

Benoît Majerus

## Psychiatrie im Wandel. Das Fallbeispiel Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik (1960–1980)

### **Change in Psychiatry. The Case of the Karl-Bonhoeffer-Clinic for Nervous Diseases (1960–1980)**

*Summary:* The 1960s and 1970s are often described as years of change in psychiatry. The profession encountered strong societal criticism: antipsychiatry, social psychiatry, deinstitutionalization are only a few key words. Based on a quantitative and qualitative analysis of patients' files this article aims at reconstructing these (inter)national debates and conflicts through an analysis of the psychiatric practices inside a German hospital.

*Key words:* psychiatry – antipsychiatry – Karl-Bonhoeffer-Clinic for Nervous Diseases – Flegel – schizophrenia

*Zusammenfassung:* Die sechziger und siebziger Jahre werden oft als Jahre des Wandels in der Psychiatrie beschrieben. In der gesellschaftlichen Wahrnehmung gerät das Fach stark unter Druck: Antipsychiatrie, Sozialpsychiatrie, Deinstitutionalisierung sind nur einige Stichworte. Anhand einer quantitativen und qualitativen Auswertung von Patientenakten wird versucht, die psychiatrische Praxis innerhalb eines deutschen Landeskrankenhauses vor dem Hintergrund dieser (inter-)nationalen Debatten und Konflikte zu analysieren.

*Schlüsselwörter:* Psychiatrie – Antipsychiatrie – Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik – Flegel – Schizophrenie

Keine Bilder aus vergangenen Tagen, keine Bilder aus einem unterentwickelten Land. Das ist harte Wirklichkeit in der Bundesrepublik Deutschland 1973 für Abertausende. Unzureichend, miserabel, oft menschenunwürdig und nicht selten skandalös, das ist die Situation für viele Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern, in einem der reichsten Industriestaaten der Welt, in einem sogenannten Kulturvolk.

Mit diesen Worten wurde eine langsame Kamerafahrt durch die Gänge von scheinbar unendlich langen Bettensälen begleitet, eine Filmsequenz, mit der der ZDF-Dokumentarfilm ‚Gesundheitsnotstand Nr. 1‘ eingeleitet wurde. Die am

1. Oktober 1973 im ZDF ‚Gesundheitsmagazin‘ Praxis ausgestrahlte Reportage erreichte in Zeiten des dualen Rundfunksystems Millionen Deutsche. Deutlich von Frank Fischers Buch *Irrenhäuser – Kranke klagen an* (1964) beeinflusst, zeichnete die Reportage ein desaströses Bild der deutschen Psychiatrie.<sup>1</sup> ‚Gesundheitsnotstand Nr. 1‘ war somit Ausdruck einer breiteren gesellschaftlichen Bewegung, die seit dem Ende der 1950er Jahre der klassischen (Anstalts-) Psychiatrie gegenüber sehr misstrauisch war. Die Kritik an der Psychiatrie wurde in den 1960er und 1970er Jahren in ganz Westeuropa formuliert und oft unter der Bezeichnung ‚Antipsychiatrie‘ zusammengefasst. Eingebettet in einen breiteren Kontext des Protestes,<sup>2</sup> prägt die Antipsychiatrie die Wahrnehmung der Psychiatrie bis heute im öffentlichen Bewusstsein.

Neben organisatorischen und institutionellen Kritiken (u.a. katastrophale bauliche Zustände, schlechte Pflege) wurden vor allem die Diagnosekriterien der Psychiatrie immer wieder in Zweifel gezogen. Dabei kam dem Schizophreniebegriff eine zentrale Rolle zu. Thomas Szasz, einer der profiliertesten amerikanischen Antipsychiater, nannte eines seiner erfolgreichsten Bücher *Schizophrenia: the sacred symbol of psychiatry*.<sup>3</sup> Im französischen Sprachraum gruppierten sich die Schriften von Gilles Deleuze und Félix Guattari ebenfalls um den Begriff der Schizophrenie herum.<sup>4</sup> Und im Werk des bekanntesten Antipsychiaters, dem aus Glasgow stammenden Ronald D. Laing, waren die Überlegungen über die Schizophrenie ebenfalls grundlegend. In seinem ersten Buch *The divided self*, ohne Zweifel ein Bestseller der antipsychiatrischen Literatur,<sup>5</sup> ging er zuerst von

- 1 Zu dieser ZDF-Reportage: Treppner, Peter: ‚Der Gesundheitsnotstand Nr. 1‘ – Die Psychiatrie der 70er Jahre in den Print- und elektronischen Massenmedien an ausgesuchten Beispielen. Med. Diss. Greifswald 1995, hier S. 19. Allgemein zur öffentlichen Wahrnehmung der Psychiatrie zwischen 1960 und 1980: Brink, Cornelia: ‚Keine Angst vor Psychiatern.‘ Psychiatrie, Psychiatriekritik und Öffentlichkeit in der Bundesrepublik Deutschland (1960-1980). In: Fangerau, Heiner; Nolte, Karen (Hrsgg.): ‚Moderne‘ Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert – Legitimation und Kritik, Stuttgart 2006, S. 341-360.
- 2 Gilcher-Holtey, Ingrid: Die 68er Bewegung, München 2001.
- 3 Szasz, Thomas: *Schizophrenia: the sacred symbol of psychiatry*, New York 1976<sup>1</sup>, 1979<sup>2</sup>, 1988<sup>3</sup>. 1979 veröffentlichte der Fischer-Verlag die deutsche Ausgabe, der der Spiegel vom 26. März 1979 einen Artikel widmete. 1980 erschien dann eine spanische, 1983 eine französische, 1984 eine italienische und 1989 eine portugiesische Übersetzung.
- 4 Dosse, François: *gillesdeleuzefélixguattari. Biographie croisée*, Paris 2007.
- 5 Das Werk von Ronald D. Laing wird hier exemplarisch herangezogen. Seine zentrale Stellung in der Diskussion in Westeuropa soll anhand einer Auflistung der Verbreitung von ‚The divided self‘ illustriert werden. Englische Ausgabe: 1960<sup>1</sup>, 1960<sup>2</sup>, 1965<sup>3</sup>, 1966<sup>4</sup>, 1969<sup>5</sup>, 1969<sup>6</sup>, 1969<sup>7</sup>, 1969<sup>8</sup>, 1970<sup>9</sup>, 1971<sup>10</sup>, 1974<sup>11</sup>, 1975<sup>12</sup>, 1975<sup>13</sup>, 1977<sup>14</sup>, 1990<sup>15</sup>, 1990<sup>16</sup>, 1999<sup>17</sup>, 1999<sup>18</sup>. Deutsche Ausgabe: 1972<sup>1</sup>, 1974<sup>2</sup>, 1976<sup>3</sup>, 1976<sup>4</sup>, 1977<sup>5</sup>, 1979<sup>6</sup>, 1980<sup>7</sup>, 1981<sup>8</sup>, 1982<sup>9</sup>, 1983<sup>10</sup>, 1987<sup>11</sup>, 1989<sup>12</sup>, 1991<sup>13</sup>, 1994<sup>14</sup>. Des Weiteren wurde das Buch ins Schwedische (1968), Niederländische (1970), Französische (1970), Dänische (1970), Spanische (1974), Portugiesische (1975), Italienische (1976), Russische (1995) und Tschechische (2000) übersetzt.

einer kritischen Begutachtung der bisherigen Literatur über die Schizophrenie aus, die durch eine große Heterogenität gekennzeichnet war. Diese Vielzahl von Lehrmeinungen, ein Indiz dafür, dass es keine einheitliche, weder genetische noch körperliche Erklärung für die Krankheit gab, war Laing zufolge ein Grund, den Schizophreniebegriff insgesamt in Frage zu stellen. In diesem seinem ersten Buch benutzte Laing (1960) noch teilweise die alten Diagnosekriterien wie „schizoid“, „schizophrenic person“ oder „madness“, ohne diese Begrifflichkeit an sich in Frage zu stellen. Im Vorwort zur englischen Taschenbuchausgabe 1965 schrieb er dann jedoch: „[T]oday I feel that, even in focusing upon and attempting to delineate a certain type of schizoid existence, I was already partially falling into the trap I was seeking to avoid.“<sup>6</sup> Drei Punkte charakterisierten sein Argumentationsmuster:

Erstens wehrte sich Laing gegen eine biologische Erklärung. Inspiriert von Phänomenologie und Existentialismus argumentierte Laing, dass Bewusstsein und Sein unzertrennlich miteinander verbunden seien. Die subjektive Erfahrungswelt wurde nicht prinzipiell verworfen; die Erzählungen des Patienten wurden als sinn-voll angenommen. Die Grenzen zwischen Wahnsinn und Normalität erschienen verschwommen. Der ‚Wahnsinn‘ galt nicht länger als grundsätzlich negative Erfahrung, die ausgrenzte. Das Ausleben des Wahns wurde zur therapeutischen „Reise“ umdefiniert.

Zweitens erklärte Laing, inspiriert von Gregory Batesons double-bind Theorie<sup>7</sup>, Schizophrenie werde durch gestörte Familienverhältnisse ausgelöst, in denen sich Machtverhältnisse und Kommunikationsverhalten widersprächen. So konnte Schizophrenie gar als gesunde Antwort auf kranke, widersprüchliche Familienstrukturen interpretiert werden.<sup>8</sup>

Drittens widersetzte er sich der Behandlung von Schizophrenie-Betroffenen in psychiatrischen Anstalten. Ohne eine präzise Therapieform ausgearbeitet zu haben, praktizierte er eine Art Gesprächstherapie außerhalb des psychiatrischen Rahmens, verbunden mit dem Ansatz, dass der Patient seine Gefühle ausleben sollte.<sup>9</sup> Auch wenn die Antipsychiatrie sehr heterogen war, so lassen sich anhand dieses Beispiels einige generelle Aspekte herausarbeiten. Ein rein me-

6 Laing, Ronald D.: *The Divided Self*, London 1965, S. 11.

7 Die double-bind Theorie wurde in Palo Alto von Gregory Bateson in den 1950er und 1960er Jahren entwickelt. Sie beschreibt die lähmende, weil doppelte Bindung eines Menschen durch paradoxe Botschaften oder Signale: Wittezaele, Jean-Jacques; Garcia, Teresa: *A la recherche de l'école de Palo Alto*, Paris 1992<sup>1</sup>, 2006<sup>2</sup>, S. 161-187.

8 Pointiert auf den Punkt gebracht in: Laing, Ronald D.: *The Study of Family and Social Context in Relation to Schizophrenia*. In: Laing, Ronald D.: *The Politics of the Family and Other Essays*, London 1976, S. 39-56.

9 Siehe dazu exemplarisch die Autobiographie von Mary Barnes: Barnes, Mary; Berke, Joseph H.: *Mary Barnes – Two Accounts of a Journey through Madness*, New York 1972. Mary Bar-

dizinischer Rahmen wurde sowohl für Behandlungsform wie Behandlungsort abgelehnt. Der ‚Wahn‘, dessen Existenz nicht immer grundsätzlich abgestritten wurde, wurde meistens in einem interaktionistischen Paradigma erklärt. Ein Hauptziel der antipsychiatrischen Bewegung war es überdies, den ausgrenzenden und stigmatisierenden Charakter der ‚Krankheit‘ zu entkräften, indem diese eher als Chance oder ‚normale‘ Reaktion umdefiniert wurde.

Auch in der klinischen Psychiatrie war die Schizophrenie in den 1960er und 1970er Jahren ein viel diskutiertes Thema. Die ‚Erfindung‘ der Schizophrenie und die Konstituierung des Faches ‚Psychiatrie‘ waren eng miteinander verbunden. Die Transformation des Dementia praecox-Begriffes in den der Schizophrenie um 1900 durch Eugen Bleuler fiel zusammen mit einer immer stärker werdenden Verwissenschaftlichung der Psychiatrie. Mit einem naturwissenschaftlichen Ansatz und einer immer einheitlicheren Sprachregelung versuchte sich die Psychiatrie im Jahrzehnt nach der Jahrhundertwende endgültig innerhalb der Medizin zu etablieren.<sup>10</sup> Seitdem begleitet der Schizophreniebegriff die Geschichte der Psychiatrie und anhand der Wandlungen, denen er unterworfen ist, lassen sich immer auch wieder paradigmatisch die Wandlungen der Psychiatrie festmachen.<sup>11</sup>

In Deutschland, aber nicht nur dort, waren die Diskussionen in den 1960er und 1970er Jahren durch das Aufkommen von sozialpsychiatrischen und familiendynamischen Konzepten gekennzeichnet.<sup>12</sup> Am Anfang der hier betrachteten Periode war ein biologischer Interpretationsrahmen zwar relativ weit verbreitet; seine Grenzen waren jedoch wohl bekannt. Ein in der Zeitschrift *Der Nervenarzt* erschienener Beitrag über den Weltkongress der Psychiatrie, der 1957 in Zürich

nes war eine als schizophren diagnostizierte englische Krankenschwester, die fünf Jahre lang in Kingsley Hall, einer von Ronald D. Laing betreuten therapeutischen Gemeinschaft, lebte.

- 10 Roelcke, Volker: Kultur, Religion und Rasse im psychiatrischen Diskurs um 1900. In: Kaiser, Céline; Wünsche, Marie-Luise (Hrsgg.): *Die ‚Nervosität der Juden‘ und andere Leiden an der Zivilisation. Konstruktionen des Kollektiven und Konzepte individueller Krankheit im psychiatrischen Diskurs um 1900*, Paderborn 2003, S. 23-40, hier S. 27-28.
- 11 Hoenig, J.: Schizophrenia – Clinical section, S. 336-348 und Turner, Trevor: Schizophrenia – Social Section, S. 349-359. In: Berrios, German; Porter, Roy (Hrsgg.): *A History of Clinical Psychiatry*, London 1995<sup>1</sup>, 1999<sup>2</sup>.
- 12 Die folgenden zwei Absätze beruhen auf einer systematischen Auswertung der Zeitschrift *Der Nervenarzt*, um einige allgemeine Hypothesen über die Forschung zur Schizophrenie in Deutschland aufstellen zu können. Im Gegensatz zu Frankreich, wo mit der Arbeit von Jean Garrabe: *La Schizophrénie. Un siècle pour comprendre*, Paris 2003 ein Forschungsüberblick für das 20. Jahrhundert besteht, gibt es eine solche Arbeit für Deutschland noch nicht. Von 1960 bis 1966 trug *Der Nervenarzt* als Untertitel „Monatsschrift für alle Gebiete nervenärztlicher Tätigkeit mit besonderer Berücksichtigung der psychosomatischen Beziehungen“, ab 1967 „Monatsschrift für alle Gebiete nervenärztlicher Forschung und Praxis. Organ der deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde zugleich Mitteilungsblatt der deutschen Gesellschaft für Neurologie“.

stattfind und der Schizophrenie gewidmet war, kann dabei als ein gutes Resümee der zu Beginn der 1960er Jahre dominierenden Grundvorstellungen über die Schizophrenie gelten:

Der Weltkongress für Psychiatrie in Zürich 1957 hat sich der Schizophrenie gewidmet und den Versuch einer Bestandsaufnahme gemacht. Das Ergebnis war, dass ein allgemein verbindliches Wissen über die Ursachen dieser Krankheit nicht besteht. Dem Zeitgeist folgend, hatte die naturwissenschaftlich interessierte Medizin der Jahrhundertwende eine organische Ursache postuliert, und viele Psychiater halten bis heute an diesem Postulat fest.<sup>13</sup>

In den darauf folgenden Jahren entwickelte sich dann eine lebhaftere Forschungstätigkeit, die zu zahlreichen Artikeln u.a. im *Nervenarzt* führte. Besonders die Universität Heidelberg entwickelte sich mit Walter von Baeyer zum zentralen Ort für eine Erneuerung der Therapieformen. Insgesamt war diese Gruppe soziodynamischen Ansätzen zugeneigt und trug entscheidend dazu bei, psychosoziale Theorien, die die Konstellationen und Dynamik innerhalb der Familie als wichtigen Genesefaktor und als entscheidend für die Therapie erachteten, in Deutschland zu verbreiten.<sup>14</sup> Die 1970er Jahre waren dann in den Artikeln im *Nervenarzt*, die die Schizophrenie zum Gegenstand hatten, vor allem durch eine Rückkehr der somatisch-biologischen Ansätze gekennzeichnet. So verteidigte der Psychiater R. Avenarius 1978 eine Position, die seit langem nicht mehr im *Nervenarzt* zu lesen war: „Genetische Faktoren und psychoexperimentell nachweisbare Gegebenheiten, die auf hirnorganische Vorgänge weisen, sind nach Auffassung des Verfassers gewichtiger [in der Verursachung der Schizophrenie] als biographische, situative und soziogene Momente.“<sup>15</sup> Der Grundtenor der meisten somatisch orientierten Artikel war jedoch weniger affirmativ. So schrieben Matussek et al. von der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München im selben Jahr noch relativ vorsichtig: „Bei biochemischen Untersuchungen an Schizophrenen ist in jedem Einzelfall immer auch die multifaktorielle Genese psychopathologischer Syndrome zu berücksichtigen.“<sup>16</sup>

Und in der Tat lässt sich zusammenfassend sagen, daß multifaktorielle Erklärungsansätze die dominante Lehrmeinung innerhalb der deutschen Psychiatrie der 1960er und 1970er Jahre darstellten, wenn auch die Gewichtung zwischen biologischem, somatischem und psychischem Ansatz innerhalb dieses Paradig-

13 Rosenkötter, Lutz: Zur Psychodynamik der Schizophrenie. Amerikanische Auffassungen zur Entstehung der Schizophrenie. *Der Nervenarzt* 32 (1961), S. 467.

14 Kisker, Karl-Peter: Schizophrenie und Familie. *Der Nervenarzt* 32 (1961), S. 13-21.

15 Avenarius, R.: Zur ätiologischen Gewichtung von Symptomen und pathogenen Faktoren bei der Schizophrenie. *Der Nervenarzt* 49 (1978), S. 706. R. Avenarius arbeitete an der Psychiatrischen Klinik der Universität Heidelberg (Direktor: Prof. Dr. W. Janzarik).

16 Ackenheil, M.; Hippus, H.; Matussek, N.: Ergebnisse der biochemischen Forschung auf dem Schizophrenie-Gebiet. *Der Nervenarzt* 49 (1978), S. 634.

mas variabel blieb: Zu keinem Zeitpunkt kam es zu einer völligen Verdrängung eines der Ansätze.

Im Gegensatz zu den Niederlanden<sup>17</sup> und zu Italien<sup>18</sup> gab es in Deutschland kaum Berührungspunkte zwischen universitärer Psychiatrie und Antipsychiatrie. Erst in der zweiten Hälfte der 1970er Jahre kam es zu einer öffentlichen Rezeption der Antipsychiatrie innerhalb der klassischen Psychiatrie u.a. mit einem Buch des Mainzer Universitätsprofessors Johann Glatzel.<sup>19</sup> Das im UTB-Verlag erschienene Buch war jedoch viel eher eine Schmähchrift als der Versuch einer Diskussion antipsychiatrischen Gedankenguts. An einer anderen Stelle resümierte derselbe Autor den dominanten Standpunkt innerhalb der deutschen Psychiatrie: „Sie [die Antipsychiater] haben sich aus der wissenschaftlichen Auseinandersetzung zurückgezogen und bedienen sich einer verkürzten Fachsprache im Dienste eines Anliegens, das außerhalb des Bereiches von Psychopathologie und Psychiatrie liegt.“<sup>20</sup> Wissenschaftsgeschichtlich gesehen gelang es der Antipsychiatrie nicht, in die deutsche Universitätspsychiatrie vorzudringen. Gesellschaftspolitisch hingegen konnte die Antipsychiatrie in der Bundesrepublik mit einer viel breiteren, publizistischen Rezeption rechnen. Sowohl renommierte Verlage wie der Fischer-Verlag, der u.a. Thomas Szasz, Ronald D. Laing und David Cooper herausgab, als auch kleinere (linke) Verlage wie Syndikat profilierten sich mit einem breiten Publikationsangebot zur Antipsychiatrie. Zeitschriften wie das *Kursbuch* oder *Das Argument* widmeten dem Thema Sonderhefte. Durch das *Sozialistische Patienten Kollektiv* in Heidelberg wurde die Antipsychiatrie dann auch ein mediales Ereignis, an dem sich die gesellschaftlichen Spannungen der Bundesrepublik dieser Jahre ablesen lassen.<sup>21</sup> Die Psychiatrie-Enquête (1975) und die darauf folgenden Veränderungen waren eng mit einer breiteren kritischen Grundeinstellung verbunden.<sup>22</sup> Die antipsychiatrische Analyse hat also das psychiatrische Dispositiv, sowohl als Diskurs wie als Praxis, in Frage gestellt und auch langfristig (indirekt) verändert.

17 Blok, Gemma: Baas in eigen brein. 'Antipsychiatrie' in Nederland 1965-1985, Amsterdam 2004.

18 Donnelly, Michael: The politics of mental health in Italy, London 1992.

19 Glatzel, Johann: Antipsychiatrie, Stuttgart 1975.

20 Weitbrecht, H.J.; Glatzel, Johann: Psychiatrie im Grundriss, Berlin 1979<sup>4</sup>, S. 284.

21 Brink, Cornelia: Radikale Psychiatriekritik in der Bundesrepublik. Zum Sozialistischen Patientenkollektiv in Heidelberg. In: Kersting, Franz-Werner (Hrsg.): Psychiatriereform als Gesellschaftsreform. Die Hypothek des Nationalsozialismus und der Aufbruch der sechziger Jahre, Paderborn 2003, S. 165-179.

22 Häfner, Heinz: Die Inquisition der psychisch Kranken geht ihrem Ende entgegen. Die Geschichte der Psychiatrie-Enquete und Psychiatriereform in Deutschland. In: Kersting, Franz-Werner (Hrsg.): Psychiatriereform als Gesellschaftsreform. Die Hypothek des Nationalsozialismus und der Aufbruch der sechziger Jahre, Paderborn 2003, S. 113-140.



Nach diesen einleitenden Überlegungen, die den Kontext umrissen haben, sollen nachfolgend in diesem Aufsatz zwei Ziele verfolgt werden:

1. soll die psychiatrische Praxis innerhalb eines deutschen Landeskrankenhauses vor dem Hintergrund der oben skizzierten (inter-)nationalen Debatten und Konflikte analysiert werden. Diese doppelte Ebenenverschiebung,<sup>23</sup> geographisch – von einer (inter-)nationalen zu einer lokalen Ebene – und analytisch – vom Diskurs zur Praxis – soll als Illustration des kürzlich von dem französischen Physiker und Historiker Dominique Pestre geforderten Ansatzes gelesen werden. Es geht also um die Darstellung der verschiedenen „régimes“ von Wissensproduktion, Wissensregulation und Wissensanwendungen in ihrer komplexen Gleichzeitigkeit.<sup>24</sup> Für diesen analytischen Zugriff konnte ich auf einen außergewöhnlichen Quellenbestand zurückgreifen: die Krankengeschichten der Karl-Bonhoeffer-Nervenlinik (KBoN) in Berlin, die in dieser Arbeit sowohl quantitativ als auch qualitativ benutzt werden.

2. soll die in den letzten Jahren immer wieder postulierte Wende in der Psychiatrie in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts von unten – aus der Sicht eines Landeskrankenhauses – skizziert werden. In der Bundesrepublik scheint diese Wende mit einem gewissen Rückstand zu anderen westeuropäischen Ländern begonnen zu haben. Diese hier vorgestellte Fallstudie soll es ermöglichen, diese „deutsche Chronologie“ präziser zu fassen.<sup>25</sup>

### **Wittenau: ein psychiatrisches Landeskrankenhaus in den 1960er und 1970er Jahren**

Die Karl-Bonhoeffer-Nervenlinik (KBoN), auch ‚Wittenauer Heilstätten‘, wurde 1880 als ‚Städtische Irren-Anstalt der Stadt Berlin‘ eröffnet.<sup>26</sup> Die architektonische Mischung aus kasernenartigen Bauten und Pavillons bestimmte das Bild der Anstalt bis in die 1960er Jahre. Ursprünglich für 1000 Patienten gebaut, war

23 Revel, Jacques (Hrsg.): *Jeux d'échelles. La micro-analyse à l'expérience*, Paris 1996.

24 Pestre, Dominique: *Introduction aux Science Studies*, Paris 2006, S. 102-107.

25 Gijswijt-Hofstra, Marijke; Oosterhuis, Harry: Introduction. Comparing National Cultures of Psychiatry. In: Gijswijt-Hofstra, Marijke; Oosterhuis, Harry; Freeman, Hugh (Hrsgg.): *Psychiatric Cultures Compared: Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century: Comparisons and Approaches*, Amsterdam 2005, S. 9-32, hier S. 13 und S. 20-21.

26 Dieser historische Überblick beruht auf: 100 Jahre Karl-Bonhoeffer-Nervenlinik 1880-1980, Berlin 1980; Beddies, Thomas: Zur Geschichte der Karl-Bonhoeffer-Nervenlinik, ehem. Wittenauer Heilstätten, ehem. Irrenanstalt der Stadt Berlin zu Dalldorf. In: Beddies, Thomas; Dörries, Andrea (Hrsgg.): *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin*, Husum 1999, S. 37-187 und auf einer von Professor Keup erstellten KBoN – Dokumentation aus dem Jahre 1979, die am Institut für die Geschichte der Medizin der Charité/Berlin aufbewahrt ist.

die KBoN von Anfang an durch Überbelegung gekennzeichnet. Mitte der 1950er Jahre charakterisierte sich die Situation an der KBoN durch eine Spannung zwischen der immer klarer werdenden Notwendigkeit einer Veränderung der baulichen und therapeutischen Gegebenheiten und einer Institution, die durch eine gewisse Immobilität gekennzeichnet war. Der Einsatz von neuen Medikamenten in den 1950er Jahren führte auch in der KBoN zu therapeutischem Optimismus.<sup>27</sup> So wurde ein Teil der Mauern und der Fenstergitter beseitigt.<sup>28</sup> Besonders in den 1960er Jahren blieb die Lage in Wittenau jedoch durch eine sehr hohe Überbelegung geprägt: Im Vergleich mit Landesanstalten der anderen westdeutschen Bundesländer war die Lage 1962 in Berlin-Wittenau besonders katastrophal.<sup>29</sup> Insgesamt schien die psychiatrische Versorgung in Berlin ziemlich schlecht: 1967 erklärte der Berliner Gesundheitssenator Habenicht, dass die „Auswirkungen der unmenschlichen Praktiken der Nazizeit [...] hier noch immer spürbar“ seien. Außerdem lag der Bettenschlüssel 1962 bei 1,8 pro 1000 Einwohner, 1938 hatte es noch 3,5 psychiatrische Betten auf 1000 Einwohner Berlins gegeben.<sup>30</sup>

Unter dem ärztlichen Direktor Rudolf Klaue (1956-1970) kam es zu einer Verbesserung der architektonischen Gegebenheiten. Das zwischen 1969 und 1974 aufgebaute Diagnostikum, „ein medizinisch-technisches Zentrum mit modernsten Einrichtungen für das Klinische Labor, die Röntgenologie, die Nuklearmedizin, die Elektrophysiologie, die Bade- und Massagetherapie, die Bewegungstherapie“<sup>31</sup>, so stolz die Festschrift, war Symbol dieser Erneuerung und zeugte auch von der therapeutischen Vielfalt, die auf einen gewissen Eklektizismus deutet. Der Versuch, aus der KBoN ein Paradebeispiel der Sozialpsychiatrie zu machen, scheiterte jedoch. Als Nachfolger von Rudolf Klaue wurde der Sozialpsychiater Horst Flegel gewählt, der ein Anhänger des Ansatzes der therapeutischen Gemeinschaften war.<sup>32</sup> Gesucht worden war ein „der modernen

27 Zum therapeutischen Optimismus: Missa, Jean-Noël: *Naissance de la psychiatrie biologique*, Paris 2006.

28 Weger, Ingeburg: 100 Jahre Karl-Bonhoeffer-Nervenlinik – aus ärztlicher Sicht. In: 100 Jahre Karl-Bonhoeffer-Nervenlinik [wie Anm. 26], S. 29.

29 Haddenbrock, S.; Poeschl, H.: Die chronisch Kranken eines Psychiatrischen Landeskrankenhauses. *Der Nervenarzt* 34 (1963), S. 49. Berlin-Wittenau hatte die höchste Überbelegungsrate mit 135%, das Saarland die zweithöchste mit 116%, Niedersachsen die niedrigste mit 97%. Diese Lage hatte sich 1971 noch nicht grundlegend geändert, wie aus einem im Kursbuch 28 (1972), S. 8-9 abgedruckten, von einem Assistenzarzt der KBoN verfassten Brief ersichtlich ist.

30 *Berliner Ärzteblatt* 80 (1967), S. 178.

31 100 Jahre [wie Anm. 26], S. 49-50.

32 Veltin, Alexander: Praktische Reformansätze in den 60er Jahren: Therapeutische Gruppenarbeit im psychiatrischen Krankenhaus. In: Kersting, Franz-Werner (Hrsg.): *Psychiatriereform als Gesellschaftsreform. Die Hypothek des Nationalsozialismus und der Aufbruch der sechziger Jahre*, Paderborn 2003, S. 101-112.



Entwicklung der psychiatrisch-neurologischen Diagnostik und Therapie aufgeschlossener“ Psychiater, so die Stellenausschreibung.<sup>33</sup> Flegel versuchte interdisziplinär mit Ärzten, Sozialarbeitern und Psychologen therapeutische Gruppen aufzubauen. Ziel war es, eigenständige Wohngemeinschaften aufzubauen und Hierarchiestufen zwischen Arzt und Patient zu beseitigen. Nach Aufenthalt in den englischen Kliniken Claybury und Tavistock<sup>34</sup> hatte er dieses Modell schon im Landeskrankenhaus Düsseldorf umgesetzt. Doch Oberärzte und Oberpfleger blockierten diese Veränderungen und konnten das zuständige Bezirksamt, das von einer SPD-CDU-Mehrheit geleitet wurde, auf ihre Seite ziehen.<sup>35</sup> Nach seiner Probezeit wurde Flegels Vertrag nicht verlängert. Dieser Vorfall ist in mehreren Hinsichten aussagekräftig. Zu Beginn der 1970er Jahre besaß die Sozialpsychiatrie sowohl in der öffentlichen Wahrnehmung wie in den politischen Entscheidungsgremien eine gewisse Legitimität.<sup>36</sup> Das Bezirksamt Reinickendorf schien bewusst einen profilierten Sozialpsychiater ausgewählt zu haben, um das Krankenhaus zu reformieren. Das Aufbrechen von Hierarchien und die völlige Neuorientierung des therapeutischen Ansatzes stießen jedoch oft auf heftigen Widerstand, nicht nur auf den der Ärzte, sondern auch des Pflegepersonals. Zu jener Zeit beschäftigte die KBoN ungefähr 1300 Angestellte. In den bisherigen Fallstudien zu den in den 1960er und 1970er Jahren angeregten Reformen in Deutschland, England und den Vereinigten Staaten wird immer wieder auf diesen letzten Punkt hingewiesen: der Verlust der „Schlüsselgewalt“ (Hanrath) entwickelte sich zu einem nicht vorhergesehenen aber wichtigen Störfaktor.<sup>37</sup> Dazu dürfte auch die Angst gekommen sein, dass in ambulanten Einrichtungen weniger Krankenschwestern benötigt würden.<sup>38</sup> Ein großes Krankenhaus wurde

33 Siehe Anmerkung 40.

34 Dicks, Henry V.: *Fifty Years of the Tavistock Clinic*, London 1970.

35 Ohne Bewährung. *Der Spiegel*, 22. November 1971, S. 84-85. Der Berliner Gesundheitssenator Wolter unterstützte Flegel, hatte jedoch keinen direkten Einfluss, da die KBoN allein dem Bezirksamt unterstand.

36 Seit 1967 beschäftigte sich die Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder mit dem „Ausbau der Sozialpsychiatrie“; *Berliner Ärzteblatt* 80 (1967), S. 737.

37 Hanrath, Sabine: Zwischen ‚Euthanasie‘ und Psychiatriereform. *Anstaltspsychiatrie in Westfalen und Brandenburg: Ein deutsch-deutscher Vergleich (1945-1964)*, Paderborn 2002, S. 442; Crossley, Nick: *Contesting Psychiatry. Social movements in mental health*, Abingdon 2006, S. 99-126 und Foudraine, Jan: *Wie is van hout... Een gang door de psychiatrie*, Bilthoven 1971, S. 171.

38 Siehe dazu den Bericht über eine 1980 stattgefundene Veranstaltung der Gewerkschaft ÖTV: „Eine Teilnehmerin zog grundsätzlich in Zweifel, dass es Aufgabe der Gewerkschaft sei, die Psychiatriereform voranzutreiben. Denn es sei fraglich, ob die Krankenschwestern, die jetzt in Kliniken arbeiten, in den ambulanten Einrichtungen gebraucht werden“, *Tagesspiegel*, 4. Oktober 1980, S. 4.

auch von den Ärzten verteidigt, da nur eine solche Institution eine universitäre Ausbildung durch „ein sonst nirgends zu findendes breites Behandlungsspektrum“ ermögliche.<sup>39</sup> Schlussendlich war das Geschehen in den psychiatrischen Krankenhäusern keine interne Angelegenheit, sondern der Konflikt wurde nach außen getragen und intensiv und kontrovers diskutiert. Die Berliner und nationale Presse berichteten über den Fall.<sup>40</sup> Die Auseinandersetzung um Flegel zeigt auch, wie die Spannungen, die zu dieser Zeit die Bundesrepublik charakterisierten, das Psychriefeld durchkreuzten. So sprach ein Oberarzt von dem „Eindringen sachfremder politisch-radikaler Agitation“ in die KBoN, wenn er die Reformen Flegels erwähnte. Zwischen 500-1000 Personen nahmen Mitte November 1971 an einer Demonstration für Flegel am Kurfürstendamm teil.<sup>41</sup> Dass die Psychiatrie in den 1960er und 1970er Jahren in Berlin einer der Kristallisationspunkte der gesellschaftlichen Kritik war und dass dies von einem Teil der psychiatrischen Ärzte als bedrohlich empfunden wurde, geht beispielhaft aus den kürzlich publizierten Erinnerungen einiger Professoren der Psychiatrie an der Freien Universität Berlin hervor.<sup>42</sup>

Der Nachfolger Flegels, Wolfram Keup, Spezialist für Suchtkrankheiten, war wieder ein Anhänger einer traditionelleren Psychiatrie. Einerseits plädierte er für einen architektonischen Bruch – zu einem so genannten Dorfmodell hin –, andererseits beinhaltete dieses Projekt das Festhalten an großen Institutionen, die weiterhin die Patienten vom Rest der Gesellschaft trennten. Für ihn konnte die Sozialpsychiatrie in einer großen Nervenlinik „nicht zur Wirkung kommen“.<sup>43</sup> Ab Mitte der 1970er Jahre reduzierte sich dann die Zahl der Patienten rapide (siehe Tabelle 1). Gleichzeitig kam es zu leichten baulichen Verbesserungen durch die erstmalige komplette Renovierung der aus der Gründerzeit stammenden Gebäude. Doch auch unter Keup kam die KBoN nicht zur Ruhe. „Bonnies Ranch“, wie die KBoN im Volksmund genannt wurde, kam nicht aus den Schlagzeilen und galt in Teilen der Bevölkerung und der Presse als Sinnbild für den Stillstand der Landeskrankenhäuser, die nach der Psychiatrie-Enquête von 1975 weiterhin

39 Tagesspiegel, 4. Oktober 1980, S. 4.

40 Cf. die Pressemappe des Instituts für Geschichte der Medizin der Charité/Berlin (Juli 1971 – Februar 1972). Trotz mehrfacher Nachfragen beim Reinickendorfer Stadtbezirk war es nicht möglich, an die Personalakten der KBoN heranzukommen. Sowohl die nationale wie die Berliner Presse berichteten jedoch ausführlich über den Fall Flegel, was eine relativ gute Rekonstruktion erlaubt.

41 Ohne Bewährung. Der Spiegel, 22. November 1971, S. 84-85.

42 Helmchen, Hanfried (Hrsg.): Geschichte der Psychiatrie an der Freien Universität Berlin, Lengerich 2007.

43 Nervenlinik zunehmend durch Aufnahme Alkoholkranker belastet. Tagesspiegel, 29. Juni 1972, S. 13.

mit ihrem schlechten Image zu kämpfen hatten. Nach mehreren ‚Skandalen‘<sup>44</sup> erklärte Keup seinen Rücktritt. Dass auch dieser Wechsel direkt in den breiteren Rahmen der Diskussion über die gesellschaftliche Rolle der Psychiatrie und ihre Reformfähigkeit gestellt wurde, geht aus der Berichterstattung dieser Zeit hervor: So sprach *Die Welt* von einem „psychiatrischen Glaubenskrieg“.<sup>45</sup> Keups kommissarische Nachfolgerin, Ingeburg Weger, war auch weiterhin eine Verfechterin psychiatrischer Großkliniken.<sup>46</sup> Die KBoN schwankte so, und dies dürfte für die meisten psychiatrischen Landeskrankenhäuser gelten, in den zwei Jahrzehnten nach 1960 zwischen Ansätzen einer grundlegenden Erneuerung und Stillstand.<sup>47</sup>

### Patientenakten zählen und kategorisieren

In der KBoN begann 1960 eine modernere Aktenzählung, was zu einem neuen Bestand, dem so genannten ‚Neuen Archiv‘, führte; dieser wurde bis Anfang der 1980er Jahre fortgesetzt und dann von der elektronischen Datenverarbeitung abgelöst. Er umfasst ca. 28.000 Krankengeschichten. Um das zeitraubende Ziehen und Wiedereinordnen von einzelnen Akten zu vermeiden, wurden für meine Auswertung die Krankengeschichten aus jedem 25. Fach (zwischen 15 und 30 Krankenakten) ausgewählt. Das so entstandene Sample besteht aus 1177 Fällen (ca. 4,2 % aller Krankendossiers). Um einen teilweisen Vergleich mit dem von Thomas Beddies und Andrea Dörries geleiteten Projekt zu ermöglichen, wurde ebenfalls nur der letzte Aufenthalt detailliert aufgenommen.<sup>48</sup>

Im Gegensatz zur Beddies/Dörries-Studie musste ich teilweise selbst eine Codierung der Enddiagnose vornehmen, da es während der von mir betrachteten Periode zu einem Wechsel des Codierungsschlüssels in Deutschland kam. Anfang der siebziger Jahre wurde der in Deutschland praktizierte Würzburger Schlüssel

44 So z.B. eine Anzahl Suizide, die Disziplinarmaßnahmen gegenüber Ärzten und Pflegepersonal nach sich zogen: Sechs Tote in der Berliner Nervenlinik – und was sagt der Chefarzt dazu. *Berliner Zeitung*, 12. Oktober 1978.

45 Professor Keup räumt Chefessel der Karl-Bonhoeffer-Nervenlinik. *Die Welt*, 23. August 1979.

46 Die Alternative zur Großlinik ist nicht in Sicht. *Tageszeitung*, 31. Januar 1980.

47 So zum Beispiel auch in Westfalen: Hanrath, Sabine: Zwischen ‚Euthanasie‘ und Psychiatriereform, Paderborn 2002, S. 327-350 [wie Anm. 37]. Anders dagegen in Bremen: Engelbracht, Gerda: Von der Nervenlinik zum Zentralkrankenhaus Bremen-Ost: Bremer Psychiatriegeschichte 1945-1977, Bremen 2004.

48 Dörries, Andrea: Akten und Computer. Methodik einer computergestützten Analyse historischer Krankenakten. In: Beddies, Thomas; Dörries, Andrea (Hrsgg.): *Die Patienten* [wie Anm. 26], S. 211.

von der ICD – der ‚International Classification of Diseases‘ – abgelöst. Diesen, von der Weltgesundheitsorganisation ausgearbeiteten Diagnoseschlüssel gab es seit 1948 (ICD-6) mit einer gesonderten Sektion für die Psychiatrie. Ab Mitte der 1960er Jahre wurde innerhalb des Nervenarztes über verschiedene neue Schlüssel diskutiert,<sup>49</sup> 1970 war dort das erste Mal die Rede von der ICD.<sup>50</sup> Das Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München und die Psychiatrische Klinik der Freien Universität Berlin trugen dann dazu bei, dass sich die ICD in Deutschland schnell durchsetzte.<sup>51</sup> 1973 wurde im Nervenarzt verkündet, dass die ICD-8 ab Ende des Jahres überall in Deutschland benutzt würde.<sup>52</sup> 1972 hatte der Springer-Verlag zum ersten Mal den psychiatrischen ICD-Diagnoseschlüssel einschließlich des dazugehörigen Internationalen Glossars herausgegeben. In Wittenau wurde der von der WHO vorgeschlagene Diagnoseschlüssel schon seit Ende der 1960er Jahre benutzt, eine Zeit lang parallel mit dem Würzburger Schlüssel. Anhand der in der Fachzeitschrift *Spektrum* publizierten Übersetzungsschlüssel habe ich sämtliche ICD-Codierungen in das alte System ‚übersetzt‘.<sup>53</sup>

### Schizophrenie-Patienten: eine spezifische Kategorie

Dieses Kapitel wird versuchen, eine quantitative Analyse der Schizophrenie-Patienten der Karl-Bonhoeffer-Klinik zu präsentieren, einerseits anhand eines diachronen Vergleichs mit der Arbeit von Robert Giel über Schizophrene in Wittenau in der Zeit von 1920 bis 1960,<sup>54</sup> andererseits in einem synchronen Vergleich mit den anderen Patienten der KBoN in den Jahren 1960 bis 1980. Die Grenzen einer quantitativen Darstellung sind mir wohl bewusst: das Risiko einer essentialistischen Annahme von normalisierten Daten ist in der Psychiatrie-

49 In der DDR kam es zu diesem Zeitpunkt zu einer ähnlichen Debatte, siehe dazu: Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie. Zeitschrift für Forschung und Praxis 15 (September 1963), die dieser Frage gewidmet war.

50 Bochnick, H.J. et al.: Zur Brauchbarkeit der psychiatrischen Diagnosen der WHO-Diagnosen-Klassifikation. Der Nervenarzt 41 (1970), S. 42-44.

51 Schreiben von Prof. Dr. Hanfried Helmchen (26. März 2008) an den Autor.

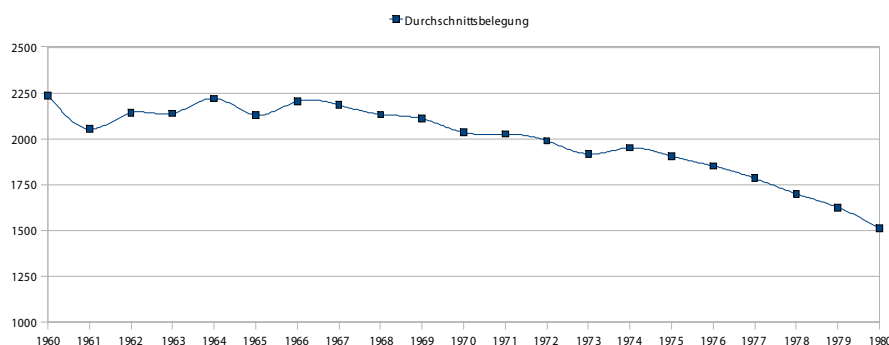
52 Vorschläge für die 9. Revision der ICD. Der Nervenarzt 44 (1973), S. 391-392.

53 Helmchen, Hanfried: Umschlüsselung vom Würzburger Diagnosenschema auf die 8. Revision der Internationalen Klassifikation (ICD). Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde 2 (Februar 1973), S. 16-21. ‚Spektrum‘ war das Mitteilungsblatt der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte, des Ständigen Ausschusses für Krankenhausfragen in der DGPPN.

54 Giel, Robert: Schizophreniepatienten in den Wittenauer Heilstätten (1920-1960). In: Beddies, Thomas; Dörries, Andrea (Hrsgg.): Die Patienten [wie Anm. 26], S. 399-434.

schichte eine ständige Gefahr.<sup>55</sup> Behält man diese fundamentale Warnung jedoch im Hinterkopf, können die hier vorgestellten Zahlen besonders im vorher angesprochenen Vergleich interessante Veränderungen in der Wahrnehmung und in der Behandlung von Schizophrenie-Patienten erkennen lassen. Andererseits ermöglicht dieser erste Teil auch eine bessere Kontextualisierung der späteren detailliert vorgehenden qualitativen Analyse.

Tabelle 1 – Durchschnittsbelegung pro Tag (1960-1980)<sup>56</sup>



Die 1960er und 1970er Jahre blieben in der zweitgrößten Nervenlinik der Bundesrepublik durch eine relativ hohe Patientenbelegung gekennzeichnet.<sup>57</sup> Ab 1970 kam es zu einem langsamen Abbau der Bettenzahl, ein Prozess, der sich dann ab 1977 verstärkte. Dies hatte jedoch nicht mit einer prinzipiellen therapeutischen Umorientierung innerhalb der Nervenlinik zu tun. In diesen Jahren kam es zu einer teilweisen Reorganisation der psychiatrischen Versorgung in Westberlin. Neue Kliniken wurden gebaut, Kliniken, die eher als „psychiatrische Krankenhäuser“ denn als „Verwahranstalten alten Stils“ konzipiert waren, auch wenn sie in den 1960er Jahren noch teilweise als separate Kliniken und nicht als Abteilungen innerhalb von Allgemeinkrankenhäusern gebaut wurden.<sup>58</sup> In den 1970er Jahren kam es dann zu einer Vernetzung von psychiatrischer Betreuung und anderen sozialen und medizinischen Strukturen, wie zum Beispiel im Urbankrankenhaus in Kreuz-

55 Über Sinn und Unsinn quantitativer Analysen anhand psychiatrischer Krankengeschichten cf. Tagungsbericht zu „Werkstattgespräch: Qualitative Auswertung psychiatrischer Krankenakten“ (Berlin/8. April 2006), <http://hsozkult.geschichte.hu-berlin.de/tagungsberichte/id=1144>.

56 Jahresberichte der KBoN. Diese sind am Institut für Geschichte der Medizin der Charité/Berlin aufbewahrt und wurden bis 1978 im Jahresbericht der Abteilung Gesundheitswesen vom Bezirksamt Reinickendorf, danach separat herausgegeben.

57 1960 waren ungefähr 92% der Patienten durch das Personensorgerecht und 5% durch das Unterbringungsgesetz in Wittenau eingewiesen. Berliner Ärzteblatt 75 (1962), S. 443.

58 Berliner Ärzteblatt 77 (1964), S. 830.

berg.<sup>59</sup> So verkleinerte sich der Einzugsbereich der KBoN von acht Westberliner Stadtbezirken im Jahre 1965 auf vier im Jahr 1980. Gleichzeitig wurden ambulante Strukturen aufgebaut, die Patienten behandeln konnten, die früher in Wittenau stationär aufgenommen worden wären: 1964 wurde zum Beispiel im Bezirk Wedding eine ambulante Betreuung von Alkoholikern begonnen.<sup>60</sup>

Tabelle 2 – Enddiagnose der Einlieferungen (1960-1980) (n:1177)<sup>61</sup>

Psychische Störungen des höheren Lebensalters: 30,2%	Alkoholismus: 27,9%	Schizophrenie: 12,3%	Abnorme Reaktion: 7,4%
Suchten: 4,1%	Epilepsie: 3,1%	Andere: 11,4%	Ungelöst (fehlende Angabe oder unleserlich) 3,6%

Beschränkt man sich nur auf die Aufnahmezahlen, so stellen die Schizophrenie-Patienten knapp ein Achtel der Patienten dar, mit großem Abstand zu den Patienten mit altersbedingten psychischen Störungen und mit Alkohol-Problemen. Dies ist nahezu identisch mit dem Prozentsatz, der für die Jahre 1920 bis 1960 festgestellt wurde (15,8%). Allerdings sind die beiden hier dargestellten Dezennien sehr verschieden. Während der Prozentsatz der Schizophrenie-Patienten in den 1960er Jahren mit dem der vorigen 40 Jahre nahezu identisch war (17,7%), fiel er in den 1970er Jahren auf 10,5% zurück. Insgesamt veränderte sich die Zusammensetzung der Patienten entscheidend zwischen den beiden Jahrzehnten unter Verstärkung von Tendenzen, die bereits in den 1950er Jahren eingesetzt hatten (z.B. Zunahme von Patienten mit Alkoholproblematik) oder neuen Krankheitsbezeichnungen, die verstärkt in der KBoN aufgezeichnet wurden (z.B. Drogenmissbrauch). Diese Veränderungen, die nicht im Mittelpunkt dieser Ausführungen stehen, weisen jedoch darauf hin, dass die KBoN einem partiellen Funktionswandel unterworfen war, der durch strukturelle Veränderungen in der sozialen Versorgung bedingt war: so wurden alte Menschen zum Beispiel immer weniger in psychiatrischen Kliniken, sondern immer mehr in Altenheimen untergebracht, eine Infrastruktur, die ab den 1960er/1970er Jahren aufgebaut wurde.<sup>62</sup>

<sup>59</sup> Tagesspiegel, 31. Januar 1980, S. 11.

<sup>60</sup> Berliner Ärzteblatt 79 (1966), S. 398.

<sup>61</sup> Die hier angegebenen Diagnosekriterien entsprechen den in den Akten benutzten Kategorien. Dies gilt ebenfalls für die Tabellen 3, 4, 6 und 7.

<sup>62</sup> Conrad, Christoph: Vom Greis zum Rentner. Der Strukturwandel des Alters in Deutschland zwischen 1830 und 1930, Göttingen 1994. Zeitgenössisch dazu ein Artikel des bis März 1967



Tabelle 3 – Verteilung der Diagnosen 1960-69 und 1970-79

	Schizophrenie	Alkoholismus	Suchten	Psychische Erkrankung bedingt durch hohes Lebensalter
1960-1969	17,7%	22,3%	1,3%	43,5%
1970-1979	10,5%	33%	6,2%	27,7%

Die insgesamt relativ niedrige Zahl von aufgenommenen Schizophrenie-Patienten erstaunt, wenn man sich den Platz der Schizophrenie, sowohl im Diskurs der Antipsychiatrie als auch in der universitären Psychiatrie, in Erinnerung ruft. Die Zahl der Einlieferungen ist jedoch unter diesem Gesichtspunkt ein unzureichender Indikator. Leider gibt es keine Quellen für die KBoN, die es ermöglichen, die Anzahl der Betten zu errechnen, die Schizophrene belegten. Aus einer 1974 im Nervenarzt publizierten Studie geht hervor, dass in Niedersachsen ein Drittel aller Betten von Schizophrenen belegt waren und die beiden Autoren behaupteten, dass dies in der ganzen Bundesrepublik der Fall sei.<sup>63</sup> Der Unterschied im Prozentsatz zwischen Einlieferungen und beanspruchten Bettenkapazitäten ist dadurch zu erklären, dass Schizophrene viel länger im Krankenhaus blieben.

Tabelle 4 – Durchschnittliche Verweildauer in der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik (in Tagen)

	Gesamt	Gesamt (ohne Schizophrenie)	Schizophrenie	Alkoholismus
Verweildauer	259	187	758	116

Versucht man die Zahlen für als schizophren diagnostizierte Patienten chronologisch zu differenzieren, so sind die Resultate etwas widersprüchlich, was jedoch auch auf das kleine Sample zurückgeführt werden kann: kurze (weniger als eine Woche) und lange (mehr als ein halbes Jahr) Aufenthalte waren in den siebziger Jahren häufiger als in den sechziger Jahren. Die Probleme, die mit einem kleinen Sample und wenig komplexen statistischen Einheiten einhergehen, können anhand dieses Parameters paradigmatisch illustriert werden: da in den 1970er

verantwortlichen Gesundheitssenators in Berlin: Habenicht, Gerhart: Was leistet Berlin für seine alten Bürger? Berliner Ärzteblatt 80 (1967), S. 608-614.

63 Hartmann, W.; Meyer, J.E.: Zur stationären Behandlung chronisch Schizophrener in der Bundesrepublik. Ergebnisse und Konsequenzen. Der Nervenarzt 45 (1974), S. 1-8.

Jahren einige Langzeitpatienten entlassen wurden, liegt die durchschnittlich errechnete Aufenthaltsdauer für die 1960er Jahre (362) fast dreimal niedriger als in den 1970er Jahren (1142).

Schizophrene blieben durchschnittlich 4mal länger in der KBoN als Patienten mit anderen Diagnosen. Darüber hinaus zeigte sich bei ihnen eine überdurchschnittlich hohe Anzahl an Wiedereinlieferungen. Insgesamt war die Durchgangsfrequenz in Berlin viel höher als in anderen Landeskrankenhäusern.<sup>64</sup>

Tabelle 5 – Anzahl der Einlieferungen

Anzahl der Einlieferungen	1	2	3	4	5	6-10	>10
Total	70,7%	14,6%	8,6%	2,5%	1,4%	1,9%	0,4%
Total (ohne Schizophrenie)	74,1%	13,9%	7,9%	1,9%	1,0%	1,2%	0,1%
Schizophrenie	47,3%	19,6%	13,5%	6,1%	4,1%	6,8%	2,7%

Diagnostizierte Schizophreniefälle wurden also nicht nur länger im Krankenhaus behandelt, sondern wurden auch häufiger als andere Patienten, nach einer ersten Entlassung, in die KBoN aufgenommen. Im Gegensatz zu dem Parameter ‚Verweildauer‘ gab es einen nicht geringen Unterschied zwischen den beiden hier analysierten Dezennien: zwischen 1960 und 1969 wurden 57,1% der Schizophrenie-Patienten mehr als einmal in die KBoN eingeliefert, in der darauf folgenden Dekade fiel dieser Prozentsatz auf 47,9%. Dies könnte ein Indiz dafür sein, dass das oft aufgrund der Medikamenteneinführung beobachtete revolving doors-Phänomen („Drehtür-Psychiatrie“) sich in den 1970er Jahren abschwächte.

Die Historikerin Elaine Showalter hat in ihrem Buch *The female malady* gezeigt, wie seit der Zwischenkriegszeit Schizophrenie zu einer typischen Frauenkrankheit umdefiniert wurde.<sup>65</sup> Diese für den englischsprachigen Raum gemachten Feststellungen scheinen sich auch für Deutschland zu bewahrheiten. In der von Robert Giel betrachteten Periode (1920–1960) waren zwei Drittel der Schizophrenie-Patienten weiblich.<sup>66</sup> Showalter zufolge änderte sich dieses Image in den 1960er und 1970er Jahren nicht. Die Zahlen der KBoN zeigen jedoch, dass wenigstens in diesem Berliner Krankenhaus das Label sich teilweise

<sup>64</sup> Haddenbrock, S.; Poeschel, H.: Die chronisch Kranken [wie Anm. 29], S. 50.

<sup>65</sup> Showalter, Elaine: *The female malady. Women, madness, and English culture, 1830-1980*, New York 1985<sup>1</sup>, 2001<sup>2</sup>.

<sup>66</sup> Giel, Robert: Schizophreniepatienten [wie Anm. 54].

„entgenderte“: Frauen stellten noch immer die Mehrzahl der Schizophrenie-Patienten, doch ihre Überrepräsentation war nur noch gering. Andere Diagnosen waren viel stärker durch Geschlechterdifferenzen charakterisiert.

Tabelle 6 – Verhältnis der Aufnahme von Männern und Frauen

	Weiblich	Männlich
Total	53,1%	46,9%
Schizophrenie	57,4%	42,6%
Alkoholismus	27,7%	72,3%
Psychische Störungen des höheren Lebensalters	75,1%	24,9%

Die letzte untersuchte Variable stellt das Alter dar. Das Durchschnittsalter lag bei knapp 51 Jahren. Da die Anzahl der wegen des Diagnosecodes „6“ (altersbedingte Störungen) eingelieferten Patienten in den 1970er Jahren abnahm, fiel mithin auch das Durchschnittsalter in der zweiten Hälfte des betrachteten Untersuchungszeitraumes. Schizophreniekranken waren im Durchschnitt jünger, nicht nur im Vergleich mit der Gesamtbevölkerung, sondern auch im Vergleich mit anderen großen Patientengruppen.

Tabelle 7 – Altersverteilung

Alter	Total (n:1137)	Schizophrenie (n:146)	Alkohol, (n:319)	1960-69 (n:472)	1970-79 (n:621)
<20	4,0%	3,4%	0,9%	3,2%	4,7%
20-29	12,9%	21,9%	12,5%	9,7%	15,1%
30-39	17,1%	19,2%	28,5%	12,9%	20,0%
40-49	13,6%	22,6%	25,4%	10,4%	15,1%
50-59	15,6%	16,4%	18,5%	22,2%	10,8%
60-69	15,3%	13,0%	10,7%	19,3%	12,4%
70-79	13,6%	2,1%	3,4%	14,8%	13,4%
>80	7,8%	1,4%	0,0%	7,4%	8,5%
Durchschnitt	50,88	42,34	44,01	53,69	49,22

Die statistische Auswertung zeigt ein vielschichtiges Bild. Die teilweise willkürlichen chronologischen Unterteilungen 1960-69 und 1970-79 müssten vielleicht noch nuancierter unterteilt werden, was anhand der relativ kleinen Stichprobe kaum möglich ist. Sie erweisen sich jedoch schon als aussagekräftig genug. Die Patienten werden jünger und die Suchtkrankheiten werden immer wichtiger – am Ende meines Untersuchungszeitraumes 1978 wurden 41% der Einlieferungen in die KBoN mit diesem Label begründet.<sup>67</sup> Die Tendenzen, die Beddies und Dörries für den vorherigen Zeitraum aufgezeigt haben, setzten sich in den 1960er und 1970er Jahren fort.

Die als schizophren diagnostizierten Patienten unterschieden sich beträchtlich von anderen Patientengruppen in der KBoN. Frauen waren leicht überrepräsentiert, ebenso jüngere Patienten. Am auffallendsten sind jedoch anstaltsspezifische Merkmale: einerseits die häufigere Einlieferung; andererseits die bedeutend längere Verweildauer in der Klinik, die, wie erwähnt, für Schizophrene viermal höher lag als für andere Patienten. Insofern erscheint die Kategorie ‚Schizophrenie‘ weiterhin als Symbol für die therapeutischen Grenzen der Psychiatrie, was in diesen Jahren im Nervenarzt immer wieder durchklang. Bloßes therapeutisches Experimentieren, das als Folge des Unverständnisses des Störungsbildes resultierte, war dann auch einer der von der Antipsychiatrie immer wieder hervorgehobenen Kritikpunkte. Dennoch: der Anteil der Schizophrenie-Patienten wurde immer kleiner. Wenn das Szasz'sche Schlagwort von der ‚Schizophrenie als heiligem Symbol der Psychiatrie‘ wenigstens noch teilweise für die Bedeutung dieses Labels im psychiatrischen Diskurs spricht, so schien die Diagnose in der alltäglichen praktischen Bedeutung eine immer geringere Rolle zu spielen. Sogar in großen psychiatrischen Kliniken war ein ‚anderes Zeitalter‘ angebrochen, ein Zeitalter, in dem einerseits altersbedingte Devianzen und andererseits Suchtprobleme eine immer größere Rolle spielten.

### **Die (Nicht-)Therapie von Schizophrenie-Patienten**

Die skizzierte quantitative Analyse erlaubt jedoch kaum Aussagen über die Behandlung von Schizophrenie-Patienten während ihres Aufenthaltes in Wittenau. Anhand von drei Krankengeschichten möchte ich jetzt näher auf folgende Themenkomplexe eingehen: die Anamnese, das Arzt-Patient-Verhältnis sowie die eingesetzten therapeutischen Mittel und die Bezeichnungen, die im Rahmen einer Schizophrenie-Diagnose benutzt wurden.<sup>68</sup>

<sup>67</sup> Jahresbericht KBoN – 1978, Berlin 1978.

<sup>68</sup> Die Auswahl erfolgte nach subjektiven Kriterien: Vollständigkeit der Akte, Reichhaltigkeit der Akte, Verschiedenheit der Fälle. Die vorherige statistische Analyse erlaubt es jedoch, diese vorgestellten Fälle in einen größeren Rahmen zu stellen.

Als der 39-jährige Johannes K. im Juli 1960 in die KBoN eingeliefert wurde, war das bereits sein dritter Aufenthalt in Wittenau. Mit 32 Jahren, im Mai 1951, betrat er angeblich zum ersten Mal eine Nervenklinik: Diagnose Schizophrenie. Als er fünf Monate später zu seiner Mutter entlassen wurde, konnten keine Veränderungen festgestellt werden. Einige Elektroschocks waren das einzige individuelle therapeutische Mittel, das angewandt worden war. 1953 wurde Johannes K. dann ein zweites Mal in die KBoN eingeliefert, auf Veranlassung des Bezirksamtes Wedding. Die Diagnose lautete: „akuter schizophrener Schub“. Ende 1959 wurde er wieder entlassen, ohne dass die Krankenakte therapeutische Maßnahmen verzeichnete.

Der ledige, in Oberschlesien geborene und arbeitslose Johannes K. kam im Juli 1960 zum dritten Mal in die KBoN. Dies geschah wiederum auf Veranlassung des Bezirksamtes Wedding. „Akuter schizophrener Schub“ war die Diagnose; der Aufnahmebefund beschränkte sich auf einige Sätze: „Er [der Patient] ist hochgradig verwahrlost, hat lange wallende Haare und einen Prophetenbart. Er ist gespannt, wenig kontaktbereit und gibt keinerlei sinngemäße Auskünfte.“ Dem Patienten wurde sofort das Medikament Taxilan (Perazin) verabreicht, ein Neuroleptikum, das sedierend wirkt. In den folgenden Tagen kam es zu mehreren Gesprächen zwischen Arzt und Patient, die teilweise in direkter Rede im Dossier wiedergegeben sind. Sowohl in diesem Gespräch als auch später kam die „äußere Erscheinung“, insbesondere das „schulterlange“ Haar, zur Sprache. Körperlich: „Starke Behaarung. (...) Intern sonst kein normabweichender Befund.“ (18/7/1960) In den folgenden Monaten waren die Eintragungen sehr selten. Neben Taxilan wurden auch noch Neuroleptika wie Taractan und ein nicht näher identifiziertes Medikament, mit dem Testnamen D744/TII, verabreicht, allerdings nie gleichzeitig. Andere therapeutische Maßnahmen wurden nicht verzeichnet: der Patient wurde jedoch zu leichten Arbeiten, so zum Beispiel als Küchenhilfe, herangezogen. Die sehr seltenen Einträge in der Akte bezogen sich fast alle auf das Wort ‚Ordnung‘, so am 2. August 1961 „Ruhig und geordnet“ oder ein Jahr später „Sehr geordnetes Verhalten“ (29/8/1962). Der Gegensatz zwischen dem Eingangsbericht – „langes Haar“ – und den Eintragungen, in denen immer wieder auf die hergestellte Ordnung Wert gelegt wurde, ist unübersehbar. Als Johannes K. nach zwei Jahren einen Entlassungsantrag stellte, wurde diesem stattgegeben und er kehrte zu seiner Mutter zurück.

Ein halbes Jahr später wurde Johannes K. „als unabweisbarer Geisteskranker ohne richterliche Entscheidung und ohne Einverständniserklärung“ (8/4/1963) erneut eingeliefert. Der Patient wurde zuerst mit dem Neuroleptikum Randolektol, einem Phenothiazin, behandelt; nach zwei Monaten wurde eine zusätzliche Megaphen-Kur begonnen. Wenig später wurde er in die Landesnervenklinik Spandau überwiesen.

1967 wurde er erneut in die KBoN eingeliefert. Er war 1965, nach zweijährigem Aufenthalt, aus Spandau entlassen worden. Jetzt ergab das Anamnese-Gespräch ‚klarere‘ Hinweise für die Bezeichnung ‚Schizophrenie‘, unter anderem, weil der Patient davon berichtete, dass er Stimmen hörte; Gehörhalluzinationen gehören seit langem zu den Merkmalen, an denen Schizophrenie festgemacht wurde. Nun wurde auch zum ersten Mal erwähnt, dass der Patient bereits vor seiner ersten KBoN-Einlieferung, Ende der 1940er Jahre, in der Charité-Nervenlinik und in einer Nervenlinik in der Nähe von Heidelberg behandelt worden war. Johannes K. bekam wieder Perazin verabreicht: die vom Arzt vermerkten Symptome entsprachen jetzt der klassischen Schizophreniebeschreibung: „Denkzerfahrenheit“, „akustische und optische Sinnestäuschungen“, „Bedrohungs- und Vernichtungsgefühle“. Der behandelnde Arzt schien sich damit abgefunden zu haben, dass Johannes K. als chronischer Fall in der KBoN bleiben würde. Ein halbes Jahr nach der erneuten Einlieferung hieß es im Krankenbericht: „Die Antriebsarmut ist noch so erheblich, dass der Patient z.Zt. nicht in irgendeiner Gruppe eingesetzt werden kann. Auf der Station macht er keine disziplinarischen Schwierigkeiten.“ (18/10/1967) Ab diesem Zeitpunkt wurden die Eintragungen seltener. Die folgenden Jahre waren durch sechswöchige kurze Beschreibungen gekennzeichnet, die allerdings meistens einsilbig feststellten, dass es keine Veränderung gab. Ab August 1969 war der Patient in eine Beschäftigungstherapie eingegliedert, die jedoch nicht näher beschrieben wurde; ab diesem Zeitpunkt wurden ihm auch manchmal halbtägige Ausflüge erlaubt. 1971 wurde ein Hamburg-Wechsler Intelligenztest (HAWIE-R) mit ihm durchgeführt, in dem er sowohl im Verbal- als auch im Handlungsteil mit einem IQ von jeweils 99, einer „durchschnittlichen Intelligenz“ entsprach. Der HAWIE wurde seit Anfang der 1970er Jahre häufig bei Schizophrenie-Patienten der KBoN durchgeführt und in Lehrbüchern dieser Zeit als gängiges Mittel der psychiatrischen Untersuchung angegeben.<sup>69</sup> Im Gegensatz zu anderen Intelligenztests galt der HAWIE als weniger verballastig, weil er nicht nur Verbal- sondern auch Handlungskompetenzen abprüfte. Als der Patient Mitte 1973 unruhiger wurde, wurde seine Medikation erhöht. Zur selben Zeit versuchten die Ärzte von einer oralen Einnahme zu einer Medikamentengabe durch Injektion überzugehen, was der Patient jedoch ablehnte. Ende 1973 schien es eine Veränderung in der Einschätzung von Johannes K. seitens der Ärzte zu geben, da diese jetzt versuchten, die Zeichenfähigkeiten, die Johannes K. in der Beschäftigungstherapie gezeigt hatte, innerhalb der KBoN einzusetzen (Buchdruckerei, Buchbinderei, Verwaltung). Es wurden zwei längere Explorationen angestellt, doch danach gab es wieder ein längeres Schweigen

69 So z.B. Spoerri, Th.: Kompendium der Psychiatrie mit Berücksichtigung der medizinischen Psychologie, Basel 1975<sup>8</sup>, S. 196.



in der Krankenakte. Der letzte Eintrag in der Akte datiert vom 4. September 1975, drei Jahre später, im September 1978, wurde K. entlassen, ohne dass aus der Akte der Grund für die Entlassung und der neue Aufenthaltsort des Patienten hervorgehen würden. Zwischen August 1953 und Juli 1978 wurde K. fünf Mal in die KBoN aufgenommen und verbrachte insgesamt 4310 Tage dort.

Die 1953 in Jugoslawien geborene Mira V. wurde am 22. November 1975 vom städtischen Krankenhaus Neukölln in die KBoN verlegt, weil in Neukölln „Bettenmangel“ herrschte. Aufgrund einer „deutlichen Logorrhoe“ war in Neukölln auf eine „akute Psychose“ geschlossen worden. Wie Johannes K. wurde Mira V. „ohne richterl. Entscheidung u. ohne Einverständniserklärung“ aufgenommen. Der ärztliche Aufnahmebericht an der KBoN sprach von einem „manischen Bild bei fraglicher Psychose“: Symptome: „motorisch unruhig, logorrhoisch“ (22/11/1975). Aus den Angaben der Schwester von Mira V. ging hervor, dass diese im Sommer 1975 schon in einer „Klinik“ in Zagreb gewesen war. Von Anfang an erschwerten „Sprachschwierigkeiten“ die Kommunikation zwischen Arzt und Patientin. In den 1960er und 1970er Jahren waren Ausländer eher selten in der KBoN: im Sample sind knapp 3,7% der Patienten Nicht-Deutsche. Dabei stellen jugoslawische Staatsangehörige mit 0,7% den größten, aber noch immer einen verschwindend kleinen Anteil. Unter den Schizophrenie-Patienten sind Ausländer weder unter- noch überrepräsentiert.

Aus den Angaben der Schwester ging hervor, dass die Patientin schon mehrere Aufenthalte in jugoslawischen (Nerven-)kliniken hinter sich hatte. Sie war dort wegen Schizophrenie mit Elektroschocks und Medikamenten behandelt worden. Das ärztliche Gespräch mit der Patientin war wegen Sprachproblemen schwierig. Die Angaben des psychischen Befundes – „sitzend mimisch einen eher gedrückten Stimmungseindruck (...) im Gespräch durchaus lebhaft“ – ergaben als vorläufige Diagnose des behandelnden Arztes „akuter Schub einer schizophrenen Psychose“ (23/11/1975). Zwei Wochen später wurde Mira V. zu ihrer Schwester entlassen, ohne dass in der Krankenakte weitere Eintragungen zu finden sind. Die Entlassung wurde erleichtert, da sich der Bruder bereit erklärt hatte, Mira V. mit nach Jugoslawien zu nehmen. Der zuständige Arzt hatte Rücksprache beim Gesundheitsamt genommen, das der Entlassung zustimmte. Der Unterbringungsbeschluss wurde telefonisch vom Amtsgericht aufgehoben. Der erste Aufenthalt hatte 16 Tage gedauert.

Sechs Monate später wurde Mira V. von ihrem Hausarzt erneut in die KBoN eingewiesen. Dieses Mal war die psychiatrische Untersuchung ausführlicher. Der Arzt weigerte sich jedoch, sich auf eine Diagnose festzulegen: „Die 1975 gestellte Diagnose akuter Schub einer schizophrenen Psychose kann ich zur Zeit nicht verifizieren und auch nicht nachvollziehen, da die anamnestischen wie auch die objektivierbaren Befunde für eine solche Diagnosenstellung mir nicht

ausreichend erscheinen.“ (15/6/1976) Grund für das ärztliche Zögern waren die „sprachlichen Schwierigkeiten“, die es nicht erlaubten, eine „deutliche Aussage“ über „Halluzinationen, Wahnvorstellungen, offensichtliche Denk- und Affektstörungen“ zu machen. Jetzt wurde der Hausarzt hinzugezogen, der mit Hilfe einer anderen jugoslawischen Patientin, die des Deutschen mächtiger war, eine zweite Anamnese vornahm. Die vom Hausarzt gemachte Diagnose „Schizophrenie“ wurde vom Krankenhaus übernommen: „grobe Denkstörungen, Beziehungsideen, Wortneuschöpfungen und Inkohärenz der Gedanken“ bestätigen diesen Befund. In den folgenden Wochen beschrieb der Arzt die Patientin als ruhig. Sie nahm an Beschäftigungstherapie und an Arbeiten in der Küche teil, Gespräche kamen aber weiterhin nicht zustande. Dabei geht nicht klar aus der Krankenakte hervor, ob diese Gespräche wegen der erwähnten Sprachbarriere nicht zustande kamen oder ob die Patientin Gespräche ablehnte. Da eine Klinikbehandlung als wenig sinnvoll erschien, wurde die Patientin nach sechs Wochen in ambulante Betreuung entlassen.<sup>70</sup>

Doch knapp einen Monat später meldete sich Mira V. wieder bei der KBoN mit einem Attest ihres Hausarztes. Neben den „akustischen Halluzinationen“ unterstrich der Aufnahmebefund: „Lebt hier völlig vereinsamt, ganz allein, kaum irgendwelche Bekannte.“ (31/8/1976) Zudem war die Schwester für einige Zeit in Ferien verreist. Der Arzt kam dann auch zu folgender Schlussfolgerung: „Es entsteht der Eindruck, dass Pat. in dieser Angst die stationäre Geborgenheit sucht. Sie wünscht bei jedem Betreten des Zimmers von ihrem Arzt ein Gespräch.“ Wiederum wurde eine eingehende Exploration wegen „sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten“ als unmöglich angesehen. Die Beobachtungen beschränkten sich so meistens darauf, dass Mira V. „sich dem Stat[ions].-Betrieb ohne Schwierigkeiten anpasst“. (15/9/1976) Mit Ausnahme medikamentöser Behandlung wurden keine weiteren Therapiemaßnahmen ergriffen: Mira V. saß die meiste Zeit einfach in ihrem Zimmer und nahm nur selten an der Beschäftigungstherapie teil. Der Krankenbericht enthält relativ regelmäßig – jede Woche – einen Eintrag. Im Gegensatz zu den früheren Aufenthalten war die Schwester jetzt viel zurückhaltender: die Abwesenheit einer Alternative außerhalb der KBoN erklärt sicherlich, warum Mira V. nicht früher als Ende November 1976, nach 63 Tagen, entlassen wurde.

Im Januar 1977 kam sie erneut in die KBoN mit einem Attest ihres Hausarztes. Trotz Sprachschwierigkeiten kam es zu einer längeren Anamnese. Dieses Mal legte sich der Arzt nicht auf Schizophrenie fest, sondern benutzte in sei-

70 Die außerklinischen Strukturen, die zu dieser Zeit in Berlin für die Versorgung von als schizophren diagnostizierten Patienten existierten, blieben in den von mir eingesehenen Quellen unerwähnt.

ner Diagnose lieber den erweiterten Begriff der „Paranoid-halluzinatorischen Psychose“. Die medikamentöse Therapie – Einnahme von Imap (Fluspirilen), einem hochwirksamen Neuroleptikum, und Dihydergot gegen niedrigen Blutdruck – wurde weitergeführt. Um die Diagnose zu erweitern, forderte der Arzt jetzt, dass Mira V. auch einem EEG, einer Echographie, einem EKG und einem Röntgenthorax unterworfen würde. Die KBoN besaß seit 1953 eine Röntgenabteilung. Ein EEG-Gerät war 1968 angeschafft worden. Mit der Fertigstellung des Diagnostikums im Jahre 1974 explodierten die Zahlen der angefertigten Röntgenbilder, EEGs und EKGs. Als Beispiel hier nur die Anzahl der Röntgenaufnahmen:

Tabelle 8 – Röntgenaufnahmen an der KBoN<sup>71</sup>

Jahr	1953	1954	1964	1971	1976	1978
Leistungen der Röntgenologie	1.680	3.221	6.000	12.000	30.000	31.357

Interessanterweise ist dabei hervorzuheben, dass die Röntgenaufnahmen in den gängigen Lehrbüchern dieser Zeit überhaupt nicht als Mittel zur „objektiven“ psychiatrischen Befundaufnahme aufgelistet waren, im Gegensatz zum EEG. Im Februar 1977 wurde die Patientin in das Heim Rosengarten überwiesen, eine von der KBoN abhängige Institution. Diese wohnheimähnliche offene Abteilung war nicht mehr nach Geschlechtern getrennt und speziell für chronische Kranke vorgesehen. Dort wurde ein besonderer Wert auf die Arbeitstherapie gelegt.<sup>72</sup> Im Rosengarten kam es dann zum ersten Mal zu einer vollständigen und detaillierten psychiatrischen Begutachtung: Kindheit, Schul- und Berufsanamnese, Familiensituation, Krankheitsanamnese und psychischer Befund. Das fehlende Beherrschen der deutschen Sprache stellte noch immer ein Problem dar. Imap und Dihydergot wurden weiterhin verabreicht, ergänzt durch Thymolepticum, ein Antidepressivum. Außerdem sollte Mira V. an der in der Krankenakte nicht näher definierten Arbeitstherapie teilnehmen. Als Therapie wurde auch „die Möglichkeit, in ihrer Muttersprache mit einer Mitarbeiterin (Küchenhilfe) zu sprechen“ (21/4/1977) vorgesehen. Trotz der nach außen hin postulierten Ansprüche auf eine intensivere Therapie im Rosengarten lässt die Krankenakte solche Versuche kaum erkennen. Während in der KBoN noch wöchentliche Be-

71 Kurth, Erika: Die Entwicklung der Röntgenabteilung. In: 100 Jahre [wie Anm. 26], S. 82 und Jahresbericht KBoN – 1978, Berlin 1978, S. 16.

72 Jahresbericht KBoN – 1978, Berlin, 1978, S. 14.

richte aufgeschrieben wurden, geschah dies im Rosengarten seltener. Dagegen kam es dann im April 1977 im Rosengarten zum ersten Mal zu einem Gespräch zwischen Arzt und Patientin mit Hilfe eines Dolmetschers. Neben praktischen Problemen – die Patientin riskierte nach Jugoslawien abgeschoben zu werden, falls sie nicht eine Arbeit fand – versuchte der behandelnde Arzt noch einmal zu einer genaueren Diagnose zu kommen: trotz einiger von Mira V. geäußelter Zwangsgedanken ließ sich eine „akute paranoid-halluzinatorische Symptomatik“ (21/4/1977) nicht eruieren. Wegen der „zahlreichen, ungelösten sozialen Probleme“ wurde jedoch eine PflEGschaft beim Amtsgericht beantragt. Vier Monate lang wurde dann überhaupt nichts mehr in der Krankenakte vermerkt, bis Mira V. im August 1977 mehrere Fensterscheiben einschlug und wieder zurück in die Hauptklinik verlegt wurde. Dieser „Anfall“ geschah kurz nachdem sie sich mit dem Dolmetscher, der inzwischen ihr Gebrechlichkeitspfleger geworden war, über ihre Zukunft beraten hatte. In der KBoN wurde die Patientin „neuroleptisch neu eingestellt“. Nach einem EEG und Hirnszintigramm kam es nach einem Monat zu einer Rückverlegung nach Rosengarten. Dort wurde, weil sie noch „deutlich antriebsgemindert“ (21/10/1977) wirkte, die Psychopharmakodosis erhöht. Als die Patientin jedoch während einiger Wochen über Sehbeschwerden klagte, fragte sich der behandelnde Arzt, ob dies als „Begleitwirkung der Psychopharmaka“ (17/11/1977) zu deuten wäre, und die Medikation wurde erneut geändert. Zwei Elemente scheinen mir hierbei interessant. Einerseits wurde auf die Unruhe der Patientin nur symptomatisch anhand einer Veränderung von Psychopharmaka reagiert. Die naheliegende Schlussfolgerung, dass es einen Zusammenhang zwischen möglichen Veränderungen (i.e. Entlassung aus dem Krankenhaus) und dem oben beschriebenen Aggressionsausbruch gab, wurde in der Krankenakte nicht thematisiert. Andererseits schien es jedoch auch noch eine gewisse Unsicherheit gegenüber den Psychopharmaka zu geben: als Mira V. von Sehbeschwerden berichtete, eine Klage, die seit der ersten Hospitalisierung immer wieder formuliert wurde, wurde die Medikation vermindert. In den ersten Wochen des Jahres 1978 veränderte sich die Situation dann rapide. Seit Ende Dezember 1977 bezahlte die Krankenkasse den Aufenthalt nicht mehr und die Sozialkasse wollte ihre Zahlungen Ende Februar 1978 einstellen. Für Mira V. bestand das Risiko, von der Ausländerpolizei abgeholt zu werden. Nach langem Drängen erklärte sich die Schwester bereit, Mira V. nach Jugoslawien zu ihrem Vater zu begleiten. Am 8. Februar 1978 wurde sie entlassen. Zwischen November 1975 und Februar 1978 wurde sie vier Mal in die KBoN aufgenommen und verbrachte insgesamt 517 Tage dort.

Die sechzigjährige Erna K. wurde im Mai 1961 nach einem Selbstmordversuch auf Veranlassung des Gesundheitsamtes Wilmersdorf in die KBoN eingeliefert. Sie hatte Bedrohungsängste, von „Stimmenhören“ jedoch erzählte sie

nichts. Die Aufnahmediagnose lautete vage „Geistesstörung“ (15/5/1961). Erna K. wurde, noch vor der vier Tage nach der Aufnahme erfolgenden eigentlichen Exploration, Megaphen verschrieben, was darauf hinweist, dass der Arzt unter dem Begriff ‚Geistesstörung‘ bereits eine irgendwie geartete Psychose vermutete. Die Exploration wurde teilweise wortwörtlich wiedergegeben, größtenteils jedoch in indirekter Rede. Der Ehemann, ein Juwelier, und ihre Schwester wurden auch befragt. Seit Ende des Krieges war Erna K. immer religiöser geworden und dies führte zu einem „auffälligen“ Benehmen: „Von diesem Zeitpunkt an begann sie sich übertrieben einfach zu kleiden, ihre Sachen zu verschenken und mit ihrer Umgebung ständig über religiöse Themen zu sprechen.“ (19/5/1961) Als ihre Ideen nicht von ihrer Umgebung aufgenommen wurden, fing sie an, sich verfolgt zu fühlen. Die vorläufige Diagnose lautete „Schizophrenie“ und ‚bestätigte‘ so die vorherige Verabreichung von Megaphen. Ein weiterer Eintrag zu Erna K. findet sich dann erst einen Monat später in der Krankenakte. Sie wurde dort als „äußerlich geordnet u. unauffällig“ beschrieben. „Angst- u. Unruhezustände“ waren verschwunden, „[a]ls Residualsymptomatik bestehen allerdings noch bestimmte religiöse Vorstellungen“ (27/6/1961). Da sich ihr Mann bereit erklärte, seine Frau wieder bei sich aufzunehmen, wurde Erna K. Ende Juni, nach 45 Tagen KBoN-Aufenthalt, wieder entlassen.

Sicherlich sind die hier kurz vorgestellten drei Fälle nur zum Teil aussagekräftig für die Behandlung von Schizophrenie-Patienten in der KBoN. Nichtsdestotrotz scheinen mir einige Generalisierungen möglich.

Generell wurden Schizophrenie-Patienten medikamentös behandelt. Chlorpromazin ist dabei das am meisten benutzte Mittel. Ab Ende der 1960er Jahre wurde das Therapieangebot um die Arbeitstherapie an der KBoN erweitert, die über die klassischen Anstaltsarbeiten (Laubharken, Küchenarbeit usw.) hinausgehen sollte. Inwieweit diese jedoch individuell therapeutisch auf den einzelnen Patienten zugeschnitten wurde, ist nicht aus den Krankenakten ersichtlich. Familientherapeutische oder sozialpsychiatrische Ansätze, die in der internationalen wie deutschen Literatur in diesen Jahren vermehrt empfohlen wurden, wurden an der KBoN kaum angewendet. Zur Diagnostik wurden ebenfalls vom Ende der 1960er Jahre an vermehrt technische Hilfsmittel eingesetzt, so zum Beispiel das EEG. Zur gleichen Zeit wurden auch einige psychologische Tests, wie der Hamburg-Wechsler-Intelligenztest, der Rorschachsche Formdeutversuch und der Wartegg-Zeichentest eingeführt.<sup>73</sup> Insgesamt war die Behandlung von Schi-

73 Damit wurden drei der fünf in Weitbrecht, H.J.: Psychiatrie [wie Anm. 20], 1979<sup>4</sup>, S. 10-12 vorgestellten Testuntersuchungen in der KBoN praktiziert. Den TAT (thematic-apperception-test) und der Scenotest scheinen nicht benutzt worden zu sein. Heute werden diese Tests mit Ausnahme des HAWIE nicht mehr in der psychiatrischen Praxis empfohlen: Gastpar, Markus

zophrenie-Patienten an der KBoN jedoch durch eine gewisse Passivität geprägt. Viel wichtiger als eine klinische Heilung schienen außermedizinische Gründe bei der Entlassung der Patienten zu sein, sei es wie bei Johannes K. oder Erna K. die (Nicht-)Bereitschaft der Verwandten, den Patienten aufzunehmen oder wie bei Mira V. das Ausbleiben der Bezahlung. Nicht wissenschaftlich-medizinische sondern praktische Elemente schienen die „Karriere“<sup>74</sup> der Patienten entscheidend zu bestimmen.

### Schlussfolgerung

In Westeuropa kam es in den 1960er und 1970er Jahren innerhalb der Psychiatrie zu einer doppelten Erneuerung. Einerseits versuchte die Antipsychiatrie das Fach vom medizinischen Paradigma zu lösen. Andererseits gab es auch reformistische Kreise, die die Psychiatrie reformieren wollten, sie jedoch weiterhin im medizinischen Paradigma verorteten. Wissenschaftsgeschichtlich konnte sich der erste Ansatz nicht durchsetzen, auch wenn er gesellschaftspolitisch einen gewissen Einfluss errang. Der zweite Ansatz hingegen wurde zu einem wichtigen Bestandteil des Faches. So war zum Beispiel die Sozialpsychiatrie nicht nur eine sozial-politische Bewegung, sondern auch eine Frage der medizinischen Therapie, zumindest in den Universitätskliniken.<sup>75</sup>

An der KBoN tauchten diese Diskussionen nur am Rande auf. Der Fall Flegel illustrierte, dass die Veränderungen wenigstens diskursiv wahrgenommen wurden: auch in Berlin war das Schlagwort ‚Sozialpsychiatrie‘ plötzlich in jedermanns Munde. Der Wirbel, den Flegels Entlassung in der Presse und auf der Straße verursachte, zeigte, dass das, was innerhalb psychiatrischer Kliniken vorging auch als gesellschaftlich relevant angesehen wurde. In der Praxis schienen diese Neuerungen jedoch fast spurlos an der KBoN vorbeigegangen zu sein. Die Frage, inwiefern die KBoN für die westdeutsche Psychiatriepraxis in Landeskrankenhäusern repräsentativ ist, lässt sich nicht beantworten und muss durch andere lokale Studien beurteilt werden. Auf einige Besonderheiten wurde bereits hingewiesen: Überbelegung und hohe Durchgangsrate. Andererseits galt

T. et al.: Psychiatrie und Psychotherapie, Wien 2002<sup>2</sup> und Lenz, Gerhard; Küfferle, Bernd: Klinische Psychiatrie. Wien 2002<sup>2</sup>.

74 Goffman, Erving: *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris 1961<sup>1</sup>, 2005, S. 179-225. Leider behandelt Goffman in diesem Kapitel nur zwei der drei Phasen der „Karriere“ des Patienten: die vor und während des Krankenaufenthaltes. Der Prozess der Entlassung wird nicht thematisiert.

75 Zu einem anderen Urteil kommen: Schmiedebach, Heinz-Peter; Priebe, Stefan: *Social Psychiatry in Germany in the Twentieth Century: Ideas and Models*. *Medical History* 48 (2004), S. 449-472, S. 469.



die KBoN weder als besonders fortschrittliche noch als besonders rückständige Anstalt, was darauf schließen lässt, dass die hier beobachteten Gegebenheiten in vergleichbarer Weise in zahlreichen anderen Landeskrankenhäusern festzustellen waren.

Ohne Zweifel kannte die Berliner Psychiatrie in den 1960er und 1970er Jahren einen Wandel, der sich auch auf die KBoN auswirkte: die Durchschnittsbelegung sank in 20 Jahren um 30% von 2200 auf 1500. Grundlegend änderte sich die Situation jedoch kaum in diesem Berliner Krankenhaus, das weiterhin durch eine sehr große Zahl von Patienten gekennzeichnet war. Das Fallbeispiel der Schizophreniepatienten innerhalb der KBoN ist in dieser Hinsicht besonders aussagekräftig. In den 1960er und 1970er Jahren waren deren „Karrieren“ noch immer durch vermehrte und längere Aufenthalte in den Nervenkliniken definiert. Weder die gänzliche Infragestellung der Existenz der Krankheit ‚Schizophrenie‘ noch die zahlreichen psychopathologischen Neuerungen, die den deutschsprachigen universitären Diskurs prägten, veränderten die Behandlung dieser Patienten. Mit Ausnahme eines vermehrten Einsatzes körperlicher Durchdringungstechniken (EEG) und psychologischer Tests in den siebziger Jahren gab es keine grundlegenden Neuerungen. Die Arbeitstherapie der 1970er Jahre unterschied sich von der der 1950er Jahre dadurch, dass sie weniger an die konkrete administrative Alltagsarbeit im Krankenhaus gebunden war; ob sie jedoch schon der durch Individualität, schöpferisches Schaffen und Improvisieren definierten Beschäftigungstherapie gerecht wurde, darf bezweifelt werden. Die noch in den 1950er Jahren angewandten Schockkuren wurden in dem hier betrachteten Zeitraum bei Schizophrenen nicht mehr eingesetzt: sie wurden hauptsächlich durch medikamentöse Behandlungen ersetzt. Diese dienten jedoch eher der Symptombekämpfung – Ruhigstellung –, als dass sie Teil einer reflektierten Therapie waren. Nicht medizinische Kriterien schienen bei der Entlassung von Patienten entscheidend, sondern finanzielle, soziale und familiäre Rahmenbedingungen. Zumindest in der KBoN kann man sich die Frage stellen, inwieweit „the main function of mental institutions (...) from shelter and care to treatment and cure [shifted]“<sup>76</sup>. Bei der Bezeichnung der Kranken mit dem Label ‚Schizophrenie‘ fällt auf, wie wenig die Diagnosen in den 1960er und 1970er Jahren nach den in den Lehrbüchern verfassten Kriterien aufgestellt werden. Diese Bezeichnung schien mehr auf intuitiven Handlungsmustern zu beruhen als auf einem bewussten Abarbeiten von Kriterienlisten.

Diese Diskrepanz zwischen Diskurs und Praxis stellt die – auch hier unbeantwortete – Frage, inwieweit diese beiden Ebenen in der Psychiatrie miteinander verbunden sind: inwieweit bedingte das vorherrschende Paradigma in der

76 Gijswijt-Hofstra/Oosterhuis (2005): Introduction [wie Anm. 25].

Psychiatrie – oder sollte man eher von mehreren gleichzeitig nebeneinander bestehenden Paradigmen sprechen – den Alltag der Nervenkliniken, in der ein empirischer Pragmatismus zu herrschen schien?<sup>77</sup>

*Anschrift des Verfassers: Dr. Benoît Majerus  
16e, rue des commerçants  
B-1000 Bruxelles  
Belgien  
E-mail: bmajerus@ulb.ac.be*



<sup>77</sup> Für diese Hinweise möchte ich mich bei Prof. Dr. med. Heinz-Peter Schmiedebach bedanken.