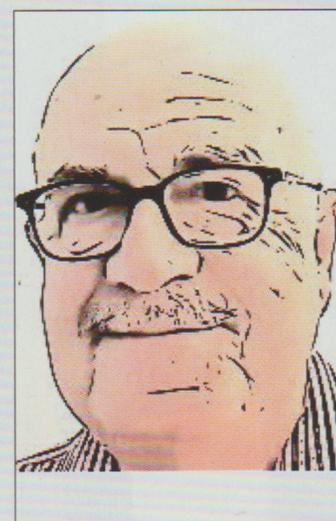


## AnDi und seine Gedanken zur Zeit:

### Stationäre Psychiatrie, wie sie war, wie sie ist und wie sie sein wird — eine Polemik



Es war wohl so am Beginn der Pubertät, als ich erstmals, zum Besuch eines mir nahestehenden Menschen, eine „Landesheilanstalt“ betrat. Ich hatte mit einer Art Krankenhaus gerechnet, kam mir aber wie in einem Straflager vor, wie ich es in einem Kinofilm gesehen hatte: Vergitterte Fenster, blecherne Tassen, in die aus Karaffen ein undefinierbares Getränk gegossen wurde. Löffel und tiefe Teller, nicht nur für die Suppe, sondern auch für Spiegelei und Spinat. Natürlich war auch die Krankheit befremdlich für mich, die klinische Umgebung aber atmosphärisch kaum ertragbar. Ich kannte die schwer aushaltbaren Zustände, dem von inneren Stimmen Gequälten klarmachen zu wollen, dass real keine Gefahr bestand und hatte gelernt, dass die Medikamente, die irgendwie alle Haldol hießen, wirksamer waren als meine Worte. Der Klinikalltag bestand im Wesentlichen in der Erwartung der Medikamentenausgabe. Die mit öffentlichen Verkehrsmitteln in mehr als 2 Stunden erreichbare Klinik erfüllte den Zweck der konsequenten Einnahme der Psychopharmaka. Geschlafen wurde in einem Saal mit 12 Betten. Zwölf Metallbetten mit blau kariertes Bettwäsche. Die Umgebung war gespenstisch und im Park, der offenbar am meisten geliebt und entsprechend gepflegt war, besser auszuhalten als im Haus.

Erst in meinem Zivildienst traf ich wieder auf ähnliche Verhältnisse. Es war 1969, als alles infrage gestellt wurde, so auch die Kasernierung in „Anstalten“. Es folgte in den siebziger Jahren während meines Medizinstudiums ein erstaunlicher Aufbruch einer Reform zu einer humaneren Psychiatrie. Das Allheilmittel der pharmazeutischen Industrie wurde infrage gestellt, die Psychose, so dachten einige Eiferer, müsste nur ausgelebt werden. Andere begannen mit dem Versuch, psychotisches Erleben zu verstehen und den verstörenden Inhalten einen Sinn zu entlocken. Längst der Pubertät entwachsen, zumindest biologisch, faszinierten mich die sozialpsychiatrischen Ideen ebenso wie die Psychoanalyse, die sich – für mich bis heute unverständlich – um die Meinungshoheit stritten. Menschen mit langanhaltendem psychotischen Erleben brauchen sozialpsychiatrische Unterstützung ebenso wie psychotherapeutische und medikamentöse Hilfe.

Neben dieser Diskussion beobachtete ich etwas Phänomenales. Die Psychiater schilderten ihre Praxis fast immer so, dass man sich ideale Verhältnisse hätte vorstellen können. Aber weder die inneren noch die äußeren Verhältnisse hatten sich wesentlich verändert. Es gab in den achtziger Jahren Tassen aus Porzellan, Messer und Gabel, oft noch Plastikteller und die Krankenzimmer hatten nur noch sechs Betten. Das Privileg der „Einzelzimmer“ hatten allerdings nur Patienten mit Selbst- oder Fremdgefährdung, wenn sie isoliert und fixiert werden mussten, mit Lederriemen an allen vier Extremitäten. „Geschlossene“ Stationen, wie es sie bis heute gibt, hatten einen schlechten Ruf, solange sie nicht „geschützte“ Stationen genannt wurden. Noch heute sind die Türen zu und jeder Ausgang wird durch eine Pflegekraft mit dem Schlüssel legitimiert. Statt sich der Hilflosigkeit gegenüber den intrapsychischen Deformationen zu stellen, änderte sich die Nomenklatur. Dieser Zustand hat sich bis heute wenig verändert. Es wird nur nicht darüber geredet oder, wie hier, n u r darüber geredet.

Und es wäre nicht sachgerecht, würde man nicht zugestehen, dass die Auflösung der psychiatrischen Großkliniken ein tatsächlicher Erfolg war. Wenige Jahre gab es einen hellen Streifen am Horizont der Gesundheitspolitik mit der sogenannten Psychiatrie-Personalverordnung. Mit dieser Verordnung wurde das Personal so bemessen, dass auch fachlich menschliche Zuwendung möglich wurde. Dieser Segen wurde mit dem Wechsel des Jahrhunderts faktisch kassiert. Gleichzeitig verweigerte der Staat seinen Beitrag für die Finanzierung des Gesundheitssystems, sparte, insbesondere im Bereich der Krankenpflege, bis an den Rand (und ich habe es erlebt: darüber hinaus!) der unterlassenen Hilfeleistung und gestaltete das Gesundheitswesen zu einem Wirtschaftszweig aus. Engagierte Psychiater haben die letzten 25 Jahre dazu genutzt, immer wieder neue Ideen in den stationären Alltag zu tragen, die Angehörigen als

Beteiligte am Prozess zu akzeptieren und für Akutpatienten und Menschen mit lange anhaltender Symptomatik, die man früher Chroniker nannte, die Grenzen zwischen stationärer und ambulanter Behandlung zu überwinden.

Während früher die Menschen aus prekären Milieus keine gesicherte Behandlung erhielten, sind es heute die gesetzlich Versicherten, sozial etwas besser gestellten psychisch Kranken, die kaum noch stationäre Ansprechpartner finden, die ihrem Milieu entsprechen. Aus dem Pubertierenden ist nach einer langen Berufsphase in der stationären Versorgung psychisch belasteter Menschen ein privater Psychotherapeut geworden. Psychotherapie dagegen findet ihre Klientel gerade aus diesem früher mittelständisch genannten Bereich. Wenn solche Menschen wegen ihrer seelischen Leiden einmal ins Krankenhaus müssen, tauchen gleich zwei Hürden auf: die Hotelqualität in psychiatrischen Kliniken ist zum einen nach wie vor, bis auf wenige Ausnahmen, im Zwei-Sterne-Hostel-Bereich angesiedelt. Wenn jemand in die Klinik muss, hat er zum anderen kaum eine Chance der Krankenhauswahl. Nach der äußerst sinnvollen Regelung einer wohnortnahen Versorgung und der Aufnahmepflicht für Patienten aus dem Wohnbereich hat sich ein psychiatrisches Spezifikum entwickelt: Der Spieß hat sich gedreht und wohnortferne Patienten werden auf das „zuständige“ Krankenhaus verwiesen, wenn sie in eine Klinik ihrer Wahl möchten – verkehrte Welt der Psychiatrie in der Realität. Eine Anfrage beim Senat von Berlin zu diesem Thema konnte den Vorhalt der aufgehobenen freien Krankenhauswahl für psychisch Kranke nicht auflösen.

Kritische Gespräche innerhalb der Community werden, wie auch in anderen Bereichen üblich, eher als Nestbeschmutzung empfunden. Am Beispiel der Behandlung suchtkranker Menschen in der stationären Psychiatrie lässt sich aber weiterhin zeigen, dass Veränderungen in der Psychiatrie mit deutlichem inneren Widerstand belastet sind. Die Behandlung dieser Klientel im Rahmen des qualifizierten Entzuges gestaltet sich oft schwierig, da mit dem Verlust des Suchtmittels auch dessen Wirkung entfällt und Depressionen, Impulssteuerungsstörungen und narzisstische Selbstwertprobleme die Kontaktgestaltung schwierig gestalten. Auch hier sprechen die Behandlungskonzepte eine völlig andere Sprache als die klinische Realität. Allorts werden zugewandte Therapiekonzepte formuliert, die mit den oft als Hausordnung bezeichneten rigiden Regelwerken auf der Station nicht in Einklang zu bringen sind. Von den Entlassungen bei Krankheitsverschlimmerung, etwa einem Rückfall, soll hier gar nicht erst die Rede sein. Das Thema des subtilen therapeutischen Sadismus besprechen wir ein anderes Mal.

Im Ausbildungsteil „Psychotherapie“ lernen angehende Fachärzte Psychodynamik und genesungsfördernden Umgang mit Menschen in der kritischen Phase der Detoxikation und Ambivalenz gegenüber dem Verzicht auf das Suchtmittel. Für solche Situationen fordern Fachleute den „Zustand ruhigen Wohlbefindens“. Regelmäßig muss ich mich am Ende solcher Seminare von den Kollegen fragen lassen, ob mir bewusst sei, dass die vermittelten Inhalte mit der klinischen Realität der Krankenhäuser wenig gemein haben.

Was wir bei psychosekranken Patienten doppelte Buchführung nennen, scheint mir in der Psychiatrie die Verlagerung der realen Insuffizienz des psychiatrischen Betriebes gegenüber der Wucht der destruktiven Ausstrahlung seelischer Störungen in organisatorische Betriebsamkeit zu sein.

Jede Neuigkeit, jede theoretische Verbesserung hat Konsequenzen. Home-Treatment etwa, das die Grenzen zwischen stationärer Behandlung, der ambulanten Komm-Struktur und dem häuslichen Individualraum relativiert und in das Zentrum der Konfliktlagen reicht, hat eben auch die Schattenseite der Auflösung des letzten Schutz- und Intimbereichs außerhalb des Wohnbereichs. Zudem stellt sich die Frage, ob nicht die berufliche Struktur der Versorgung in diesem Bereich vollständig anders sein müsste als im stationären Versorgungsfeld.

Ziel dieser Kolumne ist nicht die nächste Psychiatriereform, sondern die Anregung zur Auseinandersetzung mit der Realität. Schon diese Formulierung müsste den Psychiater nervös machen, weil genau das sein ständiger Ratschlag an die Patienten ist.

Wir lassen uns von der Polemik nicht irritieren, bleiben gelassen, aber stetig am Ball, üben soziale Nähe durch körperliche Distanz, bis das Virus weg ist und halten uns frei von Verschwörungstheorien

empfiehlt **AnDi**