

sozialpsychiatrische informationen

Sonderdruck

Psychiatrie im Spiegel der Öffentlichkeit

Die Psychiatrie – gibt's die? Wie die Öffentlichkeit sie wahrnehmen und wie sie sich ein Bild machen kann

Autor: Asmus Finzen
Seiten 7–10

Zusammenfassung Wie wirkt die Psychiatrie auf die Öffentlichkeit? Wer kann diese Frage authentisch beantworten? Macht man nicht den Bock zum Gärtner, wenn man einen Psychiater damit beauftragt? Letztlich ist auch er Teil der Öffentlichkeit, auch wenn er gleichzeitig Partei ist. Der Verfasser hat die Herausforderung angenommen. Er hat die Entwicklung der Psychiatrie seit den Zeiten der Verwahrspsychiatrie miterlebt und zum Teil mitgestaltet. Ebenso lange war er journalistisch tätig. Eigentlich, so sollte man meinen, müssten die erheblichen Veränderungen der Psychiatrie und der psychiatrischen Krankenversorgung sich positiv im Bild der Öffentlichkeit niederschlagen. Aber das ist zu einfach gedacht: Die heutige Öffentlichkeit reibt sich an der heutigen Psychiatrie. Und die präsentiert sich keineswegs als geschlossene Disziplin. Sie fragt, was es für das Bild der Öffentlichkeit bedeutet, dass neben der Psychiatrie ein abgekoppeltes System sogenannter psychosomatisch-psychotherapeutischer Versorgung entstanden ist – und welche Wirkung eines haben muss, dass ein Fünftel der psychiatrischen Krankenhausbetten von psychisch kranken Rechtsbrechern belegt sind. Sie wirft einen Blick auf die Aufsplitterung der ambulanten Versorgung mit einem gewaltigen Übergewicht von Psychotherapeuten. Und sie befasst sich mit der Hierarchie der Vorurteilsbelastung psychischer Störungen von schizophrenen Psychosen zum Burn-out-Syndrom.

ISSN 0171 - 4538

Verlag: Psychiatrie Verlag GmbH, Ursulaplatz 1,
50668 Köln, Tel. 0221 167989-11, Fax 0221 167989-20
www.psychiatrie-verlag.de, E-Mail: verlag@psychiatrie.de

Erscheinungsweise: Januar, April, Juli, Oktober

Abonnement: Print für Privatkunden jährlich 38,- Euro einschl. Porto, Ausland 38,- Euro zzgl. 15 Euro Versandkostenpauschale. Das Abonnement gilt jeweils für ein Jahr. Es verlängert sich automatisch, wenn es nicht bis zum 30.9. des laufenden Jahres schriftlich gekündigt wird. **Bestellungen nimmt der Verlag entgegen.**

Redaktionsanschrift: beta89, Günther-Wagner-Allee 13, 30177 Hannover

Redaktionssekretariat: Peter Weber
Tel. 0511 1238282, Fax 0511 1238299
E-Mail: si@psychiatrie.de

Redaktion:
Peter Brieger, Kempten
Michael Eink, Hannover
Hermann Elgeti, Hannover
Helmut Haselbeck, Bremen
Gunther Kruse, Langenhagen
Sibylle Prins, Bielefeld

Kathrin Reichel, Berlin
Renate Schernus, Bielefeld
Ulla Schmalz, Düsseldorf
Ralf Seidel, Mönchengladbach
Annette Theißing, Hannover
Peter Weber, Hannover
Dyrk Zedlick, Glauchau

Die Psychiatrie – gibt's die?

Wie die Öffentlichkeit sie wahrnehmen und wie sie sich ein Bild machen kann

Autor: Asmus Finzen



Zusammenfassung Wie wirkt die Psychiatrie auf die Öffentlichkeit? Wer kann diese Frage authentisch beantworten? Macht man nicht den Bock zum Gärtner, wenn man einen Psychiater damit beauftragt? Letztlich ist auch er Teil der Öffentlichkeit, auch wenn er gleichzeitig Partei ist. Der Verfasser hat die Herausforderung angenommen. Er hat die Entwicklung der Psychiatrie seit den Zeiten der Verwahrspsychiatrie miterlebt und zum Teil mitgestaltet. Ebenso lange war er journalistisch tätig. Eigentlich, so sollte man meinen, müssten die erheblichen Veränderungen der Psychiatrie und der psychiatrischen Krankenversorgung sich positiv im Bild der Öffentlichkeit niederschlagen. Aber das ist zu einfach gedacht: Die heutige Öffentlichkeit reibt sich an der heutigen Psychiatrie. Und die präsentiert sich keineswegs als geschlossene Disziplin. Sie fragt, was es für das Bild der Öffentlichkeit bedeutet, dass neben der Psychiatrie ein abgekoppeltes System sogenannter psychosomatisch-psychotherapeutischer Versorgung entstanden ist – und welche Wirkung eines haben muss, dass ein Fünftel der psychiatrischen Krankenhausbetten von psychisch kranken Rechtsbrechern belegt sind. Sie wirft einen Blick auf die Aufsplitterung der ambulanten Versorgung mit einem gewaltigen Übergewicht von Psychotherapeuten. Und sie befasst sich mit der Hierarchie der Vorurteilsbelastung psychischer Störungen von schizophrenen Psychosen zum Burn-out-Syndrom.

Psychiatrie und Öffentlichkeit – das ist ein immerwährendes Thema für uns, die wir in der Psychiatrie tätig sind. Wenn wir darüber reden oder schreiben, würzen wir es meist mit einer Prise Selbstmitleid. Die Öffentlichkeit behandelt uns nicht gut, wo wir uns doch solche Mühe geben, und einen so schwierigen Beruf im Umgang mit so schwierigen Menschen ausüben. Dabei können wir uns sogar auf den großen Psychiatrie-Kritiker Erving Goffman (1971) berufen, der am Schluss seiner »Asyle« festhält, »der Psychiater selbst hat keine leichte Rolle« (S. 365).

Die meisten von uns haben sich irgendwann einmal dazu geäußert. Ich habe vor einiger Zeit das Manuskript eines Vortrags über »Psychiatrie und Öffentlichkeit« von 1969 gefunden. Ich war überrascht, wie aktuell der Text mir erschien. Ich hätte ihn gleich wieder halten können: Kaum jemand hätte es bemerkt – und das, obwohl sich seither so unendlich viel verändert hat. Bei einigem Nachdenken fiel mir allerdings auf, wie einseitig ich damals die Sichtweise der Psychiatrie vertreten habe. Die Sichtweise der Öffentlichkeit auf die Psychiatrie kam nicht vor. Damit war ich gewiss nicht allein. Ich hatte mich nur in eine Tradition

eingereiht, die bis in die Gegenwart fortgeführt wird.

Es ist an der Zeit, die Perspektive umzukehren, und uns zu fragen, wie in aller Welt muss die Psychiatrie, die wir in Klinik und Praxis betreiben, auf die Menschen in unserer Gesellschaft wirken, die wir als Öffentlichkeit zusammenfassen. Was nehmen die Menschen davon wahr, die wir im Rahmen der Psychiatriereform mit der gemeindenahen Psychiatrie beglückt haben, ohne sie vorher zu fragen? Was bedeutet die Differenzierung unseres Faches für das Bild, das sich die Öffentlichkeit von uns und unserer Arbeit macht? Was bedeutet die Veränderung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Alltags für das Bild, das sich die Öffentlichkeit von unseren Patienten, von den psychisch Kranken macht? Und was bedeutet sie für unser eigenes Bild von der Psychiatrie? Welche Rolle spielen unsere eigenen Ideen und Überzeugungen, ob sie nun molekularbiologisch, psychologisch oder sozialpsychiatrisch begründet sind? Präsentieren wir der Öffentlichkeit ein Bild, das sie als *die* Psychiatrie wahrnehmen kann?

»Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde«

Wie etwa präsentiert sich unsere Fachgesellschaft Öffentlichkeit, die sich »Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde« nennt? Müssen wir damit rechnen, dass demnächst Neuropsychiatrie, Suchtmedizin und demenzielle Erkrankungen hinzukommen? Machen wir uns nichts vor. Der Name steht für ein Konglomerat, das territoriale Ansprüche markiert. Und als Konglomerat kommt er in der Öffentlichkeit auch an – nicht als geschlossenes Bild einer Fachdisziplin, die weiß, wohin sie steuert. Ich kann auch nicht sehen, dass ein solches von der DGPPN oder der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie überzeugend vermittelt wird.

Es geht aber nicht nur um territoriale Abgrenzungskämpfe durch Besetzung von Betten. Viel stärker muss die konkrete Ausgestaltung der Psychiatrie und ihrer Dienste wirken. Betrachten wir zunächst einmal die Situation im stationären Bereich. 2011 verfügten die Fachabteilungen und Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychotherapie über 50.700 Betten (und 12.000 Tages-

ambulante psychiatrische Behandlung im engeren Sinne arbeiteten 2010

- 4515 Fachärzte für Psychiatrie (und Nervenheilkunde)
- 5300 ärztliche Psychotherapeuten
- 13.900 psychologische Psychotherapeuten
- 554 Ärzte für Psychosomatik und Psychotherapie
- 818 Kinder- und Jugendpsychiater
- 3334 Kinder- und Jugendpsychotherapeuten.

Das klingt gut – aber nur solange man nicht weiß, dass die 5300 Fachärzte für Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie mehr Patienten im Jahr behandelten als die übrigen 23.000 zusammen; und solange man nicht weiß, dass die meisten dieser Ärzte und Psychologen in den besseren Vierteln der großen Städte massiert sind; dass auf dem Lande *Tabula rasa* herrscht; dass außer von den Fachärzten mit Behandlungspflicht munter selektiert wird und die Wartelisten zum Himmel schreien. In der Öffentlichkeit kommen vor allen Dingen zwei Dinge an, dass es schwer ist, einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz zu finden, dass das fast unmöglich ist, wenn man in prekären sozialen Verhältnissen lebt. Und es kommt an, dass man bei Fachärzten für Psychiatrie vor allem mit Medikamenten behandelt wird. Ich überlasse es den Lesern, sich vorzustellen, welches Bild von der Psychiatrie in der interessierten Öffentlichkeit unter diesen Voraussetzungen vermittelt wird.

ambulante psychiatrische Behandlung im engeren Sinne arbeiteten 2010

Das klingt gut – aber nur solange man nicht weiß, dass die 5300 Fachärzte für Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie mehr Patienten im Jahr behandelten als die übrigen 23.000 zusammen; und solange man nicht weiß, dass die meisten dieser Ärzte und Psychologen in den besseren Vierteln der großen Städte massiert sind; dass auf dem Lande *Tabula rasa* herrscht; dass außer von den Fachärzten mit Behandlungspflicht munter selektiert wird und die Wartelisten zum Himmel schreien. In der Öffentlichkeit kommen vor allen Dingen zwei Dinge an, dass es schwer ist, einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz zu finden, dass das fast unmöglich ist, wenn man in prekären sozialen Verhältnissen lebt. Und es kommt an, dass man bei Fachärzten für Psychiatrie vor allem mit Medikamenten behandelt wird. Ich überlasse es den Lesern, sich vorzustellen, welches Bild von der Psychiatrie in der interessierten Öffentlichkeit unter diesen Voraussetzungen vermittelt wird.

Das klingt gut – aber nur solange man nicht weiß, dass die 5300 Fachärzte für Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie mehr Patienten im Jahr behandelten als die übrigen 23.000 zusammen; und solange man nicht weiß, dass die meisten dieser Ärzte und Psychologen in den besseren Vierteln der großen Städte massiert sind; dass auf dem Lande *Tabula rasa* herrscht; dass außer von den Fachärzten mit Behandlungspflicht munter selektiert wird und die Wartelisten zum Himmel schreien. In der Öffentlichkeit kommen vor allen Dingen zwei Dinge an, dass es schwer ist, einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz zu finden, dass das fast unmöglich ist, wenn man in prekären sozialen Verhältnissen lebt. Und es kommt an, dass man bei Fachärzten für Psychiatrie vor allem mit Medikamenten behandelt wird. Ich überlasse es den Lesern, sich vorzustellen, welches Bild von der Psychiatrie in der interessierten Öffentlichkeit unter diesen Voraussetzungen vermittelt wird.

Die Forensik prägt das Bild der Psychiatrie

Noch prägender als diese Dichotomie ist der hohe Anteil an forensisch untergebrachten psychisch Kranken in den als psychiatrisch deklarierten Krankenhausbetten. Ein Fünftel der psychiatrischen Betten sind also mit psychisch kranken Rechtsbrechern belegt, die sich auf gerichtliche Anordnung im Maßregelvollzug befinden. Das ist nicht nichts. Das lässt sich auch nicht verniedlichen oder wegdiskutieren. Das ist ein gewaltiges Problem für die Psychiatrie. Es ist ein ebenso großes Problem – und darum geht es hier ja – für das Bild, das die Öffentlichkeit von der Psychiatrie gewinnen muss. Wie verheerend das wirkt, bedarf der Untersuchung. Fest steht, dass die Psychiatrie für den Bürger, auch den differenzierter Denkenden, eine Institution ist, in der Straftäter, sprich Gewalttäter, untergebracht sind, die nicht einsichtsfähig oder steuerungsfähig

ind, sprich »unberechenbar und gefährlich«.

Es kommt nicht drauf an, ob und wie weit das zutrifft. Es kommt auf die Schlussfolgerungen und Überzeugungen der Menschen an, die interessiert genug sind, sich ein Bild von der real existierenden Psychiatrie zu machen. Nach einem der ältesten Lehrsätze der Soziologie, dem Thomas-Theorem, ist das, was man für wirklich hält, in seinen Konsequenzen so, als sei es wirklich. Und damit umzugehen, überfordert die Psychiatrie in jeder Hinsicht. Niemand darf sich wundern, wenn die Planung einer neuen forensisch psychiatrischen Einrichtung heftige Abwehrreaktionen bei den mittelbar betroffenen Bewohnern der Umgebung auslöst.

So absurd das erscheinen mag, das Übergewicht der Forensik in der stationären Psychiatrie ist auch ein Ergebnis der Psychiatriereform. Die Zahl der psychiatrischen Betten in Kliniken und Abteilungen hat sich in den letzten Jahrzehnten von über 100.000 auf weniger als die Hälfte reduziert. Parallel dazu hat sich die Zahl der forensisch-psychiatrischen Behandlungsplätze mehr als verdoppelt, nachdem wir in den Achtzigerjahren erfolgreich versucht hatten, ihre Zahl durch bessere Therapie und frühere Entlassung zu vermindern.

Im Verhältnis zur Gesamtzahl der verfügbaren psychiatrischen Betten haben sich die Behandlungsplätze für psychisch kranke Rechtsbrecher mehr als vervierfacht, obwohl die Zahl der Menschen mit schweren psychischen Störungen konstant geblieben ist. Was immer die Gründe dafür sein mögen: für die Betroffenen ist das eine Katastrophe – aber auch für das Bild, das die Psychiatrie der Gesellschaft von sich vermittelt, einer Gesellschaft übrigens, die an dieser schlimmen Entwicklung beteiligt ist.

Die ambulante Psychiatrie – ein Lichtblick?

Vermitteln die Daten zur ambulanten Versorgung ein positives Bild? Zur Einstimmung die ernüchternden Zahlen über die psychisch Behinderten in Heimen (50.000) und im betreuten Wohnen (81.000), die als Domäne der ambulanten Psychiatrie gelten. Ansonsten wird die Behandlung und Betreuung von langfristig psychisch Kranken vor allem von 450 sozialpsychiatrischen Diensten getragen – eine beein-

druckende Zahl nur. In der ambulanten psychiatrischen Behandlung im engeren Sinne arbeiteten 2010

- 4515 Fachärzte für Psychiatrie (und Nervenheilkunde)
- 5300 ärztliche Psychotherapeuten
- 13.900 psychologische Psychotherapeuten
- 554 Ärzte für Psychosomatik und Psychotherapie
- 818 Kinder- und Jugendpsychiater
- 3334 Kinder- und Jugendpsychotherapeuten.

Das klingt gut – aber nur solange man nicht weiß, dass die 5300 Fachärzte für Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie mehr Patienten im Jahr behandelten als die übrigen 23.000 zusammen; und solange man nicht weiß, dass die meisten dieser Ärzte und Psychologen in den besseren Vierteln der großen Städte massiert sind; dass auf dem Lande *Tabula rasa* herrscht; dass außer von den Fachärzten mit Behandlungspflicht munter selektiert wird und die Wartelisten zum Himmel schreien. In der Öffentlichkeit kommen vor allen Dingen zwei Dinge an, dass es schwer ist, einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz zu finden, dass das fast unmöglich ist, wenn man in prekären sozialen Verhältnissen lebt. Und es kommt an, dass man bei Fachärzten für Psychiatrie vor allem mit Medikamenten behandelt wird. Ich überlasse es den Lesern, sich vorzustellen, welches Bild von der Psychiatrie in der interessierten Öffentlichkeit unter diesen Voraussetzungen vermittelt wird.

Kranke und Krankheiten

»Das Verhältnis der Öffentlichkeit zum Geisteskranken« ist der Titel eines Vortrags, den der Soziologe Wolfgang Stumme auf der später berühmt gewordenen Loccumer Tagung über die psychisch Kranken und die Gesellschaft (1971) gehalten hat. Er hält damals fest: »In der Bevölkerung wird der Begriff geisteskrank eindeutig zur Kennzeichnung extremer psychischer Störungen verwendet.« Er fügt hinzu: »In der Umgangssprache gibt es keine Begriffe, die als Synonym für den gesamten Bereich psychischer Erkrankungen gebräuchlich sind. Die bei den Nicht-Psychiatern verwendeten Begriffe diskriminieren sehr klar nach dem jeweiligen Ausmaß psychischer Störungen.« Er folgert daraus, dass die bei der Öffentlichkeit festgestellten Vorurteile gegenüber psychisch Kranken angesichts der in den damaligen Forschungen verwendeten einförmigen Terminologie »ein

Kunstprodukt der empirischen Sozialforschung« sind.

In seiner späteren Monografie zu dem Thema (1975) mahnt er deshalb bei jedem Versuch der psychiatrischen Öffentlichkeitsarbeit zu einem differenzierenden Ansatz. Das gilt sowohl im Hinblick auf die psychiatrischen Institutionen, wie im Hinblick auf die Kranken mit ihren unterschiedlichen Leiden und dem unterschiedlichen Ausmaß der Betroffenheit durch ihre Krankheiten. Dieser Appell gilt inzwischen als Banalität. Die Psychiatrie unterscheidet selbstverständlich auch gegenüber der Öffentlichkeit zwischen den Krankheiten ihrer Patienten. Der Begriff der »Geisteskrankheit« ist längst obsolet, ist politisch inkorrekt. Das ist gut und richtig so. Das hat aber die Konsequenz, dass eine einheitliche Präsentation der psychisch Kranken und ihrer Probleme gegenüber der Öffentlichkeit unmöglich geworden ist. Das ist zwar unbequem. Aber es ist gut so. Unbequem ist es, weil es offenbar eine (Stigma)Rangfolge psychischer Krankheiten gibt, die sich im Bild der Öffentlichkeit entsprechend niederschlägt. Diese könnte folgendermaßen aussehen:

- Schizophrene Psychosen
- Suchterkrankungen
- Demenzielle Erkrankungen
- Bipolare Störungen (manisch-depressive Krankheit)
- Depressive Störungen (Major Depression)
- Persönlichkeitsstörungen
- Angsterkrankungen
- Posttraumatisches Stresssyndrom
- Burn-out

Die Liste ist nicht vollständig. Ich habe sie zugegebenermaßen auch aufgrund meiner eigenen Einschätzung erstellt. Ich denke aber, dass sie als Modell taugt. Jede der angeführten Störungen wirkt anders als die anderen auf die Öffentlichkeit. Jede löst andere Reaktionen aus. Die ersten drei dürften am stärksten belastet sein. Die schizophrenen Psychosen vor allem mit dem Faktor »unberechenbar und gefährlich«. Die letzten drei sind am wenigsten belastet, entweder weil sie den meisten Menschen vertraut sind wie die Angststörungen; oder weil sie vom Prinzip Ursache-Wirkung logisch erscheinen; vor allem aber, weil sie als fremdverschuldet gelten und den Erkrankten nicht zugerechnet werden. Am ausgeprägtesten gilt das für den Burn-out, eine Störung, die es bislang in keinen offiziellen Katalog psychischer Krankheiten geschafft hat, die der Psychiatrie gleichsam von der Öffentlichkeit aufgedrängt worden ist.

Die schizophrenen Psychosen haben lange Zeit als die zentrale Krankheit der Psychiatrie gegolten. Auch die Vorurteile und Vorbehalte der Öffentlichkeit gegenüber den psychisch Kranken haben sich an ihnen festgemacht. Das gilt in besonderem Maße für die Unterstellung der Unberechenbarkeit und Gefährlichkeit. Die schizophrenen Psychosen sind deshalb auch das zentrale Objekt der großen internationalen Anti-Stigma-Kampagnen gewesen. Allerdings hat das vermutlich auch damit zu tun, dass diese Kampagnen mit Millionenbeträgen von Eli Lilly unterstützt worden sind, dem in jenen Jahren umsatzstärksten Neuroleptika-Verkäufer. Eli Lilly und die anderen Sponsoren aus der Branche haben vermutlich auch entscheidend dazu beigetragen, dass der Slogan »Schizophrenien sind Gehirnkrankheiten« eine zentrale Rolle in diesen Kampagnen gespielt haben – mit zweifelhaften Konsequenzen (Schomerus u. a. 2013).

Die Suchterkrankungen gehören aus verschiedenen Gründen zu den belasteten Krankheiten: natürlich an erster Stelle wegen ihrer körperlichen und psychischen Auswirkungen auf die Betroffenen, aber auch wegen der psychosozialen Belastungen für die Familie und die Umgebung. Die Demenzen tragen zum Mythos der Unheilbarkeit psychischer Krankheiten bei. Um die bipolaren Störungen ranken sich mit dem »Himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt« (Goethe) trotz oft gravierender Folgen der Krankheit häufig positiv getönte Vorstellungen. Die Depressionen schließlich sind Störungen, in die sich jedermann bis zu einem gewissen Grad einfügen kann. Gibt wohl keinen Menschen, der nicht Phasen von Depressivität durchlebt. Allerdings hat kaum jemand Vorstellungen einer vernichtenden Wucht, die schwere, wahrhaftige Depressionen haben können.

Es leuchtet ein, dass alle diese Krankheiten unterschiedliche Eindrücke bei den Menschen hinterlassen, die als Angehörige, Freunde und Arbeitskollegen damit konfrontiert werden. Das gilt auch für die Wirkung auf die Öffentlichkeit. Die Zeit des Pauschalierens ist vorbei. Das hat gewiss auch damit zu tun, dass die Psychiatrie sich nicht mehr vorrangig hinter verschlossenen Türen vollzieht und die Öffentlichkeit seither verstärkt mit Menschen konfrontiert wird, deren Leiden im Umgang sichtbar oder spürbar wird. Das ist gewiss auch eine Herausforderung an die Toleranz und die Geduld der Gemeinschaft der Gesunden.

Das Bild der Psychiatrie in der Öffentlichkeit

Die Öffentlichkeit macht sich ihr Bild von der Psychiatrie nicht auf der Basis unserer Wunschvorstellungen, sondern auf der Grundlage der wahrnehmbaren und wahrgenommenen Realität ihres Alltags, ihrer Lehrmeinungen, der psychiatrischen Versorgung sowie der psychisch kranken Menschen und ihrer Leiden. Dabei differenziert und pauschaliert sie zugleich. Wie sollte es auch anders sein? Das, was wir selbst pauschalierend »die Psychiatrie« nennen, ist zu einer komplexen Angelegenheit mit vielfältigen Spezialisierungen geworden. Die meisten davon sind einleuchtend. Andere sind verstandesmäßig nicht nachvollziehbar.

Das gilt vor allem für die Separierung eines psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlungssystems riesigen Ausmaßes. Günther Wienberg (2014) sieht die Psychiatrie (unter Einbeziehung der Forensik) auf dem Weg in die Drei-Klassen-Psychiatrie, das ist eine eingängige These – und als solche öffentlichkeitswirksam. Allerdings besteht die Gefahr, dass die erste der drei Klassen – das psychosomatisch-psychotherapeutische System – in absehbarer Zeit öffentlich, und damit auch politisch, nicht mehr als Teil der Psychiatrie wahrgenommen wird. Dagegen ist zu erwarten, dass der »Rest«, nämlich allgemeine Psychiatrie und forensische Psychiatrie als Einheit wahrgenommen werden. Die Bemühungen, auch hier für eine gehörige Differenzierung zu sorgen, ohne gleichzeitig forensisch-psychiatrisch untergebrachte Patienten zu stigmatisieren, werden schwerfallen.

Im Übrigen können wir getrost davon ausgehen, dass die Öffentlichkeit sich wie bisher auch schon ihr eigenes Bild von der Psychiatrie und den psychisch Kranken machen wird. Medien, interessierte Öffentlichkeit sowie Betroffene und mitbetroffene Angehörige werden dabei, ebenfalls wie bisher schon, aus unterschiedlichen Perspektiven zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Natürlich kann »die Psychiatrie« versuchen, Einfluss darauf zu nehmen. Das wird allerdings nicht funktionieren, wenn Verbände und Lobbygruppen sich weiterhin vor allem in territoriale Abgrenzungskämpfe verstricken, statt darüber zu reden, was wirklich Sache ist – auch über Meinungsverschiedenheiten und Konflikte innerhalb der Zunft. Im Übrigen: Wie die Öffentlichkeit die Psychiatrie wirk-

lich sieht, muss man erfragen. Das wissenschaftliche Instrumentarium dafür steht seit Langem zur Verfügung.

Literatur

BERICHT DER AG PSYCHIATRIE der obersten Gesundheitsbehörden an die Gesundheitsministerkonferenz 2012: »Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven«

FINZEN, A. Psychiatrie und Öffentlichkeit, Vortrag von 1969; unveröffentlicht

GOFFMAN, E.: Asyle. Suhrkamp: Frankfurt/M. 1972

SCHOMERUS, G., MATSCHENIGER, H., ANGERMEYER, M.C. (2013): Causal Beliefs of the Public and Social Acceptance of Persons with Mental Illness. In: Psychological Medicine 1–12

SCHOMERUS, G.; SCHWAHN, C.; HOLZINGER, A. u. a. (2012): Evolution of Public Attitudes about Mental Illness: a Systematic Review and Metaanalysis. In: Acta Psychiatrica Scandinavica, 125, S. 440–452

STUMME, W.: Das Verhältnis der Öffentlichkeit zum Geisteskranken. Vorurteil oder Urteil? In: Der psychisch Kranke und die Gesellschaft, herausge-

geben von Hans Lauter und Joachim-Ernst Meyer. Thieme Verlag: Stuttgart 1971

STUMME, W.: Psychische Erkrankungen im Urteil der Bevölkerung. Urban und Schwarzenberg: München 1975

WIENBERG, G.: Auf dem Weg in die Drei-Klassen-Psychiatrie? Sozialpsychiatrische Informationen (2014) 44, 1, 4–9

Der Autor

Asmus Finzen

Asmus.finzen@t-online.de