

25 Jahre „Die Kerbe“

Teil 1: Impulse in den Spannungsfeldern der Sozialpsychiatrie

Von Jürgen Armbruster, Helmut Beutel und Georg Schulte-Kemna

Der Jahrgang 2007 ist der 25. Jahrgang der Kerbe. Im Februar 1983 erschien die erste Ausgabe der Kerbe, herausgegeben vom Verband evangelischer Einrichtungen für geistig und seelisch Behinderte im Diakonischen Werk der EKD, einem der beiden Vorgängerverbände des heutigen Bundesverbandes evangelische Behindertenhilfe (BeB).

Im Vorwort des Herausgebers schrieben Gerhard Brandt, der Vorsitzende und Erwin Dürr, der Geschäftsführer des Verbands: *Die Kerbe soll „ein Bindeglied sein unter den vielen hauptamtlichen und ehrenamtlichen Mitarbeitern in diakonischen und kirchlichen Einrichtungen, Maßnahmen und Diensten für Menschen mit psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung. Sie soll Impulse geben, unser gemeinsames Bemühen zur Verbesserung der Lebenssituation psychisch Kranker verstärken und der Qualifizierung der verschiedenen Hilfen für sie dienen...Der Name steht für ein Programm: Es geht nicht um Schnitte, die Wunden verursachen, sondern um Einschnitte, an denen eine Entwicklung deutlich wird. Die Zeitschrift will die Entwicklung der kirchlich-diakonischen Arbeit mit und für Menschen mit psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung prägen. Das Wort „Kerbe“ steht in diesem Zusammenhang auch für Beharrlichkeit und Deutlichkeit“.*

Die Schriftleitung übernahm zunächst Hans Dieter Becker. Er wurde unterstützt durch einen Redaktionsbeirat, der in der Anfangszeit bestand aus Gottfried Bickel, Frankfurt, Diakoniepfarer im DW Hessen-Nassau, Erwin Dürr, (Stuttgart), dem damaligen Verbandsgeschäftsführer, ferner Johannes Kramny (Sindelfingen) sowie den Psychiatrierferenten der Diakonischen Werke aus Baden und Württemberg, Harald

Nier und Theo Salzgeber. Die Herausgeber verwiesen auf die damals schon schwierigen Zeiten und dankten der Redaktion für ihre „Bereitschaft zur Mitarbeit an dieser Zeitschrift, die in einer Zeit der Abstriche am öffentlichen Angebot für Kranke und Behinderte nicht ohne Risiko ist. Unser Verband macht damit deutlich, dass in einer solchen Zeit das kirchlich-diakonische Engagement nicht auch noch zurückgehen darf“.

Die Anfänge der Kerbe

Was kennzeichnete diese Zeit, wie sah der historische Kontext aus, welche ethischen, fachlichen und strategischen Anliegen gaben den Anstoß? Welche Impulse sollten gesetzt werden und wie lassen sich diese in den Anfängen der Kerbe wieder finden?

Der sozialpsychiatrische Aufbruch erreicht auch die Diakonie in der zweiten Hälfte der 70er Jahre. Die Bundesrepublik war bis Mitte der 70er Jahre ein psychiatriepolitisches Entwicklungsland. In der Nachkriegszeit wurde über lange Jahrzehnte das Schicksal der psychisch kranken Menschen im Dritten Reich tabuisiert. Insgesamt wurden damals etwa 200 000 kranke und behinderte Menschen ermordet und etwa 400 000 Menschen zwangssterilisiert.

Mitte der 60er Jahre wurden die Missstände in den psychiatrischen Anstalten der Bundesrepublik zunehmend sichtbar und in wachsendem Maße zum Ausgangspunkt fachlicher und dann auch öffentlicher und politischer Auseinandersetzungen.

In einer Denkschrift forderten damals einige Psychiater (Häfner, v.Baeyer und Kisker) „dringliche Reformen in der psychiatrischen Krankenversorgung in der Bundesrepublik Deutschland“ (vgl.

Bauer, Kerbe 4/2000 S. 4). Es wurde die Gemeindepsychiatrie und die weitestgehende Integration der psychisch kranken Menschen in normale Bezüge gefordert. Kisker schlug 1967 eine „Psychiatrie ohne Bett“ vor.

Mit der Erarbeitung einer Psychiatrieenquête im Auftrag des Deutschen Bundestages in den Jahren 1971-1975 begann in der sozial-liberalen Reformära eine kritische, öffentliche und politische Auseinandersetzung über die Qualität psychiatrischer Institutionen und die Lebenslage psychisch kranker Menschen.

Die wesentlichen Kritikpunkte dieser 1000seitigen Bilanzierung lassen sich mit folgenden Stichworten umreißen:

- Überfüllte und veraltete Kliniken
- Fehlendes und schlecht ausgebildetes Personal
- Kaum vorhandene und wohnortferne Nachsorgeangebote
- Das Fehlen gemeindenaher ambulanter Hilfen
- Die fehlende Koordination und Kooperation zwischen bestehenden Einrichtungen

Die zentralen Forderungen waren:

- Auf- und Ausbau eines bedarfsgerechten, gemeindenahen Versorgungssystems mit ambulanten und komplementären Diensten,
- Koordination und Zusammenarbeit innerhalb der Versorgungssysteme und Standardversorgungsgebiete,
- Aus- und Aufbau ambulanter Dienste und psychiatrischer Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern,
- Förderung der Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Vorrangige Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher und Alkohol- und Suchtkranker
- Realisierung des Prinzips der Gemeindenähe



Prof. Dr. Jürgen Armbruster
Evangelische Gesellschaft Stuttgart,
Abteilungsleiter der Dienste für seelische Gesundheit
und Geschäftsführer des Rudolf-Sophien-Stifts,
juergen.armbruster@eva-stuttgart.de.

■ Die Gleichstellung psychisch und somatisch Kranker in rechtlicher, finanzieller und sozialer Hinsicht.

Zeitgleich begann Mitte der 70er Jahre auch die kritische Aufarbeitung der Psychiatriegeschichte der Nazizeit, vorangetrieben durch Medizinhistoriker, Journalisten, Sozialpsychiater und durch die 1971 gegründete Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie. Diese Auseinandersetzungen erfassten auch diakonische Einrichtungen und veranlassten sie zur kritischen Auseinandersetzung mit ihrer Geschichte.

Inspiziert durch die im einzelnen sehr unterschiedlichen, teilweise sehr radikalen Reformansätze im europäischen Ausland (in England, in den skandinavischen Ländern, in den Niederlanden, in Frankreich und dann zunehmend auch in Italien) und durch die vielfältigen bundesdeutschen Reforminitiativen kam das Paradigma der Anstaltsversorgung zunächst vor allem im Bereich der Psychiatrie in wachsendem Maße unter Legitimationsdruck.

Während es in anderen Ländern Europas zu einem konsequenten Umbau des psychiatrischen Hilfesystems vom stationären in den ambulanten Bereich kam, (mehr als die Hälfte der psychiatrischen Krankenhäuser in England wurden bis Ende der 90er Jahre geschlossen, in Italien sah das legendäre Gesetz 180 im Jahre 1978 die Auflösung aller psychiatrischer Anstalten vor), fand in der Bundesrepublik in der Folgezeit ab Mitte der 70er Jahre eine schrittweise Modernisierung der psychiatrischen Kliniken statt. Dies wurde erst ermöglicht durch massenhafte Verlegungen von Langzeitpatienten in Heime, häufig ohne dass sich ihre Lebenssituation qualitativ verändert hätte. Gleichzeitig entstand ein bunter Flickenteppich unterschiedlichster Reforminitiativen teils getragen von bürgerschaftlich engagierten Vereinen, teils initiiert durch kirchliche Gemeinden und durch Kommunen, die damit begannen, sich ihrer Verantwortung zu stellen. In der Folge der Psychiatriere-

quete wurden Ende der 70er/Anfang der 80er Jahre verschiedene Bundes- und Landesmodellprogramme durchgeführt, die qualitativ neue Hilfestrukturen entwickeln sollten (Sozialpsychiatrische Dienste, betreute Wohngruppen, Patientenclubs, Übergangsheime, psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Tages- und Nachtkliniken usw.).

Veränderungsprozesse in Kirche und Diakonie

Für Kirche und Diakonie ergab sich in dieser Zeit eine höchst widersprüchliche Interessenlage. Über die Entwicklung der psychiatrischen Hilfen im Verband der evangelischen Einrichtungen für geistig und seelisch Behinderte schrieben Gerhard Brandt und Erwin Dürr in der ersten Ausgabe der Kerbe:

„Unser Verband wurde vor genau 85 Jahren (also 1898/ Anm. der Autoren) als Vereinigung diakonischer Einrichtungen für geistig Behinderte gegründet, seit 50 Jahren (also seit ca. 1933) gehören Einrichtungen für psychisch Kranke dazu. Ihre Zahl ist in den letzten Jahren stark angewachsen, in rund einem Viertel der uns angeschlossenen 470 Einrichtungen leben und arbeiten Menschen mit psychischer Erkrankung oder seelischer Behinderung“.

In den kirchlichen ebenso wie in den staatlichen Anstalten wurden sowohl Menschen mit psychischer Erkrankung wie auch Menschen mit geistiger Behinderung betreut, nur waren die zahlenmäßigen Verhältnisse unterschiedlich. Die diakonischen Anstalten waren fast durchweg geprägt durch die Arbeit für Menschen mit geistiger Behinderung. Der Anstaltscharakter dieser kirchlich-diakonischen Arbeit geriet Ende der 70er, Anfang der 80er Jahre zunächst von der Psychiatrie her unter einen wachsenden öffentlichen Legitimationsdruck. Das sorgte auch innerverbandlich für Spannungen zwischen offensiv auf Umstrukturierungen drängenden Initiativen in der Psychiatrie und eher beharrenden Kräften in der Behindertenhilfe. Der Skandal

der Verwahrspsychiatrie wurde lange Jahre tendenziell eher als das Problem der staatlichen bzw. kommunalen Landeskrankenhäuser wahrgenommen. Traditionelle Träger der Diakonie (wie auch Träger aus anderen Wohlfahrtsverbänden) konnten in den 80er Jahren durch den Bettenabbau in den psychiatrischen Kliniken und durch die darauf folgende Trennung von Behandlungs- und Heimbereichen insofern profitieren, als sie ihre Angebote der stationären Wohneinrichtungen erheblich aufstocken und ausbauen konnten. Teilweise war das dann auch Anlass für eigene Modernisierungsbestrebungen. Die Antworten auf den wachsenden Reformdruck blieben vielfach eher strukturkonservativ (Modernisierung der Baulichkeiten, Verbesserung der personellen Ausstattung), manche diakonische Einrichtung wurde dann aber auch selbst zum Motor der Reformbewegung. Freilich bleibt, dass trotz nunmehr über 30jähriger sozialpsychiatrischer Reform gerade auch diakonische Einrichtungen noch immer mit dem Umbau bzw. Abbau von großen stationären Einrichtungen zu kämpfen haben, die sich an regionalen Bedarfen vorbei entwickelt haben.

Gleichzeitig wuchs der Druck auch aus den Gemeinden und der Gemeindediakonie heraus, sich der seelisch erkrankten Menschen in den Gemeinden anzunehmen und sich an den entstehenden Reforminitiativen und Modellen zu beteiligen. Träger der ambulanten Dienste und der neuen sozialpsychiatrischen Einrichtungen waren innerhalb der Diakonie zunächst nicht vorrangig die großen alteingesessenen Einrichtungen, sondern viel häufiger kleinere – vielfach eigens hierfür gegründete – gemeindediakonisch orientierte Träger und diakonisch engagierte Kirchengemeinden. Viele aus bürgerschaftlichem Engagement entstandene Vereine und Initiativen fanden dann in der Folge ihre verbandliche Orientierung im Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V. (heute: Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.) und damit im Paritätischen Wohlfahrtsverband, nicht bei Diakonie oder Caritas.

Kirche und Diakonie stehen in der Spannung zwischen reformerischen Initiativen in der Psychiatrie und konservativen Kräften in der Behindertenhilfe.



Helmut Beutel
Dipl.-Soz.päd, Coach
und Psychotherapeut
in eigener Praxis, bis
2002 Mitglied des
Vorstands der Evan-
gelischen Gesellschaft
Stuttgart und des
Erweiterten Vorstands
des BeB,
helmut.beutel@arcor.de.

Die Aufgabe der Diakonie, innerhalb des gesellschaftlichen Reformprozesses ein klares Profil zu entwickeln, erfordert einen Ort der Auseinandersetzung. So entstand die Kerbe als „Forum für Sozialpsychiatrie“.



Georg Schulte-Kemna
Diplom-Sozialwissenschaftler, Bereichsleiter Sozialpsychiatrie bei der BruderhausDiakonie Reutlingen,
georg.schulte-kemna@t-online.de.

Die Diakonie und ihr Fachverband standen also vor der Aufgabe, eine Vielzahl unterschiedlicher, sich teilweise auch widersprechender Interessenlagen und Positionierungen in einer Balance zu halten und in diesen Widersprüchen und Legitimationszwängen gleichwohl ein klares Profil zu entwickeln angesichts der Notwendigkeit, den gesellschaftlichen Reformprozess nicht nur reaktiv nachzuvollziehen sondern aktiv mitzugestalten. Das ist der Kontext, in dem das Bedürfnis entstand nach einem Ort, um diesen komplexen Prozess zu bewältigen. So entstand die Kerbe als „Forum für Sozialpsychiatrie“.

Gemeindepsychiatrische Initiativen

Die Kritik an der Anstaltslogik und die Infragestellung der Ausgrenzung von Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung aus der Gemeinde in die sog. „Orte zum Leben“ stellte eine Säule diakonischer Tradition in ihrem Selbstverständnis und in ihrer institutionellen Organisation grundsätzlich in Frage.

Gleichzeitig wurden die Chancen, Voraussetzungen und Grenzen der Möglichkeit thematisiert, psychisch erkrankte und behinderte Menschen in der Gemeinde zu integrieren. Neue geeignete fachliche Hilfen und das in der Gemeinde zu fördernde ehrenamtliche Engagement sollten dazu beitragen, dass niemand auf Grund seiner Erkrankung oder Behinderung sein gewohntes Lebensumfeld verlassen sollte. Erkrankung und Behinderung, als Ausdruck der Verschiedenheit und Besonderheit der menschlichen Existenz verstanden, sind eine Herausforderung für das Selbstverständnis und die Integrationsfähigkeit der Gemeinden.

„Mit Ängsten leben“ – so lautete bezeichnenderweise das Schwerpunktheft der zweiten Ausgabe 1983, in dem in differenzierter Weise die Ängste psychisch erkrankter Menschen, ihrer Angehörigen und die der Profis thematisiert wurden. Es stellte sich die Notwendigkeit, sich den Ängsten wieder anzunähern, sie verstehen, teilen und aushalten zu können, die zuvor im Zeichen von Krank-

heit aus den normalen Lebenszusammenhängen ausgegrenzt worden waren. Zu integrieren sind die psychisch Erkrankten nicht nur äußerlich in der Organisation des Hilfesystems, sondern vor allem ist am Verstehen des Leidens zu arbeiten. Das Oszillieren zwischen diesen beiden Polen hat seither die Themenwahl der Kerbe bestimmt.

Die neu sich entwickelnden gemeindepsychiatrischen Initiativen, Dienste und Einrichtungen hatten einen großen fachlichen und praktischen Unterstützungs- und Qualifizierungsbedarf auf dem Weg der Überwindung der Totalen Institutionen und der Entdeckung und Entwicklung der gemeindebezogenen Ressourcen. Die alten Anstalten mussten sich ihrerseits orientieren in einem Feld der Auseinandersetzung, in dem bisherige Selbstverständlichkeiten durch die Forderung nach Auflösung der Anstalten und Überwindung fürsorglicher Bevormundung in Frage gestellt wurden.

Die ersten Ausgaben der Kerbe spiegeln diese Auseinandersetzungen wieder. Im ersten Themenbeitrag des Hefts 1/1983 bilanziert Heinz Baumann, Hochschullehrer der Fachhochschule Esslingen, die damalige Reformdiskussion:

„Die Forderung nach Auflösung der psychiatrischen Anstalten als Zentrum des psychiatrischen Versorgungssystems erfreut sich zunehmender Popularität. Große Hoffnungen werden hierbei in eine Vielfalt von Methoden und strategischen Ansätzen gelegt, die unter dem Sammelbegriff „gemeindenaher Versorgung“ subsumiert sind. Die Schlagworte Utopie und Sozialtechnologie markieren das Spannungsfeld, in dem sich Verbände, Vereine, Gruppen und auch Einzelpersonen befinden, die sich um eine Veränderung des psychiatrischen Hilfenetzes bemühen. Die den Reformansätzen zugrunde liegende übergreifende Zielvorstellung von einer repressionsfreien, integrierten Gemeinschaft wird von einer Realität verhindert, in der sich immer wieder hierarchische Beziehungsgefüge ausbilden.

Diese beinhalten und bewirken:

- *Versorgungsstrukturen, die alle und jeden an die „therapeutische Kette“ legen, die im Behandlungsprozess einbezogen oder zum Helfen motiviert sind,*
- *Politische Strategien, die durch Partizipationsangebote in der Entstehung von Planungsempfehlungen potentielle Widerstände kanalisieren. ...“*

Das Fazit des Autors lautet: „dass die angestrebten neuen Interventionsstrategien wesentlich daran zu messen sind, inwieweit sie die zu helfende Personengruppe in der Rolle des passiven Objekts belässt. Derzeit ist kritisch zu vermerken, dass ein nicht unerheblicher Teil der Reformvorschläge offensichtlich weniger auf dem Hintergrund einer Analyse der Lebensbedingungen und den davon bestimmten Bedürfnissen der Betroffenen basiert, als vielmehr auf die Existenz bestehender Versorgungsinstitutionen und institutioneller Notwendigkeiten begründet zu sein scheint... Eine sozialisations- und integrations-adäquate gemeindenahere Psychiatrie beinhaltet die Notwendigkeit, sich mit dem psychosozialen Leiden und seinen gesellschaftlichen Voraussetzungen in der kommunalen Lebenswelt neu auseinanderzusetzen. Soll die Isolation in Sondereinrichtungen außerhalb des regionalen Lebensbereichs der Erkrankten abgebaut und eine dauerhafte Integration langfristig realisierbar sein, ist eine Breitenwirkung dieses Auseinandersetzungsprozesses erforderlich. Entsprechend ist die Öffentlichkeitsarbeit zu aktivieren und in die Bestrebungen einzubeziehen...Es zeigen sich erste positive Ansätze, die hoffen lassen, dass die Integration von Menschen mit psychischen Problemen und Krankheiten nicht nur – wie im Thema angesprochen – ein „schöner“ Traum bleibt. Der Weg der Umsetzung im Praxisbereich hat jedoch erst begonnen“.

Aktuelle Herausforderungen für die Kerbe

Die Hoffnung, die psychiatrische Anstalt als Zentrum des Versorgungssystems zu überwinden, ist bis heute nur teilweise verwirklicht. Zwar ist die Großanstalt als Ort der dauerhaften Unterbrin-

gung weitgehend überwunden. Vielfach sind aber lediglich viele kleine Heime an deren Stelle getreten. Und noch immer ist die Integration der Akutbehandlung in das gemeindepsychiatrische Hilfesystem nicht selbstverständlich. Noch immer müssen wir uns fragen, in welchem Maße die von uns mitgestalteten Reformprozesse tatsächlich in den lebensweltbezogenen Bedürfnissen der Betroffenen ihren Ausgangspunkt haben und nicht bloß Folge institutionszentrierter Eigendynamik sind. Die Herausforderung besteht darin, im Geiste des Dialogs dafür zu sorgen, dass aus Objekten der Behandlung Subjekte gemeinsamer Aushandlungsprozesse werden.

Die Hilfen für psychisch erkrankte Menschen und ihre Möglichkeiten der sozialen Teilhabe sollen nicht bloß ein Thema für interessierte Fachkreise sein, sondern sie betreffen das Selbstverständnis und die Kultur der Gemeinde und der Gesellschaft. Das kirchlich-diakonische Engagement darf nicht zurückgehen in einer Zeit, in der die herkömmliche soziale Sicherheit brüchiger wird, in der Ausgrenzungs- und gesellschaftliche Spaltungstendenzen an Schärfe zunehmen. So lässt sich der Appell der Gründer der Kerbe in heutiger Zeit aktualisieren. Die sozialpsychiatrischen Dienste, Einrichtungen, Träger und Verbände benötigen mehr denn je Foren der diskursiven Auseinandersetzung, Räume zur Qualifizierung und Strukturen zur Vernetzung, in denen die alltägliche Praxis in ihren sozialpolitischen, ethischen und fachlichen Bezügen kritisch reflektiert werden. Eine Zeitschrift wie die Kerbe kann und muss weiterhin die „Einschnitte“ deutlich machen, an denen entlang Entwicklungen möglich und notwendig sind. Nur so können wir uns proaktiv auf die Herausforderungen, auf die Risiken und Chancen unserer Zeit einstellen und diese mitgestalten, „beharrlich und deutlich“ wie es die Herausgeber einst formulierten. ●

Bürgerschaftliches Engagement und Psychiatriegeschichte

Von Gustav Schöck

Die bürgerliche Gesellschaft ist ein Kind der Aufklärung und des Liberalismus. Verbunden damit war ein neues Menschenbild, das auch den Boden bereitete für einen anderen Umgang mit psychisch kranken Menschen. Nicht mehr das Wegsperrten in Narrentürmen, Arbeits- und Tollhäusern usw. war die alleinige Form der „Behandlung“, sondern man formulierte ein neues, im Prinzip bis heute gültiges Behandlungskonzept: einerseits die „Sicherung der Menschheit vor den Ausbrüchen der Wahnsinnigen“ und andererseits „Wahnsinn“ als Krankheit mit der Chance auf Heilung. Allerdings: Vieles blieb trotz zukunftsweisender Ansätze noch weit ins 19. Jahrhundert hinein theoretische Forderung.

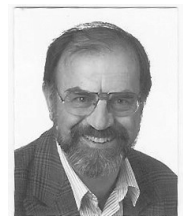
Ein bürgerlicher Verein, fast noch barock in seinem Namen „Verein zur Beaufsichtigung und Unterstützung der aus dem Korrekptions-, Zucht- und Irrenhause entlassenen Individuen im Herzogthum Nassau“ war die erste „Institution“, die ganz pragmatische Schritte der Nachsorge und damit auch der Vorsorge unternahm. Zu den satzungsgemäßen Aufgaben des 1829 gegründeten Vereins gehörte es, „...Hilfsbedürftigen, welche aus dem Irrenhause als hergestellt austreten, ein angemessenes Unterkommen zu verschaffen und sie mit Rath, Verwendung und, wenn es erforderlich ist, auch mit Geldmitteln zu unterstützen.“ In 16 Jahren wurden insgesamt 81 Entlassene unterstützt, mit dem positiven Vermerk: „Die meisten sind vor dem Rückfalle sicher gestellt worden.“ Mit Recht gilt dieser Verein als der „Urvater“ aller psychiatrischen Hilfsvereine.

Im Jahr 1911 gab es im Deutschen Reich mehr als 400 öffentliche und private Heilanstalten. An

vielen davon bestanden solche Hilfsvereine, die von örtlichen Honoratioren, oft den Klinikdirektoren, geleitet wurden. Reintegration, Abbau von Vorurteilen, Arbeitsbeschaffung, finanzielle Unterstützung Bedürftiger (und ihrer Familien) zählten zu den erklärten Zielen dieser Vereine. Solange soziale und berufliche Rehabilitation versicherungsrechtlich „Fremdwörter“ waren, spielte dieses bürgerschaftliche Element eine wichtige Rolle. „Wie die Verhältnisse in der Welt jetzt liegen, ist aber ohne Mitwirkung der Privatwohlthätigkeit der Austritt (der) ... Pflinglinge ... nur sehr schwer möglich...“, heißt es in einem 1874 in Heppenheim/Bergstraße veröffentlichten Aufruf. Eine flächendeckende Regelversorgung konnte damit aber nicht verbunden sein.

Bis zum Jahr 1935, in dem die Arbeit dieser Vereine eingestellt und ihr Dachverband aufgelöst wurde, blieben sie eine wesentliche Stütze psychiatrischer Versorgung. Organisatorische Kontinuitäten bzw. Wiederaufnahmen gibt es bis heute. Der „Hilfsverein für seelische Gesundheit in Baden-Württemberg e.V.“ ist gemeinsame Nachfolgeorganisation eines 1872 in Baden und eines 1895 in Württemberg gegründeten Vereins. Wobei allerdings hinzugefügt werden muss, dass der Verein heute eine völlig andere Struktur und eine neue Aufgabenstellung hat.

Eine der schrecklichen Erbschaften des Dritten Reiches war, dass neben anderen Randgruppen auch psychisch kranken Menschen nach 1945 die Rehabilitation vorenthalten wurde. Sie blieben weiterhin auch gesellschaftlich diskriminiert. Ernsthaftige Versuche, Vorurteile abzubauen, unter-



Dr. phil. Gustav Schöck
Kulturwissenschaftler,
Bürgerhelfer,
Stuttgart.