

Autor: Sebastian Stierl



## Sozialpsychiatrie im Wandel – von der Lösung zu einem Teil des Problems?

**Zusammenfassung** Die psychiatrischen Kliniken stehen unter Druck: die Kassen basteln an neuen Entgeltsystemen, die Niedergelassenen sägen an den Ambulanzen, der Ärztemangel nimmt bedrohliche Formen an, die Privatisierung verschärft die Konkurrenz, immer aggressiver werden die Errungenschaften der Sozialpsychiatrie von den Neurobiologen infrage gestellt. Gleichzeitig bleiben von den immer neuen Heilsversprechungen kaum alltagstaugliche Innovationen. Die Annäherung an die somatische Medizin – einst ein hohes Ziel der Enquete – zeigt ihre Risiken und Nebenwirkungen.

### Die somatische Messlatte

Vielleicht fange ich mit einem aktuellen Eindruck an: am selben Wochenende, als die Robert-Enke-Welle ihren Höhepunkt erreichte – und damit auch das Versagen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Kunst in einem medial herausragenden Fall – wurde mir die Messlatte der somatischen Medizin vor Augen geführt: meine 19-jährige Tochter war von der Schule kommend allein zu Hause mit akuten Bauchschmerzen zusammengebrochen, hatte per Handy ihre Mutter und diesen Notarzt und Rettungswagen alarmiert, die – auf halber Strecke per Rendezvous-System zusammengeführt – nach Schmerzbehandlung die Patientin der chirurgischen Ambulanz zuführten. Nach sonografischer Diagnose wurde sie in die Gynäkologische Abteilung des Städtischen

Krankenhauses verlegt und innerhalb einer halben Stunde eine gestielte, gedrehte Eierstockzyste operiert. Gegen 18:00 Uhr wurden wir telefonisch gebeten, unsere Tochter abzuholen, es ginge ihr gut. Um 21:00 Uhr verließen wir mit ihr das Krankenhaus. Die Ausstellung der Entlassungspapiere zog sich etwas hin: die Nachtschwester hatte die übrige Station allein zu versorgen und auch die Dienstärztin war durch andere Aufgaben gebunden. Die telefonische Auskunft des operierenden Oberarztes war freundlich und knapp – im Bewusstsein eines erfolgreichen Routineeingriffs – »minimal invasiv«. Es erinnerte mich an meinen Automechaniker, souverän im Beherrschen seines Metiers: »Nein, nein, kein Kolbenfresser – wir haben am Turbolader ein Aggregat ausgetauscht. Alles in Ordnung, Sie können ihn abholen!« So einer macht sich beliebt.

Zu Hause fiel mir ein, dass wir vor 50 Jahren als Kinder im Sonntagsgottesdienst um das Leben meiner Mutter gebetet haben, die mit derselben Diagnose schwer erkrankt war und nach der Operation 14 Tage in einer Klinik verbrachte. Weitere 50 Jahre früher hatte man noch gute Chancen, an so einer Geschichte zu sterben.

Das nenne ich Fortschritt. So viel zur somatischen Messlatte.

### Heute Psychiater werden?

Und nun zu uns, zur Psychiatrie. Ich möchte nicht den Enke-Suizid mit der Ovarialzyste vergleichen. Aber in wenigen Tagen stehe ich wie an jedem Semesterende neben meinem chirurgischen Kollegen vom Städtischen

Klinikum auf der PJ-Messe der Universität Göttingen (PJ = Praktisches Jahr. Es ist der letzte und vielleicht wichtigste Ausbildungsabschnitt auf dem Weg zur Approbation zum Arzt). Studentinnen und Studenten flanieren an den zahlreichen Ständen der Lehrkrankenhäuser in der Eingangshalle vorbei. Sie lassen sich von den Chefärzten die Angebote und Vorteile der Kliniken unterbreiten. Schlaue Chefs haben die PJ-Studenten vom letzten Semester mitgebracht. Hochglanzbroschüren, Kugelschreiber, Obst oder Pralinen gehören neben der PowerPoint-Präsentation auch dazu. Der Konkurrenzdruck ist spürbar. Wer einen PJ-Studenten im letzten Jahr seiner Ausbildung auf den Haken kriegt, hat realistische Aussichten, diesen nach dem Examen als Assistenzarzt übernehmen zu können. Ein Jahresdrittel in der Psychiatrie kommt nur als Wahlfach infrage. Umso wichtiger, wenn einer anbeißt – schließlich hatten wir im Frühjahr erstmals die Situation, dass auf eine Stellenanzeige im Deutschen Ärzteblatt (ca. 5 000 €) keine einzige Bewerbung einging.

Die Statistik ist alarmierend: Die Zahl der Absolventen im Fach Humanmedizin ist von 11 978 im Jahr 1994 auf 8 724 im Jahr 2006 deutlich gesunken. Im Osten der Republik oder in abseits gelegenen Häusern steigt die Zahl freier Stellen, werden Lücken mit Ärzten aus der ehemaligen Sowjetunion aufgefüllt.

Also werbe ich für die Psychiatrie, für die Sozialpsychiatrie, für eine kommunalisierte Versorgungsklinik, die sich auf dem Weg vom zentralisierten Landesasyl in die Gemeinde befindet. Natürlich mit Dialektisch-Behavioraler Therapie und Traumatherapie, aber ohne Tiefenhirnstimulation und Neuroimaging. »Ich interessiere mich mehr für die neurobiologischen Aspekte der Psychiatrie ...« – klar, verstehe ich, wird ja vermutlich in den Vorlesungen so vermittelt. Und als Grundlage kann es auch nicht schaden, mehr von der Funktion des Gehirns zu verstehen, z. B. bei den Nebenwirkungen der Neuroleptika. Hat Finzen damals schon gesagt, dass die Patienten wohl mehr davon profitieren würden, wenn wir uns die Hälfte der Zeit, die wir in der psychotherapeutischen Ausbildung verbringen, stattdessen mit Psychopharmakologie beschäftigen würden. Dabei ist das junge Gesicht freundlich, der Kontakt angenehm. Und grundsätzlich muss jede Chance genutzt werden. Ob der sozialpsychiatrische Funke überspringt, wenn erst die Begegnung mit kranken Menschen das Wissen um die Funktion des Gyrus cinguli ergängt?

### Damals Psychiater werden

Wie war das damals bei mir? Wie bin ich zum Sozialpsychiater geworden?

1973 hat mich eine Oberschwester im Zivildienst auf das Stipendium des Landschaftsverbandes Rheinland aufmerksam gemacht, das zusätzlich zum BAföG für Medizinstudenten nach dem Physikum gezahlt wurde, wenn man sich für fünf Jahre in ein Landeskrankenhaus verpflichtete. Ein angenehmes Zubrot, da ich nach dem Ersatzdienst sowie so zurück wollte, zurück in einen Bereich der Medizin, der zwar wenig mit »Halbgöttern in Weiß« zu tun hatte, dafür aber viel mit Moral und gesellschaftlichem Aufbruch: ging es bei der Psychiatrie um einen vom allgemeinen Nachkriegsaufschwung abgekoppelten Bereich, der ähnlich wie der Strafvollzug oder die Heimerziehung dringend reformiert werden musste.

Die in den Kliniken tätigen Ärzte kamen überwiegend aus aller Herren Länder, ältere (deutsche) Ärzte arbeiteten nicht selten über das Rentenalter hinaus. Die Psychiatrie als medizinisches Fach war mega-out.

Die kleinen Pinels, die in den 70er-/80er-Jahren aufbrachen, die Irren ein zweites Mal von ihren Ketten zu befreien, taten das materiell gut abgesichert: mit unbefristeten Verträgen, bezahlten Überstunden und einer »Wüstenzulage«, wenn man sich in ein LKH in der Provinz traute. Der Arbeitsauftrag schien klar: schon in der Schule gab es den ersten Kontakt mit den bunten Suhrkamp-Bändchen, mit Cooper und Laing & Co. Die hier genüsslich ausgebreitete Antipsychiatrie gab dem Zivildienst schon geradezu subversive Züge. Hier stand, wie's eigentlich sein sollte, damit die Irren in ihrem Sosein die Gesunden werden konnten – weil in einer verrückten Welt Krankheit als Zeichen von Gesundheit anzusehen war. Dazu kamen die eindrucksvollen Schilderungen psychoanalytischer Heilungen mit Greens »Rosengarten« oder Foudraignes »Wer ist aus Holz?«. In der Regel ging es um Psychosen, selten um Depressionen, nie um Sucht oder Demenz. Zum theoretischen Überbau gehörten natürlich auch Sartre, Foucault, Marcuse – die Breite des Suhrkamp-Regals ließ erkennen, wie ernst man es meinte. Ich gehörte also zu jener gar nicht so kleinen Minderheit – und wir waren stolz darauf, standen wir doch unzweifelhaft auf der richtigen Seite, waren wir Teil einer »Bewegung«! Fischers »Irrenhäuser« war ein Bestseller, die Psychiatriereportagen im Stern hatte ich ausgeschnitten und die von

Hemprich und Kisker verantwortete Undercover-Beobachtung einer Psychiatriestation gab dem Feindbild eine wissenschaftliche Legitimation: »Die ›Herren der Klinik‹ und die Patienten« war die Veröffentlichung im Nervenarzt überschrieben und damit die Pflegerhierarchie zum Kampfziel erklärt. Zu Ideologie und Skandalisierung kam noch der Typus »jugendlicher Held«, dem erstaunlich früh die Leitung einer Klinik anvertraut wurde, in der Regel flankiert von einem Haufen junger Leute aus der DGSP, die darauf brannten, ihre Patienten zu befreien – nicht immer mit der nötigen Erfahrung, aber fast immer mit dem nötigen Engagement. Es wurde mit Spänen gehobelt – aber es wurde gearbeitet, und manchmal mehr als guttat.

### Über Beziehungen und Strukturen

Die Erfahrungen waren oft die von Grenzen – auf beiden Seiten. Einerseits haben wir erfahren, was alles möglich ist, wenn Fachlichkeit (Wissen und Erfahrung) mit Herzblut (Engagement) zusammengeht, und die notwendigen Strukturen (Personalstärke, Zeit = Geld) zur Verfügung stehen. Zu den Strukturen gehört auch die Bereitschaft, sich überflüssig zu machen durch Integration von Bürgerhilfe, Ehrenamt, Hilfe zur Selbsthilfe. Was damals nicht dazugehörte, war, sich mit erfolgreicher Arbeit um den eigenen Arbeitsplatz zu bringen! Die Verteufelung haltgebender Strukturen im Dienste des Mythos der »Deinstitutionalisierung« rächte sich nicht nur an ihren gläubigen Jüngern. Während die sich im Kampf um ihre Fachleistungsstunden beim »Schlecht-Schreiben« und Halten ihrer Klienten ertappten, traten durch die Hintertür der Maßregelvollzug und die Heime auf den Plan. Weder in der Enquete 1975 noch von der Expertenkommission 1988 vorgesehen, waren sie plötzlich da.

In diese Zeit meiner psychiatrischen Sozialisation fallen wichtige strukturelle Veränderungen: Tageskliniken und Ambulanzen erweitern das stationäre Angebot, die Zahl der niedergelassenen Psychiater/Psychotherapeuten/Nervenärzte steigt an, Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern führen zu einer deutlichen Verbesserung der flächendeckenden Vollversorgung, das Betreute Wohnen wird zur Pflichtleistung, Arbeits- und Beschäftigungsangebote ergänzen die ambulanten Möglichkeiten. Zwei große Versprechungen werden allerdings nicht eingelöst, ja, sogar teilweise ins Gegenteil verkehrt: rechnet man fairerweise die Zahl

der Heimplätze in die stationäre Versorgung ein, so hat die Psychiatriereform nicht Betten abgebaut, sondern kräftig zugelegt (von wegen »ambulant vor stationär«!) und: die gesellschaftliche Ausgrenzung psychisch Kranker im Maßregelvollzug hat sich bundesweit etwa verdoppelt (von wegen »Freiheit heilt«!). Gleichzeitig sind die Ausgaben für psychisch Kranke deutlich gestiegen und parallel dazu die Nervosität der Krankenkassen angesichts der aktuellen Entwicklung bei den Ursachen der Arbeitsunfähigkeitstage. Der bedrohliche Unterton, mit dem die Depression aus WHO-Prognosen von den Fachverbänden als die häufigste Krankheit der Zukunft zitiert wird, lässt die Chefetagen der Republik erschauern.

### Der Mythos von der Reform – und seine Widersprüche

Vor diesem Hintergrund erlaube ich mir die Bemerkung, dass die Psychiatriereform insofern keine »Reform« war, weil sie sich nicht vorrangig an den Interessen der Betroffenen entwickelt hat, sondern gesellschaftlichen, wenn man so will kapitalistischen Interessen folgt. Hier geht es nicht um die Würde und Teilhabe schwer und chronisch Kranker, sondern – in Anlehnung an den somatischen Reparaturbetrieb – um die effektive Wiederherstellung einer bedrohlich wachsenden Zahl von Produktionsaussteigern – Menschen, die dem Erwartungsdruck unserer kapitalistischen Arbeitswelt nicht mehr gewachsen sind – als ADHS-Kinder auch schon in der Schule. In dieser Logik steht auch, dass der Anteil an den Ausgaben für Psychopharmaka denjenigen für die ärztliche Behandlung inzwischen deutlich überstiegen hat. Die Brisanz des Themas »Depression« lässt sich am »erschöpften Selbst« (Ehrenberg), aber auch an den Machenschaften der Pharmaindustrie bei Antidepressiva-Wirkungsnachweisen (Kirsch) aufzeigen. So erklärt sich das ungläubige Augenreiben mancher Reformen, wenn sie nach jahrzehntelangem Ackern den elenden Zustand ihrer Akutstationen, die Heilungs- und Rehabilitationsraten ihrer Schizophrenie-Patienten oder die wachsende Zahl von Heimplätzen in ihrer Region betrachten. Und der Blick auf die Arbeitssituation der Mitarbeiter in der Psychiatrie verstärkt die Enttäuschung. Ist es verwunderlich, dass sich die Motivation zum engagierten Arbeiten z. B. im Betreuten Wohnen unter befristeten Vertragsbedingungen unterscheidet von unserer Situation damals? Könnte es sein, dass der Mythos der Reform einer Desillusionierung gewichen ist, die zunächst nur für eine realis-

tische Wahrnehmung spricht? Dann wäre es allerdings fatal, wenn die politische Dimension des aktuellen Neoliberalismus, dem die allgemeine Deregulierung zu verdanken ist, verleugnet und damit die besondere gesellschaftliche Verflechtung der Psychiatrie aus dem Blick gerät.

Dörner bringt es auf den Punkt: »Eine Psychiatrie-Reform hat also nur im Rahmen einer allgemeinen Gesellschaftsreform Chancen ... Erst im Rahmen eines solchen Prozesses würde eine Reform möglich, die allen Menschen gleiches Recht nach dem Grundgesetz garantiert, unabhängig von der Frage ihrer gesellschaftlichen Nützlichkeit, sondern abhängig allein vom Wert, den sie als Mensch haben. Stattdessen boomt der Irrsinn deregulierter Finanzmärkte und einer Sozialpolitik, die sich für ihre Existenz zu schämen scheint.«

Hierher gehört auch ein Zitat von Seesslen über ein neues Mittelschichtphänomen in Japan:

»Als *Karōshi* bezeichnet man in Japan einen plötzlichen berufsbezogenen Tod. Todesursache ist meist ein durch Stress ausgelöster Herzinfarkt oder Schlaganfall, Depression und Selbsttötung sind dazu Seitenprojekte. Man könnte wohl sagen, es handele sich um eine Mischung aus Nicht-mehr-Können und Nicht-mehr-Wollen. Etwa 40 japanische Kliniken haben sich mittlerweile auf Karōshi-gefährdete Patienten spezialisiert; zweifellos werden dort medizinische Karrieren gefahren, die selbst höchst Karōshi-gefährdet sind. Die Krise eines Teilsystems führt zum Boom eines anderen Teilsystems, dessen Krise ... Die soziale Praxis (und das wiederholt sich hierzulande, wenn auch nicht mit solcher Offenheit) läuft keineswegs auf die Verhinderung von Karōshi-Karrieren, sondern im Gegenteil auf das Management ihrer Normalisierung hinaus. Jeder arbeitende Mensch, der im mittleren Segment angelangt ist, muss mit dem Karōshi-Syndrom umgehen lernen, inklusive Früherkennung, Prophylaxe, Reha und all dem Scheiß. (Wahrscheinlich ist ein »Leitender Angestellter«, der nicht Karōshi-gefährdet ist, entweder die größte Drecksau von allen, oder er ist die Bonizahlungen nicht wert.)«

Es fällt schwer anzuerkennen, dass auch die Sozialpsychiatrie nur ein Teilsystem eines in die Krise geratenen Teilsystems ist.

### Was bleibt? Was wird sein?

Reicht das, um zu veranschaulichen, dass die Wirklichkeit von heute mit der vor 30 oder 40 Jahren nicht mehr viel gemein hat? Wenn wir versuchen zu konkretisieren, was sich in der Arbeitswelt der Psychiatrie wesentlich verändert hat, dann ist es vor allem die Intensität, die Verdichtung der Arbeit. Die viel beklagte »Bürokratisierung« reicht nicht aus. Es geht auch um die Inhalte, womit wir unsere Arbeitszeit verbringen, um den permanenten Zwang zur Rechtfertigung, zur Dokumentation von Leistungen; Leistungen, die sich als abrechenbare Module in Zeiteinheiten ausdrücken lassen, die nur unter Nachweis von Mindestqualifikationen erbracht werden dürfen und »evidence based« sind. Das eigentlich Erschreckende ist, wie selbstverständlich die Logik erscheint, mit der uns dieser Wahnsinn aufgenötigt wird. Dabei ist klar, es ist kein Problem der Psychiatrie. Es trifft alle Arbeitsfelder, deshalb auch uns. Spannend wird es da, wo wir einerseits unter betriebswirtschaftlicher Sicht von den Drop-outs eines immer verrückter werden Systems profitieren – der Laden brummt, die Betten sind belegt, die Kassen versuchen verzweifelt, den Kostenboom im Psychosektor durch neue Entgeltsysteme in den Griff zu bekommen – andererseits selbst Teil des Systems sind und uns deshalb seiner immanenten Logik nicht entziehen können (Adorno: »Es gibt kein richtiges Leben im Falschen.«).

Zurück zur Arbeitersituation: die Faszination der Reparaturmedizin vom Schläge eines Dr. House endet in der Hausarztpraxis: die Begleitung chronisch Kranker ist nicht der Stoff, aus dem die Helden sind. Dafür aber ist es die Wirklichkeit.

Und unter jungen Psychiatrie-Mitarbeitern finde ich in allen Berufen erstaunlich viele, die genau diese Wirklichkeit sehen, die Menschen auf ihren Irrwegen begleiten mögen, die ihre Zuneigung, ja, Liebe gerade für diese Extremindividualisten spüren. Natürlich können sie das nur, wenn sie etwas von dem Anderssein auch bei sich entdecken, möglichst nicht zu viel, aber genug, um sich einzufühlen, um verstehen zu lernen. Warum wirken dann die Jungen auf die Alten oft so »arbeitnehmerhaft«, so viel weniger engagiert? Ich vermute, es hat etwas mit einem gesunden und notwendigen Selbstschutz, mit Karōshi-Prophylaxe zu tun. Den Stoff zum Größenwahn, den wir damals hatten, gibt es heute nicht mehr. Gesamtgesellschaftlich wird das nicht unbedingt von Nachteil sein. Was bleibt?

Auch wenn die gesellschaftlichen Ziele der Psychiatrie-«Reform» nicht erreicht wurden – innerhalb der vielfältigen und widersprüchlichen Entwicklungen hat die Modernisierung auch eine Menge positiver Beiträge für eine soziale Psychiatrie gebracht. Was dabei für mich von unersetzlichem Wert ist, sind die Erfahrungen, die Geschichten von Menschen, die wir erlebt haben. Wie die von Carolin, die mir eines Tages in meiner Wohnung in meinem T-Shirt aus der Dusche entgegenkam. Carolin war jung und hübsch und krank und ich war ihr Arzt. Carolin lebt heute in einem Heim. Ich habe sie neulich nach 20 Jahren wiedergesehen. Sie ist alt geworden, dick und ohne Zähne. Sie hat mich zuerst erkannt und in ihrem Lächeln sah ich sie wieder mit

meinem T-Shirt. Ich kann nicht ausschließen, dass sie deshalb noch lebt, dass sie sich nicht suizidiert hat, weil sie damals bei mir geduscht hat. Verstehen Sie mich? – Ich spreche von einer Art der Beziehung, wie sie durch die experimentelle Offenheit dieser Zeit möglich war. Für mich war es das Wichtigste in dieser Zeit. Ich befürchte, dass die für derartige Erfahrungen nötigen Räume immer stärker eingegrenzt werden. Andererseits: Vielleicht gibt es ja doch noch positive Überraschungen: über die Kommunalisierung und ein Regionalbudget, über EX-IN-Projekte oder das Hometreatment ...

Den Traum von einem menschenwürdigen, solidarischen Umgang mit psychisch Kran-

ken lasse ich mir nicht nehmen. Er ist, davon bin ich fest überzeugt, auch immer noch ansteckend ...

#### Literatur

Beim Verfasser

#### Der Autor

**Dr. Sebastian Stierl**

Ärztlicher Direktor  
Psychiatrische Klinik Lüneburg  
Am Wienebütteler Weg 1  
21339 Lüneburg