in dieser Zeit fast ausnahmslos von ihm zurückziehen: „Das Zusammenleben schädigt alle Beteiligten“. Dieses Zitat von John Wing setzte die Frankfurter Allgemeine Zeitung viele Jahre danach über den Beitrag, den ich über Schizophreniekranken und ihre Angehörigen geschrieben hatte nach einem Besuch bei einer Schizophrenia Fellowship in England (1980).

Es geht um einen jungen Mann mit strengem christlichem Hintergrund. Er hatte mühsam sein Abitur geschafft, nachdem er bis in die Unterprima (so nannte man das damals) ein Musterschüler gewesen war. Er war plötzlich unzuverlässig geworden. Er kam morgens nicht mehr aus dem Bett. Er hatte keine Lust mehr auf all die Dinge, die ihm vorher wichtig gewesen waren. Er war gereizt. Er glaubte immer wieder, Leute, die es gut mit ihm meinten, meinten es in Wahrheit schlecht. Gelegentlich hatte er Angst, man könne sich gegen ihn verschwören. Er verweigerte den Wehrdienst. Stattdessen leistete er nach dem Abitur seinen Ersatzdienst in einem Krankenhaus ab, kam dort aber mehr schlecht als recht über die Runden. Er hatte kaum Kontakt zu anderen Menschen.

Und dann kam er nach Tübingen zum Studium. Sein Vater war Pfarrer. Er wollte und sollte auch Pfarrer werden wie zuvor schon sein Großvater, sein Urgroßvater und vielleicht sogar sein Ururgroßvater. Er wohnte im Tübinger Stift, einer Art schwäbischer „Pfarrerzuchtanstalt“, aus der schon Hegel und Schleiermacher, Fichte und Uhland und viele andere – nicht nur Pfarrer – hervorgegangen waren. Mein väterlicher Freund Wolfgang Schmidt, Hausarzt in Taarstedt hatte dort als Medizinstudent der Marinekompanie gelebt. Im Krieg war eben alles anders.

Die Stiftler und die Schwaben überhaupt haben einen Spruch drauf: „Der Fichte und der Hegel, der Uhland und der Hauff, das ist bei uns die Regel, das ist bei uns so Brauch“. Aber unser junger Mann, nennen wir ihn Peter, tat nicht gut im Stift. Er schaffte sich innerhalb eines Semesters nur Feindschaften. Er war ruppig zu Kommilitonen und Vorgesetzten. Er isolierte sich am Schluss vollkommen. Man legte ihm

nahe, sich eine eigene Bude zu suchen. Er fand sie bei einer älteren schwäbischen Studentenmutter, von denen es in Tübingen damals gleichsam nur so wimmelte.

Sein einziger sozialer Kontakt war damals die Evangelische Studentengemeinde. Trotz der Veränderungen, die ihn erfasst hatten, war er ein erbitterter Christ geblieben. Aber auch dort hielt er es nicht lange aus und umgekehrt: die Kommilitoninnen und Kommilitonen hielten es mit ihm nicht aus. Damit begann eine Irrfahrt durch die vielen Studentenvereinigungen, die es in der Traditionsuniversität Tübingen gab. Am Schluss tauchte er bei den Sozialen Arbeitskreisen der Studenten auf, dann, ebenfalls kurz, im Republikanischen Club. Dort wollte man ihn schon gar nicht, weil der eine Vereinigung von Assistenten und jungen Dozenten, von jungen Freiberuflern war, die in Tübingen selber unter den vielen universitären Menschen zu vereinzeln drohten. Er ging schließlich zum sozialdemokratischen Hochschulbund, danach zum SDS. Er radikalisierte sich, aber nur formal, nicht inhaltlich. Er sprühte Parolen an die Wände, wie die SDS-Kommilitonen es damals taten.

Damals gab das keinen Grund zur Klage. Aber mit den Inhalten haperte es. Er schrieb nie: „Ho Ho Ho Chi Minh und Marx“, nie „Religion ist Opium für das Volk“, nie „Marx Engels Lenin - sie leben!“ Er schrieb: „Scheiß Schweine“. Er schrieb: „Verrückte schwäbische Sauhundel!“. Ich erinnere mich nicht, was er sonst schrieb. Es war unpolitisch und schon gar nicht im Sinne des SDS. Seine Sprüche wandten sich auch gegen die Gruppenmitglieder. Man berief eine Vollversammlung ein und schloss ihn aus – wegen Psychoterrors.

Jetzt war er völlig am Ende. Er kam gar nicht mehr aus seinem Bett heraus, allenfalls noch, um zu wüten; und dann wurde seine Hauswirtin tätig. Sie kündigte ihm nicht etwa die Wohnung. Sie holte einen Arzt: „Der Junge ist doch krank, dem muss geholfen werden“, sagte sie. Auf die Weise kam er zu uns. Er litt an einer manisch-depressiven Krankheit. Wir konnten ihm helfen.

Seine Karriere in die Krankheit ist ein Musterbeispiel, geradezu ein Modell. Dafür, wie sich eine Psychose typischerweise entwickelt, wie sie lange Zeit verkannt wird, wie die Betroffenen selber merken, dass sich an ihnen etwas verändert, und wie sie suchen nach einer Umgebung, in der sie leben können, bis es schließlich keinen normalen Ort mehr für sie gibt. Dann, aber erst dann kommt günstigenfalls jemand auf die Idee, „da stimmt doch etwas nicht“, kommt jemand auf die Idee, einen norma-

lisierenden, sozial sanktionierenden Umgang mit ihm aufzugeben und die Frage zu stellen, „Um Gottes Willen, ist er nicht vielleicht krank?“

### **Der Verfolgte**

Wolfgang lebte mit seiner Familie in einer schwäbischen Kleinstadt, in Wendlingen oder in Nürtingen, aber das macht keinen großen Unterschied. Sein Vater betrieb ein Radio- und Fernsehgeschäft in der Stadt. Wolfgang selber war der erste in der Familie, der ein Gymnasium besuchen durfte. Er tat es mit gutem Erfolg, hatte gute Kontakte zu seinen Mitschülern, zu seinen Lehrern. Überhaupt schien einer glücklichen Zukunft nichts im Wege zu stehen.

Aber dann, eines Tages, änderte sich etwas, unmerklich zunächst, unmerklich für ihn, unmerklich für seine Angehörigen. Er fühlte sich fremd in der Schule, hatte den Eindruck, die Leute blickten ihm nach, die Klassenkameraden tuschelten über ihn, ohne dass er sich erklären konnte, warum. Er begann, sich zurückzuziehen aus den gemeinsamen Runden, verbrachte immer mehr Zeit bei der Arbeit im eigenen Zimmer im Haus seines Vaters, in dem nicht nur das Geschäft untergebracht war, sondern in dem auch eine Wohnung unmittelbar über der Etage der Eltern an seinen Mathematiklehrer vermietet war.

Eines Tages hörte er ihn, seine Stimme, obwohl es durch die Decke eigentlich gar nicht möglich war. Er sprach mit seinem Vater und man einigte sich darauf, dass der Lehrer möglicherweise eine Abhöranlage installiert habe, obwohl sich keiner erklären konnte, welches Interesse er daran haben sollte. Man beriet. Die beiden Tüftler, Vater und Sohn, installierten eine Störanlage gegen das Abgehört werden. Es nützte nichts. Die Stimme des Lehrers tauchte nun bald überall auf. Sie bedrohte ihn. Sie sagte ihm Versagen in der Schule voraus. Sie sagte ihm, er sei ein ganz schrecklicher Mensch; und überhaupt sei er nichts wert.

Der junge Mann reagierte mit heilloser Angst. Der Vater redete mehr als ein ernstes Wort mit dem Pädagogen, der nun aus allen Wolken fiel. Er kündigte ihm sogar die Wohnung. Aber auch das nützte nichts. Wolfgang packte die Panik, die Stimmen wurden immer lauter, der Störsender nützte nichts. Er kam schließlich überhaupt nicht mehr aus seinem Zimmer hervor. Er ging nicht mehr in die Schule, kam auch tags nicht mehr in den restlichen Teil der Wohnung der Familie. Man stellte ihm abends sein Essen vor die Tür. Er suchte nur noch nachts das Bad und das Klo auf.

Das Bad brauchte er dann irgendwann auch nicht mehr. Er hatte aufgehört, sich zu pflegen und zu waschen und verwehrte still vor sich hin.

Irgendwann erkrankt er an hohem Fieber. Die Eltern holen schließlich den Hausarzt; und der zögerte keine Minute, ihn zu uns in die Nervenklinik zu schicken. Es war jetzt keine beginnende Psychose mehr. Es war eine Psychose in voller Blüte mit überwiegender Negativsymptomatik, mit Störungen des Handelns und des Wollens, mit Verlust der Initiative, aber natürlich auch mit massiven paranoid-halluzinatorischen Anteilen. Dennoch war der Behandlungserfolg gut.

## 21. Psychisch krank – was ist das?

Fritz Reimer, einer der Drastiker der Psychiatriereform, hat Ende der Sechzigerjahre einmal gesagt: In die Psychiatrie kommen alle, die im Winter barfuß über die Neckarbrücke gehen und kein Geld haben; und so ganz Unrecht hat er nicht. In die Psychiatrie kommen die Leute, die die unantastbaren normativen Regeln des Zusammenlebens in irgendeiner Weise in Frage stellen und das Barfuß-über-die-Brücke-Laufen im Winter konnte damals noch dazu gehören, es sei denn, der Betreffende war ein als skurril ausgewiesener Kältefreak – gleichsam von „Tante Emilie“ oder der Wirtin vom Boulanger als solcher anerkannt.

Fritz Redlich hat das fast gleichzeitig anders formuliert. Er schrieb damals in der hohen Zeit der Sozialpsychiatrie in den Vereinigten Staaten: Die Diagnose einer psychischen Krankheit liege nahe, wenn drei Voraussetzungen erfüllt seien:

Wenn ein Mensch sich grundlegend anders verhalte, als er das in früheren Zeiten getan habe, und keine plausible Erklärung dafür angeben kann.

Wenn dieses Verhalten auch bei bestem Willen nicht mit der Situation, der sozialen oder der psychischen, in Übereinstimmung zu bringen sei, in der er sich jeweils befinde; und

Wenn sein Verhalten auf dem jeweiligen kulturellen Hintergrund etwa an der Schleswig-Holsteinischen Westküste, im Rheinland, in Nordafrika oder im Hotzenwald nicht nachvollzogen und verstanden werden könne.

Mit anderen Worten: Nicht jeder, der glaubt, verhext zu sein, muss deswegen psychisch krank sein.

Nicht jeder, der in einer Extremsituation ausflippt oder einfach nur stockbetrunken ist, muss deshalb psychisch krank sein, nicht jede einschneidende Veränderung des Verhaltens und des Empfindens sind Zeichen einer psychischen Störung. Aber wenn alle drei Bedingungen zusammenkommen, dann darf einem schon einmal ein Licht aufgehen, dann darf man und irgendwann muss man darüber nachdenken. Denn psychisch Kranke sind behandelbar. Psychische Krankheiten sind invalidisierende Störungen, die Leid über die Kranken und ihre Umgebung bringen und – nicht zuletzt – durch eine hohe Mortalität, vor allem durch Suizid, belastet sind. Im Falle unseres

jungen Peters war es seine schwäbische Wirtin, der jenes berühmte Licht aufgegangen war, und die dafür sorgte, dass ihm geholfen wurde.

### **Wie haben wir damals Psychiatrie gelernt?**

Der kundige Leser wird schon lange fragen, ja, wie habt Ihr dann damals diagnostiziert, als es noch kein ICD und DSM gab, wie habt Ihr Depressionen und schizophrene Psychosen voneinander getrennt. Was waren eure Diagnosekriterien?

Ich fürchte, dieses Wort kannten wir gar nicht. Wenn wir es gekannt hätten, hätte ich geantwortet. Wir hatten keine. Wir hatten Bleuler gelesen und Weitbrecht und Reichert. Weniger Kurt Schneider und kaum Jaspers.

Wir waren Kliniker. Wir befragten und beobachteten die Kranken, erhoben die Anamnese. Die persönliche, die biographische, die Fremdanamnese waren uns das Wichtigste. Brüche und Knick im Lebenslauf, Schwankungen in der Befindlichkeit über die vergangenen Jahre und eben jene Zeichen, die nach damaligem klinischem Stand das Wesen einer Depression oder einer Schizophrenie ausmachten: Die Einschränkung der affektiven Schwingungsfähigkeit bei der Depression und die anhaltend gedrückte Stimmung, die keinen äußeren Anlass hatte, die Verminderung des Antriebes, der Fähigkeit, den Tag zu bewältigen, das Gefühl, am Morgen einen Berg vor sich zu empfinden, das Gefühl, nicht traurig sein zu können, für uns noch wichtiger, das Gefühl, sich nicht freuen zu können – und ähnliche Ereignisse in der Vergangenheit, vielleicht auch eine Schwankung zur übermäßigen Heiterkeit, die genau so wenig einen äußeren Grund hatte wie die jetzt eingebrochene depressive Verstimmung. Das reichte uns damals schon mehr oder weniger für die Diagnose einer Depression.

Und wenn das nicht reichte, dann fragten wir nach früher Kindheit, Lebenslauf und all dem anderen, was wir bei Loch und von Freud gelernt hatte: ob es Ereignisse, Traumata gegeben hatte, die im jungen Erwachsenenleben aufflackern einer depressiven Verstimmung hätten führen können, ob da etwas verdrängt oder verleugnet wurde. Das war dann eine depressive Neurose. Oder, das war eigentlich immer so, ein verstimmter Zustand hatte sich über lange Zeit entwickelt. Die Depressivität war nie ausgesprochen tief gewesen und auch nie ganz weggegangen. Das war dann eine depressive Entwicklung – in unserem diagnostischen Denken eigentlich nichts sehr anderes als die depressive Neurose.

Bei der Schizophrenie war das ein wenig anders. Auch hier spielt die Anamnese für die Diagnose eine zentrale Rolle. Der berühmte Knick in der Lebenslinie, aber auch eine familiäre Belastung. Hier waren aktuelle Symptome wie Wahn, formale Denkstörungen, Zerfall des Denkens, im Extremfall Logorrhoe, Zerfahrenheit, wichtige Anhaltspunkte. Noch wichtiger war aber nach der Schulteschen und Tölleschen Auffassung, die im Übrigen von Bleuler begründet worden war, die affektive Seite.

Die Störung des Gefühls, die Unfähigkeit, einen „affektiven Rapport“ mit dem Kranken aufzunehmen, das „läppische“ Verhalten der Kranken (damals durfte man das noch so sagen), deren Gefühle völlig daneben waren, die in schrecklichen Situationen mit grinsendem Lachen reagierten und uns das Blut in den Adern gefrieren ließen, die alles, aber wirklich alles witzig fanden und zu denen wir keinen Zugang mehr fanden.

Und dann waren da noch die Störungen des Handelns und des Wollens, so hat Bleuler das beschreiben. Heute reden wir von Ich-Störungen. Aber dazu gehören eben auch die Störungen des Handelns und des Wollens, die Unfähigkeit, wollen zu können, die Unfähigkeit, handeln zu können, die psychotische Ambitendenz, die dazu führt, dass ein Kranker eine Tasse in der Hand halten kann, gefüllt mit Wasser oder Wein und dennoch verdurstet, wenn man ihm nicht hilft, weil er nicht imstande ist, die Tasse zum Mund zu führen oder sei abzustellen. Die Extremform davon ist der katatone Stupor, bei dem sich nichts mehr bewegt, oder der katatone Erregungszustand, in dem sich keine Bewegung mehr kontrollieren lässt.

Diagnostiziert haben wir, indem wir die Symptome beachtet haben, indem wir nachgefragt haben, aber auch – und dies ist aus heutiger Sicht der Hammer - indem wir uns auf unser Gefühl verlassen haben. Wir jungen Assistenten durften das eigentlich nicht. Die älteren erfahrenen Fachärzte aber verließen sich auf ihr „Präcox-Gefühl“, ein Begriff, den Rümke 1941 eingeführt hatte.

Gerd Irle hatte 1962 eine Befragung bei allen deutschen Nervenärzten durchgeführt. Über 80 Prozent verließen sich nach eigenen Auskünften bei der Diagnose einer schizophrenen Psychose ganz oder doch ganz überwiegend auf ihr Gefühl, eben auf ihr Präcox-Gefühl. Und man glaube nicht, dass das heute vorbei ist, ICD und DSM hin oder her. 1994, bei einer Veranstaltung in Worpsswede von Nervenärzten und Medizinjournalisten, wurde plötzlich ganz klar, dass das noch in aller Kollegen

Hinterköpfen steckt – auch jüngeren und ob das weniger zuverlässig ist, als die Diagnosekriterien von ICD und DSM, habe ich nun wirklich meine ausgewachsenen Zweifel. Darüber wird später noch zu sprechen sein.

Es ist immer noch 1969, ein ereignisreiches Jahr, wie das davor und das danach, für Assistenzärzte ist die Zeit ähnlich angefüllt wie für Kinder. Es vergeht kein Tag, an dem nicht nur Erfahrungen und neue Erkenntnisse auf sie zukommen, wenn sie sie nur zulassen.

## 22. Sozialpsychiatrie in Tübingen: Das erste Buch

### Verfrühte Hoffnung

In Homburg/Saar war ich Christiane Haerlin wieder begegnet, der Ergotherapeutin von der Londoner Maudsley Tagesklinik und Mitarbeiterin von Douglas Bennett. Sie bestürmte mich, ich möge doch für ein paar Monate zu ihnen nach London kommen, wenn irgend möglich noch in diesem Jahr. Wenig später war Nils Pörksen aus Denver/Colorado und Boston zurückgekehrt, wo er mit Gerald Caplan, dem Präventionspsychiater der damaligen Zeit, einem der Wortführer der Community Mental Health Bewegung, ein Jahr lang zusammengearbeitet hatte.

Das goldene Zeitalter der Sozialpsychiatrie schien nun auch in Tübingen anzubrechen: Pustekuchen. Wenige Monate nach seiner Rückkehr hatte Heinz Häfner Pörksen nach Mannheim abgeworben, um ihn mit dem Aufbau der dortigen gemeindepsychiatrischen Abteilung zu beauftragen.

Es dauerte nicht sehr lange, bis sich herausstellte, dass sich beide geirrt hatten. Pörksen, Missionarssohn aus Bredstedt in Schleswig-Holstein (zehn Geschwister) war ein engagierter Psychiater, der keine Ungerechtigkeit ertragen konnte. Häfner war ein engagierter Wissenschaftler, ein kluger Machtmensch, der wusste, was er wollte, und nicht gut vertrug, wenn andere Leute anderer Meinung waren als er. Das Ganze hielt nicht lange.

Aber das ist eine andere Geschichte. Für uns in Tübingen war wichtig, dass er so plötzlich sang- und klanglos verschwand. Schulte war über die Maßen enttäuscht. Er sagte es nicht, aber ich weiß, dass Pörksen für ihn wie ein Sohn war. Das Pastorale bei beiden hatte sie sicher auch dicht aneinander geführt. Also keine Sozialpsychiatrie in Tübingen. Ich fragte Tölle, was denn nun sein sollte. Ich erzählte ihm vom Londoner Angebot. Er redete mir zu, mit Schulte zu sprechen. Das erwies sich dann als sehr viel einfacher, als ich gedacht hatte. Seine erste Reaktion: „Sie sind doch viel zu jung dafür. Sie sind doch erst seit einem guten Jahr in der Psychiatrie“. Meine Antwort war offensichtlich ganz nach seinem Herzen: „Auf die Weise haben Sie wenigstens die Sicherheit, dass ich zurückkomme und Ihnen nicht gleich davonlaufe“.

Damit konnte meine Planung für den Londoner Herbst beginnen. Bennett stimmte rasch zu, der Dean des Institute of Psychiatry/Maudsley Hospital sicherte mir eine unbezahlte Stelle als Clinical Assistant und eine Aufenthaltsbewilligung zu. Die Uni-

versität stellte mir eine Beurlaubung in Aussicht, die am Schluss sogar eine bezahlte wurde. Alles lief wie geschmiert.

Der Beginn war für September geplant. Im August sollte zudem in London der Weltkongress für Sozialpsychiatrie, organisiert von Josua Bierer, stattfinden, dem Urvater aller Tageskliniken der Welt. Anschließend war ein Psychiatriesoziologie-Kongress unter Leitung von George Brown im Bedford College geplant, und danach eine Seminarwoche in einem Oxforder College mit Josua Bierer und Maurice Silverman, einem der Protagonisten der psychiatrischen Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern.

Bis die Reise losgehen konnte, verging noch einige Zeit. Meine Mitassistenten waren zum Teil sauer über mein Glück, insbesondere Gunther Heinz, mein Mitassistent auf der Abteilung Männer D, der schon wieder einen neuen Kollegen einarbeiten musste. Aber ich ließ es mich nicht verdrießen.

### **Arzt, Patient und Gesellschaft**

1969 im Juli erschien dann auch mein Buch "Arzt, Patient und Gesellschaft – Die ärztliche Berufsrolle in der modernen Gesellschaft" in der Reihe „Medizin in Geschichte und Kultur“ im Gustav-Fischer-Verlag, das einzige „richtige“ Buch, das je von mir erschienen ist – ein Buch im Bleisatz. Wenn ich es heute in die Hand nehme, habe ich immer noch das Bedürfnis, über die Seiten zu streichen oder am Papier zu riechen, obwohl ich seither an die dreißig Bücher in mehr als fünfzig Auflagen publiziert habe.

Der Herausgeber, Herrlinger, war kurz nach Annahme des Manuskriptes plötzlich gestorben. Sein Mitherausgeber, der Medizinhistoriker und Medizinphilosoph Karl Eduard Rothschild aus Münster ließ es sich nicht nehmen, mich in Tübingen zu besuchen und mich zum Erscheinen des Buches zu beglückwünschen. Gerhard Rudolf aus Münster, der gerade als Assistent zu uns gestoßen war, hatte bei ihm promoviert. In einer wunderschönen Klosteranlage vor Tübingen im Gasthof Hirschen in Bebenhausen, feierten wir das große Ereignis.

Ganz so groß kann es dann doch nicht gewesen sein: In der Klinik nahm man das Buch kaum zur Kenntnis. Es war irgendwie ungehörig, dass ein Assistent im zweiten Ausbildungsjahr ein Buch veröffentlichte. Schulte drückte es nicht so aus, als er es in der Konferenz wenigstens erwähnte. Aber er war so abwehrend wie bei seinen An-

merkungen über Handkes „Angst des Torwarts beim Elfmeter“. Und ich versuchte, meine Enttäuschung zu verbergen. Aber ich hatte gar keinen Grund.

Es dauerte nach dem Erscheinen nur einige Tage, bis der „Spiegel“ es aufgriff. Telefonate gingen hin und her, Interviews über das Kapitel, das ich zielgerichtet eingebaut hatte, über mutmaßlich unzulässige Menschenversuche in Deutschland (wegen mangelnder Respektierung von Aufklärung und Einwilligung der Patienten, nicht wegen gefährlicher Interventionen).

Eines Tages kam ein Fotograf in die Nervenklinik. Er porträtierte mich im weißen Mantel vor dem Hauptportal der Klinik; und einige Wochen später fand ich mich mit Bild in einem zweiseitigen Textbeitrag in dem, wie man damals sagte »Norddeutschen Nachrichtenmagazin« wieder sich. Das erwies sich als Karriereschritt mit hohem Impact sich (den anderen, den wissenschaftlichen Impact Factor, kannte man damals noch nicht). Es ist übrigens das einzige Foto von mir, das mich im weißen Arztkittel zeigt. Ich habe es später im Nachlass meiner Mutter wieder gefunden.

Das Buch war gerade zur rechten Zeit erschienen. In Bremen und in Frankfurt kam es im Sommer 1969 zu einem Skandal, als ein junger chirurgischer Oberarzt öffentlich behauptete, in seiner Klinik würden unerlaubte Menschenversuche durchgeführt. Mein Buch diente nun als Beleg dafür, dass dies keine Ausnahme sei. Den jungen Kollegen rettete es nicht. Er wurde selbstverständlich entlassen. Er bekam auch keine neue Stelle in der Chirurgie. Er wurde später Dozent für Sozialmedizin an einer Fachhochschule. Ich kam auf diese Weise gleich auch noch zu meinem ersten Fernsehauftritt beim WDR, nachdem sich zahlreiche Assistenzärzte im ganzen Land mit dem Kollegen solidarisiert hatten. Aus heutiger Sicht konnte ich wahrscheinlich froh sein, dass man die Sendung nirgendwo in Baden-Württemberg empfangen konnte.

## **23. Psychiatrie und Öffentlichkeit:**

### **Die Perspektive von 1969**

Tübingen 1969, das war das Jahr, in dem die Studentenbewegung richtig hoch kochte. Konstruktive und destruktive Ansätze reichten sich die Hand. Die Gründung der Beratungsstelle für Studenten mit psychischen Problemen war die konstruktive, die zunehmenden Suizide und Suizidversuche von Studenten in den Studentenheimen die negative Seite. Immer wieder bekam ich zu hören, dass die Studentenfürher vor allen Dingen persönliche Probleme hätten, der allergrößte von allen z. B. sei impotent. Er kam auch irgendwann, um bei mir Rat zu suchen. Aber er blieb natürlich nicht in Behandlung. Er musste der Größte sein.

Der Sommer 1969 beflügelte uns, die Studenten der sozialen Arbeitskreise und die kleine sozialpsychiatrische Gruppe in der Nervenlinik, zu vielfältigen Aktivitäten. Eine davon war die "Tübinger Woche der Psychiatrie", eine zweite, die wir mit großer Begeisterung vorantrieben, war das erste sozialpsychiatrische Seminar in unserer eigenen Regie unter meiner Leitung. Über beide will ich berichten, über die Veranstaltungen selber und über das, was wir dazu gedacht haben.

#### **Die Woche der Psychiatrie**

Es war eine gelungene Veranstaltung, die wir da auf die Beine stellten – eigentlich gegen meine Erwartungen. Aber Hilde Deininger und unsere studentische Kerngruppe, vor allem Friedhelm Grünwald und Horst Wiethölter, gingen optimistisch und schwungvoll an die Angelegenheit heran. Die sozialen Arbeitskreise der Tübinger Hochschulgemeinden bildeten das organisatorische Rückgrat. Der Baden-Württembergische „Hilfsverein für Nerven- und Gemütskranke“, die Lebenshilfe und unsere Universitätsnervenlinik wurden als Mitveranstalter gewonnen. Ich will mich im Folgenden nicht so sehr auf einen Bericht über die Veranstaltung selber konzentrieren, sondern auf die Überlegungen, die wir damals angestellt haben. Dazu greife ich auf einen Text zurück, der damals entstanden ist und der im Zusammenhang mit der Stigmatisierungsdiskussion der letzten Jahre fast beängstigende Aktualität hat.

#### **Die Veranstaltung**

Im Sommer dieses Jahres (1969) veranstalteten die sozialen Arbeitskreise der Tübinger Hochschulgemeinden in Zusammenarbeit mit dem „Hilfsverein für Nerven-

und Gemütskranke“ der „Lebenshilfe e. V.“ und die Universitäts-Nervenlinik eine „Woche der Psychiatrie“.

Plakate an allen Tübinger Litfaßsäulen, 4000 Flugblätter, 3000 Programmhefte, zwei Rundfunkinterviews und regelmäßige ausführliche Berichterstattung in der Lokalpresse sorgten für die notwendige Publizität. Die fünf Vortrags- und Diskussionsabende fanden an aufeinanderfolgenden Tagen der gleichen Woche statt. Sie wurden von insgesamt 2000 Tübinger Bürgern und Studenten besucht und wurden damit zu einem für die Veranstalter überraschenden Erfolg. Heute würde man sagen: Es war eine erfolgreiche Antistigma-Kampagne.

Die Unkosten von 1400,- DM wurden durch Spenden der pharmazeutischen Industrie gedeckt – die gab es auch damals schon. Ein Versuch der Veranstalter, ihren Etat anlässlich eines Fortbildungsnachmittages für Nervenärzte aufzubessern, erbrachte 37,50 DM. Es wäre unaufrichtig zu behaupten, diese etwas ungerade Summe sei der Ausgangspunkt der folgenden Überlegungen gewesen. Dennoch gehe ich vermutlich nicht fehl in der Annahme, sie sei Ausdruck einer gewissen Ambivalenz gegenüber unserem Unternehmen gewesen. Und eine solche Ambivalenz ist durchaus angebracht. Obwohl nach Kant nichts wirklich gut ist als der gute Wille, kann der unqualifizierte gute Wille angesichts eines so komplexen Problems wie den Beziehungen zwischen Psychiatrie und Öffentlichkeit mehr schaden als nützen. Darüber allerdings, ob überhaupt psychiatrische Öffentlichkeitsarbeit betrieben werden sollte, kann angesichts der peripheren Stellung der Psychiatrie in der Medizin und den gewichtigen sozialen Konsequenzen korrekturbedürftiger Vorurteile weiter Kreise der Öffentlichkeit gegenüber psychisch Kranken kein Zweifel bestehen. Aber man muss sich schon überlegen, was man mit seiner Arbeit bezweckt und vor allem, was man erreichen kann. Deshalb möchte ich im Folgenden vier mögliche Ansatzpunkte psychiatrischer Öffentlichkeitsarbeit wie ich sie damals gesehen habe andiskutieren.

### **Die kurzfristige Aufhebung von Vorurteilen**

Man setze den Menschen dort auseinander, wie falsch ihre Ansichten über psychisch Kranke sind, was sie in Zukunft darüber denken und wie sie handeln sollen: Die Wissenschaft, Humanität, die Moral und überhaupt ...

Wir sind nicht auf Vermutungen angewiesen, was dann geschehen würde. John und Elaine Cumming haben zu Anfang der fünfziger Jahre ein solches Experiment durch-

geführt. Sechs Monate lang hat ihr Team eine amerikanische Kleinstadt mit einer höchst aufwendigen Kampagne für das bessere Verständnis psychisch Kranker überzogen. Vorher und nachher haben sie gemessen. Das Ergebnis. Keine Änderung der Einstellung, lediglich Aktualisierung der Vorurteile; dafür aber offene Feindseligkeit gegenüber dem Forscherteam, dem es gelungen war, das schlechte Gewissen der Bürger zu wecken, nicht aber ihre Ängste abzubauen. Es hatte nicht in Rechnung gestellt, dass Vorurteile oft ebenso emotional besetzt und ebenso komplex sind, wie etwa die Ängste eines Neurotikers, die sich bekanntlich ebenfalls nicht dadurch wegdiskutieren lassen, dass man erklärt, sie seien bei Licht besehen eigentlich nicht adäquat.

Im Polaritätsprofil werden dem psychisch Kranken Begriffe wie „wertlos“, „schmutzig“, „gefühlskalt“, „ängstlich-gespannt“, „unehrlich“ und „unberechenbar“ zugeordnet (Nunally 1962). Die ablehnende Haltung, die sich darin dokumentiert, ist, so die Mannheimer Soziologin Helga Reimann (1969), ein Produkt der Schwäche, der Bequemlichkeit und vor allem der Angst, die durch das unverständene, vom Normalen abweichende Verhalten der Geisteskranken hervorgerufen wird. Es fragt sich allerdings, ob die wertenden Begriffe Bequemlichkeit und Schwäche hier angebracht sind, dient die Distanzierung vom entfremdeten Anderen als soziales Phänomen doch in erster Linie nicht der Diskriminierung des abweichenden Einzelnen, sondern der Sicherung des sozialen Zusammenhalts. Das zeigt sich besonders in der Tendenz, abweichendes Verhalten solange wie möglich nicht als krankhaft anzusehen, sondern es aus der Lebenssituation zu erklären, - es zu „normalisieren“, wie E. Cumming es genannt hat.

### **Langfristige Modifizierung von Einstellungen**

Das missglückte Experiment der Cummings impliziert aber nicht, dass alle Öffentlichkeitsarbeit, die sich die Änderung von Einstellungen zum Ziel gesetzt hat, von vornherein zum Scheitern verurteilt ist. Und wenn Ernst Albert Zeller vor gut 150 Jahren geschrieben hat, man sei gerade dabei, die Vorurteile gegenüber den psychisch Kranken mit gutem Erfolg zu bekämpfen, so klingt das nicht nur kurios in unseren Ohren; wahrscheinlich hat er sogar recht, was seine Zeit anbetrifft. Leider hinkt die Änderung von Einstellungen, - das ist eine der ältesten Erfahrungen der Soziologie (Cultural Lag, Social Lag – W. F. Ogburn) – der Änderung der Realität immer hinterher. Und gerade in den letzten Jahrzehnten scheinen die konkreten Möglichkeiten der

Psychiatrie ihrer positiven Würdigung durch die Öffentlichkeit weit voraus geeilt zu sein.

Allerdings haben wir durch die modernen Sozialwissenschaften heute auch Mittel in der Hand, Einstellungen zu analysieren und - benützen wir das böse Wort – zu manipulieren. Dabei kommt es darauf an, bestehende Tendenzen zu erkennen und auszunützen, sie womöglich zu beschleunigen. Die meisten Menschen sind heute mit Vergnügen progressiv, wenn sie darüber keine Grundsätze aufgeben müssen, bzw. wenn ihre ureigenen Interessen davon nicht berührt werden. Dem kommt das Bedürfnis der Öffentlichkeit nach Information über ein Gebiet entgegen, das vielen zugleich faszinierend und unheimlich erscheint – man denke nur an die Psychowelle in Film und Theater. Wichtig ist hier die Aufklärung mit handfesten Informationen. Vermieden werden sollten Dramatisierungen und Verzerrungen, die Angst erzeugen, ebenso wie Versprechungen, die nicht gehalten werden können.

Die Experten sollten außerdem keine Maßnahmen ergreifen, die dazu angetan sind, gängige Vorurteile zu bestätigen. Dazu gehört die Absonderung von psychisch Kranken in abgelegenen Gegenden die, obwohl nicht immer zu umgehen, ihre Isolierung auf geschlossenen Abteilungen. Die Psychiater werden schon wissen, warum sie das tun, muss der denkende Laie sagen. Umgekehrt werden die zunehmende Zahl entlassener geheilter oder doch kompensierter Kranker und die Rückverlagerung der Behandlungszentren in die Kommunenmehr zu einer Änderung der Einstellungen beitragen, als theoretische Öffentlichkeitsarbeit das je könnte.

Trotzdem bleibt die Modifizierung von Einstellungen ein langwieriger Prozess, den die Psychiater, die ja selber verdächtig sind - selbst manchen ihrer Arztkollegen – ohne die Unterstützung der vielbeschworenen Schlüsselpersonen nicht werden leisten können. In diesem Sinne bin ich davon überzeugt, dass die Laienarbeit in der Psychiatrie zugleich eines ihrer wirksamsten Mittel der Öffentlichkeitsarbeit ist. Denn jeder der 200 Studenten, die in den vergangenen Jahren bei uns mitgearbeitet haben, wird als Lehrer, Pfarrer oder Richter (Medizinstudenten waren nicht dabei) einmal eine verantwortungsvolle Stellung in unserer Gesellschaft bekleiden.

### **Öffentlichkeitsarbeit für ein konkretes Projekt**

Wenn man in einer Kommune die Einrichtung einer psychiatrischen Institution plant, kann man der zu erwartenden Abwehrreaktion der Öffentlichkeit auf verschiedene

Weise begegnen: Man geht heimlich zu Werke, und wenn die Nachbarn davon erfahren, ist es zu spät; oder man versucht, die Öffentlichkeit für das Projekt zu gewinnen. Das ist sicher oft nicht einfach. Die amerikanische Literatur ist voll von Berichten über Projekte, die am Widerstand der Öffentlichkeit gescheitert sind.

Allerdings sind die Möglichkeiten der Öffentlichkeitsarbeit auf diesem Gebiet eng begrenzt. Sobald man ein Projekt plant, das den Charakter der betreffenden Kommune entscheidend verändern wird – etwa den Bau eines 1000-Betten-Krankenhauses in einem 3000-Seelen-Dorf – hilft nur administrative Willkür. Das gilt nicht nur für psychiatrische Krankenhäuser. Jeder vernünftige Gemeinderat würde dem Bau einer Kaserne oder – sagen wir – einer Universität bei den gleichen Relationen den gleichen Widerstand entgegensetzen. Nur auf den Gedanken, eine Universität nach Hirsau zu bauen, ist noch niemand gekommen.

### **Öffentlichkeitsarbeit zur Gewinnung von Mitteln bzw. Betonung von Prioritäten**

Die verschiedenen Aspekte psychiatrischer Öffentlichkeitsarbeit sind selbstverständlich eng miteinander verknüpft. Wenn ich die Aufgabe „Gewinnung von Mitteln für eine optimale psychiatrische Krankenhausbehandlung“ trotzdem gesondert aufführe, hat das folgenden Grund: Hier wird von Einzelnen keine Korrektur seiner Einstellung verlangt und kein Zusammenleben mit psychisch Kranken in der Nachbarschaft, sondern nur Geld.

Darüber dürfte Einigkeit zu erzielen sein, dass psychisch Kranke den gleichen Anspruch auf optimale Behandlung haben wie körperlich Kranke. Aber es wird uns kaum gelingen, der Öffentlichkeit klarzumachen, dass gleiche Behandlung auch den gleichen Pflegesatz impliziert, solange selbst führende Nervenärzte meinen, die Behandlung von Schizophrenen sei billiger als etwa die chirurgisch Kranker. Sie ist billiger pro Tag, solange selbst unsere Zielprojektionen z. B. im Hinblick auf den Personalaufwand bei der Hälfte der von der WHO geforderten Richtzahlen liegen.

Der traditionelle übertriebene Pessimismus unseres Berufszweiges lässt uns angesichts des ebenso traditionellen Optimismus unserer Kollegen allzu oft übersehen, dass wir nicht das einzige Fach der Medizin sind, das mit chronisch Kranken zu tun hat. Allein die Invalidenzahlen der Inneren Medizin, nach Hans Bernhard Bock die Königin der Medizin, gehen in die Millionen. Und was die Behandlungsergebnisse anbetrifft, schauen wir uns doch einmal die Zahlen an: Zwei englische Studien aus den

60er Jahren zeigen, dass zwei Jahre nach der Entlassung aus dem Krankenhaus gleich viele körperlich und psychisch Kranke arbeiten. Von den nicht Arbeitenden ist in der Inneren Medizin die Hälfte verstorben. Sie treten somit nicht als chronisch krank in Erscheinung.

Wir brauchen uns nicht zu verstecken, und wir sollten es nicht. Sonst wird uns die Öffentlichkeit eines Tages vorhalten: „Warum habt Ihr nichts gesagt?“ Genau das hat ein Redakteur des Deutschlandfunks anlässlich der Tübinger Woche getan. Er leitete sein Interview mit der Frage ein: Haben die Schuld nicht die Psychiater?

### **Zusammenarbeit mit der Presse**

Hier kommen wir an einen kritischen Punkt. Alle Öffentlichkeitsarbeit setzt Zusammenarbeit mit der Presse voraus. Wir fürchten uns vor Vereinfachungen, Verzerrungen und falschen Darstellungen, und wir neigen dazu, unsere schlechten Erfahrungen besonders gut im Gedächtnis zu behalten, vor allem, wenn sie uns auch noch den Spott oder die Kritik unserer Kollegen eingetragen haben. Auch uns sind anlässlich unserer Woche der Psychiatrie solche Erfahrungen nicht erspart geblieben.

Aber es ist eigenartig, wie unterschiedlich man die Akzente setzen kann: das mag an Hand einer kleinen Geschichte belegt werden: Vor zwei Jahren berichtete bei der Sommertagung der BW-PLKs (Baden-Württembergischen psychiatrischen Landeskrankenhäusern) in Reichenau ein Kollege über Schwierigkeiten mit der Presse: Kurz nachdem er eine Abteilung geöffnet habe, habe sich ein Patient in der Stadt verirrt und sei von der Polizei aufgegriffen worden. Anderntags habe in der Zeitung gestanden: „Gefährlicher Geisteskranker entlaufen!“ Ergo: Die Journalisten machten uns Schwierigkeiten. Man könne nicht mit ihnen zusammenarbeiten.

Das ist natürlich Unsinn. Während ich an diesem Text arbeitete, erzählte mir Dr. Friedrich Deich, Psychiater und Wissenschaftsredakteur bei der „Welt“ (1969), die gleiche Geschichte – nur mit einem anderen Schluss. Er habe dem Kollegen geraten, den verantwortlichen Redakteur zum Tee einzuladen und ihm die Klinik zu zeigen. Seither hätten nur noch vernünftige Dinge in der Zeitung gestanden.

Die regelmäßigen Pressekonferenzen der Gütersloher Klinik, und ich meine auch die Pressekonferenzen, die unsere Klinik seit den Fortbildungstagen 1968 regelmäßig abgehalten hat, sind Beispiele dafür, dass man gut mit der Presse zusammenarbeiten kann. Die Journalisten sind für jedes Stück interessanter Information dankbar –

und dass unsere Probleme interessieren, hatte nicht zuletzt der Erfolg unserer Tübinger Woche bewiesen.

Im Übrigen sind sich die Journalisten der seriösen Presse der Problematik der Berichterstattung durchaus bewusst. Nicht jede Zeitung hat einen Psychiater in der Redaktion, wie die Welt. Ein Mitglied der Kulturredaktion des Spiegel erklärte mir kürzlich (1969): „Seit vier Jahren, seit ich dabei bin, reden wir von einer Titelgeschichte über die Psychiatrie in Deutschland. Ebenso lange drücken wir uns davor. Wir müssten drei Leute für drei bis vier Monate darauf ansetzen. Und dann hätten wir immer noch nicht die Gewissheit, dass die Geschichte stimmt. Wir trösten uns damit, dass die Verhältnisse in der deutschen Psychiatrie so sind, dass das Thema uns bestimmt nicht davonläuft.“

Rainer Flöhl, Wissenschaftsredakteur der FAZ meinte dazu: „Wir haben niemanden, der etwas davon versteht. Aber schreiben Sie selbst. Wir zahlen gut.“ Ich gebe diese Aufforderung hiermit weiter. Wenn wir nicht mit der Presse arbeiten, werden wir weiterhin mit so haarigen Geschichten rechnen müssen, wie z. B. der Beitrag Herrn Kriegers über das Werk Wilhelm Reichs in der ZEIT (1968), oder damit, dass diejenigen unserer Kollegen das Vakuum füllen, deren Gedanken und Schriften ebenso brilliant und faszinierend wie einseitig sind, wie D. Cooper und R. D. Laing das in England im Augenblick mit ihrer Antipsychiatrie oder ihrem psychedelischen Modell tun.

So habe ich das 1969 gesehen und geschrieben. Hat sich in den vergangenen 40 Jahren wirklich so viel geändert?

## **Teil III**

**London: Sommer 1969**

## 24. London 1968

Im Oktober 1968 flogen meine damalige Frau und ich für eine Woche nach London. Wir hatten von der englischen Reformpsychiatrie, aber auch von der Anti-Psychiatrie und ihren Protagonisten Ronald Laing und David Cooper gehört und gelesen und von ihren Versuchen, Wohngemeinschaften für psychisch Kranke zu betreiben – Einrichtungen, die in Deutschland gerade als „Kommunen“ radikaler Provokateure in Verruf geraten waren. Aber auch sonst schien uns London eine Reise wert zu sein. Eine Tübinger Kollegin hatte uns vor der Abreise noch das Vorlesungsverzeichnis der Anti-Universität in East-London in die Hand gedrückt – alles was ein „Anti“ im Namen trug, schien uns damals interessant. Außerdem firmierten Cooper und Laing dort als Dozenten. Sie wollten wir besuchen – noch vor den alternativen Märkten der Portobello Road und der Carnaby Street, wo sich „Swinging London“ ein Stell-Dich-Ein geben sollte.

Aber die Anti-University war zu – geschlossen von der Polizei nach einer Drogenrazia. Ein Schild an dem ehemaligen Fabrikhaus verwies auf eine Kontaktadresse und eine Telefonnummer, unter der sich niemand meldete. Und so begaben wir uns auf die Suche nach den Handelnden der Psychiatrie und der Antipsychiatrie. Wir begannen eher konventionell. Wir hatten weder Adressen noch Kontakte. Also versuchten wir es über das Telefonbuch.

### Tageskliniken

Schon damals waren Tageskliniken für mich ein Thema, psychiatrische Einrichtungen mitten in der Stadt. Die meisten meiner Kollegen und alle meine Lehrer waren überzeugt, so etwas könne nicht funktionieren. Schon deswegen wollten wir uns selber ein Bild machen. Tatsächlich fanden wir ein halbes Dutzend Telefonnummern. Erwartungsgemäß war es schwer, so kurzfristig Termine zu bekommen. Josuah Bierer etwa, der Gründer der ersten westeuropäischen Tagesklinik, des Marlborough Day Hospital, hatte keine Zeit für uns. Im Maudsley Day Hospital und im Westminster Day Hospital dagegen waren wir willkommen.

Der Besuch im Westminster war voller Überraschungen. Die Räume der Tagesklinik befanden sich im Souterrain einer winzigen psychiatrischen Abteilung eines allgemeinen Krankenhauses in West-London. Eigentlich war es nur ein größerer Aufenthaltsraum für die etwa 20 Tagespatienten, in dem ein paar Liegen sowie Stühle, Ti-

sche und ein Fernseher standen – von einem speziellen Konzept keine Spur. Dafür waren für die meisten Patienten dreimal in der Woche Elektroschocks im Angebot: ohne Narkose und ohne Muskelrelaxation.

Das war nicht das, was wir uns vorgestellt hatten. Aber Ähnliches ist mir später immer wieder begegnet: Man schafft eine „neue“ Einrichtung und macht genauso weiter wie vorher. Bei Neubauten gießt man die alten Konzepte in Beton – etwa die der Verwahrspsychiatrie. In Tageskliniken oder – vorgeblichen – Rehabilitations-Einrichtungen führt man das Regime der geschlossenen Station kaum verändert fort.

Im Maudsley Day Hospital war alles ganz anders. Es befand sich am Rande des Krankenhauskomplexes in einem alten mehrstöckigen Ein-Familien-Reihenhaus mit Zugang sowohl von der Straße wie vom Klinikgelände her. Das Maudsley ist eines der Traditionshospitäler der englischen Psychiatrie. Henry Maudsley war einer der Leute, die die psychisch Kranken von den Ketten befreit haben und sich für eine Psychiatrie ohne Zwang einsetzten. Aber das war schon über 100 Jahr her. Das Krankenhaus, das seinen Namen trägt, war noch im 19. Jahrhundert als Forschungsklinik gegründet worden. Heute ist es mit dem Institute of Psychiatry verbunden, das zur Zeit unseres Besuches das zentrale Forschungsinstitut für Psychiatrie in England war. Sir Aubrey Lewis, einer der ganz Großen der frühen Sozialpsychiatrie, war gerade ausgeschieden. Sir Denis Hill, sein Nachfolger, wirkte eher blass. John Wing (Psychiater), seine Frau Lorna Wing (Psychiaterin) und deren Partner, George Brown (Soziologe), waren damals die Könige der britischen sozialpsychiatrischen Forschung. Douglas Bennett, der Leiter der Tagesklinik war einer der bedeutendsten sozialpsychiatrischen Kliniker und Denker der damaligen Zeit. Und er war ein sehr warmherziger und zugewandter Mensch.

Das Maudsley Day Hospital war für uns ein Glückstreffer. Christiane Haerlin, eine junge deutsche Beschäftigungstherapeutin/Ergotherapeutin aus Stuttgart, (die damals schon seit drei Jahre mit Bennett arbeitete), führte uns durch das Haus. Sie berichtete uns voller Begeisterung über das, was sie tat und wovon sie träumte. Eher zufällig trafen wir auf der Treppe Douglas Bennett. Ich habe die Begegnung mit ihm in meinem Tagesklinikbuch (1977) ausführlich beschrieben. Er erschien mir damals als älterer Mann, er muss Ende 40 gewesen sein. Er war sehr überlegt und nachdenklich. Ein intensiver Gesprächskontakt ergab sich über einen gemeinsamen Patienten (wie das Leben so spielt), den Sohn eines Stammesfürsten aus Sierra Leone,

der abwechselnd aus Deutschland und aus London abgeschoben wurde (und zuverlässig zurück kehrte) und der ganz fürchterlich psychotisch war.

Christiane und er stellten uns dann das Tagesklinik-Konzept vor, das auf einem ausgefeilten milieuthérapeutisch durchstrukturierten Tages- und Wochenplan ruhte. Ich werde später ausführlich darauf zurückkommen. Er überzeugte und beeindruckte uns – nicht zuletzt auch durch das Engagement, mit dem beide es vortrugen. Als er am Schluss meinte, ich sollte mich dem Team doch mal für ein paar Wochen anschließen, war das für mich mehr als eine Floskel; aber es schien irgendwie unrealistisch, das auch nur in Betracht zu ziehen.

## **25. Antipsychiatrie: Annäherung und Distanzierung**

Der Tag im Maudsley Hospital hatte uns nicht von der Suche nach den Köpfen der Antipsychiatrie abgebracht. Wir hatten uns von Prof. Schulte ein "To Whom it May Concern" mitgeben lassen. Wir fanden Cooper und Laing (natürlich) im Londoner Telefonbuch: David Cooper mit einer Adresse in der Harley Street, der Straße, in der damals (vielleicht auch heute noch) die Crème de la Crème der englischen Ärzte ihre Privatpraxen führte, Ronald Laing in der Upper Wimpole Street, die sich nach Norden an die Harley Street anschließt, weniger bekannt, aber damals noch einen Tick exklusiver. Da beide das Telefon nicht abnahmen, versuchten es mit Spontanbesuchen – heute würde man sagen: mit Gate-Crashing.

### **Zu Besuch bei R. D. Laing**

Bei David Cooper wurden wir gar nicht ins Haus gelassen. Es reagierte niemand auf unser Klingeln. Bei Laing war das anders. Seine Haushälterin öffnete und erklärte uns ziemlich böse, der Doktor sei nicht zu sprechen. Wir wussten damals nicht, dass Laing in England ein berühmter Mann war. Sonst hätten wir uns vielleicht gar nicht getraut. Jetzt wollten wir uns aber nicht so einfach abwimmeln lassen. Wir übergaben ihr unser „To whom it may concern“. Sie ließ uns in der Halle stehen, immerhin, ging die Treppe hinauf; und oben hörten wir dann einen heftigen Wortwechsel zwischen ihr und dem Doktor, der darin endete, dass er sagte: „I must see them“.

Er hat uns dann auch erklärt, warum. Zum einen war seine damalige Frau eine Stuttgarterin. Zum anderen wurde sein zweites Buch („The Bird of Paradise and the Politics of Experience“) gerade ins Deutsche übersetzt. Es erschien wenig später unter dem Titel "Die Phänomenologie der Erfahrung" im Suhrkamp-Verlag. Das war dann der Beginn der antipsychiatrischen Welle in Deutschland. Auf jeden Fall kam es an jenem Oktobertag zu der denkwürdigen Begegnung mit Roland Laing, über die ich schon mehrfach berichtet habe.

Wir waren sehr überrascht, dass Laing uns zu sich ließ. Er platzierte uns auf seiner abgetragenen Couch, erzählte uns von seiner Mission, drückte uns die Penguin-Ausgaben von „Politics of Experience“ und „The Divided Self“ in die Hand. Wir waren sicher unter den ersten Deutschen, die diese beiden Bücher zur Kenntnis nahmen. Ich erinnere mich in unangenehmer Weise daran, dass ich das Gefühl hatte, ich müsste ihm diese Bücher bezahlen. Sie kosteten sicher nur ein paar Schillinge. Aber

ich hatte die ganze Zeit die Hand an meinem Portemonnaie, und ich erinnere mich auch, dass er sehr ungnädig darauf reagierte. Ich erinnere mich auch deswegen, weil mir später Ähnliches widerfuhr: Ich wurde sehr ärgerlich, wenn Leute Bücher bezahlen wollten, die ich ihnen schenkte, und ich werde das immer wieder.

Aber die Szene endete versöhnlich. Unvermittelt und spontan berichtete Laing über seine Erfahrungen als junger Assistenzarzt in einem psychiatrischen Großkrankenhaus in Schottland, die in seinem ersten Buch, dem „Geteilten Selbst“ festgehalten sind. Er schilderte mit spürbarer Begeisterung, wie es ihm gelungen war, eine Gruppe chronisch schizophrenie-kranker Frauen, die untätig, wie leblos, an den Wänden der Station gestanden hatten, in eine Gruppe von lebhaften, miteinander kommunizierenden Mitmenschen zu verwandeln - einfach dadurch, dass er und zwei Krankenschwestern sie beharrlich und ausdauernd wie Menschen behandelt hätten.

Das aufwendigste Gerät bei diesem Rehabilitationsversuch sei ein Teekessel gewesen – Sinnbild englischen sozialen Miteinanders. Schon damals habe er aufgrund dieser Erfahrungen aufgehört, daran zu glauben, dass es so etwas wie „Schizophrenie“ gebe. Die angeblich chronisch kranken, in Wirklichkeit aber Krankenhaus geschädigten Patientinnen seien nach wenigen Monaten so weit gewesen, dass er sie habe entlassen können. Aber sie seien bald zurückgekommen, weil sich draußen niemand um sie gekümmert habe. Er habe zudem bald erkennen müssen, dass alle Versuche, diese ersten Erfahrungen im Großen anzuwenden, im rigiden System der englischen Anstaltsstrukturen zum Scheitern verurteilt waren.

Deshalb habe er sich entschieden, sich niederzulassen, selbst Wohngruppen aufzubauen mit solchen Menschen, „die andere Leute schizophren nennen würden“. Er berichtete, dass er selber längere Zeit mit ihnen gelebt hatte, und hielt daran fest, dass solche Wohngemeinschaften die bessere Alternative zur herkömmlichen psychiatrischen Behandlung seien. Sie bewahrten die Kranken vor dem Schicksal seiner ersten Rehabilitandinnen, vor dem Scheitern draußen, vor der Rückkehr ins Großkrankenhaus, günstigstenfalls davor, überhaupt ins Krankenhaus zu müssen.

Laing, der damals 41 Jahre alt war, hat uns außerordentlich beeindruckt. Aber der Besuch bei ihm hinterließ auch eine gehörige Portion Skepsis. Insbesondere die Wendung von den „Leuten, die andere Leute schizophren nennen“, kehrte im Gespräch mit ihm allzu oft wieder. Er versuchte, dem Dilemma, Kranke etikettieren zu

müssen, dadurch auszuweichen, dass er einen Purzelbaum schlug. Das Etikett war nur länger geworden; und man konnte das Spiel noch verlängern: „Leute, von denen Laing sagte, dass andere Leute sie schizophren nennen...“.

### **Antipsychiatrie und Sozialpsychiatrie: wie Feuer und Wasser**

Für den folgenden Tag lud Laing uns nach Kingsley Hall ein. Bevor ich über diesen Besuch berichte, nutze ich die Gelegenheit zu einigen Überlegungen über die damalige antipsychiatrische Bewegung, ihre weitere Entwicklung und ihre Beziehung zur Sozialpsychiatrie. Heute weiß ich: Antipsychiatrie und Sozialpsychiatrie sind wie Feuer und Wasser (1998). Sie haben nur bei oberflächlicher Betrachtung eine gemeinsame Basis. Ideologisch und politisch sind sie Feinde. In den Anfängen der hiesigen Sozialpsychiatrie mag es zum guten Ton gehört haben, mit der Antipsychiatrie zu kokettieren. Aber die machte nur geringe Unterschiede zwischen sozialer und sonstiger Psychiatrie. Sie wollte beide aushebeln. Und die Vermengung sozialpsychiatrischer und antipsychiatrischer Ideen hat Skeptiker und Gegner der sozialpsychiatrischen Bewegung im konservativen Lager – und derer gab es viele – immer wieder mit Argumenten versorgt.

Für viele, die in den späteren Sechziger- und frühen Siebzigerjahren dabei gewesen sind, ist die Erinnerung daran traumatisch. Noch Jahre später reagierte ich mit heftiger Abwehr, als ich gebeten wurde, zur Emeritierung von Ambros Uchtenhagen (1995) über die Beziehung von Antipsychiatrie und Sozialpsychiatrie zu sprechen. Die negative Reaktion hatte allerdings auch damit zu tun, dass alles dies nunmehr lange Zeit zurückliegt: Die Antipsychiatrie und der Konflikt zwischen Antipsychiatrie und Sozialpsychiatrie sind Geschichte. Die ganze Angelegenheit ist so historisch, dass die Begriffe einander wieder näher gerückt sind, näher als ihnen gut tut, und die Vermengung sich fortsetzt. Beispielhaft dafür ist ein Aufsatz von MacHugh (1995) in „Nature Medicine“, in dem Goffman, Laing, Szasz und Foucault als Antipsychiater in einen Topf geworfen werden, mehr oder weniger unter dem Gesichtspunkt, was sie der Psychiatrie angeblich alles Böses angetan haben. Das ist wiederum Anlass genug für einen historischen Rückblick.

Das Jahrzehnt der Antipsychiatrie waren die sechziger Jahre in England, auf dem Kontinent allenfalls noch die erste Hälfte der siebziger Jahre. K. P. Kisker (1979)

schreibt in seinem Beitrag zur Antipsychiatrie für die zweite Auflage der Psychiatrie der Gegenwart, den ich im Folgenden ausgiebig heranziehen werde.

„Eine Darstellung der Antipsychiatrie wird heute ein notwendig kritischer Nachruf, Besinnung auf praktisches Wirken und theoretische Einsichten, welche der Psychiatrie durch ihre antithetische Befragung während eines 1975 zu Ende gegangenen Antipsychiatriejahrzehnts hinzu gebracht worden sind.“

Er fügt hinzu:

„ Unter dem Titel „Antipsychiatrie“ wurde der Psychiatrie von etwa 1964 bis 1975 eine schwarze Messe mit einigem publizistischen Verkaufswert gelesen. Es begann mit einigen englischen Psychiatern aus dem Tavistock-Kreis, denen die einige Kilometer entfernt in London einsetzende sozialpsychiatrische Forschung und Praxis im Umkreis des Maudsley-Hospitals zum Ärgernis wurde. Deswegen und, weil auch andernorts so viel Unbehagen an der Psychiatrie in der Luft lag, trieben diese utopisch inspirierten, schreibgewandten Leute die Sache „Psychiatrie“ in ihre Negation: Entschieden auf dem Papier, beiläufiger in der Praxis. Heute haben sich ihre ehemaligen Exponenten von der Antipsychiatrie abgesetzt. Die wenigen Antipsychiatrie-Gruppen, die es je gab – den bekannten unzureichend beratenen Wohngemeinschaften mehr oder minder psychisch Kranker gleichend, nur literarisch umwitterter – sind zerfallen. Die Psychiatrie hat ihr „Anti“ gehabt. Sie ist geblieben, was sie war: schwerfällig-komplizierter sozietärer Versorgungskörper, Gefahrenzone möglicher Gefühlsverödung für „Versorgte“ wie für „Versorgende“, gesellschaftliche Deponie mit unbeholfenen sozialen Müllwerkern. Neuerdings geht es nicht mehr um Antipsychiatrie, sondern um eine „andere“, eine „alternative“ Psychiatrie.“

Damit ist eigentlich alles gesagt. Genau darum ging es uns, um eine „Alternative Psychiatrie“ (Finzen 1973, 1995). Und daran, diese Alternative auch durchzusetzen, den Marsch durch die Institutionen, den andere predigten, durchzuziehen, wollte die junge sozialpsychiatrische Bewegung in der Bundesrepublik sich nicht hindern lassen. Der Abgrenzung gegen die Überflutung durch das allzu Vage und das allzu Unkritische diente im Übrigen 1971 auch die Gründung des Vereins „Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie“ als Gegengewicht zur Bewegung „Mannheimer Kreis“:

Mitglied konnte nur werden, wer in der Psychiatrie - oder für sie - in der einen oder anderen Weise tätig war.

Krankenversorgung: Das war die Umorientierung von der Verwahrung als Grundprinzip der Versorgung zu Therapie und Rehabilitation, von der Ausschließung aus der Gemeinschaft der Gesunden zur sozialen Wiedereingliederung in das angestammte Milieu, zur Integration der Psychiatrie in die Gesellschaft. Auf dieser Grundlage wurde die Sozialpsychiatrie zur Trägerin und zum Motor der institutionellen Psychiatriereform, zur Gestalterin einer neuen psychiatrisch-psychotherapeutischen Haltung sowie zur Vorkämpferin einer veränderten sozialen Einstellung gegenüber den psychisch Kranken.

Auch die Sozialpsychiatrie hatte ihre radikalen Ausprägungen. Der Leitsatz: „Lieber gar keine Psychiatrie als solche“, war in den vierziger Jahren Grundlage der Psychiatriereform in England (Bennett 1967), in den fünfziger und sechziger Jahren in den Vereinigten Staaten, in den sechziger und siebziger Jahren in der Bundesrepublik wie in Italien. Aber selbst die radikale Position, die Basaglia und seine Mitarbeiter in der „Negierten Institution“ formulierten, konnte nur von Einäugigen als Antipsychiatrie missverstanden werden. Basaglia und seine Mitstreiter erhofften sich jenseits der Befreiung von Zwang neue Formen der Betreuung von psychisch Kranken durch die Negierung der klassischen psychiatrischen Institutionen, durch die Konfrontation zwischen den ausgegrenzten psychisch Kranken und der Gesellschaft, die sie ausgrenzte.

Sie hatte auch die Hoffnung, psychische Störungen könnten in einer anderen Gesellschaft verschwinden. Aber als marxistische Gesellschaftspolitiker waren sie sich bewusst, dass sie es dabei mit einer Utopie zu tun hatten. Im Praxisalltag mochten sie dabei sein, die Anstalt abzuschaffen und durch radikal andere, menschenfreundlichere, in die Gemeinde integrierte psychiatrische Kleininstitutionen zu ersetzen. Aber das war nicht Antipsychiatrie. Das war eine andere Form von Sozialpsychiatrie - nicht einmal zwingend eine bessere als sie uns vorschwebte. Ihre Schwächen sind längst sichtbar geworden. Sie hat mehr versprochen, als sie halten können. Aber das spricht nicht gegen ihre Ideen. Auf keinen Fall machen die Unzulänglichkeiten ihrer Realisierung sie zu einer antipsychiatrischen Veranstaltung.

Die Antipsychiatrie hingegen hatte immer wieder Züge intellektueller Verspieltheit. Sie war vorrangig theoretisch und nicht alltagsorientiert. Sie war Sammelbecken zahlreicher brillanter Enttäuschter, ungeduldiger Freunde schneller Lösungen, die den mühsamen Weg der Reform scheute, Suchender, Heuchler und schließlich solcher, die immer dagegen waren – gegen alles. David Cooper und Ronald Laing waren gewiss ihre brilliantesten Köpfe. Aber sie waren nicht die einzigen. Sie gehörten, zumindest am Anfang, auch zur Gruppe der Enttäuschten. Cooper hat den Begriff Antipsychiatrie geprägt. Ronald Laing hat literarisch die tieferen Spuren hinterlassen. Beide hatten in der Folgezeit Mühe, mit ihrem plötzlichen Ruhm zu leben und noch mehr damit, dass die Grundlage ihres Ruhmes, die antipsychiatrische Idee, fast ebenso plötzlich in sich zusammen fiel (vgl. z. B. Adrian Laing 1995). Beide erfuhren das Janusköpfige des freizügigen Umgangs mit LSD und Alkohol am eigenen Leibe.

## 26. Die Seelenfänger von London: Kingsley Hall

Im Mittelpunkt der antipsychiatrischen Bewegung in England stand von Anfang an die Londoner Gruppe von Laing, Cooper und Esterson, die sich 1965 zur gemeinnützigen „Philadelphia-Association“ zusammenschloss. Diese Vereinigung, die in der Praxis die Förderung von Wohngemeinschaften für schizophrene Menschen vorantreibt, sogenannten „Households“ - eine damals sensationelle Angelegenheit, die damals auch in der Welt der Gesunden kaum Vorbilder hatte – verscrieb sich, wie Kisker (1979) zusammenfassend und Adrian Laing (1995) in der Biographie seines Vaters rückblickend darstellen, der Erforschung und Behandlung psychisch Kranker, insbesondere Schizophrener. Die Satzung ist zugleich eine Art Charta der Antipsychiatrie. Dort heißt es:

„Unsere Forschungen gaben uns die Überzeugung, dass die Ursache in zahlreichen Fällen nicht die „Krankheit“ einer einzelnen Person, sondern ein sozialer Prozess ist... Familienforschung über Menschen, die schizophren genannt werden, hat das bestätigt. Wir sehen, dass solche Menschen von den Menschen ihrer Umgebung zurückgestoßen werden, und zwar durch widersprüchliche Impulse. Bedürfnisse und Erwartungen, die ihnen in widersprüchlicher Weise durch andere oder durch das eigene Unbewusste zugetragen werden. Wird jemand so relegiert, bleibt ihm nichts anderes, als mit dem Kopf gegen die Wand zu rennen... Um die kommunikativen Widersprüche aufzuklären, die uns zu gewissen Zeiten dazu zwingen, wie ein Irrer zu handeln und als ein solcher genommen zu werden, brauchen wir weiche Kommunitäten, in denen diese Leute sich nicht gezwungen fühlen, die Rollen des Arztes, des Sozialarbeiters, des Krankenpflegers oder des Kranken zu übernehmen.“ (zit. n. Kisker 1979)

Der Zusammenschluss erfolgte im Jahr nach dem Urknall der antipsychiatrischen Bewegung, den Adrian Laing im zehnten Kapitel der Biographie seines Vaters unter der Überschrift „The Fame Trip“ beschreibt. David Cooper und Ronald Laing waren einander bereits 1958 begegnet. Cooper arbeitete damals am Belmont Hospital, einer der Urzellen der therapeutischen Gemeinschaft. Laing absolvierte gerade seine psychoanalytische Ausbildung am Tavistock-Institute. Im gleichen Jahr begann er gemeinsam mit Aaron Esterson ein Forschungsprojekt über Schizophrenie und Fami-

lie. Gleichzeitig beendete die Arbeit am „Divided Self“, das 1960 im Buchhandel erschien. Das Echo ließ zunächst zu wünschen übrig. David Cooper veranstaltete unterdessen sein „Antipsychiatrisches Therapeutische-Gemeinschafts-Experiment“ in der Villa 21 des Shenley Hospitals in St. Albans nördlich von London, dessen Beschreibung in „Psychiatrie und Antipsychiatrie“ (1967) ihm seinen Platz in der Hall of Fame der Antipsychiatrie sicherte.

Der kometenhafte Aufstieg Laings und der antipsychiatrischen Bewegung, auf den der Freundeskreis ungeduldig gewartet hatte, kam 1964. Im Februar des Jahres hatte Laing seinem Tagebuch anvertraut:

„Ich habe das Gefühl, dass ich berühmt werde... Der größte Teil meiner Arbeit ist in der Öffentlichkeit noch nicht bekannt. Aber am Ende wird sie darauf aufmerksam werden wie auf das Licht eines toten Sterns“ (Adrian Laing 1995)

Wenige Wochen später war es soweit. Es begann mit der Veröffentlichung von „Sanity, Madness and the Family“ von Laing und Esterson, die ein gewaltiges Medienecho auslöste, das nunmehr auch die früheren Bücher Laings erfasste. Allein die Taschenbauchausgabe des „Divided Self“ wurde in der Folgezeit 400.000-mal verkauft. Damit wurde „Schizophrenie und Familie“ endgültig zum zentralen Thema der Londoner antipsychiatrischen Gruppe. Daraus resultiert auch die Suche nach einer Alternative zur Betreuung bzw. für das Zusammenleben junger Menschen mit schizophrenen Symptomen, die die antipsychiatrische Gruppe nicht mehr als Ausdruck von Krankheit interpretieren mag. Der erste Household nahm noch im gleichen Jahr seinen Betrieb auf, nachdem ein Mitglied der Gruppe die Ostlondoner Kingsley Hall als Domizil entdeckt hatte. Die Gründung der Philadelphia Association im darauffolgenden Jahr war somit die Formalisierung einer Entwicklung, die zu diesem Zeitpunkt schon konkrete Formen angenommen hatte.

Der Ruhm der Philadelphia-Gruppe verbreitete sich mit dem Ruhm ihrer Protagonisten und dem Ruhm der mittlerweile legendären Kingsley Hall, in der bis 1969 119 Personen gelebt hatten, „gleichzeitig etwa je ein Dutzend Soziopathen, Drogenabhängige, sonstige Außenseiter jedweder Art, unter ihnen auch einige anstaltsentlassene Psychotiker“ (Kisker – vgl. Obiols 1978, A. Laing 1995) International bekannt wurde die Vereinigung durch mannigfache Veranstaltungen, insbesondere durch den (ebenfalls legendären) internationalen Kongress über die „Dialektik der Befreiung“

von 1967, bei dem es unter Mitwirkung Herbert Marcuses und vieler anderer weniger um Antipsychiatrie als um „Gegenkultur“ und die Schaffung einer „anderen Gesellschaft“ ging. Explizite Ziele laut Kisker: eine „okzidentale Kulturrevolution“ einzuleiten, eine „Londoner Gegenuniversität zu gründen...“. Im gleichen Jahr sprang die Bewegung, anlässlich eines Kongresses in Paris, nach Frankreich über. Ende der sechziger Jahre zählte eine große Londoner Zeitung Ronald Laing zu den hundert bedeutendsten Persönlichkeiten des 20. Jahrhunderts.

Andere antipsychiatrische Gruppen und Personen sind gegenüber der Londoner Kerngruppe eher unbedeutend. Cooper, der den Begriff der Antipsychiatrie durch den Titel seiner Monographie über „Psychiatrie und Antipsychiatrie“ prägte bzw. durchsetzte, gehörte zum engeren Kreis. Das Buch, das über ein gescheitertes Experiment mit einer bewusst nicht strukturierten therapeutischen Gemeinschaft berichtet, ist ein faszinierendes Dokument. Dass sein Experiment scheitern musste, mag auch an der kustodialen Psychiatrie der fünfziger Jahre gelegen haben, vor allem aber daran, dass es auf Scheitern hin programmiert war. Zeitzeugen berichten von einer unerträglichen Überforderung von Kranken und Personal. Für David Cooper war das gescheiterte Experiment Anlass, die Anstalt frustriert zu verlassen – ein Reformkrankenhaus der damaligen englischen Psychiatrie übrigens. Er zog sich in seine Privatpraxis in der Harley Street zurück, schrieb melancholische Bücher, wie den berühmt gewordenen „Tod der Familie“ und siedelte wenig später nach Paris über. Wie Laing hatte er in der zweiten Phase seines Lebens massive Probleme mit Alkohol und möglicherweise auch mit anderen Substanzen.

### **Zu Besuch in Kingsley Hall**

Kingsley Hall war die bekannteste und größte der Wohnkommunen, die Laing aufgebaut und betreut und in der er längere Zeit gelebt hatte. Kingsley Hall lag im Londoner Osten in einem Arbeiter- und Industrieviertel. Kingsley Hall ist ein großes, verlassenes ehemaliges Kirchengebäude, in dessen oberen Räumen Anfang der dreißiger Jahre Mahatma Gandhi gewohnt hatte. Das war für die Wohngemeinschaft in gewisser Weise symbolhaft.

Zur Zeit unseres Besuches hatte die Gruppe ein Dutzend Mitglieder, fast ausschließlich junge Leute. Selbst wenn wir es gewollt hätten, wäre es uns schwergefallen, sie diagnostisch einzuordnen. Möglicherweise waren sie nach den Kategorien der her-

kömmlichen Psychiatrie Kranke. Möglicherweise waren sie auch nur Bürger auf der Wanderschaft. Sicher ist, dass einige - sichtbar Unterschichtangehörige - sich sehr schwer taten. Die beherrschende Figur war Mary Barnes, eine ehemalige Krankenschwester, die mehrere schwere Krankheitsepisoden durchgemacht hatte und die in Kingsley Hall mit großem Erfolg angefangen hatte zu malen und die später durch ihre Autobiographie („Leben mit dem Wahn“) bekannt wurde.

Auch in der Kürze unseres Besuches wurde deutlich, dass die Kommune frei war von Rigorismen und Zwängen. Die Freiheit der Gruppenmitglieder brauchte sich in diesem riesigen Haus nicht so destruktiv auszuwirken wie in David Coopers Villa 21 innerhalb des großen psychiatrischen Krankenhauses Shenley, zumal andere als die Gruppenmitglieder vom Leben in Kingsley Hall nicht betroffen waren: „Patienten“, die das wollten, konnten sich von ihrem Psychiater außerhalb Medikamente verschreiben lassen und sie einnehmen. Aber niemand war gezwungen, Medikamente zu nehmen. Wir hatten den Eindruck, dass es lieber gesehen wurde wenn man es unterließ.

Allerdings wurde uns schnell deutlich, dass diese Wohnkommune von Menschen, die „andere Menschen schizophren nennen“, von denen wir die meisten aber kaum schizophren genannt hätten, doch nicht so antiautoritär geführt wurde, wie es zunächst erschien. Sie wurde unauffällig von einer Krankenschwester und einem Psychiater geleitet, die im Haus lebten (ohne Gehalt) und nach außen hin als völlig gleichberechtigt firmierten. Wenn nichts zu essen da war, ging die Schwester einkaufen. Wenn eine Krise auftrat, intervenierte der Arzt (wenn auch unkonventionell und möglichst unauffällig). Wir waren fast ein wenig enttäuscht. Was zunächst als reine Selbsthilfeorganisation imponiert und beeindruckt hatte, entpuppte sich letztlich doch wieder als besondere Institution für besondere Patienten, die 24 Stunden am Tag einen Arzt und eine Schwester zur Verfügung hatten (wer hat das sonst schon?) – auch wenn die Mitglieder darüber entschieden, wer in die Gruppe aufgenommen wurde und niemand jemandem etwas in den Weg legte, wenn er die Wohngemeinschaft verlassen wollte.

Dennoch schien mir Kingsley Hall damals ein Weg zu sein, psychiatrisch zu arbeiten. Zumindest war es ein Weg, mehr über die Behandlung von und die Auseinandersetzung mit „Menschen, die andere Menschen schizophren nennen“ zu erfahren und zu lernen, als in herkömmlichen psychiatrischen Einrichtungen. Zu einem Zeitpunkt, als

in der Bundesrepublik noch die Wohngemeinschaften von Gesunden extrem selten waren, hatte sich hier eine „Anti-Institution“ entwickelt, die es den Gruppenmitgliedern erlaubte, durch Selbstbestimmung von Abstand und Nähe zu lernen, miteinander zu leben bzw. überhaupt mit anderen Menschen zu leben.

Der Gedanke, mich anlässlich eines geplanten längeren Englandaufenthaltes an diese Gruppe anzuschließen, konkretisierte sich vorübergehend. Dass er sich zerstückelte, lag im Wesentlichen an jener anderen Begegnung im Herbst 1968 in London, die für unsere zukünftige Arbeit von entscheidender Bedeutung sein sollte: das Zusammentreffen mit Douglas Bennett in der Tagesklinik des Londoner Maudsley-Hospitals.

Ich muss gestehen, dass die intellektuelle Brillanz von Laings Ideen und sein persönliches Charisma damals eine große Anziehungskraft auf mich ausübten, und dass ich die Entscheidung für das Maudsley-Hospital, für die Arbeit mit Douglas Bennett in unmittelbarer Nachbarschaft von John Wing, George Brown – und damit für die praktische und wissenschaftliche Sozialpsychiatrie auf dem Boden der damaligen gesellschaftlichen Realität – mit dem Kopf getroffen habe.

## 27. Die Psychiatrie in England: Die Perspektive von 1970

Meine Englandphase begann in Deutschland. Ian Black, mein Kindheits- und Jugendfreund, Brieffreund zunächst, mit dem ich seit 1955 korrespondiert hatte, der mich 1956 das erste Mal besucht hatte, und den ich 1957 für einige Wochen in London besucht hatte, kam im Juli 1969 anlässlich einer Urlaubsreise durch Süddeutschland mit seinen Eltern bei uns in Tübingen vorbei. Er war inzwischen ziemlich etabliert, ein Banker bei der Standard Bank of South Africa, fuhr einen Rover und hatte im Lauf der Jahre eine bestimmte „Reisetechnik“ durch Europa entwickelt, indem er von Ort zu Ort, von Hotel zu Hotel kutscherte und an allen Orten Freunde besuchte. Ich glaube, es gibt keinen, an dem er keine hat.

Dieser Besuch stand unter einem ungünstigen Stern. Wenige Wochen später sollte ich mit ihm nach London zurückfahren. Ich würde zunächst bei ihm wohnen. Eigentlich war uns im Hinblick auf den bevorstehenden England-Aufenthalt zu diesem Zeitpunkt schon alles zu viel. Aber andererseits freuten wir uns, seinen Vater und seine Mutter bei uns in Tübingen zu begrüßen. Ich erinnere mich noch ziemlich gut, wie wir im Gärtle Entringen saßen und die wunderbare Gäu-Luft genossen und dass seine Mutter damals das erste Mal über Schmerzen klagte, über Schmerzen in den Knochen, in den Rippenknochen genauer. Sie fuhren weiter. Wenige Tage später brachen die Eltern die Ferien ab und flogen zurück nach England. Dort stellte sich heraus, dass Frau Black an Krebs litt und dass die Schmerzen in den Knochen Metastasenschmerzen waren. Das warf auch einen Schatten auf die kommenden vier Monate.

Warum wollte ich nach England? Warum wollte ich nicht in die USA, in das Land, in das alle fuhren, die auf sich hielten. Auch Niels Pörksen war dort gewesen. Es war auch beim Blick über den großen Teich schon eindrucksvoll, was sich in den Vereinigten Staaten in der Psychiatrie seit der Kennedy-Botschaft von 1963 tat: Der Übergang des traditionellen Anstaltswesens in eine gemeindenahere psychiatrische Versorgung. Dieser Prozess des Übergangs verstand sich als Bewegung – als Community Mental Health Bewegung. Zahlreiche Zentren machten von sich reden. Das Echo in den wissenschaftlichen Zeitschriften war groß. Wir verfolgten die Entwicklung mit Interesse.

Mir persönlich schien England dennoch näher, kulturell verwandter. Zudem schien mir die englische Entwicklung auch im Hinblick auf die verfügbaren Mittel für uns realitätsnäher als die in den Vereinigten Staaten. Abgesehen davon gab es für mich nur diese eine Chance, nämlich nach London zu fahren. Im Übrigen hatte der Besuch im Jahre 1968 mich davon überzeugt, dass die Psychiatrie und die Psychiatrieentwicklung in England sehr lebhaft und außerordentlich vielfältig waren. Das Spektrum von Ronald Laing bis zum Maudsley Hospital und dem Institute of Psychiatry konnte breiter gar nicht sein. Im Übrigen hatte die englische Psychiatriereform bereits in den Vierzigerjahren begonnen. Vieles, was es zu sehen und zu lernen gab, war nicht mehr ganz neu, hatte schon manche Entwicklungstürme und Krisen hinter sich gebracht.

Außerdem bestanden persönliche Verbindungen zwischen englischen und deutschen Praktikern, aber auch zwischen englischen und deutschen Hochschullehrern, die zum Teil aus der Zeit vor dem Krieg datierten. Manche der englischen Psychiatriereformer wie Rudolf Freudenberg oder John Denham waren während des Dritten Reiches aus Deutschland emigriert. Meinem Erfahrungsbericht über jene aufregenden vier Monate von August bis November 1969 möchte ich deshalb einen Überblick über die Psychiatrie in England und deren damalige Situation voranstellen - nicht ohne anzumerken, dass ich ihn unmittelbar nach meiner Rückkehr aus Deutschland verfasst habe. Entsprechend gibt er die Sichtweise wieder, die ich damals hatte.

### **Die Psychiatrie in England. Historische Bindungen. Die Perspektive von 1969**

Die Beziehungen zwischen der englischen und der deutschen Psychiatrie sind lang und eng. Vor allem die Krankenhauspsychiatrie des 19. Jahrhunderts pflegte regen Austausch. Die Werke Henry Maudsleys wurden bald nach ihrem Erscheinen ins Deutsche übersetzt. John Conolly und Wilhelm Griesinger hatten Mitte des 19. Jahrhunderts, was die Anstaltspsychiatrie anbetrifft, weitgehend identische Gedanken (Schmitt 1969, Bennett 1968). Ihre Ideen hatten auch ein ähnliches Schicksal. Sie konnten sie nur in wesentlich beschränkterem Masse verwirklichen, als das etwa Samuel Tuke mit dem York Retreat gelang, der bereits 1813 die Grundsätze des ähnlich orientierten „Moral Treatment“ formuliert hatte (Bockoven 1956; vgl. Wretmark 1969).

In der Einleitung zu seiner „aktiveren Krankenbehandlung“ bezieht sich Herman Simon (1929) ausdrücklich auf die Entwicklung in England. Er schreibt dort unter anderem.

„Eine allgemeinere und gründlichere Wandlung bahnte sich an, als man um die Mitte des vorigen Jahrhunderts unter der aus England erschallenden Losung „no restraints“ alle Zwangsmittel aus der Irrenanstalt zu beseitigen trachtete und an deren Stelle den Kranken, auch den Unruhigen und Störenden, möglichste Bewegungsfreiheit gewährte. Selbst die Türen der Anstalt sollten unverschlossen sein („open door system“) ... Mehr oder weniger ausgesprochener Grundsatz war, dass es der Kranke in der Anstalt „gut“ habe und möglichst seinen individuellen Neigungen und Wünschen leben sollte“ (Simon 1929, S. 2).

Diese Art der Psychiatrie überdauerte zunächst auch in England nicht, obwohl sie in Henry Maudsley einen einflussreichen Verfechter fanden. Gestützt auf eine konservative Gesetzgebung, die die freiwillige Behandlung in psychiatrischen Krankenhäusern verbot und ein gerichtliches Urteil zur Vorbedingung für die stationäre psychiatrische Behandlung machte, wurden die offenen Anstalten wieder geschlossen. Sie wurden dadurch bis in die Dreißiger-Jahre des letzten Jahrhunderts in ihrer rehabilitativen Arbeit behindert. Gegen Ende des zweiten Weltkrieges befanden sie sich in ähnlich traurigem Zustand und in ähnlichem Misskredit bei der Bevölkerung, wie die psychiatrischen Krankenhäuser in anderen Ländern auch (Roberts 1967, K. Jones 1960).

### **Die Entwicklung nach dem Kriege**

Nach Kriegsende erhielt die englische Psychiatrie neue Impulse - nicht zuletzt von deutschen und österreichischen Emigranten, die über Holland nach England gekommen waren. Conollys Ideen erlebten eine nie geahnte Renaissance. Das hundert Jahre alte Schlagwort von der „offenen Tür“ wurde zum Leitgedanken, ja zur Ideologie dieser Entwicklung. 1954 meldete Warlingham-Park-Hospital, mit damals über 1000 Betten Schrittmacher dieser Bewegung, alle seine Krankenstationen seien geöffnet. Zahlreiche andere psychiatrische Krankenhäuser folgten: Mehr Patienten als vorher liefen davon. Aber die Suizidraten stiegen allen Unkenrufen zum Trotz nicht

an. Aggressive Handlungen von Patienten wurden seltener. Der oft prophezeite Rückschlag ist bis heute ausgeblieben.

Netherne zum Beispiel, eines der großen psychiatrischen Krankenhäuser im Süden von London verfügte bei 1400 Behandlungsplätzen 1969 über nur zwei geschlossene Stationen mit je 20 Betten – mit großflächigen Fensterscheiben aus Sicherheitsglas, damit sich die Patienten nicht verletzen, wenn sie sie zerschlagen.

### **Die Therapeutische Gemeinschaft**

Zum zweiten Leitgedanken der englischen Nachkriegspsychiatrie wurde das Prinzip der therapeutischen Gemeinschaft. Wie die offene Tür, wurde es zugleich zum gängigen Schlagwort und zur Ideologie.

Der Begriff der therapeutischen Gemeinschaft wurde von Tom Main von der Neurosenklinik Cassels-Hospital geprägt (Main 1946). Der besessene Maxwell Jones (1952, 1968) setzte das Prinzip der therapeutischen Gemeinschaft Ende der Vierziger-Jahre im heutigen Henderson-Hospital in Belmont, Surrey, in die Praxis um. Dort wurde es von Bob Rapoport's zehnköpfigem Team (Psychoanalytiker, Psychologen, Soziologen, Sozialanthropologen und Statistikern) zwischen 1953 und 1957 gründlich untersucht und später in der Monographie „Community as a Doctor“ kritisch beschrieben (Rapoport 1960) – die auch 50 Jahre danach lesenswert ist.

Heute (1969) ist die therapeutische Gemeinschaft oder zumindest das, was man darunter versteht, zum festen Bestandteil der englischen Krankenhauspsychiatrie geworden. Sie gehört zum guten Ton. Man muss sie pflegen oder doch wenigstens so tun, als täte man das. Zum Glück ist die therapeutische Gemeinschaft offen für die Auslegung. Man könnte sogar mit einigem Recht behaupten, es gebe kaum einen Begriff der modernen Psychiatrie, der verwaschener sei als dieser. Maxwell Jones hat seinen für alle Beteiligten überaus anstrengenden Behandlungsstil für die Therapie von abnormen Persönlichkeiten entworfen. Die Untersuchungsergebnisse Rapoport's, dass er sich besser für die Behandlung von Neurotikern eigne, hat Jones selber nie so recht akzeptiert.

Für die Behandlung von psychotischen Kranken endlich dürfte das ursprüngliche Jones'sche Modell wegen seiner „destruktiven“ Züge denkbar ungeeignet sein. Durchgesetzt haben sich indessen einzelne seiner Bestandteile, wie die Arbeit im Team und mit der Gruppe, die Annäherung des Klinikmilieus an die Außenwelt, das Prinzip,

dem Patienten – auch auf disziplinarischem Gebiet – möglichst viel Freiheit zu geben, sich zu entscheiden und sein Fehlverhalten an der toleranten Haltung der Klinikumwelt zu korrigieren (vgl. Martin 1968, Clark 1964).

Wegen der Dehnbarkeit des Begriffes der therapeutischen Gemeinschaft neigen nicht wenige englische Psychiater dazu, in diesem Zusammenhang in Anlehnung an die Amerikaner John und Elaine Cumming (1964) nicht weniger dehnbar, dafür aber weniger anspruchsvoll, von Milieutherapie zu sprechen. Dahinter steht u. a. auch ein sozialpädagogisches Konzept (Mechanic 1968, 1969).

### **Die psychiatrische Tagesklinik**

Ende der Vierzigerjahre entwickelte Josua Bierer einen weiteren Ansatz der zur Bewegung wurde. Bierer, österreichischer Emigrant, Doktor der Medizin, Doktor der Ökonomie und Individualpsychologe, hatte in seiner Jugend an der Gründung der Kibbuzbewegung in Palästina mitgewirkt. Nach dem Krieg arbeitete er zunächst mit therapeutischen Klubs zur Nachsorge für entlassene psychiatrische Patienten. Dann sagte er 1947 der „orthodoxen Psychiatrie“ (wie er sie nannte) mit der Gründung seiner Tagesklinik, den Kampf an (Bierer 1949, 1951, 1969). Er behauptete, bis zu 90 Prozent aller psychiatrischen Patienten könnten und sollten teilstationär behandelt werden. Die „orthodoxe englische Psychiatrie“ kämpfte nicht mit Bierer, sie übernahm seine Idee (Farndale 1961). Heute (1969) gibt es in England und Wales mehrere hundert selbständige psychiatrische Tageskliniken. Fast alle psychiatrischen Abteilungen behandeln einen Teil ihrer Kranken als Tagespatienten. 1966 wurden rund 27000 Patienten tagesklinisch behandelt (Bennett 1969). 1969 müssen es über 35000 gewesen sein. In diesen Angaben sind die Langzeit- und Alterskranken nicht erfasst, die in den von den Kommunen unterhaltenen, von Schwestern und Beschäftigungstherapeuten geführten circa 400 Tagesstätten betreut werden.

Die teilstationäre Behandlung ist aus der englischen Psychiatrie nicht mehr wegzu-denken. Sie ist ein fester Bestandteil der offiziellen Gesundheitsplanung geworden, die für je 250000 Einwohner eine psychiatrische Abteilung mit 120 Betten und 150-160 Tagesplätzen vorsieht (Ministry of Health 1969 b).

### **Der Aufschwung der Arbeitstherapie**

Vierter entscheidender Faktor der Entwicklung der englischen Nachkriegs-Psychiatrie ist die systematische Einführung der Arbeit zur Behandlung und Rehabili-

tation von psychisch Kranken. Sie ging vor allem von der Gruppe um Freudenberg (1966, 1967) aus. Sein Krankenhaus, Netherne, hatte hier sowohl praktisch wie methodisch Schrittmacherfunktion. Freudenberg übersetzte Simons „Aktivere Krankenbehandlung für den Eigengebrauch ins Englische und passte seine Gedanken zusammen mit Wing, Bennett und Denham (z.B. 1964), einem weiteren österreichischen Emigranten, und anderen an die Erfordernisse der englischen Industriegesellschaft an.

### **Die Auswirkungen der nationalen Gesundheitsdienstes**

Alle diese Ansätze waren durch die Einführung des nationalen Gesundheitsdienstes im Jahre 1948 begünstigt worden. Durch diesen wurde nicht nur die materielle Versorgung der psychisch Kranken derjenigen der körperlich Kranken weitgehend gleichgestellt. Er zog zugleich einschneidende Veränderungen in der Struktur der Krankenhäuser nach sich. In den allgemeinen Krankenhäusern ließ er das Chefarztprinzip völlig fallen. In den psychiatrischen Krankenhäusern wurde der ärztliche Direktor entmachtet, so dass die dort tätigen Fachärzte vermehrt Chancen erhielten, ihre Ideen durchzusetzen. Inzwischen ist es auch den Ärzten in den psychiatrischen Großkrankenhäusern freigestellt, ob sie einen ärztlichen Direktor wählen wollen oder ob sie darauf verzichten. Die Fachärzte wurden auf diese Weise zu ärztlich und wirtschaftlich unabhängigen Consultants mit für Angestellte verhältnismäßig hohem Einkommen. Sie können über jeden ihrer elf halben Arbeitstage Einzelverträge abschließen, und so an mehreren Institutionen nebeneinander arbeiten, wenn sie das wünschen. Viele von ihnen nützen das aus, um nebeneinander an einem psychiatrischen Großkrankenhaus, einer Klinik für akut Kranke und einer Poliklinik zu arbeiten. Niedergelassene Nervenärzte ohne klinische Tätigkeit gibt es im Rahmen des nationalen Gesundheitsdienstes nicht.

### **Schwerpunkt: Rehabilitation**

Die Synthese der oben geschilderten Ansätze „Open Door“, Milieuthherapie, Teilzeithospitalisierung und Arbeitstherapie schlug sich schon vor der Einführung der Psychopharmaka in gesteigerter therapeutischer Aktivität und in gesteigertem Optimismus der Therapeuten nieder. Vermutlich dadurch ist es zu erklären, dass die Patientenzahl in England vor der Einführung der Psychopharmaka ein Jahr früher ihren Gipfel erreichte als in den USA: Von 1954 an war der Bettenbedarf in der englischen

Krankenhauspsychiatrie rückläufig. 1954 befanden sich 148.000 Patienten in stationärer psychiatrischer Behandlung. 1960 waren es 137.000; 1964 129.000 (O.H.E).

Diese Zahlen sind nicht durch Frühentlassungen zustande gekommen, sondern durch die Rehabilitation von jährlich etwa 2000 Langzeitpatienten, die zwischen fünf und 50 Jahren den Anstalten verbracht hatten (O. H. E. 1956). Freudenberg in Netherne zum Beispiel hat seine Anstaltspopulation in den letzten zehn Jahren von 2000 auf 1400 bei 140 Tagesplätzen gedrückt, Early in Bristol von 1200 auf 800.

50.000 weitere Langzeitpatienten in arbeitsfähigem Alter kämen nach Auffassung führender englischer Psychiater für Maßnahmen in Betracht, mit deren Hilfe zumindest eine Teilrehabilitation erreicht werden könnte (Wing, Bennett und Denham 1964, Payne 1969).

Im Anschluss an die Analyse der Langzeitpatienten eines psychiatrischen Großkrankenhauses in Birmingham gingen die Sozialmediziner und Medizinsoziologen Garrat, Lowe und Mckeown 1958 sogar noch weiter. Sie behaupteten, 80 Prozent der untersuchten Patienten bedürften im Grunde keiner Krankenhausbehandlung. Sie würden nur aus sozialen Gründen dort zurückgehalten. Sie könnten entweder voll rehabilitiert oder in Übergangseinrichtungen versorgt werden. Diese Untersuchungen wurden später in anderem Zusammenhang von anderen Untersuchern wiederholt und bestätigt (Early 1961). In diesem Rahmen gehören auch die Untersuchungen von G. W. Brown und John Wing (1962), die in vergleichenden Untersuchungen dreier Großkrankenhäuser direkte Beziehungen zwischen klinischem Bild und sozialen Bedingungen im Krankenhaus feststellten.

### **ITO in Bristol: industrielle Arbeitstherapie**

Auf eines der intensiven Rehabilitationsprogramme für Langzeitkranke möchte ich etwas ausführlicher eingehen, und zwar nicht auf das von Netherne, über das schon viel geschrieben worden ist und das mit Unterstützung verhältnismäßig aktiver Behörden durchgeführt wurde, sondern über das von Glenside-Hospital in Bristol, das Donal Early, zum beträchtlichen Teil mit privaten Mitteln, gegen das Desinteresse der verantwortlichen lokalen Behörden durchgesetzt hatte (Early 1969, 1963, 1965, 1967, 1968; Early und Magnus 1968, Kidd 1965). Auch D. F. Early ist einer der Besseren der frühen englischen Psychiatriereform.

Early begann sein Unternehmen 1958 in Glenside, einem psychiatrischen Großkrankenhaus mit damals 1200 Betten in hundert Jahre alten Gebäuden an der Peripherie von Bristol. Das Krankenhaus hatte früher vor der Stadt gelegen, Inzwischen war Bristol jedoch um das Krankenhaus herum gewachsen. Es hatte in Bristol natürlich schon klassische Beschäftigungstherapien gegeben, als Early anfang. Aber er zweifelt mit Bennett und Freudenberg an ihrem Wert für die gezielte berufliche Rehabilitation psychisch Kranker. Early begann daher 1958 mit einer kleinen Gruppe von zunächst nur 14 Patienten, für deren Behandlung er abgestufte Industriearbeit nutzbar zum machen suchte.

Zwei Jahre danach nahmen 185 Patienten an dieser ersten Stufe des Early'schen Rehabilitationsprogramms teil. Sie produzierten in alten Schuppen und ausgedienten Hühnerställen auf dem Krankenhausbereich Kugelschreiber, lötetten Kabel, nahmen Telefone auseinander und packten Plastilin ab, das aus Hamburg importiert wurde. Sie wurden für ihre Arbeit nach Leistung entlohnt (1969 bis zu 2 £ - ca. 20 DM - wöchentlich). Und dieser Sekundäreffekt der Arbeit brachte allmählich einen Wandel in die Atmosphäre der Anstalt und eine Orientierung der Patienten nach außen mit sich. Die Patienten legten spontan die Anstaltskleidung ab. Und nachdem sie den Wert des Geldes wieder zu schätzen gelernt hatten, drängten sie immer stärker in die Stadt. Gleichzeitig nahm das soziale Leben innerhalb der Klinik einen Aufschwung. Um einen Begriff von der Dimension zu geben: 1958 hatten 1200 Kranke 5000 Pfund zu ihrer privaten Verfügung, 1968 800 Kranke 50.000 Pfund selbstverdienten Geldes (mündliche Mitteilung).

Trotz günstiger Anfangserfolge erkannte Early bald, dass die Arbeitstherapie in der Klinik nicht ausreichte, um Rehabilitation und Wiedereingliederung zu gewährleisten. Sie erlaubte keine ausreichende Stufung und fand doch mehr im Klinikmilieu als unter industriellen Bedingungen statt. Early setzte sich deshalb mit Gewerkschaftern und Industriellen der Stadt zusammen und gründete eine GmbH, die Industrial Therapy Organization (ITO). Das hatte darüber hinaus den Vorteil, dass die Überschüsse aus der Arbeit der Patienten nicht wie im Programm innerhalb der Klinik an das Gesundheitsministerium zurückfielen.

Erstes Unternehmen von ITO war der Kraftfahrzeug-Schnellwaschdienst, der inzwischen Weltberühmtheit erlangt hat: Ein alter Blechunterstand, eine altertümliche Dusche, zwei Gartenschläuche und zwölf Schizophreniekranken, die die frischgewa-

schenen Autos mit großen Lederlappen trockenreiben. Jahresbilanz 1968: 80.000 Pfund Umsatz, 30.000 gewaschene Fahrzeuge (vgl. Payne 1969).

Early glaubt, kein anderes seiner Projekte habe bessere Öffentlichkeitsarbeit geleistet als dieses. Kein anderes habe den Kontakt zwischen der Stadt und dem Krankenhaus und das Verständnis der gesunden Bürger für seine Rehabilitanden in größerem Masse gefördert.

Als nächstes wurde in einer alten Schule im Bristoler Industrieviertel ein regelrechter Industriebetrieb eingerichtet, der unter Kontrakt für Ortsansässige, später auch für Londoner Firmen arbeitete. Dazu kamen bald vier geschützte Gruppen in Betrieben in der Stadt, darunter in einer Trinkhalmfabrik, einer Tabak- und einer Flugzeugzubehörfabrik, und schließlich beschützenden Werkstätten für solche Patienten, deren volle Rehabilitation nicht möglich ist. Bis 1969 war das Early'sche Doppelunternehmen – Rehabilitationsbetrieb im Krankenhaus und ITO – zu einem Großbetrieb geworden, in dem zeitweise bis zu 600 Patienten beschäftigt waren.

In den ersten zehn Jahren ihres Bestehens hat ITO von 674 Überweisungen 173 Patienten voll wiedereingegliedert, und 129 in beschützenden Werkstätten untergebracht. Ein Viertel dieser Patienten hatte länger als zehn Jahre in der Klinik verbracht.

Dabei war das Early'sche Unternehmen im Grunde bis 1969 ein Provisorium gewesen. Erst im Oktober 1969 zog ITO in eigene moderne Werkhallen mit 3000 qm Bodenfläche ein, die von der Stadt Bristol zur Verfügung gestellt wurden. Und erst 1970 zog die Arbeitstherapie auf dem Klinikgelände aus ihren Hütten und Ställen in ein eigenes Gebäude um.

Nach einigen Jahren der Arbeit hatten Early und Magnus entdeckt, dass sich in ihrer Klinik, die die Chronifizierung von psychischen Krankheiten verhindern sollte, neue Langzeitpatienten „neue Chronische“, wie sie sie nannten, ansammelten, Kranke, deren Arbeitsrehabilitation zwar gelang, die aber weder von ihren Angehörigen noch von kommunalen Wohnheimen akzeptiert wurden und wegen mangelnder Unterkunft in der Klinik verbleiben mussten (Magnus 1967).

Was lag näher, als wieder einmal Industrie und Gewerkschaften mobil zu machen, und eine ITO Housing Association zu gründen. Genau das tat Early. Inzwischen (1970) besitzt die Housing Association fünf Häuser und ein Hotel und vermittelt über-

dies mit gutem Erfolg Zimmer und Wohnungen bei ausgewählten Vermietern. Nach einer kräftigen Investition am Anfang arbeitet die Housing Association ohne Zuschüsse.

Earlys Programm ist innerhalb von zehn Jahren zu einem verwaltungstechnisch und juristisch außerordentlich komplizierten System geworden. Mit Stolz weist er darauf hin, dass er bei seinen Maßnahmen zur Wiedereingliederung 130 verschiedene Stufen zur Verfügung habe. Er wird nicht müde zu betonen, dass erst die Entlassung aus dem System als endgültige Stufe betrachtet werden dürfe.

„Begnügten wir uns mit dem, was andere „Rehabilitation nach innen“ nennen, machten wir die Klinik zum Arbeitshaus“. Und er beruft sich dabei auf Simon.

Nach seinen größten Problemen befragt, antwortet er: Früher sei es schwierig gewesen, die Patienten mit den besten Heilungsaussichten von den Stationen abzuziehen und in das Rehabilitationsprogramm einzugliedern. Pfleger und Ärzte seien offenbar der Auffassung gewesen, sie würden dort für die Aufrechterhaltung des Krankenhausbetriebes gebraucht. Heute sei es das größte Problem, den Industriebetrieben, mit denen man zusammenarbeite, feste Termine zu garantieren und dabei fortwährend die jeweils besten Arbeitskräfte „entlassen“ zu müssen!

### **Die psychiatrischen Abteilung an allgemeinen Krankenhäusern**

Nicht alle englischen psychiatrischen Großkrankenhäuser sind wie Netherne oder Bristol. Eher im Gegenteil. Entsprechend ist es bezeichnend, dass die sogenannten Comprehensive Services, die psychiatrischen Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern zuerst dort entstanden sind, wo die psychiatrischen Großkrankenhäuser am stärksten vernachlässigt worden waren. Sie sind mit der erklärten Absicht eingerichtet worden, den Großkrankenhäusern das Wasser abzugraben (Silverman).

Die drei bekanntesten Abteilungen dieser Art liegen in der Gegend von Manchester, in Blackburn, Blackpool und Burnley. Die erste ist bekannt, weil ihr Leiter Maurice Silverman (1961, 1956, 1966, 1968) sehr viel über seine Arbeit geschrieben hat; die beiden anderen, weil sie von Hoenig und Hamilton gründlich analysiert worden sind (1965, 1969). Alle drei stellen den Anspruch, mit 0,4 Betten und 0,5 Tagesplätzen pro tausend Einwohner die psychiatrische Versorgung ihres Einzugsgebietes voll sichern zu können.

Alexander Baker von St. Mary Abott in London, zugleich Mitarbeiter des Britischen Gesundheitsministeriums, geht sogar noch weiter: Ein solches Bett könne zehn PLK-Betten ersetzen (Baker 1968) Tatsächlich sind in Burnley und Blackpool im Verlauf des vierjährigen Beobachtungszeitraums nur 0,7 Prozent der behandelten Patienten in einem psychiatrischen Landeskrankenhaus aufgenommen worden. Die Zahl der Dauerpatienten in diesen Einheiten selber hat nicht zugenommen. Tatsächlich sind diese Zahlen so erstaunlich nun auch wieder nicht, wenn man in Rechnung stellt, dass etwa 80 Prozent der Patienten in den englischen Großkrankenhäusern chronische Patienten sind. Es fragt sich nur: Was machen Blackpool, Blackburn und Burnley mit ihren „Chronischen“? Sind diese Patienten ausreichend versorgt, oder bekommen sie ihre Institutionalierungsartefakte jetzt draußen statt drinnen? Denn dass es dort keine chronisch Kranken gäbe, wird wohl niemand behaupten.

### **Tendenzen in der Gerontopsychiatrie**

An dieser Stelle müssen einige Worte zur Situation der Gerontopsychiatrie in England eingeflochten werden. Auch hier ist in den 60er Jahren sehr viel in Bewegung gekommen. Auch hier heißt die Devise. Vermeidung von Institutionalierung, teilstationäre Behandlung – zuerst aus Bettennot, dann aus der Überzeugung heraus, das sei der bessere, der billigere und der menschlichere Weg. Die Pioniere dieser Richtung setzten den kontinentaleuropäischen Besucher in Erstaunen. Cozin in Oxford zum Beispiel sah Verwirrtheitszustände bei Alterspatienten schon damals nicht mehr als Indikation zur vollstationären Aufnahme an, wenn Angehörige oder Wirtsleute vorhanden sind, die sich abends um den Patienten kümmern. Dafür tut man alles, die Angehörigen zu entlasten, durch Tageszentren; Betten für sogenannten „Intermediate Care“ bei körperlichen Erkrankungen, sogenannten „Floating Beds“, die die Patienten aufnehmen, wenn die Angehörigen in Urlaub gehen möchten, oder wenn sie Nacht- oder Wochenenddienst haben. Das Krankenhaus versucht, den Angehörigen also maximale Erleichterung zu verschaffen und fördert auf diese Weise unter anderem auch ihren Willen, die Patienten zu Hause zu behalten und deren Institutionalierung zu vermeiden (Cozin 1954, 1956, Whitehead 1965, 1968, Barton und Whitehead 1968, Haider 1967).

## **Die Mental Health Act von 1959 und die Planung bis 1975**

Die oben diskutierten Leitgedanken, die „offene Tür“, der milieutheraeutische Ansatz, die Teilhospitalisierung und die industrielle Rehabilitation, haben ihren Niederschlag in der Gesetzgebung gefunden. Seit der Verkündung der Mental Health Act im Jahre 1959 befanden sich nur noch fünf Prozent der Patienten auf Grund von behördlichen Einweisungen in psychiatrischen Krankenhäusern (Min. Health 1967). Seitdem wird die Heranbildung von qualifizierten Mitarbeitern für die Tätigkeit in der Psychiatrie besonders betont und gefördert. Dazu gehören nicht nur die psychiatrische Schwester und die Beschäftigungstherapeutin, sondern auch der am College ausgebildete psychiatrische Sozialarbeiter, der Wiedereingliederungsfachmann der Arbeitsämter und der voll ins therapeutische Team mit einbezogene Psychologe.

Teilhospitalisierung und industrielle Rehabilitation wurden zu Schwerpunkten. Das gilt umso mehr, als den Kommunen durch die Mental Health Act im Hinblick auf die steigende Zahl teilverweilender psychisch Kranker, die in die Community zurück entlassen werden, die Auflage erteilt wurde, die psychiatrische Nachsorge durch den Bau von Wohnungen und Übergangsheimen und die Bereitstellung von psychiatrischen Sozialarbeitern zu unterstützen. Diese Entwicklung ist in verschiedenen Kommunen verschieden weit fortgeschritten (Seebohm Report 1968).

Der Krankenhausbauplan von 1962 und seine revidierte Fassung von 1966 zogen die Konsequenzen aus dem rückläufigen Bettenbedarf der vorangegangenen Jahre. Sie sahen vor, dass die Bettenzahl in den englischen psychiatrischen Krankenhäusern bis 1975 auf 60 Prozent des Standes von 1959 gedrückt werden soll. Sie würde dann mit 1,8 Betten auf 1000 Einwohner ebenso hoch sein wie in der Bundesrepublik 1970 (Hospital Building Programme 1966; PEP 1963).

Baupläne für selbständige psychiatrische Großkrankenhäuser wurden entsprechend den Vorschlägen der Weltgesundheitsorganisation aus dem Jahre 1953 suspendiert. Das Gesundheitsministerium gab sich damit nicht zufrieden. Es kündigte zugleich den „Run-Down“, das heißt die Auflösung der meisten der abgelegenen und überalterten psychiatrischen Großkrankenhäuser an. Stattdessen wurden auf Community-Basis kleine psychiatrische Abteilungen in allgemeinen Krankenhäusern errichtet. Die Zahl, wie oben bereits angeführt: 120 Betten und 150 Tagesplätze auf 250.000 Einwohner, dazu gesonderte geriatrische Behandlungsplätze (Min. Health 1969).

Die Planer des Ministeriums zogen damit unter anderem die Konsequenzen aus Untersuchungen von Freudenberg, Bennett und May (1957), nach denen die Verweildauer im Krankenhaus und die Entfernung des Wohnortes des Kranken von der Klinik proportional ansteigt. Wer weiter weg wohnt, bleibt länger. Sie trugen aber auch vor allem der Tatsache Rechnung, dass die notwendigen Umbauten ebenso teuer gewesen wären wie Neubauten. Denn bei den neuen Projekten wird die ebenfalls von der WHO empfohlene Leichtbauweise vorgezogen, mit dem Argument, in 30 Jahren würden sie zwar auseinanderfallen, aber dann würden sie ohnehin obsolet sein.

Das Planziel von 1975 wurde nicht erreicht. Die Gründe dafür sind vielfältig. Der wichtigste dürfte in der Tatsache zu suchen sein, dass die Kommunen, die Local Authorities, mit der Bereitstellung von Nachsorgeeinrichtung nicht nachkommen. Immerhin hat das Gesundheitsministerium am 15. Oktober 1969 beispielsweise die Namen von vier der dreizehn psychiatrischen Großkrankenhäuser der Südwest-Region bekannt gegeben, die bis 1975 aufgelöst werden sollten. Vom 1. Januar 1970 an nahmen sie keine Patienten mehr auf.

### **Der Leitgedanke der “Community Psychiatry“**

Aber letztlich kann es bei allen Bemühungen um Behandlung, Rehabilitation und Wiedereingliederung der psychisch Kranken nicht in erster Linie um eine Verminderung der Behandlungsplätze gehen, sondern vor allem um die Verlagerung der Betreuung der Langzeitkranken aus den unstrukturierten und unstrukturierbaren Großkrankenhäuser in kleinere strukturierte Einheiten in der Community.

Diese Art der Psychiatrie ersetze Betten durch Stühle, behaupteten ihre Kritiker. Wenn sie nicht mehr tut als das, hat sie ihren Sinn allerdings verfehlt. Aber sie kann mehr. Sie kann zum Beispiel gewährleisten, dass der Kranke im Gewirr der Zuständigkeiten verschiedener Institutionen nicht verloren geht, solange er noch der Hilfe bedarf. Und sie kann verhindern, dass Probleme dadurch gelöst werden, dass der Kranke von einer Institution an die andere weitergereicht wird, wobei allgemeines Einverständnis darüber besteht, dass eine dieser Stationen die Endstation ist: traditionell das psychiatrische Großkrankenhaus. Im Community-Service gibt es keine Endstation, zumindest theoretisch nicht!

Der Grundgedanke hinter diesem System: Der Kranke soll, wenn er schon nicht geheilt werden kann, doch ein möglichst normales Leben in einer möglichst normalen Umgebung führen, - was immer „normal“ in diesem Zusammenhang heißen mag. Dabei handelt es sich gewiss um eine Wertentscheidung. Aber man sollte nicht vergessen, dass hinter der weitgeübten Praxis, psychisch Kranke in den Midlands, in der Heide oder auf der Schwäbischen Alb abzusondern, ebenfalls eine Wertentscheidung steht.

*Dieser Text folgt im Wesentlichen meinem Aufsatz „Die Psychiatrie in England“, Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 1970. Literatur dort*

## **28. August 1969: Der Weltkongress und seine Satelliten**

Mein Gastaufenthalt an der Tagesklinik sollte erst im September beginnen. Aber vorher fand der Weltkongress für Sozialpsychiatrie statt, den Josua Bierer organisiert hatte und den er auch präsierte. Sozialpsychiatrie war damals „in“. Hunderte von Gästen aus den USA, aus Deutschland und aus anderen Ländern waren angereist. Vor allem aber war es Bierer gelungen, neben zahlreichen Experten aus der aktiven Sozialpsychiater-Generation einige Koryphäen der Vergangenheit zu gewinnen - um nicht zu sagen Fossilien aus der Vergangenheit.

Dazu gehörte Arthur Koestler, Schriftsteller und Philosoph, der eine fulminante Eröffnungsansprache hielt, wie die Welt zu verbessern sei, und wie wir alle in Frieden und Gesundheit miteinander leben könnten. Dazu gehörte auch Linus Pauling, Doppelnobelpreisträger für Chemie und für Frieden. Der wiederum sprach weder über Frieden noch über Chemie, sondern über die Behandlung der Schizophrenie mit hohen Dosen Vitamin C. Linus Pauling hatte einen Sohn, der an Schizophrenie erkrankt war. Er hatte versucht, sein wissenschaftliches Wissen zu nutzen, um endlich eine Behandlung der Schizophrenie zu finden oder zu erfinden, die wirksamer war als alle bisherigen – und nebenwirkungsärmer. Und das war für ihn das Vitamin C. 1 g, 2 g, 3 g täglich sollte man einnehmen zur Prophylaxe - noch mehr zur Behandlung der Erkrankung. Dann würde sie gestoppt, dann würde sie sich zurückbilden. Es war ein wenig bedrückend, den großen alten Mann dort vorne stehen zu sehen und mit Nachdruck eine Überzeugung zu verkünden, die ihm nur einige Jünger abnahmen, sonst aber niemand, die von den meisten Zuhörern einfach nur als peinlich empfunden wurde.

Der Kongress selber war vielfältig und anregend. Alles hatte Platz, was sich als Sozialpsychiatrie verstand oder was es war. Manches war schon ziemlich schräg. Aber anderes war Mainstream-Sozialpsychiatrie der damaligen Zeit.

### **Warren Dunham**

Einen Referenten, der mich besonders beeindruckte, will ich herausgreifen: Warren Dunham, den große Pionier der psychiatrischen Epidemiologie. Sein Buch über Mental Disorders in Urban Areas, eine Untersuchung (gemeinsam mit Robert E. L. Faris 1937) über die epidemiologische Verteilung von psychischen Störungen in unterschiedlichen Stadtbezirken von Chicago war neben Hollingshead und Redlichs

„Social Class and Mental Illness“ (1958) zum Klassiker der Sozialepidemiologie psychischer Störungen geworden. Zahlreiche zentrale sozialpsychiatrische Thesen von der Ursache und der Auslösung psychischer Störungen haben von diesen beiden Untersuchungen ihren Ausgang genommen: z. B. die Frage, ob bestimmte psychische Erkrankungen in bestimmten Chicagoer Stadtteilen gehäuft waren – in Slumbezirken vor allem –, weil die Umgebung krankmachend war, oder ob es sich um Driftphänomene handelte – Menschen, die erkrankten, verloren ihre sozialen Bindungen und ihre ökonomischen Ressourcen und zogen in die ärmsten Stadtteile.

Diese Frage beschäftigte uns bis weit in die Achtzigerjahre hinein. Wir haben heftige, hoch emotionale Auseinandersetzungen darüber geführt – vor allen Dingen in meinen Vorlesungen und Seminaren in den Siebzigerjahren, die überwiegend von Sozialpädagogikstudenten besucht wurden. Ich muss dabei einräumen, dass ich schon früh ein Anhänger der Drifthypothese war, obwohl ich davon überzeugt war, dass der Stress des Lebens in einer menschenunwürdigen Umgebung sehr viel dazu beiträgt, eine einmal ausgebrochene Krankheit zu erhalten oder gar zu verschlimmern.

Die Diskussionslinie von Faris und Dunham war durch Hollingsheads und Redlichs Untersuchung über soziale Klasse und psychische Krankheit wieder aufgenommen worden. Die beiden hatten gefunden, dass sich eine Anhäufung von schizophrenen Psychosen in der untersten sozialen Schicht fand. Schizophrene waren in dieser Schicht neunmal so häufig vertreten wie in der Oberschicht oder der oberen Mittelschicht. Hier stellte sich die Alternative: „Verursachung oder Drift“ mit dem gleichen Nachdruck. Auch hier waren die Antworten die gleichen, wenn auch nicht ganz so eindeutig.

Betrachtete man nämlich die Inzidenz, die Häufigkeit der Ersterkrankungen pro Jahr in Ober- und Unterschicht, so betrug die Differenz nur 1 : 3. Betrachtete man die Prävalenz, der Häufigkeit, an einem bestimmten Stichtag, kam es zu dieser großen Differenz von 1 : 9. Mit anderen Worten: Wer einmal an einer Schizophrenie erkrankt war, hatte, je schlechter sein sozialer Status war, umso schlechtere Chance, je aus der Krankheit herauszukommen. Im Übrigen ist ja bekannt, dass die Schizophrenie eine Krankheit ist, die auf jeden Fall sozialen Aufstieg verhindert, in den meisten Fällen zu sozialem Abstieg führt, also dass die Drifthypothese am meisten für sich hat. Da die Schizophrenie oft eine Mehrgenerationenerkrankung ist, kommt es nicht selten vor, dass der Abstieg tatsächlich auch in mehreren Generationen erfolgt. Eine späte-

re englische Untersuchung von Hare am Maudsley Hospital zeigte denn auch, dass keine Unterschiede sichtbar wurden. wenn man den sozialen Status der Väter Schizophreniekranker mit dem anderer Leute verglich.

Warren Dunham hat in seinem Londoner Seminar wenig über Epidemiologie berichtet. Sein Thema war die Community Mental Health Bewegung, der er mit vorsichtiger Zurückhaltung und kritischem Geist gegenüberstand. Eine seiner kritischen Veröffentlichungen zum Thema aus den Sechzigerjahren war „Community Psychiatry: The newest therapeutic Band Waggon“.

### **Josuah Bierer**

Josua Bierer (geb. 1901), ein hoch gewachsener, massiger Mann mit weißen Haaren - ich habe ihn damals auf achtzig geschätzt, - war selber überall präsent. Er promovierte natürlich seine Tagesklinikidee und ließ sich als Gründer der Tageskliniken in der westlichen Welt feiern. Wir wissen heute (und wir wissen bereits seit einiger Zeit), dass Bierer mit seiner Tagesklinikidee, seinem Marlborough Day Hospital, keineswegs der Erste war, dass Cameron in Montreal mindestens ein, wenn nicht zwei Jahre vorher mit der Entwicklung einer Tagesklinik begonnen hatte. Aber das spielte damals keine Rolle. Bierers Idee war der zündende Funke für die Entwicklung der Tagesklinikbewegung in England gewesen; und damals machte ihm niemand seine Priorität strittig, obwohl er ein Außenseiter der britischen Psychiatrie blieb und obwohl er außerhalb des nationalen Gesundheitsdienstes arbeitete.

Der Kongress fand in einer Schule statt. Es waren Sommerferien in England. Es muss eine Schule für relativ junge Schüler gewesen sein. Tische und Stühle waren klein und unbequem. Aber das tat der guten Stimmung auf dem Kongress keinen Abbruch. Eine Episode muss ich noch erzählen: Unter im Schulgebäude hatte eine etwas füllige sympathische junge Frau ihren Tisch aufgestellt, um die Administration zu erledigen. Bei einer Gelegenheit trat sie freundlich auf mich zu, gab mir die Hand und stellte sich vor: „My name ist Bierer. Ich strahlte sie an. Josua Bierer stand neben ihr und ich beging prompt einen Fauxpas. „Oh, you are his daughter,“ freute ich mich. Sie, ohne die Miene zu verziehen: „No, I am his wife!“ Ich muss zugeben, die beiden passten gut zu einander.

## **Denham und Silverman**

Ich kann aus der Erinnerung nicht aufzählen, welche der vielen Symposien bzw. Seminare, wie sie damals hießen, ich besucht habe. Sie betrafen aber alle aktuellen Fragen zur damaligen Psychiatrie: Immer wieder die therapeutische Gemeinschaft, obwohl ich mich nicht erinnern kann, dass Maxwell Jones damals

anwesend war (die britische Psychiatrieszene war so zerstritten wie später die österreichische). Ein anderes Thema war die Psychiatrie am allgemeinen Krankenhaus. Morris Silverman war anwesend und John Denham, ein deutscher Emigrant, der, wie er erzählte, seinen Namen nach der Straße gewählt hatte, in der er in England seine erste Wohnung gefunden hatte - beide Pioniere der psychiatrischen Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern; und Thema war natürlich immer wieder Tagesklinik, Tagesklinik, Tagesklinik.

## **Charlotte Bühler und die humanistische Psychotherapie**

Aber es gab auch Einblick in neuer Therapiemethoden, die sich damals anschickten, die Welt zu erobern. Bis dahin gab es für uns nur die klassischen psychotherapeutischen Verfahren des verstehenden, stützenden Ansatzes und der Psychoanalyse. Beim Sozialpsychiatrieweltkongress aber hatten die Vertreter von Rogers nondirektiver Psychotherapie, wie sie damals noch hieß, ihren großen Auftritt. Zahlreiche Gruppentherapeuten boten Seminare an und die alte Charlotte Bühler führte in die humanistischen Psychotherapien ein, die sich von Rogers herleiteten, die aber dessen Rahmen der empathischen Zuwendung sprengten. Die damals im Europa noch unbekannte Gestalttherapie gehörte dazu.

Humanistische Psychotherapien sind diffuse Verfahren. Sie waren es damals schon. Sie setzten sich bewusst über das Abstinenzangebot von Freud hinweg. Sie setzten auf persönliche Nähe, auch auf körperliche Nähe. Eine der Gruppen hatte unter Charlotte Bühlers Führung regelrecht gelernt, was und wie man sich gegenseitig anfassen sollte. Bei Licht und in Dunkelheit. Wir wurden aufgefordert, zu berichten, welche Gefühle wir dabei hatten, positive oder negative, Angst oder Sympathie. Mir schien das alles ein wenig dubios. Aber interessant war es schon. Es hatte Anklänge an die damaligen vielfältigen kalifornischen Psychotherapie-Experimente, von denen wir erst später erfuhren (Ruitenbek 1970, Bach 1976).

## **Wer fehlte**

Auffällig am Kongress war, dass die etablierte englische Sozialpsychiatrie, insbesondere die Londoner Szene, am Kongress praktisch nicht vertreten war. Michael Shepherd, John Wing, George Brown, aber auch Douglas Bennett, mein späterer Mentor, hielten die ganze Geschichte für unseriös, für allzu schillernd. Auf der anderen Seite war auch die antipsychiatrische Fraktion nicht vertreten, zumindest nicht sichtbar. Weder Ronald Laing noch David Cooper traten in irgendeiner Weise in Erscheinung.

## **Frühe Therapieforschung**

Die etablierten amerikanischen Sozialpsychiater wussten das nicht; oder sie scherte es einfach nicht. Sie genossen die Gelegenheit, in diesem wunderschönen Sommer 1969 zu einer Reise nach Swinging London. So kamen wir auch in den Genuss eines Seminars mit Philip May, einem frühen methodisch sehr erfahrenen Therapieforscher. Er hatte Soziotherapie und Psychotherapie allein mit Medikamentenbehandlung bei schizophrenen Psychosen und der Kombination der jeweiligen Verfahren miteinander vergleichen. Dabei zeigte sich, dass die Medikamentenbehandlung allein den anderen beiden Verfahren überlegen war, dass aber die Kombination weitere positive Effekte brachte.

Wir waren damals von den Ergebnissen enttäuscht. Aber später sollte sich zeigen, dass wir es hier mit Pionierarbeiten zu tun hatten, deren Fragestellungen auch heute noch nicht abschließend beantwortet sind. Heute gehen wir davon aus, dass die Kombination von Medikamentenbehandlung mit Psychotherapie oder Soziotherapie den jeweiligen Einzelverfahren überlegen ist. Aber es kommt eben auch darauf an, welcher Art die Soziotherapie oder die Psychotherapie sind. Beides sind Begriffe, die der weiteren Definition bedürfen. Das war etwas, was uns damals noch fremd war.

## **Psychiatriesoziologie**

Dem Weltkongress für Sozialpsychiatrie folgte ein kleiner Kongress für Psychiatriesoziologie im Bedford-College, das sich damals anschickte, Zentrum der englischen Medizinsoziologie zu werden. George Brown wechselte später vom Maudsley Hospital an das College. Uta Gerhard war dort von 1974 an sieben Jahre lang Professorin und erhielt dort ihre medizinsoziologische Prägung.

## **Oxford**

Es folgten – ebenfalls noch in Verbindung mit dem Weltkongress – zwei Seminarwochen in einem echten College in Oxford, zu dem meine Frau, die nachgereist war, mich begleitete. Themen waren Tagesklinik, therapeutische Gemeinschaft und psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Es waren reichhaltige Wochen, nicht nur wegen der Inhalte der langen Seminartage, sondern auch durch die Fast-Klausur am College. Es waren Sommerferien; und in dieser Zeit wurden die Räume an Gäste vermietet. Wir wohnten in einem Studenten-Apartment mit dem diskreten Charme eines Drittklasshotels - aber eben alles echt alt. Wir aßen im Refektorium, einem hohen holzgetäfelten Raum mit langen mächtigen Tischen, bedient von altgedienten Butlern. Über Jahrhunderte hatten sich hier viele später bedeutende Briten über Stelldichein gegeben, damals noch als scheue, mehr oder weniger selbstbewusste Studenten.

In der Seminarwoche ging es um die Psychiatrie in England, wie oben beschrieben. Aber im Besonderen ging es um die Tagesklinik und um die psychiatrische Abteilung am Allgemeinen Krankenhaus unter der Leitung von Maurice Silverman und Josuah Bierer. Danach war ich überzeugt, dass die Zukunft der Psychiatrie in beiden liegen würde.

Zwei Wochen in Aberystwith in Wales schlossen sich an, zwei wunderbare Ferienwochen an der Atlantikküste, in einer wilden Landschaft an einer wilden See. Dann wurde es ernst mit dem Maudsley Dayhospital. Das heißt, ernst wurde es eigentlich überhaupt nicht. Es wurden drei angenehme, ruhige, in jeder Hinsicht inhaltsreiche Monate mit Douglas Bennett und seinem Team.

## **29. Das Maudsley Day Hospital**

Das Maudsley Day Hospital war eine der frühen Tagesklinikgründungen in England, wenngleich man es vom Gründungsjahr 1953 her nicht unmittelbar zu den Pionier-einrichtungen rechnen kann. Dennoch war seine Gründung durch Harris ein Markstein für die Tagesklinikentwicklung. Denn mit der Ansiedlung am renommierten Maudsley Hospital schritt der Institutionalisierungsprozess der Tagesbehandlung als Alternative und Ergänzung zum stationären Rahmen voran, der damals fast immer ein Anstaltsrahmen war.

Douglas Bennett hatte die Leitung des Day Hospital Ende der Fünfzigerjahre (1957) übernommen und damit eine neue Ära eingeleitet; denn von nun an wurde es unter Beibehaltung klarer Rollenteilung nach den Grundprinzipien der therapeutischen Gemeinschaft geführt.

Die Tagesklinik war in einem alten dreistöckigen Reihenhauses angesiedelt, das bis wenige Jahre zuvor ein Wohnhaus gewesen war. Unmittelbar neben der Tagesklinik lag Rehabilitation Unit – ebenfalls in einem ehemaligen Wohnhaus. Die bauliche Anlage hatte einen großen Vorteil. Es gab einen Zugang zum Haus von der Straße her, in der u. a. die Zentrale der Heilsarmee residierte. Und es gab einen zweiten Zugang direkt zum Krankenhaus, zum Maudsley Hospital.

Die Patienten kamen aus Camberwell, einem Arbeiterdistrikt im Süden von London, der damals schon von sehr vielen Ausländern aus dem Empire bewohnt war, aber dessen Infrastrukturen zu verslumpen drohte, aber damals noch verhältnismäßig gut erhalten waren. Das London Maudsley Hospital hatte aus Forschungsgründen, aber auch ein wenig aus versorgungsideologischen Gründen, Camberwell als Versorgungssektor, als „Catchment Area“ übernommen. Es hatte die stationäre, ambulante und teilstationäre Vollversorgung für die 180.000 Einwohner des Bezirks übernommen. Die Tagespatienten kamen aus dieser Region. Bemerkenswerterweise waren sie fast ohne Ausnahme Engländer, Londoner, überwiegend aus Arbeiterfamilien, die einen ausgeprägten Cockney-Akzent sprachen, der für mich anfangs nur schwer zu verstehen war.

### **Behandlungsort und Programm zugleich**

Die Tagesklinik war Behandlungsort und Programm zugleich. Jeder Tag hatte seinen strukturierten Beginn und sein strukturiertes Ende. Jeder Tag begann mit einem ge-

meinsamen Kaffee - allerdings getrennt für Patienten und Personal, was vielleicht einer der Gründe dafür war, dass sie nicht alle pünktlich um neun aufkreuzten, sonder dass zwischen neun und zehn einer nach dem anderen eintrudelte, die Therapeuten oft sogar noch später. Häufig saßen wir bis halb elf beim Kaffee im Gespräch (im Arbeitsgespräch natürlich), bevor wir uns an die Arbeit machten.

Der Nachmittag endete gegen vier – wie sollte es in England auch anders sein – mit einem gemeinsamen Tee. Da saßen Mitarbeiter und Patienten dann häufig zusammen, besprachen den Tag und die Ängste vor dem Abend. Die Kranken litten mit ganz wenigen Ausnahmen an Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Meist hatte sie eine lange Krankenkariere hinter sich. Zu den Ausnahmen gehörte ein Patient namens John Lennon, der unter schweren Ängsten litt. Er hatte nicht nur einen einprägsamen Namen. Er wird mir als Mitglied meiner therapeutischen Kleingruppe immer im Gedächtnis bleiben, weil er mich für seine Ängste verantwortlich machte. Beim Sturmangriff auf Dünkirchen 1940 seien sie das erste Mal aufgetreten und seither nie mehr richtig verschwanden. Es seien die Deutschen gewesen, die Schuld dran seien - und ich sei ein Deutscher. Es half nichts. Ich musste während des gesamten Tagesklinikaufenthaltes mit diesen Vorwürfen leben, obwohl ich damals gerade drei Monate alt gewesen war und sicher anderes im Kopf hatte, als die Engländer in den Kanal zu werfen.

Das Mittagessen fand für Kranke, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der zentralen Cafeteria des Maudsley Hospital statt, wo die Patienten von allen Stationen, außer der einzigen geschlossenen Abteilung, zum Essen hingingen. An das Mittagessen schloss sich eine therapeutische Pause von etwa einer Stunde an. Dazwischen, zwischen Morgenkaffee und Mittagessen, zwischen Mittagspause und Tee fanden alle möglichen Aktivitäten statt, die sich in instrumentale und sozioemotionale unterschieden. Das waren Begriffe, die wir, Christiane Haerlin, Douglas Bennett und ich, in meiner Tagesklinikzeit unter Berufung auf Elaine Cumming herausarbeiteten.

Arbeit und Beschäftigung, für die Christiane zuständig war, waren instrumentale Tätigkeiten, an denen sich aber alle möglichen sozioemotionalen Konflikte entzündeten. Sozioemotionale Aktivitäten waren kreativ-therapeutische Sitzungen, die aber nur einzelnen Patienten vorbehalten waren (wenn überhaupt), waren die Gespräche mit den Schwestern und den Ärzten, waren die Kleingruppen, die dreimal in der Woche zwischen elf und zwölf unter Leitung eines der Ärzte (Registrars hießen sie) stattfanden.

Eine der drei Gruppen durfte ich nach wenigen Tagen als clinical assistant selber leiten. Im Mittelpunkt aber stand die Hausgruppe, die einmal wöchentlich stattfand. Die habe ich in der „Tagesklinik“ beschrieben. Dieser Beschreibung werde ich auch in diesem Erinnerungsbuch folgen.

### **Der Mittelpunkt: Die Hausgruppe**

Es war gar nicht so einfach, ein therapeutisches Milieu für vierzig psychisch Kranke – zwei Drittel davon Männer – zu gestalten. Das Tagesprogramm war dicht strukturiert. Industriebezogene Arbeitstherapie spielte eine zentrale Rolle im therapeutischen Konzept. Die subtile Abstufung der Anforderungen und die Vielfalt des Arbeitsangebotes waren Merkmal des therapeutischen Settings. Diese Einrichtung hatte nichts von der Verspieltheit, die mir damals bei zahlreichen Tagesklinikbesuchen immer wieder aufgefallen war.

Obwohl sie nur einmal in der Woche stattfand, war die Hausgruppe, die Versammlung aller Patientinnen und Patienten und des gesamten Personals, die prägende Veranstaltung.

Das wiederholte Erlebnis dieser Gruppe und der anschließenden Nachbesprechungen machte mir erstmals wirklich deutlich, welche therapeutischen Möglichkeiten die Tagesbehandlung anbietet. Im Maudsley Day Hospital wurden schwerkranke Patientinnen und Patienten teils über Jahre behandelt und rehabilitiert. Hier wurde schwer behinderten Patienten eine echt Alternative zur vollstationären Behandlung angeboten - nicht wenigen zur Langzeithospitalisierung in psychiatrischen Anstalten.

Ich hatte das bereits bei meinem ersten Besuch 1968 wahrgenommen. Aber jetzt geriet ich bereits zu Beginn meines Aufenthaltes im Spätsommer und Herbst 1969 mitten in eine heftige Strukturdiskussion über die Zukunft der Tagesklinik. Auf diese Weise hatte ich nicht nur Gelegenheit zu lernen, wie man eine solche Einrichtung betreibt. Mir wurde zugleich deutlich, dass ein solcher Betrieb von seiner Konzeption als gruppentherapeutischer Institution her immer wieder zu mannigfachen Spannungen zwischen den beteiligten Gruppen führte, Schwestern und Beschäftigungstherapeuten, Ärzten und Schwestern, aber auch von Gruppen der Patienten untereinander.

Mit zunehmender Faszination beobachtete ich, wie sich unter den Patienten der Klinik eine Art Klassenbewusstsein herausbildete, welches den sozialen Schichtver-

hältnisse von Camberwell entsprach, und das sich am deutlichsten in der Hausgruppe am Mittwochnachmittag manifestierte. Eine Gruppe, die sich selber die „Workers-Group“ nannte, setzte sich von einer Mittelschichtgruppe ab, die überwiegend aus Hausfrauen und einigen Angestellten (Männern) bestand, und die von der Arbeitergruppe als „non-working“ beschimpft wurde. Tatsächlich arbeiteten alle Tagespatienten, aber eben ihrer Herkunft und ihrem Wiedereingliederungsziel entsprechend, im Rahmen der industrienahen Arbeitstherapie im Büro oder als Hausfrau. Nur wurden Büroarbeit und insbesondere Hausarbeit von den „echten“ Arbeitern nicht als richtige Arbeit anerkannt – ein Stück Spiegel der Realität.

In der Hausgruppe saßen die „workers“ und die anderen einander gegenüber. Bennett saß meist dazwischen vor dem Kamin dieses in einen Tagesraum umfunktionierten ehemaligen Wohnzimmers. Hier lieferten sie sich wütende Auseinandersetzungen im Wechsel mit langen Phasen erbitterten, manchmal aber auch gelösten Schweigens. Hier wurden die Hauskonflikte sehr deutlich. So wurden die Beschäftigungstherapeutinnen immer wieder angegriffen, weil sie die Patienten angeblich zur Arbeit antrieben, weil sie sich nicht anders verhielten als die Werkmeister in den Betrieben: Sie würden die Patienten in genau gleicher Weise schinden. Von den Patienten umworben wurden hier die Schwestern, die im Rahmen der Tagesklinikarbeit eine mehr stützende Funktion für die Patienten hatten, bei denen man auch einmal klagen durfte, die es gar nicht so ungern sahen, wenn einer von den Patienten von Zeit zu Zeit deutlich machte, wie krank er doch eigentlich sei und dass es nicht recht sei, dass man als Kranker (im Rahmen der Tagesklinik) arbeiten müsse.

Den heftigsten Streit gab es jedoch eines Tages, als die Beschäftigungstherapeuten nicht rechtzeitig neue Arbeitsaufträge beschaffen konnten. Kurzarbeit war die Folge – eine schon damals für die englische Industrie nicht ungewöhnliche Situation. Die workers verlangten wütend, die Beschäftigungstherapeuten sollten ihnen die Ausfälle an Einkommen ersetzen, obwohl es sich bei ihren Verlusten nur um geringe Beiträge handeln konnte. Die gesetzliche Obergrenze für die Bezahlung von Arbeitstherapie lag damals bei zwei Pfund (damals ca. 40,00 DM) in der Woche. Aber es ging ja letztlich nicht um die verlorenen Pennies, sondern darum, dass die beschützende Welt der Tagesklinik unfreiwillig eine Angstsituation des „wirklichen Lebens“ reproduziert hatte.

Solche Konflikte sind typisch für die Tagesbehandlung, die versucht, die Balance zu halten zwischen zumutbarer Belastung und notwendiger Stützung. Aber nur selten wird es so deutlich wie an diesem Beispiel, dass die Therapeuten den Patienten für die Arbeitsumwelt stehen. Entsprechend aktualisieren sich an ihnen Konflikte, die sie mit entsprechenden Bezugspersonen „draußen“ haben. Das vermittelt eine Gelegenheit zur therapeutischen Aufarbeitung der Probleme, wenn die Therapeuten das erkennen. Solche Konflikte sind Anlass zu Frustration und Spannungen unter dem therapeutischen Personal, wenn sie vordergründig als persönliche Probleme zwischen Patienten und dem jeweiligen Teammitglied verstanden werden.

Einmal in der Woche gab es Außenaktivitäten. Mittwochnachmittag gingen die Schwestern und die Ergotherapeuten mit den Patientinnen und Patienten auf irgendeine Unternehmung in der näheren oder weiteren Umgebung – eine Mischung zwischen instrumentaler und sozioemotionaler Veranstaltung. Reine Wärme wurde am Freitagnachmittag ausgeteilt, bevor die Tagesklinik für das Wochenende schloss. Da gab es Kaffee und Kuchen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Kranke saßen zusammen und tauchten in Wohlgefühl ab, manche Kranke nicht ohne bängliche Gefühle, wie sie wohl das Wochenende überstehen würden.

### **Das Team**

Das Tagesklinikteam bestand aus Douglas Bennett (Teilzeit). Er hatte als Consultant noch eine Abteilung im Royal Bethlehem Hospital zu versorgen und führte an einzelnen Nachmittagen ambulante Sprechstunden durch. Dazu gehörte ein Senior Registrar (Oberarzt), der allerdings nur für wenige Monate ganztags der Tagesklinik zugeordnet war, und es waren noch ein oder zwei Registrars, also Assistenten in Ausbildung, die in der Tagesklinik wirkten.

Dann war da Lucie, die blinde Sozialarbeiterin mit ihrem Hund, und Catherine, eine Sozialarbeiterpraktikantin aus Montreal, die später fest angestellt wurde. Außerdem gab es mehrere Krankenschwestern. Chefin war die Sister. Auch an ihren Namen kann ich mich nicht erinnern. Zusätzlich waren noch zwei oder drei Nurses an der Tagesklinik beschäftigt. Immerhin hatte sie 30 Behandlungsplätze. Außerdem versorgte sie, nicht nur am Freitagnachmittag, eine ganze Reihe von Patienten nach. Von Struktur und Größe wurde die Maudsley Tagesklinik später mein Vorbild für die

Tübinger Tagesklinik. Vieles, was wir dort getan haben, war nicht Kopie von Maudsley, aber Weiterentwicklung und Modifikation.

## **30. Die Rehabilitation Unit:**

### **Brown und Wing, Freudenberg und Early**

Die Verbindungen zur Rehabilitation Unit im Nachbarhaus waren eng. Es war eine reine arbeitstherapeutische Institution, wo die instrumentale Seite der Therapie und der Rehabilitation ganz im Vordergrund stand. Die Patienten befanden sich in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Ansonsten war der Leiter der Werkstätte ihr Chef. Allerdings pendelten die Patienten, insbesondere die Männer, zwischen Rehabilitation Unit und Tagesklinik immer mal wieder hin und her.

Auf diese Weise bekam ich auch einen guten Einblick in die Rehabilitation Unit, von der zu dieser Zeit ein Begleitforschungsprojekt durchgeführt wurde – und zwar von John Wing, dem damals führenden Kopf der englischen Sozialpsychiatrie, George Brown, dem führenden Kopf der englischen Psychiatriesoziologie und Barbara Stevens, einer eher zurückhaltenden, aber sehr klugen Soziologin. Die regelmäßigen Sitzungen gaben mir nicht nur die Möglichkeit, Einblick in ihre Arbeit zu nehmen. Sie verschafften mir auch eine dauerhafte Bekanntschaft, vor allem zu John Wing, nicht so sehr zu George Brown, den ich eher als zurückhaltend erlebte.

Mit gewissen Einschränkungen kann man sagen, dass John Wing unter den beiden der wissenschaftliche Macher war und George Brown der Denker. Es bestanden auch damals schon gewisse Spannungen zwischen den beiden. Sie hatten schon lange zusammengearbeitet. Sie hatte in den Sechzigern gemeinsam die „Three Hospitals Study“ durchgeführt. Eine zusammenfassende Darstellung dieser Untersuchung habe ich in meinem Buch „Hospitalisierungsschäden“ (1974) abgedruckt. Sie hatten dabei festgestellt, und zwar wissenschaftlich valide, dass der Aufenthalt in psychiatrischen Anstalten Schäden setzt, Hospitalisierungsschäden, Institutionalisierungsschäden – „Institutional Neurosis“ war der Begriff, den Russel Barton diesem Zustand verlieh – und sie zeigten, dass man diesen Schäden entgegenwirken konnte, wenn man den Patienten ausreichend Aktivitäten erlaubte und vermittelte.

Russel Barton hat das in seinem kleinen Buch, das wir auch in den „Hospitalisierungsschäden“ in deutscher Übersetzung abgedruckt

haben, auf die Spitze getrieben. Er forderte 16 Stunden Aktivitäten am Tag an sieben Tagen in der Woche. Brown und Wing haben das modifiziert. Fünf Stunden struktu-

rierter Aktivität am Tag reichten, und wie sie ausdrücklich hinzufügten, durfte Fernsehen nicht unter die Aktivitäten gezählt werden.

Das waren natürlich nicht die einzigen Ergebnisse der Three Hospitals Study, die 1970 als Maudsley Monographie veröffentlicht wurde. (Brown und Wing 1970). Die Forscher zeigten in ihren Untersuchungen auch das ganze Elend der Anstaltspsychiatrie, der Entwürdigung der Kranken durch Wegnahme von Eigentum, von eigener Kleidung, durch den Ausschluss von Messer, Gabel, Schere, Licht. Ihre Ergebnisse und was sie dazu zu sagen hatten, haben mich neben der Mentorenschaft Douglas Bennetts dazu veranlasst, mich mit den psychiatrischen Institutionen auch in Deutschland auseinander zu setzen - damit, was wir tun konnten, den Kranke zu helfen und damit, was wir versäumten.

In diesen drei Monaten mit Bennett, Wing und Brown erhielt ich meine Prägung als späterer Psychiatrieaktivist, allerdings nicht nur dort. Auf Veranlassung und durch Vermittlung von Bennett lernte ich die britischen Reformer Rudolf Freudenberg und Donal Early kennen.

### **Rudolf Freudenberg**

Rudolf Freudenberg war damals Medical Superintendent vom Netherne Hospital. Er war nicht nur Lehrer von Douglas Bennett gewesen. Er war einer der Vordenker und der Vorkämpfer der englischen Psychiatriereform. Bennett hatte in Netherne gearbeitet, bevor er Consultant am Maudsley Hospital geworden war. Freudenberg war vor dem Krieg von Deutschland über Österreich nach London emigriert (er war kein Jude). Dennoch hatte er, wie viele andere Mitglieder der großen Industriellen- Familie Freudenberg, im Ausland Zuflucht gesucht. Er hatte aus Wien die Insulinbehandlung mit nach England gebracht, hatte sie auf breiter Basis eingeführt, wie parallel dazu Max Müller in Münsingen in der Schweiz.

Freudenberg war aber rascher desillusioniert. Er hat früh Untersuchungen darüber durchgeführt, dass die Behandlung mit Insulin im Endeffekt nicht wirksam oder wenig wirksam war und deshalb wegen ihrer großen Risiken auch nicht vertretbar. Freudenberg hatte noch anderes herausgefunden, was mich damals sehr interessierte und was wir in Deutschland nachuntersucht haben, nämlich, dass die Aufenthaltsdauer in der psychiatrischen Klinik mit der Entfernung des Wohnortes vom Krankenhaus wächst, dass sie sogar drastisch anwächst, wenn die Entfernung mehr als 40

Km beträgt und die Zugangswege zu den Krankenhäusern mit öffentlichen Verkehrsmitteln schlecht sind.

Es ist fast müßig hinzuzufügen, dass diese in den klassischen psychiatrischen Anstalten, die auch in England irgendwo auf dem Lande in einem schönen Park gelegen waren, regelmäßig schlecht waren. Pragmatisch, wie die Engländer waren, schufen sie dann Shuttle-Verbindungen zwischen dem nächsten U-Bahnhof (in London) und dem Krankenhaus und holten die Angehörigen in die Kliniken). Netherne gehörte zu den drei Krankenhäusern, die Brown und Wing untersucht hatten. Es war sicher das progressivste von den dreien, obwohl es damals in England andere Krankenhäuser waren, die als die Reformvorbilder galten, in Mapperly, in Croydon beispielsweise. Freudenberg war ein ruhiger, freundlicher Mann, der nicht allzu viel redete, aber den Dingen auf den Grund ging und sie in wenigen Gedanken auf den Punkt brachte.

### **Donal F. Early**

Der zweite Pionier, zu dem Bennett mich schickte, war Donald Early in Bristol, ein fast fanatischer Verfechter der Arbeitstherapie als Rehabilitationsmethode und der sogenannten industriellen Arbeitstherapie. Damals war ich begeistert, begeistert vor allem, weil die Patienten für ihre Arbeit bezahlt wurden (bescheiden, aber immerhin). Ich war auch begeistert, weil eine reale Arbeitssituation nachgeahmt wurde.

Early wirkte nicht so, aber irgendwo muss er zwanghaft gewesen sein.

Er hatte 144 Stufen der beruflichen und sozialen Rehabilitation in ein Raster gepackt, das die Patienten durchlaufen konnten und mussten. Später in der Postachtundsechzigerzeit nahm meine Begeisterung ab, weil ich Grenzen der Arbeitsrehabilitation sah. Das hatte natürlich auch mit der ersten industriellen Rezession zu tun. Aber entscheidend war, dass es sich überwiegend um primitive Arbeit handelte, um Schraubchen drehen und Tüten kleben, um Dinge, die man anderen nicht zumuten würde, und die oft unter dem kulturellen und intellektuellen Niveau der Patienten waren.

Allerdings tat die Arbeit den meisten Kranken gut. Ich bin später jedoch zu der Auffassung gelangt, dass Behindertenarbeit keine Kopie der Arbeit von Gesunden sein sollte, sondern dass sie sich zeitlich im Sinne von Wing und Brown auf etwa fünf

Stunden Aktivität am Tag beschränken sollte und möglichst viel Spielraum für die Selbstgestaltung des Tages in Freizeit und sozialen Aktivitäten gewähren sollte.

## 31. Psychiatrisoziologische Überlegungen

### Milieu und therapeutische Kultur

Am Maudsley Day Hospital ist mir das erste Mal etwas aufgefallen, was von den Theoretikern und Praktikern der psychiatrischen Versorgung bis heute sträflich unterschätzt wird. Oft wird es überhaupt nicht wahrgenommen. Eine therapeutische Institution, ein therapeutisches Setting mit regelmäßigen Abläufen, Regeln und Vorschriften und regelmäßigen Teilnehmern ist ein normatives soziales Gebilde. In einer solchen Institution bestehen neben den sichtbaren auch unsichtbare Erwartungen und Regeln, die sich unter den Patienten und unter den Therapeuten tradieren, ohne dass die so recht davon wissen. Dazu gehört, welche Regelverstöße toleriert werden und welche nicht, was man unbedingt tun muss und was man ungestraft lassen kann, wann man riskiert, rausgeworfen zu werden, und, auf Therapeutenseite, wann man riskiert, vom gesamten Team gerüffelt oder gar ausgeschlossen zu werden.

Solche Institutionen entwickeln eine therapeutische Kultur, die eine milieutherapeutische ist, weil sie multiprofessionell getragen und von den Patienten akzeptiert und tradiert wird. In dieser Kultur wirken nicht die einzelnen Behandlungsmethoden, die therapeutischen Gespräche der Ärztinnen und Ärzte, der Aktivitäten der Ergotherapeutinnen oder der Sozialarbeiter, sondern das therapeutische Gebilde Tagesklinik als Ganzes. Ich bemühe gerne als Analogie dazu das Beispiel der selbsttragenden Karosserie beim modernen Auto im Gegensatz zum klassischen Auto der Vierziger- oder Fünfzigerjahre, bei denen es ein Chassis gab, auf das die Karosserie, an das die Achsen und was sonst noch so notwendig war, montiert wurden.

Milieutherapeutische Institutionen sind therapeutische Instrumente eigener Art. Es kommt darauf an, sie zu verstehen, sie zu nutzen, sie vorsichtig zu steuern und vor Entgleisungen zu bewahren. Die Gefahr, dass es dazu kommt, ist immer gegeben. Das beste Mittel dagegen ist eine regelmäßige Supervision und eine ebenso regelmäßige selbstkritische Diskussion über die Ziele, die man mit dieser Institution verfolgt: Es sind Behandlungsziele für die Kranken, die zu behandeln man den Auftrag hat. Es ist nicht Selbstverwirklichung. Es ist auch nicht spezifische Selektion von Kranken, die besonders gut in das Konzept passen, das man sich zurechtgelegt hat.

Um das milieutherapeutische Konzept wirklich therapeutisch zu machen, ist es notwendig, eine gemeinsame therapeutische Haltung zu entwickeln. Das wiederum

setzt Reflexion, Diskussion und Supervision bei einem Supervisor voraus, der Auftrag und Behandlungsziele der Institution akzeptiert.

### **Normen und Rollenerwartungen**

Wie die Normen, wie die Erwartungen an die Patienten sich in der Institution auswirken, schlug sich im Maudsley Day Hospital vor allen Dingen in der wöchentlichen Hauskonferenz nieder. In meiner „Tagesklinik“ (1977) habe ich das an mehreren Stellen beschrieben. Darauf will ich hier nicht eingehen.

Dies waren die Fragen, die Bennett, Christiane Haerlin und mich neben der Alltagsarbeit beschäftigen: Was waren die wirklichen Defizite unserer Patientinnen und Patienten jenseits der Krankheitssymptome? Wie passten sie in das medizinsoziologische Raster, das vor allen Dingen Talcott Parsons in seinem Social System (1951) entwickelt hat und das für alle Kranken gelten sollte. Nicht nur uns, anscheinend auch ihm, ist später aufgegangen, dass zwischen körperlichen und psychisch Kranken zu unterscheiden ist. Parsons hat das in einem berühmten Aufsatz über Krankheit und Gesundheit im Lichte der Wertbegriffe Amerikas angedeutet, der in deutscher Übersetzung in Mitscherlichs berühmtem Sammelband „Gesundheit und Gesellschaft“ (1964) abgedruckt ist. Wir haben in unseren Diskussionen versucht, das zu präzisieren und dabei folgende gemeinsame Basis gefunden.

### **Körperlich Kranke**

Körperlich Kranke sind durch ihre Krankheit daran gehindert, ihre sozialen Aufgaben zu erfüllen. Sie können ihrer Berufstätigkeit nicht nachgehen, schlicht weil sie zu krank dazu sind. Sie nehmen ihre Berufsrolle, ihre Rolle als Familienvater oder ihre Rolle als Mitglied der Gemeinschaft wahr. Sie begreifen, was sie eigentlich tun sollten. Aber sie können sie nicht erfüllen, weil sie krank sind. Und weil sie krank sind, haben sie Dispens von der Gesellschaft, immer unter der Voraussetzung, dass sie an ihrer Gesundung mitarbeiten und dass ein Ende der Krankheit absehbar ist.

### **Psychisch Kranke**

Bei psychisch Kranken ist das anders. Sie könnten theoretisch durchaus ihre Aufgaben erfüllen. Es mangelt ihnen nicht an körperlicher Kraft. Es mangelt ihnen an etwas anderem. Sie sind darin behindert, die normativen Erwartungen, die Rollenerwartungen an sie zu erkennen. Ihre Denkstörungen, ihr Wahn, ihre Verfolgungsängste, die Stimmen, die ihnen erzählen, was sie tun sollen, hindern sie daran, ihr erlerntes Rol-

lenverständnis fortzuführen und danach zu handeln. Und davon ist, anders, als bei der körperlichen Erkrankung, ihr gesamtes soziales Gefüge und ihr gesamtes soziales Bewusstsein betroffen: Sie sind darin behindert, ihre Rolle als Vater und Ehemann wahrzunehmen, ihre Verantwortung als Versorger der Familie, als Steuerzahler, als Arbeiter oder als Arzt.

Sie sind darin behindert, weil sie durch ihre Krankheit eine veränderte Sichtweise von ihren Aufgaben haben. Gegebenenfalls müssen sie, wenn sie gleichzeitig wahnhaft und aktivitätsgesteigert sind, mit sanftem Zwang oder gar Gewalt daran gehindert werden, ihre verantwortungsvollen gesellschaftlichen Aufgaben weiterhin auszuüben: Als Chef eines Betriebes, als Lehrer, als Vorarbeiter, als Bus- oder Lokomotivführer und vieles andere mehr. Sie müssen gegebenenfalls auch daran gehindert werden, ihre Familienmitglieder zu nötigen, nach ihren wahnhaft veränderten normativen Vorstellungen zu handeln.

Das bedeutet, dass psychische Krankheit aus soziologischer Perspektive einen völlig anderen Handlungs- und Behandlungsansatz verlangt. Es geht nicht um die Wiederherstellung der Fähigkeit, das Bündel der beeinträchtigten sozialen Rollen im technischen Sinne wieder instand zu setzen. Es geht vielmehr darum, die Kranken in den Stand zu versetzen, das Verständnis von ihren Rollen und Aufgaben in der Weise zu beeinflussen und zu revidieren, dass eine Anknüpfung an ihr früheres Leben möglich ist, dass sie wahrnehmen, was sie in der Phase der Krankheit – d.h. aus der normativen Sicht ihrer gesellschaftlichen Umwelt - falsch gedacht und gehandelt haben.

Wenn dies nicht möglich ist oder wenn es nicht möglich ist, der gesellschaftlichen Umwelt gegenüber ein Versprechen abzugeben, dass dieser Zustand dann doch irgendwann einkehren wird, ist der soziale Ausschluss der psychisch Kranken die Folge. Wie sehr die Kranken das beschäftigt, hat Kai Erikson in seinem Aufsatz über „Soziale Ungewissheit – das Dilemma des psychisch Kranken“ beschrieben, in einem Aufsatz, den Michael von Cranach und ich später in unseren sozialpsychiatrischen Texten herausgegeben haben (1972).

Diese Diskussion haben Douglas Bennett und ich bis an dessen Lebensende für das wichtigste Element unserer Begegnung in der Maudsley Tagesklinik gehalten. Er hat mir das 1997, wenige Wochen vor seinem Tod, in einem langen Brief noch einmal geschrieben.

## **Beyond Work**

Die Londoner Monate bestanden natürlich nicht nur aus Arbeit in der Tagesklinik fünf Tage in der Woche von 10.00 bis 17.00 Uhr. Sie waren natürlich auch geprägt von der Londoner Atmosphäre, von der Atmosphäre des Swinging London von 1969. Ich sog die Stadt in mich auf. Camberwell, wo ich auch ein Zimmer gefunden hatte, Kensington und die Kings Road und andere edlere Stadtteile, die Gegend um Soho Square, in der sich nicht nur die damalige Poprockmusikszene abspielte, sondern um die herum sich auch die traditionellen Buchläden und Antiquariate gruppierten: In der Shaftesbury Avenue, Foyles, die größte Fachbuchhandlung der Welt an der Charing Cross Road – sie besteht allen Unkenrufen zu Trotz heute noch und ist fast noch genau so verstaubt wie damals – ein bisschen weiter nördlich die Buchhandlung Lewis im Bloomsbury, in der Nähe des British Museums, in der ich eine große Anzahl ausrangierter wichtiger historischer sozialpsychiatrischer Schriften für ein Butterbrot und ein Ei erstehen konnte.

Die Buchhandlungen zu durchstreifen, war meine Samstagsbeschäftigung. Kleine Umwege in die Szene um die Carnaby Street, den Blumenmarkt von Covent Garden, der damals wirklich noch ein Blumenmarkt war, zum Flohmarkt in der Portobello Road oder in die Kings Road gehörten selbstverständlich dazu. Meine Abende waren verhältnismäßig ruhig. Gelegentlich traf ich Christiane Haerlin und ihre Freundin. Gelegentlich, aber nicht so häufig, ging ich noch ins Kino. Easy Rider beispielsweise habe ich damals gesehen und den gewaltigen Lion in Winter, einen Königsdramenfilm mit Richard Burton.

## **Weitere Begegnungen**

Wichtig war die Begegnung mit Michael Cranach, der mit seiner Frau Barbara zwei Jahre in London am Institute of Psychiatry an der epidemiologischen Forschung bei Michael Shepherd tätig war. Wir trafen uns öfter im Institut, tranken dort gelegentlich ein Bier zusammen in der dazugehörigen Bar. Aber richtig ins Gespräch kamen wir erst an einem sehr feuchten Samstagnachmittag, als wir zu dritt - Michael, Barbara und ich - Zuflucht im Eingang der Buchhandlung Foyles gesucht hatten.

Damals entstand die Idee zu unseren sozialpsychiatrischen Texten. Wir fanden das beide wichtig, dass das, was in England so lebendig war, was dort gedacht wurde, in Deutschland zugänglich würde. Wir wollten einen Reader herausbringen und zwar

vorzugsweise in den Soziologischen Texten von Luchterhand – ein Projekt, aus dem dann leider nichts wurde. Daher stammt aber der Titel „Sozialpsychiatrische Texte“, die wir dann später mit Vermittlung von Heinz Häfner bei Julius Springer unterbringen konnten (von Cranach und Finzen 1972).

In der Londoner Tagesklinik lernte ich auch Ambros Uchtenhagen kennen, der für vierzehn Tage nach London gekommen war, um Vorbereitungen für die Gründung der Zürcher Tagesklinik zu treffen. Auch daraus wurde dann eine langdauernde Bekanntschaft, die in den Jahren vor meiner schließlich Übersiedlung in die Schweiz eigentlich intensiver war als vorher.

### **Wie ein trockener Schwamm**

In den Londoner Monaten war ich, was die Psychiatrie anbetraf, wie ein trockener Schwamm. Ich habe alles aufgesogen, was mir neu und interessant war, mochte es auf den ersten Blick manchmal auch als sehr fremd erscheinen. Ich habe eine Fülle von Leseanregungen und Literaturhinweisen erhalten, die ich zum Teil noch in London in mich aufgenommen habe, zum Teil erst viel später.

Drei der wichtigsten Leseerfahrungen jener Zeit waren David Mechanic gerade erschienene „Medical Sociology“. Die Fruchtbarkeit gerade dieses Buches hatte auch damit zu tun, dass Mechanic es nur wenige Jahre zuvor während eines Studienaufenthaltes am Institute of Psychiatry geschrieben hatte und viele seiner Thesen mir schon deswegen bekannt vorkamen, weil sie Ergebnisse seiner unablässigen Diskussionen im Maudsley gewesen waren mit George Brown, John Wing, mit Douglas Bennett, und vielen anderen und weil umgekehrt viele Anregungen aus den Diskussionen mit ihm in den Maudsley-Alltag übergegangen waren. Seine Konzepte vom spezifischen Hilfesuchverhalten und vom spezifischen Krankheitsverhalten jedes einzelnen Menschen, das sozial determiniert ist und über den Verlauf und die Prognose der Erkrankung entscheiden kann, waren nicht nur mir damals neu. Dass Mechanic nur vier Jahre älter ist als ich, habe ich erst vor kurzem mit großem Erstaunen zur Kenntnis genommen. Vor allem eines seiner vielen späteren Bücher „Mental Health und Social Policy“, das ins Deutsche übersetzt wurde, hat großen Einfluss auf den psychiatriepolitischen Diskurs und die Diskussion über die Psychiatriereform in Deutschland gewonnen.

Die zweite prägende Leseerfahrung jener Zeit waren Erving Goffmans „Asylums“, die erst drei Jahre später ins Deutsche übersetzt wurden: Jenes Buch, das die traditionelle psychiatrische Anstalt als totale Institution darstellt – neben Gefängnis, Klöstern, Schiffen, Internaten; das Buch, das sich mit dem „Underlife“, dem unsichtbaren Leben und den unsichtbaren Regeln und Normen in solchen Anstalten befasst; das den Begriff der „Krankheitskarriere“ der psychisch Kranken einführt und am Schluss die kritische Frage stellt, ob psychiatrische Behandlung überhaupt mit anderer medizinischer Behandlung vergleichbar ist. Es war ein provokatives Buch, das sich auf gut abgesicherte Beobachtungen stützte, ein in damaliger Zeit unabdingbar notwendiges Buch.

Die größte Freude aber hat mir Ken Kesey's „Einer flog über das Kuckucksnest“ bereitet. Bennett selber hatte mir das Kuckucksnest ans Herz gelegt. Das Kuckucksnest ist ja heute noch, vor allem aufgrund des Films mit Jack Nicholson, ein Werk, das die Psychiatrieszene nach wie vor in Aufregung versetzt und sie in begeisterte und in empörte LeserInnen bzw. SeherInnen spaltet. Dazu ist anzumerken, dass vermutlich nur wenige der Kritiker das Buch gelesen haben. Mir schien es in der damaligen Zeit außerordentlich authentisch und trotz seiner bedrückenden Traurigkeit in seiner karikierenden Decouvrierung der Psychiatrie über die Massen komisch. Sicher ist, dass Asylums und Kuckucksnest mir heftige Motivationsschübe für die kommende Psychiatriereform vermittelt haben.

## 32. Die Rückkehr

In der Zusammenschau hat der Aufenthalt am Maudsley Hospital, der tägliche Gang in die Bibliothek des Institute in die vielen Gespräche mit Praktikern und Wissenschaftlern bei mir weniger das Bedürfnis ausgelöst, jetzt der ganz große sozialpsychiatrische Forscher zu werden. (Ich fing damals an, mich wissenschaftlich mit dem Suizid zu beschäftigen und die Literatur zum „Patientensuizid“ zu sammeln). Ich hatte vielmehr das Gefühl, dass die Situation in Deutschland nach Handeln schrie, dass sie dafür reif war. Und England konnte ein Vorbild für uns sein, sowohl im Hinblick auf die Ideen wie im Hinblick auf den Pragmatismus und die Improvisationsbereitschaft, wie im Hinblick auf die Mittel, die uns in Deutschland damals vorenthalten wurden. Für mich war das Ende meines Englandaufenthaltes am 30. November 1969 das Signal zum Aufbruch für eine Psychiatriereform in Deutschland.

Ich ahnte damals nicht, dass es schon bald soweit sein sollte und dass sich mir in nicht allzu ferner Zukunft vielfältige Möglichkeiten eröffnen würden, daran mitzuwirken, nicht als Statist, sondern relativ bald als Macher, zunächst in Teilopposition, aber dann von allen Seiten ernst genommen, als Mitgestalter der Psychiatrie-Enquete, als Mitgestalter der Psychiatriereform.

Helfen sollte mir dabei eine Begegnung, die nichts mit den Monaten in England zu tun hatte, sondern mit einem zwischenzeitlichen Abstecher zurück nach Deutschland zu einer kleinen Klausurtagung zwischen Fachleuten und Journalisten im edlen Schloss Hugenpoet zwischen Düsseldorf und Essen Ende Oktober 1969. Die Veranstaltung wurde von Max Engelmeier und Bernhard Popkes – beide Essen - organisiert. Ich durfte wegen meines Buches (Arzt, Patient und Gesellschaft) daran teilnehmen. Nicht nur die edle Umgebung, auch der ausgewählte Kreis der Teilnehmer waren ein Ereignis für den jungen Mann von 29 Jahren, der immer noch heftig mit Fingerübungen beschäftigt war.

Wichtig für mich war Friedrich Deich, der damalige Nestor des deutschen Medizinjournalismus. Er war damals schon ein älterer Herr und leider Autor für die Welt, die für mich als Speerspitze des Springer-Konzerns damals tabu war.

Noch wichtiger aber wurde die Begegnung mit dem jungen Rainer Flöhl, der gerade seine Dissertation in Biochemie abgeschlossen hatte und wenige Monate vorher hauptamtlich als zweiter Redakteur in die Wissenschaftsredaktion der Frankfurter

allgemeinen Zeitung eingestiegen war. Ich erinnere mich gut an das Abschiedsgespräch: „Schreiben Sie doch mal was für uns“, sagte er, nachdem ich über die Situation der Psychiatrie in Deutschland und in England berichtet hatte. Vor allem die in Deutschland war ihm nicht fremd. Er war überzeugt davon, dass die FAZ zwar nicht die Speerspitze des Fortschritts sei. Aber, so sagte er, im Wissenschaftsteil der Zeitung hätte man sehr viele Möglichkeiten zur Einwirkung auf die Situation und ihre Veränderung.

„Schreiben Sie mal etwas für uns“, sagte er. Und ich versprach ihm das. Kaum war ich zu Hause, meldete er sich am Telefon: „Wo bleibt denn jetzt Ihr Beitrag?“ Vierzehn Tage später, am 19. Dezember 1969, stand mein erster Artikel im Blatt: „Das Elend der Krankenhauspsychiatrie“, ein Beitrag, der für die nächsten Jahre programmatisch sein sollte. Rainer Flöhl und ich bildeten bis zum Abschluss der Psychiatrie-Enquete und darüber hinaus eine Art journalistische Allianz für die Förderung der Psychiatriereform, vor allem aber für die Förderung einer menschlicheren Psychiatrie.

Auch in dieser Hinsicht endete das Jahr 1969 für mich mit einem Signal zum Aufbruch. Die Zeit der Fingerübungen war zu Ende. Jetzt sollte etwas passieren. Jetzt wollte ich aktiv werden in der Klinik, in der Universität, in dem mir neu eröffneten Medium und in der Psychiatrieszene. Dass dies dann auch sehr rasch so wurde, ist dem zweiten Teil meiner Aufzeichnungen zu ersten Psychiatriegeschichte vorbehalten, der, wie sollte es auch anders sein, „der Aufbruch“ heißen soll.

Ich hatte etwas Mühe, wieder in den Alltag der Klinik zurück zu finden. Mein Kollege auf der Station, der entgegen den Zusagen, in der Zeit meiner Abwesenheit nicht entlastet worden war, war mit Recht sauer. Andere Kollegen ließen mich ihren Neid spüren. Es wurde vorübergehend etwas ungemütlich, vielleicht gerade weil meine Chefs in den Ideen und Erfahrungen, die ich mit brachte eine Chance für die Klinik sahen. Ich hatte nicht nur ihre Sympathie sondern auch den Zeitgeist auf meiner Seite. Und ich war mit zwei Jahren Psychiatrie-Erfahrung kein blutiger Anfänger mehr sondern nur noch Anfänger - aber einer, der es wissen wollte.

## Nachbemerkung

Erinnerungstexte schreibt man anders als andere Manuskripte. Man macht nicht irgendwann einen Plan, um ihn dann durchzuziehen. Man schreibt gelegentlich etwas auf. Und wenn man daran denkt, heftet man es ab. Man berichtet über wichtige Erfahrungen, die einem auch später noch wichtig erscheinen. Für mich waren das „die Psychiatrie in England“ 1969, der Besuch bei R. D. Laing 1968 und die Überlegungen über Psychiatrie und Öffentlichkeit aus der Perspektive von 1969. Diese Berichte haben, nur wenig verändert, Eingang in dieses Manuskript gefunden. Auch seine weitere Entstehungsgeschichte ist voller Brüche. Der erste Entwurf wurde im Herbst 2001 diktiert und später als zu persönlich verworfen und ein paar Jahre danach halberzig überarbeitet. Erst ab 2008 habe ich in zwei Schritten versucht, ein Manuskript aus einem Guss daraus zu machen. In diesem Jahr (2010) habe ich es noch einmal durchgearbeitet. Jetzt traue ich mich, es auf meiner Website zu veröffentlichen. Ich hoffe auf Rückmeldungen.

Ein Literaturverzeichnis werde ich nachliefern; ein Namensregister desgleichen.

In einigen Jahren hoffe ich einen Band zwei über die Jahre von 1970 bis 1975 nachzuliefern, über die Jahre des Aufbruchs der deutschen Nachkriegspsychiatrie: Den Mannheimer Kreis, die DGSP, die Auseinandersetzungen um die Enquete, die ersten konkreten Schritte der Reform und vieles andere mehr. Die meisten dazu gehörigen Texte liegen im Entwurf vor. Für die Zeit danach, die Wunstorfer Jahre, habe ich keine Pläne. Vieles, was mir mitteilenswert erscheint, habe ich ohnehin im „Ende der Anstalt“ veröffentlicht – aus der Perspektive von 1985.