

**Kindheit und Jugend –  
gesellschaftliche Verantwortung zwischen Pädagogik und Medizin**

*125 Jahre Marsberg,  
vom St. Johannesstift zur Westfälischen Kinder- und Jugendklinik*

Marsberg, 20.6.2006

W. Kinze, Lübben

Wozu ein Rückblick – zur detaillierten Darstellung des Vergangenen ?  
zur zukunftsweisenden Ermittlung von Entwicklungslinien ? zur  
kritischen Auseinandersetzung mit dem Gewesenen ? zur Klärung des  
eigenen Standpunktes ?

Finden wir in der Vergangenheit Vorbilder, die ihre humanistischen  
Ansichten tatsächlich gelebt und nicht nur auf Festreden behauptet  
haben – oder sehen wir in unseren Vorgängern nur die entmutigenden  
Beispiele derer, die sich irrten, die versagten, die schuldig wurden ?

**1. Beginnen wir mit einem *Rückblick auf Marsberg* –**

*Folie 1*

Ziel war die Gründung von Anstalten, da „die Blödsinnigen“ von den  
Krankenhäusern zurückgewiesen wurden, statt dessen „zu Bewohnern  
der Zucht- und Korrektionshäuser wurden – obwohl sie zu  
brauchbaren Mitgliedern der menschlichen Gesellschaft werden  
könnten.“

*Folie 2*

*Folie 3*

*Folie 4*

Hermann Simon – um 1920 Direktor in Warstein und Gütersloh

*Folie 5*

*Folie 6*

Ausbildung wird erschwert, soziale Integration findet kaum mehr statt, es herrscht die Vorstellung vom „Ausmerzen des Unnützen“, 1940 unter strengster Geheimhaltung „Kinderfachabteilung“ mit gezielten Tötungen durch 1 Arzt und 1 Schwester.

*Folie 7*

*Folie 8*

*Folie 9*

Dieser zusammengedrückte Rückblick macht einige grundsätzliche Einsichten bezüglich der gesellschaftlichen Verantwortung gegenüber psychisch Erkrankten möglich, die sich in drei Bereiche gliedern lassen:

1. gesellschaftlich – ökonomische Zusammenhänge
2. subjektiv-individuelle Einstellungen
3. objektiv-wissenschaftliche Erfahrungen

*1. die gesellschaftlichen Zusammenhänge*

Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen hat es schon immer gegeben, und offensichtlich auch Menschen, die sich um sie kümmerten. Spätestens dann, wenn die Familien überfordert waren, diese in ihrem Verhalten Gestörten zu betreuen, wurden institutionelle Lösungen erforderlich. Dazu wurden Geld und Organisationsstrukturen benötigt. Das für die Deutschen in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts beginnende Industriezeitalter, aber auch die den Franzosen nach dem Krieg von 1870/71 auferlegten Kontributionen führten zu umfangreicher Bautätigkeit. Es ist nie

wieder in so kurzer Zeit so viel in „Psychiatrie“ investiert worden – die Jubiläen der ehemaligen „Anstalten“ zeigen es in ihrer Gleichzeitigkeit. Der geschaffene Standard an Unterkunft, Hygiene, Verpflegung und Betreuung übertraf in vielen Fällen die Möglichkeiten der Herkunftsfamilien. Von der damals geschaffenen Bausubstanz zehren wir zum Teil noch heute.

Psychisch Kranke, „Irre“ – darunter fielen die Schwachsinnigen, aber auch Psychotiker und Epileptiker sowie Hirnverletzte aller Art – galten als dauerhaft geschädigt, als unberechenbar und gefährlich. Sie sollten gesichert untergebracht werden, dauerhaft unter Kontrolle bleiben. Die Anstalten wurden nicht nur wegen der günstigeren Immobilienpreise außerhalb der dichter besiedelten Ortschaften erbaut.

Mit diesem Aspekt der „Sicherungsverwahrung“ – so die aktuelle Begrifflichkeit – war zugleich der Aspekt der eingeschränkten Verantwortlichkeit und der Schutzbedürftigkeit verbunden – aktuelle Begriffe: Selbst- und Fremdgefährdung.

Professionelle hatten dafür zu sorgen, dass die Kranken vor sich selbst und die anderen vor ihnen geschützt wurden.

So entstanden neue Betätigungsfelder, neue Berufe, neue Arbeitsplätze. Die öffentliche Wohlfahrtspflege etablierte sich, orientierte sich in ihren Konzepten an zeitgemäßen pädagogischen und therapeutischen Vorstellungen. Sexualität, Mitsprache und Eigenverantwortlichkeit der Kranken hatten darin wenig Raum.

Das Ausmaß der öffentlichen Zuwendungen war abhängig von den „Zeitläuften“ – sowohl den ökonomischen wie den ideologischen. Krieg und Nachkrieg waren jeweils schlechte Zeiten, auch für psychisch Kranke, obwohl die keinen Krieg führen. Das Lazarett hatte Vorrang, später dann die Versorgung der Bevölkerung. Die hohen Sterberaten in den Anstalten während und nach dem ersten und dem zweiten Weltkrieg legen dafür Zeugnis ab, unabhängig von den Verbrechen der Nazis. Auch in den Folgejahren standen die psychisch Kranken nie so ganz oben auf der Prioritätenliste, wenn es um die Verteilung gesellschaftlicher Ressourcen ging, wie das die in der

Psychiatrie- Enquete aufgelisteten Missstände in der psychiatrischen Versorgung beweisen.

Dennoch ist in den letzten Jahrzehnten in Deutschland viel investiert worden, in Gebäude, in Strukturen, auch in Personal. Reformpsychiatrie, Sozialpsychiatrie, Regionalisierung, Ambulantisierung sind begriffliche Kennzeichnungen für umfassende Veränderungen, die zu wesentlichen Verbesserungen geführt haben, wenn sie auch nicht frei von Fehlentwicklungen waren, von der „Antipsychiatrie“ bis hin zum „Heidelberger Sozialistischen Patientenkollektiv“, dominiert von gesellschaftswissenschaftlichen, ideologischen, soziologischen und milieutheoretischen Ansichten. Gegenwärtig schieben sich eher wieder genetische und neurobiologische Ansätze in den Vordergrund.

Vor allem aber dominieren die ökonomischen Fragen. Bei der gegenwärtig die Schlagzeilen beherrschenden „Gesundheitsreform“ geht es weniger um die Fragen der Optimierung der Krankenversorgung, sondern vorrangig um die Fragen der Finanzierung. Unter der staatlichen Verwaltung sollte das Gesundheitswesen möglichst wenig kosten, unter der privatwirtschaftlichen Führung soll es möglichst viel einbringen.

So wird aus dem Leidenden, dem Patienten, ein Kunde, aus dem Helfenden, dem Arzt, ein Dienstleister.

„Aufgeklärte, mündige Kunden treffen gezielt die Wahl zwischen verschiedenen Therapieangeboten, kommen ausschließlich freiwillig in Behandlung und erwarten selbstverständlich offene Türen, Hotelqualität der Unterbringung und ein breites Angebot an Therapiemöglichkeiten“.

Es herrscht das kaufmännische Prinzip von Angebot und Nachfrage. Gesundheit, auch psychisches Wohlbefinden, wird ein „Stoff“, den man sich aneignet, von dem man immer mehr haben möchte. Jeder Bürger hat gegenüber dem Gesundheitswesen ein einklagbares Recht auf Gesundheit. Leiden und Tod gelten als Versagen des Gesundheitssystems, wogegen mit juristischen Mitteln vorzugehen ist.

Wozu hat man seine Rechtsschutzversicherung!?! Den kalten Krieg zwischen den Medizinern und den Juristen haben nicht die Ärzte gewonnen.

Menschliches Leben und damit verbunden: psychische Krankheiten spielen sich in biologischen, psychologischen und sozialen Zusammenhängen ab. Dem Staat obliegt es, die Voraussetzungen für das soziale Zusammenleben der Bürger und auch für die gesundheitliche Versorgung zu schaffen.

Wenn staatliches Handeln auch im Gesundheitsbereich darauf verkürzt wird, die medizinische Versorgung ausschließlich den Gesetzen der Marktwirtschaft zu unterwerfen, wird dies vor allem dort zu Versäumnissen in der Versorgung führen, wo die Gesetze von Konkurrenz und Wettbewerb kontraproduktiv werden. Der Verkauf der psychiatrischen Landeskliniken ist kein gutes Zeichen.

Die Versorgung der psychisch schwer Kranken, der Abhängigen, der Behinderten braucht aufsuchende und zum Teil auch haltende Strukturen, muss Verantwortung für andere übernehmen, z. T. auch ohne deren Einverständnis handeln. Sie muss sich mit den besonders schwierigen Problemen menschlicher Existenz auseinandersetzen, Verständnis entwickeln, Geduld aufbringen, Toleranz üben, gemeinsam mit den Betroffenen nach Lösungen suchen. So etwas „rechnet sich nicht“!

Der psychisch Kranke ist nicht in erster Linie mündig, sondern in erster Linie krank. Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient bleibt asymmetrisch, sowohl bezüglich der diagnostischen Zuordnung wie auch bezüglich der therapeutischen Möglichkeiten. Je kränker der Patient ist, desto geringer ist seine Fähigkeit zur Krankheitseinsicht, zum rationalen Abwägen der diagnostischen und therapeutischen Erfordernisse. Um so mehr muss für ihn, für seine Rechte und Interessen durch den behandelnden Arzt verantwortlich entschieden werden.

Psychiatrie und psychisch Kranke bleiben immer in einer Sonderrolle  
– Psychiatrie-Enquete, Anti-Stigma-Kampagnen, Aktion psychisch Kranke, Psychisch Kranken-Gesetze, Psychiatrie-Personalverordnung  
– alles das gibt es nicht für internistisch oder chirurgisch Kranke.

## 2. *subjektiv – individuelle Einstellungen*

Diese **Besonderheit psychischer Störungen** hat auch etwas mit unseren persönlichen Einstellungen, unserer persönlichen Betroffenheit zu tun.

Wir müssen nur zwei einfache Fragen beantworten:

- *Was würden Sie Ihrem Kind raten, das im Begriff steht, einen geheilten psychisch Kranken zu heiraten?*
- *Möchten Sie Tür an Tür mit einem psychisch Kranken wohnen?*

Dann tauschen Sie „psychisch krank“ gegen „krebskrank“ aus und bedenken Sie den Unterschied Ihrer Antwort.

Es geht hier nicht um rationale Einsichten, sondern um tiefes emotionales Betroffensein. Es gehört zu den Urängsten des Menschen, seinen Verstand zu verlieren, nicht mehr „Herr im eigenen Haus“ zu sein, nicht mehr über sich selbst verfügen zu können. Diese Ängste kommen aus irrationalen Schichten. Sie sind durch rationale Aufklärung nur sehr begrenzt erreichbar. Die Vermittlung eines neurobiologisch unterlegten Krankheitsverständnisses, wo es nur um die gezielte medikamentöse Korrektur eines aus den Fugen geratenen Transmitterprozesses geht, um die psychische Krankheit zu heilen, reicht nicht aus – „einmal verrückt ist immer verrückt“, das bleibt die angstbesetzte Grundüberzeugung.

Unsere üblichen Versuche, mit diesen Ängsten fertig zu werden, kommen ebenfalls aus irrationalen Schichten: Verleugnung und Verdrängung – uns kann das doch nicht passieren; Schuldzuweisungen und Lächerlichmachen – bei dem ist das doch kein Wunder, schon diese Familie, wie hat der sich nur angestellt. Diese Einstellungen prägen auch das Urteil über unseren Berufsstand – typisch Psychiatrie, das färbt ab.

Und wir wissen, dass genau aus diesen Gründen auch die psychisch Kranken zur „Selbststigmatisierung“ neigen, ihre Störungen geheim zu halten versuchen, angebotene Hilfen nicht in Anspruch nehmen, gegenüber anderen psychisch Kranken mit den gleichen Vorurteilen reagieren wie die Allgemeinheit

Robert Musil hat formuliert: Psychisch Kranke leiden nicht nur an einer minderwertigen Gesundheit, sondern auch an einer minderwertigen Krankheit.

### *3. objektiv – wissenschaftliche Erfahrung*

Damit sind zwei Problembereiche angesprochen – die gesellschaftliche und ökonomische Einbindung psychischer Erkrankungen und die irrational verwurzelten Einstellungen gegenüber diesen Störungen. Beides hat mit unserem „Menschenbild“ zu tun, mit der Frage, ob wir unser Schicksal selbst gestalten können oder doch nur Opfer der Verhältnisse werden. Kann die Wissenschaft, kann unser Fachwissen, können unsere historisch erworbenen Kenntnisse über die Entstehung und den Verlauf psychischer Störungen zur Klärung dieser Fragen etwas beitragen?

Der Psychiater Hoche und der Strafrechtler Binding, beides ausgewiesene Fachwissenschaftler, haben 1920 die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens gefordert. Das betraf Menschen, die „durch Krankheit, Anfälle oder Missbildung unrettbar verloren sind“. Wenn eine Kommission aus zwei Ärzten und einem Juristen als Gutachter zu einem einstimmigen Beschluss kam, sollte eine schmerzlose Tötung erfolgen, denn es sei „unverantwortlich

gegenüber dem Volk, dass der Staat Unsummen für die Erhaltung Minderwertiger auswerfe“. Euthanasie wurde als „Pflicht des gesetzlichen Mitleides“ bezeichnet, so dass neben der ökonomischen Begründung auch eine ethische Dimension eingeführt wurde. Die „Rassenhygiene“ kam als spätere Begründung durch die Nationalsozialisten hinzu und begnügte sich folgerichtig „zur Reinhaltung des Blutes“ zunächst mit Sterilisationen, ehe dann später die Massentötungen hinzukamen.

Die daran beteiligten Ärzte und Pflegepersonen waren keineswegs monströse Erscheinungen, sondern empfanden sich als wissenschaftlich ausgewiesene Fachleute, die ernsthaft und engagiert „zum Wohle des Volkes“ arbeiteten – der Psychiater Carl Schneider, die Kinderärzte Werner Catell und Paul Nitsche, die Kinderpsychiater Paul Schröder und Hans Heinze. Sehr wahrscheinlich waren auch die allseits verehrten Altmeister unseres Faches, Werner Villinger und Hermann Stutte, an gutachterlichen Stellungnahmen beteiligt.

Bemerkenswert ist die Geheimhaltung dieser Maßnahmen. In einem Staat, der über alle Machtmittel verfügte, die ideologische Meinungsführerschaft besaß und jegliche legale Opposition ausgeschaltet hatte, wurde die Tötung der psychisch Kranken als streng geheime Tarnoperation durchgeführt, obwohl sie doch angeblich wissenschaftlich begründet war. Die Bevölkerung wurde als noch nicht reif für diese Erkenntnisse angesehen. Nur die Herrschenden und ihre Wissenschaftler, ihre Ärzte, ihre Juristen und ihre Ökonomen wussten, was für „das Volk“ gut war, sie selbst fühlten sich ihm offensichtlich nur begrenzt zugehörig.

Macht hat immer etwas Arrogantes, Wissenschaft oft etwas Besserwisserisches und die Ökonomie zumeist etwas Korrumperendes. Gefährlich wird es dort, wo endgültige Wahrheiten verkündet werden, wo der Zweifelnde zum Feind erklärt wird und dann als Volksschädling ins KZ kommt oder als Ketzler verbrannt wird oder als Dissident im Gulag verendet.

Hier können wir aus der Vergangenheit Vieles lernen, auch aus der Historie unseres Fachgebietes. Wenn wir den Menschen als ein eigenverantwortliches, zur Selbstbestimmung fähiges Individuum betrachten, dann zeigen uns die entwicklungspsychologischen und neurobiologischen Erkenntnisse, dass nicht eine festgelegte Kombination von Umweltreizen und körperlichen Dispositionen über eine fixierte Kette von Abläufen zu vorbestimmten situativen Verhaltensmustern führt, sondern kognitive und normative Ordnungsleistungen das konkrete Verhalten im Sinne von Tun oder Unterlassen regulieren bzw. variieren.

Dabei gibt es keine durchgehende Chancengleichheit, sondern die individuelle Entwicklung ist davon abhängig, welche genetisch determinierten und gesellschaftlich ermöglichten Ressourcen verfügbar sind, wie die – auch entwicklungsbedingten – Risiken bewältigt werden und wie vorhandene Einschränkungen kompensiert werden können.

Hierbei kann kinder- und jugendpsychiatrisches Handeln hilfreich sein, indem es Ursachen und Entstehungsbedingungen der individuellen Störungen deutlich macht, Lösungsansätze erschließt und vermittelt, dabei die vorhandenen Möglichkeiten an Diagnostik und Therapie sinnvoll einsetzt. Dabei macht der Alltag empirischer, erfahrungswissenschaftlicher Arbeit viele praktische Kompromisse erforderlich. Es stehen uns eben nicht die naturwissenschaftlich unanfechtbaren Kausalitäten zur Verfügung, wir müssen uns zumeist mit erfahrungswissenschaftlicher Evidenz begnügen – aber eben auch diese „Geltung“, diese „Evidenz“, das beobachtbare, beschreibbare und nachvollziehbare Ergebnis einfordern und uns nicht mit vorurteilsbehafteten Zuschreibungen zufrieden geben.

Dafür benötigen wir eine skeptische Distanz zum eigenen Tun, nicht den missionarischen Eifer. Die immer wieder – und durchaus zu Recht – geforderte Qualitätssicherung soll zur Verbesserung der Effektivität, zur Vermeidung unnötiger Maßnahmen, zur Verringerung von Risiken führen. Sie soll Kosten sparen und Rechtsansprüche auf „leitliniengerechte Behandlungen“ sichern.

Aber: dieser Prozess birgt auch erhebliche Risiken. Dokumentation und Abrechnung werden immer mehr zum Selbstschutz und zur ökonomischen Überlebensstrategie, die Investitionen in diese Bereiche übersteigen in vielen Fällen die Investitionen in Personalstellen und therapeutische Qualifizierung, die Versorgung der Patienten wird Mittel zum Zweck.

Hier gilt es – auch aus den Erfahrungen der Vergangenheit heraus – kritisch gegenzusteuern. Nicht alles, was aus Amerika oder Australien kommt, ist schon deshalb gut. Nicht alles, was sich rechnet, dient dem Wohl des Patienten. Nicht alles, was das Gesundheitsministerium verkündet, verbessert die medizinische Versorgung.

Allerdings sind diese Sätze auch nicht einfach umkehrbar – nur was wir selbst erfinden, hat Bestand; das Teuerste ist das Beste; die Regierung meint es nur schlecht mit uns.

Fazit: Unsere gegenwärtige Situation ist ähnlich kompliziert wie in der Vergangenheit, und genauso schwierig vorherzusehen, wie seinerzeit.

Der Chirurg Sir Jonathan Hutchinson (!828 – 1913) hat es so formuliert:

Von der Unfähigkeit, Wohlbefinden unbehandelt zu lassen,  
von zu großem Eifer zu Neuem und Verachtung des Hergebrachten,  
von der Bevorzugung der Kenntnisse vor der Weisheit,  
des Dienstefers vor der Kunst,  
der Geschicklichkeit vor dem gesunden Menschenverstand,  
vor der Behandlung der Patienten als Fälle  
und davor, die Behandlung einer Krankheit belastender zu gestalten  
als das Erdulden derselben  
- mögen wir befreit sein.