

Asmus Finzen

Zwischen Hilfe und Gewalt: ein unausweichliches Dilemma der Psychiatrie (1988)

Vortrag anlässlich des Symposiums über Gewalt in der Psychiatrie in Hildesheim am 16. und 17. Mai 1987. Veröffentlicht in den Fundamente Psychiatrica 1988; 2:8-1

Die Psychiatrie ist eine Institution zwischen Hilfe und Gewalt. Das Wesen psychischen Leidens ist das Dilemma unlösbar zu erscheinen. Aber es ist zu bewältigen, indem wir uns damit konfrontieren. Die Einweisung gegen den Willen, die Zwangsbehandlung, Suizid und Suizidversuch, Gewalt von seitens psychisch Kranker und sogenannte „besondere Vorkommnisse“ sind Geschehnisse, die die Gratwanderung der Psychiatrie zwischen Hilfe und Gewalt markieren.

„Es gibt in unserer Gesellschaft nicht deshalb Heilanstalten, weil Aufseher, Psychiater und Pfleger einen Arbeitsplatz brauchen; es gibt sie deshalb, weil eine Nachfrage nach ihnen besteht. Wenn heute alle Heilanstalten eines bestimmten Gebiets geleert und geschlossen würden, dann würden morgen Verwandte, Polizisten und Richter den Ruf nach neuen Anstalten anstimmen. Und sie, die in Wahrheit die Klienten der Heilanstalt sind, würden nach einer Institution verlangen, die ihre Bedürfnisse befriedigt. Der in der Anstalt tätige Psychiater selbst hat keine leichte Rolle.“

Diese Sätze klingen wie eine Apologie des Psychiaters und der Psychiatrie. Aber, der sie so gelassen niedergeschrieben hat, ist keiner „von uns“, Dieses Zitat stammt aus dem Schlusskapitel des Buches von Erving Goffman „Asyle“ (1972), das die Kritik an der institutionellen Psychiatrie als eines der ersten so erfolgreich popularisiert hat.

Bei näherem Hinsehen zeigt sich, dass keineswegs eine Apologie gemeint ist, sondern die Umschreibung eines Dilemmas. Denn, so Goffman, am Schluss seiner Analyse: „Ich will nicht behaupten, ich wüsste einen besseren Weg, mit Menschen umzugehen, die als Geisteskranke bezeichnet werden.“

Diese Ratlosigkeit, die sich bei zahlreichen ernsthaften Kritikern der Psychiatrie wiederfindet, hat ihre Wurzel in jener ungunstigen, aber wohl unvermeidlichen Doppelfunktion der Psychiatrie: zum einen, dem Klienten zu helfen, zum zweiten, jene anderen, „Verwandte, Polizisten und Richter“ – Repräsentanten der Ordnungsgesellschaft – vor ihnen zu schützen, von ihnen zu entlasten, zu befreien.

Verleugnet man die erste, die helfende Funktion, kritisiert man die Psychiatrie folgerichtig als Institution der Gewalt¹; verleugnet man die zweite, die Ordnungsfunktion, verklärt man die psychiatrischen Einrichtungen ebenso folgerichtig wie fast zu „Krankenhäusern wie allen anderen auch“. Wird die helfende Funktion vernachlässigt, so wird die Psychiatrie tatsächlich zu einer reinen Institution der Gewalt, zu einem Ort der Verwahrung. Vernachlässigt man die zweite Funktion, den Schutz der Gesellschaft, die Entlastung der Mitbetroffenen, ist es wahrscheinlich, dass es deswegen allein keine bessere Psychiatrie gibt, sondern dass die Gesellschaft, die sich von der Psychiatrie im Stich gelassen fühlt, andere Mittel und Wege findet, mit jenen Menschen fertig zu werden, die psychosozial abweichendes Verhalten zeigen, das als psychische Krankheit definiert und erlebt wird.

Das Gefängnis ist so eine Alternativlösung. Wie viele seiner Insassen könnte man nicht ebenso gut als psychisch krank klassifizieren? Die Karriere des Landstreichers, des isolierten entwurzelten Bewohners eine Obdachlosenunterkunft am Stadtrand eine andere. Es gibt weitere, auch subtilere Möglichkeiten, ohne dass das hier weiter ausgeführt werden muss.

Die Erklärung für diese in ihrer Vielfalt doch einheitliche Reaktionsweise der Einschließung, Ausschließung oder der Gängelung ist ebenso einfach wie brutal. Abweichendes Verhalten, das als psychische Krankheit definiert wird, wird von den Sozialwissenschaften ja nicht aufgrund irgendwelcher Willkür auf der Skala der möglichen Formen abweichenden Verhaltens irgendwo zwischen „gewöhnlicher“ Krankheit und Kriminalität eingeordnet, sondern weil es von der Bevölkerung, von den Angehörigen, den Ordnungshütern, den Gesetzemachern und sogar den Kranken genau so erlebt wird.

Wenn wir das möglicherweise differenzierter sehen, so ist das Folge eines langen beruflichen Sozialisationsprozesses.

Auf der anderen Seite ist festzuhalten, dass auch die übrige Medizin keineswegs gewaltfrei ist. Stahl und Strahl, Laser und Zytostatika, invasive Verfahren zur Diagnostik, und nicht zuletzt der Elektroschock als selbstverständliche Interventionsmethode beim Herzkammerflimmern sprechen ihre eigene Sprache. Es ist mehr als eine ironische Marginalie, dass die Abbildung eines Elektroschockgerätes in einem sonst sehr schön-

¹ Franco Basaglia: Die negierte Institution. Frankfurt: Suhrkamp, 1972.

nen, psychiatriekritischen Bildersachbuch, die die kühle Brutalität der modernen Psychiatrie zeigen soll, in Wirklichkeit einen Defibrillator an einem Intensivplatz einer Inneren Klinik darstellt. Damit nicht genug: Auch die Abbildung eines Kranken während der Elektrokrampfbehandlung ist nicht stimmig. Sie zeigt einen Patienten unter der EEG-Haube bei der Ableitung eines Hirnstrombildes.

Wir tun gut daran, uns ins Bewusstsein zu rufen, dass unsere Kollegen in der Chirurgie und der Inneren Medizin sich lange Zeit sehr schwer damit getan haben, dass die Juristen ihre Eingriffe in die Körpersphäre des kranken Menschen schlicht als Körperverletzung klassifizieren, die nur durch die Zustimmung des Kranken nach Aufklärung straffrei bleibt. Sie fühlen sich dadurch an die Seite von Raufbolden und Messerstecher gestellt. Sie empfinden, dass ihre Motive ihrem Handeln eine andere Qualität verleihen müssten. Sie haben dennoch unrecht. Allein die aufgeklärte Zustimmung beim geschäftsunfähigen Patienten entscheidet über Recht und Unrecht, über Zulässigkeit oder Unzulässigkeit ihres Handelns. Sie entscheidet darüber, ob die Gewalt, die sie in Form der Narkose, der Operation oder der elektrischen Defibrillation ausüben, erlaubt ist oder kriminell.

Was die übrige Medizin von der Psychiatrie unterscheidet, ist die Tatsache, dass sie in aller Regel auf die aufgeklärte Zustimmung ihrer Patienten zurückgreifen kann, und zwar in solchem Maße, dass ihre blutigen und unblutigen Eingriffe in Körper und Psyche erst durch Reflexion als Gewalt identifiziert werden können. In der Psychiatrie ist das anders. Ihre Patienten können wegen ihrer Krankheiten zum Teil gar nicht aufgeklärt zustimmen; zum Teil wehren sie sich ausdrücklich gegen Krankenhausaufnahme und Behandlung; und der Vertrauensvorschuss, auf den unsere Kollegen von der somatischen Medizin selbstverständlich zurückgreifen können, wird uns nicht gewährt. Uns wird nicht ohne weiteres abgenommen, dass wir bei einem Kranken, der zeitweilig nicht über sich selbst bestimmen kann, in dessen Sinne handeln würden. Das hängt mit einem abgrundtiefen, lang überlieferten Misstrauen gegenüber unserem Können zusammen. Dieses Misstrauen betrifft sowohl unsere Fähigkeit, Krankheit und Gesundheit voneinander abzugrenzen, als auch unsere therapeutischen Möglichkeiten.

Wichtiger noch scheint zu sein, dass die traditionelle Vorstellung, ein guter Arzt sei auch ein guter Mensch, die erst im letzten Jahrzehnt ein wenig abgebröckelt ist, den Psychiater offenbar nie eingeschlossen hat. Populäre Darstellungen in der Psychiatrie

verzichten nie darauf, eine Parallele zu ziehen zwischen den klassischen Zwangsmitteln der Psychiatrie, den hilflosen, wie Folter wirkenden historischen Therapieversuchen und dem Elektroschock sowie der "chemischen Zwangsjacke" der Psychopharmakotherapie. Das Bild des Psychiaters ist allzu oft das eines manifesten oder wenigstens latenten Sadisten, der alles Misstrauen verdient hat. Der konstruierte Gegensatz zwischen gewalttätiger Psychiatrie und emanzipatorischer Psychotherapie mag zur Verfestigung dieses Bildes beitragen. Auf dem Wege der Abspaltung werden die guten Anteile im psychiatrisch tätigen Arzt allein dem Psychotherapeuten zugewiesen.

Diese Bild von Psychiater und Psychiatrie hängt natürlich eng mit unserer zweiten Aufgabe als Psychiater zusammen, unserer Ordnungs- und Schutzfunktion. Die Gewalt, die wir ausüben und mit der wir rechnen müssen, hat eine andere Qualität als die unserer Kollegen, die auf die aufgeklärte Zustimmung der Patienten zurückgreifen können. Die Aufgabe, den Kranken und die Allgemeinheit vor einer dringenden, unmittelbar gegenwärtigen Gefahr zu bewahren, rückt uns in die Nähe der Polizei, die im Übrigen neben ihren Ordnungsaufgaben ja auch helfende Funktionen hat. Das Dilemma der neugeschaffenen Berufsgruppe der Polizei-Sozialarbeiter in Image und Selbstverständnis ist dem unseren in mancher Hinsicht vergleichbar.

Wenn wir im Rahmen unserer Tätigkeit Gewalt anwenden, entscheidet oft allein unser Motiv darüber, ob wir gerade eine Ordnungsfunktion oder eine therapeutische Aufgabe wahrnehmen. Unser Motiv aber ist einer misstrauischen Öffentlichkeit nicht vermittelbar. Ein Elektroschock bei einem Depressiven hat offensichtlich ganz andere Legitimationsprobleme als die elektrische Defibrillation.

Selbst der unbestrittene Vorrang therapeutischen Denkens unterliegt noch der Denunziation. In einem ebenso ärgerlichen wie bei Patienten und Angehörigen populären, neu erschienen Buch heißt es: „Die Hauptaufgabe der Psychiatrie ist es, psychisch auffällige Menschen durch Therapie und Rehabilitation wieder an die herrschende Normalität anzupassen. (...) Das Wollen und das Wohlergehen eines psychisch abweichenden Menschen ist dabei sekundär – notfalls wird der Normalisierungsprozess mit Hilfe indirekter oder direkter Zwangsmaßnahme durchgeführt, wobei die schlimmsten Schritte eine Zwangsbehandlung oder die Unterbringung auf geschlossenen Stationen sind“.²

² Zehentbauer, J.; Steck, W. F.: Chemie der Seele. Athenäum 1986, 10. Aufl. 2010.

Wir kommen nicht daran vorbei, wir müssen für uns selber Klarheit gewinnen und die eigenen Positionen abstecken, zumal es neben der Kritik an der Psychiatrie, zu gewalttätig zu sein, auch noch die andere gibt, zu sorglos mit den uns anvertrauten Kranken zu sein, die Ordnungsaufgabe nicht ausreichen zu erfüllen und uns dadurch der Körperverletzung oder der fahrlässigen Tötung schuldig zu machen oder eine Gefährdung der Allgemeinheit heraufzubeschwören. Solche Kritik wird immer dann laut, wenn ein psychisch Kranker ein spektakuläres Verbrechen begeht. Wenn ein psychiatrischer Patient, wie jüngst in Bielefeld, in brutaler Weise zwei Kinder ermordet, nützt der nüchtern Hinweis überhaupt nichts, dass Gewalttaten psychisch Kranker nicht häufiger sind als die anderer Menschen. Dann wird der Anspruch all der anderen nicht gewalttätigen psychiatrischen Patienten auf Freiheit und körperliche Unversehrtheit von großen Teilen der Öffentlichkeit, insbesondere aber von der Boulevardpresse vom Tisch gewischt. Dann wird leicht unterstellt, alle psychiatrischen Krankenhauspatienten seien potentielle Kindermörder und Vergewaltiger; also müssten alle eingeschlossen werden.

Psychiatrie wird dadurch in mancher Hinsicht zu einer Gratwanderung zwischen Freiheitsberaubung und unterlassener Hilfeleistung. Wir wissen allen, dass die Psychiatrie in allgemein zugänglichen psychiatrischen Krankenhäuser, die sich den Ordnungsaufgabe nicht entziehen können, die davon geprägt ist, dass „nichts passieren“ darf. Das meldepflichtige und rechtfertigungsbedürftige „besondere Vorkommnis“ ist ein prägendes, ängstigende und in mancher Hinsicht antitherapeutisches Element im Alltag des psychiatrischen Krankenhauses.

Formen der Gewalt

Die Formen der Gewalt, mit denen wir in unserer therapeutischen Arbeit rechnen müssen, sind vielfältig. Sie beginnen mit der Einweisung eines Kranken gegen seinen Willen, setzen sich fort in der Behandlung unter Zwang, in der Notwendigkeit, zu fixieren (fesseln nennt man das in der normalen Sprache). Es zählt zu unseren Aufgaben, den Suizid von Patienten zu vermeiden, denen das Leben wegen ihrer Krankheit unerträglich scheint. Wir müssen Patienten behandeln, die aus ihrer Krankheit heraus gegenüber ihren Partnern, ihren Kindern, ihren Eltern oder gegenüber Dritten Gewalt geübt haben – manchmal, weil sie strafrechtlich zu uns eingewiesen sind, meist aber, nachdem sie ohne Einschaltung von Polizei, Staatsanwaltschaft oder Gerichten zu uns gekommen sind. Wir müssen dann darüber entscheiden, wann die Gefahr vorüber ist.

Die Hilfe, die wir dabei von Unterbringungsrichtern oder Strafvollstreckungskammer erfahren, ist in der Regel eher marginal.

Schliesslich, dies mag der unangenehmste Aspekt von Gewalt in der Psychiatrie sein, Willkür und Misshandlung von Mitarbeitern gegenüber den Patienten vermeiden und – wenn sie auftritt – verfolgen, Gewalt von Patienten untereinander und gegenüber Mitarbeitern unterbinden. Wir müssen letztlich eine gewaltfreie oder doch möglichst gewaltarme Atmosphäre in den geschlossenen Bereichen unserer psychiatrischen Krankenhäuser erreichen; und das ist nicht leicht.

Ich will versuchen, einige Aspekte von Zwang und Gewalt im Alltag der Psychiatrie skizzenhaft darzustellen.

Die Zwangseinweisung

Am geläufigsten sind uns Zwang und Gewalt in Form der Einweisung gegen den Willen des Kranken. Hier werden Zwang und Gewalt von Draußen in das Krankenhaus hineingetragen: Vorausgegangen ist fast immer eine krisenhafte Zuspitzung in der Familie oder in der Öffentlichkeit, wo sich Mitbetroffene – Goffmans Verwandte und Polizisten – nicht anders zu helfen wussten, als den Notarzt einzuschalten und das Psychisch-Kranken-Gesetz zu bemühen. Bei vielen Betroffenen ist der Höhepunkt der Krise bereits überschritten, wenn der Patient im Krankenhaus ankommt – nicht selten in Polizeibegleitung, manchmal gefesselt. Viele können das Hilfsangebot des psychiatrischen Krankenhauses annehmen. Nicht wenige andere gehen kurzfristig, ohne weitere Maßnahmen wieder nach Hause. Zehn Prozent der 2.500 jährlichen Aufnahmen unseres Krankenhauses bleiben weniger als 24 Stunden. Viele von ihnen sind mit einer vorläufigen Einweisung gekommen, manche sogar mit einem einstweiligen Unterbringungsbeschluss.

Im Krankenhaus bleibt nicht selten das Gefühl, die Kollegen draußen und die Mitbetroffenen hätten überreagiert. Von draußen kommt gelegentlich das ärgerliche Echo, wir im Krankenhaus würden die Gefahr und die Gefährdung unterschätzen. Das mag ein Zeichen dafür sein, wie wenig trennscharf die Unterbringungskriterien sind, wie unterschiedlich die Sichtweise sein kann, aber auch, wie rasch sie sich verändern. Umso wichtiger ist es, dass wir mit der Entscheidung über die Notwendigkeit nicht allein gelassen werden, dass der Unterbringungsrichter uns noch in der kritischen Situation der Entscheidungsfindung zu Hilfe kommt und nicht erst eine Woche später,

wenn die bedrohliche – aber bei Abbruch der Behandlung wiederkehrenden – Symptome bereits wieder unter Kontrolle sind. Der Patient muss vor einer Einweisung in das psychiatrische Krankenhaus vom Richter gehört werden, wenn dies den Umständen nach möglich ist. Das hat das Bundesverfassungsgericht 1980 entschieden (2 BVR 1194/80).

Im gleichen Urteil hat das Gericht darauf hingewiesen, dass die tatsächliche Verantwortung für die Zwangseinweisung nicht beim Arzt – oder doch nicht bei ihm allein – liegt: Der Richter benötige für seine Entscheidung zwar die sachkundige Hilfe der Ärzte, aber er müsse deren Begriffswelt nicht übernehmen. Das trage dazu bei, dass „der Vernunftthoheit des Arztes über den Patienten“ und einer umfassenden staatlichen Gesundheitsvormundschaft begegnet werde. Gerade bei psychischen Störungen, deren Grenzen zum Krankhaften fließend seien, bleibe der Richter deshalb zu einer besonders sorgfältigen Prüfung der Frage aufgerufen, ob den Störungen auch ein Krankheitswert zukomme, der eine Unterbringung rechtfertige, oder ob das Verhalten des Betroffenen vielleicht nur „allgemein lästig“ sei.

Ich bin davon überzeugt, dass die Verantwortung für alle Beteiligten leichter zu tragen ist, wenn die Frage der Notwendigkeit der Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus gegen den Willen des Patienten gerade in uneindeutigen Fällen sorgfältig verhandelt wird. Irrtümer sind nie auszuschließen. Aber gerade bei der an sich erfreulichen Tendenz der Gerichte, auch bei psychisch Kranken im Zweifel dem Freiheitsrecht des Betroffenen den Vorrang zu geben, müssen wir fordern, dass der Richter die Mitverantwortung für einen Suizid, einen folgenschweren Rückfall oder schlimmstenfalls eine Gewalttat mitträgt.

Ich habe mich an anderem Ort ausführlich über die Kriterien für eine Krankenhauseinweisung gegen den Willen eines psychisch Kranken geäußert.³ Ich will mich hier deswegen kurzfassen: Sie gestehen zum einen in der Krankenhausbedürftigkeit wegen psychischer Krankheit mit der entsprechenden Gefährdung. Zum anderen, und das scheint mir wichtig hervorzuheben, in einer krankheitsbedingten Aufhebung der Entscheidungs- und Verantwortungsfähigkeit der Betroffenen. Unter diesen Voraussetzungen hat nicht nur die Gesellschaft das Recht, ihn gegen seinen Willen einzuweisen;

³ Finzen, A.: Gewalt in der Psychiatrie. Zur Legitimität der Zwangseinweisung. Vortrag anlässlich des 18. Saar-Lor-Lux-Symposiums in Merzig, am 27.3.1985. Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde 1986 147-55.

der Kranke selber hat ein Recht, der Behandlung zugeführt zu werden – und sei es gegen seinen Willen. Klaus Ernst schreibt dazu: „Wo andere realisierbare Betreuungsmöglichkeiten ausscheiden, kann dieser Zwang gegenüber dem Kranken in der Tat die relativ humanste Lösung bedeuten.“⁴ Unerträglich scheint mir aus diesem Hintergrund nur zu sein, dass die Kriterien für eine Einweisung gegen den Willen des Patienten so vage sind, dass die Häufigkeit der Zwangseinweisung in verschiedenen Regionen des Rechtsstaates Bundesrepublik um eine Zehnerpotenz schwankt. Das kann nicht mit rechten Dingen zugehen.

Die Zwangsbehandlung

Viel heikler als die Zwangseinweisung ist die Anwendung von unmittelbarem Zwang zur Behandlung, etwa zur Medikamenteneinnahme, die Fesselung oder die Isolierung von psychisch kranken Patienten. Diese Probleme sind so heikel, weil sie rechtlich zumindest nicht konkret geregelt sind. Sie sind das Ergebnis von Ermessensentscheidungen von Ärzten und anderen Krankenhausmitarbeitern. Ich zögere, es zu sagen, aber es ist so: Hier sind der Willkür Tür und Tor geöffnet. Die Persönlichkeit, die Gesinnung und die Menschlichkeit der Therapeuten müssen gewährleisten, dass die Kranken nicht missbraucht werden. Unsere Gesellschaft scheint sich trotz des weitverbreiteten Misstrauens in der Bevölkerung weitgehend darauf zu verlassen.

Wir unterstellen, dass die Psychisch-Kranken-Gesetze, die die Zwangsunterbringung regeln, auch die Zwangsbehandlung erlauben, sofern sie nicht in den Kern der Persönlichkeit eingreifen (wie es im niedersächsischen Psych-KG heißt); eindeutig ist das nicht. Die Kriterien dafür sind allenfalls krankenhausesintern oder krankenhausträgerintern geregelt. Der Ermessenspielraum ist ungeheuer groß. An seiner Handhabe entscheidet sich, ob psychiatrische Behandlung menschlich ist oder nicht. Im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen halten sich allzu leicht die Rituale der totalen Institution, indem Zwang nicht als Not- und Notwehrmaßnahme eingesetzt wird, sondern als Instrument der Disziplinierung. Das muss nicht bis zur Zwangsinjektion oder bis zur Fesselung gehen.

Die Rituale des Zwangs setzen viel früher ein. Ein Beispiel aus der eigenen Klinik aus den letzten Wochen: Eine psychosekranke Patientin mit einer Tendenz zur Verwahrlosung wird nach langem Zögern aus dem Wachsaal in ein Zweibett-Zimmer verlegt,

⁴ Ernst, K.: Geisteskrankheit ohne Institution. Eine Feldstudie im Kanton Fribourg aus dem Jahre 1875. Schweiz Arch Neurol Neurochir Psychiatr 1983; 133:239-69.

unter der Bedingung, dass sie ihren Bettplatz ordentlich halte und dass sie regelmäßig zur Arbeitstherapie gehe. Als sie die zweite Bedingung nicht einhalten kann, wird sie auf Drängen der Stationsschwester in den Wachsaal zurückverlegt – eindeutig aus disziplinarischen Gründen. Eine medizinische Notwendigkeit bestand nicht. Die Patientin ergriff die Flucht, zwei Tage später meldete sie sich aus Berlin. Sie werde sich dort eine ihr angemessenen Behandlungsplatz suchen. Ich will es dabei belassen. Aber ich will mich nicht drücken.

Fesselung, Isolierung und Zwangsmedikation sind Notmaßnahmen, die selbstverständlich die richterlichen Sanktionen der Unterbringung zur Voraussetzung haben. Aber dabei dürfte es eigentlich nicht bleiben. Jede dieser Zwangsmaßnahmen bedürfte eigentlich der nachträglichen kritischen Würdigung durch eine Ethik-Kommission. Auch hier müssten wir uns wünschen, dass die Gesellschaft, die uns die Ordnungsfunktionen zugewiesen hat, uns nicht mit unseren Gewissensnöten allein lässt.

Suizid und Suizidversuch

Der Suizid und der Suizidversuch sind Formen der Gewalt des Kranken gegen sich selber. Aber wenn sie sich im Bezugssystem psychiatrischer Behandlung, insbesondere psychiatrischer Klinikbehandlung abspielen, sind wir mitbetroffen und wahrscheinlich auch mit gemeint. Suizidgefährdung ist ein Begleitsymptom vieler psychischer Krankheiten. Aber Suizidalität ist zugleich ein komplexes psychosoziales Geschehen, dem die psychiatrische Diagnose allein nicht gerecht wird. Das macht den Suizid so schwer fassbar. Das entzieht den Suizid während der psychiatrischen Behandlung unserer perfekten Kontrolle. Dennoch bleibt es unsere Aufgabe, den Patientensuizid durch sorgfältige Diagnostik, menschliche Fürsorge und vorsichtige Therapie nach Kräften zu verhindern und unsere Psychohygiene darauf einzurichten, dass wir an dieser Aufgabe immer wieder scheitern werden.

Gewalt durch psychisch Kranke

Gewalttaten psychisch Kranker gegenüber Dritten sind merkwürdigerweise für die meisten von uns keine so große Bedrohung für unser therapeutisches Selbstverständnis wie der Patientensuizid. Für die Öffentlichkeit hingegen sind sie Anlass zu vielfältigen oft irrationalen Befürchtungen. Böker und Häfner⁵ haben Anfang der siebziger

⁵ Böker, W.; Häfner, H.: Gewalttaten Geistesgestörter. Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer, 1973.

Jahre nachgewiesen, dass Gewalttaten psychisch Kranker nicht häufiger sind als solche Gesunder und dass psychisch Kranke, entgegen einem verbreiteten Vorurteil, keineswegs unmotiviert unbeteiligte Dritte angreifen. Wenn es zu Gewalt kommt, sind in aller Regel Angehörige und oder Therapeuten im Rahmen eines verclinchten Beziehungssystems davon betroffen. Dennoch prägen Gewalttaten psychisch Kranker das Bild der Öffentlichkeit vom psychisch Kranken und der Psychiatrie weithin. Die Boulevardpresse leistet ihren immer wiederkehrenden Beitrag zur Pflege dieses Vorurteils, wenn sie Verbrechen, die aus dem Wahn geboren und damit unverständlich sind, in allen schrecklichen Einzelheiten ausbreitet.

Auf der anderen Seite können wir auch nicht sagen, dass Gewalt von Seiten psychisch Kranker innerhalb unseres Verantwortungsbereichs keine Rolle spielt. Ich meine damit nicht jene Gewalt, die an die Ohren des Staatsanwalts dringt, sondern jene, die sich im Krankenhaus und im Familienalltag abspielt. In einer beliebig herausgegriffenen Montagmorgenkonferenz in unserer Klinik wurden gleich drei solcher Vorfälle berichtet: Eine alte Frau kommt zur Aufnahme, weil sie ihre Nachbarin mit einem Messer angegriffen hat, nachdem sie geglaubt hat, diese wolle sie vergiften. Ein langjährig hospitalisierter Patient hat einen Krankenpfleger angegriffen und verletzt, als er in einer plötzlich einschließenden psychotischen Idee ihr für seinen Henker hält. Ein psychotischer junger Mann hat die Wohnung kurz und klein geschlagen, nachdem er sich mit seiner Mutter gestritten hat.

Man muss das nicht überbewerten. In unserem Krankenhaus leben 700 Patienten. Unsere Aufnahmen kommen aus einem Einzugsgebiet mit 700.000 Einwohnern. Dennoch können wir uns den Auswirkungen der Konzentration ungewöhnlicher und gewalttätiger Ereignisse nicht entziehen. Am gleichen Wochenende wird über einen Suizidversuch berichtet und über das Verschwinden einer Patientin, die bis zum Montagmorgen nicht auffindbar war. Schließlich über die Notwendigkeit, einen langjährigen Patienten, der schon wieder einmal ausgeflippt sei, zu fixieren; und über einen glücklicherweise blinden Feuersalarm. Schließlich musste eine gerontopsychiatrische Patientin, die gefallen war, mit dem Verdacht auf einen Knochenbruch in der Chirurgie vorgestellt werden.

Das „besondere Vorkommnis“

Strenge, um nicht zu sagen rigide Regeln zum Schutz der Patienten vor Suizid, Unglücksfälle und Feuer und Schutz der Patienten und Mitarbeiter vor Gewalt sind

zwangsläufige Folgen dieser Anhäufung von Zwischenfällen, die wir in der Sprache der Anstalt „besondere Vorkommnisse“ nennen. Sie sind notwendig; aber sie können sich leicht verselbständigen. Auf jeden Fall aber tritt das Ziel der Anstalt, dass nichts passieren dürfe, in ungute Konkurrenz mit dem Ziel der psychiatrischen Klinik, zu therapieren und zu helfen.

Je größer der Anteil der Kranken ist, mit denen ein Einverständnis und damit eine informierte Zustimmung zur Behandlung nicht zu erreichen ist, desto schwerwiegender sind die Folgen dieses Widerstreits. Wenn eine von zehn Stationen geschlossen ist, gilt sie für Kranke, für die Mitarbeiter und für die Öffentlichkeit als das außergewöhnliche. Sind es fünf, werden sie prägend für die Institution. Leider geraten die öffentlichen psychiatrischen Krankenhäuser hier leicht in einen bösen Zirkel. Der Anteil an der Erfüllung von Ordnungsaufgaben ist zu ihren Lasten verteilt. Nur sie dürfen und müssen z. B. Psychisch kranke Gefangene behandeln. Nur sie dürfen und müssen wegen einer Straftat vorläufig untergebrachte, psychisch kranke Rechtsbrecher aufnehmen. Sie bleiben stärker mit dem Stigma der alten psychiatrischen Anstalt behaftet als kommunale und private psychiatrische Einrichtungen, die diese Aufgabe nicht erfüllen müssen.

Die Folge ist, dass leichter kranke, aber dennoch krankenhausbefürftige psychisch kranke Patienten, wenn sie irgendwie können, in andere Kliniken ausweichen mit der Konsequenz, dass der Anteil der schwer kranken und der gegen ihren Willen untergebrachten Patienten in den öffentlichen psychiatrischen Krankenhäusern relativ hoch ist. Ich weiß nicht, ob wir jemals aus diesem bösen Kreislauf herauskommen werden.

Schlussbemerkung

Mein Thema ist die Gewalt in der Psychiatrie. Es ist notwendig, dass wir uns damit auseinandersetzen. Aber die geballte Konfrontation damit, die wir uns heute zumuten, könnte diejenigen bestärken, die da glauben, Gewalt, insbesondere Gewalt gegenüber dem Kranken gehöre zum Wesen der Psychiatrie. Wir alle wissen, das ist nicht der Fall.

Wir erleben es täglich, dass es mit zu den stigmatisierenden Legenden über unsere Patienten gehört, dass die meisten von ihnen krankheitsbedingt krankheitsuneinsichtig seien und sich gegen unsere Hilfsangebote wehrten. Glücklicherweise ist das nicht der Fall, sonst, so glaube ich, würden wir alle unseren Beruf nicht ausüben.

Auf der anderen Seite ist es unbestreitbar, dass psychische Krankheit die Urteilsfähigkeit, die Willensfähigkeit und die Gefühle der Betroffenen verändert. Es wäre unethisch und unmenschlich, diejenigen Kranken ihrem Schicksal zu überlassen, die nicht nach Hilfe suchen können, weil sie die Fähigkeit dazu durch ihre Krankheit verloren haben. Uns geht es dann nicht anders als den Angehörigen, die in einer sich zuspitzenden psychischen Krise in der Familie irgendwann für sich die Entscheidung treffen müssen, gegen den Willen, aber im Interesse des Patienten zu handeln – und sei es unter Anwendung von Gewalt. Das Dilemma ist unausweichlich. Ihre Anwendung kann brutal sein, der Verzicht auf sie dennoch nicht menschlich.