

Asmus Finzen

Zwischen Freiheitsberaubung und unterlassener Hilfeleistung

Es ist gewiss nicht ohne Reiz, die gegenwärtige Situation in der Psychiatrie unter dem Blickwinkel des Schlagwortes von der Wende zu betrachten. Aber die Übertragung von Schlagworten aus der Politik auf Teilbereiche der Krankenversorgung, der Medizin und des Sozialwesens birgt auch Gefahren. Deren schwerwiegendste ist kurzschlüssiges Denken. Die Entwicklung von Psychiatrie und Politik verläuft ebenso wenig synchron wie die von Kunst und Politik. Die Parallelität der Psychiatriereform in der Bundesrepublik mit dem Versuch der „sozialliberalen“ Koalition Willy Brandts, „Reformen zu wagen“, betrifft nur die Gleichzeitigkeit. Inhaltlich war sie eher zufällig. Dazu passt, dass die Verwirklichung der Psychiatriereform der ausgehenden sechziger Jahre durch konservativ-liberale Politiker möglich wurde – wie die CDU-Abgeordneten Picard und Martin – und nicht durch „sozialliberale“ oder gar „sozialradikale“.

Die Psychiatriereform in der Bundesrepublik, die mit der Enquete begann, hat vor allem drei Wurzeln. Zum einen ging es um die Überwindung der elenden, menschenunwürdigen Lebensbedingungen in den psychiatrischen Krankenhäusern, die die Enquete noch einmal bekanntgemacht hat. Die Spannung zwischen dem Wohlstand in der Gesellschaft draußen und dem Elend und der Vernachlässigung drinnen in den Anstalten war unerträglich geworden.

Zum anderen ging es um die rechtliche und soziale Gleichstellung der psychisch Kranken, um die Aufhebung ihrer Ausschließung, um ihre Rückkehr in die Gemeinde – eine Forderung, die der dänische Psychiater Strömngren (1970) einmal in dem eingängigen Satz zusammen gefasst hat. „Der psychisch Kranke hat das Recht, das Krankenhaus durch das gleiche Tor zu betreten wie jeder körperliche Kranke.“ Gegenüber den Forderungen der italienischen Reformpsychiater, die die Ausgrenzung der Kranken vollends aufheben wollten, war das eine fast konservative Formulierung.

Zum dritten aber ging es bei der Psychiatriereform um die Anpassung des psychiatrisch-therapeutischen Alltags an die seit Anfang der fünfziger Jahre radikal veränderten therapeutischen Möglichkeiten der Psychiatrie. Es ging – um ein Schlagwort von

damals zu verwenden um die Überwindung der kustodialen, der verwahrenden Psychiatrie der Vergangenheit zugunsten einer therapeutisch und rehabilitativ orientierten Psychiatrie der Gegenwart und der Zukunft.

Die Frage nach dem Behandlungsziel

Ich will nicht im Einzelnen darauf eingehen, was die Wende von der Verwahrung zur Therapie herbeigeführt hat: ob die Schockverfahren, die Psychopharmaka, die Psychotherapie, die Wiederentdeckung von Arbeits- und Beschäftigungstherapie oder die therapeutischen Gemeinschaftsbewegung. Entscheidend war die Veränderung der Einstellung der Grundhaltung der Therapeuten und schließlich – mit einiger Verzögerung – der Öffentlichkeit dazu, was gut für den Kranken ist und welches Behandlungsziel erreicht werden soll.

Für die alte Psychiatrie waren Bewahrung – Verwahrung – und Schutz vorrangig. Die neue Psychiatrie war bereit, für Therapie und Rehabilitation hohe Risiken zu tragen. Dahinter stand bei den psychiatrischen Therapeuten ein ungeheurer, heute kaum noch nachvollziehbarer Optimismus. Weil bei Anwendung der neuen Denkkategorien und der Verwendung der neuen Methoden so vieles möglich schien, bestand die Neigung, Grenzen zu verleugnen. Der Beginn der Pharmakopsychiatrie in den fünfziger Jahren hatte der Sozialpsychiatrie auf den Weg geholfen. Und mit unserer sozialpsychiatrischen Sichtweise glaubten viele, all die Erklärungen liefern zu können, die die biologisch-psychiatrische Forschung bis dahin schuldig geblieben war.

Der makrosoziologischen Ansatz Hollingsheads und Redlichs über die Beziehung von sozialer Klasse und seelischer Krankheit, verbunden mit dem mikrosoziologischen Erklärungsmodell der Familienforschung, entschlüsselte die Entstehung der Schizophrenie. George Browns und John Wings Forschungen über den Institutionalismus in psychiatrischen Krankenhäusern erklärten den chronischen Krankheitsverlauf zum Artefakt, als Hospitalisierungsschaden. Die Live-event-Forschung schließlich, die Lehre von der Bedeutung der lebensverändernden Ereignisse für Auslösung und Verlauf psychischer Krankheiten, brachte den endgültigen Durchbruch der Sozialpsychiatrie.

Dadurch wurde die Auseinandersetzung zwischen Reformern und Skeptikern dann zu einer Sache der Moral. Die „guten“ Neuerer konnten das Zögern der Generation vor ihnen nicht verstehen, die mit der kustodialen Psychiatrie aufgewachsen war. In Ihren Augen verwehrten die „Alten“ den Patienten das Recht auf eine zeitgemäße menschenwürdige Behandlung. Die Konservativen hingegen sahen in der in ihren Augen

überstürzten Reform des psychiatrischen Versorgungssystems eine Gefahr für die psychisch kranken und die Psychiatrie.

„Hospitalisierungsschäden“

Inzwischen ist Ernüchterung eingetreten. „Hospitalisierungsschäden“ gibt es nicht nur in schlecht geführten Anstalten, sondern auch zu Hause, in der Familie, in der eigenen Wohnung, in der beschützenden Wohngemeinschaft oder im Heim. Chronische psychische Krankheit ist etwas, auf das wir uns einzurichten haben. Je nach Standort und nach Mentalität waren die Reaktionen unterschiedlich. Die Kampagnen der „Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie“ zur Auflösung der psychiatrischen Großkrankenhäuser, beinahe zehn Jahre nach dem Kompromiss der Enquete, war einer von vielen Versuchen, die Ernüchterung zu verleugnen.

Sozialpsychiatrie, das wurde schnell deutlich, ist nur eine Sichtweise der Psychiatrie – eine von mehreren, kein neues Paradigma. Derzeit treten andere Aspekte der Psychiatrie wieder in den Vordergrund: Insbesondere in der Pharmakopsychiatrie ist eine lebhaft und auch fruchtbare Forschungstätigkeit im Gange, obwohl größere Erfolge bisher ausgeblieben sind. Psychiater mit sozialpsychiatrischer Orientierung betrachten die Verlagerung der Forschungsaktivitäten auf das biologisch-psychiatrische Gebiet mit Unbehagen.

So ist es fraglich, ob von einer Wende in der Psychiatrie gesprochen werden darf. Der Sozialpsychiatrie ist nichts Anderes geschehen als der genetischen, der biologischen und der biochemischen Forschung: Sie ist nah einem kühnen Höhenflug die Ergebnisse schuldig geblieben, die sie sich erhofft und anderen versprochen hatte. Die gegenwärtige Entwicklung kommt von den unterschiedlichen Sichtweisen zu einem gemeinsamen Ansatz, der in der Praxis mit der Anwendung von Psychopharmakotherapie, Psychotherapie und soziotherapeutischen Verfahren ja längst realisiert ist. Diese Tendenz zur Konvergenz schlägt sich nieder in der Hinwendung aller Richtungen zur Beschäftigung mit der Klassifikation psychiatrischer Erkrankungen. Zu deutlich ist geworden, dass unterschiedliche Ergebnisse und Befunde oft damit zusammenhängen, dass unterschiedliche Patientengruppen unter identischem Etikett erforscht und behandelt wurden.

Gegenwärtig herrscht in der Psychiatrie mehr Ratlosigkeit vor, als dass von einer Wende in eine bestimmte Richtung gesprochen werden könnte. Die vielfach diagnostizierte Krise und der drohende Zerfall der Psychiatrie sind, so paradox das zunächst

erscheinen mag, vor allem auf die überwältigenden Erfolge der Psychiatrie während der vergangenen dreißig Jahre zurückzuführen. Die Anwendung psychotherapeutischer und sozialtherapeutischer Verfahren sowie von psychotropen Medikamenten hat überall in der Welt zu einer Umwälzung der psychiatrischen Versorgung geführt, die wiederum neue, noch nicht bewältigte Folgen mit sich brachte. Die enge Verflechtung von biologischen, psychologischen und sozialen Aspekten in der Psychiatrie stellt die Forschung vor ungewöhnliche Schwierigkeiten. Das mit psychischer Krankheit zugleich verbundene vielfältige Leid begünstigt die Verkündung von halbwissenschaftlichen Heilslehren.

Vor diesem Hintergrund sind die Vorstellungen über die Zukunft der Psychiatrie bescheiden geworden. Ernüchterung ist nicht nur bei den Sozialpsychiatern eingetreten, sondern auch bei biologisch und biochemisch orientierten Psychiatern, bei Psychopathologen und Psychotherapeuten. Insbesondere bei den bis vor wenigen Jahren in der westlichen Welt unangefochten dominierenden Psychoanalytikern herrscht Katzenjammer.

Das Zerbröseln der Psychoanalyse als herrschende psychotherapeutische Lehre ist nicht mehr zu übersehen. Die Bastionen, die die Psychoanalyse im Bereich der ärztlichen Psychotherapien in den Vereinigten Staaten wie in der Bundesrepublik erobert hat und zäh verteidigt, täuschen über den Ernst der Lage hinweg. Verhaltenstherapie und Gesprächstherapie als seriöse Konkurrenten haben mit ihr gleichgezogen. Sie schicken sich an, sie zu überholen. Beide sind möglicherweise nicht leistungsfähiger, aber sie sind forschungsfreudiger, flexibler, weniger aufwendig zu erlernen und weniger exklusiv als das von psychoanalytischen Vereinigungen sorgsam behütete Erbe Sigmund Freuds.

Die Zersplitterung der Psychotherapie in eine Vielzahl von mehr oder weniger seriösen Methoden ist Ausdruck einer tiefgreifenden und anhaltenden Krise, die erst überwunden werden wird, wenn es gelingt, Kriterien der Wirksamkeit und der Wirkungsweise von Psychotherapie fassbar zu machen, die jenseits der Persönlichkeitseigenschaften des Therapeuten an seiner Suggestivkraft oder seiner Scharlatanerie liegen. Immerhin – die psychotherapeutische Prozessforschung, wie sie inzwischen an vielen Stellen von Verhaltenstherapeuten, Gesprächspsychotherapeuten und vereinzelt auch von Psychoanalytikern betrieben wird, bietet erste Ansätze. Diese weisen auf eine Konvergenz der Methoden.

Der hier wiedergegebene Stand der Psychiatrie zeigt, dass nicht von einer „Wende“ gesprochen werden kann. Krise wäre richtiger: Krise der Sozialpsychiatrie, Krise der Psychotherapie und der biologischen Psychiatrie, die in Ansprüchen und Methoden als erste allmählich zu sich selber zu finden scheint. Eine Überwindung der Krise dürfte nur durch mehr und intensivere Forschung möglich sein. Der Reformschub der letzten 15 Jahre, mit dessen Ergebnissen alle nicht zufrieden sind, hat uns so viele unbewältigte neue Aspekte von Psychiatrie und psychiatrischer Krankenversorgung vermittelt, dass diese Fülle zum Bestandteil der Krise des Selbstverständnisses und der Ratlosigkeit der Psychiatrie geworden ist.

Die Krise des Selbstverständnisses bleibt nicht ohne Auswirkungen auf die Beziehung zwischen Psychiatrie und Politik. Sie macht es zur wichtigsten Forderung der Politik an die Psychiatrie, sich jenseits von Schul- und Methodenstreitigkeiten verständlich zu formulieren. Schließlich ist zu bedenken, dass Politik und Öffentlichkeit neben den internen Streitigkeiten der Schulpsychiatrie durch Funk und Zeitungen immer noch mit psychiatrischen Utopien und antipsychiatrischen Ideen konfrontiert sind, die ja auch von Psychiatern in die Welt gesetzt worden sind, ob sie nun David Cooper, Ronald Laing oder Thomas Szasz heißen.

Die Psychiatrie hat es der Politik schwermgemacht, die Bedürfnisse zu verstehen und ihnen gerecht zu werden; sie hat es ihr aber leichtgemacht, über sie hinweg zur Tagesordnung überzugehen. Solange die Psychiater noch darüber streiten, ob es Schizophrenie gibt oder nicht, oder psychiatrische Krankenhausbetten gebraucht werden oder nicht, wird es keine Lobby für die Patienten geben. Solange wird es selbstverständlich sein, dass die Bedürfnisse der Träger der psychiatrischen Krankenversorgung vor den Bedürfnissen der Kranken rangieren.

Beim Überdenken der Beziehung zwischen Psychiatrie und Politik gilt es, diese Art von kleinkariertem Interessenbewahrung zu berücksichtigen. Sie kann Reformbestrebungen größere Hemmnisse entgegensetzen als sozialpolitischen Grundsatzunterschiede. Der Weg zurück zur Heil- und Pflegeanstalt, der überall in der Bundesrepublik im Gespräch ist, und auf dem das Land Baden-Württemberg so munter vorangeschritten ist, scheint ein weiteres Beispiel für den Vorrang von Trägerinteressen vor Patientenbedürfnissen zu sein. Kostentransparenz wird als Grund für die räumliche Trennung von Behandlungs- und Pflegefällen angeführt.

Die Teilung der psychiatrischen Krankenhäuser in Heil- und Pflegebereiche ist das größte Unglück, das die deutsche Psychiatrie seit dem 1. September 1939 getroffen hat. Diese Teilung greift in den Entwicklungsprozess von der kustodialen zur therapeutischen Psychiatrie ein und zementiert die Verhältnisse, die man sich seit andert-halb Jahrzehnten zu überwinden bemüht. Wenn die Krankenhäuser über eigene um-fassende Heimbereiche verfügen, wird die Suche nach gemeindenahen individuellen Ersatzlösungen für den behinderten Patienten überflüssig.

Entwicklung einer Therapie für chronisch Kranke

Allerdings ist es noch gar nicht so lange her, dass die Psychiater die chronisch Kran-ken als Objekte der Therapie entdeckt haben, dass sie angefangen haben, Konzepte für ihre Behandlung zu entwickeln. Bis vor wenigen Jahren galt es als akzeptiert, dass psychiatrische Langzeitstationen mit wenig, kaum qualifiziertem Personal besetzt und ärztlich-psychologisch nebenbei versorgt wurden. Dies entsprach nicht den Bedürfnis-sen der Patienten, aber das hänge damit zusammen, so hat Kitzig das vor kurzem formuliert, dass chronische psychische Krankheit allenthalben als Ausläufer akuter Störungen missverstanden wird. Entsprechend orientiert sich die Behandlung chro-nisch Kranker weithin an der Akutmedizin und ihren Zielen. Dadurch werden ihre Me-thoden zu „verdünnten Erinnerungen an die Akut-Kranken-Therapie“. Die chronisch Kranken werden vernachlässigt. Sie werden zu früh aufgegeben und zu Pflegefällen erklärt, obwohl Krankheitssymptome bestehen, die besonderer Formen der Behand-lung bedürfen. Bei der Entwicklung solcher besonderen Methoden der Chronisch-Kranken-Therapie stehen wir erst am Anfang.

Es kann sein, dass wir die Politik überfordern, wenn wir von ihr erwarten, dass sie diese unsere neuen Erkenntnisse und Erfahrungen auch bald übernimmt. Dazu kommt, dass die Durchsetzung des Anspruchs des chronisch psychisch Kranken auf angemessene Behandlung vermutlich das teuerste Unterfangen ist, das die Psychiatrie jemals in Angriff genommen hat. Denn dafür sind Menschen notwendig, qualifizierte und engagierte Therapeuten. Und das passt natürlich nicht so recht in eine Zeit, in der Sparsamkeit die Devise ist.

Wie kommt es, dass die Psychiater bei der Formulierung der Ansprüche ihrer Patien-ten so wahnsinnig unsicher sind? Woran liegt es, dass sie kein Gefühl dafür haben, was angemessen ist und was nicht? Somatische Medizin darf teuer sein; Psychiatrie

muss billig sein, insbesondere Psychiatrie mit chronisch Kranken. Der mittlere Pflege-satz für psychiatrische Krankenhäuser bewegt sich in den meisten Bundesländern immer noch um 120 Mark pro Tag. Dafür gibt es nur eine Erklärung. Es handelt sich um eine späte Nachwirkung der Ermordung der psychisch Kranken und der Zerstörung der Psychiatrie im Dritten Reich. Die Tabuisierung dieses Themas durch Psychiatrie und Gesellschaft in den ersten Jahrzehnten des Wiederaufbaus hat eine Verunsicherung darüber zurückgelassen, was wir billigerweise für unsere Patienten und für uns fordern dürfen. Die Beantwortung der Frage nach dem angemessenen Standard psychiatrischer Versorgung ist eine wesentliche moralische Angelegenheit, die die Psychiatrie ebenso betrifft wie die Politik und die Bevölkerung, die die Politik legitimiert. Es spricht einiges dafür, dass die vorrangigen Aufgaben der Psychiatrie unseres Jahrzehnts moralische Aufgaben sein werden.

Schon jetzt zeichnen sich neue Schwierigkeiten ab. In den siebziger Jahren dominierte die brutale Realität der psychiatrischen Krankenversorgung. Heute ist es in nie gekannter Deutlichkeit der Konflikt zwischen der helfenden Funktion und der Aufgabe, gegebenenfalls auch Dritte zu schützen.

Die allgemeine Menschenrechtsdiskussion hat auch die Psychiatrie erfasst; und man kann nicht behaupten, dass sie von besonderem Vertrauen zu den Therapeuten getragen wird. In der heutigen Situation des Übergangs bestehen große Unsicherheiten über die Rechte der Patienten und die Pflichten der Psychiater auf der einen Seite wie über die Pflicht der Gesellschaft auf der anderen Seite. Die psychisch Kranken leben unter uns – das bedeutet, Belastungen zu ertragen und Toleranz zu üben.

Verschiedene Bundesländer haben der neuen Entwicklung durch Erlass von Gesetzen für psychisch Kranke Rechnung getragen. Diese haben das alte Ordnungsrecht zur Unterbringung psychisch Kranker abgelöst. In den neuen Gesetzen werden die Bedingungen präziser formuliert, unter denen eine unfreiwillige Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus möglich ist. Dort wird auch ausdrücklich bestimmt, dass Kranke nur einem Freiheitsentzug unterworfen werden dürfen, der dem Zweck der Unterbringung entspricht. Die Formeln der Gesetze sind noch nicht inhaltlich gefüllt. Aber die ersten Obergerichtsurteile weisen darauf hin, dass die Rechte des einzelnen Kranken an Gewicht gewinnen.

So hebt etwa das Landgericht Hannover den Unterbringungsbeschluss bei einem chronischen Alkoholkranken mit der Begründung auf, die bisherige, fünf Jahre andauernde Behandlung sei erfolglos geblieben. Da auch in Zukunft kein Behandlungserfolg zu erwarten sei, lasse sich die weitere Unterbringung nicht rechtfertigen. Dass der Betroffene seine Umgebung gefährde, könne bisher nur „bezüglich des Randalierens, Schimpfens und Drangsalierens seiner Umgebung“ festgestellt werden. Die Betroffenen müssten dann gegebenenfalls die Polizei einschalten. Zwar könne er bei seinem Verhalten und der von ihm selbst gesehene Rückfallgefahr kaum auf eine dauerhafte Unterkunft rechnen. Aber: „Auch diese Gefahren für den Betroffenen beeinträchtigte ihn nach Auffassung der Kammer nicht mehr, sondern eher weniger als die von ihm als unzumutbar erlebte unabsehbar fortdauernde Unterbringung in einer geschlossenen Anstalt.“

Ähnlich urteilt die gleiche Kammer anlässlich der Beschwerde einer psychotischen Patientin. Ihr Verhalten – lautes Schreien und Schimpfen in der Öffentlichkeit und Anpöbeln von Mitmenschen – sei zwar lästig, aber keine dringende Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung. Da mehr als fünfzehn vorangegangene psychiatrische Krankenhausaufenthalte keine wesentliche Besserung gebracht hätten, sei auch jetzt keine Heilung zu erwarten. Andererseits werde eine Entlassung nicht zu einem schwerwiegenden gesundheitlichen Schaden führen. Da der Gesundheitszustand der Betroffenen nach einem Gutachten der Klinik nur durch Medikamente gebessert werden könne, sie diese aber verweigere, sei sie auf ihren Antrag zu entlassen.

Es bleibt abzuwarten, wie die Gerichte Fragen von Ausgang und Beurlaubung interpretieren werden. Die Tendenz scheint aufgrund der bisher vorliegenden Gerichtsurteile klar zu sein. Der psychisch Kranke wird nicht mehr von vornherein als unmündig angesehen. Ihm wird ein Höchstmaß an Eigenverantwortlichkeit zugebilligt – möglicherweise mehr, als er erfüllen kann. Aber die freiheitsentziehende Maßnahme wird als einschneidender aufgefasst als die zugegebenermaßen unvollkommene psychiatrische Hilfe.

Mit solchen Urteilen wird die Psychiatrie arbeiten können. Aber sie erlegen ihr neue Risiken auf. Zugleich verlangen sie, manchmal auch auf mögliche Therapie zu verzichten, wenn der Patient sie ablehnt. Die eigentliche Frage besteht darin, ob die Gemeinschaft der Gesunden breit ist, die Risiken und Belastungen zu tragen, die mit dem

vermehrten Leben sichtbar psychisch Kranker und Behinderter in ihrer Mitte verbunden sind. Es gibt Anzeichen dafür, dass das nicht der Fall ist. „Es gibt“, wie der anglo-amerikanische Psychiatriekritiker Erving Goffman schreibt, „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.“

Unliebsame Zwischenfälle

Es kann kein Zweifel bestehen, dass die neue Psychiatrie solche Bedürfnisse weniger gut befriedigt als die klassische Verwahrspsychiatrie. Eine offene Psychiatrie, die die individuellen Freiheitsrechte der Betroffenen in größerem Umfang berücksichtigt, nimmt vermehrt unliebsame Zwischenfällen in Kauf. Nur Kranke, die Ausgang oder Urlaub haben oder die entlassen sind, können Verkehrsunfälle erleiden oder verursachen oder in anderer Weise verunglücken. Nur sie können – wie Gesunde – betrunken auffallen, in eine Schlägerei geraten oder vorsätzlich einen Schaden verursachen. Solche Zwischenfälle kommen vor. Immer häufiger ermittelt die Staatsanwaltschaft wegen Verletzung der Aufsichtspflicht gegen Therapeuten. Immer häufiger treten geschädigte Bürger mit Schadenersatzforderungen an psychiatrische Einrichtungen heran. Eine eindeutige Tendenz der Rechtsprechung ist noch nicht zu erkennen. Vor allem aber ist keine durchgehende Übereinstimmung mit jenen Urteilen der Unterbringungsrichter zu sehen, die den psychisch Kranken größere Freiheit einräumen. Das Dilemma ist da. Manche Psychiater erleben es wie einen Schraubstock.

Unter welchen Bedingungen beispielsweise dürfen oder müssen Ärzte einen Lebensmüden gegen seinen Willen behandeln, der keine Zeichen einer psychotischen Störung bietet? In Dänemark darf man es nicht, weil das Gesetz es verbietet. Die Schweizer Gesellschaft für Psychiatrie gesteht dem neurotischen Suizidgefährdeten Entscheidungsfreiheit zu. Kann ein psychisch Kranker krankheitsuneinsichtig sein, wie ein körperlich Kranker, ohne dass das Krankheitssymptom ist? Wie ist die Rechtssituation – und wie ist die ethische Situation – wenn die Symptome der Krankheit durch Medikamente unterdrückt sind, wenn wir aber genau wissen, dass sie innerhalb von Tagen

oder Wochen wiederkehren, wenn der Patient entlassen wird? Aber der Patient trifft seine Entscheidung bei klarem Verstand. Er ist imstande, die Gefahr eines Rückfalls zu begreifen. Dürfen wir ihn daran hindern? Darf das Gesetz ihn daran hindern, den Rückfall in Kauf zu nehmen?

Die Bürde der Bewältigung

Was ist eine dringende Gefährdung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung? Nicht wenige Kranke werden in ein psychiatrisches Krankenhaus gebracht, weil sie gegen einen Angehörigen die Hand erhoben haben, Alkoholiker, weil sie in eine Schlägerei verwickelt waren. Bei manchen Kranken wird unterstellt, sie könnten das Gas anlassen. Ist das eine dringliche Gefahr? Ist die Aggressivität nicht möglicherweise persönlichkeits- und nicht krankheitsbedingt? Ist der Ruf nach dem Psychiater statt nach der Polizei für den Betroffenen wirklich immer der bessere Weg?

Und schließlich: Unter welchen Bedingungen ist die Psychiatrie verpflichtet, unter welchen Bedingungen ist sie berechtigt, Gewalt anzuwenden, etwa Medikamente gegen den Willen des Kranken zu geben, Kranke schlimmstenfalls zu fesseln, wenn andere Mittel erschöpft sind? Thomas Szasz ist nicht müde geworden, die Psychiatrie zu ächten, die Gewalt anwendet. Tom Birley, praktischer und theoretischer Sozialpsychiater vom Londoner Maudsley Hospital, hat eine Gegenposition dazu formuliert: „Es gibt Situationen, in denen der Patient ein Recht darauf hat, gegen seinen Willen behandelt zu werden.“

Es gibt offensichtlich mehr Fragen als Antworten. Die Antworten im psychiatrischen Alltag sind weniger von ethischen und ideologischen als von praktischen Gesichtspunkten bestimmt. Sie sind nur allzu häufig das Ergebnis einer Gratwanderung zwischen Freiheitsberaubung und unterlassenen Hilfeleistung, zwischen zu früher Entlassung – so sagen die Angehörigen und die einweisenden Ärzte – und zu langer Zurückhalten – so sagen die Unterbringungsrichter. Die Psychiatrie muss mit der Bürde dieser Verantwortung leben.

Psychiatrie hat etwas mit der Bewältigung sozialer und psychischer Unordnung zu tun. Das kann ihr, wenn sie menschlich ist, nur in begrenztem Umfang gelingen. Die Menschlichkeit der Psychiatrie aber versteht sich nicht von selber. Sie wird nur durch ständige Wachsamkeit und Kontrolle der Öffentlichkeit gewährleistet – durch die Mitarbeiter, die Angehörigen, die Aufsichtsbehörden, die Medien, die Gerichte, die Kirche

und Verbände und die Gemeinschaft der gesunden Bürger. So gesehen ist Psychiatrie keine Angelegenheit von Kranken und Therapeuten allein.

Text aus der FAZ vom 18. Juli 1984 Nr. 156 (Die Gegenwart S. 6)