

„Moderne Zeiten“ – Mögliches und Unmögliches in der Psychiatrie

Vortrag am 2.12.00 beim van-Gogh-Kreis für die Rheinischen Kliniken

Mönchengladbach e.v.

Psychiatrie 25 Jahre nach der Enquete

Renate Schernus, Bielefeld

Vorbemerkung

Aus der Perspektive von Leitung, auf der zu verkehren ich bis vor kurzem die Ehre hatte, scheint in der Psychiatrie alles ziemlich gut geregelt und im Griff zu sein.

Jeder gibt sich qualitätsgesichert (gegen Qualität kann nun wirklich keiner was haben). Jeder gibt sich rational, was den Umgang mit den natürlich knappen Ressourcen betrifft (woher sollen denn die Mittel auch kommen). Jeder ist kundenorientiert und personenzentriert (man hat ja endlich das passende Instrumentarium). Und gemeindepsychiatrisch ist man sowieso (es wird heftig „enthospitalisiert“ und den GPV haben wir auch). Vor allem aber sind wir immer bio-psycho-sozial (vorbei die Einseitigkeiten früherer Zeiten). Selbst die Pharmaindustrie (die man auf keinen Fall verteufeln sollte) gebärdet sich so sozialpsychiatrisch wie noch nie.

Also, was soll `s. Modern Psychiatry is possible.

Just als ich mich dieser positiven amerikanischen Selbstsuggestion entspannt überlassen wollte, fiel mir dummer Weise ein ganz altes unmodernes Sufi-Spruchwort ein. Es lautet: „Über Hornissen, laß dich von Gestochenen informieren“. Damit war die Idee geboren, einige Interviews mit „Gestochenen“ zu führen. Ich entschloß mich, Psychiatrie-erfahrene, Angehörige und Mitarbeiter zur Lage der Psychiatrie zu interviewen, bei der letztgenannten Gruppe diejenigen, die Tag für Tag viele Stunden mit Patienten, bzw. Klienten verbringen, also die sogenannten Basismitarbeiter.

Ich will an dieser Stelle weder den Interviewleitfaden, noch das gesamte Material der 18 Interviews darstellen. Ich will lediglich schauen, ob von den „Gestochenen“ etwas zum Thema „Moderne Zeiten“, ihren Möglichkeiten und Unmöglichkeiten zu lernen ist

Das Wichtigste

Viele meiner Gesprächsanstöße in den Interviews kreisten um das Thema „Was ist gute psychiatrische Arbeit?“ und gipfelten in der, wie ich finde, sehr modernen Frage „Was ist ihrer Meinung nach das wichtigste Merkmal von Qualität in der Psychiatrie?“

Das, was als wichtigstes Merkmal für Qualität von allen genannt wurde, ist jedenfalls nicht das, was in Zeitschriften und auf Kongressen zur Zeit

am heftigsten diskutiert wird. Es entspricht andererseits dem, was jeder Mitarbeiter, der lange genug in der Psychiatrie gearbeitet hat, erwarten würde. Das ist eigenartig. Es ist das Selbstverständlichste und gerade weil es so selbstverständlich scheint, steht es in der Fachwelt nicht im Vordergrund inhaltlicher und sozialpolitischer Forderungen.

Als wichtigste Elemente von Qualität in der Psychiatrie werden genannt:

- individuelle Behandlung versus normiertem Vorgehen
- Zeit haben versus Hektik
- Ferner: Freundlichkeit, Respekt, Verständnis, Gespräche, Zuhören
- sowie die Übersetzung psychiatrischen Fachwissens in verständliche Informationen

Es ist schon verblüffend, dass für keinen meiner 18 Gesprächspartner auch nicht ansatzweise eins der zur Zeit heiß diskutierten Themen der psychiatrischen Fachwelt als „wichtigstes“ in den Blick kommt; also z. B. der Streit darüber ob Spezial- oder Sektorstationen mehr Qualität bedeuten, oder ob Abteilungen stets besser sind als

Fachkrankenhäuser, ob alle Heime oder nur die schlechten abgeschafft werden sollen, ganz zu schweigen von so etwas wie dem „Mangel an akademischen Gewicht und Prestige“ der Sozialpsychiatrie. (1)

Nein, als das Wichtigste werden ohne eine Abweichung und geradezu penetrant von allen drei Gruppen verschiedene Spielarten des zwischenmenschlichen Umgangs, häufig verbunden mit der Forderung nach mehr Mitarbeitern, benannt.

Da selbst sehr beeindruckt von den individuellen Nuancen dieser Äußerungen, würde ich gerne 18 Stimmen zitieren. Das geht aus zeitlichen Gründen nicht, deshalb nur drei Zitate:

Ein Psychiatrieerfahrener:

„Das Wichtigste ist die Menschlichkeit und das Zuhören, dass nicht einfach gesagt wird `der ist jetzt krank, was der sagt, ist egal, wir bestimmen jetzt, was für ihn gut ist.` Auch bei notwendigen Zwangsmaßnahmen sollte man dem Menschen nicht das Gefühl vermitteln, `was du sagst ist eh nicht so entscheidend, weil du krank bist.`“

Eine Angehörige:

„Echte Qualität braucht genügend Menschen, die kompetent, mit guter Ausbildung und nicht mit fachfremder Ausbildung im Team zusammen arbeiten können, und die deswegen psychisch Kranke gut begleiten können ohne ins Rotieren zu geraten oder Schnellschüsse verpassen zu müssen, weil es anders nicht mehr geht oder Menschen wegschließen zu müssen oder was es da sonst noch alles gibt.“

Ein Mitarbeiter:

„Ja, Qualität, das klingt so bombastisch. Ich glaube, oft ist es wichtig, eben keinen Weg zu haben und nicht zu wissen, was besser ist, sondern

zuzuhören und dem anderen zu signalisieren, dass ihm, wenn er was sagt oder sich erklärt, auch zugehört wird und dass das auch ernst genommen wird. Das sind so urmenschliche Sachen, die ich wichtig finde. Die kann man aber so schlecht erklären, weil, da heißt es dann gleich, du mit deiner rosa Brille, was sind denn das für große Worte. Aber, ich glaube, das hat am meisten Bedeutung.“

Eine Frage der Interviews drehte sich darum, was von den einzelnen an der von ihnen erlebten Psychiatrie als besonderes Highlight angesehen wird. („Was finden sie an der Psychiatrie, wie Sie sie kennengelernt haben richtig gut?“) Bei dieser Frage hätte es ja vielleicht nahe gelegen, dass endlich mal neue Medikamente, besondere psychotherapeutische Methoden, neueste Forschungsergebnisse oder zumindest Forschungshoffnungen oder wenigstens all die wunderbaren, gemeindenahen Einrichtungen gerühmt worden wären. Es wird manchen enttäuschen: Als wunderbar wurde von den Psychiatrieerfahrenen das Angebot von Reisen besonders hervorgehoben.

Im Originalton:

„Richtig gut finde ich, dass von verschiedenen Einrichtungen, z.B. Psychiatrische Ambulanz, dass da Reisen angeboten werden, dass Patienten und Mitarbeiter zusammen etwas unternehmen.“

„Ich weiß nicht, ob mir was Positives einfällt. Doch: die Möglichkeit auch als Sozialhilfeempfänger schöne Urlaube zu machen, auf Grund von Spendengeldern, insbesondere die Segelfreizeit war toll.“

Einmal wird ferner das Überschreiten der Abgrenzungen zwischen Patienten und Mitarbeitern als besonders positiv erwähnt: *„Wo man auch merkt, es ist nun einmal so, es sind beides Menschen und nicht nur eben zwei Seiten von Menschen.“* Ansonsten wird auch bei dieser Frageversion wieder hervorgehoben: Redenkönnen, Zeit bekommen, nicht verurteilt werden, Einzelgespräche – wobei hinsichtlich letzterer offensichtlich der fachliche Background oder die Therapierichtung für die Psychiatrieerfahrenen keine herausragende Bedeutung zu haben scheint.

Auch die Angehörigen bleiben auf ähnlicher Linie.

Eine Angehörige betont die Wichtigkeit des Aspekts des menschlichen Umgangs sogar in Abhebung von der Suche nach schneller Heilung:

„Ja, also ich finde erst einmal richtig gut, dass ich in der Psychiatrie ernsthaft am Menschen interessierte Mitarbeiter kennengelernt habe, die nicht an einer vorschnellen Heilung im Sinne von Wiederherstellung irgendwelcher äußeren Funktionierfähigkeiten interessiert waren. Und ich habe diese Menschen als sehr lebenserfahren erlebt.“

Und die Mitarbeiter, die modernen, was finden die so richtig gut an der Psychiatrie? Sie betonen, dass ihnen nie langweilig werde, natürlich – wundere sich wer kann - wegen der vielen Begegnungsmöglichkeiten mit

so interessanten Menschen. Sie betonen, dass die Öffnung der Psychiatrie gut sei und dass es überall dort um so besser werde, wo der Einzelne in den Blick kommt. Eine Mitarbeiterin schildert als Beispiel für ein typisches Highlight folgendes: *„Jetzt vor meinem Urlaub rief mich noch mal eine Bewohnerin an, von der ich auch Bezugsperson bin. Sie hat mir noch einmal einen schönen Urlaub gewünscht, das hat sie noch nie gemacht. Und das hatte so was - fast ein bißchen was, - na, wo ich gedacht habe, da ist auch ein bißchen eine Beziehung entstanden. Ja, ich habe mich darüber gefreut, dass sie da einfach so dran gedacht hat.“*

Blinde Flecke

Vielleicht haben sich den etwas Schizoideren unter Ihnen bei soviel Beziehungsfreude bereits einige Nackenhaare gestäubt. Deshalb eile ich schleunigst hinweg zur zusammenfassenden Darstellung negativer Aspekte. („Was fehlt der Psychiatrie, so wie Sie sie erleben oder erlebt haben? Wo hat die Psychiatrie ihren blinden Fleck?“)

Natürlich wiederholt sich auch hier mit negativem Vorzeichen vieles von dem bereits Dargestellten. Eine Übersicht über die wichtigsten „blinden Flecke“ ergibt Folgendes. In der Psychiatrie werde nicht gesehen dass:

- es in Bezug auf das Finden von Arbeit und hinsichtlich von Arbeitsrehabilitation zu wenig und zu wenig fachgerechte Hilfe gibt
- Arbeit nicht gerecht entlohnt wird, z. B. in der Werkstatt für Behinderte
- Integration massiv durch den Mangel an persönlichem Geld behindert wird
- es sowohl in Bezug auf Arbeit als auch in Bezug auf die Behandlung zu wenig flexible und individuelle Möglichkeiten gibt, die den enormen Persönlichkeitsunterschieden psychisch kranker Menschen gerecht werden.
- es zu wenig Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit gibt
- die Psychiatrie ihre Neigung zur Abschottung noch längst nicht überwunden hat

Auch hier muß ich mich leider auf nur wenige Zitate beschränken. Defizite in Bezug auf Arbeit werden interessanter Weise nur von Psychiatrieerfahrenen, von diesen jedoch sehr vehement akzentuiert. Ein Beispiel für viele:

„Meine Erfahrung hinsichtlich beruflicher Beratung durch Mitarbeiter der Psychiatrie waren nicht sehr gut. Die Beratung war nicht von besonderer Sachkenntnis geprägt und ging an meiner Arbeitsrealität vollständig vorbei.

Ich habe mir eigentlich von der Psychiatrie besondere Unterstützung gewünscht und nicht, dass die mir das noch schwerer machen.

Eine ganz ausgezeichnete Erfahrung machte ich hingegen mit einer Beratung bei der städtischen Stelle „Frau und Beruf“, die ich in Anspruch

nahm, weil ich mit meiner beruflichen Situation einerseits unzufrieden war, andererseits auch nicht nach den Sternen greifen kann. Ich erhielt dort Tips, die ich erstmals als realistisch, konkret und auch umsetzbar empfunden habe.“

Das Thema „alle über einen Kamm“, das ebenfalls insbesondere die Psychiatrieerfahrenen beschäftigte wird in folgendem Beitrag plastisch an einer sehr modernen Einrichtungsform dargestellt: *„Ich war mal 6 Monate in einer Tagesklinik gewesen. Da wurde auch zu sehr drauf geachtet, dass alle Patienten mit Psychosen immer das gleiche machen. Z. B. wenn dann eine $\frac{3}{4}$ Stunde lang ein Rezept für die einfachste Quarkspeise vorgelesen wird, und anschließend mit acht Leuten in den Marktkauf gegangen wird, um eine Tüte Zimt zu kaufen, dann fühle ich mich irgendwie nicht ernst genommen. Und dann frage ich mich auch, ob das auch aus einer gewissen Ratlosigkeit heraus geboren ist, solche Sachen dann mit den Patienten zu machen.“*

Bedenkt man, dass zu den Lieblingszielen moderner Psychiatrie insbesondere Integration und die berühmte Normalisierung gehören, stimmt es nachdenklich, dass meine Gesprächspartner – und zwar mehrere aus allen drei Gruppen - gerade die Tendenz zur Abschottung und die Künstlichkeit der Psychiatrie als blinde Flecken benennen. Eine Psychiatrieerfahrene führt dazu Folgendes dezidiert aus:

„Ich hab manchmal das Gefühl, man freut sich zu sehr über seine eigenen Einrichtungen, dass sie gut funktionieren.... Die Psychiatrie hat eine spezialisierte Wahrnehmungsweise und dadurch blendet sie vieles aus, was eigentlich für mich dazu gehört. Das, was in der Gesellschaft als normal gilt, ist ja auch sehr breit gefächert, je nach dem Milieu, in dem man steckt, gelten ganz andere Dinge als normal und ich würde mir einfach wünschen, dass Psychiatrie stärker darauf aus ist, den Leuten mehr in unterschiedliche `Normalitäten` rein zu helfen.“

Eine Mitarbeiterin aus der Akutklinik sagt zum Thema Eigenwelt der Psychiatrie:

„Ich denke, dass der Psychiatrie heutzutage wieder mehr der Blick für die sozialen Belange fehlt. Es wird sehr medizinisch zur Zeit geguckt. Der Alltag fällt doch mehr oder weniger hinten raus und das würde ich auch als den blinden Fleck zur Zeit betrachten.“

Psychotherapie

Vielleicht interessiert an dieser Stelle, wie bei dem vorherrschenden Wunsch nach vielen Gesprächen und individueller Behandlung das moderne Phänomen der Psychotherapie gesehen wird. Zunächst einmal zusammenfassend gesagt: Sie wird von allen bejaht. Die Psychiatrieerfahrenen betonen besonders stark, dass auch hinsichtlich der Psychotherapie die Nähe zur Alltagswelt und die Natürlichkeit des

Umgangs nicht verloren gehen dürfen. Methodenreinheit, hohe fachliche Spezialisierung werden nicht hoch gewertet. Die Gefahr der Abgehobenheit der Künstlichkeit wird betont. Psychotherapie wird von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen vorrangig mit Gesprächspsychotherapie gleichgesetzt. Der Begriff wird definitorisch nicht von hilfreichen Gesprächen aller Art getrennt. Nun einige beispielhafte Antworten. Eine Psychiatrieerfahrere: „*Ich halte z.B. Gesprächstherapie für ganz wichtig. Und das hat mir auch oft Anstoß gegeben, Dinge in meinem Leben zu verändern und vielleicht manchmal das Leben ein wenig positiver zu sehen.*“

Ein anderer:

„*Ich bin da auch ein bisschen skeptisch. So wie ich bin, will ich auch bleiben. Mich nicht da irgendwie so therapeutisch glatt polieren lassen. Mir haben eigentlich immer nur Gespräche was gebracht, wo ganz einfach nur mit dem gesundem Menschenverstand vorgegangen wird.*“

Und nun ein längeres Zitat, auf das ich einfach nicht verzichten konnte:

„*Ich kann nicht so gut haben, wenn die Psychotherapie so verläuft, dass ich das Gefühl habe, ich rede gar nicht mit einer Person, die mir wirklich zuhört, sondern ich rede mit einem Handbuch für Psychotherapie, wo dann immer die entsprechenden Sätzchen kommen und dann bin ich schon einigermaßen genervt.... Ich habe auch ein Problem, wenn psychiatrische Behandlung zu sehr aufs Psychotherapeutische konzentriert bleibt. Also, da entwickelt sich ja so ein ganz bestimmter Kommunikationsstil und der ist für eine bestimmte Zeit oder für bestimmte Bereiche vermutlich sinnvoll, aber ich würde mir vor allem einen ganz alltäglichen Kommunikationsstil in der Psychiatrie wünschen. Also einfühlsam ja, aber auch normal.*“

Eine Angehörige betont eher skeptisch die Gefahr des Manipulativen:

„*Auch die Psychotherapie sollte auf der Spur bleiben, dass es kein Rezept gibt zur Heilung von psychisch Kranken und aufpassen, dass sie nicht anfängt an die Herstellung von so etwas wie Normalität zu glauben, was ja an sich schon ein Unwort für mich geworden ist, dass das nicht machbar ist und nicht erzwingbar sein kann. Sie soll die Menschen ein Stück begleiten, mit diesen Menschen ein Stück gehen, alles für sie tun, damit sie ihren Umweg, den sie eingeschlagen haben, oder den ihr Körper, ihr Geist oder ihre Seele eingeschlagen haben, damit sie den auch zu Ende gehen können, oder dass sie ihn weiter gehen können, so, dass er zu ihnen passt.*“

In dieser Aussage wird m. E. besonders scharfsichtig und sensibel erspürt, wo die Möglichkeiten der Psychiatrie liegen und wo sie gefährdet sein könnte Unmögliches zu wollen.

Von Mitarbeiterseite werden als wünschenswerte Psychotherapieformen Verhaltenstherapie, verschiedene Körpertherapien und systemische Psychotherapie genannt. Bei letzterer findet Erwähnung, dass sie als besonders kompatibel mit Sozialpsychiatrie anzusehen sei.

Forschung

Wie bewerten nun Menschen, die alle ohne auch nur im Geringsten zu zögern die erste Priorität für Qualität in der Psychiatrie konkurrenzlos im Bereich des zwischenmenschlichen Umgangs und in der hinsichtlich Qualität und Quantität möglichst optimalen Mitarbeiterausstattung sehen, den Bereich der Forschung.

Alle Befragten aller drei Gruppen finden Forschung wichtig bis sehr wichtig. Dies läßt auf Anhieb die Aussage zu, dass Kommunikationsfreunde nicht unbedingt Forschungsmuffel sein müssen. Die meisten sagen, dass sie Forschung sowohl in biologischer als auch in psychosozialer Richtung befürworten.

Nur eine Person (eine Mitarbeiterin, die jahrzehntelang in einem kleinen Heim mit chronisch kranken Menschen gearbeitet hat) thematisierte, dass es bei begrenzten Mitteln Konflikte zwischen verschiedenen Prioritäten geben könnte. Im Originalton: *„Weil ich glaube, wenn man das so hoch ansiedelt, dann bleibt das Andere dabei vielleicht auf der Strecke. Dann investiert man da nicht genug für Alltagsbetreuung und für das was dabei nötig ist.“*

Einig sind sich so gut wie alle darin, dass es erstrebenswert sei, dass sich Forschung mit der Entwicklung nebenwirkungsärmerer Medikamente befaßt. Ferner wird auf die Notwendigkeit der Erforschung von Wechselwirkungen hingewiesen zwischen biochemischen Abläufen bei Psychosen und biographischen- sowie Umfeldvariablen. Allerdings will sich keiner zu Medikamentenversuchen zur Verfügung stellen. Einer sagt z. B.: *„Wenn es etwas durchschlagend Besseres gäbe, würde ich das gerne nehmen, aber als Versuchskaninchen nicht.“* Eine psychiatrienerfahrene Frau äußert folgendes Forschungsinteresse: *„Was ich z.B. sehr gerne mitmachen würde, sind so Sachen, die biographisch sind, weil die Krankheit ja sehr stark Biographie zerstört oder unterbricht, und für meine Begriffe die Erkrankung auch nicht immer ganz schlüssig biographisch zu erklären ist,(aber dennoch) irgendwo eingebettet ist.“* Andere Psychiatrieerfahrene betonen, dass sie erforscht sehen möchten, wie Menschen überhaupt gesund bleiben oder gesund werden.

Wichtig ist für alle Psychiatrieerfahrenen, dass sie nicht durch Forschung labilisiert werden und dass ihr psychotischer Zustand nicht ausgenutzt wird für Forschung, die sie in diesem Zustand nicht selbst beurteilen können: Dafür ein Beispiel: *„Ich würde bei keiner Forschung mitmachen in einem Zustand, in dem ich akut psychotisch bin, auch nicht mit meiner*

Zustimmung. Weil, es hat so ähnliche Sachen schon gegeben bei mir. Das habe ich auch in meiner Behandlungsvereinbarung dokumentiert und also ausgeschlossen.“

Von Seiten der Angehörigen und der Mitarbeiter werden über die genannten Aspekte hinaus nur noch zwei weitere genannt. Eine Angehörige betont, dass die Ergebnisse biologischer Forschung zur Schuldentlastung von Angehörigen dienen könnten. Mehrere Mitarbeiter meinen, Forschung dürfe nicht so abgehoben sein, und müsse sich stärker auf die alltägliche Lebensqualität der Betroffenen beziehen und außerdem lange Zeiträume umfassen. *„Ja, wenn man so im Alltag steht, da sind die Dinge ziemlich komplex und Forschung zeichnet sich dadurch aus, dass die Variablen so fürchterlich abgespeckt werden.“*

Eine andere Mitarbeiterin sagt, dass man mit den Ergebnissen einer Forschung, die die Wirklichkeit im Eigeninteresse der Forscher zurechtstutze, in der Praxis nichts anfangen könne. Alternativ dazu fällt ihr ein:

„Ich würde Langzeitstudien machen, wirklich lebensgeschichtlich forschen und dabei berücksichtigen welche medikamentösen, sozialpsychiatrischen oder auch ganz alltäglichen Hilfen es gegeben hat und was letztendlich hilfreich war.“

Trotz einer grundsätzlich offenen und positiven Einstellung zur Forschung waren bei allen Befragten Ängste davor, dass im Rahmen von Forschung die persönliche Würde und Integrität verletzt werden könnte nicht zu übersehen. Die Hoffnung auf Mögliches wird kontrapunktisch begleitet von der Furcht, dass Unmögliches vielleicht versucht werden könnte

Ich zitiere zunächst zwei Psychiatrieerfahrene Frauen:

„Was ich gefährlich finde, das sind zum Beispiel Früherkennungs-Untersuchungen, ob ein Kind behindert ist. Das finde ich ein ziemlich schwieriges Thema, ob das dann im Endeffekt zur Abtreibung kommen soll. Da hab ich halt ein bisschen Angst. Ja, ich denk, dass das auch viel mit unserer Gesellschaft zusammenhängt, wie Behinderte gesehen werden, und dass wir in einer Leistungsgesellschaft leben und dass dann manche Leute auf Behinderte herunter gucken, weil die eben nicht so leistungsfähig sind wie die so genannten Normalen – also nicht so gut arbeiten können, nicht so gut funktionieren halt.“

Eine andere Frau sagt:

„Es gibt Gefahren dabei. Man kann ganz schnell dazu kommen, zu sagen, es gibt keine psychische Krankheit mehr, auf dem Wege, dass man eben dafür sorgt, dass es keine Menschen mehr gibt, die an psychischen Erkrankungen erkranken können. Im übrigen: wenn uns jetzt meinetwegen so ein Depressions-Gen präsentiert wird oder so ein

Schizophrenie-Gen, ich glaube nicht, dass die Probleme damit gelöst sind, ich glaube, da kriegen wir erst recht Probleme.“

Eine Angehörige formuliert folgendermaßen:

„Ich glaube, wir brauchen nicht nur die psychisch Kranken, sondern wir alle brauchen diese Bereiche in unserer Seele, in unserem Sein, die so grenzwertig sind. Die sind nicht umsonst da, sondern vielleicht deshalb, um uns Fingerzeige für Menschlichkeit zu geben. Und wenn es die nicht mehr gibt, dann fehlt ein Teil. Deswegen darf Forschung das nicht ausmerzen oder auszumerzen versuchen.“

Eine andere Angehörige sagt kurz und bündig:

„Ich denke zwischen biologischer Forschung und eugenischem Missbrauch ist ne Gradwanderung.“

Und auch in den Äußerungen der Mitarbeiter spiegeln sich moderne Diskussionen wieder und werden skeptisch aufgegriffen:

Eine Mitarbeiterin sagt:

„Ich würde z. B. Traumaforschung mit Kernspintomographie strikt ablehnen. Das sind Untersuchungen bei gleichzeitiger Konfrontation mit dem Traumaerlebnis. Ich kenne viele Menschen, die traumatisiert sind. Und die müssen sehr, sehr behutsam begleitet werden.“

Eine andere:

„Ich würde auf jeden Fall Forschung an nicht einwilligungsfähigen Personen ablehnen.“

Bei einem Mitarbeiter ist sacht zu spüren, dass Dagegensein nicht immer leicht ist. Er sagt:

„Wenn's gegen die Würde des einzelnen geht ... will ich doch hoffen, dass ich strikt dagegen bin.“

Zukunftserwartungen

Nun zu etwas anderem, nämlich zur Zukunft der modernen Psychiatrie.

Eins der schönsten und modernsten Worte, nämlich das Stichwort

„Qualitätssicherung“, löste paradoxer Weise verhaltene bis heftige Zukunftsbefürchtungen der befragten Personengruppen aus.

Bemerkenswert ist allerdings, dass sich mehr Befürchtungen bei Angehörigen und Mitarbeitern als bei Psychiatrieerfahrenen zeigen. Ich zitiere zunächst zwei Angehörige:

„Qualität nur messbar zu definieren, komplett überprüfbar zu definieren ist meiner Ansicht nach gefährlich und führt zu falschen Entwicklungen, die glaube ich auch mit diesem Wort durchaus transportiert werden sollen, nämlich Einsparungen, Verfügbarkeit von Prozessen, von Abläufen, Berechenbarkeit. Ich glaube, dass da das Menschliche, das eben immer auch andere Wege kennt, als die, die bisher vorgeherrscht haben, unter die Räder kommt, dass es notwendig ist, Wege offen zuhalten, die anders verlaufen als geplant“.

Eine weitere Stimme:

„Ich sehe das ein bisschen düster. Ich habe den Eindruck, dass es Veränderungen gibt. Gelder werden eingespart, dadurch muss die Medikation vielleicht höher angesetzt werden, es gibt weniger Stellen. Die Zeit der Öffnung scheint eher rückläufig zu sein und so gesamtgesellschaftlich ist ja auch festzustellen, dass die Richtung wieder mehr zur Betonung von Leistung hin geht.“

Die Mitarbeiter – durchaus wohlherzogen - heben stets als erstes hervor, dass es wichtig sei auf Qualität zu achten und bestimme Bereiche, z. B. Angehörigenarbeit, Aufnahmesituation, Umgang mit Gewalt usw. zu überprüfen und ggf. zu verbessern. Der Schwerpunkt liegt jedoch auch bei ihnen auf einer deutlich skeptischen Haltung. Einer sagt:

„Es gibt so eine Gegenbewegung. Bei der es vielleicht eben nicht so sehr um sozial-psychiatrische Ansätze geht, sondern: wir wollen mehr Wissenschaft und mehr Medizin. Und wenn man auf dem anderen Auge dann wieder blind wird, das wäre schon schlecht..... Und eben dies Setzen auf Machbarkeit und dass die Ruhe und die Gelassenheit fehlen, die kleineren Umwege zu gehen, die vielleicht teurer sind, aber irgendwie doch menschlicher.“

Ein anderer: *„Man kennt das ja aus der Wirtschaft. Da geht es einfach darum, mit weniger Personaleinsatz mehr zu produzieren. Also Arbeitsprozesse zu optimieren, dass ist auch Qualitätssicherung. Und im Umgang mit Menschen kann man, glaube ich, so nicht denken.“*

Eine Mitarbeiterin formuliert kurz und bündig:

„Wenn die finanzielle Seite immer knapper wird, dann wird Psychiatrie wahrscheinlich immer rigider.“

Einen anderen Aspekt betont folgender Beitrag eines Mitarbeiters:

„Ich könnte mir vorstellen, dass der weitere Abbau der Heimplätze voranschreitet, dass die ambulanten Anbieter größer werden, aber dass eben dadurch im Heimbereich selber schwierigere Menschen leben werden, also dass dort eine geballte Unruhe, ein bestimmtes Klima geschaffen wird, das es letztlich den dort lebenden Menschen schwerer macht, eingegliedert zu werden oder vielleicht auch den Schritt, in eine unabhängigere Lebensform zu gehen. Das wird schwierig, wenn gleichzeitig Stellen gestrichen werden“

Sehr alltagsnah auch folgende Äußerung:

„Es gibt trotz allem Reden über Qualitätssicherung immer weniger Zeit für eine qualitativ gute Arbeit...Umzugsarbeit, Verwaltungsarbeit, Berichte für den Kostenträger, Dokumentation ...Wenn ich die Qualität daran messe, dass ich teilweise Bewohner, die ich betreue, an manchen Arbeitstagen überhaupt nicht sehe, ist die Qualität schon ziemlich gering. So kann es in Zukunft eigentlich nicht weiter gehen.“...

Ähnlich eine weitere Mitarbeiterin aus dem Bereich dezentraler Heime:

„Ich hoffe, dass zukünftig nicht alle Mitarbeiter die meiste Zeit am Schreibtisch verbringen was aufschreiben, was abhaken, irgendwelche

Listen ausfüllen. Der Computer kommt mir da natürlich ins Sichtfeld. Ich habe ein gemischtes Gefühl, wenn es dann letzten Endes dahin führt, dass die Mitarbeiter gar nicht mehr bei den Leuten so direkt sind, dann finde ich das ganz komisch. Und ich glaube, dass könnte für Menschen auch eine Verlockung sein. Ich denke mein Gott, wo bleibt denn die eigentliche Arbeit, wo bleibt da die Qualitätssicherung.“

Eine Mitarbeiterin aus der Akutklinik formuliert: „Ich glaube, dass die Klinik sich verkleinern wird, dass viele Menschen eher ambulant betreut werden können. Das ist einerseits gut, aber ich befürchte, dass Menschen aus den sozialen Randgruppen nicht mehr so sehr im Blick sein werden, sondern eher die Menschen, die sich selbst mehr vertreten können. Da habe ich auch ein paar Ängste an der Stelle, aber in die Richtung glaube ich, dass sich die Psychiatrie entwickeln wird

Eine andere verhalten skeptisch: „Wenn die Psychiatrie so bleiben könnte wie jetzt, wäre es schon gut.“

Falls einige dieser Befürchtungen leicht wahnhaften Charakter haben sollten, müsste man in diesem Fall sagen, dass die Psychiatrieerfahrenen weniger wahnhaft sind als die Mitarbeiter und Angehörigen.

Das Stichwort Qualitätssicherung löst bei den meisten entweder Achselzucken „sagt mir so nichts“ oder positive Bewertungen aus.

Diejenigen jedoch, die in versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen stehen, reagieren ähnlich wie die Mitarbeiter und Angehörigen mit Skepsis. Z. B. sagt eine Psychiatrieerfahrene, die einen langen Zertifizierungsprozeß an ihrem eigenen Arbeitsplatz in einer WFB erlebt hat, Folgendes: „Ob das unbedingt alles so toll ist, dass man immer so reibungslos funktionieren muss, bezweifle ich. Ich habe also gemischte Gefühle, dass es ständig darum geht irgendwie die Arbeit zu verbessern, die Arbeitsleistung zu verbessern – die Abläufe zu verbessern.“

Eine andere Frau äußert „Die Psychiatrie könnte sehr stark verwissenschaftlicht werden, sehr unpersönlich. In der Psychiatrie wird ja weniger mit Apparaten gearbeitet, aber wenn ich das mit der sonstigen Medizin vergleiche, wo es immer mehr die Zwei- Minuten-Apparate-Medizin gibt, könnte man sagen, vielleicht wird die Psychiatrie auch so. Es ist für mich offen, was wird, vielleicht wird es auch einfach gegenläufige Entwicklungen geben.“

Ansonsten werden die Zukunftserwartungen recht positiv formuliert: „Die Psychiatrie wird offener freundlicher. Es passiert mehr in der Stadt.“

„Angehörige und Betroffene werden beteiligt.“ ..“Bessere Medikamente und neue Therapieformen werden entwickelt.“...“Behinderte werden aus den Heimen rauskommen.“...“Der Schwerpunkt wird auf mehr Selbständigkeit liegen.“...Zwei Personen stellen fest, dass sie keinerlei großartige Veränderungen erwarten.

Schlußbemerkung

Wie in unseren modernen Zeiten die verschiedensten Tendenzen, Laufendes und „Gegenläufiges“, zusammenspielen, mag ein wenig aus den Interviews hervor gegangen sein. Sowohl in Bielefeld als auch in Mönchengladbach ist die psychiatrische Landschaft in den letzten drei Jahrzehnten recht gut bestellt worden. Aber diese Landschaften sind eingebunden in allgemeine gesellschaftliche Trends, deren Spuren sich im Bewußtsein und auch bereits im Alltag der von mir Interviewten zeigen. Viele beschäftigen sich mit Befürchtungen, Vermutungen, Fragen. Es ist so als würden feine Risse in den bisherigen Werthaltungen wahrgenommen.

Keiner erwartet, dass Rosengärten geschaffen werden, aber man ist sich unsicher, in welche Richtung sich die Psychiatrie eigentlich bewegt, und ob man mit Kollegen, Vorgesetzten und Kostenträgervertretern noch über, wie ein Mitarbeiter formulierte „Urmenschliches“ reden kann, oder ob es mindestens „optimale Versorgungsstrukturen“ sein müssen.

Was mich bei den Interviews am meisten berührt hat, ist die unübersehbare Kluft zwischen den Prioritäten, die die „Gestochenen“ mit großer Entschiedenheit setzen und denen, die mir bei Kostenträgern, Leitungen und in Fach- und Wissenschaftskreisen begegnen. Hierin spiegelt sich keineswegs der so gerne herbei geredete Gegensatz zwischen mehr biologisch oder mehr sozial betonter Psychiatrie.

Auf diesen beiden Ebenen könnte man durchaus mit Einverständnis aller Beteiligten arbeiten, wenn denn die ersten Prioritäten der Hauptbetroffenen hinsichtlich der wichtigsten Merkmale von Qualität berücksichtigt wären. Welche es sind wurde deutlich genug gesagt. Jetzt müßte man sich nur noch dazu entschließen, *diese* Prioritätssetzungen so ernst zu nehmen, dass man ab sofort beginnt, in ihre Umsetzung auch die meisten Energien und die meisten finanziellen Mittel zu stecken. Das hätte auch den Vorteil, dass so die Gefährdungen durch Ökonomisierung, Technisierung und überzogene Wissenschaftsgläubigkeit, die manch einer wohl nicht von ungefähr am Horizont zu sehen meint, am besten unter Kontrolle wären.

Verehrte Damen und Herren, mit dieser Bemerkungen möchte ich schließen - etwas verunsichert darüber, ob ich nun beim Möglichen oder beim Unmöglichen gelandet bin. Dies zu entscheiden, überlasse ich Ihrem weisen Urteil.

Literatur

1. Ciompi, Luc: Welche Zukunft hat die Psychiatrie? In: Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis, Tübingen (dgvt), 1/2000, 13

Renate Schernus
Bohnenbachweg 15
33617 Bielefeld