

Wie behandelt man den psychisch Kranken am Besten?

von

Dr. med. Jörg Weidenhammer

Vortrag

gehalten vor der Fachgruppe Psychiatrie des Verbandes der
Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V., im Klinikum am Weißenhof in
Weinsberg am 16. Oktober 2003

Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort.....	3
2. Historie	3
3. Einleitung.....	5
4. Wie behandelt man den psychisch Kranken am Besten?.....	6
4.1 Die Behandlungsorte.....	7
4.2 Über psychisch Kranke: einfache Modelle	10
4.3 Über das ‚am Besten‘	16
4.4 Umsetzung	23
5. Fazit / Zusammenfassung	24

1. Vorwort

Ein kurzer Blick ins Internet und in die Fachliteratur macht klar, dass sich über dieses Thema in dieser dezidierten Form bisher wohl niemand geäußert hat, jedenfalls nicht ohne Wenn und Aber. Doch die Relevanz des Themas ist unbestritten, denn eine falsche Therapie kann teuer und rechtlich problematisch werden und für den Patienten fatal.

Historisch gesehen wurde das Thema immer wieder bearbeitet, denn wer über eine psychiatrische Behandlungen spricht, oder eine Behandlungsmethode vorstellt, qualifiziert diese in der Regel auch. Und die Antworten darauf, wie man psychisch Kranke am Besten behandelt, fallen natürlich jeweils sehr unterschiedlich aus.

2. Historie

In der Antike hätte man möglicherweise nach der Diagnose, die durchaus schon modern war, nach sakraler oder dämonischer Methode behandelt.

Im Mittelalter wäre vielleicht ein Narrenfest oder den Gang ins Kloster empfohlen worden.

In der Renaissance hätte man die Dollkisten in den Narrentürmen empfohlen und geprüft, ob der psychisch Kranke sozial noch eingebunden ist.

Im Zeitalter des Absolutismus und der folgenden Aufklärung wäre es am Wahrscheinlichsten gewesen, den Patienten in ein hôpital générale zu überweisen, dort klären zu lassen, ob er wirklich psychisch krank ist und gegebenenfalls in einem Workhouse untergebracht.

Die Industrialisierung - parallel dazu die Romantik - sind der eigentliche Entstehungsort der psychiatrischen Behandlung. Erste Theorien werden in England und in Frankreich formuliert, dort von Pinell und Esquirol, der psychisch krank sein als eine Art Entfremdung definiert. Der Begriff von ‚Heilen und Pflegen in einer Anstalt‘ entsteht.

Im 19. Jahrhundert nimmt die Differenzierung immer mehr zu. Die Arbeiten von französischen und deutschen Fachleuten erreichen die Universitätsmedizin und es entsteht, wenn auch noch nicht behandlungstechnisch gesehen, die Psychiatrie, von der wir heute noch das diagnostische Grundgerüst benutzen. Alles was dann kommt sind Verfeinerungen und Ausgestaltungen. Auch die Psychotherapie und Arbeitstherapie werden in diesem Zeitraum entwickelt. Allerdings geschieht dies noch vor den Behandlungsmethoden mit Psychopharmaka bzw. anderen Substanzen.

Im weiteren folgt eine kurze Übersicht über die weiter Entwicklung der Behandlungsmethoden: Etwa 1915 entsteht die Malariakur gegen die progressive Paralyse, etwa 1930 wird erstmals ein Insulinkoma als Therapie bei Schizophrenie eingeführt, deren Verfeinerung ist der Kardiazolschock 1933, gefolgt von der Elektrokrampftherapie 1937.

In den Nachkriegsjahren wird systematisch untersucht, welche Medikamente sedierend wirken. 1952 kommt Valium auf den Markt und 1960 Haloperidol.

Dieser kurze historische Ausflug sollte nur verdeutlichen, wie tief eigentlich in die Vergangenheit zu blicken ist, um eine Antwort auf die Frage geben zu können, *wie denn die beste Behandlung eines psychisch Kranken* wirklich aussieht. Möglicherweise liegt in der Geschichte noch weit mehr verborgen, kann weit mehr wieder gehoben werden, wenn man sich damit intensiver beschäftigen würde.

3. Einleitung

Natürlich ist hier auch zu erwähnen, dass seit 1970, angeregt von dem Bundestagsabgeordneten Picard, eine Bewegung entstand, welche die Psychiatrie-Enquête¹ 1975 auslöste. Als die Psychiatrie-Enquête diskutiert wurde, stand ich gerade am Anfang meiner Berufstätigkeit und beschäftigte mich mit automatischer Syntaxerkennung durch den Computer. Ich habe zur Vorbereitung dieses Vortrages meine alten vergilbten Bände wieder zur Hand genommen und in ihnen gelesen. Bei dieser Lektüre habe ich immer wieder gedacht, wäre alles das, was dort damals vorgeschlagen wurde, Wirklichkeit geworden, könnte ich es mir einfach machen und auf diese Bände verweisen. Allerdings ist sehr viel mit Vorsicht, Empfehlung und Einschätzung formuliert.

Wie schon eingangs erwähnt, ist es nicht möglich aus der Fachliteratur heraus alleine eine Antwort zu finden, auch liegen nicht genügend empirische Untersuchungen darüber vor, *wie man den psychisch Kranken am Besten* behandelt, auf deren Basis man eine Verallgemeinerung wagen könnte. Deshalb möchte und muss ich auf die Grundlagen meines Wissens zu diesem Thema verweisen, die darauf basieren, dass die Beschäftigung damit durch meinen eigenen Werdegang geprägt ist:

Bevor ich mich der Psychiatrie, der Psychotherapie und Psychoanalyse zuwandte, habe ich mich als Facharzt für Neurologie qualifiziert. Die Weiterbildung in allen vier Bereichen hat mich in Länder geführt, die mir unter diesem Aspekt damals besonders interessant erschienen, namentlich Italien, England, USA (New York, Boston) und Frankreich. Eine besondere Erfahrung war mein beruflicher Ausflug in den Senegal. Dort arbeitete ich im psychiatrischen Bereich (Dakar-Fann) der Universitätsklinik von Dakar.

¹ **Deutschland <Bundesrepublik> / Bundestag:** Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland: zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung / Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode. – Bonn, 1975 (Drucksache ; 7/4200)

Auch in Israel, Jordanien, auf den Philippinen und in Vietnam habe ich in meinem Fachgebiet gearbeitet.

Ich habe mich während dieser Zeit mit dem Krankheitsbild der Epilepsie, mit der Analyse der Arbeitslosigkeit und ihrer psychiatrischen Folgen und die Behandlung von Suchtkranken bis hin zu den Spielsüchtigen auseinandergesetzt. Ein besonderer Schwerpunkt meiner therapeutischen Arbeit lag in der Behandlung von Personen mit extremen Traumata seelischer Art, wie z. B. Gefolterte oder Geiseln und damit verbunden, die Beschäftigung mit ethnopsychiatrischen Fragestellungen. Darüber hinaus habe ich mich ab 1988 mit der Qualitätssicherung beschäftigt, habe in der Verwaltung des Landschaftsverbands Rheinland sehr viel gelernt und etwas über Organisations-Psychoanalyse gelernt.

Auch heute spielt die Frage nach der besten Behandlung eines psychisch Kranken eine große Rolle für mich als niedergelassener Neurologe, Psychiater, Psychotherapeut und Psychoanalytiker, obwohl ich im Wesentlichen das Management der Trans Clinic Consultants GmbH (TCC) in Saarbrücken zu bewältigen habe, die heute Eigentümerin des Instituts für Gesundheits-System-Forschung (IGSF) in Kiel ist. Mit dieser ‚Mutter der Krankenhausbedarfsplanung‘ haben wir einen hervorragenden Datenpool und wagen uns zur Zeit an den Orten Saarbrücken, Kiel und Damaskus in den Bereich der Beratung von Krankenkassen, Krankenhäusern, Einzelpraxen und Praxiskliniken usw.

Mit fortschreitender Erfahrung ist mir klar geworden, wie persönlich fatal eine falsche Behandlung für Patient und Therapeut ist! Wie schwer es für beide ist, sich daraus zu befreien.

4. Wie behandelt man den psychisch Kranken am Besten?

Im Folgenden wird das Thema in vier Elemente gegliedert, von denen ich glaube, dass sie betrachtenswert sind.

1. Behandlungsorte,
2. Der psychisch Kranke und seine Dimension,
3. Das „Am Besten“,
4. Die Umsetzung.

Als erstes wird das Thema des **Behandlungsortes** erörtert, d. h. wo wird der psychisch Kranke eigentlich behandelt?

Zum zweiten beschäftigt sich dieser Vortrag damit, wie und wo uns heute **psychisch Kranke** begegnen. Daraus werden drittens einige Parameter abgeleitet, die für die Betrachtung des **am Besten** notwendig sind. In diesem Teil wird wieder ein Fokus darauf liegen, wie eine psychische Krankheit überhaupt entdeckt wird und damit, wie man eine Behandlung indiziert. Von besonderer Bedeutung war mir immer, Eigenschaften und persönliche Voraussetzungen der dort Arbeitenden zu beschreiben und auch zu definieren.

Viertens steht die Möglichkeit der **Umsetzung**, sowie die Qualität der Ausführung des bisher Erörterten im Mittelpunkt. Zum Schluss möchte ich auf drei Umstände hinweisen, die ich für sehr bedenkenswert halte.

4.1 Die Behandlungsorte

Ziehe ich ein Fazit aus dem, was ich früher in der Literatur gefunden habe und erinnere ich mich an die Zeit, in der ich selber aktiv in der Psychiatrie als Krankenhausarzt tätig war und beziehe meine Erfahrung als niedergelassener Kassenarzt heute mit ein, so muss ich Folgendes feststellen:

Der erste Behandlungsort ist in aller Regel kein professioneller, sondern einer, der sich über das soziale Umfeld eines psychisch Kranken definiert. Oft sind es die Klassenkameraden, ja sogar Kindergartenspielgefährten, Freundin, Freund, Eltern oder der Pfarrer und andere soziale Agenturen, nicht zuletzt die Telefonseelsorge, an die sich Menschen mit seelischen Problemen wenden. Dies muss noch nicht der Beginn einer psychischen Krankheit sein und damit auch nicht zwingend behandlungsbedürftig. Allerdings ist es umgekehrt wichtig zu wissen, wenn man sich mit dem Thema: *Was ist die beste Behandlung für einen psychisch Kranken?* beschäftigt, dann muss klar sein, dass bevor professionelle Hilfe einsetzt, ein großes soziales System in Gang gesetzt worden ist, in dem alle Versuche unternommen wurden, professionelle Hilfe zu vermeiden.

Denn trotz einer großen Entwicklung zum Positiven, gilt nach wie vor die psychische Krankheit als etwas, das verborgen werden muss. Diese Tatsache bedeutet für jeden, der einen Behandlungsort darstellt, dass er sich darüber orientieren muss, wo der Behandlungsort zuvor war.

Der Hausarzt ist nach wie vor in unserer europäischen Behandlungskultur einer der ganz zentralen Anlaufpunkte für den psychisch Kranken und der erste professionelle Behandlungsort. Dem Hausarzt wird noch am ehesten offenbart, dass neben der Grippe noch etwas anderes nicht in Ordnung ist. Der Hausarzt bleibt auch in 50 Prozent der Fälle der behandelnde Arzt. Verschiedene Untersuchungen über dieses Phänomen haben gezeigt, dass damit nicht unerhebliche Probleme verbunden sind. Die wenigsten Hausärzte haben eine fachpsychiatrische Ausbildung, bzw. haben sich genügend auf diesem Sektor weitergebildet, um wirklich weitreichende medikamentöse Entscheidungen treffen zu können. Allerdings werden auch Psychologen oder Psychotherapeuten nicht genügend Weiterbildungsmöglichkeiten auf diesem Sektor in einer ausreichenden Qualität angeboten. Ich möchte dies in aller Vorsicht, aber auch in aller Klarheit sagen. Da es im Übrigen durch zahlreiche Untersuchungen mittlerweile belegt ist und den Krankenkassen auch bekannt.

Meiner Ansicht nach, ist das eben erläuterte Behandlungssystem nicht eines der Besten, sondern ein System, dessen Stärke erst durch die Integration aller behandelnden Ärzte und deren Erkenntnisse zur Geltung kommen kann.

Vorsichtige Schätzungen gehen davon aus, dass etwa bis zu 40 Prozent der Erkrankungen mit depressiver Komponente in diesem Behandlungssystem nicht ausreichend erkannt und behandelt werden. In einem sehr provokanten Vortrag hat ein Fachkollege neulich gesagt, dass der Sprung aus der Depression in die Alzheimer für den Hausarzt oft gar nicht erkennbar wird. Umgekehrt sei es aber auch so, dass die Diagnose Alzheimer oft den Blick darauf versperre, dass der Alzheimer-Patient ein depressiver Mensch sei.

Immer noch wird der Weg zum nächsten Behandlungsort, dem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, dem Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder dem Psychologen in einer Fachpraxis oder dem niedergelassenen Psychologen als nicht makelfrei angesehen. Auch in meiner kleinen Praxis ist deutlich zu beobachten, wie verzögert der Weg zum Psychiater verläuft und wie häufig er mit einer neurologischen Diagnose maskiert wird.

Gerne folgen Patienten dem Rat, sich in einer Fachklinik für Psychotherapie im Rahmen von Rehabilitationsverfahren behandeln zu lassen. Schlägt man dagegen ein psychiatrisches Krankenhaus vor, sind nur die psychiatriee erfahrenen Patienten zu motivieren. Auch werden Krankenhäuser, in denen eine psychiatrische Fachabteilung ist, gegenüber rein psychiatrischen Krankenhäusern von Patienten bevorzugt.

Als weitere Behandlungsorte sind die zahlreichen Beratungsstellen zu nennen, die in ganz unterschiedlicher Trägerschaft stehen. In einem viel stärkeren Ausmaß als öffentlich bekannt, versuchen natürlich auch Heilpraktiker und Heiler psychische Krankheiten zu therapieren. Ich rate dazu, Berührungängsten zu diesen Berufsgruppen abzubauen, da fast

jeder Patient wenigstens erwägt, sich einmal von einem Heilpraktiker oder Heiler behandeln zu lassen.

Insgesamt werden pro Jahr etwa 1,6 Millionen Personen psychiatrisch behandelt. Diese immer wieder zitierte Zahl erscheint mir als zu niedrig; Zahlen der gesetzlichen Krankenkassen zeigen, dass dies möglicherweise nur die fachpsychiatrischen Behandlungen sind (Der Kampf um die Zahlen, auch er hat mich mein Berufsleben lang begleitet und manchmal zur Verzweiflung gebracht. Die heutige Gesundheitsberichterstattung ist ein großer Schritt in die richtige Richtung; die Datenschutzdebatte in Deutschland steckt mir selbst persönlich tief in den Knochen, auch habe ich sie nicht immer verstanden).

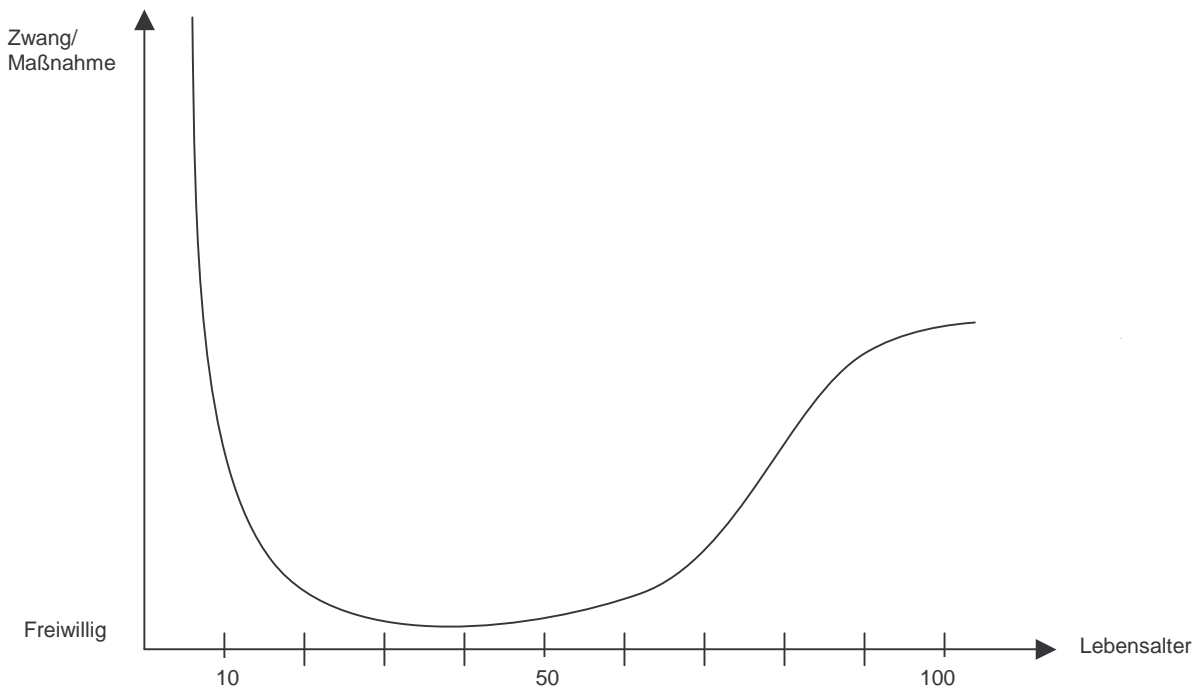
Noch eine Anmerkung zum Behandlungsort: Patienten haben diese Orte nahezu wie ein Videofilm im Kopf gespeichert, unter räumlichen und architektonischen Gesichtspunkten sind es oft unerträgliche Orte. Wie diese Orte aussehen sollten, dazu gibt es schon recht lange gute Empfehlungen! Beratungszimmer, Arztzimmer, Notfallräume, Ambulanzen, das ganze Spektrum von Räumen in denen über die seelischen Zustände gesprochen wird, sollte dem einfach Rechnung tragen. Vor dem Schreibtisch, hinter ihm, am Tisch, auf dem Boden und an vielen anderen Orten wird miteinander gesprochen und es werden weitreichende Entscheidungen getroffen. Es lohnt sich dies einmal kritisch festzuhalten und auch zu verbessern.

4.2 Über psychisch Kranke: einfache Modelle

An dieser Stelle möchte ich Ihnen darüber berichten, in welcher „Dimension“ man die psychische Erkrankung sehen muss. Sie ist nicht wie eine somatische Erkrankung des Körpers, sondern sie ist eine Erkrankung der Seele mit zahlreichen sozialen Auswirkungen. Insofern unterscheidet sich eine psychische Erkrankung von einer anderen Erkrankung in nahezu dramatischer Form. Und es ist bei dieser Erkrankung immer zu

berücksichtigen, dass die Maßnahmen, die zu ergreifen sind, schon allein um eine Diagnose zu sichern, nicht immer mit dem Freiheitsbestreben eines Menschen in Einklang zu bringen sein werden.

Behandlungswilligkeit:

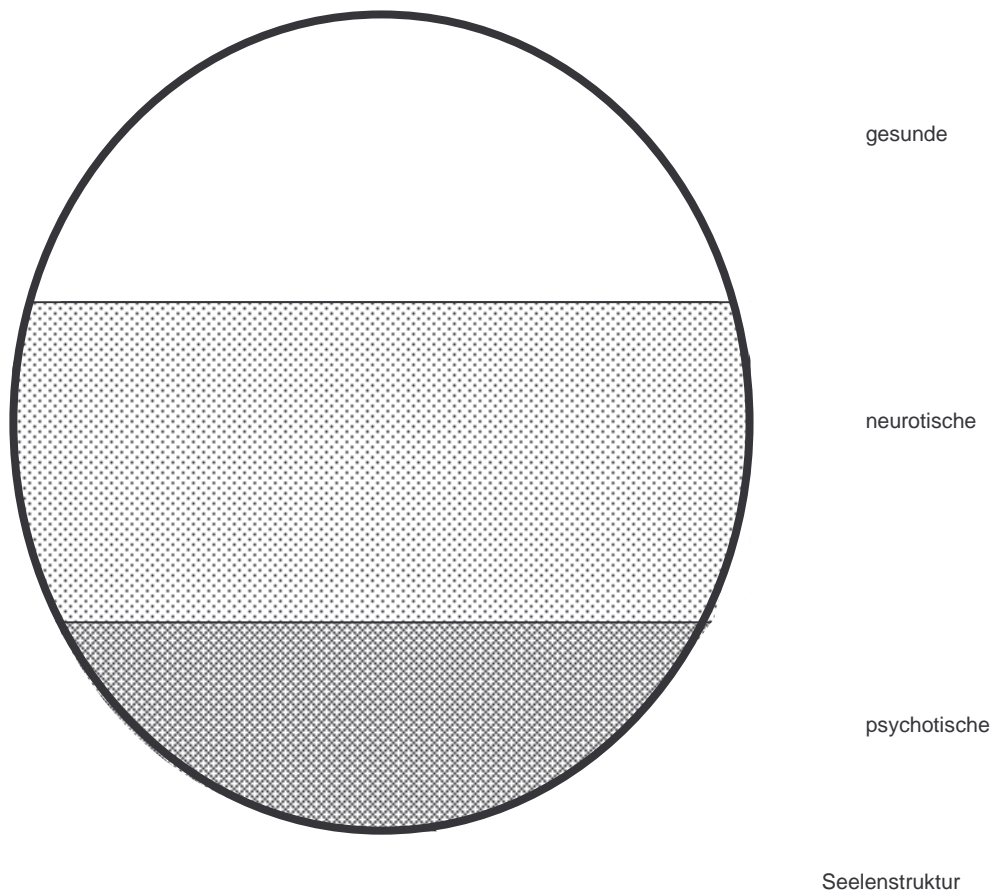


In der grafischen Darstellung, ist auf der vertikalen Achse die Freiwilligkeit bis zum Zwang aufgetragen und auf der horizontalen Achse das Lebensalter eines Menschen. Dabei stellt man fest, dass wir am Beginn und am Ende des Lebens in der Regel gezwungen sind, auch Behandlungen durchzuführen, die mit der Freiwilligkeit oder der Einsichtsfähigkeit des Betroffenen nicht in Übereinstimmung stehen werden. Im Erwachsenenalter ist mit Freiwilligkeit am meisten zu rechnen.

Zum weiteren Verständnis benötigen wir ein einfaches Modell der psychischen Verfasstheit eines Menschen. Man kann davon ausgehen, dass ein psychisch unauffälliger Mensch über ein Drittel völlig ungestörte Funktionen seelischer Art verfügt, ein Drittel seiner Funktionen kann man

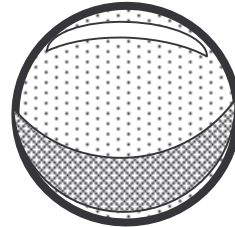
sich als neurotisch untersetzt vorstellen und ein Drittel seiner Reaktionen ist psychotisch. Mit diesem Gemisch lässt es sich durchaus ganz gut leben, so lange die verschiedenen Schichten nicht gestört werden.

Seelenstruktur einer „gesunden“ Person:

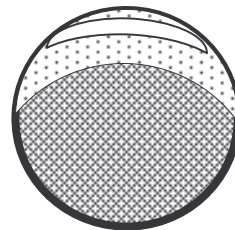


Grenzbereiche, fließende Übergänge:

neurotische Person



psychotische Person

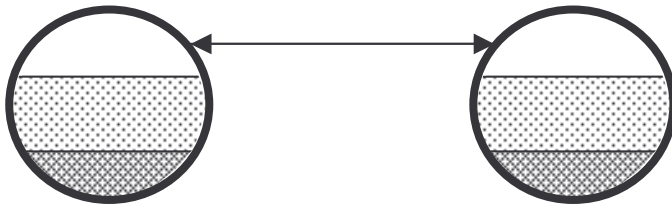


Diese vielleicht naiven, aber einfachen Modelle helfen dabei, eine Vorstellung darüber zu entwickeln, wann welche Behandlungsform am Günstigsten ist. In der Schicht, in der wir miteinander klarkommen, benötigen wir allenfalls Beratung. Bei neurotischen Verwicklungen hilft Psychotherapie in unterschiedlicher Form und bei psychotischen Zuständen sind medikamentöse Hilfen meistens unumgänglich, sowie die Nutzung eines psychiatrischen Krankenhauses. Insofern kann man das vorgestellte Modell in seinen drei Etagen qualifizieren und sagen: an der Basis mit einer schweren Störung steht das psychiatrische Krankenhaus und seine Angliederungen, darüber der ambulante Bereich und die Psychotherapie. (Beratung brauchen wir dann, wenn wir eine komplizierte Entscheidung zu treffen haben.)

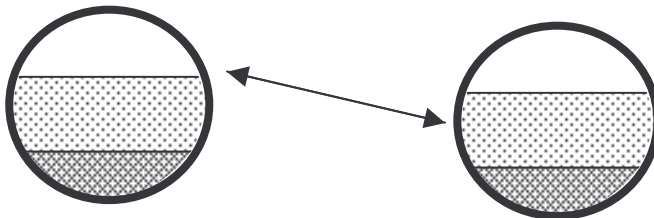
Im Übrigen lässt sich dieses Modell auch ganz gut anwenden, um kommunikative Prozesse einfach zu verdeutlichen, denn es lässt sich leicht vorstellen, dass wenn ein Psychose-Mensch mit einem weiteren

Psychotiker kommuniziert, dies dazu führt, dass der Bereich an der Basis sich weiter psychotisch entwickelt und andere Bereiche überdecken kann. Gleiches gilt für die neurotischen Strukturen. Nur auf dem Sektor, auf dem wir mit geklärten Verhältnissen leben, lassen sich Kommunikationen in einer 1:1 Relation vorstellen.

Gesunde gute Kommunikation:



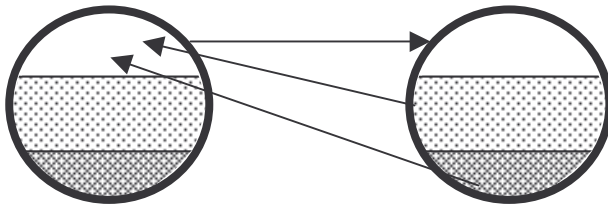
Suboptimale Kommunikation:



Die Kommunikation ist gefährdet, durch die Neurose des anderen blockiert zu werden: Missverständnisse und hoher Erklärungsaufwand sind die Folgen.

Psychotische Kommunikation:

Hier werden die Symptome verstärkt, allerdings kann dadurch erstere Person auch gefährdet sein, weil zuviel Psychotisches angesprochen wird.

Ideale therapeutische Kommunikation:

Der Therapeut appelliert und spricht mit gesunden Anteilen, d.h. mit dem Teil, der noch funktioniert, über die durch Neurose und Psychose veränderten Teile.

4.3 Über das ‚am Besten‘

Die Überlegung, *wie man einen psychisch Kranken am Besten behandelt*, hat durch das bisher Gesagte einige Konturen gewonnen, die nun noch mehr verdeutlicht werden sollen. Eine erste Antwort auf die Frage „*wie behandelt man den psychisch Kranken am Besten?*“ ist ganz einfach: Man hat die richtige Diagnose gefunden und behandelt ihn dann. Eingangs hatten wir schon überlegt, dass das Erkennen von psychischen Störungen nicht ganz einfach ist und zum Teil sehr ungewöhnliche Wege geht. Diese Wege sind noch komplizierter, wenn der Weg in die Psychiatrie über ein psychiatrisches Krankenhaus geht, da andere ungewöhnliche Partner daran beteiligt sind.

Beispielsweise stellt sehr häufig die Polizei oder die Feuerwehr eine erste Diagnose. Hierzu muss angemerkt werden, dass die Qualität dieser Diagnosen beeindruckend ist. Waren solche Mitarbeiter in der Vergangenheit eher über 1,80 m und breitschultrig, so muss man heute sagen, dass sie zwar immer noch so aussehen, aber mit dem psychisch Kranken einen Umgang entwickelt haben, der oft sehr gut ist. Je mehr man solche Kräfte in Ausbildungswege integriert, umso besser wird der Umgang mit den psychisch Kranken.

Die Diagnose, die zur Therapie führt, ist ein einschneidendes Ereignis im Leben eines Menschen und dann eines psychisch Kranken. Diese Diagnosen kleben am Patienten unter Umständen ein Leben lang und von daher ist der Umgang damit von besonderer Bedeutung. Was dieses Kleben bedeutet, ist in der Literatur eingehend erörtert worden und braucht nicht vertieft werden. (Labeling approach)

Ärztliches und psychologisches Handeln, das zur Diagnosefindung führt, benötigt eine sorgfältige Dokumentation. Diese sorgfältige Dokumentation ist immer noch Anlass zu zahlreichen Debatten, zumal man meistens davon ausgehen muss, dass es eine Defizitzuschreibung ist und im Befund

selbst selten auch die Fähigkeiten des betreffenden psychisch Kranken ausdrücklich beschrieben werden.

Vom kurzen schneidigen Begriff, das ist eine „vierzehn“ bis hin zum paranoid-haluzinatorischem Syndrom war zwar ein weiter Weg, dennoch sind die Auswirkungen der Diagnose auf den Patienten noch nicht in dem wünschenswerten Maß verbessert worden. Schließlich erhält die Diagnose nicht nur er, sondern auch seine Familie und sein Lebenspartner. Hinzu kommt, das häufig diejenigen, die vorher diagnostiziert haben, sich durch eine solche Festlegung beeinträchtigt fühlen.

Daraus leitet sich eine weitere Antwort auf die eingangs gestellte Frage, „*Wie behandelt man einen psychisch Kranken am Besten?*“ ab: Der psychisch Kranke wird dann am Besten behandelt, wenn eine richtige, begründbare Diagnose vom besten Diagnostiker unter Berücksichtigung der richtigen Differentialdiagnosen gestellt wurde.

Nun kommen wir zum relevanten Kern der Frage, „*Wie behandelt man einen psychisch Kranken am Besten?*“. Die Antwort ist denkbar einfach: mit der richtigen Therapie. Aber was ist die richtige Therapie?

Etwa 200 therapeutische Prozesse sind mit wissenschaftlichen Methoden beschreibbar. Um daraus die richtige Auswahl zu treffen, müsste man diese 200 Therapieverfahren kennen, was wohl nicht einfach ist. Zahlreiche Literatur ist in den letzten Jahrzehnten zu Differentialindikation und Therapieauswahl erschienen. Allerdings mehr im englischsprachigen als im deutschsprachigen Raum. Diese Literatur über „treatment selection“ hat auch einen Hintergrund, den man ökonomischen „Zwang“ nennt. Denn aus rein wirtschaftlichen Aspekten scheint natürlich die kostengünstigste Behandlung die Beste zu sein.

„Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die

nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“²

Und selbstverständlich ist innerhalb dieses Therapiebereichs eine doppelte Entscheidung zu treffen, neben der wirtschaftlichen natürlich auch die fachliche: ob ambulant, stationär, teilstationär oder in einer anderen Art behandelt werden soll.

Zwei Aspekte sind hier noch besonders hervorzuheben. Erstens sprachen wir bisher nur vom deutschen Patienten. Es muss daher noch auf die Besonderheiten der ausländischen Patienten eingegangen werden. Zweitens gibt es ein Phänomen bei der diagnostischen Arbeit mit Patienten, das in seiner Auswirkung viel zu selten und viel zu wenig deutlich formuliert wird.

Letzteres zuerst: Jemanden über sein privates persönliches intimes Leben zu befragen, ist eine Indiskretion der besonderen Art. Hinzu kommt, dass der Diagnostiker in Tiefen vordringt, in denen man sich normalerweise nicht in einer Situation befragen lässt, die man selber nicht komplett bestimmt hat, indem der Behandelnde auch noch wissen will, wie die Beziehungen zu Vater, Mutter, Ehemann, Ehefrau etc. sind. Selbst derjenige, der freiwillig berichtet, berichtet doch unter dem Gesichtspunkt, dass er genau weiß, sein Gegenüber wird das Wissen verwerten und daraus etwas „machen“. Dieses Phänomen der Diagnostik wird in der Wirklichkeit der Anamneseerhebung wenig beachtet, obwohl dies ein zentraler Punkt ist. Mir ist dies insbesondere deutlich geworden, als ich Verfolgte und Konzentrationslagerinsassen des Dritten Reichs psychiatrisch begutachtet habe: Oft steht die Retraumatisierung durch ein Interview in keinem Verhältnis zu dem Wissenszuwachs, der für eine solche Begutachtung alle

² SGB V, § 12,1

paar Jahre angefordert wurde, um die aktuelle Höhe der Rente zu bestimmen.

Aus dieser Situation heraus habe ich mich mit dergleichen Phänomenen beschäftigt, die auch in einem normalen anamnestischen Gespräch entstehen und war dann keineswegs überrascht, festzustellen, dass auch dort solche Phänomene zu finden sind. Dies heißt also, dass eine diagnostische Prozedur nur dann durchgeführt werden sollte, wenn genügend Zeit und auch genügend Können auf Seiten des Diagnostikers existiert, die „entstandenen Wunden und Schmerzen“ aus der biografischen Anamnese jedenfalls soweit zu behandeln, dass es für den Betroffenen aushaltbar bleibt. Schließlich ist die Erkenntnis, dass man zu den Psychotikern gezählt wird, keine Erkenntnis, die ganz leicht verkräftet werden kann. Hier spielt übrigens der Zeitplan bei einem Erstinterview oder einem anamnestischen Gespräch eine zentrale Rolle. Der Blick auf die Uhr sollte immer so sein, dass genügend Zeit bleibt, um Traumatisierungsphänomene zu verhindern oder zu bearbeiten.

Ausländische Patienten sind in Deutschland seit der großen Einwanderungswelle durch die sogenannten Gastarbeiter ein alltägliches Phänomen. Sie bringen Besonderheiten mit, die sich aus ihrer situellen Einbettung ergeben. An dieser Stelle von einem mediterranen Syndrom zu reden, ist eine grobe Vereinfachung. Die religiöse Verankerung dieser Patienten ist anders und oft komplizierter als bei deutschen Patienten. Manchmal hilft die Einbeziehung eines Imans bei Angehörigen des Islams. Die einzelnen Nationalitäten und Subnationalitäten haben viele Besonderheiten, die sich im Aufbau der Psyche widerspiegeln. Auch soziale Gegebenheiten sind ziemlich unterschiedlich und müssen bei der Anamnese durch Pflegepersonal, Ärzten oder Psychologen Berücksichtigung finden.

Dies setzt eine kenntnisreiche Persönlichkeit des Anamneseerhebenden voraus. Diese Personen sollten über zwei weitere Eigenschaften verfügen: Erstens muss jemand gut kontaktfähig sein, um Anamnesen durchführen

zu können, da nur im schnellen und frühen Kontakt zum Patienten der Zugang zu ihm und das für die Entwicklung einer Diagnose notwendige Wissen, entstehen kann. Zweitens ist es für den Patienten in einem anamnestischen Gespräch sehr wichtig, - dies muss die Hauptvermeidungsstrategie zur Traumatisierung und Retraumatisierung sein - kein Bild entstehen zu lassen, dass als ein Defizitbild definiert werden müsste. Die Bilder sind solche, in denen eine Personenbeschreibung lediglich aus den Elementen besteht, in denen jemand „nicht mehr funktioniert“. Für den therapeutischen Prozess, ist es Voraussetzung, über die Fähigkeiten eines Patienten etwas zu wissen und mit diesem Wissen den anamnestischen Prozess zunächst einmal abzuschließen, dies gilt bei medikamentöser Therapie und noch mehr bei einer Psychotherapie. Aus dem Wissen um die Fähigkeiten des Patienten heraus resultiert die Behandlungsbeziehung sowohl im Bereich Medizin, Psychologie, aber auch Pflege. Diese Behandlung ist wiederum ein Stück Antwort darauf, *wie man den psychisch Kranken am Besten behandelt*. Unter solchen Aspekten tritt dann in den Hintergrund, ob die Behandlung ambulant, stationär, teilstationär, in einer Rehaeinrichtung oder wo auch immer stattfindet.

Die Behandlungsbeziehung bedeutet, eine Therapieform gewählt zu haben, in der Therapeut und Patient die in der Beziehung notwendigen Entwicklungsschritte machen können. Für den Therapeuten bedeutet es, dass er eine Wahl getroffen hat aus der Vielzahl der möglichen Therapien und diese kontrolliert begleitet. Therapiekontrolle ist eine der zwingenden Notwendigkeiten, um Therapien rational zu begleiten und wenn nötig, in ihren Auswirkungen zu korrigieren. Darüber hinaus sind solche Therapieprozesse dann auch welche, in denen sich der Therapeut über den Beginn einer Medikation beispielsweise Kriterien für eine Fortsetzung der Medikation und die Kriterien für ein Ende der Medikation so genau überlegen muss, dass er ohne große Probleme diese auch dokumentieren kann.

Das Gleiche gilt selbstverständlich in anderer Form für psychotherapeutische Prozesse aber auch für soziotherapeutische Prozesse.

Das Nichtwissen um die Struktur eines mittleren Ablaufstatus einer Therapie, egal mit welchen Mitteln, ist besonders beklagenswert und noch beklagenswerter ist, dass für das Ende von Therapien, seien sie Pharmakotherapien oder Psychotherapien oder auch Soziotherapien oft so wenig bekannt ist, dass dies sehr willkürlich gesetzt wirkt.

Für die Anamneseerhebung und Behandlung gibt es aber auch soziale Voraussetzungen, welche die Institution psychiatrisches Krankenhaus schaffen muss, über die einen Augenblick nachgedacht werden sollte. Im Verlaufe meines Psychiaterdaseins hatte ich auch mit Patienten zu tun, die später eine gewisse Bekanntheit erlangten und sich in den Patientenselbsthilfe-Gruppen organisierten. Deren Wünsche sind vielfältig publiziert worden.

In den Arbeiten finden sich sehr ähnliche Ansprüche an eine stationäre Einheit und ihre Mitarbeiter: Die Beachtung der Menschenwürde, ein angstfreies Vertrauensverhältnis, Lebensbedingungen, unter denen die Kommunikation nach innen und außen nicht aufhört, das Offenmachen des therapeutischen Prozesses im Hinblick auf die Bekanntgabe von alternativen Behandlungsmethoden bis hin zu den Selbsthilfegruppen.

Mir persönlich erschien immer besonders bedeutsam, dass Briefumschläge, Briefmarken und Papier zur Verfügung gestellt werden, um schriftlich mit der Außenwelt kommunizieren zu können ohne die Kontrolle des Pflegepersonals, der Psychologen oder der Ärzte. Zusätzlich erwartet der Patient heute auch Fax und Internet. Über diese Themen ist in der Vergangenheit viel diskutiert worden und ich denke, dass innerhalb der Zeit, in der ich in der Psychiatrie tätig war, enorme Fortschritte erreicht

wurden. Diese zu bewahren wird allerdings unter den jetzigen materiellen Bedingungen nicht ganz einfach sein.

Ein letzter Punkt zu ‚am Besten‘: Dieser bezieht sich auf die Integration der Familie des Lebenspartners/Lebenspartnerin sowie anderer Bezugspersonen, die dem Patienten nahe stehen und im therapeutischen Prozess eine Rolle spielen. Wie sie geschieht, darüber gibt es eine Vielzahl unterschiedlicher Auffassungen. Dass es geschieht, ist die eigentliche Qualitätsfrage. Hierzu gehört im Übrigen auch die qualifizierte Integration von Haus- und Facharzt, von Soziotherapeut, kirchlichen Institutionen und unter Umständen der Beratungsstelle.

Der Weg des Patienten in die Psychiatrie ist sein Weg aus der Psychiatrie. Das heißt, diejenigen Instanzen, die eine Rolle gespielt haben, so dass der Patient am Ende ein psychiatrischer Patient wurde, sollten mit in Anspruch genommen werden, wenn es angemessen erscheint, dem Patienten den Gang aus der Psychiatrie auch wieder zu ermöglichen.

Zusammenfassend möchte ich folgende Antwort auf die Frage: *Wie behandelt man den psychisch Kranken am Besten?* geben: Man behandelt ihn dann am Besten, wenn man mit der richtigen Diagnose eine richtig indizierte Therapie mit den richtigen Mitteln durch den Therapeuten durchführen lässt und diesen therapeutischen Prozess mit verschiedenen rationalen Prozessvariablen begleitet bis hin zur Definition des Endpunkts unter Einbeziehung des sozialen Umfelds. Die Selbsthilfegruppe kommt hier nicht explizit vor. Zur Zeit kann ich nur individuell, d.h. pro Selbsthilfegruppe, die ich kenne, für oder gegen deren Unterstützung mich entscheiden. Wir haben zweimal den Deutschen Patiententag veranstaltet und über alle Selbsthilfegruppen neue Erfahrungen gesammelt.

4.4 Umsetzung

Ich versprach Ihnen, auch darüber nachzudenken, wie man solche besten Behandlungen unterstützt. Da ich mich implizit mit der Qualitätsfrage beschäftigt habe, heißt eine ganz globale erste Antwort: Jeder, der mit psychisch Kranken Umgang hat, benötigt eine qualifizierte Ausbildung, in der er psychiatrische Begrifflichkeit und praktische Umsetzung erlernt. Dazu gehört auch, dass er sich konstant über seine persönlichen Voraussetzungen zur Arbeit in diesem Terrain befragt und diese klärt. Der konstante Umgang mit menschlichem und besonders seelischem Leid ist nur dann gut auszuhalten, wenn das Aushalten organisiert wird. Es ist Aufgabe eines niedergelassenen Arztes, für sich selbst zu sorgen. Das gilt für einen Psychologen genauso wie für einen Sozialarbeiter und niedergelassenen Sozialpädagogen. Wie er das macht, muss er selbst entscheiden. Dass er es macht, ist obligat.

Die Träger großer psychiatrischer Einrichtungen, die Träger kleiner psychiatrischer Einrichtungen und aller im Behandlungsprozess eine Rolle spielenden Organisationen haben die Pflicht, für ihre Mitarbeiter zu sorgen, so dass sie arbeitsfähig sind. Allerdings haben die Träger auch für die Möglichkeit der adäquaten Aus- und Weiterbildung zu sorgen und sich auch finanziell daran zu beteiligen.

Ich rede hier ganz eindeutig der konstanten Supervision in den psychosozialen Berufen das Wort. Ohne diese und ohne die Weiterbildung im obengenannten besten Sinne kann keine gute Behandlung der psychisch Kranken erfolgen. Diese Ausbildung und die konstante Weiterentwicklung per Supervision muss finanziert werden. Die Gesetzliche Krankenversicherung bezahlt in Medizinbereichen, in denen wir über Untersuchungen von Krankheitskosten uns gefragt haben, wie es dazu kommt. Qualität in der Psychiatrie kann nicht geschenkt werden. Sie muss bezahlt werden und es müssen Finanzierungsmodelle entwickelt werden. Es muss über Umverteilung nachgedacht werden.

5. Fazit / Zusammenfassung

Zum Schluss möchte ich mir die Freiheit nehmen und Sie auf drei Elemente hinweisen, von denen ich nach wie vor überzeugt bin, dass sie Weiterentwicklungsbeschleuniger sind.

1. Da Kommunikation ein zentraler Punkt im Leben eines Menschen ist und ein noch zentralerer Punkt im Leben eines psychisch beeinträchtigten kranken Menschen, muss auf diesen Umstand besondere Rücksicht genommen werden und die Stationsausstattung eines psychiatrischen Krankenhauses darauf eingerichtet sein. Die Kontrolle dieser Kommunikation ist problematisch, manchmal nicht zu umgehen. Je freier sie ist, umso besser.

2. Während meiner zahlreichen Reisen habe ich die unterschiedlichsten Versorgungsformen für psychisch Kranke gesehen. Besonders eine Form der psychiatrischen Versorgung in den skandinavischen Ländern aber auch aus Asien ist mir im Gedächtnis geblieben: Es gibt dort psychiatrische Krankenhäuser, die ein Hotel betreiben. Dieses Hotel ist halböffentlich, d.h. diejenigen, die um es wissen, können dort auch wohnen ohne bisher ein psychische Erkrankung diagnostiziert bekommen zu haben, aber vielleicht selbst vermuten, dass sie psychisch krank sind. Andererseits können psychisch Kranke dort vorübergehend einziehen, um so eine größere Nähe zum psychiatrischen Krankenhaus zu erzeugen. Für viele eine große Beruhigung. In manchen Ländern wird dies von den Krankenkassen finanziert, in manchen Ländern muss der Patient selbst bezahlen. Eine gewisse grundsätzliche Subvention ist allerdings gewollt. Ich bin gespannt, ob wir in Deutschland an einem psychiatrischen Ort einmal eine solche Institution ausprobieren werden.

3. Die Diskussion über die Behandlungskosten in der Psychiatrie sind schwer erträglich. Die schnelle, nicht hinterfragte Indikation zur high-tech-medicine durch Haus-, Fach- und Krankenhausärzte ist ein Kostenfaktor im

Gesundheitswesen, der im Vergleich zu den Kosten der Psychiatrie ein Vielfaches ausmacht.

In den vergangenen Jahren war ich in dieser Medizin tätig. Viele nicht notwendige Diagnostik und Therapie ließe sich dort einsparen. Von den damit eingesparten Beträgen könnte eine optimale Behandlung finanziert werden.

Das IGSF Institut für Gesundheitssystemforschung fertigt seit Jahren Studien darüber an, welche Krankheiten welche Kosten verursachen und dabei liegen die psychischen Krankheiten, die wir hier besprochen haben, am Ende der Skala. Selbst chronisch psychisch Kranke sind immer noch „preiswerte“ Patienten. Statt aufs Krankenhausbudget zu starren, sollten die Gesundheitsökonomien mit den Krankenkassen Behandlungsprozesse analysieren und vergleichend die Wertigkeit des einen und des anderen einmal abwägen.

Die Lobbyarbeit der High-Tech-Mediziner muss von neuem analysiert werden. Im Ländervergleich sind wir ungebremst ohne Sinn zu teuer. In Bayern stehen angeblich genauso viele CT MRTs wie in ganz Italien. Was nützt uns das? Der outcome im Leben ist zu Gunsten Italiens.

Dieser Abwägungsprozess kann nur zu Gunsten der Psychiatrie ausgehen. Dazu braucht die Psychiatrie viel Kraft. Diese wünsche ich uns.

6. Literatur

Beutler, Larry E.: **Systematic treatment selection: towards targeted therapeutic interventions.** – New York, NY: Brunner/Mazel, 1990. – (Integrative Psychotherapy series ; 3)

Brandenburg, Joachim: **Hinein in die Klinik – heraus aus dem Leben?** In: Integrative Versorgung in der Psychiatrie ; Kongressdokumentation: Der neue Irre Weg. – Berlin, 2002. – S. 3-7

Cranach, Michael von: **Vom Streit um Spezialisierung und Regionalisierung: Wege aus der Blockierung.** In: 25 Jahre Psychiatrie-Enquete ; Band 2 / hrsg. von Aktion Psychisch Kranke. – Bonn: Psychiatrie-Verl., 2001. – S. 14-28

Deutschland <Bundesrepublik> / Bundestag: **Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland: zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung** / Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode. – Bonn, 1975. - (Drucksache ; 7/4200)

Fürstenau, Peter: **Psychoanalytisch verstehen, systemisch denken, suggestiv intervenieren.** – Stuttgart : Pfeiffer, 2002

Hölling, Iris: **Über die Unmöglichkeit der Psychiatrie-Betroffenen-Position.** In: 25 Jahre Psychiatrie-Enquete ; Band 2 / hrsg. von Aktion Psychisch Kranke. – Bonn: Psychiatrie-Verl., 2001. – S. 255-264

Schwendy, Arnd: **Was empfahl die Experten-Kommission?**
In: 25 Jahre Psychiatrie-Enquete ; Band 2 / hrsg. von Aktion Psychisch Kranke. – Bonn: Psychiatrie-Verl., 2001. – S. 29-43

Voelzke, Wolfgang: **Vom Objekt zum Subjekt – aus Sicht eines Psychiatrieerfahrenen:** Ziele, Kompromisse, zukünftige Aufgaben.
In: 25 Jahre Psychiatrie-Enquete ; Band 1 / hrsg. von Aktion Psychisch Kranke. – Bonn: Psychiatrie-Verl., 2001. – S. 212-231

Weidenhammer, Jörg; Brand, Brigitte: **Bedingungen für die Anhörung von Flüchtlingen des Asylverfahrens, die unter anderem Folter und andere traumatische Erfahrungen erlitten haben.** – Bonn : ZDWF, 1991. – (ZDWF-Schriftenreihe ; 44)

Weidenhammer, Jörg: **Die Retraumatisierung: ethische Fragen in der Interviewtechnik.** In: Bar-on, Dan (Hrsg.): Der Holocaust - Familiäre und gesellschaftliche Folgen: Aufarbeitung in Wissenschaft und Erziehung?. – Wuppertal, 1988. – S. 74-79