

AUS DEM ARBEITSBEREICH: GESCHICHTE DER MEDIZIN

LEITER: PROF. DR. MED. EKKEHARDT KUMBIER

FÜRSORGER IN DER PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG DER DDR

INAUGURALDISSERTATION
ZUR
ERLANGUNG DES AKADEMISCHEN GRADES
DOKTOR DER MEDIZIN
DER
UNIVERSITÄTSMEDIZIN ROSTOCK

VORGELEGT VON

TOBIAS KURKOWSKY

GEB. AM 03.01.1993 IN ROTENBURG (WÜMME)

SEPTEMBER 2025

https://doi.org/10.18453/rosdok_id00005806

DEKAN: PROF. DR. MED. B. J. KRAUSE

GUTACHTER:

1. PROF. DR. MED. E. KUMBIER
ARBEITSBEREICH GESCHICHTE DER MEDIZIN
UNIVERSITÄTSMEDIZIN ROSTOCK

2. PROF. DR. MED. C. SPITZER
KLINIK FÜR PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN UND PSYCHOTHERAPIE
UNIVERSITÄTSMEDIZIN ROSTOCK

3. PRIV.-DOZ. DR. MED. RAINER ERICES
INSTITUT FÜR GESCHICHTE UND ETHIK DER MEDIZIN
FRIEDRICH-ALEXANDER-UNIVERSITÄT ERLANGEN-NÜRNBERG

JAHR DER EINREICHUNG: 2025

JAHR DER VERTEIDIGUNG: 2026

I.	EINLEITUNG.....	1
1.1	ANNÄHERUNG AN DAS THEMA.....	1
1.2	FRAGESTELLUNG	2
1.3	FORSCHUNGSSTAND	2
1.3.1	AUFGABENBEREICHE UND ZUSTÄNDIGKEITEN IN DER DDR.....	4
1.3.2	ARBEIT MIT ALKOHOLKRANKEN PATIENTEN	6
1.3.3	TRAUMATISIERUNG DURCH ZWANGSEINWEISUNGEN	7
1.3.4	AUSBILDUNGSCURRICULUM UND ARBEITSKONZEPTE.....	8
1.4	METHODIK.....	9
II.	AUSWERTUNG DER ERGEBNISSE	12
2.1	LEBENS- UND BERUFLAUFBAHN DER ZEITZEUGEN	12
2.1.1	002_F_ROSTOCK_20-04-24	13
2.1.2	029_F_MÜHLHAUSEN_20-08-31	14
2.1.3	030_F_BERLIN-GRIESINGER_20-09-04	15
2.1.4	039_F_EBERSWALDE_20-11-30	16
2.1.5	041_F_HALLE_20-12-10	17
2.1.6	050_F_EBERSWALDE_21-01-25	18
2.1.7	051_F_EBERSWALDE_21-01-28	19
2.1.8	063_F_HALLE_21-08-09	19
2.1.9	064_F_HALLE_21-08-30	20
2.2	DAS BILD DER PSYCHIATRIE IN DER DDR	21
2.2.1	SUCHTERKRANKUNGEN UND GESELLSCHAFTLICHE BEWERTUNG	23
2.2.2	VERÄNDERUNGEN DURCH DIE RODEWISCHER THESEN	23
2.3	BERUFSBILD DER FÜRSORGER UND GESELLSCHAFTLICHE WAHRNEHMUNG	24
2.3.1	DIE ROLLE DER FÜRSORGER IM (KLINIK-)ALLTAG	25
2.3.1.1	ANGEHÖRIGENARBEIT	30
2.3.1.2	SPORT- UND BEWEGUNGSTHERAPIE	31
2.3.1.3	ZUSAMMENARBEIT MIT MEDIZINISCHEM PERSONAL UND HIERARCHIEN	32
2.3.2	FORENSIK IN EBERSWALDE	33
2.3.3	ZUWEISUNG UND ENTLASSUNG DER PATIENTEN.....	35
2.3.3.1	ENTLASSUNG UND NACHSORGE	38
2.3.3.2	PROBLEMATIK DER HEIMEINWEISUNGEN	39

2.4	ARBEITEN IN DER AMBULANZ UND IN DEN BERATUNGSSTELLEN	40
2.4.1	AMBULANZ IN EBERSWALDE	40
2.4.2	BERATUNGSSTELLE HALLE	42
2.5	FORTBILDUNGEN UND BERUFLICHE ENTWICKLUNG.....	43
2.6	SELBSTHILFEGRUPPEN UND PATIENTENORGANISATION	46
2.7	VERÄNDERUNGEN DER FÜRSORGETÄTIGKEIT NACH DER WENDE	48
2.7.1	UMSTRUKTURIERUNG DER FÜRSORGEARBEIT	49
2.7.2	NEUE GESETZLICHE RAHMENBEDINGUNGEN UND ENTWICKLUNG DER PATIENTENRECHTE.....	51
2.8	STAATLICHER EINFLUSS UND POLITISCHE RAHMENBEDINGUNGEN.....	52
2.8.1	ENTSCHEIDUNGSBEFUGNIS DES KREISARZTES UND DIE ROLLE DER FÜRSORGER.....	52
2.8.2	POLITISCHE EINFLUSSNAHME AUF PSYCHIATRISCHE EINWEISUNGEN	53
2.8.3	EINFLUSS DES MINISTERIUMS FÜR INNERES UND DER STAATSSICHERHEIT	55
2.8.4	DIE PSYCHIATRIE ALS SCHUTZRAUM	56
III.	ZUSAMMENFASSUNG	58
IV.	DISKUSSION	59
4.1	BEANTWORTUNG DER FRAGESTELLUNG	60
4.2	EINORDNUNG DER PSYCHIATRISCHEN FÜRSORGEPRAXIS IM SYSTEM DER DDR.....	61
4.3	ZÄSUR DURCH DIE WENDE – BRUCH ODER KONTINUITÄT?.....	62
4.4	FEHLEN DIE FÜRSORGER IN DER HEUTIGEN VERSORGUNG?	63
4.5	FAZIT	64
V.	LITERATURVERZEICHNIS	65
VI.	ANHANG	71
VII.	THESEN	78
IX.	CURRICULUM VITAE.....	79
X.	EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG	81
XI.	DANKSAGUNG	82

I. EINLEITUNG

Die Fürsorger in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) waren eine Berufsgruppe, die sich mit der Umsetzung gesundheits- und sozialpolitischer Maßnahmen des Staates befassen sollten. Ihr Aufgabenbereich beinhaltete neben der Betreuung erkrankter Menschen auch die Jugendfürsorge, die Schwangerschaftsberatung, die Suchthilfe sowie die allgemeine Sozialfürsorge. Besonders in Krankenhäusern und Beratungsstellen boten sie Hilfesuchende und vermittelten staatliche Unterstützungsangebote, um gesundheitliche, persönliche, familiäre, häusliche, wirtschaftliche sowie andere Probleme zu bewältigen.¹

1.1 ANNÄHERUNG AN DAS THEMA

Die Wurzeln der Fürsorgerberufe reichen in das 19. Jahrhundert zurück. Bedeutende Impulse kamen von der Sozialreformerin Alice Salomon², die mit der Gründung der Interkonfessionellen Sozialen Frauenschule (1908) die moderne Sozialarbeit in Deutschland prägte.³ Max von Pettenkofer führte gegen 1871/72 den Begriff der Sozialhygiene ein. Er verstand diese als ein Konzept, das soziale Bedingungen als Krankheitsursachen untersuchte und daraus präventive Maßnahmen ableitete. Weitere bedeutende Akteure wie Alfred Grotjahn, Alfons Fischer, August Gottstein, Arthur Schlossmann, Bruno Chajes und Ludwig Teleky entwickelten unterschiedliche Ansätze, etwa zur Rolle sozialer Bedingungen auf Krankheitsverläufe.⁴ Die Krankenhausfürsorge wurde Anfang des 20. Jahrhunderts institutionalisiert, um Patienten nach der Entlassung weiterzubetreuen. 1918 entstand der „Verein sozialer Krankenhausfürsorge innerhalb und außerhalb der Charité“, 1926 fand in Düsseldorf die erste Zusammenkunft deutscher Krankenhausfürsorgerinnen statt.⁵ Mit der Machtübernahme der Nationalsozialisten wurde die Fürsorge ideologisch umgedeutet.⁶ Das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ (1933) markierte den Übergang zu einer staatlich gesteuerten Sozialhygiene. Fürsorgerinnen waren direkt an der Umsetzung der rassenhygienischen Maßnahmen beteiligt, darunter an Zwangssterilisationen und sozialer Selektion. Sie arbeiteten mit Justiz und Polizei zusammen und entschieden mit über Maßnahmen der „Volks Gesundheit“. Nach 1945 wurde das Fürsorgesystem in der DDR neu aufgebaut. Die Sozialpolitik orientierte sich an einem zentralisierten Modell, das medizinische, soziale und ideologische Kontrolle verband.⁸ Die Fürsorger wurden

¹ Vgl. Anordnung über die Rahmenkrankenhausordnung der DDR vom 14. November 1979 (GBL 1980, Sonderdruck Nr. 1032), Abschnitt III. Soziale und kulturelle Betreuung, S. 5.

² Alice Salomon, 1872 in Berlin geboren, 1948 im Exil in New York gestorben. Vgl. Feustel, 2014, S. 84.

³ Vgl. Feustel, 2014, S. 84–89.

⁴ Vgl. Gerabek et al., 2007, S. 1344–1346.

⁵ Vgl. Lamer, 1977, S. 176–182.

⁶ Vgl. Brückner et al., 2021, S. 17 und vgl. Toppe, 2022.

⁷ Vgl. Lehnert, 2010, S. 77–89.

⁸ Vgl. Schroeder, 2022.

ein eigenständiger Berufsstand, der zwischen staatlicher Steuerung und sozialer Unterstützung angesiedelt war.⁹ Ihre Aufgaben reichten von der Beratung alkoholabhängiger Menschen über die Schwangerenfürsorge bis zur Jugendhilfe.¹⁰ In psychiatrischen Einrichtungen agierten sie als Bindeglied zwischen Patienten, Kliniken und Behörden. Unter dem Begriff der „Fürsorgediktatur“ wird das Prinzip eines „radikalisierten Wohlfahrtsstaats“ subsumiert, in dem durch einen vormundschaftlichen Filter staatliche Kontrolle ausgeübt wurde.¹¹ So wurden z. B. im Vorfeld des Staatsbesuchs des Bundeskanzlers der BRD, Helmut Schmidt, 1981 in der DDR psychisch kranke Bürger systematisch erfasst, um mögliche „Störungen“ zu vermeiden.¹² Nach der Wiedervereinigung 1990 führte die fehlende Anerkennung der DDR-Fürsorgeausbildung zu einer beruflichen Nachqualifikation nach westdeutschen Vorgaben, da die fachschulgebundene Ausbildung nicht mit der des diplomierten Sozialarbeiters der Bundesrepublik Deutschland gleichgestellt werden konnte.¹³

1.2 FRAGESTELLUNG

Die vorliegende Arbeit verfolgt das Ziel, die in der medizinhistorischen Forschung noch immer unterrepräsentierte Gruppe des Fürsorgers bzw. der Fürsorgerin in der Psychiatrie in der DDR näher zu beleuchten. Neben der Darstellung von Berufsbiografien im Wandel der Zeit werden die Spezifika der fürsorgerischen Betreuung in der „Fürsorgediktatur“ betrachtet, wobei ein besonderes Augenmerk auf die berufsbezogene Praxis der psychiatrischen Patientenversorgung gesetzt werden soll. Ein Kernpunkt in der Fragestellung liegt bei dem erwähnten Staatsbesuch von Helmut Schmidt. Die Grundlage der nachfolgenden Überlegungen bilden Zeitzeugeninterviews. Sie sollen mit den aus Primär- und Sekundärliteratur gewonnenen Erkenntnissen abgeglichen sowie infolgedessen ausgewertet werden.

1.3 FORSCHUNGSSTAND

Die Forschung zur Psychiatriegeschichte der DDR konzentrierte sich anfangs primär auf die Frage des politischen Missbrauchs. Steinberg und Kumbier gehen nach Süß davon aus, dass es eine systematisierte Instrumentalisierung der Psychiatrie durch den Staat nicht gab.¹⁴ Verschiedene Aspekte der psychiatrischen Versorgung wurden von Kumbier und anderen aufgearbeitet.¹⁵ Es lässt sich konstatieren, dass unmittelbar nach Kriegsende die meisten Anstalten

⁹ Vgl. Balz, 2023, S. 286 ff.

¹⁰ Vgl. Rohland, 1995, S. 48 u. vgl. Balz, 2023, S. 295 ff.

¹¹ Vgl. Jarausch, 2012, S. 265.

¹² Vgl. Dtsch Arztebl 2012; 109(43): A 2128–32.

¹³ Vgl. Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode, Drucksache 11/8474 vom 22.11.1990: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Frau Trenz und der Fraktion DIE GRÜNEN/Bündnis 90.

¹⁴ Vgl. Steinberg u. Kumbier, 25 Jahre nach dem Mauerfall: Zum Stand der Aufarbeitung der Psychiatrie in der DDR, 2015, S. 119–121 und vgl. Süß, 1998.

¹⁵ Vgl. Kumbier u. Steinberg, Psychiatrie in der DDR, 2018, vgl. Kumbier, Psychiatrie in der DDR II, 2020 und vgl. Kumbier u. Haack, Psychiatrie in der DDR III, 2023.

bzw. Kliniken für Psychiatrie in der Sowjetischen Besatzungszone in einem schlechten Zustand waren und das Therapieangebot im besten Fall auf dem Stand der Vorkriegszeiten basierte.¹⁶ Behandlungsoptionen umfassten Gesprächs- und Pharmakotherapie, wie die Insulin-Koma-Therapie oder die Krampftherapie mit Cardiazol sowie die Elektrokrampftherapie und zeitweise die Psychochirurgie.¹⁷ Die Herstellung von Psychopharmaka, darunter Chlorpromazin und Imipramin-Generika, wurde von Hess und Klöppel und Balz untersucht.¹⁸ Ein deutsch-deutscher Abgleich der Anstaltsfürsorge zwischen Westfalen und Brandenburg wird durch Hanrath erklärt.¹⁹ Ergänzend sollte zur Einschätzung der psychiatrischen Lage das Gesamtwerk ‚Psychotherapie in Ostdeutschland: Geschichte und Geschichten 1945–1995‘ von Michael Geyer genannt werden.²⁰ Über die prekäre Lage der psychiatrischen Fürsorge in der sowjetischen Besatzungszone berichtete Lindenberg.²¹ Die Frage nach der Rolle der Fürsorger in der DDR-Psychiatrie wurde von Balz und Voelker untersucht.²² Eine Akteneinsicht in das Ministerium für Gesundheitsfürsorge durch Balz ergab, dass im Jahr 1947 rund 1.147 Fürsorger tätig waren, überwiegend in der Tuberkulose- und Geschlechtskrankenfürsorge.²³ Voelker zeigt auf, dass zwischen 1949 und 1960 keine Fürsorger²⁴ an der Charité in Berlin beschäftigt waren. Erst ab 1960 stieg die Zahl auf vier, 1986 waren es 20 und 1988 schließlich 22.²⁵ Einzelne Spezialisierungen, beispielsweise in der Epileptikerfürsorge oder der Alkoholikerfürsorge, wurden erst ab Mitte der 1960er Jahre etabliert.²⁶ Die in den 1980er Jahren in der DDR eingeführten sozialtherapeutischen Ansätze wurden teilweise von Fürsorgern mitgestaltet. Kulawik beschreibt die Entwicklung der Gestaltungstherapie an der Charité, die durch speziell ausgebildete, sozialtherapeutisch tätige Gesundheitsfürsorger betreut wurde. Die Professionalisierung dieses Bereichs blieb jedoch auf einzelne Standorte beschränkt.²⁷ Wiegmann zeichnet den zeitlichen Verlauf der psychiatrischen Fürsorgehilfe nach, beschreibt die Auswirkungen der Rodewischer Thesen (1963) und beschäftigt sich mit der Suizidthematik in der DDR.²⁸ Die Thematik des Suizids in der DDR und der Suizidprophylaxe, eines Handlungsschwerpunkts der Fürsorger, untersuchte Grashoff. Zusammenfassend beschreibt er, dass die Rolle der Fürsorger in der Suizidprävention stark variierte. Während sie zunächst eine aktive

¹⁶ Vgl. Rose, 2005, S. 57–62.

¹⁷ Vgl. Steinberg, 2016, S. 202 und vgl. Rzesnitzek, 2015, S. 1412–1417.

¹⁸ Vgl. Hess, 2007, S. 61–84 und vgl. Klöppel u. Balz, 2010, S. 382–396.

¹⁹ Vgl. Hanrath, 2002.

²⁰ Vgl. Geyer, 2011.

²¹ Vgl. Lindenberg, 1949, S. 3–7.

²² Vgl. Balz, 2023, S. 285–300 und vgl. Voelker, 2023, S. 301–315.

²³ Vgl. Balz, 2023, S. 287–288.

²⁴ Soweit in der Arbeit der Begriff verwendet wird, schließt er, sofern nicht anders kenntlich gemacht, stets Fürsorgerinnen gleichermaßen mit ein. Die Beibehaltung der männlichen Form erfolgt aus Gründen der besseren Lesbarkeit.

²⁵ Vgl. Voelker, 2023, S. 314.

²⁶ Vgl. Falk u. Hauer, 2007, S. 229–230.

²⁷ Vgl. Kulawik u. Weder, 1982, S. 671–677 und vgl. Voelker, 2023, S. 314.

²⁸ Vgl. Wiegmann, 2018, S. 87 ff.

Rolle in der Nachsorge und der sozialen Stabilisierung spielten, nahm ihre Bedeutung mit der zunehmenden politischen Tabuisierung des Suizids ab. In den letzten Jahren der DDR waren die Bemühungen weitgehend isoliert und unterlagen staatlicher Kontrolle.²⁹ Das Werk von Feind-Wahlicht und Toppel untersucht anhand qualitativer Interviews, ob und in welcher Form professionelle Beratung in der staatlichen und katholischen Fürsorge der DDR möglich war und welchen Einfluss die Machtverhältnisse der DDR-Diktatur hatten.³⁰ Des Weiteren behandeln Brückner und Kersting die Rolle der Sozialarbeiterin im psychiatrischen Krankenhaus. Innerhalb dieser Arbeit erfolgt die Darstellung der Gesundheitsfürsorge bzw. der klinischen Sozialarbeit, der Sozialpsychiatrie sowie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Belege erfolgen durch Interviews mit einigen Zeitzeuginnen und Zeitzeugen. Eine davon ist Susanne Ulrich, die über ihre Arbeit als Gesundheitsfürsorgerin an der Universitäts-Nervenklinik in Rostock erzählt.³¹ Schley stellt in seiner Arbeit die Frage, ob Gemeinwesenarbeit in der DDR existierte, und hält diesbezüglich vier Zeitzeugeninterviews vor.³² Die Dissertation von Schrödter beleuchtet beiläufig die Rolle der Fürsorger im Kontext der Erfassung, Betreuung und Versorgung alkoholabhängiger Bürger in der DDR.³³ Die Dissertation von Abu Zahra behandelt die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der DDR am Beispiel der Hauptstadt der DDR in Ostberlin. Sie beschreibt zudem die Arbeit der Fürsorgerin in den psychosozialen Beratungsstellen und Polikliniken.³⁴ Ein wichtiger zeitgeschichtlicher Beitrag ist außerdem das Sammelwerk von Müller und Mitzscherlich, das anhand von Zeitzeugengesprächen die Perspektiven von Ärzten, Pflegern, Fürsorgern und Patienten beleuchtet.³⁵

1.3.1 AUFGABENBEREICHE UND ZUSTÄNDIGKEITEN IN DER DDR

Die Fürsorgerinnen und Fürsorger in der DDR nahmen eine zentrale Rolle innerhalb des staatlichen Gesundheitssystems ein. Sie fungierten als Schnittstelle zwischen Patienten, Ärzten, Familien, Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie weiteren staatlichen und gesellschaftlichen Institutionen.³⁶ Ihre Aufgaben reichten von der Gesundheitsberatung und Prävention über die soziale Betreuung bis hin zur gezielten Einleitung und Begleitung von Hilfsmaßnahmen.³⁷ Ein wesentliches Tätigkeitsfeld lag im Bereich der Gesundheitsberatung, etwa bei der Aufklärung zur richtigen Ernährung oder bei Programmen zur Vorbeugung und Bekämpfung

²⁹ Vgl. Grashoff, 2018, S. 173–190.

³⁰ Vgl. Feind-Wahlicht, et al., 2023.

³¹ Vgl. Brückner, et al., 2021.

³² Vgl. Schley, 2007.

³³ Vgl. Schrödter, 2022.

³⁴ Vgl. Abu Zahra, 2015.

³⁵ Vgl. Müller et al., 2024.

³⁶ Vgl. Teichmann, 1985, S. 472–473.

³⁷ Vgl. Baier, 1987, S. 311 und vgl. Willer, 1987, S. 375–376.

chronischer Krankheiten wie Hypertonie oder Diabetes.³⁸ Parallel dazu waren sie in der sozialen Betreuung aktiv, indem sie Betroffene beim Umgang mit Behörden unterstützten, etwa bei Renten- und Sozialversicherungsangelegenheiten, oder beim Zugang zu Wohn- und Pflegeeinrichtungen halfen.³⁹ Große Bedeutung kam den Hausbesuchen zu, wie exemplarisch auch innerhalb der Mütterberatungsstellen. Dort berieten sie Wöchnerinnen, überprüften den Gesundheitszustand der Säuglinge und Kleinkinder und koordinierten gegebenenfalls weitere Hilfen.⁴⁰ Auch in der staatlichen Jugendhilfe wurden die (Jugend-)Fürsorger eingesetzt. Im Jahr 1988 waren dort ca. 1.300 Jugendfürsorger tätig.⁴¹ Darüber hinaus waren die Fürsorger für Rehabilitation und Nachsorge zuständig, um beispielsweise Krebspatienten nach Klinikaufenthalt zu unterstützen. Dabei halfen sie bei Fragen zur beruflichen Wiedereingliederung bzw. zur medizinischen Nachsorge oder bei der Suche nach passenden Erholungs- und Rehabilitationsmaßnahmen.⁴² Diese Aufgaben erforderten stets eine enge Zusammenarbeit mit Ärzten, Pflegepersonal und anderen Fachrichtungen. So konnten Fürsorgerinnen und Fürsorger sowohl stationär als auch ambulant die notwendigen Kontakte zu den zuständigen sozialen und medizinischen Instanzen herstellen.⁴³ Organisatorisch waren sie Polikliniken, Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens zugeordnet, wobei sie eng mit dem kommunalen Gesundheits- und Sozialwesen verzahnt waren.⁴⁴ Auch in psychiatrischen Einrichtungen wirkten Fürsorger an der Betreuung und Resozialisierung von Patientinnen und Patienten mit, indem sie bei der Wiedereingliederung in das familiäre und das berufliche Umfeld halfen.⁴⁵ Die Fürsorge in der DDR hatte eine zentrale Bedeutung für die patientenbezogene und institutionelle Vernetzung innerhalb der Psychiatrie. Insbesondere die in den Quellen als „Gesundheitsfürsorger“ oder „psychiatrische Fürsorger“ bezeichneten Fachkräfte arbeiteten an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus, sozialem Umfeld sowie staatlichen Behörden und agierten damit als wichtige Bindeglieder im Versorgungsprozess.⁴⁶ Ihre Aufgaben umfassten verschiedene Bereiche: Sie übernahmen beratende und erzieherische Funktionen, indem sie Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige zu Themen wie Alltagsbewältigung, familiären Konflikten und Arbeitsproblemen unterstützten.⁴⁷ Dabei stand häufig die Prävention im Vordergrund, um Rückfälle oder erneute Krisen zu vermeiden. Darüber hinaus nahmen die Fürsorger auch Kontakt zu den Betrieben auf, um ein möglichst realistisches Bild vom Lebens-

³⁸ Vgl. Teichmann, 1985, S. 472.

³⁹ Vgl. Genzel et al., 1987, S. 282–283.

⁴⁰ Vgl. Scholz, 1986, S. 34.

⁴¹ Vgl. Sachse, 2010, S. 55.

⁴² Vgl. Willer, 1987, S. 376.

⁴³ Vgl. Baier, 1987, S. 311.

⁴⁴ Vgl. Genzel et al., 1987, S. 282.

⁴⁵ Vgl. Nagel, 1988, S. 401.

⁴⁶ Vgl. Voelker, 2023, S. 301 ff.

⁴⁷ Vgl. Balz, 2023, S. 290 ff.

und Arbeitsumfeld der Betroffenen zu erhalten.⁴⁸ Des Weiteren gehörte zu ihren Zuständigkeiten die Koordination mit anderen Einrichtungen wie Wohnungsämtern, Sozial- und Jugendbehörden sowie Heim- oder Werkstattträgern. Dadurch sicherten sie eine kontinuierliche Betreuung nach stationären Aufenthalten und erleichterten die Kommunikation zwischen Ärzten, Patienten und den zuständigen Verwaltungsorganen.⁴⁹ Darüber hinaus kamen Fürsorgerinnen und Fürsorger nicht nur rein „fürsorgend“ zum Einsatz, sondern waren auch in das therapeutische Team innerhalb der Klinik eingebunden. Sie nahmen in manchen Kliniken an Visiten teil, versorgten Ärztinnen und Ärzte mit sozialen Kontextinformationen und beteiligten sich an Gruppentherapien für Alkoholabhängige oder an psychotherapeutischen Sitzungen.⁵⁰ Auch in den entstandenen Suizidgefährdeten-Betreuungsstellen wirkten Fürsorger mit. So wurde exemplarisch im April 1967 an der Medizinischen Akademie Dresden eine Beratungsstelle eingerichtet, die primär über die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme und einer langfristigen ärztlich-fürsorgerischen Betreuung der Patienten entscheiden sollte.⁵¹ Insgesamt lässt sich festhalten, dass Fürsorger als wichtige Akteure in der psychiatrischen Praxis der DDR mitwirkten, indem sie neben klassischer Fürsorgearbeit auch wesentliche Aufgaben in der Koordination, Beratung, Prävention und (Re-)Integration psychisch erkrankter Menschen wahrnahmen.

1.3.2 ARBEIT MIT ALKOHOLKRANKEN PATIENTEN

1988 lag der durchschnittliche Pro-Kopf-Jahresverbrauch bei 143 Litern Bier, 12 Litern Wein und Sekt und 16 Litern Spirituosen, ab 1987 führte die DDR den internationalen Vergleich beim Spirituosenverbrauch an.⁵² Die Betreuung alkoholkranker Patientinnen und Patienten war ein fester Bestandteil der staatlichen Fürsorgepolitik. Von Keyserlingk beschreibt 1960 die Einbindung der Fürsorger in die Behandlung und Rehabilitation von Alkoholkranken. Die Meldung erfolgte durch Betriebe, Nachbarn oder die Polizei. Nach einer ersten Kontaktaufnahme folgten persönliche Gespräche, teils auch Hausbesuche, mit dem Ziel, sozialmedizinische Maßnahmen einzuleiten und die Alkoholiker an weiterführende Behandlungsstellen zu vermitteln.⁵³ Mit der Einrichtung einer nachgehenden Alkoholikerfürsorge ab 1963 intensivierte und erweiterte beispielsweise das Krankenhaus Wuhlgarten (später Wilhelm-Griesinger-Krankenhaus) das bestehende Therapieangebot und strebte gleichzeitig den Aufbau eines Kreisdispensaires für Alkoholranke an.⁵⁴ Hinsichtlich der Dispensairebetreuung verdeutlicht Ewert den breiten Rahmen möglicher Betreuungsmodelle und benennt den erreichten Stand mit Ausblick auf die

⁴⁸ Vgl. Voelker, 2023, S. 301–302.

⁴⁹ Vgl. Genzel et al., 1987, S. 282 und vgl. Baier, 1987, S. 312.

⁵⁰ Vgl. Voelker, 2023, S. 304 und vgl. Nagel, 1988, S. 401.

⁵¹ Vgl. Lange, 1970, S. 159.

⁵² Vgl. Staatsverlag der Deutschen Demokratischen Republik, 1989, S. 292 und vgl. Kluge, 2015.

⁵³ Vgl. Keyserlingk von, 1960, S. 176–183.

⁵⁴ Vgl. Abu Zahra, 2015, S. 62.

weiteren Ziele.⁵⁵ Krause untersucht in seinem Beitrag den Stellenwert fürsorgerischer Hausbesuche in der interdisziplinären Behandlung alkoholkranker Patienten. Dabei betont er, dass der Einblick in die häusliche Umgebung, im Gegensatz zu rein stationärer Unterbringung, die Erfassung psychosozialer Zusammenhänge und familiärer Dynamiken erleichtert. Dies ermögliche eine präzisere Diagnose sowie die Ableitung individueller, an die Lebenssituation angepasster Therapieziele. Er schließt mit der Feststellung ab, dass fürsorgerische Hausbesuche bei alkoholkranken Patienten unter bestimmten Bedingungen Gefahr laufen, dem Therapieziel zu schaden, und eine enge Abwägung notwendig gewesen sei.⁵⁶

1.3.3 TRAUMATISIERUNG DURCH ZWANGSEINWEISUNGEN

Die umgangssprachlich als „Tripperburgen“ bezeichneten geschlossenen venerologischen Stationen dienten offiziell der Behandlung von Geschlechtskrankheiten, wurden jedoch vielfach zur Zwangseinweisung und Disziplinierung von Frauen genutzt.⁵⁷ Frauen mit häufig wechselnden Geschlechtspartnern wurden als „HwG-Personen“ stigmatisiert und ohne richterliche Verfügung untergebracht. Fürsorgerinnen waren in diesen Einrichtungen tätig und übernahmen administrative sowie betreuende Aufgaben. Während sie zunächst an Einweisungen beteiligt waren, entfiel diese Befugnis später offiziell. Dennoch blieben sie in die Betreuung der Frauen und in die Zusammenarbeit im Rahmen der Jugendhilfe eingebunden. Brüning zeigt auf, dass viele der damaligen Akteure ihre Arbeit als soziale Unterstützung verstanden, ohne die freiheitsentziehenden Maßnahmen kritisch zu hinterfragen.⁵⁸ Ein dokumentiertes Beispiel ist der Fall von Sandra K. aus Rostock. 1970 wurde sie aufgrund einer sexuell übertragbaren Krankheit eingewiesen. Ihre zuständige Fürsorgerin erfasste umfassende persönliche Informationen und klassifizierte sie als „HwG-Person“. In der Folge unterlag sie einer engen behördlichen Überwachung. Nach unentschuldigtem Arbeitsausfall veranlasste die Fürsorgerin eine Zwangseinweisung, die durch die Volkspolizei vollstreckt wurde. Obwohl eine Infektion nicht nachweisbar war, musste Sandra K. einen Monat in der geschlossenen Krankenanstalt verbringen, während sie die leitende Fürsorgerin, zugleich Mitarbeiterin der Staatssicherheit, für eine Zusammenarbeit gewinnen wollte und hintergründig Kontakt zu beteiligten Verwaltungsstellen hielt.⁵⁹

⁵⁵ Vgl. Ewert, 1985, S. 126.

⁵⁶ Vgl. Krause, 1989, S. 313–314.

⁵⁷ Vgl. Schochow, et al., 2020.

⁵⁸ Vgl. Brüning, 2019.

⁵⁹ Vgl. Brüning, 2020.

1.3.4 AUSBILDUNGSCURRICULUM UND ARBEITSKONZEPTE

Die Ausbildung der Fürsorgeberufe in der DDR lässt sich differenziert in Sozialfürsorger, Gesundheitsfürsorger und Jugendfürsorger aufgliedern und spiegelt die politischen sowie die organisatorischen Gegebenheiten dieser Zeit wider.⁶⁰ Während in der Vergangenheit die sozialen Aufgaben durch medizinisches Personal (Schwester, Pfleger, Hebammen usw.) und wenige Verwaltungsangestellte bewältigt wurden, begann die spezifische Ausbildung der Sozialfürsorger 1978 an der Fachschule für Gesundheits- und Sozialwesen „Prof. Dr. Karl Gelbke“ in Potsdam. Zunächst wurde ein zweijähriges Sonder-Aufbaustudium speziell für langjährige Mitarbeiter eingerichtet, das ab 1980 auf ein sechssemestriges grundständiges Fachschulstudium erweitert wurde.⁶¹ Dieses Studium konnte entweder als Direktstudium mit sechs Semestern oder ab 1981 als vierjähriges Fernstudium an einer Bezirksakademie absolviert werden. Entsprechende Praktika ergänzten den theoretischen Unterricht.⁶² Als Zugangsvoraussetzung galt ein Abschluss der 10. Klasse der Polytechnischen Oberschule, eine abgeschlossene Berufsausbildung oder das Abitur in Verbindung mit einer mindestens halbjährigen Tätigkeit im Gesundheits- und Sozialwesen.⁶³ Die Lehrgebiete bezogen sich auf Gesellschaftswissenschaft, Sprachen, Naturwissenschaften, spezielle Fachwissenschaften (medizinische Grundlagen, soziale Betreuung im Krankenhaus, das Fach Marxismus-Leninismus usw.) und die arbeitsplatzspezifische Ausbildung. Im 3. Studienjahr musste zudem eine Abschlussarbeit angefertigt werden, um das wissenschaftliche Denken zu fördern. Zu den zentralen Aufgaben der Sozialfürsorger gehörten insbesondere die Mitarbeit in den Abteilungen Gesundheits- und Sozialwesen der örtlichen Räte bzw. in den Kreisen und Bezirken, die Organisation und Koordinierung sozialer Betreuungsmaßnahmen in Städten und Gemeinden, soziale Beratung und Betreuung der Bürger im Wohngebiet, Tätigkeiten in Krankenhäusern und die Leitung sozialer Einrichtungen wie Feierabend- und Pflegeheimen.⁶⁴ Ende 1988 wurden 652 Sozialfürsorger in der Medizinalstatistik erfasst.⁶⁵ Hingegen wurden zur gleichen Zeit 6.061 Gesundheitsfürsorger innerhalb der DDR dokumentiert.⁶⁶ Die Ausbildung der Gesundheitsfürsorger verlief komplexer und unterlag wiederholten Neuordnungen sowie strukturellen Anpassungen.⁶⁷ Bereits 1951 wurde durch die „Anordnung über die Neuordnung der Ausbildung von Gesundheitsfürsorgern“ eine dreistufige Ausbildung festgelegt: Hilfsfürsorger in der Grundstufe, Gesundheitsfürsorger in der Mittelstufe sowie leitende Fürsorger und Lehrer für Gesundheitsfachschulen in der Oberstufe. Ausbildungsstätten befanden sich zu dieser Zeit in Potsdam, Weimar und

⁶⁰ Vgl. Weiss et al., 1990, S. 82.

⁶¹ Vgl. Weiss et al., 1990, S. 82 u. vgl. Wissenschaftsrat, 1991, S. 4.

⁶² Vgl. Weiss et al., 1990, S. 82.

⁶³ Vgl. ebenda.

⁶⁴ Vgl. ebenda, S. 83.

⁶⁵ Vgl. ebenda, S. 83–84.

⁶⁶ Vgl. Weiss, et al., 1990, S. 84 u. vgl. Wissenschaftsrat, 1991, S. 3.

⁶⁷ Vgl. Balz, 2023, S. 287 ff.

Magdeburg, später kam Leipzig hinzu. Die Ausbildungsdauer betrug insgesamt drei Jahre, bestehend aus zwei Jahren schulischer Ausbildung und einem Jahr Berufspraktikum.⁶⁸ Vorgesehene Einsatzgebiete der Gesundheitsfürsorger waren dabei der Gesundheitsschutz für Mutter und Kind sowie der allgemeine Gesundheitsschutz im Hinblick auf Volkskrankheiten wie Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten, aber auch die psychiatrische Fürsorge.⁶⁹ Ab Mitte der 1950er Jahre erfolgte schließlich eine zunehmende Professionalisierung der Gesundheitsfürsorge, verbunden mit einer stärkeren Anbindung an die Krankenpflege. Ab 1959 kam es vorübergehend sogar zur Ablösung der klassischen Gesundheitsfürsorger durch eine Weiterbildung für „Beratungsschwestern“, bevor ab 1962 eine Neuordnung folgte, die erneut eine eigenständige Qualifizierung zum Gesundheitsfürsorger vorsah. Das erforderliche Qualifikationsniveau war hoch und verlangte eine mittlere medizinische Berufsausbildung, mehrjährige „fürsorgernahe“ Berufstätigkeit und eine weitere zweijährige Fürsorgerausbildung.⁷⁰ Ab 1980 ergänzten wiederum das reguläre sechssemestrige Direktstudium sowie das vierjährige Fernstudium den Berufseinstieg.⁷¹ Die Ausbildung der Jugendfürsorger begann ebenfalls frühzeitig. Ab 1965 erfolgte deren Weiterbildung am Jugendinstitut Falkensee bei Potsdam, während bereits ab 1960 an der Humboldt-Universität zu Berlin ein zweijähriges Zusatzstudium angeboten wurde, was sich tiefergehend mit der Sozialpsychologie beschäftigte.⁷²

1.4 METHODIK

Die vorliegende Dissertation basiert auf Zeitzeugenberichten aus dem Forschungsprojekt „Seelenarbeit im Sozialismus – Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie in der DDR“ (Si-SaP), das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert wurde.⁷³ Im Teilprojekt „Psychiatrie in der DDR – zwischen Hilfe, Verwahrung und Missbrauch?“ wurden leitfadengestützte Interviews⁷⁴ mit 74 Zeitzeugen aus der DDR-Psychiatrie geführt. Leitfragen waren exemplarisch die Alltagsgestaltung in den psychiatrischen Institutionen sowie die Beurteilung der Versorgungsqualität der Patienten durch einzelne Berufsgruppen. Die Befragung erstreckte sich auf 25 Ärztinnen und Ärzte, 18 Pflegekräfte, neun Fürsorgerinnen und Fürsorger, elf Psychologinnen und Psychologen und elf ehemalige Patientinnen und Patienten. Die Interviews wurden von der wissenschaftlichen Mitarbeiterin Antonia Windirsch durchgeführt, aufgezeichnet und verschriftlicht. Der Fokus dieser Arbeit liegt auf der Gruppe der Fürsorger und basiert auf den transkribierten Interviews. Die durchschnittliche Interviewdauer betrug 68 Minuten (Spannweite: 54–80 Minuten). Zum Zeitpunkt der Befragung waren die Fürsorger im

⁶⁸ Vgl. ebenda, S. 288.

⁶⁹ Vgl. ebenda, S. 289.

⁷⁰ Vgl. ebenda, S. 289 ff.

⁷¹ Vgl. Wissenschaftsrat, 1991, S. 3 ff.

⁷² Vgl. ebenda, S. 4.

⁷³ BMBF-Förderkennzeichen 01UJ1908CY; siehe auch: <http://www.seelenarbeit-sozialismus.de>

⁷⁴ Ethikantrag: Interne Reg.Nr. der Universitätsmedizin Greifswald BB 062/20.

Durchschnitt 69 Jahre alt (Spannweite: 60–77 Jahre); acht waren weiblich, einer war männlich. Die Befragten arbeiteten in verschiedenen Regionen der DDR, in Rostock (1), Berlin (1), Halle (3), Mühlhausen (1) und Eberswalde (3).

Aufgrund der COVID-19-Pandemie und der damit verbundenen Einschränkungen wurde das ursprünglich geplante Face-to-Face-Interviewformat durch leitfadengestützte Telefoninterviews ersetzt. Diese wurden als qualitative semistrukturierte Interviews⁷⁵ geführt. Die Kontaktaufnahme erfolgte über bestehende akademische und medizinische Netzwerke sowie über direkte Empfehlungen von beruflichen Partnern. Nach einer unverbindlichen Anfrage erhielten potenzielle Teilnehmer ausführliche Informationen zum Projekt und eine Einwilligungserklärung. Der verwendete Interviewleitfaden wurde aus dem SiSaP-Projekt übernommen und enthielt überwiegend offene Fragen. Der vollständige Leitfaden ist im Anhang dokumentiert. Die Fragen wurden in allen Interviews vollständig abgefragt, wobei die Fragenreihenfolge je nach Gesprächsverlauf angepasst wurde. Die Telefonate wurden aufgezeichnet und als Rohdaten für die anschließende Analyse genutzt.

Die Interviews wurden unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen anonymisiert und von einer externen Schreibkraft transkribiert. Dabei kam das standardisierte Verfahren nach Kuckartz zur Anwendung, das durch klare Regeln zur Kennzeichnung von Sprecherwechseln, sprachliche Glättung und Anonymisierung der Daten gekennzeichnet ist.⁷⁶ Um Verzerrungen durch fehlende Gesprächsnuancen zu minimieren, wurden ergänzend Gesprächsprotokolle zur Interviewatmosphäre angelegt. Unverständliche Passagen wurden markiert und, sofern möglich, durch die Interviewerin, Frau Windirsch, nachkorrigiert. Anschließend erfolgte die qualitative Analyse mit der Software MAXQDA⁷⁷, die eine strukturierte Kategorisierung der relevanten Textstellen ermöglichte. Dadurch wurde eine systematische Grundlage für die Auswertung der Interviews geschaffen. Zudem wurde die sprachliche Gestaltung der Interviews mit in die Analyse einbezogen. Die Gesprächsprotokolle können über Prof. Dr. E. Kumbier, Arbeitsbereich Geschichte der Medizin der Universitätsmedizin Rostock, eingesehen werden. Die Analyse der Zeitzeugenberichte erfolgt anhand der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz. Dieses Verfahren zeichnet sich durch eine Kombination deduktiver und induktiver Kategorienbildung aus. Im ersten Schritt wurden die Hauptkategorien deduktiv aus den Forschungsfragen abgeleitet, um zentrale Aussagen zu identifizieren. In einem zweiten Schritt wurden durch die iterative Textarbeit die – diesen Kategorien zugeordneten – Textstellen induktiv erneut bearbeitet und das Kategoriensystem wurde durch weitere Subkategorien ergänzt, um eine möglichst hohe Trennschärfe und Differenzierung zu erreichen.⁷⁸

⁷⁵ Vgl. Helfferich, 2014, S. 559–574.

⁷⁶ Vgl. Kuckartz, 2010, S. 38–47.

⁷⁷ MAXQDA®, ein Softwareprodukt der Firma VERBI; siehe auch: <https://www.maxqda.de/>.

⁷⁸ Vgl. Kuckartz, 2018, S. 57–96.

Insgesamt ermöglicht diese Vorgehensweise eine explorative, flexible und zugleich methodisch kontrollierte Analyse.⁷⁹ Da in dieser Dissertation aufgrund der begrenzten Materiallage insbesondere inhaltliche Kontexte und individuelle Aussagen von Bedeutung sind, wurde bewusst auf eine quantitative Analyse verzichtet. Das entwickelte Kategoriensystem befindet sich im Anhang dieser Dissertation. Die Kodierung erfolgte mittels der erwähnten Software MAXQDA, um eine methodisch kontrollierte und transparente Datenanalyse zu gewährleisten.

⁷⁹ Vgl. ebenda, S. 223–225.

II. AUSWERTUNG DER ERGEBNISSE

Im folgenden Abschnitt werden die geführten Interviews einer qualitativen Analyse unterzogen.

2.1 LEBENS- UND BERUFLAUFBAHN DER ZEITZEUGEN

Um die biographischen Landmarken der einzelnen Zeitzeugen zu zeigen, wird in der folgenden Darstellung der jeweilige Werdegang erklärt:

TABELLE 1 - ÜBERSICHTSTABELLE

	ID	Geschlecht	Ort	Jahrgang	Beruf	Institution / Einsatzbe- reich	Zeitraum	Besondere Erfahrung
1	002_F_ROSTOCK_20-04-24	w	Rostock	1951	Kranken- schwester, Ge- sundheitsfür- sorgerin	Klinik für Psychiatrie der Universitätsnervenklinik Rostock-Gehlsheim	1967– 2015	Einstieg über Kranken- schwester Ausbildung, später Weiterbildung zur Gesund- heitsfürsorgerin; Arbeit auf offener und geschlossener Männerstation; Erfahrungs- berichte zu Arbeitstherapie in Klinikbetrieben; Nachqua- lifikation zur Sozialarbeiterin
2	029_F_MÜHLHAUSEN_20-08-31	w	Mühl- hausen	1946	Kranken- schwester, Ge- sundheitsfür- sorgerin	Bezirksfachkrankenhaus Mühlhausen, psychiatri- sche Abteilung der Poli- klinik Mühlhausen, Uni- versitätsnervenklinik Rostock, Oskar-Ziethen- Krankenhaus, nach der Wende: Suchtbereich in Berlin-Herzberge	1962– 2000	Wechsel zur Fürsorge aus privaten Gründen; Tätigkei- ten in verschiedenen Städ- ten und Kliniken
3	030_F_BERLIN-GRIESIN- GER_20-09-04	m	Berlin	1960	Krankenpfle- ger, Sozialfür- sorger	Psychiatrische Abteilung der Zentralklinik des Wil- helm-Griesinger-Kran- kenhauses in Berlin, später Suchtabteilung	1976– 1991	Erfahrung in Suchthilfe und Entwöhnung; Einblicke in zentrale Krankenhausfür- sorge und in die DDR-weite Versorgung von Alkoholab- hängigen
4	039_F_EBERS- WALDE_20-11-30	w	Ebers- walde	1953	Kranken- schwester, Ge- sundheitsfür- sorgerin	Fachabteilung für Psy- chiatrie und Neurologie am Kreiskrankenhaus Eberswalde mitsamt Kin- der- und Jugendpsychi- atrie	1969– 2016	Arbeit mit Kindern/Jugendli- chen; Eindrücke aus großen Aufnahmestationen; Verbin- dung von Erwachsenen- und Jugendpsychiatrie; Nach- qualifikation nach 1990

5	041_F_HALLE_20-12-10	w	Halle	1953	Sekretärin, Krankenschwester, Gesundheitsfürsorgerin	Nervenklinik der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, später sozialpsychiatrischer Dienst	1972–Zeitpunkt des Interviews	Berufswechsel zur Fürsorge; Beratungsstelle für psychiatrische Erkrankungen; berufsbegleitendes Hochschulstudium der Sozialtherapie absolviert
6	050_F_EBERSWALDE_21-01-25	w	Eberswalde	1948	Krankenschwester, Gesundheitsfürsorgerin	Neuropsychiatrische Abteilung der Poliklinik am Kreiskrankenhaus Eberswalde, später sozialpsychiatrischer Dienst	1965–2008	Frühzeitiges Interesse an Fürsorge; Praktika im Jugendärztlichen Dienst; Aufbauarbeit im sozialpsychiatrischen Dienst nach 1990
7	051_F_EBERSWALDE_21-01-28	w	Eberswalde	1944	Lehrerin, Krankenschwester, Gesundheitsfürsorgerin	Kinder- und Jugendpsychiatrie am Kreiskrankenhaus Eberswalde, Mutter-Kind-Beratungsstelle, Forensik	1964–2000	Tätigkeiten in der Kinderklinik; Erfahrungen in Prävention und Mutter-Kind-Betreuung; Einblicke in forensische Psychiatrie
8	063_F_HALLE_21-08-09	w	Halle	1945	Säuglings- und Kinderkrankenschwester, Gesundheitsfürsorgerin, später Fachschule Sozialfürsorge	Alkoholsuchtberatung in der Beratungsstelle für Psychiatrie, später sozialpsychiatrischer Dienst	1967–heute	Leitende Fürsorgerin; Ausbildung zur Suchttherapeutin; Schwerpunkt Alkoholismusberatung; Aufbauarbeit in der kommunalen Fürsorge; Erfahrungen mit Übergang in die Nachwendzeit
9	064_F_HALLE_21-08-30	w	Halle	1959	Krankenschwester, Gesundheitsfürsorgerin	Poliklinik für Psychiatrie/Neurologie im Saalkreis, Tagesklinik „Johann Christian Reil“, später sozialpsychiatrischer Dienst	1975–heute	Arbeit in verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen; Wechsel zur Fürsorge aus familiären Gründen; Erfahrungen im ambulanten Setting und in der Tagesklinik; Mitwirkung an neuen sozialpsychiatrischen Ansätzen; enge Vernetzung mit Gemeindepsychiatrie

2.1.1 002_F_Rostock_20-04-24

Zum Zeitpunkt des Interviews war die Zeitzeugin 69 Jahre alt. Sie habe zunächst von 1967 bis 1970 eine Ausbildung zur Krankenschwester an der Universitätsklinik Rostock absolviert. In dieser Ausbildung sei ein sechsmonatiger Einsatz in der Psychiatrie in Rostock-Gehlsheim integriert gewesen. Bereits in ihrer Ausbildungszeit habe sie damit erste Erfahrungen in der

psychiatrischen Versorgung sammeln können.⁸⁰ Nach Abschluss ihrer Ausbildung sei sie zunächst als Krankenschwester in der offenen Männerpsychiatrie in Rostock-Gehlsheim tätig gewesen. Hier seien Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen (vorwiegend Alkohol), Depressionen, bipolaren Störungen und Schizophrenien behandelt worden. In den großen Schlafsälen wurden bis zu 15 Patienten untergebracht, was ihr als junge Krankenschwester in den ersten Berufsjahren besonders in Erinnerung geblieben sei. Im Anschluss an ihre Zeit in Rostock-Gehlsheim sei sie am Klinikum Rostock zunächst weiterhin als Krankenschwester, später dann auch als Stationsschwester tätig gewesen.⁸¹ Ab 1975 folgte die Weiterbildung zur Fachkrankenschwester für Psychiatrie und Neurologie, woran sich 1975/1976 die berufsbegleitende Weiterbildung zur Gesundheitsfürsorgerin anschloss.⁸² Nach 1990 absolvierte sie an den Wochenenden eine dreijährige Nachqualifizierung über die Karl-Gelbke-Fachschule in Potsdam zur Sozialarbeiterin bzw. Sozialpädagogin mit Fachschulabschluss.⁸³ 2015 wurde sie berentet.⁸⁴

2.1.2 029_F_MÜHLHAUSEN_20-08-31

Am Tag des Interviews war die Interviewpartnerin 74 Jahre alt. 1962 begann sie die Ausbildung zur Krankenschwester am Bezirksfachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie in Mühlhausen und war nach der Beendigung der Ausbildung dort für vier Jahre auf der geschlossenen Aufnahmestation in der Patientenpflege tätig. Anschließend wechselte sie in die Tätigkeit als Fürsorgerin, da Schichtdienste aus privaten Gründen nicht mehr tragbar gewesen seien. Seit 1970 sei sie mit dieser Qualifikation in der psychiatrischen Abteilung der Poliklinik in Mühlhausen angestellt gewesen.⁸⁵ Ihr Einsatz habe in der psychiatrischen Ambulanz stattgefunden; dies habe die Begleitung der Sprechstunden gemeinsam mit drei weiteren Fürsorgerinnen umfasst.⁸⁶ Die Ausbildungsvoraussetzungen zur Fürsorgerin hätten Berufserfahrung erfordert, welche durch ihre vorherige Tätigkeit als Krankenschwester anerkannt worden sei. Zwischen 1970 und 1972 absolvierte sie eine berufsbegleitende Erwachsenenqualifizierung⁸⁷ an der Fachhochschule in Weimar und erwarb den Titel als Fürsorgerin.⁸⁸ Während dieser zweijährigen Weiterbildung sei sie von einer leitenden Fürsorgerin im Krankenhaus als Mentorin begleitet worden.⁸⁹ Die Ausbildung habe wöchentlich theoretischen Unterricht sowie drei

⁸⁰ Vgl. 002_F_Rostock_2020-04-24, Z. 10–11.

⁸¹ Vgl. ebenda, Z. 36–37 u. Z. 86–88.

⁸² Vgl. ebenda, Z. 37–38 u. Z. 46–50 u. Z. 86–88.

⁸³ Vgl. ebenda, Z. 64–68 u. Z. 72–74.

⁸⁴ Vgl. ebenda, Z. 1008–1010.

⁸⁵ Vgl. 029_F_Mühlhausen_20-08-31, Z. 9.

⁸⁶ Vgl. ebenda, Z. 9 u. Z. 25.

⁸⁷ Oberbegriff in der Erwachsenenbildung, gemeint ist die berufliche Weiterqualifikation.

⁸⁸ Vgl. 029_F_Mühlhausen_20-08-31, Z. 9.

⁸⁹ Vgl. ebenda, Z. 147.

Praktika in externen Fachbereichen umfasst; sie erinnere sich insbesondere an die Diabetologie und Rheumatologie.⁹⁰ Aufgrund ihrer Scheidung wechselte sie 1973 an die Universitätsnervenklinik Rostock, wo sie nach eigenen Angaben etwa zwei Jahre lang als einzige Fürsorgerin in der Klinik gearbeitet habe. Problematisch sei es gewesen, gemeinsam mit ihrem neuen Ehemann eine Wohnung zu finden. Auch Bemühungen über die Klinik seien erfolglos geblieben, sodass schließlich der Umzug nach Berlin erfolgt sei.⁹¹ 1974 nahm sie eine Tätigkeit am Oskar-Ziethen-Krankenhaus (OZK) in der Poliklinik mit somatischem Schwerpunkt auf. Unter der Leitung eines kaufmännischen Direktors sei sie gemeinsam mit einer weiteren Fürsorgerin angestellt gewesen, zeitweise sei sie in der internistischen Poliklinik eingesetzt worden.⁹² Im weiteren Verlauf ihres Berufslebens kam es zu einer etwa zehnjährigen Unterbrechung aus familiären Gründen (Versorgung der Kinder).⁹³ Nach der Wende war sie in verschiedenen somatischen Fachbereichen am Krankenhaus Berlin-Herzberge tätig und wechselte innerhalb der Klinik für etwa zehn Jahre in den Suchtbereich auf eine Aufnahmestation, bevor sie in den Altersruhestand trat.⁹⁴

Ein politisches Interesse innerhalb der DDR verneint sie.⁹⁵ Nach 1990 habe sie eine einjährige Nachqualifikation absolvieren müssen, um eine westdeutsche Anerkennung ihres Abschlusses zu erhalten. Dies sei durch einen Brückenkurs an der Diakonischen Akademie in Stuttgart geschehen, der ihr den Diplom-Fachhochschulabschluss ermöglicht habe.⁹⁶

2.1.3 030_F_BERLIN-GRIESINGER_20-09-04

Zum Zeitpunkt der Befragung war der Zeitzeuge 60 Jahre alt. Zwischen 1976 und 1979 schloss er die Ausbildung zum Krankenpfleger ab, obwohl ursprünglich der Wille zum Medizinstudium bestanden habe. Im Rahmen des Praktikums habe er erste Einblicke in die Psychiatrie im Griesinger-Krankenhaus in Berlin gewonnen.⁹⁷ Danach folgte eine dreijährige Berufspraxis im somatischen Versorgungsbereich. Seine Mutter sei selbst Fürsorgerin gewesen, zudem habe der eigene Anspruch auf ein Fachschulstudium bestanden. So sei die Idee zur Sozialfürsorge entstanden, die sich von der Krankenfürsorge abgegrenzt habe.⁹⁸ 1982 folgte eine berufliche Veränderung an das Wilhelm-Griesinger-Zentralklinikum in Berlin, zunächst für ein halbes Jahr unter der Option eines berufsbegleitenden Fernstudiums.⁹⁹ Aufgrund des Grundwehrdienstes in der Nationalen Volksarmee sei das Arbeitsverhältnis unterbrochen worden, er habe jedoch

⁹⁰ Vgl. ebenda, Z. 13.

⁹¹ Vgl. ebenda, Z. 47.

⁹² Vgl. ebenda, Z. 79.

⁹³ Vgl. ebenda, Z. 57.

⁹⁴ Vgl. ebenda, Z. 59.

⁹⁵ Vgl. ebenda, Z. 125.

⁹⁶ Vgl. ebenda, Z. 15.

⁹⁷ Vgl. 030_F_Berlin-Griesinger_20-09-04, Z. 12.

⁹⁸ Vgl. ebenda, Z. 12 u. Z. 24.

⁹⁹ Vgl. ebenda, Z. 12.

den Wehrdienst verweigert und als Bausoldat gedient.¹⁰⁰ Im September 1984 wurde er aus der Armee entlassen und durchlief bis 1988 das Fachhochschulstudium.¹⁰¹ Seine Abschlussarbeit thematisierte die Entwicklung der Fürsorgebetreuung in der DDR.¹⁰² Während des Studiums sei er bereits als Fürsorger in der Suchtabteilung bzw. Entwöhnungsklinik tätig gewesen.¹⁰³ Im Laufe der Zeit sei er in die zentrale Krankenhausfürsorge rotiert und von dort der allgemeinen Psychiatrie zugeordnet worden.¹⁰⁴ Seinen Schilderungen zufolge seien sechs Fürsorger über die zentrale Krankenhausfürsorge tätig gewesen, eine Fürsorgerin direkt stationsgebunden, eine weitere in der Suchtabteilung des Griesinger-Krankenhauses.¹⁰⁵ Nach der Wende (Herbst 1990/Anfang 1991) nahm er am Curriculum zur Berufsangleichung teil, nach seinen Angaben für eineinhalb bis zwei Jahre, berufsbegleitend zwei Mal pro Woche. Inhalte seien unter anderem die Gesetze der Bundesrepublik Deutschland und das geltende Sozialsystem gewesen.¹⁰⁶ Auch er berichtet von einer überwiegend negativen Wahrnehmung der Nachschulung durch die weiteren Kursteilnehmer. Einige hätten sich gekränkt oder nicht entsprechend gewürdigt gefühlt, er selbst habe dem Bildungsangebot jedoch offen und positiv gegenübergestanden.¹⁰⁷

2.1.4 039_F_EBERSWALDE_20-11-30

Die 67-jährige Fürsorgerin durchlief von 1969 bis 1972 die Ausbildung zur Krankenpflegerin am Werner-Forßmann-Kreiskrankenhaus Eberswalde und wurde anschließend mangels freier Stellen der Psychiatrie zugeteilt.¹⁰⁸ Die zweieinhalbjährige Ausbildung umfasste zwei Jahre theoretischen Unterricht an der medizinischen Fachschule sowie ein halbes Jahr praktische Ausbildung im Vertragshaus.¹⁰⁹ Die Nervenklinik Eberswalde stellte die Aufnahme- und Depressionsstation für ein großes geografisches Einzugsgebiet dar. Ihre ursprünglichen Befürchtungen über die Arbeit in der Psychiatrie seien groß gewesen, da sie zu diesem Zeitpunkt erst 18 Jahre alt gewesen sei.¹¹⁰ Sie begann als Krankenschwester in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ihr Einsatzbereich sei die dortige Aufnahmestation gewesen, wo beispielsweise „Bett-nässer oder kindliche Verhaltensstörungen“ behandelt worden seien. Die benachbarte Station sei eher als Heimbereich ausgelegt gewesen, auf der schwerstgeschädigte Kinder und Jugendliche untergebracht worden seien. Später wechselte sie in die Erwachsenenpsychiatrie, genauer auf die Aufnahmestation für Frauen. Dort seien unter anderem Patientinnen nach

¹⁰⁰ Vgl. ebenda, Z. 12–14 u. Z. 116.

¹⁰¹ Vgl. ebenda, Z. 12–14.

¹⁰² Vgl. ebenda, Z. 22.

¹⁰³ Vgl. ebenda, Z. 16–18.

¹⁰⁴ Vgl. ebenda, Z. 18.

¹⁰⁵ Vgl. ebenda, Z. 20.

¹⁰⁶ Vgl. ebenda, Z. 134.

¹⁰⁷ Vgl. ebenda, Z. 136.

¹⁰⁸ Vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 8–10 u. Z. 12.

¹⁰⁹ Vgl. ebenda, Z. 10.

¹¹⁰ Vgl. ebenda, Z. 12.

Suizidversuchen oder mit Schizophrenie aufgenommen worden. Nach einiger Zeit wechselte sie auf eine Station, auf der ausschließlich depressive Patientinnen stationär behandelt wurden.¹¹¹ Hier habe sie auch ihre Hausarbeit zum Thema Alkoholismus und Delir verteidigt und bis 1975 gearbeitet.¹¹² Im Herbst 1973 sei ihr erstes Kind zur Welt gekommen.¹¹³ Aufgrund einer Versetzung sei sie der Erwachsenenpsychiatrie zugeteilt worden. Da sie die Arbeitszeiten und das Schichtsystem als schwierig empfunden habe, habe sie sich als Fürsorgerin beworben, sei jedoch zunächst abgelehnt worden.¹¹⁴ Daraufhin sei sie in die Poliklinik des Krankenhauses rotiert, wo man auf ihre Vorerfahrungen in der Psychiatrie aufmerksam geworden sei. Schließlich sei ihr erneut eine Stelle als Fürsorgerin in der Poliklinik der Abteilung Psychiatrie und Neurologie angeboten worden, die sie im Sommer 1975 zunächst als Hilfsfürsorgerin antrat. Die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung als Gesundheitsfürsorgerin erwarb sie durch eine berufsbegleitende Ausbildung an einer Betriebsakademie in Berlin, die sie zwischen 1975 und 1977 absolvierte.¹¹⁵ In den frühen 1980er Jahren habe sie mit zwei weiteren Fürsorgerinnen in der Poliklinik zusammengearbeitet, Anfang 1980 sei eine weitere Kollegin hinzugekommen.¹¹⁶ Nach der Wiedervereinigung 1990 habe sie eine Nachqualifizierung zur Sozialarbeiterin innerhalb eines Jahres absolvieren müssen. Die Neuordnung des sozialpsychiatrischen Dienstes habe sie im Herbst 1992 aufgrund persönlicher Differenzen gezwungen, die Stelle im nunmehrigen Gesundheitsamt zu verlassen und für ein Vierteljahr zur Arbeiterwohlfahrt zu wechseln. 1993 kehrte sie als Sozialarbeiterin in die ursprüngliche psychiatrische Fachklinik zurück.¹¹⁷ Nachdem ihre Kollegin altersbedingt die Gerontopsychiatrie aufgeben musste, wechselte sie in diesen Bereich.¹¹⁸ Im Jahr 2016 beantragte sie schließlich ihre Altersrente. In Bezug auf ihre Tätigkeit in der Poliklinik habe sie bis zuletzt von einer Erfüllung und Freude am Beruf der Fürsorgerin gesprochen.¹¹⁹

2.1.5 041_F_HALLE_20-12-10

Nach dem Abitur 1972 habe die Befragte ursprünglich Journalistik studieren wollen, wofür jedoch eine SED-Parteizugehörigkeit notwendig gewesen sei, was für sie nicht infrage gekommen sei. Ihr Mann habe in der Nervenklinik in Halle als pflegerische Hilfskraft gearbeitet, sodass sie als Schülerin ihre berufliche Karriere mit einer Anstellung als Sekretärin bei der Oberschwester begonnen habe. Auch für ihren Zweitwunsch, ein Lehrerstudium, habe sie eine Absage erhalten. Ihr weitergehendes Interesse habe sie 1973 in die verkürzte, anderthalbjährige

¹¹¹ Vgl. ebenda, Z. 14.

¹¹² Vgl. ebenda, Z. 14–16.

¹¹³ Vgl. ebenda, Z. 16.

¹¹⁴ Vgl. ebenda, Z. 16–18.

¹¹⁵ Vgl. ebenda, Z. 18.

¹¹⁶ Vgl. ebenda, Z. 22.

¹¹⁷ Vgl. ebenda, Z. 68.

¹¹⁸ Vgl. ebenda, Z. 70.

¹¹⁹ Vgl. ebenda, Z. 132.

Ausbildung zur Vollschwester in berufsbegleitender Form geführt. Im letzten Abschnitt habe sie bereits parallel mit der zweijährigen Ausbildung zur Fürsorgerin an der Fachschule begonnen. 1976 erhielt sie die Abschlussurkunde als examinierte Krankenschwester und Fürsorgerin. Aufgrund familiärer Bindungen habe sie nicht mehr im Dreischichtsystem als Krankenschwester arbeiten können, weshalb sie ab 1976 als einzige Fürsorgerin in der Nervenlinik Halle tätig gewesen sei.¹²⁰ Nach sieben Jahren wechselte sie in die Beratungsstelle für psychiatrische Erkrankungen, die anfangs organisatorisch dem Rat der Stadt unterstand.¹²¹ Vor der Wende, noch 1988, schrieb sie sich für ein berufsübergreifendes Hochschulfachstudium der Sozialtherapie an der Humboldt-Universität Berlin ein. Dieser Studiengang sei für alle Berufsgruppen ausgelegt gewesen, die mit psychisch kranken Straftätern zu tun gehabt hätten, beispielsweise Staatsanwälte oder Fürsorger.¹²² Inhaltlich habe sich das Studium stark von westlichen Lehrinhalten unterschieden; so habe es Fächer wie Kriminologie oder Humangenetik gegeben.¹²³

„[...] wurde eine ganz mutige These da vertreten, dass der Mensch doch nicht als weißes Blatt geboren wird, sondern Gene mitbringt. Es war vorher so, also der sozialistische Mensch wird gebildet und die Umwelteinflüsse bewirken die Entwicklung. Und hier wurde, nein, es ist doch festgelegt ein bisschen was und wir müssen das aber beeinflussen.“¹²⁴

Nach 1990 folgte über zwei Jahre hinweg berufsbegleitend die Berufsangleichung zur Diplom-Sozialarbeiterin. Anschließend wechselte sie nach Halle-Neustadt auf eine Stelle im sozialpsychiatrischen Dienst, die ebenfalls dem strukturellen Umbruch unterlag.¹²⁵ Sie wechselte schließlich an das heutige Gesundheitszentrum „Silberhöhe“ in Halle, eine überführte Poliklinik.¹²⁶ Am Tag des Interviews war die Zeitzeugin 67 Jahre alt.

2.1.6 050_F_EBERSWALDE_21-01-25

Die Zeitzeugin gab das Interview im Alter von 73 Jahren. Bereits seit dem 13. Lebensjahr wollte sie Fürsorgerin werden, was eine mittlere medizinische Berufsausbildung voraussetzte.¹²⁷ Bereits durch ihre Mutter sei sie mit dem Berufsbild der Fürsorgerin vertraut gewesen, da diese in Thüringen als Fürsorgerin gearbeitet und zuvor Kinderkranken- und Säuglingspflege gelernt habe. Auch eine Bekannte habe im jugendärztlichen Dienst gearbeitet.¹²⁸

¹²⁰ Vgl. 041_F_Halle_20-12-10, Z. 10.

¹²¹ Vgl. ebenda, Z. 18–20.

¹²² Vgl. ebenda, Z. 52.

¹²³ Vgl. ebenda, Z. 54.

¹²⁴ 041_F_Halle_20-12-10, Z. 54.

¹²⁵ Vgl. ebenda, Z. 82.

¹²⁶ Vgl. ebenda, Z. 84.

¹²⁷ Vgl. 050_F_Eberswalde_21-01-25, Z. 8.

¹²⁸ Vgl. ebenda, Z. 10.

Die Befragte begann laut eigenen Angaben 1965 ihren beruflichen Weg mit der dreijährigen Ausbildung zur Krankenschwester, bis 1971 folgte die Arbeit auf einer internistischen und einer dermatologisch geführten Station. Ab 1971 habe sie dann als Fürsorgerin in der neuropsychiatrischen Abteilung der Poliklinik des Kreiskrankenhauses Eberswalde gearbeitet. Dort sei sie für ungefähr ein Jahr zunächst als Hilfsfürsorgerin tätig gewesen, bevor sie 1972 bis 1974 eine Weiterbildung zur Fürsorgerin an der Betriebsakademie in Berlin absolviert habe, mit Unterricht zweimal pro Woche.¹²⁹ Sie erinnere sich an die spartanische Ausstattung zu dieser Zeit, habe sich jedoch trotzdem auf ihre Tätigkeit gefreut.¹³⁰ Während der Ausbildung absolvierte sie bereits ein Praktikum im Jugendärztlichen Dienst. Hier hätte sie erste Kontakte aufgebaut, aber ebenso erste Fälle von Familien kennengelernt, die fürsorgerisch, darunter auch psychiatrisch, hätten betreut werden müssen.¹³¹ Nach der Wende wurde sie in den sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes integriert und arbeitete dort bis in das Jahr 2008. Danach erfolgte die Berentung.¹³²

2.1.7 051_F_EBERSWALDE_21-01-28

Das Telefoninterview wurde 2021 geführt, die Zeitzeugin war damals 77 Jahre alt. Zunächst war sie als Lehrerin in Rathenow tätig (1964–1970) und arbeitete von 1970 bis 1975 auch in einem Heim für behinderte Kinder und Jugendliche in Biesenthal bei Berlin. Im Zeitraum von 1976 bis 2000 war sie in der Kinderklinik in Eberswalde beschäftigt, wo sie die Erwachsenenqualifizierung zur Krankenschwester sowie zur Gesundheitsfürsorgerin absolvierte.¹³³ In Eberswalde war sie zudem in der Forensik tätig.¹³⁴ Nach einer Zeit in der Kinderklinik wechselte sie in die Mutter-Kind-Beratung.¹³⁵ Nach 1990 absolvierte sie die Qualifikation zur Sozialarbeiterin.¹³⁶ Eigenen Angaben zufolge habe sie eine Parteizugehörigkeit zur SED während der DDR-Zeit abgelehnt und resümiere positive Erinnerungen an diesen Lebensabschnitt.¹³⁷

2.1.8 063_F_HALLE_21-08-09

Die Interviewte war am Tag des Gesprächs 76 Jahre alt. Nach der zehnten Klasse absolvierte sie die fachschulgebundene Ausbildung zur Säuglings- und Kinderkrankenschwester. 1967 kam ihr Sohn zur Welt, 1970 ihre Tochter. Begründet durch die Arbeitszeiten und ihre Tätigkeit in der Kirchengemeinde in Halle-Neustadt, habe sie sich auch herausfordernden Aufgaben

¹²⁹ Vgl. ebenda, Z. 8 u. 12.

¹³⁰ Vgl. ebenda, Z. 14 u. 20.

¹³¹ Vgl. ebenda, Z. 20.

¹³² Vgl. ebenda, Z. 8 u. 12.

¹³³ Vgl. 051_F_Eberswalde_21-01-28, Z. 12–19.

¹³⁴ Vgl. ebenda, Z. 30.

¹³⁵ Vgl. ebenda, Z. 12.

¹³⁶ Vgl. ebenda, Z. 26.

¹³⁷ Vgl. ebenda, Z. 181 u. 209.

stellen wollen.¹³⁸ Durch ihren Anschluss an die Kirchengemeinde und die „Gossner Mission“¹³⁹ habe sie viel Besuch aus Ländern wie Finnland, Frankreich und Lateinamerika erhalten. Ein Bedürfnis, einen Ausreiseantrag zu stellen, habe sie dadurch vernachlässigt.¹⁴⁰ Ab 1972 war sie als Fürsorgerin in der „Beratungsstelle für Psychiatrie“ in Halle/Saale tätig. Ziel sei der Aufbau einer Alkoholsuchtberatungsstelle gewesen.¹⁴¹ Die berufsbegleitende Ausbildung zur Gesundheitsfürsorgerin absolvierte sie zwischen 1972 und 1974 an der Betriebsakademie in Halle, von 1979 bis 1982 folgte der Besuch der Fachschule für Sozialfürsorge in Potsdam.¹⁴² Bereits ab 1978 war sie als leitende Fürsorgerin verantwortlich. Mitte der 1970er Jahre erhielt sie zudem eine Ausbildung zur Suchttherapeutin.¹⁴³ Sie selbst habe der DDR-Politik kritisch gegenübergestanden und sei auch an Straßenprotesten beteiligt gewesen.¹⁴⁴

2.1.9 064_F_HALLE_21-08-30

Die Befragte war am Interviewtermin 62 Jahre alt. 1965 wurde sie eingeschult, nach der achten Klasse wechselte sie auf die erweiterte Oberschule (EOS) in Schulpforta bei Naumburg. Nach zwei Jahren erhielt sie den Abschluss der polytechnischen Oberschule.¹⁴⁵ Sie erwähnt selbst, dass ihr Abgang nach der zehnten Klasse erzwungen worden sei, da ihr die Teilnahme an der Christenlehre negativ angelastet worden sei.¹⁴⁶ 1975 begann sie die Ausbildung zur examinierten Krankenschwester am Diakonie-Krankenhaus in Halle, legte 1978 das Staatsexamen ab und arbeitete anschließend drei Jahre auf der Station.¹⁴⁷ Mit der Geburt ihrer Tochter im August 1981 pausierte ihr Arbeitsverhältnis, da es an Ein-Schicht-Alternativen mangelte und sie zudem alleinerziehend war.¹⁴⁸ Begründet durch die Nachtdienste habe sie sich im Oktober 1981 zur Gesundheitsfürsorgerin in der psychiatrischen Versorgung umorientiert. Ein Wechsel von einem kirchlichen Haus in eine staatliche Anstellung sei schwierig gewesen. Die politische Beziehung zur Psychiatrie bewerte sie als distanziert.¹⁴⁹ Von Januar 1982 bis 1988 war sie als ambulante Fürsorgerin in der Poliklinik im Saalkreis tätig.¹⁵⁰ Die Ausbildung zur Fürsorgerin absolvierte sie berufsbegleitend an der damaligen Ausbildungsstelle für Gesundheitsberufe in Halle. Sie habe vier Tage praktisch gearbeitet; anderthalb Tage, meist die Hälfte des Samstags, seien für die schulische Ausbildung vorgesehen gewesen.¹⁵¹ In der Zeit von 1986 bis

¹³⁸ Vgl. 063_F_Halle_21-08-09, Z. 10.

¹³⁹ Evangelisches Missionswerk.

¹⁴⁰ Vgl. 063_F_Halle_21-08-09, Z. 116.

¹⁴¹ Vgl. ebenda, Z. 8 u. 20.

¹⁴² Vgl. ebenda, Z. 18.

¹⁴³ Vgl. ebenda, Z. 20.

¹⁴⁴ Vgl. ebenda, Z. 112.

¹⁴⁵ Vgl. 064_F_Halle_21-08-30, Z. 14.

¹⁴⁶ Vgl. ebenda, Z. 105 u. 107.

¹⁴⁷ Vgl. ebenda, Z. 14.

¹⁴⁸ Vgl. ebenda, Z. 8 u. 14.

¹⁴⁹ Vgl. ebenda, Z. 8–10.

¹⁵⁰ Vgl. ebenda, Z. 14.

¹⁵¹ Vgl. ebenda, Z. 61.

1988 arbeitete sie in der Paul-Riebeck-Stiftung, einer Pflegeeinrichtung für psychisch Kranke und geistig behinderte Menschen. Die dortigen Erfahrungen beschreibt sie als katastrophal und verheerend.¹⁵² Mit der Einschulung ihrer Tochter im Jahr 1988 wechselte sie in die psychosoziale Tagesklinik, die an die Poliklinik „Johann Christian Reil“ in Halle angeschlossen war.¹⁵³ Diese Tagesklinik wurde nach 1991 von der Diakonie übernommen; sie arbeitete dort bis 2012 weiter.¹⁵⁴ Bis zum Zeitpunkt des Interviews war sie weiterhin in der Beratungsstelle des sozialpsychiatrischen Dienstes der Stadtverwaltung tätig.¹⁵⁵ In Rückschau bilanzierte sie ihren beruflichen Weg als zufriedenstellend.¹⁵⁶

2.2 DAS BILD DER PSYCHIATRIE IN DER DDR

Laut den Aussagen der befragten Fürsorger habe in der DDR häufig eine gesellschaftliche Stigmatisierung psychiatrischer Patienten bestanden, die sich auch auf psychiatrische Kliniken übertragen habe.¹⁵⁷ Dies habe sich sowohl in der gesellschaftlichen Einstellung gegenüber psychisch Erkrankten als auch in der Hierarchie innerhalb des Gesundheitssystems gezeigt:

„[...] klar, gab es so die gängigen Vorurteile gegenüber Psychiatrie, die gab es damals natürlich auch und sicherlich noch ein bisschen mehr als heute.“¹⁵⁸

„[...] das sind die aus der Klapper.“¹⁵⁹

„[...] was nicht so einfach ist, ja, denn der Stellenwert der psychisch Kranken und der Suchtkranken, das wussten wir, war natürlich nicht der Beste.“¹⁶⁰

„Und ich denke, hin und wieder wurden wir (Anmerkung: Psychiatrie) auch belächelt von anderen, aus anderen Fachgebieten heraus.“¹⁶¹

„[...] als überhaupt die ganze Klinik dort entstand, hieß es Landesirrenanstalt [...]“¹⁶²

Jene Wahrnehmung habe sich auch in der baulichen Isolation der psychiatrischen Großkliniken widerspiegelt, die oft weit außerhalb der Städte gelegen hätten. Historisch sei dieser Gedanke in der Bezeichnung „Landesirrenanstalt“ verankert gewesen.¹⁶³ Zu Beginn der DDR

¹⁵² Vgl. ebenda, Z. 111.

¹⁵³ Vgl. ebenda, Z. 14.

¹⁵⁴ Vgl. ebenda, Z. 14–15.

¹⁵⁵ Vgl. ebenda, Z. 15.

¹⁵⁶ Vgl. ebenda, Z. 125.

¹⁵⁷ Vgl. 002_F_Rostock_2020-04-24, Z. 14–15 u. 029_F_Mühlhausen_20-08-31, Z. 7, 97 u. 106.

¹⁵⁸ 030_F_Berlin-Griesinger_20-09-04, Z. 100.

¹⁵⁹ 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 32.

¹⁶⁰ 063_F_Halle_21-08-09, Z. 10.

¹⁶¹ 050_F_Eberswalde_21-01-25, Z. 96.

¹⁶² 051_F_Eberswalde_21-01-28, Z. 177.

¹⁶³ Vgl. 030_F_Berlin-Griesinger_20-09-04, Z. 80–82.

hätten Patienten bei der Aufnahme alle Wertsachen, inklusive Hosenträger, abgeben müssen, um suizidale Handlungen zu verhindern. Besteck sei beim Essen nicht erlaubt gewesen. Diese restriktiven Maßnahmen hätten das Bild von Psychiatrien als geschlossene Anstalten unterstrichen, die mehr der Verwahrung als der Behandlung gedient hätten.¹⁶⁴ Nur vereinzelt sei die Psychiatrie auch als medizinischer Schutzraum wahrgenommen worden, der im Vergleich zur umgebenden medizinischen Landschaft mehr Handlungsspielraum geboten habe:

„Ich fühlte mich in der DDR ein bisschen wie im Kindergarten und in der Psychiatrie habe ich einen Freiraum gesehen für mich, muss ich auch sagen, einen Handlungsspielraum, der war sicherlich größer als auf Station [...]“¹⁶⁵

„[...] hatte eigentlich das Bild, dass die Psychiatrie eine Rettung ist, ja so ein Rettungsanker, so eine rettende Funktion, vor der bösen, harten Umwelt.“¹⁶⁶

Dennoch seien die Bedingungen herausfordernd gewesen. Viele Gebäude seien 80 bis 90 Jahre alt gewesen, Mehrbettzimmer mit zehn Patienten und ein gemeinsames Badezimmer auf Station seien die Norm gewesen. Erst im Laufe der Zeit seien einzelne Gebäude renoviert worden.¹⁶⁷ Das Bild der Psychiatrie als niedrigste Hierarchiestufe der Medizin habe auch den Stationsalltag geprägt:

„Der Patient in der Psychiatrie kam in der Hierarchie als Letzter.“¹⁶⁸

Psychiatrische Patienten seien nicht nur als Behandlungsbedürftige gesehen worden, sondern auch in alltägliche Arbeiten der Klinik einbezogen worden. So sei es nicht ungewöhnlich gewesen, dass sie an hauswirtschaftlichen Tätigkeiten beteiligt worden seien:

„Oder waren auch dann mal dafür da Fenster zu putzen oder irgendwas zu machen, wo dann auch die Patienten mit einbezogen wurden [...]“¹⁶⁹

Dieses Einbinden in Hausarbeiten habe einerseits das Verhältnis zwischen Personal und Patienten stärken können, andererseits habe es die niedrige gesellschaftliche Stellung psychiatrischer Patienten unterstrichen.¹⁷⁰ Die psychiatrische Versorgung sei in der DDR primär auf Alkoholsucht, Depressionen, Manien und Schizophrenie ausgerichtet gewesen. Ambulante Patienten hätten sich vor allem mit Psychosen, Suchterkrankungen oder geistigen Behinderungen vorgestellt.¹⁷¹ Dabei hätten wiederkehrende Patienten eine zentrale Rolle gespielt, da die Psychiatrien besonders von diesen Patienten „gelebt“ hätten.¹⁷²

¹⁶⁴ Vgl. 041_F_Halle_20-12-10, Z. 46.

¹⁶⁵ Ebenda, Z. 108.

¹⁶⁶ Ebenda, Z. 8.

¹⁶⁷ Vgl. 030_F_Berlin-Griesinger_20-09-04, Z. 92 u. vgl. 064_F_Halle_21-08-30, Z. 111.

¹⁶⁸ 029_F_Mühlhausen_20-08-31, Z. 97.

¹⁶⁹ 029_F_Mühlhausen_20-08-31, Z. 103.

¹⁷⁰ Vgl. 029_F_Mühlhausen_20-08-31, Z. 103.

¹⁷¹ Vgl. 029_F_Mühlhausen_20-08-31, Z. 39-40 u. vgl. 064_F_Halle_21-08-30, Z. 23.

¹⁷² Vgl. 002_F_Rostock_2020-04-24, Z. 163–172.

2.2.1 SUCHTERKRANKUNGEN UND GESELLSCHAFTLICHE BEWERTUNG

Suchterkrankungen seien mit starkem gesellschaftlichem Unverständnis behaftet gewesen. Alkoholranke seien häufig ausgegrenzt und erst spät als behandlungsbedürftig anerkannt worden. Wie eine Zeitzeugin beschreibt, seien Suchterkrankungen oft auch als individuelles Fehlverhalten betrachtet worden:

„Wenn jemand Alkoholiker war, wenn jemand suchtkrank war, dann ist der gleich immer so ein Stück in so eine asoziale Ecke geschoben worden, ja. Also, dass das eine Krankheit ist, die auch behandelt werden muss, das haben viele gar nicht verstanden. Also, da hat es ganz viel Unverständnis gegeben.“¹⁷³

Diese Stigmatisierung habe dazu geführt, dass Suchtpatienten zum Teil erst verspätet psychiatrische Hilfe erhalten hätten, eine präventive oder frühzeitige Behandlung sei durch gesellschaftliche Vorurteile erschwert worden.¹⁷⁴

2.2.2 VERÄNDERUNGEN DURCH DIE RODEWISCHER THESEN

Die Rodewischer Thesen wurden 1963 auf einem internationalen Symposium über psychiatrische Rehabilitation in Rodewisch formuliert. Ziel war es, die psychiatrische Versorgung in der DDR zu reformieren und soziale Aspekte stärker zu berücksichtigen. Sie enthielten sechs Kernforderungen, darunter die Angleichung psychiatrischer Krankenhäuser an allgemeine Krankenhäuser, die Schaffung eines offenen Krankenhausmilieus, die systematische Einbeziehung der Rehabilitation in die Therapie, den Ausbau ambulanter und teilstationärer Angebote, einschließlich der Aufstockung von fürsorgerischem Personal in den psychiatrischen Kliniken, sowie die staatliche Unterstützung für die Reformen. Obwohl einige Reformansätze in bestimmten Regionen umgesetzt wurden, insbesondere in Leipzig und Rodewisch, scheiterten die Thesen an mangelnder politischer Unterstützung und einem zentralistisch gesteuerten Gesundheitssystem. Während die Psychiatrie-Enquête in der BRD von 1975 in den nachfolgenden Jahren zu weitreichenden Reformen führte, blieben die Rodewischer Thesen auf einzelne lokale Veränderungen beschränkt.¹⁷⁵ Dennoch habe sich das Erscheinungsbild der Anstaltspsychiatrie verändert. Die Gitterstäbe an Fenstern seien entfernt und Großschlafsäle durch Einzelzimmer ersetzt worden. Diese Reform habe den Patienten mehr Privatsphäre gebracht, jedoch habe sich auch der soziale Zusammenhalt unter ihnen verringert. Während zuvor enge

¹⁷³ 064_F_Halle_21-08-30, Z. 89.

¹⁷⁴ Vgl. 051_F_Eberswalde_21-01-28, Z. 177 u. vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 36 u. vgl. 063_F_Halle_21-08-09, Z. 26.

¹⁷⁵ Vgl. Kumbier et al., 2013, S. 313–319.

Patientengemeinschaften auf den Stationen bestanden hätten, seien durch die neuen räumlichen Strukturen zunehmend Einzelunterbringungen gefördert worden. Dadurch habe sich die Dynamik der Patienteninteraktion erheblich verändert.¹⁷⁶

2.3 BERUFSBILD DER FÜRSORGER UND GESELLSCHAFTLICHE WAHRNEHMUNG

Nach Angaben der Zeitzeugen habe die Berufsbezeichnung der Fürsorger in der DDR die sozialistische Ideologie widergespiegelt und sich bewusst von den westlichen Sozialarbeitern abgegrenzt. Soziale Probleme hätten in der DDR offiziell nicht existiert bzw. als politisch unerwünscht gegolten, weshalb die Namensgebung eine ideologische Funktion erfüllt habe.¹⁷⁷

„Also so, passte ja nicht, genau, passte ja nicht zum Sozialismus, soziale Probleme und deswegen also dann immer so [Anmerkung: als ‚Fürsorger‘], genau.“¹⁷⁸

Mit der Zeit habe sich der Beruf als zentrale Anlaufstelle für viele alltägliche und medizinische Belange der Patienten etabliert. Neben der psychosozialen Betreuung hätten auch praktische Unterstützungsmaßnahmen zu ihren Aufgaben gehört:

„[...] wenn einer keine Hausschuhe hatte, dann wurde eben der Fürsorgerin Bescheid gesagt, der braucht jetzt ein Paar Hausschuhe und hol die mal von Zuhause oder so.“¹⁷⁹

In der Regel seien die Fürsorger dem Pflegedienstleiter oder der Oberin¹⁸⁰ unterstellt gewesen.¹⁸¹ Der Zugang zum Beruf habe eine medizinische Grundausbildung vorausgesetzt, was ihre Tätigkeit von der allgemeinen Sozialarbeit abgehoben habe:

„Ja, Bedingung für die Ausbildung der Fürsorgerin war immer, dass man eine mittlere medizinische Ausbildung hatte, sprich Krankenschwester, Säuglingsschwester oder so.“¹⁸²

Aufgrund dieser medizinischen Vorkenntnisse konnten Fürsorger in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens eingesetzt werden. Neben der psychiatrischen Fürsorge habe ihr Arbeitsfeld auch die Onkologie, die Rheumatologie, den Jugendgesundheitsschutz oder die Schwangerenberatung umfasst.¹⁸³

„Neu für mich waren natürlich eigentlich nur die Gesetze, die man als Krankenschwester mal so ganz kurz gestriffen hat, die waren für mich neu. Die große Ausbildung war nichts besonders Neues, weil da waren auch allgemeine Sachen, Krankheitslehre. Weil wir hießen Gesundheitsfürsorger, also,

¹⁷⁶ Vgl. 002_F_Rostock_2020-04-24, Z. 750–771.

¹⁷⁷ Vgl. 030_F_Berlin-Griesinger_20-09-04, Z. 24–26 u. vgl. 064_F_Halle_21-08-30, Z. 33.

¹⁷⁸ 030_F_Berlin-Griesinger_20-09-04, Z. 26.

¹⁷⁹ 030_F_Berlin-Griesinger_20-09-04, Z. 138.

¹⁸⁰ Leiterin einer Schwesternschaft.

¹⁸¹ Vgl. 030_F_Berlin-Griesinger_20-09-04, Z. 144.

¹⁸² 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 20.

¹⁸³ Vgl. 064_F_Halle_21-08-30, Z. 59.

*wir konnten eingesetzt werden in allen Bereichen, die das Gesundheitswesen hergibt, außer dem Jugendamt, die hießen Jugendfürsorger, die mussten eine pädagogische Ausbildung haben.*¹⁸⁴

Nach der Wende wurde die Berufsbezeichnung der Fürsorger nach einer Weiterbildungsmaßnahme in „Sozialarbeiter“ überführt, was von ehemaligen DDR-Fürsorgern kritisiert wurde. Der Fürsorger habe als geschützter Beruf innerhalb der DDR gegolten, während der Sozialarbeiter nach ihrer Ansicht häufig mit sozialer, wohltätiger Arbeit verwechselt werde. Die Zeitzeugen empfanden den Begriff als zu weit gefasst und nicht ausreichend differenziert.¹⁸⁵ Die veränderte Berufsbezeichnung sei zudem mit einer veränderten Arbeitsweise in Verbindung gebracht worden. Einzelne Zeitzeugen hätten kritisiert, dass die persönliche Betreuungsqualität zu den Patienten in den späteren Generationen von Sozialarbeitern nachgelassen habe:

*„[...] und heutzutage soll der ja eigentlich kommen. Aber die Leute sind ja so überfordert, wenn plötzlich einer im Krankenhaus ist, durcheinander ist oder durch einen Schlaganfall oder wie auch immer, und plötzlich gibt es vielleicht noch einen Arzt, der ihm sagt, das schaffen sie zu Hause nicht. Da muss doch dann einer sein, der sagt, die Stelle nimmt dich an die Hand, die sagt, das und das machen. Und das ist heute so, teilweise so lieblos.“*¹⁸⁶

Die materielle Ausstattung der Fürsorger sei begrenzt gewesen. Auch die Vergütung sei niedrig gewesen und es habe nur wenige Arbeitsmittel gegeben. Ihnen hätten in der Regel eine Monatskarte für den öffentlichen Nahverkehr sowie Essensmarken zur Verfügung gestanden. Schreibmaschinen seien vorhanden gewesen, nur vereinzelt habe es Telefone für behördliche Gespräche gegeben.¹⁸⁷

2.3.1 DIE ROLLE DER FÜRSORGER IM (KLINIK-)ALLTAG

Die Fürsorger seien fest in der psychiatrischen Versorgung der DDR integriert gewesen, sowohl in stationären Einrichtungen als auch in Tageskliniken. Der Tagesablauf sei für Personal und Patienten klar strukturiert gewesen. In einer Morgenbesprechung seien die anstehenden Termine und Aktivitäten geplant worden.¹⁸⁸ Das anschließende Therapieprogramm in der Einrichtung habe aus verschiedenen Modulen bestanden, wie eine Zeitzeugin beschreibt:

*„[...] Gruppenstunde, also Gesprächsgruppe, Arbeitstherapie, Entspannungsübungen, Sport“*¹⁸⁹

¹⁸⁴ 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 20.

¹⁸⁵ Vgl. ebenda, Z. 84.

¹⁸⁶ 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 84.

¹⁸⁷ Vgl. 041_F_Halle_20-12-10, Z. 92 u. vgl. 050_F_Eberswalde_21-01-25, Z. 14 u. 20.

¹⁸⁸ Vgl. 030_F_Berlin-Griesinger_20-09-04, Z. 62 u. vgl. 002_F_Rostock_2020-04-24, Z. 183–189.

¹⁸⁹ 030_F_Berlin-Griesinger_20-09-04, Z. 62.

In anderen Einrichtungen, beispielsweise in Eberswalde, habe es zusätzlich therapeutische Maßnahmen gegeben, die auf psychologische oder ergotherapeutische Ansätze zurückgegriffen hätten. Neben Gesprächsgruppen seien Verhaltenstherapie, autogenes Training, Musik- und Tanztherapie angeboten worden.¹⁹⁰ Patienten mit speziellen motorischen Beschwerden hätten gezielte Unterstützung erhalten, etwa durch Schreibübungen für Menschen mit Schreibkrämpfen oder Gymnastik für Parkinson-Kranke.¹⁹¹ Die Fürsorger seien nicht nur an der Organisation dieser Maßnahmen beteiligt gewesen, sondern hätten auch Ausflüge begleitet und die soziale Integration der Patienten unterstützt.¹⁹² In Halle sei die Tagesklinik von einer sehr engagierten psychologischen Leitung geprägt gewesen, die großes Verständnis für den Bereich und die Patienten mitgebracht habe.¹⁹³ Die Einrichtung selbst sei dabei unkonventionell gewesen: Anstelle einer klassischen Klinikstruktur habe sie sich in einer Fünfstückwohnung mitten in einem Wohnviertel befunden.¹⁹⁴ Ein Raum habe als Aufenthaltsbereich für die Patienten gedient, ein weiterer für die Arbeitstherapie und ein Raum für Gruppengespräche, Bewegungstherapie sowie Entspannungsübungen. Ein Zimmer sei dem Klinikleiter für Einzelgespräche vorbehalten gewesen. Im Büro seien der Soziologe und die Fürsorger untergebracht gewesen.¹⁹⁵ Auch wenn diese beengten Verhältnisse eine sorgfältige Planung der Therapiezeiten erfordert hätten, seien dadurch eine enge kollegiale Zusammenarbeit und eine vertrauensvolle Atmosphäre entstanden.¹⁹⁶ Neben der klinischen Betreuung hätten die Fürsorger insbesondere bei der beruflichen Wiedereingliederung der Patienten vor großen Herausforderungen gestanden. Sie hätten sich darum bemüht, die Patienten aus psychisch belastender Schichtarbeit auszugliedern und Hausbesuche zur weitergehenden Unterstützung organisiert.¹⁹⁷ In Ermangelung weiterer Möglichkeiten sei oft die berufliche Rückkehr mit verkürzter Arbeitszeit die einzig tragbare Option geblieben.¹⁹⁸ Viele Arbeitgeber hätten Vorbehalte gegenüber psychisch erkrankten Menschen gehabt, was die Vermittlung in die Betriebe erschwert habe. Eine Fürsorgerin berichtet in diesem Kontext Folgendes:

„Ja, das war nicht immer einfach, es kam immer auf die Person an, auf den jeweiligen Meister oder den Betriebsleiter, der ein bisschen entgegenkommend war gegenüber dieser Problematik. Sie mussten ja auch so manches aushalten, akut psychisch Kranke konnten nicht zum Dienst gehen, das ist klar. Da mussten wir uns kümmern. Aber so manches Mal haben wir gebeten und gebettelt, sie doch noch weiter zu beschäftigen.“¹⁹⁹

¹⁹⁰ Vgl. 064_F_Halle_21-08-30, Z. 43 u. vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 42.

¹⁹¹ Vgl. 050_F_Eberswalde_21-01-25, Z. 30.

¹⁹² Vgl. 030_F_Berlin-Griesinger_20-09-04, Z. 62 u. vgl. 064_F_Halle_21-08-30, Z. 39.

¹⁹³ Vgl. 064_F_Halle_21-08-30, Z. 41.

¹⁹⁴ Vgl. ebenda, Z. 47.

¹⁹⁵ Vgl. ebenda, Z. 73.

¹⁹⁶ Vgl. ebenda, Z. 75.

¹⁹⁷ Vgl. 030_F_Berlin-Griesinger_20-09-04, Z. 64 u. vgl. 041_F_Halle_20-12-10, Z. 18.

¹⁹⁸ Vgl. 030_F_Berlin-Griesinger_20-09-04, Z. 68.

¹⁹⁹ 050_F_Eberswalde_21-01-25, Z. 56.

Einige Betriebe wie das Fischkombinat Rostock, ein volkseigener Betrieb der Hochseefischerei, hätten jedoch Kooperationsbereitschaft gezeigt und alkoholranke Patienten in ihre Strukturen aufgenommen. In diesen Fällen hätten die Fürsorger engen Kontakt zum Brigadier²⁰⁰ gehalten, der die verordnete Dauermedikation ausgegeben und auffälliges Verhalten unmittelbar rückgemeldet habe.²⁰¹ Bei Abwesenheit der Patienten seien die Fürsorger zu diesen nach Hause gegangen; oder die Brigadiere hätten selbst eine Meldung an die behandelnden Ärzte gemacht.²⁰² Ein anderes Beispiel für betriebliche Unterstützung zeige sich an einem Ingenieur, der nach einer Entwöhnungsbehandlung weiterhin in seiner Maschinenfabrik gearbeitet habe. Seine Kollegen hätten sich in Absprache mit der Fürsorgerin bewusst dafür entschieden, zwei Jahre lang bei betrieblichen Feiern keinen Alkohol mehr zu konsumieren, um ihn nicht zu gefährden.²⁰³ Nach der Wende habe die Zahl suchtbedingter Entlassungen zugenommen, während in der DDR die betriebliche Integration und Unterstützung stärker im Vordergrund gestanden hätten.²⁰⁴ Neben der Wiedereingliederung in reguläre Betriebe habe die Arbeitstherapie in psychiatrischen Kliniken eine große Rolle gespielt. Patienten seien für einfache Produktionsarbeiten eingesetzt worden, häufig als Zuarbeit für volkseigene Betriebe. Eine Zeitzeugin beschreibt die typischen Tätigkeiten:

„[...] da haben wir, vom VEB Leuchtenbau Eberswalde haben wir so Stecker bekommen, Netzstecker und die mussten dann [...] von den Patienten zusammengesetzt werden und geschraubt werden. Also das hat mit der Anlieferung und Abgabe gut geklappt und dann die Korbflechtere, also wir hatten immer Material, dass die Männer gut arbeiten konnten, die Patienten, ja.“²⁰⁵

Auch Korbflechtere oder Lederarbeiten hätten zum therapeutischen Angebot gehört. Die Patienten hätten für ihre Arbeit eine kleine Vergütung erhalten, die sie oft für Zigaretten verwendet hätten.²⁰⁶

„Und da haben wir natürlich auch für unsere Arbeitstherapie dann schönes Geld bekommen [...] und dann haben wir auch das Geld, habe ich abgeholt dann und dann haben wir das ausgezahlt mit einer Kollegin. Da war natürlich immer alles gut drauf, wenn es Geld gab und Taschengeld hatten sie auch.“²⁰⁷

Wer sich der Arbeitstherapie verweigert habe, sei nach einigen Tagen erneut zur Teilnahme motiviert worden.²⁰⁸

²⁰⁰ Leiter einer kleinen Arbeitsgruppe in einem Betrieb der DDR.

²⁰¹ Vgl. 002_F_Rostock_2020-04-24, Z. 341–347.

²⁰² Vgl. 029_F_Mühlhausen_20-08-31, Z. 63–65 u. vgl. 030_F_Berlin-Griesinger_20-09-04, Z. 28–30 u. 32 u. vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 32 u. vgl. 064_F_Halle_21-08-30, Z. 21.

²⁰³ Vgl. 063_F_Halle_21-08-09, Z. 86–88.

²⁰⁴ Vgl. ebenda.

²⁰⁵ 051_F_Eberswalde_21-01-28, Z. 115.

²⁰⁶ Vgl. ebenda, Z. 76.

²⁰⁷ 051_F_Eberswalde_21-01-28, Z. 76.

²⁰⁸ Vgl. ebenda, Z. 80.

„Ja [...] er wurde rausgenommen aus der Gruppe [...] und wir haben dann mal die Stationsärztin oder wir haben das gemeinsam gemacht, Gespräche mit ihm geführt, warum, weshalb, wieso und warum er jetzt nicht arbeiten möchte oder einfach an der Beschäftigung teilnehmen.“²⁰⁹

Während die Arbeitstherapie innerhalb der Kliniken etabliert gewesen sei, habe es nur selten externe Arbeitsmodelle gegeben. In einigen Fällen hätten suchtkranke Patienten nach einer Entwöhnungsbehandlung tagsüber weiterhin ihrer regulären Arbeit nachgehen können und seien nachts stationär aufgenommen worden.²¹⁰ Die ambulante Nachbetreuung habe sich jedoch oft als lückenhaft erwiesen, sodass es immer wieder zu erneuten stationären Aufnahmen gekommen sei.²¹¹ Eine Fürsorgerin schilderte diesen Kreislauf:

„Die Patienten haben draußen ihre Medikamente weggelassen, da konntest du die Uhr nach stellen, halbes, dreiviertel Jahr später waren sie wieder, haben wir gesagt:

„Mensch, hast du wieder deine Tabletten nicht genommen?“

„Ja, woher weißt [sic] ihr [Anmerkung: das]?“

„Ja, sonst wären Sie ja nicht da, ne.“²¹²

Das Verhältnis zwischen Patienten und Fürsorgern sei eng gewesen, jedoch nicht immer von einheitlichen Umgangsformen geprägt. Während es in einigen Kliniken üblich gewesen sei, Patienten zu duzen, hätten andere Fürsorger dies als unangemessen empfunden.²¹³ Eine Zeitzeugin kritisiert diese Praxis:

„Also, dass wir zum Beispiel nicht von vornherein die Patienten, die gekommen sind, geduzt haben, das war damals so irgendwie so Gang und Gäbe, ja, die Leute zu duzen, wenn die Klinik gekommen sind. Ich fand das immer, also mich hat das auch eher abgestoßen, ich fand das immer sehr übergriffig.“²¹⁴

Mit der Einführung von Depot-Medikamenten habe die Medikationstreue vieler Patienten verbessert werden können. Dennoch sei die Vorbereitung auf die Entlassung und Wiedereingliederung in das Arbeitsleben eine zentrale Aufgabe der Fürsorger geblieben.²¹⁵ Besonders geschützte Arbeitsplätze hätten dabei eine entscheidende Rolle gespielt, da sie den Patienten einen gesonderten Kündigungsschutz geboten hätten.²¹⁶ Eine Fürsorgerin aus Eberswalde beschreibt die Lösung für Menschen mit begrenzter Arbeitsfähigkeit:

„[...] wir haben manchmal, nicht oft, die Leute invalidisiert, das heißt, die wurden berentet und dann sind sie in den Betrieb weiter für fünf oder sechs Stunden, also so bis mittags, wo sie noch so ein bisschen leistungsfähig

²⁰⁹ 051_F_Eberswalde_21-01-28, Z. 80.

²¹⁰ Vgl. 030_F_Berlin-Griesinger_20-09-04, Z. 44.

²¹¹ Vgl. 002_F_Rostock_2020-04-24, Z. 164–171.

²¹² 002_F_Rostock_2020-04-24, Z. 167–171.

²¹³ Vgl. 029_F_Mühlhausen_20-08-31, Z. 99.

²¹⁴ 064_F_Halle_21-08-30, Z. 89.

²¹⁵ Vgl. 002_F_Rostock_2020-04-24, Z. 338–340 u. vgl. 030_F_Berlin-Griesinger_20-09-04, Z. 28 u.

vgl. 064_F_Halle_21-08-30, Z. 17 u. vgl. 063_F_Halle_21-08-09, Z. 84.

²¹⁶ Vgl. 002_F_Rostock_2020-04-24, Z. 342 u. 384 u. vgl. 030_F_Berlin-Griesinger_20-09-04, Z. 30.

*waren und dann konnten die nach Hause gehen und konnten sich ausruhen. Das ging ja darum, dass gerade psychisch Kranke nicht mehr so leistungsfähig sind auf dem allgemeinen Berufsmarkt.*²¹⁷

Neben geschützten Werkstätten seien Patienten auch in Rehabilitationsverträge vermittelt worden, um dem Arbeitskräftemangel zu begegnen und ihnen einen Zuverdienst zu ermöglichen.²¹⁸ Die Fürsorger hätten dabei eine vermittelnde Rolle übernommen:

*„Und dass man die dann in die Werkstatt für Behinderte, hatten wir ja auch, dass man die dann dorthin vermittelt hat. Da wurde dann ein Gutachten geschrieben und wurde geprüft und dann konnten die auch in die Werkstatt für Behinderte.“*²¹⁹

Die Arbeit der Fürsorger habe sich außerdem auf die Organisation von Pflegeheimplätzen, die Beantragung von Pflegegeld oder Invalidenrente bzw. eines Schwerbehindertenausweises oder die Abwicklung der Briefpost erstreckt.²²⁰ Da es an vielen Stellen an Ressourcen gemangelt habe, seien gute Kontakte zu Behörden und Betrieben unerlässlich gewesen, um Patienten eine geeignete Nachsorge zu ermöglichen. Die Vermittlung in eine Arbeitsstelle, die Organisation von Hilfsmitteln oder die Beschaffung einer geeigneten Wohnung sei durch die entlassende Klinik erfolgt. Dies sei jedoch nur durch enge Kontakte zur Stadtverwaltung, der Heimkommission und dem Ministerium des Inneren²²¹ möglich gewesen.²²² Viele Menschen hätten über einen längeren Zeitraum im Krankenhaus gelebt, einige etwa acht bis zwölf Wochen, andere über Jahre hinweg.²²³ Die Fürsorgerin aus Eberswalde erwähnt in Bezug auf die Behandlungsdauer Folgendes:

*„Die sind so lange bei uns geblieben, bis sie verstorben sind oder verzogen. Also wer eine Schizophrenie hat, wer eine Depression hat, sicher hat man ein paar Patienten, die geheilt wurden in dem Sinne, aber die meisten, die blieben unsere Patienten. Also dazugekommen sind neurologisch kranke Kinder und Jugendliche, aber einen Stamm von Patienten, den kannte man.“*²²⁴

Neben der Betreuung erwachsener Patienten hätten die Fürsorger auch eine wichtige Rolle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gespielt. In Eberswalde sei im Rahmen der ambulanten Versorgung einmal wöchentlich eine Kindersprechstunde für psychisch und neurologisch er-

²¹⁷ 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 30.

²¹⁸ Vgl. 030_F_Berlin-Griesinger_20-09-04, Z. 34 u. vgl. 050_F_Eberswalde_21-01-25, Z. 56.

²¹⁹ 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 30.

²²⁰ Vgl. 002_F_Rostock_2020-04-24, Z. 349–351 u. vgl. 050_F_Eberswalde_21-01-25, Z. 62 u. vgl. 002_F_Rostock_2020-04-24, Z. 440–447.

²²¹ Das Ministerium des Inneren war zuständig für die innere Sicherheit, den Grenzschutz und zentrale Verwaltungsaufgaben. Es war stark von der SED geprägt und arbeitete eng mit dem Ministerium für Staatssicherheit zusammen. Vgl. Hugi, 2019.

²²² Vgl. 002_F_Rostock_2020-04-24, Z. 353–369 u. 375 u. vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 26.

²²³ Vgl. 030_F_Berlin-Griesinger_20-09-04, Z. 34 u. vgl. 064_F_Halle_21-08-30, Z. 91.

²²⁴ 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 44.

krankte Kinder angeboten worden. Diese sei von der Chefärztin der Bezirksnervenklinik geleitet und von drei bis vier Fürsorgern begleitet worden, die sich in der Betreuung abgewechselt hätten. Hierbei hätte, neben diagnostischen Gesprächen, insbesondere die langfristige Begleitung der betroffenen Kinder und deren Familien im Fokus gestanden.²²⁵

2.3.1.1 ANGEHÖRIGENARBEIT

Die Arbeit mit Angehörigen sei ein elementarer Bestandteil der Tätigkeit von Fürsorgern in der psychiatrischen Versorgung der DDR gewesen. Besonders im Zusammenhang mit der regelmäßigen Medikamenteneinnahme habe sie eine entscheidende Rolle gespielt, da Therapieabbrüche häufig zu einer Verschlechterung der Grunderkrankung geführt hätten. Die Fürsorger nahmen eine beratende Funktion ein, organisierten Gespräche mit Angehörigen und führten bei Bedarf Hausbesuche durch.²²⁶

„Da habe ich dann versucht, mit den Angehörigen zu sprechen, einzuladen und versucht dann auch, wenn es wirklich besser ging, bin ich dann dort mal einen Hausbesuch gefahren, denn ich wollte ja nur wissen, woher kommt Frau oder Herr Sowieso, wo wohnen sie und wie sind sie in der Lage, jetzt noch mal zu Hause allein zurechtzukommen oder muss man dort die Kollegen verständigen.“²²⁷

Auch Gespräche mit Nachbarn zur Aufklärung über psychiatrische Erkrankungen seien durch die Fürsorger abgehalten worden.²²⁸ Während einige Patienten regelmäßig Besuch in der Klinik von Familienmitgliedern erhalten hätten, hätten andere kaum oder gar keinen Kontakt zu Angehörigen gehabt. Dies habe insbesondere Patienten mit sozial schwierigen Hintergründen oder Alkoholabhängigkeit betroffen. Viele hätten weiterhin im Haushalt der Eltern gelebt, da sie keine eigene Wohnung besessen hätten.²²⁹ Der Versuch, den Kontakt zwischen Patienten und ihren Familien zu verbessern, sei oft schleppend verlaufen und habe nur in Einzelfällen funktioniert. Wenn Patienten zur Entziehungskur verlegt worden seien, habe man die Familien über den weiteren Verlauf informiert und erneut das Gespräch gesucht.²³⁰ Die Angehörigenarbeit der Fürsorger sei in einen gesamtgesellschaftlichen Ansatz eingebettet gewesen, in dem psychisch Erkrankte nicht isoliert betrachtet worden seien, sondern im Kontext ihres familiären und beruflichen Umfelds:

„Das war ja immer im Ganzen zu sehen. Der psychisch Kranke in seiner Familie und dazu gehörte auch noch der Betrieb. Wir sind auch in die Betriebe gegangen und haben mit den Meistern gesprochen. Und hatten natür-

²²⁵ Vgl. 050_F_Eberswalde_21-01-25, Z. 30.

²²⁶ Vgl. 063_F_Halle_21-08-09, Z. 20 u. vgl. 050_F_Eberswalde_21-01-25, Z. 20 u. vgl. 030_F_Berlin-Griesinger_20-09-04, Z. 70 u. vgl. 029_F_Mühlhausen_20-08-31, Z. 69.

²²⁷ 051_F_Eberswalde_21-01-28, Z. 38.

²²⁸ Vgl. 063_F_Halle_21-08-09, Z. 30.

²²⁹ Vgl. 051_F_Eberswalde_21-01-28, Z. 123.

²³⁰ Vgl. ebenda.

lich auch immer Kontakte zu den Eltern oder den Ehefrauen, den Ehemännern. [...] Und wenn als Beispiel ein Familienangehöriger in die Abteilung kam und seine Not schilderte, dann konnten wir Fürsorger [Anmerkung: reagieren], ein Fürsorger war immer anwesend, während die Sprechstunden liefen. Und dann konnten wir Fürsorger gerufen werden und wussten gleich von der Problematik Bescheid. Und wir hatten unser Stadtgebiet und die Dörfer aufgeteilt. Also für jeden war ein anderes Gebiet, wo er zuständig war oder sie zuständig war. Und so kannten wir natürlich viele unserer Patienten, die zu beachten waren. Und sind ja auch rausgefahren auf die Dörfer und haben sie besucht und mit den Angehörigen Rücksprache genommen.“²³¹

Ein weiterer wichtiger Aspekt sei die Kontrolle der regelmäßigen ärztlichen Vorstellungen gewesen. Wenn Patienten ihre fachärztlichen Termine nicht wahrgenommen hätten, hätten Fürsorger sie in der Häuslichkeit aufgesucht, um ihr Wohlergehen zu überprüfen. In Zusammenarbeit mit den Gemeindeschwestern und den Angehörigen sei versucht worden, eine regelmäßige Medikamenteneinnahme sicherzustellen.²³²

„Und das hat auch die Chefärztin damals als eine unserer Hauptaufgaben gesehen, zu gucken, dass die Leute nicht so lange ohne Medikamente sind und die Krankheit nicht wieder so einen akuten Ausbruch haben kann.“²³³

Besonders in der Kinder- und Jugendpsychiatrie habe sich ein gemischtes Bild in der Zusammenarbeit mit Angehörigen gezeigt. Einige Eltern seien überaus engagiert gewesen und hätten sich intensiv um ihre Kinder bemüht, manchmal sogar in einem problematischen Ausmaß. Andere hingegen hätten sich hilflos gezeigt oder sich geschämt, sodass eine frühzeitige Meldung bei Verhaltensauffälligkeiten oft ausgeblieben sei. Ziel der Fürsorger war es, die Angehörigen für das Krankheitsbild zu sensibilisieren und sie in die Therapie ihrer Kinder einzubinden.²³⁴ Die Angehörigenarbeit habe sich bei alkoholkranken Patienten oft noch schwieriger gestaltet. In vielen Fällen habe die familiäre Struktur unter erheblicher Belastung gestanden. Während manche Angehörige den Betroffenen ablehnten und kein Verständnis für die Krankheit zeigten, bestanden in anderen Familien gespaltene Dynamiken, wie folgendes Zitat zeigt:

„[...] ambivalente Ehefrauen, die immer wollten, dass er nie trinkt und dann haben sie ihm doch wieder das Bier hingestellt.“²³⁵

2.3.1.2 SPORT- UND BEWEGUNGSTHERAPIE

In Eberswalde habe die Sport- und Bewegungstherapie eine besondere Rolle in der Betreuung neurologisch und psychiatrisch erkrankter Patienten gespielt. Eine Fürsorgerin berichtete, dass es zunächst schwierig gewesen sei, einen Physiotherapeuten zu finden, der bereit ge-

²³¹ 050_F_Eberswalde_21-01-25, Z. 46.

²³² Vgl. 029_F_Mühlhausen_20-08-31, Z. 69–72.

²³³ 029_F_Mühlhausen_20-08-31, Z. 71.

²³⁴ Vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 36.

²³⁵ 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 36.

wesen sei, regelmäßig mit einer Gruppe von Parkinson-Patienten zu arbeiten. Viele Physiotherapeuten hätten entweder keine zeitlichen Ressourcen gehabt oder die ambulante Gruppenarbeit abgelehnt. Um dennoch ein therapeutisches Angebot zu schaffen, hätten die Fürsorger gemeinsam mit den behandelnden Ärzten die Unterstützung eines Physiotherapeuten aus einer Klinik organisiert. Dieser habe die Fürsorger in geeignete Übungen eingeführt, die dann einmal wöchentlich in einer Sporthalle mit den Patienten durchgeführt worden seien. Ergänzend zur Bewegungstherapie hätten die Fürsorger dabei auch eine beratende Funktion übernommen und die Teilnehmer sozialpädagogisch begleitet. Die Patienten hätten nicht nur physisch von den Übungen profitiert, sondern auch durch den sozialen Austausch innerhalb der Gruppe. Die regelmäßigen Treffen hätten eine Struktur geboten, die Motivation gefördert und zur Verbesserung der Lebensqualität beigetragen.²³⁶

2.3.1.3 ZUSAMMENARBEIT MIT MEDIZINISCHEM PERSONAL UND HIERARCHIEN

Die Rolle der Fürsorger sei interdisziplinär ausgerichtet gewesen, dennoch hätten klare Hierarchien bestanden. Während die Zusammenarbeit mit Psychologen, Physiotherapeuten und Arbeitstherapeuten oft eng gewesen sei, sei der Austausch mit Ärzten und Pflegepersonal begrenzt gewesen.²³⁷ Eine Fürsorgerin beschreibt diese Abgrenzung wie folgt:

„[...] ich gehörte nicht mehr zu den Schwestern und manche haben auch gedacht, ich bin jetzt, ach, die ist ja jetzt was Besseres und das habe ich schon gespürt.“²³⁸

Die Kommunikation mit dem ärztlichen Personal habe meist konsiliarisch stattgefunden, etwa dann, wenn Hausbesuche angefragt worden seien.²³⁹ In manchen Kliniken sei der Informationsaustausch jedoch stärker ausgeprägt gewesen, insbesondere durch die räumliche Integration der Fürsorger in das Stationsteam.²⁴⁰ Am Griesinger-Krankenhaus in Berlin seien sie beispielsweise fester Bestandteil des Klinikalltags gewesen, was ihre Erreichbarkeit für Patienten verbessert habe.²⁴¹ Als Beispiel für die Eigenständigkeit berichtet eine Fürsorgerin aus Eberswalde Folgendes:

„Die Ärztin, die unsere wichtigste Person in diesem Prozess des Arbeitens in der psychiatrischen Fürsorge war, die saß weiter weg. Wie gesagt, zum Schluss im Kranbau-Ambulatorium. Und da musste man mit dem Bus hinfahren. Das konnte man nicht fußläufig erreichen. Das hätte zu lange gedauert. Und telefonisch bestand immer eine Verbindung, aber wir haben uns auch einmal in der Woche zusammengesetzt und diese Verbindung zu den Ärzten, die ist bis zu meinem Ausscheiden 2008 auch geblieben.“²⁴²

²³⁶ Vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 40.

²³⁷ Vgl. 029_F_Mühlhausen_20-08-31, Z. 95 u. vgl. 030_F_Berlin-Griesinger_20-09-04, Z. 140 u. vgl. 050_F_Eberswalde_21-01-25, Z. 18.

²³⁸ 041_F_Halle_20-12-10, Z. 18.

²³⁹ Vgl. 030_F_Berlin-Griesinger_20-09-04, Z. 50.

²⁴⁰ Vgl. 029_F_Mühlhausen_20-08-31, Z. 25 u. vgl. 030_F_Berlin-Griesinger_20-09-04, Z. 48–50 u. vgl. 064_F_Halle_21-08-30, Z. 33.

²⁴¹ Vgl. 030_F_Berlin-Griesinger_20-09-04, Z. 50–54.

²⁴² 050_F_Eberswalde_21-01-25, Z. 18.

2.3.2 FORENSIK IN EBERSWALDE

Die forensische Abteilung der Psychiatrie sei ein sensibles Tätigkeitsfeld gewesen, da sie psychiatrisch erkrankte Straffällige nicht nur behandelte, sondern auch auf ein eigenständiges Leben vorbereiten sollte. Die Klinik in Eberswalde habe über eine forensische Abteilung verfügt, weitere Unterbringungsmöglichkeiten dieser Art hätten sich in Neuruppin und Brandenburg befunden. Aufgrund begrenzter Kapazitäten hätten enge Kontakte zwischen den Kliniken bestanden, um Unterbringungsmöglichkeiten abzustimmen.²⁴³ Die Fürsorger hätten eine wesentliche Rolle in der Betreuung dieser Patienten gespielt, insbesondere beim Übergang zwischen Strafvollzug, Therapie und gesellschaftlicher Wiedereingliederung.²⁴⁴ Da die Anzahl der forensischen Betten begrenzt gewesen sei, seien Patienten überwiegend auf regulären Stationen untergebracht worden.²⁴⁵ Eine Zeitzeugin beschreibt dies wie folgt:

„Nein, die sechs Herren, die dort untergebracht waren, sage ich jetzt mal so, die hatten wir auf einer normalen Station. Also sie hatten ihre Zimmer, wie wir jetzt auch in der forensischen Klinik hatten, und wurden auch vom Arzt betreut und ich habe die anderen Dinge wie immer geregelt so gut das ging.“²⁴⁶

Bei eskalierenden Situationen seien Sicherheitsmaßnahmen verschärft worden, um auch Fluchtversuche zu verhindern.²⁴⁷ Dennoch hätten die Patienten innerhalb der Einrichtung weitreichende Entscheidungsfreiheit genossen, etwa in Bezug auf die Teilnahme an Gruppentherapien oder Arbeitstherapie:

„Ja, eigentlich muss ich sagen, waren sie völlig frei mit der Entscheidung. Wir mussten nur etwas aufpassen, wenn sie, sage ich mal, so Entscheidungen überhaupt machen wollten, die wir nicht erfüllen konnten. Ansonsten konnten sie selber entscheiden, ob sie nun an der Gruppe teilnehmen oder nicht [...].“²⁴⁸

Ergänzend zur psychosozialen Betreuung hätten die Fürsorger auch zahlreiche alltägliche und organisatorische Aufgaben übernommen. Da einige Patienten ohne persönliche Kleidung aus dem Strafvollzug entlassen worden seien, hätten die Fürsorger diese über die Kleiderkammer besorgt. Zudem hätten sie Patienten bei Freigängen begleitet, etwa zu Einkäufen oder Behördengängen. Diese hätten entweder allein mit der Fürsorgerin oder in Begleitung eines Pflegers stattgefunden. Damit hätten die Fürsorger eine zentrale Rolle in der praktischen Unterstützung dieser Patienten eingenommen und sichergestellt, dass sie im Alltag zurechtkamen.²⁴⁹ Ein

²⁴³ Vgl. 051_F_Eberswalde_21-01-28, Z. 44.

²⁴⁴ Vgl. ebenda, Z. 58–60.

²⁴⁵ Vgl. ebenda, Z. 44.

²⁴⁶ 051_F_Eberswalde_21-01-28, Z. 40.

²⁴⁷ Vgl. ebenda, Z. 80.

²⁴⁸ 051_F_Eberswalde_21-01-28, Z. 131.

²⁴⁹ Vgl. ebenda, Z. 54.

weiteres wesentliches Element der Betreuung sei die berufliche Wiedereingliederung gewesen.²⁵⁰ Die Fürsorger hätten die Patienten in Ausbildungsplätze, beispielsweise im Garten- und Landschaftsbau, vermittelt und sie zu Gerichtsterminen oder Treffen mit Bewährungshelfern begleitet.²⁵¹ Eine Fürsorgerin berichtet hierzu Folgendes:

„Dann war ja auch, wenn mal noch ein Gerichtstermin war, dann sind wir nach Neuruppin gefahren oder Wittenberge. Also ich bin da weit rumgekommen und ja, habe auch an der Verhandlung teilnehmen dürfen.“²⁵²

Zusätzlich seien Außenwohngruppen eingerichtet worden, die eine schrittweise Reintegration ermöglicht hätten. Die Patienten hätten dort gelernt, eigenständig zu leben, sich abzumelden und alltägliche Aufgaben zu übernehmen. In regelmäßigen Treffen mit dem Chefarzt und einem Pfleger seien Fortschritte besprochen worden.²⁵³

„[...] denn es war ja eine Wohneinheit, so wie man eine Wohngruppe heute führt, so wurden die auch [Anmerkung: geführt]. Die konnten allein kochen, die konnten rausgehen, mussten sich natürlich abmelden immer, das war klar. [...] Wir waren dann doch stolz, dass alles so gut lief.“²⁵⁴

Ein besonderer Fokus habe auf der langfristigen Betreuung und der Entscheidung über eine mögliche Entlassung gelegen. Neben medizinischem Personal sei auch das Bezirks- bzw. Kreisgericht in diese Prozesse involviert gewesen.²⁵⁵ Eine Zeitzeugin schildert:

„Dann haben wir in dem Büro von der Chefärztin gesessen und dann wurde berichtet jeder für sich von der Ergotherapie und der Sporttherapie, ich, meine soziale und stationäre Arbeit.“²⁵⁶

„Ich musste berichten, wie sein Zuhause aussieht [...] und wie er aufgenommen wird usw. Das wurde dann noch vorher von mir überprüft und dann hatten wir alle dazu gesagt, ja, es ist möglich. Das Verhalten auf der Station war sehr angepasst und wir hatten auch schon so kleine Hausarbeiten, so alleine kochen und ein bisschen Zubereiten für ein Essen geübt.“²⁵⁷

Rückblickend beschreibt eine Fürsorgerin die Atmosphäre in der forensischen Einrichtung als vergleichsweise familiär. Regelmäßige Feste sowie gemeinsame Aktivitäten hätten das Gemeinschaftsgefühl gestärkt und die soziale Integration der Patienten gefördert.²⁵⁸

²⁵⁰ Vgl. ebenda, Z. 72.

²⁵¹ Vgl. ebenda, Z. 44.

²⁵² 051_F_Eberswalde_21-01-28, Z. 38.

²⁵³ Vgl. ebenda, Z. 44–52.

²⁵⁴ 051_F_Eberswalde_21-01-28, Z. 52.

²⁵⁵ Vgl. ebenda, Z. 127–129.

²⁵⁶ 051_F_Eberswalde_21-01-28, Z. 66.

²⁵⁷ 051_F_Eberswalde_21-01-28, Z. 129.

²⁵⁸ Vgl. ebenda, Z. 68.

2.3.3 ZUWEISUNG UND ENTLASSUNG DER PATIENTEN

Die Zuweisung der Patienten in die fürsorgerische Betreuung sei über verschiedene Wege erfolgt. Eine wichtige Schnittstelle sei die Anbindung an die Ambulanzsprechstunden gewesen, bei denen nach ärztlicher Einschätzung eine weitere Betreuung durch die Fürsorger erforderlich gewesen sei.²⁵⁹ Nach der ärztlichen Übergabe und Dokumentation in der Patientenakte hätten die Fürsorger die weiterführende Begleitung übernommen:

„[...] haben wir immer anschließend in die Akten einsehen können und gesehen, was da ist, beziehungsweise die Ärztin hat uns dann auch immer gleich gesagt: Hier, da müssen wir mal aufpassen, vielleicht machen Sie mal einen Hausbesuch, da scheint irgendwas nicht in Ordnung zu sein.“²⁶⁰

Hausbesuche hätten zudem dazu gedient, Patienten zu erreichen, die nicht selbst zur Ambulanz gekommen seien. In ländlichen Regionen seien diese Besuche beispielsweise auch gemeinsam mit dem Ambulanzpersonal durchgeführt worden, das in die Versorgung älterer psychiatrischer Patienten einbezogen war und von den Zeitzeugen der „Gerontopsychiatrie“ zugeordnet wurde.²⁶¹ Hinweise auf Auffälligkeiten seien nicht nur von den behandelnden Ärzten gekommen, sondern auch von Nachbarn, den Betrieben, den Hausärzten oder durch direkte telefonische Meldungen an die Ambulanz.²⁶² Die Polizei, die Abschnittsbevollmächtigten²⁶³ und die Bürgermeister hätten zudem die Fürsorger über „auffällige Bürger zur Begutachtung“ informiert.²⁶⁴ Ein weiterer Weg der Zuweisung sei über die ambulant tätigen Ärzte erfolgt, die Patienten in die psychiatrische Poliklinik überwiesen hätten. In manchen Fällen habe es auch direkte Meldungen aus anderen medizinischen Fachbereichen gegeben, etwa aus der Hautklinik, die psychisch auffällige Patienten weitergeleitet hätten.²⁶⁵ Die Fürsorger hätten weiterhin in enger Verbindung mit anderen Gesundheits- und Sozialdiensten gestanden, insbesondere mit der Mutter- und Kindbetreuung und dem ärztlichen Jugenddienst. In Kindersprechstunden, die gemeinsam mit der Chefärztin der Klinik durchgeführt worden seien, seien Auffälligkeiten frühzeitig erkannt und weiterführende Maßnahmen eingeleitet worden.²⁶⁶

„Wir hatten ja Mutter und Kind, also von 0 bis 3. Wir waren ja auch eine Fürsorge. Und dann hatten wir, was jetzt ärztlicher Jugenddienst ist oder hieß JGS und die hatten die Kinder von 3 bis 18.“²⁶⁷

²⁵⁹ Vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 26.

²⁶⁰ 029_F_Mühlhausen_20-08-31, Z. 25.

²⁶¹ Vgl. ebenda.

²⁶² Vgl. 029_F_Mühlhausen_20-08-31, Z. 33–35 u. vgl. 064_F_Halle_21-08-30, Z. 93 u. vgl. 063_F_Halle_21-08-09, Z. 26 u. vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 26 u. vgl. 064_F_Halle_21-08-30, Z. 21.

²⁶³ Wohngebietsvertreter der Volkspolizei.

²⁶⁴ Vgl. 050_F_Eberswalde_21-01-25, Z. 22.

²⁶⁵ Vgl. ebenda, Z. 26.

²⁶⁶ Vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 26.

²⁶⁷ 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 26.

Bei erkannten Problemen seien fürsorgerische Hausbesuche organisiert worden, um die familiäre Situation zu bewerten. Diese Besuche seien jedoch von der Arbeit des Jugendamts abgegrenzt gewesen und hätten in erster Linie der sozialen Unterstützung sowie der Verbesserung der Wohnverhältnisse gedient. In vielen Fällen habe durch eine längere Vertrauensphase eine erfolgreiche Kooperation mit den Familien aufgebaut werden können. Dennoch hätten einige der Jugendliche später psychiatrische Erkrankungen entwickelt und seien als Erwachsene weiter von den Fürsorgern begleitet worden.²⁶⁸

„Es gibt ja so hebephrene Jugendliche, die dann erkranken, die haben wir dann weiterbetreut.“²⁶⁹

In Akutsituationen sei mitunter unmittelbarer Zugang zur Wohnung der Patienten geschaffen worden, um eine schnelle Hilfe für die Betroffenen sicherzustellen:

„[...] wenn Nachbarn gekommen sind und wir haben, was heute unmöglich wäre, wir haben ja auch einfach mit einem Schlosser, wir haben dann einen Menschen, wenn der drei Tage da drinne rumpoltert, dann [...] sind wir [...] rein und haben [...] mit einem Arzt natürlich gleich, um mal zu gucken, was überhaupt ist.“²⁷⁰

Auch während einer stationären Behandlung der Patienten hätten die Fürsorger oft Zugang zu den Wohnungen gehabt, um deren Lebensumstände zu überprüfen oder notwendige Dokumente zu beschaffen:

„[...] in der Nervenlinik bin ich alleine, wenn die Patienten auf der Geschlossenen waren, habe ich den Wohnungsschlüssel gekriegt und habe [...] alleine in der Wohnung, haben wir auch immer das gefunden.“²⁷¹

Die enge Zusammenarbeit mit der Bezirksnervenlinik in Eberswalde habe zu einer vertieften Kooperation zwischen den Assistenzärzten der Klinik und der Poliklinik geführt:

„Und weil die mitunter ja auch recht lange bei uns waren, war das auch ein gutes Miteinander, das sich positiv ausgewirkt hat auf die spätere Arbeit, wenn sie klinisch weiter tätig waren. Die kannten uns. Und manchmal genügte ein Telefonat und wir konnten dann die Patienten in die Klinik bringen zum Beispiel. Das war nicht verkehrt.“²⁷²

Durch die Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Inneres seien auch „auffällige“ Personen gemeldet worden, die nicht zwingend unter eine psychiatrische Diagnose gefallen seien. Dies habe Fälle betroffen, in denen das Sozialverhalten als problematisch eingestuft worden sei, etwa entlassene Häftlinge mit Lese- und Rechtschreibschwäche, Personen mit auffälligem

²⁶⁸ Vgl. ebenda.

²⁶⁹ 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 26.

²⁷⁰ 041_F_Halle_20-12-10, Z. 86.

²⁷¹ Ebenda.

²⁷² 050_F_Eberswalde_21-01-25, Z. 24.

Verhalten wie exzessivem Duschen in der Häuslichkeit oder Brandstiftungen durch unsachgemäßes Anfeuern von Öfen.²⁷³

Auch kleinere kriminelle Delikte wie Diebstahl oder drohende soziale Verwahrlosung hätten dazu führen können, dass Betroffene in das psychiatrische System gelangt seien.²⁷⁴ Eine weitere Schnittstelle habe die Abteilung Arbeit der Stadtverwaltung dargestellt, die ebenfalls Personen gemeldet habe, bei denen vermutet worden sei, dass sie sich der geregelten Erwerbsarbeit entziehen wollten.²⁷⁵

Eine nennenswerte Rolle habe die Chefärztin der psychiatrischen Klinik in Eberswalde gespielt, die enge Kontakte zur Staatssicherheit unterhalten habe.²⁷⁶ In Ausnahmefällen habe eine Fürsorgerin ihre Vertretung bei Besprechungen übernommen:

„Dann manchmal musste ich unsere Frau Doktor vertreten bei der Abteilung Inneres, da ging es um die Arbeitsbummelanten oder auffällige Personen, die über den ABV gemeldet wurden. Ja, und meine Aufgabe war dabei dann zu koordinieren, dass dieser Mensch auch mal von einem Psychiater angesehen wird, wenn er bei uns noch nicht bekannt war. Aber das war dann eine Ausnahme, das kam nur ein-, zweimal vor. Ansonsten hat das unsere Chefärztin selbst gemacht und war bei dieser Abteilung Inneres anwesend.“²⁷⁷

„[...] meine Chefin, Frau Dr. O., hatte auch eigentlich gute Beziehungen zur Staatssicherheit.“²⁷⁸

Zumindest für den Kreis Rostock lasse sich zusammenfassen, dass Zwangseinweisungen meist über den Kreis- bzw. Amtsarzt, seltener über eine städtische Einweisung (Rat der Stadt, Abteilung Gesundheitswesen), veranlasst worden seien.²⁷⁹ Innerhalb dieser Abteilung seien allgemeinmedizinische Fachärzte tätig gewesen, die im Falle einer Zwangseinweisung konsiliarisch die Chefärztin der psychiatrischen Poliklinik zur fachärztlichen Stellungnahme hinzugezogen hätten.²⁸⁰ Im Regelfall habe der Kreisarzt den Patienten jedoch nicht gekannt. Sollte tatsächlich ein medizinischer Grund zur Zwangseinweisung vorgelegen haben, so hätten die Fürsorger die Begründung zum Teil selbst verfasst.²⁸¹ Hauptgrund der Einweisung sei häufig eine akute Eigen- und Fremdgefährdung gewesen, in der Regel sei die Einweisung dann für sechs Wochen erfolgt, ohne Möglichkeit der vorzeitigen Entlassung, da es keine gerichtlichen

²⁷³ Vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 26 u. vgl. 041_F_Halle_20-12-10, Z. 100.

²⁷⁴ Vgl. 050_F_Eberswalde_21-01-25, Z. 74.

²⁷⁵ Vgl. 041_F_Halle_20-12-10, Z. 100.

²⁷⁶ Vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 26 u. 116.

²⁷⁷ 050_F_Eberswalde_21-01-25, Z. 62.

²⁷⁸ 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 116.

²⁷⁹ Vgl. 002_F_Rostock_2020-04-24, Z. 541–544 u. 551–553 u. vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 66.

²⁸⁰ Vgl. 002_F_Rostock_2020-04-24, Z. 547–555.

²⁸¹ Vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 124.

Revisionsmöglichkeiten gegeben habe.²⁸² Nach Ablauf der sechs Wochen habe das Krankenhaus eine weitergehende Unterbringung²⁸³ beantragt.²⁸⁴

Durch Zureden der Fürsorgerin habe die Zwangseinweisung umgangen werden sollen, um die Aufenthaltsdauer durch die freiwillige Selbstvorstellung zu verkürzen. Die enge Zusammenarbeit mit dem Deutschen Roten Kreuz (DRK), das den Krankentransport übernommen habe, habe es ermöglicht, Zwangseinweisungen zu umgehen. So beschreibt eine Fürsorgerin, dass ein Patient mit religiösem Wahn durch die geschickte Inszenierung eines Sanitäters als „Heiland“ dazu bewegt worden sei, freiwillig mitzugehen. Die Polizei habe sich überrascht von dieser unkonventionellen Vorgehensweise gezeigt.²⁸⁵ Auch Treffen zwischen Arbeitsamt, dem Abschnittsbevollmächtigten aus dem Stadtgebiet, dem Psychiater und der Abteilung Inneres hätten regelmäßig stattgefunden.²⁸⁶ Hier benannte Personen seien zunächst vorgeladen worden, um sie einer ersten Begutachtung zu unterziehen. Falls sie nicht erschienen seien, habe es vorkommen können, dass sie direkt aus ihrer Wohnung abgeholt worden seien.²⁸⁷

2.3.3.1 ENTLASSUNG UND NACHSORGE

Vor der Entlassung sei häufig ein Hausbesuch durch die Fürsorger durchgeführt worden, um sicherzustellen, dass eine verlässliche Wohnsituation des Patienten vorlag.²⁸⁸ Die Entlassungen hätten sich meist nach den Standortbestimmungen der Patienten gerichtet, welche in den Visiten besprochen worden seien. Maßgeblich seien der Therapiefortschritt, die Einschätzung des Patienten selbst sowie die perspektivische Behandlungsrichtung gewesen.²⁸⁹ Nach Einschätzung einer Zeitzeugin sei die nachstationäre Betreuung der Patienten in Halle aufgrund mangelnder ambulanter Fachstrukturen lückenhaft gewesen.²⁹⁰ Eine Entlassung aus der Behandlungsstelle habe im eigentlichen Sinne nicht stattgefunden; stattdessen seien die Terminintervalle zeitlich vergrößert worden, einige Patienten seien dann nicht weiter erschienen. Sofern erforderlich, sei bei Nichterscheinen der Patienten ein Hausbesuch durch die Fürsorge veranlasst worden.²⁹¹

Ein zweiter zentraler Bereich sei die nachgehende Betreuung nach der stationären Entlassung gewesen. Bestimmte Patientengruppen hätten einen Entlassungsschein erhalten, der an die

²⁸² Vgl. 002_F_Rostock_2020-04-24, Z. 561 u. vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 66 u. Z. 124.

²⁸³ Im Gegensatz zu den heutigen Psychisch-Kranken-Gesetzen der Bundesländer war in der DDR ein richterlicher Beschluss erst nach sechs Wochen notwendig. Die Einweisungen bzw. Unterbringung erfolgten in dieser Zeit vor allem auf medizinischer Grundlage.

²⁸⁴ Vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 124.

²⁸⁵ Vgl. ebenda, Z. 66.

²⁸⁶ Vgl. 050_F_Eberswalde_21-01-25, Z. 63–64.

²⁸⁷ Vgl. ebenda, Z. 66.

²⁸⁸ Vgl. 051_F_Eberswalde_21-01-28, Z. 125.

²⁸⁹ Vgl. 064_F_Halle_21-08-30, Z. 95.

²⁹⁰ Vgl. 063_F_Halle_21-08-09, Z. 90.

²⁹¹ Vgl. ebenda, Z. 92.

zuständigen Polikliniken weitergeleitet worden sei.²⁹² Falls Patienten nicht zur Nachsorge erschienen seien, seien sie aufgesucht worden:

„Und da stand immer drin: Wurde an die Beratungsstelle für Psychiatrie. Und wenn das drinne stand, wurden die von uns eingeladen. Dreimal oder so, und wenn die nicht gekommen sind, wir haben uns auch angemeldet zum Hausbesuch, aber oft sind wir auch einfach hin [...] unangemeldet. Das wäre ja heute unmöglich.“²⁹³

Ein weiteres Element der Nachbetreuung sei die enge Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Inneres gewesen. Auffällige Verhaltensweisen hätten in manchen Fällen dazu geführt, dass Betroffene psychiatrisch erfasst worden seien:

„Oder die sind irgendwo auffällig geworden, also sprich, dass sie mal ein Feuer gelegt haben zu Hause, weil sie den Ofen nicht richtig angefeuert haben oder wir hatten auch diese Abteilung Inneres, wo jemand aus dem Gefängnis entlassen worden ist. Da war meine Chefin auch mit in dieser Kommission und die hat dann manchmal auch Patienten rausgefischt, wo sie gesagt hat, na ja, Kinder, nun habt ihr den verurteilt, der kann weder lesen noch schreiben, der braucht einfach Hilfe. Solche Fälle hatten wir auch.“²⁹⁴

2.3.3.2 PROBLEMATIK DER HEIMEINWEISUNGEN

In Fällen, in denen eine Rückkehr in das eigene Zuhause nicht möglich gewesen sei, sei oft nur die Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung geblieben. Die Kapazitäten solcher Einrichtungen seien jedoch stark begrenzt gewesen.²⁹⁵ Eine Zeitzeugin schildert die problematische Situation in einer psychiatrischen Pflegeeinrichtung:

„[...] das waren Zustände wie im alten Rom. Und auch die, also, wie die Leute untergebracht waren, zu wievielt die im Zimmer waren und so weiter, also, das war alles wirklich sehr grenzwertig.“²⁹⁶

Trotz des schlechten baulichen Zustands vieler Einrichtungen habe es eine enorme Nachfrage nach Heimplätzen gegeben.²⁹⁷ Die Platzvergabe sei über eine Heimeinweisungskommission erfolgt, in der auch Fürsorger mitgewirkt hätten:

„[...] ich war da zum Beispiel auch in der Heimeinweisungskommission, wenn man sich überlegt, dass die Pflegeeinrichtungen damals alle durch die Bank fast in einem ähnlichen Zustand waren wie das Riebeck-Stift [Anmerkung: Gebäude befand sich in der Stadt Halle in einem sehr schlechten Zustand] und da lagen stapelweise Anträge, ich glaube, das waren immer so regelmäßig an die 2.000 Anträge, die da verhandelt wurden, wer in eine Pflegeeinrichtung aufgenommen wird [...]“²⁹⁸

²⁹² Vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 26 u. vgl. 064_F_Halle_21-08-30, Z. 21 u. vgl. 041_F_Halle_20-12-10, Z. 100.

²⁹³ 041_F_Halle_20-12-10, Z. 100.

²⁹⁴ 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 26.

²⁹⁵ Vgl. 050_F_Eberswalde_21-01-25, Z. 62.

²⁹⁶ 064_F_Halle_21-08-30, Z. 111.

²⁹⁷ Vgl. 064_F_Halle_21-08-30, Z. 111 u. vgl. 050_F_Eberswalde_21-01-25, Z. 62.

²⁹⁸ 064_F_Halle_21-08-30, Z. 111.

Durch die engen Ressourcen sei den Fürsorgern oft wenig Spielraum für individuelle Lösungen geblieben. Gerade für psychisch kranke Menschen, die langfristig Betreuung benötigt hätten, habe es kaum geeignete Unterbringungsmöglichkeiten außerhalb der Klinik gegeben.²⁹⁹

2.4 ARBEITEN IN DER AMBULANZ UND IN DEN BERATUNGSSTELLEN

Die psychiatrische Fürsorge in der DDR habe neben stationären Einrichtungen auch ein ambulantes Angebot umfasst, das in Polikliniken, psychiatrischen Ambulanzen und Beratungsstellen organisiert gewesen sei. Diese Strukturen hätten sowohl der langfristigen Betreuung psychisch erkrankter Patienten als auch der akuten Versorgung bei Erstvorstellungen oder in Krisensituationen gedient.³⁰⁰

2.4.1 AMBULANZ IN EBERSWALDE

Die psychiatrische Poliklinik in Eberswalde sei ein zentraler Anlaufpunkt für Patienten mit psychiatrischen und neurologischen Erkrankungen gewesen. Das Team habe aus Fachärzten, Assistenzärzten, Psychologen, Krankenschwestern und mehreren Fürsorgern bestanden.³⁰¹ Die Aufgaben hätten das Führen von Erstgesprächen sowie die Erfassung der Sozialanamnese und relevanter Abschnitte der Krankengeschichte umfasst.³⁰² Neben der kontinuierlichen Betreuung bekannter Patienten habe die Erstversorgung von Personen mit akuten psychiatrischen Problemen stattgefunden, die sich entweder selbst gemeldet oder von anderen Stellen überwiesen worden seien.³⁰³ Die Räumlichkeiten seien in einer Villa untergebracht gewesen und hätten aus drei Arztzimmern, drei Räumen für die Fürsorger, einem Raum für die Psychologin sowie einer großen Aufnahme bestanden.³⁰⁴ Trotz begrenzter Ausstattung und einer veralteten Kohleheizung, die montags erst wieder angefeuert werden musste und anfangs nicht durchgängig für Wärme gesorgt habe, sei die psychiatrische Versorgung bestmöglich sichergestellt worden.³⁰⁵ Die Fürsorger hätten allein bzw. gemeinsam Hausbesuche durchgeführt und psychisch kranke Patienten betreut, darunter Menschen mit depressiven oder schizophrenen Erkrankungen sowie neurologisch³⁰⁶ Erkrankte. Jeder Fürsorger sei für einen bestimmten Bezirk verantwortlich gewesen und habe aufsuchende Hilfe geleistet, einschließlich regelmä-

²⁹⁹ Vgl. ebenda.

³⁰⁰ Vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 22 u. vgl. 064_F_Halle_21-08-30, Z. 33 u. 115 u. vgl. 050_F_Eberswalde_21-01-25, Z. 46.

³⁰¹ Vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 22.

³⁰² Vgl. 063_F_Halle_21-08-09, Z. 20 u. vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 26 u. 42.

³⁰³ Vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 22.

³⁰⁴ Vgl. ebenda, Z. 56–58.

³⁰⁵ Vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 60 u. vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 62 u. vgl. 064_F_Halle_21-08-30, Z. 47.

³⁰⁶ Hier seien Multiple Sklerose- oder Morbus Parkinson-Patienten genannt, vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 40.

ßiger Hausbesuche, um zu gewährleisten, dass die Patienten angemessen versorgt wurden.³⁰⁷ Dies habe sowohl Patienten betroffen, die sich regelmäßig in der Poliklinik vorgestellt hätten, um weitergehende Hilfe einzuschätzen, als auch solche, die sich nicht in der Ambulanz vorgestellt hätten:

„Da sind wir hinterhergegangen. Das heißt, die Schwestern haben uns dann gesagt, der ist nicht gekommen, fährt hin. Und dann haben wir natürlich gleich geguckt, hat er es einfach nur vergessen, hat er noch Arznei. Also es war auch sehr großzügig gehandhabt, wir konnten auch mal ein Rezept mitnehmen und konnten auch mal was aufschreiben. Dadurch, dass ich Krankenschwester war, wir haben ja auch ein paar Patienten gehabt, die nicht gerne ihre Depotspritze bekommen haben, da bin ich dann mit so einer Spritze auch hingegangen und habe gesagt, wollen wir, brauchen sie nicht in die Poliklinik. Und dann haben die gleich von mir sozusagen ihre Vier-Wochen-Ration bekommen. Also solche Sachen waren einfach möglich.“³⁰⁸

Dabei seien die Fürsorgerinnen oft in unvorhersehbare Situationen gegangen, in denen nicht klar gewesen sei, was sie erwarten würde:

„[...] in eine Wohnung zu gehen, wo man eben wusste, da liegt vielleicht jemand tot drin oder so oder du kriegst da was auf den Kopf oder so, ist ja klar. Aber mit einer positiven Einstellung und Achtsamkeit ging es eigentlich immer gut.“³⁰⁹

Die enge Kooperation mit den behandelnden Ärzten sei essenziell gewesen, um eine möglichst lückenlose Versorgung zu gewährleisten. Über den weiteren Werdegang der Patienten, die über längere Zeit in der Poliklinik behandelt worden seien, seien regelmäßig Nachforschungen angestellt worden.³¹⁰ Neben der direkten Betreuung der Patienten hätten die Fürsorgerinnen auch administrative Aufgaben übernommen.³¹¹ Auf einer Schreibmaschine seien die Einweisungspapiere erstellt worden, die anschließend dem Kreisarzt zur Unterschrift vorgelegt worden seien.³¹² Mit durchschnittlich 30 bis 35 Hausbesuchen pro Monat durch die Fürsorger hätten frühzeitig Probleme erkannt werden können. Diese engmaschige Betreuung habe dabei geholfen, viele Krisensituationen rechtzeitig abzufangen und den Patienten eine kontinuierliche Unterstützung im häuslichen Umfeld zu bieten.³¹³

³⁰⁷ Vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 22 u. vgl. 050_F_Eberswalde_21-01-25, Z. 46.

³⁰⁸ 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 22.

³⁰⁹ 063_F_Halle_21-08-09, Z. 134.

³¹⁰ Vgl. 050_F_Eberswalde_21-01-25, Z. 26.

³¹¹ Vgl. 050_F_Eberswalde_21-01-25, Z. 14–20 u. vgl. 064_F_Halle_21-08-30, Z. 73.

³¹² Vgl. 050_F_Eberswalde_21-01-25, Z. 20.

³¹³ Vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 22.

2.4.2 BERATUNGSSTELLE HALLE

Ein vergleichbares ambulant Versorgungssystem habe in Halle bestanden. Die dortige Beratungsstelle sei oberhalb des Jugendgesundheitsschutzes in der Nähe des Stadttheaters untergebracht gewesen. Sie habe über mehrere Räume verfügt, darunter zwei Gruppenräume, die bei Bedarf zusammengelegt werden konnten. Die Arbeit sei ähnlich organisiert gewesen wie in Eberswalde, mit einem interdisziplinären Team aus Psychiatern, Psychologen und Fürsorgern.³¹⁴ Eine Fürsorgerin beschreibt eine gleichberechtigte Zusammenarbeit im Team.³¹⁵ Die Beratungsstelle im Saalkreis mit zwei Fürsorgerinnen, später mit einer dritten Fürsorgerin für den Kinder- und Jugendbereich, habe ähnliche Unterstützungsmöglichkeiten angeboten, darunter Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung und Hausbesuche.³¹⁶ Für die Hausbesuche hätten die zwei Fürsorgerinnen hauptsächlich die regulären Linienbusse genutzt, insbesondere in den dörflichen Regionen habe es zum Teil nur vier Verbindungen am Tag gegeben. Nach Möglichkeit hätten sie sich den Ärzten angeschlossen, die mit einem Auto in der Region unterwegs gewesen seien.³¹⁷ Auch Antragsformalitäten für die Patienten seien übernommen worden.³¹⁸ Berichtet wird beispielsweise von der Organisation einer Extralieferung Koks zum Heizen, da aufgrund einer psychisch kranken und geistig behinderten Tochter die Räumlichkeiten der Wohnung konstant beheizt werden mussten. Auch von Unterstützung bei der Antragstellung auf Nebelscheinwerfer für das Auto von Angehörigen, damit diese die Patienten zu jeder Tages- und Nachtzeit in die Klinik bringen konnten, wurde erzählt.³¹⁹ Ein weiterer Bestandteil sei die öffentliche Sprechstunde am Dienstag gewesen, bei der Patienten ohne vorherige Terminvereinbarung die Möglichkeit gehabt hätten, sich vorzustellen. An den restlichen Tagen seien reguläre Gespräche oder Hausbesuche durchgeführt worden.³²⁰ Am Abend hätten ärztliche Konsultationen stattgefunden, die sich oft bis in die späten Abendstunden gezogen hätten. Diese seien durch Klinikärzte durchgeführt worden und hätten eine wichtige Ergänzung zur ambulanten Betreuung dargestellt.³²¹ Des Weiteren hätten Fürsorger die Patienten durch intensive Gespräche davon überzeugen können, sich freiwillig stationär behandeln zu lassen, sodass beispielsweise eine Zwangseinweisung abgewendet werden konnte.³²²

Die Fürsorger seien nicht nur für die Betreuung chronisch psychisch erkrankter Patienten zuständig gewesen, sondern auch für die sozialpsychiatrische Unterstützung von Menschen mit besonderen Herausforderungen. Dazu habe beispielsweise die Betreuung von Patienten mit

³¹⁴ Vgl. 063_F_Halle_21-08-09, Z. 78.

³¹⁵ Vgl. 041_F_Halle_20-12-10, Z. 58.

³¹⁶ Vgl. 064_F_Halle_21-08-30, Z. 17.

³¹⁷ Vgl. ebenda, Z. 33.

³¹⁸ Vgl. ebenda, Z. 17.

³¹⁹ Vgl. ebenda, Z. 19.

³²⁰ Vgl. 063_F_Halle_21-08-09, Z. 30.

³²¹ Vgl. ebenda.

³²² Vgl. ebenda.

forensischem Hintergrund gehört, die im Rahmen der Arbeitspflicht überwacht worden seien.³²³

„Wenn die nicht zur Arbeit erschienen sind, [Anmerkung: haben die Fürsorger den Patienten] zu Hause abgeholt und zur Arbeit gebracht oder die Betriebe konnten sich auch an uns wenden, da haben wir gesagt: Mensch, der steht den ganzen Tag nur am Kiosk und isst und arbeitet nicht, da mussten wir in die Betriebe und versuchen, die Seiten zusammenzubringen.“³²⁴

Zielgruppe seien Menschen gewesen, die exemplarisch nach Paragraph 15 (Zurechnungsunfähigkeit) oder Paragraph 16³²⁵ (verminderte Zurechnungsfähigkeit) des Strafgesetzbuches der DDR verurteilt worden waren und nun eine ambulante bzw. stationäre Heilbehandlung durchlaufen sollten.³²⁶

„Ach, die hatten Diebstähle, Trinken, das war auch eigentlich nicht zur Arbeit zu gehen und vielleicht auch mal gegen Staat gehetzt und so, das hatten wir, eigentlich war da auch so Fluchtversuche, aber so offensichtliche, im Klo eingeschlossen im Zug und so was, also so ganz, wo die Richter gemerkt haben, das ist kein Staatsfeind. Das waren so die Straftaten. Und die waren meistens eigentlich minderbegabt.“³²⁷

Die psychiatrische Begleitung dieser Personen sei in enger Zusammenarbeit mit der Staatsanwaltschaft erfolgt, da regelmäßig Berichte über den Zustand und die Fortschritte in der Behandlung der Patienten hätten angefertigt werden müssen.³²⁸

Eine Fürsorgerin beschreibt die Promotion einer Psychologin mit Interviews von Suizidpatienten. Diese Interviews seien gelegentlich in der Beratungsstelle fortgesetzt und durch die Fürsorger begleitet worden.³²⁹ Zusätzlich habe es eine spezielle Sprechstunde für Patienten gegeben, die das Depot-Psychopharmakon Lyogen® (Fluphenazin) erhalten hätten. Die Sprechstunden seien ebenfalls von Fürsorgern begleitet worden und hätten dazu beigetragen, die regelmäßige Medikamenteneinnahme sicherzustellen.³³⁰

2.5 FORTBILDUNGEN UND BERUFLICHE ENTWICKLUNG

Die Fortbildungsmöglichkeiten für psychiatrische Fürsorger in der DDR seien begrenzt gewesen und hätten sich vorrangig an ärztlichen Fachvorträgen sowie internen Schulungen in den psychiatrischen Kliniken orientiert. Der Austausch mit Ärzten und anderen Fachkräften habe

³²³ Vgl. 041_F_Halle_20-12-10, Z. 30.

³²⁴ 041_F_Halle_20-12-10, Z. 30.

³²⁵ Das Gericht konnte gemäß den geltenden gesetzlichen Bestimmungen die Unterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung entweder zusätzlich zu oder anstelle einer strafrechtlichen Sanktion anordnen. Vgl. Strafgesetzbuch der DDR (1968), <https://www.verfassungen.de/ddr/strafgesetzbuch68.htm>.

³²⁶ Vgl. 041_F_Halle_20-12-10, Z. 32.

³²⁷ 041_F_Halle_20-12-10, Z. 40.

³²⁸ Vgl. ebenda, Z. 31–36.

³²⁹ Vgl. ebenda, Z. 58.

³³⁰ Vgl. 041_F_Halle_20-12-10, Z. 42–44 u. vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 22.

eine zentrale Rolle in der beruflichen Weiterentwicklung gespielt.³³¹ Überregionale Fachtagungen, Symposien oder externe Weiterbildungen seien selten gewesen.³³² Erst nach der Wende habe sich ein breiteres Spektrum an Fortbildungsangeboten eröffnet, die eine differenzierte Auseinandersetzung mit aktuellen Entwicklungen in der Psychiatrie ermöglicht hätten.³³³ Ein Beispiel für die Entwicklung nach 1990 sei die Einführung regelmäßiger Supervisionsangebote gewesen, die in Einrichtungen wie dem Krankenhaus Berlin-Herzberge eingeführt worden seien. Eine Zeitzeugin berichtet, dass der Chefarzt, beeinflusst durch seine berufliche Erfahrung in den USA, für die Mitarbeitenden monatlich stationsweise Supervisionen angeboten habe. Während einige Mitarbeitende die Möglichkeit zur Reflexion begrüßt hätten, sei das Angebot insbesondere bei Teilen des pflegerischen Personals auf Ablehnung gestoßen. Die Gründe hierfür seien vielschichtig gewesen: Manche hätten die Diskussionen als unangenehm empfunden oder keinen Mehrwert in der Auseinandersetzung mit ihrem eigenen Arbeitsstil gesehen. Einzelne hätten zuvor negative Erfahrungen mit Supervisionen gemacht, was zu Vorbehalten geführt habe.³³⁴ Aufgrund fehlender Reflexion im Patientenumgang habe es auch physische Gewalt gegen Patienten gegeben.³³⁵ So wird es für die Psychiatrie in Mühlhausen von einer Schwester berichtet, die aufgrund ihrer körperlichen und vermutlich auch autoritären Präsenz von den Patienten respektiert worden sei:

„Die hatte es aber auch dann drauf, die Patienten mal an Armen und in eine Einzelzelle zu schubsen, das hatte sie auch drauf, wenn sie sich nicht mehr zu helfen wusste, dann ist sie auch manchmal handgreiflich geworden.“³³⁶

Einige überregionale Weiterbildungen seien dennoch organisiert worden. Ein Zeitzeuge berichtet von einer Fortbildung zur Beheimatung von Langzeitpatienten, bei der es um die Frage gegangen sei, wie eine individuelle und krankenhauserferne Unterbringung für psychisch Erkrankte ermöglicht werden könne.³³⁷ In Eberswalde sei eine Bezirksfürsorgerin für Psychiatrie für die Organisation interner Weiterbildungen zuständig gewesen.³³⁸ Diese hätten sich vorrangig auf Gesetzesänderungen konzentriert und in der Regel zweimal jährlich in der örtlichen Nervenklinik stattgefunden.³³⁹ Daneben seien auch Tagungen in Städten wie Schwedt, Strausberg oder Neuruppin besucht worden.³⁴⁰ Im Saalekreis bei Halle habe es eine strukturierte interne Weiterbildung durch einen Psychologen gegeben, der den Fürsorgern eine gesonderte Gesprächstherapieausbildung vermittelt habe. Ziel sei es gewesen, ihre Fähigkeiten in der

³³¹ Vgl. 029_F_Mühlhausen_20-08-31, Z. 75–77.

³³² Vgl. 029_F_Mühlhausen_20-08-31, Z. 79 u. vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 90 u. vgl. 063_F_Halle_21-08-09, Z. 60.

³³³ Vgl. 029_F_Mühlhausen_20-08-31, Z. 75–77.

³³⁴ Vgl. ebenda, Z. 81.

³³⁵ Vgl. ebenda, Z. 119.

³³⁶ 029_F_Mühlhausen_20-08-31, Z. 119.

³³⁷ Vgl. 030_F_Berlin-Griesinger_20-09-04, Z. 126.

³³⁸ Vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 48 u. 90 u. vgl. 050_F_Eberswalde_21-01-25, Z. 38.

³³⁹ Vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 90 u. vgl. 050_F_Eberswalde_21-01-25, Z. 40.

³⁴⁰ Vgl. 050_F_Eberswalde_21-01-25, Z. 40 u. vgl. 051_F_Eberswalde_21-01-28, Z. 105–107.

Gesprächsführung und im Verbalisieren zu vertiefen. Ergänzend dazu hätten die Fürsorger in der psychiatrischen Beratungsstelle zweimal jährlich Fachvorträge durch eingeladene Referenten organisiert.³⁴¹ Darüber hinaus habe die Universitätsklinik Halle monatliche Weiterbildungen angeboten, deren Teilnahme freiwillig gewesen sei.³⁴² Fachliteratur zur sozialen Arbeit sei in der DDR nur eingeschränkt verfügbar gewesen.³⁴³ Genannt werden eine Heftserie zur Gesprächspsychotherapie, die ab 1981 publiziert worden sei, sowie ein Lehrbuch für Psychiatrie, das von einem Klinikdirektor herausgegeben worden sei.³⁴⁴ Für das berufsbegleitende Hochschulstudium der Sozialtherapie an der Humboldt-Universität in Berlin habe eingeschränkt Zugang zur westdeutschen Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ bestanden, die sich mit Neurologie und Psychiatrie befasst habe.³⁴⁵ Während die offizielle Lehrliteratur begrenzt gewesen sei, hätten einige Ärzte Zugang zu westdeutschen Fachbüchern gehabt, die inoffiziell weitergereicht worden seien.³⁴⁶ Die tägliche Arbeitsgrundlage der Fürsorger habe sich primär an den Sozialgesetzbüchern der DDR orientiert und ergänzende Inhalte zu Pflegegeldregelungen und Arbeitsrecht beinhaltet.³⁴⁷ Nach der Wende habe sich das Fortbildungsangebot erheblich erweitert. Die plötzliche Vielfalt an Seminaren und Schulungen habe zu einer Überforderung vieler Fürsorger geführt:

„Und dann gab es natürlich schlagartig ganz viele Weiterbildungen, wo man, also man wusste ja eigentlich gar nicht, wo man zuerst hinfahren sollte, um irgendetwas zu machen, alles klang irgendwie spannend und toll.“³⁴⁸

In diesem Kontext habe eine Fürsorgerin aus Eberswalde nach der Wiedervereinigung eine Fortbildung zum Thema Angehörigengruppen in der Nähe von Schwerin besucht. Inspiriert von dieser Schulung, habe sie nach ihrer Rückkehr eine Angehörigengruppe gegründet, die von Betroffenen gut angenommen worden sei.³⁴⁹ Dies verdeutlicht, dass die neu gewonnenen Weiterbildungsmöglichkeiten nicht nur die Professionalisierung der Fürsorger stärkten, sondern auch direkt zur Entwicklung neuer Unterstützungsangebote für Patienten und Angehörige führten. Die Phase der Nachqualifikation mit dem Ziel der Angleichung zum westdeutschen Sozialarbeiter habe zum Großteil die Gesetzgebung der Bundesrepublik Deutschland beinhaltet, während DDR-Ausbildungsinhalte wie die Staatsbürgerkunde nicht anerkannt worden seien.³⁵⁰

³⁴¹ Vgl. 064_F_Halle_21-08-30, Z. 51.

³⁴² Vgl. 064_F_Halle_21-08-30, Z. 55 u. vgl. 041_F_Halle_20-12-10, Z. 50.

³⁴³ Vgl. 030_F_Berlin-Griesinger_20-09-04, Z. 127–130.

³⁴⁴ Vgl. 063_F_Halle_21-08-09, Z. 106–110.

³⁴⁵ Vgl. 041_F_Halle_20-12-10, Z. 56.

³⁴⁶ Vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 114 u. vgl. 063_F_Halle_21-08-09, Z. 104–106.

³⁴⁷ Vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 98.

³⁴⁸ 064_F_Halle_21-08-30, Z. 61.

³⁴⁹ Vgl. 050_F_Eberswalde_21-01-25, Z. 36.

³⁵⁰ Vgl. 064_F_Halle_21-08-30, Z. 61.

2.6 SELBSTHILFEGRUPPEN UND PATIENTENORGANISATION

In der DDR sei die Organisation von Selbsthilfegruppen stark eingeschränkt gewesen.³⁵¹ Gruppenzusammenkünfte außerhalb staatlicher Strukturen seien oft kritisch betrachtet und als potenziell staatsfeindlich eingestuft worden:

„[...] überhaupt so alle Gruppenbildung war ja irgendwie so ein bisschen suspekt, weil man dachte das könnte irgendwas Staatsfeindliches sein, also so das gab es nicht so richtig.“³⁵²

Der Begriff ‚Selbsthilfegruppe‘ habe in der DDR nicht im heutigen Sinne existiert. Patientengeführte Gruppierungen seien selten gewesen und hätten staatlicher Kontrolle unterlegen.³⁵³ Dennoch habe es Bestrebungen gegeben, Gruppenformate in die psychiatrische Versorgung zu integrieren.³⁵⁴ Eine Zeitzeugin berichtet von der Idee, eine angeleitete Gruppe für suchtkranke Patienten zu gründen:

„Hatten wir mal die Idee, ob wir nicht anfangen, für Suchtkranke eine Selbsthilfegruppe zu gründen, eine angeleitete, weil Selbsthilfegruppen, das war ein Begriff, den gab es zu DDR-Zeiten so nicht. Der durfte auch nicht so geführt werden, weil es gab ja in dem Sinne auch keine Sozialfälle.“³⁵⁵

In den 1980er Jahren habe sich die Herangehensweise in bestimmten Einrichtungen geändert.³⁵⁶ In der Poliklinik in Eberswalde seien verstärkt Gruppenangebote eingeführt worden, insbesondere für jüngere Patienten mit Schizophrenie. Diese Gruppen seien meist von Ärzten geleitet worden und hätten als Alternative zu individuellen Arztgesprächen gedient. Die Psychologin sei ebenfalls in die Sitzungen eingebunden gewesen, während sich die Fürsorger auf soziale Fragestellungen konzentriert hätten. Obwohl es sich nicht um klassische Selbsthilfegruppen gehandelt habe, hätten diese Treffen den Patienten die Möglichkeit geboten, sich mit Gleichbetroffenen auszutauschen und gegenseitige Unterstützung zu erfahren. Ein Bestandteil sei der Austausch über Nebenwirkungen von Medikamenten gewesen.³⁵⁷

„Als Selbsthilfegruppe würde ich das nicht so bezeichnen, aber das war nicht schlecht, da war auch, da lebte was. Also die haben auch gemerkt, ich bin nicht alleine mit meiner Erkrankung und der war [Anmerkung: mit mir in der Klinik], teilweise haben sie sich ja aus der Klinik gekannt. Das war eigentlich immer recht schöpferisch, muss ich sagen, mit den Patienten zu arbeiten.“³⁵⁸

„[...] Gruppenarbeit, Gruppenarbeit. Wir haben angefangen, Gruppen zu bilden schon zu DDR-Zeiten für Betriebe, die in ihrer Abteilung alkoholranke Menschen hatten.“³⁵⁹

³⁵¹ Vgl. ebenda, Z. 97.

³⁵² 030_F_Berlin-Griesinger_20-09-04, Z. 72.

³⁵³ Vgl. 064_F_Halle_21-08-30, Z. 33.

³⁵⁴ Vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 38–40 u. vgl. 050_F_Eberswalde_21-01-25, Z. 30.

³⁵⁵ 064_F_Halle_21-08-30, Z. 33.

³⁵⁶ Vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 38–40.

³⁵⁷ Vgl. ebenda.

³⁵⁸ 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 38.

³⁵⁹ 050_F_Eberswalde_21-01-25, Z. 30.

Mit dem Aufbau der (Alkohol-)Suchtbetreuung erinnert sich eine Fürsorgerin an die Eröffnung einer Angehörigengruppe im Jahr 1972, welche sie zunächst selbst geleitet habe:

„[...] die Gruppen für Alkoholranke und Angehörige hat natürlich der Rat der Stadt oder Abteilung für Gesundheits- und Sozialwesen oder beziehungsweise Abteilung Inneres, ja, haben da schon geguckt [...] da war jemand von der Abteilung Inneres dabei. [...] Und ich denke, die haben schon immer ein Auge auf uns gehabt, was wir machen. Und nachher, unser Kreispsychiater ab 85, der ärztliche Leiter, der hatte immer mal Besuch, wo die Leute von Inneres was über irgendwelche Patienten wissen wollten [...].“³⁶⁰

Nachdem sich diese Selbsthilfegruppe für alkoholabhängige Menschen etabliert habe, sei sie von „trockenen“ Alkoholikern geführt worden, während die Fürsorgerin selbst nur noch als Hintergrundperson agiert habe. Ihren Angaben zufolge habe es einmal wöchentlich zwei Gruppensitzungen gegeben.³⁶¹ Mitte der 1980er Jahre habe es eine Anfrage der Anonymen Alkoholiker für ein Treffen in West-Berlin gegeben. Für die Teilnahme sei eine Begleitung durch die Staatssicherheit bzw. durch einen Mitarbeiter der Abteilung Inneres notwendig gewesen, woraufhin sie ihre Teilnahme abgesagt habe.³⁶²

Nach der Wende hätten Angehörigengruppen und patientengeführte Gruppierungen stärkere Unterstützung erhalten.³⁶³ Eine Fürsorgerin berichtet von der Entstehung einer Gesprächsgruppe, bestehend aus älteren, alleinlebenden psychisch erkrankten Frauen, sowie einer Jugendgruppe für Patienten im Alter zwischen 25 und 40 Jahren.³⁶⁴ Auch Angehörigengruppen hätten sich in dieser Zeit etabliert:

„Und diese Gruppenarbeit, die habe ich fortgeführt bis zu meinem Ausscheiden aus dem Gesundheitsamt. Die Angehörigengruppe, die hatte sich dann verselbstständigt. Das war auch gut so.“³⁶⁵

Finanzielle Mittel der Krankenkassen hätten nach der Wiedervereinigung zusätzliche Aktivitäten ermöglicht, die über die reine Gesprächsarbeit hinausgegangen seien.³⁶⁶ Es seien gemeinsame Unternehmungen wie Theaterbesuche, Ausflüge und andere Freizeitaktivitäten finanziert worden.³⁶⁷ Eine Zeitzeugin aus Eberswalde hebt die Bedeutung solcher Maßnahmen hervor:

„Wir bekamen durch die Krankenkasse nach der Wende finanzielle Unterstützung und davon wurden dann auch Theaterbesuche möglich oder mal ein Ausflug mit dem Kremser und all so diese Dinge, die wichtig sind, auch

³⁶⁰ 063_F_Halle_21-08-09, Z. 32.

³⁶¹ Vgl. ebenda, Z. 38.

³⁶² Vgl. ebenda.

³⁶³ Vgl. 002_F_Rostock_2020-04-24, Z. 691–704.

³⁶⁴ Vgl. 050_F_Eberswalde_21-01-25, Z. 30.

³⁶⁵ 050_F_Eberswalde_21-01-25, Z. 30.

³⁶⁶ Vgl. ebenda.

³⁶⁷ Vgl. ebenda.

*wichtig sind in der Gruppenarbeit, nicht nur immer die Unterhaltung und das Gespräch.*³⁶⁸

Die Rückmeldungen seien positiv gewesen, derartige Aktivitäten hätten den Betroffenen „gut-
getan“.³⁶⁹ In Halle sei an die Tagesklinik eine Nachbetreuungsgruppe unter der Leitung der
Bezugstherapeuten angegliedert gewesen, hier hätten interessierte Patienten im Anschluss
an die Therapie hinkommen können. Viele Patienten hätten dieses Angebot über einen länge-
ren Zeitraum in Anspruch genommen. Im Vergleich zur versorgenden Universitätsmedizin
habe diese einen sogenannten „Patientenklub“ angeboten, in dem die Patienten aus der Uni-
versitätsklinik ebenfalls eine Nachbetreuung gefunden hätten. Eine Aufnahme externer Pati-
enten, beispielsweise aus der Klinik in Altscherbitz, sei hier nicht möglich gewesen.³⁷⁰ Ein
zentrales Problem bei der Umsetzung solcher Angebote sei die mangelnde Infrastruktur ge-
wesen, insbesondere in ländlichen Regionen. Im Saalekreis hätten geplante Therapiegruppen
für suchtkranke Patienten aufgrund fehlender Transportmöglichkeiten nicht realisiert werden
können:

*„Also die Menschen hatten praktisch keine Gelegenheit, an diesen Gruppen
teilzunehmen, weil die einfach nicht von ihrem Heimatort in die Stadt gekom-
men wären und wieder zurück nach zwei Stunden. Das war in dem ländli-
chen Gebiet sehr schwierig.“*³⁷¹

Für Patienten in abgelegenen Gebieten sei es somit kaum möglich gewesen, regelmäßig an
Gruppensitzungen teilzunehmen, wodurch viele dieser Angebote gescheitert oder gar nicht
erst eingerichtet worden seien.³⁷²

2.7 VERÄNDERUNGEN DER FÜRSORGETÄTIGKEIT NACH DER WENDE

Mit dem Ende der DDR veränderte sich die gesellschaftliche Ordnung. Die Auswirkungen die-
ser Umbrüche hätten sich auch in der psychiatrischen Versorgung bemerkbar gemacht:

*„Na ja, es gab ja dann [...] die offene Spaltung in der Bevölkerung. Der eine
Teil, die auf die Straße gegangen ist und demonstriert hat und der andere
Teil, die im System so verflochten waren, die das so nicht wollten, die eben
eine andere Meinung dazu hatten. Und das ist auch in der Therapie praktisch
aufeinandergestoßen.“*³⁷³

Während in den 1980er Jahren erste Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung sicht-
bar geworden seien, insbesondere durch eine schrittweise Erweiterung der Therapieangebote,

³⁶⁸ 050_F_Eberswalde_21-01-25, Z. 30.

³⁶⁹ Vgl. ebenda, Z. 54.

³⁷⁰ Vgl. 064_F_Halle_21-08-30, Z. 99.

³⁷¹ 064_F_Halle_21-08-30, Z. 33.

³⁷² Vgl. ebenda.

³⁷³ 064_F_Halle_21-08-30, Z. 49.

habe die Wende einen tiefgreifenden Umbruch markiert, der die bisherigen Strukturen grundlegend verändert habe.³⁷⁴ Der ambulante Therapiebereich sei deutlich ausgebaut worden, insbesondere in der komplementären Versorgung mit Wohngemeinschaften, Selbsthilfegruppen und Berufsfördermaßnahmen.³⁷⁵ Auch die Unterbringungsrichtlinien änderten sich, es gab verbindliche Vorgaben zur Zimmergröße und zum Ausstattungsumfang:

„Es war ja dann als Vorschrift angegeben, wie die Patientenzimmer aussehen müssen, wie viel Meter und wie die Einrichtung im Zimmer ausgestattet wird. [...] Das fand ich auch sehr schön.“³⁷⁶

Die therapeutische Praxis habe sich ebenfalls verändert. Die Arbeitstherapie habe sich zur Ergotherapie entwickelt, was eine anspruchsvollere Ausbildung und bessere Behandlungsmöglichkeiten mit sich gebracht habe.³⁷⁷ In Halle sei eine Verhaltenstherapeutin eingestellt worden, die gemeinsam mit der Fürsorgerin verhaltenstherapeutische Gruppen- und Einzeltherapien durchgeführt habe. Die Fürsorgerin habe zudem die Aufgabe übernommen, Therapieprogramme zu evaluieren und anzupassen, um insbesondere Patienten mit Angst- und Panikstörungen besser gerecht zu werden. Nach Angaben der Zeitzeugin aus Halle hätten nach der Wende insbesondere die Diagnosen der Angst- und Panikstörungen zugenommen, ebenso die von Borderline-Störungen, welche zu DDR-Zeiten kaum diagnostiziert bzw. thematisiert worden seien. Erst nach der Wiedervereinigung seien diesbezüglich Therapieprogramme entwickelt worden, wodurch sich die Sichtweisen und die Behandlungsmöglichkeiten erheblich erweitert hätten.³⁷⁸

Durch die Grenzöffnung stellte eine Zeitzeugin aus Eberswalde auch fest, dass insbesondere die Zahl junger Menschen mit psychischen Erkrankungen infolge von Drogenmissbrauch deutlich zugenommen habe.³⁷⁹ Während Suchtprobleme in der DDR meist alkoholbezogen gewesen seien, seien nach der Wende zunehmend Patienten mit drogeninduzierten Psychosen und anderen substanzinduzierten Störungen stationär aufgenommen worden.³⁸⁰ In Zusammenhang mit einem Todesfall sagt eine Zeitzeugin Folgendes:

„Das war für mich entsetzlich. Ich konnte das nicht mehr aushalten. Die Klinik, die war mit dieser Problematik sicher anfangs auch völlig überfordert.“³⁸¹

2.7.1 UMSTRUKTURIERUNG DER FÜRSORGEARBEIT

1991 sei die Poliklinik in Eberswalde in das Gesundheitsamt überführt worden und die Ärzte seien in die Niederlassung gewechselt. Die Fürsorger, nun im sozialpsychiatrischen Dienst

³⁷⁴ Vgl. 063_F_Halle_21-08-09, Z. 54–60.

³⁷⁵ Vgl. 030_F_Berlin-Griesinger_20-09-04, Z. 150.

³⁷⁶ 051_F_Eberswalde_21-01-28, Z. 169.

³⁷⁷ Vgl. 064_F_Halle_21-08-30, Z. 63.

³⁷⁸ Vgl. ebenda.

³⁷⁹ Vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 70.

³⁸⁰ Vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 36 u. 70 u. vgl. 050_F_Eberswalde_21-01-25, Z. 122.

³⁸¹ 050_F_Eberswalde_21-01-25, Z. 122.

tätig, hätten sich entsprechend den neuen gesetzlichen Bestimmungen nachqualifizieren müssen.³⁸² Zeitgleich hätten Psychologen und Ärzte gefehlt. Der Amtsarzt, ein Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin, habe wenig Verständnis für die psychiatrische Fürsorge und deren Bedeutung für die Versorgung psychisch Kranker gezeigt.³⁸³ Die Fürsorger hätten sich in ihrer Arbeit zunehmend beschränkt und entfremdet gefühlt.³⁸⁴

„Und plötzlich hatte der das Sagen und wir nicht mehr. Also, das war für mich schon sehr schwer, muss ich sagen.“³⁸⁵

Ein weiteres fundamentales Problem sei das Untersagen der Hausbesuche gewesen, einem Kernbestandteil der Fürsorgetätigkeit, wie die folgenden beiden Zitate zeigen.³⁸⁶

„Da haben wir gedacht die armen Menschen, die bleiben irgendwo auf der Strecke. Na ja, und dann haben wir versucht, so unsere Hausbesuche weiterzumachen. Dann wurde uns das auch untersagt. Nee, der Patient muss kommen, jetzt ist die Eigenverantwortung. Die Patienten haben gar nicht mehr gewusst, was das hier für eine Welt ist.“³⁸⁷

„Ich hatte also wirklich schwer kranke Leute, die waren früher nicht so schwer krank, weil die eher stationär kamen [...]. Aber so was konnte ich mir damals noch leisten als Sozialarbeiterin und als der, ich sage jetzt mal, Prof. B. kam, der hat natürlich sehr darauf geguckt, das war nicht mehr möglich. [...] das war eine richtige Anweisung, nicht mehr die chronisch Kranken so häufig aufzusuchen.“³⁸⁸

Obwohl es noch eine Außenstelle des Gesundheitsamts in Eberswalde gegeben habe, hätten viele Patienten die neue Hemmschwelle nicht überwinden können und keinen Kontakt mehr aufgenommen.³⁸⁹ Die Umstrukturierung habe auch zu einem Bedeutungsverlust der Fürsorgearbeit geführt. Entsprechende Stellen seien nicht nachbesetzt, Beratungsstellen ausgegliedert und Arbeitsplätze abgebaut worden.³⁹⁰ So hätten sich auch Arbeitszeitmodelle sowie tarifrechtliche Anstellungsverhältnisse in Form von Zeitverträgen geändert.³⁹¹ Der neue Arbeitsschwerpunkt habe auf der Begutachtung der Patientenfälle gelegen, beispielsweise in Fragen der Reisefähigkeitsgutachten bezüglich Abschiebungsangelegenheiten, nicht mehr auf der aufsuchenden Hilfe oder der psychiatrischen Therapie.³⁹² In Halle hätten sich der sozialpsychiatrische Dienst und eine psychosoziale Arbeitsgemeinschaft entwickelt – ein Versorgungssystem,

³⁸² Vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 68.

³⁸³ Vgl. ebenda.

³⁸⁴ Vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 68 u. vgl. 050_F_Eberswalde_21-01-25, Z. 126.

³⁸⁵ 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 68.

³⁸⁶ Vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 68 u. 041_F_Halle_20-12-10, Z. 80–86.

³⁸⁷ 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 68.

³⁸⁸ 041_F_Halle_20-12-10, Z. 84.

³⁸⁹ Vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 68.

³⁹⁰ Vgl. 041_F_Halle_20-12-10, Z. 84 u. vgl. 063_F_Halle_21-08-09, Z. 62.

³⁹¹ Vgl. 064_F_Halle_21-08-30, Z. 51.

³⁹² Vgl. 041_F_Halle_20-12-10, Z. 84 u. 86.

das durch die Unterstützung aller in diesem Bereich tätigen Mitarbeiter und Vertreter der Einrichtungen aufgebaut worden sei.³⁹³ Die guten Kontakte, z. B. in das Gesundheitsamt, hätten zunächst fortbestanden, da es sich überwiegend um ehemalige DDR-Kollegen gehandelt habe.³⁹⁴ Nach der Berentung der Bestandsmitarbeiter habe sich die Zusammenarbeit jedoch verschlechtert, auch mit den klinisch tätigen Sozialarbeitern. Die Zuständigkeiten hätten sich geändert. Das Fazit: Der persönliche Kontakt zum Patienten sei verloren gegangen.³⁹⁵ Auch die Gemeindeschwestern als Bestandteil der dörflichen Versorgung seien entfallen.³⁹⁶

„Und nach der Wende habe ich mich nicht mehr gefreut. Also, da war dieses, dieses Miteinander war irgendwie weg. [...] man konnte einfach auch mal einen Fall besprechen und sagen, ich komm da nicht weiter, sag doch mal, was ich da noch machen kann. Dieses Miteinander, das ist dann irgendwann immer weniger geworden.“³⁹⁷

Diese Entwicklung sei besonders von älteren Fürsorgern kritisiert worden, die betonen hätten, dass junge Sozialarbeiter oft keine ausreichende Kenntnis über Psychiatrie hätten. Es sei gefordert worden, dass sie umfangreiche Weiterbildungen absolvieren oder praktische Erfahrungen im stationären Bereich sammeln sollten, um den Anforderungen der Arbeit mit psychisch kranken Menschen gerecht zu werden.³⁹⁸ Bezüglich der Enthospitalisierung habe sich das betreute Wohnen von der psychiatrischen Krankenhausversorgung getrennt. Sozialarbeiter hätten psychisch Kranke in eigenen Wohnungen betreut und ihnen bei Arztbesuchen und Freizeitaktivitäten geholfen. Auch Angehörige der Betroffenen seien einbezogen sowie besser unterstützt worden.³⁹⁹

2.7.2 NEUE GESETZLICHE RAHMENBEDINGUNGEN UND ENTWICKLUNG DER PATIENTENRECHTE

Mit der Einführung des Psychisch-Kranken-Gesetzes (PsychKG) nach 1990 hätten sich die Einweisungspraktiken geändert. Die Entscheidungshoheit habe nicht mehr allein bei den Ärzten bzw. Psychiatern gelegen, sondern sei fortan durch einen Richter überprüft worden.⁴⁰⁰

„Und mit der Durchsetzung des PsychKG da gab es in der Anfangszeit viel Trouble mit der Zusammenarbeit mit den Gerichten, mit dem Vormundschaftsgericht. Das musste sich erst mal einspielen, dass der Psychiater nicht das alleinige Recht hat zu sagen: Der Mensch muss in die Psychiatrie.“⁴⁰¹

³⁹³ Vgl. 063_F_Halle_21-08-09, Z. 62.

³⁹⁴ Vgl. 029_F_Mühlhausen_20-08-31, Z. 61 u. vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 70.

³⁹⁵ Vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 70 u. vgl. 064_F_Halle_21-08-30, Z. 51.

³⁹⁶ Vgl. 050_F_Eberswalde_21-01-25, Z. 122.

³⁹⁷ 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 134.

³⁹⁸ Vgl. 050_F_Eberswalde_21-01-25, Z. 126.

³⁹⁹ Vgl. ebenda, Z. 122.

⁴⁰⁰ Vgl. 041_F_Halle_20-12-10, Z. 82.

⁴⁰¹ 041_F_Halle_20-12-10, Z. 82.

Nach der Wiedervereinigung habe sich auch die Stellung der Patienten verändert. Ihre Selbstbestimmung sei stärker in den Fokus gerückt, auch in den rechtlichen, während zuvor Maßnahmen wie die Kontrolle der Medikamenteneinnahme durch Fürsorger zunehmend kritisch betrachtet worden seien.⁴⁰²

„[...] wir haben schon mal nach der Wende gehört gekriegt, dass wir in die Persönlichkeit des Patienten eingegriffen haben, deswegen bin ich jetzt vielleicht ein bisschen vorsichtig. Wir haben ja auch die Medikamente des Patienten vor Ort zu Hause kontrolliert. Wir haben geguckt, nimmt der wirklich seine Arznei. Das konnte man ja. Und da haben uns mal ein paar Kollegen aus Spandau gesagt, oh, das ist was ganz Schlimmes, das macht man nicht und so. Aber ja, da kann man immer geteilter Meinung sein. Dafür waren meine Patienten gesünder als die jetzt, die entscheiden, dass sie Medikamente nehmen oder nicht nehmen. Und wenn sie sie nicht nehmen, sind sie verrückt und rennen zum Gespött der Leute rum, das finde ich persönlich schlimm. Aber gut, das kann jetzt jeder sehen, wie er will.“⁴⁰³

2.8 STAATLICHER EINFLUSS UND POLITISCHE RAHMENBEDINGUNGEN

2.8.1 ENTSCHEIDUNGSBEFUGNIS DES KREISARZTES UND DIE ROLLE DER FÜRSORGER

Obwohl die Entscheidungsbefugnis für eine Zwangseinweisung zunächst bei dem Kreisarzt und den anderen Ärzten gelegen habe, würden die Zeitzeugenberichte zeigen, dass die praktische Umsetzung stark durch die Fürsorger geprägt gewesen sei.⁴⁰⁴ Häufig hätten die Kreisärzte die betroffenen Patienten nicht persönlich gekannt, sodass die Fürsorger in der Praxis die Begründungen für eine Einweisung formuliert hätten.⁴⁰⁵ Eine Fürsorgerin berichtet hierzu Folgendes:

„Also der Kreisarzt, der kannte ja unsere Patienten nicht und wenn wir manchmal gezwungen waren, einen Patienten kreisärztlich einzuweisen, haben wir auch diese Begründung geschrieben.“⁴⁰⁶

Die Fürsorger hätten damit nicht nur administrative Aufgaben übernommen, sondern hätten auch maßgeblich beeinflusst, ob und in welcher Form die Einweisungen erfolgen seien.⁴⁰⁷

„Und mit dieser Sache sind wir ja manchmal mit dem Formular schon zum Kreisarzt hingegangen und haben gesagt, wir möchten hier eine Unterschrift, wir müssen den Patienten unterbringen.“⁴⁰⁸

Die Polizei wurde oft als Begleitung hinzugezogen, jedoch nicht, um Zwang auszuüben, sondern um die Sicherheit der Beteiligten zu gewährleisten. Eine Fürsorgerin beschreibt einen

⁴⁰² Vgl. 041_F_Halle_20-12-10, Z. 86 u. vgl. 002_F_Rostock_2020-04-24, Z. 326–328 u. vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 68.

⁴⁰³ 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 64.

⁴⁰⁴ Vgl. 050_F_Eberswalde_21-01-25, Z. 20 u. 114–116 u. vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 66 u. 124.

⁴⁰⁵ Vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 124.

⁴⁰⁶ 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 124.

⁴⁰⁷ Vgl. ebenda, Z. 66 u. 124.

⁴⁰⁸ 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 124.

Fall, in dem ein Patient ausdrücklich darauf bestand, mit Polizei und Krankenwagen abgeholt zu werden:

„[...] der fand das schön, abgeholt zu werden mit Krankenwagen und Polizei. Die Polizei war im Gegensatz zu heute zu meinem Schutz dabei und heute ist ja sozusagen die Polizei da, überhaupt den Patienten mitzunehmen. Das gab es ja nicht, also die Polizei hat auch früher nie eingegriffen, nur, wenn der Patient mich angegriffen hätte. Dadurch, dass er mich aber kannte, gab es in der gesamten Zeit nicht einen einzigen Fall bei mir, wo ein Patient sich so gewehrt hat, dass die Polizei einschreiten musste. Im Gegenteil, die Polizisten hatten mehr Angst vor diesem bisschen merkwürdigen Patienten als alles andere.“⁴⁰⁹

Während der Patient im genannten Fall auf eine offizielle Einweisung bestanden habe, hätten die Fürsorger oft versucht, die Betroffenen zu einer freiwilligen Aufnahme zu bewegen. So sollte die verpflichtende sechswöchige Unterbringung durch eine Zwangseinweisung umgangen werden.⁴¹⁰ Eine Zeitzeugin erzählt hierzu Folgendes:

„Und um denen [Anmerkung: den Patienten] immer diese sechs Wochen zu ersparen, haben wir die oft wirklich überredet: ‚Kommen Sie mit, ist nicht so lange und so.‘“⁴¹¹

Diese Ambivalenz verdeutlicht das Spannungsfeld, in dem sich die Fürsorger bewegten: einerseits die Vorbereitung der Einweisung und ihr Mitwirken, andererseits das Bemühen, eine Zwangsunterbringung abzuwenden.⁴¹²

2.8.2 POLITISCHE EINFLUSSNAHME AUF PSYCHIATRISCHE EINWEISUNGEN

Die Rahmenbedingungen der psychiatrischen Fürsorge seien insbesondere bei politischen Großereignissen sichtbar geworden. Beim Besuch des Bundeskanzlers der BRD, Helmut Schmidt, im Dezember 1981 in Güstrow seien gezielt Patienten aus Angst vor politischen Unruhen eingewiesen worden.⁴¹³ Eine Fürsorgerin berichtet hierzu Folgendes:

„[...] als Schmidt nach Güstrow kam, dann wurden uns drei, vier Patienten eingewiesen zur Kontrolle ihrer Blutwerte, die wollten sie nur von der Straße haben, weil Schmidt kam.“⁴¹⁴

⁴⁰⁹ 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 66.

⁴¹⁰ Vgl. ebenda, Z. 66 u. 124.

⁴¹¹ 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 66.

⁴¹² Vgl. ebenda, Z. 66 u. 124.

⁴¹³ Vgl. 002_F_Rostock_2020-04-24, Z. 562–569 u. 574–576 u. vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 116, 120 u. 124.

⁴¹⁴ 002_F_Rostock_2020-04-24, Z. 562–565.

Diese Einweisungen seien für einen kurzen Zeitraum durch den Kreisarzt angeordnet worden, hintergründig über die Stadtverwaltung bzw. über Beziehungen zur Staatssicherheit, ohne Widerspruchsmöglichkeit seitens der Klinik oder der Fürsorger.⁴¹⁵ Die Listenerfassung der Poliklinik zum Staatsbesuch sei auf Anforderung der Abteilung Inneres und des Kreisarztes erfolgt, die Ärztin der Poliklinik und auch die Fürsorger hätten potenzielle Patienten benannt.⁴¹⁶ Eine Fürsorgerin beschreibt dies so:

„Das wusste jeder. Die sind einfach eingewiesen worden um letztendlich Randle in Güstrow zu vermeiden. Das war ja bei psychiatrischen, die sind ja nicht berechenbar und deswegen haben die also Schiss gehabt und dann hieß es einfach, so ihr kriegt jetzt drei, vier Patienten und da konnte die Klinikleitung auch nichts gegen unternehmen, was sollten wir denn machen? Das wurde einfach so akzeptiert, die sind auch nicht irgendwie festgemacht worden oder irgendwas in der Richtung. Die waren dann normal auf Station und am Montag früh wurden die dann wieder entlassen und jeder hat geschmunzelt.“⁴¹⁷

Eine Fürsorgerin aus Eberswalde ergänzt Folgendes:

„[...] wir alarmiert wurden, also es war eine Katastrophe, jetzt auffallende Menschen zu benennen, die während der Anfahrt von dem Bundeskanzler oder auch während seines Aufenthaltes hier in unserer Nähe in Erscheinung treten könnten.“⁴¹⁸

Die Zeitzeugenberichte belegen, dass Einweisungen in manchen Fällen auch ohne medizinische Indikation allein auf behördliche Anweisung hin erfolgten.⁴¹⁹ Eine Fürsorgerin aus Halle schildert diesbezüglich ihre Wahrnehmung:

„[...] da sollte der oder ist wo irgendwie eingewiesen worden ein Mensch [Anmerkung: im Zusammenhang mit politischen Feiertagen] und da sollte hinterher so eine Einweisung, so ein Einweisungsschreiben gemacht werden, und ich glaube, da hat mein Chef draufgeschrieben: Auf Anweisung des Kreisarztes oder so.“⁴²⁰

Bezüglich weiterer Einweisungen äußert sich eine Fürsorgerin aus Eberswalde:

„Also mir sind auch Fälle bekannt, aber die sind nicht über unseren Tisch gegangen, wo man Patienten in die Klinik gebracht hat, die nicht so willens waren, wie die Regierung bzw. der örtliche Staatsapparat wollte. Aber da hat auch meistens die Klinik hier in Eberswalde nicht mitgemacht. So schnell, wie die in der Klinik waren, so schnell waren sie auch wieder draußen.“⁴²¹

⁴¹⁵ Vgl. 002_F_Rostock_2020-04-24, Z. 577–579 u. vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 117–124.

⁴¹⁶ Vgl. 050_F_Eberswalde_21-01-25, Z. 80–82 u. vgl. 041_F_Halle_20-12-10, Z. 66 u. 68.

⁴¹⁷ 002_F_Rostock_2020-04-24, Z. 574–582.

⁴¹⁸ 050_F_Eberswalde_21-01-25, Z. 76.

⁴¹⁹ Vgl. ebenda, Z. 116 u. 118.

⁴²⁰ 063_F_Halle_21-08-09, Z. 120.

⁴²¹ 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 118.

Den Fürsorgern aus Berlin oder Rostock sind hingegen keine politisch motivierten Einweisungen bekannt.⁴²²

Auch berichtet die Zeitzeugin von einer Apothekerin, die mutmaßlich aufgrund eines gestellten Ausreiseantrags oder eines als „auffällig eingestuften Verhaltens“ eingewiesen worden sei.⁴²³

Als „auffällig“ galten stadtbekannte Personen, die sich auf öffentlichen Plätzen aufhielten und dabei laut sangen oder schimpften. Obwohl ihr Verhalten eigentlich harmlos gewesen sei, hätten sie dennoch als auffällig gegolten.⁴²⁴ Neben politisch „auffälligen“ Personen seien auch andere Gruppen systematisch erfasst worden. Eine Fürsorgerin berichtet, dass vor Feiertagen wie dem 1. Mai Listen mit Personen erstellt worden seien, bei denen ein HWG („häufig wechselnder Geschlechtsverkehr“) bekannt gewesen sei. Diese Personen seien entweder in die Beratungsstelle eingeladen oder, insbesondere Frauen, in eine geschlossene Station für Geschlechtskrankheiten eingewiesen worden. Die Einweisungen hätten dabei nicht primär medizinischen, sondern ordnungspolitischen Zwecken gedient. Die listengeführte Erfassung sei durch die Fürsorger erfolgt.⁴²⁵

Die Zeitzeugenberichte legen nahe, dass psychiatrische Einrichtungen nicht nur medizinischen Zwecken dienen sollten, sondern auch versucht wurde, sie als Instrumente der staatlichen Ordnungspolitik zu nutzen. Die Fürsorger spielten dabei eine operative Rolle, hatten jedoch lediglich begrenzten Einfluss auf die übergeordneten Entscheidungen.

2.8.3 EINFLUSS DES MINISTERIUMS FÜR INNERES UND DER STAATSSICHERHEIT

Die enge Verknüpfung zwischen der Psychiatrie, meist auf chefärztlicher Ebene, und dem Ministerium für Inneres bzw. der Staatssicherheit habe sich in verschiedenen Bereichen gezeigt.⁴²⁶ Im Rahmen der fürsorgerischen Betreuung seien insbesondere Patienten betroffen gewesen, deren Arbeitsplatzbindung staatlicherseits beeinflusst worden sei. Ein Zeitzeugin beschreibt die Funktion des Ministeriums des Inneren als eine Art „geheime Macht“.⁴²⁷ Sie habe die Weisungsbefugnis des Ministeriums gegenüber der städtischen Arbeitsabteilung genutzt, wenn Patienten krankheitsbedingt den Betrieb hätten wechseln sollen. Auch bei der Bearbeitung von Ausreiseanträgen und anderen behördlichen Angelegenheiten hätten die Fürsorger mit dem Ministerium für Inneres zusammengearbeitet.⁴²⁸ Ein weiteres Beispiel für die staatliche Einflussnahme sei die Verknüpfung mit der Ausreisepolitik der DDR gewesen. Eine

⁴²² Vgl. 030_F_Berlin-Griesinger_20-09-04, Z. 106 u. vgl. 002_F_Rostock_2020-04-24, Z. 585–588 u. 949–957.

⁴²³ Vgl. ebenda.

⁴²⁴ Vgl. 041_F_Halle_20-12-10, Z. 68.

⁴²⁵ Vgl. ebenda, Z. 66.

⁴²⁶ Vgl. 063_F_Halle_21-08-09, Z. 32 u. vgl. 064_F_Halle_21-08-30, Z. 101 u. vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 116–118.

⁴²⁷ 041_F_Halle_20-12-10, Z. 62.

⁴²⁸ Vgl. ebenda, Z. 64.

Patientin, die einen Antrag auf Ausreise in die Bundesrepublik gestellt habe, sei zunächst festgehalten worden. Erst als sie mit Suizid gedroht habe und von einer Fürsorgerin eingeschätzt worden sei, sei ihr die Ausreise gewährt worden:

„Ja und ich war dann da und habe gesagt, ja, die Frau ist sicherlich verzweifelt, weil sie hier niemanden hat, suizidal ist die nicht. Aber ich würde die ausreisen lassen, weil, was soll denn die arme Frau machen. Und das ist mithilfe letztendlich der Stasi gelungen, dass die Frau ausreisen durfte.“⁴²⁹

Erschwerend sei auch die allgemeine Verunsicherung der Behörden im Umgang mit psychiatrischen Patienten hinzugekommen:

„[...] da war mal eine Patientin, die einen Ausreiseantrag hatte, und die sollte von der Nervenklinik aus in den Westen. Die war eben sehr krank, das muss ich ganz ehrlich sagen, die waren froh, wenn die weg war.“⁴³⁰

„[...] die Polizisten, die hatten eigentlich, vor den psychischen Krankheiten hatten die einen ziemlichen Respekt. Ich weiß gar nicht, wie ich es anders bezeichnen soll. Einfach, denke ich, aus Unkenntnis, die wussten nicht, was mit den Leuten los ist. Und die waren dann sogar manchmal dankbar, wenn man gesagt: Nein, okay, alles klar, also ist bei uns in der Beratungsstelle, kennen wir und kommt regelmäßig. Aber ich denke, da war wirklich eine Menge Unkenntnis.“⁴³¹

Eine Fürsorgerin berichtet von dem Versuch, sie als Mitarbeiterin für die Staatssicherheit anzuwerben:

„Und da hat mich einer angesprochen, der Leiter da, und hat gesagt: Also, da sind ja mehrere in der Klinik, wir bräuchten jemanden, der sich mal ein bisschen umhört. Also, das war eindeutig Stasi und da habe ich gesagt: Nein, das kommt für mich überhaupt nicht infrage.“⁴³²

2.8.4 DIE PSYCHIATRIE ALS SCHUTZRAUM

Während psychiatrische Einrichtungen in bestimmten Kontexten auch politischen Einflüssen unterlegen waren, berichten Zeitzeugen von Fällen, in denen sie zugleich Schutzraum gewesen seien. Eine Fürsorgerin beschreibt einen jungen Mann, der in alkoholisiertem Zustand wiederholt Auseinandersetzungen mit der Polizei provoziert habe. Derartige Vorfälle seien nicht ungewöhnlich gewesen, doch dieser junge Mann sei nicht nur alkoholisiert, sondern auch oppositionell eingestellt gewesen. Um ihn zu schützen, sei sein Verhalten primär als Folge seiner Alkoholkrankheit dargestellt worden, da Alkoholismus als Krankheit anerkannt gewesen sei und somit bestimmte Verhaltensweisen erklärbar gemacht habe.⁴³³

„Und den konnten wir quasi damit schützen, dass eben Alkoholismus eine Krankheit ist. Und dass man da eine Menge reinrechnen kann an Verhalten und so weiter.“⁴³⁴

⁴²⁹ 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 116.

⁴³⁰ 041_F_Halle_20-12-10, Z. 96.

⁴³¹ 064_F_Halle_21-08-30, Z. 115.

⁴³² 041_F_Halle_20-12-10, Z. 96.

⁴³³ Vgl. 064_F_Halle_21-08-30, Z. 119.

⁴³⁴ 064_F_Halle_21-08-30, Z. 119.

Auch Antragsteller auf Ausreise seien teilweise als „krank“ eingestuft worden, um sie vor weiteren Repressionen zu schützen:

„[...] also bei uns sind etliche damals in der Ambulanz krankgeschrieben worden, die einen Ausreiseantrag hatten, die völlig am Ende waren durch Verhöre und solche Sachen. Und das waren zum großen Teil aber eher halblische Patienten. Ich war ja im Saalekreis. Also für die war wieder das eine gute Adresse, einfach in den Saalekreis zu gehen.“⁴³⁵

Innerhalb einer „Kommission für psychisch Kranke“⁴³⁶ hätten Patienten mit Unterstützung der Fürsorger einen gewissen Schutzstatus erhalten:

„Also, wenn wir da von der Psychiatrie ausgesagt haben: Ja, das könnte mit der und der Krankheit zusammenhängen und so weiter und sofort, dann hatten auch die Betroffenen mitunter richtig Ruhe vor staatlichen Reglementierungen.“⁴³⁷

Auf Grundlage von Paragraph 15 des Strafgesetzbuches⁴³⁸ der DDR seien vermeintliche Regimekritiker der Psychiatrie zugewiesen worden, um sie aus der Öffentlichkeit zu entfernen. Ein in diesem Zusammenhang benannter Fall betreffe den Sohn eines Pathologen, der im betrunkenen Zustand vor einer Jugendherberge die FDJ-Organisation beschimpft und staatsfeindliche Reden gehalten haben soll. Ihm sei ein Studium verwehrt worden und die Aufnahme in die Psychiatrie sei formal unter Paragraph 15 erfolgt:

„[...] das war auch von einem Pathologen der Sohn, das war so ein Arzt, der hat hier vor der Jugendherberge im betrunkenen Zustand irgendwie die FDJ beschimpft oder staatsfeindliche Reden geführt. Und der wollte studieren und der konnte nicht studieren, der ist dann auch ausgereist. Und der ist zu uns gekommen, dem haben sie den Paragraphen 15 gegeben, das haben wir alles pro forma gemacht, der hat sich immer vorgestellt, wir haben uns nett unterhalten. Ich konnte dem nicht sagen, dass er das Richtige gesagt hat, aber, ja, das war so eine stillschweigende [Anmerkung: Vereinbarung].“⁴³⁹

⁴³⁵ 064_F_Halle_21-08-30, Z. 123.

⁴³⁶ Ebenda, Z. 101. Gemeint ist ein beratendes Gremium, das je nach Ausprägung über Krankschreibungen entschied und potenzielle Gefährdungen durch psychisch erkrankte Personen bewertete.

⁴³⁷ 064_F_Halle_21-08-30, Z. 101.

⁴³⁸ Der §15 des Strafgesetzbuches der DDR schloss die strafrechtliche Verantwortlichkeit bei krankhafter Geistes- oder Bewusstseinsstörung aus und ermöglichte eine psychiatrische Einweisung.

Vgl. Strafgesetzbuch der DDR (1968), <https://www.verfassungen.de/ddr/strafgesetzbuch68.htm>.

⁴³⁹ 041_F_Halle_20-12-10, Z. 98.

III. ZUSAMMENFASSUNG

Die psychiatrische Fürsorge in der DDR war Teil des staatlich organisierten Gesundheitswesens. Die vorliegende Arbeit untersucht die Rolle der Fürsorger und ihre Aufgaben sowie die gesellschaftliche Einbettung anhand von Zeitzeugeninterviews. Die Fürsorger agierten zwischen medizinischer Versorgung, sozialer Betreuung und staatlicher Repression. Sie arbeiteten in psychiatrischen Einrichtungen sowie in Beratungsstellen. Ihre Aufgaben lassen sich in drei große Säulen aufteilen: die berufliche und gesellschaftliche Wiedereingliederung von Patienten, die Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Behörden sowie die aufsuchenden Hausbesuche. Sie unterstützten damit nicht nur die Patienten, sondern auch die Ärzteschaft, die Betriebe und die Angehörigen. In der psychiatrischen Versorgung spielten Fürsorger eine bedeutende Rolle, indem sie die psychiatrische Versorgung maßgeblich beeinflussen konnten und die Patienten weitergehend nachbetreuten. Auch über die Notwendigkeit stationärer Behandlungen konnten sie zum Teil mitentscheiden. Die Ausbildung der Fürsorger entwickelte sich ab den 1970er Jahren zu einem strukturierten Fachschulstudium mit ideologischer Prägung. Nach 1990 mussten viele Fürsorger aufgrund der fehlenden berufsrechtlichen Anerkennung eine Weiterbildung durchlaufen. Während einige diese Bildungsmaßnahme als wertvolle Möglichkeit zur Weiterqualifikation betrachteten, empfanden andere sie als herabwürdigend und als berufliche Entwertung. Die Zeitzeugen berichteten, dass ihre Arbeit stark von der politischen Kontrolle der DDR geprägt war. Während sich einige als Helfer verstanden, erlebten andere ihre Tätigkeit auch als Mittel der staatlichen Kontrolle. Beispielsweise seien 1981 vor dem Staatsbesuch des Bundeskanzlers der BRD, Helmut Schmidt, psychisch kranke Bürger mit Hilfe der Fürsorger systematisch erfasst und untergebracht worden. Mit dem Thema der Zwangseinweisungen tangiert diese Arbeit ein weiteres kritisches Thema. Eine Zeitzeugin erinnert sich auch an die listenmäßige Erfassung durch Fürsorger und die Unterbringung von Frauen, die als „HwG-Personen“ (häufig wechselnde Geschlechtspartner) registriert worden waren. Ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit ist die Rolle der Fürsorger beim Umgang mit suchtkranken Patienten. Die Betreuung von Alkoholkranken sei stark reglementiert gewesen oder vernachlässigt worden. Patienten seien durch das persönliche Umfeld, aber auch durch Betriebe oder Behörden gemeldet worden. In Summe zeigt die vorliegende Arbeit, dass die Fürsorger damit zwischen sozialer Hilfe und staatlicher Kontrolle agierten. Die Aufarbeitung ihrer Rolle bleibt somit ein wichtiger Bestandteil der Medizingeschichte der DDR.

IV. DISKUSSION

Die folgenden Abschnitte diskutieren die zentralen Erkenntnisse dieser Arbeit im Hinblick auf ihre Einbettung in den historischen und fachlichen Kontext. Dabei werden sowohl systemische Besonderheiten als auch berufsspezifische Herausforderungen reflektiert. Beginnend mit der methodenkritischen Reflexion ist zu sagen, dass die vorliegende Arbeit einem qualitativen, explorativen Zugang folgt, der bewusst auf die subjektiven Perspektiven ehemaliger DDR-Fürsorger fokussiert ist. Diese Herangehensweise erlaubt tiefere Einblicke in die Handlungen der Zeitzeugen, auch unter Berücksichtigung der einzelnen Biografien. Ein Anspruch auf Repräsentativität kann dadurch aber nicht erhoben werden. Die einzelnen Interviews wurden leitfadengestützt geführt, wodurch sich Erzählungen zu bestimmten Themen verdichten. Allerdings sind diese bedingt durch erinnerungskulturelle Lücken und subjektive Überschattung nicht absolut valide. In der systematischen Auswertung der Interviews konnten sowohl erwartete als auch unerwartete Kategorien herausgearbeitet werden, die die Komplexität der fürsorgerischen Tätigkeit in der DDR aufzeigen. Die iterative Verfeinerung der Kategorien schuf ein flexibles, an das Material angepasstes Analyseraster, das Offenheit für neue Erkenntnisse gewährleistete, ohne dabei den methodischen Rahmen zu verlieren. Ein zentraler Mehrwert der qualitativen Analyse liegt in der Kontextualisierung der erhobenen Daten. Die Aussagen der Fürsorger lassen sich nicht isoliert betrachten, sondern müssen stets im Kontext zwischen individueller Erfahrung und systemischen Rahmenbedingungen beleuchtet werden. Gerade weil das sozialistische Fürsorgesystem auf eine enge Verzahnung von Betreuung und Kontrolle ausgelegt war, ermöglicht diese Herangehensweise ein differenziertes Verständnis dieser Ambivalenz. Die Forschung zur Psychiatrie in der DDR beschäftigt sich auch mit dem Missbrauch in der Diktatur der DDR und den verbundenen Repressionen der politischen Führung. Die Rolle der Fürsorger wurde bislang dabei nicht untersucht. Die Arbeit zeigt, dass die Fürsorger sowohl sozialtherapeutische als auch kontrollierende Funktionen übernahmen. Bisherige Studien, beispielsweise von Kumbier und Steinberg, beschäftigten sich vor allem mit der Rolle der Ärzte, während die Perspektive der Fürsorger fehlte.⁴⁴⁰ Im Abgleich lässt sich konstatieren, dass die Fürsorger eine eigenständige Verantwortung in der Versorgung psychisch kranker Menschen hatten, zugleich sie aber auch im staatlichen Sinne überwachten. Das eröffnet eine neue Perspektive auf die Psychiatrie in der DDR. Die Ergebnisse dieser Arbeit ergänzen außerdem die Untersuchung von Balz um die Perspektive aus Sicht der Zeitzeugen. Während Balz insbesondere die institutionelle Entwicklung analysiert und formal die Entwicklung der Fürsorger beschreibt, zeigen die Interviews, wie psychiatrische Fürsorge praktisch gelebt wurde.⁴⁴¹ Die Aussagen der Zeitzeugen bestätigen einerseits die zunehmende

⁴⁴⁰ Vgl. Kumbier et al., 2018.

⁴⁴¹ Vgl. Balz, 2023.

Professionalisierung, verweisen aber andererseits zugleich auf politische Einflussnahmen sowie strukturelle Brüche, die vor allem in der Wendezeit deutlich wurden. Damit erweitern die Interviews die bisherige Forschung um konkrete Einblicke in den Berufsalltag und das Selbstverständnis der Fürsorge.

4.1 BEANTWORTUNG DER FRAGESTELLUNG

Die Rekonstruktion der Berufsbiografien der interviewten Fürsorgerinnen und Fürsorger zeigt einen klaren, aber nicht geradlinigen Weg in die psychiatrische Fürsorge der DDR. Viele der Befragten hatten ursprünglich andere berufliche Ziele, wurden jedoch durch Umwege, familiäre Prägungen oder strukturelle Notwendigkeiten in die psychiatrische Fürsorge geführt. Die Ausbildung erfolgte häufig berufsbegleitend und war von hoher Praxisnähe geprägt. Trotz begrenzter materieller Ressourcen zeigen die Biografien ein hohes Maß an beruflicher Identifikation, die Zeitzeugen blicken positiv auf den Beruf der Fürsorger zurück. In der Rückschau schilderten sie ihre Tätigkeit vielfach als sinnstiftend sowie als Raum relativer Autonomie innerhalb eines ansonsten stark reglementierten Systems.

Hinsichtlich der Spezifika der Fürsorgearbeit und des beruflichen Selbstverständnisses verdeutlichen die Interviews ein vielschichtiges Berufsbild: Die psychiatrische Fürsorge war nicht allein auf Verwaltungsaufgaben und Anträge beschränkt, sondern eng mit praktischer Alltagsunterstützung, Beziehungsarbeit sowie Krisenintervention verwoben. Die aufsuchende Tätigkeit war zentraler Bestandteil des Berufsbilds. Hausbesuche, Gespräche mit Angehörigen und Betrieben sowie die Vermittlung zwischen medizinischen, sozialen und beruflichen Instanzen gehörten zur täglichen Arbeit. Kritik äußerten einige Zeitzeuginnen retrospektiv an der zunehmend reglementierten Nachwendesituation, in der diese Fürsorgerrolle mehr und mehr vom Patienten weggerückt sei. Auch empfanden sie die spätere Eingliederung in die sozialpsychiatrischen Dienste oft als Reduktion ihrer Handlungsspielräume.

Die dritte Forschungsfrage, die sich auf den Staatsbesuch Helmut Schmidts und mögliche politische Einflussnahmen auf die psychiatrische Versorgung bezieht, lässt sich nur bedingt beantworten. Die Aussagen der Zeitzeugen belegen keine systematische politische Instrumentalisierung der Psychiatrie. Gleichwohl schilderten einige Zeitzeugen, dass insbesondere vor staatsrepräsentativen Feiertagen auch mit Unterstützung der Fürsorger Listen von „auffälligen“ Personen erstellt worden seien und es in der Folge stationäre Einweisungen gab. Das spricht für den Versuch des politischen Missbrauchs der Psychiatrie im Sinne einer gezielten Instrumentalisierung. Zudem gerieten Personen mit Ausreiseantrag mitunter in den Fokus psychiatrischer Betreuung. Eine Zeitzeugin schilderte etwa, dass in ihrer Ambulanz mehrfach solche Patienten krankgeschrieben wurden, die durch Verhöre stark belastet gewesen seien. Zwar handelt es sich hierbei nicht um eine politische Instrumentalisierung der Psychiatrie, jedoch verdeutlicht dieses Beispiel die Möglichkeit der Hilfe in bestimmten Einzelfällen.

4.2 EINORDNUNG DER PSYCHIATRISCHEN FÜRSORGEPRAXIS IM SYSTEM DER DDR

Die psychiatrische Fürsorge in der DDR war Teil eines sozialen Systems, das Hilfe und Kontrolle eng miteinander verknüpfte. Der Begriff der „Fürsorgediktatur“ von Jarausch verweist auf diese strukturelle Doppelrolle.⁴⁴² Fürsorger verstanden sich einerseits als Unterstützer in schwierigen Lebenslagen, agierten andererseits zugleich jedoch in einem System, das soziale Disziplinierung verfolgte. Besonders deutlich wurde dieser Umstand im Umgang mit Alkoholabhängigkeit, bei Kriseninterventionen oder bei präventiven Hausbesuchen, die auch Überwachungscharakter trugen.

Die Zeitzeugen berichten von einem hohen Maß an persönlichem Engagement und beruflicher Identifikation. Aufsuchende Fürsorge wurde als Beziehungsarbeit verstanden, die über bürokratische Aufgaben hinausging. Viele Interviewte schilderten den Wunsch, den Patienten zu helfen, Einweisungen zu vermeiden und individuelle Lösungen zu finden, auch im Spannungsfeld institutioneller Vorgaben. Die Interviews deuten damit auf ein berufsethisches Selbstverständnis hin, das in einem autoritären Kontext Handlungsspielräume suchte und teilweise auch nutzen konnte.

Ein vergleichendes Beispiel für diese Vielschichtigkeit war die Arbeitstherapie. Offiziell als Bestandteil der rehabilitativen Komplextherapie vorgesehen, diente sie zugleich der Aufrechterhaltung des Klinikbetriebs. Windirsch zeigte, dass therapeutische und disziplinierende Elemente häufig vermischt waren. Während manche Zeitzeugen die Arbeitstherapie als hilfreich empfanden, berichten andere von Zwang, Leistungsdruck und fehlender therapeutischer Reflexion. Die beruflich Tätigen betonten, dass die Patienten lediglich zur Mitwirkung ermutigt worden seien und kein Zwang ausgeübt worden sei, hingegen schilderten die Betroffenen die Situation teils abweichend.⁴⁴³ Die daraus resultierende Spannung zwischen dem vermeintlich sinnstiftenden Charakter der Beschäftigung und dem fehlenden therapeutischen Mehrwert lässt sich auch auf die Arbeit der Fürsorger projizieren. Analog zeigt sich diese zweifache Bedeutung am Beispiel des Stralsunder Chefarztes Friedrich Rudolf Groß (1920–1998) in der Aufarbeitung von Armbruster und Jarisch. Er verfolgte eine therapeutisch orientierte Ausrichtung mit Betonung von Freiwilligkeit und individueller Rehabilitation. Zugleich war die Klinik auf die Arbeitskraft der Patienten angewiesen, was die Umsetzung dieses Anspruchs begrenzte. Groß kritisierte diese funktionale Nutzung offen, konnte sich mit seinen Reformbestrebungen jedoch nicht gegenüber den politischen Vorgaben durchsetzen.⁴⁴⁴ Diese Konstellation lässt sich auf die psychiatrischen Fürsorger übertragen. Sie agierten innerhalb eines politischen Systems, bemühten sich allerdings um individuelle Hilfestellungen. Das verweist auf moralische Dilemmata, aber auch auf Versuche, innerhalb der systemischen Begrenzungen

⁴⁴² Vgl. Jarausch, 2012, S. 265.

⁴⁴³ Vgl. Windirsch et al., 2023, S. 360–365.

⁴⁴⁴ Vgl. Armbruster et al., 2014, S. 363–370.

menschliche Spielräume zu schaffen. Die psychiatrische Fürsorge war damit weder pauschal repressiv noch eindeutig unterstützend, sondern bewegte sich abhängig von Kontext, Haltung und Rahmenbedingungen zwischen diesen Polen. Die Interviews eröffnen so eine differenzierte Perspektive auf die Fürsorgepraxis in der DDR, jenseits einfacher Schuldzuschreibungen, aber auch ohne deren kritische Befragung zu umgehen. Die Gesamtkomplexität zeigt sich ebenso im Antwortverhalten der Zeitzeugen. Rückblickend äußern sich einige zurückhaltend und reflektiert. Eine Befragte betont, dass ihr erst nach der Wende bewusst geworden sei, wie ihr damaliges Handeln als Eingriff in die Persönlichkeitsrechte verstanden werden könnte.⁴⁴⁵ Die Arbeit von Lindenberger beschreibt, dass Herrschaft in der DDR nicht allein durch Zwang, sondern auch durch alltägliches Handeln und ideologische Durchdringung ausgeübt wurde. Die politische Führung verstand den Staat als Instrument zur gesellschaftlichen Umgestaltung, wobei staatliche Steuerung Vorrang gegenüber sozialer Selbstorganisation hatte.⁴⁴⁶ Diese Logik legitimierte zudem den Zugriff auf individuelle Lebensbereiche, so auch übertragen im Kontext psychiatrischer Fürsorge. Die psychiatrische Fürsorgepraxis der DDR war damit Ausdruck einer strukturell bedingten Doppelrolle: Sie war zugleich Teil eines Systems sozialistischer Disziplinierung und professionell motivierter Hilfepraxis.

4.3 ZÄSUR DURCH DIE WENDE – BRUCH ODER KONTINUITÄT?

Mit der friedlichen Revolution 1989/90 wurde das Fürsorgewesen der DDR aufgelöst. Das Berufsbild des Fürsorgers, welches überwiegend durch eine hohe Frauenbelegschaft geprägt war, fand keine Entsprechung im westdeutschen Versorgungssystem und wurde nicht in die neuen Strukturen übernommen. In den Interviews schilderten die Zeitzeugen diese Entwicklung häufig als schmerzlichen Bruch. Ihre bisherigen Kompetenzen wurden nicht anerkannt und die Eingliederung in die neuen Zuständigkeitsbereiche gestaltete sich schwierig. Dies wurde vielfach als strukturelle sowie auch persönliche Abwertung erlebt. Die Interviews verdeutlichen, dass die berufliche Identität der Fürsorger stark mit ihrer Position im DDR-System verknüpft war. Der plötzliche Wegfall dieser Strukturen wurde daher nicht nur als organisatorischer Bruch, sondern auch als Verlust von Handlungsfreiheit und professioneller Selbstwirksamkeit erlebt. Die berufliche Neuordnung wurde nach 1990 zudem als subjektiver Kontrollverlust wahrgenommen, insbesondere vor dem Hintergrund, dass viele Fürsorgerinnen zuvor zentrale Entscheidungen im direkten Umfeld der Patienten treffen konnten. Die neuen westdeutschen Regelwerke, Zuständigkeiten und Hierarchien führten bei einigen Zeitzeugen zu einem Gefühl der Marginalisierung, das sich in den Interviews ausdrückt. Der Wechsel der

⁴⁴⁵ Vgl. 039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 64.

⁴⁴⁶ Vgl. Lindenberger, 2003, S. 15–16.

ehemaligen „aufsuchenden Hilfe“ in die Eigenverantwortung der Patienten und die zunehmende Stärkung dieser markieren jenen grundlegenden Wechsel. Der Vergleich mit der westdeutschen Sozialpsychiatrie wird nicht gezogen. Damit bleibt offen, ob es auch später aufsuchende Versorgungsstrukturen gab. Das Rollenverständnis der westdeutschen Sozialarbeiter wird von den Zeitzeugen ebenfalls nicht thematisiert. Zudem wird die veränderte Professionalisierung kritisch hinterfragt: So äußert beispielsweise eine Zeitzeugin Unverständnis darüber, dass sich nach der Wende plötzlich viele als Sozialarbeiter verstanden, ohne spezifische Ausbildung oder psychiatrische Erfahrung. Diese Aussagen verdeutlichen nicht nur einen berufsbezogenen Stolz, sondern auch eine Unzufriedenheit mit dem Wandel professioneller Standards. Schließlich wird in mehreren Interviews auf eine zunehmende Bürokratisierung verwiesen, die die direkte Beziehungsarbeit erschwerte.

4.4 FEHLEN DIE FÜRSORGER IN DER HEUTIGEN VERSORGUNG?

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob mit der Auflösung der DDR-Fürsorgestrukturen nicht auch zentrale Elemente einer alltagsnahen, niedrigschwelligen Betreuung verloren gingen. Die Analyse der Zeitzeugeninterviews lässt vermuten, dass die Fürsorger eine Versorgungsform verkörperten, die in dieser Intensität heute nur schwer realisierbar wäre. Mehrere strukturelle Gründe würden eine Übertragung dieses Modells in die Gegenwart erschweren: Zum einen fehlt eine gesicherte Gegenfinanzierung durch gesetzliche Krankenkassen, da das System bereits heute unter erheblichem finanziellem Druck steht und zusätzliche, sektorenübergreifende Leistungen derzeit nicht abbilden kann.⁴⁴⁷ Zum anderen setzen die gestärkte Selbstbestimmung der Patienten und die entsprechenden rechtlichen Rahmenbedingungen enge Grenzen für aufsuchende Hilfen, insbesondere, wenn diese mit Kontrollfunktionen verknüpft wären. Der zunehmende Fachkräftemangel, insbesondere im psychiatrischen Bereich, verschärft diese Situation zusätzlich.⁴⁴⁸ Vor diesem Hintergrund muss Abu Zahra zugestimmt werden, dass insbesondere Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen feste Bezugspersonen und eine klar strukturierte Versorgung mit verlässlichen Zuständigkeiten benötigen, um nicht „permanent auffällig zu werden und schließlich sukzessive dem sozialen Alltag zu entgleiten.“⁴⁴⁹ Es bleibt die Frage offen, ob Elemente der DDR-Fürsorgepraxis, entkoppelt von ideologischer Einbettung, Impulse für eine moderne, gemeindenahe Psychiatrieversorgung liefern könnten. Die Interviews legen nahe, dass patientenorientierte, aufsuchende Angebote, die familiäre und andere soziale Hintergründe einbeziehen, eine gesellschaftliche Wiedereingliederung fördern. Zudem waren stabile Ansprechpartner, die diesen Prozess begleiten, wirksam und sind es sicherlich auch heute noch.

⁴⁴⁷ Vgl. Deutscher Ärzteverlag GmbH, Redaktion Deutsches Ärzteblatt, 2024.

⁴⁴⁸ Vgl. AerzteZeitung.de, 2023.

⁴⁴⁹ Abu Zahra, 2015, S. 7–8.

4.5 FAZIT

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen auf, dass eine weiterführende vergleichende Analyse ost- und westdeutscher Versorgungskonzepte auch nach der Wiedervereinigung lohnend wäre. Sie verdeutlichen zugleich, dass Fürsorge nicht nur Gegenstand wissenschaftlicher Forschung in der Geschichte ist, sondern auch Teil der gesellschaftlichen Erinnerungskultur. Die dokumentierten Erfahrungen demonstrieren, dass selbst in politisch schwierigen Kontexten noch Spielräume für menschliches Handeln existierten und es sich lohnt, diese sichtbar zu machen. Die vorliegende Untersuchung wirft weitere Fragen für die zukünftige Forschung auf. Insbesondere die vielschichtigen Dimensionen der Fürsorgearbeit in einem repressiven politischen System verdienen eine vertiefte Auseinandersetzung in einem breiteren Kontext. Die Analyse von weiteren Berufsgruppen, etwa von Ärzten oder Pflegekräften, könnte dabei helfen, das Spannungsfeld zwischen Hilfe und Kontrolle noch differenzierter zu verstehen. Zudem erscheint es vielversprechend, den Einfluss der DDR-Fürsorge auf die Entwicklung der Sozialpsychiatrie nach der Wiedervereinigung genauer zu beleuchten. Abschließend zeigt sich Folgendes: Die Aufarbeitung der Psychiatrie in der DDR ist noch nicht abgeschlossen und die Rolle der Fürsorger stellt dabei ein bislang kaum benanntes, aber bedeutsames Kapitel dar.

V. LITERATURVERZEICHNIS

Abu Zahra, Claudia. *Die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der DDR am Beispiel der Hauptstadt Ostberlin*. Dissertation Charité – Universitätsmedizin Berlin. 2015.

AerzteZeitung.de. „Personalvorgaben für die Psychiatrie werden oft nicht eingehalten“. Online vom 02.02.2023, verfügbar unter: <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Personalvorgaben-fuer-die-Psychiatrie-werden-oft-nicht-eingehalten-436300.html> (zuletzt abgerufen am 20.08.2025).

Armbruster, Jan und Jarisch, Anne. Im Spannungsfeld von individueller Rehabilitation und Missbrauch: Arbeitstherapie in der DDR-Psychiatrie am Beispiel des Bezirkskrankenhauses Stralsund. *Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde*. 2014, Bd. 20.

Baier, Petra. Zu den Aufgaben einer Krankenhausfürsorgerin – Erfahrungsbericht, in: *Heilberufe*, Jg. 39 (1987), H. 8, S. 311-312.

Balz, Viola. Im toten Winkel der Psychiatriegeschichte. Psychiatrische Fürsorge in der DDR, 1950–1974, in: Ekkehardt Kumbier und Kathleen Haack (Hg.), *Psychiatrie in der DDR III: Weitere Beiträge zur Geschichte*, BeBra Wissenschaft Verlag, Berlin 2023, S. 285–300.

Brückner, Burkhard und Kersting, Franz-Werner. *Eine vergessene Geschichte: Psychiatrische Sozialarbeit in Deutschland – Berichte, Dokumente und Analysen aus der Bundesrepublik und der DDR (1960–1990)*, Hochschule Niederrhein, Fachbereich Sozialwesen (Schriftenreihe, Bd. 64), Mönchengladbach 2021.

Brüning, Steffi. „Frauen unter Kontrolle: Geschlossene Krankenanstalten in der DDR“, Heinrich-Böll-Stiftung, Online vom 25.07.2019, verfügbar unter: <https://www.boell.de/de/2019/07/25/frauen-unter-kontrolle-geschlossene-krankenanstalten-der-ddr> (zuletzt abgerufen am 20.08.2025).

Brüning, Steffi. „Lernen aus der Geschichte. Prostitution in der DDR. Staatliche Repressionen gegen unangepasste Frauen“, Online vom 23.12.2020, verfügbar unter: <http://lernen-aus-der-geschichte.de/Lernen-und-Lehren/content/14971> (zuletzt abgerufen am 20.08.2025).

Deutscher Ärzteverlag, Redaktion Deutsches Ärzteblatt. „Krankenkassen mit knapp vier Milliarden im Minus“, Deutsches Ärzteblatt, Online vom 06.12.2024, verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/news/krankenkassen-mit-knapp-vier-milliarden-im-minus-5bcefd05-5bec-415e-9d6d-08653d84787c> (zuletzt abgerufen am 30.07.2025).

Deutscher Bundestag. „Anerkennung der in den Ländern der ehemaligen DDR gebräuchlichen Berufsabschlüsse ‚Gesundheits- und Sozialfürsorger/innen‘ nach bundesdeutschen

- Rechtsnormen“. Antwort der Bundesregierung, 11. Wahlperiode, Drucksache 11/8474, 1990.
- Deutsches Ärzteblatt. „DDR-Bezirksärzte: Im Zweifelsfall für die sozialistische Sache“, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 109 (2012), H. 43, S. A2128–A2132. Online unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/131912> (zuletzt abgerufen am 30.07.2025).
- Ewert, Günter. Aufgaben und Organisation der Dispensairebetreuung in der DDR, in: *Heilberufe*, Jg. 37 (1985), H. 4, S. 126.
- Falk, Beatrice und Hauer, Friedrich. *Brandenburg-Görden: Geschichte eines psychiatrischen Krankenhauses*, BeBra Wissenschaft Verlag, Berlin 2007.
- Feind-Wahlicht, Bernadette, Tippel, Peggy und Brose, Thomas. *Fürsorge in der DDR – Beratung in den Handlungsfeldern Staatliche Jugendhilfe und Katholische Fürsorge*, hrsg. von Thomas Brose, Peter Lang, 2023.
- Feustel, Adriane. „Alice Salomon (1872–1948): Eine Protagonistin der Moderne und Vordenkerin einer sozialen Gesellschaft“, in: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hg.), *Facetten der Fürsorge*, 2014, S. 84–89.
- Genzel, Christian, Lux, Ditha und Münnich, Klaus. 1987. „Aufgaben des Fürsorgers im Krankenhaus“, in: *Heilberufe*, Jg. 39 (1987), H. 8, S. 282–283.
- Gerabek, Werner E. et al. (Hg.). *Enzyklopädie Medizingeschichte*, Bd. 1: A–G, Walter de Gruyter, Berlin 2007, S. 1344–1346.
- Geyer, Michael. *Psychotherapie in Ostdeutschland: Geschichte und Geschichten 1945–1995*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2011.
- Grashoff, Udo. „Suizidforschung und -prävention in der DDR“, in: Ekkehardt Kumbier und Holger Steinberg (Hg.), *Psychiatrie in der DDR. Beiträge zur Geschichte*, BeBra Wissenschaft Verlag, Berlin-Brandenburg 2018 (Schriftenreihe zur Medizin-Geschichte, Bd. 24), S. 173–190.
- Hanrath, Sabine. *Zwischen „Euthanasie“ und Psychiatriereform: Anstaltspsychiatrie in Westfalen und Brandenburg. Ein deutsch-deutscher Vergleich (1945–1964)*, Ferdinand Schöningh, Paderborn 2002.
- Helfferrich, Cornelia. „Leitfaden- und Experteninterviews“, in: Nina Baur und Jörg Blasius (Hg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, Springer Fachmedien, Wiesbaden 2014, S. 559–574.
- Hess, Volker. „Psychochemicals crossing the wall. Die Einführung der Psychopharmaka in der DDR aus der Perspektive der neueren Arzneimittelgeschichte / Psychochemicals crossing the wall. The introduction of psychoactive pharmaceuticals in the German Democratic Republic“, in: *Medizinhistorisches Journal*, Jg. 42 (2007), H. 1, S. 61–84.

- Hugi, Sonja. „Ministerium des Inneren“, Bundeszentrale für politische Bildung, Online vom 30.12.2019, verfügbar unter: <https://www.bpb.de/themen/deutsche-teilung/ddr-kompakt/521917/ministerium-des-inneren/> (zuletzt abgerufen am 30.07.2025).
- Jaraus, Konrad H. „Realer Sozialismus als Fürsorgediktatur: Zur begrifflichen Einordnung der DDR“, in: *Historische Sozialforschung*, Jg. 24 (2012), S. 249–272.
- Keyserlingk von, Hugo. „Soziologie, Behandlung und Rehabilitation der Alkoholiker“, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie*, Bd. 12 (1960), H. 5, S. 176–183.
- Klöppel, Ulrike und Balz, Viola. „Psychopharmaka im Sozialismus. Arzneimittelregulierung in der Deutschen Demokratischen Republik in den 1960er Jahren“, in: *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte*, Bd. 33 (2010), H. 4, S. 382–400.
- Kluge, Anne. „Vom ‚Teufel Alkohol‘ in der DDR“, *Zeitgeschichte online*, Online vom 01.08.20215, verfügbar unter: <https://zeitgeschichte-online.de/themen/vom-teufel-alkohol-der-ddr> (zuletzt abgerufen am 30.07.2025).
- Krause, Wolfgang. „Der fürsorgliche Hausbesuch bei Alkoholkranken“, in: *Heilberufe*, Jg. 41 (1989), H. 8, S. 313–314.
- Kuckartz, Udo. *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten*, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2010, S. 38–47.
- Kuckartz, Udo. *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*, 4. Aufl., Beltz Juventa, Weinheim 2018.
- Kulawik, Helmut und Weder, Hans-Christian. „Die Gestaltungstherapie als wesentliche Methode der Komplexbehandlung von Neurosen“, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie*, Bd. 34 (1982), H. 11, S. 671–677.
- Kumbier, Ekkehardt. *Psychiatrie in der DDR II: Weitere Beiträge zur Geschichte*, BeBra Wissenschaft Verlag, Berlin 2020.
- Kumbier, Ekkehardt und Haack, Kathleen. *Psychiatrie in der DDR III. Weitere Beiträge zur Geschichte*. BeBra Wissenschaft Verlag, Berlin 2023.
- Kumbier, Ekkehardt und Steinberg, Holger. *Psychiatrie in der DDR: Beiträge zur Geschichte*, BeBra Wissenschaft Verlag, Berlin 2018.
- Kumbier, Ekkehardt, Haack, Kathleen und Steinberg, Holger. „50 Jahre Rodewischer Thesen – zu den Anfängen sozialpsychiatrischer Reformen in der DDR“, in: *Psychiatrische Praxis*, Bd. 40 (2013), H. 6, S. 313–320.
- Lamer, Robert. „Sozialdienst im Krankenhaus – Möglichkeiten und Grenzen: Versuch einer Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der geschichtlichen Entwicklung“, in: *Sozialer Fortschritt*, Jg. 26 (1977), H. 7/8, S. 176–184.
- Lange, Ehrig. „Bericht über die wissenschaftliche Arbeitstagung für psychiatrische Gesundheitsfürsorgerinnen und in der psychiatrischen Gesundheitsfürsorge tätige Ärzte

- der medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie“, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie*, Bd. 22 (1970), H. 4, S. 159–160.
- Lehnert, Esther. „Fürsorge im Nationalsozialismus – die Beteiligung von Fürsorgerinnen an einem ausmerzenden System“, in: Constance Engelfried und Corinna Voigt-Kehlenbeck (Hg.), *Gendered Profession: Soziale Arbeit vor neuen Herausforderungen in der zweiten Moderne*, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2010, S. 77–90.
- Lindenberg, Wladimir. „Die psychiatrische Fürsorge in der sowjetischen Besatzungszone seit 1945“, in: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie*, Bd. 1 (1949), H. 1/2, S. 3–7.
- Lindenberger, Thomas. *Volkspolizei: Herrschaftspraxis und öffentliche Ordnung im SED-Staat 1952–1968*, Böhlau Verlag, Köln 2003.
- Müller, Thomas R. und Mitzscherlich, Beate. *Psychiatrie in der DDR: Erzählungen von Zeitzeugen*, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main 2024.
- Nagel, Renate. „Aufgaben des in einer psychiatrischen Klinik tätigen Sozialfürsorgers – Erfahrungsbericht“, in: *Heilberufe*, Jg. 40 (1988), H. 11, S. 401.
- Rohland, Lothar. *Das Gesundheitswesen der DDR – zwischen Konzept und Realität: Wissenschaftliche Arbeitstagung der Interessengemeinschaft Medizin und Gesellschaft e.V. vom 26.11.1994*, Trafo-Verlag Weist, Berlin 1995.
- Rose, Wolfgang. *Anstaltspsychiatrie in der DDR. Die brandenburgischen Kliniken zwischen 1945 und 1990*, BeBra Wissenschaft Verlag, Berlin-Brandenburg 2005.
- Rzesnitzeck, Lara. „‘Schocktherapien‘ und Psychochirurgie in der frühen DDR“, in: *Der Nervenarzt*, Bd. 86 (2015), H. 11, Springer Verlag, S. 1412–1419.
- Sachse, Christian. *Der letzte Schliff: Jugendhilfe der DDR im Dienst der Disziplinierung von Kindern und Jugendlichen (1945–1989)*, Landesbeauftragte für Mecklenburg-Vorpommern für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der ehemaligen DDR, Schwerin 2010.
- Schley, Eric. *Gab es Gemeinwesenarbeit in der DDR?*, Diplomarbeit an der Evangelischen Hochschule für Soziale Arbeit Dresden, GRIN Verlag, 2007.
- Schochow, Maximilian und Steger, Florian. Bundeszentrale für politische Bildung. „Zwangseingewiesene Mädchen und Frauen in Venerologischen Einrichtungen“, Online vom 20.01.2020, verfügbar unter: <https://www.bpb.de/themen/deutschlandarchiv/303823/zwangseingewiesene-maedchen-und-frauen-in-venerologischen-einrichtungen/> (zuletzt abgerufen am 17.09.2025).
- Scholz, Karin. „Der Hausbesuch durch die Gesundheitsfürsorgerin der Mütterberatungsstelle“, in: *Heilberufe*, Jg. 38 (1986), H. 1, S. 34.

- Schrödter, Anton. *Die Erfassung, Betreuung und Versorgung alkoholabhängiger Bürger in der DDR am Beispiel Rostocks im Zeitraum von 1970 bis 1990 mit besonderem Fokus auf den betrieblichen Sektor*, Arbeitsbereich Geschichte der Medizin, Universität Rostock, Rostock 2022.
- Schroeder, Klaus. „Demokratische Republik (DDR), II. Das politische System“, *Staatslexikon Online*, Online vom 08.06.2022, verfügbar unter: [https://www.staatslexikon-online.de/Lexikon/Deutsche_Demokratische_Republik_\(DDR\)](https://www.staatslexikon-online.de/Lexikon/Deutsche_Demokratische_Republik_(DDR)) (zuletzt abgerufen am 30.07.2025).
- Sekretariat des Ministerrates der Deutschen Demokratischen Republik. *Anordnung über die Rahmen-Krankenhausordnung (RKO) vom 14. November 1979*, in: *Gesetzblatt der DDR*, Sonderdruck Nr. 1032 vom 15. Februar 1980, Staatsverlag der DDR, Berlin 1980, S. 5.
- Staatliche Zentralverwaltung für Statistik. *Statistisches Jahrbuch 1989 der Deutschen Demokratischen Republik*, 34. Jahrgang, Staatsverlag der DDR, Berlin 1989, S. 292.
- 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“, in: *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, Bd. 84 (2016), H. 4, S. 196–210.
- Steinberg, Holger und Kumbier, Ekkehardt. „25 Jahre nach dem Mauerfall: Zum Stand der Aufarbeitung der Psychiatrie in der DDR“, in: *Psychiatrische Praxis*, Bd. 42 (2015), H. 3, S. 119–121.
- Strafgesetzbuch der DDR (1968), in: *Gesetzblatt der Deutschen Demokratischen Republik*, Online unter: <https://www.verfassungen.de/ddr/strafgesetzbuch68.htm> (zuletzt abgerufen am 30.07.2025).
- Süß, Sonja. *Politisch mißbraucht? Psychiatrie und Staatssicherheit in der DDR*, Ch. Links Verlag, Berlin 1998.
- Teichmann, Gisela. „Aufgaben der Gesundheitsfürsorgerin bei der Hypertoniebekämpfung“, in: *Heilberufe*, Jg. 37 (1985), H. 12, S. 472–473.
- Toppe, Sabine. „Mitläuferinnen, Nutznießerinnen und Täterinnen – die Beteiligung von Fürsorgerinnen im Nationalsozialismus“, *Digitales Deutsches Frauenarchiv*, Online vom 21.11.2022, verfügbar unter: <https://www.digitales-deutsches-frauenarchiv.de/themen/mitlaeuerinnen-nutzniesserinnen-und-taeterinnen> (zuletzt abgerufen am 30.07.2025).
- Voelker, Henriette. „Fürsorge und Psychotherapie an der Charité“, in: Ekkehardt Kumbier und Kathleen Haack (Hg.), *Psychiatrie in der DDR III: Weitere Beiträge zur Geschichte*, BeBra Wissenschaft Verlag, Berlin 2023, S. 301–315.

- Weiss, Otto, Schönebeck, Martina und Köhler, Peter. „Sozialwesen und Sozialfürsorgeausbildung in der DDR“, in: *Soziale Arbeit. Deutsche Zeitschrift für soziale und sozialverwandte Gebiete*, Sonderheft / Doppelausgabe, Jg. 39 (1990), S. 80–85.
- Wiegmann, Clara Susanne. *Die Diskussion über die Ausgestaltung der DDR-Psychiatrie anhand ostdeutscher medizinischer Fachzeitschriften 1946–1989*, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Medizinische Fakultät der Eberhard Karls Universität Tübingen, Tübingen 2018.
- Willer, Marianne. „Psychosoziale Betreuung krebskranker Patienten durch die Gesundheitsfürsorgerin“, in: *Heilberufe*, Jg. 39 (1987), H. 10, S. 375–376.
- Windirsch, Antonia, Haack, Kathleen, Grabe, Hans Jörgen und Kumbier, Ekkehardt. „Ein wesentliches Therapeutikum“ – Arbeitstherapie in psychiatrischen Einrichtungen der DDR aus Sicht von Zeitzeugen, in: *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, Bd. 91 (2023), H. 9, S. 360–365.
- Wissenschaftsrat. *Empfehlungen zur Errichtung eines Fachbereichs Sozialwesen an einer Fachhochschule in Potsdam (Drs. 97–91), März 1991*, in: *Empfehlungen zur künftigen Struktur der Hochschullandschaft in den neuen Ländern und im Ostteil von Berlin. Teil 2*, Köln 1992.

VI. ANHANG

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ABV	Abschnittsbevollmächtigter
BArch	Bundesarchiv
BRD	Bundesrepublik Deutschland
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
FDJ	Freie Deutsche Jugend
HWG	„Häufig wechselnde Geschlechtspartner“
PsychKG	Psychisch-Kranken-Gesetz
SED	Sozialistische Einheitspartei Deutschland
Stasi	Ministerium für Staatssicherheit
VEB	Volkseigener Betrieb

TABELLENVERZEICHNIS

TABELLE 1 - ÜBERSICHTSTABELLE.....	12
TABELLE 2 - KATEGORIESYSTEM	75

INTERVIEWLEITFADEN

Leitfaden Fürsorge

(Stand: 01.12.2020)

Themenblöcke:

- Einleitung
- Beruflicher Werdegang
- Berufsalltag, Ausstattung & Personal
- Einschätzung politischer Einflussnahme
- Abschluss

Diktiergerät starten

Mündliche Erklärung zu ...

- Studieninformation und Einwilligungserklärung
- Einverständnis für Aufnahme des Gespräches geben lassen (Zeit, Ort, Personen)
- Notizen während des Interviews

Einleitender Satz *(falls notwendig)*

„Im Rahmen des Projekts soll die Rolle der Psychiatrie in der DDR genauer beleuchtet und verständlich gemacht werden. Es gibt unterschiedliche Betrachtungsweisen auf die DDR und ihre Institutionen. Sie waren zwischen ... und ... als XY angestellt/ tätig. Daher würde ich Sie bitten, mir Ihre Sichtweise und Erfahrungen hierzu näher zu erläutern.“

Beruflicher Werdegang

- 1) Bevor Sie in der psychiatrischen Versorgung tätig waren, welches **Bild** hatten Sie von der **Psychiatrie**?
- 2) Nun möchte ich Sie bitten, mir Ihren **beruflichen Werdegang** zu beschreiben, angefangen mit den Gründen und Umständen Ihrer Berufswahl.
(an Jahreszahlen denken)
 - a. Gab es **Fortbildungen** für Sozialfürsorger in der Psychiatrie oder im Gesundheitswesen?
 - b. Wie **wichtig** waren die **Teilnahme** und der Austausch an solchen Fortbildungen für Ihre Arbeit?

Berufsalltag, Ausstattung & Personal, Widerstände/ Erfolge

Berufsalltag

- 3) Beschreiben Sie bitte einen **typischen Tag** in der Klinik/ im Institut/ in der Fürsorgeeinrichtung
(Falls die Nachfrage kommt: die Klinik/ Station, in/auf der die/derjenige am längsten tätig war oder für die prägendste Zeit hält)
 - a. Welche **Aufgaben** lagen hauptsächlich in Ihrem **Verantwortungsbereich** und welche (täglichen) Abläufe waren vorgesehen?
 - b. In welchem Maß und Umfang **änderten** sich Ihre **Aufgabenbereiche** im Verlauf ihrer Berufstätigkeit?
 - c. Mit welchen weiteren **Berufsgruppen** haben Sie **zusammengearbeitet**?
 - d. Wie haben Sie die **Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen** in der stationären und ambulanten Versorgung von psychisch Erkrankten erlebt?

- 4) Wie war die **Arbeitstherapie** in Ihrer Klinik organisiert?
 - a. Außerhalb und innerhalb der Klinik?
 - b. Welche Tätigkeiten wurden innerhalb der Arbeitstherapie ausgeführt?
 - c. Welche Patienten haben an der Arbeitstherapie teilgenommen? Gab es bestimmte Zuteilungen? Wer hat diese Zuteilungen vorgenommen?
- 5) Welche **Entscheidungen** konnten die **Patienten** im Klinikalltag selbstständig treffen)? (z. B. *bezüglich des Tagesablaufs, Wahl der Beschäftigung, Auswahl der Kleidung etc.*)
 - a. Inwieweit wurden Patienten in die Entscheidungen von Therapien miteinbezogen bzw. gefragt?
 - b. Inwieweit wurden die Patienten über bestimmte Therapien/ Behandlungen aufgeklärt und konnten diese auch ablehnen?
- 6) Was ist passiert, wenn **Patienten Angebote ausgeschlagen** haben?
- 7) Wie und durch wen erfolgte die **Zuweisung**?
 - a. Wussten die Patienten, warum sie eingewiesen wurden?
- 8) Welche **Möglichkeiten des Ausgangs** bzw. der Beurlaubung von Patienten hat es gegeben?
 - a. Hat es diesbezüglich **Einschränkungen** an gesetzlichen Feiertagen oder Staatsbesuchen gegeben?
- 9) Welches **Vorgehen bei der Entlassung** von Patienten wurde damals in ihrer Klinik angewandt?
 - b. Wann wurden Patienten entlassen – und durch wen?
- 10) Welche **Formen der Weiterbetreuung** für Patienten gab es nach der stationären Behandlung?
 - a. Welche **Erfahrungen** haben Sie gemacht mit der ambulanten Versorgung?
 - b. Welche **Wiedereingliederungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten** gab es für die Patienten?
 - c. Welche **Rückmeldungen** gab es seitens der Behörden/ Arbeitgeber/ Rehabilitationseinrichtungen bezüglich der Patienten an Sie?
- 11) Welche Rolle haben die **Angehörigen** in der Versorgung der Patienten eingenommen?
 - a. Wie sah Ihr Umgang mit den Angehörigen aus?
 - b. Gab es für die Patienten oder Angehörigen Formen der Selbstorganisation innerhalb und außerhalb der Klinik?
- 12) Waren Ihnen die **Rodewischer Thesen** oder die **Brandenburger Thesen** bekannt?
 - a. Wenn ja, inwiefern hatten diese Reformbemühungen einen **Einfluss auf Ihre Arbeit**?
 - b. Konnten Sie und Ihre Kollegen die darin formulierten **Ziele umsetzen**?
 - c. Wurden die Reformbemühungen seitens ihrer **Vorgesetzten unterstützt**?

Personelle Besetzung & Ausstattung

- 13) Welche **Möglichkeiten der fachlichen Fort- und Weiterbildung** gab es? Wie sah es mit dem Zugang zu Fachliteratur, Austausch mit anderen Kollegen, Veranstaltungen, Fachgesellschaften aus ...?
- 14) Wie ordnen Sie die **Psychiatrie** als Fachgebiet der Medizin **im Vergleich** mit anderen Fachgebieten ein? (z. B. bezüglich materieller, ideeller Zuwendungen durch den Staat ...)
- a. Haben Sie eine Herabsetzung der Psychiatrie gegenüber anderen medizinischen Fachgebieten empfunden?
- b. Wurde diese Problematik thematisiert? Wenn ja, in welcher Art und Weise, und wie äußerte sich das konkret?
- 15) Geben Sie bitte eine Einschätzung zur **materiellen Ausstattung** ihrer Station. Haben Sie **Mängel** wahrgenommen?
- a. Wenn ja, welche? An wen haben sie diese gemeldet?
- b. Gab es konkret bei den **Medikamenten Engpässe**? Wenn ja, bei welchen?
- c. Mussten aufgrund materieller Mängel Patienten **außerhalb diagnostiziert** oder therapiert werden? (z. B. CT in Berlin)

Einschätzung politischer Umstände/ Einflussnahme

- 16) Würden Sie sich damals als **politisch interessiert** und/oder engagiert beschreiben?
- 17) Gab es damals konkrete **Vorfälle**, die Sie mit einer politischen Einflussnahme in Verbindung bringen können oder würden?
- 18) Welchen Einfluss hatten Ihres Erachtens die **politischen Rahmenbedingungen** auf die **Einweisungspraxis**? Beschreiben Sie dies bitte anhand von möglichen Fallbeispielen.
- 19) Wie haben Sie den **Austausch mit behördlichen/ staatlichen Vertretern** in Erinnerung? In welcher Form fand dieser Austausch statt?
- 20) Haben Sie Kenntnis darüber, was mit Kollegen passierte, die einen **Ausreiseantrag** gestellt hatten?

Abschluss:

- 21) Welche **Veränderungen** traten **mit der „Wende“** im klinischen Alltag ein?
- 22) Wie **bewerten** Sie Ihr **Berufsleben** zu DDR-Zeiten? Bitte begründen Sie dies bitte.

„Wir kommen damit zum Ende des Interviews. Möchten Sie abschließend noch etwas ergänzen?“

Soziodemographische Daten

- 23) **Alter/ Geburtsjahr:**
- 24) **Wohnort:**
- 25) **Berufsstand:**
- 26) **Familienstand:**

TABELLE 2 - KATEGORIESYSTEM

Hauptkategorie	Kategoriedefinition mit Ankerzitaten	Unterkategorien
Berufsbiografie der Fürsorger	Aussagen zur Ausbildung, Karrierewege und berufliche Entwicklung der Fürsorger <i>„Ja und da war ich nach, da war ich dann 19 hundert, die Ausbildung habe ich 73, war ich 1976 dann Krankenschwester, Vollschwester examinierte und Fürsorgerin. Ja, da war ich dann 23 Jahre. Das war sehr jung.“ (041_F_Halle_20-12-10, Z. 10)</i>	– Ausbildungswege – Berufseinstieg – Veränderungen im Laufe der Tätigkeit
Aufgaben und Rolle der Fürsorger	Beschreibung der konkreten Tätigkeiten, Herausforderungen und Verantwortungsbereichen <i>„[...] Hausbesuch ne, wir haben viel auch in Hausbesuchen gemacht. Beziehungsweise wenn die zur Arztstunde kamen, war dann auch immer nochmal die Frage von uns: Gibt es irgendwas, brauchen Sie irgendwas? Haben sie dann meistens schon beim Arzt berichtet und dann hat die Chefin uns rein dazu genommen oder uns im Anschluss gesagt: Hier da, mir scheint hier da und dort was nicht in Ordnung zu sein.“ (029_F_Mühlhausen_20-08-31, Z. 31)</i>	– Angehörigenarbeit – Beschreibung der Ambulanzarbeit – Zusammenarbeit mit Ärzten und Pflegepersonal – Zuweisung und Entlassung von Patienten
Einfluss der politischen Rahmenbedingungen	Aussagen über staatliche Vorgaben und ideologische Konflikte Schilderungen um den Staatsbesuch von Bundeskanzler H. Schmidt <i>„Also der Kreisarzt, der kannte ja unsere Patienten nicht und wenn wir manchmal gezwungen waren, einen Patienten kreisärztlich einzuweisen, haben wir auch diese Begründung geschrieben.“ (039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 124)</i>	– Politische Vorgaben – Einweisungen aus politischen Gründen – Berufsverbote oder Einschränkungen

Persönliche Erfahrungen und gesellschaftliche Wahrnehmung der Fürsorger	Einschätzungen zur gesellschaftlichen und politischen Stellung der Fürsorger im Gesundheits- und Sozialwesen <i>„Weil es gab ja manchmal solche, solche Sachen, also wie zum Beispiel Herr S., da war der damalige Bundeskanzler, der sollte sich mal hier treffen in, am Werbelinsee und da wurden ja dann mal alle Patienten, die renitent sind, so ein bisschen in die Klinik gebracht. Das fanden wir alle nicht so schön.“ (039_F_Eberswalde_20-11-30, Z. 116)</i>	– Anerkennung des Berufs – berufliche Zufriedenheit – Meinung zur politischen Einflussnahme – Zusammenarbeit mit der Staatssicherheit
Auswirkungen der Fürsorge auf Patienten	Aussagen über den Einfluss der Fürsorger auf die Patientenversorgung und deren Lebensrealität <i>„Ja und das sind so Sachen, die mir immer wichtig waren, immer den Patienten mit einbeziehen, es geht um ihn, was er möchte, sicherlich war vieles nicht ganz gut, da hat man dann versucht im Gespräch mit ihm zu reden: Mensch, meinen Sie wirklich, dass diese Entscheidung gut ist? Wollen wir es nicht einfach mal mit dem Weg versuchen? Aber immer mit dem Patienten gemeinsam, also nie über den Kopf hinweg.“ (002_F_Rostock_2020-04-24, Z. 735–740)</i>	– Therapie-/ Betreuungsverläufe – Stigmatisierungserfahrungen – Heimunterbringungen und Nachsorge
Veränderungen nach der Wende	Einschätzungen zur Entwicklung des Berufsbildes und der psychiatrischen Fürsorge nach 1990 <i>„Nach der Wende ist es dann ja so gewesen, da wurde dann ja der Sozialpsychiatrische Dienst installiert, der sitzt ja beim Rat der Stadt, also ne bei der Hansestadt, früher hieß es Rat der Stadt, die sitzen in der Paulstraße, die haben fünf Mitarbeiter und das haben wir dann so gehandhabt,</i>	– neue gesetzliche Rahmenbedingungen – Veränderungen in der Betreuung – Rolle der Fürsorger in der modernen Sozialpsychiatrie

	<i>die sind dann einmal in der Woche, ich glaube das machen sie jetzt inzwischen leider auch nicht mehr, aber die sind einmal die Woche zu uns in die Klinik gekommen und da haben wir dann die Problemfälle schon gleich übergeben [...]“ (002_F_Rostock_2020-04-24, Z. 419–427)</i>	
--	--	--

VII. THESEN

1. Die Fürsorger waren in der DDR ein fester Bestandteil des staatlich organisierten Gesundheitswesens.
2. Fürsorger nahmen eine Schnittstellenfunktion zwischen medizinischer Versorgung, sozialer Betreuung und staatlicher Kontrolle ein.
3. Ihre Tätigkeit konzentrierte sich auf drei Kernbereiche: berufliche und gesellschaftliche Wiedereingliederung von Patienten, Zusammenarbeit mit Behörden sowie aufsuchende Hausbesuche.
4. Zeitzeugenberichte verdeutlichen die ambivalente Rolle der Fürsorger, die einerseits als Helfer auftraten, andererseits in Kontrollmechanismen eingebunden waren.
5. Politische Einflussnahme zeigte sich insbesondere im Kontext von Staatsereignissen, z. B. dem Staatsbesuch von Helmut Schmidt im Dezember 1981, sowie bei der Erfassung sogenannter „HwG-Personen“.
6. Die Ausbildung der Fürsorger war ab den 1970er Jahren strukturiert, jedoch ideologisch geprägt und nach 1990 nicht durch die Bundesrepublik Deutschland berufsrechtlich anerkannt, was Weiterbildungsmaßnahmen einforderte.
7. Die Erforschung der Fürsorger und die Aufarbeitung ihrer Rolle trägt wesentlich zur Aufarbeitung der Medizingeschichte der DDR bei und verdeutlicht das Spannungsfeld zwischen sozialer Hilfe und staatlicher Kontrolle.

IX. CURRICULUM VITAE

Persönliche Daten

Name	Tobias Kurkowsky
Geburtsdatum /-ort	03.01.1993 Rotenburg a. d. Wümme
Staatsangehörigkeit	Deutsch

Beruflicher Werdegang

Schulabschluss	Abitur, Juli 2011
Malteser Hilfsdienst Mainz-Bingen gGmbH	September 2011 – September 2014 Ausbildung zum Rettungsassistenten
Johanniter Unfallhilfe e.V. Regionalverband Rheinhessen	Oktober 2014 – April 2016 Rettungsassistent in der Notfallrettung, Interhospitaltransfer mittels ITW
Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein gGmbH	Mai 2016 – Juni 2018 Notfallsanitäter im Einsatzdienst
Falck Rettungsdienst GmbH	Februar 2019 – Februar 2025 Notfallsanitäter im bundesweiten Rettungsdienst

Stipendium

Stiftung Begabtenförderung berufliche Bildung (sbb)	April 2016 – Dezember 2018 Weiterbildungsstipendium
--	--

Akademische Laufbahn | Studium der Humanmedizin

Georg-August-Universität Göttingen	April 2018 – September 2020
Universität Rostock	Oktober 2020 – November 2024
1. PJ-Tertial Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg	November 2023 – März 2024 Anästhesiologie und Intensivmedizin
2. PJ-Tertial Universitätsmedizin Mainz	März 2024 – Juni 2024 Innere Medizin

3. PJ-Tertial	Juli 2024 – Oktober 2024
Heidekreisklinikum Soltau-Walsrode	Chirurgie
Erhalt der ärztlichen Approbationsurkunde	14. November 2024
AGAPLESION Diakoniekrlinikum	Seit März 2025
Rotenburg a.d. Wümme	Assistenzarzt der Inneren Medizin

X. EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG

Ich versichere eidesstattlich durch eigenhändige Unterschrift, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Veröffentlichungen entnommen sind, habe ich als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit ist noch nicht veröffentlicht und ist in gleicher oder ähnlicher Weise noch nicht als Studienleistung zur Anerkennung oder Bewertung vorgelegt worden. Ich weiß, dass bei Abgabe einer falschen Versicherung die Prüfung als nicht bestanden zu gelten hat.

Rostock

(Abgabedatum)

(vollständige Unterschrift)

XI. DANKSAGUNG

Mein Dank gilt zunächst Herrn Prof. Dr. med. Kumbier für die Vergabe des Themas, das entgegengebrachte Vertrauen und die persönliche Betreuung. Das Doktorandenseminar und das regelmäßig durchgeführte Kolloquium erleichterten mir den Einstieg in das wissenschaftliche Arbeiten und gaben mir wichtige Anregungen.

Auch Frau Dr. rer. hum. Haack möchte ich für die zuverlässige Betreuung danken. Sie stand mir bei allen Fragen und Unklarheiten zur Seite und war mir mit ihren konstruktiven Anmerkungen stets eine große Hilfe.

Meiner Frau und meinen beiden Töchtern danke ich von Herzen für die beständige Unterstützung während dieser Arbeit und des Studiums. Sie haben mich stets darin bestärkt, diesen Weg zu gehen.

Außerdem danke ich meinen Schwiegereltern, die mir auch in schwierigen Zeiten ihr Vertrauen und ihren positiven Zuspruch entgegengebracht haben.

Abschließend danke ich meinem Vater, der diese Promotion leider nicht mehr erleben kann.