

■ Kann das wirklich sein? Die psychiatrische Fürsorge war in den 1950er und 1960er Jahren in der DDR wesentlich fortschrittlicher als bisher angenommen. Reformorientierte Ärzte gewannen damals großen Einfluss auf die Gesundheitspolitik, sie scheuten sich auch nicht, den für eine sozialistische Gesellschaft heiklen Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung und psychischen Erkrankungen zu thematisieren. Der Erfolg währte allerdings nicht lange, wie Viola Balz und Ulrike Klöppel zeigen können. Die Reformer wurden durch parteitreue Psychiater verdrängt, die an Tabuthemen nicht mehr rührten und vor allem auf kostengünstige Behandlungsmethoden setzten, nicht zuletzt auf Psychopharmaka. Letztlich, so die These der beiden renommierten Autorinnen, verdrängte man das Thema Sozialpsychiatrie. Wenn es um die psychische Gesundheit ging, waren bei den Bürgern der DDR Selbstverantwortung und Mündigkeit gefragt. ■

Viola Balz und Ulrike Klöppel

Wendung nach Innen

Sozialpsychiatrie, Gesundheitspolitik und Psychopharmaka in der Deutschen Demokratischen Republik, 1960–1989

„Zum gegenwärtigen Zeitpunkt kann der wünschenswerte Zustand noch nicht erreicht werden.“¹ Mit diesen knappen Worten kommentierte das Ministerium für Gesundheitswesen der DDR noch Ende der 1980er Jahre einen Bericht zur Lage der psychiatrischen Versorgung. In den Jahren zuvor waren ministerielle Untersuchungen regelmäßig zu ähnlichen Einschätzungen gelangt. So gab es 1979 in der DDR 32.571 psychiatrische Betten, ein Viertel davon für psychisch kranke Kinder². Knapp zwei Drittel dieser Betten wurden von Allgemeinkrankenhäusern gestellt. Insgesamt waren 18,4 Prozent aller Krankenhausbetten somit psychisch kranken Menschen vorbehalten, die Betten waren jedoch allgemein um 30 Pro-

¹ Ludwig Mecklinger, Protokoll Nr. 27/87 [undatiert], 30.7.1987, in: Bundesarchiv (künftig: BAArch), DQ 1/6616. – Der vorliegende Beitrag entstand im Rahmen des von der DFG geförderten Forschungsprojekts „Psychochemicals crossing the wall. Die Einführung der Psychopharmaka in der DDR, 1952–1989“ unter der Leitung von Volker Hess (DFG He 2220/7). Hilfreiche Kommentare zum Text verdanken wir Volker Hess und Matthias Hoheisel. Herbert Loos danken wir für die Bereitstellung archivalischen Materials.

² An dieser Stelle möchten wir darauf hinweisen, dass wir gegenüber den Quellenbegriffen „psychisch krank/gesund“ eine kritische Distanz bewahren, auch wenn wir in diesem Beitrag auf die Verwendung von Anführungszeichen verzichten. Die Antipsychiatrie-/Psychiatriebetroffenen-Bewegung kritisiert den Begriff „psychische Krankheit“, da diese Zuschreibung eine normative Setzung beinhaltet, die selbst unmarkiert und unhinterfragt bleibt. Für eine umsichtige psychiatriehistorische Forschung gilt es ohnehin, die Begriffe, welche die Quellen offerieren, hinsichtlich ihrer wahrnehmungsformierenden und sozialen Wirkungen zu analysieren.

zent überbelegt. Gleichzeitig war die Entlassungsrate ausgesprochen niedrig³. In der ambulanten psychiatrischen Versorgung hatte ein Arzt ca. 30.000 potenzielle Patienten zu versorgen⁴. Von einer ausreichenden gemeindenahen Betreuung war die DDR also weit entfernt – und das, obwohl es ab den 1960er Jahren ambitionierte sozialpsychiatrische Reformvorschläge gegeben hatte.

Im Zentrum dieses Beitrags stehen diese Reformbemühungen, ihre Verknüpfungen und Reibungen mit der staatlichen Gesundheitspolitik. Für den Zeitraum 1960 bis 1989 soll gezeigt werden, wie sich die psychiatrische Versorgung in der DDR ausdifferenzierte. Auf welchen Wegen und inwieweit fanden die fachliche Perspektive und sozialpsychiatrische Reformversuche Eingang in die Gesundheitspolitik, inwieweit wurden die erarbeiteten Pläne umgesetzt und welche Faktoren brachten die Implementierung zum Erliegen? In diesem Zusammenhang ist auch zu fragen, welche Rolle Psychopharmaka für die Umgestaltung der Psychiatrie und insbesondere für die aufkommende „Dispensairebetreuung“ – so wurde im Gesundheitswesen der DDR eine aus der Sowjetunion übernommene ambulante Behandlungsform in Polikliniken bezeichnet – spielten⁵. Die Untersuchung stützt sich auf bis dato nicht ausgewertete Archivalien des Ministeriums für Gesundheitswesen sowie auf psychiatrische Fachpublikationen. Diese Quellen erlauben es, die Verflechtungen zwischen fachlichen und staatlichen Akteuren sowie die Steuerungsprozesse der psychiatrischen Versorgung genauer zu analysieren.

Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden drei Entwicklungslinien herausgearbeitet: Erstens die Rücknahme von Mitsprachemöglichkeiten psychiatrischer Fachvertreter zugunsten einer direkten staatlichen Steuerung der psychiatrischen Versorgung unter Einbeziehung einer Handvoll parteitreuer Psychiater; zweitens den massiv ansteigenden Einsatz von Psychopharmaka; und drittens die Entstehung eines gesundheitspolitischen Präventionsdiskurses, der für das Risiko einer psychiatrischen Erkrankung das individuelle Gesundheitsverhalten verantwortlich machte.

Forschungsstand

Bisherige Studien zur Sozialpsychiatrie in der DDR stützen sich im Wesentlichen auf veröffentlichtes Material oder analysieren lokale Entwicklungen⁶. Auch Zeit-

³ 50 % der psychiatrischen Patienten blieben über zwei Jahre, ein Drittel der Patienten zehn Jahre und mehr; OMR Dr. Münter, Erste Konzeption der Entwicklung der Betreuung nach 1980, 29.5.1979, in: BArch, DQ 1-24219, S. 10.

⁴ Ebenda.

⁵ Die Dispensairebetreuung umfasste alle Formen ambulanter Behandlung von der Prävention bis zur Rehabilitation; vgl. Eckart Galas, *Krankenversicherung und Diabetes mellitus: Konzepte zur Verbesserung der Versorgung von Diabetikern*, Karlsruhe 2000, S. 64f.

⁶ Vgl. Heinz-Peter Schmiedebach/Thomas Beddies/Jörg Schulz/Stefan Priebe, *Wohnen und Arbeit als Kriterien einer „sozialen Integration“ psychisch Kranker – Entwicklungen in Deutschland von 1900 bis 2000*, in: *Psychiatrische Praxis* 29 (2002), H. 6, S. 285–294; Heinz-Peter Schmiedebach/Stefan Priebe, *Social psychiatry in Germany in the twentieth century*:

zeugen haben mit ihren Erinnerungen zur historischen Rekonstruktion der Sozialpsychiatrie beigetragen⁷. Diese geben Aufschluss über das Wirkungsfeld einzelner Akteure und bestimmter psychiatrischer „Schulen“. Sie beleuchten jedoch nur unzureichend das Gesamtbild der DDR.

Einen ersten Überblick gab der Psychiatriehistoriker Greg Eghigian. Er charakterisierte in knapper Form die wichtigsten Reformen von 1945 bis in die 1980er Jahre und ordnete sie in die allgemeine politische Entwicklung der DDR ein. Die erste Phase bis 1950 sah er durch die Unterstellung der Psychiatrien unter die sowjetische Besatzungsmacht und die damit einhergehenden Plünderungen gekennzeichnet. Die Patientensterblichkeit habe damals fast 20 Prozent betragen. Die Zahl der Patienten in den Kliniken sei gegenüber 1936 auf 20 Prozent abgesunken⁸, wobei allerdings der Massenmord im Rahmen der NS-Euthanasieaktion und das Hungersterben in den Psychiatrien in Rechnung zu stellen ist, das auch nach 1945 anhielt⁹. Darüber hinaus seien viele Patienten und Mitarbeiter vor der sowjetischen Besatzung geflohen¹⁰. In der zweiten Phase, die von 1950 bis 1960 reichte, wurde Eghigian zufolge der Versuch gemacht, eine angemessene Versorgung wieder herzustellen. Seit den frühen 1950er Jahren waren die psychiatrischen Kliniken überfüllt, durch die fortgesetzte Republikflucht fehlten zahlreiche Fachkräfte. Gleichzeitig wurde den ostdeutschen Ärzten durch die bereits 1949 gegründete erste psychiatrische Fachzeitschrift der DDR, *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie*, wichtige Entwicklungen der sowjetischen Psychiatrie zugänglich gemacht. Die sowjetische Psychiatrie stütze sich auf einen biologistischen Ansatz, demzufolge psychische Krankheiten in erster Linie als Gehirnerkrankungen zu verstehen seien, weshalb pharmakologische und somatische Behandlungen favorisiert wurden. Zudem bemühten sich Funktionäre der SED zu Beginn der 1950er Jahre, die in der Sowjetunion gefeierte lernpsycholo-

ideas and models, in: *Medical History* 48 (2004), S. 449–472; Beatrice Falk/Friedrich Hauer, *Brandenburg-Görden: Geschichte eines psychiatrischen Krankenhauses*, Berlin 2007; Wolfgang Rose, *Anstaltspsychiatrie in der DDR. Die brandenburgischen Kliniken zwischen 1945 und 1990*, Berlin 2005.

⁷ Vgl. Herbert Loos, *Verschenkte Erfahrungen – Vergessen – Verdrängen. Mythenbildung in der Medizin- und Psychiatriegeschichte der DDR*: Manuskript eines Vortrags, gehalten am Städtischen Krankenhaus Eisenhüttenstadt am 25. 11. 2009.

⁸ Vgl. Greg Eghigian, *Was there a communist psychiatry? Politics and East German psychiatric care, 1945–1989*, in: *Harvard Review of Psychiatry* 10 (2002), H. 6, S. 364–368, hier S. 365.

⁹ Vgl. zur Euthanasie Sabine Hanrath, *Zwischen „Euthanasie“ und Psychiatriereform. Anstaltspsychiatrie in Westfalen und Brandenburg: ein deutsch-deutscher Vergleich (1945–1964)*, Paderborn u. a. 2002; Gerit Hohendorf/Maika Rotzoll, *Die Opfer der nationalsozialistischen „Euthanasie-Aktion T4“ – Erste Ergebnisse eines Projektes zur Erschließung von Krankenakten getöteter Patienten im Bundesarchiv Berlin*, in: *Nervenarzt* 73 (2002), H. 11, S. 1065–1074; Hans Werner Schmuhl, *Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ – Zur Radikalisierung der Erb- und Rassenpolitik im Nationalsozialismus*, in: Christoph Mundt/Gerit Hohendorf/Maika Rotzoll, *Psychiatrische Forschung und NS-„Euthanasie“: Beiträge zu einer Gedenkveranstaltung an der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg, Heidelberg 2001*, S. 179–191. Zum Hungersterben vgl. Hans Faulstich: *Hungersterben in der Psychiatrie 1914–1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie*, Freiburg 1998.

¹⁰ Vgl. Eghigian, *Was there a communist psychiatry*, S. 365.

gische Reflextheorie des Mediziners und Physiologen Iwan Petrowitsch Pawlow (1849–1936) mittels spezieller Forschungsprogramme in der DDR zu implementieren¹¹. Allerdings erlangten diese Initiativen kaum Einfluss und nur wenige Jahre später kamen sie im Zuge der Entstalinisierung (die in der DDR mit einigen Jahren Verzögerung gegenüber der Sowjetunion erfolgte) zum Erliegen¹². Andere psychiatrisch-psychologische Theorien wie beispielsweise die Psychoanalyse galten als unvereinbar mit materialistischen Positionen und wurden offiziell abgelehnt¹³. Mit dem Mauerbau begann nach Eghigian eine dritte Phase der DDR-Psychiatrie. Die für das Gesundheitswesen zuständigen SED-Funktionäre öffneten sich neuen wissenschaftlichen Ideen und Reformen und machten den in der DDR verbliebenen Psychiatern weitreichende Zugeständnisse. Einzelne Forscher erhielten sogar die Möglichkeit, sich im Ausland über die neuesten Entwicklungen der sozialen Psychiatrie zu informieren. Dadurch inspiriert, so legt Eghigian nahe, wurden auch in der DDR Forderungen nach Reformen virulent.

Diese Phase der Offenheit war jedoch bald wieder vorbei, wie sowohl Eghigian als auch Herbert Loos – Psychiater und Autor eines retrospektiven Berichts über die Entwicklung der Psychiatrie in der DDR – feststellen¹⁴: Im Februar 1971 befasste sich eine von der Abteilung Gesundheitspolitik des Zentralkomitees der SED einberufene Konferenz mit der „ideologischen Situation“ im Fachgebiet Psychiatrie und stellte „ernste Mängel“ fest. Bei dieser Gelegenheit verkündete die SED, dass künftig alle leitenden Posten in der DDR-Psychiatrie mit SED-Genossen besetzt werden sollten¹⁵. Dieser Beschluss gab der Sorge der SED Ausdruck, dass sich insbesondere die ältere Ärzteschaft noch immer am westlichen Wissenschaftsdiskurs orientiere und für die ideologischen Einbindungsversuche der Partei relativ unzugänglich sei¹⁶. Tatsächlich blieb die DDR-Psychiatrie von 1971 bis zu ihrem Ende durch Widersprüche und Inkongruenzen gekennzeichnet¹⁷. So bezogen sich die Psychiater in der DDR trotz des seit dem Mauerbau stark eingeschränkten Zugangs zu internationaler Forschungsliteratur weiterhin vor allem auf westdeut-

¹¹ Vgl. Alexander Mette, Resolution von der Pawlow-Tagung am 15. und 16. Januar 1953 in Leipzig, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 5 (1953), S.127–134; ders., Bericht über die Arbeitstagung der Staatlichen Pawlow-Kommission der Deutschen Demokratischen Republik vom 15.-17. 1. 1954 in Leipzig, in: *Ebenda* 6 (1954), S. 73–180.

¹² Vgl. Sabine Ernst, „Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus“. Ärzte und medizinische Hochschullehrer in der SBZ/DDR 1945–1961, Münster u. a. 1997, S. 308–332.

¹³ Vgl. Alexander Mette, Freud und Pawlow, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 9 (1957), S. 217–225.

¹⁴ Vgl. Loos, *Verschenkte Erfahrungen*, S. 17.

¹⁵ *Ebenda*, S. 15.

¹⁶ Der allmähliche Anstieg der Parteimitgliedschaften in der Ärzteschaft ab den 1960er Jahren beruhigte das Misstrauen der Staatsführung nicht; vgl. Francesca Weil, *Zielgruppe Ärzteschaft. Ärzte als inoffizielle Mitarbeiter des Ministeriums für Staatssicherheit der DDR*, Göttingen 2008, S. 16f.

¹⁷ Vgl. Eghigian, *Was there a communist psychiatry*.

sche und amerikanische Publikationen¹⁸. Sie versuchten, die westlichen Konzepte mit den Zielen des Sozialismus in Übereinstimmung zu bringen, woraus sich zum Teil eigene Herangehensweisen entwickelten. Die verbreitetsten Ansätze der psychosozialen Behandlung waren verhaltens- und gruppentherapeutisch orientierte Angebote, so zum Beispiel die Gesprächsgruppentherapie nach Kurt Höck (1920–2008), die die dynamischen Ansätze der Psychoanalyse mit gruppentherapeutischen kombinierte. Die Parteiführung bewertete diese Bezugnahme auf psychoanalytische Elemente als mit ihren ideologischen Grundsätzen vereinbar, da die starke Bedeutung der Gruppe in dieser Therapieform die sozialistische Auffassung, wonach sich der Mensch nur im Kollektiv entwickeln könne, bestätigte¹⁹. Verhaltens- und Gruppentherapien wurden in den 1980er Jahren ausgebaut. Insgesamt, so Herbert Loos, öffnete sich die Psychiatrie in der zweiten Hälfte der 1980er Jahre im Zuge von Glasnost und zunehmender gesellschaftlicher Proteststimmung für Reformen²⁰. Allerdings gelang es aufgrund personeller und finanzieller Engpässe nicht, die neuen Ansätze in den Anstalten und in der gemeinde-nahen Versorgung bis 1989/90 in breiterem Umfang zu etablieren²¹.

Die Darstellungen von Eghigian und Loos benennen wichtige Wendepunkte der psychiatrischen Versorgung in der DDR. Sie sind jedoch sehr kurz gehalten und geben, sieht man von den für fast alle Bereiche geltenden Finanzproblemen, dem Fachkräftemangel und der ideologischen Unterstellung unter die Partei ab, kaum Hinweise darauf, wie sich fachliche und politische Steuerung der psychiatrischen Versorgung zueinander verhielten. Nicht befriedigend geklärt ist auch, welche konkreten Eingriffe die sozialpsychiatrischen Reformimpulse zum Erliegen brachten und die weitere Entwicklung bestimmten. Und insbesondere ist zu wenig untersucht, wie die sozialpsychiatrischen Reformvorschläge umgesetzt wurden. Die Studie von Sabine Hanrath zeichnet zwar die Genese und das Schicksal der Rodewischer Thesen entlang der Diskussionen im Fachausschuss Psychiatrie beim Ministerium für Gesundheitswesen bis Mitte der 1960er Jahre nach, sie spart jedoch ihren umfassenderen Kontext und vor allem ihre weitere Entwicklung aus²².

Partizipative Psychiatriepolitik in den 1960er Jahren

1959 wurde beim Ministerium für Gesundheitswesen der Fachausschuss für Psychiatrie wiederbelebt. Dadurch wurden reformorientierte Psychiater, die sich von der starken Fokussierung auf die Psychopathologie der älteren Schule absetzten

¹⁸ Vgl. Rainer Herrn, Die Charité als Politobjekt: Politisches Handeln, in: Ders./Laura Hottenrott (Hrsg.), Die Charité zwischen Ost und West (1945–1992). Zeitzeugen erinnern sich, Berlin-Brandenburg 2010, S. 109–138, hier S. 131–133.

¹⁹ Vgl. Kurt Höck, Praxis der dynamischen Gruppentherapie, Leipzig 1983.

²⁰ Vgl. Loos, Verschenkte Erfahrungen, S. 17.

²¹ Vgl. Eghigian, Was there a communist psychiatry, S. 366; Marion Sonnenmoser, Psychotherapie in der DDR: Revolte als Heilungschance, in: PP-Deutsches Ärzteblatt für Psychologische Psychotherapeuten 8 (2009), S. 264.

²² Vgl. Hanrath, Zwischen „Euthanasie“ und Psychiatriereform, S. 427–447.

und sich stattdessen auf den Ausbau der ambulanten Versorgung konzentrierten, verstärkt in die Planung einbezogen²³. In diesem Beratungsgremium engagierten sich vor allem Leiter der Bezirksfachkrankenhäuser für eine grundlegende Reform der psychiatrischen Versorgung, allen voran der Leiter der Heil- und Pflegeanstalt Mühlhausen in Thüringen, Ehrig Lange (1921–2009)²⁴. Der ehemalige Schüler eines evangelischen Kollegs war gläubiger Christ und wurde durch seine christlichen Wertvorstellungen zu seinen sozialpsychiatrischen Neuansätzen motiviert²⁵. Dies war wohl auch einer der Gründe, warum er nicht der SED beitrug, sondern Mitglied der CDU wurde, wodurch er als politisch unzuverlässig galt²⁶. Dennoch schätzte man im Ministerium für Gesundheitswesen seine Fachkompetenz. Bereits Ende der 1950er Jahre war Lange im Auftrag des Ministeriums nach England gereist, um sich dort über die neuesten Entwicklungen im Bereich der Sozialpsychiatrie zu informieren²⁷.

Inspiziert durch Langes Bericht über seine Erfahrungen in England, war der Fachausschuss maßgeblich an der Formulierung einer ersten sozialpsychiatrischen Agenda in der DDR beteiligt, die unter dem Namen „Rodewischer Thesen“ bekannt wurde²⁸. Die Thesen waren das Ergebnis einer internationalen, das heißt von Fachvertretern aus verschiedenen sozialistischen Ländern besuchten Konferenz zur psychiatrischen Rehabilitation, die 1963 in Rodewisch im Vogtland stattfand. Ihre Kernaussagen lauteten: Die Psychiatrie müsse sich vom Bild eines schicksalhaften Krankheitsverlaufs verabschieden und ihre Kräfte auf rehabilitative Therapien konzentrieren. Um dies zu erreichen, müssten „Komplextherapien“ konsequent angewendet werden. Diese sollten gezielte Psychopharmakatherapien ebenso wie Arbeits- und Soziotherapien umfassen. Gleichzeitig seien die

²³ Zur Vorgeschichte des Fachausschusses vgl. ebenda, S.31–61, sowie Ulrike Klöppel/Viola Balz, Psychopharmaka im Sozialismus: Arzneimittelregulierung in der Deutschen Demokratischen Republik in den 1960er Jahren, in: *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte* 33 (2010), S. 382–400.

²⁴ Weitere Mitglieder des Fachausschusses bis 1961 waren: aus der Hochschulpsychiatrie Parntzke (Magdeburg), Keyserlingk (Jena) und Müller-Hegemann (Leipzig), aus den Fachkrankenhäusern Drechsler (Stadroda), Eichler (Görden), Stoltenhof (Arnsdorf), Walther (Rodewisch), Berthold (Schwerin) und Klein (Pflegeheim Wittstock Dosse).

²⁵ Vgl. Werner Felber/Wolfgang Saueremann, Nachruf, *Ärzteblatt Sachsen* 8 (2009), S. 449 f.

²⁶ Vgl. Sonja Süß, Politisch mißbraucht? Psychiatrie und Staatssicherheit in der DDR, Berlin 1999, S. 588.

²⁷ Ehrig Lange, Zur Frage nach Stand und Entwicklung von psychiatrischer Forschung und psychiatrischem Gesundheitsschutz des psychisch geschädigten Kindes, [vermutlich Juni 1968], in: *BArch, DQ 109/258*. Bereits 1960 wurde ein Bericht über die Lage der Sozialpsychiatrie in England auch in der Zeitschrift *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* abgedruckt; vgl. Joshua Bierer, Psychiatrische Tagesklinik in Theorie und Praxis, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 12 (1960), S. 201–208.

²⁸ Ehrig Lange, Protokoll der Sitzung des Fachausschusses Psychiatrie am 27.9.1963 vom 4.10.1963, in: *BArch, DQ 1/6195*; Rodewischer Thesen. Internationales Symposium über die psychiatrische Rehabilitation vom 23.-25. Mai 1963 in Rodewisch im Vogtland, in: *Zeitschrift für die Gesamte Hygiene und ihre Grenzgebiete* 11 (1965), S. 61–65. Zur Diskussion über die Rodewischer Thesen im Fachausschuss für Psychiatrie vgl. auch Hanrath, Zwischen „Euthanasie“ und Psychiatriereform, S. 427–447.

psychiatrischen Stationen offener zu gestalten und so zu profilieren, dass beispielsweise spezielle Krankheits- oder Altersgruppen gezielt behandelt werden könnten. Ferner wurde gefordert, die Dispensairebetreuung auszubauen und den Übergang zwischen vollstationären und ambulanten Einrichtungen zu erleichtern. Dafür sollte auch ein abgestuftes System von geschützten Arbeitsmöglichkeiten entwickelt werden. Schließlich gelte es, Zwangsmaßnahmen gegen psychisch Kranke auf ein Minimum zu beschränken²⁹. Diese Forderungen orientierten sich im Wesentlichen an den Entwicklungen der psychiatrischen Versorgung im anglo-amerikanischen Raum und gingen von praktischen Beobachtungen aus.

Nach der Rodewischer Konferenz drängte der Fachausschuss für Psychiatrie unter der Leitung von Lange, der inzwischen den Dresdener Lehrstuhl für Psychiatrie übernommen hatte, auf eine schnelle Umsetzung des Reformprogramms³⁰. Als das Ministerium für Gesundheitswesen die erforderlichen Maßnahmen hinausögerte, kritisierte Lange in einem Schreiben an den Stellvertretenden Gesundheitsminister Michael Gehring im Juli 1963:

„Der Fachausschuss für Psychiatrie beim Ministerium für Gesundheitswesen der DDR ist in seiner letzten Sitzung darin übereingekommen, dass diese in langjähriger Vorbereitung erarbeiteten Entwicklungsthesen dann nur eine Deklaration bleiben, wenn sie nicht von bevorzugter Stelle mit entsprechender Weisungsempfehlung an die psychiatrischen Facheinrichtungen und die Räte der Bezirke überreicht werden.“³¹

Zumindest müsse das Ministerium die im Dezember 1963 in Schwerin tagenden Ärztlichen Direktoren psychiatrischer Fachkrankenhäuser auf die bindende Wirkung der Rodewischer Empfehlungen hinweisen. Schließlich versandte Gehring, nach weiterem Druck aus dem Fachausschuss, die Thesen kurz vor der Schweriner Konferenz und forderte die Teilnehmer auf, diese intensiv zu diskutieren³².

Dennoch zeichnete sich in den folgenden Jahren ab, dass die Parteiführung andere wissenschafts- und gesundheitspolitische Prioritäten setzte als die Reformer. Dabei handelte es sich um einen schleichenden Prozess, dessen Auswirkungen erst langsam deutlich wurden. Das Ministerium für Gesundheitswesen überführte den Fachausschuss in eine Problemkommission „Psychohygiene und geistige Gesundheit“, die Empfehlungen für die künftige Entwicklung der Psychiatrie und die Forschungsplanung erarbeiten sollte – ein Prozess, der sich über drei Jahre hinzog (die langwierige Umstellung hatte allerdings mit der 1963 gene-

²⁹ Vgl. Rodewischer Thesen.

³⁰ Auf eine eingehende Diskussion der Rolle des Fachausschusses bei der Etablierung dieses Programms sei hier verzichtet. Für eine ausführliche Analyse vgl. Hanrath, Zwischen „Euthanasie“ und Psychiatriereform, S. 427–447.

³¹ Lange an Michael Gehring, Informationsschreiben betr. Entwicklungsthesen zur Psychiatrie vom 31. 7. 1963, in: BArch, DQ 1/6195.

³² Michael Gehring, Material zur Grundsatzdiskussion über die Entwicklung der Psychiatrie in der DDR – Rodewischer Thesen, 15. 11. 1963, in: BArch, DQ 1/6195.

rell beschlossenen Bildung von Problemkommissionen beim Forschungsrat zu tun)³³. In seiner letzten Sitzung im Januar 1965 bestätigte der Fachausschuss für Psychiatrie die Konstitution der Problemkommission, deren Vorsitz Lange innehaben sollte. Der zuständige Gesundheitsminister Ludwig Mecklinger (1919–1994) erklärte dazu, die Problemkommission werde eine „einheitliche Konzeption in der diagnostischen, therapeutischen und medikamentösen Einstellung“ entwickeln, die dem modernsten wissenschaftlichen Stand entspreche. Ausdrücklich benannte er als Problem, dass insbesondere beim Aufbau des ambulanten Sektors noch einiger Nachholbedarf bestehe, aber die finanziellen Spielräume dafür begrenzt seien. Dennoch sei das Ministerium bestrebt, der Psychiatrie echte Entwicklungsmöglichkeiten und Perspektiven zu eröffnen³⁴. Er versicherte zudem, dass der für die Rehabilitation so notwendige Aspekt der „psychiatrischen Fürsorge“ und somit sozialpsychiatrische Fragen in einer gesonderten Arbeitsgruppe berücksichtigt würden.

Die bisherigen Fachausschuss-Mitglieder fühlten sich durch das klare Bekenntnis zur Sozialpsychiatrie zunächst bestärkt. Ihre Hoffnung auf inhaltliche Kontinuität erfüllte sich indes nicht. Vielmehr nutzte das Ministerium für Gesundheitswesen die Umbildung des psychiatrischen Beratungsgremiums, um in dessen Ausrichtung einzugreifen. Den verantwortlichen Gesundheitspolitikern ging es darum, eine biologisch fundierte Psychiatrie bei gleichzeitiger Förderung der psychohygienischen Gesundheitserziehung zu etablieren. Damit schlossen sie nicht nur an die Entwicklung der sowjetischen Psychiatrie an, sondern folgten auch einem weltweiten Trend hin zu einer biochemischen und neurophysiologischen Grundlagenforschung, der durch die Einführung der modernen Psychopharmaka ausgelöst worden war³⁵. Sein Bestreben zu einer biologischen Ausrichtung der Psychiatrie bekräftigte das Ministerium dadurch, dass es die Vorstände der Fachgesellschaften und des bisherigen Fachausschusses zusammenführte³⁶. Wie ein Ministeriumssprecher Lange mitteilte, sei die vom bisherigen Ausschuss angestrebte personelle Zusammensetzung noch unzureichend,

„da die wissenschaftlichen Forschungsaufgaben besonders der z. B. biochemischen Vorgänge, die mit Geisteskrankheiten eventl. verbunden sind, nicht durch die entsprechenden Vorschläge von Wissenschaftlern damit zusammen-

³³ Gedanken zur Begrüßung der Teilnehmer der gemeinsamen Tagung der Ärztlichen und Verwaltungsdirektoren am 4./5. 12. 1963 in Schwerin vom 28. 11. 1963, in: BArch, DQ 1/3586. Zur Bildung von Problemkommissionen beim Rat für Planung und Koordinierung der medizinischen Wissenschaft vgl. Buchmüller, Analyse über die medizinischen Gremien des Forschungsrates vom 25. 11. 1963, in: BArch, DF 4/3284.

³⁴ Wagner, Protokoll der Sitzung des Fachausschusses für Psychiatrie am 23. 1. 1965, o.D. [1965], in: BArch, DQ 1/23058.

³⁵ Dies zeigt sich auch an internationalen Zusammenschlüssen wie z. B. dem Colloquium Internationale Psychopharmacologicum (CINP); vgl. Viola Balz, Zwischen Wirkung und Erfahrung – eine Geschichte der Psychopharmaka. Neuroleptika in der Bundesrepublik Deutschland, 1950–1980, Bielefeld 2010, S. 319–334.

³⁶ Lange, Protokoll der Sitzung des Fachausschusses Psychiatrie am 27. 9. 1963 vom 4. 10. 1963, in: BArch, DQ 1/6195.

hängender Fachgebiete als Mitglieder der Problemkommission Psychiatrie berücksichtigt sind³⁷.“

Diese Aussage verdeutlicht die zunehmend hervortretende Parteilinie der Biologisierung. Sie behagte den Reformerspsychiatern nicht, weil sie fürchteten, die SED werde auf naturwissenschaftliche und individualisierende „Lösungen“ für die Probleme der psychiatrischen Versorgung setzen, statt Strukturreformen einzuleiten. Zu Recht, wie die weiteren Entwicklungen zeigten. Die neue Parteilinie propagierte der Rat für Planung und Koordinierung der Medizinischen Wissenschaften, dem die Problemkommission unterstand, 1967 auf einer nationalen Konferenz mit dem Titel „Sozialismus, wissenschaftlich-technische Revolution und Medizin“. In den zu diesem Symposium veröffentlichten Thesen hieß es, dass sich die Forschung vermehrt auf die Epidemiologie psychischer Störungen – mit dem Ziel der Objektivierung der klinischen Versorgung – und vor allem auf die „Prophylaxe“, das heißt die „Verhütung“ psychischer Störungen mittels Gesundheitserziehung bzw. „Psychohygiene“, konzentrieren müsse³⁸. Ein Jahr zuvor hatte das Ministerium für Gesundheitswesen in der Einladung zur ersten Sitzung der Problemkommission am 15. Juni 1966 als Leitlinie festgelegt, dass deren Arbeit insbesondere in neurochemischer, neurologischer, psychohygienischer und prophylaktischer Hinsicht über die Tätigkeit des Fachausschusses hinauszugehen habe³⁹. Der Vorsitzende wurde aufgefordert, eine entsprechend revidierte Mitgliederliste vorzulegen. Dabei berücksichtigte man nun insbesondere diejenigen Vertreter der Hochschulpsychiatrie, die sich stärker mit biologischen Grundlagen psychischer Störungen beschäftigten. Diese Festlegung minimierte den Einfluss der sozialpsychiatrisch engagierten Reformers des ehemaligen Fachausschusses⁴⁰. Wohin die Reise ging, verdeutlichte auch die Aufnahme eines Vertreters des auf dem Gebiet der Psychopharmakologie führenden Arzneimittelwerkes Dresden, Helmut Wunderlich; seine Berufung unterstreicht die Bedeutung, die das

³⁷ Wagner, Aktennotiz betr. telefonische Rückfrage bei A III, Genossin Hosse, wegen Bildung der Problemkommission Psychiatrie und geistige Gesundheit, 12.3.1965, in: BArch, DQ 1/23058.

³⁸ Vgl. Günter Gudowski, Rat für Planung und Koordinierung der Medizinischen Wissenschaft, Symposium „Sozialismus, wissenschaftlich-technische Revolution und Medizin“: Thesen und ausgewählte Beiträge, Berlin 1968, S. 58, S. 60–64, S. 72, S. 75 u. S. 80–82.

³⁹ Lange, Einladung zur ersten, konstituierenden Sitzung der Problemkommission am 15.6.1966 vom 6.6.1966, in: BArch, DQ 1/23058.

⁴⁰ Mitglieder der Problemkommission Psychiatrie und Neurologie, o.D. [1.1.1967], in: BArch, DQ 109/260. Aus dem Bereich der Fachkrankenhäuser waren sechs Psychiater vertreten: Eichler (Görden), Walther (Rodewisch), Berthold (Schwerin), Niedermeyer (Mühlhausen/Thüringen), Quandt (Bernburg/Saale) und Müller-Hegemann (Berlin/Wuhlgarten), aus der Hochschulpsychiatrie und Neurologie sogar elf: Lange und Seidel (Psychiatrie/Medizinische Akademie Dresden), Sayk (Neurologie/Universitätsklinik Rostock), Aresin (Universitätsfrauenklinik Leipzig), Biesold (Hirnforschungsinstitut Universitätsklinik Leipzig) Schulz (Institut für Sozialhygiene Medizinische Akademie Dresden), Göllnitz (Kinderneuropsychiatrie/Universitätsklinik Rostock), Kayserlingk (Psychiatrie/Universitätsklinik Jena), Müller und Szewzyk (Psychiatrie/Neurologie Chariténervenklinik) sowie Müller (EEG-Abteilung Medizinische Akademie Dresden).

Ministerium der Entwicklung neuer Psychopharmaka beimaß. Diese sollten in der Tat eine immer wichtigere Rolle in der Psychiatrieplanung spielen.

Psychopharmaka und Sozialpsychiatrie

Die Einladung zum ersten Treffen der Problemkommission im Juni 1966 ließ erkennen, dass neben der angekündigten Untergruppe zur rehabilitativen Therapie auch eine Arbeitsgruppe zu Neuropsychopharmakologie geplant war⁴¹. Diese Arbeitsgruppe sollten Horst Berthold (1924–1969), ärztlicher Direktor der Bezirksnervenklinik Schwerin, und Wunderlich leiten. Ihre Aufgabe war es, Querverbindungen zwischen Fachgesellschaft, Zentralem Gutachterausschuss für Arzneimittelwesen, Büro für Arzneimittelregistrierung und Problemkommission „Klinische Pharmakologie“ herzustellen⁴². Die Problemkommission zielte mit der Arbeitsgruppe Neuropsychopharmakologie offensichtlich darauf, die Interessen der Psychiatrie im Zentralen Gutachterausschuss, der über den Import neuer, therapeutisch unverzichtbarer Arzneimittel in die DDR entschied, koordiniert zur Geltung zu bringen⁴³. Doch wie verbanden die Reformer den Einsatz neuer Psychopharmaka mit dem Ziel einer auf Rehabilitation gerichteten Psychiatrie?

1967 postulierte Lange in einem Beitrag zum Symposium „Sozialismus, wissenschaftlich-technische Revolution und Medizin“ im Namen der Problemkommission, dass die Erfolge der Psychopharmakologie vermutlich zu einem starken Rückgang der stationären Behandlung führen würden. Gleichzeitig wies er jedoch darauf hin, dass dieses Ziel beim derzeitigen Entwicklungsstand der ambulanten Psychiatrie nicht realisiert werden könne:

„Die Struktur der ambulanten psychiatrischen Betreuung und Behandlung entspricht in der DDR noch weithin traditionellen Vorstellungen und Prinzipien. Das jeweils nach dem Stand der örtlichen Gegebenheiten unterschiedlich dichte Netz von neuropsychiatrischen Fachambulanzen oder Polikliniken und freien Praxen ist im Sinne der Durchsetzung des Rehabilitationsprinzips in der Psychiatrie als unzureichend anzusehen. Die eigentlich notwendige prophylaktische Arbeit kann durch dieses System nicht in ausreichendem Maße vorgenommen werden.“⁴⁴

⁴¹ Lange, Einladung zur ersten, konstituierenden Sitzung der Problemkommission am 15. 6. 1966 vom 6. 6. 1966, in: BArch, DQ 1/23058.

⁴² Tatsächlich zeigen Aufzeichnungen der Problemkommission, dass Berthold den Themenkomplex Psychopharmaka dort vertrat; Hellmuth Kleinsorge, Protokoll der 1. (vorbereitenden) Sitzung der Problemkommission Pharmako- und Physiotherapie im Rahmen der Beratung des Präsidiums des Rates für Planung und Koordinierung der medizinischen Wissenschaft, 15. 10. 1966, in: BArch, DQ 109/275.

⁴³ Karl Seidel, Niederschrift über die Sitzung der Problemkommission am 3. 11. 1966, o.D. [3. 11. 1966], in: BArch, DQ 1/23058.

⁴⁴ Lange an Rat für Planung, Programm für die Entwicklung prophylaktischer, therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen auf dem Gebiet nervaler und psychisch bedingter Störungen und Krankheiten vom 18. 3. 1968, in: BArch, DQ 109/258.

Mit dieser Argumentation verknüpfte Lange geschickt den auf Rehabilitation gerichteten Plan, verstärkt Psychopharmaka einzusetzen, mit Hinweisen auf die unzureichende ambulante Versorgung. Er unterstrich auf diese Weise erneut die Notwendigkeit von Reformen, die nach wie vor ausstanden. Zwar berichteten DDR-Fachpublikationen vom Ausbau der Dispensairebetreuung, doch blieben die Angebote in manchen Regionen sehr gering. In Anbetracht des Reformstaus in der ambulanten Versorgung wandten sich die meisten Psychiater von diesem Thema ab und konzentrierten sich stattdessen auf die Situation in den psychiatrischen Anstalten und eine bessere Ausgestaltung der stationären therapeutischen Angebote⁴⁵.

Auch in der Problemkommission verloren infolge ihrer Neubesetzung mit stärker biologisch orientierten Psychiatern die Bemühungen um sozialpsychiatrische Reformen an Bedeutung; sie rangierten nur noch als eines von vielen Themen: die Untergruppe „klinische Psychiatrie“, der vor allem Leiter von Fachkrankenhäusern angehörten, widmete sich neben der psychiatrischen Rehabilitation auch der psychiatrischen Epidemiologie⁴⁶, weitere Untergruppen befassten sich mit der Neurologie, Neuropathologie, Neuroradiologie, Psychohygiene, Geriatrie, Kinderpsychiatrie, Forensischen Psychiatrie und Problemen des Alkoholismus.

Nach dem plötzlichen Tod von Berthold im Jahr 1969 übernahmen Lange bzw. die Dresdener Nervenklinik die Zuständigkeit für die Untergruppe „Neuropsychopharmaka“⁴⁷. Über die Gründe lässt sich nur spekulieren. Wahrscheinlich ist, dass Lange sein früheres Interesse an Psychopharmaka wieder in den Vordergrund rückte, um weiter an zentraler Stelle über die psychiatrische Versorgung

⁴⁵ Seit Anfang der 1960er Jahre häuften sich die Publikationen zum Thema Sozialpsychiatrie; vgl. H. K. Urban, Der „psychiatrische“ Hausbesuch, in: Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie 16 (1964), S. 28–34; Ehrig Lange, Die Entwicklung der Psychiatrie in der DDR, in: Das Deutsche Gesundheitswesen 21 (1966), S. 1089–1094; ders., Die Suicidgefahr beim Open-Door-System (ODS) in stationären psychiatrischen Einrichtungen, in: Social Psychiatry 1 (1966), H. 2, S. 64–72; L. Strojnikowski/Ehrig Lange, Aspekte der Sozial-Psychiatrie (Sozial-Psychopathologie) Polens in historischer Sicht, in: Das Deutsche Gesundheitswesen 21 (1966), S. 887–893. Doch nur wenige beschäftigten sich mit dem Problem der psychiatrischen Dispensairebetreuung. Diese Artikel verdeutlichten vor allem lokale Erfahrungen; vgl. Ehrig Lange/U. Bergmann, Die rehabilitative und ökonomische Bedeutung der „befürsorgten Wohnstätte“ als einer Sonderform der psychiatrischen Nachtambulanz, in: Das Deutsche Gesundheitswesen 21 (1966), S. 1130–1134; Psychiatrisch-Neurologische Gesellschaft (Greifswald und Rostock), Aufgaben und Möglichkeiten der psychiatrischen Außenfürsorge (Groß, Stralsund), 23. Tagung am 6. 5. 1964, in: Ebenda 22 (1967), S. 1917; Hellmut Rennert/Gert-Eberhard Kühne, Erfahrungen mit der Tages- und Nachtambulanz in der Psychiatrie, in: Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie 20 (1968), S. 266–269. Zur Situation in der Bundesrepublik vgl. Balz, Zwischen Wirkung und Erfahrung, S. 13–14; Schmiedebach/Beddies/Schulz/Priebe, Wohnen und Arbeit.

⁴⁶ Lange, Einladung zur ersten, konstituierenden Sitzung der Problemkommission am 15. 6. 1966 vom 6. 6. 1966, in: BArch, DQ 1/23058. Der Gruppe gehörten die Leiter der Fachkrankenhäuser Walther, Quandt, Berthold, Niedermeyer sowie der Sozialhygieniker Schulz an.

⁴⁷ Zum Tod von Berthold vgl. Lange an Ludwig Mecklinger, Tod OMR Dr. Berthold, vom 18. 2. 1969, in: BArch, DQ 1/23058. Für ihn rückte der Leiter der Nervenklinik Brandenburg-Görden, Siegfried Schirmer, nach.

mitentscheiden zu können⁴⁸. Deren Aufgabe bestand darin, die klinische Erprobung neuer Psychopharmaka sowie die flächendeckende Medikamentenversorgung zu koordinieren⁴⁹. Die Problemkommission registrierte beispielsweise die Lieferengpässe bei einzelnen Psychopharmaka und trug diese Defizite gebündelt dem Ministerium vor. So beklagten die Psychiater 1970 zeitweilig eklatante Lücken bei Importpräparaten aus dem Westen wie beispielsweise dem Neuroleptikum Haloperidol. Sie wünschten sich zudem eine Anhebung des Imports von Lithium und Amiltriptylin, einem trizyklischen Antidepressivum⁵⁰. Andererseits kritisierte Lange aber auch eine Überversorgung mit bestimmten Medikamenten. Dabei handelte es sich um das ungarische Anxiolytikum Trioxazin und das Neuroleptikum Triptazin (Trifluoperazin), die noch auf Betreiben Bertholds aus den sozialistischen Ländern importiert worden waren, jedoch von den Psychiatern in der DDR – wie dies auch international der Fall war – kaum verwendet wurden. In einem streng vertraulichen Schreiben an die leitenden Fachärzte beim Rat der Bezirke wies Lange auf Überlagerungsbestände hin, die aus ökonomischen Gründen nicht ungenutzt bleiben dürften. Geschickt verband er die Mahnung zur Nutzung dieser Substanzen mit dem Argument, diese könnten als Langzeitmedikation in der Dispensairebetreuung eingesetzt werden, wenn effektivere Medikamente wie beispielsweise Haloperidol aufgrund von Lieferschwierigkeiten nicht zur Verfügung stünden⁵¹. Langes Schreiben illustriert die ganz eigene Rationalität der Medikamentenversorgung in einer sozialistischen Gesellschaft, in der die Schwerfälligkeit der zentralistischen Planung den Mangel an Präparaten einerseits und das Überangebot anderer, meist im Inland oder in RGW⁵²-Staaten produzierter Arzneimittel nicht verhindern konnte.

Die Zurückhaltung bei Trioxazin und Triptazin war freilich eine Ausnahme. In der DDR wurden Ende der 1960er Jahre Psychopharmaka in einem Maße verordnet, das dem von der staatlichen Gesundheitspolitik geforderten Prinzip einer „rationellen“ Arzneimitteltherapie zuwiderlief. Vergleichende Studien warnten, dass der Psychopharmakaverbrauch in den sozialistischen Ländern wie in kapitalistischen Staaten ständig steige – wenn auch nicht gleichmäßig. Die Anwendung von Neuroleptika habe sich in der DDR zwischen 1965 und 1978 um ein Dreifaches und von Antidepressiva zwischen 1970 und 1980 um ein Zehnfaches erhöht. Allerdings betrage der Gesamtverbrauch weniger als ein Drittel des Kon-

⁴⁸ Vgl. beispielsweise Ehrig Lange, Die Behandlung psychischer Erkrankungen mit Propaphenin, in: Das Deutsche Gesundheitswesen 10 (1955), H. 14, S. 524–527; ders. u. a., Beitrag zur Succinimid-Therapie – Erfahrungen mit Epimid Spofa, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 18 (1966), S. 109–114.

⁴⁹ Lange an Helmut Kraatz, Projektentwürfe Forschungsschwerpunkte, vom 27.6.1968, in: BArch, DQ 109/258.

⁵⁰ Lange an Rat für Planung, Protokoll der Sitzung der Problemkommission Psychiatrie am 9.11.1970, o.D. [9.11.1970], in: BArch, DQ 109/277.

⁵¹ Schreiben von Lange im Auftrag der Problemkommission Psychiatrie an die leitenden Fachärzte der Bezirke vom 1.6.1971. Wir danken Herbert Loos, dass er uns dieses Dokument, das sich nicht in der Überlieferung des Bundesarchivs fand, freundlicherweise zur Verfügung gestellt hat.

⁵² Rat für gegenseitige Wirtschaftshilfe.

sums in manchen skandinavischen Ländern⁵³. Nicht die eigentlich zuständigen Nervenärzte, sondern vor allem Allgemeinärzte würden diese Medikamente verschreiben. Drei Viertel des Konsums gehe, so lautete ein weiteres Ergebnis, auf Frauen zurück, was auf ihre Doppelbelastung durch Familie und Beruf zurückzuführen sei⁵⁴. Eine Studie legte Zahlen vor, nach denen fast die Hälfte der ambulant verschriebenen Psychopharmaka bei erschöpfungsbedingten Erkrankungen des vegetativen Nervensystems verordnet wurde. Psychische Krankheiten im engeren Sinne machten nur einen kleinen Anteil aus⁵⁵.

Arbeit und Sozialpsychiatrie

Die Gefährdung der psychischen Gesundheit durch Arbeitsbelastung war ein Thema, das Psychiater wie Lange zunehmend beschäftigte. In einem Forschungsantrag, den er dem Rat für Planung und Koordinierung der medizinischen Wissenschaft zur Begutachtung vorlegte, führte er die Zunahme psychischer Krankheiten auf die erhöhten Arbeitsanforderungen im Zuge der „technischen Revolution“ zurück⁵⁶. Auf diese Schattenseiten war schon 1967 auf dem Symposium „Sozialismus, wissenschaftlich-technische Revolution und Medizin“ hingewiesen worden. Die neuen Arbeitsbedingungen, so hieß es in den dort verabschiedeten, mit der Parteiführung abgestimmten Thesen, gingen mit bewegungsarmen Tätigkeiten einher und sorgten für psychische Belastungen. Vegetative und neurotische Störungen kämen folglich immer häufiger vor⁵⁷. Zwar sei ein direkter Zusammenhang zwischen Arbeit und zunehmenden Erschöpfungskrankheiten zu verneinen. Den gebe es nur in kapitalistischen Ländern, während die Arbeit in einem sozialistischen Staat „von den werktätigen Menschen bewusst verwirklicht und in den Dienst des Menschen gestellt“ werde. Daher seien die arbeitsbedingten Probleme in der sozialistischen Gesellschaft prinzipiell lösbar⁵⁸. Dass psychische Störungen dennoch zunahmen, dafür machten die Thesen indirekt auch ein selbstschädigendes individuelles Verhalten verantwortlich. Neben den prophylaktischen Bemühungen des Gesundheitswesens sei daher auch die Mithilfe

⁵³ Vgl. Heinz Walther/Frank P. Meyer/Ursula Leuschner, Verbrauchsentwicklung von Sedativa/Hypnotika und Psychopharmaka in der DDR mit internationalen Vergleichen unter Verwendung von Defined Daily Doses (DDD), in: *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie* 33 (1981), S. 218–229.

⁵⁴ Vgl. K. Oehmer/H. Hüller/B. Wille, Zur Verordnung ausgewählter Arzneimittel in der ambulanten Praxis, in: *Das Deutsche Gesundheitswesen* 28 (1973), S. 2150–2152.

⁵⁵ Vgl. W. Hanzl, Untersuchung über den Verbrauch von Psychopharmaka im Kreis Zittau (Monat August 1968), in: *Das Deutsche Gesundheitswesen* 25 (1970), S. 322–324, hier S. 323. Der Autor stellt dar, dass nur 13,2 % der Psychopharmakarezepte für „Nervenkrankheiten“ wie Depression, Schizophrenie, neurologische Lues, Lähmungen, Neuritiden und Migräne verabreicht wurden.

⁵⁶ Lange an Rat für Planung, Programm für die Entwicklung prophylaktischer, therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen auf dem Gebiet nervaler und psychisch bedingter Störungen und Krankheiten, 18. 3. 1968, in: *BArch, DQ 109/258*.

⁵⁷ Vgl. Gudowski, Rat für Planung und Koordinierung der Medizinischen Wissenschaft, S. 64.

⁵⁸ Ebenda, S. 55.

des Patienten nötig: „Der Patient erhält die notwendigen Informationen über die seine Gesundheit bedrohenden Faktoren, über seine Krankheit und über die notwendigen prophylaktischen wie therapeutischen Maßnahmen.“⁵⁹ Im Symposiumsbericht und allgemein in der Gesundheitspolitik trat also ein risiko-individualisierender Ansatz zutage, der den Patienten in die Pflicht nahm. Im Laufe der Zeit artikuliert sich dieser immer deutlicher, wie sich auch in den Forschungen zu dieser Thematik zeigt. So arbeitete eine sozialpsychiatrische Untersuchung der Universitätsklinik Leipzig die hohe Arbeitsbelastung von leitenden Angestellten heraus, die an vegetativen Störungen erkrankten, verwies jedoch zugleich auf Bewegungsarmut, Übergewicht, Genussmittelkonsum und passives Freizeitverhalten als Ursachen der pathologischen Symptomatik⁶⁰.

Die Forscher waren also bemüht aufzuzeigen, dass psychische Erkrankungen keine direkte Folge der Arbeit an sich und Bedenken gegen monotone oder bewegungsarme Tätigkeiten unbegründet seien. Arbeit galt als konstitutiv für die sozialistische Persönlichkeit und war damit sakrosankt. Sie zählte auch in der DDR zu den vorrangigen Rehabilitationsmitteln⁶¹. Die Bemühungen zur gesellschaftlichen Reintegration psychiatrischer Patienten mittels Arbeit waren sogar wesentlich umfangreicher als in Westdeutschland⁶². Ein wichtiger Vordenker der Arbeitstherapie war Hermann Simon (1867–1947), der Ende der 1920er Jahre die positiven Effekte einer „aktiven Krankenbehandlung“ für den Patienten und das Anstaltsklima hervorgehoben und ein System mit abgestuften Beschäftigungsmöglichkeiten entworfen hatte, die von der Übernahme einfacher Tätigkeiten bis zur Erwerbsarbeit außerhalb der Anstalt reichten⁶³. Bereits in den 1950er Jahren bemühten sich Psychiater in der DDR um eine umfassende Anwendung von Simons Ansatz⁶⁴. Die Bedeutung der Arbeit für die „sozialistische Persönlichkeit“ betonten 1974 auch zwei Leipziger Psychiater:

„Am Arbeitsplatz [...] hat jeder Mensch nicht nur die Möglichkeit, seine schöpferischen Potenzen für die Gesellschaft wirksam werden zu lassen [...], sondern er erhält auch durch das von ihm geschaffene Produkt und die Anerkennung der

⁵⁹ Ebenda S. 62; vgl. auch Erler, Protokoll der Beratung im MfG am 19. 10. 1965 über den Entwurf des Beschlusses des Präsidiums des Ministerrats vom 17. 6. 1965 über die Lage auf dem Gebiet der Versorgung mit Arzneimitteln, medizintechnischen Erzeugnissen und Verbrauchsmaterialien vom 22. 10. 1965, in: BArch, DQ 1/5217.

⁶⁰ Vgl. Dietfried Beyer/Wolfram Hoba/Klaus Sadowski, Zur psychonervalen Belastung ausgewählter Berufsgruppen der Landwirtschaft unter Bedingungen der wissenschaftlich-technischen Revolution, in: Bernhard Schwarz/Klaus Weise/Achim Thom (Hrsg.), Sozialpsychiatrie in der sozialistischen Gesellschaft, Leipzig 1971, S. 207–218.

⁶¹ Zeitzeugeninterview mit Ursula Grüss vom 18. 2. 2011.

⁶² Vgl. Schmiedebach/Beddies/Schulz/Priebe, Wohnen und Arbeit; Schmiedebach/Priebe, Social psychiatry.

⁶³ Vgl. Hermann Simon, Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt, Berlin u. a. 1929.

⁶⁴ Vgl. Dietfried Müller-Hegemann, Die Bedeutung der Arbeitstherapie in der Gegenwart, in: Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie 4 (1952), S. 97–101; Lieselotte Eichler, Arbeitstherapie und Wiedereingliederung in die Arbeit vom Standpunkt des Psychiaters, in: Das Deutsche Gesundheitswesen 8 (1956), S. 1–8.

Kollegen das Gefühl der eigenen Nützlichkeit für die Gesellschaft und damit wertvolle Impulse der Persönlichkeitsentwicklung. Der Betrieb, das Arbeitskollektiv sind somit das Hauptzentrum der Bildung neuer sozialistischer Beziehungen.⁶⁵

Die Praxis sah vielfach anders aus. Bei der Ausgestaltung der Arbeitstherapie gab nämlich nicht selten der Bedarf der Anstalten an Hilfsarbeitern den Ausschlag⁶⁶. So wies der Berliner Ordinarius Karl Leonhard noch Ende der 1950er Jahre die Frage, ob sich Psychiatriepatienten für Malerarbeiten in anderen Abteilungen der Charité einsetzen ließen, nicht etwa zurück, weil kein therapeutisches Ziel erkennbar war, sondern weil die Patienten für Renovierungsarbeiten in der eigenen Klinik benötigt wurden⁶⁷. Mitte der 1960er Jahre geriet diese Art der Arbeitstherapie in die Kritik. Auch die Rodewischer Thesen forderten eine auf berufliche Rehabilitation gerichtete Entwicklung der Psychiatrie: Insbesondere die Dispen-sairebetreuung sollte die Wiedereingliederung in die Arbeitswelt verbessern⁶⁸. Lange und seine Kollegen berichteten 1966, dass die in Dresden aufgebauten teilstationären Einrichtungen es vielen Patienten ermöglicht hätten, wieder einer Erwerbsarbeit außerhalb der Klinik nachzugehen⁶⁹. Deshalb sei der weitere Ausbau dieser Behandlungsform voranzutreiben. 1968 schrieb das Gesetz zur beruflichen Rehabilitation das Recht auf eine schrittweise Rückführung in das Arbeitsleben für psychisch Kranke fest. Um 1970 wurden die Rehabilitationsangebote schrittweise ausdifferenziert. Arbeit avancierte zum zentralen Bezugspunkt sozialpsychiatrischer Bemühungen⁷⁰. Nun hieß es, dass eine Vermittlung in „wirkliche Erwerbsarbeit“ anzustreben sei, da diese von den Patienten als lohnender empfunden werde als die herkömmliche Arbeitstherapie⁷¹. Zudem müsse es sich um qualifizierte und langfristige Arbeitsverhältnisse handeln⁷². Auch wenn aufgrund der wirtschaftlich prekären Situation der DDR vermutet werden könnte, dass mit diesem Vorstoß billige Arbeitskräfte generiert werden sollten, lässt sich doch nicht bestreiten, dass es engagierten Sozialpsychiatern wie Lange in erster Linie um die therapeutische Wirkung ging.

⁶⁵ Susanne Hahn/Heidrun Müller, Ein psychosoziométrisches Verfahren zur Objektivierung des Grades der sozialen Integration psychisch Kranker, in: *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie* 26 (1974), S. 14–24, hier S. 15.

⁶⁶ Vgl. dazu ausführlich Hanrath, Zwischen „Euthanasie“ und Psychiatriereform, S. 233–237; Rose, Anstaltspsychiatrie.

⁶⁷ Leonhard an Kaiser-Meinhardt, Arbeit von Patienten der Chariténervenklinik in anderen Klinikabteilungen vom 19. 5. 1957, in: *Psychiatrie-Archiv der Charité: Verwaltungsakten*.

⁶⁸ Vgl. Lange, Suicidgefahr.

⁶⁹ Vgl. Lange/Bergmann, Rehabilitative und ökonomische Bedeutung, S. 1131.

⁷⁰ Vgl. Michael Banzhaf, Stellung der Arbeitstherapie im sozialtherapeutischen Programm, in: *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie* 28 (1976), S. 334–337.

⁷¹ Vgl. Roland Weise, Die marxistisch-leninistische Auffassung von der Arbeit und ihre Bedeutung für die Methodik der Arbeitstherapie, in: Schwarz/Weise/Thom (Hrsg.), *Sozialpsychiatrie*, S. 249–269.

⁷² Vgl. Peter Baumann/Udo Michalak, Zu einigen Problemen der Arbeitstherapie und der beruflichen Rehabilitation in der Psychiatrie, in: *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie* 28 (1976), S. 219–225.

Zentrale Steuerung der Psychiatrie in den 1970er Jahren

Während sich in den 1970er Jahren die Diskussion über die Bedeutung der Arbeit verschob, änderte sich auch die Gesundheitspolitik. Anfang der 1970er Jahre wurden die mit Fachleuten besetzten Problemkommissionen generell in die politische Bedeutungslosigkeit gedrängt. Das Ministerium löste die von Reformpsychiatern dominierte psychiatrische Problemkommission auf, ohne die Mitglieder und insbesondere ihren Vorsitzenden Lange zu informieren⁷³. Eine Analyse der internen Diskussionen der letzten Kommissionssitzung im Jahr 1971 verdeutlicht, dass der dem Ministerium unterstellte Rat für Planung und Koordinierung der medizinischen Wissenschaften zunächst versucht hatte, alle Problemkommissionen – und nicht nur die psychiatrische – neu zu strukturieren. Dabei sollten die alten, disziplinenbezogenen Kommissionen aufgelöst und durch interdisziplinär ausgerichtete Beratungsgremien für Querschnittsthemen ersetzt werden⁷⁴. Diese Umstrukturierung zog sich jedoch über Jahre hin. So sah der Rat im Jahr 1972 die Schaffung einer Problemkommission „zentralnervöse Funktionen und Funktionsstörungen“ vor, deren Vorsitz entweder Lange oder Karl Seidel, der Nachfolger von Leonhard auf dem Berliner Lehrstuhl und spätere Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik des Zentralkomitees der SED, übernehmen sollte. Sie wurde aber niemals einberufen. 1973 diskutierte der Rat stattdessen über die Bildung einer Problemkommission „Geistige Gesundheit“. Offensichtlich wurden diese Aktivitäten vom Ministerium aber nicht mehr geschätzt. In einem internen Schreiben kritisierte ein Genosse in harschen Worten, die Arbeit des Rates sei völlig überholt und entspreche nicht mehr den Anforderungen einer modernen Gesundheitspolitik:

„Die 42 Problemkommissionen haben durch fehlende Anleitung und Kontrolle [...] in der überwiegenden Mehrzahl ihre Arbeit eingestellt oder führen in einzelnen Fällen ein durch den Rat nicht geleitetes ‚Eigenleben‘. Es wird empfohlen, die bisherige personelle Zusammensetzung des Rates zu prüfen und die Problemkommissionen aufzulösen.“⁷⁵

Erst 1978 teilte Gesundheitsminister Mecklinger den Mitgliedern der Problemkommissionen schriftlich mit, dass diese aufgelöst seien. Die meisten Vorsitzenden stünden dem Ministerium ohnehin als Berater zur Verfügung⁷⁶. Dies galt allerdings nicht für Lange, den langjährigen Vorsitzenden der Problemkommission Psychiatrie: Er war damit seiner Beratungstätigkeit entbunden, obwohl er der staatlichen Verwaltung seine weitere Mitarbeit explizit angeboten hatte. In einem

⁷³ Vgl. Loos, Verschenkte Erfahrungen.

⁷⁴ David, Diskussionsgrundlage zur weiteren Reorganisation des Rates für Planung und Koordinierung der medizinischen Wissenschaften, 10. 2. 1971, in: BArch, DQ 109/77.

⁷⁵ Loechel, Zusatzbemerkung von Genossen Dr. Loechel zu den Vorschlägen zur Reorganisation des Rates für medizinische Wissenschaften, Anlage, 19. 2. 1974, in: BArch, DQ 109/77

⁷⁶ Ludwig Mecklinger an Leiter der Problemkommissionen, Auflösung von Problemkommissionen, o.D. [1. 5. 1978], in: BArch, DQ 109/77.

internen Schreiben hatte eine Mitarbeiterin des Ministeriums bereits 1969 notiert: „Prof. Lange äußerte den Wunsch, bei eventl. Auflösung der PK Psychiatrie organisatorisch für das MfG [Ministerium für Gesundheitswesen] tätig bleiben zu wollen; das läge ihm mehr als die wissenschaftliche Tätigkeit.“⁷⁷

Warum lehnte das Ministerium trotz Langes großem Engagement ab? Offensichtlich (und das ist auch Loos' These) ging es der SED in den 1970er Jahren um eine straffere ideologische Führung, denn nach der Ablösung der bisherigen Leitungskräfte wurden generell mehr SED-Kader in Führungspositionen gebracht. So wurde 1971 anstelle des renommierten Lange aus Dresden Karl Seidel (geb. 1930) auf den DDR-weit wichtigsten Lehrstuhl für Psychiatrie an der Berliner Charité berufen. Seidel war zuvor Oberarzt bei Lange gewesen und hatte diesen im Auftrag des Ministeriums für Staatsicherheit ausspioniert; entsprechend galt er der Parteiführung als politisch zuverlässiger als das CDU-Mitglied Lange⁷⁸. Andere Gründe kamen aber hinzu: Lange wurde auch sein guter Ruf im westlichen Ausland angekreidet. Er galt dort als der renommierteste Fachvertreter der DDR-Psychiatrie, die Parteiführung schätzte ihn jedoch als politisch indifferent ein. Noch 1971 hatte die DDR-Delegation auf dem IV. Weltkongress für Psychiatrie in Mexiko gute Miene zum bösen Spiel machen müssen, als die Delegierten Lange, obwohl er gar nicht anwesend war, in den Vorstand des Weltverbandes für Psychiatrie wählten⁷⁹. Zeitgleich formierte sich im Weltverband für Psychiatrie Widerstand gegen die sowjetische Psychiatrie: Die Sowjetunion wurde in westlichen Ländern beschuldigt, politische Dissidenten zu pathologisieren und zwangsweise in die Psychiatrie einweisen zu lassen. Vor dem Hintergrund der Diskussion über einen politischen Missbrauch der Psychiatrie in der Sowjetunion benötigte die SED-Führung linientreue Kader, die sie im In- und Ausland repräsentierten. Von Lange war aber kein Eintreten für die Sowjetunion zu erwarten. Nachdem seine Wahl zum Vorstand nicht hatte verhindert werden können, untersagte ihm die Parteiführung die Reise zum VI. Weltkongress 1977 nach Honolulu, auf dem u. a. über eine internationale Verurteilung des politischen Missbrauchs der Psychiatrie in der Sowjetunion entschieden werden sollte⁸⁰. Zeitgleich zur Ausbootung Langes wurde 1971 der Bereich Psychiatrieplanung dem Zentralkomitee der SED, Abteilung Gesundheitspolitik, unterstellt. Alle weiteren Bestandsaufnahmen zur Psychiatrie wurden bis zum Ende der DDR vom Ministerium in Zusammenarbeit mit ausgewählten Hochschulkadern durchgeführt. 1971 hatte die Parteiführung außerdem, parallel zur letzten Sitzung der Problemkommission und ohne diese davon in Kenntnis zu setzen, ein Gutachten zur aktuellen Situation der Psychiatrie in Auftrag gegeben, das noch im selben Jahr vorgelegt wurde. Der von parteitreuen Psychiatern wie Seidel in Zusammenarbeit mit Mitarbeitern des Ministeriums für Gesundheitswesen abgefasste Bericht ging offensiv auf Probleme ein.

⁷⁷ Tischendorf, Aktennotiz betr. Arbeit von Prof. Lange für das MfG, 2. 1. 1969, in: BArch, DQ 1/23058.

⁷⁸ Vgl. Süß, Politisch mißbraucht?, S. 588.

⁷⁹ Vgl. ebenda.

⁸⁰ Vgl. ebenda, S. 598.

Diese Offenheit war vielleicht gerade deshalb möglich, weil der Bericht unter Federführung von Parteikadern erstellt worden war und lediglich der internen Diskussion dienen sollte. Die Autoren unterstrichen, dass die Behandlung und Rehabilitation psychisch Kranker keineswegs dem wissenschaftlichen Stand entspreche. Das Potenzial einer sozialistischen Gesellschaft müsse sich aber nicht zuletzt am Umgang mit ihren psychisch Kranken erweisen⁸¹. Sie kritisierten die Baufälligkeit der psychiatrischen Anstalten sowie deren Überbelegung um mindestens ein Drittel der vorhandenen Kapazität:

„Viele Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Neurologie bieten deshalb noch heute das Bild einer Massenunterkunft. Das Ziel, die stationäre psychiatrische Betreuung für eine gezielte Diagnostik, straffe Therapie und Einleitung der Rehabilitation zu nutzen, ist z. Zt. noch nicht ausreichend möglich.“⁸²

Der Mangel an teilstationären Einrichtungen, der viel zu langsame Ausbau ambulanter Angebote, die unzureichende Versorgung rein pflegerisch zu betreuender Kranker sowie der massive Fachkräftemangel in Praxen und Polikliniken würden die Reformbemühungen hemmen. Die Berichtersteller merkten zudem an, dass auf dieser Basis psychopharmakologische Langzeittherapien nicht gezielt eingesetzt werden könnten⁸³.

Nach diesem kritischen Bericht verbesserte sich die Lage der Psychiatrie nicht substantiell. Es existierten nach wie vor enorme Betreuungslücken, obwohl die Zahl der psychiatrischen Betten von 34.543 im Jahr 1963 auf 36.710 im Jahr 1972 stieg⁸⁴. Ein weiterer im Auftrag des Ministeriums für Gesundheitswesen erstellter Bericht des Obermedizinalrats Münter und seines Kollegen Bodo Barleben, an dem die Psychiatrieprofessoren Peter Hagemann und Klaus Weise mitgearbeitet hatten, zog im Jahr 1979 eine ernüchternde Bilanz, die wiederum recht offenherzig ausfallen konnte, da auch dieses Papier allein für interne Zwecke bestimmt war. Über die Hälfte der Patienten bleibe über zwei, ein Drittel mehr als zehn Jahre in stationärer Versorgung. Die meisten von ihnen würden in überfüllten Fachkrankenhäusern betreut, die „vorherrschend die Funktion der Asylisierung chronischer Störsyndrome und geistig schwer behinderter Menschen ausüben“⁸⁵. Die Bettenkapazitäten seien zudem regional ausgesprochen ungleich verteilt. Vier Fünftel aller Krankenhausbetten würden im Großraum Leipzig vorgehalten,

⁸¹ Lübs, Tischendorf, Becher, Weise, Finsterbusch, Seidel, Vorlage Nr. 50/71 für die Ministerdienstbesprechung des MfG: Programm zur planmäßigen Qualifizierung der psychiatrischen Betreuung in Verbindung mit einer analytischen Einschätzung des erreichten Standes, 5. 7. 1971, in: BArch, DQ 1/24190, S. 4.

⁸² Ebenda, S. 7.

⁸³ Ebenda, S. 2.

⁸⁴ Tischendorf, Sitzungsmaterial Nr. 04/74 der Ministerdienstbesprechung des MfG am 5. 2. 1974: Herausgabe von Richtwerten für das Profil und die Besetzung stationärer medizinischer Einrichtungen mit medizinischen Kadern, 31. 1. 1974, in: BArch, DQ 1/6540.

⁸⁵ Münter, Erste Konzeption zur Entwicklung der psychiatrischen Betreuung nach 1980, 29. 5. 1979, in: BArch, DQ 1-24219, S. 10.

obwohl im Bezirk nur acht Prozent der Gesamtbevölkerung lebten. Aus diesem Grund würden Patienten aus dem gesamten Gebiet der DDR in Leipzig aufgenommen, die dadurch teilweise ihr Recht auf Wohnraumversorgung im Heimatort verloren. Im übrigen Gebiet sei die Situation durch den Mangel an Ärzten und Pflegepersonal desolat: „Der Funktionsbetrieb psychiatrischer Krankenhäuser“, so die Berichterstatter, „kann vielfach nur durch den Einsatz von Patienten gesichert werden.“⁸⁶ Das hieß nichts anderes, als dass die Patienten für anfallende Arbeiten auf den Stationen eingesetzt wurden. Bei der ambulanten Betreuung sah es nicht besser aus: Der Anteil an komplementären Einrichtungen wie Tages- und Nachtkliniken und ambulanten Wohnformen sei nach wie vor äußerst gering. Dieser Berichtsteil mündete in der Feststellung: „Das den psychisch behinderten Bürgern gesetzlich zugesicherte Recht auf Rehabilitation und soziale Integration entbehrt z. Z. der äußeren Bedingungen zu seiner Verwirklichung.“⁸⁷

Bei solchen Defiziten war die DDR kein Einzelfall. Auch in der Bundesrepublik war die psychiatrische Versorgung mangelhaft. Ein 1975 im Auftrag der Bundesregierung erstellter „Bericht zur Lage der Psychiatrie“ zeichnete ebenfalls ein desolates Bild. Dieser später als Psychiatrieenquête bezeichnete Bericht deckte auf, dass fast zwei Drittel der Patienten mehr als zwei und ein weiteres Drittel mehr als zehn Jahre hospitalisiert waren⁸⁸. Hierfür sei vor allem der Mangel an ambulanten Angeboten verantwortlich. Der schlechte Bauzustand der meisten Einrichtungen und der Platzmangel resultierten zudem in einer extremen Überbelegung, was zusammen mit einem ausgesprochenen Personalmangel zu „elenden und menschenunwürdigen Lebensbedingungen“ geführt habe. Auf der Grundlage dieser Bestandsaufnahme forderte die Enquêtekommission primär den Aufbau einer ambulanten psychiatrischen Versorgung⁸⁹. Die schlechte Situation der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik unterschied sich somit nicht grundsätzlich von der in der DDR, wofür ganz allgemein die politische und gesellschaftliche Ignoranz gegenüber psychisch Kranken verantwortlich gemacht werden kann. Anders als im Westen hatte in der DDR aber immerhin mit den Rodewischer Thesen bereits 1963 ein Programm zur Psychiatriereform vorgelegen. Zur Umsetzung der Reformvorschläge fehlte das Geld, sie wurden aber auch aus Gründen der politischen Präferenz für die biochemische und neurophysiologische Grundlagenforschung zurückgestellt.

Sozialpsychiatrie in den 1970er Jahren

Angeregt durch zunehmende Reformbestrebungen in der Bundesrepublik und anderen westlichen Ländern, kam es zu Beginn der 1970er Jahre auch in der DDR

⁸⁶ Ebenda, S. 11.

⁸⁷ Ebenda, S. 12.

⁸⁸ Deutscher Bundestag, Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung, Drucksache 7/4200, Bonn 1975, S. 11.

⁸⁹ Ebenda, S. 62.

zu neuen Reformbemühungen. In einschlägigen psychiatrischen Veröffentlichungen zeichnete sich dabei eine Neuausrichtung ab. Die Publikationen konzentrierten sich auf eine Verbesserung der Arbeit *in* den psychiatrischen Anstalten, kaum eine machte jedoch die Dispensairebetreuung zum Thema. Diskutiert wurde über sozialpsychiatrische Aspekte der forensischen Begutachtung, den Aufbau von Patientenclubs, Angehörigenarbeit, Soziotherapie oder über die Einrichtung von Suizidberatungsstellen⁹⁰. Parallel zum verstärkten Einsatz von Depotneuroleptika nahmen Mitte der 1970er Jahre auch die Veröffentlichungen über das Verhältnis von Sozialpsychiatrie und Psychopharmaka zu⁹¹. Einige Autoren äußerten die Hoffnung, dass die sachgerechte Anwendung dieser langwirkenden Medikamente dazu beitragen könne, die sozialpsychiatrische Agenda leichter umzusetzen⁹². Gleichzeitig wiesen sie auf das Problem der Ruhigstellung der Patienten durch übermäßigen Psychopharmakaeinsatz hin, dem durch aktivierende Soziotherapie entgegengewirkt werden müsse. Den Vorteil von Depotmedikamenten bei ambulanten Patienten sahen die Autoren darin, dass das Risiko einer nachlässigen Medikamenteneinnahme und damit die Rezidivgefahr vermindert werden könnte⁹³. Sie räumten allerdings auch ein, dass trotz Depotbehandlung die Zahl der stationären Wiederaufnahmen groß sei.

⁹⁰ Vgl. zur Forensik H. Heinroth, Sozialpsychiatrische Aspekte der forensischen Begutachtung von straffälligen Jugendlichen und Heranwachsenden, in: *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie* 22 (1970), S. 92–97; zur Angehörigenarbeit D. Feldes/O. Bach, Grundsätzliches zur Angehörigengruppentherapie im Vergleich zu den Hypothesen der soziologischen und psychologischen Forschungseinrichtungen der Schizophrenie und schizophrenen Psychosen, in: *Ebenda* 22 (1970), S. 321–328; zu Patientenclubs Gert-Eberhard Kühne, Erfahrungen mit dem Patienten-Klub im System eines flexiblen Rehabilitationsprogramms in der Psychiatrie, in: *Ebenda* 22 (1970), S. 25–29; Wolfgang Viehweg/Hans-Dieter Albert/Joachim Schulz, Erfahrungen mit einem Patientenklub in der Alterspsychiatrie, in: *Ebenda* 25 (1973), S. 406–413; zur Soziotherapie D. Feldes/S. Hahn/H. Müller, Wie steht das psychiatrische Pflegepersonal zur Soziotherapie?, in: *Ebenda* 24 (1972), S. 669–675; zur Suizidbehandlung Ehrig Lange/Helmut Kulawik, Die ambulante Behandlung des Suizidgefährdeten unter besonderer Berücksichtigung der Psychopharmakotherapie, in: *Das Deutsche Gesundheitswesen* 25 (1970), S. 121–125; Karl Seidel/Helmut Kulawik, Über die Notwendigkeit des Aufbaus von psychiatrischen Beratungsstellen für Suizidgefährdete, in: *Ebenda* 25 (1970), S. 125–129; Dieter Decke, Dispensaire-Betreuung suizidgefährdeter Menschen der zweiten Lebenshälfte, in: *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie* 27 (1975), S. 534–541.

⁹¹ Spätestens 1973 wurde die Produktion des Neuroleptikums Lyorodin (Fluphenazin) durch den VEB Deutsches Hydrierwerk Rodleben aufgenommen. Die Registrierung wurde durch den Zentralen Gutachterausschuss (ZGA) – als Nomenklatur A-Präparat – bereits 1971 befürwortet; Protokoll der Sitzung der Sektion Humanmedizin des ZGA am 8. 4. 1971, in: *BArch, DQ 1/26604, II, S. 3*.

⁹² Vgl. Gottfried Vietze/Ehrig Lange/Friedemann Ficker/Hans Ost, Tages-Nacht-Therapeutikum (TNT) – ein notwendiger Schritt zur besseren Betreuung psychisch Kranker, in: *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie* 28 (1976), S. 298–306.

⁹³ Vgl. Klaus-Dieter Waldmann/Tilo Degenhardt/Joachim Greger/Gerlinde Schock, Zur Effektivität psychiatrischer Stationsambulanzen, in: *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie* 26 (1974), S. 466–472; Peter Schmidt, Zur ambulanten Behandlung von Psychosen mit Depot-Fluphenazin, in: *Ebenda* 27 (1975), S. 231–238.

Da es ambulante psychiatrische Behandlungsmöglichkeiten kaum gab, entwickelten einige Kliniken das Modell einer krankenhauszentrierten Dispensairebetreuung, das heißt die Patienten wurden in die Klinik einbestellt, um die regelmäßige Einnahme der ihnen verordneten Neuroleptika sicherzustellen⁹⁴. Die überbelegten und unterbesetzten Fachkrankenhäuser übernahmen somit oft auch die ambulante Nachbehandlung. Um das Fehlen einer funktionierenden Dispensairebetreuung zu kompensieren, konzentrierten sich die wieder erwachten Reformbestrebungen vor allem auf das Innenleben der Anstalten. Dies war auch der Fluchtpunkt einer 1976 unter dem Titel „Brandenburger Thesen“ publizierten sozialpsychiatrischen Agenda, die im Titel, nicht jedoch in der inhaltlichen Ausrichtung, an die „Rodewischer Thesen“ anschloss. Eine erste, 1974 veröffentlichte Fassung der Agenda, die unter dem Titel „Neun Thesen zur Therapeutischen Gemeinschaft“ in *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* erschien, forderte eine „echte“ Gemeinschaft von Klinikärzten, Pflegepersonal und Patienten: Die krankhaustypische Hierarchie sei abzubauen und durch ein System der offenen Tür zu ersetzen⁹⁵. Diese Forderungen griffen das international viel diskutierte Konzept der „Therapeutischen Gemeinschaft“ des britischen Psychiaters Maxwell Jones auf, das auf eine Mitbestimmung von Mitarbeitern und Patienten auf allen Ebenen und ein demokratisches Klima abhob⁹⁶.

Dennoch fielen die „Neun Thesen“, die nicht mehr von den alten Reformern, sondern von jüngeren parteiverbundeneren Psychiatern formuliert worden waren, deutlich weniger radikal aus als die Rodewischer Thesen, die neben einer Verbesserung der Situation in den Anstalten umfangreiche Rehabilitationsmöglichkeiten außerhalb der Klinikmauern gefordert hatten⁹⁷. Nichtsdestotrotz kritisierte die erste Fassung der Reformagenda, wenn auch in milder Form, die Lebens- und Arbeitsbedingungen in der DDR. So wurde beispielsweise festgestellt, „dass auch soziale Störfaktoren zu erheblichen passageren oder bleibenden psychischen Veränderungen führen können“⁹⁸. Diese Aussage der Neun Thesen griff der Medizinhistoriker und -ethiker Achim Thom (1935–2010), der als parteitreuer Vordenker eines sozialistisch begründeten Reformprogramms der Psychiatrie fungierte, scharf an: Die Betonung soziogener Aspekte sei linksradikal und antipsychiatrisch⁹⁹. Ziel einer sozialistischen Sozialpsychiatrie müsse stattdessen die gerechte psychiatrische Versorgung aller Gesellschaftsschichten auf der Grundlage

⁹⁴ Vgl. Wolfgang Adam/Harro Wendt, Möglichkeiten der Dispensaire-Betreuung Schizophrener im psychiatrischen Großkrankenhaus, in: *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie* 25 (1973), S. 748–753; Waldmann/Degenhardt/Greger/Schock, Effektivität psychiatrischer Stationsambulanzen.

⁹⁵ Siegfried Schirmer/Karl Müller/Helmut F. Späte, Neun Thesen zur Therapeutischen Gemeinschaft, in: *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie* 26 (1974), S. 50–54, hier S. 51.

⁹⁶ Vgl. Maxwell Jones, Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft: soziales Lernen und Sozialpsychiatrie, hrsg. von Edgar Heim, Bern u. a. 1976.

⁹⁷ Vgl. Hanrath, Zwischen „Euthanasie“ und Psychiatriereform, S. 442–447.

⁹⁸ Schirmer/Müller/Späte, Neun Thesen, S. 50.

⁹⁹ Vgl. Achim Thom, Bedeutsame Differenzierungen der sozialpsychiatrischen Bewegung in der kapitalistischen Gesellschaft, Teil II: Aktivistische Ungeduld – Psychiatriereform als Revo-

eines medizinischen Modells psychischer Krankheit sein, das von biologischen Ursachen ausgehe¹⁰⁰.

Auch die in der ersten Fassung der Neun Thesen angedeutete Autoritätskritik lehnte Thom ab. Zu den Verhältnissen in den Psychiatrien hatten die Autoren unter der ersten These („Der Mensch entwickelt und bewährt sich in der Gemeinschaft“) folgendes geschrieben:

„Anstelle des Gemeinschaftsprinzips herrschte weitgehend eine hierarchisch gegliederte Struktur in allen Bereichen vor, wobei die gemeinsame Gestaltung des Lebens im Krankenhaus in den Hintergrund trat und sich durch das Prinzip der Anordnungen nicht entfalten konnte.“¹⁰¹

Diese Situation verglichen die Verfasser mit den von Erving Goffman (1922–1982) geschilderten Zuständen in „totalen Institutionen“. Sie forderten stattdessen eine Beteiligung von Patienten durch Patientenräte, Patientenparlamente und gemeinsam aufgestellte Stationsordnungen¹⁰². Diese Forderungen gingen Parteikadern wie Achim Thom zu weit: Autorität und Disziplin seien nicht grundsätzlich, sondern nur unter kapitalistischen gesellschaftlichen Bedingungen problematisch¹⁰³. Thoms Auffassung setzte sich durch: Die letzte Fassung der „Brandenburger Thesen“ enthielt die kritisierten Passagen nicht mehr. Stattdessen hieß es nun, die „Therapeutische Gemeinschaft“ sei kein abstraktes Prinzip, sondern abhängig von den Möglichkeiten der Gesellschaft, in der sie eingebettet sei¹⁰⁴.

Letztlich beschränkten sich die „Brandenburger Thesen“ auf das Machbare. Sie forderten ausschließlich eine Verbesserung der stationären Versorgung und erwähnten die Dispensairebetreuung mit keinem Wort. Dagegen wurden die Darlegungen zum biologischen Charakter psychischer Störungen verstärkt¹⁰⁵. Indem sich die Veränderungsvorschläge – in räumlicher und politischer Hinsicht – ausschließlich nach Innen, das heißt auf die psychiatrischen Anstalten, richteten, markierten die Reformvorschläge der 1970er Jahre, worauf auch bereits Sabine Hanrath hingewiesen hat, eine Zäsur gegenüber der Agenda der 1960er Jahre¹⁰⁶.

lution, in: *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie* 28 (1976), S. 99–105, hier S. 99.

¹⁰⁰ Vgl. ebenda, S. 100.

¹⁰¹ Schirmer/Müller/Späte, *Neun Thesen*, S. 50.

¹⁰² Ebenda, S. 52.

¹⁰³ Vgl. Achim Thom, *Auf dem Wege zu einer Psychiatrie der sozialistischen Gesellschaft*, in: *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie* 26 (1974), S. 578–587, hier S. 583.

¹⁰⁴ Siegfried Schirmer/Karl Müller/Helmut F. Späte, *Brandenburger Thesen zur Therapeutischen Gemeinschaft*, in: *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie* 28 (1976), S. 21–25, hier S. 23.

¹⁰⁵ Vgl. ebenda, S. 25.

¹⁰⁶ Vgl. Hanrath, *Zwischen „Euthanasie“ und Psychiatriereform*, S. 442–447.

Endstation Pflegeheim

In den 1980er Jahren wandten sich einige Psychiater erneut sozialpsychiatrischen Themen zu. In der Zeitschrift *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* befassten sich in dieser Zeitspanne über 20 Beiträge mit Untersuchungen zu sozialen Einflussgrößen auf psychische Krankheiten, mit neuen Formen der Betreuung¹⁰⁷ sowie mit dem Verhältnis von ambulanter und stationärer Behandlung¹⁰⁸. Zwar hatte laut einer vom Ministerium für Gesundheitswesen 1985 in Auftrag gegebenen Studie die Zahl der psychiatrischen Betten seit den 1970er Jahren jährlich um ein Prozent abgenommen und die Aufenthaltsdauer in den psychiatrischen Kliniken hatte sich um 25 Prozent verkürzt. Diese Entwicklung blieb jedoch hinter der in der Bundesrepublik zurück, hier sank die Bettenzahl jährlich um anderthalb Prozent. Gleichzeitig nahm in der DDR die Zahl der Neuerkrankten jährlich um zwei Prozent zu, es entstand also ein erhöhter psychiatrischer Versorgungsbedarf¹⁰⁹. Auch dieser Bericht blieb auf die psychiatrischen Anstalten fokussiert und widmete der Dispensairebetreuung und der häufigen Unterbringung von psychiatrischen Patienten in anderen Einrichtungen wie zum Beispiel Heimen keine Aufmerksamkeit.

Anfang der 1980er Jahre kamen auch auf ministerieller Ebene die Probleme einer unzureichenden sozialpsychiatrischen Versorgungsstruktur deutlicher zur Sprache als bis dahin üblich. Ein interner Bericht von 1981 präsentierte eindrucksvolle Bedarfszahlen für die psychiatrische Versorgung: 15 Prozent der Bevölkerung, so erwarteten die Gesundheitspolitiker, müssten längerfristig psychiatrisch betreut werden. Mindestens zehn Prozent würden jährlich an Neurosen und funktionellen Störungen erkranken – also genau jenen Erkrankungen, die durch die zunehmenden Anforderungen der technisierten Gesellschaft begünstigt würden. Im Vergleich dazu ging man in der Bundesrepublik von neun Prozent neurotischer Störungen aus¹¹⁰. Im Zentrum neuer Betreuungskonzeptionen müsse deshalb insbesondere die Prophylaxe und Behandlung dieser Störungen stehen¹¹¹. Auch ein Papier aus dem Ministerium zur Psychiatrieentwicklung aus dem gleichen Jahr mahnte:

¹⁰⁷ Vgl. Gottfried Vietze/Friedemann Ficker, Begutachtung und Rehabilitation psychisch Erkrankter – Schlußfolgerungen für halbstationäre Einrichtungen der Psychiatrie, in: *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie* 33 (1981), S. 513–519.

¹⁰⁸ Vgl. Jürgen Choinitzki/Ulrich Trenckmann, Der Einfluß des therapeutischen Milieus im Psychiatrischen Krankenhaus auf das Kommunikationsverhalten entlassener psychiatrischer Patienten untereinander, in: *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie* 34 (1982), S. 270–275.

¹⁰⁹ Panzer, Die Entwicklung der Kapazitäten und Leistungen in der Fachrichtung Psychiatrie und Neurologie – staatlich-örtlich geleitete stationäre Einrichtungen in der DDR im Zeitraum 1970–1984 sowie ein Vergleich zur BRD, 17. 7. 1985, in: *BArch, DQ 1/14245*, S. 11 u. S. 15f.

¹¹⁰ Münter, Erste Konzeption der Entwicklung der Betreuung nach 1980, 29. 5. 1979, in: *BArch, DQ 1-24219*, S. 3.

¹¹¹ Münter, Aufgaben zur weiteren Verbesserung der psychiatrischen Betreuung 1981–1985, 1. 9. 1981, in: *BArch, DQ 1/14245*, S. 2.

„[V]erstärkte Aufmerksamkeit ist präventiven und Früherkennungsmaßnahmen psychischer Störungen zu widmen. Hierzu ist der Betreuungskomplex 'psychiatrische Beratung, Krisenintervention, Notfallpsychiatrie' als Teilaufgabe territorialer Betreuungssysteme zu entwickeln [...].“¹¹²

Zur Umsetzung dieser Maßnahmen müssten auch die Allgemeinmediziner stärker in die Neurosenbehandlung einbezogen werden. Der Fachkräftemangel sei dabei allerdings ein großes Hindernis. Deshalb seien durch „Kaderlenkung“ mehrere hundert Ärzte für den Bereich Psychiatrie/Neurologie zu gewinnen¹¹³. Eine besondere Aufgabe ambulant tätiger Psychiater sollte nach Ansicht der Ministeriumsberater darin bestehen, die ständig steigende Zahl alkoholkranker DDR-Bürger zu betreuen. Auch klinische und epidemiologische Forschungen müssten sich verstärkt diesem Themenkomplex zuwenden. Das Papier unterstrich, dass alkoholabhängige Patienten eine Vielzahl neuer Betreuungsformen wie Patientenclubs und therapeutische Gruppenangebote benötigten¹¹⁴. Fachkrankenhäuser sollten daher Rehabilitationsangebote für Alkoholranke mit abgestufter Betreuung in Form von Tages- und Nachtkliniken schaffen. Auch in den Kreisen seien komplementäre Einrichtungen aufzubauen, so dass der Behandlungsort nicht so weit vom eigentlichen Wohnort des Patienten entfernt läge¹¹⁵.

Letztlich unterstrichen die Bedarfsermittlungen der 1980er Jahre nur die bereits seit Langem bekannten Probleme. Wie zuvor wurden jedoch die Reformvorschläge auch in den 1980er Jahren kaum umgesetzt, nicht zuletzt aus finanziellen Nöten. Illustrieren lässt sich dies am Berliner Wilhelm Griesinger Krankenhaus, einem vom Gesundheitsministerium bevorzugt geförderten Fachkrankenhaus für Psychiatrie: 1985 erklärte dessen Leiter Bernd Nickel in einer internen Besprechung mit den Verantwortlichen des Ministeriums unumwunden, dass ungefähr die Hälfte der seinem Krankenhaus anvertrauten Pflegefälle auch in Feierabendheimen betreut werden könnten. Die Dispensairebetreuung des Griesinger Krankenhauses auszubauen, scheitere aber an den mangelnden finanziellen Möglichkeiten¹¹⁶. Bezeichnenderweise hatte selbst diese Vorzeigeeinrichtung keine Spielräume für die dringendsten Umgestaltungsmaßnahmen.

Wie eine vom Ministerium für Gesundheitswesen in Auftrag gegebene Befragung der verantwortlichen Obermedizinalräte in den Bezirken zur Versorgungslage von 1987 verdeutlichte, entfaltete sich das sozialpsychiatrische Reformprogramm regional sehr unterschiedlich. So hielt der Bericht für Dresden fest, dass die Dispensairebetreuung überdurchschnittlich gut ausgebaut sei, während am-

¹¹² Entwicklungsbereiche Psychiatrie, o.D. [1. 1. 1981], in: BArch, DQ 1/14245, S. 4.

¹¹³ Münter, Aufgaben zur weiteren Verbesserung der psychiatrischen Betreuung 1981–1985, 1. 9. 1981, in: BArch, DQ 1/14245, S. 2.

¹¹⁴ Zeitzeugeninterview mit Ursula Größ vom 18. 2. 2011.

¹¹⁵ Entwicklungsbereiche Psychiatrie, o.D. [1. 1. 1981], in: BArch, DQ 1/14245, S. 4.

¹¹⁶ Schirmer, Kontrollberatung unter Leitung von Karl Seidel im Wilhelm Griesinger Krankenhaus, 15. 1. 1985, in: BArch, DQ 1/14245.

bulante Wohnstätten immer noch knapp seien¹¹⁷. Wesentlich schwieriger war die Situation in Halle. Der zuständige Medizinalrat klagte, in einigen bevölkerungsreichen Industriekreisen sei es kaum möglich, überhaupt Fachärzte anzusiedeln. Von einer differenzierten prophylaktischen Betreuung oder gar einer systematischen Nachbetreuung könne keine Rede sein. Auch die Zahl psychiatrischer Betten in Fachkrankenhäusern sei so begrenzt, „dass jährlich über 1.000 Patienten [...] vor allem in internistischen Abteilungen der Bezirks- und Kreiskrankenhäuser behandelt werden müssen“¹¹⁸.

Kurz vor dem Mauerfall offenbarte sich der mangelhafte Ausbau einer sozialpsychiatrischen Versorgung insbesondere in den Feierabend- und Pflegeheimen. Das Ministerium für Gesundheitswesen veranlasste eine Untersuchung dieser Heime, die im Juli 1987 vorlag. Darin wurde insbesondere die Situation in Altenheimen in den Blick genommen. Das Ergebnis war, dass 40 Prozent der Plätze in diesen Einrichtungen von psychisch Kranken genutzt wurden, von denen sich 20 Prozent nicht im Rentenalter befanden. Die Altenheime seien aber dafür nicht ausgelegt. Zwar hatte eine Verordnung vom 1. März 1978 eine entsprechende Profilierung für Feierabendheime gefordert, doch sei diese Verordnung nicht umgesetzt worden. Nur dort, wo psychisch Kranke und Alte separat betreut wurden, so der Bericht, sei zumindest für letztere eine deutliche Entlastung eingetreten¹¹⁹. Durch das fehlende Angebot an Arbeits- und Beschäftigungstherapie in solchen Einrichtungen könnten bestehende Behandlungserfolge nicht weitergeführt werden. Mangelnde Fördermöglichkeiten hätten dazu geführt, dass wieder auf überwunden geglaubte Zwangsmittel wie vergitterte Fenster und geschlossene Stationen zurückgegriffen wurde. Diese Maßnahmen anzuwenden, erscheine unumgänglich, da sich die zuständigen Fachkrankenhäuser zunehmend weigerten, Patienten aus Pflegeheimen in akuten Krisensituationen aufzunehmen:

„Häufig werden psychisch geschädigte Heimbewohner, bei denen es zu akuten Reaktivierungen bzw. dramatischen und von den Mitarbeitern der Einrichtungen nicht beherrschbaren Verhaltensweisen kommt, nicht oder nur im Austausch gegen 1 bis 3 ‘ruhige’ pflegebedürftige Patienten in Fachkrankenhäuser für Psychiatrie/Neurologie aufgenommen.“¹²⁰

Der Umgang mit psychischen Krisen und Verhaltensauffälligkeiten werde durch die Tatsache erschwert, dass nur in einem Viertel der Heime überhaupt Fachärzte für Psychiatrie arbeiteten. Diese Situation habe schließlich, so heißt es zusammen-

¹¹⁷ Einschätzung des Entwicklungsstandes des Fachgebietes Neurologie/Psychiatrie im Bezirk Dresden, 23. 7. 1987, in: BArch, DQ 1/13259, S. 2.

¹¹⁸ Heuschel, Einschätzung des Entwicklungsstandes des Fachgebietes Neurologie/Psychiatrie im Bezirk Halle, 15. 10. 1987, in: BArch, DQ 1/13259.

¹¹⁹ Felz, Vorlage Nr. 67/87 für die Ministerdienstbesprechung des MfG: Analyse der Situation in Pflegeheimen und Pflegestationen für Psychiatrie mit Schlussfolgerungen, 28. 7. 1987, in: BArch, DQ 1/6616, S. 1 f.

¹²⁰ Ebenda, S. 3.

fassend, zu einer breiten und undifferenzierten Anwendung von Psychopharmaka geführt, die hauptsächlich vom Allgemeinarzt verabreicht würden¹²¹.

Während somit die Umgestaltung der psychiatrischen Versorgung kaum vorankam, wuchs die Bedeutung der Psychopharmaka. Bis Ende der 1960er Jahre hatte es nur vier Neuroleptika und zwei Tranquilizer aus DDR-eigener Produktion gegeben¹²². Um 1970 wurden mit einem Mal vier neue Tranquilizer eingeführt¹²³. Bis Mitte der 1980er Jahre erhöhte sich die Zahl der regulär verfügbaren Psychopharmaka schließlich auf neunzehn¹²⁴. Passenderweise prognostizierte Mitte der 1970er Jahre das Ministerium für Gesundheitswesen, dass sich der Psychopharmakaverbrauch bis 1980 verdoppeln werde¹²⁵. Tatsächlich stieg der Konsum von Antidepressiva bis 1981 um das Zehnfache, der von Neuroleptika um das Dreifache. Im Verhältnis zur Entwicklung in anderen europäischen Ländern, war dieser Anstieg gar nicht so hoch. So wurden in den skandinavischen Ländern im Jahr 1978 durchschnittlich etwa fünfmal so viele Neuroleptika und dreimal so viele Antidepressiva verabreicht wie in der DDR. Lediglich Tranquilizer, so eine in der Zeitschrift *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie* publizierte Analyse, würden in vergleichbar großer Anzahl konsumiert, nämlich zwanzig Tagesdosen in der DDR (1974), fünfzehn in Finnland und dreißig in Norwegen¹²⁶. Entsprechend wuchsen in der DDR die Arzneimittelkosten stetig: Pro Fall stiegen die Kosten in den psychiatrischen Kliniken zwischen 1970 und 1984 um 50 Prozent, während sich gleichzeitig die durchschnittliche Verweildauer um zehn Tage verkürzte¹²⁷.

¹²¹ Vgl. ebenda, S. 5.

¹²² Es handelte sich um die Neuroleptika Chlorpromazin (Propaphenin, 1954), Reserpin (Rusedan, 1954), Promazin (Sinophenin, 1962) und Methophenazin (Frenolon, 1962 aus Ungarn importiert) sowie die Tranquilizer Benactyzin (Procalm, 1960/61) und Meprobramat (seit 1961/62 als Import aus Ungarn, allmählich abgelöst durch DDR-eigene Produktion). Außerdem wurde 1963 der MAO-Hemmer Phenelzin als Antidepressivum zugelassen.

¹²³ Dies waren Chlorprothixen (Timosin, 1967, das den stark reglementierten Import von Librium ablöste), Diazepam (Faustan, 1968), Nitrazepam (Radedorm, spätestens 1971) und Medazepam (Rudotel, 1973).

¹²⁴ Dazu gehörten Imipramin (Melipramin, 1962 aus Ungarn importiert, ab 1971 unter dem Namen Pryleugan in der DDR produziert), Butaperazin (Tyrylen, 1968), Fluphenazin (Lyorodin, 1971), Pimozid (Antalon, 1979, seit 1972 bereits aus Ungarn importiert), Haloperidol (Import seit 1976), Clozapin (1982 DDR-Produktion, zuvor bereits als Import für „Prüfkläniken“ verfügbar), Fluspirilen (1982 DDR-Produktion, zuvor bereits importiert), Levomepromazin (Tiscerin, 1984, seit 1982 importiert).

¹²⁵ Toedtman, Vorlage für die Ministerdienstbesprechung des MfG: Grundorientierung zur langfristigen Entwicklung des Gesundheitswesens und der medizinischen Forschung bis 1980 und darüber hinaus, 19. 11. 1974, in: BArch, DQ 1/6567, S. 20.

¹²⁶ Vgl. Walther/Meyer/Leuschner, Verbrauchsentwicklung von Sedativa/Hypnotika und Psychopharmaka in der DDR, S. 223–225. Bei den definierten Tagesdosen (DDD) handelt es sich um eine international festgelegte Vergleichsgröße, mit der tägliche Dosen pro 1.000 Einwohner gemessen werden.

¹²⁷ Doris Panzer, Die Entwicklung der Kapazitäten und Leistungen in der Fachrichtung Psychiatrie und Neurologie – staatlich-örtlich geleitete stationäre Einrichtungen in der DDR im Zeitraum 1970–1984 sowie ein Vergleich zur BRD, o.D. [1707.1985], in: BArch, DQ 1/14245. Gleichzeitig erhöhte sich die Zahl der Behandlungsfälle in dem Untersuchungszeitraum

Im Laufe der 1980er Jahre wurde auch die psychiatrische Forschung verstärkt in die Austestung neuer Psychopharmaka einbezogen. So befanden sich unter den neuen Forschungsschwerpunkten, die das Ministerium 1986 bekannt gab, mehrere Projekte, die sich mit Psychopharmaka beschäftigen sollten. Neben der Überprüfung der Wirksamkeit konventioneller Psychopharmaka sollten zum Beispiel in Zusammenarbeit mit dem Kombinat GERMED neue Nootropika (Antidementiva) getestet werden¹²⁸. Von einem weiteren Forschungskomplex zu hirnorganischen Veränderungen bei Alkoholismus erhoffte sich das Ministerium ebenfalls neue Erkenntnisse über wirksame Medikamente¹²⁹. Zusammengenommen ist also der Eindruck nicht von der Hand zu weisen, dass die fehlenden Strukturreformen unter anderem durch einen verstärkten Psychopharmaka-Einsatz kompensiert werden sollten.

Zwischen Reformanspruch und Mängelverwaltung

Die Sozialpsychiatrie in der DDR konnte bis Ende der 1980er Jahre nur wenige Fortschritte verzeichnen. Aus den untersuchten Quellen ergibt sich dabei ein differenziertes und zugleich widersprüchliches Bild: Während Wissenschaftler vermehrt sozialpsychiatrische Reformen forderten, drückten die im gleichen Zeitraum erstellten Gutachten und Expertisen des Ministeriums für Gesundheitswesen auf die Bremse, so dass die Reformbemühungen zum Erliegen kamen. Gründe dafür waren der Mangel an Ressourcen und Fachpersonal, aber auch – da die Zuweisung und Verteilung von Ressourcen der staatlichen Planung unterstand – die Entwicklung der SED-Gesundheitspolitik, die im Verlauf der 1960er Jahre andere Prioritäten setzte. Letzteres lässt sich an mehreren Punkten festmachen: Erstens versprach, wie hinsichtlich der Psychopharmaka dargelegt, eine Schwerpunktverschiebung hin zur biologischen Grundlagenforschung international mehr Prestige als die Beschäftigung mit Problemen der (sozial-)psychiatrischen Versorgung. Zweitens setzte die Gesundheitspolitik der SED auf die „Prophylaxe“ psychischer Störungen, was vor allem auf eine risiko-individualisierende „Gesundheitserziehung“ hinauslief. Drittens wurden durch das Bestreben der Parteiführung, wichtige Posten im Gesundheitswesen mit SED-Kadern zu besetzen, nach und nach die einstigen Psychiatriereformer verdrängt.

Die mangelnde Umsetzung der Reformbemühungen verdeutlicht somit einen politischen Konflikt, der sich im Laufe des Untersuchungszeitraums zuspitzte.

um 2 %. Die Erhöhung der Behandlungskosten in Kliniken wird auch auf die Verkürzung der Behandlungsdauer zurückgeführt, da Patienten insbesondere in der Akutphase besonders hohe Medikamentenkosten verursachen.

¹²⁸ Nootropika wurden aber nicht nur als Antidementia eingesetzt, sondern hatten generell leistungssteigernde Wirkungen. Diese hatte die produzierende Firma VEB Jenapharm durchaus auch im Blick, wenngleich hervorgehoben wurde, dass man nicht beabsichtige, sie zum Doping im Sport einzusetzen; vgl. Klaus Latzel, Staatsdoping: der VEB Jenapharm im Sportsystem der DDR, Köln u. a. 2009.

¹²⁹ (Dr. Ha), Verteidigungsschwerpunkt für die Beratung der detaillierten Forschungsprogramme 1986–1990, 3. 3. 1986, in: BArch, DQ 109/179.

Mit den Rodewischer Thesen formulierten die Reformpsychiater in den 1960er Jahren eine offene und öffentliche Kritik an der psychiatrischen Versorgung. Diese Einmischung in die staatliche Gesundheitspolitik war in der Phase des sogenannten „Neuen ökonomischen Systems“ möglich, eines Programms, durch das in den 1960er Jahren Entscheidungskompetenzen dezentralisiert und die Verantwortung wissenschaftlicher und betrieblicher Leitungskräfte gestärkt wurden¹³⁰. Mit der Ideologisierung der Psychiatrie in den 1970er Jahren setzte die Abteilung Gesundheitspolitik des Zentralkomitees der SED, dem die Psychiatrieplanung unterstand, auf eine verstärkte Abgrenzung gegen Einflüsse aus dem kapitalistischen Ausland. Statt sich international zu orientieren, entwickelten die Gesundheitspolitiker eine eigene sozialistische Perspektive, wie sie beispielsweise in den Diskussionen zum Verhältnis von Arbeit und Psychiatrie und den Brandenburger Thesen zum Ausdruck kam. Als die politische Führung die Zügel wieder straffer in die Hand nahm, entfernten sich die Reformbemühungen nach und nach von dem Ziel, eine ambulante Versorgung aufzubauen. Reformeure wie beispielweise Ehrig Lange wurden zunehmend mit westlichen Strömungen identifiziert und galten deshalb als nicht mehr vertrauenswürdig. Insbesondere nach den im Westen geführten Diskussionen um den politischen Missbrauch der sowjetischen Psychiatrie hatte für die Parteiführung politische Zuverlässigkeit leitender Psychiater oberste Priorität.

Resümierend lässt sich die skizzierte Entwicklung der DDR-Psychiatrie auf verschiedenen Ebenen als eine „Wende nach Innen“ begreifen. Statt die ambulante Betreuung weiter auszubauen, konzentrierten sich die Reformen auf die Anstalten, das heißt auf ihre innere Organisation, das therapeutische Angebot, die Mitbestimmung der Patienten im Anstaltsalltag und das Prinzip der offenen Tür. Bei dieser „Wendung nach Innen“ kam den Psychopharmaka eine nicht unerhebliche Rolle zu. An diese Medikamente, die in den 1960er Jahren zunehmend auch in einer sozialistischen Gesellschaft akzeptabel erschienen, knüpften die Sozialpsychiater die Hoffnung, dass sich eine ambulante psychiatrische Versorgung aufbauen ließe, die umfassende Resozialisierungsmaßnahmen ermögliche. 1980 war diese Erwartung immer noch präsent: „Die ambulante Therapie geistiger Störungen gewinnt bei bestimmten Krankheitsformen durch die Bereitstellung geeigneter Psychopharmaka weiterhin an Bedeutung, die früher eine stationäre Einweisung erforderten.“¹³¹ Während der Medikamenteneinsatz stieg, wurden jedoch die sozialpsychiatrischen Ziele nicht erreicht. Psychopharmaka fungierten vor allem als Mittel der Sedierung und Disziplinierung unruhiger Patienten¹³². In diesem Sinne lässt sich der vermehrte Einsatz von Psychopharmaka ebenfalls als eine Wendung nach Innen beschreiben.

Flankiert wurde der Psychopharmakaeinsatz durch individualisierende Strategien, die im psychiatrischen Diskurs ab der zweiten Hälfte der 1970er Jahre im-

¹³⁰ Vgl. Klöppel/Balz, Psychopharmaka im Sozialismus, S. 384.

¹³¹ Psychische Krankheiten (Klasse V), o.D. [17. 6. 1985], in: BArch, DQ 1/14245.

¹³² Vgl. Robert Castel, Die psychiatrische Ordnung. Das goldene Zeitalter des Irrenwesens, Frankfurt a. M. 1979.

mer deutlicher hervortraten. So lässt sich bezüglich der psychiatrischen Forschung eine Verlagerung hin zu einer statistischen Erfassung früher Formen psychischer Krankheiten konstatieren, die sich verstärkt auf die Prävention richtete. Nicht nur in westlichen Ländern, auch im Sozialismus sollte das Selbstführungspotenzial der Patienten durch Gesundheitserziehung aktiviert werden: Die Proklamation des „sozialistischen Patienten“ band die Erhaltung seiner Gesundheit eng an seinen Lebensstil zurück – und schrieb ihm selbst die Verantwortung für die Minimierung der Gesundheitsrisiken zu. Die Vorstellung, dass sich die Gefahr, an einer psychischen Störung zu erkranken, durch eine umsichtige Lebensführung der Patienten reduzieren lasse, kann als eine letzte Wendung nach Innen beschrieben werden. Die diversen Wendungen nach Innen sollten die unzureichende Umsetzung der geforderten Psychiatriereformen kompensieren, blieben aber ebenfalls weit hinter den gesteckten Zielen zurück.