

Aus dem Institut für Ethik und Geschichte der Medizin

Die Diskussion über die Ausgestaltung der DDR-Psychiatrie
anhand ostdeutscher medizinischer Fachzeitschriften
1946–1989

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
zu Tübingen

vorgelegt von

Wiegmann, Clara Susanne

2018

Dekan: Professor Dr. I. Autenrieth

1. Berichterstatter: Privatdozent Dr. H. Tümmers
2. Berichterstatter: Professor Dr. T. Steinert

Tag der Disputation: 15.01.2018

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	4
1.1 Politische Rahmenbedingungen und Ziele der Zeitschrift	10
1.2 Methode.....	12
1.3 Forschungsstand	16
2 Statistische Auswertung der Beiträge	25
2.1 Formale Analyse	25
2.2 Inhaltliche Analyse	28
3 Ergebnisse der qualitativen Analyse	34
3.1 Erste Phase: 1946–1959 – Aufarbeitung der NS-Zeit und Neuausrichtung des Wissenschaftsverständnisses	34
3.1.1 Strukturelle Entwicklungen der DDR-Psychiatrie	34
3.1.2 Der Umgang mit dem geschichtlichen Erbe der NS-Psychiatrie	36
3.1.3 Zustand der Psychiatrien nach Kriegsende	45
3.1.4 Das neue Wissenschaftsverständnis	49
3.1.5 Entwicklung der neuro-psychiatrischen Disziplinen.....	57
3.1.6 Entwicklung der Behandlungsansätze	72
3.2 Zweite Phase: 1960–1969 – Etablierung des sozialpsychiatrischen Ansatzes und die Einleitung von Reformen.....	83
3.2.1 Die Entwicklung des sozialpsychiatrischen Ansatzes in der DDR	83
3.2.2 Die Rodewischer Thesen	87
3.2.3 Der Umgang mit der Suizidthematik	102
3.3 Dritte Phase: 1970–1979 – Stagnation der Reformvorhaben und Suche nach Alternativen.....	105
3.3.1 Reflexion über Änderungen in der Einweisungsgesetzgebung	114
3.4 Vierte Phase: 1980–1989 – Ausdifferenzierung, Emanzipierung und Öffnung der Institution Psychiatrie.....	119
3.4.1 Die Zeit kurz vor der Wende.....	125
4 Fazit	128
5 Zusammenfassung	139
6 Abkürzungsverzeichnis	140
7 Literaturverzeichnis	142
8 Erklärung zum Eigenanteil	153
9 Danksagung	154

1 Einleitung

Das Fach Psychiatrie wird wie keine andere medizinische Disziplin durch die Wertvorstellungen, Normen und Entwicklungen einer Gesellschaft geprägt. Die Institution Psychiatrie ist somit abhängig von dem jeweiligen Gesellschaftssystem, in dem sie tätig ist.¹ In diesem Kontext ist die Frage nach der Perspektive und dem Selbstverständnis der Ärzte², die in der Institution Psychiatrie arbeiten, von zentraler Bedeutung – schließlich nehmen sie eine Schlüsselposition in der Vermittlung zwischen Gesellschaft und den psychiatrisch erkrankten Menschen ein. Sie vermitteln auf der einen Seite zwischen den Ansprüchen, die die Gesellschaft an den Patienten erhebt, und auf der anderen Seite zwischen den individuellen Bedürfnissen des Patienten. Dadurch befinden sie sich in einem Spannungsfeld.

Aus diesem Spannungsfeld ergeben sich folgende Fragen: Auf welche Art und Weise reflektieren Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie gesellschaftliche Veränderungen und welche Positionen nehmen sie dabei ein? Wie hat sich dies im Laufe der Zeit gewandelt? Von welchen Normen und Werten lassen sie sich leiten? Auf welche Art und Weise distanzieren sich die Psychiater von den Verbrechen in den Psychiatrien, die von ihnen und ihren Kollegen unter den Nationalsozialisten verübt wurden? Sind Kontinuitäten oder Brüche im psychiatrischen Denken feststellbar? Von welchem Wissenschaftsverständnis lassen sich die Ärzte leiten? Welche Aussagen lassen sich anhand des Diskussionsverlaufs in Bezug auf das ärztliche Berufsethos ableiten? Und welche Schlussfolgerungen lassen sich im Hinblick auf die Patienten-Arzt-Interaktion treffen?

Ausgehend von diesen Fragen untersucht die vorliegende Arbeit die wissenschaftlichen Diskurse und das Selbstverständnis der Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie der sowjetischen Besatzungszone (SBZ) und später der Deutschen Demokratischen Republik (DDR). Grundlage der Arbeit sind die Ausgaben der Zeitschrift *Das deutsche Gesundheitswesen (DDG)*, die von Januar 1946 bis Oktober 1989 erschienen ist. Herausgegeben von der Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen der DDR, entwickelte sich die *DDG*

¹ Bock/Kluge (2017), S. 33.

² Die vorliegende Dissertation ist aus Gründen der Klarheit und Übersichtlichkeit im generischen Maskulinum verfasst, gemeint sind jedoch alle Geschlechter.

zum Sprachrohr der *Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie an der Universität Berlin*.³ Sie eignet sich daher als Spiegel der Diskurse, die die Psychiater in der SBZ und später in der DDR führten.

Die Analyse der *DDG* unterliegt zwei Einschränkungen: Wie andere „politisch gefärbte Zeitschriften“⁴ unterlag die *DDG* seit dem Jahr 1946 der Vorzensur. Bei diesen Zeitschriften verlangten die Behörden der SBZ und später der DDR, vorab Zusammenfassungen der Beiträge zu erhalten.⁵ Aus diesem Grund beschränkt sich die vorliegende Arbeit auf Aussagen zu dem veröffentlichten Selbstverständnis der Psychiater und Neurologen. Daraus folgt auch, dass diese Arbeit nicht den Anspruch erhebt, ein vollständiges Abbild der Psychiatrie in der DDR zu beschreiben. Vielmehr konzentriert sie sich auf eine Bestandsaufnahme der Einschätzungen und Perspektiven der Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie. Sichtweisen und Erfahrungen von Patienten oder dem Pflegepersonal werden dabei nicht beleuchtet.

Die zweite Einschränkung ergibt sich daraus, dass wissenschaftliche Tätigkeiten in Diktaturen, in diesem Fall in der DDR, von politisch-ideologischen Ereignissen und Entwicklungen überlagert werden, wodurch die Herausarbeitung von klar abzugrenzenden Richtungswechseln eine Herausforderung darstellt.⁶

Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen verfolgt die vorliegende Arbeit zwei wesentliche Ziele: Erstens wird der Verlauf zentraler Diskurse in der *DGG* nachgezeichnet und analysiert. Dabei werden Kontinuitäten, aber auch deutliche Brüche und Entwicklungen deutlich. Wichtige Themen waren etwa die Aufarbeitung der Geschehnisse in der Psychiatrie unter den Nationalsozialisten, die Diskussion um ein neues Wissenschaftsverständnis und die Etablierung des sozialpsychiatrischen Ansatzes. In diesem Zusammenhang werden auch die gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen, Entwicklungen und Zäsuren, die die Psychiatrie in der SBZ/DDR prägten, skizziert und in Bezug gesetzt zu den Beiträgen in der *DDG*. Zweitens untersucht die Arbeit, was diese Themen jeweils für das veröffentlichte ärztliche Selbstverständnis bedeuten. Dabei wird insbesondere beleuchtet, wie sich die veröffentlichte Selbstdarstellung der Fachärzte für Psychiatrie und

³ Bericht der "Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie an der Universität Berlin" (1948), S. 315.

⁴ Teitge (2012), S. 17. Zitiert nach BArch DQ 1/36, Bl. 351-353.

⁵ Ebenda.

⁶ Steinberg (2016b), S. 197.

Neurologie im Verlauf gewandelt hat. Aufbauend darauf werden die Veränderungen des ärztlichen Ethos und der Patienten-Arzt-Beziehung analysiert.

Damit soll die vorliegende Untersuchung einen Beitrag zum tieferen Verständnis der Psychiatrie in der DDR leisten und den gegenwärtigen Forschungsstand ergänzen. Die Arbeit soll dazu beitragen, einen bisher ungeklärten und in der Öffentlichkeit wenig diskutierten Bereich deutscher Geschichte aufzuarbeiten und Erkenntnisse über die Rolle der Psychiatrie unter den politischen und gesellschaftlichen Bedingungen in der DDR zu liefern.

Um diese Ziele zu erreichen, gliedert sich die weitere Arbeit in drei Bereiche: Zunächst werden in den weiteren Kapiteln der Einleitung die politischen Rahmenbedingungen und die strukturellen Besonderheiten der Zeitschrift *DDG* dargestellt. Dazu kommt die Beschreibung der verwendeten Methoden und die Aufarbeitung des gegenwärtigen Forschungsstandes. Im zweiten Teil werden die verwendeten Primärquellen einer quantitativen Analyse unterzogen. Hierbei zeigt sich, dass zu einigen Themengebieten relativ kontinuierlich Artikel erschienen sind, während bei anderen Themen deutliche zeitliche Schwerpunkte erkennbar sind. Vergleichsweise kontinuierlich erschienen Beiträge zu den neuro-psychiatrischen Subdisziplinen und zu Behandlungsansätzen, etwa der Psychopharmakotherapie.

Demgegenüber sind bei folgenden Themen deutliche zeitliche Schwerpunkte zu erkennen: Die Aufarbeitung der Geschehnisse der NS-Psychiatrie, die sich schwerpunktmäßig auf den Zeitraum 1946 bis 1950 konzentrierte, jedoch auch danach weiter anhielt. Zusätzlich die Rezension und Diskussion der Lehre Pawlows, die ein neues Wissenschaftsverständnis begründete und vorrangig im Zeitraum 1950 bis 1956 behandelt wurde, sowie die Debatte um sozialpsychiatrische Fragestellungen, die zwei Höhepunkte in den 1960er Jahren sowie Ende der 1970er Jahre zu verzeichnen hatte. Dazu kommt die Thematisierung des Umgangs mit der Suizidproblematik mit Schwerpunkten von 1960 bis 1965 und in den 1970er Jahren, sowie eine deutliche Häufung von Beiträgen zum Thema Psychotherapie Ende der 1980er Jahre.

Diese Ergebnisse der quantitativen Analyse bieten einen ersten Anhaltspunkt für die Einteilung der Debatte in der *DDG* in verschiedene Phasen, in denen jeweils unterschiedliche thematische Schwerpunkte vorherrschten. Im Zuge der qualitativen Analyse – dem dritten Teil der weiteren Arbeit – zeigt sich, dass eine Einteilung in vier Phasen sinnvoll er-

scheint. Unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Diskussion, der gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen und der Entwicklung des ärztlichen Selbstverständnisses wurden folgende Phasen herausgearbeitet: Die erste Phase von 1946 bis 1959 ist gekennzeichnet durch zwei wesentliche Diskussionsschwerpunkte: Zum einen durch die Aufarbeitung der Verbrechen, die unter den Nationalsozialisten an psychiatrisch erkrankten Menschen verübt wurden. Zum anderen durch die Neuausrichtung der medizinischen Wissenschaften auf die Lehre Pawlows, die auch Auswirkungen auf die neuro-psychiatrischen Subdisziplinen sowie auf die Ausgestaltung der Arbeitstherapie hatte. Dies ging einher mit der Debatte, von welchen Werten und Normen sich die Ärzte nach Kriegsende leiten lassen wollten.⁷

Die zweite Phase, in der die Psychiater zunehmend die sozialen Faktoren in die Behandlung miteinbezogen, umfasst die 1960er Jahre.⁸ Diese Entwicklung mündete schließlich in der Formulierung der Rodewischer Thesen im Jahr 1963. Dies hatte Auswirkungen auf das Selbstverständnis der Psychiater, die sich zunehmend in der Verantwortung sahen, auf gesellschaftliche Faktoren Einfluss zu nehmen.⁹ Zusätzlich wurde das Thema Suizidprävention in diesem Zeitraum eingehend diskutiert.¹⁰

Die 1970er Jahre als dritte Phase ist geprägt von einer gewissen Stagnation. Statt neue Entwicklungen voran zu treiben, reflektierten die Psychiater in der *DDG* über Änderungen innerhalb der Institution Psychiatrie, die sich in den vorherigen Jahrzehnten vollzogen hatten. So griffen sie im Wesentlichen Themen, die zuvor von Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie in der *DDG* diskutiert wurden, auf und vertieften diese. Dazu wurde Bezug genommen auf die Entwicklungen, die in der BRD in der medizinischen Wissenschaft, und dabei insbesondere in den Psychiatrien, vorstättengingen.¹¹

Weitere Themen, die erneut beleuchtet wurden, betrafen zum einen die Aufarbeitung der Verbrechen der NS-Psychiatrie.¹² Zum anderen wurden der Ausbau und die Erfolge der

⁷ Bericht über die wissenschaftliche Tagung der Psychiater und Neurologen in der sowjetischen Besatzungszone Deutschlands (1948).

⁸ Barylla (1965), S. 90.

⁹ Walther (1965), S. 584.

¹⁰ Lengwinat (1961), S. 876.

¹¹ Lange (1979), S. 825.

¹² Rüster (1972), S. 1684.

Suizidprävention diskutiert.¹³ Außerdem griffen Psychiater Neuerungen in der Einweisungsgesetzgebung auf und bewerteten diese kritisch.¹⁴ Hierdurch veränderten sich die Ansätze in der Behandlung sowie die Sichtweise auf den psychiatrisch erkrankten Patienten. Dies stellte einen starken Kontrast zu der Haltung zahlreicher Ärzte zur Zeit des Nationalsozialismus dar. In der letzten Phase, die die 1980er Jahre bis zur „Wende“ umfasste, wurden in der *DDG* vornehmlich Beiträge veröffentlicht, die sich mit den Fragen des Dualismus und der Interdisziplinarität in der Psychiatrie auseinandersetzten.¹⁵ Des Weiteren beschäftigten sich die Ärzte mit der Ausdifferenzierung der verschiedenen neuro-psychiatrischen Subdisziplinen. Darüber hinaus zeichnete sich eine wachsende Emanzipierung von staatlichen Vorgaben ab, die mit einer Öffnung gegenüber den Entwicklungen in den westlichen Ländern einherging.¹⁶

Ein besonderer Schwerpunkt der Arbeit ist die Untersuchung des ärztlichen Selbstverständnisses und des Berufsethos der Ärzte. Auf Grundlage der Darstellung der Diskurse werden die Entwicklungen und Kontinuitäten in den jeweiligen Phasen analysiert. Dabei zeigt sich, dass sich die Ärzte nach Kriegsende zunächst auf ein antikes ärztliches Selbstverständnis rückbesannen. Dies beinhaltete die Orientierung am Hippokratischen Eid sowie an einer humanistischen Perspektive auf den Patienten.¹⁷ Über die Jahrzehnte etablierte sich zunehmend eine individual-ethischen Betrachtungsweise. Es sind jedoch auch Kontinuitäten zum Denken weniger Psychiater zu den Vorstellungen der NS-Psychiatrie feststellbar.

Für die vorliegende Arbeit ist es hilfreich, den vielschichtigen Begriff des ärztlichen Ethos näher einzugrenzen. Jedoch wird dieser in der *DDG* kaum explizit diskutiert und definiert. Erst in einem Beitrag aus dem Jahr 1979 definierte U. Körner das ärztliche Ethos als diejenigen „Grundpflichten, denen der Arzt immer Rechnung zu tragen hat, die allerdings auch von Gesellschaftsform zu Gesellschaftsform unterschiedlich akzentuiert waren.“¹⁸ Dazu existierten stets „arztethische Normen, die nur Bedeutung unter jeweils bestimmten gesellschaftlichen Verhältnissen haben“¹⁹. Das Gesellschaftssystem der

¹³ Seidel/Kulawik (1970), S. 128.

¹⁴ Schirmer (1972), S. 856.

¹⁵ Geyer (1989.)

¹⁶ Zimmermann (1988), S. 423.

¹⁷ Bericht über die wissenschaftliche Tagung der Psychiater und Neurologen in der sowjetischen Besatzungszone Deutschlands (1948).

¹⁸ Körner (1979), S. 1481.

¹⁹ Körner (1979), S. 1481.

DDR schaffe dabei positive Rahmenbedingungen für die Umsetzung dieser Normen im ärztlichen Alltag:

„Erst in der sozialistischen Gesellschaft können von den sozial-ökonomischen Verhältnissen her und insbesondere durch den Aufbau eines umfassenden staatlichen Systems der Gesundheitsfürsorge einige seit langem formulierte moralische Ansprüche des Arztberufes erstmals in ihrem umfassenden humanitären Sinn realisiert werden.“²⁰

Die Ausgestaltung des ärztlichen Ethos wurde beeinflusst durch die humanistische Grundausrichtung der DDR. Der Begriff des Humanismus wurde dabei definiert als das „Streben nach Menschlichkeit und menschenwürdiger Daseinsgestaltung“²¹ mit dem Ziel einer „Höherentwicklung der menschlichen Gesellschaft“. Die Sozialistische Einheitspartei Deutschlands (SED) setzte den Begriff des Humanismus politisch ein, was dazu führte, dass dieser lange umstritten blieb.²² Der „sozialistische Humanismus“ diente bis zur „Wende“ als kulturelle Legitimation der DDR.

Humanismus in diesem Sinne wurde auch zu einem wesentlichen Bestandteil der Ausbildung der Mediziner – eine humanistische Grundhaltung der Ärzteschaft sollte gefördert werden. So wurde 1976 ein sogenannter „Studienplan für die Grundstudienrichtung Medizin zur Ausbildung an Universitäten und Hochschulen“²³ eingeführt. Darin heißt es:

„Die Haltung des Absolventen ist durch sozialistische Lebensweise und humanistisches Berufsethos geprägt. Achtung vor der Persönlichkeit und Würde des Menschen, Einsatzbereitschaft, Verantwortungsbewusstsein, Sorgfalt und Bescheidenheit, vorbildliche Arbeit, schöpferische Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse in seiner Tätigkeit, Streben nach hoher Bildung und Kultur sind charakteristisch für sein Denken und Handeln.“²⁴

Die Definition des ärztlichen Ethos durch Körner sowie die Einordnung des Humanismus-Begriffs bilden eine wichtige Grundlage für die vorliegende Studie. Die Untersuchung analysiert, inwiefern die Ärzte humanistische Wertvorstellungen in ihren Veröffentlichungen in der Zeitschrift *DDG* miteinfließen ließen.

²⁰ Körner (1979), S. 1481.

²¹ Klaus/Buhr (1975), S. 525. Dort auch das folgende Zitat.

²² Groschopp (2013), S. 14. Dort auch das folgende Zitat.

²³ Luther (2010), S. 27. Zitiert nach: Sonderdruck des Ministeriums für Hoch- und Fachschulwesen.

²⁴ Ebenda.

1.1 Politische Rahmenbedingungen und Ziele der Zeitschrift

Die Publikationspraxis der *DDG* war geprägt von bestimmten gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen, die sowohl die Ausrichtung der Zeitschrift als auch die Ziele der Herausgeber beeinflussten. Diese Rahmenbedingungen wurden bestimmt durch die politischen Ziele der SED, wobei im Kontext dieser Arbeit vor allem zwei Bestrebungen von Bedeutung sind: Einerseits das ständige Bemühen um Abgrenzung gegenüber der BRD und andererseits das Streben nach internationaler Anerkennung.²⁵ Dies hatte zahlreiche Konsequenzen für das wissenschaftspolitische Gebiet. So forderte die SED die Ärzte in der DDR dazu auf, aus den westdeutschen Fachgesellschaften auszutreten und stattdessen eigene Fachgesellschaften zu gründen, Kongresse zu organisieren und Zeitschriften als Publikationsorgane für DDR-Wissenschaftler herauszugeben.²⁶

Im Zuge der verstärkten Abschottung zu Beginn der 1960er Jahre wurde auch der internationale Wissenschaftsaustausch noch stärker eingeschränkt. Der Bau der Mauer 1961 ging einher mit einer erheblichen Beschränkung der Reisefreiheit und erschwerte so die Teilnahme an westdeutschen und internationalen Kongressen. Allerdings hatten Wissenschaftler bis Ende der 1960er Jahre noch die Möglichkeit in ausländischen Fachjournalen zu publizieren – losgelöst von der politischen Orientierung. Dies änderte sich 1969/70, als die Publikationsfreiheit reglementiert wurde mit dem Ziel einer stärkeren Abgrenzung gegenüber der BRD.²⁷ DDR-Autoren war es fortan nicht mehr möglich, in bundesrepublikanischen Fachzeitschriften zu veröffentlichen, es sei denn, dass ihre Publikation nicht in einem landeseigenen Organ platziert werden konnte.²⁸

Innerhalb dieser politischen Rahmenbedingungen war die Publikationspraxis der *DDG* von folgenden Merkmalen geprägt: Die Zeitschrift erschien anfangs 14tägig, ab 1950 dann im wöchentlichen Turnus. Zu Beginn wurde sie von der Arbeitsgemeinschaft medizinischer Verlage und seit 1952 vom VEB Verlag Volk und Gesundheit vertrieben. Dieser wurde im Zuge der Neulizenzierung durch das Amt für Literatur und Verlagswesen im

²⁵ Scholz/Wunderlich (2000), S. 1131.

²⁶ Ebenda.

²⁷ Ebenda.

²⁸ Teitge (2012), S. 108.

Oktober desselben Jahres gegründet und ging aus einer früheren Arbeitsgemeinschaft medizinischer Verlage hervor.²⁹

Die Schriftleitung setzte sich zu Beginn der Zeitschrift aus Prof. R. Stecker, Dr. Zetkin, Dr. A. Beyer und Dr. v. Bergmann zusammen. Dr. Kühne war seit 1947 Chefredakteur der Zeitschrift. Im Jahr 1949 übernahm Professor Dr. med. Alfred Beyer diesen Posten. Ziel der Zeitschrift war es, eine Plattform zu bieten für aktuelle Debatten der medizinischen Wissenschaft und der ärztlichen Tätigkeit.³⁰ Dies geschah zum einen durch die Veröffentlichung von Artikeln zu den verschiedenen Fächern der Medizin, inklusive der Psychiatrie und Neurologie, zum anderen durch die Berichterstattung zu Vorträgen und Diskussionsbeiträgen, die im Rahmen von Tagungen geäußert wurden.

Ausführlich wurden die Ziele der Zeitschrift im Leitartikel der ersten Ausgabe beschrieben: Die Schriftleitung wollte erstens „Kenntnis geben vom Gang der Wissenschaft, vom Wandel und Wechsel ihrer Anschauungen, Methoden und Aufgaben“³¹. Der Fokus sollte auf der DDR liegen, da sich die Leitung zu jener Zeit außerstande sah, regelmäßig über den Stand der Forschung in anderen Ländern zu berichten. Zweitens distanzieren sich die Herausgeber von den Geschehnissen des „Dritten Reichs“ und beklagten, dass „das gesamte Gebiet der Medizin aufs schwerste betroffen“ sei. „Die nationalsozialistische Ära hat so viel Verwirrungen und Irrtümer hervorgebracht“, so die Schriftleitung, dass „eine gründliche Reinigung vorausgehen mu[ss]“. Drittens wurden die Aufgaben der sogenannten „zentralen Leitung“ definiert. Die Entwicklung des Gesundheitswesens sollte sich am Bedarf der sozialen Gemeinschaft orientieren. Die Zeitschrift sollte hierbei als allgemeine Orientierung dienen und über die Ergebnisse und Notwendigkeiten berichten. Viertens wurde der Begriff der „Medizin“ neu definiert und dabei die Wichtigkeit der sozialen Dimension hervorgehoben: „Die soziale Auffassung des Wesens von Gesundheit und Krankheit greift umgestaltend in die gesamte Wissenschaft ein.“ Fünftens beabsichtigten die Verfasser, auf eine „andere Geisteshaltung hinzuarbeiten, welche die Ärzteschaft vor einer ähnlichen allgemeinen Desorientierung bewahrt, wie sie sich in den letzten zwölf Jahren entwickelt hatte“. Im Schlusswort rief die Schriftleitung dazu auf, sich aktiv „am Aufbau und der Entwicklung eines neuen Arzttums“ zu beteiligen und Artikel

²⁹ Links (2009), S. 95.

³⁰ Konitzer et al. (1946), S. 1.

³¹ Warburg et al. (1946), S. 2 f. Dort auch die folgenden Zitate.

in der Zeitung zu veröffentlichen. Sie beschrieb zusammenfassend das Selbstverständnis wie folgt:

„Wir wünschen uns nichts Besseres als einen recht lebendigen Gedanken- und Meinungsaustausch mit unseren Lesern. Unsere Zeitschrift will gute Einfälle, Beobachtungen und Anregungen aus Ärztekreisen sammeln und damit einen Spiegel der gesamten Bewegung des geistigen Lebens in der medizinischen Wissenschaft sein [und] mit uneigennützigster Hingabe der Erhaltung und Förderung der Volksgesundheit und damit dem ganzen Volke [...] dienen.“³²

Im weiteren Verlauf sind vor allem zwei Reformen der Zeitschrift von Bedeutung: Zunächst kam es im Oktober 1959 zu einer organisatorischen Umgestaltung innerhalb der Redaktion, nachdem Alfred Beyer seine Tätigkeit als Chefredakteur im Oktober 1959 aufgegeben hatte. Statt eines Chefredakteurs arbeiteten nun drei Redakteure an der *DDG*.³³ Diese sollten durch ein Redaktionskollegium beraten und unterstützt werden. Die Herausgeber waren künftig Professor Dr. R. Baumann, Professor Dr. A. Krautwald und Professor Dr. F.H. Schulz.

Im Jahr 1985 änderte sich dann der Name der Zeitschrift *Das deutsche Gesundheitswesen* (Untertitel: „Zeitschrift für Klinische Medizin“) in *Zeitschrift für Klinische Medizin* (Untertitel: „Das deutsche Gesundheitswesen“). Der amtierende Chefredakteur Heinz David begründete die Namensänderung mit der Feststellung, dass sich die Zeitschrift als Organ der *Gesellschaft für klinische Medizin der DDR* versteht und diese repräsentiert. Er formulierte die Zielsetzung 40 Jahre nach Ersterscheinung der Zeitschrift wie folgt:

„Durch grundsätzliche Publikationen zu weltanschaulichen und ethischen Fragen und zur sozialistischen Gesundheitspolitik werden den Lesern die Entwicklungstendenzen des Gesundheitswesens der DDR und der anderen sozialistischen Länder vorgestellt [...] Kritische Bemerkungen zu den Publikationen und Erwidern werden genauso wie Kommentare der Redaktion eine Rolle spielen.“³⁴

Mit der Umbenennung der Zeitschrift änderte sich auch der Rhythmus der Erscheinung – statt im wöchentlichen Turnus wurde sie nun wieder 14tägig publiziert.

1.2 Methode

Das methodische Vorgehen der vorliegenden Arbeit lässt sich in vier Schritte gliedern: Erstens wurde die relevante Sekundärliteratur zusammengestellt und analysiert. Dadurch

³² Warburg et al. (1946), S. 3.

³³ Baumann et al. (1959), S. 1885.

³⁴ David (1985), S. 6.

konnten insbesondere die politisch-gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und die historischen Entwicklungen auf dem Gebiet der Psychiatrie in der DDR untersucht und dargestellt werden. Unter dem Schlagwort „DDR Psychiatrie“ wurden folgende Online-Kataloge durchsucht: Karlsruher Virtueller Katalog (KVK), Verbund Öffentlicher Bibliotheken Berlin (VÖBB) und der Online-Katalog der Deutschen Nationalbibliothek (DNB). Bei dem KVK handelt es sich um eine Metasuchmaschine, die eine parallele Recherche in deutschsprachigen und internationalen Bibliothekskatalogen online ermöglicht. Somit stellt der KVK einen Gesamtkatalog aller Bibliothekskataloge dar.³⁵ Der VÖBB wurde zur Recherche herangezogen, da die vorliegende Arbeit im Wesentlichen in Berlin verfasst wurde und somit der Standort der benötigten Literatur ermittelt werden konnte. Der DNB wurde ergänzend benutzt, da die Angaben zur Literatur ausführlicher in dem Online-Katalog dargestellt sind und somit die Bestellung via Fernleihe erleichtert wurde.

Zweitens wurden die Primärquellen – sämtliche 2060 Ausgaben der *DDG* – ausführlich untersucht. Somit ist die vorliegende Arbeit als Längsschnittstudie konzipiert. Die in der Universitätsbibliothek Tübingen vorliegenden Hefte wurden vollständig durchgesehen und diejenigen Beiträge identifiziert, die die Themenfelder „Psychiatrie“, „Psychosomatik“, „Psychotherapie“, „Psychoanalyse“, „Psychopharmaka“ und „Neurologie“ berühren. Dabei wurden nicht nur Beiträge gewertet, die die Begriffe direkt im Titel aufgegriffen hatten, sondern auch diejenigen, die sich entweder des Fachjargons des jeweiligen Fachs bedienten oder inhaltliche Überschneidungen mit dem jeweiligen Fachgebiet aufwiesen. Insgesamt erfüllten 1401 Beiträge diese Kriterien. Dabei handelte es sich um Aufsätze, Berichte, Briefe, Buchbesprechungen, Mitteilungen, Kommentare, Referate und Studien. Problematisch bei dieser Vorgehensweise war, dass Artikel, die sich nicht primär mit den oben genannten Themenkomplexen auseinandersetzen, sondern diesen Bereich nur nebensächlich abhandeln, übersehen werden konnten. Dies galt auch für Artikel, die Begriffe aus dem Bereich Psychiatrie nur im metaphorischen Sinne verwendeten. Um dieses Defizit zu beheben, wäre eine elektronische Volltextsuche hilfreich – da die Zeitschrift *DDG* nur in gedruckter Form vorlag, war dies aber leider nicht möglich.

³⁵ Reimann (2013), S. 14.

In einem dritten Schritt wurden die ausgewählten Artikel einer quantitativen Inhaltsanalyse unterzogen.³⁶ Dazu wurden die ausgewählten Beiträge zunächst nach formalen und inhaltlichen Kategorien eingeteilt. Die formalen Kategorien (Aufsatz, Bericht, Buchbesprechung, Stellungnahme, Fachartikel, Kasuistik, Referat, Studie, Verschiedenes) orientieren sich soweit möglich an der entsprechenden Klassifizierung der Zeitschrift *DDG*. Dabei waren allerdings einige Anpassungen nötig, nicht zuletzt, da sich die Bezeichnungen der Klassifikationen teilweise im Laufe des Bestehens der Zeitschrift änderten. Alle Ausgaben der *DDG* enthielten die Klassifikation „Originalarbeiten“. Diese wurde in der vorliegenden Studie in die Kategorien „Aufsatz“, „Kasuistik“, „Fachartikel“ und „Studie“ untergliedert. Dazu kommt die formale Kategorie „Verschiedenes“, die so nicht in der Zeitschrift existierte. Hier wurden alle Klassifikationen der *DDG*, die maximal 10 Beiträge zählten, zusammengefasst. Darunter fiel etwa die Klassifikation „Amtlicher Teil“³⁷, aber auch „Kommentar“ oder „Briefe an die Redaktion“³⁸. Des Weiteren wurden die Klassifikationen „Erwiderung“, „Diskussionsbeitrag“ und „Stellungnahme“ zusammengezählt. Die formale Kategorie „Bericht“ wurde geschaffen, um die *DDG*-Klassifikationen „Kurze Nachrichten“³⁹, „Tagungen, Vorträge, Gesellschaften“⁴⁰, „Kongreß- und Tagungskalender“⁴¹ sowie „Ereignisse – Mitteilungen“⁴² zusammenzufassen. Die *DDG*-Klassifikation „Buchbesprechungen“⁴³ und „Referate“⁴⁴ wurde in der vorliegenden Arbeit übernommen.

³⁶ Mayring (2007), S. 20.

³⁷ Die Klassifikation „Amtlicher Teil“, wurde 1946 in der *DDG* eingeführt. Dort wurden Rundschreiben der Zentralverwaltung Gesundheitswesen (ZVGes) sowie Richtlinien der ärztlichen Betreuung (Anweisungen, Verordnungen, Befehle und Merkblätter) veröffentlicht.

³⁸ Ferner fielen in die Kategorie „Verschiedenes“: „Fragekasten“ und „Personalien“

³⁹ Die Klassifikation „Kurze Nachrichten“ umfasste in der *DDG* Ankündigungen von Preisausschreiben, Tagungen, Todesanzeigen sowie Titelverleihungen.

⁴⁰ Diese Klassifikation erschien erstmals im Jahr 1947.

⁴¹ Die Klassifikation „Kongreßkalender“, die erstmals 1959 erschien, wurde 1960 in „Kongreß- und Tagungskalender“ umbenannt.

⁴² In dieser Klassifikation wurden unter anderem Arbeitstagungen, Fortbildungen und Tagungen von Gesellschaften verkündet. Sie wurde 1983 umbenannt in „Mitteilungen“.

⁴³ Diese Klassifikation wurde in unregelmäßigen Abständen um eine „Literatur-Übersicht“ ergänzt. Im Gegensatz zur „Buchbesprechung“, in der eine Rezension eines Buches veröffentlicht wurde, erfolgt in der „Literatur-Übersicht“ nur eine Nennung der kürzlich erschienenen Bücher.

⁴⁴ Diese Klassifikation wurde 1955 eingeführt und enthielt Zusammenfassungen von Beiträgen, die zuvor in anderen nationalen und internationalen Fachzeitschriften veröffentlicht wurden. Sie wurde 1961 umbenannt in „Aus Forschung und Praxis – kurz berichtet“.

Die inhaltlichen Kategorien setzen sich zusammen aus den neuro-psychiatrischen Subdisziplinen (Psychiatrie, Psychologie, Psychosomatik, Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie), den Therapieformen (Arbeitstherapie, Psychopharmakotherapie) und bestimmten weiteren Themenkomplexen. Letztere umfassen etwa die Aufarbeitung der Geschehnisse der NS-Psychiatrie, die Etablierung eines neuen Wissenschaftsverständnisses sowie die Implementierung von sozialpsychiatrischen Reformen. In der quantitativen Analyse zeigte sich, dass zu einigen Themengebieten relativ kontinuierlich Artikel erschienen sind, während bei anderen Themen eindeutige zeitliche Schwerpunkte erkennbar sind.

Ausgehend von den Ergebnissen der quantitativen Analyse erfolgte in einem vierten Schritt eine qualitative Analyse der Primärquellen. In diesem Teil der Arbeit wurden die zuvor identifizierten Beiträge unter Berücksichtigung der gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen untersucht und eingeordnet. Dabei wurde der Verlauf der psychiatrischen Fachdebatte nachgezeichnet und Eckpunkte, Zäsuren und Kontinuitäten in Bezug auf die Psychiatrie in der DDR wurden herausgearbeitet. Basierend darauf wurden das veröffentlichte Selbstverständnis und der Wandel des Arztethos beleuchtet und analysiert. Nachdem bereits die quantitative Analyse erste Anhaltspunkte für die Einteilung der Debatte in Phasen mit verschiedenen Schwerpunkten lieferte, führte die qualitative Analyse zu dem Ergebnis, dass unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Debatte, der gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen und der Entwicklung im ärztlichen Selbstverständnis eine Einteilung in vier Phasen vorgenommen werden kann.

Die zuvor identifizierten Beiträge der *DDG* wurden in den jeweiligen Kapiteln entsprechend des Inhalts und des Erscheinungsdatums vorgestellt, eingeordnet und analysiert. Diejenigen Themen, zu denen die Diskussion im Zeitverlauf anhielt, wurden am Ende des Kapitels einer jeden Phase erneut aufgegriffen und fortgeführt.

Das dabei entstehende Ungleichgewicht hinsichtlich der Länge der Kapitel beruht im Kern auf zwei Gründen: Zum einen wurde in den beiden ersten Phasen insgesamt kontroverser und vielschichtiger diskutiert. Zum anderen ergibt sich das Ungleichgewicht durch die Auswahl der Themen. Neben den in dieser Arbeit behandelten Themenkomplexen wurden in der *DDG* auch noch weitere Themen diskutiert, die jedoch nicht so wirk-

mächtig wie die bereits vorgestellten Themenfelder waren. Dazu gehören Beiträge zu folgenden Themen: „Psyche und Sexualität“, „Umgang mit der Drogen- und Suchtproblematik“, „Forensische Psychiatrie“, „Psychiatrie international“, „Das Krankheitsbild Schizophrenie“, „Forschung in der Psychiatrie“ und die „Weiterbildung in der Psychiatrie“.

1.3 Forschungsstand

Seit den 1970er Jahren sind zahlreiche Untersuchungen und Werke publiziert sowie Untersuchungskommissionen in Auftrag gegeben worden, die zum Verständnis der Entwicklungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens in der SBZ/DDR im Allgemeinen und des darin verorteten Fachs Psychiatrie im Speziellen beitragen.

Vor der „Wende“ veröffentlichten Bernhard Schwarz, Klaus Weise und Achim Thom ein beachtenswertes zeithistorisches Dokument, das die damaligen Forschungsergebnisse sowie die Theorien über die Entstehung von psychiatrischen Krankheiten unter Berücksichtigung sozialer Faktoren spiegelte.⁴⁵

In den 1980er Jahren beleuchteten Helmut Späte, Achim Thom und Klaus Weise die Weiterentwicklung der theoretischen Konzepte der Sozialpsychiatrie sowie die Entwicklungsetappen der psychiatrischen Versorgung in der DDR. Sie stellten die Ergebnisse des internationalen Symposiums über psychiatrische Rehabilitation, das vom 23. bis 25. Mai 1963 in Rodewisch stattgefunden hatte, sowie die Brandenburger Thesen zur Therapeutischen Gemeinschaft vor.⁴⁶ Nach der „Wende“ untersuchte Jörg Schulz die Rodewischer Thesen unter den Aspekten der Entstehung, des Inhalts und der Auswirkungen.⁴⁷

Ein wichtiger Beitrag, der nach der „Wende“ verfasst wurde und der ein fundiertes Verständnis der Wechselwirkungen zwischen den politisch-gesellschaftlichen Rahmenbedingungen der SBZ/DDR und den Entwicklungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens leistete, ist Horst Spaars Dokumentation. Diese wurde auf der Grundlage von Archivmaterial, Gesetztestexten und Zeitschriftenaufsätzen verfasst und durch die Erläuterung zeit-historischer Ereignisse ergänzt.⁴⁸

Matthias Angermeyer und Holger Steinberg legten eine Studie vor, die sich mit den Entwicklungen, die das Fach Psychiatrie an der Universität Leipzig in den letzten 200 Jahren

⁴⁵ Schwarz et al. (1971), S. 7 f.

⁴⁶ Späte et al. (1982).

⁴⁷ Schulz (2003), S. 87 f.

⁴⁸ Spaar (1996).

stark prägten, beschäftigte.⁴⁹ Sie beschrieben biographisch herausragende Persönlichkeiten und behandelten richtungsweisende Konzepte.⁵⁰ Für die vorliegende Arbeit ist von besonderem Interesse die Beleuchtung der Schlüsselposition, die die Universitätsklinik Leipzig innerhalb der DDR einnahm. Das Universitätsklinikum, das prägende Kontakte zur Sowjetunion und zu Westdeutschland unterhielt, leistete durch die 1975 erfolgte Sektorisierung „Schrittmacherdienste“⁵¹ für den deutschsprachigen Raum. Als „die erste rote Universität der DDR“⁵² verschriene Klinik bot sie dennoch Rückzugsräume.

Einen deutsch-deutschen Vergleich der Geschichte der Psychiatrie stellten unter anderem Achim Thom, Erich Wulff, Walter Picard, Franz-Werner Kersting und Sabine Hanrath an. Kurz nach der „Wende“ veröffentlichten Thom und Wulff einen Sammelband, indem Autoren verschiedener Länder aus Ost- und Westeuropa die Veränderungen des Fachs Psychiatrie darstellten.⁵³ Picard veröffentlichte 1992 den Bericht einer Tagung, die sich mit der Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in der BRD und auf dem Gebiet der ehemaligen DDR auseinandersetzte.⁵⁴ Hanrath trug wesentlich zum Verständnis der Parallelen und Unterschiede in den Gesundheitssystemen der SBZ/DDR und der Bundesrepublik bei, indem sie die Anstalt Brandenburg-Görden und die Einrichtung Gütersloh in Nordrhein-Westfalen während der ersten beiden Nachkriegsjahrzehnte im Hinblick auf Wechselwirkungen zwischen den Anstalten und dem politisch-administrativem System, den strukturellen Herausforderungen im Zusammenhang mit der Versorgung sowie die Anstaltspraxis, untersuchte.⁵⁵ Melanie Arndt beschäftigte sich sieben Jahre später in einer umfassenden Studie mit der Gesundheitspolitik in der geteilten Stadt Berlin über die Jahre 1948 bis 1961.⁵⁶ Claudia Abu Zahra untersuchte die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in Ostberlin.⁵⁷

⁴⁹ Angermeyer/Steinberg (2005).

⁵⁰ Ebenda, S. 8., S. 259. Zitiert nach Trenckmann. Der Leipziger Beitrag zur Entwicklung theoretischen Denkens in der Psychiatrie. *Wiss Zschrft Karl-Marx-Uni Leipzig. Math-Naturwiss R.* 1982; 31: 115-130.

⁵¹ Ebenda, S. 260.

⁵² Ebenda, S. 276.

⁵³ Thom/Wulff (1990).

⁵⁴ Picard/Fritz (1992) Die Tagung "Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter" fand vom 29.11.-1.12.1990 in Berlin statt. Sie wurde gemeinsam veranstaltet vom Arbeitskreis der Ärztlichen Leiter öffentlicher psychiatrischer Krankenhäuser und von der Aktion Psychisch Kranke e.V.

⁵⁵ Hanrath (2003), S. 31-33. Eine ausführlichere Darstellung der Untersuchung bietet Hanraths 2002 erschienene Dissertation.

⁵⁶ Arndt (2009).

⁵⁷ Abu Zahra (2015).

Direkt nach der „Wende“ beschäftigten sich außerdem Journalisten, Wissenschaftler, Psychologen und Ärzte mit den besonderen Problemfeldern und Charakteristika der DDR-Psychiatrie, insbesondere mit der Frage nach einem möglichen Missbrauch der Psychiatrie, vergleichbar mit dem Vorgehen in der früheren Sowjetunion.⁵⁸ Diese Vorwürfe basieren auf einer Praxis der „psychiatrischen Etikettierung, Internierung und Zwangsbehandlung von psychisch nicht kranken Regimekritikern“⁵⁹ in der ehemaligen UdSSR.

Die Diskussion eröffnete der Psychiatriekritiker Ernst Klee, der 1993 in verschiedenen psychiatrischen Krankenhäusern in der ehemaligen DDR recherchierte, dadurch ernüchternde Einblicke in den Stationsalltag gewann und den Werdegang zahlreicher Psychiater, die zum Teil eine NS-Vergangenheit vorzuweisen hatten, erforschte.⁶⁰ Klees Ergebnisse bezüglich der vermeintlichen Erfolge der DDR-Entnazifizierungspolitik bildeten einen scharfen Kontrast zu den Einschätzungen der Leipziger Psychiater Klaus Weise und Matthias Uhle.⁶¹ Zusätzlich hinterfragte Klee kritisch die Rahmenbedingungen, unter denen die Untersuchungskommissionen der neuen Bundesländer der Frage nach einem möglichen Missbrauch der DDR-Psychiatrie nachgingen.⁶²

Die Ergebnisse der Untersuchungskommissionen wurden 1998 von Sonja Süß beschrieben.⁶³ Sie veröffentlichte eine umfangreiche Studie über den politischen Missbrauch der DDR-Psychiatrie durch die Staatssicherheit.⁶⁴ Süß konnte keinen systematischen Missbrauch feststellen, wohl aber Normverletzungen, etwa der ärztlichen Schweigepflicht.⁶⁵

Die Mitarbeiter in den Psychiatrien waren eine wichtige Quelle für das Ministerium für Staatssicherheit (MfS), da häufig Patienten in psychischen Ausnahmesituationen Ansichten mitteilten, die sie ansonsten zu verbergen versuchten.⁶⁶

⁵⁸ Süß (1998), S. 11 f., 100 f. So beschäftigen sich damit etwa die regionalen Untersuchungskommissionen, die zwischen 1991 und 1993 in allen ostdeutschen Bundesländern (mit Ausnahme von Mecklenburg-Vorpommern) eingesetzt wurden, sowie eine umfassende Studie von Sonja Süß, die sich mit der Sichtung von MfS-Akten befasste.

⁵⁹ Ebenda, S. 18.

⁶⁰ Klee (1993).

⁶¹ Ebenda, S. 104 f.

⁶² Ebenda, S. 64–69, S. 109 f.

⁶³ Süß (1998), S. 100-114.

⁶⁴ Ebenda, S. 11-15. Gegenstand der Forschung waren Unterlagen des MfS, Akten der Abteilung Gesundheitspolitik des Zentralkomitees der SED und des Ministeriums für Gesundheitswesen der DDR sowie Befragungen von Zeitzeugen, Ärzten, Juristen und Zeithistorikern.

⁶⁵ Ebenda, S. 736 f.

⁶⁶ Süß (1995), S. 261 f.

Ursula Plog, die Vorsitzende der Kommission Berlin (Ost), stellte einen starken Kontrast zwischen Patientenaussagen und Berichten von Psychiatern fest.⁶⁷ Die Sichtung von Stasi-Unterlagen der Behörde des Bundesbeauftragten für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes (BstU) ergab, dass einige leitende Mitarbeiter psychiatrischer Landeskrankenhäuser „staatssicherheitsdienstlich ‚operativ‘ bearbeitet worden sind und mehrere Personen als [...] IM mit dem MfS kooperierten“⁶⁸, in dem sie „Krankengeschichten und Arztbriefe“ an die Stasi übergaben. Teilweise war ersichtlich, dass die IM „sehr bereitwillig, nicht selten unaufgefordert informierten [und] über zukünftige politisch abweichende Äußerungen oder Verhaltensweisen [...] berichte[ten]“. Ziel war es, vor allem in „Schlüsselpositionen“⁶⁹ tätige Ärzte zu gewinnen, um diejenigen Ärzte identifizieren zu können, die planten, die DDR zu verlassen.⁷⁰ Ehemalige MfS-Mitarbeiter haben den Gebrauch von Narcoanalyse bezeugt, einem Verfahren, bei dem durch die Verabreichung von Medikamenten MfS-Mitarbeiter in einen Zustand versetzt wurden, indem sie bereitwillig Informationen mitteilten, die sie ansonsten verschwiegen hätten.⁷¹ Psychiater, die mit dem MfS zusammenarbeiteten oder der SED beigetreten waren, gaben im Nachhinein als Motivation „Abhängigkeiten oder Karrierewünsche, nicht aber eigene bewußte Entscheidungen“⁷² an. Laut der Kommission des Landes Brandenburg ist davon auszugehen, dass eine „kollektive Schuldverdrängung mit Verfälschungen, Ängsten, aber auch verklärenden Idealisierungen vergangener DDR-Verhältnisse“⁷³ eine fundierte Untersuchung verhinderte. Bedeutsam ist die folgende Bewertung in Bezug auf die oben beschriebenen Vorwürfe: Die „geschilderten Verfahrensweisen [...] bestimmten nicht Wesen und

⁶⁷ Plog (1995), S. 287 f. Während Patienten von „Quälstuben [...], von Mord, von willkürlichen Einweisungen in die Psychiatrie an den Staatsfeiertagen der DDR, von Medikamenten- und anderen Versuchen, von zu starken und zu langen medikamentösen Behandlungen, von Menschen, die sich in den Suizid oder in die psychiatrische Krankheit getrieben fühlten, von systematischem Psychiatrisieren“ sprachen, gaben die Psychiater Unwissen und Unschuld an.

⁶⁸ Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen: Hildebrandt (Oktober 1996), S. 14. Dort auch die folgenden Zitate. Die Sichtung von Stasi-Unterlagen geschah durch die „unabhängige Kommission zur Aufarbeitung der Vergangenheit der Psychiatrie im Land Brandenburg für die Zeit des Bestehens der DDR“. Die unabhängige Kommission wurde im August 1992 von dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen, Dr. Hildebrandt berufen.

⁶⁹ Süß (1995), S. 261 f.

⁷⁰ Ebenda, S. 256 f.

⁷¹ Ebenda, S. 271.

⁷² Süß (1998), S. 103.

⁷³ Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen: Hildebrandt (Oktober 1996), S. 22.

Alltag der Psychiatrie“⁷⁴. Dieser sei „durch therapeutische Bemühungen unterschiedlicher Qualität“ bestimmt und durch „wirtschaftliche Zwänge und die nicht nur in einem kommunistischen System geübte Ausgrenzung psychisch Kranker“ behindert gewesen; zudem sei „[m]enschliche Zuwendung“ in den Akten wiederzufinden, und dass „kritische und couragierte, ihrem ärztlichen Ethos verpflichtete Psychiater den Versuchen, politisch mißliebige Personen ohne ausreichende medizinische Indikation zu psychiatrisieren, erfolgreich entgegentraten.“

Klaus Behnke und Jürgen Fuchs erforschten die Verstrickungen des MfS mit den Mitarbeitern der Psychiatrien.⁷⁵ Die Maßnahme, die im MfS unter dem Begriff „Operative Psychologie“⁷⁶ bekannt war, zielte durch die Manipulation Oppositioneller auf die „Zersetzung der Seele“⁷⁷.

Francesca Weil untersuchte 2008 die Ärzteschaft in Bezug auf ihre Rolle als inoffizielle Mitarbeiter (IM) des MfS der DDR.⁷⁸ Der Anteil der Ärzte, die als IM tätig waren, lag eindeutig über dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung.⁷⁹ Innerhalb der Fachgruppen stellte sie eine besonders hohe Infiltration mit IM-Ärzten unter den Psychiatern fest.⁸⁰

Dazu beschäftigten sich die Wissenschaftler nach der „Wende“ mit den Auswirkungen des Systems auf die Psychiatrien und die Selbsttötungsrate. Greg Eghigian wandte sich der Frage nach den kommunistischen Elementen in der DDR-Psychiatrie und den Auswirkungen des totalitären Regimes auf die Arbeit in der Psychiatrie zu.⁸¹ Das tabuisierte Thema Selbsttötung in der DDR untersuchte Udo Grashoff, indem er mehrere tausend

⁷⁴ Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen: Hildebrandt (Oktober 1996), S. 22. Dort auch die folgenden Zitate. Die Bewertung geschah durch die Untersuchungskommission des Landes Brandenburg. Dieses Spannungsfeld, „einmal Anwalt des Kranken gegenüber der Gesellschaft zu sein, und zugleich Anwalt der Gesellschaft gegenüber dem Kranken“ wird in dem Buch „Zersetzung der Seele“ durch den Beitrag des Psychiaters Herbert Loos anschaulich dargestellt. Loos (1995), in: Behnke, Zersetzung der Seele, S. 228-232.

⁷⁵ Behnke/Fuchs (1995).

⁷⁶ Ebenda, S. 7.

⁷⁷ Behnke (1995), S. 26.

⁷⁸ Weil (2008).

⁷⁹ Ebenda. Dies ist Weil zufolge auf die Tatsache zurückzuführen, dass die „Partei- und Staatsführung diese bildungsbürgerlich geprägte Berufsgruppe mit tradiertem Standesbewusstsein besonders kritisch observierte“ und beabsichtigte, die „zahlreichen republikflucht- bzw. ausreisewilligen, politisch kritischen sowie illoyalen und oppositionellen Mediziner langfristig zu beobachten, unter Kontrolle zu halten und ggf. deren [...] Pläne zu verhindern.“ S. 281.

⁸⁰ Ebenda, S. 283.

⁸¹ Eghigian (2005), S. 183 f.

Fälle auswertete.⁸² Er kam zu dem Ergebnis, dass die DDR-spezifischen politisch-gesellschaftlichen Umstände einen kaum nachweisbaren Einfluss auf die Selbsttötungsrate hatten.⁸³ Ebenfalls stellte er einen Ausbau der Suizidprophylaxe einhergehend mit einer Enttabuisierung von Selbsttötungen in den 1970er Jahren fest.⁸⁴

Für die vorliegende Arbeit interessant sind Untersuchungen zum Selbstverständnis und zu den Ansichten der Ärzte in der SBZ/DDR. Vor der „Wende“ lieferten Alexander Mette, Gerhard Misgeld und Kurt Winter einen Einblick in die *Perspektive des Arztes und die humanistischen Prinzipien der ärztlichen Ethik in der sozialistischen Gesellschaft*.⁸⁵ Nach der „Wende“ beleuchtete Anna-Sabine Ernst die Kontinuitäten und Brüche in der Ärzteschaft unter den medizinischen Hochschullehrern in der SBZ/DDR über den Zeitraum 1945 bis 1961.⁸⁶ Als kontinuierkeitsstiftende, stabilisierende Faktoren machte Ernst drei Gegebenheiten aus⁸⁷: Erstens stand zu Beginn der SBZ den ostdeutschen Medizinern der BRD-Stellenmarkt offen, was zu einer Stärkung der Position der zurückgebliebenen Ärzte führte. Zweitens boten die hierarchischen Krankenhausstrukturen einen gewissen Schutz gegenüber dem externen politischen Eingriff und drittens nahmen Ärzte in der „Medikalisierung“⁸⁸, der Erschließung neuer Lebensbereiche durch Prävention und Prophylaxe, eine Schlüsselposition ein.

Vier Jahre nach dem Beitritt der ehemaligen DDR in die BRD veröffentlichte Klaus-Dieter Müller 27 Gespräche mit ost- und westdeutschen Ärzten über ihre Zeit in der SBZ/DDR und liefert somit einen unverstellten Blick in die damaligen Verhältnisse.⁸⁹ Als ein „Oral-history-Projekt“⁹⁰ angelegt, wurden Ärzte anhand eines Fragebogens zu ihren Motiven, dem Berufsethos, ihrem Werdegang und ihren Tätigkeitsfeldern sowie zu eventuell erfahrenen Disziplinarmaßnahmen befragt.⁹¹

⁸² Grashoff (2006).

⁸³ Ebenda, S. 265. Eine Ausnahme stellte der Zeitraum April/Mai 1945 dar, in dem es zu einem markanten Anstieg der Selbsttötungsrate in den von sowjetischen Truppen befreiten Gebieten kam.

⁸⁴ Ebenda. Dies schrieb Grashoff dem Streben der Mediziner nach einer „Verwirklichung des humanistischen Grundanliegens des Sozialismus“ zu, wohingegen die Politik der SED-Führung zwischen Lockerung und Verschärfung der Tabuisierung schwankte. S. 471.

⁸⁵ Mette et al. (1958), S. 49.

⁸⁶ Ernst (1997).

⁸⁷ Ebenda, S. 341-343.

⁸⁸ Ebenda, S. 342.

⁸⁹ Müller (1994).

⁹⁰ Müller (1994), S. 9.

⁹¹ Ebenda, S. 547.

Einen zentralen Beitrag zum Verständnis des Alltags in den psychiatrischen Kliniken unter politischen Sonderbedingungen in der DDR leisteten die nach der „Wende“ veröffentlichten Monographien von Beatrice Falk, Friedrich Hauer, Wolfgang Rose, Herbert Loos und Friedrich Groß.

In ihrer 2007 erschienen Untersuchung, die wesentlich auf der Auswertung von Archivmaterial beruhte, zeichneten Falk und Hauer die Geschichte des psychiatrischen Krankenhauses Brandenburg-Görden nach, untersuchten die Rolle und Entwicklung der Klinik im Kontext der jeweiligen politisch-gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und beleuchteten Patientenschicksale sowie die Rolle der Mitarbeiter.⁹² Im Zuge der DDR-weiten Reformbewegungen nahm das Krankenhaus eine bedeutungsvolle Rolle ein, da „In-sellösungen moderner Medizin“⁹³ geschaffen und wichtige Impulse in den Bereichen berufliche Rehabilitation, der Heilpädagogik, der Dispensairebetreuung für Epileptiker und Alkoholranke, der Soziotherapie und der Neurologie angestoßen wurden.⁹⁴

Rose untersuchte die Entwicklung der psychiatrischen Krankenhäuser in Eberswalde, Brandenburg-Görden, Lübben, Neuruppin und Teupitz⁹⁵ und Loos die Geschichte des psychiatrischen Krankenhauses Berlin-Herzberge.⁹⁶ In seiner Monographie *Jenseits des Limes* beleuchtete Groß, der 40 Jahre lang in verschiedenen psychiatrischen Kliniken in der DDR tätig war, den Alltag aus der Perspektive eines Psychiaters.⁹⁷

Thomas Müller und Beate Mitzscherlich ließen in ihrem 2006 erschienen Sammelwerk *Zeitzeugen zu Wort kommen*.⁹⁸ Patienten, Ärzte, Pfleger, Krankenschwestern und Psychologen berichteten in Form von verdichteten Monologen, die in Interviewtexte transkribiert wurden, von ihren Erfahrungen mit der Psychiatrie in der DDR. Schwerpunkte waren die Therapie, die Beziehung zu Ärzten, Pflegekräften und Mitpatienten, der Prozess der Re-Integrierung sowie die Stigmatisierung.

⁹² Falk/Hauer (2007), S. 7 f.

⁹³ Ebenda, S. 9.

⁹⁴ Ebenda, S. 9.

⁹⁵ Rose (2005).

⁹⁶ Loos (2014).

⁹⁷ Groß (1996).

⁹⁸ Müller/Mitzscherlich (2006), S. 7 ff. Dort auch die folgenden Zitate. Ermöglicht wurde die Untersuchung durch den engen Kontakt zu der Psychiatriebetroffeneninitiative Durchblick e.V., der 1990 in Leipzig gegründet wurde und Träger des Sächsischen Psychiatriemuseums ist. Die Herausgeber konzentrierten sich auf die Region des heutigen Bundeslandes Sachsen zur Zeit der 1970er und 1980er Jahre.

Ein weiteres Themenfeld, das von Wissenschaftlern nach der „Wende“ beleuchtet wurde, ist die Entwicklung und Differenzierung der verschiedenen Therapien in der DDR-Psychiatrie. Michael Geyer stellte in seinem von Zeitzeugen ausgearbeiteten Sammelwerk die Entwicklungen und bedeutsamen Strömungen im Bereich der Psychotherapie in Ostdeutschland zwischen 1945 bis 1995 dar.⁹⁹ Gegenstand der Untersuchung waren Archivmaterial und Zeitzeugenberichte. Heike Bernhardt widmete sich dem Phänomen in der DDR, dass sich zahlreiche Psychoanalytiker von der Psychoanalyse Freuds abkehrten und dafür der Lehre Pawlows einen hohen Stellenwert einräumten.¹⁰⁰ Mit der Arzneimittelgeschichte der Psychopharmaka in der DDR beschäftigte sich Volker Hess.¹⁰¹

Die Facetten des Themenkomplexes Psychiatrie, Psychosomatik und Neurologie im Spiegel medizinischer Fachzeitschriften und Zeitungen sind Gegenstand zahlreicher rezenter Untersuchungen. Eine Arbeitsgruppe um Heinz-Peter Schmiedebach analysierte 26 psychiatrische Fachzeitschriften, die im 20. Jahrhundert erschienen sind, im Hinblick auf Kontinuitäten, Brüche und Ähnlichkeiten in der extramuralen Versorgung und der Entwicklung der „sozialen Psychiatrie“¹⁰² in den unterschiedlichen politischen Systemen Deutschlands.¹⁰³ Die 2004 erschienene Studie stellte dar, dass Psychiater in der DDR mit der Entwicklung der „sozialen Psychiatrie“ mehrere Ziele verfolgten: sie versuchten auf der Grundlage der Rodewischer Thesen Patienten in die Gemeinschaft zu integrieren und die sozialen Ursachen psychiatrischer Erkrankungen zu eruieren. Diese sollten mit der Etablierung eines neuen gesellschaftlichen Systems, des Sozialismus, vermindert werden.¹⁰⁴ Marie Teitge leistete einen wichtigen Beitrag zur Erschließung der Wissenschaftsgeschichte der DDR, indem sie die Geschichte der Zeitschrift *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie*, die für die Zeit des Bestehens der DDR Publikationsorgan der Fachgesellschaften war, beleuchtete und eine systematische Zeitschriftenanalyse durchführte.¹⁰⁵ Hierbei handelt es sich um die einzige Fachzeitschrift für Nervenheilkunde, die in der DDR vertrieben wurde.¹⁰⁶ Die Fachzeitschrift nahm somit in der DDR

⁹⁹ Geyer (2011).

¹⁰⁰ Bernhardt (2000b), S. 172 f.

¹⁰¹ Hess (2007).

¹⁰² Schmiedebach/Priebe (2004), S. 450.

¹⁰³ Ebenda, S. 450.

¹⁰⁴ Ebenda, S. 471.

¹⁰⁵ Teitge (2012)

¹⁰⁶ Ebenda, S. 108.

nach dem Mauerbau eine Monopolstellung ein.¹⁰⁷ Teitges Studie ging der Frage nach einer politischen Einflussnahme auf den Wissenschaftsbetrieb nach.¹⁰⁸ Sie kam zu dem Ergebnis, dass die politische Führung Versuche unternahm, die Wissenschaft ideologisch zu instrumentalisieren, indem die Lehre Pawlows mit der Theorie des dialektischen Materialismus in einen Zusammenhang gebracht wurden. Auch kam es Teitge zufolge zu Zensurvorgängen, da Beiträge entweder abgelehnt oder modifiziert wurden.¹⁰⁹

Mit dem Selbstverständnis und den Diskussionen der Ärzte in der BRD im Hinblick auf die Themenkomplexe Psychiatrie und Psychiatriereform beschäftigte sich Anna Büchler, indem sie das offizielle Standesorgan der westdeutschen Ärzteschaft, die Zeitschrift das *Deutsche Ärzteblatt*, über den Zeitraum 1949 bis 1983 analysierte.¹¹⁰

Weitere rezente Untersuchungen wenden sich dem Bild und dem Verständnis der Psychiatrie zu, das der Leserschaft durch Zeitungen vermittelt wird. Als Querschnittsanalyse angelegt untersuchte Ulrike Hoffmann-Richter sechs meinungsführende deutschsprachige Tages- und Wochenzeitungen des Jahrgangs 1995 im Hinblick auf die „transportierten sozialen Repräsentationen“¹¹¹ und den Bedeutungswandel des Themenkomplexes Psychiatrie. Die umfangreiche Studie erweitert die bisherigen Untersuchungen, indem sie die Bedeutung der „Metaphorisierung“¹¹² der Stichworte erfasste und die vielfältigen Zusammenhänge beleuchtete, in denen die Begriffe Anwendung finden und somit das Bild der Psychiatrie in der Öffentlichkeit maßgeblich mitprägen. Hoffmann-Richter stellte fest, dass psychisch Kranke verhältnismäßig häufig im Zusammenhang mit Straftaten erwähnt und Klischees reproduziert werden.¹¹³ Sie kam zu dem Ergebnis, dass Autoren, die sich der Stichworte aus dem Themenkreis Psychiatrie bedienten, häufig nicht über das nötige Fachwissen verfügten, sondern an die Alltagsbedeutung oder die „soziale Repräsentation“ anknüpften.¹¹⁴ Der Transfer des Fachbegriffs in die Alltagssprache führt, so Hoffmann-Richter, zu Bedeutungsverschiebungen und Missverständnissen und fördert somit die Stigmatisierung psychisch Kranker.¹¹⁵

¹⁰⁷ Steinberg (2016b), S. 202.

¹⁰⁸ Teitge (2012), S. 6.

¹⁰⁹ Ebenda, S. 109.

¹¹⁰ Büchler (2016).

¹¹¹ Hoffmann-Richter (2000), S. 22.

¹¹² Ebenda, S. 22.

¹¹³ Ebenda, S. 374.

¹¹⁴ Ebenda, S. 375.

¹¹⁵ Hoffmann-Richter (2000), S. 377.

Alexander Kugelstadt untersuchte systematisch die Tageszeitungen *Die Welt*, *Süddeutsche Zeitung* sowie die *Tageszeitung* und stellte das Bild dar, das die Zeitschriften von der Psychosomatik über den Zeitraum 2000 bis 2005 vermittelten.¹¹⁶

In den letzten Jahren ist Holger Steinberg zufolge ein Peak im Bereich der Forschungsergebnisse zur Psychiatrie in der SBZ und DDR auszumachen. Dennoch existieren auf diesem Forschungsgebiet zahlreiche offene Fragen, die es zu ergründen gilt.¹¹⁷

2 Statistische Auswertung der Beiträge

2.1 Formale Analyse

Die Beiträge der *DDG* wurde über den gesamten Zeitraum des Bestehens einer formalen quantitativen Analyse unterzogen.¹¹⁸ Ziel der Analyse war die Identifikation der wichtigsten Themenkomplexe, mit denen sich die Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie in den jeweiligen Jahrzehnten vornehmlich auseinandersetzten. Im Rahmen der Analyse wurden die Beiträge auf die formalen Kategorien aufgeteilt, gegliedert in die jeweiligen inhaltlichen Kategorien. Die genauen Definitionen und Entwicklungen der formalen und inhaltlichen Kategorien sind dem Methodenteil zu entnehmen.

Im ersten Schritt wurden die Beiträge der formalen Kategorien „Aufsatz“, „Fachartikel“, „Kasuistik“ und „Studie“, „Bericht“ und „Erwiderung, Diskussionsbeitrag“ den verschiedenen neuro-psychiatrischen Subdisziplinen zugeordnet. Die Beiträge, die Schnittstellen aufwiesen, wurden der inhaltlichen Kategorie „Psychiatrie“ zugeordnet. Somit konnte der Anteil ermittelt werden, den das jeweilige Fach im Rahmen der Diskussion für sich beanspruchte.

¹¹⁶ Kugelstadt (2010).

¹¹⁷ Steinberg (2016b), S. 197.

¹¹⁸ Mayring (2007).

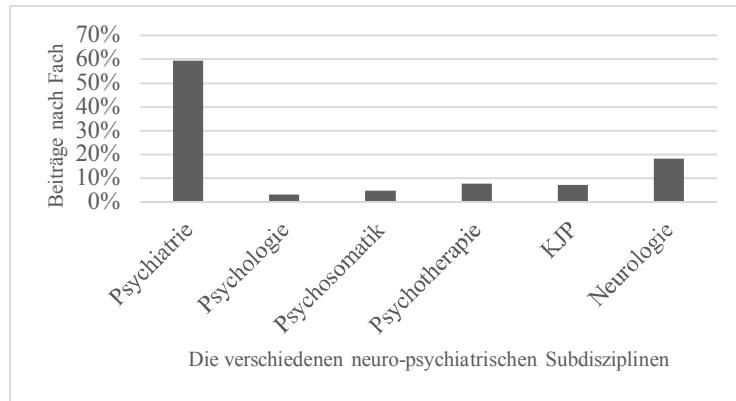


Abbildung 1: Prozentualer Anteil der Beiträge der jeweiligen neuro-psychiatrischen Subdisziplin in der Zeitschrift *DDG*

Aus *Abbildung 2* ist zu entnehmen, dass über die verschiedenen neuro-psychiatrischen Subdisziplinen über die Zeit des Bestehens der DDR relativ konstant berichtet wurde. Lediglich zwei Ausnahmen sind feststellbar: Im Fach Neurologie wurden im Zeitraum 1946 bis Ende der 1950er Jahre im Vergleich zum restlichen Untersuchungszeitraum gehäuft Beiträge in der *DDG* publiziert. Zudem ist beim Themenkomplex „Psychotherapie“ kurz vor der „Wende“ ein Höhepunkt feststellbar. Mögliche Gründe hierfür könnten das veränderte politische Klima zu Beginn der 1980er Jahre sein, in dem Psychotherapeuten aus der DDR ohne offizielle Genehmigung Kontakte zu westlichen Wissenschaftlern knüpften und sich somit zunehmend von der staatlichen Repression emanzipierten.¹¹⁹

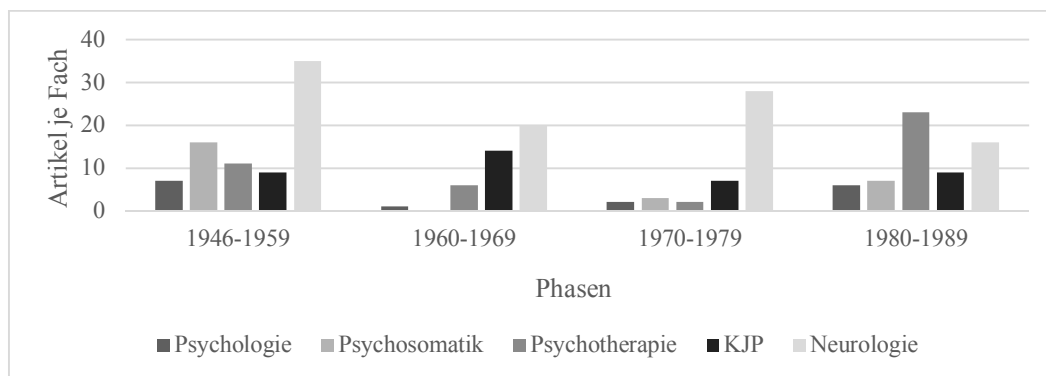


Abbildung 2: Anzahl der in der Zeitschrift *DDG* erschienenen Artikel der verschiedenen neuro-psychiatrischen Subdisziplinen in ihrem zeitlichen Verlauf

¹¹⁹ Geyer (2011), S. 459 f.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse gilt es zu beachten, dass es zu Verzerrungen kommen kann, da die Fächer für die Zeit des Bestehens der DDR formal nicht getrennt waren.¹²⁰ Die Kongresse, über die in der *DDG* berichtet wurden, richteten sich ebenfalls an die Vertreter der unterschiedlichen Subdisziplinen. Möglicherweise hatte die Zusammensetzung der jeweiligen Schriftleitung, die die verschiedenen Schwerpunkte unterschiedlich gewichtete, Auswirkungen auf die Zusammensetzung der publizierten Artikel. Bei der Zuteilung der inhaltlichen Kategorien zu den jeweiligen formalen Kategorien, die den zweiten Schritt umfasste, sind einige Besonderheiten zu berücksichtigen: Die inhaltlichen Kategorien „Psychiatrie“, „Psychologie“, „Psychosomatik“ sowie „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ (KJP) wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit zusammengefasst. In der formalen Kategorie „Berichte“ kam es außerdem zu Überschneidungen zwischen den Fächern Psychiatrie und Neurologie. Die Beiträge wurden in diesem Fall nur in der inhaltlichen Kategorie „Psychiatrie“ gewertet. Vorträge, die im Rahmen einer Veranstaltung gehalten und die in voller Länge in der *DDG* veröffentlicht wurden, sind der jeweiligen formalen Kategorie zugeordnet. Manche Beiträge konnten aufgrund ihrer Aufmachung den beiden formalen Subkategorien „Studie“ und „Kasuistik“ zugeordnet werden. War dies der Fall, wurde der Beitrag als „Studie“ gewertet. Ebenfalls wurden Promotionen der formalen Kategorie „Studie“ zugeordnet.

Die Analyse der Kategorien exponierte, wie sich die verschiedenen Beiträge auf die jeweiligen formalen und inhaltlichen Kategorien schwerpunktmäßig verteilten. Im Rahmen der inhaltlichen Kategorie „Psychiatrie“, inklusive der dazugehörigen Subdisziplinen, nimmt die formale Kategorie „Buchbesprechung“ mit 27% (n=295) die erste Stelle ein, gefolgt von der Kategorie „Bericht“ mit 18% (n=195). Weitere verhältnismäßig bedeutende Kategorien sind „Referat“ mit 15% (n=159) und „Studie“ mit 13% (n=136).

In Bezug auf das Fach „Neurologie“ steht die formale Kategorie „Referat“ mit 53% (n=173) an erster Stelle, gefolgt von der Kategorie „Buchbesprechung“ mit 13% (n=44) und „Studie“ mit 12% (n=40).

¹²⁰ Bach (1992), S. 28.

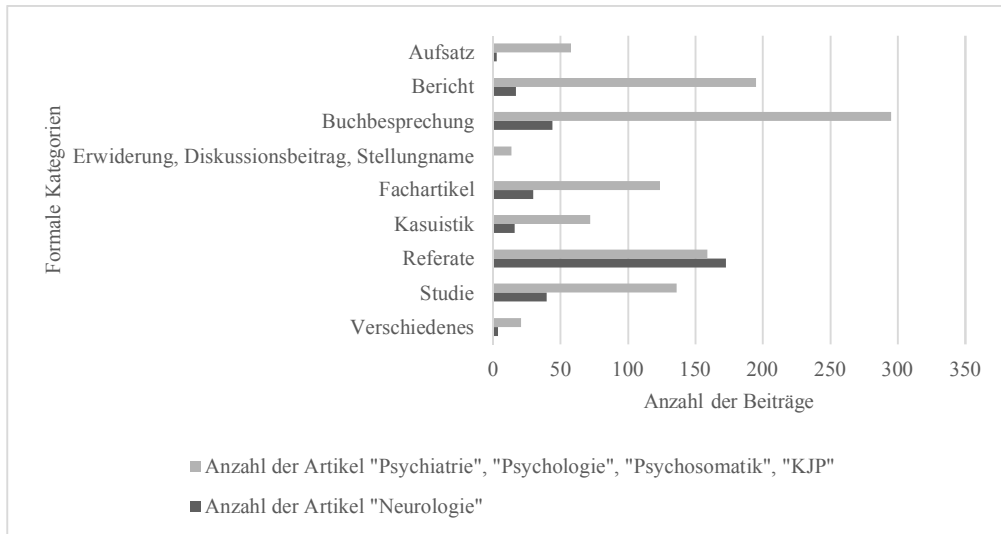


Abbildung 3: Absoluter Anteil der Beiträge zum Themenkomplex „Psychiatrie-Neurologie“ in der Zeitschrift *DDG* im Zeitraum 1946-1989

Abbildung 4 zeigt die Aufteilung der Kategorie „Verschiedenes“ in die jeweilige formale Subkategorie.

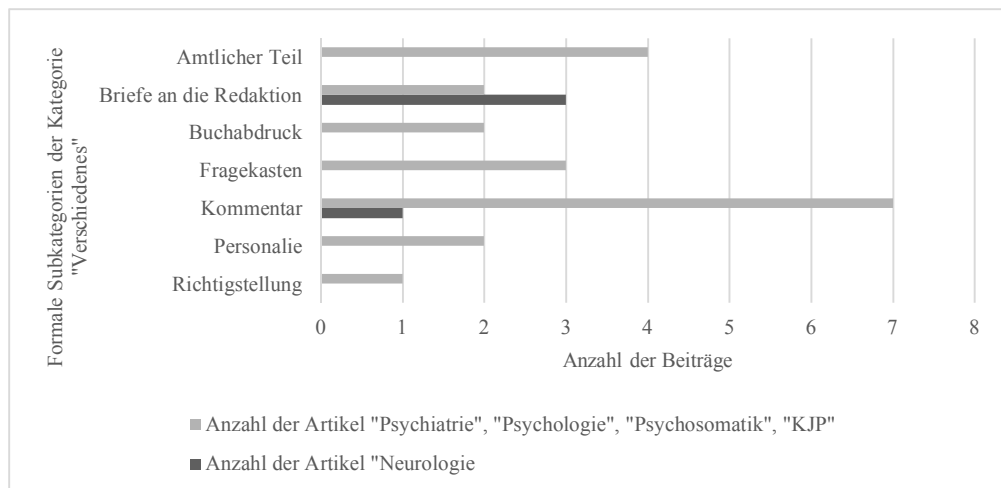


Abbildung 4: Formale Subkategorien der Kategorie "Verschiedenes" der Zeitschrift *DDG*, 1946-1989

2.2 Inhaltliche Analyse

Ausgehend von der formalen Analyse wurden in einem dritten Schritt die Beiträge der formalen Kategorien „Aufsatz“, „Bericht“, „Erwiderung“, „Fachartikel“, „Kasuistik“ sowie „Studie“ nach verschiedenen Themenkomplexen inhaltlich ausgewertet. Es konnte gezeigt werden, dass sich der Verlauf der Debatte in unterschiedliche Phasen einteilen lässt, die jeweils von verschiedenen Diskussionsschwerpunkten geprägt waren. Im Folgenden werden einige wesentliche und prägnante Verläufe graphisch dargestellt, die die

Grundlage für die Darstellung des Diskussionsverlaufs in der vorliegenden Arbeit bildeten. Dabei handelt es sich zugleich um diejenigen Themenschwerpunkte, bei denen sich herauskristallisierte, dass diese in der *DDG* für die Zeit des Bestehens der DDR von den Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie am intensivsten und ausführlichsten diskutiert wurden.

In der ersten Phase, die zeitlich die Nachkriegszeit bis zum Jahr 1959 abdeckt, beleuchteten die Psychiater und Neurologen vornehmlich die Aufarbeitung der Geschehnisse der NS-Psychiatrie sowie die Auswirkungen des Zweiten Weltkriegs auf den Zustand der Psychiatrien. Dies wird in *Abbildung 5* dargestellt. Dort ist im Jahr 1948 ein Höhepunkt in der Diskussion über die NS-Psychiatrie wahrnehmbar. Dies wirft die Frage auf, welche Erklärungsansätze von den Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie herangezogen wurden, um zu ergründen, wie es zu den Verbrechen kommen konnte, die Teile der Ärzteschaft an den Patienten in den Psychiatrien während der NS-Zeit begangen hatten, und wie sie sich zum „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“¹²¹ (GzVeN) positionierten. Nach Kriegsende verfolgte die SED-Führung das Ziel, radikal mit der NS-Vergangenheit zu brechen.¹²² In den darauffolgenden Jahrzehnten flachte die Diskussion zwar merklich ab, hörte jedoch nie ganz auf.

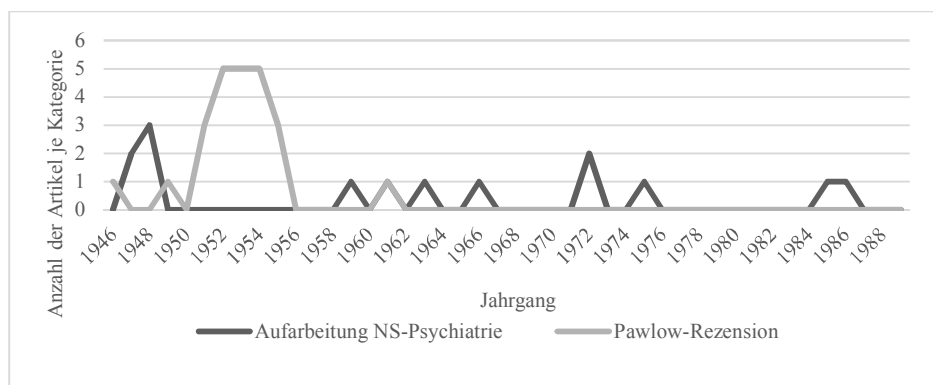


Abbildung 5: Anzahl der Artikel in der Zeitschrift *DDG*, 1946-1989

Ein weiterer Themenkomplex, der die Debatte der 1950er Jahre prägte, war die Diskussion über die Lehre des russischen Mediziners und Physiologen Iwan Petrowitch Pawlow.

¹²¹ Beddies/Hübener (2003), S. 85.

¹²² Hölscher (2002), S. 7.

Hinsichtlich des zweiten Schwerpunktes ist zu berücksichtigen, dass die SED-Führung in der DDR in den 1950er Jahren versuchte, die Wissenschaften, analog zur Entwicklung in der Sowjetunion, auf die Lehre Pawlows hin auszurichten.¹²³ Vor diesem Hintergrund ist interessant, inwiefern die Herausgeber der Zeitschrift versuchten, diese Lehre zum wissenschaftlichen Dogma zu erklären, und wie dieses Phänomen seitens der Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie aufgenommen und diskutiert wurde.

In Bezug auf das Fach Psychologie sind in *Abbildung 6* drei Höhepunkte in der Diskussion auszumachen. Die Psychiater und Psychologen rangen in den 1950er und 1970er Jahren in der *DDG* vor allem damit, wo die Grenze zwischen den Tätigkeiten der jeweiligen Berufsgruppen gezogen werden sollte, wie die jeweiligen Aufgaben und Kompetenzen definiert werden sollten und wie eine mögliche Zusammenarbeit aussehen könnte. Dazu wurde die Arbeitsweise im Fach Psychologie erläutert, die sich in Bezug auf die Methodik an den Naturwissenschaften orientieren sollte.¹²⁴ Kurz vor der „Wende“ diskutierten Psychiater und Neurologen Fragen der Interdisziplinarität und des Dualismus in der Medizin und überlegten, ob es gelungen sei, in der Behandlung der psychiatrisch erkrankten Patienten den psychischen und somatischen Anteilen gleichermaßen gerecht zu werden.¹²⁵ Zusätzlich war eine zunehmende Öffnung und Emanzipation von der staatlichen Repression erkennbar. So wurde in der *Zeitschrift für klinische Medizin (zkm)* der Tagungsbericht eines Treffens von Psychologen aus verschiedenen gesellschaftlichen Systemen, unter anderem aus Schweden und Berlin (West), veröffentlicht.¹²⁶

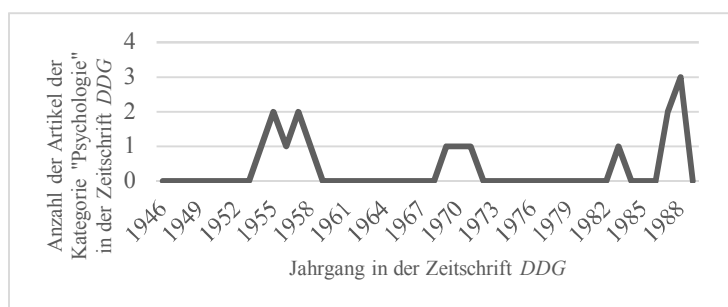


Abbildung 6: Anzahl der Artikel der Kategorie "Psychologie" in der Zeitschrift *DDG* in ihrem zeitlichen Verlauf

¹²³ Rütting (2002), S. 17.

¹²⁴ Billenkamp (1954), S. 663.

¹²⁵ Geyer (1989), S. 2181.

¹²⁶ Zimmermann (1988).

Der Diskussionsverlauf in Bezug auf das Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) in der *DDG* ist durch eine wechselnde Intensität sowie durch einen Höhepunkt in den 1960er Jahren gekennzeichnet. Dies wird in *Abbildung 7* ersichtlich. Die Kinder- und Jugendpsychiater behandelten über die Jahrzehnte hinweg zahlreiche Krankheitsbilder und Störungen, an denen Kinder und Jugendliche zu jener Zeit psychiatrisch erkrankten. Am meisten beschäftigten sie sich mit der Diagnose Intelligenzminderung.¹²⁷ Nach Kriegsende diskutierten Kinder- und Jugendpsychiater vornehmlich die Fragen, wie mit kriminell auffälligen Jugendlichen umgegangen¹²⁸ und wie die Versorgung von Kindern, die in Krippen und Heimen untergebracht wurden, gestaltet werden könnte.¹²⁹ Außerdem beschäftigten sie sich mit schwer erziehbaren Kindern¹³⁰ sowie mit Kindern, die unter Nervosität litten.¹³¹

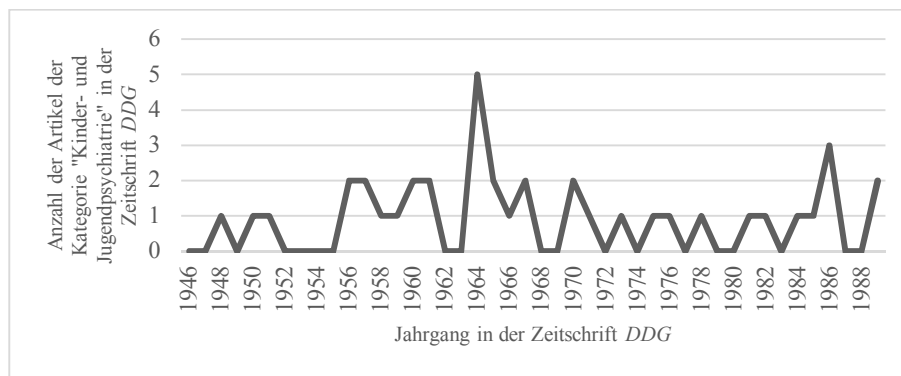


Abbildung 7: Anzahl der Artikel der Kategorie "Kinder- und Jugendpsychiatrie" in der Zeitschrift *DDG* in ihrem zeitlichen Verlauf

Der Umgang mit und die Wahrnehmung von Kindern und Jugendlichen durch die Psychiater wandelten sich im Laufe der Zeit. Dies lässt sich anhand der Suche nach wertneutralen Bezeichnungen von Diagnosen festmachen.¹³² In den 1960er Jahren setzen sich die Psychiater vorrangig mit der Frage der Kompetenzgrenzen in der Kinderpsychiatrie auseinander.¹³³ In diesem Zusammenhang wurde vor allem beleuchtet, inwiefern Psychiater Einfluss auf die Erziehung der Kinder nehmen durften oder sollten.¹³⁴

¹²⁷ Schmitz/Grossmann (1961). Vgl. Jun, G. (1970).

¹²⁸ Donalies (1951). Vgl. Lindenberg, W. (1948).

¹²⁹ Stumpf (1956), S. 452.

¹³⁰ Destunis (1957).

¹³¹ Destunis (1958).

¹³² Jun (1970), S. 1468.

¹³³ Anstock (1965).

¹³⁴ Dummer (1963), S. 1919.

Ein weiterer Themenkomplex, dem sich die Psychiater mit wechselnder Intensität widmeten, war die Weiterentwicklung der Psychopharmaka.

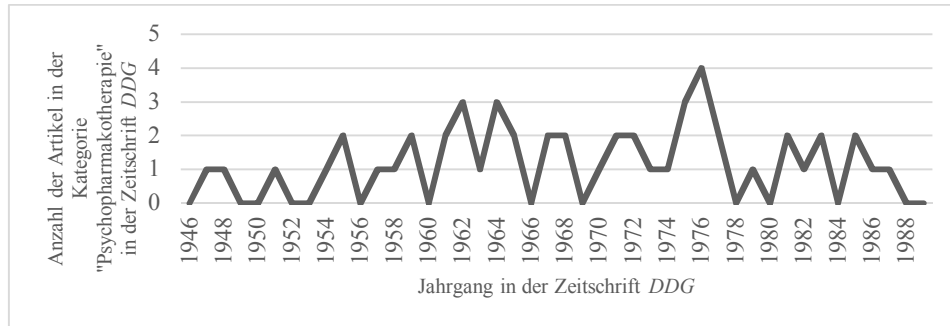


Abbildung 8: Anzahl der Artikel der Kategorie "Psychopharmakotherapie" in der Zeitschrift DDG in ihrem zeitlichen Verlauf

In den 1960er Jahre stand in der DDR auf dem Gebiet der Psychiatrie die Entwicklung des sozialpsychiatrischen Ansatzes im Vordergrund. In *Abbildung 9* sind zwei Höhepunkte in der Debatte feststellbar: Der erste Höhepunkt fällt zeitlich mit den Reformbestrebungen der Psychiater zusammen. Die Bemühungen um eine Reform der Psychiatrie mündeten in der im Mai 1963 stattfindenden Tagung in Rodewisch im Vogtland.¹³⁵ Ein richtungsweisendes Ergebnis war die Formulierung der zehn Rodewischer Thesen, die eine Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungspraxis anstoßen sollten.¹³⁶

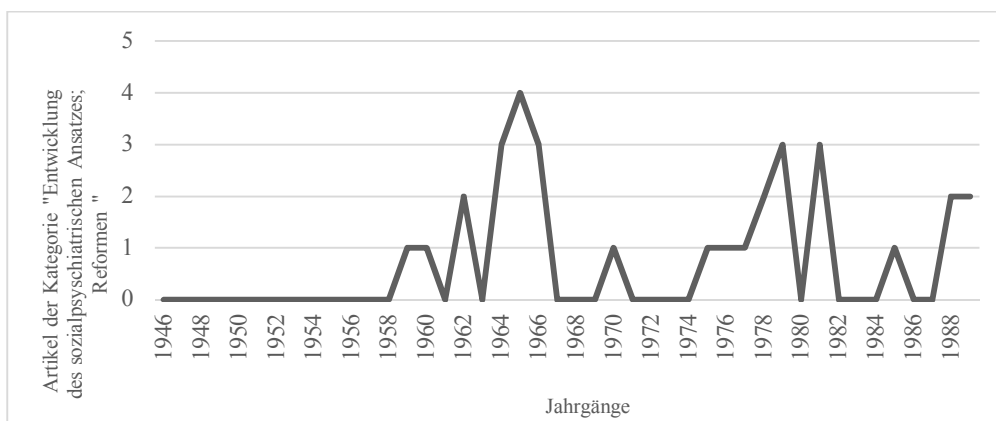


Abbildung 9: Anzahl der Artikel der Kategorie "Entwicklung des sozialpsychiatrischen Ansatzes in der Psychiatrie; Reformen" in der Zeitschrift DDG in ihrem zeitlichen Verlauf

¹³⁵ Steinberg (2014), S. 73.

¹³⁶ Schulz (2003), S. 92.

Der zweite Höhepunkt ist Ende der 1970er Jahre zu verzeichnen. Nachdem sich die erhofften Verbesserungen nicht einstellten, wurden im Jahr 1974 die „Brandenburger Thesen“ zur therapeutischen Gemeinschaft in der Bezirksnervenklinik Brandenburg aufgestellt. Hierbei handelte es sich um Verbesserungsvorschläge zu den therapeutischen Rahmenbedingungen.¹³⁷

Ein weiterer Schwerpunkt wird durch die Debatte über den Umgang mit der Suizidproblematik gesetzt. Anhand *Abbildung 10* wird ersichtlich, dass das Thema zu verschiedenen Zeitpunkten unterschiedlich stark diskutiert wurde.

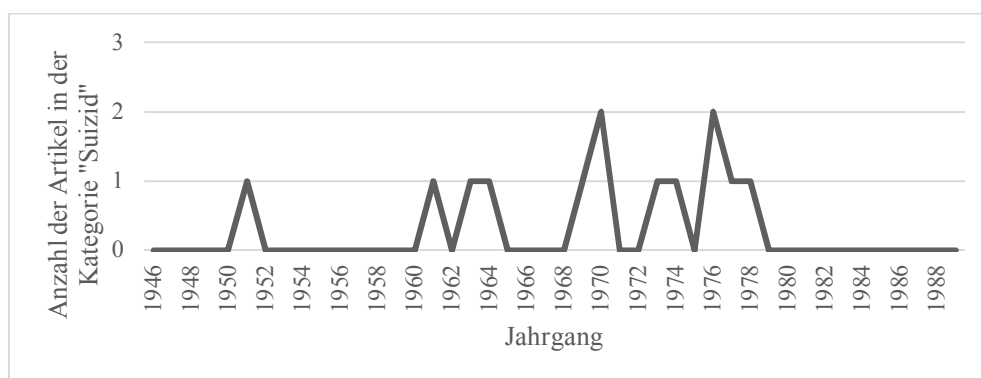


Abbildung 10: Anzahl der Artikel der Kategorie „Suizid“ in der Zeitschrift *DDG* in ihrem zeitlichen Verlauf.

Die Beschränkungen im Umgang mit der Suizidthematik wurden während des Bestehens der DDR mehrmals verschärft oder gelockert.¹³⁸ Dieser Verlauf ist auch in der Auswertung der Artikel wahrnehmbar. Die Mehrzahl der Artikel zu diesem Themenkomplex wurde in den 1970er Jahren publiziert. In den 1980er Jahren hingegen erschien kein einziger Artikel zu dem Thema, was auf die Tatsache zurückgeführt werden kann, dass die SED-Führung die Tabuisierung verschärfte und eine restriktivere Publikationspraxis verfolgte.¹³⁹

¹³⁷ Rose (2005), S. 165 f.

¹³⁸ Grashoff (2010), S. 168.

¹³⁹ Grashoff (2010), S. 170.

3 Ergebnisse der qualitativen Analyse

3.1 Erste Phase: 1946–1959 – Aufarbeitung der NS-Zeit und Neuausrichtung des Wissenschaftsverständnisses

3.1.1 Strukturelle Entwicklungen der DDR-Psychiatrie

1948 verließ die Sowjetunion aufgrund von Spannungen mit den westlichen Besatzungsmächten den Alliierten Kontrollrat, was mit einem Umbau der deutschen Verwaltung in der SBZ einherging: Zentralistische Strukturen nach „sowjetischem Muster“ wurden implementiert, anstatt einer „föderal aufgebaute[n] Verwaltung“¹⁴⁰ wie in den westlichen Besatzungszonen.¹⁴¹

Die Deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen (DZVG) wurde der Deutschen Wirtschaftskommission (DWK) als Hauptverwaltung Gesundheitswesen unterstellt, die mit der Gründung der DDR am 7. Oktober 1949 in ein Ministerium umgewandelt wurde.¹⁴² 1950 entstand schließlich das Ministerium für Gesundheitswesen (MfG) der DDR.¹⁴³ Die psychiatrischen Landesanstalten wurden um 1950 von der Verstaatlichung des Gesundheitswesens erfasst, in Fach- oder Bezirkskrankenhäuser für Psychiatrie umgewidmet und einem der neu definierten Territorien (ab 1952 vierzehn DDR-Bezirke und Ostberlin) zugeordnet.¹⁴⁴ Die Umstrukturierungen kamen vor allem einer Übergabe der Landesanstalten an die Landkreise, in denen sie lagen, gleich.¹⁴⁵ Es fanden Kürzungen der Finanzmittel statt, mit folgenschweren Konsequenzen für Personal und Patient.¹⁴⁶ Die Psychiater bemängelten darüber hinaus die öffentliche Wahrnehmung als alleinige Verwahranstalten und die Benachteiligung gegenüber anderen medizinischen Fächern.¹⁴⁷ Darüber hinaus setzte die SED der Selbstorganisation der Ärzteschaft enge Grenzen. Alle zuvor errichteten Organisationsformen, mit Ausnahme der Medizinisch-

¹⁴⁰ Rose (2005), S. 63.

¹⁴¹ Keiderling (1998), S. 42–46.

¹⁴² Rose (2005), S. 63.

¹⁴³ Ebenda. Zitiert nach Helga A. Welsh, Deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen (DZVG), in: Boszat/Weber, SBZ Handbuch, S. 244, S. 248.

¹⁴⁴ Steinberg (2016b), S. 197.

¹⁴⁵ Hanrath (2002), S. 356.

¹⁴⁶ Rose (2005), S. 66.

¹⁴⁷ Vgl. Brink (2010), S. 363.; Hanrath S. 52. Die Benachteiligungen gegenüber anderen medizinischen Fächern lassen sich beispielsweise an geringeren Verpflegungssätzen für Psychiatriepatienten zeigen.

Wissenschaftlichen Gesellschaften, wurden aufgelöst. Die ZVGes unterstützte die Gründung dieser Gesellschaften in der Absicht, einen wissenschaftlichen Erfahrungsaustausch zu fördern und Weiterbildungsmöglichkeiten zu schaffen, die wiederum seitens der Ärzte genutzt wurden, um staatliche Restriktionen zu unterlaufen und um sich somit Freiräume zu ermöglichen.¹⁴⁸ Der punktuelle Austausch mit Psychiatern aus Westdeutschland setzte dabei zu keinem Zeitpunkt vollständig aus.¹⁴⁹

Die SMAD genehmigte bis 1949 einen „berufsmäßige[n] Zusammenschluss“¹⁵⁰, der die wirtschaftlichen Interessen der Ärzte vertreten sollte, allerdings unter der Bedingung der Unterstellung unter den Freien Deutschen Gewerkschaftsbund (FDGB). 1949 wurden die Ärzte schließlich mit den restlichen Heilberufen in die Gewerkschaft Gesundheitswesen in den zentralistisch organisierten FDGB eingegliedert, da Konflikte mit den Ärzten in der DDR zunahm. Insgesamt war ein Großteil der Ärzte – 1960 waren es 75 Prozent – Mitglied im FDGB, was jedoch eher auf die damit verbundenen Vorteile zurückzuführen ist und nicht auf die Wahrnehmung des FDGB als Berufsvertretung.¹⁵¹

Im Fachbereich Psychiatrie herrschte bereits seit den 1930er Jahren Nachwuchsmangel, da es den Leitern nicht gelang, junge Ärzte für ihr Fach zu begeistern.¹⁵² Erschwerend kam hinzu, dass Neuropsychiatern sich zu Beginn der Etablierung der DDR noch relativ problemlos eine neue Existenz in Westdeutschland aufbauen konnten.¹⁵³

Im Zuge der Verstaatlichung waren für die ambulante Versorgung nun Polikliniken und Ambulatorien auf lokaler und betrieblicher Ebene verantwortlich.¹⁵⁴ Folglich ging die Anzahl ambulant tätiger Ärzte massiv zurück. Anna-Sabine Ernst zufolge wäre bei dieser Form von Gesundheitspolitik der SED „mit ihren starken Verstaatlichungstendenzen [...] eine massive De-Professionalisierung zu erwarten gewesen.“¹⁵⁵ In ihren Untersuchungen stellte sie hingegen fest, dass unter den „sozialistischen Umweltbedingungen“ eine auffallende „Milieukontinuität der Ärzteschaft“ zu beobachten war. Im Gegensatz zu der NS-Zeit bemühten sich die meisten Ärzte trotz vieler Sonderrechte eine gewisse Distanz

¹⁴⁸ Ernst (1996), S. 29 f.

¹⁴⁹ Schulz (2003), S. 89.

¹⁵⁰ Ernst (1996), S. 33 f.

¹⁵¹ Ebenda, S. 34. Vorteilhaft war es z.B. Ferien- und Krippenplätze zu erhalten.

¹⁵² Brink (2010), S. 364.

¹⁵³ Rose (2005), S. 92.

¹⁵⁴ Ernst (1996), S. 27.

¹⁵⁵ Bessel/Jessen (1996), S. 17. Dort auch die folgenden Zitate.

zum Regime zu wahren.¹⁵⁶ Seitens der Führungsebene der DDR war das Verhältnis zur Ärzteschaft gespalten, da diese unter „politischem Generalverdacht“¹⁵⁷ stand, gleichzeitig für den Wiederaufbau aber unbedingt erforderlich war.

3.1.2 Der Umgang mit dem geschichtlichen Erbe der NS-Psychiatrie

In der Nachkriegszeit waren die Psychiatrien erstens mit der Herausforderung einer Analyse der Situation sowie zweitens mit dem Aufbau eines funktionierenden Betriebes konfrontiert.¹⁵⁸ Das schwere Erbe der NS-Diktatur in den Psychiatrien beruhte zum einen auf dem GzVeN, das am 14. Juli 1933 verabschiedet worden war und am 1. Januar 1934 in Kraft trat.¹⁵⁹ Auf Grundlage dieses Gesetzes wurden insgesamt 350.000 bis 400.000 Menschen zwangssterilisiert, die unter anderem an „angeborenem Schwachsinn, Schizophrenie, zirkulärem (manisch-depressivem) Irresein, erblicher Fallsucht [und an] erblichem Veitstanz“¹⁶⁰ litten.

Zum anderen war die „Euthanasie-Ermächtigung Hitlers“¹⁶¹, die auf den 1. September 1939 zurückdatiert wurde, ausschlaggebend für die Aktion „T4“¹⁶². Das Kürzel „T4“ steht für Tiergartenstraße 4 in Berlin, Sitz der Zentralen Dienststelle zur Organisation der Krankenmorde.¹⁶³ Im Rahmen dieser „Euthanasie-Aktion“ wurden insgesamt 70.273 Patienten in sechs verschiedenen Gasmordanstalten systematisch ermordet und die Angehörigen im Hinblick auf die Umstände getäuscht.¹⁶⁴

Selbst nach dem offiziellen Ende der „Aktion“ im August 1941 starben weitere Patienten auf Grund von „Vernachlässigung, systematischen Nahrungsmittelentzug oder durch eine Überdosis Beruhigungsmittel“¹⁶⁵. Die Verantwortung hierfür trugen Akteure in „lokaler und regionaler Verantwortung“¹⁶⁶. Insgesamt betrachtet handelte es sich bei den Geschehnissen um eine zentral organisierte und geplante Vernichtungsaktion.¹⁶⁷

¹⁵⁶ Ernst (1996), S. 26.

¹⁵⁷ Ebenda, S. 27.

¹⁵⁸ Schulz (2003), S. 90.

¹⁵⁹ Beddies/Hübener (2003), S. 85.

¹⁶⁰ Ebenda, S. 85-88.

¹⁶¹ Klee (1985), S. 85.

¹⁶² Falk/Hauer (2007), S. 106.

¹⁶³ Eckart et al. (2010), S. 13.

¹⁶⁴ Ebenda, S. 14.

¹⁶⁵ Rose (2005), S. 27.

¹⁶⁶ Ebenda, S. 27.

¹⁶⁷ Siemen (1987), S. 167.

Um sich von den Geschehnissen zu distanzieren, gab es nach Kriegsende in der SBZ Bestrebungen, einen besonders radikalen Bruch mit den NS-Verbrechen herbeizuführen. Die Politik der Entnazifizierung diente als „zentrales Instrument der SED-Führung zur ideologischen Rechtfertigung ihres Machtmonopols sowie ihrer gesellschaftspolitischen Grundsatzentscheidungen“¹⁶⁸. Im Vergleich zu den Westzonen wurde der Prozess der Entnazifizierung in der SBZ konsequenter und entschiedener umgesetzt.¹⁶⁹

Die SMAD verfolgte das Ziel, neben der personellen Entnazifizierung im Gesundheitswesen auch eine „ideologische Säuberung“¹⁷⁰ der medizinischen Wissenschaft durchzuführen. Ersteres geschah teilweise „unter der Regie spontan gebildeter antifaschistischer Ausschüsse“¹⁷¹. In der Frühphase der Entnazifizierung herrschte aufgrund von Kündigungen, begründet mit der Mitgliedschaft in der Nationalsozialistischen Deutschen Arbeiterpartei (NSDAP)¹⁷², vorübergehend Ärztemangel, der sich jedoch bald relativierte. Bis auf die exponierten Funktionsträger im T4-Apparat und das Personal der Tötungszentren arbeiteten bald wieder jene Ärzte und Krankenpfleger, die mehr oder weniger aktiv an den Krankenmorden beteiligt waren, im Klinikbetrieb.¹⁷³ Es ist davon auszugehen, dass diejenigen Mitarbeiter der Institutionen, die mit der Psychiatrie während der NS-Zeit beschäftigt waren, die mittels der Vernichtungsaktion verfolgten Ziele kannten.¹⁷⁴ Aufgrund von „Verschleierungstaktik[en], die die kriminellen Aktivitäten der NS-Psychiatrie stets begleitete[n]“¹⁷⁵, war es in vielen Fällen nicht möglich, den Grad der Beteiligung der Ärzte festzustellen. Zusätzlich führte die Befürchtung, wichtige Stellen würden unbesetzt bleiben, zu einer oberflächlichen Vorgehensweise bei den „Säuberungskampagnen“¹⁷⁶. Im Rahmen der Säuberung auf ideologischer Ebene hob die SMAD mit dem Befehl Nr. 6 das GzVeN am 8. Januar 1946 auf.¹⁷⁷ Im Gegensatz zur britischen Zone wurde das GzVeN in der SBZ als „nationalsozialistisches Unrechtsgesetz“¹⁷⁸ ein-

¹⁶⁸ Hölscher (2002), S. 7.

¹⁶⁹ Vollnhals (1991), S. 43.

¹⁷⁰ Hanrath (2002), S. 202.

¹⁷¹ Rose (2005), S. 44.

¹⁷² Ebenda, S. 44.

¹⁷³ Brink (2010), S. 365.

¹⁷⁴ Siemen (1987), S. 175.

¹⁷⁵ Rose (2005), S. 46.

¹⁷⁶ Ebenda, S. 57.

¹⁷⁷ Hanrath (2002), S. 202.

¹⁷⁸ Ebenda, S. 203.

gestuft und das verfolgte Ziel der Eugenik als Phänomen eindeutig den Nationalsozialisten zugeschrieben. Die Sichtweise der SMAD wird verständlich, wenn man in Betracht zieht, dass es in der Sowjetunion keine Sterilisationsgesetzgebung gab und die Humangenetik nicht auf rassenhygienisch-eugenischen Theorien fußte, wie es in den westeuropäischen Ländern und in Nordamerika der Fall war.¹⁷⁹ Jedoch wollte man in der SBZ die Abwanderung der Mediziner in den Westen und die daraus resultierende Verstärkung des Ärztemangels verhindern und verfolgte daher nur Sterilisationseingriffe, die auf Grundlage von politischen oder „rassistischen“ Gründen vorgenommen worden waren.¹⁸⁰

So distanzierte sich die SMAD zwar von dem politischen Missbrauch des Gesetzes, stellte hingegen die wissenschaftliche Legitimation nicht mehr in Frage. Im Umgang mit den Opfern der Zwangssterilisation wurde ähnlich verfahren wie in den westlichen Besatzungszonen.¹⁸¹ Das Schicksal der Zwangssterilisierten wurde grundsätzlich nicht anerkannt, da man dies „nicht als Ausdruck spezifisch nationalsozialistischen Unrechts“¹⁸² ansah und selbst bei expliziten Nazigegegnern die in der NS-Zeit geprägten Vorurteile teilweise fortbestanden.¹⁸³

Der Widerspruch, dem Selbstverständnis nach ein antifaschistischer Staat zu sein und zugleich eine lebendige öffentliche Diskussion in Bezug auf die Aufarbeitung der Schuldfrage innerhalb der eigenen Gesellschaft zu vermeiden, wird anhand der Aussprache zwischen der DDR-Staatsicherheit und dem stellvertretenden Gesundheitsminister Ludwig Mecklinger (1919-1994) offenbar, die 1969 in Ost-Berlin stattfand.¹⁸⁴ Inhalt der Aussprache war der Umgang mit einer Namensliste von Ärzten, die während der NS-Zeit „erbbiologisch“ begründete Sterilisationen durchgeführt hatten.¹⁸⁵ Die in der BStU-Unterlage dokumentierte Diskussion zeigt auf, dass moralische und berufsethische Fragen hinter gesellschaftspolitischen Zielen zurückstanden.¹⁸⁶ Das Misstrauen in der Bevölkerung gegen die Psychiatrie, das auf Grund des Umgangs der Nationalsozialisten mit den psychisch kranken Menschen entstanden war, löste sich nicht, wie anfangs erhofft, mit dem Aufbau der sozialistischen Psychiatrie auf, sondern bestand über einen längeren Zeitraum

¹⁷⁹ Hanrath (2002), S. 203.

¹⁸⁰ Tümmers (2011), S. 47.

¹⁸¹ Hanrath (2002), S. 206.

¹⁸² Hölscher (2002), S. 227.

¹⁸³ Ebenda, S. 227.

¹⁸⁴ Erices (2015), S. 165. Zitiert nach BStU, MfS, HA XX, Nr. 527

¹⁸⁵ Ebenda, S. 165.

¹⁸⁶ Ebenda, S. 169.

fort.¹⁸⁷ Das Thema ist in der Geschichtsschreibung der Psychiatrie in der DDR nicht ausreichend aufgearbeitet worden.¹⁸⁸ Vielmehr wurde es tabuisiert und, wie offiziell vorgeschrieben, „in der Art einer Schlußstrich-Legende“¹⁸⁹ verherrlicht. Viele Jahre später schließlich „ächtete“ der Deutsche Bundestag im Januar 1988 das GzVeN offiziell.¹⁹⁰

In der *DDG* wurden Berichte über Tagungen von Psychiatern und Neurologen, die in der SBZ und später in der DDR stattfanden, veröffentlicht. Anhand dieser Beiträge offenbarte sich, wie sich die Ärzte in der damaligen Zeit öffentlich zu den Verbrechen, die unter den Nationalsozialisten verübt wurden, positionierten und wie sich das ärztliche Selbstverständnis im Laufe der Zeit wandelte.

In einem Bericht über die erste Nachkriegstagung der Psychiater, die am 22. und 23. November 1947 stattfand und an der 85 Psychiater und Neurologen aus der SBZ teilnahmen, wurde der Redebeitrag des Präsidenten Dr. Konitzer zusammengefasst. Dieser wies auf die „zurückliegende verbrecherische Tätigkeit der Faschisten auf dem Gebiete der Psychiatrie“¹⁹¹ hin und forderte die Kollegen dazu auf, „bekanntwerdendes Material über die biologischen Schädigungen der Sterilisation zu sammeln und der ZV-Gesundheitswesen vorzulegen“. Konitzer distanzierte sich entschlossen von den Verbrechen, die manche seiner ärztlichen Kollegen unter den Nationalsozialisten verübt hatten. Vor dem Hintergrund, dass durch die Aufdeckung und Weitergabe von Materialien über die Schäden, die durch die Sterilisation entstanden sind, eventuell auch ärztliche Kollegen als Täter entlarvt würden, ist dies ein starker Richtungswechsel. Dies ist ein deutlicher Hinweis dafür, dass die Maßnahme, sich von den NS-Verbrechen zu distanzieren, als wichtiger erachtet wurde, als das Narrativ der vermeintlichen Unschuld von betroffenen ärztlichen Kollegen aufrecht zu halten.

¹⁸⁷ Steinberg (2016b), S. 197.

¹⁸⁸ Ebenda, S. 198.

¹⁸⁹ Ebenda, S. 198.

¹⁹⁰ Tümmers (2011), S. 304. Eine vollständige Entschädigung der Zwangssterilisierten im Sinne einer Gleichstellung in Bezug auf den rechtlichen Status der NS-Verfolgten, die unter das Bundesentschädigungsgesetz (BEG) fallen, ist bis heute ausgeblieben. Vgl. Tümmers (2011), S. 326. Dies steht im Widerspruch zu der inzwischen wissenschaftlich unbestrittenen Tatsache, dass durch das GzVeN bestimmte Bevölkerungsgruppen verfolgt und ausgegrenzt worden sind. Die Angehörigen der ermordeten „Euthanasie“-Opfer erhalten bis zum heutigen Tag keine finanzielle Entschädigung. Vgl. Hamm (2010), S. 360 f.

¹⁹¹ Bericht über die Tagung der Psychiater und Neurologen, 22.-23.11.1947 (1947). Dort auch die folgenden Zitate.

Ein Jahr später wurde ein Bericht veröffentlicht über eine Tagung von Psychiatern und Neurologen, ausgerichtet von der ZVGes im Zeitraum vom 27. bis 29. Mai 1948 in Berlin. In diesem Rahmen schlug Nobbe, Direktor der Landesheilanstalten Uchtspringe, folgende Resolution vor, die die Anwesenden laut Bericht mit Beifall aufnahmen:

„Die zur Tagung der Psychiater und Neurologen versammelten deutschen Psychiater und Neurologen geben hiermit kund, daß sie mit aller Entschiedenheit von den nazistischen Methoden der Tötung von Geisteskranken, Schwachen und Gebrechlichen sowie von den Methoden der zwangsweisen Sterilisation abrücken. Sie stellen mit großer Genugtuung fest, daß auf dem Gebiete der Psychiatrie und Neurologie heute der soziale Geist der opferwilligen Hilfe für den Kranken wieder herrscht und allenthalben die Bestrebungen vorhanden sind, die verbrecherische Gesinnung, die die deutsche Psychiatrie in der ganzen Welt diffamiert hat, auszumerzen und an ihrer Stelle humane und von hippokratischen Prinzipien geleitete Behandlungs- und Heilungsmethoden zu errichten und zu suchen.“¹⁹²

Somit distanzierte sich Nobbe, und mit ihm die anwesenden Vertreter der Fächer Psychiatrie und Neurologie, von den Geschehnissen. Darüber hinaus geht aus der Resolution das Streben nach einer Rückbesinnung auf verbindende Werte und Normen hervor, von denen sich die Ärzteschaft von nun an leiten lassen sollte. Dabei wurde auf den antiken Hippokratischen Eid zurückgegriffen, der für viele Ärzte auch heute noch die Verkörperung des Arztethos symbolisiert.¹⁹³

In der *DDG* wurde 1947 die Stellungnahme eines Verfassers aus Westdeutschland, H.W. Schröder, zu den „großen Brutalitäten des Hitler-Regimes“¹⁹⁴, dem GzVeN und der Sterilisationspraxis, abgedruckt. Er distanzierte sich von dem Gesetz, indem er konstatierte, dass „[d]ie Sterilisation [...] eine Vergewaltigung und grobe Beeinträchtigung der Persönlichkeit durch den Staat dar[stellt]“. Er sprach von einer Wiedergutmachungspflicht, die seitens des Staates gegenüber den Betroffenen bestehe. In Bezug auf die Rolle der Ärzteschaft im Nationalsozialismus suchte der Verfasser nach Erklärungsansätzen:

„Das Fehlen einer weltanschaulichen Verankerung machte die Ärzteschaft wie die übrige Intelligenz seinerzeit waffenlos gegenüber der sozialen Krise, der Inflation, der Depression und der Arbeitslosigkeit. Sie wurde allen Einflüssen ausgeliefert. Ihre Instinktlosigkeit und der fehlende innere Widerstand führten zum Erliegen gegenüber der Naziideologie. Die Greuelthaten einer leider nicht kleinen Zahl von

¹⁹² Bericht über die wissenschaftliche Tagung der Psychiater und Neurologen in der sowjetischen Besatzungszone Deutschlands (1948).

¹⁹³ Wiesing (2008), S. 36.

¹⁹⁴ Schröder (1947), S. 113. Dort auch die folgenden Zitate.

Ärzten [...] sind nur die erschütterndste, ins Dämonische ragende Konsequenz.“¹⁹⁵

Die Suche nach Erklärungen, wie sich die Theorien und Ansichten des Nationalsozialismus in der Ärzteschaft verankern konnten, führte der Psychiater Dietfried Müller-Hegemann zwölf Jahre später in der *DDG* fort:

„Die Frage verlangt eine Beantwortung, wie es lange vor Errichtung der faschistischen Diktatur zu solchen Manifestationen brutaler Menschenfeindlichkeit im Kreise anerkannter deutscher Wissenschaftler kommen konnte.“¹⁹⁶

Müller-Hegemann (1910-1989) trat im Alter von 21 Jahren in die Kommunistische Partei Deutschlands (KPD) ein und war, anfangs als Medizinstudent und später als Assistenzarzt, während des Bestehens des Nationalsozialismus, Mitglied einer illegalen KPD Gruppe der Berliner Charité.¹⁹⁷ Von 1936 bis 1943 war er Teil einer Arbeitsgruppe, die sich mit der Psychoanalyse befasste und ihren Sitz am „gleichgeschalteten“ Deutschen Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie in Berlin hatte.¹⁹⁸ Dort führte er eine Lehranalyse bei Harald Schultz-Hencke (1892-1953)¹⁹⁹ durch, die er jedoch im Jahr 1939 unterbrechen musste, da er als Stabsarzt eingezogen wurde. 1945 kam Müller-Hegemann als Kriegsgefangener in ein Lager in der Sowjetunion, wo er ein „Antifa Komitee“²⁰⁰ leitete. Nachdem er 1948 nach Ostberlin zurückgekehrt war, wurde er als Verfolgter des Naziregimes anerkannt.²⁰¹ 1954 erhielt er als Hauptabteilungsleiter Wissenschaft im Ministerium für Gesundheitswesen bedeutenden Einfluss.²⁰² Im Zeitraum 1955 bis 1964 hielt er das Direktorat der Klinik für Neurologie und Psychiatrie der Universität Leipzig inne.²⁰³ Im Rahmen seiner Tätigkeit als Professor für Neurologie und Psychiatrie berücksichtigte er die Umwelt- und Sozialfaktoren bei der Entstehung psychiatrischer Erkrankungen. Aufgrund dieser wissenschaftlichen Grundvorstellung wurde er zu einem bedeutenden Wegbereiter der Sozialpsychiatrie.²⁰⁴ Internationales Aufsehen erlangte

¹⁹⁵ Schröder (1947), S. 114.

¹⁹⁶ Müller-Hegemann (1959b), S. 431.

¹⁹⁷ Bernhardt (2000b), S. 178.

¹⁹⁸ Ebenda, S. 178.

¹⁹⁹ Steinberg (2005), S. 257.

²⁰⁰ Bernhardt (2000b), S. 178.

²⁰¹ Ebenda, S. 178.

²⁰² Steinberg (2005), S. 256.

²⁰³ Ebenda, S. 256-260.

²⁰⁴ Ebenda, S. 257.

Müller-Hegemann durch sein Konzept der „rationalen Psychotherapie“²⁰⁵. Er verlor seinen Lehrstuhl in Leipzig, nachdem ein hoher Ministerialbeamter in seiner Klinik infolge hoher Kaliumbromatdosen im Rahmen der Schlaftherapie starb.²⁰⁶ Im Jahr 1962 wurden aufgrund des Todesfalls staatsanwaltliche Vermittlungen gegen Müller-Hegemann eingeleitet. Es folgte eine Versetzung nach Ostberlin, obwohl das Verfahren eingestellt wurde.²⁰⁷ Seine politische Einstellung bleibt widersprüchlich, da er nach einer Musterkarriere 1971 die DDR verließ und sich nach seiner Tätigkeit als Visiting Professor an der University of Pennsylvania in Essen ansiedelte.²⁰⁸ Anhand seiner Biographie wird ersichtlich, in welchem Spannungsfeld sich Wissenschaftler in einem unfreien System befanden und welche Anstrengungen vermutlich unternommen wurden, um private und öffentliche Auffassungen miteinander in Einklang zu bringen.²⁰⁹ Die Auswertungen von Aktenbeständen sowie von Publikationen zeigen,

„dass der keineswegs angepasste, sondern querköpfige, auf seine ärztlich-wissenschaftliche Freiheit pochende Kommunist im Laufe der Jahre mehr und mehr am bevormundenden, Selbstständigkeit und Kreativität zubetonierenden, uniformierenden System der DDR resignierte.“²¹⁰

Mit insgesamt 21 Beiträgen, die in der *DDG* publiziert wurden, war Müller-Hegemann derjenige Psychiater, der sich am meisten an den Diskussionen beteiligte und dabei zentrale Impulse setzte.

Müller-Hegemann zeichnete 1959 in seinem Artikel „Über den Einfluß der Eugenik auf die deutsche Medizin“²¹¹ in *DDG* die Ideengeschichte der Eugenik nach. Er spannte dabei einen weiten Bogen von Galton, der das Darwinsche Selektionsprinzip auf die menschlichen Verhältnisse übertrug und die Theorie der Eugenik ersann, die „Vision einer Menschengzüchtung im Sinne der Herausbildung biologischer Eliten“²¹², bis zu Plötz, dem Begründer der „Rassenhygiene“²¹³.

²⁰⁵ Steinberg (2005), S. 257.

²⁰⁶ Geyer (2011), S. 144.

²⁰⁷ Scholtz (2013), S. 31 f.

²⁰⁸ Steinberg (2005), S. 257.

²⁰⁹ Steinberg (2016b), S. 199.

²¹⁰ Ebenda, S. 199.

²¹¹ Müller-Hegemann (1959b).

²¹² Eckart (2010), S. 29. Francis Galton (1822-1911) stand als Vetter Charles Darwins stark unter seinem Einfluss.

²¹³ Ebenda, S. 30.

Für Müller-Hegemann war dabei „der zeitliche Zusammenhang zwischen dem Vordringen des Imperialismus und dem Aufkommen des Sozialdarwinismus“²¹⁴ bedeutsam sowie der „deutsche Faschismus [...], für den der Mensch zum biologischen Material, zum Züchtungsprodukt wurde“²¹⁵. Der Gedanke des Verfassers wird gestützt durch die Tatsache, dass sich Zwangssterilisierungen gegen Menschen richteten, „die nicht bruchlos dem kapitalistischen Produktions- und Reproduktionsbereich eingliederbar waren“²¹⁶.

Einzelne Vertreter der Universitäten tendierten zum Konzept der Rassenhygiene, das sich nach dem Ersten Weltkrieg in Form von sozialdarwinistischen Forderungen und einschlägigem radikalem Gedankengut zunehmend im Bürgertum und damit in der Ärzteschaft verankerte.²¹⁷ Müller-Hegemann betont die Gegensätze zwischen Marxismus und Sozialdarwinismus, da

„nach marxistischer Auffassung durch den Sozialismus eine von Wirtschaftskrisen freie Gesellschaftsform geschaffen wird, die eine gleichmäßige Verbesserung der Lebensverhältnisse mit Einschluß der gesundheitlichen Verhältnisse der Menschen zur Folge hat [...] Neben der Vermeidung von Kriegen wird darin die wichtigste Prophylaxe gegen erbliche und nichterbliche Gesundheitsschäden, gegen Degenerationserscheinungen usw. der Menschheit gesehen.“²¹⁸

Anhand dieser Gegenüberstellung wird ersichtlich, dass Müller-Hegemann beabsichtigte, die sozialistische Ideologie und somit den Staatsapparat der DDR öffentlich zu unterstützen. Müller-Hegemann kritisierte öffentlich den Umgang Westdeutschlands mit den Psychiatern, die sich zur Zeit des Nationalsozialismus Verbrechen an Patienten zu Schulden kommen ließen. Er beleuchtete die Art und Weise, wie sich eine führende westdeutsche Zeitschrift, das *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, in Bezug auf den Psychiater Ernst Rüdin²¹⁹, der maßgeblich an Ausarbeitung des GzVeN beteiligt war, positionierten, und bezeichnete den im Jahr 1953 veröffentlichten Nekrolog als „unberechtigte

²¹⁴ Müller-Hegemann (1959b), S. 434.

²¹⁵ Ebenda, S. 436.

²¹⁶ Siemen (2011), S. 67.

²¹⁷ Neumann-Redlin von Meding/Conrad (2013), S. 12.

²¹⁸ Müller-Hegemann (1959b), S. 435.

²¹⁹ Weber (2005), S. 215 f. Ernst Rüdin (1874-1952) plädierte seit 1903 für staatliche Eingriffe in die menschliche Fortpflanzung unter eugenischen Gesichtspunkten. Er war maßgeblich an der Gründung der „Gesellschaft für Rassenhygiene“ 1905 in Berlin beteiligt. Seit 1933 war er als Vorsitzender der „Gesellschaft dt. Neurologen und Psychiater“ einer der exponierten Legitimationsträger der nationalsozialistischen Gesundheits- und Wissenschaftspolitik. Rüdin verfasste im Auftrag der Reichsregierung den amtlichen Kommentar zum GzVeN.

Reinwaschung²²⁰, der „sicher kein Einzelfall im wissenschaftlichen Schrifttum Westdeutschlands“ darstellte.

Müller-Hegemann hinterfragte die in den 1950ern vorherrschende Konzeption kritisch, die seiner Ansicht nach „von der großen Mehrzahl der deutschen Ärzte vertreten“²²¹ wurde, so auch von den bedeutenden Psychiatern Karl Bonhoeffer und Gottfried Ewald. Die damals gängige Auslegung beinhaltete die Ansicht,

„daß die Massentötung von Geisteskranken keinesfalls mit den Sterilisierungen in Auswirkung des [GzVeN] verglichen werden dürften, zumal es in den USA und anderen Ländern ebenfalls gesetzliche Regelungen zur Sterilisierung von bestimmten Gruppen Geisteskranker gäbe. Die ersteren seien von den faschistischen Machthabern inszenierte Verbrechen, die anderen eugenische Maßnahmen, die wissenschaftlich in den Hauptzügen gut begründet gewesen seien, wenn auch die Praxis infolge des Zwangscharakters des Gesetzes vom 14.7.1933 abzulehnen war“²²².

Auf Grundlage dieser Auslegung wurde dem Verfasser zufolge „der Ruf nach einer Wiederbelebung der Eugenik, eventuell auch mit einem neuen Sterilisationsgesetz [...] in beiden Teilen Deutschlands wiederholt laut“²²³. Er wies darauf hin, dass das „Gesetz über den Mutter- und Kinderschutz und über die Rechte der Frau“²²⁴, das am 27. September 1950 von der Volkskammer der DDR verabschiedet wurde und eine Unterbrechung der Schwangerschaft zuließ, „wenn ein Elternteil mit schwerer Erbkrankheit belastet ist“, als „eugenisch orientiert“²²⁵ angesehen wurde. Müller-Hegemann verteidigte die gesetzlichen Regelungen, da es sich seiner Meinung nach „nicht um eugenische Maßnahmen handelt[e], sondern um wissenschaftlich begründete prophylaktische Eingriffe, um in einzelnen Fällen eine unabsehbare Leidenssituation zu vermeiden“²²⁶.

Anhand dieser Aussage wird eine zunehmende Hinwendung zu einer Ethik, die das menschliche Individuum und seine Bedürfnisse in den Mittelpunkt stellt, ersichtlich. Damit einhergehend wandte sich der Psychiater Müller-Hegemann von den kollektiven Zielen ab, die während der Zeit des Nationalsozialismus mittels der Eugenik verfolgt wurden.

²²⁰ Müller-Hegemann (1959b), S. 434. Dort auch das folgende Zitat.

²²¹ Ebenda, S. 429.

²²² Ebenda, S. 429.

²²³ Ebenda, S. 429.

²²⁴ Hoffmann/Schwartz (2005), S. 68-74. Dort auch das folgende Zitat.

²²⁵ Müller-Hegemann (1959b), S. 429.

²²⁶ Ebenda, S. 436.

Die konkreten Auswirkungen der Sterilisationspraxis auf das Vertrauen der Patienten in die Psychiatrie beschrieb Nobbe in der *DDG*. Er sah sich in seiner täglichen Arbeit mit einem „Angstkomplex“²²⁷ konfrontiert. Der Kranke und seine Angehörigen fürchteten, „in der Anstalt einer häufig mangelhaft begründeten Sterilisierung oder gar der Euthanasie unterworfen zu werden“. Er versuchte „zur Beruhigung und Aufklärung bei[zu]tragen“, indem er mittels eines Flugblattes die Arbeit in der Psychiatrie beschrieb. Nobbe reflektierte die Auswirkungen der NS-Verbrechen auf die Patienten-Arzt-Beziehung und stellte eine nachhaltige Störung fest. Er versuchte konstruktiv mit dem Misstrauen der Patienten umzugehen, indem er Aufklärungsarbeit über die Tätigkeiten und Ziele der Institution Psychiatrie betrieb.

Die Öffentlichkeit der DDR war in den frühen 1950er Jahren teilweise der Auffassung, in der Psychiatrie seien Menschen untergebracht, die ohne strafrechtliche Gründe ihrer persönlichen Freiheit beraubt worden waren.²²⁸

3.1.3 Zustand der Psychiatrien nach Kriegsende

Ein weiteres Merkmal der Psychiatrien der SBZ nach Kriegsende waren zahlreiche Herausforderungen: Die Räumlichkeiten befanden sich in einem schlechten Zustand. Durch Bombenangriffe waren zahlreiche Schäden an der Bausubstanz entstanden und die Mitarbeiter mussten sich teilweise mit der Besetzung einiger Gebäude durch die Sowjetunion auseinandersetzen.²²⁹ Vor allem die Kliniken in den Großstädten waren zu einem großen Teil durch die Bombardements zerstört worden. Die Landesanstalten, historisch bedingt vor allem im ländlichen Raum angesiedelt, waren weitestgehend verschont geblieben.²³⁰ Die missliche Lage hatte ihren Ursprung bereits in der Sparpolitik der Weltwirtschaftskrise von 1929, da seitdem kaum finanzielle Unterstützung in die Psychiatrien geflossen war, wodurch Fürsorgeleistungen abnahmen.²³¹ Die Patienten litten darüber hinaus an der Raumnot, an Vergewaltigungen durch die Besatzer, an erbärmlichen hygienischen Ver-

²²⁷ Nobbe (1948), S. 19. Dort auch die folgenden Zitate.

²²⁸ Rose (2005), S. 70.

²²⁹ Falk/Hauer (2007), S. 133 f.

²³⁰ Steinberg (2016b), S. 197.

²³¹ Brink (2010), S. 363.

hältnissen und an der Knappheit von Lebensmitteln und Heizmaterial. Dies bedingte zahlreiche Krankheiten, an denen viele Patienten verstarben.²³² Die Situation verschärfte sich dadurch, dass die Besatzungsmacht und die zivile Bevölkerung, die ebenfalls unter der Mangelsituation litten, Einrichtungsgegenstände, medizinisches Material und Nahrungsvorräte aus den Psychiatrien entwendeten.²³³ Hinzu kam eine benachteiligende Lebensmittelverteilung durch die Behörden.²³⁴ Bei der Reorganisation des Gesundheitswesens nach Kriegsende hatte die Bekämpfung der Seuchen, die Eingrenzung der infektiösen Erkrankungen und die Abschwächung der Folgen der Mangelversorgung oberste Priorität, die Versorgung psychisch Kranker wurde hintenangestellt.²³⁵ Die durchschnittliche Sterberate in den psychiatrischen Anstalten der SBZ betrug 1945 circa 32 Prozent. Die Rate flachte im Verlauf langsam ab, 1948 verstarben circa 12,6 Prozent der Patienten.²³⁶ Problematisch war außerdem die Überbelegung der Betten durch Menschen, die zwar pflegebedürftig waren, jedoch keine psychiatrische Versorgung benötigten.²³⁷ Zahlreiche Angehörige wollten ihre Kranken in Kliniken untergebracht wissen, da es ihnen ansonsten finanziell nicht möglich war, die Versorgung zu gewährleisten.²³⁸ Diese Situation brachte die Mitarbeiter der Psychiatrien in eine prekäre Lage, da sie sich nur schwer ihrer ursprünglichen Bestimmung, der Heilung psychisch kranker Menschen, widmen konnten.²³⁹ Die Idee, eine Einrichtung allein für chronisch Kranke und geistig behinderte Menschen zu schaffen, wurde durch Mitarbeiter des Gesundheitswesens der DDR abgelehnt, da keine ausreichenden Investitionsmittel verfügbar waren.²⁴⁰

In der *DDG* wurde im Oktober 1946 ein Bericht von Alfred Beyer, Vizepräsident der Deutschen ZVGes in der SBZ und Chefredakteur der Zeitschrift *DDG*, veröffentlicht.²⁴¹ Beyer schilderte die Zustände und Herausforderungen nach Kriegsende, die sich aufgrund

²³² Falk/Hauer (2007), S. 134 f., S. 145. Die Patienten verstarben an Krankheiten wie Typhus, Scharlach, Tuberkulose, Diphtherie und fieberhaften Magen- und Darmerkrankungen.

²³³ Rose (2005), S. 30.; Vgl. Falk/Hauer (2007), S. 140 ff.

²³⁴ Ebenda, S. 58.

²³⁵ Schmiedebach et al. (2002), S. 289.

²³⁶ Faulstich (1998), S. 713.

²³⁷ Brink (2010), S. 362. Die Betten wurden belegt durch „ehemalige Zwangsarbeiter und Kriegsgefangene, verwundete Soldaten, Obdachlose, Alte [und] körperlich Kranke“.

²³⁸ Brink (2010), S. 367.

²³⁹ Rose (2005), S. 89.

²⁴⁰ Ebenda, S. 104 f.

²⁴¹ Beyer (1946).

der steigenden Bevölkerungszahl durch die „Umsiedler“ noch weiter zuspitzte.²⁴² Er betonte die Schlüsselposition, welche die sowjetische Besatzungsmacht beim Ausbau des Gesundheitswesens einnahm.²⁴³ Anhand des Rechenschaftsberichtes wird ersichtlich, dass der Chefredakteur der *DDG* die Arbeit der SMAD öffentlich würdigte und befürwortete.

Mit der Stabilisierung der allgemeinen Versorgungssituation verbesserten sich ab dem Jahr 1948 auch die Lebensumstände der Patienten in den Psychiatrien deutlich.²⁴⁴ Dennoch gestaltete sich die ärztliche Versorgung schwierig, da alleine bis zum Mauerbau circa 50 Prozent der ostdeutschen Ärzteschaft in den Westen flohen.²⁴⁵ Dem Historiker Wolfgang Rose zufolge machte die Verwaltung in den 1950er Jahren bezüglich der Mangelsituation Fortschritte.²⁴⁶

Obwohl sich in der *DDG* die überwiegende Mehrheit der Vertreter der Psychiater von den Verbrechen der Nationalsozialisten öffentlich distanzieren, sind auch Kontinuitäten im Denken weniger Psychiater zu den Vorstellungen der NS-Psychiatrie feststellbar. Dies offenbarte die eingehende Beschäftigung mit den Aussagen, die Wilhelm Bender 1950 in der *DDG* veröffentlichte. Bender, der im Zeitraum 1946 bis 1950 Direktor der Anstalt Ueckermünde war²⁴⁷, äußerte sich im Hinblick auf die Wiederaufbauprobleme und die ökonomische Situation in den Heil- und Pflegeanstalten wie folgt:

„Die öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten befinden sich seit ihrem Bestehen überwiegend in der unbefriedigenden Situation, ‚Zuschußbetriebe‘ zu sein, d.h. sie haben sich damit abzufinden, niedrigere als die zu ihrer Existenz notwendigen Einnahmen zu erzielen, und haben sich daran gewöhnt, die staatlichen Zuschüsse zu ihrem Haushalt als etwas Selbstverständliches zu betrachten [...] Arbeitsunfähige Menschen sind Zehrer am Volkseinkommen.“²⁴⁸

Die Belastung des Staatshaushaltes wurde Bender zufolge weiter verschärft durch die Tatsache, dass „eine große Zahl der geistigen Erkrankungen bei den Betroffenen in jün-

²⁴² Beyer (1946), S. 641 f.

²⁴³ Ebenda, S. 642.

²⁴⁴ Rose (2005), S. 62.

²⁴⁵ Geyer (2011), S. 90.

²⁴⁶ Falk/Hauer (2007), S. 146.

²⁴⁷ Bernhardt (1994), S. 157.

²⁴⁸ Bender (1950), S. 1365 ff.

geren Jahren auftritt, und [...] eine ebenfalls recht große Zahl seelisch und geistig abnormer Kinder gar nicht zur produktiven Tätigkeit kommt.“²⁴⁹ Als Therapiemaßnahme forderte Bender die Patienten „intensiv mit allen modernen Methoden zu behandeln“²⁵⁰ und sie anschließend „sofort der Beschäftigungstherapie zuzuführen“, da dies „den Anstalten außerordentliche Erleichterungen in Bezug auf ihre Existenz [bietet] und [...] gleichzeitig ein Massenberuhigungsmittel bester Art [ist]“. In seinen Grundvorstellungen offenbarte Bender Kontinuitäten im psychiatrischen Denken zu den Vorstellungen der NS-Psychiatrie. Diese folgte einer Ideologie, die den Wert eines Menschen an seinem Nutzen für die Gesellschaft festmachte und die Ursache für die Armut der Bevölkerung den psychisch Kranken zuschrieb.²⁵¹ Vor seiner Tätigkeit an der Heil- und Pflegeanstalt Ueckermünde war Bender im Zeitraum 1934 bis 1940 Direktor der Anstalt Berlin-Buch.²⁵² Im Juli 1939 nahm er, zusammen mit 15 bis 20 Ordinarien für Psychiatrie und Neurologie, an der Besprechung zur Planung der „Euthanasie“ teil. Bis auf einen Teilnehmer sagten alle eine aktive Mitwirkung zu.²⁵³ Ein Jahr später wurden 200 Patienten aus der Anstalt Berlin-Buch abgeholt und nach Brandenburg transportiert, um sie dort im ehemaligen Zuchthaus zu töten.²⁵⁴ In der 100-Jahres Festschrift der Ueckermünder Anstalt wurden diese Begebenheiten verschwiegen.²⁵⁵

Bender schrieb außerdem in der *DDG*: „Geisteskrankheiten sind ohne Substanzveränderungen im Organismus nicht vorstellbar“²⁵⁶ und offenbarte somit weitere Parallelen zwischen seinen wissenschaftlichen Grundannahmen und den Vorstellungen der Psychiater im Nationalsozialismus. Zwar versuchte er sich von der NS-Ideologie zu distanzieren, indem er feststellte, dass „Hexenprozesse und Euthanasiebestrebungen [...] nur auf dem Boden grober biologischer Unwissenheit gedeihen [können]“. Dieser Versuch der Dis-

²⁴⁹ Bender (1950), S. 1365 ff. Dort auch die folgenden Zitate.

²⁵⁰ Ebenda, S. 1365 ff. Dort auch die folgenden Zitate.

²⁵¹ Bernhardt (1994), S. 142.

²⁵² Ebenda, S. 140. Zitiert nach Bretschneider, F.: Die Heil- und Pflegeanstalt Buch während der NS-Zeit, Vortrag auf der Tagung des Arbeitskreises zur Aufklärung der Psychiatrieverbrechen in der NS-Zeit, Berlin Buch im Oktober 1991.

²⁵³ Klee (1986), S. 83.

²⁵⁴ Klee (1985), S. 259.

²⁵⁵ Bernhardt (1994), S. 140.

²⁵⁶ Bender (1950), S. 1365. Dort auch das folgende Zitat.

tanzierung misslang allerdings, da seine Argumentationskette in sich unwahr ist. Die Psychiater zur Zeit des Nationalsozialismus gingen davon aus, dass Geisteskrankheiten durch organische Veränderungen entstehen, die therapierbar und vererbbar sind.²⁵⁷

In der Zeitschrift *DDG* setzten sich Ärzte in den 1950er Jahren dazu mit der Frage nach möglichen Alternativen in der Unterbringung und Versorgung psychiatrisch erkrankter Menschen außerhalb der Institution Psychiatrie auseinander. Lische erwähnte beispielsweise die „Außenfürsorge“²⁵⁸, die eine „Betreuung im freien Leben“ ermöglichen sollte. Als weiteren Vorschlag erläuterte er den Stellenwert der Familienpflege. Lische betonte die arztzentrierte Betrachtungsweise in der Behandlung, indem er schrieb: „Der [G]eisteskranke [...] bedarf infolge der Besonderheit seines Defektes eines besonderen Schutzes. Er vermag diesen Defekt meist selbst gar nicht zu erkennen und findet nicht selbstständig die Mittel zur Abhilfe. Es ist daher unsere Pflicht, ihm zur Hilfe zu kommen.“²⁵⁹ Diese Betrachtungsweise zeugt von einem paternalistischen ärztlichen Selbstverständnis. Der Patient wird bevormundet in der Annahme, er sei alleine nicht in der Lage, für sich Sorge zu tragen.

3.1.4 Das neue Wissenschaftsverständnis

Zu Beginn der 1950er Jahre wurde die Lehre des russischen Mediziners und Physiologen Iwan Petrowitch Pawlow (1849–1936) eingehend in der Zeitschrift *DDG* behandelt und ein Bezug zu den einzelnen medizinischen Fachdisziplinen hergestellt.

Die Ausrichtung der Medizin auf die Lehre des Nobelpreisträgers Pawlow in der DDR geschah analog zu den Entwicklungen, die Ende der 1940er Jahre von Stalin in der Sowjetwissenschaft initiiert wurden und Pawlows Erkenntnisse zum Dogma erhoben. Die Vordenker des Sowjetstaates, Nikolaj Buharin und Maxim Gorkij, ermöglichten es Pawlow, durch ihr persönliches Engagement und die Förderung seiner Forschungseinrichtungen eine Vormachtstellung in der Wissenschaft einzunehmen.²⁶⁰

Im beginnenden Kalten Krieg diente die staatliche Patronage der Propaganda in den Einflussbereichen der Sowjetunion.²⁶¹

²⁵⁷ Bernhardt (1994), S. 142.

²⁵⁸ Lische (1953), S. 627. Dort auch die folgenden Zitate.

²⁵⁹ Ebenda, S. 629.

²⁶⁰ Rütting (2002), S. 17.

²⁶¹ Ebenda, S. 19.

Der Pawlowismus beinhaltete die Grundvorstellung, dass die Ätiopathogenese psychiatrischer Erkrankungen auf eine Dysbalance zwischen Gesellschaft und Individuum, zwischen Umweltreizen und den dadurch bedingten Reflexen des Menschen zurückzuführen ist.²⁶² Aufgrund der Dysbalance entstünden physiologische Zusammenstöße von Erregungs- und Hemmungsprozessen im Kortex, die letztendlich zu einer organischen Störung des Kortex mit Auswirkungen auf den restlichen Organismus führten. So galten beispielsweise Neurosen oder die Paranoia als Konditionsstörungen der bedingten Reflexe.²⁶³ Die Anziehungskraft, die die Lehre auf das Regime in der Sowjetunion ausübte, ist Anna-Sabine Ernst zufolge auf den Umstand zurückzuführen, dass „die Deutung von organischen wie von psychischen Prozessen als Ergebnis materialer Reflexketten den Materialismus marxistisch-leninistischer Prägung zu bestätigen schien“²⁶⁴ und die Lehre die rationale Erklärbarkeit von Affekten und Verhalten verhieß.

Pawlows Versuch, diese Experimente auf den Menschen zu übertragen, gelang nur ansatzweise. Gleichzeitig gab er der Diskussion eine neue Richtung, da nun „exogene – also außerhalb des Menschen, in der ihn umgebenden Natur und Gesellschaft liegende – Krankheitsursachen stärker in das Blickfeld der Psychiatrie [rückten].“²⁶⁵ Existierte eine soziale Ursache, dann sollten dementsprechend gesellschaftliche Faktoren berücksichtigt werden, die den Heilungsprozess unterstützten.²⁶⁶

Diese Interpretation der Lehre Pawlows, die damals von zahlreichen Psychiatern in der *DDG* als allgemein gültig aufgefasst wurde, bildet einen Gegenpol zu den Erklärungsansätzen rezenter Historiker. Hanrath zufolge ergab sich die „politische Anschlussfähigkeit der Pawlowrezeption“²⁶⁷, da das „Primat für die Entwicklung des Organismus – analog zu der materialistischen Staats- und Gesellschaftsauffassung – auf den sozialen Faktoren lag, die Krankheitsursache jedoch auf der individuellen Ebene verortet wurde“. Konkret bedeutete dies, dass die gesellschaftlichen Faktoren nicht die Ursache für die Krankheitsentstehung gewesen sein sollten.

²⁶² Steinberg (2016b), S. 199.

²⁶³ Ebenda, S. 199.

²⁶⁴ Ernst (1997), S. 311 f.

²⁶⁵ Rose (2005), S. 78.

²⁶⁶ Ebenda, S. 78.

²⁶⁷ Hanrath (2003), S. 45. Dort auch das folgende Zitat.

Aufschwung erhielt die Debatte im Jahr 1953 durch die Publikation einer umfassenden Serie von Artikeln und Diskussionsbeiträgen über die Pawlow-Tagung sowie die Veröffentlichung der dort verabschiedeten Resolution.²⁶⁸ Das MfG und das Staatssekretariat für Hochschulfragen veranstalteten am 15. und 16. Januar 1953 eine Tagung über Pawlow, die in Leipzig stattfand und die über 1800 Teilnehmer, vorwiegend Ärzte, besuchten.²⁶⁹ Die Abteilung Propaganda des Zentralkomitees (ZK) wurde miteinbezogen.²⁷⁰ Wissenschaftler und Politiker aus der BRD, der Sowjetunion, Polen, Rumänien, Bulgarien und der Tschechoslowakei waren ebenfalls vertreten.²⁷¹

Professor Rapoport, der zusammen mit Müller-Hegemann, Peiper und Zetkin die wissenschaftliche Leitung innehatte, erläuterte in der *DDG* die Lehre Pawlows sowie die Bedeutung für die Medizin:

„[D]ie Konzeption und Methodik der Pawlowschen Schule [bietet] die Strategie und Taktik der Untersuchung der vielfältigen Einflüsse der Umwelt auf den Organismus, die vor allem für [...] Sozialhygieniker, aber auch für jeden Arzt von höchstem Interesse sind.“²⁷²

Anhand dieser Aussage wird ersichtlich, dass die Ärzteschaft durch die Beschäftigung mit der Lehre Pawlows dazu sensibilisiert und angehalten wurde, nicht nur den Patienten selbst im Blick zu haben, sondern darüber hinaus das soziale Gefüge und den Kontext, in dem sich der Patient befindet, zu beachten und zu hinterfragen, inwiefern diese Faktoren zur Krankheitsentstehung beitragen.

In der Resolution, die im Rahmen der Tagung verabschiedet wurde, beklagten die Verfasser, dass die Lehre Pawlows zu jener Zeit in Deutschland nur wenig bekannt sei und die Physiologie und die Medizin „unter dem Einfluß mechanistischer und idealistischer Anschauungen, in letzter Zeit insbesondere der tiefenpsychologischen Psychosomatik und einseitigen Hormonlehren“²⁷³ stehe. Die Anwendung der Lehre Pawlows wurde über die Medizin hinaus für die Fächer Biologie, Veterinär-Medizin, Psychologie, Pädagogik, Sprachwissenschaft und Philosophie gefordert.²⁷⁴ Diese „ideologische Festschreibung“²⁷⁵

²⁶⁸ Pickenhain (1953).

²⁶⁹ Bernhardt (2000b), S. 172.

²⁷⁰ Steinberg (2016b), S. 199.

²⁷¹ Pickenhain (1953), S. 218.

²⁷² Rapoport (1953), S. 30 f.

²⁷³ Resolution von der Pawlow-Tagung am 15. und 16. Januar 1953 in Leipzig (1953), S. 217.

²⁷⁴ Ebenda, S. 217.

²⁷⁵ Bernhardt (2000b), S. 172.

unterschiedlicher Wissenschaftsbereiche bedeutete zugleich die Abkehr von der Psychoanalyse. Dies wird anhand der Diskussionsbeiträge und Vorträge der drei ausgebildeten Psychoanalytiker Walter Hollitscher, Alexander Mette und Dietfried Müller-Hegemann deutlich, die an der Tagung teilnahmen.²⁷⁶

Walter Hollitscher (1911-1986) stammte aus Wien, studierte Medizin, Philosophie, Biologie und absolvierte parallel zum Studium eine Psychoanalyseausbildung. Mit Kriegsende gab er seine psychoanalytische Tätigkeit auf. 1949 trat er eine Professur für Philosophie an der Humboldt Universität in Ost-Berlin an.²⁷⁷

Hollitscher hielt auf der Tagung in Leipzig einen der Hauptvorträge über „Die philosophische Bedeutung der Lehre Pawlows“²⁷⁸. Pawlow erwies sich Hollitscher zufolge als „konsequenter Materialist und Dialektiker“²⁷⁹, der sich mit den Schriften von Marx, Engels, Lenin und Stalin auseinandergesetzt und dabei die philosophische Grundlage des dialektischen Materialismus in seinen eigenen wissenschaftlichen Methoden und Lehren erkannt haben soll. Pawlows Lehre stellte er in diesem Vortrag als unvereinbar mit der Tiefenpsychologie dar:

„Die ‚Tiefenpsychologie‘ schließlich [...] ist durch ihren Irrationalismus und antihumanen Pessimismus der Ausdruck des Verfalls der psychologischen Wissenschaft in der Phase des Imperialismus. Die sogenannte ‚psychosomatische Medizin‘ wird als Abkömmling der ‚tiefenpsychologischen‘ Auffassung gekennzeichnet. Demgegenüber sind die von Pawlow [...] bei der Erforschung der Neurosen entwickelten Grundsätze [...] Beispiele einer echten physiologischen und psychologischen Wissenschaft.“²⁸⁰

Müller-Hegemann, der kurze Zeit später Mitglied der Staatlichen Pawlow-Kommission in der DDR wurde, prägte die Diskussion im Rahmen der Tagung entscheidend mit. Die Pawlowsche Medizin behandelt ihm zufolge „den ganzen Menschen, und der Arzt, der nach ihren Grundsätzen handelt, hat alle Achtung vor den ehrlichen Gefühlen seiner Patienten und berücksichtigt sie bei seinen therapeutischen Maßnahmen“²⁸¹. Anhand dieser Einschätzung wird eine zunehmende Verankerung des humanistischen Weltbildes in der Ärzteschaft ersichtlich. Müller-Hegemann machte darauf aufmerksam, dass durch die

²⁷⁶ Bernhardt (2000b), S. 173.

²⁷⁷ Ebenda, S. 174 f.

²⁷⁸ Hollitscher (1953), S. 226 f.

²⁷⁹ Ebenda, S. 226.

²⁸⁰ Ebenda, S. 227.

²⁸¹ Müller-Hegemann (1953), S. 229.

Etablierung der Pawlowschen Lehre die Ärzte dazu sensibilisiert würden, die Persönlichkeit und die Würde des Menschen im Sinne des humanistischen Selbstverständnisses zu wahren.

Alexander Mette meldete sich ebenfalls mit einem Diskussionsbeitrag zu Wort und wandte sich dabei von der Lehre Freuds ab, die ursprünglich in seiner Biographie einen großen Raum eingenommen hatte:

„Die verwirrende Situation in der Tiefenpsychologie kam dadurch zustande, daß das Werk Freuds einer jener großen irreleitenden Komplexe gewesen ist, die uns von den wissenschaftlichen Grundlagen entfremdet haben. Heute ist das Gebiet der Psychotherapie auf der Grundlage der Pawlowschen Physiologie völlig neu zu begründen.“²⁸²

Alexander Mette (1897-1985) stammte aus Lübeck, studierte Medizin und absolvierte eine psychoanalytische Ausbildung in Leipzig und Berlin.²⁸³ Er arbeitete von 1928 bis 1946 als niedergelassener Nervenarzt und Psychoanalytiker in Berlin. Da er am Berliner Institut zu den politisch links orientierten Psychoanalytikern gehörte und ein von ihm veröffentlichtes Buch von der Gestapo im Jahr 1935 verboten worden war, durfte er seine Funktion am „gleichgeschalteten“ Deutschen Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie nicht mehr ausüben. Mette trat 1945 in die KPD ein und hielt an verschiedenen Berliner Volkshochschulen Vorlesungen über die Psychoanalyse Freuds. Seit 1949 gab er die ostdeutsche Fachzeitschrift *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie* heraus und wurde ein Jahr später Mitglied der Volkskammer der DDR. 1952 wurde er Cheflektor im VEB Verlag Volk und Gesundheit und erhielt 1954 die Professur für Psychotherapie an der Humboldt Universität. Im Jahr 1956 wurde er Leiter der Hauptabteilung Wissenschaft im Ministerium für Gesundheitswesen und 1958 Mitglied des ZK der SED. Zudem war er Mitglied der Staatlichen Pawlow-Kommission in der DDR.²⁸⁴

Mette veröffentlichte 1959 eine Monographie über Pawlow und beleuchtete darin die Unterschiede zwischen Pawlow und Freud, der ein „weltanschaulich agnostizistischer Idealist“²⁸⁵ gewesen sein soll. Mette zufolge sollten in den 1920er Jahren Versuche unternommen worden sein, zwischen Pawlow und Freud Brücken zu schlagen, was jedoch unmöglich gewesen sei, „da die Begriffe, derer sie sich bedienen, gänzlich inadäquat

²⁸² Mette (1953), S. 229.

²⁸³ Bernhardt (2000b), S. 176 f. Dort auch die folgenden Zitate.

²⁸⁴ Ebenda, S. 176 f.

²⁸⁵ Mette (1959), S. 47 f. Dort auch die folgenden Zitate.

sind“. Pawlow verwende Begriffe, „deren Inhalt exakt wissenschaftlich definierbar und nachprüfbar ist“ und Freuds Termini sind laut Mette „zum großen Teil Bezeichnungen mit einem speziell beigelegten Sinngehalt, willkürliche Eigenprägungen wie ‚Ich‘, ‚Es‘, ‚Über-Ich“²⁸⁶.

Die Biographien der Psychoanalytiker Walter Hollitscher, Alexander Mette und Dietfried Müller-Hegemann bildeten einen scharfen Kontrast zu ihren ideologisch aufgeladenen Diskussionsbeiträgen.²⁸⁷ Dies wirft die Frage auf, inwiefern sie unter dem Druck standen, sich öffentlich zu Pawlow zu positionieren, oder ob sie erhofften, dadurch berufliche Vorteile für sich zu erzielen.

Insgesamt schien die Tagung auf dem Gebiet der Psychiatrie dem politisch-ideologischen Ziel zu dienen, Pawlows Theorie als wissenschaftliches Dogma einzuführen und sich von der Psychoanalyse Freuds abzuwenden.²⁸⁸ Die Ärzteschaft sollte sich von nun an auf die exakte und objektivierbare Wissenschaft konzentrieren. Dies wurde unterstrichen durch die Forderungen der Resolution, die Werke Pawlows rasch zu übersetzen und herauszugeben, ein Pawlow-Institut als Zentrum experimenteller Forschung zu gründen, Studienaufenthalte in Forschungsstätten der Sowjetunion zu fördern und die Lehre in den Krankenhäusern praktisch anzuwenden.²⁸⁹

In der Folgezeit des „Pawlowianismus“²⁹⁰ orientierte man sich in den verschiedenen medizinischen Fachdisziplinen an Pawlow. Anhand von mündlichen Äußerungen von Zeitzeugen erscheint es möglich, dass Müller-Hegemann „zumindest teilweise die ideologische Vorgabe als Kampf- und Karrieremittel nutzte und seine wissenschaftliche durch die kommunistisch-antifaschistische, junge DDR-Identität überlagert wurde.“²⁹¹

Konstantin Bykow beleuchtete 1952 in der *DDG* die Typenlehre Pawlows und die daraus folgenden Konsequenzen für die Medizin. Er betonte die Abhängigkeit der Typenbildung von den Umweltbedingungen und hob die Bedeutung der Erkenntnisse Pawlows für das Fach Psychiatrie hervor:

„Als Pawlow in seinen letzten Jahren in der Klinik für psychische und Nervenkrankheiten mitarbeitete, gab er Musterbeispiele der Analyse bei einer ganzen

²⁸⁶ Mette (1959), S. 47 f.

²⁸⁷ Bernhardt (2000b), S. 174.

²⁸⁸ Ebenda, S. 174.

²⁸⁹ Resolution von der Pawlow-Tagung am 15. und 16. Januar 1953 in Leipzig (1953).

²⁹⁰ Schulz (2003), S. 92.

²⁹¹ Steinberg (2016b), S. 199.

Reihe pathologischer Störungen der höheren Nervengebilde. Auf Grund seiner Versuche und Beobachtungen konnte er die Mechanismen der Störungen im menschlichen Nervensystem bei solchen Erkrankungen, wie Neurasthenie, Hysterie, Schizophrenie und anderen psychischen Krankheiten aufdecken.²⁹²

Die zunehmende Beachtung der Umweltfaktoren ebnete den Weg für die spätere Entwicklung des sozialpsychiatrischen Ansatzes in der Psychiatrie. So erläuterte Dietfried Müller-Hegemann Ende der 1950er Jahre in der Zeitschrift *DDG*, dass „das Auftreten von Neurosen und abnormen Reaktionen in engen Beziehungen zu Störungen der sozialen Umwelt“²⁹³ stünden und definierte den Begriff der „sozialen Umwelt“ genauer, der „die gesellschaftlichen Verhältnisse nicht nur unter dem Einfluß der historisch bestimmenden Kräfte wie der Nationen und Völkerschaften, der Klassen und Stände“ sondern auch die Familien, Schulen und andere Gruppierungen umfasste. Er betonte somit, dass diejenigen Faktoren, die dazu beitragen, dass Menschen psychiatrisch erkranken, eher in der sozialen Umwelt auszumachen und weniger in der jeweiligen Konstitution des Individuums zu verorten sind.

Eine praktische Umsetzung der Lehre Pawlows in der Psychiatrie ist in den 1950er Jahren in der *DDG* vor allem in Bezug auf die Schlaftherapie feststellbar. Die Autoren Kleinsorge, Baumann und Müller-Hegemann beschrieben die Indikationen, wie Erschöpfungszustände und akute Neurosen, sowie die notwendigen Rahmenbedingungen für die Durchführung der Pawlowschen Schlaftherapie.²⁹⁴ Dieses von Müller-Hegemann entwickelte Therapiemodell umfasste drei Stufen: Anfangs erfolgte eine klinische Untersuchung der Patienten sowie eine Sensibilisierung für die Schlaftherapie.²⁹⁵ Im zweiten Schritt wurde der durch Medikamente induzierte und verlängerte Schlaf durchgeführt.²⁹⁶ Die dritte Stufe beinhaltete die Entlassungsphase, in der Müller-Hegemann einen Schwerpunkt auf das psychotherapeutische Gespräch legte.²⁹⁷

Zwei Jahre später widmete sich Lothar Pickenhain aus dem Physiologischen Institut der Humboldt-Universität Berlin in der *DDG* der Pathophysiologie des Schlafes und der Träume.²⁹⁸ Pickenhain, 1920 geboren, war seit seinem 25. Lebensjahr Mitglied der

²⁹² Bykow (1952), S. 886.

²⁹³ Müller-Hegemann (1959a), S. 1741. Dort auch die folgenden Zitate.

²⁹⁴ Kleinsorge et al. (1953).

²⁹⁵ Scholtz (2013), S. 30.

²⁹⁶ Scholtz/Steinberg (2011), S. 323.

²⁹⁷ Scholtz (2013), S. 30. Vgl. Kleinsorge (1954), S. 211-217.

²⁹⁸ Pickenhain (1955).

KPD.²⁹⁹ Nachdem er 1945 sein Medizinstudium in Jena beendet hatte, arbeitete er im Jahr 1949 kurzzeitig in der Abteilung Wissenschaft des MfG und wechselte im Anschluss an die Humboldt-Universität. Er war einer der führenden Neurophysiologen der DDR.³⁰⁰ Pickenhain erläuterte die Ergebnisse Pawlows, der im Tierexperiment nachgewiesen haben soll, dass „Neurosen als Folge einer Überbeanspruchung der Nervenprozesse der Großhirnrinde eintreten“³⁰¹ und von „hartnäckigen Schlafstörungen“ begleitet werden. Der Verfasser grenzte sich dabei scharf von den Anhängern der Psychoanalyse ab: „Bei diesen Traumerscheinungen kommt es keineswegs zum Auftauchen ‚aggressiver, geltungsstrebiger oder libidinöser Triebe‘ aus dem ‚Unterbewußten‘, wie uns die Psychoanalytiker weismachen wollen“, sondern erklärte das Phänomen mit der Lehre Pawlows.

„Es ist jedoch heute schon sicher, daß all der spekulative Wust psychoanalytischer Schulen, der über die ‚Deutung‘ solcher Träume geschrieben und gesprochen wurde, jeder wissenschaftlichen Grundlage entbehrt. Mit der exakten wissenschaftlichen Analyse dieser Vorgänge, die uns heute die Pawlowsche Lehre erschließt, werden diese phantastischen Spekulationen endgültig ad absurdum geführt.“³⁰²

Pickenhain vertrat somit dieselbe wissenschaftliche Grundvorstellung, die die Lehre Pawlows zum Dogma erklärte, sich zugleich von der Psychoanalyse distanzierte und die zwei Jahre zuvor auf der Pawlow-Tagung propagiert wurde.

Die von den Psychiatern veröffentlichten Aussagen unterstreichen die Annahme, dass die Ärzteschaft danach strebte, die medizinische Wissenschaft auf überprüfbare, solide Fakten zu stellen. Die Wissenschaft richtete sich somit in der DDR in den 1950er Jahren völlig neu aus. Dadurch wird auch der Bruch mit der Ideologie der Nationalsozialisten noch deutlicher, der nach Kriegsende von den offiziellen Vertretern der Ärzteschaft gefordert worden war.

Pawlow selbst soll Freud gegenüber nicht ablehnend gewesen sein. Die Veröffentlichungen seiner Vorlesungsmitschriften und die Biographie seines Schülers Frolov liefern eindeutige Hinweise, dass Pawlow durch Freuds erste Fallschilderungen zu seinen Arbeiten über „experimentelle Neurosen durch Konflikte“³⁰³ angeregt wurde.

²⁹⁹ Ernst (1997), S. 316. Vgl. Müller (1994), S. 504-516.

³⁰⁰ Ebenda.

³⁰¹ Pickenhain (1955), S. 166. Dort auch die folgenden Zitate.

³⁰² Ebenda., S. 167.

³⁰³ Hand (1972), S. 64.

Die Schlaftherapie konnte sich als Therapiemethode nicht durchsetzen, obwohl um 1960 gute Erfolge bei Erschöpfungszuständen erzielt wurden.³⁰⁴ Die konkreten Auswirkungen auf den Schlaf waren eher quantitativer als qualitativer Natur. Auf dem aktuellen Gebiet der Schlafmedizin ist kein Einfluss der Pawlow'schen Schlaftherapie feststellbar.³⁰⁵

Das zunehmende Eindringen des Stalinismus in den Bereich der ärztlichen Kompetenz, das neben dem Pawlowismus den Alltag des Personals durch politische Schulungen, Aufmärsche und Verpflichtungen im Rahmen sozialistischer Wettbewerbe durchdrang, trug zum veränderten Klima in der DDR bei und führte letztendlich dazu, dass zahlreiche Ärzte bis zum Mauerbau in die BRD übersiedelten.³⁰⁶

3.1.5 Entwicklung der neuro-psychiatrischen Disziplinen

Anhand der in der Zeitschrift *DDG* und später *zkm* veröffentlichten Artikeln aus dem neuro-psychiatrischen Formenkreis ist eine zunehmende Differenzierung und Etablierung der Subdisziplinen Psychotherapie, Psychologie, Psychosomatik und Neurologie erkennbar. Dies geschah analog zur Entwicklung in dem Mitteilungsblatt *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie*.³⁰⁷ Dies sind Hinweise, dass sich eine individuellere Betrachtungs- und Behandlungsweise im ärztlichen Selbstverständnis verankerte.³⁰⁸

In den 1950er Jahren begannen die Mitarbeiter in den Anstalten, die Organisationssysteme, nach denen die Patienten eingeteilt wurden, schrittweise zu ändern: Unterteilte man

³⁰⁴ Scholtz (2013), S. 31.

³⁰⁵ Ebenda., S. 31.

³⁰⁶ Steinberg (2016b), S. 200.

³⁰⁷ Teitge (2012), S. 109.

³⁰⁸ Den Entwicklungen des Fachgebiets Neurologie waren in der DDR analog zu dem Fach Psychiatrie enge Grenzen gesetzt. Am Beispiel der Neurologisch-Psychiatrischen Klinik der Universität Leipzig wurde ersichtlich, wie die tägliche Arbeit durch den Mangel an Geld, Material und technischen Geräten erschwert war. Vgl. Wagner (2015), S. 516 f. Die wissenschaftlichen Bestrebungen wurden in ihrer Entfaltung gehemmt durch Einschränkung der Reisetätigkeit der Forscher, den mangelnden Informationsaustausch und durch die begrenzten Möglichkeiten in der Publikation der Ergebnisse. Die Mitarbeiter bemühten sich, in dem ihnen gegebenen Rahmen die Patientenversorgung sowie die Ausbildung und die wissenschaftliche Entwicklung zu gewährleisten. Vgl. Wagner (2015), S. 516 f. Die Weiterentwicklung und Differenzierung im Fach Neurologie ist anhand der Artikel, die in der Zeitschrift *DDG* über die Jahrzehnte publiziert wurden, nachvollziehbar. Auf dem Gebiet der neurologischen Diagnostik wurden von 1946 bis 1959 vorrangig die Enzephalographie, die Liquordiagnostik und das Elektroenzephalogramm (EEG) diskutiert. Vgl. Schenk (1949), S. 330., Gohr/Scholl (1953), Steiner (1956). Die verschiedenen Therapien, die in demselben Zeitraum vorgestellt wurden, umfassten die Medikamente Lepitoin®, Kalypnon®, die Behandlung mit selektiven niederfrequenten Reizstromimpulsen, die Methoden der Neurochirurgie sowie die Ablationshypnose. Vgl. Destunis (1953), Elbert (1953), Schmidt (1955), Lembcke (1949), Klumbies (1959).

früher die Patienten auf Grundlage ihres Kontroll- und Pflegeaufwands, fanden nun Kriterien wie Diagnose oder die Therapieform eine stärkere Berücksichtigung.³⁰⁹

Im Jahr 1957 ordneten Ministerien die Trennung der Universitätskliniken und Lehrstühle in die Subdisziplinen Psychiatrie, Neurologie und Kinderpsychiatrie nach sowjetischen Vorbild an. Dietfried Müller-Hegemann sowie die überwiegende Mehrheit der Ordinarien positionierten sich gegen eine solche Aufteilung.³¹⁰

Psychotherapie

Zahlreiche Psychiater der DDR machten sich die Erkenntnisse des Psychiaters Emil Kraepelin (1856-1926) zu Nutze.³¹¹ Dieser begründete eine „Systematik psychischer Erkrankungen auf der Basis der Beobachtung des Gesamtverlaufs“³¹². Hierfür studierte Kraepelin den Krankheitsverlauf, die Symptomatik sowie mögliche Krankheitsursachen vieler Patienten. Er unterschied die „Dementia praecox“ und das „manisch-depressive Irresein“ als grundlegende Psychose-Formen. Der Psychoanalyse stand er ablehnend gegenüber.³¹³ Als weitere bedeutende Strömung richtete sich das Fach in den 1950er Jahren nach dem „Pawlowismus/Nervismus“³¹⁴ aus. Die theoretischen Ansätze schlugen sich in der Versorgungspraxis der Psychotherapeuten nur bedingt nieder und sie arbeiteten, soweit möglich, wie gewohnt weiter.³¹⁵ In den 1950er Jahren wurden in den Universitätskrankenhäusern Leipzig und Jena die ersten ostdeutschen Psychotherapieabteilungen gegründet, die offiziell die Schlaftherapie nach Pawlow anwandten. Inoffiziell arbeiteten Kleinsorge und Klumbies in Jena nach der Methode der traditionellen Hypnose und Wendt in Leipzig folgte der psychodynamischen Strömung.³¹⁶

Der Psychiater und Psychotherapeut Karl Leonhard, der 1955 in die DDR übersiedelte, um Ordinarius zuerst in Erfurt, dann an der Humboldt-Universität zu Berlin zu werden³¹⁷, entwickelte an der Charité in Berlin sein Konzept der Individualtherapie der Neurosen,

³⁰⁹ Rose (2005), S. 137 f.

³¹⁰ Steinberg (2016b), S. 199. Zitiert nach Bundesarchiv Berlin, DR 3/11122, Min. f. HFW, Abtl. Med. Fakultäten.

³¹¹ Schott/Tölle (2006), S. 117 ff.

³¹² Möller et al. (2009), S. 13.

³¹³ Siefert (1980), S. 640.

³¹⁴ Geyer (2011), S. 28.

³¹⁵ Ebenda., S. 28.

³¹⁶ Ebenda., S. 89 f.

³¹⁷ Wallesch (2014), S. 67.

die in ihrem Kern der modernen Verhaltenstherapie ähnelt³¹⁸, sowie seine heute weltweit bekannte Klassifikation der Endogenen Psychosen.³¹⁹

Nicht alle Ärzte wandten sich in der Zeit nach Kriegsende und in den 1950er Jahren offiziell von der Tiefenpsychologie und der Psychoanalyse ab. Ein Beispiel hierfür ist der Arzt Harald Schultz-Hencke (1892-1952). Dieser skizzierte 1946 in der *DDG* die historische Entwicklung der Psychotherapie, stellte sein Konzept der Neo-Psychoanalyse vor und zeigte dem klinisch-praktisch tätigen Arzt Wege auf, psychotherapeutische Methoden zu etablieren.³²⁰

Sein Interesse an der Psychoanalyse wurde 1913 nach Abschluss seines Medizinstudiums geweckt, als er die Traumdeutung von Freud kennenlernte. Er absolvierte seine Ausbildung am Berliner Psychoanalytischen Institut. Später war er am „Deutschen Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie“ in Berlin tätig, in dem die Nationalsozialisten alle tiefenpsychologisch orientierten Therapeuten zusammengeführt hatten. Die Anschuldigung, er hätte mit den Nationalsozialisten sympathisiert, stellte sich nach dem Zweiten Weltkrieg als unhaltbar heraus.³²¹

Schultz-Hencke beschrieb 1946 in der *DDG* den Perspektivwechsel bei der Betrachtung seelischer Phänomene im Laufe der Zeit. Im 19. Jahrhundert sei der Arzt „zunächst geneigt, solche seelischen Gestörtheiten [...] so aufzufassen, als ob es sich zwar um subjektives seelisches Leiden handle, daß aber das therapeutische Interesse sich auf die körperlichen Hintergründe zu richten habe.“³²² Im Verlauf wandelte sich die Betrachtungsweise der Ärzte Schultz-Hencke zufolge durch Erfahrungen sowie durch die Anwendung von Hypnoseverfahren. Die Ansicht sollte sich durchgesetzt haben, dass seelische Phänomene von körperlichen Vorgängen begleitet werden. Auf dieser Grundlage sollten die Lehren von Freud, Adler und Jung entstanden sein. Er stellte seine Theorie der Neoanalyse in der *DDG* vor, die eine „Amalgamierung der Lehren Freuds, Adlers und Jungs“³²³ sei. Über das zu jener Zeit gültige Krankheitsmodell der Psychiater schrieb er: „Wir denken heute konditional, nicht mehr kausal. Wir wissen, daß der Hinter- und Untergrund seelischer

³¹⁸ Geyer (2011), S. 90.

³¹⁹ Steinberg (2016b), S. 201.

³²⁰ Schultz-Hencke (1946).

³²¹ Krüger (1979), S. 89.

³²² Schultz-Hencke (1946), S. 247.

³²³ Ebenda., S. 248.

Symptomatik aus einem Bündel von Bedingungen entsteht.“³²⁴ Durch diese Perspektive und das damit verbundene sich wandelnde ärztliche Selbstverständnis wurde der Blick auf den Patienten umfassender.

Weiter formulierte Schultz-Hencke die Perspektive des Psychiaters, die Indikationen sowie die Ziele der psychotherapeutischen Behandlung:

„Zentraler Gegenstand unseres Interesses ist der Mensch als fühlendes Wesen, ist das Gebiet der Affekte und Stimmungen. Diese haben ihre körperlichen Korrelate in Gestalt des Funktionierens körperlicher Organe. In all den Fällen, in denen der Zugang zum Abartigen auf seelischem Wege leichter und besser zu finden ist als auf dem körperlichen, setzt mit Recht die Psychotherapie ein [...] Kern der Therapie ist es, Furcht aufzuheben, Hoffnung zu erwecken, sich für den Lebens- und Selbstentfaltungswillen der Patienten einzusetzen, sie zu der ihnen gemäßen, innewohnenden Idee hin zu entwickeln.“³²⁵

Im Kern ging es bei der psychotherapeutischen Behandlung Schutz-Henckes zufolge also darum, den Patienten zu unterstützen, seine Selbstwirksamkeitskräfte zu stärken und seine persönlichen Lebensziele zu verwirklichen.

Müller-Hegemann widmete sich ebenfalls den verschiedenen Wegen der Psychotherapie.³²⁶ Im Jahr 1951 beschrieb er in der *DDG* die Gemeinsamkeiten der tiefenpsychologischen Richtungen und kritisierte diese zugleich.³²⁷ Anhand einer Kasuistik konkretisierte er seine Ablehnung der Jungschen Schule, da dieser zufolge der Mensch, der sich in einer Konfliktsituation befindet, dazu angeregt werde, sich auf das Unbewusste zu konzentrieren, anstatt das bewusste Denken zu fördern. Dabei war laut Müller-Hegemann folgende Grundhaltung der Tiefenpsychologen erkennbar: „das betonte Außerachtlassen der gesellschaftlichen Situation, die den Konflikt herbeigeführt hat [und] die Negierung aller gesellschaftlichen Kräfte, die orientierend, stützend und fördernd wirken könnten.“³²⁸ Müller-Hegemann schlussfolgerte, dass die Patienten zu einer „scheinbar selbstständigen ‚Erkenntnis‘“ gelangen und dass sie sich „von der äußeren Welt, von den anderen Menschen abwenden, auf eine Bewährung innerhalb der Gesellschaft verzichten und sich stattdessen in sein Inneres versenken“ sollten. Er konstatierte, dass aus „einer solchen Lebenshaltung [...] jedoch nur eine gesellschaftliche Isolierung und schließlich

³²⁴ Schultz-Hencke (1946), S. 249.

³²⁵ Ebenda., S. 252.

³²⁶ Müller-Hegemann (1951).

³²⁷ Ebenda., S. 643.

³²⁸ Ebenda., S. 643. Dort auch die folgenden Zitate.

Entwurzelung, eine vermehrte Lebensuntüchtigkeit resultieren [könne] und keineswegs eine Reifung.³²⁹ Durch die Negierung gesellschaftlicher Faktoren gelangten die Tiefenpsychologen Müller-Hegemann zufolge „zu einer Geringschätzung all dessen, was die Menschen sich bewusst geschaffen haben, [...] d.h. zu einem Kulturpessimismus, einem ‚Unbehagen in der Kultur‘, wie er nur einer morbiden Gesellschaftsform eigen sein kann.“³³⁰

Als mögliche therapeutische Alternativen erläuterte er die Methoden Hypnose, Autogenes Training und die Arbeitstherapie nach Simon.³³¹ Müller-Hegemann ging davon aus, dass „die Neurosen als Massenerscheinung gesellschaftliche Ursachen haben und nur durch gesellschaftliche Umgestaltung behoben werden können.“³³² Die Aufgabe des Psychotherapeuten war Müller-Hegemann zufolge

„den Blick des Neurotikers nicht nur in die persönliche Vergangenheit[,] sondern weit mehr in die Zukunft zu richten, seine aktuellen Konfliktsituationen zu klären, ihm bei der Schaffung einer neuen Lebensperspektive, eines adäquaten Lebensplanes zu helfen und eine selbstständige Aktivität in ihm zu wecken, die natürlich nur in einer förderlichen gesellschaftlichen Umwelt erfolgsversprechend ist.“³³³

Durch die Betonung der Bedeutung der Umweltfaktoren offenbarte Müller-Hegemann die zunehmende Verankerung des sozialpsychiatrischen Ansatzes im ärztlichen Selbstverständnis. Zugleich könnte diese Aussage auch als versteckte Kritik an den bestehenden Verhältnissen in der DDR gewertet werden, die in dieser Sichtweise zum Teil dazu beitragen könnten, dass Menschen psychiatrisch erkranken. Zugleich zeigt sich anhand der Aussagen eine Kluft zwischen der Wunschvorstellung und den tatsächlichen Gegebenheiten in Bezug auf die Staats- und Gesellschaftsform in der DDR.

Müller-Hegemann zufolge erfüllte der Therapeut eine politische Aufgabe, da „eine seelische Gesundung ohne ein tätiges Verantwortungsbewußtsein gegenüber der Gesellschaft [...] undenkbar“³³⁴ war. Mit dieser Grundhaltung gelangte der Psychotherapeut zu einer gänzlich anderen Wahrnehmung des Menschen als in der Tiefenpsychologie.

Durch diese von Müller-Hegemann aufgezeigte Perspektive wurde der Patient in Interaktion mit seiner Umwelt untersucht. Die Besserung seines Zustandes könnte nur erreicht

³²⁹ Müller-Hegemann (1951), S. 643.

³³⁰ Ebenda., S. 646.

³³¹ Ebenda., S. 642-645.

³³² Ebenda., S. 645.

³³³ Ebenda., S. 645.

³³⁴ Ebenda., S. 646.

werden, wenn sich dieser in der Gesellschaft verankert fühle und Verantwortung übernehme. Anhand dieser Einschätzung wird deutlich, dass die Behandlung des Patienten unter der Beachtung der gesellschaftlichen und politischen Dimensionen zunehmend im ärztlichen Selbstverständnis integriert ist.

Fünf Jahre später veröffentlichte Müller-Hegemann 1956 in der *DDG* 12 Thesen über die „Grundzüge einer neuzeitlichen Psychotherapie“³³⁵.

Alfred Katzenstein publizierte in derselben Zeitschrift einen Diskussionsbeitrag, indem er Stellung nahm zu den Aussagen Müller-Hegemanns, die sich inhaltlich mit der klinischen Psychologie auseinandersetzten und die Kluft zwischen Psychiatern und Psychologen offenbarten. Katzenstein (1915-2000) interessierte sich seit seiner Jugend für marxistische Ideen. Er wurde 1933 aufgrund seiner jüdischer Herkunft und seines Widerstands gegen den Nationalsozialismus verhaftet.³³⁶ Die folgenden Jahre verbrachte er im Exil in Frankreich und Holland.³³⁷ Während des Spanischen Bürgerkriegs kämpfte er ab 1937 als Soldat der Internationalen Brigaden und siedelte 1941 in die USA über, wo er seine spätere Frau Ursula kennenlernte und als Soldat für den Zweiten Weltkrieg eingezogen wurde.³³⁸ Nach dem Krieg studierte er klinische Psychologie am Menninger Institut, promovierte und zog schließlich 1954 in die DDR, wo er im psychiatrischen Krankenhaus in Brandenburg arbeitete.³³⁹ Von 1976 bis 1982 war er Vorsitzender der *Gesellschaft für ärztliche Psychotherapie der DDR (GäP)*.³⁴⁰

Müller-Hegemann stellte in der *DDG* in seiner ersten These die von Freud abgeleitete Strömung als „grundsätzlich fehlerhaft“³⁴¹ dar und beklagte, dass zahlreiche Ärzte in Deutschland die Psychotherapie als eine „extravagante und unzuverlässige, daher bedeutungslose Methode“ ansahen. Er kritisierte den Versuch, eine Psychosomatik zu begründen, die auf einer Zusammenführung der Arbeitsergebnisse von tiefenpsychologischen Therapeuten, Klinikern und Physiologen beruht. Er rief in der zweiten These dazu auf,

³³⁵ Müller-Hegemann (1956).

³³⁶ Bernhardt (2000a), S. 206.

³³⁷ Ebenda, S. 207.

³³⁸ Ebenda, S. 207-209.

³³⁹ Ebenda, S. 211–215.

³⁴⁰ Bernhardt/Lockot (2000), S. 419.

³⁴¹ Müller-Hegemann (1956), S. 1002. Dort auch die folgenden Zitate.

die „Psychotherapie auf den Boden des neuzeitlichen klinischen sowie des physiologischen und pathologisch-anatomischen Erfahrungsstandes zu stellen.“³⁴² Dadurch sollte der psychotherapeutisch arbeitende Arzt in der Lage sein,

„nach den in der Medizin lang erprobten Grundregeln der Diagnostik und Therapie zu verfahren. Dazu gehör[e] auch, daß eine methodische Trennung der psychotherapeutischen von den somatotherapeutischen Maßnahmen vermieden wird und daß beide in der Hand *eines* Arztes zur Anwendung gelangen.“³⁴³

Katzenstein entgegnete, dass die Mehrzahl der ärztlichen Kollegen Schwierigkeiten haben, „den Zwiespalt in ihrem Denken und Handeln bezüglich psychischer und somatischer Prozesse zu überwinden“³⁴⁴ und dass sie sich erst diesen Dualismus eingestehen und bewusstmachen müssten, um ihn im Anschluss überwinden zu können. Katzenstein forderte eine Erläuterung der „lang erprobten Grundregeln“.³⁴⁵ Er übte damit direkte Kritik an der Arbeit zahlreicher Ärzte.

Müller-Hegemann ging ein Jahr später darauf ein und erläuterte, dass

„die naturwissenschaftlich-klinische Grundlegung und Arbeitsrichtung für die Diagnostik und Therapie in der Medizin maßgebend sind. Dazu gehört nicht zuletzt, daß die medizinisch-psychologischen Befunde nur in Zusammenhang mit naturwissenschaftlich faßbaren, mit objektiv klinischen Befunden für die Medizin vollwertig sind. Dies ist ja der Hauptgrund dafür, daß wir angesichts der verwirrenden Widersprüche in den Reihen der ‚reinen‘, insbesondere der tiefenpsychologischen Psychodiagnostiker und Psychotherapeuten um eine Fundierung durch die Erforschung der höheren Nerventätigkeit intensiv bemüht sind. Je mehr wir uns von den naturwissenschaftlich-klinischen Grundlagen entfernen, um so größer ist die Gefahr der Spekulation, freilich auch bei den Ärzten. Die[se Orientierung] der Medizin, auch der Psychotherapie, ist *Katzenstein* offenbar verborgen geblieben.“³⁴⁶

Müller-Hegemann sprach sich in der zweiten These bei „voller Bejahung einer engen Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen“³⁴⁷ gegen die „Schaffung einer besonderen psychotherapeutischen Disziplin“ aus, da eine „naturwissenschaftlich orientierte Denk- und Arbeitsweise [...] nicht gewährleistet sein kann“ ohne regelmäßige klinische Tätigkeit. Müller-Hegemann sprach sich somit klar gegen die Separierungsbestrebungen der Psychoanalyse aus und begriff die Psychotherapie als elementaren Bestandteil der

³⁴² Müller-Hegemann (1956), S. 1002.

³⁴³ Ebenda, S. 1002.

³⁴⁴ Katzenstein (1957), S. 459.

³⁴⁵ Ebenda, S. 459.

³⁴⁶ Müller-Hegemann (1957), S. 616.

³⁴⁷ Müller-Hegemann (1956), S. 1001f. Dort auch die folgenden Zitate.

Psychiatrie.³⁴⁸ Anhand dieser Aussagen und Stellungnahmen wird ersichtlich, dass Müller-Hegemann von einem neuen Wissenschaftsverständnis ausging, welches auf einer empirischen Herangehensweise basiert. Er betonte, dass der Konzentration auf die Naturwissenschaften ein hoher Stellenwert eingeräumt werden sollte und die Ärzte zugleich von Ansätzen, die auf Spekulation beruhen, Abstand nehmen sollten.

Katzenstein begrüßte diese Forderung, die Psychotherapie in der Behandlung zu verankern, widersprach Müller-Hegemann jedoch insofern, als es aus seiner Sicht eine „absolute Unmöglichkeit [sei], dem Arzt das Wissen mitzugeben, daß er haben müßte, um Psychologen und Sozialfürsorger vollwertig ersetzen zu können“³⁴⁹ und entgegnete ferner, dass

„alle großen, weitverbreiteten idealistischen und spekulativen Systeme in der Psychopathologie von Ärzten ausgearbeitet wurden, die in der somatischen Medizin tätig waren. Man denke z.B. an die sogenannten tiefenpsychologischen Systeme von Freud, Adler, Jung[, die] gerade bei den praktizierenden Ärzten auf so unerhört fruchtbaren Boden fielen, während eine Mehrzahl wissenschaftlich arbeitender Psychologen sie als das abtaten, was sie vielfach sind, eine kostbare Sammlung empfindsamer, oft kühner Beobachtungen und Feststellungen, die jedoch infolge der Vorurteile oder der mangelnden wissenschaftlichen Bildung ihrer Autoren zu Systemen unwissenschaftlicher Spekulationen zusammengeführt wurden.“³⁵⁰

Zudem rief Katzenstein dazu auf, innerhalb der Ärzteschaft den Kampf gegen Spekulationen zu führen, sich nicht so zu verhalten, „als handele es sich dabei um einen Kampf gegen Nichtärzte“³⁵¹ und dadurch „die Psychologen zum Sündenbock“ zu machen. Anhand dieser Beiträge offenbart sich ein grundlegender Konflikt zwischen den beiden Berufsgruppen.

In seiner dritten These sprach sich Müller-Hegemann dafür aus, die Lehre Pawlows weiter zu erforschen:

„Da diese Methode uns den einzigen direkten Zugang mit physiologischen Mitteln zu den psychischen Funktionen eröffnet, sehen wir in einer kortiko-viszerale Physiologie die Hauptforschungsmethode für die Psychotherapie, in der medizinischen Psychologie nur eine Hilfsmethode, auf die allerdings nicht verzichtet werden kann und soll.“³⁵²

³⁴⁸ Steinberg (2016b), S. 199.

³⁴⁹ Katzenstein (1957), S. 460.

³⁵⁰ Ebenda, S. 460.

³⁵¹ Katzenstein (1957), S. 460. Dort auch das folgende Zitat.

³⁵² Müller-Hegemann (1956), S. 1002.

Dieser Aussage widersprach Katzenstein und stellte in Frage, „ob die Physiologie imstande sein kann, die ganze Komplexität der Bewußtseinsvorgänge so zu erfassen, daß das Wesentliche der zwischenmenschlichen Beziehung enthüllt wird“³⁵³. Dazu beleuchtete er die Bedeutung der „gesellschaftlichen Umweltfaktoren“, die „im Leben der Menschen immer ausschlaggebender [werden], während der Einfluss der Naturbedingungen relativ zurücktritt.“ Es sei Aufgabe des Psychologen, dem „spezifischen Charakter, dem Inhalt individueller Bewußtseinsprozesse Rechnung zu tragen.“

Anhand dieser Aussagen wird deutlich, dass der sozialpsychiatrische Ansatz auch unter den Psychologen zunehmend an Bedeutung gewann. Sie werfen außerdem die Frage auf, ob Katzenstein hiermit ebenfalls verdeckt das System in der DDR kritisierte, wenn er zu dem Schluss kam, dass die Umweltfaktoren bei der Ätiopathogenese psychiatrischer Erkrankungen immer mehr in ins Gewicht fielen.

In den Thesen vier bis zehn fasste Müller-Hegemann die Methoden der „neuzeitlichen Psychotherapie“³⁵⁴ zusammen, welche die Methoden des Autogenen Trainings nach Schultz, der Hypnose, der Heilgymnastik sowie die systematische Umstellung der Lebensführung umfassten. Zur Therapie schwerwiegenderer psychiatrischer Erkrankungen sollten sich unter anderem „die Schlaftherapie, Ruhehypnosen, beruhigende Aussprachen [und die] Verabreichung von Sedativa“³⁵⁵ eignen. Dazu sollten Gruppensprachen sowie die Arbeitstherapie nach Simon sinnvoll gewesen sein, um den „gemeinsamen Gesundheitswillen“³⁵⁶ unter den Patienten zu stärken. In These neun formulierte er die Ziele der Therapie, welche die „Förderung eines Verantwortungsgefühls für die Gesellschaft und die Regelung der Beziehung zur mitmenschlichen Umgebung“³⁵⁷ umfassten.

Katzenstein resümierte, dass er die Umsetzung der von Müller-Hegemann geforderten Thesen unterstütze, da dies eine „Steigerung der Wirksamkeit vieler therapeutischer Maßnahmen“³⁵⁸ bewirken könnte. Zusätzlich könnte die Umsetzung Katzenstein zufolge zu einer „Erhöhung des Vertrauens vieler Patienten in die moderne Medizin“ und letztendlich zu „einer Herabsetzung der durchschnittlichen Behandlungszeit und Krankheitsdauer“ führen. Die „zum Ausdruck gebrachten Meinungsverschiedenheiten [bezogen]

³⁵³ Katzenstein (1957), S. 462 f. Dort auch die folgenden Zitate.

³⁵⁴ Müller-Hegemann (1956), S. 1003. Dort auch das folgende Zitat

³⁵⁵ Ebenda, S. 2005 f.

³⁵⁶ Müller-Hegemann (1956), S. 1006.

³⁵⁷ Ebenda, S. 2007.

³⁵⁸ Katzenstein (1957), S. 458. Dort auch die folgenden Zitate.

sich [Katzenstein zufolge] lediglich auf das Verhältnis der Psychologie zur Physiologie und Medizin³⁵⁹. In den wesentlichen Punkten schienen Katzenstein, hier als Vertreter des Fachs Psychologie, und Müller-Hegemann, als Vertreter der Ärzteschaft, dieselben Ziele zu verfolgen. Der wesentliche Streitpunkt betraf die Abgrenzung der jeweiligen Kompetenzbereiche.

Psychologie

Nach Kriegsende mussten die Absolventen des 1941 in Deutschland eingeführten Diplomstudiums der Psychologie ihr Aufgabengebiet innerhalb des Gesundheitswesens der DDR neu abstecken und definieren. Bevor eine kollegiale Zusammenarbeit möglich war, wurden die jungen Psychologen von den erfahrenen Ärzten als Hilfskräfte und Konkurrenten angesehen.³⁶⁰ Der Ärztemangel ordnete das Verhältnis der konkurrierenden Berufsgruppen der Ärzte und Psychologen neu: So war es in der DDR bereits in den 1950er Jahren selbstverständlich, Psychologen in den Psychiatrien anzustellen; in der BRD hingegen war dieser Schritt erst ein Jahrzehnt später möglich.³⁶¹

Die Entwicklungen im Fach Psychologie zu Beginn der 1950er Jahre wurden zunächst durch externe Nichtpsychologen vorangetrieben. Diese vertraten die Ansicht, dass sich die Psychologen auf ihre naturwissenschaftlichen und experimentellen Theorien besinnen und von den idealistisch-geisteswissenschaftlichen Weltanschauungen abkehren sollten. Im Zuge des Ausbaus der dialektisch-materialistischen Psychologie kam den Erkenntnissen von Pawlow eine Schlüsselposition zu.³⁶²

Kurt Gottschaldt, der als einziger Redner das Fach Psychologie im Rahmen der Pawlow-Tagung in Leipzig 1953 vertrat, bemerkte dabei: „Die Entwicklung einer Psychologie auf neurophysiologischer Grundlage befindet sich noch ganz in den Anfängen“³⁶³. Er warnte vor einer „völlig unfruchtbaren Vermengung physiologischer und psychologischer Begriffssysteme“ sowie davor, dass man „deduktiv, spekulativ hirnpsychologische Überlegungen ausführt oder über P a w l o w hinaus weiterentwickelt. Hier muß uns Pawlow Vorbild sein, der jeden theoretischen Satz in ausgedehnten Experimenten fundiert hat.“

³⁵⁹ Katzenstein (1957), S. 464.

³⁶⁰ Rösler (Jahr der Veröffentlichung unbekannt), S. 2.

³⁶¹ Hess (2005), S. 13.

³⁶² Busse (2004), S. 89.

³⁶³ Gottschaldt (1953), S. 229. Dort auch die folgenden Zitate.

Gottschaldt betonte hierdurch die Bedeutung der empirischen Wissenschaft, die sich zugleich von spekulativen Theorien abgrenzte.

Nach dem Abebben der Pawlowdiskussion in der DDR im Jahr 1957 wurde der Auftrag an die Vertreter des Fachs Psychologie herangetragen, beim Aufbau des Arbeiter- und Bauernstaates unterstützend tätig zu sein.³⁶⁴

In der *DDG* äußerten sich Psychologen und Psychiater vor allem in Bezug auf die Beschreibung und Abgrenzung des Tätigkeitsfeldes der psychologischen Mitarbeiter im Gesundheitswesen. Dabei bleiben die Bemerkungen zum Gelingen der Zusammenarbeit von Ärzten und Psychologen in den einzelnen Kliniken zum Teil recht widersprüchlich, was Rückschlüsse auf eine unterschiedlich gut funktionierende Arbeitsteilung bei der Diagnosestellung und der anschließenden Behandlung zulässt.

K. Billenkamp aus der Nervenheilanstalt Uchtsprunge zeichnete 1954 in der *DDG* die bisherige Entwicklung des Fachs Psychologie in der DDR nach.³⁶⁵ Die Arbeitsweise in der Psychologie fußte Billenkamp zufolge auf

„materialistisch-dialektischer Grundlage. Ihre Methoden entsprechen denen der Naturwissenschaften: An erster Stelle steht die präzise Beobachtung der psychischen Verhaltensweisen. Dann erfolgt die Beschreibung der Tatbestände, und schließlich ist das Experiment zu nennen, das je nach Lage variiert und modifiziert werden muss. In manchen Fällen schließt sich [...] die Anwendung der Statistik [an]. Von fundamentaler Bedeutung bei allen psychologischen Untersuchungen ist die Exploration [...] Da der Mensch nicht in der Isolation lebt, sondern in der Gesellschaft und von daher grundlegend beeinflusst [...] wird, so muß [sich] in jedem Fall eine breitangelegte Mileuuntersuchung und Lebenslaufanalyse des zu Untersuchenden anschließen.“³⁶⁶

Anhand dieser Darstellung zeigte Billenkamp, dass er, analog zu zahlreichen weiteren Verfassern, die in der *DDG* zu Wort kamen, den Umweltfaktoren eine Schlüsselposition einräumte. Die Vertreter des Fachs Psychologie sollten Billenkamp zufolge objektiv nachweisbare Ergebnisse erzielen.

Zur Zusammenarbeit zwischen Psychologe und Arzt bemerkte Billenkamp, dass „diese nur fruchtbar sein [kann], wo sich beide in kollegialer Achtung (ohne Antagonismus der

³⁶⁴ Busse (2004), S. 92 f.

³⁶⁵ Billenkamp (1954), S. 662.

³⁶⁶ Ebenda, S. 663.

Fakultäten) begegnen und zwischen ihnen Parität herrscht“³⁶⁷. In Bezug auf die „Abgrenzung der Kompetenzbereiche“³⁶⁸ bemerkte er:

„Der Psychologe will dem Arzt nicht in seine Diagnose und darüber hinaus in seine therapeutischen Maßnahmen hineinreden. Das versteht sich aus Gründen der Sachlichkeit und des persönlichen Taktes. Die ärztliche Diagnose soll – in besonderen Fällen – mit den zur Verfügung stehenden und im Spezialfall anwendbaren experimentell-psychologischen Mitteln ergänzt und verifiziert werden.“³⁶⁹

Er siedelte die Tätigkeit des Psychologen im Gesundheitswesen an Eheberatungsstellen, an „öffentliche Erziehungsberatung“, wie beispielsweise bei „Schwererziehbarkeit, Diebereien, Vagabondagen“, an „Aufnahme- und Beobachtungsheimen für psychisch auffällige Kinder“ sowie an Industriebetrieben, wo der Psychologe den „Umweltverhältnissen, den Bedingungen am Arbeitsplatz, der sozialpsychiatrischen Struktur [...] des Individuums nachzuspüren hat“³⁷⁰, an. Darüber hinaus könnte er Billenkamp zufolge in psychiatrischen Kliniken die ärztlichen Befunde durch psychologische Untersuchungen ergänzen. Berthold Bauer aus der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Jena stellte 1955 in der *DDG* fest, dass „eine Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Psychologen „längst im Gange [sei] und unabhängig von theoretischen Erörterungen der Kompetenzfrage bereits erfreuliche Ergebnisse gezeigt“³⁷¹ habe. Als Beispiel führte er die gemeinsame Erarbeitung des Therapieplans des Patienten im Rahmen einer fundierten Diskussion der Befunde auf.³⁷² Die Tätigkeiten des Psychologen umfassten Bauer zufolge die Hypnose, das Autogene Training nach J.H. Schultz³⁷³ sowie die Arbeits- und die Spieltherapie.³⁷⁴ Müller-Hegemann ging 1957 in der *DDG* ebenfalls der Frage zu den „Formen einer Zusammenarbeit zwischen Psychologen und Arzt“³⁷⁵ nach und grenzte die Tätigkeitsfelder klar voneinander ab. Hierbei war Müller-Hegemann zufolge zu beachten, dass „die vom Psychologen zu leistende *Arbeit nicht ebenso gut vom Arzt übernommen* werden könnte“. Er stellte klar, dass die „Psychopathologie aus dem psychiatrischen Erfahrungsbereich erwachsen ist und daß es unmöglich [sei], sie ohne gründliche Kenntnis der Psychiatrie

³⁶⁷ Billenkamp (1954), S. 663.

³⁶⁸ Ebenda, S. 664.

³⁶⁹ Ebenda, S. 664. Dort auch die folgenden Zitate.

³⁷⁰ Ebenda, S. 665.

³⁷¹ Bauer (1955), S. 1509.

³⁷² Ebenda, S. 1510.

³⁷³ Bauer/Klumbies (1957), S. 1162.

³⁷⁴ Ebenda, S. 1165.

³⁷⁵ Müller-Hegemann (1957), S. 609. Dort auch die folgenden Zitate.

und ohne Medizinstudium im [E]inzeln zu verstehen und richtig anzuwenden“³⁷⁶. So kam er zu der Schlussfolgerung, dass die Grenze zwischen der ärztlichen und der psychologischen Tätigkeit dort gezogen werden sollte, wo die ärztliche diagnostisch-therapeutische Arbeit abgeschlossen ist:

„Der Psychologe ist und bleibt eben für uns der unbestrittene Fachmann auf dem Gesamtgebiet der psychischen Vorgänge außerhalb pathologischer Abläufe, dort hat er sein Heimatrecht, und von dieser nicht immer genügend berücksichtigten Abgrenzung aus sollten wir die Möglichkeit der Zusammenarbeit [...] neu überdenken.“³⁷⁷

Als mögliche Arbeitsfelder des Psychologen nannte Müller-Hegemann „Lebenskrisen, Erziehungsschwierigkeiten oder Verwahrlosungserscheinungen“³⁷⁸; was jedoch die „Arbeitstherapie, Milieuthérapie, Soziotherapie in psychiatrischen Anstalten [anginge], so [könne] bei noch nicht abgeschlossener Diagnostik und Therapie die Entscheidung über alle wichtigen Maßnahmen nur beim Arzt liegen“. Er resümierte, dass er die Zusammenarbeit durch seine Bemerkungen keinesfalls abschwächen wolle:

„Eher ist das Gegenteil der Fall. Im [E]inzeln geht es darum, den Psychologen von inferioren Tätigkeitsbereichen zu entlasten, die seiner Qualifikation nicht entsprechen, und zugleich die Gefahr zu bannen, daß die Ärzte sich von den medizinisch-psychologischen Aufgabenstellungen wiederum entfernen [...] Alle Versuche, dem Arzt die Beschäftigung mit dem Gesamtorganismus einschließlich der psychischen Erscheinungen seiner Patienten streitig zu machen, von Hilfsarbeiten abgesehen, müssen die Gefahr einer Entdifferenzierung, poetisch gesagt, einer ‚Entseelung‘ der Medizin in sich schließen, deren Folgeerscheinungen hauptsächlich der kranke Mensch zu tragen hätte.“³⁷⁹

Anhand der Aussagen Müller-Hegemanns werden Sorgen um die Einflussbereiche sowie ein gewisses Konkurrenzdenken im Hinblick auf die Abgrenzung der Tätigkeitsfelder offenbar. Zudem zeigt sich, dass Müller-Hegemann den Psychologen nicht als Kollegen betrachtet, dessen Tätigkeit gleichwertig zu der des Arztes ist. Stattdessen wirkt sein scharfes Argument über die möglichen Folgen der Übernahme von Aufgabenbereichen durch den Psychologen, die eigentlich in das „Hoheitsgebiet“ des Arztes fallen, wie eine Drohung. Dies scheint das Ziel zu verfolgen, bei seinen ärztlichen Kollegen Angst vor den möglichen negativen Konsequenzen für den Patienten zu wecken.

³⁷⁶ Müller-Hegemann (1957), S. 610.

³⁷⁷ Ebenda, S. 614.

³⁷⁸ Ebenda, S. 613. Dort auch das folgende Zitat.

³⁷⁹ Ebenda, S. 615.

Psychosomatik

Unter dem Begriff der Psychosomatik werden in der heutigen Medizin verschiedene Phänomene subsummiert: die „Lehre von den Leib-Seele-Beziehungen“³⁸⁰, der holistische Ansatz im Sinne einer ganzheitlichen Medizin sowie die Annahme einer Psychogenese somatischer Störungen. Die psychosomatische Medizin befasst sich darüber hinaus mit funktionellen Organbeschwerden, Somatisierungsstörungen und Konversionssyndromen.³⁸¹ Pawlows Theorie von den bedingten Reflexen, die sich in den Nachkriegsjahren in den osteuropäischen Ländern durchsetzte, kann als ein psychosomatischer Ansatz ganz anderer Art gewertet werden.³⁸² Pawlows Lehre, die auf einem streng naturwissenschaftlichen Ansatz fußte, bildete einen Pol in der Entwicklung der psychosomatischen Medizin. Der gegensätzliche Pol wurde durch die psychoanalytischen Richtungen eingenommen.³⁸³ Im Rahmen der Pawlow-Tagung 1953, über die in der Zeitschrift *DDG* berichtet wurde, äußerte sich Schwarz aus Greifswald zur Einordnung der Lehre Pawlows sowie zur Abgrenzung von dem damals verbreiteten Phänomen der Psychosomatik wie folgt:

„Die sog. psycho-somatische Wissenschaft neuesten Gepräges muß ihrer ganzen Grundeinstellung nach als eine Pseudowissenschaft gekennzeichnet werden. Dabei sei erwähnt, daß der Begriff „Psychosomatik“, wie sich historisch zeigen läßt, der exakten klinischen Forschung gleichsam entwendet worden ist. Demgegenüber müssen die kortiko-viszerale Beziehungen mit exakt naturwissenschaftlichen Methoden untersucht werden. Die bewußte Psychotherapie als solche in der Sicht kortiko-viszeraler Beziehungen ist zu bejahen.“³⁸⁴

Schwarz zufolge sei das „Lebenswerk Pawlows [...] ein entscheidender Wegweiser“ bei der Erforschung der „psycho-somatischen Korrelation“.

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Das Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) blieb von den Ereignissen während des Dritten Reichs, den Zwangssterilisationen und Tötungen im Rahmen der NS-Euthanasieprogramme, nicht unberührt.³⁸⁵ Nach Kriegsende entwickelten sich die KJP in der BRD und in der DDR zunehmend auseinander, beschleunigt durch den Bau der Berliner

³⁸⁰ Schott/Tölle (2006), S. 161.

³⁸¹ Ebenda, S. 161.

³⁸² Ebenda, S. 162.

³⁸³ Kulawik (1991), S. 16.

³⁸⁴ Schwarz (1953), S. 225. Dort auch die folgenden Zitate.

³⁸⁵ Castell et al. (2003), S. 497.

Mauer 1961, der die Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatern in Ost- und Westdeutschland stark hemmte.³⁸⁶

Die Untersuchung der Entwicklung des Fachs KJP ist interessant, da die Kinder für die Etablierung einer neuen Gesellschaftsform in der DDR eine Schlüsselposition einnahmen. Schließlich wurden sie in das bestehende System hineingeboren und konnten von Beginn an beeinflusst werden, im Gegensatz zu ihren Eltern, die zum Teil in einer anderen Staatsform aufgewachsen waren. Dies wirft die Frage auf, welche Rolle hierbei die Ärzte einnahmen, die in der Versorgung an staatliche Vorgaben gebunden waren.

Seit dem 12. April 1954 bestand in der DDR Meldepflicht für alle Kinder und Jugendlichen, die unter einer Körperbehinderung oder geistigen Störung litten.³⁸⁷ Die „Anordnung über die Durchführung der psychiatrischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen“³⁸⁸ vom 15. Mai 1954 besagte nach §4, dass Kinder und Jugendliche, „bei denen Bildungsfähigkeit nicht mehr gegeben ist, [...] durch die Abteilung Gesundheitswesen des Rates des Kreises in gesonderten Pflegeheimen oder in besonderen Abteilungen der psychiatrischen Einrichtungen unterzubringen“ waren. Außerdem sollten psychiatrische Beratungsstellen eingerichtet werden, die für die Erfassung und Meldung von Kindern und Jugendlichen mit geistigen oder körperlichen Behinderungen zuständig waren. Weitere Aufgaben dieser Institutionen waren die „Überprüfung der Lebensverhältnisse der Kinder und Jugendlichen, Einflußnahme auf das Milieu und Beratung in Erziehungsfragen, gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit den Organen für Volksbildung.“ Die Betreuung und Begleitung dieser Kinder fiel damit in das Grenzgebiet zwischen Psychiatrie und Pädagogik.³⁸⁹ So sahen sich die Mitarbeiter einiger Kliniken der DDR in den 1950er Jahren mit der Betreuung von „bildungsunfähigen Kindern“ konfrontiert, die aus medizinischer Sicht als „nicht behandlungsbedürftig“³⁹⁰ eingestuft wurden und denen daher keine spezifische Förderung zustand. Aus diesem Grund stellte Lieselotte Eichler, ärztliche Direktorin der Görden Klinik, Anfragen nach einer staatlichen Unterstützung an das MfG. Nachdem ihr Ersuchen scheiterte, entschloss sich die Leitung dazu, eine heilpädagogische

³⁸⁶ Castell et al. (2003), S. 497.

³⁸⁷ Anordnung über Meldung von Körperbehinderten, geistigen Störungen, Schädigungen des Sehvermögens und Schädigung des Hörvermögens. Vom 12. Mai 1954 (1960) Abgedruckt in: Renker/Weise (1960), S. 50.

³⁸⁸ Anordnung über die Durchführung der psychiatrischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen. Vom 15. Mai 1954 (1960) Abgedruckt in: Renker/Weise (1960), S. 53 f. Dort auch die folgenden Zitate.

³⁸⁹ Falk/Hauer (2007), S. 224.

³⁹⁰ Falk/Hauer (2007), S. 217.

Abteilung zu gründen. Dadurch wurde sie Wegbereiter für andere Kliniken.³⁹¹ Bei der Etablierung des Konzeptes orientierte sie sich an dem heilpädagogischen System des ungarischen Arztes Gustav Bárczi (1890-1946), dessen Methode die Theorie der „Reflexologie Pawlows“³⁹² weiterentwickelte und der in der Förderung von „bildungsunfähigen Kindern“ die Verknüpfung von unbedingten und bedingten Reflexen miteinbezog. Zusätzlich war eine „besonders liebevolle und ständige Zuwendung und Beschäftigung mit dem Kind“³⁹³ essentiell. Bárczi sprach sich für eine möglichst frühzeitige Erfassung und Förderung von geistig behinderten Kindern aus.³⁹⁴ Eichler schien die Umsetzung der staatlichen Vorgaben möglichst sinnstiftend für die Entwicklung der Kinder nutzen zu wollen, indem sie sich für eine umfassende Förderung der betroffenen Kinder einsetzte. Diverse Psychiater beleuchteten in der *DDG* über die Jahrzehnte hinweg zahlreiche Krankheitsbilder und Störungen aus dem psychiatrischen Formenkreis, an denen Kinder und Jugendliche zu jener Zeit erkrankten. Am meisten beschäftigten sie sich mit der Diagnose Intelligenzminderung und den damit verbundenen Herausforderungen der Diagnostik, Förderung und Betreuung.³⁹⁵ Nach Kriegsende drängte die Bewältigung des Umgangs mit Jugendlichen, die kriminell auffällig geworden waren³⁹⁶, das Problem des „psychischen Hospitalismus“³⁹⁷ bei Kindern, die in Krippen und Heimen untergebracht wurden, sowie die Herausforderungen der Schwererziehbarkeit³⁹⁸ und der Nervosität im Kindes- und Jugendalter.³⁹⁹

3.1.6 Entwicklung der Behandlungsansätze

Nach Kriegsende konnten die meisten Psychiatrien in der SBZ kaum neue Behandlungsformen nachweisen und knüpften an den Stand an, der vor dem Krieg herrschte.⁴⁰⁰ Sie

³⁹¹ Falk/Hauer (2007), S. 217.

³⁹² Ebenda, S. 218. Dort auch das folgende Zitat.

³⁹³ Eichler (1968b), S. 20.

³⁹⁴ Eichler (1968a), S. 5. Erläuterung der grundsätzlichen Erziehungsprinzipien nach Bárczi vgl. Aczél (1968), S. 99.

³⁹⁵ Schmitz/Grossmann (1961). Vgl. Jun, G. (1970).

³⁹⁶ Donalies (1951). Vgl. Lindenberg, W. (1948).

³⁹⁷ Stumpf (1956), S. 452.

³⁹⁸ Destunis (1957).

³⁹⁹ Destunis (1958).

⁴⁰⁰ Rose (2005), S. 62.

waren „weniger auf Therapieren als auf Verwahren der Kranken ausgerichtet“⁴⁰¹ und verzichteten aufgrund der misslichen wirtschaftlichen Lage auf einige Ansätze wie „Dauerbäder [...], Cardiazol- und die Insulinschocktherapie sowie die Malariaimpftherapie“. Hingegen fand die Gabe von Beruhigungsmitteln, die Elektroschocktherapie, die (Winter-)schlaftherapie sowie die Arbeitstherapie in begrenzten Umfang bei Patienten mit Heilungsaussicht Anwendung.⁴⁰²

Weitere Behandlungsmöglichkeiten waren die Psychotherapie sowie Übungen, die im Rahmen der Heilpädagogik vor allem bei Kindern und Jugendlichen angewandt wurden. Das Therapiespektrum schien sich in der Psychiatrie der SBZ und der frühen DDR trotz der schwierigen wirtschaftlichen Situation nicht wesentlich von den westlichen Staaten zu unterscheiden.⁴⁰³ Die behandelnden Ärzte orientierten sich bei der Wahl der Therapie am Ärztlichen Leiter der Klinik, eine zentral gesteuerte ideologische Beeinflussung blieb die Ausnahme.⁴⁰⁴ Seit den 1950er Jahren nahmen die Bestrebungen zu, das Diagnose- und Therapieangebot und parallel dazu die Anzahl der Psychiatrie- und Pflegeheimplätze auszubauen.⁴⁰⁵

Arbeitstherapie

Das Konzept der Arbeitstherapie hatte in den Psychiatrien der DDR einen hohen ideologisch-politischen Stellenwert, es war getragen von dem gesetzlichen Prinzip „Recht auf Arbeit“⁴⁰⁶. Dieses Gesetz schrieb unter anderem fest, dass Arbeitsverträge von psychisch Erkrankten nicht gegen deren Willen gekündigt werden durften.⁴⁰⁷

Die Bedeutung der Arbeitstherapie wurde gestärkt durch den zu jener Zeit gültigen marxistisch-leninistischen Arbeitsbegriff, demzufolge die Arbeit als wichtige Grundlage für gesellschaftliche und individual-menschliche Entwicklung galt. Die in den 1950er ver-

⁴⁰¹ Falk/Hauer (2007), S. 149. Dort auch das folgende Zitat.

⁴⁰² Rose (2005), S. 71 f.

⁴⁰³ Steinberg (2016b), S. 202.

⁴⁰⁴ Ebenda, S. 202.

⁴⁰⁵ Falk/Hauer (2007), S. 184-192. Im Falle der Görden Neurologie fanden Modernisierungsprozesse im Bereich der diagnostischen Mittel statt und die Schock- und Krampftherapien wurden forciert. In anderen Bereichen, wie zum Beispiel in der Elektroenzephalografie (EEG), blieb die DDR-Psychiatrie zunächst im internationalen Vergleich zurück. Der Grund hierfür liegt in der Tatsache, dass die Geräte in der DDR nicht selbst hergestellt und daher importiert werden mussten. Zitiert nach H.-G. Niebeling (1980), Einführung in die Elektroenzephalographie, 2. erw. Aufl., Leipzig, S. 17 f.

⁴⁰⁶ Schott/Tölle (2006), S. 444. Dort auch das folgende Zitat.

⁴⁰⁷ Ebenda, S. 444.

breitete Lehre Pawlows wirkte sich auf die politische Ebene aus, da exogene Krankheitsursachen stärker berücksichtigt wurden.⁴⁰⁸

Nachdem man zu Beginn der 1950er Jahre versuchte, das System der Familienpflege auszubauen, entstand ein Konflikt zwischen dem Anspruch, die Patienten gesellschaftlich zu rehabilitieren, und der Notwendigkeit, die Arbeitskraft der Patienten für die Einrichtungen zu erhalten.⁴⁰⁹ Im Jahr 1951 unterband das Ministerium für Arbeit der DDR die Praxis der Familienpflege und forderte nach amtsärztlicher Prüfung der Patienten eine Einstellung und Vergütung nach Tarif in für Patienten geeigneten Arbeitsbereichen. Galten die Patienten nur als teilarbeitsfähig, sollten sie unter Aufsicht von geschultem Krankenhauspersonal in land- und forstwirtschaftlichen Betrieben eingesetzt und die Bezahlung zwischen den Anstalten und den Betrieben ausgehandelt werden.⁴¹⁰

Daraufhin wurden sogenannte „Kolonien“ als Außenstellen im landwirtschaftlichen Sektor, in Volkseigenen Gütern (VEGs) und in Landwirtschaftlichen Produktionsgenossenschaften (LPGs) eingerichtet, in denen die Patienten arbeiteten und zusammen mit dem Betreuungspersonal untergebracht wurden.⁴¹¹ Ein weiteres wichtiges Anliegen der ZVGes betraf die Kooperation der Psychiatrien mit industriellen und städtischen Betrieben, um „alle Ressourcen zur Steigerung der Industrieproduktion zu mobilisieren“⁴¹². Hintergrund war vermutlich die Erfüllung der ehrgeizigen Wirtschaftspläne der 1950er Jahre.⁴¹³ Die Krankenhausleitungen reagierten zunächst verhalten auf die entsprechenden Anfragen des MfG. Dies geschah vermutlich auf Grundlage von Befürchtungen, sich im Rahmen von Kooperationsbeziehungen mit der Industrie abhängig von Aufträgen und Zulieferungen zu machen und die Arbeitskraft der Patienten dann nicht mehr für die unmittelbare Versorgung der eigenen Krankenhäuser zur Verfügung zu haben.⁴¹⁴ Diese Arbeitskraft galt als bedeutsamer wirtschaftlicher Faktor, da nur so Restaurationsarbeiten an den Gebäuden durchgeführt werden konnten und der tägliche Betrieb in den Psychiatrien aufrechterhalten wurde.⁴¹⁵

⁴⁰⁸ Rose (2005), S. 78.

⁴⁰⁹ Hanrath (2003), S. 53.

⁴¹⁰ Ebenda, S. 54. Zitiert nach BLHA Ld. Br. Rep. 211, Nr. 941. Ministerium für Arbeit der DDR an die Landesregierung Brandenburg, 02.05.1951.

⁴¹¹ Rose (2005), S. 83 f. Zitiert nach BAB, DQ 1, Nr. 5571, 3913 sowie DQ 1/A 1, vorl. Nr. 9467.

⁴¹² Ebenda, S. 75.

⁴¹³ Ebenda, S. 75.

⁴¹⁴ Ebenda, S. 76.

⁴¹⁵ Falk/Hauer (2007), S. 149. Vgl. Brink (2010), S. 364.

Die Wirtschaftlichkeit dieser Form des Umgangs mit psychisch Kranken erhöhte sich durch niedrige Arbeitsvergütung, die der Konditionierung dienen sollte, leistungsabhängig gestaltet war und sich in den einzelnen Kliniken stark unterschied.⁴¹⁶ Dies führte dazu, dass Psychiatrien gelegentlich an der Entlassung eingearbeiteter Patienten kaum interessiert waren und den therapeutischen Belangen wenig Beachtung schenkten.⁴¹⁷

In den 1950er Jahren orientierten sich einige Kliniken formal am Modell der Simonschen Arbeitstherapie, wobei allerdings die therapeutischen Gesichtspunkte in der konkreten Durchführung eine nachrangige Rolle spielten.⁴¹⁸ Das Konzept der „aktiven Krankenbehandlung“ von Hermann Simon (1867-1947) geht davon aus, dass psychisch Kranke über gesunde Persönlichkeitsanteile verfügen und es diese durch das Einüben bestimmter Tätigkeiten zu stärken gelte.⁴¹⁹ Müller-Hegemann beschrieb 1951 in der *DDG* die Methoden der Simonschen Arbeitstherapie als einen Bestandteil der modernen Psychotherapie: „Angepunkt“⁴²⁰ der therapeutischen Bemühungen war „das gesellschaftliche Wesen des Menschen mit seiner spezifischen Freude an der Arbeit, das auch bei schweren Geisteskrankheiten nicht ganz verschüttet wird und nur durch bewußte Tätigkeit im gesellschaftlichen Rahmen neu entwickelt werden kann.“

Ein Richtungswechsel in der Haltung zur Arbeitstherapie erfolgte erst 1954 mit der Einstellung der in den USA ausgebildeten Arbeitstherapeutin Ursula Katzenstein am Gördeener Krankenhaus. Mit ihrem Wissen, basierend auf ihrer Ausbildung, betonte sie die ursprüngliche Bestimmung der Therapieform, die auf die Besserung der Krankheitssymptome ausgerichtet war.⁴²¹

Lieselotte Eichler (geb. 1907), die 1954 zur Direktorin des psychiatrischen Krankenhauses in Görden berufen wurde, leistete ebenfalls einen wichtigen Beitrag, indem sie den therapeutischen und rehabilitativen Zielen der Patientenarbeit einen hohen Stellenwert einräumte.⁴²² Als Direktorin des größten psychiatrischen Krankenhauses der DDR übte Eichler durch ihr Engagement und ihre Mitarbeit in verschiedenen medizinischen und

⁴¹⁶ Rose (2005), S. 74-78.

⁴¹⁷ Falk/Hauer (2007), S. 149.

⁴¹⁸ Ebenda, S. 192.

⁴¹⁹ Rose (2005), S. 22 f.

⁴²⁰ Müller-Hegemann (1951), S. 641. Dort auch das folgende Zitat.

⁴²¹ Falk/Hauer (2007), S. 193.

⁴²² Rose (2005), S. 79.

gesundheitspolitischen Gremien bedeutenden Einfluss aus. Im Auftrag des Gesundheitsministeriums untersuchte sie die Erfahrungen auf dem Gebiet der Arbeitstherapie in der BRD und in den östlichen Nachbarländern.⁴²³ Eichler publizierte 1957 in der *DDG* einen Artikel zur Arbeitstherapie aus der Perspektive des Psychiaters.⁴²⁴ Ihr zufolge gehörte die Arbeitstherapie zum „therapeutischen Rüstzeug“⁴²⁵ des klinisch tätigen Psychiaters. Seine Hauptaufgabe sollte sein, die „Kranken dem Leben, der Gesellschaft wieder zurückzugeben“⁴²⁶ und

„den zur Behandlung aufgenommenen Kranken möglichst rasch wieder gesunden zu lassen. Die Wechselbeziehungen zwischen Organismus und Umwelt und die Möglichkeit der heilenden Wirkung der Umwelt und des Wortes müssen wir ausnützen durch richtige Gestaltung der Behandlungsumwelt und konsequente arbeitstherapeutische Maßnahmen.“⁴²⁷

In der Art und Weise, wie Eichler die Bedeutung der Umweltfaktoren betonte, unterschied sie sich von denjenigen Einschätzungen, die zuvor von ärztlichen Kollegen getroffen wurden. Eichler war der Ansicht, dass man mittels dieser Faktoren im positiven Sinne Einfluss auf den Erkrankungsverlauf nehmen könnte, vorausgesetzt, sie entfalteten eine „heilende Wirkung“ auf den Patienten. Zahlreiche Kollegen betonten zuvor im Wesentlichen die Umstände, unter denen die Umweltfaktoren einen negativen Einfluss auf den Krankheitsverlauf haben könnten, beziehungsweise sogar als Auslöser fungierten.

Eichler beschrieb die Entwicklungsetappen der Arbeitstherapie im psychiatrischen Krankenhaus Görden. Bevor die Psychiater 1956 mit einer gezielten Arbeitstherapie begannen, „wurden die Patienten [...] mit Arbeiten auf dem Gutshof, in der Gärtnerei, den Werkstätten, in Küche, Waschküche, Näh- und Flickstube und mit Hausarbeiten beschäftigt.“⁴²⁸ Daraufhin suchten sie nach Arbeitsmöglichkeiten, die den Eigenbedarf decken sollten: „Es wurden [...] alte Jacken getrennt und aus den Stoffresten Fausthandschuhe und Sockenschoner angefertigt.“ Nach „Rücksprache mit dem Staatsapparat“ wurden Kooperationen mit der örtlichen Industrie und den VEGs aufgebaut, die die Patienten in kontinuierliche Arbeit brachten und angemessen bezahlten. Die Fähigkeiten sollten im

⁴²³ Rose (2005), S. 79.

⁴²⁴ Eichler (1957).

⁴²⁵ Ebenda, S. 1.

⁴²⁶ Ebenda, S. 6.

⁴²⁷ Ebenda, S. 4.

⁴²⁸ Ebenda, S. 4 f. Dort auch die folgenden Zitate.

Sinne einer „gestaffelte[n] Arbeitstherapie“⁴²⁹ geschult werden; das Arbeitsspektrum reichte hierbei von „Primitive[n] Arbeiten ohne Werkzeuge“ wie das „Zupfen von Sisalstricken“ zu „Arbeiten für differenzierte Patienten“, die unter anderem durch das „Zusammensetzen von komplizierten Autos und [...] anderem Spielzeug“ beschäftigt wurden. Eichler war der Ansicht, dass die Tätigkeiten eine „ernste Arbeit sein [müssten], so daß der Kranke das Gefühl bekommt, daß er etwas geleistet hat.“⁴³⁰ Dazu sollte eine „große Stetigkeit“ gewährleistet werden und der Patient „eine gewisse Verantwortung haben, nur dann wird er sich später wieder in der Gesellschaft eingliedern können.“ Auch sei es wichtig, „ein freundliches Milieu zu schaffen und für Abwechslung in der Freizeit zu sorgen.“ Die Art der Tätigkeit sollte sich an den Fähigkeiten des Patienten orientieren und zugleich sein Verantwortungsgefühl gegenüber der Gesellschaft stärken. Anhand dieser Aussagen zeigte sich, dass der humanistische Ansatz ein wichtiger Bestandteil des damaligen ärztlichen Selbstverständnisses war, da die Ärzte versuchten, die Bildungs- und Entwicklungsfähigkeit der Menschen durch ihre therapeutischen Bemühungen zu fördern und zu unterstützen. Das „Problem der Wiedereingliederung“⁴³¹ könnte Eichler zufolge nur gelöst werden, wenn die „Dispensaire-Methode“ eingeführt wird, „die eng mit einer Arbeit, wie sie früher die offene nachgehende Fürsorge betrieb, verbunden sein“ muss. Sie stellte fest, dass es Patienten gebe, „die trotz ihrer Entlassungsfähigkeit im Krankenhaus bleiben, da niemand da ist, um sie aufzunehmen. Diese Kranken haben sich durch oft jahrelangen Anstaltsaufenthalt völlig dem Anstaltsmilieu angepaßt, aber die Beziehung zur Außenwelt verloren.“⁴³² Zumal fehlte auch das „nötige Verständnis der Angehörigen, so daß schon dadurch Rückfälle unvermeidbar sind.“ Für diese Patienten wurden Kolonien eingerichtet. Über die Erfahrungen, die mit diesem Konzept in dem psychiatrischen Krankenhaus Görden gemacht wurden, schrieb Eichler, dass

„das kleinere Kollektiv der Kolonie [...] bessere und schnellere Erfolge zeitigt als das noch ungesündere Anstaltsmilieu. Haben sich die Patienten [...] bewährt, werden sie von uns als landwirtschaftliche Arbeitskräfte in Arbeit vermittelt. Wir besichtigen die Arbeitsstellen, schließen mit dem Arbeitgeber einen Vertrag [...], und betreuen den entlassenen Kranken [...] durch einen Arzt und eine Oberschwester durch regelmäßige Hausbesuche weiter.“⁴³³

⁴²⁹ Eichler (1957), S. 4 f. Dort auch die folgenden Zitate.

⁴³⁰ Ebenda, S. 2. Dort auch die folgenden Zitate.

⁴³¹ Ebenda, S. 6. Dort auch die folgenden Zitate.

⁴³² Ebenda, S. 7. Dort auch das folgende Zitat.

⁴³³ Ebenda, S. 7.

Der Unterschied zum vorherigen Konzept der „Familienpflege“⁴³⁴ war folgender: „Früher erhielt der Landwirt von der Anstalt einen Geldbetrag, heute muß er dem entlassenen Kranken Tariflohn zahlen; trotzdem genießt der entlassene Patient noch weiter Hilfe und Beratung durch das Krankenhaus“. Die Stellung des Patienten schien sich deutlich verbessert zu haben, eine völligen Autonomie über die Ausgestaltung seines Lebens wurde jedoch nicht erreicht.

Eichler listete zahlreiche Hindernisse auf, die der Implementierung der Arbeitstherapie im Weg standen. Zum einen wurde die Arbeitstherapie durch „die Einführung der körperlichen Behandlungsmethoden [...] stark in den Hintergrund gedrängt“⁴³⁵. Zum anderen war eine fehlende wissenschaftliche Fundierung feststellbar. Auch waren die „baulichen Voraussetzungen für eine echte Krankenhausbehandlung [...] nicht immer günstig“. Die Situation spitze sich Eichler zufolge weiter zu durch die „starke Überbelegung“ durch „häufig nicht mehr wesentlich behandlungsfähige schwer schwachsinnige Kranke und Pflegefälle im hohen Alter“ sowie durch den „Mangel an ärztlichem Nachwuchs und [...] an wirklich qualifiziertem Schwesternnachwuchs“.

Eichler betonte, wie zahlreiche weitere Psychiater zu jener Zeit, die Bedeutung der wissenschaftlichen Fundierung der Behandlungsformen und rief dazu auf, die Forschung auf dem Gebiet der Arbeitstherapie weiter voranzutreiben.

In Bezug auf die Wirtschaftlichkeit der Arbeitstherapie sprach sich Eichler dafür aus, dass „das therapeutische Moment“⁴³⁶ im „Vordergrund aller Krankenbeschäftigung [...] stehen [muss]. Der wirtschaftliche Wert der geleisteten Arbeit ist zunächst nicht so wichtig.“ Zugleich relativierte sie ihre Aussage, indem sie schrieb: „Wenn man die Dinge aber vom praktischen Standpunkt aus betrachtet, so wird auch der Arzt dafür sorgen, daß die Arbeitskraft nach Möglichkeit nützlich verwendet wird.“⁴³⁷

Außerdem führte sie auf, dass sich die Erfolge zum einen in einer deutlich verbesserten Atmosphäre in den Anstalten niederschlugen, zum anderen die „wirtschaftlichen Vorteile nicht zu unterschätzen [sein], die in dem ungeheuren Rückgang des Medikamentenver-

⁴³⁴ Eichler (1957), S. 7. Dort auch das folgende Zitat.

⁴³⁵ Ebenda, S. 3. Dort auch die folgenden Zitate.

⁴³⁶ Ebenda, S. 2. Dort auch das folgende Zitat.

⁴³⁷ Ebenda, S. 2.

brauchs liegen und darin, daß die Kranken erheblich an der Aufrechterhaltung des gesamten Anstaltsbetriebes mitbeteiligt sind.“⁴³⁸ Das Primat der Wirtschaftlichkeit schien, wenn auch unter gewissen Einschränkungen, im Vordergrund zu stehen.

Eichler stellte in ihrem Artikel einen breiten Forderungskatalog auf. Sie maß der Pawlowschen Lehre eine hohe Bedeutung bei und rief dazu auf, „mit der Hilfe der Pawlowschen Konzeption die theoretischen und wissenschaftlichen Grundlagen für eine moderne Arbeitstherapie zu erarbeiten.“⁴³⁹ Eichler arbeitete, analog zu den anderen neuro-psychiatrischen Subdisziplinen, auf die Verankerung der Lehre Pawlows in der täglichen Arbeit, und somit auch im ärztlichen Selbstverständnis, hin.

Ferner setzte sich Eichler dafür ein, in der DDR eine Ausbildungsmöglichkeit für eine Arbeitstherapeutin zu schaffen und die Zahl an ausgebildeten psychiatrischen Fürsorgefrauen zu erhöhen.⁴⁴⁰ Sie verlangte die Einrichtung von therapeutischen Werkstätten, in denen die Patienten nicht als „willkommene Handlanger ausgenutzt“⁴⁴¹ werden, sondern eine „Anleitung und Schulung zu selbstständiger Arbeit“ erhalten. Eichler beklagte einen Mangel an für die Durchführung der Arbeitstherapie notwendigem Material und forderte eine zentrale Planung, um einen „kontinuierlichen Materialfluss“⁴⁴² zu gewährleisten. Das Primat der Leistungsfähigkeit für die Gesellschaft wird ersichtlich, als sie dazu aufrief, in „größeren Städten mit Industriebetrieben Heime für entlassene Geisteskranke zu schaffen, die unter der richtigen erzieherischen Leitung [...] wertvolle Arbeit in Produktionsbetrieben leisten könnten“⁴⁴³ und zählte die hiermit verbundenen wirtschaftlichen Vorteile auf: „Die Schaffung derartiger Heime würde unserer Gesellschaft manche Arbeitskraft zuführen, würde in den ohnehin voll belegten psychiatrischen Krankenhäusern Betten frei machen, der Staatshaushalt würde entlastet werden“⁴⁴⁴.

Leider waren in den 1950er Jahren nur bescheidene Rehabilitationserfolge feststellbar, da sich manche Patienten an das Krankenhaus gewöhnt hatten und eine soziale und familiäre Wiedereingliederung erschwert wurde.⁴⁴⁵

⁴³⁸ Eichler (1957), S. 3.

⁴³⁹ Ebenda, S. 4.

⁴⁴⁰ Ebenda, S. 5 ff.

⁴⁴¹ Ebenda, S. 6. Dort auch das folgende Zitat.

⁴⁴² Ebenda, S. 5.

⁴⁴³ Ebenda, S. 7.

⁴⁴⁴ Ebenda, S. 7.

⁴⁴⁵ Falk/Hauer (2007), S. 193-197. Das Görden Krankenhaus war Teil der DDR-weiten Reformbewegung und dient daher als Beispiel stellvertretend für andere Psychiatrien. S. 9.

Psychopharmaka

Ein bedeutungsvoller Einschnitt in der Behandlung psychisch Kranker war das Aufkommen von Psychopharmaka Mitte der 1950er Jahre. In der DDR war die „Entwicklung [...] neuer Wirkstoffe [...] ebenso wie die Herstellung und Nachentwicklung bekannter Arzneimittel Bestandteil der Planwirtschaft.“⁴⁴⁶

Anwendung fand unter anderem das Medikament Chlorpromazin bei endogenen Psychosen, insbesondere bei der Diagnose Schizophrenie, sowie Contralin (Antabus®), das Alkoholranke im Entwöhnungsprozess unterstützte.⁴⁴⁷ Ende der 1950er Jahre folgte die Verwendung von Antidepressiva und Tranquilizern. Das Antikonvulsivum Phenytoin und das Neuroleptikum Triperidol erweiterten das Spektrum der Epilepsiebehandlung.⁴⁴⁸ Die Herstellung der Arzneimittel verlief aufgrund des Mangels an Rohstoffen und Verpackungsmaterial schleppend, was dazu führte, dass die benötigten Präparate aus der BRD bezogen werden mussten.⁴⁴⁹

Die Medikamente waren zunächst mit starken Nebenwirkungen behaftet.⁴⁵⁰ Die Psychiater erhofften sich, durch den Einsatz dieser Medikamente psychische Krankheiten zu heilen beziehungsweise die Krankheitssymptome mildern zu können. Der „therapeutische Nihilismus wich einem therapeutischen Eifer“⁴⁵¹.

Allerdings verzögerte sich die Behandlung mangels finanzieller Mittel und aufgrund der Vernachlässigung des chemischen Zweigs der pharmazeutischen Industrie durch das ZK der SED.⁴⁵² Fraglich blieb, ob die Medikamentengabe eine „qualitative Veränderung [für die Patienten] bedeutete“⁴⁵³.

Die Diskussion, die die Psychiater damals über die Bedeutung der Psychopharmaka führten, wird auch anhand von in der *DDG* publizierten Artikeln deutlich.

⁴⁴⁶ Hess (2007), S. 72. Volker Hess gibt in seiner Untersuchung „Psychochemicals crossing the wall. Die Einführung der Psychopharmaka in der DDR aus der Perspektive der neueren Arzneimittelgeschichte“ einen wertvollen Überblick über die Entwicklung, die landeseigene Produktion und über den Import von Psychopharmaka aus westlichen und anderen sozialistischen Ländern in die DDR.

⁴⁴⁷ Linde (1988), S. 119-133.

⁴⁴⁸ Falk/Hauer (2007), S. 190.

⁴⁴⁹ Hanrath (2002), S. 411 f.

⁴⁵⁰ Rose (2005), S. 87.

⁴⁵¹ Späte et al. (1982), S. 116.

⁴⁵² Falk/Hauer (2007), S. 191.

⁴⁵³ Rose (2005), S. 87.

Horst Linke veröffentlichte in dieser Zeitschrift im Jahr 1959 einen Artikel und stellte fest, dass der Arzt häufig Patienten behandle, die „über multiple und oftmals schwer objektivierbare Beschwerden klagen“⁴⁵⁴. Er erklärte, dass diese

„den gehetzten Menschen des technischen Zeitalters heimsuchenden Angst-, Spannungs-, Unruhe- und psychische-physischen Erschöpfungszustände [...] nach dem [Z]weiten Weltkrieg eine ganz neue pharmakotherapeutische Richtung auf den Plan gerufen [haben], deren Ziel es ist, psychotrope Substanzen zu entwickeln, welche [...] die psychischen Funktionen, insbesondere Stimmungslage, seelische Verhaltensweise und intellektuelle Leistung, zu beeinflussen vermögen“⁴⁵⁵.

Linke rief seine Kollegen dazu auf, „trotz aller modernen psychotropen Pharmaka niemals den kranken Menschen mit all seinen seelischen Nöten [zu] vergessen.“⁴⁵⁶ Er kritisierte, dass „der überbeanspruchte Arzt“ nur selten genügend Zeit für ein fundiertes Gespräch habe, und daher

„nur zu schnell dazu geneigt [ist], alle jene Beschwerden, die sich mit den Ergebnissen seiner [...] Untersuchungen nicht objektivieren lassen, als ‚psychogen überlagert‘ zu deklarieren und mit psychotropen Mitteln zu behandeln, statt sie durch die Berücksichtigung der individuellen psychisch-physischen Reaktionsweisen und durch Aufdeckung emotionaler Spannungszustände ursächlich zu klären.“⁴⁵⁷

Er betonte, dass die Psychopharmaka „keine echte Therapie“ darstellen und hob den Wert und die Bedeutung der „psychotherapeutischen Führung“ hervor. Linke resümierte:

„Psychotrope Substanzen *entlasten* also nicht nur den Arzt, sondern *belasten* ihn auch, laden ihm eine große Verantwortung auf, welche durch die psychischen und somatischen Nebenwirkungen dieser Pharmaka noch vergrößert wird! Es widerspricht deshalb jeglicher ärztlichen Ethik, wenn wir allein aus Gedankenlosigkeit oder Bequemlichkeit ungeklärte Beschwerden unserer hilfesusuchenden Patienten einfach mit diesen neuen chemischen Substanzen zuschütten!“⁴⁵⁸

Linke erläuterte drei Jahre später in der *DDG* die „häufigen Nebenwirkungen und Gefahren der Anwendung psychotroper Substanzen“⁴⁵⁹ und stellte die „Fehlschläge in der Behandlung mit Psychopharmaka“⁴⁶⁰ ausführlich dar.

⁴⁵⁴ Linke (1959), S. 1469.

⁴⁵⁵ Ebenda, S. 1469.

⁴⁵⁶ Ebenda, S. 1478. Dort auch das folgende Zitat.

⁴⁵⁷ Ebenda, S. 1478. Dort auch die folgenden Zitate.

⁴⁵⁸ Ebenda, S. 1478.

⁴⁵⁹ Linke (1962b), S. 1095.

⁴⁶⁰ Ebenda, S. 1099.

Zudem warnte er vor dem Suchtpotential der Medikamente.⁴⁶¹ Der Arzt sollte Linke zufolge „aufklärend und helfend eingreifen, die Anwendung der Psychopharmaka und Analgetika einzuschränken und die Kranken zur Mäßigung im Medikamentenverbrauch anzuhalten.“⁴⁶²

Zusammenfassend lässt sich für die erste Phase folgendes feststellen: Das Grundverständnis von der DDR als antifaschistischem Staat offenbart sich in der Art und Weise, wie die Psychiater in der Nachkriegszeit die Verwickelungen der Ärzteschaft im Nationalsozialismus in der *DDG* darstellten und öffentlich diskutierten. Sie distanzieren sich entschlossen von den Taten und riefen öffentlich dazu auf, zur Aufklärung der Verbrechen beizutragen. Zugleich versuchten die Psychiater zu ergründen, wie es zur Verankerung des nationalsozialistischen Gedankenguts in der Ärzteschaft kommen konnte und machten unter anderem das Fehlen von verbindenden Werten und Normen dafür verantwortlich. Daraus folgte eine Rückbesinnung auf ein humanes und antikes ärztliches Selbstverständnis. Zusätzlich vertraten die Psychiater zunehmend eine Ethik, die das menschliche Individuum und seine Bedürfnisse in den Mittelpunkt stellte. In der *DDG* wurde jedoch auch ein Beitrag veröffentlicht, der Kontinuitäten im psychiatrischen Denken im Sinne der Ideologie der Nationalsozialisten offenbarte.

In der DDR etablierte sich in den 1950er Jahren in der Medizin ein neues Wissenschaftsverständnis, das maßgeblich durch die Lehre Pawlows geprägt wurde. Diese Entwicklung gingen einher mit der Abkehr von der tiefenpsychologischen Strömung und von der Psychoanalyse Freuds. Dies geschah unter anderem mit der Begründung, dass sich die Psychiater, die sich mit der Lehre Freuds beschäftigten, von den wissenschaftlichen Grundlagen entfremdet hatten. Die Etablierung der Lehre Pawlows und die Einleitung eines neuen Wissenschaftsverständnisses ist auch in Bezug auf neuro-psychiatrische Subdisziplinen erkennbar. Außerdem hatte die Lehre Pawlows Auswirkungen auf die Etablierung und Weiterentwicklung der Arbeitstherapie. Liese-Lotte Eichler betonte die Bedeutung der Umweltfaktoren und versuchte, die Rahmenbedingungen der Therapie vorrangig im Sinne der Patienten zu gestalten sowie den wirtschaftlichen Argumenten eine unter-

⁴⁶¹ Linke (1962a), S. 1150.

⁴⁶² Ebenda, S. 1155.

geordnete Rolle beizumessen. In Bezug auf die neuen Möglichkeiten, die durch die Therapie mittels Psychopharmaka entstanden sind, äußerten sich die Psychiater zunächst kritisch und plädierten für einen rationalen Einsatz.

3.2 Zweite Phase: 1960–1969 – Etablierung des sozialpsychiatrischen Ansatzes und die Einleitung von Reformen

Durch die Beachtung individueller Faktoren und Bedürfnisse des Patienten rückte dieser zunehmend in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit des behandelnden Arztes. Dies zeugt von einem Wandel im ärztlichen Selbstverständnis, da nun zunehmend individual-ethische Faktoren berücksichtigt wurden.

3.2.1 Die Entwicklung des sozialpsychiatrischen Ansatzes in der DDR

Die Ursprünge der sozialpsychiatrischen Bewegung in der DDR kann Steinberg zufolge als Reaktion der Psychiater auf die starke Einengung und Konzentrierung im Rahmen des Pawlowismus gewertet werden. Hier kam dem biologischen Denken ein hoher Stellenwert zu.⁴⁶³ Die sozialpsychiatrische Betrachtungsweise der Entstehung von Erkrankungen hat ihre Ursprünge in der französischen Schule, die im frühen 19. Jahrhundert maßgeblich von den Psychiatern Philippe Pinel und Jean Etienne Dominique Esquirol etabliert und geprägt wurde.⁴⁶⁴ Die damalige Lehrmeinung beinhaltete die Auffassung, Psychosen entstünden infolge schädigender Einflüsse aus dem Umfeld des Erkrankten, wobei insbesondere den Beziehungen in der Familie Beachtung geschenkt wurde.⁴⁶⁵

Unmittelbar nach Kriegsende konnte den sozialpsychiatrischen Ansätzen in der SBZ/DDR kaum Beachtung geschenkt werden, da die dafür notwendigen Rahmenbedingungen nicht gegeben waren und die Psychiater sich vor allem mit der Schaffung von Unterbringungsmöglichkeiten für ihre Patienten auseinander setzen mussten.⁴⁶⁶

Die erste wissenschaftliche Tagung in der DDR, die sich inhaltlich mit dem Themenkomplex der Sozialpsychiatrie auseinandersetzte, wurde 1961 in Leipzig ausgerichtet.⁴⁶⁷

⁴⁶³ Steinberg (2016b), S. 200.

⁴⁶⁴ Schott/Tölle (2006), S. 59.

⁴⁶⁵ Ebenda, S. 200.

⁴⁶⁶ Donalies (1949).

⁴⁶⁷ Schwarz et al. (1971), S. 18.

Barylla definierte 1965 in der *DDG* den Terminus Sozialpsychiatrie wie folgt:

„Sie ist [...] die praktische Anwendung psychiatrischer Wissenschaft auf das Alltagsleben des psychisch Kranken [...] in seiner Abhängigkeit von Prägung und Milieu [...] Sie beginnt beim Erfassen des psychisch Kranken, [...] und zwar nicht nur auf einem Meldebogen, sondern in der lebendigen Begegnung eines vorsorglichen Miteinanderseins [...] Hier wird der psychisch Kranke [...] in seiner Wohn-, Berufs- und Familienordnung kennengelernt. Bei genügendem Aufwand können schon dabei prophylaktische Maßnahmen getroffen, Vorurteile abgebaut und Verständnis für die Erkrankung [...] erwirkt werden [...] Wir lernen neben den Angehörigen [...] auch die verschiedenen Milieufaktoren, Umweltschattierungen, Wohnordnungen, Erlebnisbereiche, Bildungsgrade, Vorurteile, soziale und berufliche Gegebenheiten kennen.“⁴⁶⁸

Im Verlauf der 1960er Jahre führten zahlreiche Bestrebungen einzelner Psychiater zu einem verbesserten Angebot für psychisch Kranke. Diese Psychiater schufen auch die Voraussetzungen für die Einleitung von Reformen und die Umgestaltung der Psychiatrie in der DDR. Da die Versorgungsstrukturen auf kommunaler Ebene aufgrund der Mangelsituation kaum ausgeprägt waren, erweiterten einzelne Großkrankenhäuser, wie zum Beispiel das Görden Krankenhaus, ihr Therapiespektrum durch das zusätzliche Angebot einer ambulanten Sprechstunde, einer nachgehenden Betreuung und den Einsatz von Fürsorgerinnen.⁴⁶⁹ Als weiterer Ansatz folgte die „Milieuverbesserung“⁴⁷⁰, also die Renovierung der Krankenhäuser, die darauf zielte, in Verbindung mit Gruppengesprächen, Arbeitstherapie und Freizeitangeboten ein angenehmes und heilsames Klima für die Patienten zu schaffen.

Hans Gropler aus dem Bezirkskrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie Haldensleben beschrieb die notwendigen Veränderungen im Stationsalltag der Psychiatrie in der *DDG* im Jahr 1964 wie folgt:

„Wo es möglich ist, soll mit Messern und Gabeln gegessen werden. Alte Blechnäpfe und Emailletöpfe müssen durch Porzellan- oder Plastikgeschirr ersetzt werden. Die uniformierte Anstaltskleidung muß verschwinden, die Kranken müssen, besonders die Frauen, entsprechend frisiert werden [...], damit sie nicht vor ihrem eigenen Spiegelbild erschrecken und sich notgedrungen mit der Rolle der schizophrenen Defektkranken identifizieren [...] Das Selbstwertgefühl der Kranken

⁴⁶⁸ Barylla (1965), S. 90.

⁴⁶⁹ Falk/Hauer (2007), S. 212.

⁴⁷⁰ Ebenda, S. 214.

wird durch solche Maßnahmen erhöht und ihre positive Gemeinschaftseingliederung gefördert.⁴⁷¹

Gopler rief dazu auf, dass die Umgebung des Patienten möglichst wenig von den Bedingungen der restlichen Gesellschaft abweichen solle. Mit der zunehmenden Wahrnehmung und Konzentrierung auf die Bedürfnisse des Patienten änderte sich auch die Perspektive und Zielsetzung der Psychiater. So definierte Ehrig Lange, der seit 1958 Ärztlicher Direktor am Bezirkskrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Mühlhausen⁴⁷² war, 1960 in der *DDG* das Ziel,

„auf das hin das gesamte helfende und heilende Mühen in der Psychiatrie auszurichten ist: ärztlich-pädagogisch gesteuerte Rückführung in das tätige Leben, ärztliche Behandlung bei gleichzeitiger positiver Milieureizeinwirkung, damit umfassende Therapie im weitgehend normalen Milieu, indem ein optimales Maß an Eigenverantwortlichkeit, eigener Willensentscheidung und damit verbunden nur das Mindestmaß an Freiheitsbeschränkungen dem Kranken gegeben wird [und die] Herbeiführung einer Heilatmosphäre, in der sich der Kranke in normaler Menschenwürde angesprochen weiß.“⁴⁷³

Durch die Betonung der Persönlichkeit und Würde des Patienten hob Lange die Bedeutung der humanistischen Herangehensweise für das ärztliche Selbstverständnis hervor. Der Arzt sollte dazu beitragen, den Patienten soweit wie möglich darin zu unterstützen, seine persönlichen Fähigkeiten zu entwickeln und auf ein menschenwürdiges Dasein hinzuarbeiten. Dazu zeugt die geforderte Einschränkung der Kontrollmöglichkeiten durch den Arzt von Demut und Respekt vor dem Willen des Patienten.

Lange publizierte insgesamt 18 Beiträge in der *DDG*. Somit nahm er nach Müller-Hege mann den zweiten Platz in der Rangliste derjenigen Psychiater ein, die sich am meisten an den Diskussionen beteiligten. Er etablierte Anfang der 1960er Jahre das „Open-Door-System“⁴⁷⁴, das auch in zahlreichen anderen Psychiatrien nach und nach umgesetzt wurde. Lange, der ab 1963 den Lehrstuhl in Dresden innehatte, orientierte sich dabei an den Reforminitiativen in Großbritannien.⁴⁷⁵ In der Psychiatrie Mühlhausen wurden die Gitter vor den Fenstern sowie die hohen Gartenzäune entfernt und die Türen geöffnet. In der Gördener Klinik versuchte man zum Beispiel durch die Etablierung dieses Systems

⁴⁷¹ Gropler (1964), S. 182.

⁴⁷² Heidel/Lienert (2005), S. 145.

⁴⁷³ Lange (1960), S. 1648.

⁴⁷⁴ Falk/Hauer (2007), S. 214 f.

⁴⁷⁵ Zedlick (2015), S. 105.

dem „kasernenartigen Eindruck“⁴⁷⁶ der Gebäude entgegenzuwirken und die Lebenssituation der Patienten zu verbessern. Der Ausbau des Freizeitprogramms folgte: „Das Pflegepersonal organisierte Stationsfeiern, Buchlesungen und Ausflüge, die zentrale Kulturleitung bot Filmvorführungen, Tanznachmittage und Theaterspiele an.“⁴⁷⁷

Die Etablierung des „Open-Door-Systems“ zeigt, wie stark sich das ärztliche Selbstverständnis in den 1960er Jahren wandelte, da nun wichtige Kontrollmechanismen in der Begleitung des Patienten wegfielen. Zugleich eröffneten sich möglicherweise neue Handlungsspielräume in der Patienten-Arzt-Interaktion, da die Selbstständigkeit des Patienten geschult wurde und dieser somit ein stärkeres Gegenüber bildete, das eigenverantwortlich handelt. Zusätzlich wurden Abhängigkeiten von der ärztlichen Autorität reduziert.

Der Psychiater Hans Gropler nahm 1964 in seinem in der *DDG* veröffentlichten Artikel Bezug auf die vier Jahre zuvor in demselben Mitteilungsblatt publizierten Forderungen von Ehrig Lange und befürwortete, dass ein „psychiatrisches Fachkrankenhaus [...] kein allgemeines Siechenasyl [sei], keine Stätte, in die wegen Mangel an Pflegeheimen schwierige allgemeine Pflegefälle eingewiesen werden, kein Obdach für Arbeitsunwillige und kein Ersatz für polizeiliche Ausnüchterungszellen.“⁴⁷⁸ Durch diese Äußerungen nahm Gropler Bezug auf die Situation in den Psychiatrien unmittelbar nach Ende des Zweiten Weltkriegs. Dies verdeutlicht die Entwicklungsschritte, die die Psychiatrie in der Zwischenzeit durchlaufen hatte.

Gropler beleuchtete zudem die damals weit verbreiteten Vorurteile in der Bevölkerung gegenüber psychiatrisch erkrankten Menschen, die eine Behandlung und die anschließende Rehabilitation häufig erschwerten, und unterstützte die These des Psychiaters Nobbe aus der Landesheilanstalt Uchtspringe, der 18 Jahre zuvor in der *DDG* die klinisch tätigen Ärzte dazu aufrief, „den in Laienkreisen noch herrschenden abenteuerlichen Anschauungen über Geisteskrankheiten und Geisteskranke [zu] begegnen.“⁴⁷⁹ Darüber hinaus nahm Gropler Bezug auf einen zwei Jahre zuvor von Friedrich Rudolf Groß in der *DDG* publizierten Artikel über die „Widerstände gegen die Rehabilitation psychisch Kranker“⁴⁸⁰. Groß stellte fest, dass einem „optimalen Behandlungserfolg bei vielen psychiatrischen Patienten [...] eine mangelnde Bereitschaft der Gesellschaft gegenüber

⁴⁷⁶ Falk/Hauer (2007), S. 215.

⁴⁷⁷ Falk/Hauer (2007), S. 215.

⁴⁷⁸ Lange (1960), S. 1649., Vgl. Gropler (1964) S. 182 f.

⁴⁷⁹ Nobbe (1948), S. 17., Vgl. Gropler (1964), S. 183.

⁴⁸⁰ Groß (1962), Vgl. Gropler (1964), S. 184.

[steht], sie nach beendetem stationären Aufenthalt wiederaufzunehmen.“⁴⁸¹ Anhand dieser Aussagen offenbart sich ebenfalls die humanistische Ausrichtung des ärztlichen Selbstverständnisses zu jener Zeit. Der Arzt wurde dazu aufgerufen, dem Patienten ein menschenwürdiges Dasein zu ermöglichen. Er sollte auf gesellschaftliche Veränderungen hinwirken, um Vorurteile in der Bevölkerung abzubauen und den Patienten somit besser zu integrieren. Er übernahm hierdurch Verantwortung, die über die unmittelbare Behandlung des Patienten hinausging.

3.2.2 Die Rodewischer Thesen

In den 1960er Jahren verbesserte sich in der DDR der Lebensstandard und das National-einkommen erhielt einen Aufschwung.⁴⁸² Nun existierten bessere finanzielle Voraussetzungen, die eine Umsetzung von neuen Behandlungsformen ermöglichten. Internationale Strömungen wurden in medizinischen Fachzeitschriften von verschiedenen Autoren aufgegriffen und diskutiert.⁴⁸³ Auf dem 6. Parteitag der SED stand die Reform des Gesundheitswesens auf der Agenda. Es folgte die „Phase der Entstalinisierung“⁴⁸⁴, die sich in einer Verminderung des nach innen ausgeübten Drucks erkennbar machte.

Mit dem Bau der Berliner Mauer 1961 konnte sozial abweichendes Verhalten nicht mehr mit dem Einfluss westlicher Ideologien erklärt werden. Es begann eine Phase der Orientierung nach innen, die den Druck verstärkte, Reformen einzuleiten.⁴⁸⁵ Eine mögliche Lesart der Reformbewegung ist die, dass es sich hierbei um eine „SED-tolerierte oder gewollte Lenkung von (jungärztlicher) Unzufriedenheit“ handelte.⁴⁸⁶

Die Reformbestrebungen der Psychiatrien in der DDR mündeten in der vom 23. bis 25. Mai 1963 stattfindenden Tagung in Rodewisch im Vogtland, an der etwa 120 Ärzte, Therapeuten und Sonderpädagogen aus sieben sozialistischen Ländern teilnahmen.⁴⁸⁷ Die *Gesellschaft für Rehabilitation* veranstaltete die Tagung in Zusammenarbeit mit der Sektion für psychiatrisch-neurologische Rehabilitation in der *Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie der DDR*, die zudem von den Gesundheitsministerien der DDR und der

⁴⁸¹ Groß (1962), S. 1766.

⁴⁸² Weber (1985), S. 352.

⁴⁸³ Schulz (2003), S. 91.

⁴⁸⁴ Steinberg (2016b), S. 203.

⁴⁸⁵ Eghigian (2005), S. 188.

⁴⁸⁶ Steinberg (2016b), S. 203.

⁴⁸⁷ Steinberg (2014), S. 73.

ČSSR getragen wurden.⁴⁸⁸ Die Tagung ist als Schritt der Distanzierung von den Geschehen der NS-Psychiatrie zu sehen, da die Veranstaltung unter einem neuen humanistischen Leitbild stand.⁴⁸⁹ Das „implizite Wissen um die Verbrechen von Psychiatern in der Zeit des Nationalsozialismus“⁴⁹⁰ trug zur Entstehung der Rodewischer Thesen bei. Durch die Präsenz von DDR-Gesundheitspolitikern erhoffte man sich eine „solide Realisierung“⁴⁹¹ der Tagungsergebnisse, was sich jedoch viele Jahre später als Fehleinschätzung erwies. Die Themen der Tagung umfassten folgende Bereiche: Rehabilitation der Psychosen, Arbeitstherapie sowie die Probleme der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie.⁴⁹² Ein Ergebnis war die Formulierung von zehn Rodewischer Thesen, die eine Weiterentwicklung im Sinne folgender Elemente anstoßen sollten:

„der Aufbau von Tages- und Nachtkliniken und geschützten Werkstätten; die Einführung des ‚Open-Door-Systems‘; die Gleichstellung psychisch Kranker mit den somatisch Kranken; eine intensive Zusammenarbeit der Psychiater, Psychologen, Fürsorgler und des medizinischen Pflegepersonals [...]; schließlich auch eine obligatorische Verflechtung klinisch-medikamentöser mit psycho- und soziotherapeutischen Verfahren.“⁴⁹³

Die Mitarbeiter sollten zudem über eine „aktive therapeutische Einstellung (unabhängig von hypothetischen Vorstellungen über das Wesen der Psychosen)“⁴⁹⁴ verfügen und die nachgehende Fürsorge der Patienten sollte eine „einheitliche und komplexe ambulante psychiatrische Betreuung“⁴⁹⁵ umfassen. Auf Grundlage dieser Maßnahmen sollten die psychiatrischen Kliniken ihren „inhumanen Verwehrcharakter“⁴⁹⁶ überwinden. Im Anhang an die Thesen wurden praktische „Richtlinien“ für die Arbeitstherapie verabschiedet, die eine Schlüsselfunktion in den Behandlungsmöglichkeiten für psychiatrische Patienten einnehmen sollte.⁴⁹⁷

⁴⁸⁸ Schulz (2003), S. 87.

⁴⁸⁹ Ebenda, S. 87 f. Dort auch das folgende Zitat. In der DDR wurde die Aufarbeitung, so Schulz, als „konsequente Abgrenzung zum Nationalsozialismus verstanden, beinhaltete aber auch die ‚Entnazifizierung‘“.

⁴⁹⁰ Ebenda, S. 87.

⁴⁹¹ Lerch (1993), S. 3.

⁴⁹² Schulz (2003), S. 92.

⁴⁹³ Ebenda, S. 92.

⁴⁹⁴ Schott/Tölle (2006), S. 305.

⁴⁹⁵ Lerch (1993), S. 3.

⁴⁹⁶ Steinberg (2014), S. 71.

⁴⁹⁷ Ebenda, S. 71.

In der Zeitschrift *DDG* wurden die Rodewischer Thesen sowie die daraus resultierenden Entwicklungen in den Krankenhäusern für Psychiatrie und Neurologie ausführlich diskutiert. Im Jahr 1965 veröffentlichte die Zeitschrift einen Vortrag, den Rolf Walther, damaliger Direktor des Bezirksfachkrankenhauses für Psychiatrie und Neurologie in Rodewisch, im Rahmen des Symposions gehalten hatte.⁴⁹⁸ Dieser spiegelte die Einstellungen in Bezug auf die psychiatrisch erkrankten Menschen in der DDR sowie die Probleme und Herausforderungen, mit denen sich die Psychiater zu jener Zeit konfrontiert sahen, wider. Walther beleuchtete die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen, die zum einen seitens des Psychiatriefachpersonals und zum anderen seitens der Angehörigen sowie der Gesellschaft gewährleistet sein mussten, um eine gelungene Rehabilitation zu ermöglichen. Er stellte in Bezug auf die Behandlungsmethoden mehrere Forderungen auf: Erstens betonte er den Schaden, der durch eine „vorzeitige therapeutische Resignation“⁴⁹⁹ entstehe. Diese Resignation sollte durch eine „komplexe psychiatrische Therapie“ ersetzt werden, die das „Zusammenspiel körperlich wirksamer Verfahren mit den Methoden der kollektiven Psychotherapie“ darstelle. Zweitens setzte sich Walther für die „Profilierung und Modernisierung der großen psychiatrischen Einrichtungen“ ein, um diese „personell und materiell zu befähigen, die modernen Behandlungsmethoden intensiv anzuwenden“. Drittens stellte er die notwendigen Bedingungen für die Entlassung und die Wiedereingliederung in das soziale Umfeld dar, welche den Ausbau der Tages- und Nachtkliniken, der „beschützenden Werkstätten“ sowie die Vorbereitung der beruflichen Rehabilitation umfassten:

„Für einen Teil der Patienten wird sicher die Eingliederung in die beschützenden Werkstätten das Optimum des bei ihnen Erreichbaren darstellen. Dennoch ist echte Rehabilitation erst erzielt, wenn der Patient über das Zwischenstadium der beschützenden Werkstätten hinaus im freien Leben beruflich und sozial wiederingegliedert worden ist. Es geht ja bei allen Rehabilitationsbestrebungen nicht nur um die Eingliederung in den Arbeitsprozeß, sondern auch um die Wiedererlangung der freien Verfügbarkeit des Patienten über seinen Lebensentwurf.“⁵⁰⁰

Die Feststellungen Walthers zeugen von einem ärztlichen Selbstverständnis, in dem nicht nur kollektive Argumente, wie ein möglicher Vorteil für die Gesellschaft durch die Nut-

⁴⁹⁸ Walther (1965).

⁴⁹⁹ Ebenda, S. 582. Dort auch die folgenden Zitate.

⁵⁰⁰ Ebenda, S. 582.

zung der Arbeitskraft des Patienten eine Rolle spielten, sondern darüber hinaus eine individual-ethische Betrachtungsweise zentral war. Der Patient sollte dazu angeregt werden, seine Selbstwirksamkeitskräfte zu stärken und seine persönlichen Lebensziele zu verwirklichen. Zusätzlich betonte Walther die Bedeutung der „nachgehenden Fürsorge“⁵⁰¹, die eine enge Zusammenarbeit zwischen den Krankenhausfürsorgerinnen und den Fachärzten, die den Patienten bereits stationär behandelt hatten, umfasste.⁵⁰² Fundament einer gelungenen Rehabilitation war Walther zufolge auch eine notwendige Änderung in der Grundhaltung der Bevölkerung:

„Denn es ist die Gesellschaft, die uns Mittel und Gesetze geben muß, die wir für unser Vorhaben benötigen, und es ist wiederum die Gesellschaft, die den psychisch Kranken im eigentlichen Sinne des Wortes ‚rehabilitiert‘ oder ihn trotz aller unserer medizinisch-pädagogischen Maßnahmen nicht wieder in ihrer Mitte aufnimmt, ihn ausstößt, isoliert oder bestenfalls erträgt. Dieser Umerziehungsprozeß ist sicher die schwierigste aller Aufgaben, die wir lösen müssen.“⁵⁰³

Ein wichtiger Schritt hierfür sei die Umbenennung der „Heil- und Pflegeanstalten“ in „Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Neurologie“. Dies sollte Walther zufolge ein

„nicht zu unterschätzender Beitrag zur Einflußnahme auf die Einstellung der Öffentlichkeit dem psychiatrischen Krank-Sein gegenüber. Es sind damit nicht nur die Mauern innerhalb der früheren ‚geschlossenen Anstalt‘ gefallen, sondern es wurden auch die Mauern abgebaut, die jene unheilvolle Distanz zwischen Öffentlichkeit und psychiatrischer Einrichtung legte und das Paria-Dasein des psychisch Kranken sichtbar dokumentierte. Das Vertrauen der Öffentlichkeit [...], das Wissen um Notwendigkeit und Möglichkeit intensiver stationärer Behandlung [...] ist eine wichtige Vorbedingung psychiatrischer Rehabilitation.“⁵⁰⁴

Die Psychiater reflektierten somit nicht nur über den „Mikrokosmos“ Psychiatrie, sondern berücksichtigten hier, wie auch schon zuvor, Fragestellungen, die die gesamte Gesellschaft im Kern berührten. Dieser Blickwinkel geht über den Patienten hinaus und offenbart den Wunsch und das Streben, Veränderungen in der restlichen Gesellschaft anzustoßen. Walther beschrieb die Rehabilitationsbestrebungen als einen zentralen Schritt der Distanzierung und Überwindung der „grauenvollen Vergangenheit“⁵⁰⁵, der Geschehnisse

⁵⁰¹ Walther (1965), S. 583. Dort auch die folgenden Zitate.

⁵⁰² Ebenda, S. 583.

⁵⁰³ Ebenda, S. 583.

⁵⁰⁴ Ebenda, S. 584.

⁵⁰⁵ Ebenda, S. 583.

in der Psychiatrie zur Zeit des Nationalsozialismus. Walther wurde Ende der 1950er Jahre zum Bezirkspsychiater und Vorsitzenden der Bezirks-Facharzt-Kommission berufen.⁵⁰⁶ Ehrig Lange, zu jener Zeit Vorsitzender der Problemkommission „Psychiatrie und Neurologie“ beim Rat für Planung und Koordinierung der medizinischen Wissenschaften der DDR⁵⁰⁷ und seit 1965 Professor an der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ in Dresden⁵⁰⁸, veröffentlichte und behandelte die Rodewischer Thesen im Jahr 1966 in der *DDG* mit dem Ziel, „die medizinische Öffentlichkeit umfassend von den Entwicklungszügen der Psychiatrie zu unterrichten [und] die Aufmerksamkeit [...] auf diese großen gesellschaftlichen Aufgaben zu lenken“⁵⁰⁹. Er verfolgte damit das Ziel, die Rodewischer Thesen im ärztlichen Selbstverständnis zu verankern. Diese betonten Lange zufolge die Verantwortung der Psychiater, das Therapiespektrum bei der Behandlung der Patienten ganz auszuschöpfen:

„Therapieversager und therapeutische Unbeeinflussbarkeit sollen sich im bedauerlichen Einzelfall erst am Ende langfristiger Bemühungen herausstellen, und ihre Ursache soll zuerst in der Therapie und in ihren Bedingungen gesucht werden, zuletzt in der Krankheit selbst [...] Die in den Rodewischer Entwicklungsthesen erkennbare Grundhaltung [...] zeigt Zurückhaltung in der Annahme der Verbindlichkeit einer vom Symptombild der Psychose abhängig gemachten Prognose.“⁵¹⁰

Die Verantwortung über den Heilungsprozess lag somit in erster Linie bei dem behandelnden Arzt. Die Psychiater nahmen sich hierdurch selbst in die Pflicht alles zu tun, um dem Patienten zu helfen, und zeigten zugleich Demut vor den Grenzen der eigenen Behandlungsmöglichkeiten. Diese Aussage zeugt auch von einer zunehmenden Hinwendung zum Patienten, da der Arzt nicht von allgemeinen Prognosen in Bezug auf die Entwicklung der Erkrankung ausging, sondern den individuellen Krankheitsverlauf des Patienten berücksichtigte und entsprechend begleiten sollte.

Aus den Thesen ginge laut Lange hervor, dass die Psychiater mehrheitlich von einer „multifaktoriellen Krankheitsentstehung“⁵¹¹ ausgingen und dabei „soziale Bedingungen“ miteinbezogen. Er sah einen Widerspruch darin, dass „aufwendige moderne medikamen-

⁵⁰⁶ Schulz (2003), S. 96.

⁵⁰⁷ Lange (1966), S. 1089., S. 1094.

⁵⁰⁸ Heidel/Lienert (2005), S. 145.

⁵⁰⁹ Lange (1966), S. 1094.

⁵¹⁰ Ebenda, S. 1090.

⁵¹¹ Ebenda, S. 1091. Dort auch das folgende Zitat.

töse Therapie betrieben wurde, jedoch unter veralteten und dringend veränderungsbedürftigen Aufenthaltsbedingungen.“⁵¹² In der Etablierung des „Open-Door-System[s]“ sah er eine „grundsätzliche Umkehr“. Er räumte ein, dass „die Zeit der Überführung einer geschlossenen Einrichtung in ein offenes Haus eine harte, anstrengende Arbeit [sei], die den Einrichtungsleiter [...] täglich neu forder[e]“. Diese Entwicklung bildete eine starke Zäsur und einen Richtungswechsel in der Patienten-Arzt-Interaktion. Als „Grundvoraussetzung der Rehabilitationserfolge der Psychiatrie“⁵¹³ sah Lange die „Stellung der Gesellschaft zum psychisch Kranken“. Er beklagte, dass die „Reste der faschistischen Perversion erbbiologischer Erkenntnisse, damit verbundene Fehlansichten von minderwertigem Volksgut und von lebensunwertem Leben [...] in ihren Auswirkungen noch nicht durchweg überwunden“ seien. Er empfand es als „beschämend, daß sich [...] Presse, Theater und Film des psychisch Kranken als Objekt für Volksbelustigung bedienen, auch seiner Therapeuten. Das Gewissen der sozialistischen Gesellschaftsordnung müßte bei solchen publizistischen [...] Fehlleistungen aufschreien“. An die Psychiater plädierte Lange dafür,

„alle Kräfte zu koordinieren und [...] auf die Planarbeit im Gesundheitswesen für die Entwicklung der Psychiatrie Einfluß zu nehmen. Ob mit erkennbarer Planförderung oder ob ohne diese, es wird uns nicht erspart bleiben, wie bisher im Stillen und am Rande der großen Pläne mit viel persönlichem Einsatz die inneren Veränderungen zu schaffen, [...] die wesentlichen Grundvoraussetzungen bleiben für die Zukunft, die in vielen psychiatrischen Einrichtungen der DDR bereits erkennbar begonnen hat.“⁵¹⁴

Anhand dieser Aussage offenbart Lange ebenfalls den Anspruch, die Gesellschaft mit zu gestalten. Er sensibilisierte seine Kollegen dafür, dass jeder Einzelne dafür mitverantwortlich sei, Änderungen in Gang zu setzen. Dies zeugt von einem ärztlichen Selbstverständnis, in dem das Bewusstsein verankert war, dass das eigene Handeln auch Auswirkungen auf Prozesse in der gesamten Gesellschaft hat. Zugleich zeigte sich Lange sensibel gegenüber der Diskriminierung psychiatrisch erkrankter Menschen durch Teile der Gesellschaft. Den Ursprung hierfür machte Lange im nationalsozialistischen Weltbild aus, das teilweise in der Bevölkerung fortbestehe.

⁵¹² Lange (1966), S. 1091. Dort auch die folgenden Zitate.

⁵¹³ Ebenda, S. 1093. Dort auch die folgenden Zitate.

⁵¹⁴ Ebenda, S. 1094.

Lange hob hervor, die Thesen seien vom Ministerium für Gesundheitswesen der DDR als „richtungsweisend“⁵¹⁵ erklärt worden. Sie führten in Rodewisch zum Aufbau von drei extramuralen Betreuungsformen, den Dispensaires.⁵¹⁶ Diese sollten die „Übergangslösungen zwischen dem Krankenhausaufenthalt und der vollen Wiedereingliederung in das soziale Leben“⁵¹⁷ regeln. Das Bezirksfachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie in Rodewisch erhielt im Jahre 1964 aufgrund seiner Behandlungserfolge und der Ausrichtung des Symposiums den Status einer Leiteinrichtung innerhalb des Bezirks.⁵¹⁸ Die Organisationsform der Dispensaires hatte Auswirkungen auf andere Kliniken, wobei die Thesen insgesamt betrachtet keine flächendeckende Veränderung bewirkten und Überarbeitungen stets abhängig von dem Engagement einzelner Mitarbeiter waren und hauptsächlich in denselben Krankenhäusern und universitären Einrichtungen stattfanden.⁵¹⁹ 1969 folgte schließlich die Aufhebung der Trennung der Stationen nach Geschlechtern.⁵²⁰ Die Entwicklung in den verschiedenen Psychiatrien unterschied sich in Abhängigkeit von der Offenheit der Direktoren für neue Behandlungsverfahren und den finanziellen Mitteln deutlich.⁵²¹ Darüber hinaus war teilweise die „Nutzung bestimmter Ämter“⁵²² notwendig, um ein Vorhaben durchzusetzen. Ausschlaggebend für die missliche finanzielle Lage war die Vernachlässigung der Psychiatrie durch die DDR-Gesundheitspolitik, da diese bevorzugt die „medizinische Betreuung der arbeitenden Bevölkerung“⁵²³ unterstützte. Rezente Untersuchungen offenbaren, dass Karl Leonhard, damaliger Vorsitzender der *Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie*, die Publikation eines Sammelbandes behinderte, der die Vorträge des Symposiums aufgezeichnet hätte.⁵²⁴ Die Gründe hierfür bleiben unklar. Möglicherweise befürwortete der ansonsten systemkritische Leonhard die inhaltliche Richtung, die durch die Thesen angestoßen werden sollte, nicht in allen Punkten. Hinweise für diese Annahme liefern erstens das traditionell biologisch geprägte Ar-

⁵¹⁵ Lange (1966), S. 1094. Dort auch das folgende Zitat.

⁵¹⁶ Schulz (2003), S. 93 ff.

⁵¹⁷ Rose (2005), S. 124.

⁵¹⁸ Schulz (2003), S. 96.

⁵¹⁹ Ebenda, S. 95 f.

⁵²⁰ Angermeyer/Steinberg (2005), S. 260.

⁵²¹ Brink (2010), S. 368 f.

⁵²² Schulz (2003), S. 96.

⁵²³ Rose (2005), S. 93. Dies führt der Autor auf das „Selbstbild der DDR als ‚Staat der Arbeiter und Bauern‘“ zurück, wodurch der Schwerpunkt auf den Ausbau des betrieblichen Gesundheitswesens gesetzt wurde. Man erhoffte sich zudem durch die Förderung der Beschäftigten die Wirtschaftsleistung zu erhöhen.

⁵²⁴ Steinberg (2014), S. 74.

beitsumfeld Leonhards an der Charité, zweitens beeinflusste Leonhard den Verlauf psychiatrischer Erkrankungen aus Forschungsgründen teilweise nur ungerne.⁵²⁵ Diese Arbeitsweise bildete einen scharfen Kontrast zu den Forderungen, die im Rahmen des Rodewischer-Symposiums erarbeitet wurden. Anhand dieser Meinungsverschiedenheit wird ersichtlich, wie mannigfaltig die Herausforderungen waren, mit denen sich reformwillige Psychiater zu jener Zeit konfrontiert sahen.

Die Debatte um die verschiedenen Subdisziplinen der Psychiatrie entwickelte sich in der *DDG* in den 1960er Jahren weiter. Zum Teil sind Auswirkungen der Rodewischer Thesen in Form einer zunehmenden Hinwendung zum Patienten sowie durch die Beachtung und Miteinbeziehung der Umwelt- und Sozialfaktoren erkennbar. Zudem erweiterte sich das Spektrum der möglichen Therapieformen. Es zeichnete sich immer mehr ab, dass der Versuch scheiterte, die medizinische Wissenschaft zu „sowjetisieren“⁵²⁶.

Auf dem Gebiet der Psychotherapie lösten Anfang der 1960er Jahre die klassische psychodynamisch orientierte ärztliche Psychotherapie, ergänzt durch auto- und fremdsuggestive Methoden, die Gruppenpsychotherapie sowie die Individualtherapie gemeinsam die Schlaftherapie nach Pawlow ab.⁵²⁷ Am 10. Juni 1960 gründeten Müller-Hegemann und Kleinsorge zusammen mit weiteren namenhaften Psychotherapeuten die *GäP* in Leipzig.⁵²⁸ Sie kamen damit dem Wunsch der SED nach, eigenständige Institutionen zu bilden, um sich stärker von der BRD abzugrenzen und die Entwicklung einer sozialistischen Gesellschaft zu fördern.⁵²⁹

Mit der zunehmenden Etablierung der Psychotherapie wurde auch das Berufsfeld des Psychologen ausgebaut.⁵³⁰ Ein wichtiger Schritt hierfür war die Gründung der *GäP* im Jahr 1960 sowie zwei Jahre später die Gründung der *Gesellschaft für Psychologie in der DDR*.⁵³¹ In diesem Jahrzehnt wurde auch die Professionalisierung der Aus- und Weiterbildung durch die Spezialisierung des Universitätsfachs Psychologie vorangetrieben.⁵³²

⁵²⁵ Steinberg (2014), S. 75.

⁵²⁶ Geyer (2011), S. 90.

⁵²⁷ Ebenda, S. 90.

⁵²⁸ Ebenda, S. 145.

⁵²⁹ Geyer (2011), S. 143.

⁵³⁰ Sonnenmoser (2009), S. 116.

⁵³¹ Rösler (Jahr der Veröffentlichung unbekannt), S. 6.

⁵³² Sonnenmoser (2009), S. 115.

In diesem Rahmen erfolgte die praxisnahe Ausbildung von Diplom-Psychologen aus verschiedenen Fachrichtungen.⁵³³

Analog zu den Entwicklungen auf dem Gebiet der Psychiatrie in den 1960er Jahren schenken Psychiater und Neurologen den sozialen und individuellen Faktoren bei der Entstehung neurologischer Erkrankungen zunehmend Beachtung.⁵³⁴ Dies lässt sich anhand der Art und Weise festmachen, wie beispielsweise über die Erkrankung Epilepsie berichtet wurde. K. Müller, Chefarzt des Bezirkskrankenhauses für Neurologie und Psychiatrie Görden⁵³⁵, beschrieb 1964 in der *DDG* die Entwicklung wie folgt:

„So ist zu beobachten, daß auch die Epilepsieforschung seit einiger Zeit um eine Korrektur bzw. Ergänzung herkömmlicher Auffassungen bemüht ist und den Epileptiker nicht mehr nur als Individuum sieht, dessen Charaktermerkmale vorwiegend von einem mehr oder weniger fragwürdigen Morbus Epilepsiae abhängig sind. Man neigt vielmehr dazu, die Wesenszüge des Anfallskranken als das Resultat mancherlei, zum Teil nur mittelbar mit dem Anfallsleiden in Zusammenhang stehender Einflüsse aufzufassen und ist somit angehalten, auch beim Epileptiker nach entwicklungs- und umweltbedingten Faktoren zu fragen und sich damit den Weg frei zu machen für erfolgreiche Rehabilitationsbemühungen.“⁵³⁶

Außerdem veröffentlichte Müller Richtlinien für die Behandlung von Patienten mit Epilepsie. Unter anderem sollte „Wert auf eine psychotherapeutische Betreuung sowohl der Kranken als auch der Familienangehörigen, insbesondere der Eltern“⁵³⁷, gelegt werden. Darüber hinaus sollte das unmittelbare Umfeld des Patienten, wie Erzieher und Lehrer, aufgeklärt werden, „damit es gar nicht erst zur Entwicklung einer Außenseiterrolle des kranken Kindes kommt“⁵³⁸. Er beleuchtete die Schlüsselposition der Betreuung im Rahmen des Dispensairesystems bzw. der „Epileptikerambulanz“. Müller zeichnete ein differenziertes Bild von der Entstehung einiger Wesensmerkmale des an Epilepsie erkrankten Menschen. Er leitete den Leser dazu an, den Patienten unter Berücksichtigung der interpersonellen Konflikte und psychodynamischen Prozesse in seinem Krankheitsprozess hilfreich zu begleiten und für eine positive Stationsatmosphäre zu sorgen.⁵³⁹

⁵³³ Sonnenmoser (2009), S. 115.

⁵³⁴ Innerhalb des Fachs Neurologie standen in den 1960er Jahren das Verfahren der Liquorelektrophorese sowie die Medikamente Lepsiral®, Dormutil®, Glycerin und Falepsin® zur Debatte. Vgl. Schmidt (1960), Sörgel (1960), Werner/Morgenstern (1965), Voigt (1967), Vietze (1968), S. 1617.

⁵³⁵ Müller (1964), S. 1509.

⁵³⁶ Ebenda, S. 1505.

⁵³⁷ Ebenda, S. 1507.

⁵³⁸ Ebenda, S. 1508. Dort auch das folgende Zitat.

⁵³⁹ Ebenda, S. 1506.

Die Rodewischer Thesen hatten auch Auswirkungen auf das Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie. In den Thesen wurden die Qualifikation der heilpädagogischen Mitarbeiter und eine Berufsausbildung für bildungsunfähige Jugendliche gefordert.⁵⁴⁰ Allerdings waren dem Ausbau des heilpädagogischen Systems enge Grenzen gesetzt, da die finanzielle Unterstützung durch das MfG fehlte, es an Personal mangelte und die steigende Zahl der pflegebedürftigen Jugendlichen die Kliniken in eine fatale Schieflage brachte.⁵⁴¹

Mitte der 1960er Jahre bezifferten Psychiater die Zahl der Kinder in der DDR, die „keinem geregelten schulischen Bildungsgang zugeführt“⁵⁴² werden konnten und daher der „Kompetenz des Gesundheitswesens unterstellt“ wurden, mit 20.000 bis 40.000.

Ein umfassendes Netz an Förder- und Rehabilitationseinrichtungen, das alle Regionen in der DDR erfasste, existierte bis Ende der 1960er Jahre nicht.⁵⁴³ Die Situation besserte sich erst mit der Etablierung von sogenannten Betreuungssystemen auf Grundlage des Ministerratsbeschlusses zur „Förderung, Beschulung und Betreuung geschädigter Kinder und Jugendlicher sowie psychisch behinderter Erwachsener“⁵⁴⁴ im Jahr 1969, der einen politischen Kurswechsel einläutete.

Der Umgang mit und die Wahrnehmung von Kindern und Jugendlichen durch die Psychiater wandelten sich im Laufe der Zeit. Dies kann beispielsweise an der Veränderung in der Bezeichnung der Diagnosen festgemacht werden. So reagierte eine Psychiaterin in der *DDG* sensibel auf die Stigmatisierung durch bestimmte Begriffe und plädierte dafür, wertneutrale Begriffe zu verwenden. In der *DDG* verwendeten diverse Psychiater die Diagnose „Schwachsinn“⁵⁴⁵ bzw. „Oligophrenie“. In der DDR wurden diese Bezeichnungen anfangs für geistige Behinderung verwendet und die „Oligophrenie“ in Anlehnung an Kraepelin in drei Hauptstufen gegliedert: „Debilität (schulbildungsfähig im Sinne der Hilfsschule), Imbezillität (bildungsunfähig, aber lebenspraktisch förderfähig), Idiotie (nicht förderfähig, so genannte Pflegefälle)“⁵⁴⁶. Der Psychiater Willi Schmitz aus dem Bezirkskrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Ueckermünde kritisierte Anfang der

⁵⁴⁰ Falk/Hauer (2007), S. 221.

⁵⁴¹ Ebenda, S. 220 ff.

⁵⁴² Anstock (1965), S. 1156. Dort auch das folgende Zitat.

⁵⁴³ Falk/Hauer (2007), S. 222.

⁵⁴⁴ Ebenda, S. 224.

⁵⁴⁵ Bartsch (1964), S. 1065. Dort auch das folgende Zitat.

⁵⁴⁶ Falk/Hauer (2007), S. 217.

1960er Jahre in der Zeitschrift *DDG*, dass diese Einteilung subjektiv ist und von den vorhandenen Rahmenbedingungen und der Einstellung des Arztes, des Psychologen oder des Pädagogen abhängt.⁵⁴⁷ In diesem Zusammenhang stellte er eine wesentlich differenziertere Einteilung der Kinder mit Intelligenzminderung vor.⁵⁴⁸

Die Begriffe unterlagen im Laufe der Jahrzehnte einem steten Wandel. So sprach sich G. Jun, Oberärztin der Kinderpsychiatrischen Klinik Herzberge und Leitende Ärztin der Psychiatrischen Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche des Stadtbezirks Berlin-Lichtenberg⁵⁴⁹ gegen die Verwendung des Begriffs „Idiot“ aus, da dieser „einen festen Platz in der Skala der deutschen Schimpfwörter gefunden hat“⁵⁵⁰ und plädierte dafür, „auf seinen Gebrauch [...] zu verzichten und [...] ihn durch wertfreie Bezeichnungen zu ersetzen (z.B. ‚geistig schwerst behindertes Kind‘)“. Der Begriff der „geistigen Behinderung“ wurde von einigen exponierten Psychiatern verwendet, unter anderem von Lieselotte Eichler in ihrer Publikation „Einführung in die heilpädagogische Arbeit mit geistig schwer und schwerst behinderten Kindern unter Anlehnung an die ungarische heilpädagogische Arbeit (nach Dr. Gustav Bárczi)“, setze sich jedoch zu keinem Zeitpunkt in der DDR durch.⁵⁵¹ In den 1960er Jahren beschäftigten sich die Psychiater im Bereich der KJP unter anderem mit den Auswirkungen der Berufstätigkeit der Mutter auf die Entwicklung des Kindes⁵⁵², mit dem Krankheitsbild der Schizophrenie⁵⁵³ sowie dem Ausbau der jugendpsychiatrischen Beratungsstellen.⁵⁵⁴

Zwei Jahre nachdem von dem Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Rodewisch bedeutende Impulse für eine Reform der Psychiatrie in der DDR ausgegangen waren, meldete sich im Jahr 1965 F. Anstock, Chefarzt der Kinderpsychiatrischen Abteilung aus dem besagten Krankenhaus, in der *DDG* zu Wort und setzte sich mit der Frage der Kompetenzgrenzen der Kinderpsychiatrie auseinander.⁵⁵⁵ Er beschrieb das Spannungsfeld, in dem sich die Kinder- und Jugendpsychiater damals bewegten:

„[D]ie Kinderpsychiatrie ist als medizinisches Fach bei aller Dynamik ihrer vielfältigen Bezüge auf medizinisch Mögliches beschränkt. Das führt zu Grenzen, an

⁵⁴⁷ Schmitz/Grossmann (1961), S. 716.

⁵⁴⁸ Ebenda, S. 716 f.

⁵⁴⁹ Jun (1970), S. 1469.

⁵⁵⁰ Ebenda, S. 1468. Dort auch das folgende Zitat.

⁵⁵¹ Barsch (2007), S. 19.

⁵⁵² Weise (1964).

⁵⁵³ Uschakov (1965).

⁵⁵⁴ Schmitz (1960), Vgl. Dummer (1966).

⁵⁵⁵ Anstock (1965).

denen – das ist eine gewisse Besonderheit der Kinderpsychiatrie – Kompetenzüberdehnung und Kompetenzeinengung in gleicher Weise belangvoll werden können. Wir meinen auf der einen Seite Aufgabenstellungen, die der Kinderpsychiatrie an sich wesensfremd sind, und auf der anderen Seite die Tatsache, daß vielfach in ureigenen kinderpsychiatrischen Bereichen auch andere Disziplinen und Instanzen entscheiden, ohne je den Kinderpsychiater gefragt zu haben. So jedenfalls nimmt sich in wechselnden Schattierungen der kinderpsychiatrische Alltag aus.“⁵⁵⁶

Anstock bemängelte den Umstand, dass die Behandlungsstellen, die für die Rehabilitation der betroffenen Kinder zuständig sind, in vielen Fällen zu weit von dem jeweiligen Wohnort entfernt liegen. Dies sollte zur Folge gehabt haben, dass sich die Angehörigen des „rehabilitationsreif gewordenen Jugendlichen an die Vorstellung einer durch ‚Unterbringung‘ endgültig geregelten Lösung“⁵⁵⁷ gewöhnen würden. Aus diesem Grund forderte der Kinderpsychiater dezentrale Lösungen in „Gemeinschaftsnähe“. Anhand dieser Forderungen zeigt sich die Verankerung der Rodewischer Thesen im ärztlichen Selbstverständnis.

Zu den Besonderheiten des Fachs KJP zählte Anstock die Tatsache, dass „nahezu bei allen Fragestellungen vorrangig Erziehungsfragen mitspielen.“⁵⁵⁸ Diese „Lenkung pädagogischer Maßnahmen“ bzw. die Durchsetzung von „notwendige[n] Erziehungskorrekturen“ sei stationär leichter realisierbar. Ambulant hingegen sei dies schon schwieriger, da „die Realisierung ärztlicherseits wohlüberlegter Erziehungsempfehlungen von der Einsicht, vom Verständnis und vom guten Willen solcher Instanzen ab[hänge], die einschließlich Elternhaus nicht unbedingt verpflichtet sind, ärztliche Erziehungsempfehlungen auch zu beachten.“⁵⁵⁹ Aus diesem Grund plädierte Anstock dafür, sich nicht ohne weiteres mit diesen „Unsicherheitsfaktoren“ abzufinden und schlug stattdessen vor, „in die Ausbildungspläne für Lehrer, Erzieher und Kindergärtnerinnen auch die Psychopathologie des Kindes“ mit aufzunehmen. Er hob die Bedeutung des Kreisjugendarztes als „das gegebene Interpretations- und Durchsetzungsorgan der Kinderpsychiatrie mit seinen vielfältigen Einfluß- und Kontrollmöglichkeiten in Familie, Heim, Kindergarten, Schule usw.“ hervor.

⁵⁵⁶ Anstock (1965), S. 1156.

⁵⁵⁷ Ebenda, S. 1157. Dort auch das folgende Zitat.

⁵⁵⁸ Ebenda, S. 1158. Dort auch die folgenden Zitate.

⁵⁵⁹ Ebenda, S. 1158. Dort auch die folgenden Zitate.

Anhand dieses Berichtes zeigen sich unterschiedliche Facetten und Ambivalenzen des ärztlichen Selbstverständnisses in den 1960er Jahren. Zum einen verfolgten die Psychiater einen paternalistischen Ansatz. Dieser beruhte auf der staatlichen Vorgabe, dass sich die Ärzte, die in den psychiatrischen Beratungsstellen tätig waren, ein umfassendes Bild vom sozialen Umfeld des Kindes machen sollten. Gegebenenfalls sollten sie Einfluss auf die Faktoren nehmen, die negative Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes hatten.⁵⁶⁰ Zum anderen zeigten die Ärzte hierdurch auch, dass sie die Haltung, für ihre Patienten Sorge zu tragen, im Selbstverständnis verankert hatten.

Der Diplompsychologe Werner Dummer aus einer Kinder- und Jugendpsychologischen Beratungsstelle beleuchtete 1963 in der *DDG* die Ätiologie psychischer Erkrankungen und unterstützte dabei die These Anstocks, dass die betroffenen Kinder Symptom einer dysfunktionalen Familie seien:

„Es handelt sich bei Kindern [...] bei *psychogen bedingten Auffälligkeiten* im allgemeinen um Mit- und Umweltstörungen, insbesondere um Störungen der zwischenmenschlichen Beziehungen, die im Kind letztendlich zu psychischen Irritationen führen und ihren Niederschlag in verschiedenen Verhaltens- oder Charakterstörungen, also in abnormen Reaktionsweisen der Betroffenen finden.“⁵⁶¹

Daher waren „Früherfassung und Frühbehandlung hochakute Arbeitsprinzipien“ der Kinderpsychiatrie. In der Diagnostik sollte der „Erhellung des kindlichen Erlebnisraumes eine vorrangige Bedeutung“⁵⁶² zukommen und die therapeutischen Maßnahmen die „vorhandenen Frustrationen in der kindlichen Erlebnissphäre“ miteinbeziehen. Dummer empfahl in der Therapie des Kindes neben der „Elternerziehung“⁵⁶³ den Einsatz von Kindergruppenpsychotherapie, mit besonderem Schwerpunkt in der psychotherapeutisch orientierten Spieltherapie, sowie die Suggestivbehandlung, die auch das Autogene Training umfasse.⁵⁶⁴ Weitere therapeutische Ansätze waren die Arbeits- und Beschäftigungstherapie sowie die Bewegungs- und Musiktherapie.⁵⁶⁵ Psychopharmaka kamen teilweise zu Beginn der Behandlung zum Einsatz, „um Spannungen in dem Kind selbst zu mindern und es ruhiger zu machen.“⁵⁶⁶ Den Eltern gegenüber betonten die Kinderärzte hierbei,

⁵⁶⁰ Anordnung über die Durchführung der psychiatrischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen. Vom 15. Mai 1954 (1960), S. 54.

⁵⁶¹ Dummer (1963), S. 1912. Dort auch das folgende Zitat.

⁵⁶² Anstock (1965), S. 1158. Dort auch das folgende Zitat.

⁵⁶³ Dummer (1963), S. 1919.

⁵⁶⁴ Ebenda, S. 1919. Vgl. Kruse, G. (1964).

⁵⁶⁵ Bannes et al. (1970), S. 1889.

⁵⁶⁶ Ebenda, S. 1887.

dass „Medikamente nur Krücken sind und ihre Mitarbeit nicht entbehrlich mache.“⁵⁶⁷

Dummer begründete in seinem Artikel die paternalistische Herangehensweise in der Interaktion mit den Eltern. Gingen die Ärzte davon aus, dass psychiatrische Erkrankungen im Kindesalter vor allem durch pathologische Familienbeziehungen entstünden, hatte der Arzt die Pflicht, hier zum Wohle des Kindes einzugreifen. Gleichzeitig forderte Dummer seine ärztlichen Kollegen auf, am Individuum anzusetzen, also zu versuchen, das Kind zu verstehen und eine adäquate Behandlung durchzuführen. Der Artikel zeigt eine kritische Auseinandersetzung mit den eigenen Grenzen in der Behandlung. Das Gelingen der Therapie wurde nicht ausschließlich der Effektivität der Medikation zugeschrieben, vielmehr erforderte es die Mitarbeit der Eltern.

Auch im Bereich der Arbeitstherapie ist nach der Implementierung der Rodewischer Thesen ein Wandel im ärztlichen Selbstverständnis feststellbar. So äußerte sich Ehrig Lange 1966 in der Zeitschrift *DDG*: „Es ist aber gegen das Prinzip der Rehabilitation und gegen den gesellschaftlichen Auftrag der psychiatrischen Einrichtungen, wenn entlassungsfähige ‚Anstaltsarbeiter‘ wegen sonst gefährdeter Wirtschaftlichkeit der Einrichtung zurückgehalten werden“⁵⁶⁸. Er plädierte dafür, dass „wir mit Nachdruck darauf verweisen [müssen], daß die Personallage vieler psychiatrischer Facheinrichtungen noch auf der Basis einer Berechnung beruht, die umfassende Mitarbeit von ‚Anstaltspatienten‘ [...] einschloß“. Dies führte dazu, dass der für die Versorgung der Patienten notwendige Personalschlüssel zu niedrig angesetzt wurde und der Bedarf an Mitarbeitern in der Realität deutlich höher ausfiel.

Auf dem Gebiet der Psychopharmakologie wurden in den 1960er Jahren zunehmend kritische Stimmen laut. Das Spektrum der Behandlungsmöglichkeiten wurde Mitte der 1960er Jahre durch das Depot-Neuroleptikum Haloperidol ergänzt.⁵⁶⁹ Lüttke und Koch kritisierten in der *DDG* die Tatsache, dass durch die anfängliche Euphorie über die Psychopharmaka andere Therapieformen in den Hintergrund gedrängt wurden:

„Das starke Aufkommen moderner Psychopharmaka hat zu einem Umbruch in der psychiatrischen Therapie geführt. Vielfach wurde zu ihren Gunsten in der An-

⁵⁶⁷ Bannes et al. (1970), S. 1887.

⁵⁶⁸ Lange (1966), S. 1092. Dort auch das folgende Zitat.

⁵⁶⁹ Falk/Hauer (2007), S. 190.

fangsbegeisterung der neuen Behandlungsweise altbewährte Behandlungsprinzipien aufgegeben; insbesondere gingen einige Kliniker von der aktiven Therapie durch künstliche Erzeugung von Krämpfen bei psychiatrischen Krankheitsbildern ab. Dabei kam ihnen oft die eigene wie die bei vielen Patienten anzutreffende Abneigung gegen Elektroheilkämpfe entgegen.⁵⁷⁰

Wieczorek und Greger aus der Klinik für Psychiatrie und Neurologie der Friedrich-Schiller-Universität Jena⁵⁷¹ unterstützten diese Aussage, indem sie 1965 in der *DDG* feststellten, dass trotz „der ständigen Weiterentwicklung der modernen Psychopharmaka [...] die klassischen psychiatrischen Behandlungsmethoden, wie die Elektrokrampf- und Insulinbehandlung [...] keineswegs entbehrlich geworden“⁵⁷² waren und beriefen sich dabei auf zahlreiche Studien verschiedener Wissenschaftler.

Poppe, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie sowie Chefarzt der Abteilung für Alterspsychiatrie des Bezirkskrankenhauses Arnsdorf⁵⁷³, beschrieb 1965 in der *DDG* die Erfolge der Psychopharmaka sowie der „Milieu-, Sozio- und Arbeitstherapie“⁵⁷⁴:

„Die Heilungs- und Besserungsquoten haben sich in einer derart positiven Weise verändert, daß viele Patienten, die früher als Dauerinsassen in der ‚Psychiatrischen Anstalt‘ verblieben, jetzt [...] entweder ganz oder aber für eine längere Zeit in den Beruf und in die Familie zurückkehren können.“⁵⁷⁵

Gleichzeitig räumte er ein, dass die Therapien nicht bei allen Patienten so wirkungsvoll anschlügen, wie ursprünglich erhofft.

Diese Aussagen über den Wert und Erfolg der Psychopharmakotherapie spiegeln die Bandbreite an Einschätzungen und Bewertungen der in der DDR tätigen Psychiater wider und offenbaren, welche Vor- und Nachteile mit der Einführung dieser Medikamente einhergingen.

⁵⁷⁰ Lüttke/Koch (1962), S. 1027.

⁵⁷¹ Wieczorek/Gerger (1965), S. 722.

⁵⁷² Ebenda, S. 723.

⁵⁷³ Poppe/Meier (1965), S. 684.

⁵⁷⁴ Ebenda, S. 681.

⁵⁷⁵ Ebenda, S. 681.

3.2.3 Der Umgang mit der Suizidthematik

Die Beschränkungen im Umgang mit der Suizidthematik waren im Verlauf des Bestehens der DDR nicht konstant, sondern wurden mehrmals verschärft oder gelockert, wodurch sich zeitweise Handlungsmöglichkeiten für Psychiater und Psychologen eröffneten.⁵⁷⁶

Die Tabuisierung des Suizids, die im christlich geprägten Europa bereits seit Jahrhunderten weit verbreitet war, wurde in der DDR um die politische Dimension erweitert. Dies geschah vermutlich vor dem Hintergrund der marxistisch-leninistischen Ideologie, aus deren Perspektive die hohe Suizidrate als Hinweis auf ein Versagen beim Aufbau der sozialistischen Gesellschaftsordnung gewertet werden konnte. Die SED-Führung hielt zeitweise die Statistik über die Suizidrate unter Verschluss und setzte ein Rede- und Veröffentlichungsverbot durch.⁵⁷⁷ Die Verschärfung der Tabuisierung vor allem in den Zeiten, in denen die Rate anstieg, ist ein Indiz dafür, dass die SED-Führung die Suizidrate als „Gradmesser für soziale Lebensqualität“⁵⁷⁸ einordnete. Suizide wurden als „gesellschaftlicher Makel“ verstanden, der vertuscht werden sollte.

Die Suizidrate, die der Anzahl der Suizide pro 100.000 Einwohner pro Jahr entspricht, war in der DDR durchgängig höher als in der BRD. Im internationalen Vergleich nahm die DDR stets einen Spitzenplatz ein.⁵⁷⁹ Als mögliche Gründe für die Ost-West Differenz werden heute sowohl eine höhere Dunkelziffer in der BRD als auch eine wahrscheinlich genauere Erfassung der Suizide sowie die tatsächlich höhere Obduktionsrate in der DDR diskutiert.⁵⁸⁰ Das protestantisch oder atheistisch geprägte Milieu in der DDR führte vermutlich dazu, dass die Familienangehörigen seltener auf eine Vertuschung des Suizids hinwirkten als in den katholisch geprägten Regionen der BRD, in denen die Sorge vor sozialer Diskriminierung bedeutsamer war.⁵⁸¹

Der Sozialhygieniker Alexander Lengwinat aus der Medizinischen Akademie Dresden stellte 1961 in der *DDG* verschiedene Thesen auf, die die Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland in der Suizidrate erklären konnten.⁵⁸² Tatsächlich können die Differenzen mit einer unterschiedlichen Erfassung oder Kategorisierung erklärt werden.⁵⁸³

⁵⁷⁶ Grashoff (2010), S. 168.

⁵⁷⁷ Grashoff (2006), S. 470.

⁵⁷⁸ Ebenda, S. 470. Dort auch das folgende Zitat.

⁵⁷⁹ Ebenda, S. 27.

⁵⁸⁰ Ebenda, S. 28-32.

⁵⁸¹ Ebenda, S. 32.

⁵⁸² Lengwinat (1961), S. 876.

⁵⁸³ Grashoff (2006), S. 34. Zitiert nach den Zahlen vom Statistischen Bundesamt (www.gbe-bund.de).

Als Konsequenz seiner Untersuchungen forderte Lengwinat eine intensiviertere Ursachenforschung:

„In der DDR, wo die Gesellschaft die Sorge um den Schutz von Leben und Gesundheit der Bevölkerung übernommen hat, wird die Suche nach Möglichkeiten, die Selbstmordquote zu senken, zur dringenden Aufgabe, die insbesondere das Interesse der medizinischen Forschung, Lehre und Praxis erfordert.“⁵⁸⁴

Lengwinat verwies auf die „engen Beziehungen zwischen Selbstmordprophylaxe und der weiteren Vervollkommnung der medizinischen Betreuung“, welche die „Förderung der prophylaktischen und metaprohylaktischen Maßnahmen sowie den weiteren Ausbau der Rehabilitation“ umfassen sollte. Er erhoffte sich eine positive Auswirkung auf die häufig auftretenden Fälle, in denen Menschen aufgrund einer schweren Erkrankung den Suizid als einzigen Ausweg aus ihrer Situation wahrnahmen. Der Arzt habe Lengwinat zufolge auch einen gesamtgesellschaftlichen Auftrag. In der Behandlung der Patienten sollte er sich stärker auf Präventionsmaßnahmen konzentrieren.

In den 1950er Jahren entstanden weltweit Institutionen zur Suizidprävention.⁵⁸⁵ Die erste Beratungs- und Betreuungsstelle für Suizidgefährdete in der DDR etablierte der Psychologe Erwin Viele Ende der 1950er Jahre in der Kleinstadt Görlitz, die eine überdurchschnittlich hohe Suizidrate aufzuweisen hatte. Viele erfasste in Zusammenarbeit mit der Kriminalpolizei und der chirurgischen Klinik alle Patienten, die einen Suizidversuch unternommen hatten und gliederte diese in sein Betreuungssystem ein.⁵⁸⁶ Die Patienten wurden regelmäßig in seine Praxis einbestellt oder durch Fürsorgerinnen zu Hause aufgesucht.⁵⁸⁷ Dieses Vorgehen kann entweder als fürsorglich gewertet werden oder aber als eine Bevormundung des Patienten durch den Staat, der in dieser Situation durch den Arzt vertreten wird. Die konkrete Ausgestaltung unterschied sich vermutlich in Abhängigkeit von der jeweiligen individuellen Haltung des Arztes zum Patienten.

Im Rahmen der Rodewischer Thesen 1963 forderten leitende Psychiater, unter anderem Ehrig Lange, Vorsitzender der Problemkommission „Psychiatrie und Neurologie“ beim Rat für Planung und Koordinierung der medizinischen Wissenschaften der DDR⁵⁸⁸, den Ausbau eines weitreichenden Systems der Nachbetreuung psychiatrischer Patienten. Der

⁵⁸⁴ Lengwinat (1961), S. 876 f. Dort auch die folgenden Zitate.

⁵⁸⁵ Grashoff (2010), S. 168.

⁵⁸⁶ Ebenda, S. 168 f.

⁵⁸⁷ Ebenda, S. 168 f.

⁵⁸⁸ Lange (1966), S. 1089.

„Grundstock des psychiatrischen Dispensairezentrums“⁵⁸⁹ sollte durch die Zusammenarbeit von Psychologen, dem Kreispsychiater und der Gesundheitsfürsorgerin des jeweiligen Kreises oder Stadtbezirks gewährleistet werden. Außerdem sollte in „einer nachfolgenden Planetappe [...] die Erweiterung um einen Kinderpsychiater und um eine spezielle Gesundheitsfürsorgerin für Alkohol- und Suizidgefährdete erfolgen.“ Das Gesundheitsministerium der DDR befürwortete 1968 die Bestrebungen der Psychiater, da diese geeignet sein sollten, „den sich im Suizid offenbarenden Widerspruch zwischen Verhalten einzelner und dem Inhalt unserer Gesellschaftsordnung zu lösen“⁵⁹⁰ und diese dem „humanistischen Anliegen der sozialistischen Gesellschaft“ entsprechen. In der Praxis scheiterte das Vorhaben jedoch an fehlenden Kapazitäten.

In den 1960er Jahren etablierte sich der sozialpsychiatrische Ansatz im ärztlichen Selbstverständnis. Dies hatte auch Auswirkungen auf die Patienten-Arzt-Interaktion. Durch die Öffnung der Psychiatrien wurden den Patienten mehr Freiheiten und ein selbstbestimmteres Leben zugemutet. Die Ärzte machten sich die in der Gesellschaft vorhandenen Vorurteile gegenüber psychiatrisch erkrankten Menschen bewusst und versuchten, auf eine Änderung in der Haltung der Bevölkerung hinzuwirken. Dies zeigt, dass sich der Blick der Psychiater um die gesellschaftspolitische Dimension erweiterte.

Zusätzlich kann eine Hinwendung zu einer individual-ethischen Haltung im ärztlichen Selbstverständnis ausgemacht werden. Die Behandlung des Patienten sollte vor allem darauf abzielen, den Patienten dabei zu unterstützen, seine Vorstellungen und Wünsche zu verwirklichen. Die Frage nach dem kollektiven Nutzen spielte hingegen eine nachrangige Rolle. So prangerte Ehrig Lange an, dass es dem ärztlichen Selbstverständnis widerspreche, psychiatrisch erkrankte Menschen nur aus dem Grund nicht zu entlassen, dass sie aufgrund ihrer Arbeitskraft unentbehrlich seien.

Aus den Rodewischer Thesen schlussfolgerten die Ärzte in der *DDG*, dass die Verantwortung für den Heilungsprozess in erster Linie bei der Ärzteschaft und nicht bei den Patienten liege. Damit einher ging ein wachsendes kritisches Bewusstsein für die Grenzen der Behandlungsmöglichkeiten.

⁵⁸⁹ Lange (1966), S. 1092. Dort auch das folgende Zitat.

⁵⁹⁰ Seidel/Kulawik (1970), S. 125. Dort auch das folgende Zitat.

Anhand der Artikel, die in den 1960er Jahren in der *DDG* veröffentlicht wurden, sind auch Ambivalenzen in der Versorgung psychiatrisch erkrankter Menschen feststellbar. Die Ärzte in den psychiatrischen Beratungsstellen waren aufgrund der rechtlichen Lage dazu verpflichtet, sich beispielsweise bei Kindern mit psychiatrischen Auffälligkeiten oder bei Menschen, die als suizidgefährdet eingestuft wurden, ein umfassendes Bild der sozialen Situation zu machen und gegebenenfalls auf die als ursächlich eingestuften Faktoren Einfluss zu nehmen. Dieses Vorgehen zeugt von einem paternalistischen Ansatz im ärztlichen Selbstverständnis, indem der Arzt oder der Staat zu wissen meint, was das Beste für den Patienten sei. Zugleich klang der im ärztlichen Selbstverständnis verankerte Anspruch durch, für die Patienten umfassend Sorge zu tragen und auf seine individuellen Bedürfnisse Rücksicht zu nehmen.

3.3 Dritte Phase: 1970–1979 – Stagnation der Reformvorhaben und Suche nach Alternativen

Ein möglicher Grund für die unzureichende Umsetzung der Reformbemühungen ist in den Herrschafts- und Gesellschaftsstrukturen der DDR zu suchen.⁵⁹¹ Eine Neuordnung der Psychiatrie stieß auf der politischen Ebene vermutlich auf Ablehnung, da das angestrebte System mit dem Risiko eines gewissen Kontrollverlustes einherging, bedingt durch den Aufbau ambulanter Betreuungsstrukturen und die Verlagerung der Patienten aus den psychiatrischen Großanstalten heraus in die Gesellschaft.⁵⁹²

Nachdem sich die Thesen nur eingeschränkt realisieren ließen, stand im Anschluss daran die „fachliche [...] Profilierung und Klinisierung des Anstaltsbetriebes“⁵⁹³ sowie der Kampf um finanzielle Mittel, einhergehend mit der Gleichstellung mit somatischen Fächern, im Vordergrund. Die fachliche Profilierung bestand darin, „innerhalb der Gruppe der psychiatrischen Patienten weiter zu differenzieren, um die Heilungsaussichten zu verbessern“⁵⁹⁴, und in der Bemühung, den Rückstand im Hinblick auf die „Ausstattung mit modernen medizinischen Geräten gegenüber den anderen Krankenhäusern“ aufzuholen.

⁵⁹¹ Rose (2005), S. 136.

⁵⁹² Ebenda, S. 137.

⁵⁹³ Ebenda, S. 137.

⁵⁹⁴ Ebenda, S. 140. Dort auch das folgende Zitat.

Nachdem die Rodewischer Thesen nicht zu den erhofften Verbesserungen führten, wurden am 2. und 3. Mai 1974 die Brandenburger Thesen zur therapeutischen Gemeinschaft in der Bezirksnervenklinik Brandenburg aufgestellt. Sie basierten auf einem zuvor veröffentlichten Thesenpapier des damaligen Direktors des Gördeners Krankenhauses Siegfried Schirmer.⁵⁹⁵ Hierbei handelte es sich um Verbesserungsvorschläge zu den therapeutischen Rahmenbedingungen. Die Thesen stellten darüber hinaus einen bedeutungsvollen Schritt zur „Modernisierung und Humanisierung des Selbstverständnisses der Psychiatrie“⁵⁹⁶ dar. In den Mittelpunkt rückte nun der „Patient als Individuum und seine Fähigkeit soziale Beziehungen zu knüpfen“. Wichtig für den Genesungsprozess des Patienten sollte ein guter Kontakt des Pflegepersonals zu den Patienten sein.⁵⁹⁷

In Bezug auf die verschiedenen Subdisziplinen ist eine Weiterentwicklung der Diskussionen, die die Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie in der *DDG* führten, erkennbar. Seitens des Staates bestanden in dieser Phase weiterhin Bestrebungen, Einfluss auf die Ausrichtungen des Fachs Psychiatrie und Neurologie zu nehmen. Die Abteilung Gesundheitspolitik des ZK der SED veranstaltete vom 8. bis 9. Februar 1971 eine Konferenz zu den „Fragen der ideologischen Situation in den Fachgebieten Psychiatrie/Neurologie und Psychologie“⁵⁹⁸ mit dem Ziel, die DDR-Psychiatrie wirksamer zu ideologisieren und zu politisieren. Dieses Vorhaben scheiterte, da die Direktoren der großen Psychiatriekrankenhäuser, obwohl sie vorwiegend der SED angehörten, dies entschieden ablehnten.⁵⁹⁹ In den 1970er Jahren entstanden in allen Bezirken der DDR stationäre Psychotherapie-Abteilungen, psychotherapeutische Behandlungsstellen sowie regionale Arbeitsgemeinschaften. Im Jahr 1978 wurde der Facharzt für Psychotherapie eingeführt. In diesem Jahrzehnt galt die Psychodynamische Psychotherapie als die meistverbreitete Therapierichtung in der DDR.⁶⁰⁰

Der in der *DDG* publizierte Beitrag des Psychologen H. Hennig, zu jener Zeit in der Funktion des Wissenschaftlichen Mitarbeiters an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie

⁵⁹⁵ Rose (2005), S. 165.

⁵⁹⁶ Ebenda, S. 165 f. Dort auch das folgende Zitat.

⁵⁹⁷ Ebenda, S. 165.

⁵⁹⁸ Geyer (2011), S. 243.

⁵⁹⁹ Ebenda, S. 245 f.

⁶⁰⁰ Ebenda, S. 243 f.

und Neurologie der Martin-Luther-Universität Halle und beratender Psychologe der poliklinischen Abteilung des Gesundheitswesens⁶⁰¹, lässt die Schlussfolgerung zu, dass er die im Jahr 1957 von Müller-Hegemann definierte Grenze zwischen den Tätigkeitsfeldern der beiden Berufsgruppen der Psychiater und Psychologen akzeptierte:

„Liegt eine nachweisbare psychische oder psychosomatische Erkrankung vor, wird der klinische Psychologe die Beratung der Patienten abgeben müssen. Seine Tätigkeit beschränkt sich dann auf diagnostische Untersuchungen, deren Ergebnisse dem behandelnden Facharzt zugehen [Dieser] kann von der psychologischen Untersuchung erwarten, daß sie ihm Aufschlüsse über die Intelligenz, über das Antriebs- und Stimmungsgeschehen sowie über emotionale Bereiche, Motive, Strebungen, Einstellungen und Interessen eines Patienten vermittelt.“⁶⁰²

Der Psychiater war Henning zufolge somit für die Begleitung und Behandlung des psychiatrisch erkrankten Menschen zuständig, während der Psychologe in diesem Fall für die klinischen Untersuchungen verantwortlich war, die den Psychiater dabei unterstützen sollten, sich ein differenziertes Bild über den Patienten machen zu können. In Bezug auf die Gemeinschaftsarbeit wies Hennig auf das Potential hin:

„Überhaupt dürfte die Qualität der diagnostischen und psychotherapeutischen Arbeit von Ärzten und Psychologen [...] wesentlich von einer solchen Zusammenarbeit abhängen. Zuweilen noch beobachtbare Kompetenzquerelen schaden letztlich dem Patienten [...] Unvermeidbare Überschneidungen [...] können für den Patienten und auch für die wissenschaftliche Forschung häufig von Vorteil sein.“⁶⁰³

Henning sah im Gegensatz zu Müller-Hegemann eher einen Vorteil für den Patienten und für die Wissenschaft, wenn sich die Berufsgruppen untereinander in Bezug auf die Diagnosefindung und die therapeutische Konsequenz abstimmen müssen. Durch diese Berührungspunkte, Reibungen und das gegenseitige sich in Frage Stellen könnte Henning zufolge wissenschaftlicher Fortschritt generiert werden.

In Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie diskutierten die Ärzte in den 1970er Jahren die neuen Herausforderungen, die mit dem Fortschritt auf dem Gebiet der Intensivmedi-

⁶⁰¹ Hennig (1971), S. 2341.

⁶⁰² Ebenda, S. 2339 f.

⁶⁰³ Ebenda, S. 2341.

zin einhergingen. Aufgrund dieser Entwicklung erhöhten sich die Chancen für das Überleben von Kindern, die ein schweres Schädelhirntrauma erlitten hatten.⁶⁰⁴ G. Jun, Leitende Ärztin der Psychiatrischen Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche Berlin-Lichtenberg, evaluierte den damaligen Entwicklungsstand auf dem Gebiet der KJP.⁶⁰⁵ Sie kam zu dem Schluss, dass trotz des steigenden Bedarfs weiterhin ein Mangel an Kinderpsychiatern bestand und daher die Anordnung vom 15. Mai 1954 nur unzureichend implementiert werden konnte.⁶⁰⁶ Dazu stellte Jun fest, dass das Netz an Vorschuleinrichtungen für Kinder mit Intelligenzminderung im Alter von drei bis sechs Jahren in der DDR kaum vorhanden gewesen sei.⁶⁰⁷

Ende der 1970er Jahre erläuterte Ehrig Lange retrospektiv in der *DDG* die Rahmenbedingungen und Voraussetzungen, aus denen sich die Sozialpsychiatrie entwickelte. Lange übte dabei in der Funktion des Direktors der Neurologisch-Psychiatrischen Klinik der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ in Dresden auch Kritik an der Institution, für die er selbst tätig war, indem er schrieb:

„Die sozialpsychiatrische Bewegung entstand [...] aus der Erkenntnis des brüchigen Bodens und der dünnen Decke der traditionellen Psychiatrie als Krankheitslehre und Institution, aus der Insuffizienz der psychiatrischen Betreuungsstrategien und der traditionellen Betreuungsbedingungen mit hierarchischer Betreuungsstruktur und aus der gesellschaftlich ausgegrenzten Abgeschiedenheit der Krankenhauspsychiatrie einerseits, der selbstzufriedenen bis selbstherrlichen Isolierung der Hochschulpsychiatrie andererseits, schließlich dem Sonder-Dasein der Psychiatrie und der psychisch Kranken in der Gesellschaft.“⁶⁰⁸

Lange betonte außerdem die Bedeutung des Zusammenwirkens von biologischen und sozialen Faktoren als Ursache für die Entstehung psychiatrischer Erkrankungen und grenzte sich zugleich vehement von der damals in Westdeutschland vorherrschenden sogenannten Antipsychiatrie-Bewegung ab:

⁶⁰⁴ Göpel (1976). Die Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie beschäftigten sich in der Zeitschrift *DDG* im Bereich der neurologischen Diagnostik mit der Hirnszintigraphie und der stereoencephalographischen Untersuchung (SEEG) sowie mit den Medikamenten Faustan®, Tegretal® und Suxilep®. Vgl. Müller/Franke (1975), Vesper et al. (1979), Degen (1970), Wünsche/Todt/Munde (1971). Zudem kamen Lithium-Kuren gegen manisch-depressive Erkrankungen auf. Vgl. Falk/Hauer (2007), S. 190.

⁶⁰⁵ Jun (1970).

⁶⁰⁶ Ebenda, S. 1464.

⁶⁰⁷ Ebenda, S. 1465.

⁶⁰⁸ Lange (1979), S. 825.

„Sozialpsychiatrie als antithetische Alternative zu einer biologischen Psychiatrie wird abgelehnt. Sozialpsychiatrie und Biologische Psychiatrie werden als integrierte Einheit einer dynamischen klinischen Psychiatrie gesehen. Sozialpsychiatrie solchen Selbstverständnisses hat keine Identität mit sogenannter Antipsychiatrie westlicher Provenienz“⁶⁰⁹

Zusätzlich beleuchtete er die Bedeutung der Rodewischer Thesen und erläuterte ihren vermeintlichen Erfolg, indem er konstatierte, dass viele der Bestrebungen Ende der 1970er Jahre mit einer gewissen „Selbstverständlichkeit in der Behandlung und Rehabilitation in der Psychiatrie“⁶¹⁰ Einzug genommen haben sollten.

Die Diskussion über die Aufarbeitung der Verbrechen der Nationalsozialisten und die Rolle, die die Ärzteschaft hierbei spielte, nahm in der *DDG* in den 1970ern erneut an Fahrt auf. So untersuchte D. Rüster im Jahr 1972, wie sich nationalsozialistisches Gedankengut an der Berliner Charité verbreiten konnte. Rüster warf der Ärzteschaft „Passivität und Indolenz“⁶¹¹ vor, was schließlich dazu geführt hatte, dass „dem Erstarken der faschistischen Bewegung vor den Toren der Krankenanstalt und letztlich auch ihrem Eindringen kein Widerstand entgegengesetzt wurde“ und sich die Nationalsozialisten „schnell und rücksichtslos“ in der Charité etablieren konnten.

In den 1970er Jahren beleuchteten verschiedene Verfasser die unterschiedlichen Aspekte und ethischen Normen des ärztlichen Berufsethos und suchten nach Definitionen. So schrieb U. Körner in der Zeitschrift *DDG*:

„Die Prinzipien des ärztlichen Berufsethos, die vor allem mit den außergewöhnlichen Befugnissen des Arztes zur Manipulation am Körper anderer Menschen zusammenhängen, werden oft nur unter dem Aspekt gesehen, daß sie Maßstäbe für das Handeln der Ärzte gegenüber den Patienten sind, die sowohl dem Arzt als auch dem Patienten bestimmte Sicherheiten in ihrem besonders gearteten Dienstleistungsverhältnis geben. Die ethischen Normen des Arztberufes haben aber noch andere wesentliche Funktionen: Sie prägen weitgehend das ärztliche Berufsbild und das soziale Image der Ärzteschaft“⁶¹²

In der *DDG* wurde im Jahr 1970 die Diskussion über die Prävention von Suiziden, die bereits in der vorherigen Dekade geführt wurde, erneut aufgegriffen. Die Psychiater Ehrig

⁶⁰⁹ Lange (1979), S. 825.

⁶¹⁰ Ebenda, S. 825.

⁶¹¹ Rüster (1972), S. 1684 f. Dort auch die folgenden Zitate.

⁶¹² Körner (1975), S. 1672.

Lange und Helmut Kulawik diskutierten ausführlich den „Aufbau eines Netzes von Suizid-Beratungsstellen [...], in denen suizidgefährdete Menschen langfristig ärztlich-medizinisch und fürsorgerisch-sozial betreut werden sollen“⁶¹³. Sie bezogen sich inhaltlich auf Erwin Ringel, der zu Beginn der 1950er Jahre in Wien die Beschreibung des „präsuicidalen Syndroms“⁶¹⁴ herausarbeitete. Bevor Lange im Jahr 1967 in Eigeninitiative die Beratungsstelle in Dresden gründete, besuchte er für mehrere Wochen die von Ringel geführte Krisenstation für suizidgefährdete Menschen an der Wiener Psychiatrischen Universitätsklinik.⁶¹⁵

Lange und Kulawik äußerten sich in Bezug auf die Ursachen, die zu einem Suizidversuch führen könnten, wie folgt: „Beim Gros der Suizidenten liegt eine sozial-zwischenmenschliche oder intrapsychische Konfliktsituation vor.“⁶¹⁶ Die Behandlung erfordere eine „komplexe Therapie, bestehend aus psychotherapeutischen, soziotherapeutischen bzw. psychagogischen Maßnahmen und aus medikamentöser Behandlung, wobei der Stellenwert der genannten therapeutischen Verfahren im Einzelfall unterschiedlich zu beurteilen ist.“⁶¹⁷ Mit dieser Forderung beriefen sie sich auf die Rodewischer Thesen, durch die der Versuch unternommen wurde, die „komplexe Therapie“ in der Behandlung psychiatrisch erkrankter Menschen zu implementieren. Die Psychiater kritisierten die damals weit verbreitete Gabe von Medikamenten, die die Konflikte und Spannungen nur überdeckten, statt sie zu lösen. Sie sahen stattdessen ihre Aufgabe in einer „helfenden zwischenmenschlichen Begegnung“⁶¹⁸ und der „Einbeziehung umfassender sozial wirksamer Maßnahmen“. Die Psychiater betonten hierdurch den Stellenwert des Arztes, der durch seine Haltung und durch einen angemessenen Umgang zur Gesundung des Patienten beitragen könne.

Die Psychiater Karl Seidel und Helmut Kulawik beschrieben 1970 in der *DDG* die Arbeitsweise sowie die bisher erzielten Erfolge der psychiatrischen Beratungsstelle in Dresden.⁶¹⁹ Karl Seidel, 1930 in Nürnberg geboren, trat bereits im Alter von 17 Jahren der SED bei. Im Zeitraum 1950 bis 1956 studierte er Medizin⁶²⁰ und habilitierte sich im Jahr

⁶¹³ Lange/Kulawik (1970).

⁶¹⁴ Ringel (1953), S. 104.

⁶¹⁵ Felber/Lange (1998), S. 135.

⁶¹⁶ Lange/Kulawik (1970), S. 123.

⁶¹⁷ Lange (1966), S. 123.

⁶¹⁸ Lange/Kulawik (1970), S. 123. Dort auch das folgende Zitat.

⁶¹⁹ Seidel/Kulawik (1970).

⁶²⁰ Müller-Enbergs/Reuter (2006), S. 935.

1967 mit der Schrift „Suicid im höheren Lebensalter“⁶²¹. Ein Jahr später wurde er zum Dozenten für Psychiatrie und Neurologie der Medizinischen Akademie Dresden berufen. 1971 bis 1978 hatte er das Direktorat der Nervenklinik der Charité Berlin inne und nahm den Ruf zum Professor für Psychiatrie und Neurologie der HU Berlin an. 1981 bis 1989 leitete er die Abteilung Gesundheitspolitik des ZK der SED.⁶²² In dieser Funktion war er neben dem Gesundheitsminister Ludwig Mecklinger, dessen Stellvertreter Ulrich Schneidewind und Alexander Schalck-Golodkowski, dem Leiter des Bereichs Kommerzielle Koordinierung (KoKo), im Frühjahr 1983 an der Entscheidung beteiligt, westlichen Pharmaunternehmen Arzneimittelstudien an den Patienten in der DDR zu gewährleisten. Im Austausch dafür flossen die dringend benötigten westlichen Devisen.⁶²³ Im Mai 1990 stellte die Medizinische Fakultät der Charité im Zuge von weitreichenden Umwälzungen den Antrag auf Abberufung.⁶²⁴

In der Beratungsstelle für Suizidgefährdete, die im Jahr 1967 an der Neurologisch-Psychiatrischen Klinik und Poliklinik der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ Dresden aufgebaut wurde, arbeitete eine spezialisierte psychiatrische Fürsorgerin mit einem Arzt zusammen. Hierbei versuchte man einen häufigen Personalwechsel zu vermeiden, mit dem Ziel, eine vertrauensvolle Arzt-Patienten Beziehungen zu fördern.⁶²⁵ Unmittelbar nach Einweisung eines Patienten, der einen Suizidversuch unternommen hatte, sollte eine telefonische Meldung bei der Beratungsstelle erfolgen. Der Patient wurde daraufhin umgehend von einer Fürsorgerin aufgesucht, die dazu angehalten war, sich „ein Bild vom Zustand des Kranken zu machen“⁶²⁶ und ergründen sollte, „ob eine vorwiegend berufliche, soziale oder persönliche Problematik ursächlich mit dem Suizidversuch zusammenhängt, um gegebenenfalls gleich anschließend mit dem Betrieb oder den Angehörigen und Bekannten des Patienten Rücksprache nehmen zu können.“ Das Aufgabenspektrum des Arztes im Rahmen des Konsiliarbesuchs umfasste die Abschätzung der Suizidalität sowie die Feststellung, ob eine Erkrankung aus dem psychiatrischen Formenkreis vorlag. War dies der Fall, hatte er die Möglichkeit, eine Aufnahme auf eine psychiatrische Station in die Wege zu leiten. Des Weiteren war der Arzt für die nachgehende

⁶²¹ Seidel (1967).

⁶²² Müller-Enbergs/Reuter (2006), S. 935.

⁶²³ Das ist russisches Roulett (1991), S. 80 f.

⁶²⁴ Hess (2005), S. 14.

⁶²⁵ Seidel/Kulawik (1970), S. 127. Dort auch das folgende Zitat.

⁶²⁶ Ebenda, S. 127. Dort auch die folgenden Zitate.

Betreuung verantwortlich, die „sozialfürsorgerische Maßnahmen, psychagogisch-psychotherapeutische Aussprachen sowie die medikamentöse Behandlung mit Psychopharmaka“⁶²⁷ umfasste und auch diejenigen Menschen miteinbezog, die „unmittelbar mit dem Patienten in Verbindung“ standen. In Abhängigkeit von der „Lage des Falls“ erfolgte die Wiedervorstellung in der Beratungsstelle oder der Hausbesuch in regelmäßigen Abständen: „Auf jeden Fall aber wird jeder Patient mindestens ¼ jährlich wiederbestellt oder aufgesucht“. Die Ärzte wurden dazu angehalten, eng mit diversen staatlichen Institutionen zusammenzuarbeiten, „so z.B. mit der Abteilung Wohnraumlentkung beim Rat der Stadtbezirke, mit der Krippen- und Kindergartenplatzvermittlung bei der zuständigen Abteilung, mit der Abteilung Jugendhilfe, mit der Abteilung K der Volkspolizei, mit Schulen oder mit allgemein-ärztlichen Behandlungseinrichtungen.“ Dieses Vorgehen lässt den Rückschluss zu, dass die paternalistische Haltung weiterhin im ärztlichen Selbstverständnis verankert war. Außerdem deutet sich an, dass der Staat versuchte, sich Zugriff auf verschiedene Bereiche des Persönlichen und Alltäglichen des Patienten zu verschaffen und diese zu kontrollieren, mit dem Ziel, die Suizidrate zu senken. Die Frage, welche Einschnitte damit in Bezug auf die individuelle Freiheit des Menschen einhergingen, war nicht Gegenstand der Diskussion. Die ersten Erfolge stellten sich 1970 ein:

„Einige Dresdner Betriebe haben zur Beratungsstelle inzwischen ein sehr positives Verhältnis entwickelt, indem sie dem Patienten bei Notwendigkeit eines Arbeitsstellenwechsels eine neue Tätigkeit vermitteln und uns in den Bemühungen um eine möglichst reibungslose berufliche Neueingliederung in verständnisvoller Weise unterstützen.“⁶²⁸

Seidel und Kulawik sahen die sich im Jahr 1970 abzeichnenden Ergebnisse der Beratungsstelle in der verbesserten Betreuung von Patienten, die einen Suizidversuch unternommen hatten, sowie in der Verkürzung der Aufenthaltsdauer in den psychiatrischen Krankenhäusern, wodurch die Bettenkapazität für andere psychiatrisch erkrankte Menschen erhöht werden konnte.⁶²⁹ Sie verwiesen darauf, dass „die Aufgabe, ein weitreichendes System und eine wirksame gesellschaftliche Aktivität hinsichtlich der Suizidverhütung zu entwickeln, nur in Gemeinschaft aller gesellschaftlichen Kräfte und letztendlich durch die Einbeziehung aller Bürger einer optimalen Lösung zugeführt werden“⁶³⁰ kann.

⁶²⁷ Seidel/Kulawik (1970), S. 127. Dort auch die folgenden Zitate.

⁶²⁸ Ebenda, S. 127.

⁶²⁹ Ebenda, S. 128.

⁶³⁰ Ebenda, S. 125.

Die „westlichen“ Vorreiter der Suizidprävention, Erwin Ringel (Wien) und Klaus Thomas (Berlin)⁶³¹, würdigten Seidel und Kulawik positiv:

„Selbst wenn man sich den beispielsweise von *Ringel* oder von *Thomas* vertretenen Auffassungen über Ursachen und Dynamik des Suizids nicht oder nur bedingt anschließen kann, so bleibt dennoch die Effektivität der von diesen Autoren geleiteten Institutionen der Suizidbekämpfung nach den mitgeteilten Ergebnissen unbestreitbar.“⁶³²

Anhand dieser Anerkennung offenbart sich, dass das ärztliche Ethos, den Menschen zu helfen, als wichtiger erachtet wird, als im Sinne der Systemkonkurrenz die Errungenschaften des westlichen Systems zu diskreditieren. Die Tatsache, dass sich das Ministerium für Gesundheitswesen aktiv für die Betreuung Suizidgefährdeter einsetzte, lässt Rückschlüsse auf einen offeneren Umgang mit dem weitestgehend tabuisierten Thema zu.⁶³³ Die Suizidforschung erlebte zu Beginn der 1970er Jahre einen deutlichen Aufschwung. Hierbei kam den Betreuungsstellen in Dresden und Brandenburg eine Schlüsselfunktion zu.⁶³⁴ Die Publikationsmöglichkeiten für die Suizidforscher blieben jedoch bis Ende der 1980er Jahre stark beschränkt. Bei den Publikationen wurde strengstens darauf geachtet, dass sie keine Angaben zur Häufigkeit von Suiziden enthielten.⁶³⁵

Die Dresdner Psychiater Dieter Decke und Ehrig Lange führten eine Analyse der Suizidversuche im Erwachsenenalter durch.⁶³⁶ Sie äußerten sich nur vage, weswegen die Ergebnisse ihrer Untersuchungen erst acht Jahre später in der *DDG* veröffentlicht werden konnten: „Aus äußeren Gründen erfolgt die Publikation erst jetzt.“⁶³⁷ Sie bemerkten zudem, dass die Ergebnisse „nur bedingt etwas zur Epidemiologie suizidalen Handelns bei[tragen], aber suizidales Handeln dem helfenden Verstehen näherführen [können]“. Sie verwiesen außerdem auf die damals verbreitete Problematik, dass die erhobenen Daten in zahlreichen Studien anderer Suizidforscher „nicht auf die jeweilige Population standardisiert“ wurden und daher keine allgemein gültigen Aussagen getroffen beziehungsweise Vergleiche angestellt werden konnten. Sie gelangten unter anderem zu dem Ergebnis,

⁶³¹ Grashoff (2006), S. 389.

⁶³² Seidel/Kulawik (1970), S. 126.

⁶³³ Grashoff (2010), S. 169.

⁶³⁴ Ebenda, S. 169.

⁶³⁵ Ebenda, S. 170.

⁶³⁶ Decke/Lange (1978), S. 1435.

⁶³⁷ Ebenda, S. 1435. Dort auch die folgenden Zitate.

dass eine „Einwirkung sozial-gesellschaftlicher Bedingungen auf das Ursachen- und Motivationsgefüge im suizidalen Geschehen“⁶³⁸ feststellbar ist, da sich die angegebenen Gründe für den jeweiligen Suizidversuch im Laufe der Zeit verändert haben. Anhand dieser Ergebnisse lassen sich Rückschlüsse auf eine Kritik am System in der DDR ableiten, die jedoch nicht offen kommuniziert werden konnte. So wiesen Decke und Lange auf Mängel in der Forschung hin, die durch die begrenzten Möglichkeiten zu publizieren entstanden sind. Durch den Hinweis, dass die gesellschaftlichen Faktoren eine Rolle in Bezug auf die Ursachen eines Suizidversuchs spielen könnten, übten sie indirekt Kritik an den bestehenden Verhältnissen.

3.3.1 Reflexion über Änderungen in der Einweisungsgesetzgebung

In Bezug auf die Debatte, aus welchen Gründen und unter welchen Umständen ein Mensch gegen seinen Willen in ein psychiatrisches Krankenhaus eingewiesen werden konnte, ist in der Zeitschrift *DDG* im Verlauf ein Perspektivwechsel feststellbar. Daraus lassen sich verschiedene Rückschlüsse ziehen. Durch eine genauere Differenzierung nach Diagnosen sollte eine zielgerichtete Therapie des einzelnen Patienten möglich gemacht werden. Zugleich wurden älteren Patienten, die nach Kriegsende durch die Familie nur unzureichend versorgt werden konnten, in dafür vorgesehene Pflegeheime verlegt. Die Betonung des Elementes der Freiwilligkeit lässt den Rückschluss zu, dass der Patient mit seinen individuellen Bedürfnissen zunehmend in den Vordergrund rückte.

Ein wichtiger Schritt in der Diskussion stellte das „Gesetz über die Einweisung in stationäre Einrichtungen für psychisch Kranke“⁶³⁹ (EinwG) dar, das am 11. Juni 1968 verabschiedet und von damaligen Psychiatern als eine „in der Geschichte der Psychiatrie einmalig vorbildliche humanistische Regelung“⁶⁴⁰ bewertet wurde. Das Gesetz löste die preußische Polizeiordnung aus dem Jahre 1938 ab, der zufolge die gesellschaftliche Gefährlichkeit des Betroffenen als Einweisungsgrund ausreichend war.⁶⁴¹

Der Personenkreis, auf den das Gesetz Anwendung fand, umfasste „psychisch Kranke, Kranke mit begründetem Verdacht auf eine psychische Erkrankung und Personen mit

⁶³⁸ Decke/Lange (1978), S. 1436.

⁶³⁹ Schirmer (1972), S. 855.

⁶⁴⁰ Späte et al. (1982), S. 123.

⁶⁴¹ Landgraf (2006), S. 6.

schwerer Fehlentwicklung der Persönlichkeit von Krankheitswert“⁶⁴². In § 6 wurden die Voraussetzungen für die befristete Einweisung formuliert:

„Erfordern es der Schutz von Leben oder Gesundheit des Kranken oder die Abwehr einer ernsten Gefahr für andere Personen oder für das Zusammenleben der Bürger, kann der Kreisarzt, in dessen Bereich sich der Kranke befindet, die Einweisung in ein Krankenhaus oder in eine Pflegeeinrichtung bis zu 6 Wochen anordnen, wenn der Kranke oder der gesetzliche Vertreter der Einweisung nicht zustimmte.“⁶⁴³

Erst nach der sechswöchigen Frist wurden die Gerichte hinzugezogen.⁶⁴⁴ Dies kann als „professions- und standespolitischer Erfolg für die Ärzte“⁶⁴⁵ gedeutet werden.

Zum einen bedeutete dies für den psychisch Kranken staatsanwaltlichen Rechtsschutz bei Zwangseinweisung.⁶⁴⁶ Zum anderen stellte die „Kommission zur Aufarbeitung der Vergangenheit der Psychiatrie im Land Brandenburg für die Zeit des Bestehens der DDR“ einen Missbrauch des Einweisungsgesetzes im Zusammenhang mit „politischen Höhepunkten der DDR (Staatsbesuche, Manöver, Wahlen, Paraden, Weltfestspiele)“⁶⁴⁷ fest. In diesem zeitlichen Kontext wurden in „Zusammenarbeit mit der Polizei und nachweislich mit den Gesundheits- und Sozialstrukturen der Kommunen/Kreise [...] neben den sogenannten asozialen Störern auch potentiell störende psychisch Kranke unter Mißbrauch des Einweisungsgesetzes gegen ihren Willen in psychiatrische Kliniken eingewiesen“⁶⁴⁸. Gustav Donalies (1894-1961), Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, befasste sich bereits zwei Dekaden vor der Implementierung des EinwG in der *DDG* mit der Frage der Einweisung in die geschlossene Anstalt.⁶⁴⁹ Donalies stellte die für die Einweisung notwendigen Formalitäten dar und beschrieb die Ursachen der vermehrten Inanspruchnahme psychiatrischer Anstalten. Er führte eine statistische Untersuchung über die Diagnosen durch, die zu einer Einweisung in die geschlossene Anstalt in Eberswalde geführt hatten und stellte dabei fest, dass vier Jahre nach Kriegsende der Anteil der Patienten mit Pflegebedarf ungleich stärker angestiegen sei als der Anteil psychiatrisch erkrankter Patienten.⁶⁵⁰ Als Ursache führte Donalies auf, dass die „Beaufsichtigungsmöglichkeiten“ durch

⁶⁴² Gesetzblatt (GBl.) der Deutschen Demokratischen Republik (11.06.1968), §1., S. 273.

⁶⁴³ Ebenda, § 6,1., S. 274.

⁶⁴⁴ Ebenda, § 11,1., S. 275.

⁶⁴⁵ Hanrath (2002), S. 368.

⁶⁴⁶ Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen: Hildebrandt (Oktober 1996), S. 17.

⁶⁴⁷ Ebenda, S. 18.

⁶⁴⁸ Ebenda, S. 18.

⁶⁴⁹ Donalies (1949).

⁶⁵⁰ Ebenda, S. 1146. Dort auch das folgende Zitat.

die „vor dem Kriege sehr ausgebauten und durchorganisierten Familienpflege“⁶⁵¹ aufgrund der schwierigen Zustände nach Kriegsende nicht gegeben seien und zugleich die Anzahl der Pflegeheime völlig unzureichend sei. Er beklagte, dass sich die Anstalten daher nur unzureichend ihrer ursprünglichen Aufgabe widmen konnten. Er rief die Ärzte dazu auf,

„die Indikation für die Einlieferung in eine geschlossene Anstalt sachlich [...] zu stellen und Einweisungen nur dann vorzunehmen, wenn [...] eben nur die geschlossene Anstalt in Frage kommt, sei es wegen der Aufsicht erfordernden Unruhe, sei es wegen der aus paranoiden oder depressiven Momenten entspringenden Selbst- oder Allgemeingefährlichkeit [Der Arzt] sei auch aufgerufen, Mißbräuche der Anstalt verhüten zu helfen, wie sie [...] vorliegen, wenn die geschlossene Anstalt behördlicher- oder polizeilicherseits als Ultima ratio angesehen wird, weil Verwahrlosung droht, andere Unterbringungsmöglichkeiten [...] fehlen.“⁶⁵²

Donalies äußerte sich in Bezug auf die damals zum Teil vorherrschende Befürchtung in der Bevölkerung, „jemand [könne] noch ohne sachlichen Grund und nur aus egoistischen Motiven seiner Angehörigen in einer Anstalt ‚verschwinden‘“⁶⁵³. Seiner Meinung nach war dies „sicher ganz unberechtigt oder mindestens maßlos übertrieben“ und es handelt sich hierbei um ein „Gespenst, für dessen Beschwörung schon viel Druckerschwärze geflossen ist“. Anhand dieser Einschätzung wird eine unzureichende Reflexion der Verbrechen, die unter den Nationalsozialisten in den Psychiatrien verübt wurden, offenbar. Es ist möglich, dass die Gründe hierfür in der Biographie des Arztes Donalies liegen. Er trat 1937 der NSDAP bei und leistete 1939 seinen Wehrdienst in Polen, Frankreich und Belgien ab. Zu Kriegsende wurde er an der Westfront durch die Amerikaner gefangen genommen. Im Zeitraum 1948 bis 1961 hatte er die Ärztliche Leitung des Krankenhauses für Psychiatrie und Neurologie in Eberswalde inne.⁶⁵⁴

Der Wandel im ärztlichen Selbstverständnis in Bezug auf die Einweisungsformalitäten wird bei der Untersuchung der Beurteilung offenbar, die Siegfried Schirmer im Jahr 1972 in der *DDG* lieferte.⁶⁵⁵ Schirmer, der Qualifikationen auf medizinischem und juristischem Gebiet nachweisen konnte, übte als Redakteur der einzigen regelmäßig erscheinenden Fachzeitschrift *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie* in der DDR einen

⁶⁵¹ Donalies (1949), S. 1146.

⁶⁵² Ebenda, S. 1147.

⁶⁵³ Ebenda, S. 1149. Dort auch die folgenden Zitate.

⁶⁵⁴ Rose (2005), S. 246.

⁶⁵⁵ Schirmer (1972), S. 855.

gewissen Einfluss aus.⁶⁵⁶ Das Direktorat des Bezirkskrankenhauses für Neurologie und Psychiatrie in Brandenburg-Görden hatte er seit Januar 1972 inne.⁶⁵⁷

Das EinwG war Schirmer zufolge „von dem Anliegen der sozialistischen Gesellschaft durchdrungen, die Würde des Kranken zu wahren, sie vor Schaden zu schützen und wieder in die Gemeinschaft einzugliedern“⁶⁵⁸. Es unterschied sich somit stark von der zuvor gültigen preußischen Polizeiordnung, die laut Schirmer „ganz unter dem Gesichtspunkt ordnungsrechtlicher Beseitigung von Gefahren und Störungen“ stand und „keinen Raum für fürsorgliche und therapeutische Gesichtspunkte“ bot. Durch das EinwG konnte Schirmer zufolge besser gewährleistet werden, dass sich „die Fachkrankenhäuser auf ihre eigentliche Aufgabe, der aktiven Behandlung klinischer Fälle“ konzentrieren könnten, da die Einweisungsdiagnosen kritischer geprüft und diejenigen Patienten, die ausschließlich Pflegebedürftig sind, in speziellen Heimen versorgt würden. Die Tatsache, dass die „weit-aus meisten psychisch Kranken [...] freiwillig in die stationäre Einrichtung“ kommen oder die Aufnahme sogar „begehren“, geschah ihm zufolge „Dank eines humanistischen sozialistischen Gesundheitswesens“. Diese Einschätzung offenbart, dass Schirmer öffentlich die Ansicht vertrat, dass das Gesundheitswesen auf humanistischen Werten und Normen basierte und dies Auswirkungen auf die Wahrnehmung und Einschätzung der Institution Psychiatrie durch die Patienten hatte.

Offene Fragen waren Schirmer zufolge unter anderem, „ob die örtlich zuständige Klinik in jedem Falle einen kreisärztlich eingewiesenen Patienten aufnehmen muß oder ob sie ihn z.B. dann ablehnen kann, wenn die Klinik überfüllt ist.“⁶⁵⁹ Er plädierte dafür, dem Klinikleiter ein „Ablehnungsrecht“ zuzugestehen, da dieser „für die Situation, die Sicherheit und die menschenwürdige Unterbringung der Patienten verantwortlich“ sei, er dieser Funktion jedoch nur ungenügend nachkomme könne, wenn er „die Steuerung über ihre Aufnahmen völlig verlier[e]“.

Anhand dieses Plädoyers verdeutlichte Schirmer, dass er das Wohl des einzelnen Patienten über das Wohl der Allgemeinheit stellte. Dies ist auch als Hinwendung zu einem individual-ethischen Ansatz zu werten. Diese Einstellung bildet einen starken Kontrast zu

⁶⁵⁶ Rose (2005), S. 149.

⁶⁵⁷ Ebenda, S. 153.

⁶⁵⁸ Schirmer (1972), S. 855. Dort auch die folgenden Zitate.

⁶⁵⁹ Ebenda, S. 857. Dort auch die folgenden Zitate.

der Haltung zahlreicher Ärzte zur Zeit des Nationalsozialismus, die sich vor allem an der Gesundheit des „Volkkörpers“ ohne Ansehen der Person orientierten.⁶⁶⁰

Eine weitere ungeklärte Frage war die, „ob ein Behandlungsrecht des Arztes unmittelbar aus der Einweisung folgert und – wenn man dies bejaht – wo ein solches seine Grenzen hat“⁶⁶¹. Schirmer machte die Psychiater darauf aufmerksam, dass sie bis „zur höchst Richterlichen Klärung dieser Frage [...] in der Behandlung gegen einen geäußerten Willen zurückhaltend [zu] sein [und] eine rechtswirksame Einwilligung zur Behandlung [...] einholen“ sollten. Durch diese Einschätzung sensibilisierte Schirmer seine Kollegen, das Recht des Patienten auf Selbstbestimmung zu wahren.

U. Körner beschäftigte sich in der *DDG* Ende der 1970er Jahre mit dem ärztlichen Ethos und unterstützte die Beurteilung Schirmers über die neue Rolle des Arztes:

„Der sozialistische Arzt bedarf einer bestimmten hohen Autorität. Nur ist die autoritative Vaterfigur, die dem Arztberuf in der Vergangenheit angemessen war, da das Ansehen und Vertrauen zum Arzt primär in Glaubwürdigkeit des Patienten, d.h. einem unwissenden Vertrauen, autoritären Hierarchien u.a. begründet war, heute überholt. Der Arzt [...] muß dabei vor allem der Partner sein, der seinen Patienten mitdenken läßt. Er soll seine Autorität aus seinem Können, Wissen und seinem Einsatz für seinen Patienten als Persönlichkeit ziehen, muß den Menschen stets [...] als empfindendes und soziales Wesen behandeln.“⁶⁶²

Der Arzt wurde dazu aufgerufen, den Patienten auf Augenhöhe zu behandeln und eine humanistische Perspektive einzunehmen, die die Persönlichkeit und Würde des Menschen achtete.

Die Phase der 1970er Jahren ist geprägt von einer gewissen Stagnation. Statt Entwicklungen weiter voranzutreiben, reflektierten die Psychiater in der *DDG* die Änderungen der vergangenen Jahrzehnte. Damit einher ging die Suche nach Alternativen: Die Psychiater nahmen inhaltlich Bezug auf die Entwicklungen und Bewegungen, die in Westdeutschland innerhalb der medizinischen Wissenschaften und der Institution Psychiatrie vonstatten gingen. Zum einen grenzte sich Ehrig Lange von der Antipsychiatrie-Bewegung in der BRD ab und betonte, dass die sozialpsychiatrische Bewegung in der DDR die sozialen

⁶⁶⁰ Bruchhausen/Schott (2008), S. 131.

⁶⁶¹ Schirmer (1972), S. 858. Dort auch das folgende Zitat.

⁶⁶² Körner (1979), S. 1482.

und biologischen Faktoren integriere.⁶⁶³ Zum anderen schien ein wissenschaftlicher Austausch zwischen den Psychiatern der DDR und den westlichen Ländern stattzufinden. Das wirksamste Konzept in der Behandlung zu würdigen und anzuwenden, wurde in diesem Zusammenhang für wichtiger erachtet, als westliche Errungenschaften im Sinne der Systemkonkurrenz zu diskreditieren. Versteckt übten Psychiater in der *DDG* Kritik an der Publikationspraxis und an den bestehenden gesellschaftlichen Verhältnissen in der DDR. Anhand der Einschätzungen in Bezug auf das neue Einweisungsgesetz, die in der *DDG* getroffen wurden, offenbart sich die humanistische und individual-ethische Ausrichtung im ärztlichen Selbstverständnis der Psychiater.

3.4 Vierte Phase: 1980–1989 – Ausdifferenzierung, Emanzipierung und Öffnung der Institution Psychiatrie

In den 1980er Jahren reflektierten und diskutierten Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie in der *DDG* Fragen der Interdisziplinarität und des Dualismus in der Medizin. Sie setzten sich damit auseinander, ob es gelungen sei, den psychischen und den somatischen Anteilen in der Behandlung der Patienten gleichermaßen gerecht zu werden. Insgesamt flachten die kontroversen Diskussionen, mit Ausnahme im Fach Psychologie, in diesem Jahrzehnt merklich ab.

Gisela Ehle aus dem Lehrbereich Medizinische Psychologie der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Neurologie der Charité wies 1987 in der Zeitschrift *DDG* darauf hin, dass sich aus dem „ganzheitlichen Behandlungsauftrag des Arztes [...] eine Verantwortung für die Einbeziehung psycho-sozialer Erkenntnisse in sein tägliches Handeln“⁶⁶⁴ ergebe. Sie plädierte für den Ausbau des Lehrbereichs der Medizinischen Psychologie, um die Studenten entsprechend dem „Absolventenbild des sozialistischen Arztes“⁶⁶⁵ zu befähigen, die „psychischen und sozialen Dimensionen“ miteinzubeziehen.

Michael Geyer veröffentlichte ferner 1989 in der *zkm* einen Artikel zu den interdisziplinären Aufgaben in der Medizin und fragte: „Sind wir der Idealvorstellung von einem

⁶⁶³ Lange (1979), S. 825.

⁶⁶⁴ Ehle et al. (1987), S. 1737.

⁶⁶⁵ Ebenda, S. 1738. Dort auch das folgende Zitat.

Arzt, der beide Dimensionen menschlicher Existenz innerhalb einer übergreifenden Sichtweise angemessen gerecht wird, nähergekommen?“⁶⁶⁶

Geyer (*1943) ist Facharzt für Neurologie und Psychiatrie sowie für Psychotherapeutische Medizin und Psychoanalyse. Seit 1982 war er Vorsitzender der *GäP* der DDR. Im Jahr 1983 wurde er zum Professor für Psychiatrie und 1990 zum Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin der Universität Leipzig berufen.⁶⁶⁷ Wie auch Müller-Hegemann und Ehle zuvor war Geyer der Ansicht, dass es in der DDR um ein „Mehr an Fähigkeiten zur Einbeziehung der psychosozialen Dimension in das Denken und Handeln aller Ärzte“⁶⁶⁸ ging und „nie der Anspruch [bestand], eine alternative, psychologische Medizin zu etablieren“. Zugleich stellte Geyer fest, dass sich die integrativen Funktionen der Fächer Psychotherapie und Medizinische Psychologie „erst entfaltete, als die disziplinäre Entwicklung zu einem bestimmten Punkt gekommen war. Erst mit der Institutionalisierung selbstständiger Fachgebiete, Lehrbereiche und Forschungsinstitutionen könnten diese Disziplinen die methodologische Basis des Integrationsprozesses schaffen.“ Ein fruchtbarer Austausch und eine gute Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Subdisziplinen könnte Geyer zufolge also nur stattfinden, wenn die jeweiligen Arbeitsbereiche klar definiert und die einzelnen Fächer etabliert seien.

Die Ärzte Ehle und Geyer sahen die „Zufriedenheit mit der Behandlung und die Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung bei der Gesunderhaltung“⁶⁶⁹ als ein wichtiges Ziel der Psychiatrie an. Als notwendige Voraussetzung dafür nannten sie in ihrem Artikel eine „stärkere Beachtung der Individualität des Patienten in vielen für das Krankheitsgeschehen wichtigen Dimensionen.“⁶⁷⁰ Ihre Stellungnahmen in der Zeitschrift *DDG* lässt die Schlussfolgerung zu, dass sie die Ansicht vertraten, die notwendigen Rahmenbedingungen hierfür seien Ende der 1980er Jahre noch nicht gänzlich erfüllt gewesen.

In einigen Punkten kann in den verschiedenen Subdisziplinen eine Öffnung und Emanzipierung von den staatlichen Vorgaben festgestellt werden. Das sich verändernde politische Klima zu Beginn der 1980er Jahre schlug sich auch in der Psychotherapie nieder. Psychotherapeuten aus der DDR, Polen, Tschechoslowakei und Ungarn orientierten sich

⁶⁶⁶ Geyer (1989), S. 2181.

⁶⁶⁷ Bernhardt/Lockot (2000), S. 415.

⁶⁶⁸ Geyer (1989), S. 2182. Dort auch die folgenden Zitate.

⁶⁶⁹ Ehle et al. (1987), S. 1739.

⁶⁷⁰ Ebenda, S. 1739.

zunehmend an westlichen Psychotherapiekonzepten. Kontakte zur westlichen wissenschaftlichen Welt wurden ohne offizielle Genehmigung geknüpft.⁶⁷¹ In der *zkm* wurde beispielsweise der Tagungsbericht des VIII. Internationalen Meetings der Psychologen der Donauländer, welches im September 1987 in Tutzing in der BRD stattfand, veröffentlicht.⁶⁷² Dort nahmen neben den „klassischen“ Donauländern auch Fachvertreter aus der Schweiz, Schweden und Berlin (West) teil. Neben der „unmittelbaren fachwissenschaftlichen Kommunikation und der Ergebnistransformation“⁶⁷³ kam dem Treffen offiziell auch

„hinsichtlich des fairen wissenschaftlichen Austausches unter strikter Beachtung und Respektierung der unterschiedlichen gesellschaftlichen Systeme [...] und damit auch des Beitrags für eine aktive weltanschauliche Auseinandersetzung marxistisch-orientierter Psychologen mit den verschiedenen Strömungen aktueller bürgerlicher medizinischer und klinischer Psychologie“⁶⁷⁴

eine besondere Bedeutung zu. Die Darstellung des Austauschs zwischen den Fachvertretern unterschiedlicher Gesellschaftssysteme lässt die Vermutung zu, dass eine Öffnung hinsichtlich anderer Denkansätze und somit auch eine kritische Reflexion der eigenen Standpunkte stattgefunden haben könnte.

Die problematische gesellschaftliche Situation in der DDR wurde im Rahmen des 12. Jahreskongresses der *GäP*, der vom 17. bis 19. Januar 1989 mit internationaler Beteiligung in Berlin tagte, offen debattiert und die *GäP* in die *Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie der DDR* (GPPMP) umbenannt. Dieser Vorgang markierte den Beginn der öffentlichen Emanzipation der Psychotherapie von der staatlichen Repression.⁶⁷⁵

In Bezug auf den Bereich der psychosomatischen Medizin existierte in der DDR bis zum Fall der Mauer kein eigenes Lehrgebiet.⁶⁷⁶ Dem Psychiater Helmut Kulawik zufolge waren die psychosomatischen Ansätze im klinischen Alltag „zu wenig entfaltet“⁶⁷⁷. Mit der Wiedervereinigung erhielten die ostdeutschen Psychiater Zugang zur umfangreichen

⁶⁷¹ Geyer (2011), S. 459 f.

⁶⁷² Zimmermann (1988).

⁶⁷³ Ebenda, S. 423.

⁶⁷⁴ Ebenda, S. 423.

⁶⁷⁵ Geyer (2011), S. 470 f. Ferner wurden auf dem Fachgebiet der Psychologie in der Zeitschrift *zkm* kurz vor der „Wende“ Errungenschaften der apparativen Psychodiagnostik vorgestellt. Vgl. Weber et al. (1987).

⁶⁷⁶ Kulawik (1991), S. 6.

⁶⁷⁷ Ebenda, S. 6.

westlichen Literatur, was mit Veränderungen auf dem Gebiet der Psychosomatik in den neuen Bundesländern einherging.⁶⁷⁸

Der Medizinalrat und Chefarzt der Neurologisch-Psychiatrischen Klinik des Bezirkskrankenhauses Zwickau, Frank-Michael Loebe, widmete sich im Jahr 1989 in der *zkm* den Entwicklungstendenzen auf dem Gebiet der Neurologie.⁶⁷⁹ Dabei konstatierte er, dass der „Trend zur Spezialisierung [...] auch auf der Ebene der Grundversorgung, welcher das Fachgebiet Neurologie/Psychiatrie zugerechnet wird, unverkennbar und unausweichlich“⁶⁸⁰ sei. Zwar sei Loebe zufolge die „Neurologie/Psychiatrie [...] eine der letzten großen klinischen Disziplinen, die, was die Trennung ihrer beiden großen Teilgebiete betrifft, dieser Entwicklung formal bisher widerstand“. Inhaltlich habe sich das Fach Neurologie hingegen „längst verselbstständigt“ und die „Kopplung an den Partner Psychiatrie“ sei im Hinblick auf die Weiterentwicklung eher ein „Hemmschuh“. Loebe begründete seine Feststellung damit, dass das Methodenspektrum, die spezifischen Aufgaben sowie das Fachwissen umfassender geworden und der Bedarf in der Versorgung von neurologisch erkrankten Patienten gestiegen seien. Zudem sollten sich sogar „innerhalb der klinischen Neurologie [...] weitere [...] Verselbständigungstendenzen z.B. bei den Epilepsien, den immunologischen, neuromuskulären und seltenen metabolischen Erkrankungen“ angedeutet haben. In Bezug auf zukünftige Entwicklungen erwartete man Loebe zufolge „weniger Hilfe von pharmazeutischen Fortschritten [...], als von der Verbreitung nichtmedikamentöser prophylaktischer Maßnahmen, wie Diät, Konditionierung, Screenings“⁶⁸¹ sowie von dem Ausbau der Methoden der Medizintechnik.⁶⁸² Loebe forderte seine ärztlichen Kollegen dazu auf, sich dem Patienten zuzuwenden und ihn dabei zu unterstützen, durch prophylaktisches Verhalten seine Selbstwirksamkeitskräfte zu entfalten. Diese Gedanken wurden unterstützt von Ernst Luther aus der Sektion Marxismus-Leninismus der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, der 1982 in der *DDG* schrieb:

„Die Orientierung auf ein verstärktes Hinwenden zum Patienten, die sich in der Kritik an ‚krankheitszentrierten‘ Krankenhäusern äußert und ‚patientenzentrierte‘

⁶⁷⁸ Kulawik (1991), S. 6.

⁶⁷⁹ Loebe (1989).

⁶⁸⁰ Ebenda, S. 1621. Dort auch die folgenden Zitate.

⁶⁸¹ Ebenda, S. 1621.

⁶⁸² Ebenda, S. 1622.

Arbeit fordert, resultiert vor allem – wie klinische und soziologische Untersuchungen ergaben –, aus bestimmten Grundbedürfnissen des Patienten nach modernen klinischen Methoden und auch nach Information, Kommunikation, Geborgenheit und Achtung der Würde der Persönlichkeit. Ihre Beachtung erfordert nicht nur das Feststellen der klinischen objektiven Parameter, sondern die geistige Auseinandersetzung mit dem Problem der ‚notwendigen‘ und ‚vernünftigen‘ gesellschaftlichen und individuellen Bedürfnisse, dem Zusammenhang von gesellschaftlichen und persönlichen Interessen und eine verstärkte Hinwendung zu den spezifisch veränderten Wertvorstellungen des Patienten.⁶⁸³

Die zunehmende Differenzierung des Fachs Neurologie in der *DDG* und später *zkm* wird ebenfalls anhand der Diskussion über die verschiedenen existierenden Klassifikationssysteme neurologischer Erkrankungen und dem Ruf nach Einführung und Beachtung der internationalen Klassifikationssysteme deutlich.⁶⁸⁴

Auf der anderen Seite wurden auch kritische Stimmen laut, die sich gegen eine Trennung der Fachgebiete in der *DDG* aussprachen. Schulze, Vorsitzender der *Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie der DDR* und Direktor der Nervenklinik des Bereichs Medizin der Humboldt-Universität zu Berlin (Charité), sprach sich für die Einheit des Fachgebiets Psychiatrie und Neurologie aus.⁶⁸⁵ Obwohl eine Trennung der Fachgebiete in den meisten Ländern bereits erfolgt war, wäre „ein solcher Schritt bei uns unrealistisch“⁶⁸⁶. Er begründete dies mit der Tatsache, dass neben „traditionellen Gesichtspunkten“ dieser Schritt nicht mit der „Sicherung der fachärztlichen Grundversorgung“ zu vereinbaren wäre und es dafür „auch keine gesundheitspolitischen Voraussetzungen“ gäbe. In der DDR war die Neurologische Klinik an der Universität Leipzig die erste selbständige Hochschuleinrichtung für Neurologie und blieb bis zur „Wende“ die einzige, die in der Form existierte.⁶⁸⁷ Ab 1989 wurden schließlich selbständige Lehrstühle für Neurologie, Psychiatrie und KJP an der Berliner Universität Charité eingerichtet.⁶⁸⁸

⁶⁸³ Luther (1982), S. 771.

⁶⁸⁴ Wässer/Kasper (1985), S. 937. In Bezug auf die Subdisziplin Neurologie wurden in den 1980ern die Pharmaka Cerutil® und Convulex® vorgestellt. Vgl. Brandenburg/Schmitz (1980), Broecker et al. (1981), S. 2019.

⁶⁸⁵ Schulze (1981).

⁶⁸⁶ Ebenda, S. IX. Dort auch die folgenden Zitate.

⁶⁸⁷ Wagner (2015), S. 516.

⁶⁸⁸ Ganten et al. (2010), S. 79.

Im Fach KJP beschäftigten sich die Kinderpsychiater in den 1980er Jahren in der *DDG* vorrangig mit der Therapie der Pubertätsmagersucht⁶⁸⁹, mit der kindlichen Depression⁶⁹⁰ sowie mit der diagnostischen Beurteilung des „auffälligen (aggressiven) Sozialverhaltens im Kindesalter“⁶⁹¹.

Günter Baust aus der Martin-Luther-Universität Halle verfasste in der *DDG* im Jahr 1984 ein Plädoyer für Zusammenarbeit aller medizinischen Fachdisziplinen:

„Wir benötigen ein Ethos der Kooperation mit dem Ziel, die Grenzen des eigenen Fachgebiets zu kennen und anzuerkennen und die kollegiale Beziehung, den ständigen Dialog zu den angrenzenden Fachgebieten zu einer ständigen Pflicht zu machen. Dieser noch ungenügend vollzogene Schritt schafft erst die Voraussetzungen, daß die fachspezifische Trennung wieder zu einem einheitlichen System verschmolzen wird. Voraussetzung dafür ist eine weitere Vertiefung des gegenseitigen Respekts bei allen Vertretern der Fachgebiete sowie der generelle Verzicht, Fachgebiete mit hochspezialisierten, sensationellen Einzelleistungen unberechtigtweise zu favorisieren.“⁶⁹²

Ein wichtiger Bestandteil des ärztlichen Ethos war Baust zufolge also auch ein produktiver und respektvoller Austausch zwischen den Vertretern der verschiedenen medizinischen Fachdisziplinen.

Nach der „Wende“ diskutierten Psychiater die Gründe, warum die Fächer Neurologie und Psychiatrie bis zum Fall der Berliner Mauer formal nicht getrennt worden waren. Ein möglicher Faktor hierbei sollte die „Unterbewertung der psychosozialen Kompetenz des Nervenarztes“⁶⁹³ gewesen sein.

In Bezug auf das ärztliche Selbstverständnis beleuchtete der Medizinethiker Ernst Luther im Jahr 1984 die Entwicklung des ärztlichen Ethos, die mit der Emanzipation von der nationalsozialistischen Vergangenheit einherging. Er stellte dabei fest, dass in der

„Zeit von 1945 bis in die Mitte der 1960er Jahre [...] mit den entscheidenden ökonomischen und politischen Veränderungen unter der Führung der marxistischen-leninistischen Partei die wichtigsten Voraussetzungen für das sozialistische Ethos der Mitarbeiter im Gesundheits- und Sozialwesen geschaffen [wurden]. Die Auseinandersetzung mit dem Faschismus und seinen Wurzeln, die Schaffung ei-

⁶⁸⁹ Döll/Neumärker (1982).

⁶⁹⁰ Müller/Wartmann (1986).

⁶⁹¹ Zimmermann (1986).

⁶⁹² Baust (1984), S. 1667.

⁶⁹³ Bach (1992), S. 28.

nes festen Bündnisses der Arbeiterklasse mit der humanistisch denkenden medizinischen Intelligenz und die Entwicklung einer neuen aus der Arbeiterklasse hervorgehenden Intelligenz führte zu einem prinzipiell neuen Verhältnis von Arzt und Gesellschaft.“⁶⁹⁴

Diese Entwicklung ist mit Einschränkungen auch anhand der Art und Weise feststellbar, in der Psychiater in der *DDG* Diskurse über die Verankerung des humanistischen Ansatzes in der Ärzteschaft führten.

In der Debatte über die Differenzierung und Etablierung der neuro-psychiatrischen Subdisziplinen ist im Laufe der Jahrzehnte ein Wandel zu verzeichnen. Zu Beginn des Untersuchungszeitraumes diskutierten Psychiater und Psychologen vorrangig die Frage, in welchen unterschiedlichen Aufgabenbereichen die verschiedenen Berufsgruppen innerhalb der Psychiatrie tätig werden dürften. Sie rangen dabei um eine klare Definition und die Abgrenzung der jeweiligen Zuständigkeiten. Dabei spielte indirekt auch die Machtfrage um Einflussbereiche eine Rolle. In den 1980ern kam Geyer schließlich zu dem Schluss, dass eine Integration und Zusammenarbeit der unterschiedlichen Fächer erst möglich sei, wenn sie als eigenständige Disziplinen etabliert seien.

Zudem wurde in den 1980er Jahren die Frage diskutiert, wie sich das ärztliche Ethos im Laufe der Zeit entwickelt hatte.

3.4.1 Die Zeit kurz vor der Wende

Das Ziel, die Verwahrspsychiatrie zu überwinden, wurde erst im letzten Jahrzehnt des Bestehens der DDR ansatzweise erreicht. Voraussetzung hierfür war die „Überwindung der patriarchalischen Sichtweise der Psychiater [sowie die] Verquickung sozialpsychiatrischer Ideen mit der dauermedikamentös-ambulanten Betreuung.“⁶⁹⁵

Den Anforderungen der BRD entsprachen die psychiatrischen Kliniken der DDR jedoch zu keinem Zeitpunkt.⁶⁹⁶

Otto Bach, Schüler der Leipziger sozialpsychiatrischen Schule Klaus Weises, der 1987 zum ordentlichen Professor und Direktor der Klinik für Psychiatrie und Neurologie an der Medizinischen Akademie Dresden berufen wurde, beschrieb die Lage der Psychiatrie

⁶⁹⁴ Luther (1984), S. 1649.

⁶⁹⁵ Steinberg (2016b), S. 203.

⁶⁹⁶ Ebenda, S. 203.

in der DDR kurz vor der Wende.⁶⁹⁷ Er berief sich dabei auf ein Arbeitspapier, das für den damaligen Gesundheitsminister im Jahr 1986 erstellt wurde.⁶⁹⁸ Bach bezifferte die Verweildauer der psychiatrischen Patienten in den Krankenhäusern für das Jahr 1986 und stellte fest, dass 50 Prozent der Betten mehr als zwei Jahre und 25 Prozent mehr als 10 Jahre belegt seien. Es schien die Regel zu sein, dass Oligophrene nahezu die Hälfte der stationär versorgten Patienten ausmachten.⁶⁹⁹ Zahlreiche Krankenhäuser befanden sich in einem desolaten Zustand: 30 Prozent der Bausubstanz war „unzumutbar“⁷⁰⁰ und zu 75 Prozent „verschlissen“. Im Sanitär-, Heizungs-, und Versorgungsbereich häuften sich die Probleme und Defizite.⁷⁰¹

In der Klinik Brandenburg-Görden herrschte beispielsweise ein eklatanter Mangel in der Grundausstattung – im September 1988 wurden 605 Nachttische, 269 Schränke, 10 Schrankwände, 162 Sessel, 1219 Stühle, 104 Küchenteile sowie 278 Lampen benötigt.⁷⁰² Zudem verschlechterte sich die Personalsituation zunehmend: Es fehlten circa 4730 Schwestern, 350 Nervenärzte und 200 Psychologen. Die Situation verschärfte sich massiv durch Westauswanderungen in den Jahren 1986 bis 1989.⁷⁰³ Um dem Arbeitskräftemangel entgegenzuwirken, plädierte der 1. Sekretär der Bezirksleitung der SED in Potsdam, Günther Jan, dafür, „besonders in der Nervenklinik [...] die arbeitsfähigen Patienten voll einzusetzen.“⁷⁰⁴ „Subjektive Auffassungen über ein ‚Ja‘ oder ‚Nein‘ des Einsatzes von arbeitsfähigen Patienten sind zu überwinden.“ Damit konterkarierte er die in Görden seit den 1950er Jahren betriebene Aufwertung der Arbeitstherapie.⁷⁰⁵ In der Folge befestigten Patienten unter anderem Teile des Straßennetzes, renovierten Stationen und verlangsamten somit den Zerfallsprozess der Bezirksnervenklinik.⁷⁰⁶ Dies verfälschte den Wert und

⁶⁹⁷ Steinberg (2016b), S. 205.

⁶⁹⁸ Bach (1992), S. 26.

⁶⁹⁹ Ebenda, S. 26f.

⁷⁰⁰ Ebenda, S. 27. Dort auch das folgende Zitat.

⁷⁰¹ Ebenda, S. 27.

⁷⁰² Falk/Hauer (2007), S. 277. Zitiert nach BLHA, Rep. 401, Nr. 36527, Rat der Stadt Brandenburg an Rat des Bezirks Potsdam, 20.9.1988, S. 2, o. Bl.

⁷⁰³ Bach (1992), S. 26.

⁷⁰⁴ Falk/Hauer (2007), S. 274 f. Dort auch das folgende Zitat. Zitiert nach BLHA, Rep. 401, Nr. 11881, Rat des Bezirks an Bezirksleitung der SED Potsdam, 27.2.1978, S. 5d., o. Bl., Protokoll der Sekretariatssitzung der Kreisleitung der SED Brandenburg 17.3.1978.

⁷⁰⁵ Falk/Hauer (2007), S. 275.

⁷⁰⁶ Ebenda, S. 276 f.

Sinn der Arbeitstherapie.⁷⁰⁷ Der Ausbau der Tageskliniken als Übergang zwischen stationärer und ambulanter Behandlung in der DDR stagnierte.⁷⁰⁸

Die Versorgungssituation gestaltete sich in den Fachkrankenhäusern tendenziell schlechter als in den Universitätspsychiatrien.⁷⁰⁹ Die Ursache ist in dem ökonomischen Niedergang zu suchen, der alle Bereiche der DDR damals erfasste.⁷¹⁰ Nach der Stagnation der 1970er Jahre war die darauffolgende Dekade vom „Systemzerfall“⁷¹¹ geprägt. Bach beklagte die einseitige Ausrichtung in der Forschung auf biologische Krankheitsmodelle – „einäugig“⁷¹² interessiere man sich „mehr für die Stoffwechsel und Transmittersituation am dementiellen Gehirn als zu evaluieren, wie alte Menschen in diesem Lande lebten“. Dies bildete einen starken Kontrast zu den Defiziten in der Epidemiologie, zu den Tabuthemen Suizid und Alkoholismus sowie zu den fehlenden internationalen Kontakten und ließ die Forschung „sehr sporadisch erscheinen“. Neben Bach beklagten zahlreiche Sozialpsychiater die einseitige Ausrichtung in der Psychiatrie, in der den Pharmako- und Krampftherapieverfahren ein hoher Stellenwert eingeräumt wurde, sozialpsychiatrische Reformen oder psychotherapeutische Verfahren hingegen als „unwesentlich oder gar hinderlich“⁷¹³ eingestuft wurden.

Während die psychiatrischen Krankenhäuser vom zunehmenden Verfall betroffen waren, machte sich unter den psychiatrischen Patienten, vornehmlich in Leipzig, eine Aufbruchsstimmung breit. Dies geschah analog zu der Bürgerbewegung, die in den Jahren 1989/90 die politische „Wende“ einläutete. Die Patienten entließen sich selbst, organisierten sich und sensibilisierten die Öffentlichkeit für die Lage in den Psychiatrien.⁷¹⁴

Im Jahr 1991 beschäftigte sich schließlich das Bundesgesundheitsministerium mit der Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR.⁷¹⁵ Die beteiligten Fachleute kamen zu dem Schluss, dass vor allem „im Bereich der Sanitärtechnik, aber auch im Bereich der Freizeit- und Kommunikationsmöglichkeiten für die Patienten, überall ein deutlicher Sanierungsbedarf vorhanden“⁷¹⁶ sei. Im Hinblick auf den „multiprofessionellen Personalbestand

⁷⁰⁷ Steinberg (2016b), S. 205.

⁷⁰⁸ Degenhardt (1992), S. 76.

⁷⁰⁹ Steinberg (2016b), S. 204.

⁷¹⁰ Steinberg (2016a), S. 289.

⁷¹¹ Loos (1992), S. 179.

⁷¹² Bach (1992), S. 27. Dort auch die folgenden Zitate.

⁷¹³ Steinberg (2016b), S. 205.

⁷¹⁴ Jachertz (2008), S. A 2517.

⁷¹⁵ Bundesminister für Gesundheit (30.05.1991).

⁷¹⁶ Ebenda, S. 161 f.

mach[e] sich [...] überall ein entschiedener Nachholbedarf bemerkbar⁷¹⁷. Dazu existierte ein „Aufholbedarf an psychosozialen Behandlungs- und Betreuungsformen“. Der Bericht hob jedoch auch positive Entwicklungen hervor. Die Fachleute plädierten dafür, das Netz an bereits vorhandenen Institutsambulanzen sowie die multiprofessionellen Angebote der bisherigen Psychiatrischen Beratungsstellen zu erhalten.⁷¹⁸ In diesem Bericht wurden eine Versorgung in der Nähe des Wohnorts des Patienten, die Schaffung von Möglichkeiten des betreuten Wohnens sowie die Auflösung der Großanstalten gefordert. Diese Forderungen harmonisierten mit den Wünschen der Bürgerbewegung.⁷¹⁹

4 Fazit

Das zentrale Thema der vorliegenden Studie ist die Perspektive und Selbstdarstellung der in der ehemaligen DDR tätigen Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie in der Zeitschrift *DDG*. In der Darstellung der Diskurse lassen sich verschiedene Entwicklungen und Zäsuren erkennen.

Nach Kriegsende stand die Aufarbeitung der Verbrechen, die die Ärzte während der NS-Zeit an den Patienten in den Psychiatrien verübt hatten, im Mittelpunkt der Debatte. Im Rahmen einer im Mai 1948 stattfindenden Tagung von Psychiatern und Neurologen in Berlin verabschiedeten die Teilnehmer eine Resolution, in der sie sich mit großer Entschlossenheit von den Maßnahmen der Nationalsozialisten distanzieren und erklärten, zur Aufklärung beitragen zu wollen. Dabei ging es vor allem um die Sterilisationspraxis, die unter Zwang verübt wurde, und um die systematisch geplante Ermordung psychiatrischer Patienten. Die Diskussion setzte eine Zäsur im Hinblick auf die Prinzipien, von denen sich die Psychiater im Rahmen ihrer ärztlichen Tätigkeit von nun an leiten lassen wollten. Dies kann auch als Rückbesinnung auf ihre ursprünglichen Handlungsmaximen gewertet werden. So bekannten sie sich öffentlich zum antiken ärztlichen Selbstverständnis und erklärten, sich am Hippokratischen Eid und an einer humanistischen Sichtweise auf den Patienten orientieren zu wollen. Dazu vertraten die Psychiater zunehmend eine individual-ethische Perspektive auf den Patienten. Dies stellte einen starken Bruch mit

⁷¹⁷ Bundesminister für Gesundheit (30.05.1991), S. 161 f. Dort auch das folgende Zitat.

⁷¹⁸ Ebenda, S. 162.

⁷¹⁹ Jachertz (2008), S. A 2517.

dem ärztlichen Selbstverständnis unter den Nationalsozialisten dar. Durch die Distanzierung von den nationalsozialistischen Verbrechen grenzten sich die Psychiater vehement von ihren westdeutschen Kollegen ab. Sie prangerten öffentlich an, dass in der BRD die Verbrechen, die die Ärzte zur Zeit des Nationalsozialismus verübt hatten, zum Teil verschleiert wurden. Die Psychiater reihten sich somit in das damals öffentlich vertretene Narrativ ein, die DDR sei ein antifaschistischer Staat. Dietfried Müller-Hegemann beleuchtete Erklärungsansätze, die darlegen sollten, wie sich die Theorien und Ansichten der Nationalsozialisten in der Ärzteschaft verankern konnten. Er machte darauf aufmerksam, dass die Verbreitung des Imperialismus zeitgleich mit dem Aufkommen von sozialdarwinistischem Gedankengut stattfand.

In der *DDG* sind auch Kontinuitäten im Denken weniger Psychiater zu den Vorstellungen der NS-Psychiatrie feststellbar. So konstatierte Wilhelm Bender, dass arbeitsunfähige Menschen die Haushaltskasse des Landes belasteten und meinte damit vordergründig psychiatrisch erkrankte Menschen. Er plädierte dafür, dass sich die Patienten daher im Rahmen von Beschäftigungstherapien einbringen sollten, um somit für die psychiatrischen Anstalten einen finanziellen Ausgleich zu erzielen. Er folgte der nationalsozialistischen Ideologie, die den Wert eines Menschen an seinem Nutzen für die Gesellschaft festmachte und die Ursache für die Armut der Bevölkerung den psychisch Erkrankten zuschrieb.⁷²⁰ Außerdem offenbarte sich in der Diskussion über die Versorgung der psychiatrisch erkrankten Menschen, dass zum Teil weiterhin ein paternalistischer Denkansatz in der *DDG* vertreten wurde.

Eine weitere wichtige Entwicklung stellte die Ausrichtung der Medizin auf die Lehre des russischen Mediziners und Physiologen Iwan Petrowitch Pawlow in den 1950er Jahren dar. Dies geschah analog zu den Entwicklungen, die Ende der 1940er Jahre von Stalin in der Sowjetwissenschaft initiiert wurden.⁷²¹ Der Pawlowismus gründete sich auf der Vorstellung, dass die Ätiopathogenese psychiatrischer Erkrankungen auf eine Dysbalance zwischen Gesellschaft und Individuum, zwischen Umweltreizen und den dadurch bedingten Reflexen des Menschen zurückzuführen ist.⁷²² Hierdurch wurde ein neues Wissenschaftsverständnis in der Medizin eingeleitet. Die Bedeutung einer soliden Wissenschaft,

⁷²⁰ Bernhardt (1994), S. 142.

⁷²¹ Rütting (2002), S. 17.

⁷²² Steinberg (2016b), S. 199.

die auf objektivierbaren, exakten Untersuchungen und Experimenten beruhe, wurde betont. Zugleich wurden dem Einfluss des sozialen Kontexts und den Umweltfaktoren in der Entstehung psychiatrischer Erkrankungen zunehmend Beachtung geschenkt. Dies ebnete den Weg für die spätere Verankerung des sozialpsychiatrischen Ansatzes im ärztlichen Selbstverständnis. Mit dieser deutlichen Zäsur ging einher, dass sich zahlreiche namhafte Psychiater in der DDR von der Psychoanalyse Freuds und von der Tiefenpsychologie abwandten. Diesen Strömungen wurden Irrationalität, ein „antihumaner Pessimismus“, Willkürlichkeit und Spekulation vorgeworfen.

In den Fächern Psychologie, Psychosomatik und Neurologie waren in den 1950er Jahren in der *DDG* ebenfalls eine starke Ausrichtung der fachlichen Diskurse auf die Lehre Pawlows hin feststellbar. Einzelne Psychiater wiesen darauf hin, dass der Therapeut eine politische Aufgabe habe und den Patienten darin bekräftigen solle, sein Verantwortungsbewusstsein gegenüber der Gesellschaft zu stärken. Dies solle auch zur seelischen Gesundung beitragen. Die Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie setzten sich somit auch jenseits der Institution Psychiatrie mit gesellschaftlichen Fragestellungen auseinander. Sie strebten danach, auf gesellschaftliche Veränderungen hinzuwirken, die eine bessere Integration der psychiatrisch erkrankten Menschen bewirken sollte.

Anhand einer Diskussion, die in der *DDG* zwischen dem Psychiater Dietfried Müller-Hegemann und dem Psychologen Alfred Katzenstein geführt wurde, offenbarte sich eine Kluft zwischen den beiden Berufsgruppen. In dem Streitgespräch, das sich über insgesamt drei Beiträge im Zeitraum von 1956 bis 1957 erstreckte, wurden die Befugnisse, Machtsphären und Einflussbereiche in der therapeutischen Behandlung abgesteckt und definiert.

Auf dem Gebiet der Arbeitstherapie zeigte sich in den 1950er Jahren, in welchem Spannungsfeld sich die Psychiater zu jener Zeit bewegten. Zum einen erhoben sie den Anspruch, die Arbeitstherapie möglichst auf die Bedürfnisse des Patienten hin auszurichten und ihnen im Sinne des Humanismus das Gefühl zu vermitteln, sie seien ein wichtiges Glied der Gesellschaft. Zum anderen waren sie aufgrund der misslichen wirtschaftlichen Lage auf den finanziellen Wert der Arbeitskraft des Patienten angewiesen.

Eine grundlegende Zäsur stellte die Neudefinition der Arbeitstherapie durch Lieselotte Eichler dar.⁷²³ Bevor im Jahr 1956 in ihrer Klinik mit der gezielten Arbeitstherapie begonnen wurde, arbeiteten die Patienten dort in der Gärtnerei, Küche, Werkstatt und in der Wäscherei mit. Nach dem Richtungswechsel wurde dort nach einem genauen Konzept gearbeitet. Die Tätigkeiten wurden nach verschiedenen Schwierigkeitsgraden gestaffelt, sollten eine gewisse Stetigkeit im Leben des Patienten darstellen und vor allem das Verantwortungsgefühl und die Selbstständigkeit schulen.

In Bezug auf die Psychopharmaka, die in den 1950er Jahren zunehmend zur Anwendung kamen, stellte sich anhand der Beurteilung durch den Arzt Linke heraus, dass die neuen Medikamente zu jener Zeit als eine Bedrohung empfunden und ihnen noch wenig Vertrauen entgegengebracht wurde. Zugleich wurde dadurch die Bedeutung des Arztes betont. Dieser sollte sich dem Patienten zuwenden und die genaue Ursache seiner Beschwerden ergründen.

Eine weitere markante Zäsur setzte die sozialpsychiatrische Bewegung der 1960er Jahre, die somit die zweite Phase in der Entwicklung der Psychiatrie in der DDR definierte.

Ob dieser Einschnitt tatsächlich als Bruch oder Weiterentwicklung von zuvor bereits vorhandenen Ansichten gewertet werden sollte, bleibt umstritten: Dietfried Müller-Hege mann zufolge wurden erst durch die Beachtung der Lehre Pawlows sozialpsychiatrische Fragen aufgeworfen, da die Stellung des Patienten „in der Gesellschaft und im therapeutischen Raum“⁷²⁴ diskutiert wurde. Diese Interpretation der Lehre bildet einen Gegenpol zu den Erklärungsansätzen rezenter Historiker. Sabine Hanrath zufolge setzte sich die Lehre in den 1950er Jahren nur durch, weil es dadurch möglich war, die Krankheitsursache im Individuum selbst zu verankern und nicht gesellschaftliche Faktoren als Ursache für die Krankheitsentstehung herangezogen werden mussten.⁷²⁵ Holger Steinberg stellte die These in den Raum, dass die Ursprünge der sozialpsychiatrischen Bewegung in der DDR als Reaktion der Psychiater auf die starke Einengung und Konzentrierung im Rahmen des Pawlowismus gewertet werden könnten.⁷²⁶

⁷²³ Rose (2005), S. 247.

⁷²⁴ Angermeyer/Steinberg (2005), S. 257.

⁷²⁵ Hanrath (2003), S. 45.

⁷²⁶ Steinberg (2016b), S. 200.

In der *DDG* riefen Psychiater dazu auf, den Patienten in der Interaktion mit seinem sozialen und beruflichen Milieu zu betrachten und Störungen zu erforschen. Dies schlug sich auch in Veränderungen im Arbeitsalltag einiger Psychiatrien in der DDR nieder. So unternahmen die Mitarbeiter der Psychiatrien in Haldensleben, Mühlhausen und Dresden Versuche, das Stationsklima positiv zu verändern, indem es sich möglichst geringfügig von den Gegebenheiten der sonstigen Gesellschaft unterscheiden sollte und den Bedürfnissen der Patienten mehr Raum gegeben werden konnte. Die Psychiater betonten in der *DDG*, dass die Persönlichkeit und die Würde des Patienten beachtet werden sollte. Dies zeugt von einer zunehmenden Verankerung der humanistischen Herangehensweise im ärztlichen Selbstverständnis. Zugleich wurden Forderungen gestellt, die Kontrollmöglichkeiten des Patienten durch den Arzt weitestgehend einzuschränken. Dies kann als Hinweis gewertet werden, dass der Wille des Patienten zunehmend beachtet und respektiert wurde. Hierdurch eröffneten sich neue Handlungsspielräume in der Patienten-Arzt-Interaktion, da die Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit des Patienten geschult und zugleich Abhängigkeiten von der ärztlichen Autorität reduziert wurden.

Zusätzlich diskutierten einzelne Psychiater in der *DDG* Probleme und Herausforderungen, mit denen sie sich zu Beginn der 1960er Jahre konfrontiert sahen. Sie plädierten für eine Modernisierung der psychiatrischen Fachkrankenhäuser. Damit einher ging die Forderung nach mehr Personal sowie dem Ausbau der therapeutischen Möglichkeiten. Die Psychiater verlangten zusätzlich, die ambulante Betreuung weiterzuentwickeln, sowie die berufliche Rehabilitation psychiatrisch erkrankter Patienten zu verbessern. Eine Schlüsselfunktion in der Transition zwischen stationärer und ambulanter Behandlung nahm die enge Zusammenarbeit zwischen den Krankenhausfürsorgerinnen und den Fachärzten, die den Patienten bereits stationär behandelt hatten, ein. Um Vorurteile in der Bevölkerung abzubauen, setzten sich die Psychiater für die Umbenennung der „Heil- und Pflegeanstalten“ in „Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Neurologie“ ein. Anhand dieser Diskussion konnte gezeigt werden, dass die Psychiater danach strebten, Veränderungen in der restlichen Gesellschaft anzustoßen.

Einen Meilenstein in der Entwicklung des sozialpsychiatrischen Ansatzes in der DDR stellte die Formulierung der Rodewischer Thesen im Mai 1963 dar. Die Schlüsse, die die Psychiater aus den Thesen zogen, wurden ausführlich in der *DDG* diskutiert: Die Thesen

setzten eine Zäsur, da man nun in der Psychiatrie von einer multifaktoriellen Krankheitsentstehung ausging. Die Psychiater fühlten sich durch die Thesen dazu aufgefordert, das Therapiespektrum ganz auszuschöpfen und die Ursachen für die Erkrankung in erster Linie im sozialen Umfeld zu suchen. Die Psychiater übertrugen die Verantwortung über den Heilungsprozess auf den behandelnden Arzt. Sie nahmen sich hierdurch selbst in die Pflicht, alles zu tun, um dem Patienten zu helfen, und zeigten zugleich Demut vor den Grenzen der eigenen Behandlungsmöglichkeiten.

Im Fach Neurologie nahm in den 1960er Jahren die Beachtung der sozialen Faktoren bei der Entstehung neurologischer Erkrankungen, analog zur Entwicklung im Fach Psychiatrie, einen großen Raum ein. Dies ist besonders plastisch an den Darstellungen der Krankheit Epilepsie feststellbar.

Im Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie sensibilisierten einzelne Psychiater ihre Kollegen in der *DDG* dafür, dass durch die Verwendung bestimmter Begriffe und Diagnosen die davon betroffenen Patienten diskriminiert und stigmatisiert wurden. Sie setzten sich dafür ein, wertneutrale Bezeichnungen zu verwenden. Als Reaktion auf die „Anordnung über die Durchführung der psychiatrischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen“⁷²⁷ vom Jahr 1954 wurden verschiedene Behandlungsansätze sowie der Ausbau von psychiatrischen Beratungsstellen vorangetrieben und in der *DDG* diskutiert. So forderte Anstock Rehabilitationsmöglichkeiten für psychiatrisch erkrankte Kinder und Jugendliche in „Gemeinschaftsnähe“. In der Beleuchtung der unterschiedlichen Krankheitsbilder durch verschiedene Psychiater zeigte sich, dass die Häufigkeitsverteilung der jeweiligen Erkrankungen im Laufe der Jahrzehnte einem steten Wandel unterlag. Den gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen, die wiederum Auswirkungen auf das Familiengefüge und somit auf das Kind oder den Jugendlichen hatten, schrieben die Psychiater in Bezug auf die Ätiopathogenese einen hohen Stellenwert zu. In der Behandlung legten die Psychiater den Schwerpunkt auf Erziehungsfragen und bezogen die Eltern, Lehrer und Erzieher in die Therapie mit ein. Als weitere Ansätze wurden die Kinder-Gruppenpsychotherapie, die Spieltherapie, die Suggestivbehandlung, das Autogene Training, die Arbeits- und Beschäftigungstherapie sowie die Bewegungs- und Musiktherapie diskutiert.

⁷²⁷ Anordnung über die Durchführung der psychiatrischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen. Vom 15. Mai 1954 (1960), S. 53.

Anhand der Debatte, die die Psychiater in den 1960er Jahren in Bezug auf die elterlichen Erziehungsansätze führten, offenbarten sich die Ambivalenzen zwischen dem individual-ethischen und dem paternalistischen Ansatz im ärztlichen Selbstverständnis. Diejenigen Ärzte, die in den psychiatrischen Beratungsstellen arbeiteten, waren aufgrund von gesetzlichen Vorgaben dazu angehalten, sich ein umfassendes Bild vom sozialen Umfeld des Kindes zu machen und gegebenenfalls Einfluss auf die sich negativ auswirkenden Faktoren zu nehmen. Hierdurch wurde der Implementierung des individual-ethischen Ansatzes im ärztlichen Selbstverständnis von staatlicher Seite aus Grenzen gesetzt. Zugleich wurde dem kindlichen Individuum ein hoher Stellenwert eingeräumt.

In Bezug auf die Arbeitstherapie hielt die Debatte über den Interessenskonflikt der Psychiater in den 1960er Jahren weiter an. Im Mittelpunkt der Diskussion stand weiterhin die Frage nach dem übergeordneten Ziel. Ehrig Lange kritisierte Mitte der 1960er Jahre die damalige Praxis, Patienten zum Teil aus wirtschaftlichen Gründen nicht zu entlassen, und wies darauf hin, dass dies zu Verzerrungen des häufig zu niedrig angesetzten Personalschlüssels führe.

Insgesamt zeigt sich anhand der Diskussion der 1960er Jahre, dass sich durch die zunehmende Hinwendung zum Patienten die individual-ethische Haltung im ärztlichen Selbstverständnis weiterentwickelte und vertiefte. Dies zeigt sich auch in der Art und Weise, wie in den einzelnen neuro-psychiatrischen Subdisziplinen über die Ätiopathogenese und die Behandlung der verschiedenen Erkrankungen diskutiert wurde.

In der *DDG* nahm in den 1960er Jahren zudem die Debatte über die Suizidprävention an Fahrt auf. Angestoßen durch die Rodewischer Thesen wurde 1967 in Dresden eine Beratungsstelle für Suizidgefährdete aufgebaut. Dort waren eine spezialisierte psychiatrische Fürsorgerin und ein Arzt angestellt, die dazu angehalten waren, in Zusammenarbeit zu ergründen, ob berufliche, soziale oder persönliche Probleme ursächlich für den Suizidversuch gewesen waren. Konnte dies bejaht werden, hielten die Mitarbeiter der Beratungsstelle je nach Lage der Situation Rücksprache mit dem Betrieb, den Angehörigen oder Bekannten des betreffenden Patienten. Im Anschluss an die Behandlung wurden die Patienten in regelmäßigen Abständen in die Beratungsstelle einbestellt oder zu Hause besucht. Die sozialpsychiatrische Bewegung führte unter den Psychiatern und Sozialhygienikern auch zu einem markanten Kurswechsel in der Debatte über den Umgang und die Ursachen des Themenkomplexes „Suizid“. Zugleich offenbarten sich Ambivalenzen

im Umgang mit Patienten. Die Maßnahmen der Suizidprävention können zum einen als eine Bevormundung des Patienten durch den Staat gewertet werden. Auf der anderen Seite wird aber auch der fürsorgliche Aspekt, der seitens des Arztes gegenüber seinen Patienten besteht, erkennbar.

Die Phase der 1970er Jahre war geprägt von einem Eindruck der Stagnation. Statt weitere Entwicklungen voranzutreiben, reflektierten die Psychiater die Ursachen der Änderungen der vergangenen Jahrzehnte. Zahlreiche Verfasser in der *DDG* griffen so verschiedene Themenkomplexe wieder auf, die in den Jahrzehnten zuvor bereits eingehend diskutiert wurden. So beleuchtete der Psychologe Henning erneut die Frage der Abgrenzung der Kompetenzen zwischen den Fächern Psychologie und Psychiatrie. Im Gegensatz zu Müller-Hegemann sah er eher einen Vorteil für den Patienten und für die Wissenschaft, wenn sich die Berufsgruppen untereinander abstimmen und zusammenarbeiten müssen.

Zusätzlich nahmen die Psychiater Bezug auf die Entwicklungen und Bewegungen, die in der BRD innerhalb der medizinischen Wissenschaften und der Institution Psychiatrie vorstatten gingen. Der einflussreiche Psychiater Ehrig Lange stellte in den 1970er Jahren die Umstände dar, aus denen sich die sozialpsychiatrische Bewegung im vorherigen Jahrzehnt entwickelte. Er positionierte sich in der *DDG* eindeutig gegen die damals in der BRD vorherrschende Antipsychiatrie-Bewegung.

Ein weiterer Diskussionsstrang, der erneut von den Psychiatern aufgegriffen wurde, stellt die Aufarbeitung der Verbrechen dar, die unter den Nationalsozialisten an den Patienten in den Psychiatrien begangen worden waren. D. Rüster untersuchte, wie sich das nationalsozialistische Gedankengut an der Berliner Charité etablieren konnte.

Auch das Thema der Suizidprävention wurde in den 1970er Jahren erneut aufgegriffen. Ehrig Lange und Helmut Kulawik beleuchteten die Umstände, die dazu führen könnten, dass ein Mensch einen Suizidversuch begeht. Dazu erläuterten sie die Weiterentwicklung der Suizid-Beratungsstellen in der DDR. Während zu Beginn der 1960er Jahre vornehmlich die Diskussion über die Gründe der im Vergleich zur BRD erhöhten Suizidrate in der DDR im Mittelpunkt der Debatte stand und hierbei die Annahme widerlegt wurde, dass die unterschiedlichen gesellschaftlichen Verhältnisse in Ost und West ursächlich für die erhöhte Suizidrate gewesen waren, zogen Ehrig Lange und Helmut Kulawik im Jahr 1970

auch sozial-interpersonelle- oder intrapsychische Konfliktsituationen als mögliche Ursachen in Betracht. In der Behandlung wurde der Ruf nach einer komplexen Therapie laut, die psychotherapeutische, soziotherapeutische und psychagogische Maßnahmen sowie die Gabe von Medikamenten umfasste. Lange und Kulawik nahmen ferner Bezug auf wissenschaftliche Errungenschaften der westlichen Länder. Bemerkenswert ist hierbei, dass das ärztliche Ethos, das wirksamste Konzept in der Behandlung zu würdigen und anzuwenden, für wichtiger erachtet wurde, als westliche Entwicklungen im Sinne der Systemkonkurrenz zu diskreditieren. Aus der Darstellung der Arbeitsweise der Suizid-Beratungsstellen lässt sich ableiten, dass die paternalistische Haltung in den 1970er Jahren weiterhin im ärztlichen Selbstverständnis verankert war. Der Staat versuchte, sich mit Hilfe der Psychiater Zugriff auf den persönlichen Bereich des Patienten zu verschaffen und diesen zu kontrollieren. Zu Beginn der 1970er Jahre erlebte die Suizidforschung einen deutlichen Aufschwung.⁷²⁸ Die Publikationsmöglichkeiten blieben jedoch bis Ende der 1980er Jahre stark reglementiert.⁷²⁹ Dies schlug sich auch in der Debatte in der Zeitschrift *DDG* nieder. So blieben Dieter Decke und Ehrig Lange im Vagen, wieso die Ergebnisse einer Analyse von Suizidversuchen erst acht Jahre verspätet publizieren werden durften. Sie beklagten die schlechte Vergleichbarkeit mit anderen Studien und gelangten unter anderem zu dem Ergebnis, dass sozial-gesellschaftliche Bedingungen Auswirkungen auf die Motive haben, die Menschen zu einem Suizidversuch verleiten könnten. Die Psychiater übten somit versteckt Kritik an der Publikationspraxis und an den bestehenden gesellschaftlichen Verhältnissen in der DDR.

Anhand der Debatte über die Änderungen der Einweisungsgesetzgebung ist in den 1970er Jahren ein Wandel im ärztlichen Selbstverständnis feststellbar. Die Verabschiedung des EinwG vom Juni 1968 stellte eine wichtige Zäsur dar.⁷³⁰ Vor dem Erlassen des Gesetzes beklagte der Psychiater Gustav Donalies in der *DDG*, dass der Anteil an rein pflegebedürftigen Patienten in den Psychiatrien stark gestiegen sei. Dies führte er auf die unzureichende Anzahl an Pflegeheimen sowie darauf zurück, dass die Familien der Pflegebedürftigen nicht angemessen für die erforderliche Pflege Sorge tragen konnten. Nach der Verabschiedung des EinwG äußerte sich der Psychiater Siegfried Schirmer euphorisch,

⁷²⁸ Grashoff (2010), S. 169.

⁷²⁹ Ebenda, S. 170.

⁷³⁰ Schirmer (1972), S. 855.

dass die neuen Einweisungsmodalitäten die Handschrift des Sozialismus trügen und gewährleisten, die Würde des Kranken zu wahren. Die zuvor gültige Polizeiordnung hingegen sei nur auf die Beseitigung ordnungswidrigen Verhaltens hin ausgerichtet gewesen. In Bezug auf das neue EinwG konnten sich die Psychiater nun ihrer ursprünglichen Bestimmung, der Behandlung psychiatrisch erkrankter Menschen, widmen. Dies läge vor allem darin begründet, dass die Einweisungsdiagnosen kritischer geprüft würden. Einige offenen Fragen und Probleme seien den Psychiatern zufolge trotz der Gesetzesänderung noch vorhanden – unter anderem die Frage, in welchen Situationen die Anwendung von Zwangsmaßnahmen gegen den Willen des Patienten rechtmäßig sei. Für den Erfolg des EinwG sprach dem Psychiater Ehrig Lange zufolge die Tatsache, dass die Anzahl der amtlichen Einweisungen in dem Jahrzehnt nach Implementierung des Gesetzes in zahlreichen Kreisen um ein Beachtliches zurückgegangen sei. Insgesamt ist ein Perspektivwechsel feststellbar, da zunehmend die Bedürfnisse des Patienten in den Vordergrund rückten und dem Element der Freiwilligkeit stärker Aufmerksamkeit geschenkt wurde.

In den 1980er Jahren, die schließlich die letzte Phase in der Entwicklung der Psychiatrie in der DDR darstellten, flachte die Diskussion insgesamt, mit Ausnahme des Fachs Psychologie, in der *DDG* merklich ab. Im Jahr 1985 änderte sich der Name der Zeitschrift *Das deutsche Gesundheitswesen* in *Zeitschrift für Klinische Medizin (zkm)*.

Die Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie beschäftigten sich in diesem Jahrzehnt vordergründig mit der Frage, ob es gelungen sei, den psychischen und den somatischen Anteilen in der Behandlung psychiatrisch erkrankter Menschen gleichermaßen gerecht zu werden. Die Ärzte Gisela Ehle und Michael Geyer kamen in der *DDG* zu dem Schluss, dass die notwendigen Voraussetzungen, die eine individuelle Betrachtungs- und Behandlungsweise des Patienten ermöglichen sollten, Ende der 1980er in der DDR noch nicht vollständig gegeben waren. Geyer untersuchte ferner die Frage, wie eine gute Zusammenarbeit zwischen den einzelnen neuro-psychiatrischen Subdisziplinen stattfinden könnte und stellte dabei fest, dass die Fächer Psychotherapie und Medizinische Psychologie sich erst in der Form von eigenständigen Forschungsinstitutionen und Lehrbereichen entwickeln müssten, um anschließend in einen fruchtbaren Austausch untereinander treten zu können.

Die einzelnen neuro-psychiatrischen Subdisziplinen emanzipierten sich in den 1980er Jahren allmählich von den staatlichen Vorgaben. Dieser Prozess ging einher mit einer zunehmenden Wahrnehmung von wissenschaftlichen Strömungen in westlichen Ländern, die in der *DDG* im Rahmen von Tagungsberichten, allen voran im Fach Psychologie, diskutiert wurden.

Frank-Michael Loebe untersuchte in der *zkm* die Entwicklungstendenzen im Hinblick auf das Fach Neurologie. Er konstatierte, dass die Fächer Psychiatrie und Neurologie zwar formal noch nicht getrennt seien, sich jedoch inhaltlich längst eigenständig weiterentwickelt hätten. Loebe forderte seine ärztlichen Kollegen dazu auf, sich dem Patienten zuzuwenden und verstärkt prophylaktische Maßnahmen zu fördern. Der Medizinethiker Ernst Luther befürwortete die Forderungen Loebes. In der *DDG* und später *zkm* setzten sich einzelne Ärzte jedoch auch dafür ein, die Fächer Psychiatrie und Neurologie nicht als eigenständig zu definieren. So befürchtete Schulze, dass die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen hierfür nicht gegeben seien und die fachärztliche Grundversorgung ansonsten nicht mehr gewährleistet werden könne.

Günter Baust verfasste schließlich im Jahr 1984 in der *DDG* ein Plädoyer für die Zusammenarbeit aller medizinischen Fachdisziplinen. Er unternahm den Versuch, seine ärztlichen Kollegen dafür zu sensibilisieren, dass ein „Ethos der Kooperation“ für einen fruchtbaren und respektvollen fachlichen Austausch unabdingbar sei. Zugleich sei es elementar, dass jeder einzelne die jeweiligen Grenzen seines Fachgebiets anerkenne.

Abschließend untersuchte der Medizinethiker Ernst Luther die Entwicklung des ärztlichen Ethos im Wandel der Zeit. Er kam dabei zu dem Schluss, dass die gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung des sozialistischen ärztlichen Ethos in der DDR darstellten. Für das neue Verhältnis zwischen Arzt und Gesellschaft sei vor allem die Auseinandersetzung mit der nationalsozialistischen Vergangenheit sowie die Zusammenarbeit zwischen der Arbeiterklasse und der humanistisch geprägten Ärzteschaft von herausragender Bedeutung gewesen.

5 Zusammenfassung

Die Entwicklungen im Fach Psychiatrie sind nachhaltig durch die politischen Rahmenbedingungen, Wertvorstellungen und Normen einer Gesellschaft geprägt. Dadurch befinden sich die in der Psychiatrie tätigen Ärztinnen und Ärzte in einem Spannungsfeld: Sie vermitteln zwischen den Ansprüchen, die die Gesellschaft an den Patienten erhebt auf der einen Seite, und zwischen den individuellen Bedürfnissen des Patienten auf der anderen Seite. Dies wirft die Frage auf, wie Psychiater auf gesellschaftliche Veränderungen Bezug nehmen und von welchem ärztlichen Ethos sie sich leiten lassen. Vor diesem Hintergrund untersucht die vorliegende Arbeit die wissenschaftlichen Diskurse von Psychiatern in der SBZ/DDR. Dazu wird analysiert, wie sich das ärztliche Selbstverständnis mit der Zeit verändert hat. Grundlage hierfür sind die Ausgaben der Zeitschrift *Das deutsche Gesundheitswesen (DDG)*, die im Zeitraum 1946 bis 1989 erschienen ist. Die *DDG* wurde von der Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen der DDR herausgegeben und war das Sprachrohr der *Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie an der Universität Berlin*. Die Zeitschrift wurde für den gesamten Zeitraum ihres Bestehens einer quantitativen und qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen. In der quantitativen Analyse zeigt sich, dass zu einigen Themengebieten relativ kontinuierlich Artikel erschienen sind, während bei anderen Themen deutliche zeitliche Schwerpunkte erkennbar sind.

Ausgehend von den Ergebnissen der quantitativen Analyse und unter Berücksichtigung der gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen zeigt sich, dass sich die wissenschaftliche Diskussion in vier Phasen einteilen lässt. In der ersten Phase der Rückbesinnung und Neuausrichtung (1946-1959) distanzieren sich die Psychiater öffentlich von den Verbrechen, die zur NS-Zeit in den Psychiatrien begangen wurden. Sie besannen sich auf ein antikes ärztliches Selbstverständnis, basierend auf dem Hippokratischen Eid, zurück. Außerdem orientierte sich die Behandlung der Patienten zunehmend an einer humanistischen Arbeitsweise sowie an einer individual-ethischen Haltung im ärztlichen Selbstverständnis. Dennoch sind Kontinuitäten im Denken weniger Psychiater zu den Vorstellungen der NS-Psychiatrie feststellbar. Darüber hinaus etablierte sich ein neues Wissenschaftsverständnis, das mit der Ausrichtung der Medizin auf die Lehre Pawlows einherging. Diese Entwicklungen hatten auch Einfluss auf die verschiedenen neuro-psychiatrischen Subdisziplinen und Therapieformen. In einer zweiten Phase (1960-1969) etablierte sich zunehmend ein sozialpsychiatrischer Ansatz. Hierdurch vollzog sich ein deutlicher Wandel von der arzt- zur patientenzentrierten Herangehensweise. Dies mündete schließlich in der Formulierung der Rodewischer Thesen 1963, die eine Zäsur setzten, da man nun von einer multifaktoriellen Krankheitsentstehung ausging. Zugleich waren den Psychiatern aufgrund von staatlichen Vorgaben diverse Grenzen gesetzt. Dies zeigte sich etwa in der Debatte um den Umgang mit der Suizidproblematik und der Frage nach dem übergeordneten Ziel der Arbeitstherapie. Die dritte Phase (1970-1979) war von einer gewissen Stagnation geprägt. Neben der Reflexion über die Entwicklung der vergangenen Jahrzehnte wurden auch Errungenschaften der BRD gewürdigt. In einer vierten Phase (1980-1989) emanzipierten sich die Psychiater zunehmend von staatlichen Vorgaben. Dazu beschäftigten sie sich mit den Fragen des Dualismus und der Interdisziplinarität in der Psychiatrie.

6 Abkürzungsverzeichnis

BEG	Bundesentschädigungsgesetz
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BStU	Behörde des Bundesbeauftragten für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes
ČSSR	Tschechoslowakische Sozialistische Republik
DDG	Das deutsche Gesundheitswesen
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DNB	Deutsche Nationalbibliothek
DWK	Deutsche Wirtschaftskommission
DZVG	Deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen
EEG	Elektroenzephalografie, Elektroenzephalogramm
EinwG	Gesetz über die Einweisung in stationäre Einrichtungen für psychisch Kranke
EKT	Elektrokrampftherapie
FDGB	Freier Deutscher Gewerkschaftsbund
GäP	Gesellschaft für ärztliche Psychotherapie der DDR
GPPMP	Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie der DDR
GzVeN	Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses
HU	Humboldt-Universität zu Berlin
IM	Inoffizieller Mitarbeiter/Inoffizielle Mitarbeiterin
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KoKo	Kommerzielle Koordinierung (Bereich im Ministerium für Außenhandel)
KPD	Kommunistische Partei Deutschlands
KVK	Karlsruher Virtueller Katalog
LPG	Landwirtschaftliche Produktionsgenossenschaft
MfG	Ministerium für Gesundheitswesen
MfS	Ministerium für Staatssicherheit
NS	Nationalsozialismus, nationalsozialistisch
NSDAP	Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei

SBZ	Sowjetische Besatzungszone
SED	Sozialistische Einheitspartei Deutschlands
SEEG	Stereoenzephalographische Untersuchung
SMAD	Sowjetische Militäradministration
UdSSR	Union der Sozialistischen Sowjetrepubliken
VEB	Volkseigener Betrieb
VEG	Volkseigenes Gut
VÖBB	Verbund Öffentlicher Bibliotheken Berlin
ZK	Zentralkomitee
zkm	Zeitschrift für Klinische Medizin
ZV	Zentralverwaltung
ZVGes	Zentralverwaltung Gesundheitswesen

7 Literaturverzeichnis

Abu Zahra, Claudia: Die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der DDR am Beispiel der Hauptstadt Ostberlin. Auswirkungen der Psychiatriereform der 1960er Jahre. Berlin 2015.

Angermeyer, Matthias C.; Steinberg, Holger (Hrsg.): 200 Jahre Psychiatrie an der Universität Leipzig. Personen und Konzepte. Heidelberg 2005.

Anordnung über die Durchführung der psychiatrischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen. Vom 15. Mai 1954. In: Renker, Karlheinz; Weise, Richard (Hrsg.): Die Rehabilitation im Gesetz. Leipzig 1960, S. 53–55.

Anordnung über Meldung von Körperbehinderten, geistigen Störungen, Schädigungen des Sehvermögens und Schädigung des Hörvermögens. Vom 12. Mai 1954. In: Renker, Karlheinz; Weise, Richard (Hrsg.): Die Rehabilitation im Gesetz. Leipzig 1960, S. 50–53.

Anstock, F.: Kompetenzgrenzen der Kinderpsychiatrie. Das deutsche Gesundheitswesen 20 (1965), S. 1156–1160.

Arndt, Melanie: Gesundheitspolitik im geteilten Berlin. 1948 bis 1961. Köln 2009.

Bach, Otto: Entwicklung und Stand der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter auf dem Gebiet der ehemaligen DDR. In: Picard, Walter; Fritz, Reimer (Hrsg.): Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik und auf dem Gebiet der ehemaligen DDR. Tagungsbericht, Berlin, 29.11.-1.12.1990. Köln 1992, S. 25–30.

Bannes, M. L.; Fiedler, E.; Kriehn, A.; Mechel, M.: Über die Arbeit bei Kindern mit psychogenen Störungen. Das deutsche Gesundheitswesen 25 (1970), S. 1886–1890.

Barsch, Sebastian: Geistig behinderte Menschen in der DDR. Erziehung – Bildung – Betreuung. Oberhausen 2007. S. 19.

Bartsch, Edith: Bemerkung zur Erfassung von Schwachsinnigen des Vorschul- und Schulalters. Das deutsche Gesundheitswesen 19 (1964), S. 1065–1068.

Barylla, F.: Sozialpsychiatrische Aspekte des Schwachsinnigen. Nach einem Vortrag vor der Medizinischen Gesellschaft der Bezirke Cottbus-Frankfurt (Oder), Sektion Ost-Brandenburg, am 13. Februar 1964 in Eberswalde. Das deutsche Gesundheitswesen 20 (1965), S. 90–93.

Bauer, Berthold: Der Psychologe an einer Medizinischen Poliklinik. Das deutsche Gesundheitswesen 10 (1955), S. 1509–1511.

Bauer, Berthold; Klumbies, G.: Zusammenarbeit von Arzt und Psychologe. Das deutsche Gesundheitswesen 12 (1957), S. 1161–1165.

Baumann, R.; Krautwald, A.; Schulz, F. H.: Zum Wechsel der Schriftleitung. Das deutsche Gesundheitswesen 14 (1959), S. 1885.

Baust, Günter: Medizinischer Alltag und Ethos der Kooperation. Das deutsche Gesundheitswesen 39 (1984), S. 1667–1668.

Beddies, Thomas; Hübener, Kristina (Hrsg.): Dokumente zur Psychiatrie im Nationalsozialismus. Berlin 2003.

Behnke, Klaus: Lernziel: Zersetzung. Die "Operative Psychologie" in Ausbildung, Forschung und Anwendung. In: Behnke, Klaus; Fuchs, Jürgen (Hrsg.): Zersetzung der Seele. Psychologie und Psychiatrie im Dienste der Stasi. Hamburg 1995, S. 12–43.

Behnke, Klaus; Fuchs, Jürgen (Hrsg.): Zersetzung der Seele. Psychologie und Psychiatrie im Dienste der Stasi. Hamburg 1995.

Bender, Wilhelm: Wiederaufbauprobleme in den Heil- und Pflegeanstalten. Aus der Landesheil- und Pflegeanstalt Ueckermünde. Das deutsche Gesundheitswesen 5 (1950), S. 1365–1367.

Bericht der "Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie an der Universität Berlin". Das deutsche Gesundheitswesen 3 (1948), S. 315.

- Bericht über die Tagung der Psychiater und Neurologen, 22.-23.11.1947. Das deutsche Gesundheitswesen 2 (1947), S. 32.
- Bericht über die wissenschaftliche Tagung der Psychiater und Neurologen in der sowjetischen Besatzungszone Deutschlands. Veranstaltet von der Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen, Berlin, 27.-29. Mai 1948. Das deutsche Gesundheitswesen 3 (1948), S. 602–607.
- Bernhardt, Heike: Anstaltspsychiatrie und "Euthanasie" in Pommern 1933 bis 1945. Die Krankenmorde an Kindern und Erwachsenen am Beispiel der Landesheilanstalt Ueckermünde. Frankfurt am Main 1994.
- Bernhardt, Heike: "Frau Bernhardt, glauben Sie an Libido?". Ein Gespräch mit Alfred Katzenstein und biographischer Kommentar. In: Bernhardt, Heike; Lockot, Regine (Hrsg.): Mit ohne Freud. Zur Geschichte der Psychoanalyse in Ostdeutschland. (Bibliothek der Psychoanalyse) Gießen 2000a, S. 204–226.
- Bernhardt, Heike: Mit Sigmund Freud und Iwan Petrowitsch Pawlow im Kalten Krieg. Walter Hollitscher, Alexander Mette und Dietfried Müller-Hegemann in der DDR. In: Bernhardt, Heike; Lockot, Regine (Hrsg.): Mit ohne Freud. Zur Geschichte der Psychoanalyse in Ostdeutschland. (Bibliothek der Psychoanalyse) Gießen 2000b, S. 172–203.
- Bernhardt, Heike; Lockot, Regine (Hrsg.): Mit ohne Freud. Zur Geschichte der Psychoanalyse in Ostdeutschland. (Bibliothek der Psychoanalyse) Gießen 2000.
- Bessel, Richard; Jessen, Ralph (Hrsg.): Die Grenzen der Diktatur. Staat und Gesellschaft in der DDR. Göttingen 1996.
- Beyer, Alfred: Ein Jahr Deutsche Zentralverwaltung des Gesundheitswesens. Das deutsche Gesundheitswesen 1 (1946), S. 641–645.
- Billenkamp, K.: Der Psychologe im öffentlichen Gesundheitswesen. Das deutsche Gesundheitswesen 9 (1954), S. 662–667.
- Bock, Thomas; Kluge, Ulrike: Der sich und Anderen helfende Mensch. In: Dörner, Klaus; Plog, Ursula; Bock, Thomas; Brieger, Peter; Heinz, Andreas; Wendt, Frank; Franck, Eva-Maria (Hrsg.): Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Köln 2017, S. 31–91.
- Brandenburg, G.; Schmitz, K.-W.: Die psychometrische Verlaufskontrolle bei der Behandlung hirngeschädigter Erwachsener mit Cerutil®. Das deutsche Gesundheitswesen 35 (1980), S. 549–553.
- Brink, Cornelia: Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860–1980. Göttingen 2010.
- Broeker, H.; Quendow, B.; Müller, D.; Müller, J.; Walther, H.: Erfahrungen mit der blutspiegelorientierten Valproatbehandlung therapieresistenter Epilepsien bei Erwachsenen. Nach einem Vortrag am 4. Dresdener Symposium über Epilepsie und Antiepileptika vom 13.-17. Oktober 1980. Das deutsche Gesundheitswesen 36 (1981), S. 2018–2022.
- Bruchhausen, Walter; Schott, Heinz: Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Göttingen 2008.
- Büchler, Anna Theresa Stephanie: Psychiatrie und Psychiatriereform im Spiegel des Deutschen Ärzteblatts von 1949–1983. Tübingen 2016.
- Busse, Stefan: Psychologie in der DDR. Die Verteidigung der Wissenschaft und die Formung der Subjekte. Weinheim 2004.
- Bykow, Konstatin: Pawlows Lehre und die moderne Naturwissenschaft. Das deutsche Gesundheitswesen 7 (1952), S. 882–888.
- Castell, Rolf; Nedoschill, Jan; Rupp, Madeleine; Bussiek, Dagmar; Gerhard, Uwe-Jens: Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937 bis 1961. Göttingen 2003.
- Das ist russisches Roulett. Schmutzige Geschäfte mit westlichen Pharmakonzernen brachten dem SED-Regime Millionen. Der Spiegel (1991), S. 80–90.
- David, Heinz: Zum Beginn der "Zeitschrift für Klinische Medizin". Zeitschrift für Klinische Medizin 40 (1985), S. 6–7.

- Decke, Dieter; Lange, Ehrig: Suizidale Handlungen (Suizidversuche) im Erwachsenenalter - Analyse von 300 Patienten einer Betreuungsstelle für Suizidgefährdete. *Das deutsche Gesundheitswesen* 33 (1978), S. 1434–1439.
- Degen, R.: Diazepam (Faustan®) als Mittel der Wahl für die Behandlung des Status epilepticus und langdauernder Anfälle im Kindesalter. *Das deutsche Gesundheitswesen* 25 (1970), S. 689–692.
- Degenhardt, Tilo: Die Rehabilitationsmöglichkeiten für psychisch Kranke und Behinderte in der ehemaligen DDR. In: Picard, Walter; Fritz, Reimer (Hrsg.): *Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik und auf dem Gebiet der ehemaligen DDR*. Tagungsbericht, Berlin, 29.11.-1.12.1990. Köln 1992, S. 75–80.
- Destunis, Georg: Klinische Erfahrungen mit Diphenylhydantoinen, insbesondere mit Lepitoin, in der Behandlung der Epilepsie. *Das deutsche Gesundheitswesen* 8 (1953), S. 385–388.
- Destunis, Georg: Die Schwererziehbarkeit des Kindes. *Das deutsche Gesundheitswesen* 12 (1957), S. 53–57.
- Destunis, Georg: Die Nervosität des Kindes – ihre Ursachen und Behandlung. *Das deutsche Gesundheitswesen* 13 (1958), S. 797–802.
- Döll, R.; Neumärker, K.-J.: Bemerkungen zur Therapie der Pubertätsmagersucht. *Das deutsche Gesundheitswesen* 37 (1982), S. 677–680.
- Donalies, Gustav: Die Einweisung in eine geschlossene Anstalt. *Das deutsche Gesundheitswesen* 4 (1949), S. 1145–1149.
- Donalies, Gustav: Der straffällige Jugendliche in psychiatrischer Sicht. *Das deutsche Gesundheitswesen* 6 (1951), S. 249–253.
- Dummer, Werner: Sind bereits Kinder und Jugendliche psychotherapeutischen Maßnahmen zugänglich? *Das deutsche Gesundheitswesen* 18 (1963), S. 1911–1920.
- Eckart, Wolfgang U.: Ein Feld der rationalen Vernichtungspolitik. In: Eckart, Wolfgang U.; Fuchs, Petra; Hohendorf, Gerrit; Mundt, Christoph; Richter, Paul; Rotzoll, Maike (Hrsg.): *Die nationalsozialistische "Euthanasie"-Aktion "T4" und ihre Opfer. Geschichte und ethische Konsequenzen für die Gegenwart*. Paderborn 2010, S. 25–41.
- Eckart, Wolfgang U.; Fuchs, Petra; Hohendorf, Gerrit; Mundt, Christoph; Richter, Paul; Rotzoll, Maike (Hrsg.): *Die nationalsozialistische "Euthanasie"-Aktion "T4" und ihre Opfer. Geschichte und ethische Konsequenzen für die Gegenwart*. Paderborn 2010.
- Eghigian, Greg: Care and Control in a Communist State. The Place of Politics in East German Psychiatry. In: Gijswijt-Hofstra, Marijke; Oosterhuis, Harry; Vijselaar, Joost; Freeman, Hugh (Hrsg.): *Psychiatric cultures compared. Psychiatry and mental health care in the twentieth century*. Amsterdam 2005, S. 183–199.
- Ehle, Gisela; Petzold, Helga; Szewczyk: Möglichkeiten der Medizinischen Psychologie für eine Qualitätssicherung in der medizinischen Betreuung. *Das deutsche Gesundheitswesen* 42 (1987), S. 1737–1739.
- Eichler, Lieselotte: Arbeitstherapie und Wiedereingliederung in der Arbeit vom Standpunkt des Psychiaters. *Das deutsche Gesundheitswesen* 12 (1957), S. 1–8.
- Eichler, Liese-Lotte: Die Entwicklung heilpädagogischer Arbeit mit geistig schwer behinderten Kindern. In: Eichler, Liese-Lotte (Hrsg.): *Einführung in die heilpädagogische Arbeit mit geistig schwer und schwerst behinderten Kindern unter Anlehnung an die ungarische heilpädagogische Arbeit (nach Dr. Gustav Bárczi)*. Berlin 1968a, S. 1–29.
- Eichler, Liese-Lotte (Hrsg.): *Einführung in die heilpädagogische Arbeit mit geistig schwer und schwerst behinderten Kindern unter Anlehnung an die ungarische heilpädagogische Arbeit (nach Dr. Gustav Bárczi)*. Berlin 1968b.
- Elbert, G.: Über die Verwendung von Kalypnon als Antiepileptikum. *Das deutsche Gesundheitswesen* 8 (1953), S. 1216–1218.
- Erices, Rainer: Geschichte und Ethik aus Sicht von Gesundheitsminister Ludwig Mecklinger. Positionen zur Mitverantwortung von Ärzten bei NS-Medizinverbrechen. In: Frewer, Andreas; Erices, Rainer

- (Hrsg.): Medizinethik in der DDR. Moralische und menschenrechtliche Fragen im Gesundheitswesen. Stuttgart 2015, S. 165–170.
- Ernst, Anna-Sabine: Von der bürgerlichen zur sozialistischen Profession? Ärzte in der DDR, 1945–1961. In: Bessel, Richard; Jessen, Ralph (Hrsg.): Die Grenzen der Diktatur. Staat und Gesellschaft in der DDR. Göttingen 1996, S. 25–48.
- Ernst, Anna-Sabine: "Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus". Ärzte und medizinische Hochschullehrer in der SBZ/DDR 1945–1961. Münster, New York 1997.
- Falk, Beatrice; Hauer, Friedrich: Brandenburg-Görden. Geschichte eines psychiatrischen Krankenhauses. Berlin 2007.
- Faulstich, Heinz: Hungersterben in der Psychiatrie 1914–1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie. Freiburg im Breisgau 1998.
- Felber, W.; Lange, E.: 30 Jahre Betreuungsstelle für Suizidgefährdete – mit einer Bibliographie. Suizidprophylaxe (1998), S. 133–140.
- Ganten, Detlev; Einhäupl, Karl Max; Hein, Jakob: 300 Jahre Charité – im Spiegel ihrer Institute. Berlin 2010.
- Gesetz über die Einweisung in stationäre Einrichtung für psychisch Kranke. Gesetz vom 11.06.1968, GB1. I, S. 273
- Geyer, Michael: Die psychosoziale Dimension in der Medizin – interdisziplinäre Aufgaben und Probleme. Zeitschrift für Klinische Medizin 44 (1989), S. 2181–2183.
- Geyer, Michael (Hrsg.): Psychotherapie in Ostdeutschland. Geschichte und Geschichten 1945–1995. Göttingen 2011.
- Göpel, W.: Psychoreaktives mutistisch-autistisches (pseudo-apallisches) Syndrom nach schwerem Schädelhirntrauma bei einem Kind. Das deutsche Gesundheitswesen 31 (1976), S. 1278–1282.
- Gohr, H.; Scholl, O.: Untersuchungen über das Vorhandensein von gerinnungshemmenden und gerinnungsfördernden Substanzen im Liquor cerebrospinalis bei verschiedenen Nervenkrankheiten. Das deutsche Gesundheitswesen 8 (1953), S. 1336–1342.
- Gottschaldt, Kurt. Das deutsche Gesundheitswesen 8 (1953), S. 229.
- Grashoff, Udo: In einem Anfall von Depression. Selbsttötungen in der DDR. Berlin 2006.
- Grashoff, Udo: Suizidprophylaxe in der DDR: Auf verlorenem Posten. Deutsches Ärzteblatt (2010), S. 168–170.
- Gropler, Hans: Auf dem Wege zum modernen psychiatrischen Krankenhaus. Das deutsche Gesundheitswesen 19 (1964), S. 181–188.
- Groschopp, Horst: Der ganze Mensch. Die DDR und der Humanismus – ein Beitrag zur deutschen Kulturgeschichte. Marburg 2013.
- Groß, Friedrich Rudolf: Über Widerstände gegen die Rehabilitation psychisch Kranker. Das deutsche Gesundheitswesen 17 (1962), S. 1766–1775.
- Groß, Friedrich Rudolf: Jenseits des Limes. 40 Jahre Psychiater in der DDR. Bonn 1996.
- Hamm, Margret: Zwangssterilisierte und "Euthanasie"-Geschädigte: ihre Stigmatisierung in Familie und Gesellschaft. In: Eckart, Wolfgang U.; Fuchs, Petra; Hohendorf, Gerrit; Mundt, Christoph; Richter, Paul; Rotzoll, Maike (Hrsg.): Die nationalsozialistische "Euthanasie"-Aktion "T4" und ihre Opfer. Geschichte und ethische Konsequenzen für die Gegenwart. Paderborn 2010. S. 358–363.
- Hand, Iver: Pawlows Beitrag zur Psychiatrie. Entwicklungs- und Strukturanalyse einer Forschungseinrichtung. Stuttgart 1972.
- Hanrath, Sabine: Zwischen "Euthanasie" und Psychiatriereform. Anstaltspsychiatrie in Westfalen und Brandenburg: ein deutsch-deutscher Vergleich (1945–1964). Paderborn 2002.

- Hanrath, Sabine: Strukturkrise und Reformbeginn: Die Anstaltspsychiatrie in der DDR und der Bundesrepublik bis zu den 60er Jahren. In: Kersting, Franz-Werner (Hrsg.): Psychiatriereform als Gesellschaftsreform. Die Hypothek des Nationalsozialismus und der Aufbruch der sechziger Jahre. Paderborn 2003, S. 31–61.
- Heidel, Caris-Petra; Lienert, Marina (Hrsg.): Die Professoren der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus Dresden und ihrer Vorgängereinrichtungen. 1814–2004. München 2005.
- Hennig, H.: Zur Arbeit ambulanter klinisch-psychologischer Beratungsstellen im Bereich des Gesundheitswesens. Das deutsche Gesundheitswesen 26 (1971), S. 2338–2341.
- Hess, Volker: Von der Irrenanstalt zum neuropsychiatrischen Zentrum. Zur Geschichte der Psychiatrischen und Nervenlinik der Charité. In: Atzl, Isabel; Hess, Volker; Schnalke, Thomas (Hrsg.): Zeitzeugen Charité. Arbeitswelten der Psychiatrischen und Nervenlinik 1940–1999; Begleitbuch zur Ausstellung des Berliner Medizinhistorischen Museums der Charité, 3. März bis 12. Juni 2005. Münster 2005, S. 9–15.
- Hess, Volker: Psychochemicals crossing the wall. Die Einführung der Psychopharmaka in der DDR aus der Perspektive der neueren Arzneimittelgeschichte. Medizin Historisches Journal (2007), S. 61–84.
- Hoffmann, Dierk; Schwartz, Michael: Sozialstaatlichkeit in der DDR. Sozialpolitische Entwicklungen im Spannungsfeld von Diktatur und Gesellschaft 1945/49–1989. (Schriftenreihe der Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte, Sondernummer) München 2005.
- Hoffmann-Richter, Ulrike: Psychiatrie in der Zeitung. Urteile und Vorurteile. Bonn 2000.
- Hollitscher, Walter: Die philosophische Bedeutung der Lehre Pawlows. Das deutsche Gesundheitswesen 8 (1953), S. 226–227.
- Hölscher, Christoph: NS-Verfolgte im "antifaschistischen Staat". Vereinnahmung und Ausgrenzung in der ostdeutschen Wiedergutmachung (1945–1989) Berlin 2002.
- Jachertz, Norbert: Soziale Psychiatrie. Die wilden Wendejahre sind vorbei. Deutsches Ärzteblatt 105 (2008), A 2517–A 2518.
- Jun, G.: Die Aufgaben einer Psychiatrischen Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche – unter besonderer Berücksichtigung der Oligophrenen. Erfahrungsbericht. Das deutsche Gesundheitswesen 25 (1970), S. 1464–1469.
- Katzenstein, Alfred: Allein-Entscheidung oder Zusammenarbeit. Das deutsche Gesundheitswesen 12 (1957), S. 458–464.
- Keiderling, Gerhard: Das Ende des Alliierten Kontrollrates. <http://www.luise-berlin.de/bms/bmstext/9803proh.htm>, 30.04.2017
- Klaus, Georg; Buhr, Manfred (Hrsg.): Philosophisches Wörterbuch. Leipzig 1975.
- Klee, Ernst (Hrsg.): Dokumente zur "Euthanasie". Frankfurt am Main 1985.
- Klee, Ernst: "Euthanasie" im NS-Staat. Die "Vernichtung lebensunwerten Lebens". Frankfurt am Main 1986.
- Klee, Ernst: Irrsinn Ost – Irrsinn West. Psychiatrie in Deutschland. Frankfurt am Main 1993.
- Kleinsorge; Baumann; Müller-Hegemann, Dietfried: Diskussionsgrundlagen zur Pawlowschen Schlaftherapie. Das deutsche Gesundheitswesen 8 (1953), S. 1532–1533.
- Klumbies, Gerhard: Erfahrungen mit der Ablationshypnose bei chronischen Schmerzzuständen. Das deutsche Gesundheitswesen 14 (1959), S. 2101–2106.
- Konitzer, P.; Lohmann, K.; Warburg, O.; Bergmann, G. von; Rössle, R.; Stieve, H.; Kaufmann, C.; Schopohl: Zu neuem Beginnen. Das deutsche Gesundheitswesen 1 (1946), S. 1.
- Körner, U.: Mißbrauch des ärztlichen Ethos zur Sicherung sozialökonomischer Privilegien. Das deutsche Gesundheitswesen 30 (1975), S. 1672–1675.
- Körner, U.: Zu philosophischen Aspekten des ärztlichen Ethos. Das deutsche Gesundheitswesen 34 (1979), S. 1481–1485.

- Krüger, Wolfgang: Harald Schultz-Hencke. In: Rattner, Josef (Hrsg.): Pioniere der Tiefenpsychologie. Wien 1979, S. 89–109.
- Kugelstadt, Alexander: Psychosomatik im Spiegel deutscher Zeitungsartikel. Eine systematische Medienanalyse. Duisburg, Köln 2010.
- Kulawik, Helmut: Psychosomatische Medizin. Leitfaden für Studenten und Ärzte. Leipzig 1991.
- Landgraf, Nicole: Sein ist gesehen werden. Anforderungen an die Soziale Arbeit für eine menschenwürdige Psychiatrie in Deutschland. München 2006.
- Lange, Ehrig: Psychohygiene im psychiatrischen Krankenhaus. Das deutsche Gesundheitswesen 15 (1960), S. 1647–1651.
- Lange, Ehrig: Die Entwicklung der Psychiatrie in der DDR. Grundsätze – Ziele – Konsequenzen. Das deutsche Gesundheitswesen 21 (1966), S. 1089–1094.
- Lange, Ehrig: Sozialpsychiatrie – eine Basis für psychiatrische Rehabilitation. Das deutsche Gesundheitswesen 34 (1979), S. 825–827.
- Lange, Ehrig; Kulawik, H.: Die ambulante Behandlung des Suizidgefährdeten unter besonderer Berücksichtigung der Psychopharmakotherapie. Das deutsche Gesundheitswesen 25 (1970), S. 121–125.
- Lembcke, W.: Neurochirurgische Möglichkeiten und Grenzen. Das deutsche Gesundheitswesen 4 (1949), S. 1138–1141.
- Lengwinat, Alexander: Vergleichende Untersuchungen über die Selbstmordhäufigkeit in beiden deutschen Staaten. Das deutsche Gesundheitswesen 16 (1961), S. 873–878.
- Lerch, Wolf-Dieter: DDR-Psychiatrie – 30 Jahre zurück? Dahlem 1993.
- Linde, Otfried K. (Hrsg.): Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit. Erlebnisse und Ergebnisse; Wissenschaftsanekdotisches von Forschern und ihren Formeln. Klagenfurt 1988.
- Linke, Horst: Über die Bedeutung psychotroper Substanzen für die ärztliche Praxis. Das deutsche Gesundheitswesen 14 (1959), S. 1469–1478.
- Linke, Horst: Kritik der Therapie: Nebenwirkungen und Gefahren der Anwendung psychotroper und schmerzstillender Pharmaka. (Fortsetzung aus Heft 27/1962) Das deutsche Gesundheitswesen 17 (1962a), S. 1147–1156.
- Linke, Horst: Kritik der Therapie: Nebenwirkungen und Gefahren der Anwendung psychotroper und schmerzstillender Pharmaka. Das deutsche Gesundheitswesen 17 (1962b), S. 1095–1101.
- Links, Christoph: Das Schicksal der DDR-Verlage. Die Privatisierung und ihre Konsequenzen. Berlin 2009.
- Lische, R.: Die Aufgaben der psychiatrischen Fürsorge. Das deutsche Gesundheitswesen 8 (1953), S. 625–631.
- Loebe, Frank-Michael: Entwicklungstendenzen im Fach Neurologie. Zeitschrift für Klinische Medizin 44 (1989), S. 1621–1622.
- Loos, Herbert: "Anerkannte Unordnung"- ein Rückblick auf die Psychiatrie-Entwicklung in der DDR. In: Picard, Walter; Fritz, Reimer (Hrsg.): Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik und auf dem Gebiet der ehemaligen DDR. Tagungsbericht, Berlin, 29.11.–1.12.1990. Köln 1992, S. 174–180.
- Loos, Herbert: Herzberge. Die Geschichte des psychiatrischen Krankenhauses Berlin-Herzberge von 1893 bis 1993. Berlin 2014.
- Luther, Ernst: Philosophisch-ethische Aspekte des ärztlichen Handelns. Das deutsche Gesundheitswesen 37 (1982), S. 770–773.
- Luther, Ernst: Ethik in der Medizin – Ergebnisse, Standpunkte und Aufgaben in der DDR. Das deutsche Gesundheitswesen 39 (1984), S. 1649–1653.

- Luther, Ernst: Abriss zur Geschichte der medizinischen Ethik in der DDR. In: Bettin, Hartmut; Gadebusch Bondio, Mariacarla (Hrsg.): Medizinische Ethik in der DDR. Erfahrungswert oder Altlast? Lengerich, Berlin, Bremen, Miami, Fla., Riga, Viernheim, Wien, Zagreb 2010, S. 20–39.
- Lüttke, S.; Koch, R. D.: Psychiatrische Schockbehandlung mit Bemegrid. Das deutsche Gesundheitswesen 17 (1962), S. 1027–1029.
- Mayring, Philipp: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim 2007.
- Mette, Alexander. Das deutsche Gesundheitswesen 8 (1953), S. 229.
- Mette, Alexander: I.P. Pawlow. Sein Leben und sein Werk. Berlin 1959.
- Mette, Alexander; Misgeld, Gerhard; Winter, Kurt: Der Arzt in der sozialistischen Gesellschaft. Berlin 1958.
- Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen: Hildebrandt (Auftraggeber): Bericht der unabhängigen Kommission zur Aufarbeitung der Vergangenheit der Psychiatrie im Land Brandenburg für die Zeit des Bestehens der DDR. Potsdam 1996.
- Möller, Hans-Jürgen; Hellmuth; Deister, Arno; Laux, Gerd: Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart 2009.
- Müller, J.; Franke, W.-G.: Die Hirnszintigraphie als Untersuchungsmethode im Rahmen einer ambulanten neurologischen Diagnostik bei akuten zerebrovaskulären Erkrankungen. Das deutsche Gesundheitswesen 30 (1975), S. 595–599.
- Müller, K.: Der Anfallskranke und seine Umgebung. Das deutsche Gesundheitswesen 19 (1964), S. 1505–1509.
- Müller, Klaus-Dieter: Zwischen Hippokrates und Lenin. Gespräche mit ost- und westdeutschen Ärzten über ihre Zeit in der SBZ und DDR. Köln 1994.
- Müller, K.; König, Klaus; Lutzki, P.: Brandenburger Modell eines Epileptiker-Dispensaires. Das deutsche Gesundheitswesen 30 (1975), S. 1543–1545.
- Müller, Peter; Wartmann, Benno: Reifungsabhängiger Wandel der Ursachen und Symptome kindlicher Depressionen. Zeitschrift für Klinische Medizin 41 (1986), S. 199–201.
- Müller, Thomas R.; Mitzscherlich, Beate (Hrsg.): Psychiatrie in der DDR. Erzählungen von Zeitzeugen. Frankfurt am Main 2006.
- Müller-Enbergs, Helmut; Reuter, Elke; Seidel, Karl. In: Müller-Enbergs, Helmut; Wielgoß, Jan; Hoffmann, Dieter; Herbst, Andreas (Hrsg.): Wer war wer in der DDR? Berlin 2006, S. 935.
- Müller-Hegemann, Dietfried: Zwei Wege in der modernen Psychotherapie. Das deutsche Gesundheitswesen 6 (1951), S. 641–646.
- Müller-Hegemann, Dietfried. Das deutsche Gesundheitswesen 8 (1953), S. 229.
- Müller-Hegemann, Dietfried: Grundzüge einer neuzeitlichen Psychotherapie. Das deutsche Gesundheitswesen 11 (1956), S. 1001–1009.
- Müller-Hegemann, Dietfried: Über die Tätigkeit des Psychologen in medizinischen Einrichtungen. Das deutsche Gesundheitswesen 12 (1957), S. 609–616.
- Müller-Hegemann, Dietfried: Sozialpsychiatrische Studien. Das deutsche Gesundheitswesen 14 (1959a), S. 1741–1750.
- Müller-Hegemann, Dietfried: Über den Einfluß der Eugenik auf die deutsche Medizin. Das deutsche Gesundheitswesen 14 (1959b), S. 429–436.
- Neumann-Redlin von Meding, Eberhard; Conrad, Hella: Ärzte unter dem Hakenkreuz. Die Berliner Medizinische Gesellschaft im Nationalsozialismus. Berlin 2013.
- Nobbe: Diagnose und Therapie der Geisteskrankheiten in der allgemeinen Praxis. Das deutsche Gesundheitswesen 3 (1948), S. 15–19.

- Picard, Walter; Fritz, Reimer (Hrsg.): Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik und auf dem Gebiet der ehemaligen DDR. Tagungsbericht, Berlin, 29.11.-1.12.1990. Köln 1992.
- Pickenhain, Lothar: Bericht über die Pawlow-Tagung in Leipzig am 15. und 16. Januar 1953. Das deutsche Gesundheitswesen 8 (1953), S. 218–233.
- Pickenhain, Lothar: Zur Pathophysiologie des Schlafes. Das deutsche Gesundheitswesen 10 (1955), S. 162–168.
- Plog, Ursula: Vertrauen ist gut. Über den Mißbrauch der Psychiatrie durch den Staatssicherheitsdienst der DDR. In: Behnke, Klaus; Fuchs, Jürgen (Hrsg.): Zersetzung der Seele. Psychologie und Psychiatrie im Dienste der Stasi. Hamburg 1995, S. 284–295.
- Poppe, W.; Meier, M.: Die Brauchbarkeit von Myocuran in der Rehabilitation chronisch Kranker in der Psychiatrie. Das deutsche Gesundheitswesen 20 (1965), S. 681–684.
- Rapoport: Zur Pawlow-Tagung, Leipzig, 15. bis 16. Januar 1953. Das deutsche Gesundheitswesen 8 (1953), S. 29–31.
- Reimann, Iris: Erfolgreich recherchieren – Medizin. München 2013.
- Resolution von der Pawlow-Tagung am 15. und 16. Januar 1953 in Leipzig. Das deutsche Gesundheitswesen 8 (1953), S. 217.
- Ringel, Erwin: Der Selbstmord. Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung. In: Hoff, Hans; Pötzl, Otto (Hrsg.): Wiener Beiträge zur Neurologie und Psychiatrie. Wien 1953, S. 8.
- Rose, Wolfgang: Anstaltspsychiatrie in der DDR. Die brandenburgischen Kliniken zwischen 1945 und 1990. Berlin-Brandenburg 2005.
- Rösler, Hans-Dieter: Zur Geschichte der Klinischen Psychologie in der DDR. Rostock (Jahr der Veröffentlichung unbekannt).
- Rüster, D.: Zur Geschichte der Charité in Berlin. I. Die Berliner Charité und der erstarkende Nationalsozialismus. Das deutsche Gesundheitswesen 27 (1972), S. 1684–1686.
- Rütting, Torsten: Pavlov und der neue Mensch. Diskurse über Disziplinierung in Sowjetrußland. München 2002.
- Schenk, P.: Encephalographische Erfahrungen. Das deutsche Gesundheitswesen 4 (1949), S. 330–335.
- Schirmer, Siegfried: Handhabung des Einweisungsrechts. Das deutsche Gesundheitswesen 27 (1972), S. 855–858.
- Schmidt, Eckart: Zur Behandlung neurologischer Krankheitsbilder mit selektiven niederfrequenten Reizstromimpulsen. Das deutsche Gesundheitswesen 10 (1955), S. 1483–1486.
- Schmidt, R. M.: Auswertung der Liquorelektrophorese in der neurologisch-psychiatrischen Klinik. Das deutsche Gesundheitswesen 15 (1960), S. 1877–1884.
- Schmiedebach, Heinz-Peter; Beddies, Thomas; Schulz, Jörg; Priebe, Stefan: Wohnen und Arbeiten als Kriterien einer "sozialen Integration" psychisch Kranker – Entwicklungen in Deutschland von 1990 bis 2000. Psychiatrische Praxis 29 (2002), S. 285–294.
- Schmiedebach, Heinz-Peter; Priebe, Stefan: Social Psychiatry in Germany in the Twentieth Century: Ideas and Models. Medical History (2004), S. 449–472.
- Schmitz, Willi: Sozialpsychiatrische Erfahrungen während fünfjähriger jugendpsychiatrischer Tätigkeit auf dem Lande. Das deutsche Gesundheitswesen 15 (1960), S. 2170–2178.
- Schmitz, Willi; Grossmann, Günther: Gedanken zur Differenzierung des Bildungsumfanges schwachsinniger Kinder. Das deutsche Gesundheitswesen 16 (1961), S. 715–717.
- Scholtz, Doreen: Theorie und Praxis der Pawlow'schen Schlaftherapie in der DDR der 1950er und 60er Jahre – insbesondere unter Dietfried Müller-Hegemann. Leipzig 2013.

- Scholtz, Doreen; Steinberg, Holger: Theory and practice of Pavlov Sleep Therapy in the GDR. *Psychiatrische Praxis* 38 (2011), S. 323–328.
- Scholz, A.; Wunderlich, P.: Möglichkeiten und Grenzen des Publizierens in der DDR. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 125 (2000), S. 1131–1132.
- Schott, Heinz; Tölle, Rainer: *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen.* München 2006.
- Schröder, H. W.: Die Sterilisation ein Verbrechen? *Das deutsche Gesundheitswesen* 2 (1947), S. 113–115.
- Schultz-Hencke, Harald: Arzt und Psychotherapie. *Das deutsche Gesundheitswesen* 1 (1946), S. 247–252.
- Schulz, Jörg: Die Rodewischer Thesen von 1963 – ein Versuch zur Reform der DDR-Psychiatrie. In: Kersting, Franz-Werner (Hrsg.): *Psychiatriereform als Gesellschaftsreform. Die Hypothek des Nationalsozialismus und der Aufbruch der sechziger Jahre.* Paderborn 2003, S. 87–100.
- Schulze: Entwicklungsstand und Perspektive des Fachgebiets Neurologie und Psychiatrie und der Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie der DDR. *Mitteilungsblatt der Gesellschaft für klinische Medizin.* Bericht von der Sitzung des Präsidiums der Gesellschaft für klinische Medizin der DDR am 28. November 1980 in Berlin. *Das deutsche Gesundheitswesen* 36 (1981), S. IX–X.
- Schwarz: Zur Frage der kortiko-viszeralen Beziehungen. Bericht über die Pawlow-Tagung in Leipzig am 15. und 16. Januar 1953. *Das deutsche Gesundheitswesen* 8 (1953), S. 225.
- Schwarz, Bernhard; Weise, Klaus; Thom, Achim: *Sozialpsychiatrie in der sozialistischen Gesellschaft.* Leipzig 1971.
- Seidel, Karl: *Der Suicid im höheren Lebensalter unter sozialpsychiatrischem Aspekt.* Dresden 1967.
- Seidel, Karl; Kulawik, Helmut: Über die Notwendigkeit des Aufbaus von psychiatrischen Beratungsstellen für Suizidgefährdete. *Das deutsche Gesundheitswesen* 25 (1970), S. 125–129.
- Siefert, Helmut; Kraepelin. In: *Historische Kommission bei der Bayerischen Akademie der Wissenschaften (Hrsg.): Neue deutsche Biographie, Bd. 12.* Berlin 1980, S. 639–640.
- Siemen, Hans Ludwig: *Menschen blieben auf der Strecke... Psychiatrie zwischen Reform und Nationalsozialismus.* Gütersloh 1987.
- Siemen, Hans-Ludwig: *Das Grauen ist vorprogrammiert. Psychiatrie zwischen Faschismus und Atomkrieg.* Frankfurt am Main 2011.
- Sörgel, Hans-Joachim: Lepsiral – ein neues orales Antiepileptikum. *Das deutsche Gesundheitswesen* 15 (1960), S. 1364–1365.
- Sonnenmoser, Marion: *Psychotherapie in der DDR: Versunkene Welt.* *Deutsches Ärzteblatt* (2009), S. 115–116.
- Spaar, Horst: *Dokumentation zur Geschichte des Gesundheitswesens der DDR. Teil I: Die Entwicklung des Gesundheitswesens in der sowjetischen Besatzungszone (1945–1949)* Berlin 1996.
- Späte, Helmut F.; Thom, Achim; Weise, Klaus (Hrsg.): *Theorie, Geschichte und aktuelle Tendenzen in der Psychiatrie. (Medizin und Gesellschaft)* Jena 1982.
- Steinberg, Holger: Die Psychiatrische Klinik der Universität Leipzig von 1920 bis 1995. In: Angermeyer, Matthias C.; Steinberg, Holger (Hrsg.): *200 Jahre Psychiatrie an der Universität Leipzig. Personen und Konzepte.* Heidelberg 2005, S. 245–262.
- Steinberg, Holger: Karl Leonhard hat "kein Interesse!" – Hintergründe über das Rodewischer Symposium aus neu aufgetauchten Quellen. *Psychiatrische Praxis* 41 (2014), S. 71–75.
- Steinberg, Holger: 25 Jahre nach der "Wiedervereinigung": Der Versuch einer Übersicht über die Psychiatrie in der DDR. Teil 2: von pluralistischen Betrachtungsweisen und dem Zusammenbruch in den 1980er Jahren. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 84 (2016a), S. 289–297.

- Steinberg, Holger: 25 Jahre nach der "Wiedervereinigung": Versuch einer Übersicht über die Psychiatrie in der DDR. Teil 1. Nachkriegszeit, Pawlowisierung, psychopharmakologische Ära und sozialpsychiatrische Bewegung. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 84 (2016b), S. 196–210.
- Steinberg, H.; Weber, M. M.: Vermischung von Politik und Wissenschaft in der DDR. Die Untersuchung der Todesfälle an der Leipziger Neurologisch-Psychiatrischen Universitätsklinik unter Müller-Hegemann 1963. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 79 (2011), S. 561–569.
- Steiner, U.: Über die genuine Epilepsie und das EEG. *Das deutsche Gesundheitswesen* 11 (1956), S. 1209–1211.
- Stumpf, W.: Psychischer Hospitalismus. *Das deutsche Gesundheitswesen* 11 (1956), S. 449–453.
- Süß, Sonja: Psychiater im Dienste des MfS. In: Behnke, Klaus; Fuchs, Jürgen (Hrsg.): *Zersetzung der Seele. Psychologie und Psychiatrie im Dienste der Stasi*. Hamburg 1995, S. 283.
- Süß, Sonja: *Politisch mißbraucht? Psychiatrie und Staatssicherheit in der DDR*. Berlin 1998.
- Teitge, Marie: *Die Nervenheilkunde in der DDR im Spiegel der Zeitschrift "Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie" (1949–1990)*. Rostock 2012.
- Thom, Achim; Wulff, Erich (Hrsg.): *Psychiatrie im Wandel. Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West*. Bonn 1990.
- Tümmers, Henning: *Anerkennungskämpfe. Die Nachgeschichte der nationalsozialistischen Zwangssterilisationen in der Bundesrepublik*. Göttingen 2011.
- Uschakov, G. K.: Die Frühdiagnostik der Schizophrenie bei Kindern und Jugendlichen. *Das deutsche Gesundheitswesen* 20 (1965), S. 1922–1925.
- Vesper, J.; Gajdosova, D.; Järisch, M.: Möglichkeiten und Indikationen der elektrophysiologischen Diagnostik bei einer therapieresistenten kindlichen psychomotorischen Epilepsie vor einer stereotaktischen Operation. *Das deutsche Gesundheitswesen* 34 (1979), S. 435–438.
- Vietze, G.: Erfahrungen mit dem neuen Antiepileptikum P 845. Künftiger Handelsname: Falepsin. *Das deutsche Gesundheitswesen* 23 (1968), S. 1616–1621.
- Voigt, W.: Erfahrungen mit der Glycerintherapie bei Hirnödemen und Hirnschwellungszuständen. *Das deutsche Gesundheitswesen* 22 (1967), S. 1235.
- Vollnhals, Clemens (Hrsg.): *Entnazifizierung. Politische Säuberung und Rehabilitierung in den vier Besatzungszonen 1945–1949*. München 1991.
- Wagner, Armin: Die Neurologie an der Universität Leipzig von 1945 bis 1985: Grenzen, Möglichkeiten und Schwerpunktbildung – eine Zusammenfassung. In: Wagner, Armin; Steinberg, Holger (Hrsg.): *Neurologie an der Universität Leipzig. Beiträge zur Entwicklung des klinischen Fachgebietes von 1880 bis 1985*. Leipzig 2015, S. 515–517.
- Wallesch, C. W.: Psychiatrie in der DDR. *Fortschritte der Neurologie • Psychiatrie* 82 (2014), S. 67.
- Walther, Rolf: Bedingungen der Rehabilitation bei chronisch psychotischen Menschen. *Das deutsche Gesundheitswesen* 20 (1965), S. 581–585.
- Warburg, O.; Stieve, H.; Bergmann, G. von; Kaufmann, C.; Rössle, R.; Schopohl: Unsere neue Zeitschrift. *Das deutsche Gesundheitswesen* 1 (1946), S. 2–3.
- Wässer, Stephan; Kasper, Johannes-Martin: Die Anwendbarkeit verschiedener Epilepsieklassifikationen und die Trennschärfe zwischen den einzelnen Epilepsiesyndromen. Im Rahmen der Hauptforschungsrichtung M 30, Forschungsrichtung 04 "Hirngeschädigte Kinder". *Zeitschrift für Klinische Medizin* 40 (1985), S. 933–938.
- Weber, Hermann: *Geschichte der DDR*. München 1985.
- Weber, Matthias M.: Rüdin, Ernst. In: Hockerts, Hans Günter (Hrsg.): *Neue deutsche Biographie*. Berlin 2005, S. 215–216.
- Weber, Peter; Regel, Hans; Leo, Harald; Krause, Andreas; Heine, Thomas: Combitest 2 – ein Gerätesystem für die apparative Psychodiagnostik. *Zeitschrift für Klinische Medizin* 42 (1987), S. 1821–1825.

- Weil, Francesca: Zielgruppe Ärzteschaft. Ärzte als inoffizielle Mitarbeiter des Ministeriums für Staatssicherheit der DDR. Göttingen 2008.
- Weise, Klaus: Zur Frage der pathogenetischen Bedeutung der mütterlichen Berufstätigkeit bei psychisch gestörten Kindern. *Das deutsche Gesundheitswesen* 19 (1964), S. 568–574.
- Werner, R.; Morgenstern, C.: Zur Wirkungsweise des Methaqualone (Dormutil) beim Epileptiker. *Das deutsche Gesundheitswesen* 20 (1965), S. 162–164.
- Wieczorek, V.; Gerger, J.: Erfahrungen mit dem Muskelrelaxans Succincuran bei der Elektrokrampfbehandlung. *Das deutsche Gesundheitswesen* 20 (1965), S. 722–725.
- Wiesing, Urban (Hrsg.): *Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch.* Stuttgart 2008.
- Wünsche, W.; Todt, H., Munde, B.: Behandlung mit Tegretal bei kindlichen Anfällen. *Das deutsche Gesundheitswesen* 26 (1971), S. 745–749.
- Zedlick, Dyrk: Psychiatriereform in der DDR. In: Armbruster, Jürgen; Dieterich, Anja; Hahn, Daphne; Ratzke, Katharina (Hrsg.): *40 Jahre Psychiatrie-Enquete. Blick zurück nach vorn.* Köln 2015, S. 103-121.
- Zimmermann, Wolfram: Klinische und therapieorientierte Psychodiagnostik auffälligen (aggressiven) Sozialverhaltens im Kindesalter – ein neuer Ansatz. *Zeitschrift für Klinische Medizin* 41 (1986), S. 1629–1632.
- Zimmermann, Wolfram: VIII. Internationales Meeting der Psychologen der Donauländer vom 20. bis 25. September 1987 in Tutzing (BRD). Tagungsbericht. *Zeitschrift für Klinische Medizin* 43 (1988), S. 423–424.
- Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR. – Bestandsaufnahme und Empfehlungen – 30.05.1991.

8 Erklärung zum Eigenanteil

Die Arbeit wurde im Institut für Geschichte und Ethik der Medizin Tübingen erstellt.

Die Konzeption der Arbeit erfolgte durch Herrn Professor Dr. Dr. Wiesing und Herrn PD Dr. Tümmers.

Ich versichere, das Manuskript selbständig nach Anleitung durch Herrn PD Dr. Tümmers verfasst und keine weiteren als die von mir angegebenen Quellen verwendet zu haben.

Berlin, der 30.04.2017

Clara Susanne Wiegmann

9 Danksagung

Auf meinem Weg von der Konzeption bis zur Abgabe meiner Promotion haben mich viele Menschen begleitet, denen ich danken möchte.

An erster Stelle gilt mein Dank meinem Betreuer PD Dr. Henning Tümmers, der mich nun über fünf Jahren begleitet und unterstützt hat – herzlichen Dank für die bereichernden Gespräche, die zahlreichen Denkanstöße und hilfreichen Anmerkungen, für die Ermutigungen und die geduldigen Antworten auf meine Fragen.

Danken möchte ich auch Professor Dr. Dr. Urban Wiesing, der die Idee für das Thema hatte und die Arbeit überhaupt erst angestoßen und ermöglicht hat.

In der Recherche unterstützten mich Professor Hans-Dieter Rösler, Günter Hinkes aus der Bibliothek des Statistischen Bundesamtes und Friederike Kühn aus der Universitätsbibliothek der Freien Universität Berlin. Dr. Wolf-Dieter Lerch überließ mir hilfreiche Quellen und Dokumente. Auch Randi Knorrs Einsatz wird mir in lebhafter Erinnerung bleiben – ohne sie wäre die Zeitschrift *DDG* aus dem Archiv der Universitätsbibliothek Tübingen in den Container gewandert.

Für die organisatorische Unterstützung bedanke ich mich bei Christel Niedermeier, Andrea Heidrich, Pia-Sarah Henger, Jutta Thumm, Dr. Inka Montero und Heidrun Jakob. Darüber hinaus gilt mein Dank dem Evangelischen Studienwerk Villigst für die finanzielle Förderung und die hilfreiche Begleitung.

Des Weiteren möchte ich mich vielmals bei meinen Korrekturleserinnen und Korrekturlesern für ihre wertvolle Zeit, ihre Geduld, ihre konstruktive Kritik und für den hilfreichen Austausch bedanken: Olga Staudacher, Christian Berlage, Phillip Meller, Martin und Helmut Niedermeier, Andrea Klemm, Christa Roth, Naomi Hesse, Johannes Schulte und Swantje Göschel. Dazu bedanke ich mich bei den Menschen, die meine ersten Versuche Korrektur gelesen haben: Jonas Groh, Kathy Bohnenberger, Lydia Both, Daniel Maier und Corinna Weiss. Anna Büchler bin ich ebenfalls dankbar für den wissenschaftlichen Austausch.

Zum Schluss bedanke ich mich herzlich bei meiner Familie und bei meinen Freundinnen und Freunden für den Rückhalt und die wunderbare Unterstützung.