

Christian Reumschüssel-Wienert

# PSYCHIATRIEREFORM IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND

Eine Chronik der Sozialpsychiatrie  
und ihres Verbandes – der DGSP



[transcript] Histoire

**Aus:**

*Christian Reumschüssel-Wienert*

**Psychiatriereform in der Bundesrepublik Deutschland**  
Eine Chronik der Sozialpsychiatrie und ihres Verbandes -  
der DGSP

Juli 2021, 458 S., kart., 3 SW-Abb.

45,00 € (DE), 978-3-8376-5813-2

E-Book:

PDF: 44,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-5813-6

Vor mehr als 50 Jahren wurde in Deutschland eine Psychiatriereform eingeleitet, die aus den vormaligen Anstalten ein gemeindeorientiertes System sozialpsychiatrischer Hilfen formte. Von den Anfängen nach dem Zweiten Weltkrieg bis zur Gegenwart bettet Christian Reumschüssel-Wienert die Entwicklung der Psychiatrie in die sozioökonomische, politische und kulturelle Entwicklung der Bundesrepublik ein. Eine integrierte Sichtweise berücksichtigt sozialpsychiatrische Diskurse ebenso wie psychiatrie- und behindertenpolitische Aspekte in klinischen und außerklinischen Kontexten. Es zeigt sich, dass die Sozialpsychiatrie gesellschaftliche Modernisierungsschübe reflektiert und nachholend umsetzt.

**Christian Reumschüssel-Wienert**, geb. 1952, ist seit vielen Jahren im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie und gegenwärtig im Aufbau des »Berliner Archiv für Sozialpsychiatrie« engagiert.

Weiteren Informationen und Bestellung unter:  
[www.transcript-verlag.de/978-3-8376-5813-2](http://www.transcript-verlag.de/978-3-8376-5813-2)

# Inhalt

---

<b>1. Vorbemerkung</b> .....	9
<b>2. Erste Sozialpsychiatrie in der Nachkriegszeit</b> .....	13
2.1 Westdeutschland nach dem Weltkrieg – vom Kalten Krieg nach 68 .....	13
2.2 Sozial- und Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit .....	18
2.3 Die westdeutsche Psychiatrie nach dem Krieg .....	21
2.4 Die Gründung der DGSP .....	29
<b>3. Reformära und Krise der 1970er-Jahre</b> .....	35
3.1 Die BRD wird modern und wagt Demokratie .....	35
3.2 Sozial-, Behinderten- und Gesundheitspolitik .....	40
3.3 Reformdiskurs und Politik in der Psychiatrie .....	51
3.3.1 Der öffentliche Diskurs .....	52
3.3.2 Der wissenschaftliche Diskurs .....	55
3.3.3 Entwicklungen in der psychiatrischen Landschaft .....	68
3.3.4 Der Weg zur Enquête und Modellprogramm .....	73
3.3.5 Der Zwischenbericht .....	76
3.3.6 Die Enquête und ihre Kritik .....	78
3.4 Die DGSP in den 1970er-Jahren .....	90
3.4.1 Die Denkschrift zum Holocaust .....	100
3.4.2 Aktivitäten zur Enquête und Doppelstrategie .....	102
3.4.3 Der Weg zum Auflösungsbeschluss und Sternmarsch .....	105
3.4.4 Die Neue Einfachheit in der Psychiatrie .....	107
3.4.5 Positionen der DGSP am Ende des Jahrzehnts .....	110
3.4.6 Resümee .....	112
<b>4. Die 1980er-Jahre – Ende der Reformen?</b> .....	113
4.1 Sozioökonomischer und kultureller Wandel im Neoliberalismus .....	113
4.2 Sozial-, Behinderten- und Gesundheitspolitik .....	119
4.3 Die 1980er-Jahre der Psychiatrie: Modelle und Diskurs .....	126
4.3.1 Das große Modellprogramm .....	126

4.3.2	Sozialpsychiatrie neben dem großen Modellprogramm .....	134
4.3.3	Enquête 2.0 oder: Die Empfehlungen der Expertenkommission .....	139
4.4	Die DGSP in den 1980er-Jahren .....	143
4.5	Psychiatriereform in Deutschland – ein erstes Resümee .....	168
4.6	Die DGSP in den ersten 20 Jahren .....	174
<b>5.</b>	<b>Zeitenwende – Die 1990er-Jahre .....</b>	<b>177</b>
5.1	Das geeinte Deutschland in einer turbulenten Welt .....	177
5.2	Aspekte der Sozial- und Gesundheitspolitik in den 1990er-Jahren .....	185
5.3	Diskurs und Politik im Behindertenbereich und Psychiatrie .....	197
5.4	Die DGSP in den 1990er-Jahren .....	215
5.5	Resümee zur Jahrtausendwende .....	228
<b>6.</b>	<b>Herausforderungen des neuen Jahrtausends .....</b>	<b>231</b>
6.1	Digitalisierung und ihre Krise – Agenda 2010 .....	231
6.2	Resümee und sozialpolitischer Diskurs .....	242
6.3	Psychiatriepolitik und sozialpsychiatrische Diskussionen .....	245
6.4	Die DGSP zu Beginn des Jahrtausends .....	266
6.5	Resümee .....	291
<b>7.</b>	<b>Flüchtlinge und Klimawandel: 2010 – 2020 .....</b>	<b>297</b>
7.1	Weltpolitische Rahmenbedingungen .....	297
7.2	Sozial- und Gesundheitspolitik .....	302
7.3	Die DGSP in jüngster Zeit .....	319
7.4	Die letzten 10 Jahre – Krisen ohne Ende .....	339
<b>8.</b>	<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>343</b>
<b>9.</b>	<b>Literatur .....</b>	<b>351</b>
	<b>Abbildungs- und Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>453</b>
	<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>455</b>

## 2. Erste Sozialpsychiatrie in der Nachkriegszeit

---

### 2.1 Westdeutschland nach dem Weltkrieg – vom Kalten Krieg nach 68

Die Folgen des verschuldeten Zweiten Weltkrieges waren für Deutschland selbst de-  
saströs. Viele Städte und Landschaften waren zum Teil völlig zerstört und mussten  
nach der Befreiung von der Naziherrschaft wiederaufgebaut werden – inklusive der  
notwendigen Infrastruktur. Mehr als 9 Mio. Kriegstote – sowohl Soldaten als auch Zi-  
vilbevölkerung – waren zu verzeichnen, wobei die Jahrgänge der jungen Männer, die  
zwischen 1910 und 1925 geboren waren, um bis zu 40% dezimiert wurden. Dazu kam,  
dass Mio. von Wehrmachtssoldaten demobilisiert werden mussten, bzw. schon in den  
ersten Jahren aus der Gefangenschaft der Westalliierten entlassen wurden. Circa 9 Mio.  
Evakuierte mussten wieder nach Hause gebracht werden und weitere circa 10 – 12 Mio.  
Flüchtlinge und Vertriebene aus den ostdeutschen Gebieten waren in den 3 Westzo-  
nen der französischen, englischen und amerikanischen Alliierten bei den dortigen Ein-  
wohner\*innen nicht überall willkommen. Ebenso viele sog. »Displaced Persons«, also  
Zwangsarbeiter\*innen, ehemalige Kriegsgefangene, KZ-Häftlinge oder auch »Hilfswil-  
lige« der deutschen Wehrmacht irrten durch das Land und mussten in ihre Heimatlän-  
der repatriert werden. Circa 4 Mio. Wohnungen waren durch Bomben und Granaten  
vernichtet, insbesondere in den großen Industriestädten und -revieren. Darüber hin-  
aus musste die Bevölkerung, die aufgrund der Ausplünderung der besetzten Gebiete  
in den Kriegsjahren wenig unter Versorgungsmängeln gelitten hatten nun in den ers-  
ten zwei Nachkriegsjahren »hungern und frieren«.<sup>1</sup> Die ersten Jahre nach dem Krieg  
waren, wie Keith Lowe schreibt, »wilde Jahre«.<sup>2</sup> Dennoch ging es weiter...

Dem heißen Krieg folgte der Kalte Krieg, der die nächsten Jahrzehnte in beiden  
Teilen Deutschlands prägen sollte. Die Westmächte setzten die Rahmenbedingungen,  
dass die Westzonen sich entsprechend des kapitalistischen Weges westlicher Demokra-  
tien entwickelten, welches insbesondere von den deutschen Parteien der konservativen  
Mitte kräftig unterstützt wurde. Festgeschrieben wurde die »Westbindung« durch die

---

1 Tooze 2007, S. 770-778; Mazower 2009; Wehler 2010b, S. 941-954.

2 Lowe 2015.

Währungsreform 1948, die Gründung der »Bundesrepublik Deutschland« 1949, umgehend beantwortet durch die Gründung der Deutschen Demokratischen Republik, sowie durch die Gründung der Montanunion 1952, die 1957 in die »Europäische Wirtschaftsgemeinschaft« mündete. 1954 erfolgten die Wiederbewaffnung Deutschlands und der Beitritt zur NATO gegen heftigen Widerstand der Sozialdemokratie und Gewerkschaften. »Der Bundeskanzler (Adenauer) hatte sein vordringlichstes, seit 1949 zäh und beharrlich verfolgtes Ziel erreicht: den Aufstieg der Bundesrepublik zu einer gleichberechtigten Macht im Verbund des freien Westens«.<sup>3</sup>

Ganz sicher gehörte zur Festigung des »Westbindung« auch die entsprechende Wirtschafts- und Sozialpolitik, die in der spezifischen Gestalt des deutschen Sozialstaates seinen Ausdruck fand. Eine eigenständige Wirtschaftspolitik ist nach 1949 eng verbunden mit Ludwig Ehrhard, der auf der Grundlage der sog. »Freiburger Schule« (Röpke) eine ordoliberalen Wirtschaftspolitik verfolgte, verbunden mit einem »starken Staat«, der seine Stärken als »Wettbewerbshüter«<sup>4</sup> entfaltete. Der spezifisch deutsche Sozialstaat entwickelte sich erst in den späten 1950er-Jahren im Rahmen des sog. Wirtschaftswunders. Mit dem massiv geförderten Wiederaufbau von Industrie, Infrastruktur und Wohnungen, dem Marshallplan, der Aufhebung des Exportverbotes, der Einbindung in die Europäische Wirtschaftsgemeinschaft (EWG) und dem Wirtschaftsboom, den das amerikanische Engagement im Koreakrieg ab 1951 auslöste sowie insgesamt einer keynesianistischen Politik, die Investitionen und privaten Massenkonsum massiv förderte, florierte die Wirtschaft.

Die westdeutsche Gesellschaft entwickelte sich ab den 1950er-Jahren zu einer freiheitlich-demokratischen Gesellschaft, die Prioritäten im alltäglichen Leben wurden in einer Hinwendung zum Massenkonsum gesehen. Irgendwie waren alle froh, »noch einmal davongekommen« zu sein, jetzt am Wiederaufbau teilhaben zu können und sich die ersten Urlaube in Italien mit dem eigenen Volkswagen leisten zu können. Obwohl die Einkommensunterschiede nach wie vor immens waren, konnten sich auch die Arbeiter nun zu einer »nivellierten Mittelstandsgesellschaft« (Schelsky, Ehrhard) zählen. Man nahm »Abschied vom Proletariat« und »von nun an rückte die Figur des selbstbewussten Industriebürgers immer mehr an die Stelle, die in der politischen Imagination bis 1945 der klassenbewusste Industriearbeiter innegehabt hatte«.<sup>5</sup> Aber es blieben konservative Vorstellungen und »Klassenschranken« erhalten, z.B. in der Familienpolitik, der Diskriminierung von Frauen oder Minderheiten, in der Bildungspolitik etc.<sup>6</sup> Dies zeigte sich unter anderem auch in dem mäßigen Interesse der deutschen Öffentlichkeit nicht nur an den Nürnberger Prozessen, sondern auch an den in den 1960er-Jahre beginnenden Ausschwitz-Prozessen und anderen Prozessen gegenüber Nazi-Verbrechern.

Dem Bild von der »nivellierten Mittelstandsgesellschaft« bzw. von der »Konsumgesellschaft« der Nachkriegszeit entspricht ein Sozialcharakter, der mit Keupp bzw. Riessmann in der Entwicklungsschwelle zwischen »innengeleiteten« bzw. »autoritärem« Charakter und einem »außengeleiteten Charakter« zu verorten ist. Das Leben

---

3 Winkler 2010.

4 Abelshausen 2011, S. 190.

5 Raphael 2019, S. 105.

6 Wehler 2010a.

ist (noch) weitgehend geprägt von traditionellen sowie materiellen Werten, denen sich das Individuum selbst-kontrolliert weitgehend anpasst<sup>7</sup> und innerhalb der zunehmend wettbewerbsorientierten Gesellschaft als »Homo ökonomikus« agiert.<sup>8</sup> Allerdings bildete sich auch eine sog. »skeptische Generation« heraus (Schelsky), also Menschen, die den Krieg meist nicht aktiv mitgemacht hatten, die sich nicht zufrieden mit den neuen Verhältnissen in Westdeutschland arrangierten und die z.B. die Auseinandersetzung mit der Nazidiktatur immer wieder zu betreiben versuchten.<sup>9</sup> Sie bereiteten unter anderem auch die Veränderungen vor, die dann Ende der 1960er-Jahre in die Studentenproteste, die sog. 68er kulminieren sollte. Paradigmatisch mag hierzu die Wiedereröffnung des Frankfurter Instituts für Sozialforschung durch Adorno, Bloch, Horkheimer, Pollock und Fromm stehen, die nicht nur wesentlichen Anteil an der »Rückkehr« der Psychoanalyse nach Deutschland hatten, sondern auch für die Entwicklung einer »kritischen Theorie« sowie arbeitnehmerorientierten Sozialforschung.

Mitte der 1960 Jahre zeigte sich, dass die konservativ geführte Regierung an ihre Grenzen stieß. 1963 übernahm Ludwig Ehrhard die Kanzlerschaft von Adenauer, konnte jedoch nicht verhindern, dass die BRD in eine Wirtschaftskrise schlidderte<sup>10</sup> und 1966 von Kiesinger als Kanzler einer Großen Koalition aus CDU/CSU und SPD abgelöst wurde. Angesichts der Krise ging die Große Koalition in einen neuen Politikstil über. Mit dem Stabilitätsgesetz wurden der Bundesregierung neue konjunkturpolitische Steuerungsmöglichkeiten gegeben mit dem Ziel zielgerichteter, rationaler Planbarkeit politischer Maßnahmen. Ein Mittel hierzu bestand im sog. »Neokorporatismus«, d.h., in der gezielten Einbeziehung mächtiger gesellschaftlicher Akteure (Verbände) in den politischen Entscheidungsprozess, in dem der Staat als ein Akteur unter anderen fungierte.<sup>11</sup> Hiervon erhoffte man sich u.a. im Vorfeld politischer (gesetzgeberischer) Maßnahmen und Entscheidungen nicht nur einen Konsens, sondern auch weniger Schwierigkeiten bei der Implementation derselben. Prominentes Beispiel ist die durch den damaligen Wirtschaftsminister Schiller initiierte »Konzertierte Aktion«, in der sich vor allem Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen (Sozialpartner) verständigten und die zunächst recht erfolgreich arbeitete.<sup>12</sup> »Reformpolitische Aktivitäten wie die Gesetze zur Berufsbildung und Städtebauförderung führten zu einer steigenden Anzahl korporativ besetzter Gremien, allein auf Bundesebene auf über 300. Die »Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen« ab 1977 war ein weiteres korporatives Großprojekt.«<sup>13</sup> Auch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) gehört zur derartigen Politikform.

---

7 Keupp 2008.

8 Vgl. die äußerst instruktiven Ausführungen von Foucault zur »Gouvernementalität«, Foucault 2014b, 2014a.

9 Kersting ist der Ansicht, dass die Väter der Psychiatriereform, also Häfner, Kisker, Schrenk und andere zu dieser Generation gehörten, Kersting 2004, S. 268. Auch die darauffolgende Generation, wie Dörner, Plog, Bauer, Pörksen, Kunze u.a. gehörten nicht zur sog. 68er-Generation, sondern eher zur Generation der 58er, Pross 2016, S. 156.

10 Abelshäuser 2011, S. 295-296.

11 Vgl.: Alemann und Heinze 1981; Heinze 1981; Backhaus-Maul 2000.

12 1977 kam die »Konzertierte Aktion« im Verlauf der Mitbestimmungsdebatte zum Erliegen.

13 Weßels 2000, S. 7.

Auch die westdeutsche Gesellschaft veränderte sich.<sup>14</sup> Der »American Way of Life« schwappte herüber und brachte zunächst nicht nur die Rock->n« Roll-Musik, sondern auch eine Enttraditionalisierung der Lebensverhältnisse, die »Jugendkultur« und nicht zuletzt Hippiebewegung und Studentenproteste. Darüber hinaus wurde die BRD von einigen anderen Krisen und Skandalen erschüttert, wie z.B. die »Spiegel Affäre« oder die Auseinandersetzungen um die Notstandsgesetze. Insgesamt zeigte sich, dass »der Muff von 1000 Jahren« nicht nur »unter den Talaren«<sup>15</sup> steckte, sondern großflächig in der gesamten Gesellschaft verteilt war. Der Historiker Wehler nennt für die Entstehung der 68er Bewegung<sup>16</sup> folgende Gründe:<sup>17</sup>

1. Die Identifizierung insbesondere mit dem internationalen Protest gegen den Vietnamkrieg der USA sowie mit den Befreiungsbewegungen in Vietnam und anderen Ländern im Zusammenhang einer dezidierten Kritik des westlich-kapitalistischen Imperialismus.
2. Der Kampf gegen die »Notstandsgesetze«, die sich mit der Vorstellung verband, dass hiermit ein Ende der Demokratie eingeläutet wurde. Verbunden hiermit war eine Einschätzung, dass der Faschismus in der BRD wieder Fuß fassen würde.<sup>18</sup> Der Umgang mit Naziverbrechern bzw. »Parteimitgliedern« und Verschweigung/Verdrängung der jungen Geschichte, die Berichterstattung der Springer-Presse (Bild-Zeitung) sowie der Tod von Benno Ohnesorg bei dem Schah Besuch im Juni 1967 durch brutale Polizeieinsätze, schienen diesen Thesen recht zu geben, die danach sich jedoch in »Theorien« eines »faschistoiden Systems« oder andere Theorien der »Faschisierung« verstiegen und wenig mit (selbst-)reflexiver Aufklärung zu tun hatten.<sup>19</sup>
3. Der Streit um die sog. Bildungskatastrophe. Dies meinte nicht nur die überkommenen hierarchischen Strukturen der Ordinarien-Universität, sondern bezog sich auch auf die von Ralph Dahrendorf angestoßene Diskussion um den »Bildungsnotstand«, in der offenkundig wurde, dass das westdeutsche Erziehungs- und Bildungssystem modernen Herausforderungen nicht gerecht wird.<sup>20</sup>

---

14 Ich kann an dieser Stelle nicht auf die gravierenden Veränderungen in der DDR eingehen. Dies bezieht sich auch auf mögliche Wechselwirkungen, die sich durch den Austausch von Achim Thom und Klaus-Peter Kisker sowie die »Rodewischer Thesen« ergaben. Diesen Hinweis verdanke ich Felicitas Söhner.

15 Die Jurastudenten Gert Hinnerk Bellmer und Detlev Albers trugen bei der Feier zum Rektoratswechsel der Universität Hamburg beim Einzug der Professoren ins Audimax ein Transparent vorweg, auf dem geschrieben stand: »Unter den Talaren Muff von 1000 Jahren«.

16 Die im Übrigen eine erste globalisierte »Alternativ« Bewegung war und von den USA über Südamerika, Westeuropa, einigen Ländern Osteuropas (Tschechoslowakei) bis hin nach Japan reichte.

17 Wehler 2010a, S. 13-314.

18 Die NPD war in erste Parlamente eingezogen.

19 Zum ambivalenten Verhältnis der 68er zu den Naziverbrechen, vgl. vor allem: Aly 2008; Pross 2016, S. 157-165.

20 Dahrendorf 1965.



Den Höhepunkt erreichte die Studentenbewegung nach dem Attentat auf Rudi Dutschke 1968, der zu einer erheblichen Radikalisierung beitrug. Die innere ideologische Zersplittertheit der Studentenbewegung führte dazu, dass sich der SDS 1970 auflöste und sich in diverse, oft sozialistisch/kommunistische Richtungen zerfaserte und radikalisierte. Andere wandten sich der demokratischen Entwicklung Westdeutschlands im Rahmen demokratischer Parteien und legaler Mittel zu.

Heute kommen viele Autoren zu der Einschätzung, dass die 68er Studentenbewegung eher die Nutznießer eines bereits reformierten Zeitgeistes waren und glücklicherweise keine durchschlagenden politischen Erfolge hatten.<sup>21</sup> Dennoch zeigte sich, dass die Studentenbewegung einiges bewirkt hat. Klaus Hartung schreibt hierzu: »Die größten Wirkungen von »68er« sind jedoch auf den Feldern Verhaltensnormen, Lebensformen, Bildung und Sozialpolitik zu suchen. [...] Ein nachhaltiger Erfolg im weitesten Sinne war es vielmehr, dass »68er« und die »Nach-68er«-Generationen das Selbstverständnis der staatlichen Institutionen entscheidend prägten. Die bessere Welt, die die »68er« vertraten, gewährleistete auch die Verbesserung des Menschen. Es entstand jenes undurchsichtige Mixtum compositum aus alternativer Kultur und Sozialstaat: Der Staat sollte nicht nur Sekundärtugenden erzwingen, sondern Kreativität freisetzen, jugendliche Delinquenten waren immer therapierbar, die Angebote sollten niedrigschwellig sein, die Einzelfallgerechtigkeit musste hergestellt werden, Eltern versagten nicht, sondern brauchten finanzielle Zuwendungen, Schulschwänzen muss nicht verhindert, sondern therapiert werden.«<sup>22</sup> Auch die Frauenbewegung begann sich schnell und aktiv zu formieren – zunächst gegen die (eigenen) Männer, die in der Studentenbewegung aktive Funktionäre waren. Für Oskar Negt sind die wesentlichen Erfolge auf dem »Gebiet der Erziehung und Bildung, wie vor allem aber die entscheidende Neubewertung von Teilhabe und Demokratie«<sup>23</sup> zu sehen. Hubert Kleinert resümiert: »Geblichen sind die Fundamentalliberalisierung des Alltagslebens und eine Verschiebung von hegemonialen Deutungsmustern von Geschichte und Gesellschaft. Das gilt vor allem für die Interpretation deutscher Geschichte und den kritischen Blick auf Amerika«. Und betont (selbst-)kritisch, dass diese Liberalisierung widersprüchliche Folgen hatte: »Freilich hat die Rebellion gegen Tradition und bürgerliche Pflichtethik ungewollt auch den Boden bereitet für die inzwischen ausgreifende Kraft einer entgrenzten Ökonomie, die weder durch die Kraft sicherer kultureller Sinnbestände noch durch politische Macht Grenzen gesetzt werden. Hier liegt die eigenartigste Paradoxie von 1968«.<sup>24</sup>

---

21 Vgl. insbesondere: Kersting 2004; Aly 2008, Aly o.J.; Pross 2016.

22 Hartung 2008, S. 103.

23 Negt 2008, S. 6.

24 Kleinert 2008, S. 15 Diese Paradoxie wird dezidiert ausgearbeitet durch Boltanski und Chiapello, deren These es ist, dass viele Aspekte der damalige sog. »Künstlerkritik« am Kapitalismus und demokratische Forderungen (Nach Selbstverwirklichung, Authentizität etc.) mittlerweile durch die Entwicklung in das Gegenteil verkehrt wurden und als »Anforderungen« an Individuen durch den sich wandelnden Kapitalismus an die Individuen herangetragen werden, Boltanski und Chiapello 2003.

## 2.2 Sozial- und Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit

Die Sozialpolitik im Nachkriegs-Westdeutschland war in den ersten Jahren der Besatzung improvisiert und bezog sich nach Gründung der BRD zunächst auf Maßnahmen der Nothilfe. Die bedeutsamen Sozialgesetze bezogen sich zunächst auf Kriegsofopferversorgung (aus naheliegenden Gründen), auf den sog. »Lastenausgleich« (zur Integration der Vertriebenen) sowie auf den Wohnungsbau. Trotz einiger Versuche, das traditionelle Sozialversicherungssystem Bismarck'scher (und Weimarer) Prägung grundsätzlich zu reformieren, ging es darum, das alte Gefüge der Sozialversicherungen wiederherzustellen, »und zwar in doppelter Abgrenzung einerseits von neuen Konzeptionen des britisch-skandinavischen Welfarestate (mit allgemeiner Staatsbürger-Grundrente und einem überwiegend steuerfinanzierten nationalen Gesundheitsdienst), andererseits von einem um die kommunale Fürsorge zentrierten Modell sozialer Sicherung, »das sich auf die »wirklich Bedürftigen« zu konzentrieren und diese mittels Bedürftigkeitsprüfung herauszufinden versucht«. <sup>25</sup> Eine entscheidende Wende vollzog sich jedoch durch die Rentenreform 1957/58, als sich zeigte, dass auch im Rahmen des Wirtschaftswunders die Armut im Land nicht beseitigt wurde. Durch diese Reform wurden nicht nur die Altersrenten zum Teil um über 60% angehoben, sondern sie wurden »dynamisiert«, d.h. an die Entwicklung der Löhne und Gehälter angepasst. Die Altersrente lag bei circa 60% des Bruttoeinkommens (!). Dieses Prinzip wurde auch auf andere Sozialleistungen ausgeweitet. Damit war ein für den deutschen Sozialstaat lange Jahre leitendes Prinzip der »Statussicherung« im Rahmen einer informellen »Großen Koalition« der beiden Volksparteien implementiert.

Der spezifisch deutsche Sozialstaat gewann in den 1950 Jahren seine auch heute noch gültigen Konturen. <sup>26</sup> Er bezieht sich – auf der Basis des Föderalismus – nicht nur Einkommenspolitik (Renten, Sozialhilfe) und Gesundheitsversorgung, sondern auch auf andere Bereiche der sozialen Sicherung, wie Wohnungsbau, Arbeitsbeziehungen, Infrastruktur, Familien- und Jugendpolitik sowie Wissenschafts- und Bildungspolitik. Damit sollte der Sozialstaat nicht nur individuelle Lebensrisiken ausgleichen, sondern auch für soziale Gerechtigkeit in der Frage von Einkommen und Lebenschancen sorgen. Dies auf der Basis von »Selbstverwaltung« und »Sozialpartnerschaft« sowie auf der Grundlage einer kapitalistisch-wettbewerbsorientierten Wirtschaft mit stetigem Wachstum, einem »Normal-Arbeitsverhältnis« sowie einer »Normalfamilie« mit geschlechtsspezifischer Arbeitsteilung. <sup>27</sup>

Allerdings: »Bevölkerungsgruppen, die keinen Zugang zur Lohnarbeit finden oder aus ihr dauerhaft ausgeschlossen werden, erhalten tendenziell nur wenig Beachtung. Die Sozialversicherung (...) verweist sie traditionell auf die einzelfallbezogenen Fürsor geleistungen der Sozialhilfe. (...) Es werden kaum systematische Strategien zu ihrer Eingliederung entwickelt und die Antwort auf ihre Probleme besteht im Wesentlichen in

25 Hockerts 2012b, S. 141 Letzteres blieb allerdings in Form der »Sozialhilfe« im Rahmen des »Subsidiaritätsprinzips« erhalten – mit den bekannten negativen Folgen für Menschen mit Behinderungen, die bis heute einem eher kommunal orientierten Prinzip subsidiärer Fürsorge unterliegen.

26 Vgl. im Überblick: Schulz 2005.

27 Alber 1989; Frerich und Frey 1993; Hockerts 2012b;

der Zahlung von Geldleistungen für ihren Lebensunterhalt.«<sup>28</sup> Hinzuzufügen wäre: Unterbringung! Aber auch hier tat sich ein wenig. In der Behindertenfürsorge galt nach wie vor die überkommene »Reichsverordnung über die Fürsorgepflicht von 1924. Im Jahr 1956 erließ der Bund das Körperbehindertengesetz, welches in seinem § 1 Körperbehinderung als »dauernde wesentliche Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit« definiert. Die Vorschriften hinsichtlich der Leistungen waren ansonsten recht allgemein gehalten, folgten dem Grundsatz der Individualisierung und ließen den Trägern der Fürsorge (Länder und Kommunen) erhebliche Spielräume.<sup>29</sup>

1961 wurde hieraus, zusammen mit dem Tuberkulosehilfegesetz, das Bundessozialhilfegesetz, welches das alte Fürsorgerecht ablöste und den Personenkreis auf Hörbehinderte, Blinde, Sprachbehinderte und geistig Behinderte ausdehnte. Darüber hinaus wurde ein individueller Rechtsanspruch im Gesetz verankert mit dem Ziel »dem Empfänger die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht (so der § 1), neue Hilfearten eingeführt und der Leistungskatalog präzisiert. Allerdings wurden die Einkommensgrenzen im Vergleich zum Status quo ante herabgesetzt, was die reale Situation der Betroffenen trotz Rechtsanspruch verschlechterte.<sup>30</sup> Auch das aus der katholischen Soziallehre entlehnte Subsidiaritätsprinzip wurde trotz Protesten aus der Sozialdemokratie und Gewerkschaften als Grundsatz verankert. Die 1964 erlassene Eingliederungshilfeverordnung konkretisierte den Personenkreis sowie die Leistungen (§ 39 BSHG). Die psychisch kranken bzw. »seelisch behinderten« Menschen, wie sie später genannt wurden, blieben im Gesetz außen vor und in den alten Anstalten unter altem Fürsorgerecht sowie dem sog. »Halbierungserlass« des Nazi-Regimes, der vom Bundessozialgericht 1959 und 1964 ausdrücklich als geltendes Recht bestätigt wurde.<sup>31</sup>

Dies änderte sich durch das 2. BSHG – Änderungsgesetz vom 31. August 1969, in dem erneut Leistungsverbesserungen, die insbesondere die Eingliederung behinderter Menschen ins Erwerbsleben betrafen, aber auch den Kreis der Leistungsberechtigten ausweiteten. Menschen mit einer seelischen Behinderung hatten nun auch Ansprüche auf Leistungen zur »Eingliederung in die Gemeinschaft« nach dem BSHG. Diese BSHG-Novelle hat eine ganz entscheidende Funktion für die Psychiatriereform, die bis heute fortwirkt. Nicht nur, dass seelisch Behinderte (zwar subsidiär) in den Kreis der Anspruchsberechtigten inkludiert wurden, sondern auch und vor allem, dass hierdurch die rechtlich-strukturellen Grundlagen geschaffen wurden, in den Bundesländern ein bis heute wachsendes außerklinisch-komplementäres Hilfesystem aufgebaut wurde, das den Kernbereich der Gemeindepsychiatrie darstellt.<sup>32</sup>

Die informelle »Große Koalition« hat in der Sozialpolitik einiges verändert. Die Bundesregierung beauftragte 1964 eine Expertenkommission mit einer Bestandsaufnahme und »Durchleuchtung« des Systems der sozialen Sicherung in Deutschland und

---

28 Ebert 2012, S. 77.

29 Frerich und Frey 1993, S. 81.

30 Ebd. S. 77

31 Schepker 2017, S. 490.

32 Auf die Probleme, die hiermit verbunden waren und noch immer sind, wird später eingegangen.

diese legte 1966 eine »Sozialenquête« vor.<sup>33</sup> Die in sich uneinige Kommission listete neben einer Bestandserhebung eine Reihe von Problemen insbesondere in der gesetzlichen Krankenversicherung auf, auf die hier nicht eingegangen werden kann. Sie kam weiterhin zu dem Ergebnis, dass wesentliche Probleme in der Rehabilitation vorhanden sind, besonders in der koordinierten Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger und schlug deshalb eine »Bundesanstalt für Rehabilitation« vor, die jedoch verworfen wurde. Insgesamt kommt sie zu dem Ergebnis, dass das gegliederte System der sozialen Sicherheit sich bewährt habe und nicht anzutasten sei.<sup>34</sup> Aber dennoch wurde ein Wandel eingeleitet. Die Bedeutung der Sozialenquête fassen Vincenti und Behrend so zusammen: »Insofern kann die Sozialenquête als Auftakt zu einem gewissen Stilwandel in der Sozialpolitik aufgefasst werden, der sich auch nach Ende der Großen Koalition fortsetzte. Gemeinsam mit der mittelfristigen Finanzplanung, dem Sozialbudget, der Konzertierte Aktion und dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung ist die Enquête erster Ausdruck einer zunehmend ökonomisch geprägten Akzentuierung der Sozialpolitik gewesen.«<sup>35</sup>

1968 wurde die »Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation« (BAR) anstelle einer Bundesanstalt und in der Nachfolge des ineffektiven »Deutschen Ausschuss für die Eingliederung Behinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft« auf Initiative der Sozialpartner gegründet. Dieses Gremium »korporierter Akteure« sollte in vielen Fragen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation sich als der kompetente Ansprechpartner erweisen, aber: »Ganz zweifellos hatten in ihren Reihen die Sozialversicherungsträger das Sagen.«<sup>36</sup> Das war nicht unbedingt günstig für die Psychiatrie, denn zum einen hatten die Träger der Eingliederungshilfe wenig Mitsprachemöglichkeiten, da sie nicht als vollwertige Rehabilitationsträger angesehen wurden, und zum anderen standen die Sozialversicherungen dem Thema Psychiatrie skeptisch bis ablehnend gegenüber.

Versuche, das zergliederte Gesundheits- bzw. Krankenkassenrecht zu reformieren, z.B. durch den Arbeitsminister Blank 1955, scheiterten an vielfältigen divergierenden Einsprüchen, sodass derartige Versuche seit den 1960er-Jahren für lange Zeit nicht mehr unternommen wurden. Im Gegenteil: Durch das Gesetz über das Kassenarztrecht 1955 wurde die Situation der 1930er bzw. 1940er-Jahre festgeschrieben und es »vollzog sich eine klare Trennung zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor insoweit, als den niedergelassenen Ärzten das Ambulanzmonopol zuerkannt wurde.«<sup>37</sup> Über die Empfehlungen aus der Sozialenquête konnte keine Einigung erzielt werden.

---

33 Achinger et al. 1966.

34 Frerich und Frey 1993, S. 30.

35 Vincenti und Behringer 2006, S. 499.

36 Rudloff 2006, S. 567.

37 Rosewitz und Webber 1990, S. 90; Durch diese Regelungen wurde die strukturelle Bedingung für eine langjährige Feindschaft zwischen der meist institutionell verankerten Sozialpsychiatrie und den in »freier Praxis« operierenden (Fach-)Ärzten geschaffen, die sicher auch ideologisch bedingt war. Der Aufsatz von Erich Wulff: »Der Arzt und das Geld« (Wulff 1971a) trug hierzu nicht wenig bei.

### 2.3 Die westdeutsche Psychiatrie nach dem Krieg

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

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

---

38 Brink 2010, S. 361.

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

40 Brink 2010, S. 362.

41 Faulstich 2003, S. 26., 29

42 Brink 2010, S. 361.

43 Mit weiteren Nachweisen: Kunze 2001, S. 106

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

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

44 Schott und Tölle 2006, S. 300-304.

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

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

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

48 Schmidt 2012; Mitscherlich und Mielke 2012.

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

50 Vgl. mit weiteren Hinweisen: Kersting 2004.

51 Kunze 2012, S. 141.

52 Thoma 2015; Söhner et al. 2017.

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

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

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

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

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

53 Dörner 2017 (1978), S. 707.

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

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

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

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

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

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

---

58 Machleidt 2010.

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

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

61 Häfner 2016.

62 Häfner et al. 1965.

63 Häfner 2016, S. 128.

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



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

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

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

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

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

Hiernach bestimmt Dörner Sozialpsychiatrie:

---

65 Fischer 1969.

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

67 Anders und Kulenkampff 1968.

68 Schüffel 1969.

69 Dörner und Plog 1972.

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

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

---

<sup>70</sup> Dörner 1972b, S. 8-14.

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

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

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

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

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

71 Mannheimer Kreis 1970.

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

73 Dörner 1972b, S. 18.

74 Deutscher Bundestag 1970.

75 Lauter und Meyer 1971.

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

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

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

76 Finzen o.J.

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

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

79 Mayntz 1993; Mayntz und Scharpf 1995.

80 Itzwerth 1979; Stoll 2014.

81 Rudloff 2003, 2006, 2010.

82 Rudloff 2010.

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

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

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

## 2.4 Die Gründung der DGSP

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

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

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

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

es, innerhalb der DGPN, der psychiatrischen Fachgesellschaft also, eine Sektion »Sozialpsychiatrie« zu etablieren, etwa nach dem Muster des englischen Royal College of Psychiatrists und von dort aus mit sozialpsychiatrischem Gedankengut die Fachgesellschaft zu infiltrieren. Mit Caspar Kulenkampff sollte dies gelingen.«<sup>86</sup> Allerdings ging die Rechnung nicht auf; die Wahl wurde per Gerichtsbeschluss für ungültig erklärt. Aus Sicht der DGPN stellt sich das so dar: »Diese Wahl auf der Mitgliederversammlung, die aufgrund vorher unterschriebener Mitgliederanträge für Reformpsychiater von jungen DGPN-Mitgliedern entsprechend gesteuert worden war, wurde von den älteren Vereinsmitgliedern auf juristischem Wege rückgängig gemacht. In der Konsequenz gründeten die derart Zurückgewiesenen die *Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie* (DGSP)«. <sup>87</sup> Genauer: Die Konsequenzen wurden auf dem 2. Mannheimer Kreis am Abend des 16. November gezogen. Auch hierüber hat Bauer auf seinem Beitrag zum 25-Jährigen Bestehen der DGSP Schönes zu berichten, und zwar wie er mit Jan Gross den Entschluss fasste: »Er (J. Gross) wurde in jener Nacht nicht müde, auf mich einzureden, dass, wenn die sozialpsychiatrische »Bewegung« Bestand haben sollte, sie sich organisieren müsse, sonst, so seine Worte, seien die in ihr enthaltenen Energien nach einigen, vielleicht spektakulären Aktionismen bald verpufft. Er riet dringend zur Gründung eines »Vereins«, ein Gedanke, der auch in den Monaten zuvor da und dort schon hochgekommen war, den niemand jedoch konkret aufgegriffen hatte. Gross und ich schliefen nebeneinander auf dem Fußboden liegend ein, in der Überzeugung, dass die Chance, hier und jetzt einen Verein zu gründen, diesmal nicht verpasst werden dürfte«. Er führt dann weiter aus und zitiert die »Sozialpsychiatrischen« Informationen vom Februar 1971: »Gegen Ende der Plenarsitzung der Tagung für Sozialpsychiatrie versucht Herr Bauer durch das Stimmengewirr zu dringen, um klarzustellen, wer »den Verein« gründen möchte. Nach Namen gefragt zählt er einige Ärzte auf. Da kommt laut und deutlich etwas sarkastisch, scheint mir, aus den hinteren Reihen die Frage: »Und wo bleibt die Renommierschwester?« Eigentlich schade, fand ich. Doch vielleicht notwendig? Hoffen möchte ich es nicht.«<sup>88</sup> Kurz darauf wurde – wiederum auf Anregung von Jan Gross – die Zeitschrift »Sozialpsychiatrischen Informationen«<sup>89</sup> gegründet.

Am 19. Dezember 1970 fand in Hannover die Gründungsversammlung der DGSP statt. Die Satzung der »**Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie in der BRD e. V.**« mit Sitz in Hannover wurde unterzeichnet von:

- Dr. med. Gregor Bosch, Hannover, akademischer Rat
- Dr. med. Klaus Dörner, Hamburg, Assistenzarzt
- Elisabeth Schröder-Jenner, Hannover, Amtsgerichtsrätin
- Rolf Schütz, Berlin, Krankenpfleger

86 Bauer 1995, S. 10 Anmerkung von mir (CRW): Dies war eine Taktik, die meines Erachtens eindeutig aus dem 68er-Fundus herkommt, denn derartiger Praktiken haben sich »revolutionäre« 68er in einigen mir bekannten Fällen der sog. »Randgruppenarbeit« befließigt und so bestehende Vereine etc. im Handstreich übernommen und »umgedreht«.

87 Fehlemann et al. 2017, S. 24.

88 Bauer 1995, S. 10.

89 Mit weiteren Erläuterungen: Elgeti 2019b.

- Dr. med. Jörg Engeland, Hamburg, Assistenzarzt,
- Dr. med. Mark Richartz, Hannover, Assistenzarzt
- Dr. med. Manfred Bauer, Hannover, Assistenzarzt
- Dr. med. Roswitha Huber, Heidelberg, Assistenzärztin
- Rainer Seidel, Berlin, Diplompsychologe.

Die Satzung wurde unter der Nr. 3896 in das Vereinsregister beim Amtsgericht Hannover eingetragen. Der danach gewählte Vorstand der DGSP bestand aus den Mitgliedern:

#### **Geschäftsführender Vorstand:**

- Helmtraut Schmidt-Gante, Frankfurt a.M. Sozialarbeiter als 1. Vorsitzende und den Stellvertreter\*innen
- Dr. med. Gregor Bosch, Hannover, akademischer Rat als 1. Stellvertreter
- Dr. med. Klaus Dörner, Hamburg, Oberarzt
- Christiane Haerlin, Heidelberg, Werktherapeutin
- Dr. med. Niels Pörksen, Mannheim, Oberarzt
- Elisabeth Schröder-Jenner, Hannover, Amtsgerichtsärztin
- Rolf Schütz, Berlin, Krankenpfleger
- Dr. med. Alexander Veltin, Gütersloh, Landesmedizinaldirektor
- Renate Wienekamp, Hannover, Krankenschwester Schriftführer
- Dr. med. Jörg Engeland, Hamburg, Assistenzarzt

#### **Erweiterter Vorstand:**

- Dr. med. Manfred Bauer, Hannover, Assistenzarzt
- Dr. med. Asmus Finzen, Tübingen, Assistenzarzt
- Cornelia Fricke, Hannover, Krankenschwester
- Dr. theol. Peter Fricke, Hannover, Pastor
- Prof. Dr. med. Jan Gross, Hamburg, Ordinarius für Psychiatrie
- Dr. med. Roswita Huber, Heidelberg, Assistenzärztin
- Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus Peter Kisker, Hannover, Ordinarius für Psychiatrie
- Prof. Dr. med. Caspar Kulenkampff, Düsseldorf, Landesrat
- Elisabeth Pfäfflein, Zürich, Beschäftigungstherapeutin
- Dr. med. Mark Richartz, Hannover, Assistenzarzt
- Prof. Dr. rer. Pol. Fritz Sack, Regensburg, Ordinarius für Soziologie
- Rainer Seidel, Berlin, Diplompsychologe
- Dr. med. Herbert Viefhues, Köln, Stadtmedizinaldirektor
- Dr. med. Erich Wulff, Gießen, Privatdozent<sup>90</sup>

Nun gab es also die DGSP und der Vorstand und die Mitglieder konnten daran gehen, die Psychiatriereform in Westdeutschland zu verwirklichen. Die Gründung der DGSP

---

90 DGSP 1970, 1971.

aus dieser »verunglückten« Lage heraus ist als ein echter Glücksfall zu bewerten, da es nur so möglich war, die Gesellschaft als selbstständige Organisation, und zwar als »multiprofessionellen« Verein aller Mitarbeiter\*innen (und Interessierten) zu konstituieren. Eine »Sektion« innerhalb der DGPN hätte dies verhindert und darüber hinaus verhindert, dass die Diskussionen innerhalb der DGSP mit der Offenheit geführt werden konnten und können, wie das üblich war und ist. Nachteilig ist, dass die Gründung der DGSP mit einem verschärften Konflikt begann, der lange Zeit anhielt und die kooperative Politikfähigkeit sozialpsychiatrischer Anliegen beeinträchtigte. Die Frage ist, ob das in einer »Sektion« der DGPN heraus besser möglich wäre? Aber gleichzeitig konnten so auch Positionen der Sozialpsychiatrie eindeutiger formuliert und vertreten werden.

### Exkurs? – Die DGSP und die 68er

Die Psychiatriereform hatte nur bedingt mit den 68er zu tun. Wie dargelegt, begannen die Reformbestrebungen weitaus früher und die Protagonisten der ersten beiden Generationen waren nicht nur älter, sondern hatten auch einem anderen »Habitus« (Bourdieu) verhaftet, als dass sie 68er hätten sein könnten. Aber die 68er hatten doch einen gewissen Einfluss auf die Psychiatriereform und Entwicklung der DGSP. Kersting hat an mehreren Stellen auf die Verschränkung von 68 und Psychiatrie hingewiesen und erläutert das Verhältnis anhand dreier Thesen: Er weist zum einen darauf hin, dass im Zuge der Gesellschafts-, Traditionen- und Institutionenkritik eine verstärkte »Sensibilität« für das Soziale, für Menschen und Bürgerrechte entstanden ist, in der das Thema Psychiatrie einen ungeahnten »Nähr- und Resonanzboden« fand. Hierbei spielte zum Zweiten eine Rolle, dass die 68er auch ein internationales mediales Ereignis war, in dem – vermittelt über Printmedien, Rundfunk und Fernsehen – ausländische Erfahrungen und Entwicklungen in Deutschland zur Verfügung standen. Dies gilt nicht nur für die Entwicklungen in der Psychiatrie, sondern auch für die Antipsychiatrie. Protagonisten wie die Engländer Laing und Cooper, die Italiener wie Franco Basaglia oder Agostino Pirella und die amerikanischen Autoren, der Psychoanalytiker Thomas S. Szasz und der Soziologe Thomas J. Scheff wurden bei den 68ern geschätzt und sprachen auch in Deutschland. Zum Dritten trug das allgemeine Klima, das auf Bürgersinn und Demokratisierung setzte, dazu bei, dass »alte Zöpfe« abgeschnitten und Hierarchien abgebaut wurden. Ebenso, wie man öffentlich über Psychiatrie reden konnte, wurden auch in den Krankenhäusern Hierarchien infrage gestellt und durch kollegiale Formen oder auch teamartige Strukturen ersetzt.<sup>91</sup>

Insbesondere die Theorien der »Antipsychiatrie« sowie die radikalen sozialwissenschaftlichen Ansätze, die sich auf die Arbeiten von Foucault, Goffman, Szasz, Scheff und den »Labeling Approach« bezogen, fanden große Resonanz der 68er, die sich auf sog. »Randgruppenarbeit« bezogen und in diesen Randgruppen ein revolutionäres Potenzial sahen. Dies galt eben nicht nur für die Jugendarbeit in der sog. »Heimkampagne«, sondern auch für die Psychiatrie. Außenseiter wurden von der APO als »SSpeerspitze der Revolution« gesehen, die nichts anderes zu verlieren hätten und deshalb auch am

---

91 Kersting 2001b, 2004.



konsequentesten gegen das System kämpfen würden.<sup>92</sup> Protagonisten der APO, die aus der Jugendarbeit kamen, wie Ulrike Meinhoff und Andreas Baader, sind dann auch als RAF in den terroristischen Untergrund gegangen. Teile des »Sozialistischen Patientenkollektivs« SPK Heidelberg schlossen sich an.<sup>93</sup> Andere Organisationen und Selbsthilfegruppen, wie z.B. das SSK in Köln, die Irrenoffensive in Berlin oder der Aktionskreis 71 in Hamburg schlossen sich teilweise radikaler Kritik an. Dies galt aber auch für Teile der (zukünftig) Professionellen: Zu nennen sind hier beispielsweise die Arbeitsgemeinschaft Sozialpolitischer Arbeitskreise (AG-SPAK) oder die Redaktion der Widersprüche des »Sozialistischen Büros« und auch Teile der jungen DGSP-Mitglieder, die nicht-medizinischen Berufen zugehörig waren. Natürlich gab es in der DGSP »linke«, sozialistisch orientierte Mitglieder mit dem großen Protagonisten Erich Wulff. Diese waren teilweise offen kommunistisch orientiert oder eher auf der Linie der Zeitschrift »Das Argument«, also weit entfernt von antipsychiatrischen Gedanken.

Insgesamt hatte die fortschrittliche sozialpsychiatrische Reformbewegung ein ambivalentes bis ablehnendes Verhältnis zur Antipsychiatrie. Cornelia Brink schreibt hierzu: »Als Befürworter gemeindepsychiatrischer Versorgung und neuer Therapieformen teilten sie die öffentliche Kritik an der traditionellen Psychiatrie und damit an den konservativen Vertretern der eigenen Zunft. Nach außen wie nach innen grenzten sie sich aber auch gegenüber den radikaleren Psychiatriekritikern mit ihren »linksprogressiven, antipsychiatrischen, sozialutopischen und psychogenetischen Ansichten ab.«<sup>94</sup> Finzen spricht in diesem Zusammenhang davon, dass sich Antipsychiatrie und Sozialpsychiatrie wie »Feuer und Wasser« zueinander verhalten; politisch und ideologisch seien sie Feinde.<sup>95</sup> »Was das SPK anbetrifft«, zitiert Christian Pross Maria Rave-Schwank und Klaus Dörner aus seinen Zeitzeugengesprächen, »sind sie der Meinung, dass dieses insgesamt der Psychiatriereform geschadet und deren Gegnern Argumente geliefert habe.«<sup>96</sup> Vielleicht ist hieraus zu erklären, dass in der Geschichte der DGSP erst recht spät, nämlich in den späten 1990er-Jahren, Psychiatrieerfahrene, wie sie nun heißen, zu echten »Trialog«-Partner\*innen der DGSP wurden.

Natürlich wurden nicht alle Gedanken und Ansätze der Antipsychiatrie verworfen; die Ansätze der Labeling-Theorie sind immer noch (traumatisierender) Wissensbestand der heute »alten« Sozialpsychiater.<sup>97</sup> Auch viele Beispiele aus der italienischen demokratischen Psychiatrie dienen auch heute noch als Vorbilder oder sorgen für Diskussionsstoff – meist jedoch ausgehend von Vertreter\*innen des außerklinischen Bereiches.<sup>98</sup> Der »Auflösungsbeschluss« der DGSP von 1980 wäre sonst nicht erklärbar. Auch andere »Errungenschaften« der 68er haben Eingang in die DGSP gefunden. Das gilt für die Organisation und Durchführung nicht nur der »Mannheimer Kreis«-Tagungen, sondern

---

92 Brink 2003; Brink 2010, S. 452.

93 Vgl. hierzu umfassend: Pross 2016.

94 Brink 2010, S. 457.

95 Finzen 1998, S. 56.

96 Pross 2016, S. 155.

97 Vgl. hierzu: Finzen 2013.

98 Vgl. statt anderer Hartung 1980; Giese 1984.

auch für die Fortbildungen und gegenseitigen Umgang der Mitglieder untereinander – in jeder Hinsicht.

Die Rede des CDU-Abgeordneten Walter Picard vor dem Bundestag am 17.04. 1971 gab den politischen Anstoß zur Psychiatrie-Enquête. Doch dies wird im nächsten Kapitel behandelt.

Rechtzeitig zur Psychiatriereform veröffentlichten die Urväter des Heavy-Metal, die Band »Black Sabbath«, 1970 ihren Super-Hit »**Paranoid**«.