

Aus dem Institut für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung an
der Universität zu Lübeck
Direktor: Prof. Dr. med. Cornelius Borck

DIE ENTSTEHUNGSGESCHICHTE DER
RODEWISCHER THESEN IM KONTEXT VON
PSYCHIATRIE, SOZIALHYGIENE UND
REHABILITATIONSMEDIZIN DER DDR

Inauguraldissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der Universität zu Lübeck

– **Aus der Sektion Medizin** –

vorgelegt von
Lena Hennings
aus Oldenburg(Oldb)

Lübeck 2015

Inhaltsverzeichnis

I. Inhalt	4
1. Einleitung: Fragestellung, Quellenlage und Forschungsmethoden	5
2. Die Anfänge der Sozialhygiene in Deutschland	13
2.1. Sozialhygiene vor dem Ersten Weltkrieg und in der Weimarer Republik	13
2.2. Sozialhygienische Bezüge in den Anfängen der Sozialpsychiatrie während der Weimarer Republik	15
2.3. Das Beispiel der Weimarer Offenen Fürsorge	18
3. Rehabilitationsmedizin und Sozialhygiene in der DDR	20
3.1. Ein Überblick	20
3.2. Sozialhygiene und Rehabilitationsmedizin in der DDR – gut international vernetzt	24
3.3. Der Platz der Psychiatrie im institutionellen Aufbau von FGR/GfR . .	25
3.4. Politisches Engagement von Sozialhygienikern und Rehabilitationsmedizinern	26
3.5. Wichtige Akteure aus dem Netzwerk der Sozialhygiene und Rehabilitationsmedizin	28
3.6. Fazit	31
4. Psychiatrie und Sozialhygiene – erweiterte Horizonte	32
4.1. Psychiatrie und Rehabilitation vor 1963: die Rodewischer Protagonisten vor dem Symposium	35
4.1.1. Karl Leonhards Beiträge in der FGR/GfR vor Rodewisch	38
4.1.2. Müller-Hegemann und die Leipziger Klinik im Kontext der Rehabilitation	39
4.2. Darstellung psychiatrischer Rehabilitation in Osteuropa vor Rodewisch im Kontext der GfR	41
4.3. Fazit	43

5. Liese-Lotte Eichler – Schlüsselperson und Kämpferin auf (fast) verlorenem Posten	44
5.1. Eichlers Arbeit innerhalb der Forschungsgruppe Rehabilitation, Untergruppe Psychiatrie	45
5.2. Erste Kontaktaufnahme	45
5.3. Orientierungsphase	46
5.4. Die Untergruppe Psychiatrie nimmt Fahrt auf, findet aber kein Personal	47
5.5. Psychiatrische Rehabilitation – aus Sicht der Uni ein Anstaltsproblem .	48
5.6. Die Blockade der Universitätspsychiatrie forciert Eichlers Rücktritt . .	50
5.7. „[...]doch habe ich mir selbst Gedanken gemacht, wie man es gestalten könnte.“ ¹ Liese-Lotte Eichler stellt die Weichen	54
5.8. Rolf Walther als praktischer Organisator vor Ort	57
6. Das Rodewischer Symposium über psychiatrische Rehabilitation	60
6.1. Fotos, Vorträge und eine fiktive Reportage: die Quellen	60
6.2. Provinz als Avantgarde: die Klinik Rodewisch	62
6.3. Ablauf des Symposiums	65
6.4. Der Diskurs – Rodewisch umreißt in Deutschland erstmals das Feld der Sozialpsychiatrie	70
6.4.1. Der praktische Versuch gewinnt stärkeres Gewicht als das theoretische Krankheitskonstrukt	72
6.4.2. Therapeutisches Personal wird Teil des Konzeptes	75
6.4.3. Die Klinikstruktur wird in Frage gestellt	76
6.4.4. Das Sicherungsprinzip tritt in den Hintergrund	77
6.5. Probleme des Schwachsinn – das Symposium und die Kinderpsychiatrie	78
6.6. Rodewisch – die Uni zu Gast in der Anstalt	81
7. Reformpsychiatrie in Osteuropa: der Beitrag der osteuropäischen Psychiatrie zum Symposium	85
7.1. CSSR: Reformpsychiatrie als Staatsangelegenheit	86
7.2. Ungarn: Milieuthherapie und Heilpädagogik jenseits des Mainstream . .	88
7.3. UdSSR: zwischen Moskau und Leningrad	90
7.4. Polen: Sozialpsychiatrie mit breitem Methodenspektrum	91
8. Die Rodewischer Thesen nach Rodewisch	94
9. Schlussbetrachtung und Zusammenfassung	97

¹Eichler: Brief an Herrn Prof Dr. Renker vom 20.08.1960.

II. Abkürzungsverzeichnis	103
III.Literaturverzeichnis	105
A. Quellenauswahl	117
B. Veröffentlichungen und Vorträge	129
C. Danksagung	130

Teil I.

Inhalt

Kapitel 1.

Einleitung: Fragestellung, Quellenlage und Forschungsmethoden

„Rückführung ins tätige, freie und verantwortliche Leben.“ Bei diesem Satz handelt es sich um einen Auszug aus den Rodewischer Thesen, die 1963 in Rodewisch im sächsischen Vogtland auf dem Symposium über psychiatrische Rehabilitation verfasst wurden, in der DDR. Die Rodewischer Thesen sind ein sechseitiges Thesenpapier, welches Forderungen nach besserer stationärer und ambulanter Versorgung von Psychatriepatienten aufstellte. Es thematisierte gleichzeitig, wie eine zeitgemäße Arbeitstherapie auszusehen habe. Der dritte Teil der Rodewischer Thesen befasste sich mit Kinderpsychiatrie. Die größte Beachtung fanden die Thesen zur „Rehabilitation psychisch akut und chronisch Erkrankter“, sodass vor allem sie, mit den Rodewischer Thesen assoziiert werden.

In dem psychiatrischen Krankenhaus Rodewisch, einer Klinik in der Tradition des Anstaltswesens, versammelten sich vom 23. Mai bis 25. Mai 1963 Psychiater aus Ostdeutschland, Westdeutschland, Polen, der CSSR, Bulgarien, Rumänien, der UdSSR und Frankreich, um sich über psychiatrische Rehabilitation auszutauschen. Ergebnis der dreitägigen Veranstaltung war die Formulierung der Rodewischer Thesen, die in die Psychiatriegeschichte eingingen.

Schon damals war es das Ziel von Psychiatern, den psychisch kranken, im Idealfall gebesserten Patienten in ein selbstverantwortliches Leben zurück zu entlassen. Dieses Ideal bleibt heute so aktuell wie damals und keinesfalls gelingt dies heute immer problemlos.

Menschen, die an psychischen Erkrankungen leiden, können in vielen Fällen nur unbefriedigend und oftmals überhaupt nicht mehr ins Arbeitsleben integriert werden, obwohl unstrittig ist, dass vielen von ihnen eine Arbeit helfen würde. Arbeit könnte sie dabei unterstützen, besser mit ihrer Krankheit zu leben, sie möglicherweise gar zu überwinden.¹ Somit ist eines der Kernthemen der Rodewischer Thesen keinesfalls Geschichte.

¹Vergleiche beispielsweise Schramm: Mitten ins Leben – Psychisch kranke Menschen haben es schwer Arbeit zu finden. Dabei wäre das oft die beste Therapie.

Die Rodewischer Thesen definierten Werte, die in vielen Punkten bis heute ihre Relevanz nicht eingebüßt haben. Es handelte sich bei ihnen um eine Agenda von Forderungen und Plänen, die auch aktuell noch immer den Leser in ihren Bann ziehen. Bis heute haben sie für Psychiater, die ihre Wurzeln in den neuen Bundesländern verorten, eine Bedeutung. Sie sind ein Dokument, das Maßstäbe setzte, die bis heute ihre Gültigkeit behielten.

Ein vergleichbares Dokument, welches die westdeutsche Psychiatriereform einleitete, war das Enquete-Papier. Die Rodewischer Thesen wurden jedoch, verglichen mit Entwicklungen im deutschsprachigen Raum früh verfasst. Inzwischen haben sie einen festen Platz in der Psychiatriegeschichtsschreibung.²

Es soll hier gezeigt werden, dass die frühe Entstehung der Rodewischer Thesen im engen Zusammenhang stand mit der damaligen Medizinlandschaft. Die DDR unterschied sich in der Struktur des Gesundheitswesens und ihren Institutionen ganz grundsätzlich von der Bundesrepublik. Diese Arbeit stellt die These auf, dass es kein Zufall ist, dass die Rodewischer Thesen in der DDR entstanden, da im Gegensatz zur BRD in der DDR ein institutioneller Rahmen existierte, der die psychiatrische Rehabilitation förderte.

Bisher wurde diese entstehungsgeschichtliche Besonderheit des Papiers nur marginal bearbeitet. Es wird der Bedeutung der Rodewischer Thesen zwar gerecht, sie mit anderen grundsätzlichen Texten, wie der Psychiatrie – Enquete in Beziehung zu setzen.³ Gleichzeitig muss festgestellt werden, dass dieses Vorgehen bisher die Erforschung des unmittelbaren Entstehungskontextes des Dokumentes hemmte.

Analysen dieser Art ließen blind werden dafür, dass die Rodewischer Thesen durchaus ihre ganz spezifische Entstehungsgeschichte hatten, die sie keineswegs mit der anderer Psychiatriereformen teilten. Dieses Defizit soll die vorliegende Arbeit nun schließen. Es sollen der Entstehungskontext und die institutionelle Einbindung von Psychiatern in Sozialhygiene und Rehabilitationsmedizin beschrieben werden, die das Symposium über psychiatrische Rehabilitation in Rodewisch und die Rodewischer Thesen möglich machte.

Die Rodewischer Thesen entstanden in der DDR. Der zweite deutsche Staat hatte viele Berührungspunkte mit der BRD. Beide bestanden zu dem Zeitpunkt kaum 20 Jahre. Historische Verbindungslinien konnte eine so kurze Zeitspanne nicht auslöschen, geschweige denn das Vorhandensein einer deutschen Identität und unzähliger persönlicher Kontakte – sowohl im familiären und privaten Bereich als auch im fachlichen. 20 Jahre waren aber genug gewesen, um in der DDR Institutionen aufzubauen, sich von denen in

²Schmiedebach u. a.: Offene Fürsorge – Rodewischer Thesen – Psychiatrie Enquete: Drei Reformansätze im Vergleich;

Priebe S: Social psychiatry in Germany in the twentieth century: ideas and models;

Schulz: Die Rodewischer Thesen von 1963 – ein Versuch zur Reform der DDR-Psychiatrie.

³z. B. Waldmann: Die Realisierung der Rodewischer Thesen zu DDR-Zeiten – Versuch einer Analyse aus heutiger Sicht.

der Bundesrepublik unterschieden.

Institutionsgeschichtliche Aspekte bei einem Thema wie den Rodewischer Thesen zu beleuchten, erscheint nicht naheliegend. Die Thesen sind ein Text, der so vom Willen nach Wandel getragen war, dass persönliches Engagement von Psychiatern als treibender Motor stillschweigend vorausgesetzt wurde. Glücklicherweise gab es dieses Engagement, sodass diese Arbeit nicht ausschließlich institutionsgeschichtlich angelegt ist. Die Einbettung in den institutionellen Rahmen war in der Entstehungsgeschichte der Rodewischer Thesen jedoch entscheidend.

Bisherige Untersuchungen der Rodewischer Thesen versuchten, ihre Entwicklungslinie ausschließlich in der Psychiatrie zu verfolgen.⁴ Diese Spur erbrachte nur unbefriedigende Ergebnisse, sodass schon unterstellt wurde, die ostdeutschen Psychiater hätten sozialpsychiatrische Strömungen aus Westeuropa und den USA schlicht kopiert und übernommen⁵ oder die Psychiater in der DDR sich an westeuropäische Trends angeschlossen.⁶ Diese Thesen konnten bisher weder bewiesen noch entkräftet werden.

Eine bestimmte Verbindungslinie war im Fall der Rodewischer Thesen besonders wichtig: die Interaktion von Psychiatrie, Sozialhygiene und Rehabilitationsmedizin. Die Sozialhygiene in der DDR und ihre Akteure waren an einem Geflecht von Institutionen beteiligt und maßgeblich in den Aufbau des Gesundheitswesens involviert. Sie bildeten informelle Netzwerke und arbeiteten interdisziplinär. Ein Korrelat hierzu gab es in der BRD nicht. In dieser Arbeit soll auch ein Teil des Wirkens der Gesellschaft für Rehabilitation und der Gesellschaft für die gesamte Hygiene der DDR dargestellt werden. Immerhin waren beide Hauptveranstalter des Rodewischer Symposiums. Bisher fand ihre Rolle kaum Beachtung, obwohl sie sich für die Kontextualisierung der Rodewischer Thesen als äußerst wichtig herausstellte. Sozialhygiene und Rehabilitationsmedizin standen der Ideologie und politischen Machtstruktur der DDR nahe und konnten daher effektiv agieren. Insbesondere die Arbeit, die Psychiater innerhalb dieser Organisationen leisteten, soll dargestellt werden. Ohne sie ist das Rodewischer Symposium kaum umfassend einzuordnen.

In dieser Arbeit wird der Standpunkt vertreten, dass die Rodewischer Thesen keinen Kontrast zu psychiatrischer und sozialhygienischer Arbeit in der DDR vor 1963 bildeten, sie waren vielmehr die Konsequenz daraus und Folge der Arbeit psychiatrisch Tätiger

⁴Waldmann: Die Realisierung der Rodewischer Thesen zu DDR-Zeiten – Versuch einer Analyse aus heutiger Sicht;

Schulz: Die Rodewischer Thesen von 1963 – ein Versuch zur Reform der DDR-Psychiatrie;

Priebe S: Social psychiatry in Germany in the twentieth century: ideas and models;

Schmiedebach u. a.: Offene Fürsorge – Rodewischer Thesen – Psychiatrie Enquete: Drei Reformansätze im Vergleich;

Kumbier/Haack/Steinberg: 50 Jahre Rodewischer Thesen – Zu den Anfängen sozialpsychiatrischer Reformen in der DDR;

um nur einige aufzuzählen.

⁵Eghigian: Was there a Communist Psychiatry? Politics and East German Psychiatric Care, 1945-1989.

⁶Hess: The Rodewisch (1963) and Brandenburg (1974) propositions.

innerhalb von Organisationen, die sich der Rehabilitation und auch der Sozialhygiene verschrieben hatten.

Im Wesentlichen gibt es zwei Gründe dafür, dass diese Aspekte in der Entstehungsgeschichte der Rodewischer Thesen bisher außer Acht gelassen wurden. Geschichte und auch Medizingeschichte bezogen auf die DDR arbeiten meist vergleichend. Zugespielt könnte man sagen, dass die Geschichte der BRD durchaus geschrieben werden kann, ohne die DDR zu erwähnen, während dies umgekehrt jedoch kaum möglich ist. Freilich kann diese Arbeitsweise in Frage gestellt werden, die meisten historischen Arbeiten folgen jedoch genau diesem Muster. Als Grund mag gelten, dass die DDR im ständigen Vergleich mit der BRD lebte. Die medizinischen Fächer stellten hierbei keine Ausnahme dar. So haben medizingeschichtliche Arbeiten, die sich mit der DDR beschäftigen, in der Regel eine vergleichende Komponente oder sind gar als Vergleich angelegt.

Einen Sonderfall stellte die Sozialhygiene dar. Das Fach war um die Jahrhundertwende in Deutschland entstanden und beschrieb die Lebensbedingungen und deren Einfluss auf die Bevölkerung. Der neue Medizin Zweig beschrieb diese Einflüsse und versuchte, modulierend auf sie einzuwirken. Das „Dritte Reich“ bedeutet vorerst das Aus für die Sozialhygiene. Nach dem Zweiten Weltkrieg gab es in der Bundesrepublik ebenfalls keine Renaissance dieser Fachrichtung. Die mit ihr verwandte Sozialmedizin gewann erst viel später an Bedeutung. In der DDR gestaltete sich das anders. Schon in den frühen Jahren der DDR gab es sozialhygienisch arbeitende Mediziner, die auf die Entwicklung des Gesundheitswesens einwirkten.

In neuerer Zeit erschienen Veröffentlichungen, die die Sozialhygiene behandelten.⁷ Der Grund ist wohl darin zu suchen, dass Gesundheitswissenschaften und Public Health seit ungefähr zwei Jahrzehnten im Wissenschaftsbetrieb eine zunehmend wichtige Rolle einnahmen.

Die Sozialhygiene der DDR hingegen, bekam weiterhin wenig Aufmerksamkeit. Ihre Entwicklung wurde bisher kaum erforscht, fehlte doch der sonst vorhandene Referenzwert in der BRD. Weil das Vergleichsfach in der BRD nicht existierte, wurde auch der DDR-Sozialhygiene keine Beachtung geschenkt. So gibt es bis heute keine umfassende historische Forschung zu ihr.

Ein weiterer Grund, weshalb hier ein blinder Fleck der Geschichtsschreibung entstehen konnte, ist darin zu sehen, dass Medizingeschichte sich in aller Regel in der Geschichte eines bestimmten Faches bewegt. Konkret heißt das, dass sich Medizinhistoriker der Geschichte einzelner Disziplinen verschreiben, weshalb die Einbeziehung einer zweiten Disziplin in die Forschungsfrage ein Hindernis darstellt. Für medizingeschichtliche Fragestellungen, die sich auf die BRD bezogen, war dieses Vorgehen bisher wenig problematisch, da die Gesundheitswissenschaften dort lange keine Rolle spielten.

⁷Siehe z. B. Schagen/Schleiermacher: 100 Jahre Sozialmedizin, Sozialhygiene und public health in Deutschland.

Die Situation in der DDR war anders gelagert. Dort knüpften Sozialhygieniker schon früh wieder an die deutsche Tradition der Gesundheitswissenschaften an und spielten eine maßgebliche Rolle bei Aufbau und Gestaltung des ostdeutschen Gesundheitssystems. Wendet die Medizingeschichte nun die Maske disziplingetrennter Geschichtsschreibung auch auf die DDR an, unterläuft ihr mitunter ein systematischer Fehler. Blendet die Forschung durch strikt nach Disziplinen geordnete Fragestellungen die Bezüge zu den Gesundheitswissenschaften der DDR aus, wird ihr zwangsläufig eine Dimension des damaligen Geschehens entgehen. Besonders problematisch erscheint dies, da Akteure aus den Gesundheitswissenschaften eben nicht nur auf wissenschaftlicher, sondern auch im hohen Maße auf politisch-systematischer Ebene (inter-)agierten.

Exemplarisch soll die Dimension der Gesundheitswissenschaften und der Sozialhygiene zum Entstehungskontext der Rodewischer Thesen hinzugefügt werden. Die Rodewischer Thesen bieten sich für dieses Vorhaben bei näherer Betrachtung geradezu beispielhaft an. Sie hatten und haben ein hohes Identifikationspotenzial innerhalb des Faches Psychiatrie und wurden retrospektiv niemals in ihrer Zugehörigkeit zur Psychiatrie infrage gestellt. Daran anknüpfend wurde auch ihre Bearbeitung innerhalb der Psychiatriegeschichte als selbstverständlich betrachtet.

Diese Arbeit zeigt, dass die Rodewischer Thesen ohne die Ansätze der Sozialhygiene und die institutionelle Einbindung von Psychiatern in das Netz von Sozialhygiene und Rehabilitationsmedizin niemals entstanden wären.

An der Geschichte der Rodewischer Thesen kann ein Stück Organisations- und Institutionsgeschichte der ostdeutschen Sozialhygiene und Rehabilitationsmedizin nachgezeichnet werden. In Bezug auf den Entstehungskontext der Rodewischer Thesen zeigte sich dieses Thema als unumgänglich, dennoch blieb es sperrig. Die Verschachtelung von Institutionen und Organisationen, die sich bildeten und wieder auflösten oder umbenannten, machte eine Rekonstruktion schwierig. Gleichzeitig war es nicht leicht, die Bedeutung der teilweise recht kurzlebigen Organisationen zu bestimmen.

Die Beschäftigung mit diesem Aspekt der Rodewischer Thesen ist trotzdem lohnenswert. Organisationen bedeuten immer auch personelle Netzwerke, die miteinander oder gegeneinander arbeiten. Diesen Netzwerken nachzuspüren, erbrachte in Bezug auf die Rodewischer Thesen Erkenntnisse, die nicht nur für die Psychiatriegeschichte relevant sind, sondern auch für die DDR-Medizingeschichte allgemein.

Gleichzeitig stärkt diese Betrachtung die Rodewischer Thesen als genuin ostdeutsches Dokument. Die vorliegende Arbeit argumentiert, dass die Rodewischer Thesen nicht trotz, sondern gerade aufgrund der Voraussetzungen in der DDR schon so früh entstanden. Gerade aufgrund der Existenz einer Sozialhygiene in der DDR war es möglich und vielleicht sogar unausweichlich, schon früh den Reformkatalog der Rodewischer Thesen aufzustellen und so dem Konkurrenzland BRD um über ein Jahrzehnt vorauszuweichen. So ist es auch erklärbar, dass es keineswegs die jungen Wilden waren, die in Rodewisch

das Zepter in die Hand nahmen und gegen das Establishment rebellierten. Die Rodewischer Reform kam aus der Mitte der Anstaltspsychiatrie. Es waren Cheförzte der psychiatrischen Krankenhäuser, die von Anfang an mitbestimmten, wohin die Reise gehen sollte, und die sich im Nachhinein für die Umsetzung der Thesen stark machten. Diese Arbeit stellt die These auf, dass Liese-Lotte Eichler, die Cheförztn der psychiatrischen Klinik Brandenburg-Görden, wichtigste Akteurin bei der Konzeption und Planung des Rodewischer Symposiums war. Innerhalb der DDR-Psychiatrieforschung ist sie keine Unbekannte, aber ihr Wirkradius wurde bisher von der Forschung unterschätzt. Diese Arbeit soll dazu beitragen, Eichlers Bedeutung als historische Person zu stärken. Sie konzipierte das Rodewischer Symposium in seinem Themenspektrum und saß in der wissenschaftlichen Leitung der Veranstaltung, sodass sie als die entscheidende Weichenstellerin in Bezug auf die Rodewischer Thesen angesehen werden kann. Eichler setzte wichtige Impulse, die auf die gesamte Psychiatrie, mindestens in der DDR, wirkten. Die Rodewischer Thesen und das Symposium über psychiatrische Rehabilitation wurden bisher immer im Zusammenhang mit ihrem Einfluss auf die Psychiatrie der DDR bewertet.⁸ Dass sie auch Einfluss auf das Konzept der Sozialpsychiatrie in Deutschland hatten, hielt bisher niemand für plausibel. Diese Arbeit stellt nun die These auf, dass während des Rodewischer Symposiums erstmals im deutschsprachigen Raum das Themenfeld der Sozialpsychiatrie abgesteckt wurde.

Ein Nebenaspekt der Arbeit soll außerdem sein, die Bedeutung der Kinderpsychiatrie innerhalb der Rodewischer Thesen zu stärken. Anders als die bisherige historische Bearbeitung oder vielmehr Nichtbearbeitung dieses Themas vermuten lässt, war es kein Lückenfüller für den letzten Tag der Veranstaltung. Gerade innerhalb der Rehabilitationsmedizin der DDR stellte die Betreuung körperlich und geistig behinderte Kinder eine große Herausforderung dar. Eichler hatte nicht zufällig hier ihren Schwerpunkt gelegt. Die Rodewischer Thesen und das Rodewischer Symposium waren ein frühes Kapitel in der Geschichte der ostdeutschen Kinderpsychiatrie. Eichlers intensiver Einsatz für diesen Psychiatriezweig verdient daher auch Beachtung innerhalb der gesamtdeutschen Geschichte der Kinderpsychiatrie.

Die Arbeit fußt auf einer Archivrecherche, die umfangreiches Quellenmaterial zutage förderte. So Teile des Materials auch an anderer Stelle schon verwendet wurden, leistet diese Arbeit erstmalig eine vernetzende Analyse des Materials aus den verschiedenen Archiven. Es war außerdem möglich, im Dezember 2014 mit Frau Prof. Christa Seidel zu sprechen, die im Jahr 1967 begann, in der Gesellschaft für Rehabilitation mitzuarbeiten,⁹ und bis zur Wende die Rehabilitationslehrgänge der Akademie für ärztliche Fortbildung leitete.¹⁰ Vor allem für die Beantwortung konkreter Fragen zur praktischen Arbeitsweise,

⁸z. B. Kumbier/Haack/Steinberg: 50 Jahre Rodewischer Thesen – Zu den Anfängen sozialpsychiatrischer Reformen in der DDR.

⁹Persönliches Gespräch in Berlin mit Frau Prof. Seidel vom 08.12.2014.

¹⁰Seidel: Fortbildung: Lehrstuhl besteht seit Anfang der 70er Jahre.

sowie durch das Nennen von Beispielen waren ihre Hinweise aufschlussreich.

Im Januar 2010 konnten im Krankenhausarchiv des psychiatrischen Klinikums Rodewisch die Kongressunterlagen des Rodewischer Symposiums eingesehen werden und im Archiv des Oberlinhauses Potsdam ein Teil der Akten der Gesellschaft für Rehabilitation, die nach dem Ende der DDR selbst von Akteuren dorthin gebracht worden waren¹¹ und seitdem unkatalogisiert dort lagern. Ein weiterer Teil der Akten der Gesellschaft für Rehabilitation befindet sich im Bundesarchiv Berlin Lichterfelde. Dort konnte gleichzeitig Einblick in die Akten des Fachausschusses für Psychiatrie und die der psychiatrisch-neurologischen Gesellschaft der DDR genommen werden. Weiterhin war es möglich, im gut erschlossenen Krankenhausarchiv des heutigen Asklepios Fachklinikums Brandenburg, dem damaligen psychiatrischen Krankenhaus Brandenburg-Görden, die Korrespondenzen der ehemaligen Chefärztin Liese-Lotte Eichler zu sichten.

Auf diese Weise konnte ein umfassendes Bild der Planung des Rodewischer Symposiums zu gewonnen werden, aber auch der Hindernisse, die sich dem Vorhaben in den Weg stellten. Gleichzeitig ergab sich ein guter Einblick in den Ablauf der Veranstaltung und in den konkreten Entstehungsprozess der Rodewischer Thesen.

Besonders in Bezug auf Sozialhygiene und Rehabilitationsmedizin wurden erstmals die Veröffentlichungen der großen Rehabilitationskongresse gegen Ende der 1950er- und Anfang der 1960er-Jahre sowie sozialhygienisch und rehabilitationsmedizinisch orientierter Zeitschriften systematisch auf das Vorhandensein psychiatrischer Beiträge untersucht. Da bisher die Verbindung von Psychiatrie und Rehabilitationsmedizin und Sozialhygiene nie als relevant eingestuft wurde, wurden psychiatrische Veröffentlichungen in Organen dieser Fächer selten bis nie in der psychiatriehistorischen Forschung zitiert. Nun konnte das Vorhandensein einer Achse Psychiatrie-Rehabilitationsmedizin und eines psychiatrischen Diskurses innerhalb dieses Medizinzweiges auch schon vor Rodewisch bewiesen werden.

Diese Arbeit gliedert sich in ein Kapitel zu den historischen Wurzeln der deutschen Sozialhygiene und dem Verhältnis von Psychiatrie und Sozialhygiene in dieser Zeit. Das Kapitel basiert im Wesentlichen auf Sekundärliteratur und hat die Funktion, dem Thema der Arbeit einen breiten historischen Hintergrund zu geben. Mit Beginn der nationalsozialistischen Diktatur in Deutschland kam es zu einem abrupten Ende der Sozialhygiene in Deutschland. Analog zur Sekundärliteratur zum Thema überspringt auch diese Arbeit die Zeit des Nationalsozialismus.

Der nächste Teil der Arbeit bedient sich sowohl Primär- als auch Sekundärliteratur, aber auch Primärquellen, um die Anfänge der Sozialhygiene in der DDR nachzuzeichnen. Dieser Teil geht auf den Organisationsaufbau von Rehabilitationsmedizin und Sozialhygiene in der DDR ein, soweit dieser rekonstruierbar ist. Gleichzeitig werden wichtige Akteure dieses Medizinzweiges in ihrer Funktionen vorgestellt.

¹¹Persönliches Gespräch in Berlin mit Frau Prof.Seidel vom 08.12.2014.

Die Arbeit benennt klar ein diesbezügliches Forschungsdefizit, kann dieses jedoch nur begrenzt aufarbeiten. Vielmehr soll hier die Basis geschaffen werden, damit im folgenden Kapitel das Wirken von Psychiatrie innerhalb der Sozialhygiene beleuchtet werden kann.

Diese Teile der Arbeit verarbeiten im Wesentlichen Quellenmaterial aus den oben genannten Archiven. Das Wirken von Psychiatern innerhalb der Sozialhygiene und Rehabilitationsmedizin wird beschrieben. Umfassend werden insbesondere Eichlers Rolle in der Vorbereitung und Konzeption des Rodewischer Symposiums dargestellt. Die Leistung Rolf Walters, damals Chefarzt am psychiatrischen Klinikum Rodewisch, lag in der konkreten Verwirklichung des Vorhabens, während Karl-Heinz Renker,¹² Sozialhygieniker, Rehabilitationsmediziner als Freund und Förderer der Psychiatrie Bedeutung erlangte. Schon in dieser Phase können Dissonanzen zwischen Universitäts- und Krankenhauspsychiatrie dargestellt werden, die sich auch durch den Rodewischer Kongress selbst zogen.

Auf Basis des umfassenden Quellenmaterials war es möglich, die Geschehnisse des Rodewischer Symposiums umfassend zu beschreiben. Die Diskussionsmitschriften zeigten erneut Spannungen zwischen den psychiatrischen Kliniken und Universitätsnervenkliniken auf, die sich durch den gesamten Kongress zogen. Sie machten deutlich, wie wichtig es war, dass Reformen durch Rehabilitationsmedizin und Sozialhygiene Unterstützung fanden.

Die Quellen zeigten außerdem, dass während des Symposiums kleinschrittig das Themenfeld der Sozialpsychiatrie abgesteckt wurde. Erfahrungen wurden als Beleg, angeführt, dass ein Wandel in der Psychiatrie zu Öffnung und ambulanter Versorgung funktionieren konnte.

Ebenfalls anhand der Archivquellen konnte die rege Beteiligung osteuropäischer Reformpsychiater am Rodewischer Symposium nachgewiesen werden. Dieser Teil der Arbeit belegt ganz konkret die Existenz früher reformpsychiatrischer Strömungen in Osteuropa eine Erkenntnis, die auch unabhängig vom Forschungsgegenstand der Rodewischer Thesen Relevanz hat.

¹²Renker war Leiter des Hygiene-Instituts an der Universität Halle, ab 1962 war er zudem Vorsitzender der Gesellschaft für Rehabilitation.,„Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter (DVfR)“ (Hrsg.): Von der Krüppelfürsorge zur Rehabilitation von Menschen mit Behinderung 90 Jahre Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e. V. 47ff

Kapitel 2.

Die Anfänge der Sozialhygiene in Deutschland

2.1. Sozialhygiene vor dem Ersten Weltkrieg und in der Weimarer Republik

Ursprünglich war die Sozialhygiene¹ eine Strömung, der Vertreter unterschiedlicher Disziplinen angehörten. Sie stammten entweder aus der Medizin oder der Hygiene. Das Entstehen der Sozialhygiene war im Zusammenhang sowohl mit einem gesellschaftlichen Prozess der Modernisierung als auch mit Neuerungen im Bereich Politik in Bezug auf Gesundheit und Soziales gegen Ende des 19. Jahrhunderts zu sehen.² Die Begründer der Sozialhygiene Alfred Grotjahn, Arthur Schlossmann oder Alfons Fischer stammten aus der Gruppe der praktisch tätigen Ärzte und arbeiteten nicht an der Universität. Vertreter der Hygiene hegten Vorbehalte gegen die sich formierende Disziplin. Das neue Fach bedrohte den Einfluss der Hygiene, möglicherweise gar seine universitäre Stellung. Zwar galt diese inzwischen als gesichert, doch handelte es sich bei der Hygiene noch immer um eine junge und nicht endgültig gefestigte Disziplin.³

Als einen weiteren Grund für die anfängliche Ablehnung führte Gabriele Moser die relative Nähe zu sozialdemokratischen Ideen an, die die Sozialhygiene mit sich brachte. Statt sich auf naturwissenschaftliche, d. h. biologische und physikalische Zusammenhänge zu beschränken, wollte die Sozialhygiene auch die Wechselwirkung von Lebensumständen

¹In diesem Kapitel soll die Entstehung und frühe Entwicklung der Sozialhygiene nachgezeichnet und eine Definition des Faches gegeben werden. Dieses dient als Grundlage für die folgenden Kapitel, kann jedoch innerhalb dieser Arbeit kaum der Fülle des Themas gerecht werden. Es sei daher auf umfassendere Arbeiten zum Thema verwiesen. Hier sind zu nennen Moser: „Im Interesse der Volksgesundheit...“ Sozialhygiene und öffentliches Gesundheitswesen in der Weimarer Republik und der frühen SBZ/DDR; Heinzlmann: Sozialhygiene als Gesundheitswissenschaft: Die deutsch/deutsch-jüdische Avantgarde 1897-1933. Eine Geschichte in sieben Profilen.

²Moser: „Im Interesse der Volksgesundheit...“ Sozialhygiene und öffentliches Gesundheitswesen in der Weimarer Republik und der frühen SBZ/DDR, S. 43.

³Ebd., S.45f.

und Gesundheit erforscht wissen. Dies führte sie zwangsläufig von den Infektionskrankheiten zu Krankheiten nicht-infektiösen Ursprungs, die ebenfalls eine weite Verbreitung hatten, z. B. Diabetes mellitus, maligne Erkrankungen, aber auch psychische Leiden.⁴ Die Sozialhygiene sollte verschiedene Medizin- und Wissenschaftszweige miteinbeziehen, um handlungsfähig zu werden. Als ebenso essenziell zum Erreichen dieses Ziels wurde schon zu Anfang die Interaktion mit der Politik angesehen.⁵ Die Akteure selbst datierten das Jahr 1899 mit seinem „1. Internationalen Kongress zur Bekämpfung der Tuberkulose“ als das Ausgangsjahr für die Sozialhygiene. Der Personenkreis, der in der Fürsorge tätig war, sah das Jahr 1904 als das wichtige Gründungsjahr an.

Auf dem Kongress kam es zu einer Spaltung der mikrobiologisch tätigen Hygieniker, die sich auf die Bekämpfung von Krankheitserregern beschränkten, von den Ärzten, die auch tatsächlich sozialhygienisch tätig werden wollten.⁶ Zu bemerken ist hier, dass die klassischen Hygieniker von einer prinzipiellen Gleichheit der Individuen ausgingen, während die Sozialhygiene durchaus Unterschiede zwischen den Individuen sehen wollte. So vertraten selbst liberal oder sozial eingestellte Sozialhygieniker einen biologisch begründeten Rassismus.⁷

Auf dem genannten Kongress entwickelten Sozialhygieniker in Zusammenarbeit mit interessierten Kommunen, Konzepte zur Verbesserung der Gesundheit der Allgemeinbevölkerung. Erholungsstätten, Säuglingsmilchküchen oder der Rettungsdienst in der Großstadt waren einige dieser Ideen.⁸

Die beiden Hauptarme der Sozialhygiene wurden die Beratung und die Fürsorge, letztere in Form von Fürsorgestellen. Die Aufklärung der Arbeiter in Gesundheitsbelangen wurde ebenfalls von Sozialhygienikern angestrebt. Moser blickte auf die Sozialhygiene als einen hygienisch-medizinischen Beitrag zu den bürgerlichen Sozialreformen des deutschen Kaiserreichs. Sie sollte durch ihre wissenschaftliche Methodik die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und sozialen Faktoren entschlüsseln helfen. Die gewonnenen Argumente konnten einerseits moralisch nutzbar gemacht werden, um die Verbesserung der Lebensbedingungen bestimmter Bevölkerungsgruppen zu erreichen, andererseits jedoch auch politisch angeführt werden.⁹

Trotz des Ursprungs in der Praxis und zahlreicher Bezügen zur praktischen Arbeit, ohne die die deutsche Sozialhygiene nicht denkbar gewesen wäre, betont besonders Wilfried Heinzelmann die schnell entstehende wissenschaftliche Facette des Fachgebietes. Dieses konnte zu dem Zeitpunkt weltweit als führend angesehen werden. Heinzelmann weist

⁴Moser: „Im Interesse der Volksgesundheit...“ Sozialhygiene und öffentliches Gesundheitswesen in der Weimarer Republik und der frühen SBZ/DDR, S.45f.

⁵Ebd., S.49f.

⁶Ebd., S.52f.

⁷Ebd., S.60f.

⁸Ebd., S.52f.

⁹Ebd., S.555-557.

dabei auf die in kürzester Zeit entstehende Fülle an Literatur zum Thema hin.¹⁰ Obwohl die deutsche Sozialhygiene ein abruptes Ende erlitt, geht die Forschung davon aus, dass sie auch über die Grenzen des deutschsprachigen Raumes hinaus, z. B. auf sozialmedizinische Konzepte der Sowjetunion, Einfluss nahm,¹¹ um dann später über das Vorbild anderer Länder, wie das der USA, England, Skandinavien und der Benelux-Länder, wieder nach Deutschland zurückzukehren.¹²

Eine Besonderheit der Sozialhygiene stellte die fast ausschließliche Besetzung durch Akteure jüdischer Abstammung dar. Eine Erkenntnis, auf der Heinzelmann seine Arbeit zum Thema aufbaute, die sieben der einflussreichsten Sozialhygieniker vorstellte.¹³ Heinzelmann stellte aber klar, dass der jüdischen Familienhintergrund nicht relevant war.¹⁴ Mit der Machtergreifung der Nationalsozialisten wurde dieser Fakt aber sehr wohl entscheidend für das Schicksal des Faches. Das Ende der deutschen Sozialhygiene wird heute exakt mit dem Jahr der Machtergreifung 1933 angegeben. In der „Eliminierung des Personalstamms“ sah Heinzelmann „definitiv die Exekution“ der jungen Disziplin.¹⁵

2.2. Sozialhygienische Bezüge in den Anfängen der Sozialpsychiatrie während der Weimarer Republik

Die Sozialhygiene und die Psychiatrie teilen eine lange gemeinsame Geschichte, die nicht erst in der DDR begann. Der Begriff der Sozialpsychiatrie lässt sich weit bis ins 19. Jahrhundert hinein zurückverfolgen. Sie stand im Zusammenhang mit dem Einzug des Sozialen in den Kontext der Medizin. Es wurden zunächst Auswirkungen von Industrialisierung und Urbanisierung auf Gesundheit und Krankheit durch die Ärzte thematisiert.¹⁶

Erstmalig verwendete Max Fischer in der deutschen Sprache den Begriff Sozialpsychiatrie 1911/1912,¹⁷ er war damals tätig an der Anstalt Illenau.¹⁸ An seinen Äußerungen,

¹⁰Heinzelmann: Sozialhygiene als Gesundheitswissenschaft: Die deutsch/deutsch-jüdische Avantgarde 1897-1933. Eine Geschichte in sieben Profilen, S.26ff.

¹¹Ebd., S.29.

¹²Laaser/Schwarz (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung und Public Health in Deutschland, Vf.

¹³Heinzelmann: Sozialhygiene als Gesundheitswissenschaft: Die deutsch/deutsch-jüdische Avantgarde 1897-1933. Eine Geschichte in sieben Profilen.

¹⁴Ebd., S.26.

¹⁵Ebd., S.30.

¹⁶Priebe S: Social psychiatry in Germany in the twentieth century: ideas and models;Priebe/Schmiedebach: Soziale Psychiatrie und Sozialpsychiatrie – zum historischen Gebrauch der Begriffe

¹⁷Finzen/Hoffmann-Richter (Hrsg.): Was ist Sozialpsychiatrie?

¹⁸Ebd., S.221.

besonders zur sozialen Psychiatrie, wurde beispielhaft klar, dass der sozialhygienische Trend auch an der Psychiatrie nicht spurlos vorüberzog. Interessant erscheint aus heutiger Sicht, dass die Ursprünge der Sozialpsychiatrie offensichtlich mit sozialhygienischem Gedankengut verknüpft waren. Fischer beschrieb die soziale Psychiatrie folgendermaßen:

„Ohne Erforschung der sozialen Ursachen und ohne sozial-medizinisches Handeln, besonders auch in der Prophylaxe und Hygiene, also ohne soziale Psychiatrie keine Psychiatrie. Vollends die angewandte praktische Psychiatrie ist ohne stärksten sozialen Einschlag überhaupt nicht denkbar und ist von jeher eine soziale Disziplin gewesen.“¹⁹

Schon die Wurzeln des Begriffes ließen eine Verbindung zu den Bevölkerungswissenschaften und zur Sozialhygiene erkennen, auch wenn dieser Bezug nicht explizit aufgeführt wurde. Die neu entstehende Bevölkerungswissenschaft der Sozialhygiene machte vor der Psychiatrie nicht Halt, und Psychiater folgten mitunter diesem Trend.

Eine Parallele zur Sozialhygiene stellte die Annahme eines psychosozialen Krankheitsmodells dar, die Umweltfaktoren als wichtige Variable für die Krankheitsentstehung ausmachte. Fischer sprach über „Wechselbeziehungen zwischen Mensch und Natur, Klima, Kleinlebewesen, ferner zur Arbeit, zur Gesellschaft und zum Staat“²⁰ und griff so dem später wichtigen Begriff des Milieus vor.

Die Fürsorge erschien in den Anfängen ebenso, wie die Idee der Familienpflege und der Beschaffung eines geeigneten Arbeitsplatzes.²¹ Fischer schuf bei der Erstverwendung des Wortes ein Konzept der Sozialpsychiatrie, das in wesentlichen Teilen unter dem Namen nach dem Zweiten Weltkrieg weiterexistieren sollte.²² Gleichzeitig benutzte Fischer die Idee des Fürsorgesystems, welche auch eine starke Verankerung in der Sozialhygiene hatte.²³ Fischers Konzept wies demnach deutliche Bezüge zu den sozialhygienischen Bestrebungen Anfang des 20. Jahrhunderts auf.

Parallel dazu befand sich die Sozialhygiene im wissenschaftlichen Formierungsprozess. Alfred Grotjahn, einer der Gründerväter des Faches, veröffentlichte zeitgleich das „Handwörterbuch der sozialen Hygiene“ und die „Soziale Pathologie“.²⁴ Zugleich konnte die Sozialhygiene erste Erfolge bei ihrer Etablierung an den Universitäten verbuchen.²⁵ Die Sozialhygiene hatte das Konzept der Hygiene erweitert. Angestoßen von Industrialisie-

¹⁹Fischer: Die soziale Psychiatrie im Rahmen der sozialen Hygiene und allgemeinen Wohlfahrtspflege.

²⁰Ebd.

²¹Ebd.

²²Priebe S: Social psychiatry in Germany in the twentieth century: ideas and models.

²³Heinzelmann: Sozialhygiene als Gesundheitswissenschaft: Die deutsch/deutsch-jüdische Avantgarde 1897-1933. Eine Geschichte in sieben Profilen, S.41.

²⁴Sie bezeichnet als erstes Standardwerk der noch jungen Disziplin, einen der Meilensteine dieses Prozesses. (ebd., S.129)

²⁵Ebd., S. 101.

rung und Urbanisierung und den damit einhergehenden einschneidenden Veränderungen in den Lebensbedingungen suchte man in ihnen die Ursache für Erkrankungen.²⁶

Grotjahn unterteilte die Sozialhygiene in seiner Beschreibung in eine deskriptive und eine normative Wissenschaft.²⁷ Eine ihrer Hauptleistungen lag in der Entdeckung des Beobachtungs- und Behandlungsobjekts Bevölkerung, die das Individuum in den Hintergrund treten ließ. Die sozialhygienische Perspektive rückte die Bedeutung von Erkrankungen für die Volksgesundheit ins Zentrum ihrer Überlegungen. Eine Untersuchung dieses neuen Objektes verlangte nach neuen Methoden. So entdeckte der frühe Sozialhygieniker die Statistik und die Epidemiologie, als passende Messinstrumente.

Die Sozialhygiene agierte in ihrer normativen Eigenschaft auch präventiv und gesundheitsfördernd.²⁸ Sie zeichnete sich des Weiteren durch eigene Instrumente zum Erreichen ihrer Ziele aus. Die Einführung des Fürsorgewesens war ein Beispiel hierfür. Es entstand eine neue Organisationsstruktur, die neben der Medizin auch die Sozialberufe einband. Ziel waren die Gesunderhaltung und die Betreuung von chronisch Kranken in Vernetzung mit dem öffentlichen Gesundheitssystem.²⁹

Es gab medizinische Disziplinen, die sich ihrer Größe wegen besonders der Sozialhygiene anboten, grundsätzlich galten jedoch nicht die klassischen Fächergrenzen. Dieses war ein wichtiges Merkmal der Sozialhygiene. Sozialhygieniker, die später in der DDR, an die Wurzeln der Sozialhygiene anknüpften, arbeiteten ebenfalls interdisziplinär.³⁰

Psychiatrische Krankheiten erschienen aufgrund ihrer großen Ausbreitung als lohnenswertes Thema. Ein Beispiel hierfür war der Alkoholismus.³¹ An diesem Beispiel gewann der Begriff des Milieus an Bedeutung. Der krankhafte Alkoholkonsum wurde mit verschiedenen Variablen im Leben des Proletariats in Verbindung gebracht und gleichzeitig als medizinisches und gesellschaftliches Problem eingestuft.³²

Sozialhygiene war ein Trend, der einen theoretischen Kern innehatte, sie spannte jedoch auch ein Praxisfeld auf. Dieses setzte sich nicht ausschließlich aus Akteuren zusammen, die sich professionell mit Medizin beschäftigten. Laien waren ebenfalls der Bewegung zuzuordnen. Vereinigungen mit sozialhygienischen Zielen entstanden. Ihr Wirken unterschied sich mitunter von den Zielen, die sich die wissenschaftlichen Begründer des Faches gesetzt hatten. Die Vereinigungen waren inhomogen, vielgestaltig und nicht immer als rein sozialhygienisch anzusehen,³³ doch spiegelte ihre bloße Existenz den Trend der Zeit wider, sich mit Gesundheit in einem breiteren Kontext zu beschäftigen. Im Rahmen der

²⁶Heinzelmann: Sozialhygiene als Gesundheitswissenschaft: Die deutsch/deutsch-jüdische Avantgarde 1897-1933. Eine Geschichte in sieben Profilen, S.289.

²⁷Ebd., S.131.

²⁸Ebd., S.289ff.

²⁹Ebd., S.194ff.

³⁰Siehe 3.Kapitel

³¹Grotjahn: Der Alkoholismus: Nach Wesen, Wirkung und Verbreitung.

³²Heinzelmann: Sozialhygiene als Gesundheitswissenschaft: Die deutsch/deutsch-jüdische Avantgarde 1897-1933. Eine Geschichte in sieben Profilen, S.125ff.

³³Ebd.

psychiatrischen Fürsorge kam es beispielsweise zur Einbindung ehrenamtlich tätiger Irrenhilfsvereine in das Fürsorgesystem.³⁴

2.3. Das Beispiel der Weimarer Offenen Fürsorge

Ein zentraler Begriff in der Psychiatrie der Weimarer Republik war das Modell der Offenen Fürsorge. Dies war ein Ansatz, der auch später immer wieder aufgegriffen werden sollte. Die Weimarer Offene Fürsorge übertrug Komponenten der sozialhygienischen Praxis auf die Psychiatrie. Der Ansatz der Fürsorge fand davor schon in den Bereichen der Lungen- oder Geschlechtskrankheiten, sowie bei der Betreuung Alkoholkranker Anwendung. Nun sollte er auch in der Psychiatrie erprobt werden.³⁵

Betont werden muss, dass es nicht nur eine Offene Fürsorge in der Weimarer Republik gab. Die Unterteilung in Länder ließ ein einheitliches System an Fürsorgestellen auch kaum erwarten. Der Ansatz wurde dennoch breit thematisiert und an verschiedenen Orten wurden Umsetzungsstrategien erprobt.³⁶ Zu den herausragenden und bis heute untersuchten Fürsorgesystemen gehörten die von Gustav Kolb entworfene, anstaltszentrierte Erlanger Offene Fürsorge, sowie die von Friedrich Wendenburg vorangetriebene kommunale Fürsorge im rheinisch-westfälischen Industriegebiet.³⁷ Während das Kolbsche Modell die Anstalt ins Zentrum stellte, war bei Wendenburgs Modell eine Profilierung der Geisteskrankenfürsorge als Zweig der kommunalen Gesundheitsfürsorge angedacht.³⁸

Insgesamt besteht in der Geschichtsschreibung Konsens, dass es vor allem ökonomische Gründe waren, die damals die offene Fürsorge vorantrieben.³⁹ Die Last, die das Unterhalten großer Irrenanstalten für die Allgemeinheit bedeutete, sollte vermindert werden.⁴⁰ Argumente wie die Ermöglichung einer liberaleren Führung und die Beeinträchtigung des Kranken durch die überdimensionierten Anstalten⁴¹ gab es zwar, insgesamt waren

³⁴Roehmer: Die offene Geisteskrankenfürsorge und das öffentliche Irrewesen.

³⁵Falthäuser: Die Entwicklung und Einrichtung einer Fürsorge.

³⁶Einen umfassenden Überblick über die Umsetzung der Fürsorge in Form gesammelter Selbstschilderungen gibt:

Roehmer/Kolb/Falthäuser (Hrsg.): Die offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten

³⁷Schmiedebach u. a.: Offene Fürsorge – Rodewischer Thesen – Psychiatrie Enquete: Drei Reformansätze im Vergleich.

³⁸Wendenburg: Die kommunale Fürsorgestelle für Geistesranke usw.

³⁹So wurde angeführt, es handele sich um „die natürlichste, beliebteste, billigste, volkswirtschaftlich beste Form der Verpflegung.“ (Kolb: Die Gründe für die Einrichtung der Fürsorge, S.157)

⁴⁰Ebd.

⁴¹Roehmer/Kolb/Falthäuser (Hrsg.): Die offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten, S.4.

sie allein nicht ausreichend, um die Einführung der offenen Fürsorge zu begründen. Die Schnittmenge der offenen Fürsorge und der Sozialhygiene erschöpfte sich nicht darin, ökonomische Vorteile zu betonen. Mit der Entdeckung des neuen Patienten Bevölkerung, um den es sich zu kümmern galt, verschob sich der Behandlungserfolg auf einen unbestimmten Zeitpunkt in der Zukunft. Die Interessen des einzelnen, realen Patienten prallten auf die des neu konstruierten Kollektivs. So führte die Freiheit, die die offene Fürsorge dem Geisteskranken in Form von Bewegungs- und Entscheidungsfreiheit in Alltagsdingen zuteil werden ließ, im gleichen Zug zu neuen Verletzungen der persönlichen Freiheit. Konnte das Leben nun zwar außerhalb der Anstaltsmauern stattfinden, hielt man neue Vorkehrungen zum Schutz der Gesellschaft, wie das Verhindern der Fortpflanzung Geisteskranker für angebracht.⁴²

Dieser theoretische Ansatz wurde von den Nationalsozialisten fortgeführt und gipfelte später in Zwangssterilisationen und Krankenmorden. Die Haltung der Sozialhygieniker in diesem Punkt muss differenziert betrachtet werden und die Haltung der einflussreichsten Akteure des Gebietes war nicht deckungsgleich.⁴³ Dennoch muss erwähnt werden, dass auch Sozialhygieniker mit vergleichsweise radikalen Ansichten vor einer aktiven Selektion, wie sie in der Natur stattfand, zurückschreckten. Man sah es vielmehr als einen humanistischen Ansatz an, die Selektion vor die Entstehung des Lebens zu legen.⁴⁴ Deutlich wurde, dass die Sozialhygiene als Bevölkerungsmedizin schon früh in der Psychiatrie Akzente setzen konnte und in der Mitbegründung der offenen Fürsorge eine Rolle spielte.

⁴²Kolb sah zwei der wichtigsten Aufgaben der offenen Fürsorge darin „Wege zu suchen, auf denen wir die Fortpflanzung der Geisteskrankheiten und in erheblichem Grade Minderwertigen in gewissen Schranken halten, und[...] die Irrenfürsorge zu einem gewissen Maßhalten in der Anwendung für die Geisteskranken“ anzuhalten. (Kolb: Die Einwände und Bedenken gegen die Fürsorge, S.161)

⁴³Heinzelmann stellte in den Profilen der wichtigsten Sozialhygieniker auch jeweils ihren Standpunkt zur Eugenik dar. (Heinzelmann: Sozialhygiene als Gesundheitswissenschaft: Die deutsch/deutsch-jüdische Avantgarde 1897-1933. Eine Geschichte in sieben Profilen)

⁴⁴Ebd., S.159.

Kapitel 3.

Rehabilitationsmedizin und Sozialhygiene in der DDR

3.1. Ein Überblick

Das Rodewischer Symposium über psychiatrische Rehabilitation wurde in enger Zusammenarbeit von Psychiatern und Sozialhygienikern in der DDR verwirklicht.¹ In der Bundesrepublik Deutschland geht die Forschung heute von einem Erstarken der Gesundheitswissenschaften gegen Ende der 1980er-Jahre aus, meist unter dem Titel Public Health behandelt.² Eine umfassende Erforschung der Kontinuitäten und Entwicklungen der Gesundheitswissenschaften in der DDR, besonders auch mit Berücksichtigung des umfassenden Quellenmaterials, steht bisher noch aus. Gabriele Moser steuerte zu dem Themenkomplex eine Aufarbeitung zumindest der Anfänge der Sozialhygiene in der DDR/SBZ bei, die jedoch zum Ende der 1950er-Jahre schließt.

Weitere Arbeiten streiften Persönlichkeiten aus der DDR-Sozialhygiene.³ Wilfried Heinzelmann sprach von einer „politischen Deformation in der ehemaligen DDR“.⁴ Michael Hubenstorf schätzte die Situation der Sozialhygiene in der DDR insofern als „Sonderfall“⁵ ein, als sich Sozialhygieniker in der DDR unbeachtet vom Westen auf die

¹Siehe 5.Kapitel.

²Heinzelmann: Sozialhygiene als Gesundheitswissenschaft: Die deutsch/deutsch-jüdische Avantgarde 1897-1933. Eine Geschichte in sieben Profilen, S. 37.

³Ernst: "Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus" Ärzte und medizinische Hochschullehrer in der SBZ/DDR 1945 – 1961; „Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter (DVfR)“ (Hrsg.): Von der Krüppelfürsorge zur Rehabilitation von Menschen mit Behinderung 90 Jahre Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e. V.

⁴Heinzelmann: Sozialhygiene als Gesundheitswissenschaft: Die deutsch/deutsch-jüdische Avantgarde 1897-1933. Eine Geschichte in sieben Profilen, S. 37.

Es liegt in der Natur einer Wissenschaft, wie der Sozialhygiene, dass sie kaum ohne Interaktion mit dem System in dem sie existiert auskommen kann. Dennoch bedarf eine solche Behauptung auch im Bezug auf die DDR einer Fundierung, die das Quellenmaterial liefern sollte. Hier ist Kritik an dieser am Rande gemachten Einschätzung angebracht.

⁵Hubenstorf: Sozialhygiene, Staatsmedizin, Public health – Konzeptwandel oder deutscher Sonderweg, S.5.

sozialhygienischen Wurzeln in Deutschland beriefen und die Durchsetzbarkeit sozialhygienischer Ziele im Sozialismus besser als im Westen einschätzten. Sie betrauerteten Abwicklung und Niedergang ihrer Disziplin nach der Wiedervereinigung,⁶ die das zweite abrupte Aus der Sozialhygiene auf deutschem Boden bedeutet habe und auch in diesem Fall mit dem Wechsel des politischen Systems assoziiert war.

Somit lässt sich die Forschungslage zur Sozialhygiene in der DDR insgesamt als dürftig beschreiben. Dieses Kapitel stellt einen kleinen Beitrag zur Erforschung des Themengebietes dar und soll zur Weiterarbeit einladen. Hier sollen aber hauptsächlich die Strukturen, Institutionen und Personen besprochen werden, die zum Verständnis der folgenden Kapitel notwendig sind. Gleichzeitig soll deutlich werden, dass es besonders in der Sozialhygiene und Rehabilitationsmedizin Interaktionen zwischen medizinischer Wissenschaft und politischer Entscheidungsebene gab. Bisherige Forschung ging davon aus, dass die Interaktion von medizinischer Wissenschaft und Politik in der DDR weitgehend von Misstrauen geprägt war.⁷ Für die Sozialhygiene und Rehabilitationsmedizin galt das, wie dieses und die folgenden Kapitel zeigen werden, nicht.

Eine Disziplin, die stark mit der Sozialhygiene der DDR vernetzt war und als deren Teilgebiet beschrieben werden konnte, war die Rehabilitationsmedizin. Eine scharfe Trennung ist hier thematisch, personell-, wie auch institutionell unmöglich. Gleichzeitig verdeutlicht dies auch die Wichtigkeit, die die Rehabilitationsmedizin innerhalb der Sozialhygiene der DDR erlangte. Die Sozialhygiene war institutionell recht verzweigt organisiert, wodurch es ihr aber möglich war, einen breiten Austausch zu pflegen.⁸ Mitarbeiter waren in verschiedenen Organen des Apparates tätig. So konnten wichtige Probleme in einem übergeordneten oder besser geeigneten Gremium nochmals zur Diskussion gestellt werden. Der Vorteil dieses hierarchischen Organisationsprinzips war, dass wichtige Themen die Chance hatten, bis an Ebenen herangebracht zu werden, die tatsächlich Entscheidungsbefugnisse besaßen.⁹

⁶Hubenstorf: Sozialhygiene, Staatsmedizin, Public health – Konzeptwandel oder deutscher Sonderweg, S.1ff.

Erkennbar auch in einer Schriftenreihe, die von damaligen Akteuren in Eigenregie herausgegeben wurde.(z. B. Ewert: Sozialhygiene Ein Rückblick zu ihrer Entstehung und Charakteristik im Kontext zum Paradigma in der DDR)

Erwähnenswert in diesem Zusammenhang ist die institutionelle Zusammenfassung von Sozialhygiene und Medizingeschichte in der DDR.(Hubenstorf: Sozialhygiene, Staatsmedizin, Public health – Konzeptwandel oder deutscher Sonderweg, S.1ff)

⁷Ernst: "Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus"Ärzte und medizinische Hochschullehrer in der SBZ/DDR 1945 – 1961.

⁸Zum Aufbau der Gesellschaft für Rehabilitation siehe:

„Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter (DVfR)“ (Hrsg.): Von der Krüppelfürsorge zur Rehabilitation von Menschen mit Behinderung 90 Jahre Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e. V. S. 39.

Die Dachgesellschaft „Gesellschaft für die gesamte Hygiene der DDR“ teilte sich auf in wiederum sechs Fachgesellschaften.(Herbst/Ranke/Winkler (Hrsg.): So funktionierte die DDR, Band 2, Lexikon der Organisationen und Institutionen, S.614ff)

⁹Eine solche Arbeitsweise von unten nach oben bestätigte auch Frau Prof. Christa Seidel. Sie beschrieb, dass sich Probleme, die sich auf Bezirks- und Kreisebene herauskristallisierten, über die sozialhy-

Gleichzeitig fand in der jeweils nächsten Ebene auch eine neue Kontextualisierung des Problems statt, die unter Umständen zu Änderungen, Erweiterungen und Prioritätsverschiebungen führen konnte. Obwohl für die Basis ein Weitertragen ihrer Ideen in höhere Gremien immer erstrebenswert war, bestand doch nicht grundsätzlich eine einseitige Abhängigkeit. Die Arbeit der höheren Ausschüsse war maßgeblich von den kleinen Basisgruppen abhängig, die Probleme erst für die Sozialhygiene zugänglich machten. Von ihnen ging die Identifizierung von Unzulänglichkeiten im praktischen Alltag aus, die für die Sozialhygiene von Relevanz sein könnten. Eine weitere Aufbereitung des Vorgesprochenen für die Sozialhygiene geschah dann in den übergeordneten Gremien. Mitglieder der einer medizinischen Fachgesellschaft, die Gesellschaft für Rehabilitation hieß, trugen Rehabilitationsfragen in die Fachgesellschaften, aber auch in staatliche Organe, wie die Kreis- und Bezirksrehabilitationskommissionen.¹⁰

Eine genaue Beschreibung der sozialhygienischen Strukturen der DDR zu Ende der 50er-Jahre wird durch die Umorganisation erschwert, die sich gegen Anfang der 60er-Jahre vollzog. Bis zur Abriegelung der DDR hatten sich viele Disziplinen noch nicht zur Bildung eigener DDR-Gesellschaften entschließen können, was von nun an vorangetrieben wurde.¹¹ Für die Hygiene bedeutete das vor allem eine Umbenennung vorhandener Strukturen, bzw. eine Veränderung ihrer Funktion. Die „Gesellschaft für die gesamte Hygiene der DDR“ bestand schon seit 1954 und war als solche durch ihre Sektionen auch schon aktiv. Angeschlossene Sektionen bestanden u. a. für Arbeitshygiene und Arbeitsschutz, Ernährung, Sozialhygiene und Rehabilitation. Die bestehende Forschungsgruppe Rehabilitation (im Folgenden auch FGR) etablierte bis spätestens 1961 vier Kommissionen, die ihr untergeordnet waren. Eine davon war die „Kommission medizinische Rehabilitation“ unter Leitung Kurt Scheidlers, damals Chefarzt am Krankenhaus Berlin Friedrichshain¹² und Leiter der Abteilung Gesundheitswesen beim Magistrat von Groß-Berlin.¹³

gienischen und rehabilitationsorientierten Organisationen nach oben durchgereicht wurden. Die Entscheidungsebene wurde so für Probleme sensibilisiert, die in der Praxis auftraten. Als Beispiel hierfür nannte sie den Bau rollstuhlgerechter Wohnungen. Bedarf und Größe des Bedarfs wurde von der unteren Organisationsebene festgestellt und an das Ministerium für Gesundheitswesen der DDR weitergegeben. Dem Ministerium für Gesundheitswesen oblag es dann mit anderen Stellen, in diesem Fall dem Ministerium für Bauwesen, die nötigen Absprachen zu treffen.

Rehabilitationsmediziner wurden aber auch in konkreten Fragen vom Ministerium für Gesundheitswesen als Berater hinzugezogen, ohne dass es hierfür einen festen institutionellen Rahmen gegeben hätte. (Persönliches Gespräch mit Frau Prof. Christa Seidel am 08.12.2014, Berlin.)

¹⁰„Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter (DVfR)“ (Hrsg.): Von der Krüppelfürsorge zur Rehabilitation von Menschen mit Behinderung 90 Jahre Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e. V. S. 41.

¹¹Herbst/Ranke/Winkler (Hrsg.): So funktionierte die DDR, Band 2, Lexikon der Organisationen und Institutionen, S.614ff.

¹²BArch DQ1/ 6219, Brief Karlheinz Renker an das Ministerium für Gesundheitswesen 17.02.1961, Betreff: Denkschrift der Leitung der Forschungsgruppe Rehabilitation über vornehmlich auf dem Gebiet der Rehabilitation zu lösende Aufgaben.

¹³Eichler: Brief an Scheidler vom 13.05.1959.

Weitere Kommissionen bestanden für die Bereiche geschädigte Kinder und Jugendliche, Arbeit sowie Organisation und gesetzliche Grundlagen.¹⁴

Als 1961 die „Gesellschaft für die gesamte Hygiene“ zu einer der sechs medizinisch-wissenschaftlichen Dachgesellschaften umfunktioniert wurde, erfolgte eine Umwandlung der Sektionen in Fachgesellschaften. Die Dachgesellschaften unterstanden nun dem Ministerium für Gesundheitswesen.¹⁵ Für die Forschungsgruppe Rehabilitation hatte die Veränderung die Konsequenz der Umbenennung in „Gesellschaft für Rehabilitation“ (im weiteren Text auch GfR). So ging aus der Forschungsgruppe Rehabilitation, die im Oktober 1957 gegründet wurde, dann Anfang der 1960er-Jahre die Gesellschaft für Rehabilitation hervor.

Die Vernetzungen und Aktivitäten der Forschungsgruppe Rehabilitation waren schon allein durch die Diversität der Kommissionen recht breit. Doch auch ihre Präsenz in Staatsorganen im weiteren Sinne war nicht auf eine einzelne Funktion beschränkt. Sie war im zentralen Rehabilitationsausschuss beim „Ministerium für Gesundheitswesen“ vertreten, dessen Gründung sie mitinitiierte¹⁶ und durch den sie die Realisierung der Vorschläge ihrer Mitarbeiter vorantrieb. Zugleich sollte sie zur Perspektivplanung des Gesundheitswesens beitragen und als beratendes Organ des Ministeriums auftreten.¹⁷ Karl-Heinz Renker, Sozialhygieniker und Leiter des Hygieneinstituts der Uni Halle,¹⁸ hatte zudem die Möglichkeit, Anliegen der Forschungsgruppe direkt dem Zentralkomitee (im Folgenden ZK) der SED zu unterbreiten.¹⁹

Das Verhältnis des interdisziplinären Faches zu den klassischen medizinischen Fächern gestaltete sich unterschiedlich. Wie im Folgenden noch dargelegt werden wird, gab es in der Psychiatrie unterschiedliche Einschätzungen. Während einige Psychiater, wie Liese-Lotte Eichler, Chefärztin am psychiatrischen Krankenhaus Brandenburg-Görden oder Rolf Walther, Leiter des Fachkrankenhauses Rodewisch, die Zusammenarbeit mit den Sozialhygienikern als Chance begriffen,²⁰ war Karl Leonhard, Leiter der Universitätsnervenklinik an der Charité Berlin, eher skeptisch und betrachtete die dominante

¹⁴BArch DQ1/ 6219, Brief Karlheinz Renker an das Ministerium für Gesundheitswesen 17.02.1961, Betreff: Denkschrift der Leitung der Forschungsgruppe Rehabilitation über vornehmlich auf dem Gebiet der Rehabilitation zu lösende Aufgaben.

¹⁵Vgl. Herbst/Ranke/Winkler (Hrsg.): So funktionierte die DDR, Band 2, Lexikon der Organisationen und Institutionen, S.614ff.

¹⁶BArch DQ1/ 6219, Brief Karlheinz Renker an das Ministerium für Gesundheitswesen 17.02.1961, Betreff: Denkschrift der Leitung der Forschungsgruppe Rehabilitation über vornehmlich auf dem Gebiet der Rehabilitation zu lösende Aufgaben.

¹⁷Renker: Zu den Grundlagen und der Organisation der Rehabilitation in den verschiedenen Ländern.

¹⁸Renker war Mitbegründer der Gesellschaft für die gesamte Hygiene und der FGR. Er war nach ihrer Gründung Leiter der GfR. „Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter (DVfR)“ (Hrsg.): Von der Krüppelfürsorge zur Rehabilitation von Menschen mit Behinderung 90 Jahre Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e. V.

¹⁹Eichler: Protokoll der Vorstandssitzung der Gesellschaft für Rehabilitation am 22. Mai 1963 im Fachkrh. f. Neurologie und Psychiatrie Rodewisch.

²⁰Siehe ab Kapitel 3.5.

Stellung der Sozialhygiene mit Argwohn.²¹

Die Vernetzung mit weiteren Fächern war ebenfalls unterschiedlich. Zu Beginn war die Anerkennung der Rehabilitationsmedizin und Sozialhygiene durch Vertreter von klassischen Fachrichtungen, wie z. B. der Chirurgie, eher gering, jedoch auch abhängig vom Rehabilitationsbedarf des Patientenkontexts. So war beispielsweise in Orthopädie oder Herzchirurgie ein Interesse an dem Thema durchaus vorhanden, da Ärzte den Bedarf sahen, an ihren Patienten Rehabilitationsmaßnahmen durchzuführen. Im Laufe der Zeit erkannten tendenziell mehr Mediziner einen Sinn darin, Rehabilitation zu betreiben und dazu beispielsweise auch mit der GfR zusammenzuarbeiten.²²

3.2. Sozialhygiene und Rehabilitationsmedizin in der DDR – gut international vernetzt

Neben anderen Aktivitäten sorgte Renker als Vorsitzender der Forschungsgruppe und späterer Vorsitzender der Dachorganisation für den Aufbau und Erhalt internationaler Verbindungen. So knüpfte Renker Verbindungen zur International Society for Rehabilitation of the Disabled (ISRDI), in die die GfR nach Beendigung des Alleinvertretungsanspruches der BRD (Hallstein-Doktrin) auch als Mitglied aufgenommen werden konnte.²³ Voraussetzung für Renkers internationales Engagement war ein Vertrauensvorschuss, der ihm von Seiten des Staates entgegengebracht wurde und es ihm ermöglichte, unkompliziert Verbindungen ins westliche Ausland zu halten, anders als dies bei anderen Ärzten der Fall war.²⁴ Eine erste internationale Tagung, die sich mit Thema Rehabilitation beschäftigte, wurde im Juni 1958 in Leipzig realisiert.²⁵

Die GfR schaffte es, eine international anerkannte Gesellschaft zu werden. Der Erfolg, den die ostdeutsche Gesellschaft hier erringen konnte, war einerseits auf das rege Engagement der Gruppe zurückzuführen. Jedoch handelte es sich bei der Sozialhygiene und Rehabilitation um einen Medizinbereich, in dem die BRD schlecht aufgestellt war. Ernste Konkurrenz durch eine westdeutsche Gesellschaft in diesem Fach hatten die Sozialhygieniker und Rehabilitationsmediziner nicht zu erwarten. Dass die GfR und

²¹Siehe z. B. 4.Kapitel.

²²Persönliches Gespräch mit Frau Prof.Christa Seidel am 08.12.2014, Berlin.

²³„Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter (DVfR)“ (Hrsg.): Von der Krüppelfürsorge zur Rehabilitation von Menschen mit Behinderung 90 Jahre Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e. V. S. 43.

²⁴So bat Liese-Lotte Eichler Renker 1961 in einem Brief, Kontakt mit der „European League of the society for the mentally handicapped“ aufzunehmen. Sie ging davon aus, dass eine Aufnahme solcher Verbindungen durch Renker besser möglich sei. Sie habe sich daher noch nicht ans Ministerium für Gesundheitswesen gewandt.(08.3/005 Brief Eichler an Renker vom 15.06.1961)

²⁵Renker/Weise (Hrsg.): Die Rehabilitation im Gesetz, S. 5.

Renker sich international Respekt verschafft hatten, manifestierte sich darin, dass Renker 1975 zum Vorsitzenden der „World Commission for Medical Rehabilitation“ bestimmt wurde, deren Sitz damit für fünf Jahre nach Halle zog.²⁶

3.3. Der Platz der Psychiatrie im institutionellen Aufbau von FGR/GfR

Die Gesellschaft für Rehabilitation war, wie schon erläutert, in mehrere Kommissionen untergliedert. Eine davon war die Kommission Medizinische Rehabilitation und wurde von Kurt Scheidler geleitet. Die Kommission bestand aus verschiedenen Fachgruppen, von denen eine die Fachgruppe „Psychiatrische Rehabilitation“ werden sollte. Diese Fachgruppe oder auch Untergruppe leitete Liese-Lotte Eichler.²⁷ Die Gruppe wurde im Verlauf in Bezug auf das Rodewischer Symposium wichtig. Die Gesellschaft für Rehabilitation trat 1963 als einer der Hauptveranstalter des Symposiums über psychiatrische Rehabilitation in Rodewisch in Erscheinung.²⁸ Die Verzweigung der Fachgesellschaft war kompliziert. Obwohl der hierarchische Aufbau den Eindruck erweckte, der Weg bis zur höchsten Ebene sei lang, stellte die Konstellation für die Fachgruppe Psychiatrie aber eher eine Chance als ein Hindernis dar.

Eichler war Gründungsmitglied der GfR²⁹ und von Beginn an eine engagierte Mitarbeiterin. Sie wurde zur Hauptrepräsentantin der Psychiatrie innerhalb der GfR und sicherte sich so eine einflussreiche Stellung innerhalb der Organisation. Es gelang der Psychiatrie außerdem durch das Engagement ihrer Fachgruppe, einen der thematischen Schwerpunkte der Kommission Medizinische Rehabilitation auf die Psychiatrie zu lenken. Grund hierfür war, dass nur wenige Fachgebiete in der Arbeit der Kommission mitwirkten.³⁰

Die Mitarbeit von Psychiatern in der GfR endete nach dem Rodewischer Symposium 1963 nicht. Ehrig Lange, Chefarzt des psychiatrischen Krankenhauses Mühlhausen,

²⁶„Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter (DVfR)“ (Hrsg.): Von der Krüppelfürsorge zur Rehabilitation von Menschen mit Behinderung 90 Jahre Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e. V. S. 43.

²⁷Bleckwenn: Brief an Liselotte Eichler 23.07.1959.

²⁸Renker/Eichler: Einladung zum internationalen Symposium über psychiatrische Rehabilitation.

²⁹Hanrath: Zwischen Euthanasie und Psychiatriereform Anstaltspsychiatrie in Westphalen und Brandenburg: Ein deutsch-deutscher Vergleich(1945 – 1964), S. 434.

³⁰Neben der Psychiatrie sind noch die Orthopädie und die Tuberkuloseforschung von einem frühen Zeitpunkt an vertreten, (Protokoll der Tagung der Kommission med. Rehabilitation der Forschungsgruppe Rehabilitation der Sozialhygieniker am 09.01.1959) bald bildete sich die Aufteilung in die Fachgruppen Psychiatrie, Diabetes, Rheuma, Bewegungsapparat, Kreislauf, Alter und Tuberkulose. (Sitzung der Forschungsgruppe Rehabilitation am 12.05.1960)

übernahm die Leitung der Sektion psychiatrische Rehabilitation, während Eichler sich der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen zuwandte.³¹

3.4. Politisches Engagement von Sozialhygienikern und Rehabilitationsmedizinern

Von Beginn an war die Forschungsgruppe Rehabilitation eine Institution, die Hand in Hand mit den Staatsorganen arbeitete und deren Ansätze gut vereinbar mit der Ideologie der DDR waren. Die Medizin war als Disziplin in ihrer Gesamtheit eher träge, was das Annehmen sozialistischer Orientierung anging. Inzwischen konnte sogar nachgewiesen werden, dass in der Medizin die Parteimitgliedschaft, zumindest in der Anfangszeit der DDR, gar zum Karrierehemmnis werden konnte.³² Mitunter wurden SED-Mitglieder auch bis zum Ende der DDR von Klinikdirektoren konsequent ausgeschlossen.³³ Die konsequente Entnazifizierung der Ärzte war in der DDR am Ärztemangel gescheitert. Dieser war auch der Grund, warum eine sozialistische Gesinnung im Arztberuf keineswegs Voraussetzung für bessere Posten darstellte.

Besonders vor dem Hintergrund dieser schlecht zu politisierenden Medizinergeneration waren die Aktivitäten der Ärzte, die sich an der Forschungsgruppe Rehabilitation beteiligten, als politisch sehr aktiv zu werten. Viele der Ärzte, deren Namen im Zusammenhang mit der FGR/GfR und ihren aktiven Mitgliedern auftauchten, waren von früher Stunde an Mitglieder der SED.³⁴ Zu politisch aktiven Mediziner, mit denen diese Ärzte Austausch pflegten, gehörten auch der Arzt und Funktionär Alexander Mette³⁵ und Gerhard Misgeld, Mitarbeiter im Ministerium für Gesundheitswesen der

³¹BArch DQ1/22587, Protokoll der Vorstandssitzung der Gesellschaft für Rehabilitation vom 23.09.1965.

³²Ernst: "Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus"Ärzte und medizinische Hochschullehrer in der SBZ/DDR 1945 – 1961.

³³Rapoport: Meine ersten drei Leben, S. 346.

³⁴Als Beispiele sind hier neben Karl-Heinz Renker auch Kurt Winter (Schagen/Schleiermacher: Joseph Kurt Winter) und Herrmann Redetzky zu nennen. (ders.: Herrmann Redetzky)

³⁵Alexander Mette hatte seinen beruflichen Hintergrund als Arzt und Psychotherapeut. Er war nicht durch Engagement für die Nationalsozialisten vorbelastet und kein opportunes Verhalten in den Jahren zwischen 1933 und 1945 konnte ihm nachgewiesen werden. Er siedelte in der Nachkriegszeit in die SBZ über und trat in die KPD ein. (Ernst: "Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus"Ärzte und medizinische Hochschullehrer in der SBZ/DDR 1945 – 1961, S. 386)

Sein Wirken in der DDR kann nur schwer zusammengefasst werden. Es kann festgehalten werden, dass er politisch, wissenschaftlich und publizistisch aktiv war und im Laufe der Jahre sehr unterschiedliche Funktionen innehatte. Sein Lebenslauf ließ darauf schließen, dass er weder zu den politischen, noch zu den wissenschaftlichen Institutionen die Verbindung verlor und so wohl einen wichtigen Vermittler zwischen beiden darstellt. Anna-Sabine Ernst sprach hierbei von einem „Ineinandergreifen von politischem und wissenschaftlichem Werdegang“ (ebd., S. 387)

Zum Leiter des Erfurter Landesgesundheitsamtes ernannt, später als Leiter in der Gesundheits-Hauptabteilung im Ministerium für Arbeit und Sozialfürsorge wirkte er an der Gestaltung des thüringischen Gesundheitswesens mit. 1956 wurde Mette Leiter einer Hauptabteilung Wissenschaft

DDR. Gemeinsam veröffentlichten sie in den 50er-Jahren die Schrift „Der Arzt in der sozialistischen Gesellschaft“, in dem sie früh Stellung bezogen und sich hinter den Sozialismus stellten.³⁶

Ein Gremium, das fast ausschließlich mit sozialhygienisch engagierten Ärzten besetzt war, war die Ärztekommision des ZK, die ab 1959 einige Male tagte.³⁷ Die Namen Misgeld und Mette waren hier ebenso zu finden, wie Herbert Knabe, Direktor des Instituts für Sozialhygiene an der Universität Greifswald,³⁸ Werner Schmincke, Direktor des Instituts für Sozialhygiene an der Universität Carl-Gustav-Carus in Dresden,³⁹ Kurt Scheidler; Hermann Redetzky, Sozialhygieniker und Funktionär;⁴⁰ Karl-Heinz Renker und Kurt Winter. Kurt Winter war ebenfalls Sozialhygieniker und in der Gesundheitspolitik der DDR aktiv.⁴¹ In der Anwesenheitsliste stand auch Dietfried Müller-Hegemann, Leiter der Universitätsnervenklinik Leipzig. Er war ein Psychiater, der zumindest in der frühen Phase in der Sozialhygiene mitarbeitete. Ein weiterer wichtiger Mediziner der DDR im Zusammenhang mit dem genannten Netzwerk und auch in der Ärztekommision, war Samuel-Mitja Rapoport. Er war Kommunist und ein international angesehener Biochemiker, der eine Karriere in den USA hinter sich hatte. Mit seiner Frau der Pädiaterin Ingeborg Rapoport, war er während der Mc Karthy Ära nach Europa zurückkehrt und hatte eine Professur in der DDR angenommen.⁴² Auch wenn seine Frau in ihren Erinnerungen schrieb, dass er und Kurt Winter oft heftige Widersacher in Diskussionen waren,⁴³ so gab es durchaus eine enge Bindung des Ehepaares an das sozialhygienische Netzwerk. Ingeborg Rapoport schrieb, dass sie „bis heute eine fast geschwisterliche Beziehung“ zu vielen damaligen Vertretern des Faches führe.⁴⁴ Die Sozialhygiene bot sich als Netzwerkbildner an, da Kooperationen zu verschiedenen Fachgebieten essenzieller Bestandteil der Arbeit waren. Es war kaum Zufall, dass gerade sozialistisch engagierte Ärzte wie die Rapoports der Sozialhygiene aufgeschlossen gegenüberstanden.

und Aufklärung im Ministerium für Gesundheitswesen. Ab 1959 leitete er das Institut für Geschichte der Medizin an der Humboldt Universität Berlin.

³⁶Mette/Misgeld/Winter (Hrsg.): *Der Arzt in der sozialistischen Gesellschaft*.

³⁷DY30/IV2/2.113.

³⁸Gesellschaft für Rehabilitation (Hrsg.): *Rehabilitation Organisation und medizinische Praxis*, S. 1046.

³⁹Ebd., S. 1061.

⁴⁰Redetzky war nach dem Krieg Professor für Sozialhygiene in Rostock, dann Direktor des Zentralinstitutes für Gewerbehygiene in Berlin. Er wechselte daraufhin als Leiter des mecklenburgischen Gesundheitswesens zurück nach Mecklenburg, diesmal Schwerin. Zeitweise war er Stellvertreter des Ministers für Gesundheitswesen. In den Jahren vor seiner Emeritierung 1965 arbeitete er noch als Rektor an der Akademie für Sozialhygiene, Arbeitshygiene und ärztliche Fortbildung, zugleich als Direktor des Instituts für Organisation und Planung des Gesundheitsschutzes in Berlin, bzw. besetzte das Rektorat an der Akademie für ärztliche Fortbildung Berlin. (Schagen/Schleiermacher: Herrmann Redetzky)

⁴¹Ders.: Joseph Kurt Winter.

⁴²Scheffer: 102-jährige Doktorin aus Berlin-Pankow : „Ich habe noch Lust aufs Leben“.

⁴³Rapoport: *Meine ersten drei Leben*, S. 372.

⁴⁴Ebd., S. 371.

Die überwiegende Mehrzahl der Sozialhygieniker teilte eine positive Einstellung dem sozialistischen System gegenüber. Beides harmonierte miteinander und den Sozialhygienikern war es mit Unterstützung der Politik möglich, Pläne in die Tat umzusetzen. Inwiefern dies in der DDR sogar besser gelingen konnte als in der BRD, wäre sicher einer näheren Untersuchung wert. Kritisch in diesem Zusammenhang sahen Akteure im Nachhinein jedoch, dass die Fürsorge des Staates mitunter in eine „überzogene staatliche Fürsorgepflicht“ umschlug, die auch an dieser Stelle Selbsthilfe und Selbstorganisation Betroffener im Keim erstickte.⁴⁵

3.5. Wichtige Akteure aus dem Netzwerk der Sozialhygiene und Rehabilitationsmedizin

Einer der Ärzte, der in Bezug auf das Rodewischer Symposium als der Hauptunterstützer einzuordnen ist, war Karl-Heinz Renker. Seine Karriere in der DDR begann als Direktor der Betriebspoliklinik an der Schiffswerft in Stralsund, wo er im Rahmen des „Betriebsgesundheitswesens“⁴⁶ der Werft arbeitete.⁴⁷ Er wandte sich Arbeitsgebieten wie der Sozial- und Arbeitshygiene, der Sozialmedizin, aber auch schon früh dem Arbeitsgebiet der Rehabilitation zu.⁴⁸ Ab 1958 übernahm Renker die Leitung des Instituts für Sozialmedizin und des Hygiene-Instituts an der Universität Halle, welches er bis zu seinem Tod 1982 leiten sollte.

In den Arbeitsgebieten, die sich Renker und seine Mitstreiter ausgesucht hatten, gab es zwangsläufig große Schnittmengen zur Arbeit auf politischer Ebene. Sowohl Renker, als auch seine Weggefährten waren zu dieser politischen Arbeit sehr wohl bereit. Wie in

⁴⁵ „Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter (DVfR)“ (Hrsg.): Von der Krüppelfürsorge zur Rehabilitation von Menschen mit Behinderung 90 Jahre Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e. V. 41f.

⁴⁶ Renker: Schriftenreihe der Hochschule der Deutschen Gewerkschaften Fritz Heckert, S. 24.

⁴⁷ ebd.; „Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter (DVfR)“ (Hrsg.): Von der Krüppelfürsorge zur Rehabilitation von Menschen mit Behinderung 90 Jahre Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e. V.

⁴⁸ Renker: Schriftenreihe der Hochschule der Deutschen Gewerkschaften Fritz Heckert; „Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter (DVfR)“ (Hrsg.): Von der Krüppelfürsorge zur Rehabilitation von Menschen mit Behinderung 90 Jahre Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e. V.

Renker: Schriftenreihe der Hochschule der Gewerkschaften Fritz Heckert: Arbeitshygiene und Gesundheitsschutz in unseren Betrieben.

Die Begriffe verschwimmen zum Teil, sodass eine scharfe Trennung kaum möglich ist. Es ist jedoch zu konstatieren, dass unter der Überschrift Sozialhygiene, Rehabilitation, Sozialmedizin etc. stets die systematische Herangehensweise im Rahmen der Gesundheitsversorgung angestrebt wurde.

keiner anderen medizinischen Disziplin waren sie gezwungen, sich mit dem Gesundheits- und Sozialsystem der DDR auseinanderzusetzen und an ihm mitzuarbeiten.

Renker beteiligte sich ab den 50er-Jahren an der Ausbildung leitender Gewerkschaftsfunktionäre.⁴⁹ Zusammenarbeit mit Mitarbeitern des Ministeriums war nicht ungewöhnlich und so gab Renker gemeinsam mit Richard Weise, einem Mitarbeiter des Ministeriums für Gesundheitswesen, die Schrift „Rehabilitation im Gesetz heraus“.⁵⁰ Der gewählte Arbeitsschwerpunkt zwang Akteure wie Renker, sich umfassend mit dem Sozialsystem, den Gesetzen und der Gesetzgebung sowie der Zusammenarbeit von Akteuren des Systems zu beschäftigen. Der Einblick, den diese Gruppe in das sozialistische System und in die Spielregeln, nach denen das System funktionierte, gewann, kann sicher als außergewöhnlich hoch für Mediziner gewertet werden. Die Auseinandersetzung mit einzelnen Gesetzen erfolgte bei Personen wie Renker viel tiefer als bei Vertretern aus anderen Zweigen der Medizin. Der Grund hierfür ist sicherlich darin zu suchen, dass die Sozialhygiene kein klassisches klinisches Fach war und die Auseinandersetzung mit dem Rahmen, den das Staatssystem und die Gesetzgebung bildeten, nahelag.

Renker war durch seine Arbeit im Bezug auf Rehabilitation gut vernetzt. So arbeitete er im Rahmen der FGR/ GfR beispielsweise mit Kurt Winter zusammen. Gemeinsam zählten sie zu den Herausgebern der beiden Veröffentlichungen zu den Rehabilitationskongressen 1958 und 1962.⁵¹ Beides waren große Kongresse mit internationaler Beteiligung. Bei Kurt Winter handelte es sich um einen der Mitbegründer der Sozialhygiene in der DDR. Er war, mehr noch als Renker, in verschiedenen Gremien, die an der Gestaltung des Gesundheitswesens in der DDR beteiligt waren, aktiv.⁵²

Vonseiten der Psychiater tauchte Eichler mehr als jeder andere Psychiater in dieses Netzwerk von Ärzten ein. Wie schon herausgestellt wurde, gehörten die sozialhygienisch tätigen Ärzte zu einer Gruppe, die nahe an Staat, Partei und Ideologie tätig war. Die Kombination aus Eichlers rühriger Arbeit in Brandenburg-Görden einerseits und ihrer Mitarbeit in der FGR/GfR andererseits führte zu verschiedenen offiziellen Ehrungen. 1960 wurde ihr der Titel „Verdienter Arzt des Volkes“ verliehen.⁵³ 1964, wahrscheinlich noch in Bezug auf das erfolgreich durchgeführte Rodewischer Symposium, wurde Eichler als hervorragende Medizinerin für ihr beispielhaftes Wirken mit dem Virchow-Preis

⁴⁹Renker: Schriftenreihe der Hochschule der Gewerkschaften Fritz Heckert: Arbeitshygiene und Gesundheitsschutz in unseren Betrieben;
ders.: Schriftenreihe der Hochschule der Deutschen Gewerkschaften Fritz Heckert.

⁵⁰Renker/Weise (Hrsg.): Die Rehabilitation im Gesetz.

⁵¹Renker u. a. (Hrsg.): II. Internationaler Kongress über Rehabilitation vom 11. bis 16. Juni 1962 in Dresden;

Renker u. a. (Hrsg.): Internationale Arbeitstagung über Fragen der Rehabilitation, Dispensairebetreuung und Prämorbidität vom 16.–19. Juni 1958 in Leipzig.

⁵²Zum Lebenslauf Kurt Winter siehe auch Schagen/Schleiermacher: Joseph Kurt Winter.

Winter war seit 1946 Mitglied der SED, 1958-1962 war er Mitglied der Ärztekommision der SED und ab 1962 dann Vizepräsident des Rates für Planung und Koordinierung der medizinischen Wissenschaften beim Ministerium für Gesundheitswesen. (ebd.)

⁵³Zeitungsartikel: „Verdienter Arzt des Volkes“.

ausgezeichnet.⁵⁴

Eichler zog aus der Arbeit innerhalb des beschriebenen Netzwerkes die Erkenntnis, dass der Gesetzesrahmen auch eine Chance auf Umsetzung der eigenen Forderungen bot. Sie nahm beispielsweise Bezug auf eine Anordnung, die die psychiatrische Betreuung von Kindern betraf.⁵⁵ Renker hatte ebenfalls in einer seiner Veröffentlichungen auf diese aufmerksam gemacht.⁵⁶

Einer der wichtigen kurzen Drähte, die das Netzwerk in die Schaltstellen der Politik hatte, war Alexander Mette. Er war nach Ende des Zweiten Weltkrieges in die KPD eingetreten und besetzte danach verschiedene politische Ämter innerhalb des Gesundheitssystems. Als Verfechter der Theorien Pawlows entsprach er dem Ideal eines DDR-Wissenschaftlers. Ein Mandat in der Volkskammer hatte er in den Jahren zwischen 1950 und 1962 inne, Ende der 1950er-Jahre war er gleichzeitig Mitglied des ZK der SED.⁵⁷ Er hatte somit auch ganz konkret politischen Einfluss in der DDR. Auch darauf, was veröffentlicht wurde, konnte Mette einwirken. Er war Herausgeber verschiedener Zeitungen und Cheflektor des Verlages VEB Volk und Gesundheit. Anna-Sabine Ernst spricht deshalb in ihrer Arbeit im Fall Mette treffend von einem „Ineinandergreifen“ von „politischem und wissenschaftlichem Werdegang“.⁵⁸

Es kann davon ausgegangen werden, dass die personellen Verbindungen auch in kleineren Fragen und Anliegen immer wieder zum Tragen kamen. Dies zeigte sich darin, dass in verschiedenen Gremien die genannten Personen in unterschiedlicher Konstellation immer wieder vertreten waren.⁵⁹ Ein exklusiver Kreis hatte sich gebildet. Das Netzwerk hatte Zugang zu unterschiedlichen politischen, aber auch primär wissenschaftlich orientierten Gremien. Es erscheint plausibel, dass eine solche Arbeitsweise, die auch in die Mitgestaltung des politischen Systems eingriff, erfolgreicher war, als der informelle Zusammenschluss von Medizinern z. B. in Fachgesellschaften.

⁵⁴Zu den Rednern und Organisatoren der Veranstaltung gehörten neben Kurt Winter auch Samuel-Mitja Rapoport, der Vizepräsident des Rates für Planung und Koordinierung der medizinischen Wissenschaft. Unter den Gästen befand sich Max Sefrin, (Erfolgreiche Medizin) zu dem Zeitpunkt Minister für Gesundheitswesen der DDR und stellvertretender Vorsitzender des Ministerrates. (Seifert: Gesundheit staatlich verordnet, Das Arzt – Patienten – Verhältnis im Spiegel sozialistischen Zivilrechtsdenkens in der DDR, S. 519)

Sefrin forderte die ideologische Positionierung der nachwachsenden Ärztegeneration ein, die seines Erachtens in dieser Frage nicht deutlich genug Stellung bezogen. (ebd., S. 58;

Sefrin: Stellung und Aufgaben der jungen medizinischen Intelligenz in unserem sozialistischen Staate.)

⁵⁵Eichler: Probleme der Förderung und Eingliederung geistig behinderter Kinder und Jugendlicher – Vortragsabschrift.

⁵⁶Renker/Weise (Hrsg.): Die Rehabilitation im Gesetz.

⁵⁷Ernst: "Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus" Ärzte und medizinische Hochschullehrer in der SBZ/DDR 1945 – 1961, S.386ff.

⁵⁸Ebd., S. 387.

⁵⁹Dies galt offensichtlich auch für Veranstaltungen und Kongresse wie auch das Rodewischer Symposium einer war. In Rodewisch zählten zu den Teilnehmern Mitarbeiter des Ministeriums für Gesundheitswesen, die auch in anderen Gremien Erwähnung fanden. Hier zu nennen waren z. B. Misgeld, Knabe, Käthe Kern

Dass das Engagement auch den Erfolg der FGR/GfR vorantrieb, ist nachvollziehbar. Inwiefern sich der Einfluss der beschriebenen Netzwerke im Bezug auf die Rehabilitationsgruppen und die Sozialhygiene auf konkreten Wegen auswirkte, bedarf noch weitergehender Forschung. Die erfolgreiche Arbeit dieser Gruppe schon in frühen Jahren der DDR kann aber sicher als Indiz dafür gelten, dass dieses Netzwerk funktionsfähig war. Zu konstatieren bleiben zum einen eine rege publikatorische Tätigkeit, zum anderen wissenschaftlich repräsentative Erfolge. Die Forschungsgruppe schaffte es, schon ein Jahr nach ihrer Gründung, d. h. im Jahr 1958, eine internationale Arbeitstagung mit ca. 300 Teilnehmern in Leipzig stattfinden zu lassen. Danach folgten mit kurzer zeitlicher Distanz weitere Kongresse. Ein Fortbildungslehrgang mit internationaler Beteiligung fand im Jahr 1960 statt⁶⁰ und ein zweiter großer internationaler Kongress über Rehabilitation mit über 800 Teilnehmern konnte 1962 verwirklicht werden.⁶¹

3.6. Fazit

Die Sozialhygiene und Rehabilitationsmedizin in der DDR war als eigenständige medizinische Fachdisziplin einzustufen. Wichtiger ist jedoch, dass es sich bei ihr auch um ein Netzwerk von sozialistisch engagierten Ärzten handelte, das sich durch politischen Gestaltungswillen auszeichnete. Einer der bedeutendsten Akteure war Karl-Heinz Renker, der in Bezug auf das Rodewischer Symposium eine zentrale Rolle einnehmen sollte. Liese-Lotte Eichler fand in den späten 1950er Jahren als eine von wenigen Psychiatern Anschluss an dieses Netzwerk.

⁶⁰Renker (Hrsg.): Rehabilitation Ausgewählte Vorträge aus einem Fortbildungslehrgang mit internationaler Beteiligung vom 17. bis 22. Oktober 1960.

⁶¹Renker u. a. (Hrsg.): II. Internationaler Kongress über Rehabilitation vom 11. bis 16. Juni 1962 in Dresden.

Kapitel 4.

Psychiatrie und Sozialhygiene – erweiterte Horizonte und Zusammenarbeit zu beiderseitigem Nutzen

In der DDR entwickelten sich sozialpsychiatrische Tendenzen am Rande der Psychiatrielandschaft und nahmen im Verlauf einen immer wichtigeren Platz ein. Ein interessantes Detail ist, dass dies auch in der BRD zutraf. Dort gab es beispielsweise bei gemeindepsychiatrischen Themen eine Zusammenarbeit einiger Mannheimer Psychiater mit dem „Verein für öffentliche und private Fürsorge“ und der „Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege“, die Mitbegründerin des „Aktionsausschuss zur Verbesserung der Hilfe für psychisch Kranke“ war.¹

In der DDR fanden Liese-Lotte Eichler und einige ihrer Kollegen in der GfR vorher schon Unterstützung für ihre Reformbestrebungen. In keinem der beiden Staaten kamen Initiativen aus der universitären Psychiatrie, auch wenn im Laufe der Zeit einige der wirkenden Psychiater an Universitäten wechseln sollten.

Die Rehabilitation in der DDR stellte den Anspruch an sich selbst, mehr als Wiederherstellung zu sein. Sie wollte eine Wiedereingliederung des Patienten gewährleisten. Von der Rehabilitation in den kapitalistischen Ländern hob sie sich dahingehend ab, dass dem Wiederhergestellten eine Wiedereingliederung verfassungsmäßig garantiert war. Das Recht auf Arbeit wurde als Garantie auch Geschädigten ausgesprochen. So jedenfalls lautete die Aussage der damaligen Akteure.²

Auf die Psychiatrie angewendet, erweiterte dieser Anspruch den Aufgabenbereich des Psychiaters. Wiedereingliederung in das Berufsleben wurde vom wohlwollenden Versuch zur Verpflichtung. Die GfR sah den Psychiater in der Pflicht, auch die nachfolgende Tätigkeit des Patienten zu organisieren. Im Umkehrschluss erwuchs aus dieser Verpflichtung jedoch auch das Recht, Hilfe bei dieser Aufgabe einzufordern. Eichler rechnete dennoch mit Hindernissen bei der Verwirklichung. Sie hatte erlebt, dass staatliche

¹Hanrath: Zwischen Euthanasie und Psychiatriereform Anstaltspsychiatrie in Westphalen und Brandenburg: Ein deutsch-deutscher Vergleich(1945 – 1964), S.327ff.

²Renker: Zu den Grundlagen und der Organisation der Rehabilitation in den verschiedenen Ländern.

Unterstützung bei der Umsetzung ihrer Rehabilitationspläne oft mager ausgefallen war.³

Zum Aufgabenbereich der GfR zählte von Beginn an das Drängen auf Verwirklichung bei Gesundheitswesen und Staatsorganen. Eichler konnte sich daher der Unterstützung der übergeordneten Organisationen, wie der Kommission „Medizinische Rehabilitation“ und der FGR gewiss sein.⁴ Sie hatte sich der Organisation angeschlossen, da sie mit ihr das Ziel der Rehabilitation teilte. Für die GfR war Rehabilitation ein alternativloses Prinzip, welches die Organisation zusammenhielt. Für Eichler als Psychiaterin gab es als Alternative zur Rehabilitation zwar die Heilung und Entlassung des Patienten, dieser Weg scheiterte jedoch bei den Patienten, die im Landeskrankenhaus Görden oft schon Jahre verbracht hatten, nur allzu oft. Problematisch war, dass neben dem individuellen Krankheitszustand des Patienten auch anstaltsbedingte Probleme bei der Entlassung hinzukamen. Nachdem chronische Patienten jahrelang in der wirklichkeitsfernen Umgebung des Krankenhauses gelebt hatten, konnte deren Zustand dann aufgrund der Einführung psychopharmakologischer Behandlung gebessert werden. Eine Entlassung schien möglich, es ergab sich aber das Problem, dass die Umwelt sich inzwischen verändert hatte. Der zu entlassende Patient war mit der Überforderung konfrontiert, sich in einer ihm fremd gewordenen Welt zurechtfinden zu müssen.

Eichler suchte nun Antworten auf diese sehr anstaltsspezifischen Fragen. Übergangslösungen, wie die Verschickung der Patienten in Außenstellen der Krankenhäuser, die an landwirtschaftliche Betriebe angegliedert waren, erschienen ihr dafür genauso sinnvoll, wie die Einrichtung städtischer Heime.⁵ Die Fragen, mit denen sich Eichler hier auseinandersetzte, betrafen Randgebiete des Faches, überschritten sie stellenweise sogar. Dennoch waren sie höchst relevant für ihr Wirken als Direktorin eines Krankenhauses, welches mit Ressourcenknappheit, Überbelegung und Chronifizierung zu kämpfen hatte. Probleme, die sich ohne Frage gegenseitig bedingten und verstärkten.

Psychiatrische Rehabilitation stellte somit für die von Überbelegung belastete Anstaltspsychiatrie der DDR ein attraktives Thema dar. Die Forschungsgruppe Rehabilitation schaffte es, durch ihren institutionellen Rahmen zusätzlich Anreize für die Auseinandersetzung zu bieten. Es bot sich hier ein fruchtbarer fachlicher Austausch auf persönlicher Ebene an, der eingebettet war in eine ambitionierte, fachlich und politisch gut vernetzte Vereinigung. Da diese sich noch im Aufbau befand, war es möglich, in ihr richtungsweisend tätig zu werden – und das, wie sich zeigte, schnell auf führendem Posten.

Der Gewinn war jedoch beiderseitig. Einerseits profitierten die Vertreter der Psychiatrie

³Eichler beklagte, dass „der mangelhafte Zufluss an Material[...]immer wieder Störungen im Heilungsprozess unserer Kranken“ bedingte und wünschte sich, „dass alle im Staatsapparat beschäftigten Menschen speziell für die Rehabilitation der Geisteskranken mehr Verständnis und tatkräftige Hilfe“ aufbringen würden. (Eichler: Brief vom 07.05.1958)

⁴Bleckwenn: Brief an Liselotte Eichler 23.07.1959.

⁵Eichler: Brief vom 07.05.1958.

von der Unterstützung der multidisziplinären Gesellschaft, durch die sogar ein unmittelbarer Einfluss auf das Ministerium für Gesundheitswesen in greifbare Nähe rückte. Andererseits profitierte auch die Forschungsgruppe von der Expertise und dem Engagement der Psychiater, die der Forschungsgruppe zu einem Ansehensgewinn verhalfen. Das Rodewischer Symposium, welches als ein Produkt dieser Kooperation entstand, stand exemplarisch für die von beiderseitigem Nutzen geprägte Zusammenarbeit.

Durch ihre frühe und engagierte Mitwirkung war es Eichler als psychiatrische Hauptrepräsentantin möglich, sich eine einflussreiche Stellung zu sichern, wie ihre Gründungsmitgliedschaft in der GfR deutlich macht.⁶ Es gelang der Psychiaterin außerdem, durch das Engagement ihrer Fachgruppe einen der thematischen Schwerpunkte der Kommission medizinische Rehabilitation auf die Psychiatrie zu lenken. Grund hierfür war, dass insgesamt relativ wenige Fachgebiete in der Arbeit der Kommission mitwirkten.⁷

Erstmalig in Kontakt mit der Sozialhygiene kam Eichler 1958. Scheidler, Chefarzt am Krankenhaus Berlin Friedrichshain,⁸ Leiter der Abteilung Gesundheitswesen beim Magistrat von Groß-Berlin⁹ und ein in der Sozialhygiene und Rehabilitationsmedizin aktiver Arzt, suchte den Austausch zum Thema Fachpersonal. Es sollte um die Frage gehen, welche Ausbildung Personal zum Einsatz in der Rehabilitation brauchte.¹⁰ Eichler bot sich dabei durch ihren routinierten Einsatz der Arbeitstherapie als Gesprächspartnerin an.

Bald bildete sich die Fachgruppe Psychiatrische Rehabilitation. Der Fachgruppe gab man einen groben Rahmen, in dem sich die Arbeit zu bewegen hatte. So schlug man vor, Rehabilitationsmaßnahmen für den stationären Aufenthalt zu entwickeln sowie zusammen mit der Kommission Arbeit „auch die Arbeitsverhältnisse der aus der stationären Behandlung zu entlassenden Fälle metaphylaktisch zu planen und zu organisieren“.¹¹ Der Gedanke, psychisch Kranke nach ihrer Entlassung in Anbindung an die Anstalt zu betreuen und in Arbeitsstellen zu vermitteln, war für die Psychiatrie kein neuer. Die Innovation ergab sich erst aus dem Kontext, in dem der Gedanke formuliert wurde. Wandte man eine psychiatrieübliche Deutung an, fiel der Unterschied nicht dramatisch aus. Eine Nachsorge und die Hilfe bei der Arbeitseingliederung hatten sich schon in der offenen Fürsorge der Weimarer Republik gefunden. Da sich die Psychiatrie nun aber auf

⁶Hanrath: Zwischen Euthanasie und Psychiatriereform Anstaltspsychiatrie in Westphalen und Brandenburg: Ein deutsch-deutscher Vergleich(1945 – 1964), S434.

⁷Neben der Psychiatrie sind noch die Orthopädie und die Tuberkuloseforschung von einem frühen Zeitpunkt an vertreten, (Protokoll der Tagung der Kommission med. Rehabilitation der Forschungsgruppe Rehabilitation der Sozialhygieniker am 09.01.1959) bald bildet sich die Aufteilung in die Fachgruppen Psychiatrie, Diabetes, Rheuma, Bewegungsapparat, Kreislauf, Alter und Tuberkulose. (Sitzung der Forschungsgruppe Rehabilitation am 12.05.1960)

⁸BArch DQ1/ 6219, Brief Karlheinz Renker an das Ministerium für Gesundheitswesen 17.02.1961, Betreff: Denkschrift der Leitung der Forschungsgruppe Rehabilitation über vornehmlich auf dem Gebiet der Rehabilitation zu lösende Aufgaben.

⁹Eichler: Brief an Scheidler vom 13.05.1959.

¹⁰Scheidler: Brief an Herrn Chefarzt Dr. Eichler vom 30.04.1958.

¹¹Bleckwenn: Brief an Liselotte Eichler 23.07.1959.

dem Gebiet der Sozialhygiene der DDR befand, die ihre Definition von Rehabilitation voraussetzte, wandelte sich hier auch der Anspruch an die psychiatrische Rehabilitation und machte die Rehabilitation zu einem sehr viel verbindlicheren Anliegen.

4.1. Psychiatrie und Rehabilitation vor 1963: die Rodewischer Protagonisten vor dem Symposium

Auf der Arbeitstagung 1958, die von von der Sozialhygienikern und Rehabilitationsmedizinern durchgeführt wurde, beschäftigten sich mehr als zehn von ca. 250 Vorträgen, mit der Rehabilitation in der Psychiatrie und Kinderpsychiatrie.¹² 1960 auf dem Fortbildungslehrgang zu Rehabilitation mit internationaler Beteiligung waren mit vier von 32 über zehn Prozent der Beiträge mit psychiatrischen Themen befasst.¹³ Noch mehr Beiträge streiften das Thema jeweils. Weit mehr als in der Fachgesellschaft und der Zeitschrift für Neurologie, Psychiatrie und medizinische Psychiatrie, die mehr vom Wissenschaftsbetrieb der Universitätspsychiatrie beeinflusst waren, fanden die psychiatrische Rehabilitation und ihre Verfechter unter dem Dach der FGR eine fachliche Heimat.

Auf der Arbeitstagung 1958 hielt Liese-Lotte Eichler einen Vortrag, der die Schwerpunkte vorwegnahm, die auch das Rodewischer Symposium und die dort formulierten Thesen legen sollten.¹⁴ Schon damals forderte Eichler die Milieuverbesserung und trat für eine wohldosierte Öffnung der psychiatrischen Stationen ein. Sie kritisierte das „entsetzlich bedrückende Milieu“¹⁵ in den Anstalten, das es zu verbessern gälte. Der Arbeitstherapie sprach sie eine besondere Bedeutung zu und setzte sich für eine zunehmende Professionalisierung dieser Methode ein, die die Ausbildung von speziellem arbeitstherapeutischen Personal einschloss.¹⁶ Im Oktober 1960 wurden Eichler und Walther dazu aufgefordert, Beiträge zu dem Fortbildungslehrgang Rehabilitation beizusteuern, die ebenfalls Eingang in die zugehörige Veröffentlichung finden sollten.¹⁷

Mit einem Vortrag zur beruflichen Rehabilitation „Debiler und Imbeziler“ in der Indu-

¹²Renker u. a. (Hrsg.): Internationale Arbeitstagung über Fragen der Rehabilitation, Dispensairebetreuung und Prä morbidity vom 16.–19. Juni 1958 in Leipzig.

¹³Redetzky/Thiele (Hrsg.): Rehabilitation Ausgewählte Vorträge aus einem Fortbildungslehrgang mit internationaler Beteiligung vom 17. bis 22. Oktober 1960.

¹⁴Eichler: Die medizinischen und sozialen Maßnahmen zur Rehabilitation der Geisteskranken.

¹⁵Ebd., S. 424.

¹⁶Ebd.

¹⁷ders.: Berufliche Rehabilitation Debiler und Imbeziler in der Industrie; Walther: Das klinische Rehabilitationsproblem der Schizophrenie.

strie gab man Eichler die Chance, aus ihrem Rehabilitationsprogramm an der Görden Klinik zu berichten und Vergleiche zu anderen Ländern zu ziehen.¹⁸ Eichler war in ihren Bemühungen, die psychisch kranken und geistig behinderten Patienten in das Arbeitsleben zu integrieren, in ihrem eigenen Wirkungskreis schon recht weit fortgeschritten. Das Arbeitsgebiet Rehabilitation gab ihr nun die Möglichkeit, über die Systematik ihrer Arbeit zu referieren. Eichler bekannte sich zu einer praxisnahen Arbeitsweise. Ihre eigenen Versuche in der Rehabilitation ließen sie immer wieder auf ganz konkrete Probleme stoßen, mit denen sich ihre Projekte auseinanderzusetzen hatten.

Die Lösung vieler Probleme bedurfte nicht zwangsläufig psychiatrisch-fachlichen Sachverständes. Um Kooperationsverträge mit Firmen abzuschließen, wie die Klinik Brandenburg-Görden das tat,¹⁹ war eher allgemeines Verhandlungsgeschick und Organisationstalent vonnöten. Eichler versuchte dennoch, ihre Rehabilitationsstrategien auf verschiedenen Ebenen zu reflektieren. Sie zog Vergleiche zu anderen Ländern.²⁰ Im Versuch, Patienten in der Industrie zu beschäftigen, strebte sie eine umfassende Analyse des bisher Durchgeführten an. Die Methoden, die sie dazu anwendete, waren dabei eher angelehnt an die Vorgehensweisen, die auch in der Sozialhygiene oder Rehabilitationmedizin anzutreffen waren. So ermittelte Eichler die Leistungsfähigkeit von Schwachsinnigen im Vergleich mit deren Debilität und Imbezilität. Sie stellte weiterhin die Ersparnis fest, die es für den Staat bedeutete, die Behinderten und Kranken nicht mehr in einem Krankenhaus unterbringen zu müssen, wenn sich viele von ihnen den Lebensunterhalt selbst verdienen würden.²¹ Besonders mit dem Bezug zum Einsparpotenzial, das Eichler der Industriekooperation zuschrieb, bediente sie sich typischer Argumente, die auch von sozialhygienischer Seite für die Rehabilitation ins Feld geführt wurden.²²

Rolf Walther, der Leiter des psychiatrischen Krankenhauses in Rodewisch, sollte neben Eichler einziges konstantes Mitglied in der Gruppe psychiatrische Rehabilitation werden, die der Forschungsgruppe Rehabilitation unterstand. Er beschäftigte sich vornehmlich mit der Rehabilitation von psychotischen und schizophrenen Patienten. Dabei trat er für eine Kombination verschiedener Therapieformen ein. Er weigerte sich, schon zu Erkrankungsbeginn fatale Verläufe und Therapieresistenz zu prognostizieren. In Rodewisch wendete er eine aufwendige Therapiestrategie für ein sonst eher als schlecht therapierbar eingestuftes Patientenkontingent an.²³ Walther setzte damit ein Statement gegen therapeutischen Nihilismus, wie das auch die Rodewischer Thesen später tun sollten. In den Zusammenhang mit der Rehabilitation passte gut, dass Walther, wie auch Eichler, seine Erfolge mit einer statistischen Erhebung untermauerte. Sie sollte

¹⁸Eichler: Berufliche Rehabilitation Debiler und Imbeziler in der Industrie.

¹⁹Ebd., S. 140.

²⁰Ebd., S. 147.

²¹Ebd., S. 142.

²²Beyer/Winter (Hrsg.): Lehrbuch der Sozialhygiene, S.131ff.

²³Walther: Das klinische Rehabilitationsproblem der Schizophrenie.

den breiten Erfolg seiner Arbeitsweise belegen.²⁴

Die Zusammenarbeit mit Sozialhygiene und Rehabilitationsmedizin war jedoch keine Einbahnstraße. Die Psychiater ließen sich von der Rehabilitationsmedizin und Sozialhygiene nicht nur für deren Belange sensibilisieren, sondern auch das Umgekehrte galt. Die Forschungsgruppe Rehabilitation teilte sich in vier Kommissionen auf. Eine der Kommissionen beschäftigte sich mit dem Komplex „Arbeit“. In ihrem Bericht 1960 legte diese Kommission ganz unverkennbar einen ihrer Schwerpunkte bei der beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker und formulierte das Ziel, bei der „Beseitigung der Ideologien von den ‚Verwahr-Anstalten‘ mitzuarbeiten und überall die Überzeugung Platz greifen zu lassen, daß die Fachkrankenhäuser für Psychiatrie tätige Krankenhäuser sein müssen.“²⁵

Gleichzeitig machte die Kommission auch ihren politischen Einfluss geltend, um die Belange der Psychiater aus ihren Reihen zu unterstützen. Sie versuchte beispielsweise das Ministerium darauf hinzuwirken, dass eine Diskussion über die Behandlung und Einweisungspraxis von psychisch Kranken angeschoben wurde.²⁶

Die Sozialhygieniker beschäftigten sich ebenfalls damit, wie Ausgaben im Gesundheitssystem gemindert werden konnten. Hieran zeigt sich, wie sehr die Sozialhygieniker mit ihrer Rehabilitation sich einerseits im System auskannten, andererseits aber der Unterstützung dieses Systems verpflichtet fühlten. Hierzu passt auch, dass sich ein wesentlicher Teil der sozialhygienisch engagierten Ärzte in Gremien der DDR einbrachte und meist von früher Stunde an politisch aktiv war.

Die Beiträge, die von psychiatrischer Seite auf den Rehabilitationskongressen und -fortbildungen in der DDR in den Jahren 1958, 1960 und 1962 gehalten wurden, zeigten, dass dort erste thematische Schwerpunkte gesetzt wurden, die auch in Rodewisch wieder aufgenommen wurden. Auch gab es personelle Konstanten.

Einige wichtige Protagonisten wie Ehrig Lange traten erst auf dem Rodewischer Symposium auf den Plan. Der westdeutsche Anstaltsleiter Hans Merguet war schon vorher in der Rehabilitationsmedizin präsent.²⁷ Er sprach in der DDR 1958 zum Thema „Rehabilitation in der Anstaltspsychiatrie“²⁸ und allgemein in der Psychiatrie.²⁹ Merguet beschäftigte sich mit Arbeitstherapie und offener Fürsorge und wurde nicht müde, auch

²⁴Walther: Das klinische Rehabilitationsproblem der Schizophrenie, S. 158.

²⁵Renker: Bericht über die Forschungsgruppe Rehabilitation der Sektion Hygiene der Medizinisch – wissenschaftlichen Gesellschaft für die gesamte Hygiene in der Deutschen Demokratischen Republik, S. 19.

²⁶Ebd., S. 23.

²⁷Renker u. a. (Hrsg.): Internationale Arbeitstagung über Fragen der Rehabilitation, Dispensairebetreuung und Prämorbidität vom 16.–19.Juni 1958 in Leipzig;
Renker u. a. (Hrsg.): II. Internationaler Kongress über Rehabilitation vom 11. bis 16. Juni 1962 in Dresden.

²⁸Merguet: Internationale Arbeitstagung über Fragen der Rehabilitation, Dispensairebetreuung und Prämorbidität vom 16.–19.Juni 1958 in Leipzig.

²⁹Ders.: Rehabilitation in der Psychiatrie.

zum wiederholten Male darauf zu verweisen, dass auch innerhalb der Gesellschaft ein Wandel geschehen müsse und Vorurteile psychisch Kranken gegenüber den Erfolg der Therapie gefährdeten.³⁰

4.1.1. Karl Leonhards Beiträge in der FGR/GfR vor Rodewisch

Ebenfalls Redner auf der ersten der Arbeitstagen³¹ und in Rodewisch war der Universitätspsychiater Karl Leonhard. Er war Leiter der Universitätsnervenklinik der Berliner Charité und gilt heute als eine der wichtigsten Persönlichkeiten der DDR-Psychiatrie. Er stellte dem Rodewischer Symposium retrospektiv ein vernichtendes Urteil aus, indem er es als nicht relevant einstufte.³² Einen prinzipiellen Vorbehalt gegen die Ansätze der psychiatrischen Rehabilitation gab es vonseiten Leonhards jedoch nicht. Er sprach sich sehr wohl für Eichlers Arbeitskonzepte aus und erkannte ihre Erfolge an. Unterstützung für die Kollegen aus den psychiatrischen Krankenhäusern zeigte er, indem er einem ihrer Schwerpunkte, der Arbeitstherapie, einen festen Platz zubilligte.³³

Gegenüber der Sozialhygiene und der GfR hegte Leonhard jedoch durchaus große Vorbehalte. Er empfand die Sozialhygiene als zu dominant auf dem Gebiet der psychiatrischen Rehabilitation.³⁴ Immer wieder betonte er, dass es Psychiater sein müssten, die Rehabilitation in der Psychiatrie betrieben und lenkten.³⁵

Leonhard benutzte zwar das Wort Rehabilitation, weigerte sich aber gleichzeitig, Methoden der Rehabilitationsmedizin auf die Psychiatrie zu übertragen. Zu erkennen war das beispielsweise an einem Beitrag, den er zum Rehabilitationskongress 1958 beisteuerte.³⁶ Der Beitrag war kurz und blieb oberflächlich. Konkrete Hinweise, wie Rehabilitation verwirklicht werden konnte, blieb Leonhard darin schuldig.

In der GfR und der Sozialhygiene allgemein, sah Leonhard vor allem Konkurrenz. Gleichzeitig brachte sie ihn dazu, das Thema überhaupt auf die Tagesordnung zu setzen. So bemerkte er in einer Einladung zur Vorstandssitzung der psychiatrisch-neurologischen Gesellschaft: „Ich bin einverstanden, wenn Rehabilitation von verschiedenen Seiten betrie-

³⁰Merguet: Internationale Arbeitstagung über Fragen der Rehabilitation, Dispensairebetreuung und Prämorbidität vom 16.–19. Juni 1958 in Leipzig, S. 170; ders.: Eine bedeutungsvolle Tagung, S. 126.

³¹Renker u. a. (Hrsg.): Internationale Arbeitstagung über Fragen der Rehabilitation, Dispensairebetreuung und Prämorbidität vom 16.–19. Juni 1958 in Leipzig.

³²Brief Renker an Miesgeld vom 06.11.1963;

Walther: Brief an Frau Dr. Eichler vom 01.10.1963.

³³Leonhard: Psychiatrie, Neurologie und Rehabilitation, S. 208ff.

³⁴Scheidler: Brief an Dr. Eichler vom 05.05.1962.

³⁵Leonhard: Brief an Chefarzt Dr. Presber vom 05.01.1962.

³⁶Ders.: Psychiatrie, Neurologie und Rehabilitation.

ben wird, doch dürfen wir dann keinesfalls nachstehen, denn psychiatrisch-neurologische Rehabilitation ist zweifellos in erster Linie unsere Angelegenheit.“³⁷ So regte er in der Fachgesellschaft an, das Thema Rehabilitation zu bearbeiten und dadurch der GfR zuzuvorkommen.³⁸

Inwieweit die enge Zusammenarbeit der GfR und der Sozialhygiene mit staatlichen Organen Leonhards Skepsis zusätzlich verstärkte, lässt sich heute nicht mehr abschließend beurteilen. Möglich wäre dies durchaus, gehörte Leonhard keineswegs zu der kleinen Gruppe Mediziner, die ihrer sozialistischen Überzeugung wegen die DDR gewählt hatten.³⁹ Grundsätzlich hegte Leonhard schon lange vor dem Rodewischer Symposium Vorbehalte gegenüber Sozialhygiene und Rehabilitationsmedizin. Hier ist sicher einer der Gründe dafür zu suchen, dass er das Rodewischer Symposium im Nachhinein mit einem niederschmetternden Urteil versah, indem er sich weigerte, von einer geplanten Publikation der Rodewischer Vorträge auch nur ein einziges Exemplar für die Universitätsbibliothek vorzubestellen.⁴⁰

4.1.2. Müller-Hegemann und die Leipziger Klinik im Kontext der Rehabilitation

Ein weiterer Psychiater, der in Zusammenhang mit Rehabilitation und Sozialhygiene wiederholt in Erscheinung trat und den psychiatrischen Diskurs innerhalb dieses Medizinzweiges mitbestimmte, war Dietfried Müller-Hegemann, Leiter der Universitätsnervenklinik Leipzig. Die Ärztekommision des ZK war fast ausschließlich von sozialhygienisch engagierten Ärzten besetzt und tagte ab 1959 einige Male.⁴¹ Müller-Hegemann beteiligte sich daran, was den Schluss nahelegt, dass er zumindest in der frühen Phase der Sozialhygiene mitarbeitete.

Zu diesem Zeitpunkt bot die FGR einen besseren Rahmen als die Fachgesellschaft oder die psychiatrisch-neurologische Fachzeitschrift, um über das Thema Rehabilitation in der Psychiatrie zu referieren oder zu veröffentlichen. 1958 stellte Müller-Hegemann,⁴² die sozialhygienische Bedeutung von psychischen Störungen und Geisteskrankheiten dar.

³⁷02.8/002 Karl Leonhard: Einladung zur Vorstandssitzung der Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie am 30.11.1962 vom 27.10.1962.

³⁸Ebd.

³⁹Leonhard wollte nach seiner Emeritierung 1964 an die Universität in Frankfurt am Main wechseln, was ihm jedoch verwehrt wurde. (Bochnik: Erinnerung an Dr. med. Karl Leonhard)

⁴⁰Brief an Herr Dr. Walther vom 04.10.1963.

⁴¹DY30/IV2/2.113.

⁴²Müller-Hegemann äußerte sich nur in einer frühen Phase im Kontext der Sozialhygiene und Rehabilitation. Ab Mitte der 50er Jahre sind einige Beiträge von ihm und auch einem Mitarbeiter seiner Klinik in der Publikationen zum Thema zu finden. Wieck: Zur Prophylaxe auf dem Gebiet der Kinderpsychiatrie, z. B.

ders.: Rehabilitation in der Kinderpsychiatrie und – neurologie.

Er betonte, dass nur ein Bruchteil dieser Patienten dauerhaft in Anstalten leben würde und unterstrich daher die Wichtigkeit einer flächendeckenden ambulanten Versorgung für diesen Personenkreis.⁴³ Schon in diesem frühen Beitrag wurde klar, dass im Kontext der Sozialhygiene immer auch die Auswirkungen auf Gesundheitssystem und Volkswirtschaft eine Rolle spielten. Der Fokus richtete sich daher zwangsläufig auf systematische Lösungsansätze, wie die flächendeckende ambulante Versorgung, die Müller-Hegemann hier ins Feld führte. Müller-Hegemann beschäftigte sich im Rahmen der psychiatrischen Rehabilitation aber auch mit den Auswirkungen, die konkrete Rahmenbedingungen auf die Patienten hatten. Beispielsweise sah er es kritisch, dass Rentenansprüche höher lagen als zu Beginn der Rehabilitation selbst zu erzielendes Einkommen. Hierin sah er ein Rehabilitationshindernis.⁴⁴

Müller-Hegemann war der einzige Universitätspsychiater, der schon in den 1950er Jahren in den sozialhygienischen Organisationen aktiv wurde. Auch Eichler bezog gerne die soziale Ebene ihrer Arbeit in ihre Ausführungen ein oder betrat die Ebene des Ökonomischen(s. o.). Im Gegensatz zu Müller-Hegemann begab sie sich jedoch an keinem Punkt auf die Suche nach dem neurophysiologischen Korrelat ihrer Arbeit, während er versuchte, mit seiner Sozialneuropsychiatrie die Brücke zwischen der sozialen Dimension und der Neurophysiologie zu schlagen.⁴⁵ Gemeinsam war beiden Psychiatern, dass sie die sozialen Aspekte ihrer Arbeit sehr deutlich sahen. Einen solchen Tenor schlug auch eine Veröffentlichung an, die aus der Leipziger Klinik unter Müller-Hegemanns Leitung stammte und schon 1955 in *Prophylaxe, der Zeitschrift für Mikrobiologie, Epidemiologie, Hygiene und Sozialhygiene* veröffentlicht wurde. Der Artikel stellte die These auf, dass kinderpsychiatrische Krankheitsbilder zum großen Teil vermeidbar seien. Voraussetzung dafür sei ein rechtzeitiges Erkennen von Fehlentwicklungen. Der Artikel ging von einer multikausalen Krankheitsgenese aus, die auch soziale Ursachen einschloss.⁴⁶ Im Gegensatz zu Eichler oder Merguet trat Müller-Hegemann in Bezug auf Rodewisch nicht nennenswert in Erscheinung, selbst seine Teilnahme am Symposium erscheint heute fraglich.⁴⁷

⁴³Müller-Hegemann: *Psychische Störungen und Geisteskrankheiten*.

⁴⁴Ders.: *Möglichkeiten und Grenzen der Rehabilitation bei neurologisch-psychiatrischen Störungen*.

⁴⁵Ders.: *Bemerkungen zu Problemen der Sozialpsychiatrie – Autoreferat*.

⁴⁶Wieck: *Zur Prophylaxe auf dem Gebiet der Kinderpsychiatrie*.

⁴⁷Er taucht zwar in der Liste der zugesagten Teilnehmer auf, jedoch ist von ihm keine Wortmeldung oder Vortrag zu verzeichnen. (Handschriftliche Teilnehmerliste des Rodewischer Symposiums, zugesagte Teilnehmer)

4.2. Darstellung psychiatrischer Rehabilitation in Osteuropa vor Rodewisch im Kontext der GfR

In Rodewisch traten einige Personen zum erneuten Male im Kontext der Rehabilitationsmedizin auf. Neben Eichler war das auch Gustav Barczy, ein ungarischer HNO-Arzt und Begründer Heilpädagogik nach Barczy-Methode, die Eichler in Brandenburg-Görden anwandte.⁴⁸ Er war auf den Rehabilitationskongressen 1958 und 1962 Gast und sprach dort z. B. über die „Heilpädagogische Rehabilitation“⁴⁹ und die „Rehabilitation blinder und tauber Kinder“.⁵⁰

Die Beiträge zur psychiatrischen Rehabilitation in Osteuropa vor 1963 sind sehr begrenzt. Nur vereinzelte Vorträge auf den Rehabilitationskongressen beschäftigten sich damit. Dennoch bestimmten genau diese Beiträge den Diskurs zur psychiatrischen Rehabilitation innerhalb der FGR mit, der sich auf dem Rodewischer Symposium fortsetzen sollte. Gleichzeitig ist die psychiatrische Rehabilitation in der DDR im Zusammenhang mit Rehabilitation im Allgemeinen zu sehen. Es sind also auch Bezüge zu Rehabilitationsmethoden in anderen Fachgebieten zu sehen.

Von der GfR später zum Ehrenmitglied ernannt, war Gustav Barczy⁵¹ der osteuropäische Vertreter psychiatrischer Rehabilitation, mit dem die längste Kooperation bestand und der schon im Jahr 1958 zu den Referenten auf dem ersten Rehabilitationskongress gehörte.⁵² Das Fachgebiet Barczys bezog sich mit der Heilpädagogik vorwiegend auf das Gebiet der Kinderpsychiatrie. Seine Methodik beeinflusste vor allem Eichler stark. Die Vorbildfunktion seiner Methode war sicher einer der Auslöser dafür, dass Eichler sich auf lange Sicht der Kinderpsychiatrie zuwandte und auch in Rodewisch ein Drittel der vorgesehenen Zeit der Bearbeitung dieses Themas zugestand.

Die Kinderpsychiatrie, der sich Eichler so verpflichtet fühlte, passte gut in das Gesamtkonzept der Rehabilitation und Sozialhygiene. Kinder bildeten eine wichtige Zielgruppe, da bei ihnen Prävention, Prophylaxe und Früherkennung die größten Erfolgchancen hatte, zudem Kinder noch ihr ganzes Leben im Staat leben würden. Das Thema Rehabilitation bei Kindern war eines, bei dem die verschiedenen Fächer große Schnittmengen aufwiesen. Es ist somit kaum möglich, alle Beiträge konsequent in kinderpsychiatrisch relevant und nicht relevant zu trennen. Auch die Sozialhygiene und Rehabilitationsmedizin tat dies nicht, wie sie durch die Benennung der Plenarsitzung „Das geschädigte

⁴⁸Es handelte sich hierbei um ein heilpädagogisches Konzept, welches von Eichler übernommen und so erstmals in der DDR angewendet wurde. (Falk/Hauer: Brandenburg-Görden Geschichte eines psychiatrischen Krankenhauses, S.217ff)

⁴⁹Barczy: Heilpädagogische Rehabilitation.

⁵⁰Barczy: Rehabilitation blinder und tauber Kinder.

⁵¹Die Schreibweise variiert in der Literatur. Barczy oder Barci.

⁵²Barczy: Heilpädagogische Rehabilitation.

Kind“ deutlich machte. Die Relevanz, die diesem Arbeitsgebiet zugesprochen wurde, konnte daran erkannt werden, dass 50 der insgesamt 212 Vorträge innerhalb dieser Plenarsitzung gehalten wurden.⁵³ Ein Themenpaar, welches kaum voneinander zu trennen war, bildeten die Rehabilitation und die Arbeitstherapie. Es wurde angestrebt, Wirkmechanismen für diese Therapieform ausfindig zu machen⁵⁴ und diese Art der Behandlung strikt vom Ausnutzen der Patientenarbeitskraft für Anstaltszwecke zu trennen. Dieses Anliegen konnte mit der Suche nach Aufwertung der schon sehr alten Therapieform gleichgesetzt werden, die in ihrer Geschichte nicht nur einmal in der Ausbeutung der Arbeitskraft von Patienten geendet hatte. Der therapeutische Anspruch hatte dabei nur selten im Vordergrund gestanden.

Die Frage nach dem therapeutischen Wert wurde im Kontext der Rehabilitationsmedizin, die eine Arbeitstherapie so hochhielt, relevant. Die Rodewischer Thesen distanzieren sich deutlich davon, Arbeitstherapie primär ihres wirtschaftlichen Ertrages wegen, einzusetzen.

Wie die Rehabilitation im Allgemeinen war die psychiatrische Rehabilitation ein bunter Strauß an Methoden, zu dem auch osteuropäische Referenten ihre Ideen beisteuerten. Der bulgarische Referent A.M. Karschutski⁵⁵ sah einen wichtigen Ansatz, wie er ihn auch in Rodewisch darlegen würde,⁵⁶ in der Anwendung der Krankengymnastik in der Psychiatrie.⁵⁷ Er machte damit eine der klassischen Therapieformen aus der orthopädischen Rehabilitation zum Instrument der Psychiatrie.

Eine Referentin, die Eichler ursprünglich auch gerne auf dem Rodewischer Symposium gesehen hätte,⁵⁸ hieß Rubinowa (Vorname nicht überliefert) und stammte aus Leningrad. Sie berichtete 1962 auf dem Rehabilitationskongress von Arbeitstherapiebemühungen und der sozialen Adaptation in der postpsychotischen Periode.⁵⁹ Die später als besonders progressiv geltende Leningrader Klinik, die eine Kooperation mit Ehrig Lange pflegte, brachte sich auf den Rehabilitationskongressen damit ebenfalls mit reformpsychiatrischen Themen ein.

⁵³Renker u. a. (Hrsg.): II. Internationaler Kongress über Rehabilitation vom 11. bis 16. Juni 1962 in Dresden, S. XIII.

⁵⁴siehe beispielsweise Guensberger: Rehabilitation Ausgewählte Vorträge aus einem Fortbildungslehrgang mit internationaler Beteiligung vom 17 – 22 Oktober 1960.

⁵⁵Schreibweise ev. auch Karschutzki

⁵⁶Karschutzki: Die Krankengymnastik als Rehabilitationsmittel in der Psychiatrie.

⁵⁷Ebd.

⁵⁸Eichler: Brief an Herrn Prof Dr. Renker vom 20.08.1960.

⁵⁹Awerbach/Rubinowa: Zusammenfassung Vortrag Rubinowa auf Deutsch.

4.3. Fazit

Die Rehabilitationsmedizin und die Sozialhygiene der DDR waren stets bemüht, internationalen Austausch zu ermöglichen und Kooperationen mit Experten anderer Länder, östlich und westlich der DDR, anzustoßen. Sowohl westdeutsche, als auch osteuropäische Psychiater steuerten Gedanken und Methoden zur Diskussion bei, die sich auch später in den Rodewischer Thesen wiederfinden lassen sollten.

Die psychiatrische Rehabilitation gliedert sich erst nach dem Rodewischer Symposium 1963 wirklich ins Gebiet der Psychiatrie ein. Vorher entwickelte sie sich als ein Teilgebiet der Rehabilitationsmedizin und Sozialhygiene. Einige wenige Psychiater beschäftigten sich innerhalb der Rehabilitationmedizin und Sozialhygiene mit diesem Thema. Sie versuchten, die Argumente, die diese Fächer für die Relevanz der Rehabilitation anführten, wie beispielsweise die volkswirtschaftliche Bedeutung einer gut organisierten Rehabilitation auch für die Psychiatrie fruchtbar zu machen. Methoden der Rehabilitationsmedizin wie das Dispensairesystem oder die Arbeitstherapie bekamen im Kontext der Rehabilitation neuen Aufwind. Vonseiten der Universitätsmedizin wurde die Dominanz der Sozialhygiene kritisch eingeschätzt (Karl Leonhard) oder das Interesse ebte relativ schnell ab (Müller-Hegemann), sodass vor allem die Krankenhauspsychiatrie den Diskurs bestimmte.

Kapitel 5.

Liese-Lotte Eichler – Schlüsselperson und Kämpferin auf (fast) verlorenem Posten

Das wichtigste Ergebnis der Zusammenarbeit von Psychiatrie und Sozialhygiene stellte die Ausrichtung des Internationalen Symposiums über psychiatrische Rehabilitation, mit der anschließenden Formulierung der Rodewischer Thesen dar. Die Seite der Psychiatrie vertrat Liese-Lotte Eichler, Chefärztin des Psychiatrischen Krankenhauses Brandenburg-Görden. Sie war die erste Psychiaterin mit der die FGR Kontakt aufnahm und sie sollte auch einige Jahre die Hauptansprechperson für den Bereich bleiben. Damit kam ihr eine Schlüsselrolle zu, die sie auch in Bezug auf das Rodewischer Symposium beibehalten sollte.

Eichler konnte als Beispiel angesehen werden für Psychiater, die als „Multifunktionäre“ versuchten, psychiatrische Interessen auf unterschiedlichsten Wegen zu vertreten.¹ Seit 1954 war sie Direktorin am „Bezirkskrankenhaus Görden“.² Neben ihrer zeitaufwendigen Tätigkeit als Direktorin hatte sie noch diverse weitere Funktionen inne. So war sie Mitarbeiterin im „Ausschuss für Psychiatrie beim Ministerium für Gesundheitswesen“. Des Weiteren war sie drei Jahre zuvor mit dem Amt des Bezirkspsychiaters Potsdam betraut worden.³

Eichler versuchte, innerhalb der Rehabilitationsmedizin eine Arbeitsgruppe zu etablieren, die sich der psychiatrischen Rehabilitation widmete. Trotz ihrer unermüdlichen Versuche war die Resonanz vonseiten der anderen Psychiater dürftig, innerhalb der Universitätspsychiatrie mitunter sogar ablehnend. Ein wichtiges Ergebnis der Arbeitsgruppe war die Konzeption und Organisation des Rodewischer Symposiums über psychiatrische Rehabilitation. Eichler war diejenige, auf die die konzeptionelle Gestaltung des

¹Vgl. Hanrath: Zwischen Euthanasie und Psychiatriereform Anstaltspsychiatrie in Westphalen und Brandenburg: Ein deutsch-deutscher Vergleich(1945 – 1964), S.434.

²Rose: Anstaltspsychiatrie in der DDR. S.247.

Einer von ärztlicher Seite geforderten Umbenennung der „Landesanstalt“ in „Krankenhaus für Psychiatrie“ ließ das Ministerium für Gesundheitswesen 1955 zu. (ebd., S.70) Taucht bei Eichler der Term auf, ist er schon mit Anführungszeichen versehen, um die eigene Distanzierung dem Begriff gegenüber herauszustellen. (Eichler: Die Aufgaben der Rehabilitation für das Fachgebiet Psychiatrie, Beilage des Briefes vom 07.05.1959)

³Vgl. Rose: Anstaltspsychiatrie in der DDR. S.69.

Symposiums zurückgeführt werden kann, während Rolf Walther, Chefarzt am psychiatrischen Krankenhaus Rodewisch, die fast ebenso wichtige praktische Organisation verantwortete.

5.1. Eichlers Arbeit innerhalb der Forschungsgruppe Rehabilitation, Untergruppe Psychiatrie

5.2. Erste Kontaktaufnahme

Eine erste Kontaktaufnahme der Sozialhygiene mit Eichler geschah 1958. Anlass hierfür war, die Ausbildung von Rehabilitationsberufen zu planen.⁴ Trotz eines etwas unbeholfenen Startes zwischen Scheidler und Eichler, der die Chefärztin als „Herr Chefarzt Dr. Eichler“ adressierte,⁵ markierte dieser Briefwechsel den Beginn einer kurzen, aber intensiven Kooperation zwischen Eichler und der Forschungsgruppe Rehabilitation. Eichler hatte zu Beginn der Zusammenarbeit verschiedene Beweggründe, diese voranzutreiben. Bei dem Gegenüber handelte es sich um den Leiter der Abteilung Gesundheitswesen beim Magistrat von Groß-Berlin.⁶ So ist nicht ausgeschlossen, dass Eichler Scheidler auf seine Nützlichkeit zum Erreichen eigener Ziele hin austesten wollte. Jedenfalls fiel die Antwort auf die recht kurze und eher missglückte Anfrage höchst ausführlich und freundlich aus. Eichler schilderte die schon unternommenen Bemühungen, Rehabilitation in der Psychiatrie zu betreiben.⁷ Schon in diesem ersten Brief machte Eichler deutlich, dass sie in ihrem Posten als Chefärztin innovativ war und hart dafür arbeitete, ihre Vorstellungen in die Tat umzusetzen. Unter ihrer Leitung, so beschrieb sie, erfolgten seit einigen Jahren veränderte „Qualifizierungs-Lehrgänge“ für Stationsschwwestern, deren Durchführung durch eine Sondergenehmigung des Ministerium für Gesundheitswesen (im Folgenden auch MfG) legitimiert waren. Daran anknüpfend sei der Plan, auch speziell arbeitstherapeutisches Personal auszubilden, um der „Intensivierung der Arbeitstherapie“ in ihrem Hause Rechnung zu tragen.⁸ Hier wird deutlich, dass Eichler, während sie die Verbesserung der von ihr geleiteten Klinik zu gestalten suchte, zwangsläufig Pionierarbeit für die Psychiatrie der gesamten DDR betrieb. Möglich wurde ihr dies auch durch Einblicke, die sie auf Reisen ins Ausland, bekam. Scheidler berichtete sie von ihrer Teilnahme an der ersten Tagung staatlich

⁴Scheidler: Brief an Herrn Chefarzt Dr. Eichler vom 30.04.1958.

⁵Ebd.

⁶Eichler: Brief an Scheidler vom 13.05.1959.

⁷Ders.: Brief vom 07.05.1958.

⁸Ebd.

anerkannter Beschäftigungstherapeuten in Hannover, deren Ausbildungskonzept sie eine detailreiche Schilderung widmete.⁹

Offensichtlich war es Scheidler gelungen, in seiner Anfrage ein Thema anzusprechen, welches Eichler wichtig erschien, auf dem sie zusätzlich aber auch bereits nennenswerte Vorarbeit geleistet hatte. Es war ihr möglich, sich schon in dieser ersten Antwort als Expertin auf dem Gebiet der psychiatrischen Rehabilitation zu empfehlen und außerdem auf die engagierten Bemühungen an dem von ihr geleiteten Krankenhaus aufmerksam machen. Der Grundstein einer Zusammenarbeit der Psychiatrie, konkreter der Anstaltspsychiatrie und der Fachgruppe Rehabilitation, war gelegt.

5.3. Orientierungsphase

Das Görden Krankenhaus für Psychiatrie hatte in der DDR, vor allem in Bezug auf den Einsatz der Arbeitstherapie, eine Vorreiterrolle inne. Es fiel jedoch in Eichlers Beschreibungen immer wieder auf, dass das aufgebrachte Engagement dort scheiterte, wo ein Agieren anderer Stellen vonnöten gewesen wäre.¹⁰ Dabei handelte es sich um eine Kontinuität, die sich als roter Faden durch die Anstaltspsychiatrie des ostdeutschen Staates zog und mitverantwortlich gemacht werden kann für das spätere Scheitern der Rodewischer Forderungen. Umso verständlicher erscheinen daher aus heutiger Sicht Eichlers unermüdliche Versuche, nützliche Beziehungen zu knüpfen, sowie ihre breit gefächerte Tätigkeit.

Die Mitarbeit in der Forschungsgruppe Rehabilitation stellte demnach nicht Eichlers erste Anstrengung dar, Verbesserungen für die Psychiatrie und das von ihr geleitete Krankenhaus, zu erreichen. Initial war taktisches Kalkül sicher Teil ihrer Motivation, hier mitzuarbeiten. Sie witterte die Chance, durch die GfR dringend benötigte Hilfe bei der Ausmerzungen struktureller Schwächen zu bekommen, die die Psychiatrie zu dem Zeitpunkt umtrieben. So erinnerte die von ihr verfasste „Aufgabenstellung der Sonder-Kommission Psychiatrie“ in einigen Punkten doch stark an die Problematiken, mit denen sich der zwei Monate darauf neu einberufene „Fachausschuss Psychiatrie“ beim MfG beschäftigen würde¹¹.

⁹Eichler: Brief vom 07.05.1958.

¹⁰Beispiele hierfür waren Probleme bei der Materialbeschaffung für die Arbeitstherapie oder die offenbar nicht bewilligte Qualifizierung von Arbeitstherapeutinnen, die eine Änderung der Gehaltsgruppe nach sich gezogen hätte.
ebd.

¹¹ders.: Brief an Scheidler vom 13.05.1959.

Vgl. Hanrath: Zwischen Euthanasie und Psychiatriereform Anstaltspsychiatrie in Westphalen und Brandenburg: Ein deutsch-deutscher Vergleich(1945 – 1964), S.430f.

Die „Aufgabenstellung“ beinhaltete die Planung einer „Analyse des Zustandes aller Psychiatrischen Einrichtungen“ und forderte die Suche nach Lösungen für die Probleme der Betten- sowie

Noch war Eichler nicht in die Strukturen der Organisation eingebunden und besetzte keine offiziellen Posten. Das sollte sich jedoch bald ändern. Man bat Eichler dann nach weiteren Zusammenkünften mit Mitgliedern der FGR um die Übernahme der Leitung einer zu bildenden Fachgruppe Psychiatrie.¹² Mit einer groben Aufgabenstellung wies man die Richtung, in die die Arbeit der Fachgruppe gehen sollte, und auch die generelle Orientierung der sozialmedizinisch oder auch sozialhygienisch ausgerichteten GfR beinhaltete genau genommen schon einen Handlungsauftrag. Dennoch blieb Eichler, wie deutlich werden wird, viel Spielraum. Sie entschied selbst, wo sie Schwerpunkte der Fachgruppe setzen wollte, was auch für den Rodewischer Kongress galt.

5.4. Die Untergruppe Psychiatrie nimmt Fahrt auf, findet aber kein Personal

Eine erste Rekrutierung von Mitarbeitern für die Fachgruppe erfolgte und beinhaltete Rolf Walther. Er war Chefarzt des Psychiatrischen Krankenhauses Rodewisch.¹³ Neben Eichler sollte er die einzige personelle Konstante der Fachgruppe bleiben. Eichler setzte sich zwar stetig dafür ein, Chefarzte psychiatrischer Krankenhäuser zur Mitarbeit zu motivieren, jedoch ohne Erfolg.

Durch ihr Amt ergab sich für Eichler auch die Möglichkeit zur Beteiligung an anderen Aktivitäten der FGR. Sie konnte beispielsweise 1960 auf dem „Internationalen Fortbildungslehrgang über Rehabilitation“ über die „Berufliche Rehabilitation Debiler und Imbeziler in der Industrie“ sprechen.¹⁴ Die vorhergehende Übersendung der Abschrift stellte für Eichler die erste Korrespondenz mit dem Sekretär der FGR, Karl-Heinz Renker dar. Möglicherweise war die Kurzversion ihres geplanten Referats Anlass für Renker, das von Eichler geleitete Krankenhaus persönlich zu besichtigen. Ein solcher Besuch folgte jedenfalls unmittelbar auf den Schriftwechsel und schien bei Renker tiefen Eindruck zu hinterlassen. Ein stark veränderter, sehr viel herzlicherer Ton in den folgenden Schriftwechseln zeugt von der gewonnenen beiderseitigen Wertschätzung. Neben dieser sicher auch wichtigen Konsequenz traf man bei Renkers Besuch in Görden folgenschwere Absprachen.

So plante man, im Jahre 1963 ein „Internationales Symposium über psychiatrische

Personalknappheit (Eichler: Brief an Scheidler vom 13.05.1959)

¹²Bleckwenn: Brief an Liselotte Eichler 23.07.1959.

¹³Eichler: Brief an Bleckwenn vom 07.08.1959.

¹⁴Renker: Brief an Dr. Eichler vom 15.02.1960.

Eichler: Brief an Prof. Dr. Renker vom 05.04.1960, Mit Anlage „Berufliche Rehabilitation Debiler und Imbeziler in der Industrie“-Zusammenfassung

Rehabilitation“ zu veranstalten, und verständigte sich auf den Austragungsort Rodewisch,¹⁵ wobei die Auswahl begrenzt war, da nur die beiden Chefärzte von Görden und Rodewisch, Eichler und Walther, sich bisher in die FGR eingebracht hatten. Die FGR war fest entschlossen, eine Durchführung voranzutreiben, und so standen die organisatorischen Rahmenbedingungen in wesentlichen Teilen schon in dieser frühen Phase der Planung fest. Eichler sollte zusammen mit Karl-Heinz Renker, Jochen Quandt, damals tätig an der Universitätsnervenklinik Halle¹⁶ auf den gleich noch weiter einzugehen sein wird und Rolf Walther die wissenschaftliche Leitung übernehmen. Für sie war aber eine führende Rolle vorgesehen. Zusammen mit Walther war es zudem ihre Aufgabe, die Vorbereitungen zu unternehmen und die „Grundsätze für ein solches internationales Symposium“ zu erarbeiten. Diese sollten dann zur Stellungnahme an Quandt und Renker weitergereicht werden. Den Vorsitz des Organisationsausschusses schlug man vor, an einen der Oberärzte Rodewichs zu vergeben.¹⁷

Neben den Vereinbarungen, die das Symposium betrafen, brachte die Unterredung mit Renker, Eichler weitere Kompetenzen und Aufgaben in der FGR. So vergab man an sie den Posten der Delegationsleiterin für eine Studienreise in die CSSR, die für das Frühjahr des Folgejahres geplant war. Zweck der Reise war es, die psychiatrische Rehabilitation in dem Land kennenzulernen. Neben Walther und einem Mitglied des Ministeriums für Gesundheitswesen waren als weitere Mitreisende Psychiater angedacht.¹⁸

Die FGR machte diesen Psychiatern damit das Angebot, sie in Weiterbildung und internationaler Vernetzung zu unterstützen. Man hoffte wohl, sie auf diesem Weg an die FGR zu binden und zur Mitarbeit zu motivieren. Beides gelang jedoch nicht. Die Vorgeschlagenen reihten sich in die Liste derer ein, die Eichler vergeblich zur Beteiligung motivieren gesucht hatte.

5.5. Psychiatrische Rehabilitation – aus Sicht der Uni ein Anstaltsproblem

Einer gesonderten Betrachtung bedarf Jochen Quandt, der für den fast geglückten Versuch stand, die Universitätspsychiatrie in die Fachgruppe Psychiatrie und die Vorbereitungen des Rodewischer Symposiums mit einzubeziehen. Die Idee, ihn als Mitglied

¹⁵Renker: Brief an Dr.Eichler vom 21.04.1960.

¹⁶Renker u. a. (Hrsg.): II. Internationaler Kongress über Rehabilitation vom 11. bis 16. Juni 1962 in Dresden, S. 1057.

¹⁷Renker: Brief an Dr.Eichler vom 21.04.1960.

¹⁸Prof. Dr Quandt, Halle; Dr. Berthold, Schwerin; Dr. Leonhardt, Alt-Scherbitz. (Anm.: In der Psychiatrie der DDR waren zwei Karl Leonhardts vertreten, wobei der Direktor der Nervenklinik der Charité Leonhard geschrieben wurde.)ebd.

der Fachgruppe vorzuschlagen sowie ihn bei der Planung der Studienreise und der wissenschaftlichen Leitung des Symposiums zu bedenken, ging vermutlich auf Renker zurück. Renker war mit Quandt durch die gemeinsame Tätigkeit an der Universität Halle verbunden. Sein Vorschlag zeugt davon, dass er sich nicht der vollen Diskrepanzen bewusst war, die die Beziehung von Anstalts- und Universitätspsychiatrie der DDR prägten, was sich später erneut in der Kontaktaufnahme mit der Fachgesellschaft für Psychiatrie und deren Vorsitzenden Karl Leonhard manifestieren sollte.¹⁹

Eichler ihrerseits war zu Anfang gewillt, die „Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik und dem Psychiatrischen Krankenhaus“ zu festigen,²⁰ und auch Quandt unternahm höflich interessierte Versuche der Mitarbeit. Er versprach, zu einem der beiden Fachgruppentreffen zu erscheinen, die unter Eichlers Leitung stattfanden, sagte dann jedoch kurzfristig ab.²¹ Eine Wertschätzung von Eichlers Arbeit formulierte er ebenfalls und trug diese auch an seinen Vorgesetzten Rennert weiter.²² Quandt verkannte dennoch die Reichweite, die Eichlers Wirken habe sollte. Sein Interesse blieb die ganze Zeit auf die Rolle eines Betrachters beschränkt, der in der Fachgruppe keine aktive Rolle spielen wollte.

In Anbetracht des Geschilderten wirkt, die in letzter Sekunde von der Fachgesellschaft für ihn erdachte Aufgabe geradezu skurril. Sie versuchte ihn als ihren Repräsentanten auf dem Symposium einzusetzen,²³ d. h. in jener Rolle, die die Forschungsgruppe Rehabilitation von Beginn an für ihn bestimmt und in der Eichler versucht hatte, ihn zu positionieren. Quandt machte in dieser Situation unmissverständlich klar, wem er sich in der Psychiatrielandschaft verpflichtet fühlte. Es wurde außerdem deutlich, wie gering der Einfluss der kleinen Fachgruppe, aber auch der Anstaltspsychiatrie insgesamt war und wie sehr es der Inszenierung auf der Bühne der Rodewischer Kongresses bedurfte, um sich Gehör zu verschaffen. In der damaligen Perspektive musste Rodewisch reichlich überdimensioniert gewirkt haben, bedenkt man, dass einige Jahre zuvor kaum mehr als eine Handvoll Anstalts- und kein einziger Uni-Psychiater sich einem Arbeitskreis angeschlossen hatte, der das Thema der psychiatrischen Rehabilitation widmete.

Eine Ursache für die Verweigerung Quandts, sich in der Fachgruppe zu engagieren, war sicher in seinem Bild ihrer Tätigkeit zu suchen. So ging er davon aus, dass sich der Arbeitskreis „intensiv und unermüdlich einer Neugestaltung des psychiatrischen Krankenhauswesens“ annahm,²⁴ d. h. im Wesentlichen ein Anstaltsgremium war. Ei-

¹⁹Die Fachgesellschaft für Psychiatrie und Neurologie unterstand der Dachgesellschaft für Klinische Medizin. (Vgl. Herbst/Ranke/Winkler [Hrsg.]: So funktionierte die DDR, Band 2, Lexikon der Organisationen und Institutionen, S.619f.)

²⁰Eichler: Brief an Quandt vom 29.03.1959.

²¹Quandt: Brief an Dr.med. Eichler vom 25.03.1961.

²²Brief an Dr.Eichler vom 13.05.1960.

²³BArch DQ1/3583, Protokoll über die Vorstandssitzung der Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie vom 07.03.1963.

²⁴Quandt: Brief an Cheförztn Dr. Eichler vom 13.05.1960.

ne Annahme, die sicherlich weitgehend auch zutrif. Zu diesem Zeitpunkt wies noch wenig darauf hin, dass das in dieser Intention erdachte Leitbild von Psychiatrie auch auf die Universitätspsychiatrie Wirkung entfalten könnte, wie es dann in Rodewisch geschah. Quandt fühlte sich als Universitätsmitglied schlicht nicht angesprochen. Mit seinem letzten Schreiben an Eichler zog er sich faktisch ganz aus der Fachgruppe zurück. Für Eichler bedeutete das den erneuten Verlust eines Mitarbeitenden. Die Begründung seines Rückzugs war fast schon taktlos. Er schrieb, konkrete Vorschläge zur Wiedereingliederung, könne er aus Mangel an Problemen damit nicht machen.²⁵ Damit spielte er auf eine bessere personelle Besetzung der Universitäten gegenüber den psychiatrischen Krankenhäusern an. Die Quellen verraten nichts über die Reaktion Eichlers auf Quandts Rückzug aus der Gruppe. Er steigerte aber wohl kaum ihr Interesse, weiterhin Energie in den Aufbau einer Zusammenarbeit mit der Universitätspsychiatrie zu investieren.

5.6. Die Blockade der Universitätspsychiatrie forciert Eichlers Rücktritt

Vorbehalte gegen die Universitätspsychiatrie²⁶ werden aus den Briefen deutlich, die zeitlich auf die missglückte Rekrutierung Quandts als Rehabilitationsmitstreiter zurückgehen. Resignation mag es gewesen sein, die dafür verantwortlich war, dass Eichler von diesem Zeitpunkt an die Suche nach Mitstreitern endgültig aufgab. Möglicherweise fehlte es aber auch an geeigneten Kandidaten. Der Arbeitskreis befand sich von nun an faktisch in Auflösung.

Eichlers endgültiger Rücktritt von ihrer Funktion als Leiterin der Fachgruppe stand im Zusammenhang mit dem unbedachten Versuch der GfR, eine Zusammenarbeit der Fachgruppe Psychiatrie mit der Fachgesellschaft zu forcieren. Da die GfR beschlossen hatte, die Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften zu festigen, kontaktierte sie eigenmächtig den Vorsitzenden der Fachgesellschaft für Psychiatrie und Neurologie, Karl Leonhard, der sich „mindestens nicht ganz abgeneigt zeigte“.²⁷ Eine Zusammenarbeit erschien daher möglich, scheiterte letztendlich an den erstarrten Fronten zwischen Krankenhaus- und Universitätspsychiatrie, aber auch an Leonhards Vorbehalten hinsichtlich der in der Rehabilitationsmedizin aktiven Gesellschaften.

Leonhard hielt im Aufbau der GfR die Sozialhygiene für zu dominant. Rehabilitation habe von den Fachvertretern betrieben zu werden, und eine Einmischung fachfremder

²⁵Quandt: Brief an Dr.med. Eichler vom 25.03.1961.

²⁶Eichler: Brief an Herrn Doz. Dr. med. habil. K. Scheidler vom 14.05.1962.

²⁷Presber: Brief an Frau Chefärztin Dr. Eichler.

Vertreter in dieses Thema schätzte er wenig.²⁸ Leonhard realisierte auch erst sehr spät, dass es Psychiater, namentlich vor allem Eichler, gab, die sich innerhalb der GfR bereitwillig engagierten. Trotz der regen Korrespondenz zwischen Leonhard und Eichler im Rahmen der Psychiatrisch-Neurologischen Gesellschaft der DDR²⁹ war er über ihre Mitarbeit in der GfR lange Zeit nicht informiert. Im Frühjahr 1962 stellte diese Zusammenarbeit dann erstmalig ein Thema auf der Sitzung der Gesellschaft dar. Eichler erläuterte dort die bisherige Arbeitsweise der Gruppe und merkte als Antwort auf die Kritik Leonhards und Müller-Hegemanns an, dass eine neue Organisationsform in Planung sei.³⁰

Leonhard war der Meinung, dass auf den Kongressen der GfR das falsche Bild vermittelt werde, Rehabilitation sei grundsätzlich ein Teil der Sozialhygiene. Eindringlich wehrte sich Leonard gegen einer Vereinnahmung der psychiatrischen Rehabilitation durch die GfR sowohl im institutionellen wie im begrifflichen Sinne. So formuliert er in einem Schreiben an einen Mitarbeiter der GfR: „Ich bin an Rehabilitation außerordentlich interessiert. Meine Psychotherapie der Neurosen könnte ich direkt auch als eine Rehabilitation der Neurosen bezeichnen, denn es geht darum, die neurotischen Menschen wieder in ihr normales Leben und in ihren normalen Beruf zurückzuführen.“ Etwas weiter unten fügte er noch hinzu „Wenn ich in unserem mündlichen Gespräch trotzdem Bedenken äußerte, so liegt es daran, daß ich mit dem Aufbau Ihrer Forschungsgruppe über Medizinische Rehabilitation, soweit ich ihn bisher kenne nicht ganz einverstanden bin.[...]Ich bin wie die anderen Fachvertreter der Meinung, daß also psychiatrische und neurologische Rehabilitation zu den unmittelbaren Aufgaben des Psychiaters und Neurologen gehört. Ich habe den Eindruck, dass Ihre Forschungsgruppe auf eigenen Wegen geht und die Fachdisziplinen nur als Berater und Helfer heranzieht.“³¹

Was einerseits ein Ringen um Macht, Zuständigkeiten und die Deutungshoheit in der Psychiatrie war, die sich Leonhard nicht aus der Hand nehmen lassen wollte, ging andererseits einher mit zwei verschiedenen Rehabilitationsbegriffen. Hier wurde klar, wie der Leiter der Charité Nervenlinik den Begriff Rehabilitation deutete. Er verwendete Rehabilitation und Heilung synonym und zeichnete so ein simples Bild des Begriffes. Die Definition der Sozialhygieniker war komplexer. Sie beschäftigten sich mit der Zeitspanne

²⁸So schrieb er abfällig in einer Einladung zu einem Treffen der Psychiatrisch-Neurologischen Gesellschaft: „Weiterhin ist die Deutsche Gesellschaft für die gesamte Rehabilitation weiter damit beschäftigt, die Rehabilitation im Bereich der Psychiatrie und Neurologie im Rahmen ihrer ‚Gesellschaft für Rehabilitation‘ weiter auszubauen.[...]Ich bin einverstanden, wenn die Rehabilitation von verschiedenen Seiten her mit Aktivität betrieben wird, doch dürfen wir dann keinesfalls nachstehen, denn psychiatrische Rehabilitation ist zweifellos in erster Linie unsere Angelegenheit.“ (02.8/002 Karl Leonhard: Einladung zur Vorstandssitzung der Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie am 30.11.1962 vom 27.10.1962)

²⁹02.8/002 Psychiatrisch – Neurologische Gesellschaft der DDR, Vorstand.

³⁰02.8/002 Karl Leonhard: Protokoll der Vorstandssitzung der Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie in der DDR 18.05.1962.

³¹Leonhard: Brief an Chefarzt Dr. Presber vom 05.01.1962.

zwischen der Besserung des Patienten und der geglückten Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess, aber auch ins soziale Leben. Diese Zeitspanne erkoren Sozialhygiene und vor allem Rehabilitationsmedizin zu ihrem Hauptbeschäftigungsfeld. Dieser Ansatz klang zwar in dem Schreiben auch bei Leonhard an,³² jedoch war sie nicht essenziell für den Begriff. Für Leonhard standen die Therapie, wie sie in der Klinik stattfand, und ihr Ergebnis im Vordergrund. Er hatte hierzu beispielsweise die „Individualtherapie der Neurosen“ entwickelt, eine der „Verhaltenstherapie ähnliche“ und stark auf den Patienten zugeschnittenen Therapieform³³ mit deutlicher psychotherapeutischer Komponente.³⁴

Rehabilitation und später die Rodewischer Thesen hatten einen anderen Ansatzpunkt. Sie wollten weniger die Psychopathologien beseitigen, sondern eher den Patienten erneut in ein Leben verankern, welches für ihn handhabbar war.³⁵ Hier standen sich folglich Leonhards Konzept der Individualtherapie und die Rehabilitation im sozialhygienischen Sinne gegenüber.

Dass Leonhard gegen die institutionelle Einbindung der Rehabilitation in die Sozialhygiene Vorbehalte hegte, stieß bei dem mit ihm kommunizierenden Sozialhygieniker sogar auf Verständnis.³⁶ Die Dominanz, die die GfR gegenüber den Klinikern aufsetzte, war der Organisation zumindest in Teilen bewusst. Genau diese Dominanz bewirkte, dass eine starre Rehabilitationsschablone fächerübergreifend eingesetzt wurde. Dies war aber später essenziell, um den Rodewischer Kongress überhaupt möglich zu machen. Die GfR kratzte am Einfluss einer Psychiatrie, die nach den Leonhard vertrauten und verinnerlichten Regeln funktionierte und in der er ein hohes Ansehen genoss. In Bezug auf die FGR und GfR war er stets darauf bedacht, dass sein Einfluss nicht geschmälert wurde. Um das Thema psychiatrisch-neurologische Rehabilitation nicht von anderen Organisationen beschlagnahmt zu sehen, wuchs sein Engagement und Interesse innerhalb der Fachgesellschaft dieses Thema zu etablieren. So trieb er die Gründung einer Sektion Rehabilitation innerhalb der Fachgesellschaft voran, „gerade weil sich auch andere Disziplinen“ damit beschäftigten.³⁷

³²Leonhard schrieb, es gebe eine Dispensairebetreuung an seiner Klinik, er bediente sich der Arbeitstherapie und setze Fürsorgerinnen ein. (Leonhard: Brief an Chefarzt Dr. Presber vom 05.01.1962)

³³Seidel/Schulze/Göllnitz (Hrsg.): Neurologie und Psychiatrie, S. 228.

³⁴Leonhard: Individualtherapie der Neurosen, S.16f.

³⁵„Bei den akut Kranken muss vom frühestmöglichen Zeitpunkt an in allen Behandlungsmaßnahmen über das ‚Antipsychotische‘ hinaus der Rehabilitationscharakter erkennbar sein (Rückführung ins tätige, freie und verantwortliche Leben). Bei den chronisch Kranken gilt es, diese unter psychohygienisch positiv wirksame heilfördernde Bedingungen zu stellen, sich nicht mit der Auffassung von der Irreparabilität sogenannter, zumindest fraglicher Defektzustände abzufinden, sondern weit stärker als bisher die klinischen Heilmaßnahmen anzuwenden.“ (Renker: Rodewischer Thesen – Internationales Symposium über psychiatrische Rehabilitation vom 23. – 25. Mai 1963 in Rodewisch i. Vogtland)

³⁶„einige Vorbehalte, die sich auf eine gewisse Klärung der Stellung der Sozialhygiene beziehen, sind meiner Meinung nach anzuerkennen“. (Presber: Brief an Frau Chefärztin Dr. Eichler)

³⁷02.8/002 Karl Leonhard: Einladung zur Vorstandssitzung der Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie am 30.11.1962 vom 27.10.1962.

Die Vorbereitung des Rodewischer Symposiums über psychiatrische Rehabilitation lief trotzdem ohne sein Wissen oder Zutun ab. Zumindest findet sich in der Korrespondenz zwischen Eichler und Leonhard keine Erwähnung dieser Veranstaltung.³⁸ Es mag angesichts des Geschilderten kaum verwundern, dass Leonhard daran interessiert war, die „Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie“ gleichberechtigt neben den anderen Institutionen auf dem Symposium in Rodewisch repräsentiert zu wissen, sobald er erfahren hatte, dass die Veranstaltung in großem internationalem Rahmen ausgetragen werden sollte.³⁹ Dass sich die Fachgesellschaft den Vorbereitungen entzogen hatte,⁴⁰ blieb von ihm in dem Zusammenhang unbeachtet.

Eichler ihrerseits teilte die Meinung Leonhards hinsichtlich einer Dominanz der Sozialhygiene nicht, weil sie erlebte, dass sie selbst den Weg der GfR in Psychiatriefragen lenken konnte, aber sicher auch, da sich die Anstaltspsychiatrie und die Sozialhygiene in ihren Voraussetzungen näher waren. Schon die Programme, die Eichler und ihre wenigen Mitstreiter in der Fachgruppe erdachten, waren nur unter Schwierigkeiten oder gar nicht umzusetzen und scheiterten an der fehlenden Unterstützung staatlicher Organe.⁴¹ Individualisierte Behandlung war für die psychiatrischen Krankenhäuser somit ohnehin absolut utopisch. Veränderungen, die zumindest die Chance zur Umsetzung haben sollten, mussten alle Patienten gleichermaßen betreffen oder zumindest große Patientengruppen. Einer Zusammenarbeit mit der Universitätspsychiatrie sperrte sie sich anfangs nicht, wie oben schon deutlich gemacht wurde. Zunächst versuchte sie im Gegenteil, diese sogar zu fördern.⁴²

Eine von Scheidler an Eichler übermittelte Aussage Leonhards brachte das Fass dann aber noch zum Überlaufen. Leonard, so schrieb Scheidler, zeige „großes Interesse für die Fragen der Medizinischen Rehabilitation“ und er sei auch damit einverstanden, dass Eichler „gewissermaßen im Auftrage der Unterkommission ‚Psychiatrie‘ in der Forschungsgruppe“ mitarbeite.⁴³ Eichlers Antwort folgte prompt. Angesichts dieser von ihr als Bevormundung empfundenen Aussage macht sie ihrer Empörung Luft und gab spätestens nun ihre kooperativen Versuche auf. Es wurde auf die Diskrepanzen zwischen Universitäts- und Krankenhauspsychiatrie hingewiesen und sie brach endgültig den Versuch, die Universitätspsychiatrie zu integrieren, ab. Sie formulierte nun unmissver-

³⁸02.8/002 Psychiatrisch – Neurologische Gesellschaft der DDR, Vorstand.

³⁹Protokoll der Tagung der Kommission med. Rehabilitation der Forschungsgruppe Rehabilitation der Sozialhygieniker am 09.01.1959.

⁴⁰s.o.

⁴¹Bleckwenn: Bericht über die konstituierende Sitzung der Fachgruppe Psychiatrie in der Kommission Med. Rehabilitation in Görden am 30.10.1959.

⁴²So zu werten ist der Versuch Quandt in die Forschungsgruppe einzugliedern. Sie schrieb in einem Brief, die die im Rahmen der FGR organisierte Forschungsreise in die CSSR betraf an Quandt, sie persönlich fände es gut wenn er mitführe, „damit die Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik und dem psychiatrischen Krankenhaus gefestigt wird.“ (Eichler: Brief an Quandt vom 29.03.1959)

⁴³Scheidler: Brief an Dr. Eichler vom 05.05.1962.

ständig, die Krankenhäuser müssten ihre Probleme ohne die Universitäten lösen.⁴⁴ Eine weitere Konsequenz, die sie aus dem Vorfall zog, war der endgültige Rückzug aus der Fachgruppe psychiatrische Rehabilitation der FGR,⁴⁵ der trotz gegenteiliger Beteuerung Eichlers wohl auf diesen Zwischenfall zurückzuführen war. Dennoch ließ sie es sich nicht nehmen, letzte Vorschläge für eine Neuorganisation, der schon länger brachliegenden Fachgruppe zu unterbreiten. Indem sie Lange, den Chefarzt Pfafferodes und gleichzeitigen Vorsitzenden des „Fachausschusses für Psychiatrie beim Ministerium für Gesundheitswesen“ vorschlug, verstand sie es ein weiteres Mal, die Weichen zu stellen.⁴⁶ Lange sollte später in Rodewisch gemeinsam mit Eichler in der wissenschaftlichen Leitung der Tagung sitzen.⁴⁷ In dieser Funktion fiel ihm die Niederschrift der Rodewischer Thesen zu und er warb nachfolgend unermüdlich beim Ministerium für Gesundheitswesen um Unterstützung für die Realisierung der Thesen.⁴⁸

5.7. „[...]doch habe ich mir selbst Gedanken gemacht, wie man es gestalten könnte.“⁴⁹ Liese-Lotte Eichler stellt die Weichen

Wie schon angedeutet übernahm Eichler analog zu ihrer steuernden Rolle in der Fachgruppe Psychiatrie, auch in Hinsicht auf das Symposium eine Leitungsfunktion. Nachdem der Plan, die Tagung durchzuführen, feststand, oblag nun faktisch Eichler und Walther, den Repräsentanten ihrer mäßig funktionierenden Gruppe, die thematische Konzipierung und Organisation. Vermutlich aus Mangel an Gelegenheit, sich mit Walther zu beraten, übernahm Eichler eine Vorreiterrolle in der Konzeption und ließ die Gedanken, die sie sich selbst dazu gemacht hatte, Renker zukommen. Was sie hier noch als vage Gedankensammlung verpackte, entpuppte sich später als grundlegendes Konzept der

⁴⁴Eichler: Brief an Herrn Doz. Dr. med. habil. K. Scheidler vom 14.05.1962.

⁴⁵Scheidler: Brief an Frau Chefarzt Dr. Eichler vom 26.05.1962.

⁴⁶Eichler: Brief an Herrn Doz. Dr. med. habil. K. Scheidler vom 04.06.1962.

⁴⁷Renker/Eichler: Einladung zum internationalen Symposium über psychiatrische Rehabilitation.

⁴⁸Diverse Anfragen wurden von Lange ans Ministerium gerichtet(BArch DQ1/6195 Brief Ehrig Lange an Minister Dr. Gehring vom 31.07.1963;

BArch DQ1/6195 Brief Ehrig Lange an das Ministerium für Gesundheitswesen vom 08.11.1963) und auch in den Fachausschusssitzungen war die Durchsetzung der Rodewischer Thesen immer wieder Thema(BArch DQ1/6195, Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses für Psychiatrie beim Ministerium für Gesundheitswesen der DDR vom 28.6.63;

BArch DQ1/6195 Protokoll der Sitzung des Fachausschusses für Psychiatrie beim Ministerium für Gesundheitswesender DDR am 24.09.1964 in Berlin).

⁴⁹Eichler: Brief an Herrn Prof Dr. Renker vom 20.08.1960.

Tagung. Wirklichen thematischen Änderungen wurde es nicht mehr unterzogen. Hier zeigte sich Eichlers Arbeitsmethode, wie sie sich durch die gesamte Existenz der Fachgruppe zog und diese überhaupt nur am Leben erhielt. Eichler kompensierte, wie so oft davor, den Mangel an Mitarbeitern und Mitdenkern durch eigenen Einsatz.⁵⁰ Es gelang ihr so, in der GfR die Illusion einer real existierenden Fachgruppe aufrechtzuerhalten und deren Einfluss zu sichern. Unumgängliche Konsequenz war, dass die Psychiatrie, wie sie in der GfR auftrat, deutlich die Handschrift Eichlers trug. Gleiches galt für das Symposium. Schon in den ersten Vorschlägen, die Eichler Renker unterbreitete, waren die späteren Themen der Tage, im Wortlaut verzeichnet.⁵¹ Die Tagesüberschriften hätten alleinstehend sicher noch einen gewissen Interpretationsspielraum bereitgehalten, wurden jedoch von Eichler detailliert geplant und mit Schwerpunkten versehen, die man ebenfalls beibehalten sollte.

Das Thema des ersten Tages „Moderne somatische Therapie“ sollte Rolf Walther die Möglichkeit geben, die besonderen Stärken des von ihm geführten Krankenhauses zu präsentieren. Ihre Planung umfasste zudem die Einladung Joseph Prokupeks aus Prag,⁵² der in Rodewisch später über das Offene-Tür-System referieren sollte, sowie die Ctirad Skodas aufgrund seiner Leistungen in der Milieuthérapie. Die Planung, bei E. Melechow anzufragen, stellte sich ebenfalls als erfolgreich heraus.⁵³ Die kompletten Ideen zum ersten Programmpunkt sollten tatsächlich in die Tat umgesetzt werden.

Bei der Planung des zweiten Tages, den sie der Arbeitstherapie widmen wollte, konnte Eichler die Sachkenntnis einbringen, die ihr Jahre arbeitstherapeutischer Erfahrung am psychiatrischen Krankenhaus Görden sowie ihr Einsatz für deren Weiterentwicklung, gebracht hatten.⁵⁴ So war ihr Einfluss auch hier stark zu verzeichnen. Für den zweiten Tag, konnten aber nicht alle, von ihr vorgeschlagenen Referenten gewonnen werden. Zwar sagte Paul Sivadon, ein international anerkannter Psychiater und Leiter des Klinikums La Verrière, aus Frankreich zu⁵⁵ und auch Hans Merguet, Krankenhauspsychiater aus Münster⁵⁶ und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheil-

⁵⁰So tritt sie regelmäßig als Vorsitzende der Fachgruppe in Sitzungen der GfR auf.

⁵¹Tag 1: Moderne Somatische Therapie, Tag 2: Arbeitstherapie, Tag 3: Probleme des Schwachsinns.(Eichler: Brief an Herrn Prof Dr. Renker vom 20.08.1960;

Renker/Eichler: Einladung zum internationalen Symposion über psychiatrische Rehabilitation.

⁵²Eichler: Brief an Herrn Prof Dr. Renker vom 20.08.1960.

⁵³Prokupek: Unsere Erfahrungen mit der Einführung des Offene-Tür-Systems;

Skoda: Milieuthérapie im psychiatrischen Krankenhaus;

Melechow: Die soziale Readaption psychisch Kranker in der UdSSR.

⁵⁴Vgl. Hanrath: Zwischen Euthanasie und Psychiatriereform Anstaltspsychiatrie in Westphalen und Brandenburg: Ein deutsch-deutscher Vergleich(1945 – 1964), S.417ff.

Eichler bescherte ihr Einsatz für die Therapieform die Aufgabe, im Auftrag des Ministeriums für Gesundheitswesen, die Arbeitstherapie in der BRD und anderen Ländern zu inspizieren. (Vgl. Rose: Anstaltspsychiatrie in der DDR. S.79f.) Eine Gelegenheit, die ihr zweifelsohne einen guten Überblick über die vorhandenen Entwicklungen auch im internationalen Rahmen beschert haben musste.

⁵⁵Auch wenn er krankheitsbedingt kurzfristig absagen musst, wurde sein ausführlicher Beitrag in Rodewisch doch verlesen. („Hinweise“, S.6)

⁵⁶Empfänger des Programms für das Symposium.

kunde in den Jahren 1963-1964, zählte später genauso zu den Teilnehmern, wie Herr Jackowiak (Vorname unbekannt) aus Polen.⁵⁷ Nicht für die Teilnahme gewonnen werden konnten jedoch Frau Rubinowa (Vorname unbekannt) aus Leningrad sowie Joshua Bierer, damals tätig als Direktor des Marlborough Day Hospitals in London. Die Erwähnung Bierers in diesem Zusammenhang und Eichlers Verweis auf seine Veröffentlichung in der Zeitung *Das Deutsche Gesundheitswesen* machen aber die Richtung deutlich, in die Eichler das Symposium zu lenken gedachte. Bierer trat in dem Artikel für einen Paradigmenwechsel der Kliniken ein. Er führte die Öffnung der psychiatrischen Krankenhäuser, die Einführung von Tages- und Nachtkliniken, sowie das Prinzip der therapeutischen Gemeinschaft auf und betonte außerdem die Wichtigkeit der Öffentlichkeitsarbeit, um diese Veränderungen überhaupt realisieren zu können.⁵⁸

Die Planung des dritten Tages blieb in dem Brief noch wagen, obwohl die Kinderpsychiatrie sich später zu Eichlers besonderem Anliegen entwickeln und auch ihr eigener Vortrag sich damit beschäftigen sollte.⁵⁹ Als Redner schlug sie hier Frau Prof. Mariafalvi aus Budapest vor, einen ehemaligen Gast des Krankenhaus Görden⁶⁰ sowie Frau F.K. Fitzpatrick aus Chertsey, die jedoch beide in Rodewisch selbst keine Erwähnung fanden. Zu den Referenten in Rodewisch, die auf Eichlers Einladung hin dort waren, zählte Dorothea Schmidt-Thimme.⁶¹ Sie arbeitete im Marburger Verein „Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind e.V.“ Mit ihr und dem Gründer des Vereins Tom Mutters⁶² bestand eine langjährige Kooperation. Regelmäßige Korrespondenzen und Besuche fanden seit 1959 statt und hatten zu einer geradezu freundschaftlichen Zusammenarbeit geführt.⁶³

Eichler zeigte sich mit dieser detaillierten Planung von Anfang an als Fachfrau ihrer Disziplin. Die Konzeption des Rodewischer Symposiums zeugte von einem guten Gespür für die Trends ihres Fachgebietes, welches sie während ihrer Arbeit und ihrer Studienreisen entwickelt hatte. Ihr gelang es, diese internationalen Trends in das Rodewischer Symposium einzubeziehen. Die Besonderheit, die ihr hier glückte, ist retrospektiv nicht allein darin zu sehen, dass es sich dabei um einen Kongress handelte, der sich sozialpsychiatrischen Themen verschrieb, sondern in der Tatsache dass er das in ostdeutscher, westdeutscher und osteuropäischer Zusammenarbeit tat.

Die FGR und speziell Renker wussten Eichlers Arbeit zu schätzen. Er brachte ihr

⁵⁷Merguet: Die Simon'sche Soziotherapie.

⁵⁸Bierer: Eine Revolution in der Psychiatrie Großbritanniens.

⁵⁹Eichler: Brief an Herrn Prof Dr. Renker vom 20.08.1960; ders.: Probleme der Förderung und Eingliederung geistig behinderter Kinder und Jugendlicher – Vortragsabschrift.

⁶⁰Renker: Brief an Dr.Eichler vom 21.04.1960.

⁶¹Schmidt – Timme: Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind.

⁶²Der Niederländer Tom Mutters ist eine der Persönlichkeiten, die in der BRD die Behindertenhilfe maßgeblich beeinflussten. Ihm zu Ehren besteht heute die Tom-Mutters Stiftung, die sich für die Belange Behinderter Menschen einsetzt.

⁶³08.3/005 Schriftenwechsel mit der Bundesvereinigung für das geistig behinderte Kind e.V.

Vertrauen entgegen, indem er den eigenen Einfluss für die Verwirklichung ihrer Ideen einsetzte. Die Übermittlung der Adressen der gewünschten Redner an Renker⁶⁴ lässt darauf schließen, dass es Eichler eventuell nicht selbst oblag, bei den Personen anzufragen und sie diese Aufgabe an Renker und die FGR abzugeben hatte. Einerseits erhöhte das sicherlich die Erfolgsquote, zeigt aber andererseits auch den Willen der FGR, bei der Verwirklichung des Symposiums tatkräftige Unterstützung zu gewähren. Plausibel erscheint es auch in Anbetracht dessen, dass das Rodewischer Symposium mit seiner internationalen Ausrichtung eines der großen Projekte der FGR dieser Jahre, neben den internationalen Rehabilitationstagungen, war. Für Renker stellte es eine Möglichkeit dar, sich in der Dachorganisation zu profilieren, was dazu beitrug, seinem späteren Vorsitz den Weg zu ebnet.⁶⁵

5.8. Rolf Walther als praktischer Organisator vor Ort

Neben Eichler und Renker gehörte auch Walther zu den Protagonisten in der Vorbereitung Rodewischs. Im Gegensatz zu seiner eher geringen Bedeutung in der Fachgruppe ist ihm in diesem Bezug weit mehr Bedeutung zuzuschreiben. In die Fachgruppe brachte er sich zwar als einziger ständiger Mitarbeiter regelmäßig ein, jedoch kann kaum davon gesprochen werden, dass er selbstständig neue oder gar richtungsweisende Ideen beitrug. Ihm fiel eher die Funktion zu, von Eichler gestellte Aufgaben zu bearbeiten. In Bezug auf die Vorbereitung Rodewischs war diese Funktion aber nicht zu unterschätzen. Walther wurde mit der Austragung der Veranstaltung betraut,⁶⁶ die er bis ins Detail plante.⁶⁷ Er entwickelte in diesem Kontext eine Eigeninitiative, ohne die der Kongress wahrscheinlich an seiner praktischen Durchführung gescheitert wäre. Seiner Kenntnis lokaler Gegebenheiten und seiner Beharrlichkeit war es zu verdanken, dass die Realisierung der Tagung nicht an der institutionellen Zähigkeit der DDR scheiterte.

Walther vermochte den Umstand, dass die Tagung internationales Interesse erwecken würde und angesehene Gäste erwartet wurden, als taktisches Druckmittel einzusetzen.⁶⁸

⁶⁴Eichler: Brief an Herrn Prof Dr. Renker vom 20.08.1960.

⁶⁵Ab 1964 war Renker Vorsitzender der „Gesellschaft für die gesamte Hygiene der DDR“ (Vgl. Herbst/Ranke/Winkler [Hrsg.]: So funktionierte die DDR, Band 2, Lexikon der Organisationen und Institutionen, S.618)

⁶⁶Renker: Brief an Dr.Eichler vom 21.04.1960.

⁶⁷Organisationsplan für das „Internationale Symposium über Psychiatrische Rehabilitation“.

⁶⁸Nachdem mehrere Anfragen Walthers ohne Antwort geblieben waren, legte er dem Bezirksarzt dar, dass mit internationaler Beteiligung zu rechnen war und auch das Gesundheitsministerium in die Veranstaltung mit eingebunden sei. Gleichzeitig erinnerte er an die Anerkennung Rodewischs als Bezirkskrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie. (Walther: Brief an Herrn Bezirksarzt Dr. Görres vom 16.05.1962)

Die Durchführung einer solchen Tagung erforderte sorgfältige Vorbereitungen bis in Details, die in der Rückschau absonderlich erscheinen, aber gerade deshalb einen Einblick in die Planungswirklichkeit der DDR liefern.

Eine Aufgabe bestand darin, Mittel bei den lokalen Strukturen, sprich dem Kreis, einzufordern. Man hatte prinzipiell vor, sich aufgrund der Höhe der erforderlichen Beträge an den Bezirk und auch das Ministerium für Gesundheitswesen zu wenden. Walther hegte jedoch Zweifel, ob dieser Weg durch die Instanzen in der verbleibenden Zeit zurückzulegen sei. Er ging außerdem davon aus, dass das Ministerium, welches schon die Tagesgelder für die ausländischen Teilnehmer übernahm, wieder auf Kreis und Bezirk für die Übernahme der restlichen Kosten verweisen würde. Walther schlug, um Zeit zu sparen, vor, auf einen Vorschlag der Kreisvertreter zurückzukommen. Sie waren bereit gewesen, einen gewissen Betrag aus dem Fonds der Volksvertreter bereitzustellen. Das Geld war nötig, um die Basisausstattung wie Möbel und ähnliche Dinge zu erstehen, ohne die die Tagung „undurchführbar“ gewesen wäre. Neben der Mobilisierung von Geld bedurfte es zudem noch einer Sondergenehmigung für den Möbelkauf.⁶⁹

Es wurde klar, dass das Zustandekommen der Rodewischer Tagung in nicht unerheblichem Maße auch von der unteren politischen Ebene abhing, die sich, wie das aufgeführte Beispiel deutlich macht, wenig kooperativ zeigte. Die Rückendeckung durch die GfR, welche als Dachorganisation immer auch die Legitimation der Ministerien besaß, war wichtig, um profane Kleinigkeiten zu regeln, ohne die die Veranstaltung schlicht nicht hätte stattfinden können.⁷⁰ Schlussendlich gelang es Walther, die Regionalpolitik auf seine Seite zu ziehen, die ihrerseits die Bevölkerung in die Vorbereitungen mit einband.⁷¹ Jedoch profitierte Walther von seinem Einsatz auch selbst in vielfältiger Weise. Neben der Knüpfung von Kontakten⁷² erfuhr das von ihm geleitete Krankenhaus durch die positive Berichterstattung über die große Tagung regional wie überregional eine Aufwertung.⁷³ Der Erfolg des Kongresses trug außerdem dazu bei, ihn in die GfR einzubinden, in der ihm von nun an Renker als persönlicher Ansprechpartner zur Verfügung stand.⁷⁴ Dass die Rodewischer Klinik Austragungsort dieser in seinen Augen gelungenen Tagung

⁶⁹Walther: Brief an den Vorsitzenden des Rates des Kreises Auerbach(Vogtl) vom 02.06.1962.

⁷⁰Walther legte dem Ratsvorsitzenden des Kreises eine Quittung über den Erwerb von Tischen, Stühlen, Tischdecken, Besteck und Gläsern vor. (ebd.)

⁷¹Es wurden im Vorfeld nötige Malerarbeiten von den Rodewischern erledigt, sowie 50 Trachtenpuppen handgefertigt, die den Teilnehmern als Präsente mit auf den Weg gegeben wurden, sowie Flaggen der Gästernationen angefertigt. (Rat der Stadt Rodewisch: Gäste sagen Dank, Zeitungsartikel ohne Datum)

⁷²Hilfe bei der Vorbereitung erhält er von Prokupek, der dazu im Vorfeld einige Tage in Rodewisch verbringt. (Walther: Brief an Herr Vorsitzenden Sachs Rat des Kreises Auerbach i.V. vom 16.05.1962)

⁷³Eig. Zeitungsartikel: „Großartiges Rodewisch“; ders.: Im Dienst der Wissenschaft;

ST. Zeitungsartikel: „Heilerfolge durch moderne Therapie“.

⁷⁴Beispiel hierfür ist die Korrespondenz zwischen Walther und Renker im Anschluss an das Symposium, indem vor allem der Versuch der Drucklegung ein Thema darstellte. (Akten zum „Internationalen Symposium über Psychiatrische Rehabilitation“ in Rodewisch)

gewesen war, erfüllte Walther auch im Nachhinein mit Stolz. Zweifelsohne handelte es sich dabei um einen der Höhepunkte in seiner Karriere als Krankenhauspsychiater. Manifest wurde dies in der ausgiebigen Nachbereitung, die er im folgenden Jahr betrieb. Walther verfasste und versendete eine Zusammenfassung des Symposiums und entwickelte eine fast schon sentimental zu nennende Weise, sich an die Tagung zu erinnern. Deutlich wurde dies besonders in dem von ihm verfassten Rückblick auf die Tagung, in der er sich in Erzählform dem Rahmen und Verlauf des Symposiums widmete und sogar eine „nicht ernst zu nehmende Glosse“ einfügte, die vom Stil her eher bei der Beschreibung einer Familienfeier zu erwarten gewesen wäre als beim Rückblick auf einen psychiatrischen Kongress.⁷⁵

⁷⁵Akten zum „Internationalen Symposium über Psychiatrische Rehabilitation“ in Rodewisch.

Kapitel 6.

Das Rodewischer Symposium über psychiatrische Rehabilitation

6.1. Fotos, Vorträge und eine fiktive Reportage: die Quellen

Die Rodewischer Thesen entstanden im Mai 1963 auf einem Symposium, welches von Renker und der Sozialhygiene initiiert, von Eichler in den wesentlichen Grundzügen konzipiert und von Walther, allen Widrigkeiten der Regionalpolitik zum Trotz, in die Tat umgesetzt worden war. Dieses Kapitel beschreibt den Ablauf und Geschehnisse während des Symposiums. Die Hauptherausforderung lag darin, die Fülle an vorhandenen Quellen zu ordnen und Bezüge zwischen ihnen herzustellen, um die damaligen Geschehnisse zu rekonstruieren. Die Kapitel fußen so auf einer ausgesprochen breiten Quellenbasis. Es fand eine akribische Dokumentation der Veranstaltung statt, Vorträge und Wortbeiträge der Teilnehmer wurden aufgezeichnet und archiviert.

Sodann erfolgte eine Sammlung verschiedenster Papiere, Briefe und Zeitungsartikel. Vermutlich war es Rolf Walter, der fast jedes gedruckte Wort über den Kongress ausschnitt und abheftete. Es ging sogar so weit, dass Erinnerungen an diese Tage im Mai 1963 in Form einer fiktiven Reportage aufgeschrieben wurden. Ein Reporter, der gleichzeitig Ich- Erzähler war, nahm den Besucher mit und zeigte ihm den Kongress.

Im Fall des Rodewischer Symposiums gibt es daher eine seltene, möglicherweise einzigartige Quellenkonstellation. Erwartungsgemäß gibt es Aufzeichnungen über Formalitäten der Planung. Wie schon im vorherigen Kapitel ausführlich deutlich gemacht wurde, war das Agieren von Psychiatern innerhalb der Sozialhygienischen Institutionen Voraussetzung für die Verwirklichung des Kongresses. Wenig erstaunlich ist auch die Interaktion Rolf Walters mit den regionalen Autoritäten, die ebenfalls schon im vorhergehenden Kapitel beschrieben wurde.

In Bezug auf den Ablauf des Kongresses bieten die Quellen noch eine weitere Ebene. Es existiert ein selbst angelegtes Album über das Symposium mit der beschriebenen

Reportage, jedoch auch eingeklebten Fotos und Zeitschriftenartikeln, Programmheften und Ähnlichem. Diese Mischung aus Tagebuch und Gedenkalbum ergänzt das Quellenmaterial um ein sehr persönliches, zweifelsohne auch höchst subjektives Dokument.

Das Rodewischer Symposium war den Akteuren, die in Organisation und Realisierung eingebunden waren, wichtig. Sie erwarteten wertvolle, vielleicht wegweisende Vorträge und Diskussionen. Deutlich wurde dies anhand der Dokumentationsakribie, die während des Symposiums gezeigt wurde. Drei dicke Ordner wurden mit Diskussionsmitschriften gefüllt, Reden wurden abgeheftet und archiviert. Dem heutigen Betrachter erscheint es gar, als hätten die Akteure diese Tage im Mai 1963 bis ins letzte Detail festhalten wollen. Für zumindest einen Teil der Akteure in Rodewisch ging das Interesse über das, an einer durchschnittlichen Fachveranstaltung Übliche weit hinaus. Die mühevoll zusammengetragenen Dokumente lassen kaum einen Zweifel daran aufkommen, dass es sich bei dem Symposium um eine Herzensangelegenheit gehandelt haben muss. Dass die Akteure eine solche Sichtweise auf einen medizinischen Fachkongress entwickelten, verdeutlicht eindrücklich, welche Priorität sie dem behandelte Thema einräumten. Gleichzeitig erzeugen diese Quellen eine Nähe zu den damals Handelnden, wie sie nur selten, in der Wissenschaftsgeschichte nahezu nie, vorkommt. Die Quellen verraten kleinste Details über die Veranstaltung, nehmen den Leser mit auf einen Rundgang durch die Arbeitstherapieausstellung, beschreiben kurze Sequenzen aus Fachveranstaltung und Rahmenprogramm. Sogar die Marotten einiger Teilnehmer haben Eingang in die Beschreibungen gefunden.¹ So lebendig stellen sich medizingeschichtliche Quellen selten dar. Umso wichtiger ist an dieser Stelle eine differenzierte Quellenkritik.

Das genannte Album ist ein wertvolles Erinnerungsdokument. Es vermittelt relevantes Wissen über das Symposium und dessen Ablauf. So sind z. B. die Beiträge zum Symposium, bei denen es sich nicht um Redebeiträge handelte, sondern um Filme oder Ausstellungen, nur dort erwähnt. Es werden Informationen zu formalen Regelungen wie dem Prozedere bei Zeitüberschreitung (rotes Lichtsignal) oder zur Frequentierung einzelner Vorträge gegeben.² Die Verschränkung von nicht fachlich relevanten Episoden und Tagungsdetails belegt aber auch die persönliche Involviertheit eines Autors, der zu keinem Zeitpunkt um Distanz bemüht ist.

Die Rodewischer Thesen läuteten eine neue Psychiatrieetappe in der DDR ein,³ so jedenfalls das Urteil einiger Autoren. Dass diese Sichtweise auf die Rodewischer Thesen schon von Anfang an vorhanden und zu Beginn eng mit dem Symposium verknüpft war, macht schon die Art der Dokumente lebhaft deutlich.

¹Dem Leben Wiedergegeben... Aufzeichnungen vom I. internationalen Symposium über psychiatrische Rehabilitation in Rodewisch.

²Ebd.

³Späte/Thom/Weise: Theorie, Geschichte und aktuelle Tendenzen in der Psychiatrie, S.122ff.

6.2. Provinz als Avantgarde: die Klinik Rodewisch

Das Symposium über psychiatrische Rehabilitation war sowohl in der Durchführung als auch thematisch mit dem psychiatrischen Krankenhaus Rodewisch eng verzahnt, fand doch die gesamte Veranstaltung auf dem Gelände des Krankenhauses statt.

Rodewisch hatte, wie die Gäste einem Prospekt entnehmen konnten, 1425 Betten. Diese Zahl schloss 45 neurologische, 70 tuberkulöse und 125 kinderpsychiatrische Betten ein und verteilte sich auf 758 Betten für Frauen und 427 für Männer.⁴ Nicht nur an der hohen Bettenzahl wurde klar, dass es sich in Rodewisch 1963 um ein Krankenhaus handelte, welches den Namen Anstalt inzwischen überwunden haben mochte, jedoch in seiner Struktur noch stark in der Anstaltstradition verhaftet war.

Wichtige Veränderungen hatte es trotzdem schon gegeben. Die Umwandlung zum Fachkrankenhaus manifestierte sich auch in den baulichen Veränderungen, die angestoßen wurden. Das Klinikgelände war weder mit einer Mauer umgeben noch von der Stadt Rodewisch abgetrennt. Gebäude des Krankenhauses und die Wohngebiete der Stadt bildeten ein „Einheit“.⁵ Chefarzt Walther versuchte weitestmöglich, Mauern auf dem Klinikgelände abzubauen. Arbeitstherapiewerkstätten, sowie ein Gymnastikraum für die Patienten waren eingerichtet worden. Eine höhere Aufnahme- und Entlassfrequenz⁶ deutete darauf hin, dass das Klinikum sich in seinen Prinzipien bereits von einer Verwahranstalt unterschied.

Über das Verhältnis der Stadtbewohner zum Krankenhaus ist aus den Quellen wenig explizit zu erfahren. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass die Haltung der Stadtbewohner eine wohlwollende war. Die Gastgeschenke an Gäste des Kongresses in Form von 50 Trachtenpuppen wurden von Frauen aus der Rodewischer Bevölkerung gefertigt.⁷ Bei der Vorbereitung des Symposiums half die Bevölkerung ebenfalls. Rodewischer Bürger stellten Flaggen der Teilnehmerstaaten als Dekoration her und strichen die Geländer der Klinik neu.⁸

Auf dem Gelände gab es vier Häuser, in denen Ärztefamilien wohnten, sowie ein Schwesternwohnheim. Moderne medizinische Diagnostikmöglichkeiten waren verfügbar. Eine Infrastruktur mit Fachbibliothek, Laboratorium, sowie Röntgen- und EEG-Möglichkeiten war vorhanden.⁹ Es stand zudem ein klinikinternes elektronisches Transportsystem zur

⁴Werte Gäste, Prospekt für die Gäste des I. internationalen Symposiums über psychiatrische Rehabilitation in Rodewisch 1963.

⁵Dem Leben Wiedergeben... Aufzeichnungen vom I. internationalen Symposium über psychiatrische Rehabilitation in Rodewisch, S. 2.

⁶Ebd.

⁷Ebd., S. 7.

⁸Rat der Stadt Rodewisch: Gäste sagen Dank, Zeitungsartikel ohne Datum.

⁹Werte Gäste, Prospekt für die Gäste des I. internationalen Symposiums über psychiatrische Rehabilitation in Rodewisch 1963.

Verfügung, welches für den Essenstransport sowie die Wäscheverteilung genutzt wurde und den Spitznamen „Omnibuseidechse“ hatte.¹⁰

Die Klinik verfügte über eine Aufnahmestation, auf der die Krankheitsdiagnostik im Vordergrund stand.¹¹ Das Krankenhaus Rodewisch nannte sich selbst Fachkrankenhaus und legte Wert auf eine therapeutische Profilierung. Es machte deutlich, dass es sich selbst keineswegs als Verwahranstalt ansah. Die sogenannte komplexe Therapie war eine wichtige Säule im Therapiespektrum. Die Insulin-Behandlung war eine so oft angewandte Behandlungsmethode, dass es dafür eine eigene Station gab. Neben Insulin wurden auch Reserpin und Phenothiazin im Rahmen der komplexen Therapie verwendet. Besonders stolz war die Klinik darauf, dass auf mechanische Zwangsmittel und sogenannte „Zellen“ schon seit dem Jahr 1956 verzichtet werden konnte.¹²

Für die Patienten gab es ein Freizeitangebot mit regelmäßigen Kinovorführungen, einer Bibliothek mit 750 Büchern, einem Klubraum mit Fernsehgerät, einem Frisiersalon, sowie sporadischen Tanzveranstaltungen. Zudem wurde ein „Zirkel für künstlerische Handarbeiten“ und der „Malzirkel“ für die Patienten angeboten.¹³ Es war erwünscht und Teil des therapeutischen Konzeptes, dass die Patienten das Krankenhaus aktiv mitgestalteten.¹⁴

Das Fachkrankenhaus betrieb 1963 eine neurologisch-psychiatrische Poliklinik und war somit schon zu Anfang der 1960er an der ambulanten Versorgung von Patienten beteiligt. Allerdings war das Einzugsgebiet sehr groß, erstreckte es sich doch über fünf Landkreise.¹⁵

Mit Walther gab es einen engagierten Chefarzt, unter dessen Leitung die Klinik Rodewisch von einer der schlechtesten Einrichtungen der DDR¹⁶ zu einem progressiv arbeitenden Fachkrankenhaus wurde. Walther war der Meinung, dass eine vorbildliche geführte Klinik auch in der Gesellschaft Vorurteile abbauen könne, die psychisch Kranken entgegenschlugen.¹⁷ Er sah sich demnach nicht nur als Mediziner, sondern auch als Mittler zwischen Klinik, Patienten und der Bevölkerung, der eine gesellschaftliche Verantwortung innehatte. Anerkennung hatte er dafür z. B. durch die Verleihung des

¹⁰Dem Leben Wiedergegeben... Aufzeichnungen vom I. internationalen Symposium über psychiatrische Rehabilitation in Rodewisch, S. 6.

¹¹Werte Gäste, Prospekt für die Gäste des I. internationalen Symposiums über psychiatrische Rehabilitation in Rodewisch 1963.

¹²Ebd.

¹³Ebd.

¹⁴Dem Leben Wiedergegeben... Aufzeichnungen vom I. internationalen Symposium über psychiatrische Rehabilitation in Rodewisch, S. 15.

¹⁵Werte Gäste, Prospekt für die Gäste des I. internationalen Symposiums über psychiatrische Rehabilitation in Rodewisch 1963.

¹⁶Schlußwort, Dr. Eichler vom 25.05.1963.

¹⁷Werte Gäste, Prospekt für die Gäste des I. internationalen Symposiums über psychiatrische Rehabilitation in Rodewisch 1963.

Titels „Verdienter Arzt des Volkes“ bekommen.¹⁸

Eine einfache Aufgabe war die Profilierung der Klinik sicher zu keiner Zeit gewesen. In den frühen 60er-Jahren waren viele Anstalten noch mit Gebäudesanierung und Rückgewinnung von Raum beschäftigt, den die Sowjetarmee bis dato besetzt gehalten hatte.¹⁹ Die psychiatrischen Kliniken in Ostdeutschland standen vor zahlreichen Herausforderungen. Der Ärztemangel war ein zentrales, doch bei weitem nicht das einzige Problem, das die Anstaltspsychiatrie beklagte.²⁰ Vor diesem Hintergrund waren die Angebote, die die Rodewischer Klinik ihren Patienten machte, außergewöhnlich. Entsprechend beeindruckt zeigten sich auch die Gäste.²¹

Die Teilnehmer waren eingeladen, sich selbst ein Bild von der Rodewischer Klinik zu machen, indem sie an einem „Krankenhausrundgang“ teilnahmen. Ein Foto dokumentierte, was der Besucher dort unter anderem zu sehen bekam. Ein großer, sauberer Schlafsaal in dem in kleinen Abständen die Betten nebeneinander standen – alle mit weißer Bettwäsche bezogen. Identisch und ohne eine einzige Falte im Laken.²² Ordentlich, hygienisch und funktional, so sah der durchschnittliche Schlafraum in der psychiatrischen Klinik Rodewisch wohl aus, immerhin galt es, fast 1500 Betten auf diese Weise unterzubringen. Funktionalität war aber nicht alleiniges Ziel. Die Klinik Rodewisch war stolz auf ihr Raumkonzept und ihre Innenraumgestaltung und schrieb ihr sicher sogar einen therapeutischen Wert zu. So hieß es in der fiktiven Reportage über das Symposium: „Sofort beim Betreten des Erdgeschosses brechen alle noch übriggebliebenen Vorstellungen über eine Irrenanstalt alten Typs gänzlich in sich zusammen. Nur die peinliche übergroße Sauberkeit erinnert vielleicht an eine medizinische Einrichtung, sonst aber ist das Schreckgespenst nüchterner, kahler Wände, nackter Fenster und völliger Aufgabe individueller Akzente restlos gebannt.“ Ebenfalls großen Wert wurde gelegt auf „die farbdynamische Ausgestaltung der Räume“ in „Pastellfarben“ und die Anordnung von Möbeln sowie die Auswahl von Gardinen und Fußbodenfarben, was als Steckenpferd des Chefarztes Walther galt.²³

Mangel und Improvisation gingen in der Anstaltspsychiatrie der DDR Hand in Hand. In Rodewisch gelang es offensichtlich, mit Eigeninitiative und Engagement durchaus kreative Lösungen zu finden, was die Gestaltung der Klinik anging. „Alte Bettgestelle und Garderobenständer, die mit etwas Phantasie und gutem Willen in reizvolle Blu-

¹⁸E.B. Zeitungsartikel: „Psychiatrische Rehabilitation: Eine Humanistische Aufgabe, Wofür es sich lohnt zu streiten“.

¹⁹Vgl. z. B. Rose: Anstaltspsychiatrie in der DDR. S.99ff.

²⁰Auch auf dem Symposium wird dieses Problem angesprochen. So bemerkt Lange, dass mit „realen Möglichkeiten“ gerechnet werden müsse, „nämlich damit, daß Ärzte 300 Pat. und mehr versorgen müssen.“

²¹Dem Leben Wiedergegeben... Aufzeichnungen vom I. internationalen Symposium über psychiatrische Rehabilitation in Rodewisch, S. 14.

²²Ebd., S.8f.

²³Ebd., S. 14.

menständer“ verwandelt wurden, begeisterten die Gäste.²⁴ Vonseiten der psychiatrisch Tätigen gab es den Willen zu Wandel und Neugestaltung des Ortes Psychiatrie. Mangel und Unterfinanzierung waren zwar ein großes Problem, jedoch fand man in Rodewisch Wege, diesem Willen nach Wandel trotz geringer finanzieller Mittel Ausdruck zu verleihen, und traf damit den Trend der Zeit.

Die Rodewischer Klinik und ihr Chefarzt Walther waren bekannt für die besonderen Erfolge der Arbeitstherapie an der Klinik. Komplexe Webarbeiten wurden dort ebenso hergestellt wie Tischlampen und gestrickte Tischdecken. Der therapeutische Nutzen der Arbeiten sollte im Vordergrund stehen.²⁵ Auf diesen Grundsatz verwies man in Rodewisch und versuchte, ihn konsequent anzuwenden, aller Unterfinanzierung zum Trotz.

Die Klinik Rodewisch in der sächsischen Provinz wählte einen Weg in Klinikgestaltung, Therapieregime und Patientenführung, der für die damalige Zeit als progressiv eingestuft werden kann. Es gab im deutschsprachigen Raum keine Klinik, die als Vorbild hätte dienen können, und so mussten Walther und alle anderen dort Tätigen die Veränderungen selbst gestalten. Sie wurden selbst zum Vorbild für Gäste aus dem In- und Ausland. Der Weg, den die Klinik Rodewisch eingeschlagen hatte, besaß durchaus eigene Vorbilder. Diese waren jedoch in anderen Ländern zu finden und nur aus Zeitschriften und Büchern bekannt. Genug um Kenntnis von ihnen zu haben, jedoch nicht genug, um umfassend über sie informiert zu sein.

6.3. Ablauf des Symposiums

Auf dem Symposium über psychiatrische Rehabilitation sammelten sich Sozialhygieniker, Universitätsvertreter, Psychiater des Krankenhauswesens, psychiatrisch Tätige aus Ostdeutschland, Westdeutschland, Frankreich, Polen, der CSSR, Ungarn, Bulgarien, Rumänien und Russland.²⁶ Nicht nur Ärzte waren unter den Teilnehmern, auch Arbeitstherapeuten und Sonderschulpädagogen waren zugegen²⁷ und einigen Studenten war ebenfalls die Teilnahme gestattet.²⁸

Von der Sozialhygiene war die Initiative ausgegangen, jedoch traten die Sozialhygieniker eher zurückhaltend auf. Renker eröffnete zwar die Veranstaltung, beteiligte sich aber im Verlauf nicht mehr nachweislich. Die Sozialhygiene hatte, wie in den vorhergehenden

²⁴Dem Leben Wiedergegeben... Aufzeichnungen vom I. internationalen Symposium über psychiatrische Rehabilitation in Rodewisch, S. 14.

²⁵Ebd., S. 13.

²⁶Eig. Zeitungsartikel: „Großartiges Rodewisch“

Handschriftliche Teilnehmerliste des Rodewischer Symposiums, zugesagte Teilnehmer

²⁷Dem Leben Wiedergegeben... Aufzeichnungen vom I. internationalen Symposium über psychiatrische Rehabilitation in Rodewisch, S. 7.

²⁸Ebd., S. 9.

Kapiteln dargelegt wurde, die Rehabilitation in der Psychiatrie gestärkt. In Rodewisch selbst spielten Sozialhygieniker keine herausragende Rolle.²⁹ Auffällig war jedoch, dass die Symposiumsstruktur durchaus der ähnelte, die schon die Rehabilitationskongresse gehabt hatten.

So war eine breite internationale Aufstellung von Gästen für die Rehabilitationskongresse typisch.³⁰

Berührungsgängste westeuropäischen oder gar amerikanischen und kanadischen Teilnehmern gegenüber gab es offensichtlich nicht. Gleichzeitig wurde Wert darauf gelegt politische Funktionäre unter den Gästen zu wissen. Dies hatte schon in früher Planungsphase auch für das Rodewischer Symposium eine Rolle gespielt. Typisch für Sozialhygiene und Rehabilitationsmedizin war ebenfalls, dass nicht nur Ärzte unter den Teilnehmern waren.³¹

Mit dem Verlauf waren die Sozialhygieniker hochzufrieden. So sprach Renker im Nachhinein von einem „Symposium der Superlative“³² und nichts anderes hatte die GfR bei den Planungen Rodewichs im Sinn gehabt. Von vornherein geplant gewesen war, politische Funktionäre als Gäste zu laden, um den „Entwicklungsgrundlagen“, die erarbeitet werden sollten, auch die nötige Legitimation zu geben.³³

Für ein kleines Krankenhaus wie Rodewisch glich das Symposium einem logistischen Monstrum. Die Gäste, die teilweise von weit her kamen, mussten untergebracht werden, was die Kapazitäten des Städtchens sprengte. Viele der Teilnehmer mussten für den Zeitraum in anderen Städten übernachten.³⁴ Um die organisatorischen Aufgaben zu meistern, bedurfte es der Mithilfe der Stadt und Bevölkerung. Das Personal des Kran-

²⁹Renker saß in der Tagungsleitung und eröffnete das Symposium (Eig. Zeitungsartikel: „Großartiges Rodewisch“) und auch einige andere Mitglieder der GfR, wie Scheidler waren auf der Teilnehmerliste zu finden, (Handschriftliche Teilnehmerliste des Rodewischer Symposiums, zugesagte Teilnehmer) jedoch gehören sie weder zu den Referenten, noch schalteten sie sich in die Diskussionen ein.

³⁰Die Teilnehmerlisten der Rehabilitationskongresse belegen die Teilnahme von Ärzten aus Ost- und Westeuropa. (ebd.) Es gibt Hinweise darauf, dass Teilnehmer aus den USA zugegen waren. (Renker u. a. (Hrsg.): II. Internationaler Kongress über Rehabilitation vom 11. bis 16. Juni 1962 in Dresden, S.1031ff;

Renker u. a. (Hrsg.): Internationale Arbeitstagung über Fragen der Rehabilitation, Dispensairebetreuung und Prämorbidität vom 16.–19. Juni 1958 in Leipzig, S.745ff)

³¹In der Gesellschaft für Rehabilitation konnten nicht nur Ärzte Mitglied werden, auch andere Berufsgruppen wie z. B. Arbeitstherapeuten wurden aufgenommen (Persönliches Gespräch in Berlin mit Frau Prof. Christa Seidel vom 08.12.2014).

³²Dem Leben Wiedergeben... Aufzeichnungen vom I. internationalen Symposium über psychiatrische Rehabilitation in Rodewisch, S. 16.

³³Es gehörte neben Käthe Kern als Mitglied des ZK und Abteilungsleiterin im Ministerium für Gesundheitswesen auch Frau Dr. Lammert aus dem Ministerium für Gesundheitswesen zum Präsidium der Veranstaltung. (Internationales Symposium über psychiatrische Rehabilitation in Rodewisch eröffnet, Artikel in der Freien Presse Kreis Auerbach ohne Datum)

Ein Funktionär des Gesundheitsministeriums der UdSSR war mit Melechow zugegen. (Dem Leben Wiedergeben... Aufzeichnungen vom I. internationalen Symposium über psychiatrische Rehabilitation in Rodewisch, S.10f.)

³⁴Ebd., S. 9.

kenhauses war ebenfalls mit eingebunden.³⁵

An einem Krankenhaus im sächsischen Hinterland die Infrastruktur für einen großen Kongress zu schaffen, blieb bis zum letzten Tag eine Herausforderung. Noch am Tag vor Symposiumsbeginn wartete man auf die Simultanübersetzungsanlage und war damit beschäftigt, ein rechtzeitiges Eintreffen sichzustellen.³⁶

Das Rodewischer Symposium brachte mit Psychiatrie und Sozialhygiene zwei Fachdisziplinen zusammen, die in Finanzierung und Anspruch nicht unterschiedlicher hätten sein können. Die Psychiatrie, besonders die Krankenhauspsychiatrie kämpfte, mit Unterfinanzierung. Die Sozialhygiene hatte in der DDR einen hohen Stellenwert und war, wie schon dargelegt, gut politisch vernetzt. Ihre Möglichkeiten zur Aquirierung von Geld und anderen Recourcen, waren daher, am DDR-Maßstab gemessen, exzellent. Im Fall des Symposiums führte dies dazu, dass nicht nur die teure Simultanübersetzungsanlage nach Rodewisch gebracht wurde, sondern auch ein Fernsehkoch für das Menü zuständig war³⁷ und das Rahmenprogramm durch Dieter Zechlin, den bekanntesten Pianisten der DDR, abgerundet wurde.³⁸ Es bestehen kaum Zweifel, dass Psychiater aus eigener Kraft heraus kaum die Möglichkeit gehabt hätten ein solches Rahmenprogramm zu realisieren, hatte Walther in der Vorbereitungsphase doch schon Probleme gehabt, Tische und Stühle in ausreichende Anzahl für die Durchführung zu beschaffen.³⁹

Das Tagungsbüro öffnete einen Tag vor Beginn. Dort wurden die Anmeldungen entgegen-
genommen, Gäste auf ihre Unterkünfte verteilt und Essensmarken an sie ausgegeben.⁴⁰ Die Klinik wollte sich bei dieser Gelegenheit in gutem Licht präsentieren. Einerseits durch das Auftreten der Angestellten, andererseits durch den Zustand der Gebäude sowie durch ihr gesamtes Behandlungskonzept. Als weiteres Angebot, neben den Fachvorträgen gab daher eine Ausstellung über Mal- und Arbeitstherapie am Klinikum Rodewisch den Gästen die Möglichkeit, die dort gefertigten Gegenstände wie Lampen, Teppiche oder Spinnarbeiten zu begutachten. Der therapeutischen Wert des Fertigungsprozesses wurde rege diskutiert.⁴¹ Als kleine Aufmerksamkeiten wurden den Teilnehmern, neben Trachtenpuppen, Geschenke mitgegeben, die von Patienten in der Arbeitstherapie gefertigt worden waren.⁴²

Weitere Nebenschauplätze waren ein Raum, in dem Filmmaterial vorgeführt wurde,

³⁵Dem Leben Wiedergegeben... Aufzeichnungen vom I. internationalen Symposium über psychiatrische Rehabilitation in Rodewisch, S. 8.

³⁶Ebd., S. 6.

³⁷Ebd., S. 16.

³⁸Ebd.

³⁹Siehe Unterkapitel 5.8 Rolf Walther als praktischer Organisator vor Ort

⁴⁰Dem Leben Wiedergegeben... Aufzeichnungen vom I. internationalen Symposium über psychiatrische Rehabilitation in Rodewisch, S. 8.

⁴¹ebd., S.12f.

Eig. Im Dienst der Wissenschaft.

⁴²Dem Leben Wiedergegeben... Aufzeichnungen vom I. internationalen Symposium über psychiatrische Rehabilitation in Rodewisch, S. 6.

eine Fotoausstellung über die Kinderpsychiatrie am psychiatrischen Krankenhaus in Oparschany in der CSSR und dem psychiatrischen Krankenhauses Prag.

Die Psychopharmakotherapie war in Rodewisch ein immer wieder aufkommendes Thema. Ihr war eine Ausstellung über „bewährte Arzneimittel in der CSSR und in der DDR“, die „rege Beachtung fand“, gewidmet.⁴³

Der Hauptschauplatz des Symposiums war der Kongresssaal, in dem die Vorträge gehalten wurden, die Übersetzungsanlage stand und die Diskussionen stattfanden. Eröffnet wurde die Veranstaltung durch Karl-Heinz Renker, Karl Leonhard und Liese-Lotte Eichler.

Renker beschäftigte sich in seiner Eröffnungsansprache mit der Wiedereingliederung psychisch kranker Menschen in ihr berufliches und soziales Leben. Es sprach darüber, dass dies ein wichtiges menschliches, aber auch ökonomisches Problem sei⁴⁴ und brachte damit typische Argumente der Sozialhygiene und Rehabilitationsmedizin auf den Plan. Wie im 3.Kapitel dargelegt wurde, hatten Sozialhygieniker einen kurzen Draht zu Ministerien und Politik. In Rodewisch wurde dies deutlich, indem Renker ein Glückwunschsreiben des Gesundheitsministers Max Sefrin vorlas, der für die Veranstaltung ein gutes Gelingen wünschte.⁴⁵

Das Symposium hatte sich ein straffes Programm vorgenommen. Die Planer kamen daher nicht umhin, einige Regeln aufzustellen, um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten. Um zeitlich nicht in Verzug zu kommen, wurde ein Ampelsystem angewendet. Eichler erklärte dies den Anwesenden in ihrer Eröffnungsrede. Neben dem Rednerpult waren Lampen angebracht. Solange grünes Licht leuchtete, durfte der Redner sprechen, Gelb gab das Signal langsam zum Ende zu kommen, und bei Rot hatte der Referent zu stoppen.⁴⁶ Das Symposium war so gut besucht, dass es wohl selbst die Veranstalter überraschte. Vor der Eröffnungsansprache waren schon nach drei Minuten die Sitzplätze nicht mehr ausreichend und es mussten weitere beschafft werden.⁴⁷

Insgesamt gab es während des Symposiums 32 Referate, die persönlich gehalten oder verlesen wurden.⁴⁸ Am ersten Tag behandelten die Vorträge die „Rehabilitation der Psychosen“⁴⁹ Nach den drei erwähnten Eröffnungsansprachen, die im Wortlaut nicht mehr erhalten sind, folgten acht Vorträge zum Thema. Die Referenten kamen aus Polen, Bulgarien, der CSSR, der Bundesrepublik und der DDR. Unter ihnen waren osteuropäische Vertreter reformpsychiatrischer Ideen wie Tadeuz Gnat und Kazmierzik

⁴³Eig. Im Dienst der Wissenschaft.

⁴⁴Ebd.

⁴⁵Ebd.

⁴⁶Dem Leben Wiedergegeben... Aufzeichnungen vom I. internationalen Symposium über psychiatrische Rehabilitation in Rodewisch, S. 11.

⁴⁷Ebd., S. 11.

⁴⁸Abschlussbericht Internationales Symposium über psychiatrische Rehabilitation 23. – 25. Mai 1963 in Rodewisch i.V.

⁴⁹Ebd.

Godorowski aus Polen sowie Joseph Prokupek aus der CSSR⁵⁰. Deutsche Reformer wie Ehrig Lange, später Direktor an der Psychiatrischen Klinik der Uni Dresden,⁵¹ oder Karl-Peter Kisker, der drei Jahre später die Leitung der Psychiatrischen Klinik an der MHH übernahm und dort mit dem „Hannoverschen Modell“ ein national und international anerkanntes sozialpsychiatrisches Versorgungssystem entwickelte.⁵²

Am Ende eines jeden Tages setzte sich die „Redaktionskommission“ zusammen und fasste das Wichtigste aus Vorträgen und Diskussionen des Tages in thesenartiger Form zusammen.⁵³ Die Diskussionsmitschriften belegen, dass Tags darauf die Thesen vorgestellt und auf Wunsch Änderungen daran vorgenommen wurden.⁵⁴ Die Rodewischer Thesen entstanden unmittelbar auf dem Symposium in einem demokratischen Prozess. Hiermit erfüllte die Redaktionskommission den Arbeitsauftrag des Ministeriums, das wollte, dass Entwicklungsgrundlagen für die Psychiatrie beschlossen wurden. Die Kommission fasste zusammen, was sie für wichtig hielt, und stellte die Zusammenfassung nochmals zur Diskussion. So existiert eine kürzere Erstversion der Thesen des ersten Tages, sowie eine Endversion, die mit dem später veröffentlichten ersten Teil der Rodewischer Thesen deckungsgleich war und am letzten Tag der Tagung vorgestellt wurde.⁵⁵ Anhand der beiden Versionen konnte eine Entwicklung nachvollzogen werden, die während des Symposiums selbst stattfand. War die erste Version der Thesen noch recht zaghaft, was z. B. die Öffnung der psychiatrischen Krankenhäuser betraf, dominierten in der Endversion forschere Töne. Am ersten Tag formulierte die Redaktionskommission noch vorsichtig: „der Weg ist vorgezeichnet durch den Weg zum ‚Offene-Tür-System‘, der verantwortlich hinsichtlich dem Schutz der Öffentlichkeit abgegrenzt werden muß“.⁵⁶ Der Austausch auf dem Kongress hatte den Mut bewirkt in den Forderungen weiter zu gehen, sodass in der finalen Version der Thesen zwar noch das Offene-Tür-System, ein Schutz der Öffentlichkeit hingegen nicht mehr gefordert wird.⁵⁷

Ein weiteres wichtiges Anliegen, das in Rodewisch in Form eines sogenannten Rund-Tisch-Gesprächs diskutiert wurde, waren Einweisungsverordnungen in der DDR und Osteuropa. Nunmehr sollte ein einheitlicher Standpunkt der Psychiater sozialistischer

⁵⁰Siehe Kapitel Reformpsychiatrie in Osteuropa

⁵¹Felber/Sauermann: Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Ehrig Lange.

⁵²Gestorben Prof. Dr. med. Dr. phil. Karl Peter Kisker.

⁵³Abschlussbericht Internationales Symposium über psychiatrische Rehabilitation 23. – 25. Mai 1963 in Rodewisch i.V.

⁵⁴Akten zum „Internationalen Symposium über Psychiatrische Rehabilitation“ in Rodewisch.

⁵⁵Empfehlungen des Ersten Tages, Dr. Lange Version 25.05.1963; Erstversion der Empfehlungen zur Rehabilitation psychisch akut und chronisch Kranker, Symposiumsbeitrag vom 23.05.1963; Renker: Rodewischer Thesen – Internationales Symposium über psychiatrische Rehabilitation vom 23. – 25. Mai 1963 in Rodewisch i. Vogtland

⁵⁶Erstversion der Empfehlungen zur Rehabilitation psychisch akut und chronisch Kranker, Symposiumsbeitrag vom 23.05.1963.

⁵⁷In der 2.These forderten die Psychiater nun: „Aus vorwiegend geschlossenen Heil- und Pflegeanstalten haben sich vorwiegend offene psychiatrische Fachkrankenhäuser zu entwickeln. Das umfassende Sicherungsprinzip der Heil- und Pflegeanstalt muss einem umfassenden Fürsorgeprinzip des Fachkrankenhauses weichen.“

Länder formuliert werden. Die Teilnehmer einigten sich auf den Standpunkt, dass allein der Psychiater über eine Einweisung in die psychiatrische Klinik entscheiden solle. Nur so könne eine gute Rehabilitation sichergestellt werden.⁵⁸ Neben den Vorträgen gab es ein fachliches Rahmenprogramm, das die Vorführung von acht verschiedenen Filmen, eine Fotoausstellung und eine Ausstellung zur Arbeitstherapie am Krankenhaus Rodewisch beinhaltete.⁵⁹

Während des zweiten Tages beschäftigten sich die 14 Vorträge mit Arbeitstherapie. Die Verfasser kamen aus verschiedenen osteuropäischen Ländern, der DDR, der BRD und Frankreich. Konsens war, dass die Arbeitstherapie nicht zu ökonomischen Zwecken missbraucht werden dürfe, sondern immer der therapeutische Nutzen im Zentrum stehen müsse.⁶⁰ Ein Standpunkt, der auch Eingang in die Rodewischer Thesen fand.⁶¹

Arbeitstherapie, wie auch die Pharmakotherapie sah man als Teil der sogenannten Komplextherapie an. Das Bild, das die Rodewischer Psychiater von der Pharmakotherapie zeichneten, war ein durchweg positives. Sie wurde als Voraussetzung aller weiteren Therapieschritte angesehen. Dennoch war man sich einig, dass Pharmakotherapie allein keine ausreichende Maßnahme sei.⁶² So hielt Rodewisch einerseits die Psychopharmaka hoch, das gesamte Symposium schuf aber gleichzeitig ein Gegengewicht zu dieser Therapieform, die niemand als kausal, aber alle als alternativlos einstufte.

Die Rodewischer Thesen entstanden durch die Verbindung unterschiedlicher Methoden mehrerer Länder. Unterstützt durch verschiedene Medien gelang es in Rodewisch, ein innovatives Umfeld zu schaffen, welches den Nährboden hierfür bot.

6.4. Der Diskurs – Rodewisch umreißt in Deutschland erstmals das Feld der Sozialpsychiatrie

Auf dem Rodewischer Symposium über psychiatrische Rehabilitation entstand durch das Zusammenfügen mehrerer Komponenten das deutsche Konzept „Sozialpsychiatrie“.

⁵⁸Abschlussbericht Internationales Symposium über psychiatrische Rehabilitation 23. – 25. Mai 1963 in Rodewisch i.V.

⁵⁹Ebd.

⁶⁰Ebd.

⁶¹Thesen zur Arbeitstherapie

⁶²Kisker bemerkte zur Pharmakotherapie, dass „Für nahezu alle chronisch Schizophrene ist heute eine konsequente Pharmakotherapie während der Krankenhausbehandlung und langfristig nach Entlassung eine notwendige und unerlässliche, aber keineswegs zureichende Bedingung gelingender Rehabilitation.“Kisker: Pharmakotherapeutische Voraussetzungen der Rehabilitation chronisch Schizophrener Ein bulgarischer Kollege unterstützte ihn: „die Neuroleptika sind und bleiben fürs Erste eine der mächtigsten Heilmittel der Psychiatrie, sie können aber nicht die Rehabilitation der chronisch Geisteskranken verwirklichen“Diskussionsbeitrag Dr. Anton zum Vortrag von Dr. Kisker

Während für die ostdeutschen Psychiater die Rodewischer Thesen ein Bezugspunkt blieben, bezogen sich westdeutsche Psychiater nicht auf sie, nutzten aber das Konzept auch in der Bundesrepublik.

Die in Rodewisch geführten Diskussionen definierten erstmals ein Problemfeld, welches heute im weiteren Sinne mit Reformpsychiatrie oder auch Sozialpsychiatrie gleichgesetzt wird. In seinen einzelnen Inhalten war es auch in der DDR nicht neu.⁶³ Auch in vor 1963 publizierten Artikeln gab es Beschreibungen von offenen Krankenstationen, poststationären Angeboten für Patienten oder Vorschläge, den Ort Psychiatrie anders zu gestalten. Es handelte sich dabei allerdings eher um solitäre Phänomene, die recht weit von gängigen psychiatrischen Publikationen entfernt waren. In der DDR hatten diese Ideen vor allem im Kontext der Sozialhygiene und Rehabilitationsmedizin eine Chance auf Veröffentlichung und Beachtung.⁶⁴ Dies wurde auch daran deutlich, dass sie auf Drucklegung in allgemeinen Gesundheitszeitschriften angewiesen waren.⁶⁵

Ein einheitlicher Überbegriff, der fest für den Forderungskanon verwendet wurde, war weder vor, noch in Rodewisch selbst vorhanden. Nicht nur der Ausdruck Sozialpsychiatrie selbst fehlte fast gänzlich, es gab offensichtlich auch noch keinen Alternativausdruck, der fest mit einer Psychiatrie der Ambulantisierung und Öffnung verbunden wurde. So verwendete Kisker in Rodewisch während seines Vortrags „Pharmakotherapeutische Voraussetzungen für die Rehabilitation chronisch Schizophrener“⁶⁶ zwar zweimal das Adjektiv „sozialpsychiatrisch“, die verschiedenen Konnotationen, welche das zugehörige Subjektiv über die Jahre anhäufen sollte, waren hier jedoch noch nicht in Sicht. Vielmehr stand das „pharmakopsychiatrische“ gesicherte Wissen für ihn neben dem „sozialpsychiatrischen“ gleichauf. Bisher waren die in Rodewisch in den Mittelpunkt gerückten Aspekte nur spärlich und wenn dann eher im Zusammenhang mit Rehabilitation diskutiert worden. Insgesamt war ihnen bis dahin in der Psychiatrie aber wenig Aufmerksamkeit geschenkt worden. Zwar fanden sich einzelne der Rodewischer Forderungen in anderen Kontexten schon vorher,⁶⁷ doch erst durch das Rodewischer Symposium wurde die Sozialpsychiatrie fest an die Psychiatrie gebunden. Eine Wei-

⁶³Kumbier/Haack/Steinberg: 50 Jahre Rodewischer Thesen – Zu den Anfängen sozialpsychiatrischer Reformen in der DDR.

⁶⁴Siehe Kapitel Psychiatrie und Sozialhygiene in der DDR

⁶⁵Eichler: Brief vom 07.05.1958; ders.: Eindrücke eines Besuches in den wesphälischen Anstalten Lengerich und Gütersloh; Bierer: Eine Revolution in der Psychiatrie Großbritanniens; ebd.

⁶⁶Kisker: Pharmakotherapeutische Voraussetzungen der Rehabilitation chronisch Schizophrener.

⁶⁷Beispielsweise übersandte die Psychiatrisch-Neurologische Gesellschaft 1960 einen Perspektivplan an das Ministerium für Gesundheitswesen, der unter anderem hervorhob, dass die psychiatrische und neurologische Rehabilitation einer besonderen Förderung bedürfe, die Einführung psychiatrischer Tageskliniken zu prüfen sei und einige Punkte mehr, die sich später auch in den Rodewischer Thesen wiederfanden. BArch DQ1/01730 BArch Vorstand der Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie in der DDR: Perspektivplan zur Entwicklung des Faches der Psychiatrie und Neurologie in Klinik, Lehre, Forschung Der Perspektivplan listete jedoch so viele Punkte auf, dass die eben genannten nur einige unter vielen waren. Zudem mussten sie wohl bei begrenzten Mitteln in Konkurrenz zu den anderen Projekten treten.

terentwicklung solcher Themen innerhalb des Faches Psychiatrie wurde erst hierdurch ermöglicht.

Das Symposium widmete sich der psychiatrischen Rehabilitation, der Arbeitstherapie und der Kinderpsychiatrie. Die Wahl der Tagesüberschriften erreichte, dass auch Detailfragen der drei Komplexe aus der Trivialität herausgehoben wurden. Die Themen, die nun im Zentrum der Veranstaltung standen, luden Teilnehmer ein, bestimmte Ansätze weiterzudenken. Der Kongress stellte einen Denkmbruch dar und spannte erstmals das Problemfeld Sozialpsychiatrie im deutschsprachigen Raum auf. Die Akteure erklärten sich mit den Rodewischer Thesen bereit, von nun an die von ihnen betriebene Psychiatrie an diesen neuen Maßstäben auszurichten. Die in Rodewisch so getaufte „praktische Psychiatrie“ gehörte fortan fest zum Kanon dessen, was Psychiatrie zu leisten hatte, und verankerte dies im Selbstverständnis psychiatrisch Tätiger in der DDR. Rodewisch diente zugleich als Anstoß und Rechtfertigung dieser Veränderung.

6.4.1. Der praktische Versuch gewinnt stärkeres Gewicht als das theoretische Krankheitskonstrukt

In Rodewisch entwickelte der praktisch unternommene Versuch, Psychiatrie zu verändern ein enormes argumentatives Gewicht. Klinikumstrukturierungen und Stationsöffnungen – gegen den Widerstand von Bevölkerung und Fachkollegen anderer Disziplinen war Neuland für die Psychiatrie der 1960er-Jahre. Entsprechend wichtig wurde das Deskriptive, die Beschreibung der Veränderung bis in kleinste Detail. Diese Beispiele sollten später den praktisch arbeitenden Krankenhauspsychiatern Argumente gegenüber ihren Kritikern an die Hand geben. Veränderungen, wie die Rodewischer Thesen sie forderten, waren die Antwort auf ganz konkrete Probleme, denen die Anstaltspsychiater täglich in ihren Kliniken begegneten.

Die Fragen der praktischen Psychiatrie waren in Rodewisch noch nicht etabliert, was deutlich wird am Detailreichtum, der nötig war, um den anwesenden Kollegen eigene Ansätze im Problemfeld näher zu bringen. So berichtete eine Teilnehmerin von der Umstrukturierung und Renovierung der Männerabteilung an der Warschauer Klinik zwei Jahre zuvor:

„Die Kranken wurden aus einem alten Gebäude mit großen Sälen mit 25 bis 30 Betten in ein neues, neuzeitlich eingerichtetes Gebäude mit kleineren Zimmern überführt. Es befindet sich hier ein schön eingerichteter Aufenthaltsraum mit Radio, Telefon (?) Bibliothek, Atelier für Arbeitstherapie usw.. Gleichzeitig wurde die Anzahl der Ärzte und Pflegerinnen vergrößert und ein Spezialist für Arbeitstherapie angestellt. Wir bemühten uns eine

solche Atmosphäre zu gestalten, in der sie sich so wenig wie möglich von der Welt abgeschieden fühlen. Wir ließen den Kranken möglichst viel Freiheit. Die Abteilung wurde wie eine Gemeinschaft geschafft. Die Kranken nahmen Anteil im Organisieren Arbeit und Vergnügen. Einmal in der Woche fand eine Versammlung aller Kranken, Ärzte und Pflegerinnen statt, auf welcher die Fragen und Wünsche der Kranken besprochen wurden. Wir richteten eine Club und Cafè ein, in denen die Kranken selbst Wirten sind. Jeden Sonntag sind Tanzabende mit einem Programm für Musik und Auftritte, an denen die Kranken aus der Frauenabteilung teilnehmen. Es wird auch eine Wandzeitung herausgegeben, das alle laufenden Fragen bespricht.“⁶⁸

Dieser Ausschnitt teilte mit anderen Beiträgen die Plastizität der Schilderung. Theoretische Konstrukte über Wirkmechanismen dieser praxisnahen Veränderungen wurden zwar gefordert, in den Vordergrund rückte aber der Erfahrungsbericht.

Sehr kleinschrittig wurden Problematiken abgegrenzt und eine Sammlung der Einzelinhalte erstellt. Die Redner beschrieben, welche Defizite sie im eigenen Umfeld ausgemacht hatten und wie sie diesen begegneten. Dieses Vorgehen wurde noch unterstrichen durch die Vorführung von Filmmaterial, welches die Behandlungspraxis in den verschiedenen Krankenhäusern deutlich machen sollte.⁶⁹

Konkrete Alltagsprobleme der psychiatrischen Krankenhäuser wurden in wissenschaftliche Fragestellungen umgewandelt. Die Antwort auf viele dieser Probleme hieß Rehabilitation. Eine Zusammenarbeit mit Sozialhygiene und Rehabilitationsmedizin lag denkbar nahe. Die Fächer arbeiteten methodisch ähnlich. So zeichneten auch sie sich durch ihre Praxisnähe aus. Der Bezug zur Rehabilitationsmedizin und Sozialhygiene war in der Methodik durchaus erkennbar. Offensichtlich war für die Anstalten der Austausch auf einer Ebene wichtig, die sich mit scheinbaren Banalitäten befasste. Arbeitsabläufe, Klinikstrukturen, Organisation, das machte Rodewisch klar, waren für die Anstaltspsychiater von hoher Relevanz. Sie versuchten, Konzepte zu entwickeln, um als Ärzte in einer Institution zu agieren, die in jeder Hinsicht ungünstigste Bedingungen bot, diesem Ziel nachzukommen. Ein Diskussionsblock beschäftigte sich, angestoßen durch Kisker, mit der Frage ob, das Trennen oder Durchmischen verschiedener Patientengruppen in der Klinik hilfreicher sei.⁷⁰ In den Thesen fand sich letztendlich die Empfehlung einer „Profilierung“ von Krankenstationen.⁷¹ Wie aus der Diskussion hervorging, wurde die Unterteilung der Patienten beispielsweise in akut und chronisch Kranke durchaus ambivalent gesehen. Der gemeinsame Standpunkt, zu dem man sich in den Thesen

⁶⁸Diskussionsbeitrag Dr. Warzewska

Die Diskussionsmitschriften wurden im Wortlaut angefertigt. Zitate daraus enthalten daher mitunter Wort- und Grammatikfehler.

⁶⁹Merguet: Eine bedeutungsvolle Tagung.

⁷⁰Diskussionsbeitrag Dr. Dr. Kisker.

⁷¹Rodewischer Thesen, 3. These

entschied, orientierte sich schlicht an der Praktikabilität.⁷²

Die Fokussierung auf die Praxis entwickelte in Rodewisch kaum geahntes Innovationspotenzial. In Rodewisch bildeten die Anstaltspsychiatern die Mehrheit. Die Gemeinschaft gab ihnen das Selbstbewusstsein, die nötigen Schlüsse aus ihren praktischen Erfahrungen zu ziehen, auch wenn dies hieß, dass sie sich den Universitäten entgegenstellten. Ein wichtiges Beispiel hierfür war der Aspekt des Verlaufs und der Prognose psychiatrischer Erkrankungen. Von den Universitäten wurde zu der Zeit gelehrt, dass ein schizophrener Verlauf unbeeinflussbar sei. Hiermit gaben sich die Akteure in Rodewisch nicht zufrieden. Sie stürzten anhand ihrer ärztlichen Erfahrung, die allgemein anerkannte Lehrmeinung und forderten eine stärkere Vernetzung von Forschung und Praxis.⁷³ In den Rodewischer Thesen wurde Forschung gefordert, die sich mit den Methoden und Erkenntnissen der Anstalten auseinandersetzte.⁷⁴ Die anwesenden Krankenhauspsychiatern traten geschlossen für eine Verbesserung und Humanisierung des Ortes Psychiatrie ein. Verbesserung bestand für sie darin, eine größtmögliche Angleichung der psychiatrischen Kliniken an die Normalität, die außerhalb der Kliniken herrschte, herzustellen. Die psychiatrischen Krankenhäuser brachten das gesamte Fach dazu, sich in seinen Fragestellungen nach außen zu öffnen. Dies passte zur Zusammenarbeit mit der Sozialhygiene, die tendenziell versuchte, einen weiten Blickwinkel zu behalten.

In Rodewisch galt das Argument der Praktikabilität höher als jedes andere. Dies kann für das Themenfeld der Sozialpsychiatrie als diskurstiftend angesehen werden, sieht sich die deutsche Sozialpsychiatrie doch bis heute stark in der Praxis verankert. So heißt z. B. eine der wichtigsten sozialpsychiatrisch ausgerichteten Fachzeitschriften „Psychiatrische Praxis“.

Herbert Loos kritisierte, dass aufgrund der „fatalen materiellen“ Situation, die noch zu Wendezeiten in der DDR-Psychiatrie herrschte, sei es nie zu einer konstruktiven Auseinandersetzung mit ihrer „geistigen Hinterlassenschaft“ gekommen.⁷⁵ Die Quellen zum Rodewischer Symposium machen besonders in diesem Punkt deutlich, dass es sich hierbei um eine geistige Hinterlassenschaft der DDR-Psychiatrie handelt, deren Relevanz bis in die heutige Psychiatrie hineinreicht.

⁷²Der tschechische Psychiater Ctirad Skoda gab zu bedenken, dass eine Durchmischung der Patienten das Alltagsleben außerhalb der Anstalten besser abbilde, als eine Trennung. (Skoda: Disk-Beitrag Dr. Skoda, CSSR) Er war jedoch genau wie Ehrig Lange der Meinung, dass es in den großen Einrichtungen unmöglich sei ohne Differenzierungen zu arbeiten. (Diskussionsbeitrag Doz.Dr. Lange, Mühlhausen zum Disk.- Beitrag Dr.Dr. Kisker)

⁷³Abschlussbericht Internationales Symposium über psychiatrische Rehabilitation 23. – 25. Mai 1963 in Rodewisch i.V.

⁷⁴Die Thesen zur Arbeitstherapie formulieren: „Unsere bisherigen Therapieformen haben sich empirisch entwickelt. Dies gilt für die Arbeitstherapie ebenso wie für die Pharmakotherapie der Psychose. Es muss Ziel der Forschung sein, für die jeweiligen Krankheitsbilder die günstigsten arbeitstherapeutischen Möglichkeiten, die den größten therapeutischen Effekt haben, zu finden.“

⁷⁵Loos: Psychiatrie im Ost-West-Vergleich: Psychiatrie braucht Öffentlichkeit.

6.4.2. Therapeutisches Personal wird Teil des Konzeptes

Ebenfalls Teil des Problemfeldes wurde die therapeutische Umdeutung der Interaktion zwischen dem medizinischen Personal und dem Patienten, die von nun an zu den „sozial wirksamen Heil- und Betreuungsmethoden“⁷⁶ gerechnet wurde. Ein personeller Mehrbedarf war unmittelbare Konsequenz dieses therapeutischen Ansatzes. Dass dieser schwerlich durch Ärzte, an denen in der Anstaltspsychiatrie der Zeit ein chronischer Mangel bestand, gedeckt werden konnte, war allen bewusst. So entwickelten die Psychiater neue Berufsbilder, um die Lücke zu füllen, oder versuchten, Aufgaben an schon bestehende Berufsgruppen zu delegieren. Ein Psychiater betonte die Bedeutung des Pflegepersonals, von dem in Zeiten des Ärztemangels eine „besondere Initiative“ und „selbstständiges Handeln“ erwartet wurde.⁷⁷ Jedoch auch andere nicht-ärztliche Berufsgruppen versuchte man in das System der praktischen Psychiatrie einzuplanen. Hier schlug sich ein sozialhygienischer Ansatz in der Psychiatrie nieder. Die Idee, auch Nicht-Mediziner an der Versorgung von Patienten zu beteiligen, war schon in der ursprünglichen Sozialhygiene vor dem zweiten Weltkrieg ein wichtiger Bestandteil gewesen. „Mittlere und kleine Gesundheitsberufe“⁷⁸ gehörten damals ganz selbstverständlich zum sozialhygienischen Konzept. In der DDR knüpften sozialhygienisch tätige Ärzte nicht nur im Bereich der Psychiatrie an diese Tradition an. So stand die GfR nicht ausschließlich Ärzten offen, in dieser medizinischen Gesellschaft konnten auch Psychologen, Physiotherapeuten und Fürsorger Mitglied werden. Dies war in medizinischen Gesellschaften üblicherweise nicht möglich.⁷⁹

In der Psychiatrie fehlte es noch an etablierten therapeutischen Berufen, die die neu verorteten Aufgaben in die Praxis umsetzen konnten. So stellte ein polnischer Teilnehmer die Frage in den Raum, wie ein Beruf aussehen könne, welcher sich um die psychiatrische Rehabilitation kümmere. Gleichzeitig berichtete er von einem von ihm begonnenen Projekt. Er erzählte, dass er vor kurzer Zeit eine Schule für Beschäftigungstherapeuten ins Leben gerufen habe („Sonderschule für Inspektoren für Beschäftigungstherapie“), an der eine zweijährigen Ausbildung absolviert werden konnte. Nun stellte er dem Plenum die Frage, wie das Problem anderswo gehandhabt wurde.⁸⁰

In Rodewisch deutete sich die intensive Einbeziehung therapeutischer Berufsgruppen in die Patientenbetreuung an. Dieses Beispiel zeigt, dass der Rodewischer Diskurs aus der Summe der Erfahrungen eines Kollektivs praktisch arbeitender Psychiater

⁷⁶Rodewischer Thesen, Präambel

⁷⁷Diskussionsbeitrag Dr. Dobiack.

⁷⁸Heinzelmann: Sozialhygiene als Gesundheitswissenschaft: Die deutsch/deutsch-jüdische Avantgarde 1897-1933. Eine Geschichte in sieben Profilen, S. 39.

⁷⁹Persönliches Gespräch mit Frau Prof. Christa Seidel, 08.12.2014 Berlin.

⁸⁰Diskussionsbeitrag Dr. Jaskowjak.

gespeist wurde. Das Interesse belief sich darauf, praktische Lösungsstrategien für reale Herausforderungen des Klinikalltags zu erarbeiten oder sich darüber auszutauschen. Der Vergleich der Vor- und der Endversion der Thesen verdeutlichte, dass die Akteure in Rodewisch den Spielraum, der durch das Betreten inhaltlichen Neulandes entstand, bewusst nutzen. Auch daraus zog die Anstaltspsychiatrie im Laufe des Kongresses neues Selbstbewusstsein, welches in den Rodewischer Thesen an verschiedenen Stellen zum Tragen kam.

6.4.3. Die Klinikstruktur wird in Frage gestellt

In Rodewisch wurde nach alternativen Strukturen in der psychiatrischen Klinik gesucht. So stellte Kisker die Frage in den Raum, ob es sinnvoll sei, „Altersstationen einzurichten, Abt. für Kinder und Jugendliche getrennt zu führen, vielleicht auch für Süchtige und Alkoholiker“. Ebenso fragte er sich, ob man „akute und chronisch Kranke voneinander trennen oder in gemeinsamen Abteilungen belassen“ sollte.⁸¹ Ein reger Meinungsaustausch folgte als Antwort. Den Grundtenor der Diskussion fing die Leitung dann in der dritten These ein:

3. Die Rehabilitation wird erleichtert durch Profilierung der Krankenstationen mit jeweils besonderer Betonung der therapeutischen Inhalte entsprechend der Zusammensetzung der Patienten. Insbesondere sind die klinischen Stationen für akut Erkrankte von denen für chronisch Kranke zu trennen, wobei die jeweils besondere Struktur des Krankenhauses und die örtlichen Bedingungen gewahrt bleiben sollen. Ganz besonders ist eine Differenzierung von Jugend- und Alterstationen erforderlich. Bei verstärkter ärztlicher Besetzung und mit erreichter Bettenauflockerung werden die psychiatrischen Fachkrankenhäuser in dem ihnen zukommenden Maße auf entsprechenden Fachstationen Neurosebehandlungen übernehmen.

Während Joshua Bierer, der auch den ostdeutschen Reformern als Vorbild diente,⁸² differenzierte Stationen für nicht zweckdienlich und Abwechslung für „die Würze des Lebens“ hielt,⁸³ gingen die in Rodewisch zusammengekommenen Psychiater in Opposition zu dieser Ansicht. Später machte sich auch Kisker, der sich während der Rodewischer Diskussion noch ambivalent zeigte, die Rodewischer Meinung zu eigen. In dem von ihm mitverfassten Artikel „Dringliche Reformen in der psychiatrischen Krankenversorgung

⁸¹Diskussionsbeitrag Dr. Dr. Kisker.

⁸²Eichler: Brief an Herrn Prof Dr. Renker vom 20.08.1960.

⁸³Bierer: Eine Revolution in der Psychiatrie Großbritanniens.

der Bundesrepublik“, der als wegweisend für die Sozialpsychiatrie der Bundesrepublik gilt, werden Alters- und Adoleszenzabteilungen als „besondere Schwerpunkte des psychiatrischen Gemeindezentrums“ bezeichnet.⁸⁴

Die Rodewischer Thesen waren ein Konsenspapier. Es handelte sich nicht um ein Niederschreiben schon gefestigter Standpunkte. Der in Rodewisch gefundene Konsens wurde in die Thesen eingearbeitet. Rodewisch wagte es, eigene Wege zu gehen.

6.4.4. Das Sicherungsprinzip tritt in den Hintergrund

Förderlich hinsichtlich der Formulierung des Papiers war, dass von Anfang an ein klarer Arbeitsauftrag bestand. Es sollten „Grundsätze für die weitere Entwicklungsarbeit des psychiatrischen Krankenhauswesens als gemeinsame Arbeitsgrundlage“ geschaffen⁸⁵ und dann an die Ministerien der sozialistischen Länder weitergereicht werden. Die Umsetzung, so erweckte es den Anschein, war nur noch eine Formsache, ganz unabhängig von den Standpunkten, die sie beinhalten würden.

Die im Vorfeld ausgesprochene Garantie stärkte den Stand der Anstaltspsychiatrie. Sie konnte zusammentragen, was sie zukünftig für das psychiatrische Krankenhauswesens für wichtig hielt. Es war möglicherweise diese Vorablegitimation, die dazu führte, dass die Krankenhauspsychiatrie sich in ihren Forderungen weit nach vorne wagte. Innerhalb der Krankenhauspsychiatrie gab es einen starken Trend zur Öffnung von Stationen und zum Abbau von Zwangsmaßnahmen.⁸⁶ Allgemein bekannt ist, dass solche Trends aus England und den USA kamen. Das Symposium machte deutlich, dass es auch in Osteuropa Klinikleiter gab, die ihre Stationen offen führten.⁸⁷ Was innerhalb der Psychiatrie auf breite, wenn auch nicht auf ausnahmslose Zustimmung traf, stieß in anderen Fachdisziplinen und ganz sicher auch in der Bevölkerung noch auf Ressentiments, dessen waren sich die Akteure bewusst. Das Rodewischer Symposium zeigte, dass Öffnung an Kliniken wie Rodewisch oder Prag⁸⁸ in der Praxis funktionierte. Dies führte dazu, dass die Psychiater ihre Forderungen nachdrücklicher und mit mehr Selbstbewusstsein stellten.

In einer ersten Version der Rodewischer Thesen formulierten die Psychiater noch recht zaghaft, dass „der Weg“ „vorgezeichnet“ sei zum „Offene-Tür-System“, das jedoch

⁸⁴Häfner/Baeyer/Kisker: Dringliche Reformen in der psychiatrischen Krankenversorgung der Bundesrepublik.

⁸⁵Erstversion der Empfehlungen zur Rehabilitation psychisch akut und chronisch Kranker, Symposiumsbeitrag vom 23.05.1963.

⁸⁶Siehe auch Abschnitt „Provinz als Avantgarde: Die Klinik Rodewisch“

⁸⁷Siehe Kapitel „Reformpsychiatrie in Osteuropa“

⁸⁸Prokupek: Unsere Erfahrungen mit der Einführung des Offene-Tür-Systems.

„verantwortlich hinsichtlich dem Schutz der Öffentlichkeit abgegrenzt werden“ müsse.⁸⁹ Während des Kongresses fand dann eine Entwicklung statt. Die Psychiater definierten ihre eigene Rolle neu und wollten nicht weiter den Sicherungsauftrag akzeptieren, der von außen an sie herangetragen wurde. Sie sahen sich nicht länger als Wächter, sondern als Therapeuten, wie die Endversion der Rodewischer Thesen klar herausstellte. Der Schutz der Öffentlichkeit war als Argument in der Endversion der Thesen nicht länger existent. Stattdessen rückte das Patientenwohl an erste Stelle. Das „Sicherungsprinzip der Heil- und Pflegeanstalt“ sollte dem „Fürsorgeprinzip des Fachkrankenhauses“⁹⁰ weichen. Die funktionierende Praxis diente als Argument, für die allgemeine Öffnung psychiatrischer Stationen einzustehen.

6.5. Probleme des Schwachsinn – das Symposium und die Kinderpsychiatrie

Liese-Lotte Eichler hatte das Rodewischer Symposium konzipiert und einen Großteil der Referenten bestimmt. So nutzte sie Rodewisch zur eigenen fachlichen Weiterentwicklung und zur Pflege fachlicher Kontakte. Für keinen Bereich galt dies wohl so stark, wie für den Themenkomplex der Kinderpsychiatrie. Eichler war es gelungen, an der ehemaligen Kinder-Euthanasie-Anstalt Brandenburg-Görden⁹¹ einen Neuanfang zu machen und die Klinik zu einer nationalen Vorzeigeklinik in diesem Fachgebiet auszubauen, deren Einzugsgebiet die gesamte DDR umfasste.⁹² Besonders diesem Gebiet der Psychiatrie fühlte sie sich verpflichtet – so sehr verpflichtet, dass später Vorwürfe gegen sie aufkommen sollten, sie vernachlässige die anderen Aufgaben in der Psychiatrie zugunsten ihres Steckenpferdes.⁹³

Eine Schrift der Lebenshilfe beschrieb die Situation nach 1945 folgendermaßen: „Nach dem Krieg wurden wieder Kinder mit geistigen Schädigungen geboren, doch niemand wußte so recht, wie es mit ihnen weitergehen sollte. Sie passten nicht in die bestehenden Kindergärten und Schulen und blieben deshalb vor deren Türen. Niemand konnte den Eltern einen Rat erteilen, denn kaum jemand wußte zu jener Zeit, ob und wie man geistig behinderte Kinder erziehen und fördern konnte.“⁹⁴ Eine Situationsbeschreibung,

⁸⁹Erstversion der Empfehlungen zur Rehabilitation psychisch akut und chronisch Kranker, Symposiumsbeitrag vom 23.05.1963.

⁹⁰Rodewischer Thesen, 3.These

⁹¹Falk/Hauer: Brandenburg-Görden Geschichte eines psychiatrischen Krankenhauses, 69ff.

⁹²Ebd., S. 175.

⁹³Ebd., S. 223.

⁹⁴Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V. (Hrsg.): Lebenshilfe für geistig Behinderte. 25 Jahre, Rückblick, Ausblick, 6f.

die so sicherlich auch auf die Nachkriegssituation in der DDR zutraf.⁹⁵ Die Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind e.V. war im westdeutschen Marburg beheimatet. Eichler unterhielt mit dem Verein seit 1959 einen regen Austausch. Erst hatte sie Artikel über den Verein beobachtet, ab Ende der 50er-Jahre entstand dann ein umfangreicher Gedankenaustausch, besonders zwischen Eichler und dem Gründer der Organisation Tom Mutters, aber auch zwischen ihr und Dorothea Schmidt-Thimme, einer weiteren Mitarbeiterin des Vereins.⁹⁷

Mit den drei Genannten hatten sich Personen gefunden, die auf ihrem Gebiet Aufbauarbeit leisteten und nicht auf Vorbilder zurückgreifen konnten. Umso interessierter schienen sie an der Arbeit des jeweils anderen zu sein und umso wertschätzender traten sie bezüglich der Arbeit des Gegenübers auf. Eichler und Mutters tauschten Schriften und Fachartikel aus und luden sich gegenseitig zu Kongressen und Veranstaltungen ein.⁹⁸ Das wechselseitige Interesse speiste sich aus ähnlichen Herausforderungen, waren die Probleme, vor denen sie standen, doch „hüben und drüben[...]dieselben“.⁹⁹ Die Einladungen zu Kongressen und Zusammenkünften waren teils erfolgreich, beispielsweise als Eichler 1961 einen Vortrag beim Marburger Ortsverein der Lebenshilfe hielt¹⁰⁰ oder auch als Schmidt-Thimme am Rodewischer Symposium in der DDR teilnehmen konnte. Mitunter wurden Reisen Eichlers oder ihrer Mitarbeiter nicht genehmigt.¹⁰¹

Insgesamt genoss Eichler mit ihrer Klinik Brandenburg-Görden bei dem Verein ein hohes Ansehen und diente in mancherlei Hinsicht auch als Vorbild für die westdeutschen Kollegen. Insofern scheint es kaum gerechtfertigt, dass Eichler bisher in Abhandlungen über die Kinderpsychiatrie in Deutschland nicht genannt wird.¹⁰²

⁹⁵Ähnlich konnte man sich wohl auch die Situation in Brandenburg-Görden nach dem Krieg vorstellen. Erschwerend kam hinzu, dass das Krankenhaus das Erbe Hans Heinzes mit sich trug, der einer der Euthanasie-Begutachter in der NS-Zeit gewesen war. (Falk/Hauer: Brandenburg-Görden Geschichte eines psychiatrischen Krankenhauses, 90f) Er hatte in Brandenburg Görden gemeinsam mit anderen Ärzten und Pflegern der Anstalt die Ermordung kranker und behinderter Kinder zu verantworten gehabt.⁹⁶

Heinze pflegte zudem eine enge Zusammenarbeit mit Julius Hallerforden, damals tätig am Kaiser-Wilhelm-Institut für Hirnforschung des Krankenhauses Berlin-Buch. Beide wissenschaftlich ambitioniert und ehrgeizig, nutzten sie Görden um hier Kinder und Jugendliche zu konzentrieren, deren Leiden sie als interessant für ihre Forschung einstufte. Die im Nationalsozialismus möglich gewordene Euthanasie nutzten sie systematisch für die Weiterentwicklung ihres Forschungsschwerpunktes. (ebd., S. 82-89)

Umso größer war Eichlers Verdienst einzustufen, genau diese Anstalt zu einem innovativen Zentrum der damaligen Zeit zu formen.

⁹⁷08.3/005 Schriftenwechsel mit der Bundesvereinigung für das geistig behinderte Kind e.V.

⁹⁸Ebd.

⁹⁹Als Gast beim internationalen Symposium im Vogtland.

¹⁰⁰Thimme: Neue Wege der Heilpädagogik „Lebenshilfe“ hörte Bericht über das Psych. Kranken Görden.

¹⁰¹08.3/005 Brief Dorothea Schmidt – Thimme an Liese-Lotte Eichler vom 07.06.1963.

¹⁰²Insgesamt wurde die Kinderpsychiatrie der DDR bisher innerhalb von Schriften zur DDR Psychiatrie behandelt. (Falk/Hauer: Brandenburg-Görden Geschichte eines psychiatrischen Krankenhauses, Siehe z. B.)

Gerhard Göllnitz, der ebenfalls einen Teil seiner beruflichen Laufbahn in der DDR verbrachte stellte hierbei wohl die einzige Ausnahme dar. (Castell u. a.: Geschichte der Kinder – und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937–1961, S. 329)

Besonders die Heilpädagogik stellte einen Arbeitsschwerpunkt Eichlers dar und mit ihren Erfolgen auf diesem Gebiet verschaffte sie sich auch bei den westdeutschen Kollegen Respekt. Der ungarischen Barczy-Methode verhalf sie zu Bekanntheit auch über die DDR und Ungarn hinaus.¹⁰³ In ihrem Spezialgebiet konnte sie auch durch die erfolgreiche Benutzung neuer Medien in der DDR Aufsehen erregen. So gewann sie 1962 auf dem II. internationalen Kongress für Rehabilitation den 1. Preis im Bereich Film. Es handelte sich dabei um einen Hochschul-Farb- und Tonfilm, der die Förderung geistig schwer behinderter Kinder zeigte.¹⁰⁴ Eichlers rege Tätigkeit im Bereich Film war in der Psychiatrie mindestens in der DDR, möglicherweise auch im gesamten deutschen Raum ein Alleinstellungsmerkmal.¹⁰⁵ Dass der Film auch von den Kollegen der Lebenshilfe aus Westdeutschland angefordert wurde,¹⁰⁶ war ein weiteres Zeichen für die Wertschätzung, die Eichler auch aus Westdeutschland zuteil wurde.

Dies galt dann auch für das Rodewischer Symposium über psychiatrische Rehabilitation. So war es kaum verwunderlich, dass sich unter den Referenten zum Themenkomplex der Kinderpsychiatrie auch Schmidt-Thimme befand, die dort den Lebenshilfe e.V. vorstellte.¹⁰⁷ Der beschriebene Hintergrund macht deutlich, dass die Kinderpsychiatrie keinen Themenkomplex, der zufällig in das Rodewischer Themenensemble geraten war. Es handelte sich hierbei vielmehr um das Hauptarbeitsfeld der vielleicht wichtigsten Akteurin im Bezug auf Rodewisch. Die bisherige Rezeption der Rodewischer Thesen und des Symposiums blendeten den Schwerpunkt des letzten Tages aber konsequent aus. Eine Neuwertung des Rodewischer Symposiums auch als Teil der Geschichte der Kinderpsychiatrie in Deutschland erscheint deshalb angemessen.

Die Rodewischer Thesen zur Kinderpsychiatrie ähnelten den beiden vorherigen Teilen insofern, als sie sich kaum mit Details abgaben. Diese wie auch die anderen beiden Teile forderten Neuordnung und Neuorientierung auf einer höheren Ebene. So war eines ihrer Ziele, überhaupt ein Problembewusstsein dem Fach gegenüber zu schaffen. Eine weitere Forderung, die die Thesen anführten, war die Schaffung von Strukturen. Ein System der Früherfassung sollte aufgebaut, Beobachtungskliniken sollten geschaffen werden. Weiterhin traten die Thesen für die interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener medizinischer Fächer unter Mitarbeit von Psychologen und Pädagogen ein.¹⁰⁸ Eichler formulierte damals schon ein Konzept zum Umgang mit psychiatrisch auffälligen Kindern, welches heute in sozialpädiatrischen Zentren in der Bundesrepublik die

¹⁰³So berichtete Eichler 1961 auf dem dritten Weltkongress für Psychiatrie in Montreal von der von ihr angewendeten Methode. (08.3/005 Brief Eichler an Renker vom 15.06.1961)

¹⁰⁴Auskunft Herr Florian Pfleger, Personalleiter des Asklepios-Klinikums Brandenburg, anhand der Unterlagen zu Frau Dr. Liese-Lotte Eichler.

¹⁰⁵Viele der Filme sind heute über das HTW-Medienarchiv der Hochschule für Technik und Wirtschaft in Berlin zugänglich gemacht worden.

¹⁰⁶08.3/005 Brief Eichler an Schmidt-Thimme vom 27.08.1963.

¹⁰⁷Schmidt-Thimme: Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind.

¹⁰⁸Rodewischer Thesen, Thesen zum Rahmenthema Kinderpsychiatrie

Normalität darstellt. Wie diese Forderung sich zu Entwicklungen in der Pädiatrie und Kinderpsychiatrie in der DDR stellte, muss aber offen bleiben, bis genauere historische Untersuchungen dieser Gebiete vorliegen.

6.6. Rodewisch – die Uni zu Gast in der Anstalt

Rodewisch bedeutete einen Reformversuch. Leonhard fungierte als Vertreter der Universitätspsychiatrie. Er war gleichzeitig Mitbegründer, der zu diesem Zeitpunkt gültigen Nosologie. Formal gehörte er zu den Mitautoren der Rodewischer Thesen.¹⁰⁹ Dennoch standen Leonhards Grundpositionen, im prinzipiellen Gegensatz zu den in Rodewisch formulierten Thesen, teilte seine Psychopathologielehre Patientengruppen von Beginn an in therapierbar und nicht therapierbar ein.

Ein Ansatz, den die Rodewischer Thesen mitnichten teilten. Nicht zuletzt durch die Impulse, die von der Sozialhygiene auf den psychiatrischen Diskurs wirkten, rückte nun die Rehabilitierbarkeit ins Zentrum des Interesses. Dies war wichtig, da Symptomfreiheit ein hochgestecktes Ziel war. Viele der chronisch kranken Patienten aus psychiatrischen Krankenhäusern würden es wohl auch bei bester Behandlung nie erreichen können.

Viel realitätsnaher war das Ziel der Wiedereingliederung z. B. in den Arbeitsprozess. Dieses Ziel war ein funktionelles, mit Leonhards theoretischem Modell hatte es wenig gemein. Gleichzeitig rückte eine für Leonhard ganz wesentliche Frage weit in den Hintergrund. Die Frage, ob ein Patient therapierbar war oder nicht, stellte sich nun primär nicht mehr. Leonhard wirkte daher in Rodewisch auch wie ein Residuum vergangener Zeiten. Seine Psychopathologie war plötzlich ein Gewicht, welches Neuerungen stoppte. Kurz: Die Psychopathologie war kein Instrument, dessen sich die Akteure in Rodewisch bedienen wollten. So prallten zwei grundsätzlich verschiedene Krankheitskonzepte, aber auch unterschiedliche psychiatrische Selbstverständnisse aufeinander.

Deutlich zeigte dies ein Dialog, zwischen Leonhard und Kisker. Leonhard verwies auf die zwingende Notwendigkeit, Schizophrenie und die endogenen Psychosen zu unterscheiden, und betonte die besondere Bedeutung der Prognose.¹¹⁰ Kisker gab ihm daraufhin zu

¹⁰⁹Die Redaktionskommission des Rodewischer Symposiums über psychiatrische Rehabilitation wurde gebildet von: Eichler (Vorsitzende), Walther, Quandt, Lange, Lammert, Leonhard und Vertreter der sozialistischen Länder. (02.8/004 Protokoll der Vorstandssitzung der Gesellschaft für Rehabilitation 22.05.1963)

¹¹⁰Etwas mehr möchte ich sagen zu dem Vortrag von Herrn Kisker, aber auch nicht zu dem wesentlichen Inhalt seines Vortrages, sondern zu einer Bemerkung, die er nebenbei gemacht hat indem er sagte, die Einteilung der Schizophrenien in trennbare Krankheitsformen sei nicht möglich[...]Kraepelin[...]hat sich sehr eingehend bemüht um feinere Aufteilungen.[...]Nur das prognostisch Negative sah Kraepelin als das, was ihn berechtigte, von einer Dementia praecox zu sprechen.

verstehen, dass dies ausdrücklich nicht das Hauptanliegen seines Vortrages gewesen war, und zweifelte Leonhards Aussage an, indem er den Wert einer Prognosestellung aus dem „descriptiv-syndromatischen Eindruck“ anzweifelte.¹¹¹ Mit dem Grundtenor eines therapeutischen Optimismus, wie ihn die Rodewischer Thesen und auch das Symposium ausstrahlten, konnte sich Leonhard nicht identifizieren.

Leonhard trat zudem für eine dosierte Fatalität ein, indem er nicht bei jedem Patienten die Notwendigkeit eines sofortigen Therapiebeginns sah. Abhängig von der Art der psychiatrischen Erkrankung heilten manche Formen aus, einige waren unheilbar. Die Prognose hielt er für abhängig vom Krankheitsbild und für nur wenig beeinflussbar.¹¹² Leonhard beteiligte sich dennoch rege an den geführten Diskussionen. Er war 1963 nicht nur in der DDR eine Autorität, was psychiatrische Fragestellungen anging. In Rodewisch wurde ihm mit großem Respekt begegnet; so wertete Kisker an einer Stelle eine Bemerkung Leonhards zu seinem Vortrag als „ehrentvoll“.¹¹³

Ungeachtet dessen wurde in den Dialogen doch deutlich, dass Leonhard, seinen ausschweifenden Ausführungen zum Trotz, in Rodewisch nur eine Statistenrolle spielte. Zwischen ihm und den anderen Teilnehmern blieb der Dialog stockend. Leonhard äußerte sich nie zu den Kernproblemen, welche die Referate behandelten, an ihnen hatte er kein Interesse. Er fragte nach, kritisierte oder stellte richtig, bezog sich dabei aber immer auf eher nebensächlich Erwähntes.¹¹⁴ Besonders an der Frage der Prognose verlief in Rodewisch eine der Trennlinien zwischen den beiden Psychatrieformen Krankenhaus und Uni. Das Selbstverständnis der Universitätspsychiatrie war geprägt durch eine Wissenschaftlichkeit, die vor Therapiebeginn eine exakte Diagnosestellung für essenziell hielt und an ihr das weitere therapeutische Vorgehen ausrichtete. Die Konsequenz war, dass Patienten, bei denen eine Besserung nicht zu erwarten war, einer Therapie im universitätspsychiatrischen Sinne unterzogen wurden. Die einzige Maßnahme, die Leonhard als wirksam ansah. Handelte es sich um eine selbstaushelnde Form, war Rehabilitation, was bei ihm synonym für Arbeitstherapie verwendet wurde, eine legitime Maßnahme, um die Zeit bis dahin zu überbrücken.¹¹⁵ Eine tatsächliche Wirkung auf den Krankheitsverlauf nahm er wohl nicht an. Habe man im Vorfeld keine genaue Diagnose gestellt, so erklärte er, könne man im Nachhinein keine Aussage darüber treffen, ob

¹¹¹Diskussionsbeitrag Dr. Dr. Kisker.

¹¹²Diskussionsbeitrag Prof. Leonhard, Berlin, Symposium Diskussion 23.05.1963 S. IV.

¹¹³Diskussionsbeitrag Dr. Dr. Kisker.

¹¹⁴So wollte er von Merguet wissen, ob der, in dem von ihm gezeigten Film, Patient seinen „physischen Stupor“ überwand und wieder zu sprechen anfang. (Diskussionsbeitrag Prof. Dr. Leonhard vom 23.05.1963) Er äußerte sich zu einem Randdetail des Films und ignorierte die Hauptproblematik schlicht. Ähnlich ging er bei seinem Kommentar zu Kiskers Vortrag vor. Dieser referierte über die „Pharmakotherapeutischen Voraussetzungen der Rehabilitation Schizophrener“ (Kisker: Pharmakotherapeutische Voraussetzungen der Rehabilitation chronisch Schizophrener). Leonhard ließ es sich nicht nehmen dem Kollegen darzulegen, dass Kraepelin sich sehr wohl um eine Unterteilung der Schizophrenie in verschiedene Krankheitsformen bemüht habe, das zusammenhaltende Element sei einzig und allein die Prognose gewesen.

¹¹⁵Diskussionsbeitrag Prof. Dr. Leonhard vom 23.05.1963.

Therapien wirkten. Ob der normale Verlauf oder die ergriffene Maßnahme zur Besserung geführt habe, könne somit nicht mehr festgestellt werden.¹¹⁶

Während Leonhard die frühe Krankheitsphase ins Zentrum seines Interesses stellte, konnte dies für die Krankenhauspsychiatrie zu keinem akzeptablen Ergebnis führen. Der überwiegende Teil der Patienten, mit dem die Krankenhauspsychiatrie arbeitete, war chronisch krank und Heilung im Sinne einer Restitutio ad integrum für viele nicht sehr wahrscheinlich. In Rodewisch jedoch unternahmen Psychiater vom Optimismus neuer Therapien getragen den Versuch, sämtliche psychiatrische Patienten wieder als behandelbar zu definieren. Neben den sozial wirksamen Behandlungsmethoden, bezogen sie explizit auch die Pharmakotherapie als wesentlichen Grundpfeiler in diesen Optimismus ein.¹¹⁷ In der Rückschau scheint es deshalb so, als hätten sich die Anwesenden durch die erste der Rodewischer Thesen Leonhard entgegenstellen wollen, indem sie schrieben, dass „unabhängig von allen hypothetischen Vorstellungen über das Wesen und die Nosologie der Psychosen [...] in jedem Fall eine aktive therapeutische Einstellung zu fordern“ sei.

Die Anstaltspsychiatrie¹¹⁸ wendete sich in Rodewisch erstaunlich offen und selbstbewusst von der Nosologielehre ab.¹¹⁹ Sie machte sich in diesem Moment unabhängig von den Universitäten, und das Ergebnis war ein Konzeptpapier, welches einen weiten Wirkradius haben sollte. Die Akteure hatten in Rodewisch noch nicht den Anspruch, ihre Forderungen auf die gesamte Psychiatrie auszuweiten. Hierdurch eröffnete sich ein größerer thematischer Freiraum. Sie konnten sich leichter von Dogmen lösen, wie sie die Universitätspsychiatrie vertrat. Die geforderte aktive Therapie und die spätere Sozialpsychiatrie wehrten sich gegen das fatalistische Krankheitsbild, wie es die Universitätspsychiater zeichneten.

In Rodewisch spielte das Verhältnis der beiden psychiatrischen Institutionen Uni und Anstalt eine große Rolle. Es muss betont werden, dass die Grenze zwischen beiden trotzdem nicht starr war. Im Gegenteil waren Wechsel von der einen in die andere Institution durchaus üblich. So kam es, dass einige der im Krankenhauswesen tätigen Psychiater wie z. B. Ehrig Lange (Psychiatrisches Krankenhaus Pfaffenrode) die Ideen der Rodewischer Thesen auch relativ bald mit an die Universitätsklinik nahmen.¹²⁰ Dort hatten sie insofern bessere Chancen auf Verwirklichung, als die materielle Ausstattung an der Universität in der Regel besser als am psychiatrischen Krankenhaus war. Die

¹¹⁶Diskussionsbeitrag Prof. Dr. Leonhard vom 23.05.1963, lange Version.

¹¹⁷Rodewischer Thesen, 1.These.

¹¹⁸Mit Anstaltspsychiatrie sind in diesem Fall nicht unbedingt nur psychiatrisch Tätige gemeint, die zu dem Zeitpunkt auch in der Anstalts- oder auch Krankenhauspsychiatrie arbeiteten. Vielmehr sind Psychiater gemeint, die unabhängig von ihrem jetzigen Arbeitsplatz schon eine Zeit in der Krankenhauspsychiatrie arbeiteten und daher für die Probleme dieser Institution sensibilisiert waren.

¹¹⁹1.These

¹²⁰Felber/Sauermann: Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Ehrig Lange.

Kapitel 6. Das Rodewischer Symposium über psychiatrische Rehabilitation

Rodewischer Thesen konnten entstehen, da sich für einige Tage das Gewicht derer verschob, die normalerweise im psychiatrischen Austausch die Themenschwerpunkte setzten und die Diskussionsinhalte festlegten. Die wenigen Universitätspsychiater waren Gäste auf einem Symposium, welches sich besonders mit den Belangen der Krankenhauspsychiatrie befasste und dabei von den sozialhygienischen Organisationen unterstützt wurde.

Wie in den vorherigen Kapiteln ausführlich dargelegt wurde, lagen Planung, Organisation und thematische Schwerpunktsetzung in den Händen weniger, diese jedoch allesamt Psychiater aus psychiatrischen Krankenhäusern. Als Kongress mit wissenschaftlichem Anspruch hatte das Rodewischer Symposium ein Alleinstellungsmerkmal. So sehr der Ansatz den einen gefiel, so sehr missfiel er den anderen. Die Ärzte und Therapeuten, die täglich im Krankenhauswesen arbeiteten und mit den Problemen dieser Institution konfrontiert wurden, versuchten, die Rodewischer Thesen relativ schnell in ihrer täglichen Arbeit umzusetzen, soweit dies möglich war.¹²¹ Quandt und Leonhard, die in Rodewisch auf Wunsch der GfR die Universitätspsychiatrie repräsentierten, waren, wie in den vorherigen Kapiteln deutlich gemacht wurde, kaum interessiert an dem Symposium um seiner selbst willen. Die Skepsis der Unipsychiater wurde im Nachhinein manifest durch eine Weigerung Leonhards, auch nur eine einzige der geplanten Veröffentlichungen abzunehmen.¹²² Auf dem Symposium selbst gelang es der Universitätspsychiatrie kaum, Akzente zu setzen. Dennoch bildeten ihre Äußerungen Kontraste zu denen der anderen Teilnehmer. Die Diskrepanz der Standpunkte erklärte, warum Fragen der psychiatrischen Rehabilitation auf einer von der Universitätspsychiatrie dominierten Veranstaltung wenig Platz gefunden hätten und in der Regel auch wenig Platz fanden.

¹²¹02.7/002 Liese – Lotte Eichler: Verwirklichung der Rodewischer Thesen in den Krankenhäusern für Psychiatrie des Bezirkes Potsdam 23.05.1964.

¹²²Walther: Brief an Frau Dr. Eichler vom 01.10.1963.

Kapitel 7.

Reformpsychiatrie in Osteuropa: der Beitrag der osteuropäischen Psychiatrie zum Symposium

Das Symposium über psychiatrische Rehabilitation in Rodewisch war der erste in einer Reihe von vier Kongressen, die sich auf der östlichen Seite des Eisernen Vorhangs mit sozialpsychiatrischen Themen auseinandersetzten. Es sollten später Symposien in Branice (Polen), Slantschew-Bjag (Bulgarien) und Leningrad an Rodewisch anknüpfen und die dort bearbeiteten Themen wieder aufnehmen.¹

Die sozialhygienischen Organisationen hatten Simultanübersetzung verfügbar gemacht und dafür gesorgt, dass Sprachgrenzen in Rodewisch kein Problem darstellten. So konnten auch Fachleute aus dem Ausland Symposium und Thesen mitgestalten. Internationalität war in diesem Bezug weit mehr als nur ein Randdetail, denn wichtige Impulse kamen aus dem Ausland. Das Rodewischer Symposium spiegelte Handlungsspielräume osteuropäischer Psychiater wider. Es bewies, dass es auch östlich der DDR Reformpsychiatrie gab. Diese war mitunter weiter fortgeschritten als die der DDR und Westdeutschlands.

Referanten und Teilnehmer stammten aus der UdSSR, der CSSR, Ungarn, Polen und Bulgarien. Ihre Referate befassten sich mit der sozialen² und psychiatrischen Rehabilitation,³ mit Rehabilitationsproblemen⁴ und dem Offene-Tür-System in der Psychiatrie.⁵ Es kamen wichtige Anregungen aus dem Ausland, sodass die These, die Rodewischer Thesen und das Symposium hätten ihre Ideen primär aus westlichen Ländern entliehen,⁶ nicht länger haltbar ist. Ganz im Gegenteil schloss die DDR damit erst zu anderen osteuropäischen Ländern auf. Dispensaires z. B. waren im kommunistischen Osteuropa die angestrebte Versorgungsform. Dies galt auch für die Psychiatrie. Während

¹Späte/Thom/Weise: Theorie, Geschichte und aktuelle Tendenzen in der Psychiatrie, 124f.

²Melechow: Die soziale Readaption psychisch Kranker in der UdSSR.

³Gnat/Godorowski: Psychiatrische Rehabilitation in Polen.

⁴Pantalejev: Rehabilitationsprobleme psychisch Kranker und unsere Erfahrungen.

⁵Prokupek: Unsere Erfahrungen mit der Einführung des Offene-Tür-Systems.

⁶Eghigian: Was there a Communist Psychiatry? Politics and East German Psychiatric Care, 1945-1989.

Westdeutschland sich an Westeuropa mit Großbritannien, Skandinavien und den USA orientierte, setzten die ostdeutschen Psychiater sich auch mit osteuropäischen Ländern auseinander.

7.1. CSSR: Reformpsychiatrie als Staatsangelegenheit

England und die USA stellten für Rodewisch insgesamt und auch für die Psychiater Osteuropas Orientierungspunkte dar,⁷ aber über die Phase der Orientierung waren viele von ihnen zu diesem Zeitpunkt längst hinaus, hatten sie doch bereits Arbeitskonzepte entwickelt und ausprobiert. So waren in den osteuropäischen Ländern spezielle Therapien entwickelt worden, die in Rodewisch vorgestellt werden konnten. Deshalb gab es Psychiater in der DDR, die neidvoll nach Osten blickten, wo den tschechischen und polnischen Kollegen größere Freiheit in der Gestaltung ihres Berufes eingeräumt wurde. Auch waren diese international besser eingebunden.⁸

Im deutschen Sprachraum behandelte mit dem Rodewischer Symposium erstmals eine größere Fachveranstaltung Reformen in der Patientenversorgung. In Polen und in der CSSR standen diese Themen, ebenso wie z. B. in Großbritannien, schon länger auf der Tagesordnung. Am psychiatrischen Krankenhaus in Prag beispielsweise gab es seit den 1950er-Jahren einen Wandel hin zur Öffnung der Stationen, Verkleinerung der Kliniken und Dezentralisierung der versorgenden Institutionen. Im Jahr 1953 war damit begonnen worden, in der CSSR die flächendeckende ambulante Versorgung voranzutreiben, sodass schon im Jahr 1963 die Anzahl der wieder aufgenommen Patienten gut die Hälfte der gesamten Patientenzahl ausmachte.⁹ Dies war ein Zeichen einer Entwicklung, die später abschätzig als Drehtürpsychiatrie bezeichneten wurde. Zu diesem Zeitpunkt bedeutete sie jedoch die Abkehr von Psychiatrie als Verwahrinstitution für Jahre und Jahrzehnte. Sie eröffnete den Patienten die Option, einen Teil ihrer Zeit bei ihren Familien zu verbringen, und bedeutete die Chance auf Rehabilitation und soziale Reintegration. Eine Entwicklung, die in Westdeutschland erst in den späten sechziger Jahren manifest werden sollte.¹⁰ Allgemeine Krankenhäuser hielten ebenfalls psychiatrische Betten vor.¹¹ In der CSSR wurde systematisch und nicht nur punktuell eine Verbesserung der Ver-

⁷Handschriftliche Notiz undatiert.

⁸Groß: *Jenseits des Limes*, 161f.

⁹Prokupek/Stuchlik/Grov: *Czechoslovak Psychiatry*, S.129ff;
Prokupek: *Social Trends in Czechoslovak Psychiatry*

¹⁰Vgl. bspw. Häfner/Martini: *Das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit – Gründungsgeschichte und Gegenwart*, S.21.

¹¹Prokupek/Stuchlik/Grov: *Czechoslovak Psychiatry*, S. 131.

sorgung in Angriff genommen. Grund hierfür war, dass die Politik dieses Vorhaben unterstützte. Im Jahr 1958 hatte das Gesundheitsministerium des Landes der Psychiatrie höchste Priorität eingeräumt. Auf Basis dieses Erlasses wurde es möglich Versorgungsdefizite zu bekämpfen.¹² Seit den frühen 50er-Jahren bestand in der CSSR der Plan, psychiatrische Ambulanzen flächendeckend einzurichten, sodass Ende des Jahres 1966 264 psychiatrische Ambulanzen über das Land verteilt gezählt werden konnten.¹³

Joseph Prokupek hatte das Amt des tschechischen Staatspsychiaters inne.¹⁴ In der CSSR saß mit Prokupek offensichtlich ein Reformers an der entscheidenden Schaltstelle. Neben der systematischen Dezentralisierung und Ambulantisierung trat Prokupek zudem für die Öffnung der Stationen ein. Josef Prokupek war gleichzeitig Leiter des Prager Psychiatrischen Krankenhauses Branice. Er war in die Organisation des Symposiums stark eingebunden und reiste im Vorfeld mehrfach nach Rodewisch, um Rolf Walter bei der Vorbereitung der Großveranstaltung zur Seite zu stehen.¹⁵ Hieran wird deutlich, dass Prokupek der Veranstaltung einen hohen Stellenwert zuschrieb. Dies lag daran, dass er sich selbst schon lange auf dem Gebiet der psychiatrischen Rehabilitation engagierte. Am von ihm geleiteten Krankenhaus gab es bereits seit den 1950er-Jahren einen Wandel hin zu offener Stationsgestaltung, Verkleinerung der Kliniken und wohnortnaher Versorgung. Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern wurden eingerichtet. Einer nur gering ansteigende Anzahl von Betten, standen stetig steigenden Aufnahmezahlen, als Zeichen des erhöhten Durchlaufes an Patienten, gegenüber.¹⁶ Dies dokumentierte die Abkehr von der reinen Verwahrspsychiatrie zu Kliniken, die entließen und bei Bedarf wieder aufnahmen.

Prokupek berichtete in Rodewisch von seinen dreijährigen Erfahrungen mit dem System der offenen Tür. Es hatte zu einem vertrauensvolleren Therapeut-Patienten-Verhältnis geführt und die Anzahl freiwilliger Aufnahmen erhöht, sowie die Hospitalisierungsdauer gesenkt.¹⁷

Prokupek war es durch seine Position schon früh möglich gewesen, Neuerungen in der CSSR anzustoßen und so konnte er in Rodewisch von langjährigen Erfahrungen berichten. In Rodewisch war Tschechien eines der Länder, welches durch die gewonnenen Erkenntnisse Einfluss auf den Verlauf der Tagung und den Wortlaut der Rodewischer Thesen nahm.

In der CSSR hatte es demnach schon sehr viel früher als in Deutschland eine Sensibilisierung für Reformen in der Psychiatrie gegeben. Die tschechische Psychiatrie als sozialpsychiatrisch zu bezeichnen, ginge aber zu weit. In der Mehrheit teilten die

¹²Prokupek/Stuchlik/Grov: *Czechoslovak Psychiatry*, S. 129.

¹³Prokupek: *Social Trends in Czechoslovak Psychiatry*.

¹⁴Protokoll der Vorstandssitzung der Gesellschaft für Rehabilitation am 09 Januar 1963 in Leipzig.

¹⁵Ebd.

¹⁶Prokupek: *Social Trends in Czechoslovak Psychiatry*.

¹⁷Prokupek: *Unsere Erfahrungen mit der Einführung des Offene-Tür-Systems*.

tschechischen Psychiater ein somatisches Krankheitsverständnis.¹⁸

7.2. Ungarn: Milieuthherapie und Heilpädagogik jenseits des Mainstream

In Ungarn gab es vor 1945 unter anderem eine starke tiefenpsychologische und psychoanalytische Strömung,¹⁹ die ihren Ursprung in der historischen Verbindung zu Österreich hatte. In diese Zeit fielen ebenfalls Bemühungen, eine Humanisierung der Psychiatrie voranzutreiben, indem die Versorgung in den Kliniken verbessert und Rehabilitationsmöglichkeiten geschaffen wurden.²⁰ Nach dem zweiten Weltkrieg war keine Hauptströmung mehr in der ungarischen Psychiatrielandschaft zu verzeichnen. Insgesamt kam es, wohl in Anlehnung an den allgemeinen Trend des Ostblockes, zu einer somatischen Orientierung.²¹

Das im Kontext der DDR-Rehabilitationsmedizin hochgelobte heilpädagogische Konzept von Gustav Barczy, welches in den vorhergehenden Kapiteln schon Erwähnung fand, spielte in der Psychiatrie Ungarns in den 60er-Jahren keine herausragende Rolle.²² Immerhin war es aber schon vor 1963 über die Grenzen Ungarns hinaus bekannt. Im Krankenhaus Brandenburg-Görden wurde die Methode seit den 50er-Jahren angewendet.²³

Einer der ungarischen Referenten war G. Lesch. Sein Vortrag stellte das Krankenhaus für Rehabilitation in Simasag, eine psychiatrische Klinik, vor. Den Vortrag schloss er ab mit dem Satz: „Die Milieuthherapie ist gleichwertig oder vielleicht sogar noch erfolgreicher als alle anderen Therapieformen.“²⁴ Er fasste damit prägnant zusammen, worauf in Simasag bei der Behandlung von Patienten Wert gelegt wurde. Lesch sah das angewendete therapeutische Konzept als Resultat sogenannter „mentalhygienischer“ Bemühungen, Rehabilitation zu betreiben. Sie waren in Ungarn im Jahr 1947 begonnen worden. Als Ziel legte man dort fest, dass schnellstmöglich eine Reintegration in die Gesellschaft stattfinden sollte und die Patienten nur eine möglichst kurze Zeit in der geschlossenen

¹⁸Prokupek/Stuchlik/Grov: Czechoslovak Psychiatry, S. 129.

¹⁹Nyirö: The history of Hungarian psychiatry: An Outline, S. 76.

²⁰Ebd., S. 77.

²¹siehe ebd., 79ff.

²²Heute noch die Bedeutung des Heilpädagogen Barczy innerhalb Ungarns zu erfassen ist aufgrund einer schlechten Quellenlage schwierig. Nyirö hiel ihn im Bezug auf die Kinderpsychiatrie nicht für erwähnenswert, als er in den 60er Jahren einen Überblick über die psychiatrischen Tendenzen seines Landes gab. (ebd.) Dies könnte an der heilpädagogischen Orientierung des HNO-Arztes Barczy gelegen haben. Er war andererseits über die Grenzen des Landes hinaus bekannt und noch heute ist die heilpädagogische Fakultät der Budapester Universität nach ihm benannt, sodass er sicherlich eine gewisse Popularität in Ungarn genoss.

²³Falk/Hauer: Brandenburg-Görden Geschichte eines psychiatrischen Krankenhauses, S.217ff.

²⁴Lesch: Die Bedeutung des Krankenhauses für Rehabilitation in Simsaag.

Institution verbringen sollten. Ein flächendeckendes Fürsorgesystem wurde in Ungarn laut Lesch aufgebaut.²⁵

Lesch stimmte in den Tenor Rodewischs ein, die psychiatrische Anstalt nicht mehr primär als Sicherungsanstalt zu sehen, sondern vor allem das Wohl des Patienten in den Mittelpunkt zu rücken. Er formulierte sein Ziel so: „Alles für die Patienten, denn wir sind ihretwegen da.“²⁶ Ebenso wie sein Kollege aus der CSSR befürwortete Lesch in seinem Beitrag das System der Offenen Tür und beschrieb, dass die Klinik an der er arbeitete, besonderen Wert darauf legte, ein „familiäres Milieu“ zu schaffen. Es wurde auf die Art der Einrichtung geachtet, aber auch Freizeitangebote wurden als wichtig angesehen. Der Schwerpunkt des Krankenhauses lag, nach Leschs Schilderung, in der Anwendung der Arbeitstherapie. Es wurde versucht, die Arbeitsfähigkeit der Patienten soweit wiederherzustellen, dass sie außerhalb des Krankenhauses einer Arbeit nachgehen konnten. Wurden sie entlassen, hielt das Krankenhaus den Kontakt zu ihnen aufrecht, um einen Rückfall in die Krankheit frühzeitig bemerken zu können.

Ein weiterer Teil des Konzeptes, war die psychotherapeutische Behandlung und Betreuung durch Ärzte und Heilpädagogen. Medikamentöse und somatische Behandlungsformen kamen in Simasag ebenfalls zum Einsatz, doch beschrieb Lesch, dass diese aufgrund der beschriebenen Behandlungsansätze inzwischen weit weniger intensiv betrieben werden mussten.²⁷

Leschs Standpunkt bewies, dass auch in Ungarn Psychiater und Kliniken vorhanden waren, die Versuche unternahmen, die psychiatrische Versorgung zu verbessern. Um eine der Hauptströmungen in der ungarischen Psychiatrielandschaft handelte es sich dennoch wahrscheinlich nicht. In der Standarddarstellung zur Geschichte der Psychiatrie Ungarns findet sie jedenfalls keine Erwähnung.²⁸

Am Beispiel Ungarn ist es noch schwieriger als im Fall der CSSR und Polens, die Bedeutung und den Umfang der reformpsychiatrischen Strömung zum damaligen Zeitpunkt im Land zu bestimmen. Reformpsychiatrie gab es Anfang der 1960er-Jahre auch in Ungarn und sie unterschied sich nicht grundlegend von der Tschechiens oder Polens. Insgesamt räumte sie der Arbeitstherapie, der Rehabilitation und der Psychotherapie eine hohe Priorität ein. Der Stellenwert somatischer Therapieformen wurde kritisch reflektiert und ihr Einsatz eingegrenzt, aber nicht, wie das bei den polnischen Psychiatern der Fall war, gänzlich in Frage gestellt.

Zu reformpsychiatrischen Versuchen in Ungarn ist keine Literatur in deutscher oder englischer Sprache vorhanden, weder in Form von damaligen Veröffentlichungen noch als Sekundärliteratur. Gerade aufgrund dessen erscheint der Einblick, den das Rodewischer Symposium hier in die Reformpsychiatrie Ungarns zu Anfang der 1960er-Jahre geben

²⁵Lesch: Die Bedeutung des Krankenhauses für Rehabilitation in Simsaag.

²⁶Ebd.

²⁷Ebd.

²⁸Nyirö: The history of Hungarian psychiatry: An Outline.

kann, besonders wertvoll.

7.3. UdSSR: zwischen Moskau und Leningrad

Wie bis hierher deutlich geworden sein sollte, war die Psychiatrie des Ostblocks keineswegs homogen. Gleiches galt auch innerhalb der Länder. Für die DDR war dies ebenso bekannt, wie für die UdSSR.

Besonders das Moskauer psychiatrische Institut galt eher als „orthodox“, während das Bechterew Institut in Leningrad sich auf sozialpsychiatrischen oder psychotherapeutischen Gebieten engagierte.²⁹ Das Leningrader Institut war ein selbstständiges Institut, welches nur dem Gesundheitsministerium unterstellt war und seinen Schwerpunkt in der Rehabilitation sah. Moskauer Institute, wie das „Forschungsinstitut für Psychiatrie“ hingegen verschrieben sich einer somatisch orientierten Psychiatrie, die organische Korrelate zu Krankheitsbildern suchte.³⁰

Das Dispensaire-System war, unabhängig von existierenden Schulen, die charakteristische Versorgungsstrategie in der Sowjetunion. Patienten konnten ambulant oder halbstationär in Form von Tages- oder Nachtkliniken betreut werden. Zentrum des Dispensaires in der UdSSR waren große psychiatrische Krankenhäuser, wie es sie beispielsweise in Moskau gab. Häufig waren psychiatrische Abteilungen auch an Allgemeinkrankenhäusern vorhanden. Sie machten jedoch im Vergleich zu den großen Anstalten nur einen geringen Anteil der psychiatrischen Betten insgesamt aus.³¹

Bei dem Dispensaire handelte es sich um eine Schnittmenge von Psychiatrie und Rehabilitationsmedizin, wie sie auch in der DDR vorhanden war.³² Rehabilitation war insgesamt wichtig in der sowjetischen Psychiatrie. Die Psychiater aus der UdSSR hegten eine allgemeine Skepsis hinsichtlich der Selbsthilfe und Selbstorganisation von Patienten.³³ Selbsthilfegruppen oder sogenannte Clubs gab es nicht³⁴ und selbst die Option wurde abgelehnt.³⁵

Die Rodewischer Diskussionen, Vorträge und Thesen traten für die Wichtigkeit sozialer

²⁹Geyer (Hrsg.): Psychotherapie in Ostdeutschland Geschichte und Geschichte 19945-1995, S. 588-589.

³⁰Kuhlenkamp: Psychiatrie in der Sowjetunion – Ergebnisse einer Studienreise nach Moskau und Leningrad.

³¹Ebd.

³²Siehe Kapitel 3.3. Der Platz der Psychiatrie im institutionellen Aufbau von Sozialhygiene und Rehabilitationsmedizin.

³³Siehe Kapitel 3.4. Politisches Engagement von Sozialhygienikern und Rehabilitationsmedizinern.

³⁴Kuhlenkamp: Psychiatrie in der Sowjetunion – Ergebnisse einer Studienreise nach Moskau und Leningrad.

³⁵Melechow: Die soziale Readaption psychisch Kranker in der UdSSR.

Aspekte in der Psychiatrie ein. Sie taten das aber so wohltdosiert, dass selbst der russische Psychiater D.E. Melechov am Gesamtbild nichts auszusetzen hatte. Er war einer derjenigen, der biologischen Aspekten des Faches eine vergleichsweise große Bedeutung zuschrieb und die herausragende Rolle der Pharmaka auch später erneut herausstellen sollte.³⁶ Er stellte aber dennoch keinen krassen Gegenpol dar. Viel zu differenziert verortete er seine psychiatrischen Methoden im internationalen Kontext, sprach England Sympathien aus für das Niederreißen der Mauern in Kliniken, beobachtete interessiert die Entwicklungen in den USA und verteilte Anerkennung an westliche Psychiater wie André Repond, Arie Querido, Harry Stack Sullivan oder Paul Sivadon.³⁷

Gleichzeitig bezog er sich auch auf die Wurzeln psychiatrischer Rehabilitation in Russland und der UdSSR.³⁸ Melechov zeigte in Rodewisch, dass sich auch in Russland reformpsychiatrische Arbeit nicht zwangsläufig in dem Aufbau von Dispensaires erschöpfen musste. Sehr bestimmt trat er allerdings auf in der Frage der Selbstorganisation von Patienten, die er strikt ablehnte.³⁹ Er wirkte so einer Aufnahme dieser Methoden in die Rodewischer Thesen entgegen. Interessant erscheint, dass Melechov sich auch einige Jahre nach dem Kongress noch auf die Rodewischer Thesen bezog und ihnen so einen Wirkradius über die DDR hinaus bescheinigte.⁴⁰

Zwischen den polnischen Psychiatern und dem russischen Vertreter Melechov gab es eine gewisse Polarisierung zu verzeichnen, auch wenn diese nicht allzu groß ausfiel. Bei der Wertung muss allerdings beachtet werden, dass Moskau traditionell als eher somatisch orientiert eingeschätzt wurde. Das Leningrader psychiatrische Institut galt als deutlich liberaler in vielen Punkten, doch war es auf dem Rodewischer Symposium aus unbekanntem Gründen nicht präsent. Ursprünglich hatte Eichler geplant gehabt, die Referentin Rubinowa aus Leningrad nach Rodewisch einzuladen,⁴¹ dieses Vorhaben war jedoch offensichtlich nicht geglückt.

7.4. Polen: Sozialpsychiatrie mit breitem Methodenspektrum

Sozialpsychiatrie war eine deutlich wahrnehmbare Strömung in der polnischen Psychiatrielandschaft Anfang der 1960er-Jahre. Der Schwerpunkt lag in sozialen Rehabilitationsstrategien. So wurde ein Kongress in Lublin zu Problemen der sozialen Psychiatrie

³⁶Melechov: Some Debatable Problems in Social Psychiatry.

³⁷Melechov: Die soziale Readaption psychisch Kranker in der UdSSR.

³⁸ebd.; Melechov: Some Debatable Problems in Social Psychiatry

³⁹Melechov: Die soziale Readaption psychisch Kranker in der UdSSR; Diskussionsbeitrag Dr. Warzewska

⁴⁰Melechov: Some Debatable Problems in Social Psychiatry.

⁴¹Eichler: Brief an Herrn Prof Dr. Renker vom 20.08.1960.

und zu Forschungen auf diesem Gebiet ebenfalls für das Jahres 1963 geplant.⁴² Die polnischen Teilnehmer des Symposiums hießen unter anderem Jackowiack, Kazmierzik Godorowski und Tadeuz Gnat und kamen aus Warschau und Branicach.⁴³ Polnische Psychiater bauten auf soziale Therapien. Sie siedelten diese in der Wirksamkeit explizit über dem Erfolg der Pharmaka an und diskutierten diesen Standpunkt in muttersprachlichen Veröffentlichungen.⁴⁴ Im Gegensatz zu ihren tschechischen Kollegen war für die polnischen Teilnehmer nicht nur der flächendeckende Zugang zu psychiatrischer Versorgung ein Thema. In Polen wurde Sozialpsychiatrie nicht allein als Synonym für wohnortnahe Versorgung verstanden, sondern bezeichnete eine Subdisziplin der Psychiatrie. Die Polnische Gesellschaft für Psychiatrie hatte 1962 einen Zweig für Sozialpsychiatrie etabliert und auch der wissenschaftliche Kongress polnischer Psychiater verschrieb sich im Jahr 1963 weitgehend diesem Themenkomplex.⁴⁵

Grundlage des Aufkommens der neuen Behandlungsformen war ein 1952 verabschiedetes Gesetz gewesen, welches die Entwicklung neuer Konzepte und ihre Umsetzung in der Praxis erleichtert hatte.⁴⁶ Generell bezog der polnische Flügel der Reformpsychiatrie vermehrt die Soziologie und soziologische Methoden in ihr Spektrum ein.⁴⁷ Diese entscheidende Weiche in Richtung Sozialpsychiatrie war im Jahre 1961 auf einer Konferenz in Lubin gestellt worden. Ein Entschluss sah die Gründung von sozialpsychiatrischen Forschungsstätten in Warschau und Krakau vor. Epidemiologische Studien wurden unter Leitung von Psychiatern, Psychologen und Soziologen durchgeführt⁴⁸ und zeigten, dass die polnischen Teilnehmer einen Hintergrund mitbrachten, in dem sozialpsychiatrische Forschung mit einem weiten Blickwinkel realisiert wurde. Dass dieser Ansatz in der Sowjetunion durchaus umstritten war, sollte sich einige Jahre später zeigen, als er sich dafür der Kritik des Moskauer Psychiaters Melechow ausgesetzt sah.⁴⁹

In Rodewisch wurde ebenfalls deutlich, dass sich die polnischen Teilnehmer weiter von der somatischen Orientierung entfernten, als prinzipiell im Sozialismus gewünscht war. Tadeuz Gnat und Kazmierzik Godorowski stellten in ihrem Vortrag die These

⁴²Im Frühjahr 1963 suchte Leonhard im Auftrag des Ministeriums für Gesundheitswesen nach Referenten, die die DDR dort repräsentieren sollten. (02.8/002 Brief Leonhard an Vorstand vom 28.03.1963)

⁴³Handschriftliche Teilnehmerliste des Rodewischer Symposiums, zugesagte Teilnehmer Kiev (Hrsg.): *Psychiatry in the communist world*, S.V, Kaczmarczyk/Ostafin: *Thérapeutique par le travail et les capacités d'adaptation des malades atteints de la schizophrénie* (Artikel polnisch, Zusammenfassung französisch)

⁴⁴Jus/Wardaszko: *Influence of different psycho-social factors on the effect of the treatment of chronic schizophrenics by psychotropic drugs* (Artikel polnisch, Zusammenfassung englisch); Gnat/Godorowski: *Problem of social psychiatry* (Artikel polnisch, Zusammenfassung englisch).

⁴⁵Gnat/Henisz: *Developements in Social Psychiatry in Poland*.

⁴⁶Balicki/Leder/Piotrowski: *Focus on Psychiatry in Poland Past and Present*.

⁴⁷Kiev (Hrsg.): *Psychiatry in the communist world*, S. 151; Gnat/Henisz: *Developements in Social Psychiatry in Poland*

⁴⁸Gnat: *Mental Health Services and Resources in Poland*, S. 151, Gnat/Henisz: *Developements in Social Psychiatry in Poland*

⁴⁹Melechow: *Some Debatable Problems in Social Psychiatry*.

auf, dass in der psychiatrischen Rehabilitation soziale Therapien wichtiger seien als medikamentöse.⁵⁰ Die Aussage passte in das Profil der Gruppe.

Im Gegensatz zu den anderen Ländern nahmen in Polen methodologische Aspekte und der Schulterschluss mit den Sozialwissenschaften einen breiten Raum ein und erweiterten so das thematische Spektrum.⁵¹

Die polnischen Psychiater waren medikamentösen Therapien gegenüber viel kritischer eingestellt als ihre deutschen Kollegen aus West- und Ostdeutschland. Für Walther, als Reformler auf ostdeutscher Seite wie auch für Kisker als westdeutsches Beispiel war die Pharmakotherapie das wichtigste Instrument. Jackoviack und Tadeuz Gnat bauten weit mehr auf soziale Therapien.⁵² Damit verknüpft war, dass sie in der Frage der Selbstorganisation von Patienten vergleichsweise liberal eingestellt waren. Zumindest in Ansätzen war es Patienten möglich, sich selbst zu organisieren.⁵³ Hierin zeigte sich, dass die polnischen Psychiater den Patienten ein Stück weit aus der Passivität heraustreten ließen. Der Moskauer Psychiater Melechov hingegen sprach sich explizit gegen Patientenselbstorganisation in jeglicher Form aus.⁵⁴

Am Beispiel Polen wird deutlich, dass die gerne angewandte Schablone des somatisierten und pawlowisierten Osteuropas in Rodewisch nur bedingt griff. Dissonanzen zwischen verschiedenen Strömungen in Osteuropa waren durchaus vorhanden. Der Psychiater D.E. Melechow kam vom Institut in Moskau, welches im Ostblock dafür bekannt war, die Lehre Pawlows vorbildlich in die seine zu integrieren. Er bezog einen Standpunkt, der somatische Aspekte mehr ins Zentrum rückte und einige Jahre später die polnischen Kollegen für die Nähe, die sie zur Soziologie suchten, angriff.⁵⁵

Die polnischen Psychiater stachen als die progressivste unter den Fraktionen in Rodewisch hervor. Während Reformpsychiatrie sich in den anderen Ländern ausschließlich in der Praxis abspielte, versuchten sich Psychiater in Polen auch an einer theoretischen Fundierung. Dies bedeutete zwangsläufig eine Abkehr vom somatisch orientierten Modell, das sonst in der Sowjetunion vorherrschte.

⁵⁰Gnat/Godorowski: Psychiatrische Rehabilitation in Polen.

⁵¹Gnat/Henisz: Developments in Social Psychiatry in Poland.

⁵²Diskussionsbeitrag Dr. Jackoviack 24.05.1963;

Jus/Wardaszko: Influence of different psycho-social factors on the effect of the treatment of chronic schizophrenics by psychotropic drugs (Artikel polnisch, Zusammenfassung englisch);

Gnat/Godorowski: Problem of social psychiatry (Artikel polnisch, Zusammenfassung englisch)

⁵³Diskussionsbeitrag Dr. Warzevska.

⁵⁴Melechov: Die soziale Readaption psychisch Kranker in der UdSSR.

⁵⁵Melechov: Some Debatable Problems in Social Psychiatry.

Kapitel 8.

Die Rodewischer Thesen nach Rodewisch

Bis auf wenige unbedeutende Änderungen, blieben der in Rodewisch am dritten Tag verlesene Text und der spätere erste Teil der Rodewischer Thesen gleich. Nur die Überschrift veränderte sich noch. Aus der Empfehlung zur „Rehabilitation der Psychosen“ wurde die „Die Rehabilitation psychisch akut und chronisch Kranker“.¹

Die Thesen wurden durch das Ministerium für Gesundheitswesen mit einem offiziellen Anschreiben versehen und an die Chefarzte aller psychiatrischen Krankenhäuser versendet.² Es gab ein Umsetzungsgebot und ca. ein Jahr später waren zumindest einige der Leiter psychiatrischer Kliniken aufgerufen, Stellung zu nehmen zum Stand der Umsetzung, den die jeweilige Klinik inzwischen erreicht hatte.³

Auf die Rodewischer Thesen folgte zumindest in einigen psychiatrischen Krankenhäusern der umgehende Versuch, diese auch in die Tat umzusetzen. So ging man den Weg in Richtung Öffnung, Rehabilitation und Fürsorge. Eine Verbesserung der Arbeitstherapie wurde von den ärztlichen Leitern angestrebt. Diese Versuche und auch bescheidenen Erfolge der Umsetzung wurden zumindest für die Kliniken Görden, Teupitz und Neuruppin dargestellt. Es überraschte jedoch kaum, dass die Umsetzung z. B. in der Außenfürsorge des Krankenhauses Brandenburg-Görden aufgrund des Personalmangels noch mangelhaft erschien.⁴

Dass die Rodewischer Thesen bereits ein Jahr nach der Verfassung einen Einfluss auf das

¹In Rodewisch gab es noch den unmittelbaren Bezug zur Tagung und Lange überschrieb den Text mit „Empfehlungen des ersten Tages: Die Empfehlung zur Frage der ‚Rehabilitation der Psychosen‘[...]“ (Empfehlungen des Ersten Tages, Dr. Lange Version 25.05.1963) Im Text, welchen Renker 1965 als Rodewischer Thesen veröffentlichte, unternahm er eine kleine, jedoch wichtige Änderung. Die Überschrift des ersten Teils lautete nun „Die Rehabilitation psychisch akut und chronisch Kranker“, (Renker: Rodewischer Thesen – Internationales Symposium über psychiatrische Rehabilitation vom 23. – 25. Mai 1963 in Rodewisch i. Vogtland) was den Geltungsbereich des Textes eminent erweiterte. War die Patientengruppe auf die sich die Empfehlungen bezog genau genommen nur Psychotiker gewesen, erweiterte sich die Zuständigkeit mit einem Schlag auf das gesamte Patientenkollektiv der psychiatrischen Klinik. Da sich jedoch viele der Thesen allgemein blieben, war die Manipulation des Inhaltes, die Renker hier vornahm nicht entscheidend für die Aussagekraft der Rodewischer Thesen.

²Rose: Anstaltspsychiatrie in der DDR. 125f.

³02.7/002 Brief Eichler an Lange vom 25.05.1964.

⁴02.7/002 Liese – Lotte Eichler: Verwirklichung der Rodewischer Thesen in den Krankenhäusern für Psychiatrie des Bezirkes Potsdam 23.05.1964.

Handeln der Krankenhauspsychiater hatten und sogar schon bescheidene Umstrukturierungen bewirkten, sprach für die Akzeptanz dieses Papiers in der Krankenhauspsychiatrie der DDR. Die gemeinsam verfasste Zukunftsvision musste sich nicht erst bei den Akteuren durchsetzen. Sie war in Gemeinschaftsarbeit von ihnen verfasst und verabschiedet worden und entsprechend groß war ihr Identifikationspotential.

Die Umsetzung der Rodewischer Thesen an den Krankenhäusern, insbesondere die Öffnung der Stationen, stieß vermutlich mancherorts auf Vorbehalte. Ein solches Beispiel schilderte auch der ärztliche Direktor des psychiatrischen Krankenhauses Neuruppin namens Ulrich (Vorname nicht überliefert). Ulrich hatte ganz im Geiste der Thesen das System der Offenen Tür eingeführt und sah sich nun mit den aufgebrauchten Chefärzten der Abteilungen des Bezirkskrankenhauses und den Vorwürfen eines Polizeimajors konfrontiert. Anlass war ein nicht mehr klärbarer Fall eines Kindes, welches sich auf der orthopädischen Abteilung der Klinik befunden hatte und angeblich von einem psychiatrischen Patienten vergewaltigt worden war. Statt sich jedoch mit der Aufklärung des konkreten Falles zu beschäftigen, warf der Polizeimajor Ulrich vor, dass mit ihm nicht zu reden sei. Grund dafür war nach Meinung des Majors war, dass Ulrich „ein Verfechter des offenen Türsystems sei“. Unterstützt wurde dieser hierbei von einem ärztlichen Kollegen, der die Meinung vertrat, dass Geisteskranke „wie Infektionskranke und offene Tbc-Kranke behandelt“ und folglich isoliert werden müssten.⁵

Eindrücklich schildert diese Episode, dass selbst wenn die Klinikleiter einer Reform des Krankenhauswesens positiv gegenüberstanden und versuchten diese in die Tat umzusetzen, dies trotzdem ein schwieriges Unterfangen war. Durch das Fehlen einer öffentlichen Diskussion zum Thema⁶ war dies jedoch erschwert. Gleichzeitig belegt der Vorfall aber auch, dass die Rodewischer Thesen Rückhalt unter den psychiatrisch Tätigen hatten. Wo es dieser Forderungskanon schaffte eine Wirkung zu entfalten, geschah dies durch die Identifikation der Psychiater mit dem Papier.

Insgesamt wird die flächendeckende Umsetzung der Rodewischer Thesen in der DDR heute in der Geschichtsschreibung als gescheitert gesehen.⁷ Regionale Umsetzungserfolge an Universitätsstandorten, wie Leipzig stellten hierbei eine Ausnahme dar. Als Gründe für das Scheitern einer breiten Umsetzung wurden neben einer fehlenden politischen Verbindlichkeit⁸ und somit mangelhafter Finanzierung auch das weitgehende Fehlen einer breiten öffentlichen Diskussion angeführt.⁹

⁵02.7/002 Brief Ulrich an Eichler vom 06.06.1964.

⁶Kumbier/Haack/Steinberg: 50 Jahre Rodewischer Thesen – Zu den Anfängen sozialpsychiatrischer Reformen in der DDR.

⁷siehe z. B. Ficker: Die Rodewischer Thesen und ihr Stellenwert in einer DDR-Psychiatrie-Geschichte; Priebe S: Social psychiatry in Germany in the twentieth century: ideas and models, S. 57; Hanrath: Zwischen Euthanasie und Psychiatriereform Anstaltspsychiatrie in Westphalen und Brandenburg: Ein deutsch-deutscher Vergleich(1945 – 1964), S. 442

⁸Ebd., 442ff.

⁹Kumbier/Haack/Steinberg: 50 Jahre Rodewischer Thesen – Zu den Anfängen sozialpsychiatrischer Reformen in der DDR.

Es erscheint dennoch plausibel, dass Rodewisch im Hinblick auf die Entwicklung des Problemfeldes deutscher Sozialpsychiatrie eine Katalysatorfunktion innehatte. Sicherlich hätte sich die deutsche Psychiatrie in Ost- wie Westdeutschland vor dem reformpsychiatrischen Gedankengut, welches aus anderen Ländern in den Sprachraum eindrang, nicht dauerhaft verschließen können und wollen. Fraglich ist jedoch, ob sich das Selbstverständnis, welches in der deutschen Sozialpsychiatrie bis heute kennzeichnend ist, durch einen gänzlich von außen oktroyierten Trend, hätte entwickeln können. Im Nachhinein beurteilt, bot Rodewisch günstigste Bedingungen: Gesorgt wurde für die nötige Infrastruktur, für die Anwesenheit von Anstaltspsychiatern sämtlicher psychiatrischer Krankenhäuser der DDR und verschiedener anderer Länder.¹⁰

¹⁰Merguet: Eine bedeutungsvolle Tagung.

Kapitel 9.

Schlussbetrachtung und Zusammenfassung

Die Rodewischer Thesen wurde bisher unstrittig als Teil der Psychiatriegeschichte der DDR eingeordnet.¹ Die vorliegende Arbeit zeigt, dass sie gleichzeitig ein Teil der Geschichte von DDR-Sozialhygiene und Rehabilitationsmedizin sind. Indem die Thesen als ein Kooperationsprodukt verstanden wurden, ergaben sich neue Quellenfunde. Die Akten der GfR und FGR in Bundesarchiv und Oberlinhaus ergaben relevante, bisher ungenutzte Quellen. Gleichzeitig belegen psychiatrische Veröffentlichungen in Publikationsorganen von Sozialhygiene und Rehabilitationsmedizin, die erstmals zur Kontextualisierung der Rodewischer Thesen genutzt wurden, dass es schon vor 1963 psychiatrische Rehabilitation innerhalb dieser Fächer diskutiert wurde.

Indem belegt wurde, dass Liese-Lotte Eichler, neben Karl-Heinz Renker, die zentrale Person in der Konzeptions- und Planungsphase des Symposiums war, erlangten deren Korrespondenzen als Klinikleiterin ebenfalls Relevanz für das Thema. Diese konnten im Asklepios-Fachklinikum Brandenburg gesichtet werden und ergab insbesondere Erkenntnisse in Bezug auf Eichlers kinderpsychiatrisches Engagement.

Es kann konstatiert werden, dass erst durch die Einbeziehung von Sozialhygiene und Rehabilitationsmedizin in die Fragestellung, der Großteil der Quellen zur Planung des Symposiums für die Kontextualisierung der Forschungsgegenstandes erschlossen werden konnte.

Die Auswertung der umfassenden Aufzeichnungen zum Kongress, welche im Archiv des Rodewischer Klinikums lagern, ergaben Erkenntnisse zur konkreten Planung, Umsetzung und Gestaltung des Kongresses und zeichnen damit ein Stück Regionalgeschichte der Klinik Rodewisch nach. Sie erlauben zudem eine detaillierte Rekonstruktion des Veranstaltungsablaufes. Die Auswertung der Fachbeiträge erlaubt einen umfassenden Einblick in den reformpsychiatrischen Diskurs innerhalb der DDR zu Anfang der 1960er-Jahre und im Ansatz auch Westdeutschlands, der einherging mit dem Infragestellen universitärer Postulate. Diese Quellen ergaben gleichzeitig Erkenntnisse über reformpsychiatrische Stömungen in Osteuropa.

Die Arbeit gibt einen groben Überblick zu den Wurzeln deutscher Sozialhygiene vor

¹z.B. Ficker: Die Rodewischer Thesen und ihr Stellenwert in einer DDR-Psychiatrie-Geschichte.

dem zweiten Weltkrieg. Daran anschließend wurde ein Einblick geschaffen in das Akteursnetzwerk und das Agieren von Sozialhygiene und Rehabilitationsmedizin der DDR. Die beiden Fächer waren in der DDR sehr präsent, während sie in der Bundesrepublik keinen nennenswerten Umfang hatten. Das Ergebniss dieses Exkurses ist, dass beide Disziplinen sich mit dem Sozialismus der DDR identifizierten und versuchten, in der Politik konstruktiv mitzuwirken. Mitunter besetzten Sozialhygieniker auch politische Posten. Dies ist insofern ein wichtiges Ergebnis, da die Forschung bisher davon ausging, dass das Verhältnis von Medizin und Staat in der DDR weitestgehend von Misstrauen geprägt war und Genossen unter den Ärzten Ausnahmen waren. Die Sozialhygiene und Rehabilitationsmedizin stellte ein Fach dar, das nicht nur den Sozialismus befürwortete, sondern die Medizin und das Gesundheitswesen der DDR in seinem Sinne aufbauen und verbessern wollte. Es gab kein weiteres Fach, in dem das nebeneinander von Medizin, sozialistischer Ideologie und praktischer Politik so präsent waren. Den Sozialhygienikern und Rehabilitationsmedizinerinnen wurde ein Vertrauensvorschuss entgegengebracht, der es ihnen z.B. ermöglichte, internationale Kontakte auch in den Westen zu pflegen und so sehr aktiv in internationalen Gremien mitzuarbeiten. In der Verteilung von Recourcen waren sie bevorzugt, was im Mangelstaat DDR ein nicht zu unterschätzender Vorteil war. Nur indem Psychiater des Anstaltswesens sich diesem Netzwerk anschlossen, wurde es ihnen möglich mit dem Rodewischer Symposium einen großen Kongress mit repräsentativem Charakter zu verwirklichen. Die Erstellung der Rodewischer Thesen war dementsprechend eng gekoppelt an die besonderen institutionellen Gegebenheiten in der DDR.

Das interdisziplinäre Fach Sozialhygiene war offen, ja geradezu abhängig davon, dass auch Vertreter der klassischen Disziplinen in ihren Gesellschaften und Arbeitsgruppen mitarbeiteten. Von der Psychiaterin Liese-Lotte Eichler war bisher bekannt, dass sie unermüdlich Gremienarbeit betrieb, um die Psychiatrie voranzutreiben² – in der DDR insgesamt und an der Klinik Brandenburg-Görden, wo sie Chefärztin war. Sie war Genossin und hatte im Gegensatz zu Kollegen keine Berührungängste mit Sozialhygiene und Rehabilitationsmedizin. Hier konnte gezeigt werden, dass sie sich früh in das Netzwerk einklinkte und sich fortan um die psychiatrische Rehabilitation kümmerte. Der Diskurs über psychiatrische Rehabilitation, der innerhalb der psychiatrische Fachgesellschaft und Publikationsorganen der DDR keinen Platz hatte finden können, wurde von der Rehabilitationsmedizin gefördert und konnte dort Fuß fassen. Eine Arbeitsgruppe psychiatrische Rehabilitation entstand und es gab Publikationen in sozialhygienisch/rehabilitationsmedizinisch ausgerichteten Zeitschriften und Kongressen. So erfuhren rehabilitationsinteressierte Psychiater innerhalb von Sozialhygiene und Rehabilitationsmedizin Unterstützung und bekamen Impulse für die Weiterarbeit am

²Hanrath: Zwischen Euthanasie und Psychiatriereform Anstaltspsychiatrie in Westphalen und Brandenburg: Ein deutsch-deutscher Vergleich(1945 – 1964), S. 434.

Thema.

In dieser Arbeit konnte bewiesen werden, dass das Rodewischer Symposium über psychiatrische Rehabilitation ein Resultat aus dieser Kooperation war. Karl-Heinz Renker, ein Sozialhygieniker, war es, der die Veranstaltung anregte und Eichler mit den weiteren Schritten betraute. Renker hätte es gerne gesehen, wenn sich auch Universitätspsychiater aktiv an der Arbeitsgruppe und an der Planung des Symposiums beteiligt hätten. Eichler versuchte, eine solche Zusammenarbeit anzuschieben und Jochen Quandt von der Universität Halle einzubinden. Dieser hielt psychiatrische Rehabilitation für kein universitäres Thema und verschloss sich einer Zusammenarbeit. Weiter noch gingen die Vorbehalte Karl Leonhards, der Chefarzt an der Universitätsnervenklinik der Charité, Vorsitzender der psychiatrisch-neurologischen Fachgesellschaft und wohl einflussreichster Psychiater in der DDR war. Er befürchtete eine Bevormundung durch die Sozialhygiene in psychiatrischen Fragen, blockte eine Zusammenarbeit ab und plante, die psychiatrische Rehabilitation innerhalb der Fachgesellschaft stärker zu bearbeiten, um hier die Deutungshoheit nicht zu verlieren. Leonhard und die Fachgesellschaft waren erst kurz vor dem Symposium überhaupt auf dieses aufmerksam geworden.

Für Leonhard und die Fachgesellschaft war das Symposium eine zweiseitiges Schwert. Einerseits schätzte Leonhard das Interferieren der Sozialhygiene in die Psychiatrie nicht, andererseits handelte es sich um einen groß inszenierten Fachkongress mit psychiatrischer Fragestellung. Weder die Institution Universitätspsychiatrie noch die Fachgesellschaft konnten es sich leisten, dort keine Präsenz zu zeigen. Leonhard und Quandt nahmen schlussendlich als Teil der wissenschaftlichen Leitung teil.

Eichler hatte eine Zusammenarbeit mit der Universitätspsychiatrie versucht, war jedoch von ihr verprellt worden. So bearbeitete sie psychiatrische Rehabilitation weiterhin innerhalb der Sozialhygiene/Rehabilitationsmedizin und ganz praktisch an der von ihr geleiteten Klinik. Sie war gut informiert, publikatorisch aktiv und exzellent vernetzt. Sie pflegte Kontakte zu Kollegen im In- und Ausland, auch in der BRD. Eichler hatte ein gutes Gespür für die Trends, die sich in ihrem Fach abzeichneten. 1960 entwickelte sie im Alleingang das Konzept für das Rodewischer Symposium. Schon 1960 entwarf sie als Themenvorschläge für die einzelnen Tage moderne somatische Therapien, Arbeitstherapie und Kinderpsychiatrie. Diese sollten so Umsetzung finden.

Für die praktische Organisation war Rolf Wather zuständig. Einen großen Kongress an einem peripher gelegenen Klinikum auszurichten, gestaltete sich in der Realität schwierig. Walther setzte sich erfolgreich mit lokalen Autoritäten auseinander, um Mittel zur Durchführung des Symposiums zu erhalten. Zudem unterstützte auch die Bevölkerung Rodewischs bei den Vorbereitungen. Das Symposium profitierte zudem davon, dass es eines der Prestigeprojekte der Sozialhygiene und Rehabilitationsmedizin war, die sich profilieren wollten.

Walther bemühte sich, in Rodewisch ein offen geführtes Fachkrankenhaus mit modernen

Therapiemöglichkeiten aufzubauen. Resultat war, dass sich die Klinik in der sächsischen Provinz bereits in den frühen 60er-Jahren reformpsychiatrischen Prinzipien verschrieb und dies auch während des Symposiums zeigte.

Auf dem Rodewischer Symposium versammelten sich über 100 Gäste aus DDR, BRD, aus dem westlichen und östlichen Ausland. Überwiegend handelte es sich um Psychiater und psychiatrisch Tätige, doch auch Sozialhygieniker und Rehabilitationsmediziner sowie einige Funktionäre waren unter den Anwesenden. Das Symposium verfügte, nicht zuletzt durch die Unterstützung von Sozialhygienikern wie Renker, letztendlich über eine gute Infrastruktur, ein multimediales Fachprogramm mit Vorträgen, Filmen und Ausstellungen sowie ein repräsentatives Rahmenprogramm. Vorträge und Diskussionen wechselten sich während des Kongresses ab und am Tagesende wurde die Quintessenz in Thesenform festgehalten. Tags darauf waren dann Modifikationen an den Thesen möglich, die später als Rodewischer Thesen in die Psychiatriegeschichte eingingen.

Erstmals im deutschsprachigen Raum befasste sich eine Fachveranstaltung mit dem Themenspektrum der Reformpsychiatrie, später auch Sozialpsychiatrie genannt, und steckte damit ein Problemfeld ab. Öffnung, Ambulantisierung, aber auch der Abbau von Vorurteilen waren Themen, die diskutiert wurden. Diskussionspunkte waren zudem, wie eine sinnvolle Gestaltung der Klinikstruktur oder die Einbeziehung nicht-ärztlicher Berufsgruppen in die Behandlung aussehen könnten. Der Diskurs war geprägt von Erfahrungsberichten. Es konnte gezeigt werden, dass diese in Rodewisch eine hohe argumentative Kraft entwickelten. Die beschriebenen Formen der Klinikgestaltung waren Neuland für den Großteil der Anwesenden, umso wertvoller waren praktisches Know-how und Handlungsvorschläge. Die Eingruppierung von psychisch Kranken in Krankheitskategorien und das theoretische Krankheitskonstrukt verloren im Gegenzug an Bedeutung.

Die bisherige Forschung hielt einen Einfluss oder gar eine Vorreiterrolle der Rodewischer Thesen und des Rodewischer Symposiums in Bezug auf die Entwicklung deutscher Reformpsychiatrie nie für möglich.³ Die genauere Betrachtung des Symposiums, lässt jedoch den Schluss zu, dass die Veranstaltung diskurstiftend im deutschsprachigen Raum war.

Es waren Krankenhaupsychiater, von denen die progressiven Entwicklungen ausgingen. Aus oben genannten Gründen waren trotzdem einige Universitätspsychiater in Rodewisch zugegen. Unter ihnen befand sich Leonhard, der genannte Vorbehalte gegen die Sozialhygiene und den von ihnen mit veranstalteten Kongress hegte. Als Spezialist auf dem Gebiet der Psychopathologie wollte er nicht akzeptieren, dass Strategien der

³Schmiedebach u. a.: Offene Fürsorge – Rodewischer Thesen – Psychiatrie Enquete: Drei Reformansätze im Vergleich;
Schulz: Die Rodewischer Thesen von 1963 – ein Versuch zur Reform der DDR-Psychiatrie;
Waldmann: Die Realisierung der Rodewischer Thesen zu DDR-Zeiten – Versuch einer Analyse aus heutiger Sicht

Nosologie in Rodewisch in den Hintergrund rückten. Gleichzeitig konnte er wenig damit anfangen, dass Fragen der Patientenführung und Rehabilitation einen breiten Raum einnahmen. Die für ihn zentrale Frage wiederum, ob ein Patient heilbar sei oder nicht, hielt das Gros der Akteure in Rodewisch für überholt. So konnte Leonhard in Rodewisch keine Akzente setzen. Dazu passte, dass er der Veranstaltung im Nachhinein auch keine Bedeutung zuschrieb.

Ein bisher kaum beachteter Aspekt der Thesen ist ihr Teil über die Kinderpsychiatrie. Sie war Eichlers Steckenpferd und die von ihr geleitete Klinik weit voraus, mitunter war sie sogar Vorbild für Kollegen in Westdeutschland. Mit Tom Mutters, Gründer der Marburger Lebenshilfe für das geschädigte Kind⁴ und eine der wegweisenden Personen in der Behindertenhilfe Westdeutschlands, pflegte sie über lange Jahre einen regen Austausch, besuchte die Gruppe in Marburg und stellte dort das heilpädagogische Konzept der Görden Klinik vor. Eichlers konnte wegweisende Erfolge in der Kinderpsychiatrie verbuchen und engagierte sich rege für die Subdisziplin. Sie war damals eine der fortschrittlichsten Experten im deutschsprachigen Raum. Eine Anerkennung des Rodewischer Symposiums auch als Teil der Geschichte der Kinderpsychiatrie in Deutschland erfolgte bisher jedoch ebensowenig, wie die Anerkennung von Eichlers Leistungen für konzeptionellen Aufbau in der deutschen Kinderpsychiatrie in den 50er- und 60er-Jahren. Eine Neubewertung unter diesen Gesichtspunkten erscheint erforderlich. Osteuropäische Psychiater aus Polen, der CSSR, UdSSR, Ungarn und Bulgarien nahmen am Symposium teil. Es konnte belegt werden, dass ihr Beitrag zu Symposium und den Thesen als hoch einzustufen ist. Reformpsychiatrische Versuche waren in den osteuropäischen Staaten weiter fortgeschritten als in der DDR und BRD. Sie bezeugen, dass es in Osteuropa Sozialpsychiatrie gab. Dies war Psychiatern in der DDR durchaus präsent,⁵ psychiatriehistorisch ist diese Erkenntnis ein Novum. Diese Arbeit konnte zudem belegen, dass die osteuropäische Psychiatrielandschaft heterogen war und es verschiedene Strömungen gab. In Rodewisch kamen wichtige Impulse von Psychiatern aus Osteuropa zur Geltung, sodass diese an der Erstellung der Thesen einen wichtigen Anteil hatten.

In der vorliegenden Arbeit geschah eine Kontextualisierung der Rodewischer Thesen unter Einbeziehung sowohl von Sozialhygiene und Rehabilitationsmedizin als auch der Psychiatrie der DDR. Die Psychiatrie der DDR war kein in sich geschlossenes System, sondern war beeinflusst von Psychiatern westlich und östlich des Landes, aber auch von Fachvertretern anderer Disziplinen. Die Beeinflussung geschah sowohl auf fachlicher als auch auf institutioneller Ebene.

Der multidisziplinäre Ansatz der Analyse hat sich für die Arbeit als fruchtbar erwiesen.

⁴später nur „Lebenshilfe“

⁵Späte/Thom/Weise: Theorie, Geschichte und aktuelle Tendenzen in der Psychiatrie, S.124f; Groß: Jenseits des Limes, S.161f

Kapitel 9. Schlussbetrachtung und Zusammenfassung

Gleichzeitig ergab er Hinweise darauf, dass auch historische Betrachtungen anderer medizinischer Disziplinen im DDR-Zusammenhang von der Dimension der Sozialhygiene profitieren könnten.

Teil II.

Abkürzungsverzeichnis

BRD – Bundesrepublik Deutschland
DDR – Deutsche Demokratische Republik
FGR – Forschungsgruppe Rehabilitation
GfR – Gesellschaft für Rehabilitation
KPD – Kommunistische Partei Deutschlands
SED – Sozialistische Partei Deutschlands
SBZ – Sowjetische Besatzungszone
ZK – Zentralkomitee

Teil III.

Literaturverzeichnis

Archiv des Oberlinhauses Potsdam, Akten der GfR: Fachgruppe Psychiatrie

Bleckwenn: Brief an Liselotte Eichler 23.07.1959, Archiv des Oberlinhauses Potsdam, Akten der Gesellschaft für Rehabilitation, Fachgruppe: Psychiatrische Rehabilitation.

Bleckwenn, Dr.: Bericht über die konstituierende Sitzung der Fachgruppe Psychiatrie in der Kommission Med. Rehabilitation in Görden am 30.10.1959, Nov. 1959.

Brief an Dr.Eichler vom 13.05.1960.

Eichler, Liese-Lotte: Brief an Bleckwenn vom 07.08.1959.

Ders.: Brief an Herrn Doz. Dr. med. habil. K. Scheidler vom 04.06.1962.

Ders.: Brief an Herrn Doz. Dr. med. habil. K. Scheidler vom 14.05.1962.

Ders.: Brief an Herrn Prof Dr. Renker vom 20.08.1960.

Ders.: Brief an Prof. Dr. Renker vom 05.04.1960, Mit Anlage „Berufliche Rehabilitation Debiler und Imbeziler in der Industrie“–Zusammenfassung.

Ders.: Brief an Quandt vom 29.03.1959.

Ders.: Brief an Scheidler vom 13.05.1959, Archiv des Oberlinhauses Potsdam, Akten der Gesellschaft für Rehabilitation, Fachgruppe: Psychiatrische Rehabilitation.

Ders.: Brief vom 07.05.1958.

Ders.: Die Aufgaben der Rehabilitation für das Fachgebiet Psychiatrie, Beilage des Briefes vom 07.05.1959, Archiv des Oberlinhauses Potsdam, Akten der Gesellschaft für Rehabilitation, Fachgruppe: Psychiatrische Rehabilitation, 1958.

Ders.: Protokoll der Vorstandssitzung der Gesellschaft für Rehabilitation am 22 Mai 1963 im Fachkrh. f. Neurologie und Psychiatrie Rodewisch.

Leonhard, Karl: Brief an Chefarzt Dr. Presber vom 05.01.1962.

Presber, W.: Brief an Frau Chefärztin Dr. Eichler.

Protokoll der Tagung der Kommission med. Rehabilitation der Forschungsgruppe Rehabilitation der Sozialhygieniker am 09.01.1959.

Protokoll der Vorstandssitzung der Gesellschaft für Rehabilitation am 09 Januar 1963 in Leipzig.

Quandt: Brief an Chefärztin Dr. Eichler vom 13.05.1960.

Ders.: Brief an Dr.med. Eichler vom 25.03.1961.

Renker, Karlheinz: Brief an Dr. Eichler vom 15.02.1960.

Ders.: Brief an Dr.Eichler vom 21.04.1960.

Scheidler: Brief an Dr. Eichler vom 05.05.1962.

Ders.: Brief an Herrn Chefarzt Dr. Eichler vom 30.04.1958, Archiv des Oberlinhauses Potsdam, Akten der Gesellschaft für Rehabilitation, Fachgruppe: Psychiatrische Rehabilitation.

Scheidler, K.: Brief an Frau Chefarzt Dr. Eichler vom 26.05.1962.

Sitzung der Forschungsgruppe Rehabilitation am 12.05.1960.

Bundesarchiv Berlin Lichterfelde

BArch DQ1/ 6219, Brief Karlheinz Renker an das Ministerium für Gesundheitswesen
17.02.1961, Betreff: Denkschrift der Leitung der Forschungsgruppe Rehabilitation
über vornehmlich auf dem Gebiet der Rehabilitation zu lösende Aufgaben.

BArch DQ1/01730 BArch Vorstand der Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie in der DDR:
Perspektivplan zur Entwicklung des Faches der Psychiatrie und Neurologie in Klinik,
Lehre, Forschung, DQ101–730, 1960.

BArch DQ1/22587, Protokoll der Vorstandssitzung der Gesellschaft für Rehabilitation
vom 23.09.1965.

BArch DQ1/3583, Protokoll über die Vorstandssitzung der Gesellschaft für Psychiatrie
und Neurologie vom 07.03.1963.

BArch DQ1/6195 Brief Ehrig Lange an das Ministerium für Gesundheitswesen vom
08.11.1963.

BArch DQ1/6195 Brief Ehrig Lange an Minister Dr. Gehring vom 31.07.1963.

BArch DQ1/6195 Protokoll der Sitzung des Fachausschusses für Psychiatrie beim
Ministerium für Gesundheitswesender DDR am 24.09.1964 in Berlin.

BArch DQ1/6195, Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses für Psychiatrie beim
Ministerium für Gesundheitswesen der DDR vom 28.6.63.

DY30/IV2/2.113.

Archiv des psychiatrischen Krankenhauses Rodewisch im Vogtland

Abschlussbericht Internationales Symposion über psychiatrische Rehabilitation 23. – 25.
Mai 1963 in Rodewisch i.V.

Akten zum „Internationalen Symposium über Psychiatrische Rehabilitation“ in Rode-
wisch.

Brief an Herr Dr. Walther vom 04.10.1963.

Brief Renker an Miesgeld vom 06.11.1963.

Dem Leben Wiedergegeben... Aufzeichnungen vom I. internationalen Symposion über
psychiatrische Rehabilitation in Rodewisch.

Diskussionsbeitrag Doz.Dr. Lange, Mühlhausen zum Disk.- Beitrag Dr.Dr. Kisker.

Diskussionsbeitrag Dr. Anton zum Vortrag von Dr. Kisker.

Diskussionsbeitrag Dr. Dobiack.

Diskussionsbeitrag Dr. Dr. Kisker.

Diskussionsbeitrag Dr. Jackoviack 24.05.1963.

Diskussionsbeitrag Dr. Jaskowjak.

Diskussionsbeitrag Dr. Warzewska.

Diskussionsbeitrag Prof. Dr. Leonhard vom 23.05.1963.

Diskussionsbeitrag Prof. Leonhard, Berlin, Symposium Diskussion 23.05.1963 S. IV.

Eichler, Liese-Lotte: Probleme der Förderung und Eingliederung geistig behinderter Kinder und Jugendlicher – Vortragsabschrift.
 Empfänger des Programms für das Symposium.
 Empfehlungen des Ersten Tages, Dr. Lange Version 25.05.1963.
 Erstversion der Empfehlungen zur Rehabilitation psychisch akut und chronisch Kranker, Symposiumsbeitrag vom 23.05.1963.
 Gnat, Tadeuz und K. Godorowski: Psychiatrische Rehabilitation in Polen.
 Handschriftliche Notiz undatiert.
 Handschriftliche Teilnehmerliste des Rodewischer Symposiums, zugesagte Teilnehmer. „Hinweise“, S.6.
 Internationales Symposium über psychiatrische Rehabilitation in Rodewisch eröffnet, Artikel in der Freien Presse Kreis Auerbach ohne Datum.
 Karschutzki, Anton: Die Krankengymnastik als Rehabilitationsmittel in der Psychiatrie, Krankenhausarchiv Sächsisches Klinikum Rodewisch, Ordner zum Symposium 1963, Vortragsabschrift.
 Kisker, K. P.: Pharmakotherapeutische Voraussetzungen der Rehabilitation chronisch Schizophrener.
 Lesch: Die Bedeutung des Krankenhauses für Rehabilitation in Simsaag, Krankenhausarchiv Sächsisches Klinikum Rodewisch, Ordner zum Symposium 1963, Vortragsabschrift, 1963.
 Melechow: Die soziale Readaption psychisch Kranker in der UdSSR, Krankenhausarchiv Sächsisches Klinikum Rodewisch, Ordner zum Symposium 1963, Vortragsabschrift.
 Merguet, Hans: Die Simon'sche Soziotherapie.
 Organisationsplan für das „Internationale Symposium über Psychiatrische Rehabilitation“.
 Pantalejev, D.L.: Rehabilitationsprobleme psychisch Kranker und unsere Erfahrungen.
 Prokupek: Unsere Erfahrungen mit der Einführung des Offene-Tür-Systems.
 Rat der Stadt Rodewisch, Bürgermeister Witte: Gäste sagen Dank, Zeitungsartikel ohne Datum.
 Renker, Karl – Heinz und Liese – Lotte Eichler: Einladung zum internationalen Symposium über psychiatrische Rehabilitation, Krankenhausarchiv Sächsisches Klinikum Rodewisch, Ordner zum Symposium.
 Schlußwort, Dr. Eichler vom 25.05.1963.
 Schmidt – Thimme, Dorothea: Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind.
 Skoda, Ctirad: Disk-Beitrag Dr. Skoda, CSSR.
 Ders.: Milieutherapie im psychiatrischen Krankenhaus.
 Walther, Rolf: Brief an den Vorsitzenden des Rates des Kreises Auerbach(Vogtl) vom 02.06.1962.
 Ders.: Brief an Frau Dr. Eichler vom 01.10.1963.

Walther, Rolf: Brief an Herr Vorsitzenden Sachs Rat des Kreises Auerbach i.V. vom 16.05.1962.

Ders.: Brief an Herrn Bezirksarzt Dr. Görres vom 16.05.1962.

Werte Gäste, Prospekt für die Gäste des I. internationalen Symposions über psychiatrische Rehabilitation in Rodewisch 1963.

Archiv des Asklepios Fachklinikums Brandenburg

02.7/002 Brief Eichler an Lange vom 25.05.1964.

02.7/002 Brief Ulrich an Eichler vom 06.06.1964.

02.7/002 Liese – Lotte Eichler: Verwirklichung der Rodewischer Thesen in den Krankenhäusern für Psychiatrie des Bezirkes Potsdam 23.05.1964.

02.8/002 Brief Leonhard an Vorstand vom 28.03.1963.

02.8/002 Karl Leonhard: Einladung zur Vorstandssitzung der Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie am 30.11.1962 vom 27.10.1962.

02.8/002 Karl Leonhard: Protokoll der Vorstandssitzung der Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie in der DDR 18.05.1962.

02.8/002 Psychiatrisch – Neurologische Gesellschaft der DDR, Vorstand.

02.8/004 Protokoll der Vorstandssitzung der Gesellschaft für Rehabilitation 22.05.1963.

08.3/005 Brief Dorothea Schmidt – Thimme an Liese–Lotte Eichler vom 07.06.1963.

08.3/005 Brief Eichler an Renker vom 15.06.1961.

08.3/005 Brief Eichler an Schmidt –Thimme vom 27.08.1963.

08.3/005 Schriftenwechsel mit der Bundesvereinigung für das geistig behinderte Kind e.V.

Als Gast beim internationalen Symposium im Vogtland.

Gedruckte Quellen

URL: <http://www.lebenshilfe.de/de/spenden-mitmachen/stiftung/index.php>.

Awerbach und Rubinowa: Zusammenfassung Vortrag Rubinowa auf Deutsch, in: Karl-Heinz Renker u. a. (Hrsg.): II. Internationaler Kongress über Rehabilitation vom 11. bis 16. Juni 1962 in Dresden, 1963, S. 176–177.

Balicki, Marek, Stefan Leder und Andrzej Piotrowski: Focus on Psychiatry in Poland Past and Present, in: British Journal of Psychiatry 177 (2000), S. 375–381.

Barczy, Gustav: Heilpädagogische Rehabilitation, in: Karl – Heinz Renker u. a. (Hrsg.): Internationale Arbeitstagung über Fragen der Rehabilitation, Dispensairebetreuung und Prämorbidität vom 16.–19.Juni 1958 in Leipzig, VEB Georg Thieme Leipzig, 1960, S. 742–744.

Barczy, Gustav: Rehabilitation blinder und tauber Kinder, in: Karlheinz Renker u. a. (Hrsg.): II. Internationaler Kongress über Rehabilitation vom 11. bis 16. Juni 1962 in Dresden, VEB Georg Thieme Leipzig, 1963, S. 553–555.

- Beyer, Alfred und Kurt Winter (Hrsg.): Lehrbuch der Sozialhygiene, VEB Volk und Gesundheit Berlin, 1959.
- Bierer, Joshua: Eine Revolution in der Psychiatrie Großbritanniens, in: Das deutsche Gesundheitswesen 1960, S. 645–650.
- Bochnik, H.: Erinnerung an Dr. med. Karl Leonhard, in: Hessisches Ärzteblatt 19.3 (2004), S. 158–159.
- Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V. (Hrsg.): Lebenshilfe für geistig Behinderte. 25 Jahre, Rückblick, Ausblick, 1983.
- Castell, Rolf u. a.: Geschichte der Kinder – und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937–1961, Vandenhoeck&Ruprecht, 2003.
- „Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter (DVfR)“ (Hrsg.): Von der Krüppelfürsorge zur Rehabilitation von Menschen mit Behinderung 90 Jahre Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e. V. 1999.
- E.B.: Zeitungsartikel: „Psychiatrische Rehabilitation: Eine Humanistische Aufgabe, Wofür es sich lohnt zu streiten“, in: Freie Presse Kreis Auerbach 1963.
- Eghigian, Greg: Was there a Communist Psychiatry? Politics and East German Psychiatric Care, 1945-1989. In: Harvard Review of Psychiatry 10 (2002), S. 364–368.
- Eichler, Liese-Lotte: Berufliche Rehabilitation Debiler und Imbeziler in der Industrie, in: Hermann Redetzky und H. Thiele (Hrsg.): Rehabilitation Ausgewählte Vorträge aus einem Fortbildungslehrgang mit internationaler Beteiligung vom 17–22 Oktober 1960, VEB Volk und Gesundheit Berlin, 1962, S. 137–148.
- Ders.: Die medizinischen und sozialen Maßnahmen zur Rehabilitation der Geisteskranken, in: Karl-Heinz Renker u. a. (Hrsg.): Internationale Arbeitstagung über Fragen der Rehabilitation, Dispensairebetreuung und Prämorbidität vom 16.–19. Juni 1958 in Leipzig, VEB Georg Thieme Leipzig, 1960, S. 422–429.
- Ders.: Eindrücke eines Besuches in den wesphälischen Anstalten Lengerich und Gütersloh, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 9 (1957), S. 241–248.
- Eig., Ber.: Im Dienst der Wissenschaft, in: Freie Presse, Organ der Bezirksleitung Karl-Marx Stadt der sozialistischen Einheitspartei Deutschlands 1.121 (25.05 1963), S. 5.
- Ders.: Zeitungsartikel: „Großartiges Rodewisch“, in: Auerbacher Rundschau 4.23 (1963), S. 1.
- Erfolgreiche Medizin, in: Neues Deutschland, 01.10.1964, Jan. 1964, S. 8.
- Ernst, Anna – Sabine: "Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus" Ärzte und medizinische Hochschullehrer in der SBZ/DDR 1945 – 1961, Waxmann, 1997.
- Ewert, Günter: Sozialhygiene Ein Rückblick zu ihrer Entstehung und Charakteristik im Kontext zum Paradigma in der DDR, Eigenverlag, 2001.
- Falk, Beatrice und Friedrich Hauer: Brandenburg-Görden Geschichte eines psychiatrischen Krankenhauses, Bebra Verlag, 2007.

- Falthauser, Valantin: Die Entwicklung und Einrichtung einer Fürsorge, in: H. Roehmer, G. Kolb und F. Falthauser (Hrsg.): Die offene Fürsorge in der Psychiatrie, Springer, 1927, S. 184–199.
- Felber, Werner und Wolfgang Sauermann: Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Ehrig Lange, in: Sächsisches Ärzteblatt 8 (2009), S. 449–450.
- Ficker, Friedemann: Die Rodewischer Thesen und ihr Stellenwert in einer DDR–Psychiatrie–Geschichte, in: Symptom Nummer5 2000, S. 24–34.
- Finzen, Asmus und Ulrike Hoffmann-Richter (Hrsg.): Was ist Sozialpsychiatrie?, Psychiatrieverlag, 1995.
- Fischer, Max: Die soziale Psychiatrie im Rahmen der sozialen Hygiene und allgemeinen Wohlfahrtspflege, in: Ulrike Hoffmann-Richter und Asmus Finzen (Hrsg.): Sozialpsychiatrie was ist das?, Psychiatrieverlag, 1995.
- Gesellschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Rehabilitation Organisation und medizinische Praxis, VEB Georg Thieme Leipzig, 1962.
- Gestorben Prof. Dr. med. Dr. phil. Karl Peter Kisker, in: Deutsches Ärzteblatt 95.4 (Jan. 1998), A–170.
- Geyer, Michael (Hrsg.): Psychotherapie in Ostdeutschland Geschichte und Geschichte 19945-1995, Vandenhoeck und Ruprecht, 2011.
- Gnat, Tadeuz: Mental Health Services and Recources in Poland, in: Arie Kiev (Hrsg.): Psychiatry in the communist world, Science house New York, 1968.
- Gnat, Tadeuz und Kazimierz Godorowski: Problem of social psychiatry (Artikel polnisch, Zusammenfassung englisch), in: Neurologia, neurochirurgia i psychiatria polska 1962, S. 101–109.
- Gnat, Tadeuz und Jerzy Henisz: Developements in Social Psychiaty in Poland, in: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1.1 (1966), S. 53–56.
- Groß, Friedrich Rudolf: Jenseits des Limes, Psychiatrie – Verlag Bonn, 1996.
- Grotjahn, Alfred: Der Alkoholismus: Nach Wesen, Wirkung und Verbreitung, Georg H. Wigand, 1898.
- Guensberger, E.: Rehabilitation Ausgewählte Vorträge aus einem Fortbildungslehrgang mit internationaler Beteiligung vom 17 – 22 Oktober 1960, in: Hrsg. v. Hermann Redetzky und H. Thiele, VEB Volk und Gesundheit Berlin, 1962, Kap. Forschungsprobleme der psychiatrischen Rehabilitation, S. 159–171.
- Häfner, Heinz, W. v. Baeyer und K. P. Kisker: Dringliche Reformen in der psychiatrischen Krankenversorgung der Bundesrepublik, in:
- Häfner, Heinz und Hans Martini: Das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit – Gründungsgeschichte und Gegenwart, C H Beck, 2011.
- Hanrath, Sabine: Zwischen Euthanasie und Psychiatriereform Anstaltspsychiatrie in Westphalen und Brandenburg: Ein deutsch–deutscher Vergleich(1945 – 1964), Ferdinand Schöningh, 2002.

- Heinzelmann, Wilfried: Sozialhygiene als Gesundheitswissenschaft: Die deutsch/deutsch-jüdische Avantgarde 1897-1933. Eine Geschichte in sieben Profilen, Transcript, 2009.
- Herbst, Andreas, Winfried Ranke und Jürgen Winkler (Hrsg.): So funktionierte die DDR, Band 2, Lexikon der Organisationen und Institutionen, Rowolt, 1994.
- Hess, Volker: The Rodewisch (1963) and Brandenburg (1974) propositions, in: *History of Psychiatry* 22.2 (Juni 2011), S. 232–234.
- Hubenstorf, Michael: Sozialhygiene, Staatsmedizin, Public health – Konzeptwandel oder deutscher Sonderweg, in: Udo Schagen und Sabine Schleiermacher (Hrsg.): 100 Jahre Sozialhygiene, Sozialmedizin und Public Health in Deutschland, 2005, Kap. Sozialhygiene, Staatsmedizin, Public health– Konzeptwandel oder deutscher Sonderweg, S. 1–27.
- Jus, Andrzej und Halina Wardaszko: Influence of different psycho-social factors on the effect of the treatment of chronic schizophrenics by psychotropic drugs (Artikel polnisch, Zusammenfassung englisch), in: *Neurologia, neurochirurgia i psychiatria polska* 1963, S. 385–390.
- Kaczmarczyk, S. und S. Ostafin: Thérapeutique par le travail et les capacités d'adaptation des malades atteints de la schizophrénie (Artikel polnisch, Zusammenfassung französisch), in: *Neurologia, neurochirurgia i psychiatria polska* 5 (1962), S. 743–749.
- Kiev, Arie (Hrsg.): *Psychiatry in the communist world*, Science house New York, 1968.
- Kolb, Gustav: Die Einwände und Bedenken gegen die Fürsorge, in: Hrsg. v. H. Roehmer, G. Kolb und F. Falthauser, Springer, 1927, S. 159–167.
- Ders.: Die Gründe für die Einrichtung der Fürsorge, in: Hrsg. v. H. Roehmer, G. Kolb und F. Falthauser, Springer, 1927, S. 154–159.
- Kuhlenkampf, Caspar: Psychiatrie in der Sowjetunion – Ergebnisse einer Studienreise nach Moskau und Leningrad, in: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2.3 (1967), S. 124–127.
- Kumbier, Ekkehard, Kathleen Haack und Holger Steinberg: 50 Jahre Rodewischer Thesen – Zu den Anfängen sozialpsychiatrischer Reformen in der DDR, in: *Psychiatr Praxis* 40 (2013), S. 313–320.
- Laaser, U. und F.W. Schwarz (Hrsg.): *Gesundheitsberichterstattung und Public Health in Deutschland*, Springer, 1992.
- Leonhard, Karl: *Individualtherapie der Neurosen*, VEB Gustav Fischer Verlag Jena, 1965.
- Ders.: Psychiatrie, Neurologie und Rehabilitation, in: Karl – Heinz Renker u. a. (Hrsg.): *Internationale Arbeitstagung über Fragen der Rehabilitation, Dispensairebetreuung und Prämorbidität vom 16.–19.Juni 1958 in Leipzig*, VEB Georg Thieme Leipzig, 1959, S. 208–212.
- Loos, Herbert: Psychiatrie im Ost-West-Vergleich: Psychiatrie braucht Öffentlichkeit, in: *Deutsches Ärzteblatt* 103(51-52) (2006), pages.

- Melechov, D.E.: Some Debatable Problems in Social Psychiatry, in: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2 (1967), S. 107–110.
- Merguet, Hans: Eine bedeutungsvolle Tagung, in: *Mitteilungsblatt der Psychiatrischen Landesverbände und des ständigen Ausschusses für Anstaltsfragen der deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde* 5 (1963), S. 1–3.
- Ders.: Internationale Arbeitstagung über Fragen der Rehabilitation, Dispensairebetreuung und Prämorbidität vom 16.–19.Juni 1958 in Leipzig, in: Karl–Heinz Renker u. a. (Hrsg.): *Rehabilitation Organisation und medizinische Praxis*, VEB Georg Thieme Leipzig, 1959, Kap. Rehabilitation in der Anstaltspsychiatrie, S. 165–169.
- Ders.: Rehabilitation in der Psychiatrie, in: *Rehabilitation: Organisation und medizinische Praxis* 1962, S. 123–126.
- Mette, Alexander, Gerhard Misgeld und Kurt Winter (Hrsg.): *Der Arzt in der sozialistischen Gesellschaft*, VEB Druckerei Thomas Müntzer Bad Langensalza, 1959.
- Moser, Gabriele: „Im Interesse der Volksgesundheit...“ Sozialhygiene und öffentliches Gesundheitswesen in der Weimarer Republik und der frühen SBZ/DDR, VAS, 2002.
- Müller–Hegemann, Dietfried: Bemerkungen zu Problemen der Sozialpsychiatrie – Autoreferat, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 1962, S. 144.
- Ders.: Möglichkeiten und Grenzen der Rehabilitation bei neurologisch–psychiatrischen Störungen, in: Karl – Heinz Renker u. a. (Hrsg.): *II. Internationaler Kongress über Rehabilitation vom 11. bis 16. Juni 1962 in Dresden*, VEB Georg Thieme Leipzig, 1963, Kap. Möglichkeiten und Grenzen der Rehabilitation bei neurologisch – psychiatrischen Störungen, S. 382–390.
- Ders.: Psychische Störungen und Geisteskrankheiten, in: A. Beyer und Kurt Winter (Hrsg.): *Lehrbuch der Sozialhygiene*, VEB Volk und Gesundheit Berlin, 1959, Kap. Psychische Störungen und Geisteskrankheiten, S. 382–388.
- Nyirö, Gyula: The history of Hungarian psychiatry: An Outline, in: Ari Kiev (Hrsg.): *Psychiatry in the communist world*, Science house New York, 1968, Kap. The history of Hungarian psychiatry: An Outline, S. 71–86.
- Priebe S, Schmiedebach HP: Social psychiatry in Germany in the twentieth century: ideas and models, in: *Medical History* 48.4 (Okt. 2004), S. 449–72.
- Priebe, S. und H. P. Schmiedebach: Soziale Psychiatrie und Sozialpsychiatrie – zum historischen Gebrauch der Begriffe, in: *Psychiatr Prax* 24.1 (Jan. 1997), S. 3–9.
- Prokupek, Josef: Social Trends in Czechoslovak Psychiatry, in: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 4 (1969), S. 177–180.
- Prokupek, Josef, Jaroslav Stuchlik und Stanislav Grov: Czechoslovak Psychiatry, in: Ari Kiev (Hrsg.): *Psychiatry in the communist world*, Science house New York, 1968, S. 122–142.
- Rapoport, Ingeborg: *Meine ersten drei Leben*, Nora, 1997.

- Redetzky, Hermann und H. Thiele (Hrsg.): Rehabilitation Ausgewählte Vorträge aus einem Fortbildungslehrgang mit internationaler Beteiligung vom 17. bis 22. Oktober 1960, VEB Volk und Gesundheit Berlin, 1962.
- Renker, Karl – Heinz: Bericht über die Forschungsgruppe Rehabilitation der Sektion Hygiene der Medizinisch – wissenschaftlichen Gesellschaft für die gesamte Hygiene in der Deutschen Demokratischen Republik, in: H. Redetzky und H. Thiele (Hrsg.): Rehabilitation Ausgewählte Vorträge aus einem Fortbildungslehrgang mit internationaler Beteiligung vom 17. bis 22. Oktober 1960, VEB Volk und Gesundheit Berlin, 1962, S. 19–33.
- Ders. (Hrsg.): Rehabilitation Ausgewählte Vorträge aus einem Fortbildungslehrgang mit internationaler Beteiligung vom 17. bis 22. Oktober 1960, VEB Volk und Gesundheit Berlin, 1962.
- Ders.: Rodewischer Thesen – Internationales Symposium über psychiatrische Rehabilitation vom 23. – 25. Mai 1963 in Rodewisch i. Vogtland, in: Zeitschrift für die Gesamte Hygiene und ihre Grenzgebiete 11 (1965), S. 61–65.
- Ders.: Schriftenreihe der Hochschule der Deutschen Gewerkschaften Fritz Heckert, 1957.
- Ders.: Schriftenreihe der Hochschule der Gewerkschaften Fritz Heckert: Arbeitshygiene und Gesundheitsschutz in unseren Betrieben, 1954.
- Ders.: Zu den Grundlagen und der Organisation der Rehabilitation in den verschiedenen Ländern, in: Zeitschrift für die Gesamte Hygiene und ihre Grenzgebiete, Sonderheft 1961, S. 9–18.
- Renker, Karl – Heinz und Richard Weise (Hrsg.): Die Rehabilitation im Gesetz, VEB Georg Thieme, 1960.
- Renker, Karl–Heinz u. a. (Hrsg.): II. Internationaler Kongress über Rehabilitation vom 11. bis 16. Juni 1962 in Dresden, VEB Georg Thieme Leipzig, 1963.
- Ders. (Hrsg.): Internationale Arbeitstagung über Fragen der Rehabilitation, Dispensairebetreuung und Prämorbidität vom 16.–19. Juni 1958 in Leipzig, VEB Georg Thieme Leipzig, 1959.
- Roehmer, Hans: Die offene Geisteskrankenfürsorge und das öffentliche Irrewesen, in: Sozialpsychiatrie was ist das?, Springer, 1927, S. 348–362.
- Roehmer, Hans, Gustav Kolb und F. Falthäuser (Hrsg.): Die offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten, Springer, 1927.
- Rose, Wolfgang: Anstaltspsychiatrie in der DDR. Bebra Verlag, 2005.
- Schagen, Udo und Sabine Schleiermacher: 100 Jahre Sozialmedizin, Sozialhygiene und public health in Deutschland, hrsg. v. Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, 2005.
- Ders.: Herrmann Redetzky, in: 100 Jahre Sozialmedizin, Sozialhygiene und public health in Deutschland, Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, 2005.

- Schagen, Udo und Sabine Schleiermacher: Joseph Kurt Winter, in: 100 Jahre Sozialmedizin, Sozialhygiene und public health in Deutschland, Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, 2005.
- Scheffer, Ulrike: 102-jährige Doktorin aus Berlin-Pankow : „Ich habe noch Lust aufs Leben“, in: Tagesspiegel 9.06.2015, URL: <http://www.tagesspiegel.de/berlin/bezirke/pankow/102-jaehrige-doktorin-aus-berlin-pankow-leben-mit-der-geschichte/11813250-2.html>.
- Schmiedebach, Heinz-Peter u. a.: Offene Fürsorge – Rodewischer Thesen – Psychiatrie Enquete: Drei Reformansätze im Vergleich, in: Psychiatrische Praxis 27 (2000), S. 138–143.
- Schramm, Stefanie: Mitten ins Leben – Psychisch kranke Menschen haben es schwer Arbeit zu finden. Dabei wäre das oft die beste Therapie, in: Die Zeit 46 (2013), S. 37–38.
- Schulz, Jörg: Die Rodewischer Thesen von 1963 – ein Versuch zur Reform der DDR-Psychiatrie, in: Kersting, Franz Werner, 2003, S. 87–96.
- Sefrin, Max: Stellung und Aufgaben der jungen medizinischen Intelligenz in unserem sozialistischen Staate, in: Kurt Winter (Hrsg.): Arzt und Gesellschaft, VEB Gustav Fischer Verlag Jena, 1970, S. 13–26.
- Seidel, Christa: Fortbildung: Lehrstuhl besteht seit Anfang der 70er Jahre, in: Deutsches Ärzteblatt 60 (1996), A–1932.
- Seidel, Karl, Heinz Schulze und Gerhard Göllnitz (Hrsg.): Neurologie und Psychiatrie, VEB Verlag Volk und Gesundheit Berlin, 1977.
- Seifert, Ulrike: Gesundheit staatlich verordnet, Das Arzt – Patienten – Verhältnis im Spiegel sozialistischen Zivilrechtsdenkens in der DDR, BWV Berliner Wissenschaftsverlag, 2009.
- Späte, Helmut, Achim Thom und Klaus Weise: Theorie, Geschichte und aktuelle Tendenzen in der Psychiatrie, hrsg. v. Günter Baust u. a., VEB Gustav Fischer Verlag Jena, 1982.
- ST.: Zeitungsartikel: „Heilerfolge durch moderne Therapie“, in: Dresdner Tageszeitung, 30.05 1963.
- Thimme, Dorothea Schmidt –: Neue Wege der Heilpädagogik „Lebenshilfe“ hörte Bericht über das Psych. Kranken Görden, in: Oberhessische Presse Marburg 6.03.1963.
- Waldmann, Klaus-Dieter: Die Realisierung der Rodewischer Thesen zu DDR-Zeiten – Versuch einer Analyse aus heutiger Sicht, in: Psychiatrische Praxis 25 (1998), S. 200–203.
- Walther, Rolf: Das klinische Rehabilitationsproblem der Schizophrenie, in: H. Redetzky und H. Thiele (Hrsg.): Rehabilitation – Ausgewählte Vorträge aus einem Fortbildungslehrgang mit internationaler Beteiligung vom 17. bis 22. Oktober 1960, VEB Volk und Gesundheit Berlin, 1962, S. 149–158.

- Wendenburg, Friedrich: Die kommunale Fürsorgestelle für Geisteskranke usw. In: Die offene Fürsorge in der Psychiatrie 1927, S. 72–80.
- Wieck, Chr.: Rehabilitation in der Kinderpsychiatrie und – neurologie, in: Karl–Heinz Renker u. a. (Hrsg.): Rehabilitation Organisation und medizinische Praxis, 1959, Kap. Rehabilitation in der Kinderpsychiatrie und –neurologie, S. 456–459.
- Ders.: Zur Prophylaxe auf dem Gebiet der Kinderpsychiatrie, in: Prophylaxe Zeitschrift für Mikrobiologie, Epidemiologie, Hygiene und Sozialhygiene 2.3 (1955), S. 126–132.
- Zeitungsartikel: „Verdienter Arzt des Volkes“, in: Neues Deutschland, 11.12.1960, Nov. 1960, S. 4.

Anhang A.

Quellenauswahl

Rodewischer Thesen

Internationales Symposium über psychiatrische Rehabilitation

vom 23. bis 25. Mai 1963 in Rodewisch i. Vogtland (DDR)

Empfehlungen

„Die Rehabilitation psychisch akut und chronisch Kranker“

Je klarer über die klinisch-medizinische Führung des Kranken hinaus seine soziale Wiedereingliederung als ärztliche Aufgabe erkannt und bejaht wird, desto konsequenter müssen klinisch-medikamentöse Therapie und sozial wirksame Heil- und Betreuungsmethoden integriert werden in einer komplexen rehabilitationsgezielten Therapie. Moderne medikamentöse Behandlungsverfahren und aktive Soziotherapie, beide unter optimalen Heilbedingungen, bilden eine untrennbare Einheit im Denken und Handeln der Ärzte und des Pflegepersonals. Bei den akut Kranken muss vom frühestmöglichen Zeitpunkt an in allen Behandlungsmaßnahmen über das „Antipsychotische“ hinaus der Rehabilitationscharakter erkennbar sein (Rückführung ins tätige, freie und verantwortliche Leben). Bei den chronisch Kranken gilt es, diese unter psychohygienisch positiv wirksame heilfördernde Bedingungen zu stellen, sich nicht mit der Auffassung von der Irreparabilität sogenannter, zumindest fraglicher Defektzustände abzufinden, sondern weit stärker als bisher die klinischen Heilmaßnahmen anzuwenden. Das Schwergewicht aller Rehabilitationsmaßnahmen liegt bei den Kranken, die einen höhergradigen krankheitsbedingten biologischen, psychischen und sozialen Leistungsabfall aufzuweisen haben. Alle medizinisch-sozialen Rehabilitationsmaßnahmen – institutionellen oder administrativen Charakters – können erst dann als ausreichend angesehen werden, wenn es gelingt, die chronischen Verlaufsformen der Psychosen und die Ausbildung sogenannter Defektzustände – zumindest der graduellen Ausprägung nach – zu reduzieren und einen großen Prozentsatz von Menschen mit chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen beruflich und sozial wieder einzugliedern, ihnen zu einem Leben in sozial verantwortlicher wie freier Verfügbarkeit zu verhelfen.

Hierbei ist Folgendes vordringlich:

1. Unabhängig von allen hypothetischen Vorstellungen über das Wesen und die Nosologie der Psychosen, ihrer chronischen Verlaufsformen, insbesondere auch der sogenannten Defektbildung ist in jedem Falle eine aktive therapeutische Einstellung zu fordern. Keine Diagnose einer Psychose rechtfertigt die sichere Annahme eines schicksalsmäßigen Verlaufes und mit ihr die fatalistische Einstellung zu ihren Behandlungsmöglichkeiten. Die umfassende Rehabilitationsbehandlung („komplexe Therapie“) reicht in undogmatisch kombinierter Anwendung von den neuroleptischen Psychopharmaka über die vielfältigsten Methoden der Arbeitstherapie bis zu den gruppenpsychotherapeutischen Verfahren: die Anwendung neuroleptischer Psychopharmaka soll der wissenschaftlichen Erkenntnis folgend kurzmäßig (kurzzeitig begrenzt hoch dosiert) und langfristig (niedrig dosiert, sogenannte Dauereinstellungen) unter ständiger ärztlicher Kontrolle stationär wie ambulant erfolgen.
2. Optimale Therapie kommt nur unter optimalen Bedingungen optimal zur Wirkung. Die psychiatrischen Krankenhäuser und Kliniken müssen ihre allgemeinen Bedingungen, unter denen sie therapieren, kritisch überprüfen. Die besonderen aus der Anstaltstradition übernommenen Maßnahmen, die den psychisch Kranken „anders“ als einen anderweitig Erkrankten im Krankenhaus behandeln, sind Zug um Zug zu beseitigen. Akut und chronisch Kranke können zum überwiegenden Teil auf völlig offenen Krankenstationen geführt werden. Entscheidend für die Öffnung der Krankenstation ist ein durchdachtes rehabilitatives Heilregime, der fürsorgliche Geist des Personals, die damit geschaffene Heilatmosphäre und die aktive Einstellung zur komplexen Therapie. Aus vorwiegend geschlossenen Heil- und Pflegeanstalten haben sich vorwiegend offene psychiatrische Fachkrankenhäuser zu entwickeln. Das umfassende Sicherungsprinzip der Heil- und Pflegeanstalt muss einem umfassenden Fürsorgeprinzip des Fachkrankenhauses weichen.

3. Die Rehabilitation wird erleichtert durch Profilierung der Krankenstationen mit jeweils besonderer Betonung der therapeutischen Inhalte entsprechend der Zusammensetzung der Patienten. Insbesondere sind die klinischen Stationen für akut Erkrankte von denen für chronisch Kranke zu trennen, wobei die jeweils besondere Struktur des Krankenhauses und die örtlichen Bedingungen gewahrt bleiben sollen. Ganz besonders ist eine Differenzierung von Jugend- und Alterstationen erforderlich. Bei verstärkter ärztlicher Besetzung und mit erreichter Bettenauflockerung werden die psychiatrischen Fachkrankenhäuser in dem ihnen zukommenden Maße auf entsprechenden Fachstationen Neurosebehandlungen übernehmen.

4. Durch planvolle Reorganisation und Modernisierung müssen die psychiatrischen Krankenhäuser und Kliniken personell, materiell und institutionell in die Lage versetzt werden, allen Anforderungen der modernen komplexen psychiatrischen Therapie zu entsprechen. Die noch bestehenden Unterschiede in den Haushalts- und Stellenplänen gegenüber den allgemeinen Krankenhäusern sind unberechtigt und müssen beseitigt werden.

5. Bei erreichter Stabilität der ärztlichen Versorgung im Bereich der Psychiatrie wird im Sinne des Dispensairesystems die nachgehende Fürsorge als kontinuierliche Arbeit eines Kollektivs aus Psychiatern, Psychologen und Fürsorgerinnen zu entwickeln sein. Dieses Kollektiv soll engste Verbindung zu den Produktionsbetrieben unterhalten und Arbeitsplatzstudien ermöglicht bekommen. Damit ist ein umfassendes System der psychiatrischen Außenfürsorge mit besonderer Betonung der nachgehenden Fürsorge auf- und auszubauen. Es ist unerlässlich, dass jeder Kreis neben mindestens einem Psychiater mindestens eine hauptamtliche psychiatrische Fürsorgerin besitzt, die entweder ihre Anleitung vom regional zuständigen Fachkrankenhaus erhält und mit diesem eng verbunden arbeitet, oder die sogar unmittelbar zum Kader des Fachkrankenhauses selbst gehören sollte.

6. Dringend erforderlich sind Übergangslösungen zwischen kontinuierlichen arbeitstherapeutischen Einsätzen auf der einen Seite und der vollen Erwerbsarbeit andererseits, zwischen der ambulanten Krankenbetreuung und der stationären Krankenbetreuung bisheriger Art. In dieser Hinsicht muss die Errichtung von an die Fachkrankenhäuser angeschlossenen beschützenden Werkstätten, befürsorgten Patienten-Wohnheimen, psychiatrischen Tages- und Nachtkliniken gefordert werden.

7. Die gewaltige soziologisch-gesellschaftliche Bedeutung der psychischen Krankheiten als Volkskrankheiten ist weit stärker als bisher herauszustellen, auf geeignete Weise zu popularisieren mit dem Ziel einer wirksamen Prophylaxe, der unbedingten Früherfassung und Frühbehandlung von psychisch Kranken. Mit allen geeigneten Mitteln der Volkserziehung ist der Intoleranz psychisch Kranken gegenüber zu begegnen.

8. Amtliche oder gesetzliche Zwangsmaßnahmen psychisch Kranken gegenüber sind auf das nur unbedingt erforderliche Minimum zu beschränken. Die humane Grundhaltung des sozialistischen Lebensstils muss darin zum Ausdruck kommen, dass alles vermieden wird, was geeignet ist, psychisch Kranke in der Öffentlichkeit zu diffamieren und sie außerhalb der Gesellschaft zu stellen. In besonderer Weise sind bestehende Gesetze und Verordnungen daraufhin zu korrigieren. In Arbeit befindliche Gesetze und Verordnungen haben dies gebührend zu berücksichtigen.

9. Durch die Ministerien für Gesundheitswesen sollte ein intensiver Erfahrungsaustausch auf internationaler Basis über Fragen der psychiatrischen Rehabilitation organisiert und gefördert werden. Durch das Vergeben von Forschungsaufträgen an psychiatrische Facheinrichtungen, die sich besonders intensiv mit den Fragen der psychiatrischen Rehabilitation befassen, soll die wissenschaftliche Bearbeitung dieses Bereiches

vorangetrieben werden, wobei den Fragen der sogenannten Krankheiten und dem Verhalten der Kranken außerhalb des Krankenhauses besondere Aufmerksamkeit zu widmen ist. Forschungsarbeiten an psychiatrischen Facheinrichtungen des Gesundheitswesens sollen in Absprache bzw. mit unterstützender Beteiligung der regional zuständigen Hochschulkliniken vorgenommen werden.

10. Im Bereich der Psychiatrie ist eine enge Koordinierung der praktischen sowie der wissenschaftlichen Tätigkeit der medizinischen Facheinrichtungen des Hochschulwesens und denen des Gesundheitswesens erforderlich. Im Hochschulunterricht müssten die Möglichkeiten und die Bedingungen einer umfassenden medizinisch-sozialen Rehabilitation für akut und chronisch Kranke mehr als bisher dargestellt werden. Soweit die Hochschulkliniken aufgrund ihrer besonderen Struktur und ihrer betonten Aufgabenstellung keine umfassenden Möglichkeiten aller Bereiche der medizinisch-sozialen psychiatrischen Rehabilitation bei sich selbst entwickeln können, so sind die Studierenden mit den rehabilitativen Maßnahmen der psychiatrischen Fachkrankenhäuser, insbesondere mit den Maßnahmen der Sozio- und Arbeitstherapie im Rahmen des Kollegbetriebes auf geeignete und ausreichende Weise bekanntzumachen. Hochschulkliniken und psychiatrische Fachkrankenhäuser, soweit letztere dazu die Voraussetzungen erfüllen, sollen sichtbarer als bisher die Ausbildung der Studierenden und der Fachärzte gemeinsam tragen, sollen auch gemeinsam Forschungsaufträge erledigen.

Jeder Facharzt für Psychiatrie und Neurologie sollte vor Übernahme einer selbständigen Tätigkeit sowohl mindestens ein Jahr in einer Hochschulklinik als auch ein Jahr in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus im Rahmen seiner Fachausbildung tätig gewesen sein.

Empfehlungen

„Arbeitstherapie“

Die Arbeitstherapie ist ein Teil der Komplextherapie aller psychischen Erkrankungen. Sie wird ärztlich verordnet und ist eine therapeutische und rehabilitatorische Maßnahme.

Im Rahmen der psychiatrischen Einrichtung stellt die Arbeitstherapie zahlreiche ökonomische Probleme. Dennoch ist der wirtschaftliche Wert dieser Therapie von sekundärer Bedeutung. Ihre Hauptaufgabe ist nicht, Werte zu schaffen, sondern dem psychisch kranken Menschen bei der Stärkung bzw. Integrierung seines Selbstbewusstseins und seines Kontaktstrebens zu helfen. Der Akzent liegt nicht auf der Quantität der Produktion und der Qualität der Produktion, sondern auf dem individuellen Erlebnis, wieder tätig zu sein und etwas zu schaffen, das seinen Wert auch für die Gesellschaft hat, d. h. Arbeitstherapie muss stets sinnvoll gestaltet werden und sollte schöpferische Kräfte wecken. In diesem Sinne gilt die Forderung SIMON's nach „aktiver psychiatrischer Therapie“ auch heute noch.

Notwendig ist frühestmöglicher Einsatz der Arbeitstherapie, unter Umständen schon während der körperlichen und medikamentösen Behandlung, jeweils nach Sachlage des Einzelfalles.

Im akuten Stadium der Erkrankung kann auf ärztliche Anordnung die Arbeitstherapie (nach Babajan) in passiver Form angewendet werden. Nach Abklingen der akuten Erscheinungen gewinnt die aktive Arbeitstherapie an Bedeutung. Das ärztliche Ziel ist, über die Arbeitstherapie eine frühestmögliche Entlassung des Kranken zu erreichen. Günstigenfalls führt die Arbeitstherapie zur Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess; stets sollte sie die Zurückführung in die prämorbid soziale Struktur des Erkrankten anstreben oder die Voraussetzungen hierfür schaffen. Die Arbeitstherapie soll möglichst von den ausgebildeten Arbeitstherapeuten angeleitet werden. Festlegung des Ausbildungsganges und des Berufsbildes für Arbeitstherapeuten ist notwendig.

Da die Arbeitstherapie eine therapeutische Maßnahme ist, kann der Patient im stationären Bereich lediglich eine Arbeitsbelohnung erhalten.

Die Arbeitstherapie wird in den psychiatrischen Einrichtungen in verschiedenen Formen angewandt, z. B. zur Verbesserung des Milieus, sie kann in landwirtschaftlichen Arbeiten bestehen; zum anderen können Teilfertigungen für Industriebetriebe durchgeführt werden, die jedoch nicht an Produktionsauflagen und Termine gebunden sein dürfen.

Von Betrieben, die Arbeitsaufträge geben, ist die geleistete Arbeit entsprechend an die Einrichtung zu vergüten. Ein angemessener Anteil muss für Zwecke der Patientenbetreuung unmittelbar zur Verfügung gestellt werden.

Eine wissenschaftlich überzeugende Klärung der Wirkung der Arbeitstherapie ist noch nicht gelungen. Versuche in dieser Richtung bleiben so lange hypothetisch, bis die pathophysiologischen und neuropathologischen Grundlagen der Psychosen – insbesondere der endogenen – aufgeklärt sind.

Unsere bisherigen Therapieformen haben sich empirisch entwickelt. Dies gilt für die Arbeitstherapie ebenso wie für die Pharmakotherapie der Psychose. Es muss Ziel der Forschung sein, für die jeweiligen Krankheitsbilder die günstigsten arbeitstherapeutischen Möglichkeiten, die den größten therapeutischen Effekt haben, zu finden.

Ein Patient, der durch Komplextherapie gut gebessert ist und in der Lage ist, unter fachlicher Anleitung und Fürsorge gute Arbeit zu leisten, aber nicht in das häusliche Milieu entlassen werden kann, muss in eine beschützende Umgebung entlassen werden. Es sind hierfür neue, noch nicht überall gebräuchliche Lösungen zu finden, z. B. Kollektive in der Landwirtschaft, Wohnheime mit Arbeitsmöglichkeiten in Industriebetrieben und anderen Einrichtungen, z. B. Tagesstationen und Nachtsanatorien. Außerdem ist die weitere Einrichtung von Heilwerkstätten zu planen.

Ein Erfahrungsaustausch zwischen den sozialistischen Ländern über Möglichkeiten der Verbesserung der Arbeitstherapie ist notwendig.

Thesen

zum Rahmenthema Kinderpsychiatrie

Teilgebiet Probleme des Schwachsinn

Eine völlige Neuorientierung auf dem Gebiet des gesamten Schwachsinn ist notwendig. Die Problematik ist heute wichtiger und aktueller als früher.

Es müssen wissenschaftliche Ergebnisse erarbeitet werden hinsichtlich Ursachenforschung, Behandlungs- und Erziehungsmethoden. Die Gesellschaft muss von den Bedürfnissen der großen Zahl der Schwachsinnigen etwas erfahren, um helfend einzugreifen und die Sorge um die Schwachsinnigen nicht nur den Pädiatern, Psychiatern, Psychologen und Pädagogen zu überlassen.

Warum ist die Gesamtproblematik des Schwachsinn heute wichtiger denn je?

- a) Durch Rückgang der Säuglingssterblichkeit (Prophylaxe, Frühgeburten-Stationen) bleiben mehr geschädigte Kinder am Leben.
- b) Folgezustände von cerebralen Erkrankungen im Säuglings- und Kleinkindalter, die zum Schwachsinn führen, sind heute häufiger als früher durch die Erfolge der modernen medikamentösen Behandlung.
- c) Bedeutende Entdeckungen auf dem Gebiet der Schwachsinnforschung wurden in den letzten Jahren gemacht, die neue prophylaktische und therapeutische Wege zeigen, z. B. Stoffwechselstörungen durch Enzymdefekte (Prophylaxe bei Phenylketonurie).

Es müssen folgende Punkte erarbeitet werden:

1. System einer gut organisierten Früherfassung aller intellektuell und charakterlich auffällig werdenden Kinder.
2. Einrichtung von Beobachtungskliniken:
Teamarbeit: zwischen Pädiater, Psychiater, Neurologen, HNO- und Augenarzt, Orthopäden, Psychologen und Pädagogen mit folgenden Aufgaben:
 - a) umfassende klinische Diagnostik
 - b) Festlegung eines Ausbildungs- und Förderungsplanes
 - c) Vorschläge zu einer guten Organisation einer Neuropsychiatrischen oder einer neurologisch und psychiatrischen Beobachtungsklinik.

20. 8. 1960

Dr. El/Bra.

Herrn Professor Dr. Renker
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Hygienisches Institut
Lehrstuhl für Sozialhygiene

Halle / Saale

Sehr geehrter Herr Professor !

Ich habe noch keine Gelegenheit gehabt, mich eingehend mit Herrn Walther über den Plan des Symposiums zu unterhalten, doch habe ich mir selbst Gedanken gemacht wie man es gestalten könnte. Wenn es drei Tage dauert, würde ich vorschlagen, daß man den ersten Tag der modernen somatischen Therapie widmet, die ja in der Klinik von Herrn Walther in besonderer Weise durchgeführt wird. Dazu müßte man noch ausländische Referenten finden, vielleicht Herrn Professor Prokupek, Bachmascska 10, Praha 6, Dejvice. CRS, den leitenden Psychiater der CSR. An diesem Tage könnte man gleichzeitig die Bedeutung der Milieutherapie erörtern. Als Referenten würde ich Herrn Dr. Ctirad Skoda aus Pezinek in der CSR vorschlagen, der ein Buch über Milieutherapie bei Psychosen geschrieben hat. Außerdem für den 1. Tag Herrn Dr. Melichow vom Gauschkin-Krankenhaus, der in der SU ein Buch über die Rehabilitation von Schizophrenen herausgibt.

Den 2. Tag würde ich der Arbeitstherapie widmen, und zwar würde ich es sehr begrüßen, wenn man für diesen Tag Dr. Sivadon gewinnen, der in Frankreich in Ville-Evrard ein jahrelanges Experiment durchgeführt hat. Seine Anschrift lautet jetzt: Dr. Paul Sivadon, Médecin-Directeur, Maison de Santé, Château De La Verrière par le Mesnil Saint-Denis (Seine-et-Oise). An diesem Tage müßte man auch Herrn Dr. Merguet, den ehemaligen Direktor von Lengerich, sprechen lassen und ihn bitten, seinen Film über Katatonen-Gymnastik vorzuführen. Für den gleichen Tag könnte man auch Frau Dr. Rubinowa einladen, die in Leningrad im Bechtereff-Institut eine Spezial-Abteilung für Arbeitstherapie hat, und vielleicht in der Lage sein wird, durch Vortrag und Bilder zu beweisen, wie nötig es ist, daß man auch den akut Bettlägerigen schon in die Arbeitstherapie (passive Phase) mit eingliedert. Nicht vergessen dürfen wir für den 2. Tag Herrn Dr. Bierer aus England, der im Deutsche Gesundheitswesen die Arbeit über "Eine Revolution in der Psychiatrie Großbritanniens" veröffentlicht hat.

Anhang A. Quellenauswahl

0001 . 8 . 05

Seine Anschrift lautet: Medical Director Joshua Bierer, Marlborough Day Hospital,
38 Marlborough Place, St. Hohn's Wood, London. N.W.8.

Zu dem Komplex der Arbeitstherapie würde ich auch den Leiter der größten und
führendsten polnischen psychiatrischen Krankenhauses, Dr. Jackowak, Branice,
Panstwowy Szpital, einladen.

Den 3. Tag müßte man den Problemen des Schwachsinnigen widmen. Ich halte es für
richtig, hierzu Frau Prof. Mariafalvi von der Budapester Pädagogischen Übungs-
Schule einzuladen, damit sie an diesem Tage spricht. Dann die klin. Psychologin
Frau F.K. Fitzpatrick, vom Botleys Park Hospital, Chertsey, und vor allen Dingen
aus der Bundesrepublik Herrn Tom Mutters, Marburg, den Sekretär der "Lebenshilfe
für das geistig behinderte Kind e.V.", mit dem wir in Erfahrungsaustausch stehen.

Ich hoffe, daß Sie meine Anregungen verwerten können und verbleibe mit besten
kollegialen Grüßen

(Dr. Eichler)

Quelle: Archiv des Oberlinhauses Potsdam, Akten der Gesellschaft für Rehabilitation:
Fachgruppe Psychiatrie



Quelle: Archiv des Sächsischen Fachklinikums für Psychiatrie und Neurologie Rodewisch.
Album: Dem Leben wiedergegeben...



Quelle: Archiv des Sächsischen Fachklinikums für Psychiatrie und Neurologie Rodewisch.
Album: Dem Leben wiedergeben...

Anhang B.

Veröffentlichungen und Vorträge

a) Hennings, L.(2013), *Die Rodewischer Thesen und ihre widersprüchliche Rezeptionsgeschichte*(Vortrag)

Fortbildungsveranstaltung *50 Jahre Rodewischer Thesen*, Glauchau 06.06.2013. Veranstalter: Rudolf Virchow Klinikum Glauchau und Sächsische Gesellschaft für soziale Psychiatrie.

b) Hennings, L.(2014), *Die Rodewischer Thesen und das Symposium über psychiatrische Rehabilitation 1963 in Rodewisch* in: Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für die Geschichte der Nervenheilkunde Band 20 (2014), S.385-409.

c) Hennings, L.(2014), *Die Rodewischer Thesen und das Symposium über psychiatrische Rehabilitation 1963 in Rodewisch*(Vortrag), Eberswalde 26.09.2014.

24. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde (DGGN) 25.09.2014-27.09.2014.

Anhang C.

Danksagung

Für die freundliche Überlassung des Themas möchte ich bei Herrn Prof. Dr. med. Cornelius Borck bedanken. Bedanken möchte ich mich bei ihm auch für die sehr verlässliche Betreuung der Arbeit, die mir gleichzeitig viel Freiraum ließ mein Thema zu entwickeln.

Mein Dank gilt weiterhin den Mitarbeitern des Instituts für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung der Universität zu Lübeck für die Doktorandenbetreuung in Form von Seminaren und Kolloquien sowie für die Unterstützung in organisatorischen Belangen.

Ich danke allen Institutionen, die mir vertrauensvoll den Zugang zu ihren Archiven ermöglichten und deren Mitarbeitern vor Ort. Besonderer Dank gilt dem Sächsischen Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Rodewisch, dem Oberlinhaus Potsdam und dem Asklepios-Klinikum Brandenburg. Herrn Dr. Friedrich Hauer danke ich für seine Auskünfte zum Archiv des Asklepios-Klinikums Brandenburg.

Herrn PD Dr. med. Ekkehard Kumbier danke ich für die freundliche Unterstützung bei der Veröffentlichung meines Artikels in der u. a. von ihm herausgegebenen Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für die Geschichte der Nervenheilkunde sowie für den Verweis auf das Aktenmaterial im Asklepios-Klinikum Brandenburg.

Für die Bereitschaft mir Fragen zur Sozialhygiene und Rehabilitationsmedizin in der DDR zu beantworten und mir Literatur aus ihrem Fundus zur Verfügung zu stellen, danke ich Frau Prof. Christa Seidel.

Dankbar bin ich zudem der Staatsbibliothek Berlin, deren umfangreiches Repertoire an Büchern aus der DDR, Fernleihen überflüssig machte und das Fortkommen meiner Arbeit beschleunigte.

Ich danke jedem einzelnen meiner Freunde und Familie, der sich durch Seiten und Kapitel meiner Arbeit gelesen hat. Vielen Dank für Euer Feedback.

Dass mir trotz Arbeit und Kindern noch Zeit für die Fertigstellung meiner Doktorarbeit blieb, verdanke ich der großartigen Unterstützung durch meinen Ehemann Jasper. Vielen Dank dafür<3

Lebenslauf

Persönliche Daten

Lena Hennings
Brehmestr. 6
13187 Berlin Pankow

Handy: 0176 23316565
E-Mail: lenasilkehennings@gmail.com

Geb. am 07.04.1984 in Oldenburg
Staatsangehörigkeit: deutsch



Erstellung der Dissertation

10/14- 12/15	Fertigstellung
10/14-12/15	Zeitzeugenrecherche und erneute Archivrecherche
01/13-06/13	Promotionssemester am Medizinhistorischen Institut der Universität Lübeck
07/11- 12/12	Unterbrechung während PJ und Prüfungsvorbereitung
ab 01/10	Archivrecherchen und Beginn der Arbeit

Berufserfahrung

ab 01/16	Assistenzärztin am Zentrum für Geriatrie und Physikalische Medizin am Helios Klinikum Berlin Buch
10/14- 12/15	Beschäftigungsverbot und Elternzeit
06/13-10/14	Assistenzärztin Arbeitsmedizin bei der GBB Berlin (Gesellschaft für Betriebsmedizin und Betriebsberatung)

Studium

01/13-06/13	Promotionssemester am Medizinhistorischen Institut der Universität Lübeck
12/12	Ärztliche Prüfung und Approbation
07/11- 06/12	Praktisches Jahr Innere Medizin, Sana Klinik Lübeck Chirurgie, Sana Klinik Lübeck Wahlfach HNO - Heilkunde, Universitätsklinik Lübeck

02/11 - 08/11	Elternzeit
04/08 - 02/11	Klinischer Studienabschnitt Humanmedizin an der Universität zu Lübeck
03/08	Physikum an der Julius Maximilian Universität Würzburg, Note: gut
04/05 - 03/08	Vorklinischer Studienabschnitt Humanmedizin an der Julius Maximilian Universität Würzburg
04/05 - 03/07	Vorklinischer Studienabschnitt Zahnmedizin an der Georg August Universität Göttingen

Berlin, 30 Dezember 2015