

Der Umgang mit den chronisch Kranken – Folgen aus der Vergangenheit für die Zukunft

■ K. Dörner

Hamburg (D)

Meine These für die Lehren aus der Vergangenheit für die Zukunft lautet vorweg: Nur eine Psychiatrie, die ihren Umgang mit sowie ihre Aufmerksamkeit und ihre Verantwortung für die chronisch psychisch Kranken von der letzten an die erste Stelle hebt, die also mit den chronisch psychisch Kranken beginnt, verdient zukünftig noch den Namen Psychiatrie. Diese These ist sowohl wahr als auch eine Überforderung, also eine Herausforderung, die in den nächsten Jahrzehnten Priorität für Forschung, Lehre und Versorgung hat.

Natürlich kann ich diese These, zu der ich selbst nur durch Praxiserfahrung kommen konnte, hier nicht hinreichend begründen. Ich beschränke mich auf sechs Perspektiven, die einerseits bisher vielleicht eher vernachlässigt worden sind und die andererseits die gesellschafts-umspannende Weite des Problemfeldes andeuten. Sie mögen zum Weiterdenken anregen.

Erstens. Der Umgang mit chronisch Kranken ist immer auch ein Problem der Armenpolitik einer Gesellschaft. Reiche Familien finden in der Regel für ihre chronisch Kranken andere, individuelle und z.T. fantasievoll-lehrreiche Problemlösungen. Zur Erhellung des historischen Hintergrundes hierfür muss man schon bis ins 16. Jahrhundert zurückgehen.¹ Denn der Beginn der Neuzeit um 1500 ist nicht nur durch die Reformation und die Entdeckung Amerikas definiert, sondern auch durch eine damals neue Arbeitsmoral, die den ersten gesamteuropäisch-synchronen sozialpolitischen Rationalisierungsschub auslöste. Erstmals nämlich wurden damals die freilaufenden Armen als sich epidemisch vermehrende und die ökonomische und emotionale Zuwendung überfordernde Bedrohung empfunden. Als Problemlösung hierfür fand man fast gleichzeitig von Portugal bis Polen und von England bis Italien folgendes Konzept. (1.) Verbot der mittelalterlichen Institution des Almosens, wobei selbst die Nächstenliebe bis in die Kirchen hinein gelegentlich als kontraproduktiv erklärt wurde. (2.) Die fremden Armen wurden verjagt. (3.) Die heimischen Armen wurden systematisch erfasst, teils durch Numerierung, teils durch gelbe Kreuze öffentlich kenntlich gemacht. (4.) Wurden die Armen institutionalisiert und zwar die guten, weil kranken und daher arbeitsunfähigen Armen in Einrichtungen

mit der Entwicklungsperspektive des Krankenhauses, dagegen die schlechten, weil gesunden und daher arbeitsunwilligen Armen in Institutionen mit der Zielrichtung des Zucht- oder Korrekthaus, zum Zwecke nicht der therapeutischen, sondern der pädagogischen Bearbeitung, was bei allzu hartnäckiger Arbeitsunwilligkeit auch zur öffentlich abschreckenden Hinrichtung führen konnte. Es versteht sich, dass die chronisch kranken «armen Irren» diesbezüglich Grenzgänger waren, mal den guten, mal den schlechten Armen zugerechnet wurden. (Noch heute hört man in Angehörigengruppen immer wieder: «Ich weiss nie, wo ich dran bin: kann er nicht oder will er nicht?») Für unser Thema ist diese historische Grundlegung wichtig, weil damit für alle Zukunft das gesamte Spektrum sozial- und gesundheitspolitischer Massnahmen erfunden war.

Zweitens. Der Beginn der Moderne um 1800 ist nicht nur durch Vermarktwirtschaftlichung, Industrialisierung und das Pathos der Selbstbestimmungs-Vernunft definiert. Vielmehr werden als Folge davon jetzt nicht mehr nur die freilaufenden, sondern auch die familien-gebundenen Armen, die nicht arbeiten können oder wollen, institutionalisiert. Es entsteht das flächendeckende und jetzt aber spezialisierte System der sozialen Institutionen.² Dafür gibt es zwei Gründe: Einmal gesellschaftspolitisch: Da nun erstmals die Vollbeschäftigung ökonomisch sinnvoll war (während zuvor nur 20–30% der Bevölkerung gearbeitet hatten, konnte man jetzt jeden Erwerbsfähigen brauchen), entlastete man auf diese Weise die Familien-Nachbarschaften-Kommunen (dies als Einheit verstanden) vom einen der zwei anthropologischen Grundbedürfnisse, nämlich der Sorge für Andere, damit möglichst alle Erwerbsfähigen, jetzt nicht mehr von der Hilfe für Schwache abgelenkt, dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stünden und nun um so uneingeschränkter ihr anderes Grundbedürfnis nach Freiheit, Selbstbestimmung und Bereicherung realisieren könnten. Der andere Grund ist humanitär-humanwissenschaftlicher Art: Je mehr und je homogener bestimmte chronisch Kranke oder Behinderte in einem Gebäude konzentriert würden, desto schneller könnten, so glaubte man, die Krankheitsursachen erforscht und die Menschen geheilt werden, wodurch die Institutionen wieder überflüssig würden.

Drittens. Die Medizinisierung der Psychiatrie Mitte des 19. Jahrhunderts schwächte das Interesse an den chronisch Kranken erheblich. Dem Wechsel Griesingers von Zürich nach Berlin verdanken wir in Deutschland viele bis heute wirksame gemeinde-

psychiatrische Reformkonzepte, freilich ausgehend von den Belangen der Akut-Kranken. Denn nur für sie gilt sein Konzept des «lebendigen Krankheitsprozesses». Ist dieser Krankheitsprozess einmal «tot» geworden, der Patient also chronisch, hat der Arzt sein Interesse, ja sogar sein Zuständigkeitsrecht verloren. Hier sollte dann nur noch die Verwahrung in den ausschliesslich dafür zuständigen abgelegenen alten Anstalten in Frage kommen.³

Viertens. Das dauerhafte Unsichtbarwerden der chronisch Kranken in den Institutionen lässt sie zwangsläufig in den Augen der Mediziner, aber auch der Bürger zunehmend als Minderwertige, als Ballastexistenzen, als geistig Tote erscheinen, die man von ihrem als qualvoll unterstellten Leiden nur noch erlösen könne. So entsteht aus Trotz gegenüber der therapeutischen Ohnmacht das Ausweichen auf die Prävention (z.B. Sterilisierung, A. Forel als Pionier) sowie die Wiederbelebung der historisch in Krisen immer wieder abrufbaren Stimmung der ökonomischen und emotionalen Überforderung durch eine Problemgruppe und damit die tödliche Mitleidsmentalität gegenüber den chronisch Kranken.⁴ Dies konkretisierte sich erstmals brutal in der teilweise bewusst gesteuerten Hunger-Übersterblichkeit im ersten Weltkrieg (allein in Deutschland 70 000 Anstaltsinsassen), dann wieder in der Weltwirtschaftskrise Ende der 1920er Jahre und schliesslich in den nur noch gewollten Verbrechen der Nazi-Mediziner, die ja – im Aufklärungs-Pathos der Herstellbarkeit einer leidensfreien Gesellschaft – keineswegs gegen akut psychisch Kranke, sondern nur gegen die chronisch Kranken, gegen die Unheilbaren gerichtet waren.

Fünftens. Seit der Nachkriegszeit, soziologisch genauer seit den 1960er Jahren, leben wir insofern in einer neuen, postmodernen oder postsäkularen Zeit, als von den drei grossen Bevölkerungsgruppen, die vom Demokratie-Ideal des 18. Jahrhunderts der begüterten, gesunden und männlichen Bürger ausgeschlossen waren, einmal die Grossgruppe der Arbeiter (also der arbeitsfähigen Armen) und zum anderen die

Korrespondenz:
Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner
Nissenstrasse 3
D-20251 Hamburg

1 B. Geremek. Geschichte der Armut. München: dtv; 1991.
2 K. Dörner. Bürger und Irre. Hamburg: Europäische Verlagsanstalt; 1995.
3 K. Sammet. Über Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland. Münster: LIT; 2000.
4 K. Dörner. Tödliches Mitleid. Neumünster: Paranus; 2002.

Frauen zumindest ihre formale, rechtsstaatliche Gleichberechtigung erkämpft hatten. Bliebe und bleibt nur noch der Gleichberechtigungskampf der bisher überwiegend institutionalisierten Behinderten und chronisch Kranken. Nur in diesem epochalen und gesamtgesellschaftlichen Sinn wird die Selbsthilfebewegung der Behinderten (und ihrer Angehörigen) wirklich verständlich wie auch die trotz ständiger Rückschläge ungebrochene, globale Deinstitutionalisierungsbewegung. An deren Stelle tritt heute eher das Konzept der «community care». Dies besagt, dass die Sorge – neben der Gerechtigkeit oberste Norm des sozialen Handelns, wie wir von der feministischen Moralphilosophie wissen – aus ihrem Institutions-Exil wieder in die Kommune zurückkehrt. Mit dieser Rückkehr zu ihrem ursprünglichen Sinn kann die Kommune sich wieder verlebendigen. Und jeder Bürger kann nun nicht nur sein Grundbedürfnis nach Selbstbestimmung, sondern auch sein anderes Grundbedürfnis nach Sorge für Andere (dieses natürlich stets nur widerwillig!) wieder wahrnehmen. Dieses Grundbedürfnis nach Sorge für Andere gilt im übrigen selbstverständlich auch für chronisch kranke und behinderte Bürger, was anzuerkennen uns psychiatrischen Professionellen ganz besonders schwer fällt.

Sechstens. Dies also sind in apodiktisch klingender Kürze die Lehren aus der Vergangenheit für die Zukunft der Psychiatrie. Und nicht nur, aber auch als Versuch der Wiedergutmachung jahrhundertelangen Unrechts an den chronisch Kranken wird es für die nächsten Jahrzehnte zur vornehmsten Aufgabe der Psychiatrie, nicht mehr wie bisher die chronisch Kranken und Behinderten zu beherrschen, sondern in ihrem Dienst zu stehen – in dem sorgenden Dienst jedes Einzelnen und in dem politischen Dienst ihrer

Bewegung. Diese Aufgabe ist erst erfüllt, wenn – um es an einem symptomatischen Beispiel festzumachen – jeder ärztliche Leiter einer psychiatrischen Einrichtung noch den letzten chronisch Kranken, den er in ein Heim verlegt (solange er Heime noch braucht), in persönlicher Verantwortung «als Chefsache» begleitet, wie es Manfred Bleuler hier im Burghölzli annähernd vorgelebt hat.

Dass dies möglich ist, dafür können wir aus vielen sowohl misslungenen als auch gelungenen Beispielen lernen, besonders von England, den skandinavischen Ländern, Italien und eher den östlichen Staaten der USA. Sicher sind auch unsere Erfahrungen in Gütersloh ermutigend, die zeigen, dass und wie man kommunale Lebenswelten für sämtliche 435 chronisch psychisch Kranke (durchschnittlich 15 Jahre Institutionalisierung) einer Region von 1 000 000 Einwohnern fast ohne Institution schafft.⁵

Aus diesen Erfahrungen haben wir unseren Vorschlag eines kategorischen Imperativs für Sorge-Handeln entwickelt: «Handle in deinem Verantwortungsbereich so, dass du mit dem Einsatz all deiner Ressourcen immer beim jeweils Letzten beginnst.» Natürlich ist das eine Forderung, die niemand ständig erfüllen kann. Aber eine nur erfüllbare Forderung hilft nicht weiter, schafft nicht den qualitativen Sprung. Nur eine Überforderung fordert mich aus mir heraus, dass ich mich, dass die Psychiatrie sich transzendiert. Von dem französisch-jüdisch-litauischen Philosophen und Rabbi-Lehrer Emmanuel Levinas habe ich das lernen können.

In Verallgemeinerung unserer und anderer Erfahrungen haben wir jetzt den deutschen Bundestag aufgefordert, nach der nächsten Wahl eine Heim-Enquete durchzuführen, da gerade die «letzten» chronisch

Kranken am systematischsten in Heimen leben und um mit ihnen zu beginnen. Es wäre schön, wenn die SGP eine ähnliche Initiative beschliessen würde.

Auch hier ist es tröstlich, dass Schweden nach jahrzehntelanger Arbeit vor kurzem Heime als eine Art Massenhaltung für Behinderte und chronisch Kranke gesetzlich verboten hat.

Ermutigend – und damit schliesse ich – ist auch die für mich beste, weil die Chronizität einbeziehende Definition der Schizophrenie von Manfred Bleuler. Diese ist aus einem Briefwechsel mit mir und anderen Gütersloher Mitarbeitern entstanden und von Bleuler interpretiert in seinem Vortrag für die Gütersloher Fortbildungswoche 1986, nach seiner Witwe der letzte Text vor seinem Tod: «Nach unserem heutigen Wissen bedeutet Schizophrenie in den meisten Fällen die besondere Entwicklung, den besonderen Lebensweg eines Menschen unter besonders schwerwiegenden inneren und äusseren disharmonischen Bedingungen, welche Entwicklung einen Schwellenwert überschritten hat, nach welchem die Konfrontation der persönlichen inneren Welt mit der Realität und der Notwendigkeit zur Vereinheitlichung zu schwierig und zu schmerzhaft geworden ist und aufgegeben worden ist.»⁶ Man sieht, wenn es bedeutsam wird in der Geschichte der Psychiatrie, kommt immer wieder das Burghölzli ins Spiel.

5 K. Dörner. Ende der Veranstaltung. Neumünster: Paranus; 2001.

6 M. Bleuler. Schizophrenie als besondere Entwicklung. In: K. Dörner, Hrsg. Neue Praxis braucht neue Theorie. Gütersloh: Jakob v. Hoddis; 1987; zu beziehen über Neumünster: Paranus.