

Die dunkle Seite der Psychiatrie

Es gibt noch ein schlimmeres Schicksal, als ein Traumapfer zu sein, nämlich nicht als Traumapfer anerkannt zu werden.

Ordnungsmacht

Die Psychiatrie hat eine Doppelfunktion. Nicht nur soll sie psychisch leidenden Menschen helfen, sondern sie hat auch eine Ordnungsfunktion bzw. übt soziale

Marc Rufer

Kontrolle aus. So ist sie zuständig für die Sanktionierung auffälligen, anstössigen, unberechenbaren, unerwünschten, kurz: abweichenden Verhaltens. Sie tritt in Aktion, wenn Eingriffe notwendig erscheinen, ohne dass klar definierte Gesetze gebrochen wurden: «Psychisch Kranke sind in rechtsstaatlichen Demokratien die einzigen Menschen, denen die Freiheit entzogen werden darf, ohne dass sie eine Straftat begangen haben.» (Finzen 1993, 13) Die Macht der Psychiatrie, vor allem der klinisch tätigen Psychiaterinnen, ist immens. Völlig legal gehen sie regelmässig über den Willen von Menschen hinweg, entziehen ihnen die Freiheit, nötigen ihnen eine Behandlung mit Psychopharmaka auf. Diese Anordnungen werden – falls die Betroffene sich wehrt – mit harter körperlicher Gewalt durchgesetzt. Die Gewalt wird im staatlichen Auftrag ausgeübt; sie rückt die Psychiatrie in die Nähe der Polizei, deren Wirken sie ergänzt. Die Ordnungsfunktion der Psychiatrie wird kaum wahrgenommen, kann die Anwendung von Gewalt doch leicht als Hilfe und bestmögliche Behandlung ausgegeben und damit verschleiert werden. Dass in verschiedenen Ländern

bedingte Entlassungen (Ähnlichkeit mit der Strafjustiz!) und ambulante Zwangsbehandlungen möglich wurden, bedeutet eine dramatische Ausweitung der Ordnungsfunktion der Psychiatrie.¹

Die Tatsache, dass ihr Fach dermassen von der Ausübung von Gewalt geprägt ist, wird von den Psychiaterinnen als Makel empfunden (Bruns 1993, 47). So schätzen sie es keineswegs, wenn sie darauf angesprochen werden und versuchen, die Sache, wenn immer möglich, zu vertuschen. Kaum erstaunlich, dass es schwer ist, Zahlen über psychiatrische Zwangsmassnahmen zu erhalten; klar ist jedoch, dass sie keineswegs kleiner werden. Im Deutschen Ärzteblatt wurde 2004 von einem «drastischen Anstieg» der Zwangseinweisungen berichtet (Müller, 2004, A-2794). Dabei gab es in Deutschland bereits im Jahre 2000 ca. 140 000 Zwangsunterbringungen (175 pro 100 000 Einwohner) (Dressing 2004, 89).² So muss denn, wer beruflich in einer psychiatrischen Klinik arbeitet, bereit sein, Gewalt anzuwenden, Insassen dagegen können jederzeit Opfer psychiatrischer Gewalt werden. Sämtliche Insassen, auch diejenigen, die nie zwangsbehandelt

¹ So in den meisten Staaten der USA wie auch in Belgien, Luxemburg, Portugal und Schweden (Dressing 2004, 18, 24, 138, 153). In Deutschland, Grossbritannien und der Schweiz wird über die Möglichkeit der ambulanten Zwangsbehandlung intensiv diskutiert.

² 175 Zwangseinweisungen pro Jahr auf 100 000 Einwohner gibt es in etwa auch in der Schweiz (Haas 2003). Eine Zunahme der Zahl der Zwangsunterbringungen wird auch aus England, Finnland, Frankreich, Österreich, der Schweiz und Schweden berichtet (Dressing 2004, 165; Haas 2003).

**Zwangsbe-
handlungen wie
Zwangsunter-
bringungen sind,
vergleichbar
Vergewaltigung,
Folter und sexuel-
lem Missbrauch,
traumatisierende
Konfrontationen.**

delt wurden, wissen davon: Entweder waren sie zugegen oder haben davon gehört. Mit Sicherheit bedeutet dieses Wissen für sie eine grosse Belastung.

Das ist nicht das Bild, das die Psychiatrie in den letzten Jahrzehnten von ihrem Wirken aufzubauen verstanden hat. In den Medien wird vor allem von den wissenschaftlichen Erfolgen der Psychiatrie berichtet, von der Diagnostik und Durchbrüchen in der Psychopharmakotherapie, von Neurotransmittern und vererbten Dispositionen. Die Psychiaterinnen profitieren vom Boom der Neurobiologie, zu dem sie in keiner Weise beigetragen haben (vgl. Rufer 2006; 2007).

Traumatisierung in der Psychiatrie

Zwangsbehandlungen wie auch Zwangsunterbringungen, nicht selten von Polizisten durchgeführt, sind oft ein dramatisches Geschehen. Vergleichbar Vergewaltigung, Folter und sexuellem Missbrauch sind dies traumatisierende Konfrontationen (Rufer 2005; 2006).

Letztlich löst immer die Ablehnung der Betroffenen, die verordneten Psychopharmaka zu schlucken, die Zwangsbehandlung aus. Doch für diese Ablehnung gibt es gute Gründe: Die Psychopharmakotherapie ist umstritten, ihre therapeutischen, das heisst heilenden Wirkungen sind nicht ausgewiesen (Rufer 2001; 2004; 2007). Die schädigenden, bisweilen tödlichen Wirkungen der bei Zwangsbehandlungen praktisch ausschliesslich verwendeten Neuroleptika dagegen sind allgemein anerkannt.

Die Grunderfahrung all dieser Traumatisierungen ist für die Betroffenen das radikale Macht-/Ohnmachtgefälle (Ehlert 1988, 505). Die traumatisierende Situation hat eine umfassende Reinfanti-

lisierung des Opfers zur Folge, elementare Kindheitsängste werden wiederbelebt. Was hier stattfindet, kann als erzwungene Regression bezeichnet werden. Die Grenze zwischen Realität und Fantasie verschwimmt. Die Regression hat in dieser Situation für das Opfer den Sinn, sich wieder in die Obhut von beschützenden Elternfiguren zu begeben. Es bildet sich der Wunsch, gerade von demjenigen, der die Gewalt ausgeübt hat, Trost über das erfahrene Leid zu erhalten. Das Opfer versucht, so zu sein, wie es vom Täter erwartet wird; sein Selbstbild gleicht sich dem Fremdbild des Täters an. Betroffene in der Psychiatrie beginnen in dieser Situation daran zu glauben, wirklich psychisch krank zu sein. Nur indem sie die Krankenrolle annehmen – mit anderen Worten krankheitseinsichtig sind –, erlangen sie Zuwendung und Anerkennung von denjenigen, denen sie ausgeliefert sind. Zu den beschriebenen psychischen Folgen der Traumatisierung kommen für Psychiatriepatientinnen erschwerende Begleitumstände hinzu. Bereits im Vorfeld der Zwangseinweisung sind sie durch Konflikte mit Angehörigen, Arbeitgeberinnen, Lehrerinnen usw. vorbelastet. Zudem sind sie den Wirkungen der Neuroleptika, die die intellektuelle Leistungsfähigkeit beeinträchtigen, die Gefühlswahrnehmung unterdrücken, das Auftreten von deliranten Syndromen bzw. toxischen Delirien (Verwirrung, Desorientierung, Halluzinationen) sowie Depressionen und Suizidalität bewirken können, ausgesetzt. Verhängnisvoll ist die Isolation der Betroffenen nach der Zwangsbehandlung. Der damit verbundene Wegfall von Sinnesreizen (sensorische Deprivation) führt zum Auftreten von aussergewöhnlichen Bewusstseinszuständen, zu deren Erscheinungsbild Wahrnehmungsverzerrungen und Halluzinationen gehören. Zudem bedeutet die Diagnose – insbesondere wenn sie zum ersten Mal gestellt wird – für die Betroffenen eine schwer zu verarbeitende

Erfahrung. Psychiatrische Diagnosen, wie die «Schizophrenie», verändern auf einen Schlag das Selbstverständnis und damit die Identität der betroffenen Person.

Genau die Symptome also, die Psychiaterinnen wegbehandeln wollen – Verwirrung, Halluzinationen und Suizidalität sowie die Hilflosigkeit der Betroffenen – können durch ihre Eingriffe potenziert, *chronifiziert, ja sogar erstmals produziert* werden. Die Symptome, die als Folge der Zwangsbehandlung auftreten, bestätigen die Diagnose, was die Ausübung der Gewalt rückwirkend legitimiert. So produziert die Psychiatrie denn nach wie vor Phänomene, die sich in die medizinische Wissenschaft integrieren lassen (Foucault 1975, 74).

Das Tabu

Wie weit verbreitet ist das Wissen über die regelmässige Anwendung von Gewalt in der Psychiatrie? Diejenigen, die weder selbst noch via Erfahrungen von Bekannten oder Verwandten direkte Informationen aus dem Inneren der Institution zur Verfügung haben, kennen das Problem nicht. Die andern wissen – und vergessen, oder wissen und halten sich ruhig. Denn die Psychiatrie ist klar und deutlich mit einem Tabu belegt. Wo man nicht weiter zu fragen wagt oder nicht einmal auf den Gedanken kommt, hat man es mit einem Tabu zu tun (Mitscherlich 1977, 111). Das Tabu reguliert die Einstellung zu einem Sachverhalt wie eine Autorität, die keinen Widerspruch duldet. Das führt zu einer Denkhemmung, Erkenntnis wird verhindert. Zudem tragen die psychiatrische Diagnostik und die Verschreibung der Psychopharmaka, Vorgänge mit ritueller Bedeutung, wesentlich zur Verdrängung der gewalttätigen Seite der Psychiatrie bei (vgl. Erdheim 1988, 295; Rufer, 2004; 2006; 2007).

Das Tabu greift, die Ambivalenz ist gross: Denn auch die kritischste Beobachterin psychiatrischen Geschehens ist sich ihrer Sache nicht völlig sicher. Es herrscht Respekt, ja Unsicherheit und Angst, schliesslich ist potentiell jeder Mensch in Gefahr, irgendwann als psychisch «krank» diagnostiziert zu werden. Und die Psychiaterinnen gelten als Expertinnen, die den «Wahnsinn», beziehungsweise die «Geisteskrankheiten» *sogar dann, wenn sie noch nicht ausgebrochen sind, diagnostizieren können*. So will sich – aus Angst, selbst psychisch «krank» zu werden, und damit auf psychiatrisches Wohlwollen angewiesen zu sein – niemand mit der Psychiatrie anlegen. Gleichsam als Strafe für die Übertretung des Tabus würde sie nun selbst «geisteskrank».

Was wird denn eigentlich sanktioniert, was ist das «Vergehen» der psychisch Kranken? Anstoss erregt letztlich immer ihre Verweigerung gegenüber der Forderung nach Regelmässigkeit, Planbarkeit und Verfügbarkeit – Eigenschaften, die im durchstrukturierten Arbeitsprozess und in der durchgeplanten Lebensumwelt auch ausserhalb der Arbeitsbezüge, ja sogar im privaten Bereich unserer heutigen Gesellschaft unentbehrlich geworden sind (Bruns 1993, 18).

Vordergründig jedoch geht es in einer überwiegenden Mehrzahl Fälle, die psychiatrisch zwangsuntergebracht werden, um Selbst-, oder Fremdgefährdung. Doch diese Befunde sind so fragwürdig und subjektiv wie grundsätzlich die gesamte psychiatrische Diagnostik (Meier 2007, 44; Rufer 2001; 2004; 2006; 2007). Zudem kann die tatbestandslose Unterstellung einer Gefahr und die darauf folgende Unterbringung aus juristischer Sicht bei nachsichtiger Interpretation als gesetzlich fragwürdige präventive Massnahme, bei strenger Interpretation als Freiheitsberaubung betrachtet werden. Im Grunde müsste von präventiver Zwangsunter-

**Anstoss erregt
letztlich immer
die Verweigerung
gegenüber der
Forderung nach
Regelmässigkeit,
Planbarkeit und
Verfügbarkeit.**

**Der psychiatrische
Diskurs über die
Betroffenen dient
der Legitimation
für die regelmä-
ssige Anwendung
von Gewalt.**

bringung, psychiatrischer Präventionshaft, beziehungsweise Vorbeugehaft für psychisch Kranke gesprochen werden (Bruns 1993, 42).

Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass die «Fremdgefährlichkeit» der Betroffenen in der Klinik in den allermeisten Fällen eine provozierte Aggressivität ist. Wenn sich jemand gegen die Einweisung an einen Ort, den er fürchtet, gegen Einsperrung und Isolation, die Trennung von den Menschen, die er liebt oder gegen die Einnahme von nachweislich gefährlichen Medikamenten wehrt, handelt es sich mit grosser Wahrscheinlichkeit um eine einfühlbare, nachvollziehbare Reaktion eines Menschen, der seine Freiheit braucht und liebt. Zudem begehen «Geisteskranke» keineswegs öfter Gewalttaten als der «psychisch gesunde» Teil der Bevölkerung (Bruns 1993, 40).

Die Angst vor dem Fremden

Unsere Reaktionen auf «Irre» wie auf Fremde sind in jeder Hinsicht vergleichbar (Rufer 1991, 117ff.). Was anders ist, was wir nicht kennen, nicht verstehen, nicht beherrschen können, wirkt fremd bzw. «irr» auf uns. Das Fremde ist vorerst einmal die Nicht-Mutter, und die Abwesenheit der Mutter lässt Angst aufkommen. Alles, was wir als bedrohlich erleben, sammelt sich allmählich im Bild des Fremden. Es entwickelt sich im Laufe der Zeit gleichsam zu einem «Monsterkabinett des verpönten Eigenen» (Erdheim 1993, 167). Angst bleibt auch später mit dem Fremden assoziiert, und es bedarf immer einer Überwindung dieser Angst, um sich ihm zuzuwenden. Gehorchen wir der Angst, so werden wir unsere Grenzen verstärken und befestigen. Es ist die Angst vor dem Verlust unserer eigenen Ich-Grenzen, die Angst vor Orientierungs- und Kontrollverlust,

die verhindert, dass wir uns diesen Gefühlen und ihren Hintergründen stellen. Das Problem sind nicht die «Irren» und Fremden, sondern das, was sie in uns auslösen. Die als bedrohlich erlebte Konfrontation mit schwer zu verstehenden Menschen stellt aber auch eine Chance dar, die Möglichkeit einer Bereicherung. Im Kontakt mit ihnen könnten wir uns bis anhin unbekannte Seiten unserer eigenen Persönlichkeit kennenlernen. Doch leider wird das, was Angst macht, nur allzu leicht zum Bösen, vor dem wir, solange wir schwach sind, fliehen, das wir aber später, sobald wir uns stark und mächtig fühlen, bekämpfen.

Erstaunlicherweise beschreiben und erklären diese Gedanken nicht nur eine gesellschaftliche Tendenz, sondern auch das Verhalten der klinisch tätigen Psychiaterinnen. Konstruktive Ideen für das Verständnis von Menschen, deren Verhalten uns unsinnig erscheint, uns irritiert, sind im psychiatrischen Denkgebäude keine zu finden. Vielmehr haben psychiatrische Theorien und Modelle die Funktion einer Abwehrstrategie. Der psychiatrische Diskurs über die Betroffenen dient der Legitimation für die regelmässige Anwendung von Gewalt. Das Verstehen dessen, was als Gefahr empfunden wird, wird dadurch verunmöglicht. Die immer wieder heraufbeschworene Gewalttätigkeit der Betroffenen entpuppt sich zu einem wesentlichen Teil als Projektion der Gefühle der Psychiaterinnen selbst bzw. ihres Verhaltens (vgl. Erdheim 1988, 19). Ihre eigene, abgespaltene Aggression muss als die dunkle Seite der Psychiatrie bezeichnet werden: Aggressiv sind immer die anderen, die Betroffenen – diese Feststellung bestimmt psychiatrisches Denken und Handeln, als wäre sie in Stein gemeisselt.

Der von Angst geprägte, aggressiv gefärbte Blick auf die Betroffenen verhin-

dert, dass eine einführende Beziehung zwischen grundsätzlich gleichwertigen Menschen entstehen kann. Doch nur wenn die Psychiaterin, die Psychotherapeutin, bereit ist, sich auf eine echte Partnerschaft einzulassen, können sich Verständnis, Bewusstheit, neue Erkenntnisse über die Entstehung der Abweichung der Betroffenen ergeben (Erdheim 1988, 128f.). Gleichzeitig würde sich auch das Selbstverständnis, ja die Identität der Psychiaterinnen verändern. Nun wären auch ihre «schwierigsten» Patientinnen nicht mehr einfach «Fälle», die auf eine lebenslange Behandlung mit Neuroleptika angewiesen sind, nein, sie würden zu Menschen, wie sie selbst, die sich keineswegs durch grundlegende, vererbte (neuro-)biologische Merkmale von den psychisch «normalen» Menschen unterscheiden. Vermehrt würde eine hoffnungsvolle Erwartungshaltung die Betroffenen begleiten. Zudem würde die Erkenntnis ihrer eigenen Aggressivität der von Psychiaterinnen ausgeübten Gewalt einen Riegel schieben.

Eine Institution im Nebel der Unbewusstheit

Als Teil einer mächtigen Institution sind Psychiaterinnen in ihrem Denken und Verhalten keineswegs frei. Sie identifizieren sich mit der Idee, welche sich in der Institution verkörpert; die Vorstellung dessen, was die Institution sein soll, lenkt ihre Realitätswahrnehmung. Sie sind Glieder eines Denkkollektivs und damit einem Denkstil verhaftet, der keine Abweichungen erlaubt (vgl. Fleck 1980; Rufer 2006), sind sich nicht bewusst, dass sie immer nur das denken, was sie vorschriftsgemäss denken müssen. Sie haben ihre Unabhängigkeit und «geistige» Freiheit eingebüsst. Doch sie gehören «dazu», sind im Einklang mit den herrschenden Verhältnissen. Mit ihrem Denken und Handeln stehen sie

im Dienst der gesellschaftlichen Produktion von Unbewusstheit (Erdheim 1988, 137) und verhindern damit massgeblich gesellschaftliche Änderungen. So wird denn die Gewalttätigkeit der Psychiatrie grösstenteils verdrängt; die Ausrede, alles geschehe doch zum Wohle der Patientinnen wird – auch für viele Betroffene – zur Wahrheit.

Die Psychiaterinnen und ein Grossteil der zwangseingewiesenen Patientinnen sind identifiziert mit ihren sozialen Rollen. Nur indem sie diese Identifikation aufgeben, können Psychiaterinnen ihre Autonomie und damit ihre ungetrübte Wahrnehmungsfähigkeit zurückgewinnen. Doch damit verlieren sie ihre gesellschaftliche Stellung, sterben gleichsam einen sozialen Tod (Erdheim 1984, 76). Auch für die Betroffenen besteht der sinnvolle Weg darin, sich von der Rolle der Psychiatriepatientin, der «Schizophrenen» usw. zu lösen. Äusserst schwierig auch das. Einen Vorteil haben sie: In der Betroffenenbewegung gibt es viele Beispiele von ehemaligen Insassen, die es geschafft haben, einen Weg zurück in ein autonomes und erfülltes Leben zu finden.

Die Frauenbewegung zeigt, was möglich ist

Der Frauenbewegung ist es gelungen, die gesellschaftliche Wertung von Vergewaltigungen wesentlich zu verändern. Anders als noch in den frühen 1970er Jahren gilt heute Vergewaltigung zu Recht als Gewaltverbrechen (Brunner 2004, 17).

Politisch wirkungsvolles Auftreten, politisches Gewicht ist demnach vonnöten. Nur so kann es zu einer breiten gesellschaftlichen Wahrnehmung der verheerenden Folgen von psychiatrischen Zwangsmassnahmen und deren

Die Gewalttätigkeit der Psychiatrie wird grösstenteils verdrängt.

Hintergründen kommen. Unabhängige Psychiatriebetroffene und ihre demokratisch strukturierten Verbände könnten am ehesten den notwendigen Druck erzeugen.¹ Dann erst wäre es nicht mehr möglich, Taten, die dazu dienen, den Willen von wehr- und rechtlosen Menschen zu brechen, als Behandlungen zu bezeichnen.

Marc Rufer war nach Abschluss des Medizinstudiums als Assistenzarzt in einer grossen staatlichen psychiatrischen Klinik tätig und führt seither seine eigene psychotherapeutische Praxis in Zürich. Er wurde aufgrund seiner regelmässigen publizistischen Tätigkeit (vgl. Literatur) zu einem der profiliertesten Kritiker der Psychiatrie im deutschsprachigen Raum.

Literatur:

- Brunner, José, 2004: Politik der Traumatisierung. Zur Geschichte des verletzbaren Individuums. In: WestEnd Heft 1, Frankfurt am Main, S. 7–24.
- Bruns, Georg, 1993: Ordnungsmacht Psychiatrie? Opladen.
- Dressing, Harald; Salize, Hans Joachim, 2004: Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung psychisch Kranker. Bonn.
- Ehlert, Martin; Lorke, Beate, 1988: Zur Psychodynamik der traumatischen Reaktion. *Psyche*, 42, S. 502–532.
- Erdheim, Mario, 1984: Die gesellschaftliche Produktion von Unbewusstheit. Frankfurt a. M.
- Erdheim, Mario, 1988: Die Psychoanalyse und das Unbewusste in der Kultur. Frankfurt a. M.
- Erdheim, Mario, 1993: Das Eigene und das Fremde. In: Jansen, Mechthild, Prokop, Ulrike: Fremdenangst und Fremdenfeindlichkeit. Basel, S. 163–182.
- Finzen, Asmus; Haug, Hans-Joachim; Beck, Adrienne; Lüthi, Daniela, 1995: Hilfe wider Willen. Bonn.
- Fleck, Ludwik, 1980: Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Frankfurt.
- Foucault, Michel, 1975: Macht-Wissen. In: Basaglia, Franco/ Basaglia-Ongaro, Franca (Hg.): Befriedigungsverbrechen. Frankfurt, S. 63–80.
- Haas, Esther, 2003: Psychiatrie: Das System spielt verrückt. Beobachter, 6.
- Meier, Marietta; Bernet, Brigitta; Dubach, Roswitha; Germann, Urs, 2007: Zwang zur Ordnung. Zürich.
- Mitscherlich, Alexander; Mitscherlich, Margarete, 1977: Die Unfähigkeit zu trauern. München, Zürich.
- Müller, Peter, 2004: Psychiatrie: Zwangseinweisungen nehmen zu. In: Deutsches Ärzteblatt 101, (15.10.2004).
- Lehmann, Peter; Stastny, Peter (Hg.), 2007: Statt Psychiatrie 2. Berlin.
- Rufer, Marc, 1991: Wer ist irr? Bern.
- Rufer, Marc, 1995: Glücksspielen. München.
- Rufer, Marc, 1997: Irrsinn Psychiatrie. Bern.
- Rufer, Marc, 2001: Psychopharmaka – fragwürdige Mittel zur Behandlung von fiktiven Störungen. In: Wollschläger, Martin (Hg.): Sozialpsychiatrie, Entwicklungen, Kontroversen, Perspektiven. Tübingen, S. 225–268.
- Rufer, Marc, 2004: Ordnungsmacht Psychiatrie. In: Widerspruch Heft 46, Zürich, S. 109–124.
- Rufer, Marc, 2005: Traumatisierung in der Psychiatrie. In: BPE-Rundbrief, Nr. 4, Bochum, S. 11–16.
- Rufer, Marc, 2006: Neuromythologie und die Macht der Psychiatrie. In: Widerspruch Heft 50, Zürich, S. 145–156.
- Rufer, Marc, 2007: Psychiatrie – ihre Diagnostik, ihre Therapien, ihre Macht. In: Lehmann, 2007.

¹ Informationen zur Bewegung der Psychiatriebetroffenen finden sich auf www.enusp.org/languages/german-index.htm und www.antipsychiatrieverlag.de.

IMPRESSUM

Rote Revue Nr. 3, 2007, 85. Jahrgang.

Zeitschrift für Politik, Wirtschaft und Kultur. Erscheint viermal jährlich.

Herausgeberin: Sozialdemokratische Partei der Schweiz.

Verantwortlicher Redaktor:

Markus Blaser (Tel. 026 424 00 00, E-Mail: rote.revue@spschweiz.ch)

Mitglieder der Redaktion:

Markus Blaser, angehender Historiker, Fribourg.

Katja Blust, angehende Anglistin, Fribourg.

Madeleine Grimm Köppel, Architektin, Bern.

Fabrizio Moser, angehender Philosoph, Bern.

Peter Peyer, Präsident SP Graubünden, Chur.

Irene Soltermann, Historikerin, Bern.

Redaktionsadresse: SP Schweiz, Redaktion Rote Revue, Postfach, 3001 Bern.
rote.revue@spschweiz.ch

Abonnementsverwaltung: SP Schweiz, Rote Revue (Abos), Postfach, 3001 Bern.
rote.revue@spschweiz.ch

Satz und Druck: S&Z Print, 3902 Brig-Glis, info@sundz.ch

Jahresabonnement: Fr. 40.–

Unterstützungsabonnement: Fr. 60.–

Einzelnummer: Fr. 10.–

Bestellungen und Infos: rote.revue@spschweiz.ch

ISSN: 1421-8763