

## **Psychiatrie im Wandel: ein persönlicher Rückblick**

Sehr verehrte Frau Dr. Kronawitter, lieber Herr Mirisch, liebe Patienten der Tagklinik, meine Damen und Herren,

es ist eine große Ehre für mich, dass ich bei diesem freudigen Anlass zu Ihnen sprechen darf. Ich habe Ihnen für Ihre Einladung umso mehr zu danken, als ich ja mehr oder weniger ein Außenstehender bin, dessen psychiatrisches Arbeitsfeld sich in den letzten Jahrzehnten vorwiegend am rechten Isarufer vollzogen hat. Ich war also an der Gründung und dem Aufbau Ihrer Tagklinik nicht beteiligt. Aber diese Einrichtung wurde schon bald zu einem unentbehrlichen Teil der psychiatrischen Versorgungslandschaft. Zwischen der Psychiatrischen Klinik rechts der Isar und der Tagklinik in der Lindwurmstraße entstand eine vertrauensvolle Zusammenarbeit, und wir fanden dort jederzeit einen verlässlichen Ansprechpartner.

Dass wir nun heute dieses Fest miteinander feiern können, geht auf den Weitblick des Bayerischen Roten Kreuzes, vor allem aber auf die Initiative von Professor Hanns Hippus zurück. Ihm, dem Gründungsvater

der Tagklinik, sind wir zu besonderem Dank verpflichtet. Mit großer Bewunderung - und, wie gestehen muss, auch mit einem Anflug von Neid – ist mir bewusst geworden, dass er mit seiner Tatkraft den Grundstein für eine Institution gelegt hat, die sich in den letzten drei Jahrzehnten hervorragend entwickelt hat und in München ganz einzigartig dasteht. Ich freue mich aber auch darüber, dass Frau Dr. Greil, die langjährige und hoch geschätzte Leiterin dieser Institution in der Person von Herr Dr. Mirisch einen Nachfolger gefunden hat, mit dem ich mich durch die Jahre unserer gemeinsamen klinischen Tätigkeit sehr eng verbunden fühle.

### *Psychiatrie im Nationalsozialismus*

Ich gehöre einer Generation von Ärzten an, die noch in der Zeit des Nationalsozialismus aufgewachsen ist. Als Jugendlicher habe ich in Berlin einige Szenen miterlebt, die mir stets in Erinnerung geblieben sind. Auf der Rückkehr von der Schule begegnete ich täglich Menschen mit einem Judenstern, die nur zwischen fünfzehn und sechzehn Uhr ein Geschäft betreten und ihre wenigen Einkäufe besorgen konnten. Es fiel mir auf, dass ihre Zahl ständig abnahm. Eines Nachts wurde ich in der verdunkelten Stadt zufällig Zeuge, wie die jüdischen Bewohner eines Hauses unter den Kommandorufen der Polizei auf einen Lastwagen verladen und abtransportiert wurden. Auch wenn mir damals noch nicht

völlig klar war, welchem tödlichen Verhängnis sie entgegengingen, so rief das Bild dieser bedrohlichen Szene in mir dennoch ein Gefühl der Angst und Beschämung hervor, über das ich damals mit keinem Menschen zu sprechen wagte.

Zur gleichen Zeit hatte sich die Tötung von Geisteskranken in psychiatrischen Anstalten überall herumgesprochen. Ich glaubte, mir über das Schicksal einer nahen Angehörigen Sorge machen zu müssen, die damals in einem psychiatrischen Krankenhaus behandelt wurde. Glücklicherweise war sie wohl nicht von dieser Gefahr bedroht und konnte wohlbehalten zu ihrer Familie zurückkehren.

Als aber der Krieg zu Ende war, versuchte ich, Näheres über die Mordaktionen an psychisch Kranken in Erfahrung zu bringen. Dies dauerte ungewöhnlich lange. Einige Ärzte waren zwar schon bald nach Kriegsende als Prozessbeobachter zum Nürnberger Ärzteprozess entsandt worden und hatten Einzelheiten über den Ablauf und das Ausmaß der nationalsozialistischen Verbrechen und über die Verstrickung von namhaften Psychiatern in diese Gräueltaten berichtet. Ihre Dokumentationen gelangten jedoch zunächst nicht an die Öffentlichkeit. Das gleiche Schicksal widerfuhr auch den Aufzeichnungen des Psychiaters Gerhard Schmid, der bis Kriegsende

als Oberarzt von Kurt Schneider am Schwabinger Krankenhaus in München tätig gewesen war und im Juni 1945 als kommissarischer Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing Haar eingesetzt wurde. In seinem Buch „Selektion in der Heilanstalt“ . beschrieb er, was er über die Geschehnisse in der Anstalt während des zweiten Weltkriegs, über den Abtransport von Patienten in Tötungsanstalten und insbesondere über die Ermordung von Kindern und erwachsenen Patienten durch Medikamente und Verhungern in Erfahrung gebracht hatte. Trotz vieler Bemühungen fand das Buch lange Zeit keinen Verleger und konnte erst im Jahre 1965 veröffentlicht werden.

Diese Ereignisse standen zwar in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Rassenwahn und der Brutalität des nationalsozialistischen Regimes. Die Vernichtung lebensunwerten Lebens und die Euthanasie geistig Kranker und Behinderter waren aber schon sehr viel länger gedanklich vorbereitet und hatten ihre Wurzeln in den biologistischen Anschauungen und der sozialdarwinistischen Ideologie, die seit der Jahrhundertwende den allgemeinen Zeitgeist bestimmten. Ich behielt daher eine Sensibilität für kulturelle und politische Entwicklungen zurück, unter denen der Lebenswert und die Existenzsicherheit behinderter oder gesellschaftlich stigmatisierter Menschen erneut in Frage gestellt sein

könnten. Dieses Bewusstsein hat meine spätere psychiatrische Berufsauffassung stark bestimmt.

### *Philosophische Besinnung in der Nachkriegszeit*

Mein Entschluss, den beruflichen Weg eines Psychiaters einzuschlagen, hatte allerdings mit solchen Überlegungen wohl noch nichts zu tun. Ich verdankte ihn vielmehr dem Buch „Allgemeine Psychopathologie“ von Karl Jaspers, das ich in den ersten Semestern des Medizinstudiums kennen lernte. Die neu erschienene vierte Auflage dieses Buches war von den Gedanken der damals vorherrschenden Existenzphilosophie bestimmt. Sie trug dem allgemeinen Bedürfnis nach verlässlichen Wertorientierungen und nach einer geistigen Durchdringung des Erfahrungswissens Rechnung. Sie enthielt zahlreiche Ausführungen über die geistige Situation der Zeit und über das ärztliche Selbstverständnis, die für die Berufsfindung eines angehenden Mediziners von großer Bedeutung waren. Darüber hinaus eröffnete das Jasperssche Buch einen klaren methodischen Zugangsweg zur psychiatrischen Phänomenologie, der durch das Gegensatzpaar von geisteswissenschaftlichem Verstehen und naturwissenschaftlichem Erklären vorgegeben war. Dies blieb für mich zeitlebens eine grundlegende Orientierungshilfe, auch wenn sich dieser strenge

Dualismus auf dem Gebiet der schizophrenen und manisch-depressiven Psychosen nicht ausnahmslos aufrechterhalten ließ.

### *Die pharmakotherapeutische Wende*

Als ich 1956 ein Jahr nach dem medizinischen Staatsexamen als Assistenzarzt in die Münchner psychiatrische Klinik eintrat, gab es noch keine Medikamente, die eine ausreichende Effektivität bei psychotisch Erkrankten aufwiesen. Ich wurde einem Wachsaal der Männerabteilung zugeteilt und mit der Überwachung der Insulinkomatherapie beauftragt. Dieses Behandlungsverfahren mag bei einigen schizophrenen Patienten therapeutisch wirksam gewesen sein, rief jedoch bei den Betroffenen und ihren Angehörigen eine Aura des Beängstigenden und Bedrohlichen hervor. Die Stationsatmosphäre war stark durch die Erregungszustände neu aufgenommener Patienten geprägt, die pharmakologisch nicht ausreichend zu beeinflussen waren.

Schon wenige Jahre später wurden mit dem Megaphen und Reserpin die ersten wirksamen Neuroleptika eingeführt; bald darauf wurde auch das Tofranil entdeckt, und die ersten antidepressiven Substanzen kamen auf den Markt. Man kann sich heute kaum noch eine Vorstellung von der Bedeutung dieser psychopharmakologischen Wende machen, Sie führte auf den Krankenstationen zu einem völlig veränderten Klima des

therapeutischen Optimismus. Die Zahl der in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebrachten Patienten und deren Behandlungsdauer nahm deutlich ab. In der Folgezeit setzte eine Vielfalt von sozialpsychiatrischen Initiativen ein, die sich ohne die Grundlage der Psychopharmaka nicht hätten entfalten können.

### *Seelische Folgezustände bei den Opfern von Extremsituationen*

Schon bald nach Beginn meiner Assistentenzeit an der Münchner Nervenlinik kam ich noch einmal mit den Schreckensbildern in Berührung, die ich als Jugendlicher miterlebt hatte. Gegen Ende der fünfziger Jahre wurden meine Kollegen und ich nämlich mit der Begutachtung von zahlreichen Personen konfrontiert, welche während des Nationalsozialismus wegen ihrer jüdischen Herkunft verfolgt worden waren und die Schrecken des Konzentrationslagers sowie die Vernichtung ihrer Angehörigen überlebt hatten. An den schweren seelischen Verfolgungsschäden dieser Überlebenden zeigte sich, dass die bis dahin gültige Auffassung von der uneingeschränkten Toleranz der menschlichen Psyche gegenüber traumatisierenden Schicksalsereignissen nicht mehr haltbar war. Dies bedeutete einen völligen Wandel in der Lehre von den psychischen Traumata. Als man zehn Jahre später ähnliche seelische Folgeschäden bei den amerikanischen Heimkehrern aus dem Vietnamkrieg beobachtete, wurde

in die psychiatrischen Klassifikationssysteme eine neue diagnostische Kategorie eingefügt: die „posttraumatische Belastungsstörung“.

*Die Psychiatrie wird eine eigenständige medizinische Fachdisziplin*

In den Jahren 1963 bis 1965 vollzog sich auch eine äußere Umorientierung der Psychiatrie. Sie löste sich nämlich an den Universitätskliniken von ihrer traditionellen Verbindung mit der Neurologie und wurde zu einem eigenständigen medizinischen Fachgebiet. Diese Trennung empfand ich in mancher Hinsicht als einen Befreiungsschlag. Endlich öffnete sich der notwendige Raum, um eine Wiederannäherung des eigenen Fachs an die psychotherapeutische Erfahrungswelt in Gang zu setzen und diese psychodynamischen Sichtweisen im Berufsbild des Psychiaters zu verankern. Stärker als bisher wurden Anregungen aus dem Bereich der Geistes- und Sozialwissenschaft in die tägliche Arbeit aufgenommen. Das Forschungsinteresse, das bis dahin vorwiegend auf das Gebiet der hirnorganischen und endogenen Psychosen gerichtet war, erweiterte sich allmählich auf das weite Spektrum der Neurosen, abnormen Erlebnisreaktionen und seelischen Begleiterscheinungen von körperlichen Krankheiten. Die Trennung der Psychiatrie von ihrer engen Verknüpfung mit der Neurologie hätte leicht zur Folge haben können, dass dem Denken des Psychiaters mehr und mehr die unerlässliche



naturwissenschaftliche Grundlage verloren ging. Das Gleichgewicht zwischen den biologischen und psychologischen Aspekten des psychiatrischen Fachgebiets blieb aber erhalten. Die Kompetenz für die Durchführung und Beurteilung neurophysiologischer und bildgebender Verfahren verlagerte sich nun allerdings vollständig auf die Nachbardisziplinen von Neurologie und Radiologie.

### *Enquete des Deutschen Bundestags zur Lage der Psychiatrie*

Ende der sechziger Jahre wurde auf Anregung eines Bundestagsabgeordneten eine vorwiegend aus psychiatrischen Hochschullehrern zusammengesetzte Sachverständigenkommission mit der Erarbeitung eines Enqueteberichtes beauftragt, der sich mit der Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik beschäftigen sollte. Unmittelbarer Anlass hierfür waren die schwerwiegenden Missstände bei der psychiatrischen Krankenversorgung. Diese spielte sich noch immer fast ausschließlich unter teilweise unzumutbaren Umständen in überfüllten, geographisch abgelegenen und überdimensionierten Anstalten ab. Die Kommission empfahl in ihrem Schlussbericht unter anderem eine völlige rechtliche Gleichstellung von psychisch und körperlich Kranken, die Verkleinerung der Großanstalten, die Errichtung von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, die Schaffung von gemeindenahen Behandlungszentren und von Übergangseinrichtungen

wie Tages- und Nachtkliniken, Wohnheimen für seelisch Behinderten, wettbewerbsgeschützten Arbeitsplätzen und ambulanten sozialpsychiatrischen Diensten. In den Jahren, die dem Erscheinen dieses Berichts folgten, setzte unter allen in der Psychiatrie Tätigen eine ungeheuere Aktivität ein, um die Vorschläge der Kommission in die Tat umzusetzen, der jahrzehntelangen Vernachlässigung psychisch Kranker entgegenzuwirken und die starre Alternative von ambulanter und vollstationärer Krankenversorgung durch ein Netz von vielfältigen Behandlungsangeboten zu ersetzen. Die Verwirklichung der Enquete-Empfehlungen wurde durch die wirtschaftliche Prosperität in den siebziger und achtziger Jahren begünstigt. Die psychiatrische Krankenversorgung vollzog sich in den folgenden Jahrzehnten unter sehr viel bedarfsgerechteren, bevölkerungsnäheren und humaneren Umständen als zuvor, auch wenn längst nicht alle Verbesserungsvorschläge in dem notwendigen Umfang verwirklicht wurden.

### *Die Antipsychiatrie*

Etwa zur gleichen Zeit kam es an den Universitäten der westlichen Welt und der Bundesrepublik zu massiven studentischen Unruhen, die sich mit der politischen und sozialen Bewegung der Antipsychiatrie verbanden. Der amerikanische Soziologe Ervin Goffman hatte die

psychiatrischen Behandlungseinrichtungen als typische Beispiele einer „totalen Institution“ dargestellt, in denen die Patienten der Willkürherrschaft von Ärzten und Pflegern ausgesetzt seien. Zusammen mit populären Medienberichten führte dies zu einer kritischen und ablehnenden Einstellung der Öffentlichkeit gegenüber der Psychiatrie. Psychische Krankheiten – vor allem die Schizophrenie – wurden als Folgezustände gesellschaftlicher Strukturen oder als Kunstprodukte eines willkürlichen Etikettierungsprozesses angesehen. Die meisten medikamentösen und somatischen Behandlungsverfahren wurden abgelehnt oder vehement bekämpft. Auch Psychiater waren an den antipsychiatrischen Offensiven beteiligt, verbündeten sich mit einzelnen Gruppen von Patienten und versuchten – wie z. B. das sozialistische Patientenkollektiv in Heidelberg - ihre Auffassungen in die Praxis umzusetzen. Psychiatrische Vorlesungen an den Universitätskliniken wurden massiv gestört oder mussten sogar vorübergehend eingestellt werden. Ende der siebziger Jahre klang diese Bewegung allmählich ab. Der Protest gegen die mangelnde Qualität der psychiatrischen Krankenversorgung stieß nur noch ins Leere. Trotz mancher gutgemeinten Konzepte hat die Antipsychiatrie der Psychiatrie keine dauerhaften positiven Impulse vermittelt. Leider hinterließ sie aber bei manchen Kollegen eine gewisse Verunsicherung. Viele psychiatrische Krankenhäuser scheuten sich in der Folgezeit, die Elektrokrampftherapie

in ihr Behandlungsprogramm aufzunehmen, obwohl dieses Verfahren für bestimmte seelische Erkrankungen von großem Nutzen ist und sich die hiergegen geltend gemachten fachlichen und ethischen Einwände nicht ausreichend begründen lassen.

### *Wandel der Arzt-Patientenbeziehung*

Mittlerweile hatte sich in der Medizin ein Wandel in der Arzt-Patientenbeziehung bemerkbar gemacht. Zu Beginn meiner Assistentenzeit war dieses Verhältnis noch weitgehend von der Autorität des Arztes bestimmt, der aufgrund seines Fachwissens allein über die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen entschied. Aber seit den sechziger Jahren gewann das Prinzip der Patientenautonomie zunehmend an Bedeutung. Der Patient sollte das Recht haben, über eine in Aussicht genommene medizinische Intervention ausreichend aufgeklärt zu werden, und die Durchführung der jeweiligen Maßnahme war von seiner Zustimmung abhängig zu machen. Die patriarchalische Haltung des Arztes wurde also durch ein kommunikatives und dialogisches Arzt-Patientenverhältnis ersetzt. Dieser vertrauensbildende Beziehungswandel war auf die eines gemeinsamen Krankheitsverständnisses gerichtet, welches die Vorstellungswelt des Patienten mit einem verständlichen medizinischen Konzept in Einklang bringt. Eine solche ärztliche Haltung hat sich in der

Psychiatrie besonders bei chronischen Krankheiten bewährt. Sie besteht in dem ständigen, oftmals wiederholten gemeinsamen Abwägen der Vor- und Nachteile von Behandlungsalternativen auf dem Hintergrund der individuellen Persönlichkeit des Betroffenen, seines körperlichen Gesundheitszustands und seiner Lebensumstände. Die Beachtung der Patientenautonomie ist dann besonders wichtig, wenn sie- wie zum Beispiel bei einer Demenzerkrankung von dem Betroffenen nur noch in einzelnen Lebensbereichen verwirklicht werden kann. Bei manchen Schwerstkranken ist allerdings die Fähigkeit zur Selbstbestimmung völlig verloren gegangen und nicht mehr wieder herstellbar. Dann muss die dialogische Beziehung einer ärztlichen Haltung der Akzeptanz des inneren Anteilnehmens und fürsorglichen Begleitens Platz machen.

### *Der Blick auf die Angehörigen*

Das gewandelte Rollenverständnis des Arztes ging auch mit einer veränderten Sichtweise auf die Angehörigen des Patienten einher. Es wurde immer deutlicher erkannt, wie stark die Familienangehörigen von dem seelischen Krankheitsgeschehen mitbetroffen sind und welche Belastungen und Rollenkonflikte hierbei entstehen können. Die Information, Beratung und Begleitung der Angehörigen entwickelte sich daher zu einem wichtigen Aufgabenfeld der Psychiatrie. Aus der dualen Beziehung des Arztes zum Patienten wurde ein triadisches Verhältnis,

das auch die Familie des Erkrankten einbezog. Außerdem standen dem Arzt nunmehr auch professionelle Helfer aus verschiedenen heilkundlichen Berufsgruppen zur Seite, die ihre spezifischen Sichtweisen in die gemeinsame Arbeit einbrachten.

### *Die veränderte Sprachwelt des Psychiaters*

Seit Beginn der achtziger Jahre trat eine erhebliche Veränderung auf dem Gebiet der psychiatrischen Diagnostik ein. Früher wurde die Zuordnung eines psychiatrischen Erscheinungsbildes zu einer bestimmten Kategorie seelischer Krankheiten von den individuellen Vorstellungen des jeweiligen Arztes oder der betreffenden Klinik abhängig gemacht. Je nach den Merkmalen, die für die Ermittlung der Diagnose herangezogen wurden, gelangte man hierbei zu Untersuchungsergebnissen, die nicht miteinander vergleichbar waren und keine Aussage über die Häufigkeit bestimmter Krankheitskategorien in der Bevölkerung oder über deren Verursachung erlaubten. Daher wurden in die psychiatrische Diagnostik zwei einander sehr ähnliche, mehrmals revidierte und international gebräuchliche Klassifikationssysteme ICD und DSM eingeführt, bei denen die Zuordnung des konkreten Falles zu einer Krankheitskategorie aufgrund einheitlicher, relativ mühelos feststellbarer Kriterien erfolgte. Damit nahm die Reliabilität der Diagnostik erheblich zu, was natürlich einen

erheblichen Fortschritt bedeutete. Aber die Klassifikationssysteme bedienen sich zur leichteren Verständigung einer stark vereinfachten Sprache. Ihr Bedeutungsgehalt und ihre Aussagekraft sind zu dürftig, um der Vielgestaltigkeit psychiatrischer Erscheinungsbilder gerecht zu werden. Der diagnostische Prozess ist daher mit der Zuordnung des Patienten zu einer Krankheitskategorie noch längst nicht abgeschlossen. Er muss ergänzt werden durch die Frage nach der Person, die von dieser Krankheit betroffen ist, nach seiner Lebensgeschichte, seinem individuellen Krankheits- oder Leidensbewusstsein, vor allem aber nach den oft zu wenig beachteten Fähigkeiten und Ressourcen, die ihm bei der Krankheitsbewältigung weiterhin zur Verfügung stehen. Man bringt diese vielen individuellen Aspekte des Krankheitsgeschehens nur dann in Erfahrung, wenn man sich nicht durch die Terminologie der Klassifikationssysteme zu einer Normierung und Uniformierung des Denkens verführen lässt, sondern von der Reichhaltigkeit der psychopathologischen Begriffswelt Gebrauch macht, die der Psychiatrie früher zu eigen war und aus der sie auch heute noch zu schöpfen vermag.

### *Evidenzbasierte und erfahrungsgeleitete Therapie*

Bei der Behandlung eines psychisch Kranken standen sich früher die Auffassungen von psychotherapeutisch orientierten Psychiatern und von

Therapeuten mit einer vorwiegend somatischen Ausrichtung oft unversöhnlich gegenüber. Solche grundsätzlichen Gegensätze gibt es kaum noch. Bei den meisten psychischen Erkrankungen ist eine Kombination von psychotherapeutischen, medikamentösen und sozialpsychiatrischen Behandlungsverfahren angezeigt, wenn auch bei bestimmten Störungen und während bestimmter Verlaufsphasen einer Krankheit dieser oder jene therapeutische Ansatz im Vordergrund steht. Die Behandlung spezifischer seelischer Erkrankungen erfolgt heute meist auf der Grundlage von therapeutischen Leitlinien, die von der Psychiatrischen Fachgesellschaft festgelegt wurden. Soweit es sich hierbei um pharmakotherapeutische Empfehlungen handelt, beruhen diese auf der systematischen Prüfung von Untersuchungsergebnissen die vorwiegend bei randomisierten kontrollierten Studien unter Doppelblindbedingungen gewonnen wurden. Dies ist ein großer Vorteil. Die Resultate derartiger Studien sind jedoch nicht unbegrenzt auf den konkreten Einzelfall anwendbar. Da das Krankheitsgeschehen des Patienten von einer Vielzahl individueller Faktoren abhängig sein kann, lässt sich das therapeutische Handeln nicht in vollem Umfang standardisieren und normieren. Bei aller notwendigen Evidenzbasierung der Psychiatrie kommt es doch immer zugleich auch auf das spezifische Erfahrungswissen des einzelnen Psychiaters an. Dieses beruht auf der genauen Kenntnis der Persönlichkeit und der Lebensumstände des



Erkrankten, einer intuitiven Erfassung der medizinischen Gesamtsituation oder auf Erfahrungen aus anderen Lebensbereichen. Im Laufe der Zeit gewinnt man als Psychiater auch die Fähigkeit, die Relativität medizinischer Lehrmeinungen oder psychiatrischer Zielsetzungen zu erkennen und von solchen Konzepten unter Umständen zugunsten eines unkonventionellen Handelns abzuweichen.

### *Die Herausforderung durch die Demenzerkrankungen*

Zu den noch weitgehend ungelösten Problem der psychiatrischen Behandlung gehören die vorwiegend im höheren Alter auftretenden Demenzprozesse. Sie können durch eine Vielzahl verschiedenartiger Ursachen bedingt sein. Zu den häufigsten dieser Ursachen gehört die nach ihrem Entdecker benannte Alzheimerkrankheit. Sie tritt meist im Kombination mit anderen vaskulären oder involutiven Hirnschäden auf und beruht auf degenerativen Veränderungen an den Nervenzellen, ihren Fortsätzen und dem dazwischen liegenden Stützgewebe. Obwohl uns deren molekulare Struktur heute bereits relativ gut bekannt ist, lässt sich der zugrunde liegende Schädigungsprozess bislang nicht an seiner Wurzel packen. Trotz weltweiter Forschungsbemühungen ist die Möglichkeit einer ursächlichen Therapie vorerst noch nicht in Sicht. Mit den heute verfügbaren Behandlungsverfahren kann lediglich eine gewisse Verzögerung des Krankheitsverlauf und eine Linderung von

Begleitsymptomen erreicht werden. Die degenerativen Veränderungen des Zentralnervensystems setzen bereits im frühen und mittleren Erwachsenenalter, also Jahrzehnte vor der Krankheitsmanifestation ein. Glücklicherweise verläuft dieser Prozess jedoch bei vielen Alten und Höchstaltrigen so langsam, dass er die klinische Demenzschwelle nicht erreicht. Dennoch wird dieses Leiden mit zunehmendem Alter mehr und mehr zu einem Teil des natürlichen Lebenszyklus. Die biologische Natur des Menschen ist offensichtlich auf ein solches Lebensende hin programmiert. Die Demenz im Alter stellt also ein Geschehen dar, das unmittelbar auf unsere menschliche Verletzlichkeit verweist. Wer von dieser Krankheit betroffen ist, bedarf der fürsorglichen Hilfe der professionell im Gesundheitswesen Tätigen und der aktiven Solidarität seiner Mitbürger. Diese kann ihm auf die Dauer nicht nur von der ständig abnehmenden Zahl jüngerer Menschen zuteil werden. Sie muss ihm auch von denen entgegengebracht werden muss, die in der heutigen Welt das Glück haben, nach dem Ende ihrer Berufstätigkeit eine lange Periode des gesunden Alterns verbringen zu dürfen.

### *Personenbezogene Psychiatrie*

Die Psychiatrie hat also in den letzten Jahrzehnten zahlreiche Wandlungen durchgemacht. Es gibt aber auch etwas Bleibendes und Wertbeständiges, an dem wir als Psychiater unbedingt festhalten

müssen, wenn wir unsere berufliche Identität nicht verlieren wollen. Dazu gehört als erstes das Bewusstsein, dass nicht das Gehirn des Menschen das Tätigkeitsfeld unserer Fachrichtung darstellt, sondern die Person, die sich ihres Gehirns als eines wichtigen Werkzeugs bedient. Es ist diese Person mit ihrem gesamten Leib, ihren Sinnesorganen, ihrer Sexualität und ihrem Herzschlag, die uns Psychiatern als Patient begegnet. Sie sucht in uns Ärzten den anderen Menschen, der ihr ein Verständnis ihrer Probleme und Schwierigkeiten oder ihrer irrationalen Ängste entgegenbringt und ihr in einem länger dauernden Gesundungsprozess begleitend den Weg weist. Solange sich psychiatrisch tätige Ärzte und ihre Mitarbeiter an diesen Bedürfnissen des Patienten orientieren und sich nicht zu Verhaltensneurologen umfunktionieren lassen, sondern Seelenärzte bleiben, wird die Psychiatrie weiterhin Bestand haben und weder durch andere medizinische Disziplinen noch durch nichtmedizinische Berufsgruppen ersetzbar sein.

### *Diktate der Marktwirtschaft*

In den letzten Jahren scheint aber die Medizin als Ganzes und mit ihr auch die Psychiatrie von einem anderen Einfluss, nämlich von dem Diktat der Marktwirtschaft gefährdet zu sein. Mehr und mehr stehen Krankenhäuser heute unter der Leitung von Betriebswirten. Der

Personalbedarf auf der Station einer Klinik oder eines Pflegeheimes wird nach den Minuten berechnet, die ein Arzt, eine Krankenschwester oder ein Sozialarbeiter durchschnittlich für den Umgang mit den Patienten benötigt. Dabei muss jedes Element der Betreuung in Form von quantifizierbaren Handlungseinheiten minutiös erfasst und dokumentiert werden. Fallkostenpauschalen sollen regeln, wie viel eine depressive Phase, eine schizophrene Episode oder eine suizidale Krise kosten darf, ohne den Träger der Einrichtung zusätzlich finanziell zu belasten. Neuartige Begriffe wie „Controlling“, „Outsourcing“, „Stakeholdervalue“, „Prozessoptimierung“ und „Qualitätsmanagement“ werden allmählich zu einem normalen Bestandteil der medizinischen Sprachwelt und können leicht zu einer schleichenden Deformierung ärztlichen Denkens führen. Denn der Psychiater ist zwar ebenso wie jeder andere Arzt zu einer ökonomischen Verwendung öffentlicher Haushaltsmittel verpflichtet. Wenn er sich aber gänzlich in den Dienst eines marktwirtschaftlichen Systems stellen lässt oder nur noch zum Manager einer bürokratisierten und technisierten Betriebsorganisation wird, so verliert er sein eigentliches Tätigkeitsfeld aus den Augen.

### *Kustodiale Aufgaben der Psychiatrie*

Die berufliche Identität des Psychiaters kann schließlich noch aus einer dritten Richtung in Gefahr geraten. Wie kein anderer Arzt ist er nämlich

ein Hüter jener Schranke, welche die Gesellschaft zwischen dem psychisch Kranken und den gesunden Mitbürgern errichtet hat. Es gehört zu seinen kustodialen Aufgaben dafür zu sorgen, dass diese Schranke weder zu hoch noch zu niedrig ist. Sie muss weit genug geöffnet sein, um die freie Kommunikation zwischen seelisch kranken oder behinderten Menschen und der Gesellschaft nicht zu behindern. Sie kann aber auch nicht völlig entfallen, weil es Situationen gibt, in denen Gesellschaft und psychisch Kranke vor einander geschützt werden müssen. Die Wahrnehmung dieser kustodialen Funktion bedeutet heute in allererster Linie den Schutz seelisch behinderter Personen vor gesellschaftlichen Gefährdungen, die eine zusätzliche Bedrohung von Gesundheit und Wohlbefinden darstellen. Ich denke dabei vor allem an die Lebenssituation alter und verwirrter Menschen, deren Würde vor inhumanen Umweltbedingungen zu schützen ist. In einer Wohlstandsgesellschaft muss es noch möglich sein, dass auch ein demenzkranker Patient in seinem gewohnten häuslichen Umfeld oder in einem finanziell erschwinglichen und personell ausreichend ausgestatteten Heim an dem Glück menschlicher Nähe und den zahlreichen verbleibenden Quellen der Daseinsfreude teilhaben kann, ohne dass seinen Angehörigen unzumutbare wirtschaftliche Belastungen aufgebürdet werden. Es darf nicht so weit kommen, dass er in Nachbarländer verfrachtet wird weil er dort billiger gepflegt werden kann

oder dass er das Angebot von Suizidbeihelfern in Anspruch nimmt, um seiner Familie oder der Versichertengemeinschaft nicht länger zur Last zu fallen. Die Psychiatrie muss sich heute auch daran messen lassen, inwieweit sie den Lebensschutz dieser Personengruppe wahrnimmt und die politisch Verantwortlichen eindringlich und nachhaltig genug dazu auffordert, pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen einen größeren Anteil an finanziellen Ressourcen zuzuwenden und das System der Sozialversicherungen an den demographischen Wandel der Bevölkerungsstruktur anzupassen.

*Compassio, Nahebleiben, Zuhören*

Lieber Herr Mirisch: bevor diese Feierstunde zu Ende geht, möchte ich Ihnen, Ihrer Vorgängerin Frau Greil und Ihrem ganzen Behandlungsteam sehr herzlich für Ihre Tätigkeit in der Münchener Tagklinik danken. Ich wünsche Ihnen allen, dass Ihnen die Einstellung der ärztlichen Compassio, des tätigen Mitgefühls am Schicksal Ihrer Patienten erhalten bleibt. Das wird einem heute nicht immer leicht gemacht. Von diesen Schwierigkeiten hat schon vor vierzig Jahren der berühmte Züricher Psychiater Manfred Bleuler in seiner Abschiedsvorlesung gesprochen. Man muss ja als Mitarbeiter einer Klinik oder einer sozialpsychiatrischen Einrichtung vielen wichtigen Aufgaben gerecht werden: man soll sich weiterbilden, Kollegen anleiten, zu Kongressen fahren, an

Fallbesprechungen und Konferenzen teilnehmen, Berichte schreiben, Anfragen beantworten, Qualitätskontrolle betreiben, evaluieren, dokumentieren oder publizieren und vieles mehr. Dies alles darf nicht vernachlässigt werden. Aber es kostet auch viel Zeit. Es sind einfach zu viele Zeitdiebe am Werk, die uns in Anspruch nehmen und offenbar alles daran setzen, uns von dem unmittelbaren Kontakt mit dem Erkrankten wegzulocken. In der heutigen technisierten und ökonomisierten Welt medizinischer oder pflegerischer Institutionen wird es oft einsam um den Patienten. Versuchen Sie also ihm nahe zubleiben und hören Sie ihm zu. Von diesem Zuhören ist in Michael Endes Roman *Momo* die Rede, und ich lese Ihnen daraus einen kleinen Absatz vor:

*„Momo saß nur einfach da und hörte zu, mit aller Aufmerksamkeit und innerer Anteilnahme. Sie konnte so zuhören, dass dummen Leuten plötzlich sehr gescheite Gedanken kamen oder dass ratlose und unentschlossene Leute auf einmal ganz genau wussten, was sie wollten. Oder dass Schüchterne sich frei und mutig fühlten. Oder dass Unglückliche und Bedrückte zuversichtlich und frei wurden. Und wenn jemand meinte, sein Leben sei ganz verfehlt und bedeutungslos und er selbst einer, auf den es gar nicht ankommt....und er ging hin und erzählte das alles der kleinen Momo, dann wurde ihm, noch während er redete, auf geheimnisvolle Weise klar, dass er sich gründlich irrte, dass*

*es ihn, genau so wie er war, unter allen Menschen nur ein einziges Mal  
gebe und dass er deshalb auf seine besondere Weise für die Welt  
wichtig war. So konnte Momo zuhören.“* Ich wünsche Ihnen, dass auch  
Sie so oft als möglich dieses Glück des Zuhörens erfahren.

Hans Lauter

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München

Privatanschrift: Beltweg 6, 80805 München



