

Achim Thom/Erich Wulff (Hrsg.): Psychiatrie im Wandel. Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West. Psychiatrie-Verlag Bonn 1990

Die Diskussion um die im ärztlichen Handeln und in der medizinischen Forschung zu beachtenden ethischen Werte und moralischen Normen des Verhaltens hat seit den siebziger Jahren weltweit einen enormen Aufschwung erfahren, der u. a. zur Strukturierung eines eigenen Forschungsbereiches, zum Aufbau systematischer Ausbildungsformen und zur Bildung verschiedener neuer Entscheidungsinstanzen für die Lösung von Problemfällen geführt hat (ILLHARDT, F. J. 1989). Naturgemäß ist auch die Psychiatrie in diese Entwicklung einbezogen worden, wobei sowohl die in ihrem Wirkungsraum anstehenden Probleme des Umgangs mit gefährdetem Leben neu bedacht worden sind, als auch die ihr eigenen spezifischen Schwierigkeiten, bereits weitgehend anerkannten Forderungen, wie etwa der nach der Respektierung von Entscheidungsrechten von Kranken über die Inanspruchnahme einer Behandlung, gerecht zu werden. Erinnert sei in diesem Zusammenhang an die bereits 1977 von der Generalversammlung des Weltverbandes für Psychiatrie beschlossene „Erklärung von Hawaii“ sowie an die Übersichts-darstellungen bzw. orientierenden Beiträge von BRON, B. (1981) und HELMCHEN, H. (1986).

Die Ursachen für die überaus dynamische Gestaltung des Diskurses über ethische Aspekte des ärztlichen Handelns sind dabei gut überschaubar: einerseits erwächst das lebhafteste Interesse an diesen Fragen aus der raschen Entwicklung neuer Behandlungstechniken und Methoden zu Eingriffen in das Lebensgeschehen – etwa auf dem Gebiet der menschlichen Reproduktion –, die mit erheblichen Risiken für die Betroffenen und z. T. für die Gesellschaft im ganzen verbunden sind; andererseits resultiert die Sensibilisierung für Wertfragen und die Infragestellung tradierter Verhaltensnormen aus sich in den modernen Industriegesellschaften vollziehenden Wertewandlungen, die stärker als früher die Individuen zur Betonung und Verteidigung ihrer Autonomie und Selbstbestimmungsrechte drängen, die nun auch einer traditionell paternalistisch orientierten Medizin gegenüber geltend gemacht werden. Dieser letztgenannte Prozeß ist allerdings in eine pluralistische Wertewelt eingeordnet, die eine Vielfalt von z. T. recht unterschiedlichen Auslegungen solcher Autonomiebestrebungen begünstigt, Gegenbewegungen einschließt und damit die Konsensbildung erschwert und dazu drängt, neue Positionsbestimmungen zu fordern und Absicherungen des eigenen Handelns durch rechtliche Regelungen und normative Vereinbarungen an-[116]zustreben. Die ganze Bewegung bleibt dabei notwendig widerspruchsvoll: der zum Prinzip der modernen geistigen Kultur erhobene Wertepluralismus produziert höchst konträre Wertmaßstäbe, die nebeneinander stehen und gegeneinander geltend gemacht werden und insistiert zugleich auf einheitliche normative Handlungsorientierungen, die, kaum daß sie in Form von Empfehlungen wissenschaftlicher Institutionen, nationaler oder internationaler Gremien definiert werden, auf Einwände, offenen Widerspruch oder Protestbewegungen stoßen, wie etwa gegenwärtig die Kontroversen um die Zulässigkeit der sogenannten „passiven Euthanasie“ oder um die Legitimation von Sterilisierungen bei geistig Behinderten belegen. Als ein Ausweg aus diesem Dilemma erscheint die neuerlich verstärkt erhobene Forderung, bei der Erarbeitung normativer Regelungen nicht mehr von festgefügt und stets an weltanschauliche Überzeugungen gebundenen Wertsystemen auszugehen, sondern rationale Begründungen für Verhaltensorientierungen durch ein analytisch-diskursives Vorgehen anzustreben, die dann eher konsensfähig sein sollen oder u. U. auch vertretbare Kompromisse gegenüber auseinanderstrebenden Wertbildungen repräsentieren (VIEFHUES, H. 1989). Der Vorzug einer solchen methodologischen Orientierung liegt auf der Hand: Sie befördert rationale Argumentation durch die analytische Vorgehensweise, bei der auch stets die Sachbegründungen der zu treffenden Entscheidungen wie die Folgewirkungen für die Betroffenen und die soziale Gemeinschaft zu bedenken sind, und sie begünstigt die angestrebte Konsensbildung schon dadurch, daß sie den Dialog bei der Erarbeitung normativer Regelungen voraussetzt. Die anstehenden Grundsatzfragen kann sie dennoch nicht lösen, da sie ohne die Favorisierung von bestimmten Werten nicht auskommt, die für sich jederzeit wieder in Frage gestellt werden können, wie etwa die bei VIEFHUES angeführten „prima-facies-Prinzipien“, wo „Gesundheits- und Wohlbefindungs-fürsorge“ als grundlegender Auftrag der Medizin, „Selbstbestimmung“ als zu respektierendes Recht des Patienten sowie „soziale Zuträglichkeit“ als Maßstab für sozial- und gesundheitspolitische Entscheidungen genannt werden.

Auflösbar erscheint der Widerspruch zwischen der Forderung nach vertrauensstiftenden verbindlichen normativen Festlegungen der ethisch als legitim und moralisch als geboten anerkannten Verhaltensweisen im medizinischen Wirkungsraum einerseits und den divergierenden Werten sowohl der Nutzer medizinischer Leistungen als auch der in der Medizin Tätigen letztlich nur durch eine Vereinheitlichung der gesellschaftlich anerkannten Werte, die vermutlich in absehbarer Zeit nicht oder nur partiell erreicht werden kann. In der neueren Entwicklungsgeschichte der medizinethischen Reflexion zeichnen sich dabei in bestimmten Problembereichen durchaus Chancen zu einer weitgehenden Anerkennung bestimmter Werte als konstitutiv bedeutsam für die Individuen wie für die Gesellschaft ab, die dann auch eine rasche Konsensbildung ermöglichen. Hierzu gehört u. a. die Hochschätzung der Selbstbestimmungsrechte von Personen über ihre körperliche Integrität und ihr Leben, der die weitgehend einhellige [117] Annahme der Pflicht zur Aufklärung sowie zur Respektierung von Patientenentscheidungen verpflichtet ist. Schwierigkeiten bei der praktischen Umsetzung solcher Forderungen im psychiatrischen Wirkungsfeld sind damit zwar nicht aus der Welt geschafft, deren Lösung kann dann jedoch mit dem definitiven Ziel der Sicherung von Bedingungen für eine maximale Beachtung solcher Rechte von Patienten angestrebt werden.

In anderen Problembereichen, in denen als gleichermaßen wichtig anerkannte Werte unter bestimmten Bedingungen im ärztlichen Entscheidungsraum kollidieren, etwa bei der Frage nach der Zulässigkeit des Schwangerschaftsabbruchs, bei der es in ethischer Hinsicht sowohl um die Respektierung des Selbstbestimmungsrechtes der Frauen als auch um die Bewahrung werdenden menschlichen Lebens geht, wird eine Angleichung der Standpunkte derzeit nicht erreicht und wohl auch in absehbarer Zeit nicht zu erreichen sein. In diesen und in ähnlichen Fällen – etwa der Anerkennung eines Rechtes auf die eigene Entscheidung zur Lebensbeendigung – wird sich eine befriedigende Lösung letztlich wohl nur über die Einigung zur Toleranz gegenüber divergierenden individuellen Entscheidungen erreichen lassen. Toleranz würde dann hier erfordern, sowohl den Betroffenen als auch den zur Hilfe herangezogenen Ärzten zu ermöglichen, die je besondere Entscheidung ohne moralische Diskriminierung aus dem eigenen Gewissen zu treffen und dafür auch solche institutionellen und rechtlichen Regelungen zu schaffen, die niemanden auf nur eine der denkbaren Lösungen vergewaltigend festlegen dürfen. Da es zu den typischen Momenten der geistigen Kultur unserer Gegenwart gehört, unliebsame Einstellungen und Lebensformen mit der Berufung auf Freiheit, Demokratie und übergreifende humanistische Werte aus politischen Machtinteressen in ihren Entfaltungsmöglichkeiten zu minimieren, bleibt jedoch wenig Hoffnung, diese schon in der Tradition der Aufklärung entstandene Toleranzforderung im gesellschaftlichen Leben zur Anerkennung zu bringen.

In noch anderen Bereichen scheint die Wertbezogenheit medizinischen Handelns noch völlig unzureichend reflektiert und das praktische Verhalten vorwiegend durch Gewohnheit und pragmatische Kriterien geprägt, was dann besondere Bemühungen zur Förderung der ethischen Besinnung erfordert. Das betrifft auch manche Seiten der begonnenen Veränderungen der Formen der medizinischen und sozialen Betreuung psychisch Kranker, die mit dem Anspruch auf Humanisierung und verbesserte soziale Integration auftreten, ohne genügend klar auszuweisen, welche Wertvorstellungen ihnen zugrunde liegen, welchen menschlichen Bedürfnissen sie dienen sollen und welche neuen Widersprüche sie produzieren.

Die sozialpsychiatrische Reformbewegung ist mit dem Anspruch angetreten, mit neuen Strukturen der Versorgungssysteme und mit neuen Formen der Behandlung wie des Umgangs mit psychisch Kranken und Behinderten den Bedürfnissen von Patienten und deren Angehörigen besser entsprechen zu können als [118] tradierte psychiatrische Versorgungsformen und Handlungsmuster; sie hat deshalb nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht, die diesen Anspruch begründenden Werte zu definieren und moralische Handlungsgebote anzugeben, die diesem Anspruch im praktischen Handeln gerecht zu werden vermögen. Aus den in den letzten Jahren dazu bereits entstandenen Ansätzen soll deshalb im folgenden versucht werden, einige der grundlegend bedeutsamen Positionen zu markieren. Begonnen werden muß dabei mit der Erörterung der Geltung des tradierten Bewahrungsauftrages auch gegenüber psychisch oder geistig beeinträchtigten menschlichem Leben, da von der Beantwortung der damit verbundenen Fragen abhängt, auf welche Gruppen von Menschen sich der

eigene Wirkungsraum und die Verteidigung von Rechten Hilfebedürftiger bezieht und wie breit das Spektrum der zu tragenden Verpflichtungen für Therapie, Betreuung und mitmenschliche Fürsorge letztlich ist, dem die Psychiatrie mit Hilfe anderer sozialer Instanzen gerecht werden muß oder sollte.

Der im allgemeinen akzeptierte und auf einer stabilen humanistischen Tradition aufbauende Lebensbewahrungsauftrag der Medizin verpflichtet jeden Arzt dazu, gefährdetes menschliches Leben mit den jeweils gegebenen Mitteln zu erhalten, Lebensgefährdungen abzuwenden, entstandene Schädigungen soweit wie möglich zu heilen oder auszugleichen sowie auf Krankheit oder Behinderung beruhendes individuelles Leid zu mildern. Seit Beginn unseres Jahrhunderts wurde immer wieder versucht, zwei Ausnahmen gegenüber diesem Lebensbewahrungsauftrag als moralischem und rechtlichem Gebot zu begründen: die erste sollte den Fall der von Betroffenen bewußt und ernsthaft geforderten Lebensbeendigung bei unheilbarem und quälendem Krankheitsgeschehen betreffen, die zweite die ärztlich verordnete Tötung chronisch psychisch Kranker und schwer geistig Behinderter mit nur bescheidenen Ausprägungen von personalen Eigenschaften und fehlender Leistungsfähigkeit, wobei Berufungen sowohl auf das Mitleidsmotiv als auch auf die „untragbare“ Belastung anderer Menschen und der Gesellschaft in beiden Fällen miteinander verquickt worden sind (WINAU, R. 1984). Die Zulassung einer Tötung auf Verlangen urteilsfähiger Patienten ist bis heute umstritten, da sie Mißbrauchsmöglichkeiten verschiedenster Art impliziert und als fragwürdiger Verzicht auf gebotene und mögliche Formen aktiver Stützung und Leidensmilderung erscheint. Unverkennbar ist jedoch seit einigen Jahren der Trend zur Auflockerung tradierter Grenzziehungen und Verbote für ärztliches Handeln mit der Berufung auf die zu respektierenden Entscheidungsrechte ausreichend informierter und mündiger Bürger; neben der Anerkennung des Rechtes zur Therapieverweigerung wird in wachsendem Maße auch die Möglichkeit der sogenannten „indirekten“ Sterbehilfe durch den Einsatz von Schmerzmittel mit lebensverkürzenden Auswirkungen propagiert und die sogenannte „passive“ Sterbehilfe durch die Unterlassung oder den Abbruch lebenserhaltender medizinischer Maßnahmen als zulässig angesehen (Alternativentwurf 1986; SCHÖNE-SEIFERT, B. 1989).

[119] Die mit dieser allmählichen Wertewandlung verbundenen komplizierten Fragen können hier nicht diskutiert werden, bedürfen jedoch sicher einer gründlichen und kritischen Prüfung der mit ihnen verbundenen Folgen. In den in der medizinethischen Debatte in der DDR dazu in den letzten Jahren entstandenen Standpunkten dominierte bislang die prinzipielle Ablehnung jeglicher Tötungsrechte oder Tötungspflichten der Medizin, die auch von der Sorge um die Eskalation einsetzender Relativierungen bestimmt war und zugleich darauf abzielte, die psychosoziale Komponente der Betreuung chronisch Kranker, inkurabler und sterbender Patienten gezielt zu fördern (Grenzsituationen 1981, HAHN, S. u. A. THOM 1983, LUTHER, E. u. a. 1986). In wesentlichen Punkten deckte sich die Argumentation dabei mit den Überlegungen der entschiedenen Kritiker der neueren „Euthanasie“forderungen auch in der Bundesrepublik, insbesondere mit den von K. DÖRNER in mehreren ausführlichen Arbeiten 1988 vorgetragenen Bedenken zu den sozialen Folgewirkungen dieser ganzen Entwicklung, die auf Mitleid oder Autonomieanerkennung rekurrierende Entscheidungen leicht zu Mitteln einer Sozialstrategie der Kostenentlastung gerade im Bereich der Fürsorge geraten lassen kann und Erwartungshaltungen fördern könnte, „wonach alle behinderten, unheilbaren oder alten Menschen es für anständig halten müssen, sich von den medizinischen Vertretern der Wissenschaft den Tod geben zu lassen“ (DÖRNER, K. 1988 a., S. 75).

Psychiater und alle in der Psychiatrie Tätigen sind nach den traurigen historischen Erfahrungen aus den Jahren des „Dritten Reiches“ zu besonders kritischer Hellhörigkeit und zu Widerstandsbekundungen moralisch besonders dann verpflichtet, wenn fundamentale Lebensrechte der von ihnen zu betreuenden Menschen mit der Berufung auf Werte der Leistung oder der Persönlichkeit zur Disposition gestellt werden, die nach allen bisherigen Erfahrungen weder objektiv begründet werden können noch vor willkürlichem und diskriminierendem Gebrauch zu sichern sind. Aus der Geschichte der Vorbereitung und Durchführung der unter dem NS-Regime organisierten Massenmordaktionen an behinderten Kindern und Jugendlichen sowie an chronisch psychisch Kranken und zur Arbeit unfähigen geistig Behinderten – wozu hier nur auf einige wenige neuere Übersichtsdarstellungen von MEYER, J. E. und R. SEIDEL (1989) sowie THOM, A. (1989) verwiesen werden kann – geht eindeutig hervor,

daß erst die Konstruktion der „Minderwertigkeit“ diesen Lebens und schließlich des „lebensunwerten Lebens“ mit Berufung auf den fehlenden Leistungsbeitrag zur gesellschaftlichen Lebensabsicherung und auf die angebliche Unfähigkeit zur Einhaltung sozialer Verhaltensnormen den Übergang zur Praxis der „Ausmerze“ ermöglicht hat, wobei allerdings eine rassistisch ausgerichtete expansive Machtpolitik nach außen mit der Konzentration aller Ressourcen auf die Kriegführung die Radikalisierung schon lange bestehender Abwertungshaltungen nachhaltig begünstigte. Derartigen Wertsetzungen gegenüber ist darauf zu beharren, daß ein humanes Zusammenleben die uneingeschränkte Anerkennung [120]nung der gleichen fundamentalen Lebensrechte aller von Menschen geborenen Lebewesen als Gattungsangehörigen in jeder sozialen Gemeinschaft erfordert, worauf sich auch der Bewahrungsauftrag der Medizin begründet. Die Existenz von Behinderungen, Erkrankungen, altersbedingtem Kräfteverfall und Siechtum der Individuen gehört zur anthropologischen Verfassung des Menschseins; derartige Lebensphänomene in ihren leidvollen Auswirkungen zu begrenzen oder möglichst vorbeugend zu verhindern, gehört zu den humanen Aufgaben der Medizin, denen sich auch die Psychiatrie zu stellen hat; sie generell mit den Betroffenen eliminieren zu wollen, führt im sozialen Dasein zur offensichtlichen Barbarei.

Neuerdings wieder offen vorgetragene Plädoyers für die ethische Legitimierung der sogenannten „aktiven Euthanasie“ (KUHSE, H. 1990) machen geltend, daß es Menschen gibt, „die nicht Träger von irgendeinem subjektiven Interesse sind, weil ihnen eine Innenperspektive völlig fehlt“ (beispielsweise Kinder, die ohne oder fast ohne Gehirn zur Welt gekommen sind), bei denen also auch kein patientenbezogener Grund vorliege, sie am Leben zu erhalten. Das Fatale an diesen und ähnlichen Argumentationen (etwa bei SINGER, P. 1989) ist, daß hier der selten auftretende Extremfall von schwerster Behinderung, bei dem in der Regel die Überlebenschancen der Betroffenen ohnehin gering sind, dazu herhalten soll, die Notwendigkeit einer Scheidung menschlichen Daseins in „lebenswerte“ und „lebensunwerte“ Formen zu belegen, wobei dann unter der Hand erfolgende Begriffserweiterungen problematische Einschränkungen des Lebensbewahrungsauftrages ergeben, wie etwa in dem hier bereits zitierten Beitrag in dem Satz: „Ein Patient soll nicht am Leben erhalten werden, wenn nach bester Diagnose und Prognose nur ein Leben voll Leid und Elend zu erwarten ist.“ Da hier eine Soll-Forderung ausgesprochen ist und Diagnosen bzw. Prognosen als ärztliche Leistungen gelten müssen, ist der damit der Medizin zugeschriebene Auftrag klar definiert – was ein Leben „voll Leid und Elend“ sein kann, bleibt der Definitionsmacht der Experten überlassen, deren Auffassungen dazu naturgemäß höchst subjektiv und heterogen sein müssen. Chronisch psychisch Kranke ohne ausreichende familiäre Betreuung, schwer körperlich Behinderte, hilflos gewordene alte Menschen und andere Gruppen können theoretisch problemlos der Gruppe derjenigen zugeordnet werden, die nicht am Leben erhalten werden sollen. Eine solche Auffassung ist für die um eine Verbesserung der Betreuungsbedingungen eintretende Reformpsychiatrie untragbar und bedarf auch deshalb der entschiedenen Zurückweisung, da sie die Öffentlichkeit und die für die Sozialgesetzgebung verantwortlichen Gremien falsch orientiert. Gerade die in der Psychiatrie in noch außerordentlich großem Umfang betreuten chronisch Kranken und schwer geistig Behinderten leiden nicht primär an ihren krankheitsbedingten oder defizitär angelegten Einschränkungen von Urteilsfähigkeiten oder Handlungskompetenzen, sondern an den Ausgrenzungs- und Unverständnisreaktionen ihrer Mitwelt, an unzureichenden Lebensbedingungen in [121] den Betreuungseinrichtungen, an fehlender liebevoller mitmenschlicher Zuwendung und sind weit davon entfernt, dem Zerrbild von empfindungslosen und nur animalischen Bedürfnissen folgenden Un-Personen zu entsprechen, das hier immer wieder als Beurteilungsschema aus der scheinbar neutralen Außenperspektive zugrundegelegt wird.

Der für die Psychiatrie maßgebliche Aspekt der Beurteilung von Lebenswerten und Lebensrechten psychisch Kranker und geistig Behinderter sollte demgegenüber in der unbedingten Respektierung der aus der Gleichwertigkeit aller menschlichen Lebensformen herzuleitenden Bewahrungs- und Therapie- bzw. Fürsorgeverpflichtung auch dem vorübergehend oder dauernd geschädigten individuellen Dasein gegenüber gesehen werden. Ein unverzichtbares moralisches Gebot ist demnach auch in diesem Wirkungsbereich der modernen Medizin der Schutz und die Erhaltung des individuellen Lebens, was notwendig auch das moralische Verbot einer jeden Art von lebensverkürzenden Eingriffen, der

Einstellung von Betreuungsmaßnahmen bei inkurablen und sterbenden Patienten sowie der Propagierung der historisch diskreditierten antihumanen „Euthanasie“-Ideologie impliziert (SPÄTE, H. F. u. A. THOM 1984). Dieser Standpunkt schließt jedoch nicht die Notwendigkeit aus, zu ganz speziellen Problemfeldern im Rahmen des eingangs erwähnten analytisch-diskursiven Vorgehens neue Problemlösungen anzustreben, wenn Bedingungen vorliegen, die eine gesonderte Reflexion erfordern.

Beispielsweise ergibt sich aus der prinzipiellen Anerkennung der Lebensbewahrungspflicht in dem hier skizzierten Sinne nicht zwangsläufig eine Ablehnung der Nutzung heute existierender Möglichkeiten der humangenetischen Beratung oder der Möglichkeit zur Einstellung von Therapien bzw. vitalen Stützungsmaßnahmen bei unverkennbaren Endzuständen, die naturgemäß nach den inzwischen anerkannten Normen auch in Intensivbehandlungseinrichtungen der Psychiatrie erfolgen können. Prinzipienfestigkeit bei der entschiedenen Ablehnung von Einstellungen der obengenannten Art muß nicht mit am Ende hilflos werdendem Rigorismus verbunden werden, der seinerseits dazu tendiert, die u. U. enormen Belastungen von Betroffenen außer acht zu lassen und der dann auf andere Weise vergewaltigend wirkt. Aus dieser Sicht erscheint es bei allem Verständnis für die empörte strikte Ablehnung aller neuen „Euthanasie“-Forderungen durch Behinderten-Organisationen u. a. Gruppen unsinnig, jegliche Diskussion um ethisch vertretbare Lösungen für manche neu entstandenen Fragen abzulehnen. Abgesehen davon, daß solche Diskussionen ohnehin weder in der Medizin noch in der Öffentlichkeit unterbunden werden können, solange sie an real existierenden Ängsten und Notlagen der Versorgung anknüpfen, gilt es gerade unter dem massiven Druck von auf Selbstbestimmungsrechten rekurrierenden Argumentationen den Diskurs zur Klarstellung humanistischer Positionen offensiv zu führen. Dieser Diskurs ist dringend notwendig nicht nur zur Verteidigung der grundlegenden Lebensrechte psychisch Kranker und geistig [122] Behinderter, sondern auch zur Sicherung der daraus ableitbaren Erfordernisse für die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in struktureller und ressourcenmäßiger Hinsicht. Die Anerkennung des Bewahrungsauftrages auch gegenüber der hier besprochenen großen Gruppe von Menschen bedeutet doch u. a. auch die Notwendigkeit, ein flächendeckendes System der psychiatrischen Krisenintervention aufzubauen, das leichte Zugänglichkeit für in Notsituationen geratende Patienten ebenso garantiert wie sofortige Einleitung von notfalls erforderlichen Betreuungsmaßnahmen (etwa bei Suizidgefährdungen); sie bedeutet ebenso die Notwendigkeit einer angemessenen personellen und technischen Ausstattung der in wachsender Zahl entstehenden und in Zukunft noch bedeutend gewichtiger werdenden geropsychiatrischen Betreuungsstätten; sie bedeutet ebenso die Absicherung einer ausreichenden medizinischen Versorgung und öffentlichen Kontrolle von außerklinischen Betreuungsstätten für chronisch psychisch Kranke und dauerhafte Pflege bedürftiger geistig Behinderter, damit deren Ausgliederung aus der Psychiatrie nicht zu neuen Formen der Verelendung gerät u. a. m. Ohne hierfür das Verständnis einer breiten Öffentlichkeit und der Verantwortungsträger im kommunalen Bereich zu gewinnen, wird sich die Weiterführung der Psychiatriereform schwerlich bewerkstelligen lassen; ihr ethisches Anliegen zu verdeutlichen, sollte deshalb zu den vorrangigen Zielen der Bewegung gehören, die dann allerdings auch für ein realistisches und angstabbauendes Bild ihrer Klientel aktiv wirksam werden muß.

Da viele der von der Psychiatrie zu betreuenden Erkrankungen infolge der mit ihnen verbundenen Komplikationen von sozialen Beziehungen in der Gesellschaft noch als bedrohlich erlebt werden, alte Vorurteile sich stets aufs Neue reproduzieren und die angestrebte weitgehende Integration von nicht unbedingt stationär zu behandelnden Patienten behindern, gehört es zu den moralischen Pflichten der in der Psychiatrie Tätigen, gegen falsche und zu Diskriminierungen führende Beurteilungen psychischer Erkrankungen aufzutreten, Kommunikationsformen zu fördern, die Vorurteile abbauen helfen und moralische Diskreditierungen von Patienten abzuwehren. Erfolgreich kann dies nur geschehen, wenn in der Psychiatrie selbst ein Stil des Umgangs mit Patienten gepflegt wird, der Persönlichkeitsrechte akzeptiert, in dem hierarchische Strukturen der Institutionen und Machtgebrauch zur Lebensartgestaltung auf ein Mindestmaß reduziert wird und der auch Außenstehenden demonstriert, welches Maß von Verständnis und Zuwendung diese Menschen brauchen. In diesem Sinne ist die Humanisierung der psychiatrischen Institutionen eine der wichtigsten Voraussetzungen für ein tolerantes und annehmendes Verhältnis der Gesellschaft zu den Kranken und Behinderten (WEGENER, B. 1989).

Mit dem Verweis auf die in der psychiatrischen Praxis zu respektierenden Persönlichkeitsrechte von Patienten ist nun ein weiterer für die ethische Besinnung wichtiger Problembereich angesprochen, zu dem im folgenden einige Überle-[123]gungen vorgetragen werden sollen. Die Schwierigkeiten beginnen dabei damit, daß eine allseits anerkannte Definition solcher Persönlichkeitsrechte nicht existiert; allerdings können einige solcher Rechte benannt werden, über deren Bedeutung ein weitgehender Konsens besteht, darunter vor allem das Recht der Selbstbestimmung über den eigenen Körper, das Recht der Freizügigkeit und der freien Meinungsäußerung sowie das Recht zur Anrufung von unabhängigen Gerichten bei Einschränkungen von sonst allen Bürgern zugestandenem Freiheiten. Auseinander gehen die Auffassungen darüber, ob zu den grundlegenden Persönlichkeitsrechten auch ein Recht auf Arbeit, ein Recht auf menschenwürdiges Wohnen und ein Recht auf Selbstverwirklichung im Sinne der wohl individuell befriedigenden Lebensformen gehören; zumindestens sind solche Rechte in den modernen Industriegesellschaften nicht ohne weiteres einklagbar.

In der eingangs genannten „Erklärung von Hawaii“ aus dem Jahre 1977, in der erstmals von einem internationalen Fachvertretergremium der Versuch unternommen worden ist, die wichtigsten zu beachtenden Persönlichkeitsrechte zu fixieren, steht das Selbstbestimmungsrecht des Patienten über das eigene Leben im Sinne der Verfügungsgewalt über den Umgang mit dem eigenen Körper im Mittelpunkt; auf dieses Recht bezogen erscheinen dann die Sorgfaltspflicht, die Pflicht zur Aufklärung und zur Einholung der Patienteneinwilligung zu Therapiemaßnahmen sowie die Pflicht zur Verschwiegenheit als notwendige Konsequenzen und als Normen, die den willkürlichen Gebrauch der Macht der Experten ausschließen oder mindestens minimieren sollen. Im Zuge der inzwischen weiter vorgeschrittenen generellen Einstellung der modernen Medizin auf die Anerkennung des genannten Selbstbestimmungsrechts können die damals getroffenen Festlegungen sicher nicht grundsätzlich in Frage gestellt werden; allenfalls ist zu prüfen, ob die spezifischen Einschränkungen, die im Hinblick auf den Einsatz von Zwangsmaßnahmen fixiert worden sind, noch den heutigen Erfordernissen entsprechen und hinreichend gegen Mißbrauch gesichert werden können. Die entscheidenden normativen Forderungen dazu in der „Erklärung“ lauteten: „Gegen den erklärten Willen oder ohne die Zustimmung des Patienten sind keine ärztlichen Maßnahmen durchzuführen; es sei denn, der Patient verfügt nicht – infolge seiner psychischen Erkrankung oder Behinderung – über die erforderliche Freiheit der Willensentschließung, er vermag nicht zu erkennen, was in seinem wohlverstandenen eigenen Interesse erforderlich ist, oder aber er befindet sich in einem Zustand erheblicher Selbst- oder Gemeingefährlichkeit. In diesen Fällen muß die Möglichkeit der Zwangsunterbringung und -behandlung bestehen. Zwangsmaßnahmen sind stets nur im wohlverstandenen Interesse des Patienten und immer nur solange, wie unbedingt erforderlich, anzuwenden. ... Die Anordnung einer Zwangsunterbringung oder Zwangsbehandlung sowie die Regelung ihrer Durchführung muß durch ein dafür zuständiges, unabhängiges und neutrales Gremium (Gericht) erfolgen.“ Gesetzliche Regelungen dazu sind inzwischen in wohl allen entwickelten Ländern [124] geschaffen worden, die allerdings den Ärzten verschieden weit bzw. eng gefaßte Kompetenzen bei der Entscheidung über Zwangseinweisungen zugestehen, in der Regel jedoch kaum Aussagen dazu beinhalten, wie unter den Bedingungen einer zwangsweise verordneten Behandlung bei therapeutischen Eingriffen oder sonstigen Fürsorgemaßnahmen verfahren werden soll und damit ebenfalls den in der Psychiatrie Tätigen eine hohe Verantwortung für angemessene Entscheidungen überlassen.

Ein einfacher Ausweg aus dem grundlegenden psychiatrischen Dilemma, zum Zwecke der Herstellung oder Förderung selbstverantwortlichen Entscheidungsvermögens von Kranken und Behinderten Zwangsmittel einsetzen zu müssen, wenn die genannten besonderen Bedingungen gegeben sind, kann sicher in absehbarer Zeit nicht gefunden werden. Neben der Kontrolle relevanter Entscheidungen durch Gerichte oder noch andere denkbare Gremien kann allerdings eine eingehende Reflexion zu den ethischen Dimensionen dieser Problematik dazu beitragen, sensibel und kritisch auf Überziehungen und nicht zwingend nötige Anwendungen von Zwangsmaßnahmen zu reagieren, wobei sowohl die Mittel selbst als auch der Sinn ihres Einsatzes Gegenstand der Besinnung sein sollten. Moralisch geboten dürfte es beispielsweise sein, bei Behandlungen unter den Bedingungen einer Zwangseinweisung und nur begrenzter Entscheidungsfähigkeit des Patienten auf therapeutische Maßnahmen zu verzichten, die hinsichtlich ihrer Risiken in der Fachwelt noch umstritten sind oder mit starken

Belastungen verbunden sind, ebenso auch die Anwendung von direkter physischer Gewalt zur Beherrschung von motorischer Unruhe und von Erregungszuständen auf streng begrenzte Notlagen zu beschränken und mit besonderer fürsorglicher Aufsicht zu verbinden. In moralischer Hinsicht sollte es auch als selbstverständlich gelten, Zwangsmaßnahmen nur dann einzusetzen, wenn definitiv Bemühungen um die Gewinnung der Zustimmung des Patienten zur Therapie stattgefunden haben und erfolglos blieben; moralisch verboten muß bleiben, Zwangsmittel zur Herstellung von Ruhe und Ordnung auf den Stationen oder gar zur Bestrafung von Patienten einzusetzen, sie also als Disziplinierungsmittel zu gebrauchen.

Das eigentliche für die Psychiatriereformbewegung wesentliche Problem besteht darin, daß in bestimmten Fällen unvermeidbare und durch die therapeutische Intention moralisch vertretbare Anwendungen von Zwangsmaßnahmen bei häufigem Gebrauch rigide Formen des Umgangs mit psychisch Kranken in den psychiatrischen Institutionen begünstigen, die ohnehin durch strukturelle Gegebenheiten und einen wohl überall latenten Personalmangel dazu tendieren, Freiräume der Lebensgestaltung ihrer Insassen zu minimieren, Alltagsabläufe zu reglementieren und bei störenden Einflüssen auf einmal vorgegebene Ordnungen repressive Mittel einzusetzen, deren Charakter als Gewaltanwendung nicht immer offensichtlich ist und die als solche oft gar nicht mehr wahrgenommen werden. Da die Abschaffung der Anstalt als „totaler Institution“ jedoch [125] nach allen Erfahrungen der letzten Jahrzehnte und angesichts neuer Bedürfnisse nach der Betreuung bestimmter Gruppen von hilfsbedürftigen Patienten auf lange Sicht nicht möglich ist, muß dieses Entgleisen in tradierte Handlungsmuster der alten Verwahrspsychiatrie in den stationären Betreuungseinrichtungen durch spezifische Anstrengungen möglichst vermieden werden, wozu auch neue Instrumentarien einer ständigen Sicherung von kritischer Besinnung, u. U. durch selbstgeschaffene Kontrollgremien, an denen auch Patienten und Angehörige zu beteiligen sind, geschaffen werden müßten. Zu den Voraussetzungen solchen Wirkens gehört jedoch wiederum eine Verständigung über die auch Patienten der Psychiatrie zu gewährenden Persönlichkeitsrechte, einschließlich jener, die mit der Sicherung der Intimsphäre und der Gestaltung sexueller Beziehungen verbunden sind. Einen wichtigen Beitrag zu dieser Verständigung hat bereits vor einigen Jahren der italienische Rechtswissenschaftler P. ZATTI geliefert, der zu dem Thema „Persönlichkeitsrechte und Geisteskrankheit“ (1987) einen neuen konstruktiven Ausgangspunkt mit der Forderung begründet hat, „das Recht auf die Entfaltung der Persönlichkeit zum Kern des Rechts auf ärztliche Behandlung und zum Kriterium für die Bestimmung der Zwecke und der Art und Weise der Behandlung selbst zu machen“. An die Stelle einer rein defensiven Bestimmung jener Ausnahmebedingungen, die Einschränkungen von Persönlichkeitsrechten von Patienten gestalten, soll nach diesem Konzept eine Ausrichtung therapeutischen und fürsorglichen Handelns auf die möglichst weitgehende Wiederherstellung oder auch die allmähliche Ausformung von Fähigkeiten zur Wahrnehmung von Persönlichkeitsrechten treten, deren Verlust oder defizitäre Ausgestaltung den sozialen Kern psychischen Krankseins bzw. geistiger Behinderung ausmachen. In diesem Sinne heißt es in der erwähnten Arbeit: „Zum Zweck der Behandlung wird es, die Fähigkeiten des Patienten ... zur Ausweitung seiner Persönlichkeit im Umgang mit den Dingen und den Personen wiederherzustellen und lebendig zu erhalten. Demnach wird, auf die Persönlichkeitsrechte übertragen, die Erhaltung und die Wiederherstellung der Fähigkeit, die Persönlichkeitsrechte zu genießen und auszuüben, zum Behandlungszweck. Mit anderen Worten, die Fähigkeit, den Sinn der eigenen Würde, der eigenen Scham, der eigenen Intimität zu erfassen; die Fähigkeit sich zu interessieren und zu informieren; die Fähigkeit Meinungen zu bilden und zu bekunden ...“

Viele der in den letzten Jahrzehnten in der Psychiatrie entwickelten Methoden zur Aktivierung von Anstaltspatienten (Arbeits- und Gestaltungstherapie; Patientenselbstverwaltung u. a.) sowie viele der inzwischen entstandenen Formen der sogenannten extramuralen Betreuung und der Gemeindepsychiatrie haben genaugenommen diesen Sinn und sicher auch solche Effekte, reichen aber offensichtlich bislang nicht aus, um psychiatrische Behandlung generell in die angedeutete Richtung umzugestalten. Es könnte sein, daß dieses Konzept eine Basis für die weiterzuführenden Bemühungen um die Ausrichtung psychiatrischen Handelns an konsensfähigen Werten bilden kann, mit denen dann auch genauer [126] jene Formen psychiatrischen Umgangs mit Menschen als moralisch fragwürdig ausgemacht werden können, die diesen Behandlungszwecken widersprechen oder entgegenstehen.

Umstritten wird dabei allerdings bleiben, welche Zielsetzungen zur Förderung von Fähigkeiten zur Wahrnehmung von Persönlichkeitsrechten bei den eigentlichen Problemgruppen der Psychiatrie, den chronisch psychisch Kranken, den geistig Behinderten und den in hohem Alter krankwerdenden Menschen, als realistisch gelten können und welche Mittel bzw. Handlungsspielräume für eine psychiatrische Praxis gegeben sein müssen, die solchen Zielen folgt. Wieweit dabei die Auffassungen zu dem erstgenannten Problemkreis noch auseinandergehen, kann hier nicht genau beurteilt werden; daß sie sich keineswegs decken, ist erst kürzlich im Zusammenhang mit einem in der DDR publizierten Beitrag zu den Möglichkeiten der Selbstverwirklichung physisch und psychisch geschädigter Menschen (KRANHOLD, H. G. 1986) deutlich geworden. Die Kernsätze dieser Arbeit, die bei vielen Psychiatern entschiedene Ablehnung erfuhr, lauteten: „Zur Selbstverwirklichung gehört es, ... einen ‚Lebensplan‘ zu entwerfen, eine Zielsetzung vorzunehmen ... gehören entsprechende Willensqualitäten, gehören Antriebsaktivitäten, Selbständigkeit des Handelns u. a. m., also subjektive Faktoren, die vor allem den psychisch und intellektuell Geschädigten in der Regel nicht gegeben sind und auch im Rehabilitationsprozeß nicht bis zu jenem Grade entwickelt werden können, wie es notwendig wäre, um von Selbstverwirklichung sprechen zu können.“ Da der Terminus „Selbstverwirklichung“ hier nur als Oberbegriff für alle Fähigkeiten zur selbstbestimmten Wahrnehmung von Persönlichkeitsrechten dient, wird mit solchen apodiktischen und undifferenzierten Behauptungen faktisch eine Orientierung psychiatrischen Handelns an den obengenannten Werten und Zwecksetzungen als völlig illusionär bezeichnet und der wesentliche Inhalt der psychiatrischen Betreuung auf verwahrende Fürsorge reduziert. Mag diese Konsequenz auch nicht in der Absicht des Autors gelegen haben, ist sie doch die zwangsläufige Folge leider noch weit verbreiteter Vorstellungen vom schicksalhaft defizitären Ausgang einmal eingetretener psychischer Erkrankungen, die die Betroffenen von vornherein ins Abseits stellt und faktisch zu Un-Personen degradiert. Daß die Psychiatrie es auch mit Patienten zu tun hat, die infolge nicht beeinflussbarer Krankheitsverläufe, wegen hoher Grade bereits früh erworbener geistiger Behinderungen oder im Zuge altersbedingt auftretender irreversibler Schädigungen nur geringe Fähigkeiten zu selbstbestimmtem Handeln besitzen oder erwerben können, steht natürlich außer Zweifel. Daß diesen Menschen jedoch alle Chancen verlorengegangen sein sollen, individualspezifische Bedürfnisse zu haben, mitmenschliche Beziehungen zu erleben, zwischen Verhaltensalternativen zu wählen oder ständige umfassende Reglementierungen ihrer Lebensformen als bedrückend zu empfinden, darf für die überwiegende Mehrheit wohl bezweifelt werden, um die es in der psychiatrischen Alltagspraxis vor allem geht. Da es ohnehin wenig sinnvoll erscheint, Begriffe wie „Selbstverwirklichung“, „Persönlichkeit“ u. a. an qualitative Bestimmungen menschlicher Existenz zu binden, die sich am Idealbild des gebildeten, stets aktiven, immer rational urteilenden und sich des eigenen Wertes bewußten Mustermenschen orientieren, dürften sie wohl auch für Lebensformen durchaus passend sein, die von der Standardnormalität abweichen und nur partielle Realisationen des Menschen im Prinzip des Möglichen darstellen.

Hilfreich für das Begreifen der auch für psychisch Kranke und geistig Behinderte existierenden Möglichkeiten von Selbstverwirklichung und Persönlichkeitsäußerung dürften dabei vor allem Reflexionen zu den eigenartigen und eigenwertigen anthropologischen Dimensionen ihres Dasein sein, die im allgemeinen um vieles differenzierter sind, als das äußere Erscheinungsbild vermuten läßt. Verwiesen werden kann hier auf neuere außerordentlich anregende Arbeiten von KISKER, K. P. (1988) und von LAUTER, H. u. A. KURZ (1988) sowie auf eine reiche Tradition relevanter Denkansätze gerade auch in der deutschen Psychiatrie, an die erneut zu erinnern gerade gegenwärtig wieder sehr wichtig wird. Vor allem geht es dabei doch darum, den psychisch Kranken nicht nur als ein Objekt von Bemühungen um Defizitbeseitigungen zu behandeln, sondern ihn auch als Subjekt zu respektieren, dem u. U. auch Freiräume für die ganze eigene Weltwahrnehmung und für die uns anderen z. T. befremdlich erscheinende Lebensgestaltung eingeräumt oder wenigstens Schutzzonen zugebilligt werden müssen, von denen aus eine vertrauensvolle Beziehung mit den Therapeuten aufgebaut werden kann. Sehr gut ausgedrückt fand ich diese Intention in einem von Th. BOCK zum Thema „Grundrechte in der Psychiatrie“ verfaßten Aufsatz (1988), in dem es abschließend hieß: „Grundrechte in der Entwicklung der Psychiatrie verwirklichen zu wollen, bleibt mehr noch als ein juristisches, ein ethisches Problem. In diesem Zusammenhang ist es nicht nur wichtig, im psychisch Kranken einen Menschen zu sehen, der ein

Recht auf Achtung und Würde und einen besonderen Bedarf an Schutz für seine Identität hat. Es ist notwendig, psychische Krankheiten für etwas dem Menschen Eigenes und Wesentliches zu halten. Psychische Krankheit ist anzuerkennen, nicht zu leugnen oder wegzudefinieren, nicht auszumerzen, nicht einmal zu bekämpfen. Das Bemühen muß in erster Linie darum gehen, zu begleiten und zu verstehen, anders sind weder Symptome zu heilen, noch bleibende Beeinträchtigungen auszugleichen.“

Persönlichkeitsrechte in dem von ZATTI genannten Sinne als Patient und innerhalb der verschiedensten Formen von psychiatrischer Betreuung wahrnehmen oder u. U. erst erlernen oder wiedererlernen zu können, setzt allerdings neben der verständnisvollen Bereitschaft zur Unterstützung auf Seiten der in der Psychiatrie Tätigen noch einige Bedingungen voraus, die zu schaffen in der Regel sowohl in den „Anstalten“ als auch extra moros ziemlich schwierig ist. Freiräume für die individuelle Lebensgestaltung wenigstens im Intimbereich und bei der Wahl von Kommunikationspartnern setzen beispielsweise eigene Wohnungen oder doch wenigstens eigene Wohnbereiche mit abgrenzenden Wänden vor-[128]aus, ebenso die Verfügungsmacht über ein Minimum an finanziellen Mitteln. Wie schwer es gerade auf dem erstgenannten Gebiet in fast allen Ländern und unter unterschiedlichen sozialen Ordnungsstrukturen ist, für solche Forderungen Verständnis zu finden, ist wohl jedem bekannt, der sich um die soziale Wiedereingliederung von Psychiatriepatienten in Gemeinden mit deren Unterbringung in eigenen Wohnungen längere Zeit bemüht hat. Ähnliches gilt für die Eingliederung von chronisch psychisch Kranken und geistig Behinderten in Arbeitstätigkeiten, die ihren besonderen Leistungspotenzen angepaßt sind und ihnen zugleich die Möglichkeit bieten, Fähigkeiten zu erwerben, sich als nützlich und aktiv zu erleben und neue soziale Beziehungen aufzubauen, in denen sie nicht nur als „Patient“ agieren müssen. Auch hier sind die in den letzten zwanzig Jahren in verschiedenen europäischen Ländern gesammelten Erfahrungen der Psychiatrie relativ einheitlich und bezeugen einerseits, daß Eingliederung in Arbeitsprozesse fast immer eine bedeutsame Voraussetzung erfolgreicher Rehabilitation und damit auch sozialer Reintegration darstellt, wie sie andererseits auch belegen, daß eben diese Eingliederungsbemühungen gerade und vor allem bei chronisch psychisch Kranken zu wenig gesellschaftliche Unterstützung erfahren, wobei nun leider einige in dieser Beziehung produktive Entwicklungen in den bisherigen sozialistischen Staaten auch in Frage gestellt sind und gegen den Druck marktwirtschaftlicher Mechanismen schwerlich gehalten werden können.

Unter den hier nur angedeuteten Umständen sollte sich die psychiatrische Reformbewegung vielleicht doch dazu entschließen, in den in ethischer Hinsicht bedeutsamen Katalog zu achtender und zu sichernder Persönlichkeitsrechte von Patienten auch das Recht auf einen eigenen Wohnbereich sowie das Recht auf Arbeit gemäß den jeweiligen Leistungsvoraussetzungen bewußt aufzunehmen, damit solche Rechte in der Öffentlichkeit anerkannt und von den für die Sozialpolitik verantwortlichen Instanzen auch nachdrücklicher eingeklagt werden können. Den geistig Behinderten ist ein solches Recht auf Arbeit beispielsweise bereits 1971 in einer Deklaration der Vollversammlung der Vereinten Nationen zugebilligt worden – die Konsequenzen für die Praxis des sozialen Leben sind allerdings bescheiden geblieben.

Schließlich gehört zu den auch für psychisch Kranke und geistig Behinderte bedeutsamen Persönlichkeitsrechten das Recht zur Mitbestimmung über gemeinschaftliche soziale Lebensordnungen und zur Teilnahme an der gesellschaftlichen Willensbildung, sofern nicht bei schwerwiegenden Beeinträchtigungen der Urteilsfähigkeit nach gründlicher Prüfung durch gerichtliche Entscheidungen definitive Begrenzungen solcher Rechte festgelegt wurden. In den psychiatrischen Institutionen sind es dabei Patientenversammlungen, Patientenräte u. a. Einrichtungen, mit deren Hilfe die Wahrnehmung solcher Rechte gesichert oder gefordert werden kann; wieweit allerdings darüber hinaus Mitbestimmungsmöglichkeiten durch die Mitwirkung in gesellschaftlichen [129] Organisationen oder politischen Vereinigungen geschaffen werden können und Förderung verdienen, bleibt noch genauer zu prüfen. Typisch für die wohl überwiegend ablehnende Haltung der Vertreter staatlicher Macht gegenüber einer Teilnahme von Psychiatriepatienten am öffentlichen Leben war beispielsweise die seit vielen Jahren in der DDR regelmäßig bei Wahlen oder anderen als bedeutsam angesehenen Ereignissen den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie auferlegte Verpflichtung, vorübergehende Ausgangssperren zu verfügen, die Patienten daran hindern sollten, „störend“ in der Öffentlichkeit wirksam zu

werden. Gegen derartige, in der Regel von den Kreisärzten auf Anweisung der Vorsitzenden der Räte der Kreise ausgesprochenen Verfügungen, ist von vielen Leitern der betroffenen Einrichtungen immer wieder Protest eingelegt worden, da sie als völlig unberechtigte Diskriminierung der Patienten und als Mittel zur Befestigung tradiierter Vorurteile im Sinne der „Abnormenschanke“ angesehen worden sind. Wie weit andernorts die Bereitschaft der Öffentlichkeit reicht, Personen mit dem Stigma einer psychischen Erkrankung oder auch nur durchgemachten psychiatrischen Behandlung an der Beratung und Entscheidung gesellschaftlicher Angelegenheit teilhaben zu lassen, ist für uns schwer zu beurteilen; es scheint, daß genauere Untersuchungen der auf diesem Gebiet wirksamen sozialen Mechanismen bislang noch nirgends durchgeführt worden sind.

Angesprochen ist mit dieser Reflexion über politische bzw. staatsbürgerliche Rechte von Psychiatriepatienten natürlich auch das Thema „Mißbrauch der Psychiatrie“, zu dem klare ethische Positionen wohl auch für die Zukunft notwendig scheinen. Bekanntlich sind seit vielen Jahren vor allem Psychiater und psychiatrische Institutionen der UdSSR wegen einzelner Fälle der fragwürdig scheinenden Aufnahme von Regimekritikern bzw. sogenannten Dissidenten in psychiatrische Behandlung massiv kritisiert worden, was schließlich auch zum Austritt der Psychiater-Vereinigung des Landes aus dem Weltverband der Psychiatrie geführt hat. Daß solche Praktiken, an die Fachvertreter in den anderen sozialistischen Ländern und auch in der DDR nicht glauben wollten, vorgekommen sind und ethisch verurteilenswert sind, kann inzwischen nicht mehr bezweifelt werden, wobei sowohl sehr rigide Vorstellungen von psychischer Normalität, unscharfe Krankheitsbegriffe wie der von der „schleichenden Schizophrenie“ und eine problematische obrigkeitsstaatliche Gesinnung zusammengewirkt haben dürften, gelegentlich sicher aber auch Psychiater beabsichtigten, Betroffenen Schutz zu gewähren. Unter den Fachvertretern der DDR gab es seit dem Ende der siebziger Jahre im Gefolge der massiven Kritik an relevanten Vorkommnissen durch den Weltverband einen weitgehenden Konsens der Distanzierung von solchen Praktiken und der Abwehr von ähnlichen Ansinnen durch Vertreter staatlicher Organe. Eine Verständigung dazu erfolgte auch 1982 bei einem damals in Leipzig durchgeführten Treffen der Psychiater sozialistischer Länder, bei dem in einer Arbeitsgruppe „Psychiatrische Deontologie“ Thesen zu ethischen Prinzipien und moralischen Normen diskutiert wurden, in [130] denen u. a. gefordert wurde, die Inanspruchnahme der Psychiatrie zur Lösung spezieller sozialer Konflikte staatlicher Instanzen mit psychisch nicht kranken Bürgern nicht zuzulassen. Da überdies das geltende Einweisungsgesetz eine Handhabe bot, Forderungen nach der Aufnahme von Bürgern ohne nachgewiesene medizinische Indikation abzuweisen, dürfte eine willfährige Mitwirkung bei ungesetzlichen Zwangseinweisungen die Ausnahme geblieben sein; vereinzelt vorliegende neuere Hinweise auf solche Ausnahmen – etwa in der Sondereinrichtung für straffällige Patienten in Waldheim – werden derzeit sorgsam geprüft und bei Bestätigung durchaus ernsthafter Verdachtsmomente auch zu strafrechtlichen Konsequenzen führen. Daneben gab es natürlich auch Pflichtfelder psychiatrischen Handelns, in denen Ärzte sicher gelegentlich in engere Berührung mit den Sicherheitsdiensten, insbesondere mit den Dienststellen des Ministeriums für Staatssicherheit kamen, ohne doch gezwungen zu sein, moralisch fragwürdige Entscheidungen zu treffen. Dies betraf vor allem forensische Gutachten und die hauptamtliche oder konsiliarische Mitarbeit im medizinischen Dienst des genannten Ministeriums, der vor allem für die medizinische Betreuung der Mitarbeiter und deren Angehörigen verantwortlich war. Vertrauensstellungen in diesem Apparat waren zwar mit der Verpflichtung verbunden, über dabei in Ausübung des ärztlichen Berufes erlangte Kenntnisse von internen Vorgängen und beteiligten Personen Stillschweigen zu bewahren, überließen jedoch Entscheidungen über Behandlungsmaßnahmen, Invalidisierungen oder sonstige Sachfragen der ärztlichen Kompetenz. Die Existenz dieses medizinischen Dienstes hat mit dazu beigetragen, daß Psychiater und Psychotherapeuten ansonsten zu den im Staatssicherheitsapparat tätigen Personen kaum Beziehungen hatten. In ethischer Hinsicht besteht das grundlegende Problem hier in der Frage, ob sich in der Psychiatrie Tätige dazu verleiten oder zwingen lassen dürfen, medizinische Machtmittel – die Diagnose, die Zwangseinweisung, die Behandlung gegen den Willen des Betroffenen – außerhalb der begründeten Notwendigkeit individueller Hilfeerweisung im Krankheitsfalle und im Interesse von Machtorganen gleich welcher Art einzusetzen. Die Antwort ist eindeutig und auch einhellig anerkannt: sie haben dazu kein Recht und verstoßen damit gegen juristische und moralische Gebote, insbesondere gegen die bindende Verpflichtung, ärztliche

Kompetenz nur im Interesse und in Übereinstimmung mit dem Willen von Betroffenen einzusetzen. Einen solchen Mißbrauch der Psychiatrie grundsätzlich auszuschließen, erfordert Möglichkeiten zur öffentlichen Kontrolle psychiatrischer Institutionen und zur öffentlichen Kritik an fragwürdigen Vorgehensweisen – diese waren in den bisher existierenden Strukturen sozialistischer Gesellschaften nicht in ausreichendem Maße gegeben. Ebenfalls erforderlich ist jedoch auch ein verbindlicher Konsens der in der Psychiatrie Tätigen über die im eigenen Wirkungsraum zu respektierenden Rechte von Patienten und über eindeutige moralische Verbote von Handlungen, die solche Rechte unzulässig begrenzen. Ob ein solcher Konsens gestiftet und gefördert werden kann, indem [131] bereits vorliegende normative Fassungen moralischer Handlungsgebote – etwa in Gestalt der Deklaration des Weltverbandes für Psychiatrie – weiter modifiziert oder auch in nationalen Gremien entwickelt werden und auch für alle in der Psychiatrie Tätigen Verbindlichkeit erlangen, bleibt eine offene Frage, da moralische Haltungen auf individuellen Gewissensentscheidungen beruhen und nicht in der gleichen Weise kontrollierbar oder einklagbar sind wie Rechtsvorschriften. Auf jeden Fall sollte eine systematische Sensibilisierung für den moralischen Problemgehalt der in der Psychiatrie zu treffenden Entscheidungen und der Folgewirkungen professionellen Handelns für die jeweils betroffenen Menschen im Rahmen der Aus- und Weiterbildung nachdrücklich gefördert werden.

Sofern die psychiatrische Reformbewegung weiterhin den Anspruch vertreten will, eine Humanisierung psychiatrischer Betreuung auf der Grundlage wissenschaftlich begründeter Konzepte zur Wandlung von Versorgungsstrukturen, zur Erweiterung von Behandlungs- und Fürsorgemöglichkeiten und zur weiteren Ausprägung nichtrepressiver Formen des Umgangs mit psychisch Kranken und geistig Behinderten zu erreichen, erhebt sie auch in ethischer Hinsicht hohe Ansprüche an das Engagement und die Verhaltensweisen der Ärzte, Psychologen und sonstigen Mitarbeiter, die unter den derzeit gegebenen Umständen nicht leicht zu realisieren sind. Die in diesem Zusammenhang von J. SCHÄDLE genannten besonderen Tugenden der in der Gemeindepsychiatrie Tätigen (1988) umreißen in etwa dieses besondere Anspruchsniveau, dem zu entsprechen sicher nicht einfach ist, auf das jedoch nicht verzichtet werden kann, wenn es so etwas wie einen Fortschritt in der genannten Richtung geben soll.

LITERATUR

Alternativentwurf eines Gesetzes über die Sterbehilfe. Thieme, Stuttgart, New York, 1986 BOCK, TH.: Grundrechte in der Psychiatrie. In: PFÄFFLIN, F. u. a. (Hrsg.): Der Mensch in der Psychiatrie. Springer, Berlin, Heidelberg, 1988, S. 205–210, zit. S. 210

BITON, B.: Psychiatrie und Ethik. Fortschr. Neurol. Psychiat. 49, (1981), S. 246–256

Deklaration der allgemeinen und besonderen Rechte der geistig Behinderten. Angenommen von der Generalversammlung der Vereinten Nationen 1971. In: ILLHARDT, F. J.: Medizinische Ethik. Springer, Berlin, Heidelberg, 1985, S. 193 f. Die Erklärung von Hawaii. Dtsch. Ärztebl. 74, 1977, S. 2872–2873

DÖRNER, K.: Euthanasie gestern – Sterbehilfe heute? In: BOCK, TH. (Hrsg.): Lebenswert. Sieben Beiträge zur Ethik-Diskussion. Psychiatrie, Bonn, 1988 (a)

DÖRNER, K.: Tödliches Mitleid. Zur Frage der Unerträglichkeit des Lebens. Verlag Jacob van Hoddis, Gütersloh, 1988 (h)

HAHN, S. u. THOM, A.: Sinnvolle Lebensbewahrung – humanes Sterben. VEB Deutscher Verlag d. Wissenschaften, Berlin, 1983

HELMCHEN, H.: Ethische Fragen in der Psychiatrie. In: KISKER, K. P. u. a. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 2 (3. Aufl.), Springer, Wien, Berlin, 1986, S. 309–368

ILLHARDT, F. J.: Aktuelle ethische Problemfelder in der Medizin. Ethik Med. 2, 1989, S. 24–35

KISKER, K. P.: Mögliches und Unmögliches im psychiatrischen Denken und Tun. In: PFÄFFLIN, F. u. a. (Hrsg.): Der Mensch in der Psychiatrie. Springer, Berlin, Heidelberg, 1988, S. 7–12

- KÖRNER, U. u. a. (Hrsg.): Grenzsituationen ärztlichen Handelns. VEB G. Fischer, Jena, 1981
- KRANHOLD, H. G.: Möglichkeiten der Selbstverwirklichung physisch und psychisch geschädigter Menschen. In: STRAASS, G. (Hrsg.): Medizin und menschliche Individualität. VEB Volk und Gesundheit, Berlin, 1986, S. 144–154, zit. S. 146
- KUHSE, H.: Warum Fragen der aktiven und passiven Euthanasie auch in Deutschland unvermeidlich sind. Dtsch. Ärztebl. 87, 1990, S. 389–335
- LAUTER, H. u. KURZ, A.: Anthropologische Aspekte psychiatrischer Alterserkrankung. In: PFÄFFLIN, F. u. a. (Hrsg.): Der Mensch in der Psychiatrie. Springer, Berlin, Heidelberg, 1988, S. 43–51
- LUTHER, E.: Ethik in der Medizin. VEB Volk und Gesundheit, Berlin, 1986
- MEYER, J. E. u. SEIDEL R.: Die psychiatrischen Patienten im Nationalsozialismus. In: KISKER, K. P. u. a. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart. Bd. 9. Springer, Berlin, Heidelberg, 1989, S. 369–396
- SCHÄDLE, J.: Ethische Voraussetzungen der Gemeindepsychiatrie. Sozialpsychiatr. Informationen 18, 1988, S. 10–16
- SCHÖNE-SEIFERT, B.: Verzicht auf Lebenserhalt: offene Fragen. Ethik. Med. 2, 1989, S. 143–161
- SINGER P.: Schwangerschaftsabbruch und ethische Güterabwägung. In: SASS, H. M. (Hrsg.): Medizin und Ethik. Philipp-Reclam, Stuttgart, 1989, S. 139–159
- SPÄTE, H. F. u. THOM, A.: Ethische Prinzipien und moralische Normen des psychiatrischen Handelns in der sozialistischen Gesellschaft. Psychiat. Neurol. med. Psychol. 36, 1984, S. 385–394
- THOM, A.: Die Entwicklung der Psychiatrie und die Schicksale psychisch Kranker sowie geistig Behinderter unter den Bedingungen der faschistischen Diktatur. In: THOM, A. u. CAREGORODCEV, J. G. (Hrsg.): Medizin unterm Hakenkreuz. VEB Volk und Gesundheit, Berlin 1989, S. 127–166
- VIEFHUES, H.: Medizinische Ethik in einer offenen Gesellschaft. In: SASS, H. M. (Hrsg.); Medizin und Ethik, Philipp-Reclam, Stuttgart 1989, S. 17–39
- WEGENER, B.: Ethos des Alltags in der Psychiatrie. In: DÖRNER, K. (Hrsg.): Im wohlverstandenen eigenen Interesse. Verlag Jacob van Hoddis, Gütersloh 1989, S. 93–109
- WINAU, R.: Sterbehilfe. Zur Problematik ärztlicher Verantwortung. In: WINAU, R. u. ROSEMEIER, H. P., (Hrsg.): Tod und Sterben. Springer, Berlin, New York, 1984, S. 365–380
- ZATTI, P.: Persönlichkeitsrechte und Geisteskrankheit. Recht u. Psychiatrie 5, 1987, S. 65–70, zit. S. 68