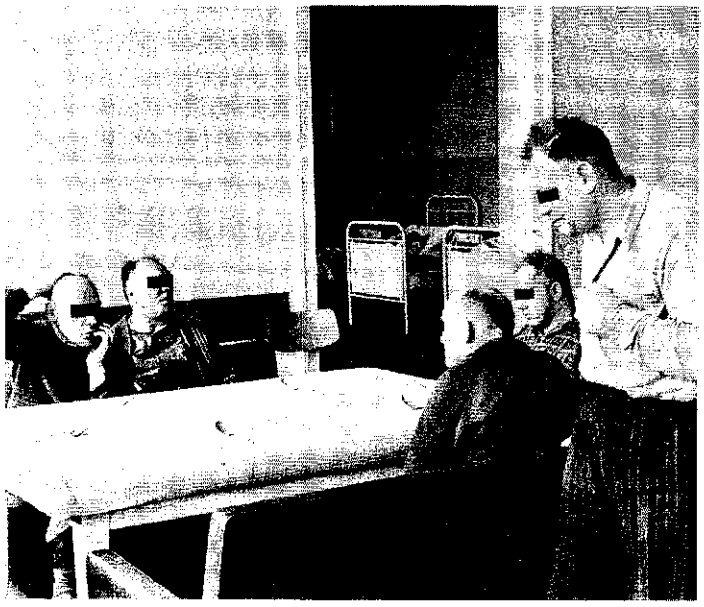


Geisteskranke in westdeutschen Anstalten*: „Der gefährliche Irre mit dem stieren Blick ist eine Wahnidee im Hirn von Gesunden"

„Eia-popeia, bitte nicht schlagen!"

SPIEGEL-Report über sozial benachteiligte Gruppen in der Bundesrepublik (VI): Geisteskranke

In der Bundesrepublik werden mehr als 100 000 geistig Behinderte unter Verschluß gehalten: isoliert wie Aussätzige, rechtlos wie keine andere Bevölkerungsgruppe. Pfleger-Prügel und Psycho-Pillen kennzeichnen den Notstand der psychiatrischen Versorgung: Mangel an Ärzten, finanziellen Mitteln und therapeutischen Konzepten.

An einem Sommertag im Jahre 1936, als in Berlin die Jugend der Welt zu den Olympischen Spielen rüstete, fuhr der Buchhalter Friedrich Faltin** aus Gelsenkirchen seinen Bruder Emil im Auto nach Warstein im Sauerland. Er hielt vor dem Hospital in der Bahnhofstraße und lieferte den Kranken beim Pförtner ab.

Die Brüder sahen sich nie wieder. Emil Faltin lebt noch heute in dem Hospital, das offiziell „Westfälisches Landeskrankenhaus" und im Volksmund „Klapsmühle" heißt. Seit 35 Jahren wird er in Haus 11 aufbewahrt — des nachts im 63 Quadratmeter großen Schlafsaal, in dem 13 Betten stehen, von morgens um sieben bis abends um halb sieben im Aufenthaltsraum, den er mit 49 Patienten teilt.

Das Christus-Kreuz über der Tür und das Alpenveilchen auf der Fensterbank nimmt Emil Faltin nicht mehr wahr. Mit dem Mensch-ärgere-dich-nicht-Spiel im Schrank kann er nichts anfangen, der Texaco-Kalender an der Wand („Das Alte Land ist eine in einen Garten umgewandelte Flußniederung") bedeutet ihm nichts.

Manchmal erhebt sich Emil Faltin von seinem Stuhl und schlurft von Ecke zu Ecke, manchmal wird er von einem anderen Insassen zusammengeschlagen, manchmal darf er raus in den Park, manchmal — zu Weihnachten — gibt's Spekulatius.

Emil Faltin, bei seiner Einlieferung 25, heute 60, leidet an Schizophrenie. Vor ein paar Jahren hätte er nach Meinung der Ärzte entlassen werden können. Sein Bruder wollte ihn nicht, in seinem Beruf als Schreiner kam er nicht mehr unter, im Altersheim war kein Platz für ihn.

So wurde der Geisteskranke Emil Faltin zum Leben in einer Anstalt verurteilt. Er gehört heute, so ein Pfleger, „zum Inventar wie die Stühle" — bis er eines Tages in der Abteilung „Sieche" verscheiden wird.

An einem Dienstag im Februar 1971, als sich die Narren am Main zur Fastnacht versammelten, stoppte vor der Psychiatrischen und Neurologischen Universitätsklinik zu Frankfurt, Heinrich-Hoffmann-Straße 10, ein Unfallwagen der Feuerwehr. Zwei uniformierte Helfer transportierten die Fabrikarbeiterin Hildegard Heßlein, 36, auf einer Trage in die Frauenstation.

Hildegard Heßlein hatte Schlaftabletten geschluckt. Der Aufnahme-Arzt pumpte ihr den Magen leer. Eine Krankenschwester zog sie aus, stellte sie unter die Dusche, legte sie ins Bett.

Als Hildegard Heßlein erwachte, war sie eine unter zweiundzwanzig: Neben ihr eine Epileptikerin, die sich im Krampf schüttelte, und eine Wahnkranke, die im Traum faselte; im selben Raum eine Prostituierte, die im Delirium döste; weiter hinten, im Männer-Abteil, ein verwirrter Türke, der nach Allah rief. An der Wand, einziger Schmuck, ein Werbespruch: „Fakt. Deutschlands Wäsche atmet auf."

In dieser Umgebung, bei (rechnerisch) vier Quadratmeter persönlichem Lebensraum, soll Hildegard Heßlein genesen — möglichst flott genesen, weil auf ihr Bett schon die nächste wartet: Für die 1,3 Millionen Einwohner im Ballungsraum Frankfurt stehen nur 163 Betten in psychiatrischen Einrichtungen zur Verfügung, eins für 8000 (Empfehlung der Weltgesundheits-Organisation: ein Bett je 300 Einwohner).

So wird Hildegard Heßlein, die unter Depressionen leidet, zum Leben verurteilt in einer Freiheit, die ihr Zwang bedeutet. „Wir müssen solche Fälle", bedauert Universitätsarzt Dr. Heinrich Zwiebel, „aus Platzmangel so schnell wie möglich wieder nach draußen schaufeln."

Gleich einem Möbelstück aufbewahrt sein, wie der Schreiner Emil Faltin aus Gelsenkirchen, gleich lästigem Ballast nach draußen geschaufelt werden, wie die Arbeiterin Hildegard Heßlein aus Frankfurt — das ist in der bundesdeutschen Konsum- und Leistungsrepublik die Alternative für Menschen, die psychisch nicht mehr funktionieren: für Schizophrene und

* Im niedersächsischen Königslutter (l. u. M.), im hessischen Goddelau (r.).

** Die Namen der Kranken und ihrer Angehörigen sind von der Redaktion geändert worden.

Wenn das Ich zerbricht

Psychische Krankheiten

Nur Menschen werden seelisch krank. Nur bestimmte Menschen werden es, auf jeweils eigentümliche Weise. Warum? — Diese Kardinalfrage der Psychiatrie ist bislang unbeantwortet.

Beim Entstehen psychischer Störungen wirken so unterschiedliche Faktoren wie Erbanlagen und individuelle Persönlichkeitsmerkmale, körperliche Defekte und Umwelteinflüsse zumindest mit. Deshalb suchen moderne Psychiater ihr traditionelles Fachwissen mit psychologischen, medizinischen und soziologischen Erkenntnissen zu vereinen. Folgerichtig verwenden sie statt der einst strengen Typologie seelischer Erkrankungen eher gleitende Begriffe.

So ist schon die Unterscheidung „exogener" (von außen her und durch körperliche Störungen verursachter) und „endogener" (von innen her und ohne nachweisbare körperliche Veränderung entstandener) Psychosen nur mehr bedingt zutreffend. Zwar sind bestimmte Formen des Schwachsinns Folge einer Hirnschädigung etwa durch eine angeborene Stoffwechselanomalie, eine Verletzung, Vergiftung oder Infektion. Aber organischen Defekten entspricht nicht stets ein nach Art und Schweregrad vorhersehbarer Verfall psychischer Funktionen.

Die endogenen Psychosen wurden von der klassischen Psychiatrie eingeteilt nach phasenweise auftretenden (manisch-depressiven) und schubweise sich verschlimmernden (schizophrenen) Formen. Neuerdings unterscheiden die Ärzte lediglich mehr oder minder starke Störungen der Persönlichkeitskontrolle:

Alltäglich sind Fehlreaktionen auf innere Spannungen und Belastungen, die allgemein als „Nervosität" bezeichnet werden. Verfestigen sich die entsprechenden Hemmungen und übersteigerten Ansprüche an die Umwelt, ist der Bezug zur Realität schon deutlich gestört; der Mensch wird „neurotisch".

Abnorme Reaktionsweisen, die gleichsam Teil der Persönlichkeit geworden sind, kennzeichnen die „Psychopathien" — etwa Haltlosigkeit oder Fanatismus. Zu dieser Gruppe zählen auch viele sexuelle Perversionen und Suchtkrankheiten.

Bei traditionell als „Dementia", „Schizophrenie" und „Paranoia" bezeichneten Erkrankungen geht der Zerfall des Ich noch weiter. Das Denken wird chaotisch, Stimmungsäußerungen scheinen bizarr und affektive Kontakte zu Mitmenschen kaum mehr wahrnehmbar.

Schwachsinnige, Debile und Depressive, Süchtige und Sieche.

„Die Gesellschaft", erkannte die „Frankfurter Allgemeine", „hat keinen Empfangsraum für derartige Menschen bereit; sie ist in einem brutalen Alles-oder-nichts-Gesetz auf Leistung und Versorgung eingestellt und bleibt damit hinter dem weit zurück, was bei diesen Krankheiten medizinisch erreichbar ist." Der Heidelberger Psychiatrie-Professor Dr. Dr. Heinz Häfner meinte, die Haltung „gegenüber den seelisch Kranken in unserem Lande und der institutionale Aufwand für ihre Versorgung sind wohl der größte Schatten auf dem humanitären Schild unserer Gesellschaft".

Schatten fällt auf jeden zehnten Bundesbürger. Etwa fünf bis sechs Millionen Westdeutsche leiden, so eine Berechnung der Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde, an psychischen Störungen, die einer Behandlung bedürften. Und wie jedermann an Krebs erkranken oder sich den Arm brechen kann, ist niemand vor den schweren oder leichteren Defekten an Geist und Seele sicher.

Schon wer sich durch eine verschleppte Erkältung eine Gehirnhautentzündung zuzieht, kann verblöden. In Gefahr gerät, wer nicht nein sagen kann, wenn Johnny Walker mit der Whisky-Flasche kommt, wer am Fließband oder Schreibtisch nicht mehr mithält, wer, in der Jugend, zum Joint greift, wem, im Alter, die Arterien verkalken.

Hunderttausende von Westdeutschen haben einen psychischen Knacks, ohne es zu ahnen. 20 bis 50 Prozent aller Kranken, also wenigstens jeder fünfte und möglicherweise sogar jeder zweite, die einen praktischen Arzt konsultieren, wären nach neuesten medizinischen Erkenntnissen besser beim Psychiater oder Psychotherapeuten aufgehoben. Jeder der rund 1000 niedergelassenen Nervenärzte in der Bundesrepublik behandelt pro Jahr im Schnitt 1500 Fälle.

An jedem beliebigen Stichtag sind von 10 000 Bürgern der Bundesrepublik 19 in einer psychiatrischen Heilanstalt unter Verschluß — insgesamt 116 000, mehr als die Hälfte zwangsweise aufgrund richterlicher Verfügung (jeder achte bis ans Lebensende). Die Betten-Quote für geistig Behinderte liegt mit 1,9 pro tausend Einwohner knapp hinter der Inneren Medizin (2,2) und der Chirurgie (2,1).

„Vom sozialen Leben ausgeschlossen."

Die Gesunden freilich unterscheiden zwischen Kranken und Kranken. Ihr Bedauern gilt allemal dem Arbeitskollegen mit dem Herzkollaps, sie bemitleiden den Opa mit dem Raucherbein und ihren nierenkranken Nachbarn auch. Doch sie verspotten die psychisch Leidenden, die mit der „Macke", der „Meise", dem „Dachschaden", die „plem plem" sind, „nicht mehr alle Tassen im Schrank" haben. Es darf gelacht werden — über den Irrenwitz.

Legionen von Kegelbrüdern haben schon gewiehert über jenen Standard-Irren, der seine Zahnbürste „Fiffi" heißt. Außer blöden Späßen fällt dem Normalbürger offenbar wenig ein zu Bürgern, die als Mitbürger zu akzeptieren er unfähig ist.

„Beim Verbrecher etwa versteht man zumeist noch die Interessen, die er verfolgt, auch wenn man seine Mittel nicht billigt", analysierten der Psychiater Professor Dr. Stefan Wieser, Leiter der Bremer Nervenklinik, und der Soziologe Dr. Martin Jaeckel in ihrer Schrift „Das Bild des Geisteskranken in der Öffentlichkeit": „Und ist man sich auch mit dem Asozialen über bestimmte soziale Grundwerte uneinig, so unterstellt man doch, daß ihm die Grenze verdeutlicht werden kann, jenseits derer starke Zwangsmittel zur Anwendung kämen. Demgegenüber scheinen beim ‚Geisteskranken' die Voraussetzungen seiner Beeinflußbarkeit und damit seiner Integrierbarkeit zu fehlen."

Oder auch: Der Normale ist gerade noch in der Lage, sich mit dem Bankräuber zu identifizieren, weil er sich selber gern bereichern würde, und er

glaubt auch, daß Gammlern und Pennbrüdern Zucht und Ordnung beizubringen seien, gäbe es nur wieder Arbeitshäuser. Doch es geht über seinen Menschen-Verstand, wenn Menschen ohne rationales Motiv wider die Norm handeln und wenn sie nicht einmal auf Strafe reagieren. Das sind die Anomalen, die Un-Menschen.

Und je mehr die Normalen in hochentwickelten Industrienationen wie der Bundesrepublik — etwa durch ausgeklügelte Arbeitsteilung — genormt werden, desto ratloser reagieren sie auf das Anomale. Der Debile, also leicht Schwachsinnige, der sich im bäuerlichen oder handwerklichen Familienbetrieb noch durch kleine Handreichungen nützlich machen konnte, verliert im technisierten und immer stärker arbeitsteiligen Produktionsprozeß der Städte vollends seinen Wert. Die Arbeit, die er in der Industrie verrichten könnte, haben längst die Maschinen übernommen — und um die Maschinen zu bedienen, fehlt ihm das Verständnis.

Zu uneinsichtig, in regelmäßigen Abständen auf den Knopf zu drücken, zu schwach, dem Streß am Fließband standzuhalten, unfähig, Zusammenhänge zu begreifen, werden die „Geisteskranken", so die Autoren Wieser und Jaeckel, „in zunehmendem Maße von den kontinuierlichen Wechselwirkungen des sozialen Lebens ausgeschlossen".

Mehr als die Hälfte der Patienten wird zwangsweise auf den Weg gebracht — durch bundesdeutsche „Unterbringungsrichter"; auch über die Entlassung der Kranken entscheidet nicht der Arzt, sondern der Richter.

„Der Kranke ist effektiv schutzlos."

Seit das Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe 1960 dekretierte, daß „richterliche Entscheidung bei Freiheitsentziehung nicht nur in ‚kriminellen', sondern auch in ‚fürsorgerischen' Fällen erforderlich ist", führt der Weg in die geschlossene Anstalt über vier juristische Ebenen:

- „Freiheitsentziehung" — so das bundeseinheitliche Verfahrensgesetz — „kann nur das Amtsgericht auf Antrag der zuständigen Verwaltungsbehörde anordnen"; und zwar „durch einen mit Gründen versehenen Beschluß", „bis zur Höchstdauer eines Jahres" (vor Ablauf der Frist ist eine neue richterliche Entscheidung erforderlich).
- Bei entmündigten Geisteskranken, deren Aufenthalt normalerweise der Vormund bestimmt, bedarf nach dem Karlsruher Urteil die Anstaltsunterbringung der Genehmigung durch den Vormundschaftsrichter.
- Bei Kriminellen, denen fehlende oder verminderte Zurechnungsfähigkeit zugebilligt wird, kann das Strafgericht die „Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt" anordnen, „wenn die öffentliche Sicherheit es erfordert".
- Der Kranke, der sich freiwillig in eine psychiatrische Anstalt begeben hat, darf später gegen seinen Willen „fürsorglich zurückgehalten" werden — eine Maßnahme, die dann das normale Verfahren vor dem Amtsgericht auslöst.

Konzipiert sind solche Bestimmungen zwar zum Schutz der Patienten: Sie sollen verhindern, daß jeder subalterne Sachbearbeiter etwa eines städtischen Gesundheitsamtes psychisch gestörte Klienten in die nächste Anstalt einweisen kann. Doch im Wust der Kompetenzen und unter dem Mangel an Zeit, Wissen und Takt bei den Kompetenten geriet das wohlgemeinte Konzept zum hohlen Postulat. „Es ist bestürzend, wie effektiv schutzlos der Kranke im Unterbringungsverfahren ist", klagte der Amtsgerichtsrat Dr. Hans-Jörg Koch aus dem rheinhessischen Wörrstadt.

Anstalts-Kritiker Kluge
„Katastrophal überbelegt"

Anstalts-Kritiker Wieser
„Vom Leben ausgeschlossen"

Und zum rechtlosen Objekt, zur geisteskranken Nummer degradiert das Gesetz den Kranken auch während seines Daseins in der Klinik: „Der Untergebrachte unterliegt der Anstaltsordnung" — einer Ordnung, die, wie etwa in Bayern, selbst das Postgeheimnis liquidiert: „Briefe der verwahrten oder vorläufig untergebrachten Personen dürfen von den durch die Anstaltsleitung bestimmten Ärzten eingesehen werden."

Es sind Eingriffe, die doppelt schwer wiegen, weil den ohnehin hilflosen, von der Außenwelt abgeschnittenen Patienten oft genug auch der Rechtsbeistand fehlt. Ob es sich um eine Einweisung, um eine Beschwerde oder um die problematische Verlängerung eines Zwangsaufenthaltes handelt: Der Anspruch auf rechtliches Gehör, in den Gesetzen verankert, steht in der Praxis nur auf dem Papier.

„Die Gewalttaten Depressiver sind sehr selten."

Nur selten nehmen nach den Erfahrungen des Richters Koch deutsche Rechtsanwälte die Interessen von Geisteskranken wahr, „weil sie von sich distanzierenden Angehörigen gar nicht beauftragt werden". Der „Verfahrenspfleger" aber sei oft nur ein „Schubladenpfleger", der „Unterbringungsbeschlüsse entgegennimmt, aber keinen Kontakt mit dem Untergebrachten sucht und dessen Rechte kaum je wirklich wahrt".

Die Anstalt, in der die „Untergebrachten" leben müssen, kommt einer totalen Institution gleich, deren sich die Gesellschaft als Instrument zum Ausschluß der psychisch Behinderten bedient — nach der Regel: erst Diskriminierung, dann Delegierung, dann Isolierung.

Diskriminiert wird die Minderheit der Geisteskranken, indem ihr die Mehrheit der Normalen unterstellt, sie seien gefährlich. Bei einer demoskopischen Untersuchung in Bremen etwa wurde die Frage nach der Gefährlichkeit der psychisch Behinderten von jedem dritten Bürger ohne Vorbehalt bejaht. Etwa die Hälfte der Befragten hielt zumindest „einige Geisteskranke" für gefährlich.

Dabei sind die Anomalen nicht gefährlicher als die Normalen. „Die Gewalttaten Schwachsinniger sind ziemlich analog denen der Normalkriminalität", erläuterte, bei einem Bundestags-Hearing im vergangenen Jahr, der Heidelberger Psychiatrie-Professor Dr. Dr. Heinz Häfner: „Die Gewalttaten Depressiver sind sehr selten." Und der Warsteiner Klinikdirektor Dr. Eberhard Kluge konstatierte: „Der gefährliche

Behinderte im Tagesraum*: „Verlangen is' hier nicht"

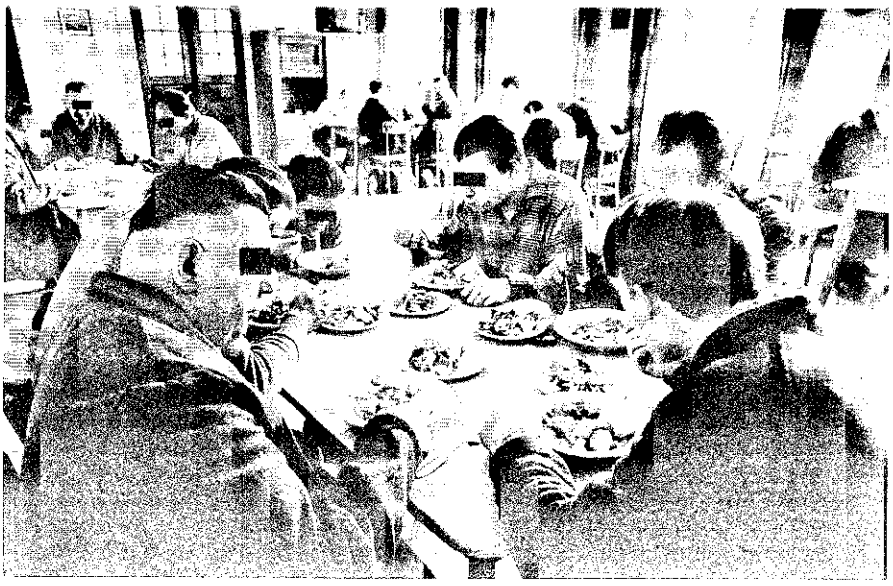
Irre mit dem stieren Blick ist eine Wahnidee im Hirn von Gesunden."

Delegiert wird die Minderheit der Geisteskranken an den Staat, der auch das Isolieren der „Aussätzigen des 20. Jahrhunderts" (so die „Welt") besorgt: vor allem in den 45 psychiatrischen Landeskrankenhäusern der Bundesrepublik. Es sind ehemalige Verliese für „Tob- und Fallsüchtige", wie die 1534 von Philipp dem Großmütigen errichtete Anlage im hessischen Goddelau, einstige kaiserliche Bewahrhäuser, erbaut 1906, wie im rheinischen Süchteln.

Zumeist belegt mit mehr als 1000 Kranken (empfohlenes Limit der Weltgesundheitsorganisation: 400 Betten), gleichen die in Wäldern versteckten und von Mauern abgeschirmten Anstalten „riesigen Sardinendosen für Menschen" — so Direktor Kluge vom Warsteiner Landeskrankenhaus (1420 Betten). Es sind „Reservate, in denen sich große Mengen Behinderter aufhalten" — so Direktor Professor Dr. Kulenkampff vom Rheinischen Landeskrankenhaus Düsseldorf (1510 Betten).

Dabei könnten Zehntausende von Anstaltsinsassen entlassen werden, wäre die Gesellschaft nur bereit und fähig, sie aufzunehmen. So ermittelte Bremens Klinik-Chef Wieser bei einer Untersuchung von 195 Fällen chronisch erkrankter Patienten, „daß der allergrößte Teil sehr wohl in Familien oder in analogen Intimgruppen leben könnte". Denn: „Weder sind diese Patienten gefährlich, noch bedürfen sie einer spezialisierten Pflege und ärztlicher Behandlung."

Isoliert in der Anstalt, geraten diese Patienten in Vergessenheit. Mehr als die Hälfte (51 Prozent) der Langzeit-Insassen des baden-württembergischen Landeskrankenhauses Weißenau (1050 Betten) — so ergab eine Umfrage — haben seit mehr als einem Jahr weder Besuch noch einen persönlichen Brief bekommen. „Als Nervenarzt auf Java habe ich erlebt, wie heilsam für Geisteskranke der Kontakt mit Verwandten ist", erinnert sich Warsteins Chefarzt Dr. Kluge: „Aber in der Bundesrepublik leiden die Patienten unter dem ständigen Warten."



Behinderte im Speisesaal*: „Mach schon"

Seit 30 Jahren wartet ein Kranker auf Besuch.

In Warstein (Tür-Inschrift: „Friede den Kommenden, Freude den Bleibenden, Segen den Scheidenden") wartet, im Trakt „I C", Langzeitstation für Männer, der Wahnkranke Friedrich Tormann, 71, seit 30 Jahren auf Besuch — von seinem Sohn (33) und seiner Tochter (32) aus Hagen-Haspe.

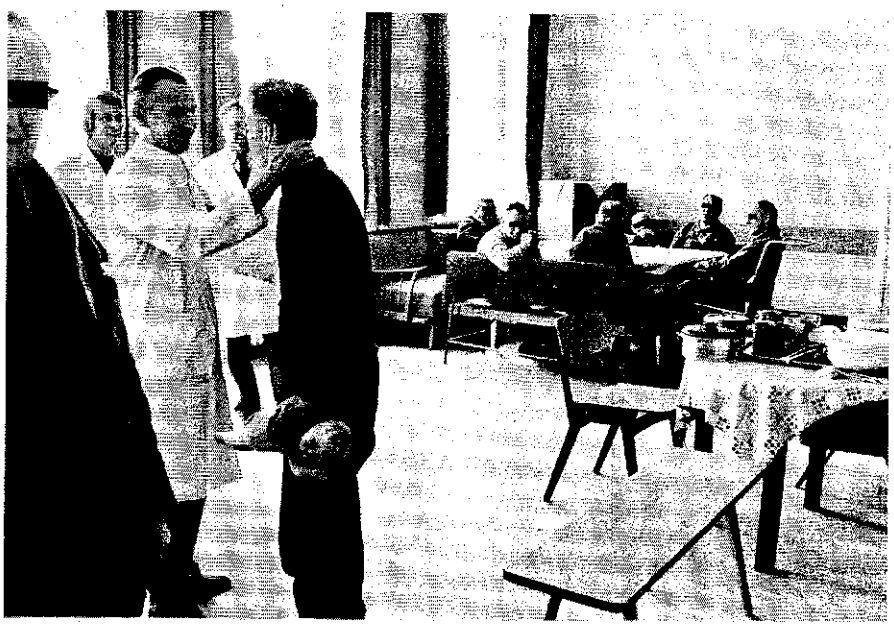
Es ist nicht zuletzt ihr gesellschaftlicher Standort als feste Burg für Idioten, der Deutschlands psychiatrische Anstalt zur „totalen Institution" degradiert, wie es der Gymnasiallehrer Frank Fischer aus dem baden-württembergischen Ladenburg nach einjähriger Pfleger-Praxis in sieben Landeskrankenhäusern in seinem Buch „Irrenhäuser" formulierte. Fischer: „Wenn die Tür zur Aufnahmestation zugefallen und der Weg zurück versperrt ist, vollzieht sich ein Bruch in der Lebensgeschichte des Patienten."

Mit einem Schlage wird der Patient, ob er nun an einem chronischen Schaden oder unter vorübergehenden Störungen leidet, Objekt des „plötzlichen Rollenwechsels vom Bürger zum Insassen", so Düsseldorfs Klinikchef Kulenkampff: Aufnahmestation — muskulöse Pfleger mit mißtrauischen Gesichtern — „Mensch, wir meinen es doch gut mit dir" — Wegnahme des gesamten persönlichen Eigentums — Kleider runter — „mach schon" — Badewanne — Anstaltshemd und Anstaltshose — „das ist dein Bett": in einem Saal für vielleicht 50 Personen, darunter Debile, Epileptiker, Altersdemente, Alkoholiker, eingewiesene Kriminelle, allsamt geisteskranke Nummern.

Rubriziert nach „Epis" (Epileptiker) oder „Schizos" (Schizophrene), sind die Gefangenen der „Selbstmordverhinderungs- und Ausreißverhütungs-Betriebe" (Fischer) den „eigentlichen Herren der Klinik", so der Psychiater Dr. R. D. Hemprich, ausgeliefert: den Pflegern.

Typische Pfleger-Weisheiten, aufgezeichnet von Hemprich: „Wir kennen die Patienten viel besser als die Ärzte"; „die Patienten fallen nur dem Staat zur Last, wir müssen für sie die Steuer zahlen, damit sie hier faul rumsitzen"; „die

* Oben: im hessischen Hadamar; unten: im westfälischen Warstein.



Behinderte bei der Visite*: „Mensch, wir meinen es doch gut mit dir"

meisten Patienten sind überhaupt nicht krank hier, die bilden sich das nur ein."

Typische Pfleger-Sprüche, aufgezeichnet von Fischer: „Meinst wohl, weil de mal studiert hast, kriegste hier 'ne Extrawurst gebraten"; „verlangen is' hier nicht, das wirste noch lernen"; „Anspruch auf Ihre privaten Sachen? Daß ich nicht lache"; „hast wieder gepinkelt, was, du alte Sau?"

Ausgestattet mit dem Schlüsselbund und der Beruhigungsspritze, den Insignien seiner Macht, kennt der deutsche Anstaltspfleger, so Fischer, „nur eine Aufgabe: aus dem Neuen einen perfekt funktionierenden Insassen zu machen". Und sind die Patienten nicht willig, so gebrauchen ihre Pfleger Gewalt.

„Dieter Raske zum Beispiel", schildert Fischer, „ein zweiunddreißigjähriger Epileptiker, ist Tag und Nacht mit Riemen am Bettgestell fixiert. Steif und unbeweglich geworden, kann er beim Umbetten nicht gleich aufstehen. Da beginnt Pfleger Schubert auf ihn loszudreschen, immer und immer wieder in Raskes Gesicht zu schlagen, bis sich überall Schlagspuren abzeichnen. Raske versucht, sich auf seine Weise zu wehren: Er spuckt nach allen Seiten und lallt: „Eia-pop ... p-peia ... Eia-popeia ... Nicht schlagen! Bitte, nicht schlagen!"

Der Willkür seines Herrn in Weiß unterworfen, in ständiger Furcht vor der Fixier-Folter in der Isolierzelle, bleibt dem Patienten nur eine Chance, sein Los zu mildern: Er muß sich bei seinem Pfleger anbiedern, sich beliebt machen, ihn devot mit „Herr Pfleger" anreden, ihm mal eine Kiste Zigarren zustecken oder, besser noch, sich zu seinem Beschützer, zum Stations-Kapo, aufspielen.

„Wir hatten auf der unruhigen Station alle unsere Leibwächter, auf die wir uns verlassen konnten", erinnert sich ein ehemaliger Pfleger aus Süchteln: „Die schlugen auf Befehl jeden Patienten zusammen, der uns zu nahe kam." Krankenhaus-Kenner Fischer („Wer sich in der Anstalt behaupten will, muß ‚Karriere' machen") rückt Westdeutschlands Psycho-Festungen denn auch in „die Nähe zum KZ".

Jeder vierte Pfleger ist Gastarbeiter.

So schockierend solche Berichte aus der Schlangengrube anmuten — es wäre billig, alle Schuld auf die Pfleger zu schieben. Sie sind bei all ihrer Macht nur Handlanger — wenn nicht selbst Opfer von „Verhältnissen, die allem hohnsprechen, was wir heute mit einer modernen Psychiatrie meinen", so der Tübinger Nervenklinik-Direktor Professor Dr. Dr. h. c. Walter Schulte.

Was moderne Psychiatrie nicht meint, ist in der Bundesrepublik die Regel: zuwenig Ärzte — Folge: Verantwortung wird an die Pfleger delegiert; zuwenig und nur mangelhaft ausgebildete Pfleger — Folge: die Pfleger werden mit der Verantwortung nicht fertig; zuviel Patienten in zuwenig Anstalten; zuwenig Mittel; zuwenig Therapie, falsche Therapie: Zusammenbruch der medizinischen Versorgung für Geisteskranke.

Ein Mediziner hat in den Anstalten mehr als 100 Patienten zu versorgen, Forderung der Weltgesundheitsorganisation und der Deutschen Krankenhausgesellschaft: ein Arzt für 30 Patienten. Vorschlag des deutschen Wissenschaftsrats: 1:15. Verhältnis Arzt zu Patienten in den allgemeinen (kommunalen) Krankenhäusern: 1:18.

Reduziert auf die Zahl der psychiatrischen Fachärzte (der Schlüssel 1:100 bezieht auch die Ärzte für die inneren Abteilungen ein), vergrößert sich das Mißverhältnis noch. Beispiel: von den 16 Medizinern des Landeskrankenhauses Warstein (1420 Patienten) sind nur zehn Psychiater — einer für mehr als 140 Kranke. Knapp zwei Minuten am Tag kann sich der Arzt bei diesem Schlüssel einem Patienten widmen.

Solange an den psychiatrischen Krankenhäusern freilich nicht einmal die Planstellen aufzufüllen sind, besteht wenig Hoffnung auf günstigere Relationen. Von den 40 Planstellen im rheinischen Süchteln etwa (1850 Betten) sind gegenwärtig nur 20, von den 13 im niedersächsischen Königslutter (1200 Betten) lediglich acht besetzt, davon zwei durch pensionierte Ärzte. Und das Durchschnittsalter der westdeutschen Anstalts-Psychiater liegt bei Mitte 50.

Bei den Pflegern, den ständigen Bezugspersonen der Kranken, ist die Per-

Behinderte beim Spiel*: „Das wirste noch lernen"

* Oben: im niedersächsischen Königslutter; unten: im baden-württembergischen Herten.

sonallage, so ein repräsentatives Rechen-Exempel aus der Warsteiner Anstalt, gegenwärtig schlechter als zu Kaisers Zeiten: 1911 kamen, so die Statistik, auf einen Pfleger 4,6 Patienten (bei 64 Arbeitsstunden). Sechzig Jahre danach ist der Schlüssel (bei 44 Arbeitsstunden) 1:4,85 — theoretisch: Durch Schichtdienst, Urlaub und Krankheit erhöht sich das Verhältnis auf 1:20, in Abteilungen für chronische Kranke sogar auf 1:50.

Etwa jeder zweite Pfleger ist, so eine Schätzung der Gesellschaft für Psychiatrie, für seinen Beruf nie ausgebildet worden. Und selbst die examinierten Kollegen haben über den Umgang mit Geisteskranken nichts gelernt: Es gibt keine Spezial-Lehre für Personal an psychiatrischen Hospitälern, sondern nur eine — dreijährige — allgemeine Krankenpfleger-Ausbildung, bei der zwar über korrekten Bettenbau doziert wird, aber nicht über die besondere Sensibilität seelisch Kranker.

Bei solchen Konditionen müssen — wie bei der Müllabfuhr — Gastarbeiter aushelfen. In der Frankfurter Klinik stammt bereits jeder vierte Pfleger aus Sizilien oder Andalusien, die meisten ohne Deutschkenntnisse. In Warstein sah sich Klinikchef Kluge genötigt, 14 Pflegerinnen von den Philippinen zu ordern — gelernte Hebammen.

Der Mangel an Ärzten und Pflegern korrespondiert in Westdeutschlands psychiatrischen Anstalten mit einer unzureichenden Infrastruktur. „Jeder Bundeswehrkommandeur würde Alarm schlagen", mutmaßt Mediziner Kluge, „wenn seine Kasernen so katastrophal ausgestattet und überbelegt wären wie unsere Häuser."

Mit 1,9 Betten auf 1000 Einwohner verfügt die Bundesrepublik über kaum halb soviel psychiatrische Behandlungsplätze wie andere zivilisierte Staaten: Dänemark und England 3,5, Schweden 4,2, USA 4,0 pro tausend Bürger.

Die Katastrophe en detail:

▷ Im Hamburger Nervenkrankenhaus Ochsenzoll liegen in der Männer-Aufnahmestation 30 Patienten Bett an Bett in einem Raum. Zeitweilig müssen Neuaufnahmen auf Matratzen gelegt und zwischen die Betten geschoben werden. Geschätzte Kosten für die Modernisierung der Anstalt: 100 Millionen Mark.

▷ In der Frankfurter Anstalt werden, weil es nur einen Ausgang gibt, die Leichen der in der „unruhigen" Frauenstation gestorbenen Patientinnen durch den Saal mit den „ruhigen" Frauen transportiert. In der Küche nisten Kakerlaken, Diät kann nicht gekocht werden. Bei Überfüllung müssen neu aufgenommene Patienten auf Stühlen übernachten. Um Ersatzbetten in anderen Anstalten zu beschaffen, vertelephonieren die Frankfurter Ärzte pro Jahr mehr als eine halbe Million Mark.

▷ Im Landeskrankenhaus Warstein teilen sich die 50 Kranken der offenen Männerstation drei Waschbecken mit insgesamt sieben Hähnen (ohne Warmwasser), zwei Toiletten (ohne Tür), eine Garderobe (acht Quadratmeter), einen Tagesraum (fünf Landschaftsbilder). Für die elementarsten Reparaturen brauchte die Klinik einen Sofort-Betrag von 300 000 Mark.

Es reicht in den Geisteskranken-Gettos nicht mal für das Nötigste. Die Pflegesätze in psychiatrischen Kliniken liegen im Durchschnitt knapp um die Hälfte unter den Patienten-Aufwendungen in allgemeinen Krankenhäusern.

Basis der Tagessatz-Berechnung ist die Bundespflegesatz-Verordnung. Danach werden die jährlichen Selbstkosten eines Hospitals durch die Pflegetage geteilt. Die allgemeinen Krankenhäuser schneiden bei diesem Prinzip besser ab, weil sie — im Gegensatz zu den personalintensiven Landeskrankenhäusern — einen hohen Apparatur-Aufwand haben. Denn die Anschaffung und der Unterhalt einer Eisernen Lunge erzeugen mehr Selbstkosten als etwa die Besoldung eines Pflegers.

„Ich könnte mich draußen nicht mehr schicken."

Die Kalkulation, zu Lasten der Patienten aufgemacht, erweist sich freilich als arithmetischer Aberwitz, wenn in Rechnung gestellt wird, daß die Landeskrankenhäuser personell unterbesetzt sind. „Bei einem adäquaten Personalschlüssel brauchten wir sogar mehr Geld als die allgemeinen Krankenhäuser", ermittelte der Frankfurter Uni-Psychiater Dr. Zwiebel: „Doch die Ökonomen in den Ministerien, die die Stellenpläne entwerfen, und die Parlamentarier, die sie beschließen, sind offenbar der Ansicht, daß Geisteskranke nur noch zu verwahren und nicht mehr zu behandeln seien."

Zwei für die Bundesrepublik repräsentative Beispiele machen den Widersinn deutlich: Im Landeskrankenhaus Süchteln beträgt der Pflegesatz für sozialversicherte Patienten 27 Mark, im Allgemeinen Krankenhaus des benachbarten Viersen 59 Mark. Im Landeskrankenhaus Warstein werden pro Tag und Bett 29,20 Mark abgerechnet, in einer auf demselben Gelände liegenden Lungenheilstätte 54 Mark. Und während das Lungensanatorium für jeden Trakt zwei Hausangestellte beschäftigt, sind für die 40 Häuser der Geisteskranken-Anstalt nur sechs Helferinnen angestellt.

So ist die Mehrheit der psychisch behinderten Patienten gehalten, ihren

Arbeitsplätze in der Anstalt: Therapie mit Psycho-Pillen und 17 Pfennig Dollenmoos je Stunde?

Dreck alleine zu machen: Stube fegen, Geschirr spülen, Kartoffeln schälen, Laub harken. Schon mit ihren Reinigungsleistungen, so errechnete Chefarzt Kluge, ersparen sie dem Warsteiner Krankenhausträger, der regionalen Selbstverwaltungskörperschaft „Landschaftsverband Westfalen-Lippe", im Jahr 750 000 Mark an Löhnen. Insgesamt ist ihre Arbeitskraft jährlich zwei Millionen Mark wert. Gegenleistung des Landschaftsverbandes für 1970: 83 000 Mark an Taschengeldern — „Dollenmoos" im Anstaltsjargon.

Auch der Industrie dienen Westdeutschlands Geisteskranke als nützliche Idioten. In Königslutter knüpfen sie Haarschleier für das Helmstedter Unternehmen „Solida" (Monatslohn: 35 Mark), in Warstein montieren sie Gardinengleiter für die Mescheder Firma Nölle (Monatslohn: 5 bis 60 Mark), in Frankfurt falten sie Prospekte für die Lebensmittelhersteller Lacroix und Nestlé (Wochenlohn: 15 bis 20 Mark).

Im Westfälischen Landeskrankenhaus Gütersloh, wo die örtliche Firma Miele arbeiten läßt, schwankten bis zum letzten Jahr die Monatslöhne zwischen zwei Mark (Stufe V) und zwanzig Mark (Stufe I). Bei einer monatlichen Arbeitsleistung von 120 Stunden kamen geistesgestörte Spitzenverdiener (26 von 1150 Patienten) auf 17 Pfennig Stundenlohn.

Gütersloh Krankenhaus-Chef Professor Dr. Walter-Theodor Winkler: „Bei vielen Patienten ist die Arbeitstherapie heute nur noch dazu angetan, sie an die Institution zu fixieren. Die sogenannten guten Patienten werden dann womöglich in der Institution festgehalten, und die Patienten selbst richten sich mit Hilfe der Arbeitstherapie unter Umständen in der Institution auf alle Zeiten ein."

Eingerichtet auf alle Zeiten hat sich, zum Beispiel, die Patientin Hertha Feilbach, 66, in der Institution Süchteln. Seit 35 Jahren hospitalisiert und seit zehn Jahren ohne Kontakt zu ihrem in Essen lebenden Bruder, macht sich die an Schizophrenie erkrankte Frau durch Staubwischen und Fußbodenscheuern nützlich. Entlassungs-Angebote schlug sie aus, weil sie erkannt hat: „Ich könnte mich draußen nicht mehr schicken."

Die Kranke Hertha Feilbach, wohnhaft in einem Zehn-Betten-Zimmer des offenen Hauses „Frauen A", gehört, wie alle Arbeitspatienten, noch zu den privilegierten Insassen: Der Bohnerbesen, den sie seit dreieinhalb Jahrzehnten lenkt, wurde ihr zum Fetisch der Nützlichkeit, die Tasse Bohnenkaffee, die sie sich von ihrem Dollenmoos leisten kann, zum Symbol für Luxus. Sie hat das Recht, das Areal zum Spaziergang zu verlassen, sie darf einmal im Jahr Pappnase und Narrenkappe aufsetzen und schunkeln, wenn die Anstaltskapelle beim Patienten-Karneval spielt „Warum ist es am Rhein so schön . . ."

Vorindustrielle Arbeits-Idylle: Im Familienbetrieb Schutz für den Behinderten?

Je länger die Kranke Hertha Feilbach jedoch in der Anstalt verweilt, desto mehr wird sie abstumpfen und die Fähigkeit verlieren, sich selbst im geschlossenen System zurechtzufinden. Dann ist der Tag nicht mehr fern, an dem sie sich auch drinnen nicht mehr schicken kann, an dem sie, wie fast alle Dauerpatienten, delegiert wird an die „Scheißerle-Station" (Pfleger-Jargon), wo die ausgezehrten Greise ihrem Ende entgegendämmern, im Arm, vielleicht, den Teddybär.

„Die Medikamentenbücher mußten gefälscht werden."

Forciert wird der körperliche und geistige Abbau der Kranken durch Medikamente, deren Einführung in den fünfziger Jahren als therapeutische Revolution gefeiert wurde, die wegen ihrer Massen-Anwendung aber immer mehr ins Zwielicht gerieten: die Psychopharmaka, jene roten, hellblauen und gelben Tabletten, die inzwischen in knapp 400 Variationen die Apothekenschränke aller Anstalten der Welt füllen.

Die Psycho-Pillen, mit denen mittlerweile Dompteure vor der Dressur ihre Löwen und Bären zu füttern pflegen, verdrängten zwar die inhumane Behandlung mit eiskalten Bädern oder elektrischen Schocks, doch werden sie in Westdeutschlands Anstalten häufig nur als bequeme Mittel verwandt, unbequeme Patienten abzufertigen.

„Fehlt es an ausreichender Aktivierungstendenz und an geschultem Personal", so warnte der Tübinger Psychiater Professor Dr. Schulte, „könnten die Psychopharmaka dem Gesetz der Bequemlichkeit entgegenkommen und dazu verführen, sich mit der Ruhigstellung der Patienten allein zu begnügen."

Der Frankfurter Pfleger Peter Derichs von der Uni-Klinik bestätigt den

Industrielle Streß-Arbeit: Am Fließband Start in die Schlangengrube?

Professor aufs Wort: „Unsere Aufgabe ist es, die Patienten ruhig zu stellen." Und ein früherer Bediensteter aus Süchteln bekennt: „Bei uns wurden soviel Tabletten ausgegeben, daß die Medikamentenbücher gefälscht werden mußten. Die Ärzte haben es nie erfahren."

Der Medikamenten-Mißbrauch aber führt, verbunden mit der Monotonie des Anstaltslebens, jegliche Therapie ad absurdum. „Die nur anbehandelten Patienten gleiten", so analysierte der Warsteiner Landesmedizinaldirektor Dr. Nikolaus Wolf, „in eine psychosoziale Isolierung ab, und das Ziel der Behandlung, nämlich die Rückkehr als Glied in die menschliche Gemeinschaft, wird verfehlt."

Pille statt Peitsche: Geändert hat sich in den meisten deutschen Bewahranstalten nur die Methode, nicht das Prinzip. Mit dem Einflößen von Psychopharmaka gelang es, wie im Düsseldorfer Landeskrankenhaus, den Geräuschpegel in einer Unruhigen-Station von 95 Phon (starker Innenstadt-Verkehr) auf unter 70 Phon (schwach besuchtes Restaurant) zu senken, aber gleichzeitig wurden, so Professor Schulte, das „Gespenst der chemischen Zwangsjacke" und die Gefahr der „motorischen Einmauerung" heraufbeschworen.

Der Dynamik des Alltags nicht gewachsen.

Mit Psychopharmaka monate- oder jahrelang in Apathie gehalten, soll der Patient vor seiner Entlassung dann plötzlich wieder funktionieren — nach pädagogischen Kriterien, wie sie auch in Kindergärten und Kasernen Maxime sind: Befehl, Gehorsam, Belohnung, Bestrafung. Der Rehabilitations-Kandidat wird häufig durch Bevormundung verunsichert und im Zustand psychischer Labilität in die Welt der Arbeit geschickt.

Der Dynamik des Alltags nicht gewachsen und mit dem Stigma von Außenseitern behaftet, kehren viele zurück in die Anstalt. „Drehtür-Psychiatrie" nennen die Anstalts-Ärzte diesen Mechanismus — jenen „Circulus vitiosus", so Krankenhaus-Kritiker Fischer, „von fataler Ähnlichkeit mit der Lottomaschine: normierte Kugeln, von zwei Greifern gekämmt und umgerührt; jedesmal fallen ein paar Kugeln raus — und am nächsten Samstag sind sie alle wieder in der großen Trommel versammelt".

Von den als geheilt entlassenen Patienten der schwäbischen Anstalt Schussenried etwa kehrt jede dritte Frau und jeder vierte Mann zurück. Im gesamten Bereich der acht baden-württembergischen Landeskrankenhäuser werden zwar 73 Prozent der Kranken innerhalb von 100 Tagen und 91 Prozent innerhalb von zwölf Monaten entlassen, doch müssen 27 Prozent innerhalb eines Jahres wieder aufgenommen werden. Und etwa jeder achte Patient der bundesrepublikanischen Landeskrankenhäuser bleibt, als „Bodensatz", für immer.

Dauerhaftes Isolieren der zur Lohnarbeit nicht mehr fähigen Geisteskranken in abgeschiedenen Anstalten, abruptes Anpassen der als geheilt entlassenen Patienten an den Produktionsprozeß, Readaption also als einzige Alternative zur Abgrenzung — das ist das Konzept der westdeutschen Anstaltspsychiatrie: ein wissenschaftliches Selbstverständnis mit Tradition.

„Wir gängeln den Kranken", so der Mediziner Johann Christian Reil in seinen 1803 veröffentlichten „Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen", „von der untersten Stufe der Sinnlosigkeit durch eine Kette von Seelenreizen aufwärts zum vollen Vernunftsgebrauch, während Müßiggang und Faulheit alle Ordnung stören. Arbeit macht gesund."

Noch vor wenigen Jahrzehnten halfen deutsche Psychiater per Euthanasie mit, die Autoritätsstrukturen eines faschistischen Regimes zu stärken, das Geisteskranke zu lebensunwerten Elementen, zu „Menschen-Hülsen" deklarierte. Rechenaufgabe aus einem mathematischen „Lehrbuch zum Gebrauch für deutsche Kinder" (Jahrgang 1935): „Der Bau einer Irrenanstalt erforderte 6 Millionen Reichsmark. Wie viele Siedlungshäuser zu je 15 000 Reichsmark hätte man dafür bauen können?"

Aber „selbst diese letzte schreckliche Konsequenz der staatstragenden Verdinglichung leidender Menschen", kritisiert der Hamburger Psychiater und Wissenschafts-Analytiker Klaus Dörner, „hat die Psychiatrie in Deutschland bis heute nicht zum Anlaß genommen für eine Zäsur, für eine radikale Veränderung ihres Behandlungssystems".

Längst sind aufschlußreiche Zusammenhänge zwischen Umweltfaktoren und psychischen Krankheiten festgestellt worden. Die amerikanischen Psychiater Faris und Dunham fanden bereits vor Jahrzehnten in Chicago: Aus dem Stadtzentrum, mit seinen von ungelernten Arbeitern und rassisch Deklassierten bevölkerten Altbau-Bereichen, wurden bis zu 17 Promille der Bewohner wegen seelischer Störungen (meist schizophrener Psychosen) in die Kliniken eingewiesen. In den Außenbezirken, mit ihren von etablierten Bürgern bewohnten Villenvierteln, sank die Quote auf zwei Promille.

Auf ähnliche Relationen stieß ein Forscher-Stab der Universität Heidelberg vor sechs Jahren in der Industrie-Stadt Mannheim: Die Krankheitsrate schwankte zwischen 17,86 Promille (Armutsviertel im Stadtkern) und 5,82 Promille (Wohlstandsviertel an der Peripherie).

Therapie in der Modell-Klinik Heidelberg: „Rückkehr in die Gemeinschaft"

Mitten in relativ „gesunden" Zonen jenseits des Stadtkerns ermittelte das Häfner-Team die ausgefallenen Quoten 13,27 (Bezirk Hochstätt) und 15,6 Promille (Bezirk Speckweg-West). In Hochstätt steht eine Sozial-Siedlung für Familien, die wegen Mietschulden ihre Wohnung verloren haben; am Speckweg wohnen unter slumähnlichen Umständen Arbeiter naher chemischer Fabriken.

Trotz unterschiedlicher wissenschaftlicher und gesellschaftspolitischer Ansichten ist sich das Gros der bundesdeutschen Psychiater über einen Katalog von Forderungen einig:

▷ Auflösung der Groß-Krankenhäuser: Abgesehen von ihrer unzureichenden Ausstattung begünstigen die Massenanstalten durch ihre abgeschiedene Lage die Isolation der Kranken von ihren Angehörigen: In Baden-Württemberg leben beispiels-

weise 20 Prozent der Bevölkerung mehr als 100 Kilometer von ihrem zuständigen psychiatrischen Krankenhaus entfernt. Bewohner des Frankfurter Raumes müssen zum Teil in 150 Kilometer entfernte Kliniken gebracht werden.

- Integration psychiatrischer Abteilungen in allgemeine Krankenhäuser: Eine gemeindenahe Versorgung geistig Behinderter würde die geographische Isolation aufheben, die therapeutischen Chancen verbessern und die psychischen den physischen Krankheiten gleichsetzen.
- Sonderzentren für spezifische Krankengruppen: Geistig behinderte Jugendliche etwa, Epileptiker, Alterskranke oder Süchtige bedürfen einer speziellen Therapie.
- Ausbau der ambulanten Versorgung und der Nachsorge: Rückfallgefährdete und sozial anfällige Patienten benötigen vor ihrer endgültigen Entlassung die Geborgenheit von Übergangseinrichtungen. Dazu gehören die Teilhospitalisierung in Tages- oder Nachtkliniken, die Unterbringung in beschützenden Wohnheimen und an beschützenden Arbeitsplätzen, die berufliche Rehabilitation und die Möglichkeit zur kurzfristigen vollen Hospitalisierung in kritischen Situationen.

Was in Westdeutschland noch wie Utopie anmutet, ist in anderen Industrienationen längst Realität: In Großbritannien werden die Mammut-Krankenhäuser seit zehn Jahren systematisch abgebaut und durch gemeindenahe Institutionen ersetzt. Aus dem Londoner Bezirk Camberwell (180 000 Einwohner) mußte nicht ein einziger Geisteskranker in eine Massenanstalt eingewiesen werden, seit in dem Stadtteil ein komplexer sozialpsychiatrischer Dienst mit 300 Betten und 100 Tagesstätten-Plätzen aufgebaut worden ist.

In Kanada wird die Unterstützung allgemeiner Krankenhäuser davon abhängig gemacht, daß jedes fünfte Bett mit einem psychisch Behinderten belegt werden kann. In den Vereinigten Staaten sind seit 1965 mit Bundesgeldern rund 250 psychiatrische Gemeindezentren errichtet worden.

Die Investitionen, nebenbei, lohnen sich: Nachdem in einem amerikanischen Krankenhaus für geistig Behinderte gezielt 206 000 Mark für berufliche Rehabilitation ausgegeben worden waren, sanken die Hospitalkosten um 1,8 Millionen Mark; die wiedereingegliederten Patienten verdienten in einem Jahr zusätzlich eine Million Mark.

Einen ökonomischen Gewinn von mehr als 100 000 Mark erbrachte ein therapeutisches Experiment des Krankenhauses für Psychiatrie und Neurologie im DDR-Bezirk Erfurt: 32 schwerkranke Insassen (darunter Schizophrene, Epileptiker, Schwachsinnige) wurden aus der Anstalt in eine „befürsorgte Wohnstätte" verlegt. Zunächst ohne jeden Leistungsdruck, konnten sie sich am Tage in naheliegenden Industriebetrieben allmählich an das Erwerbsleben gewöhnen. Nach 20 Monaten waren 14 Patienten voll rehabilitiert.

Die psychiatrische Zukunft kann nicht beginnen.

Obwohl solche sozialpsychiatrischen Erfolge den Anachronismus riesiger Bewahranstalten verdeutlichen, werden in Westdeutschland weiterhin Getto-Giganten geplant. Im baden-württembergischen Hirsau ist gerade die Baugrube für eine 1200-Betten-Anstalt ausgehoben worden — Kosten: 60 Millionen Mark. In Bremen soll die Nervenklinik mit ihren jetzt 730 Betten durch einen Turmbau auf 1300 Plätze aufgestockt werden. Zwei weitere Großanstalten alten Stils sind konzipiert — allesamt Fehlinvestitionen, welche die wenigen positiven Ansätze überschatten: das Modell eines Instituts für sozialpsychiatrische Forschung in Mannheim etwa, den Entwurf einer therapeutischen Kette (Vorsorge, Behandlung, Nachsorge) für die Anstalt Bethel bei Bielefeld, die Gründung einer „Aktionsgemeinschaft zur Förderung psychisch Behinderter" im sauerländischen Warstein, schließlich die Praxis in der Heidelberger Uni-Klinik, wo Patienten ihre Therapie mitgestalten können.

Krankheits-Milieu Slums*: Gefahr, wenn Johnny Walker kommt

Krankheits-Milieu Obdachlosenunterkunft*
Schatten, wenn die Schulden wachsen

„Das psychiatrische Krankenhaus der Zukunft wird kein von den übrigen medizinischen Disziplinen isoliertes Großkrankenhaus mehr sein", prophezeite Mannheims Modell-Initiator Professor Häfner. Doch in Westdeutschland kann die psychiatrische Zukunft schon deshalb nicht beginnen, weil die Krankenhausträger eifersüchtig ihr föderalistisches Privileg hüten und so eine zentrale Koordinierung verhindern.

In Schleswig-Holstein, Baden-Württemberg, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und im Saarland etwa sind Landesministerien für die psychiatrischen Krankenhäuser zuständig, in Bayern die Bezirksregierungen. In Hessen werden die Anstalten von den Landeswohlfahrtsverbänden verwaltet und in Nordrhein-Westfalen von den Landschaftsverbänden, die sich auch mit Denkmalspflege befassen.

Die von der besseren Gesellschaft als Witzfiguren veralberten Geisteskranken aber können sich aus der sozialen Zwangsjacke, in der sie stecken, mit eigener Kraft nicht befreien: Sie können nicht, wie die Studenten und Bauern, die Mieter und Polizisten, auf die Straße gehen und protestieren; sie sind nicht einmal in der Lage zu meutern, wie die Insassen der Gefängnisse, denn ihre spezifische Schwäche macht sie unfähig, solidarisch zu handeln.

Und würde einer von ihnen in den Hungerstreik treten, man würde es womöglich gar nicht merken.

* Oben: in Mannheim; unten: in Chicago.