

# Psyche und Bett – über die Rahmenbedingungen stationärer Psychiatrie

VON SEBASTIAN STIERL

**Mehr als vierzig Jahre arbeitete unser Autor in der stationären Psychiatrie. Nach Erfahrungen als Zivildienstleistender und dem Medizinstudium wurde Sebastian Stierl Psychiater und war zuletzt bis zu seinem Ruhestand im Jahr 2017 Direktor der Psychiatrischen Klinik Lüneburg. In seinem Beitrag beschreibt er die Entwicklung nach der Psychiatrie-Enquete und die zukünftigen Herausforderungen für die psychiatrische Versorgung unter den bestehenden ökonomischen und gesundheitspolitischen Bedingungen.**

Als »elend« und »menschenunwürdig« bezeichnete die Enquetekommission (1973) in ihrem Zwischenbericht die Situation in der Psychiatrie in Westdeutschland, und genau so waren auch meine Erfahrungen als Zivildienstleistender in einem Landeskrankenhaus. Rechtlose Patienten, Bettensäle mit Isolierzellen und Medikamente als Ruhigsteller prägten die damalige Psychiatrie – und dennoch hat mich diese Vorhölle nicht abgestoßen. Auf mich wirkte sie aufregend, interessant, motivierend. Ja, da wollte ich arbeiten! Entscheidend für meine Haltung waren die Rahmenbedingungen, die gesellschaftliche Aufbruchsstimmung. Die 1968er Jahre waren schließlich auch der Startschuss für aufmüpfige Bürgerkinder, die damals dringend für eine Modernisierung gebraucht wurden, um die Nachkriegsstarre zu überwinden. Dabei war die Psychiatrie nicht der einzige Schandfleck einer wirtschaftlich boomenden Republik. Die Sonderzahlungen und das Stipendium, mit denen der Ärztemangel in den »Anstalten« gelindert werden sollte, nahm ich zusätzlich gern noch mit.

## Das Erbe der NS-Psychiatrie

Es hat viele Jahre gedauert, bis ich verstand, dass diese heruntergekommenen psychiatrischen Krankenhäuser und das »Schräge« am medizinischen Fach »Psychiatrie« auch Ergebnis eines seit Jahrzehnten verschwiegenen, hunderttausendfachen Mordes an Patienten war. Zudem warfen 400.000 Zwangssterilisationen mit psychiatrischer Beteiligung ihren Schatten auf das Fach und seine Einrichtungen. Es brauchte noch zehn Jahre, um die identitätsprägende Geschichte auch in der DGSP endlich zum Thema zu machen; und weitere 30 Jahre, bis sich die

medizinische Fachgesellschaft DGPPN 2010 öffentlich zu ihrer Schuld bekannte.

Von wenigen Ausnahmen abgesehen, z.B. in Lübeck mit Gerhard Schmidt (1) als einem der wenigen totgeschwiegenen Autoren über die »Euthanasie«-Verbrechen, war es die personelle und konzeptionelle Kontinuität – die Nazi-Ächtung der »jüdischen« Psychoanalyse spielte eine nicht unwesentliche Rolle –, die es aus heutiger Sicht folgerichtig erscheinen lässt, dass die »Aufholjagd« der Psychiatrie in der BRD erst 1975 mit der Psychiatrie-Enquete begann. Heute können wir erahnen, warum die Enquete den institutionellen Notwendigkeiten so eindeutigen Vorrang einräumte: Strukturen und Gebäude überdeckten »die Unfähigkeit zu trauern« (Alexander Mitscherlich), ermöglichten in sachlich-kühler Distanz die Überwindung der Sprachlosigkeit.

## Psychiatrie-Enquete

Sinnfälliger Ausdruck der Entwicklung waren die »Standardbettenhäuser« beim Landschaftsverband Rheinland, die der kurzfristigen Linderung der Überbelegung dienten, gleichzeitig aber eine in Beton gegossene Fixierung der Hilfe an zentrale Großkrankenhäuser bedeuteten.

So unstrittig die Enquete-Forderungen nach »Gemeindenähe«, »bedarfsgerechter Versorgung« und »Gleichstellung mit somatischen Kranken« waren, die besonderen Bedürfnisse psychisch Erkrankter, die Befassung mit dem Wesen psychischer Störung, die therapeutische Bedeutung der Beziehung, blieben nebulös und marginal. Das 1980 initiierte fünfjährige »Modellprogramm« der Bundesregierung ließ bald erkennen, dass eine konsequente Umsetzung des strukturpolitischen Mantras »ambulant vor stationär« bei den Krankenhäusern oft an der »Eigendyna-

mik der Immobilie« scheiterte. Und weil Geld in ausreichendem Maße vorhanden war, wurde der Bettenabbau in den Langzeitbereichen der riesigen Fachkliniken nicht nur durch den Bettenaufbau in den Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mittelfristig kompensiert.

## Der Mythos vom Bettenabbau

Nimmt man ehrlicherweise die Betten in den neu errichteten regionalen und überregionalen Heimen als Teil der stationären Versorgung psychisch Erkrankter hinzu, dann ergibt sich unter dem bis heute kolportierten Mythos des Bettenabbaus eine erhebliche Zunahme stationärer Kapazitäten – mit all den ausgrenzenden Effekten, die wir zu Recht an der stationären Versorgung kritisieren. Die Unsicherheit in der exakten Bestimmung der Größenordnung mag auch ein Ausdruck gesellschaftlicher Scham sein: So bezifferte die AG Psychiatrie der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) 2012 die Zahl von in SGB-XII-Heimen Untergebrachten auf ca. 50.000 Menschen, musste bei der Konkretisierung der skandalös hohen Zahl der in SGB-XI-(Pflege)-Heimen fehlplatzierten Kranken aber passen.

Auch bei den Krankenhausbetten hat sich der Abwärtstrend seit zehn Jahren wieder umgekehrt. Die Erhöhung der Bettenzahl – 2010 wurden 50.731 Betten und zusätzlich 12.017 teilstationäre Plätze in Tageskliniken gezählt, bei anhaltender Verkürzung der Verweildauer – spricht für eine erhebliche Ausweitung der Klientel. Doch dabei bleibt es nicht. Zur ernüchternden Bilanz gehören auch die ca. 37.000 Betten (2010) im Bereich Psychosomatik/Psychotherapie. 1991 waren es mit ca. 18.000 Betten noch fast die Hälfte! Damit leistet sich Deutschland eine

Zwei-Klassen-Psychiatrie, die weltweit einmalig ist. Doch damit ist es immer noch nicht genug: Während die Psychosomatik/ Psychotherapie ihre Kapazitäten mit einer bestens aufgestellten Lobby auf der einen Seite hochfährt, wuchs auf der anderen Seite – von der Öffentlichkeit kaum bemerkt, aber nicht desto weniger herbeigesehnt – der Maßregelvollzug von ca. 4.000 Betten 1991 auf aktuell ca. 12.000 Betten um mehr als das Dreifache. Finden wir mit unserem kritischen Blick auf die Psychotherapiepatienten in teuren Betten bei den Krankenkassen Verbündete, gehört es zu den Eigenheiten der Psychiatrie, dass dieselben Krankenkassen nicht unfroh auf eine Ausweitung der Betten in der Forensik (wie auch der Heime) reagieren, weil die nicht auf ihre Kosten gehen. So zahlen beim Maßregelvollzug die Staatskassen der Länder (bei den Heimen die Landkreise) für das Sicherheitsgefühl ihrer Bürger. Ein Beispiel für den Kosten-Verschiebepark nach dem St. Floriansprinzip: »Heiliger Sankt Florian, verschon mein Haus, zünd andere an!«

Und so beschleicht einen bei den genannten Zahlen die dumpfe Ahnung, dass es mit der rationalen Begründung für diese Entwicklung nicht weit her sein kann. Bei der Forensik spricht es sich langsam herum, dass die »gefühlte Kriminalität« nicht mit einer Zunahme schwerer Straftaten korreliert.

Lässt sich denn dann für andere psychische Störungen die Bettenzunahme begründen? Wohl gemerkt, wir reden über seelische Krankheiten, die eine 24-stündige Versorgung und Behandlung mit Übernachtung in einer fachärztlich geleiteten Einrichtung brauchen, und nicht über Befindlichkeiten und Beziehungskrisen, nicht über Mobbing und Burnout.

## Elend ist nicht Krankheit

Natürlich produzieren unsere Lebens- und Arbeitswelt im Zeitalter von Flexibilität und Digitalisierung und diese Art von Umgang miteinander reichlich Kollateralschäden. Vereinsamung und Verarmung großer Teile der Gesellschaft überfordern offenbar die psychische Bewältigungskompetenz vieler Bürger. Und das Bedürfnis des Menschen nach Zu-

wendung und Hilfe ist zunächst ein nach oben offenes Phänomen – ein einmal aufgestelltes Psycho-Bett darf mit zuverlässiger Inanspruchnahme rechnen.

Aber die seriöse Epidemiologie psychischer Erkrankung kann den dramatischen Anstieg stationär behandlungsbedürftiger Menschen mit schweren psychischen Störungen nicht begründen. Und das auch nicht durch die unbekanntete Zahl bisher nicht oder unzulänglich behandelte Schwerkranker. Hier mag der eine oder andere schwer depressive Mensch inzwischen tatsächlich den Weg in die Klinik oder die psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus finden. Die beschriebene Zunahme der Betten ist damit jedoch nicht zu begründen.

Und am Ende fehlen uns auch die überzeugenden Behandlungserfolge bei jenen Patienten, die zwingend auf ein Bett angewiesen wären. Die Pipeline der Pharmaindustrie gibt bei innovativen Psychopharmaka seit Jahren nur noch Tropfen her, und die modulare, störungsspezifische Psychotherapie muss auch die Kirche im Dorf lassen. Und das meiste davon könnte schließlich ambulant erfolgen, wenn die Organisation der ambulanten Hilfen ihrem eigentlichen Zweck dienen würde.

## Im Gestrüpp der Kostenzuständigkeiten

Tatsächlich haben zumindest einige von uns die Erfahrung gemacht, wie Psychiatrie auch bei Schwerkranken Gutes tun kann, wie eine wirklich integrierte, vernetzte Arbeit mit den geforderten unterschiedlichen Kompetenzen im Sinne der

guten alten Teamarbeit aussehen kann. Doch diese Zusammenarbeit hakt an allen Ecken und Enden. Die Enquete (1975) hatte sich mit einem Appell als »fachliche Verpflichtung« zur Zusammenarbeit begnügt, die Expertenkommission (1988) das Dilemma bereits konkreter benannt: »Die Struktur der Hilfen hat sich primär an den Bedürfnissen der Patienten und nicht an Kostenzuständigkeiten zu orientieren.« Aber genau da versagt das System oft genug in der Wirklichkeit.

Geht es um die Organisation von Hilfen für eine chronisch kranke Mutter von zwei Kindern, dann sieht man sich schnell in einem Gestrüpp aus sechs Sozialgesetzbüchern verheddert (SGB II, III, V, IX und XII). Und dann kann man darauf wetten, dass es bei der Frage »Wer macht was?« vorrangig eben nicht um die Bedürfnisse der Patientin und der Kinder geht, sondern um ein undurchsichtiges Geschiebe und Geschacher, letztlich um Geld. Denn auch hier wirkt das, was den stationären Bereich zu einem geldfressenden Moloch aufbläst: der Markt.

## Unter den Gesetzen des Marktes

Es ist das Schicksal der Psychiatriereform, dass sie eben nicht ausschließlich an den Bedürfnissen der Betroffenen entwickelt wurde. In der Ökonomie des real existierenden Kapitalismus muss jede Idee, jeder noch so vernünftige, aus der Erfahrung abgeleitete Fortschritt die Deformierung durch die Gesetze des Marktes ertragen.

Den bisherigen Gipfel der Perversion stellte der an sich gute Ansatz der Integ-





abwerfen. Dabei ist nicht einmal auszuschließen, dass der Ertrag in einzelnen Kliniken zur Finanzierung defizitärer ambulanter Leistungen genutzt wird. Bis man in der Falle der »Eigendynamik der Immobilie« aufwacht, wenn die ambulante Behandlung tatsächlich zu einem Rückgang der Belegung führt und ein aufgestelltes Bett, wenn es nicht belegt ist, plötzlich Geld kostet. Die Konsequenz besteht dann häufig in einer Ausweitung der Klientel, wobei die Begründung für die Notwendigkeit von Betten für Patienten mit Essstörungen und Burnout-Patienten heute nicht der Psychiater, sondern die Marketingabteilung übernimmt.

Die rund um die Uhr verfügbare und qualifizierte Hilfe in großer seelischer Not mit der Rolle der Feuerwehr zu vergleichen, ruft bei unseren Gesundheitsstrategen nur ein müdes Lächeln hervor. Ein Drittel der Gesamtkosten der Psychiatrie werden im stationären Krankenhausbereich umgesetzt. Die Milliarden, die sich Deutschland die Versorgung seiner psychisch Erkrankten kosten lässt, wecken Begehrlichkeiten, nicht nur bei den traditionellen Stakeholdern. In einem kapitalistischen System, das auch die Daseinsvorsorge der Priorität des Profitstrebens preisgegeben hat, ist festzustellen, dass es sich bei der stationären Versorgung um ein milliardenschweres Geschäft handelt, das nach erfolgreicher Privatisierung inzwischen in weiten Teilen von Renditeerwartungen und der Suche nach »günstigen Risiken« geprägt ist.

Zu den Eigenheiten unserer politischen Verfasstheit gehört aber auch, dass sich die Dinge bisweilen widersprüchlich entwickeln und die Möglichkeiten der Einflussnahme nicht übersehen werden sollten. So wird die stationäre Krankenhausszene nach einigem Widerstand am 1. Januar 2018 mit dem Inkrafttreten eines immerhin geringfügig modifizierten, pauschalierten Entgeltsystems (PEPP) konfrontiert. In Analogie zur Einführung der diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG) sollte man sich auf eine noch brutablere Durchökonomisierung des Krankenhauses einstellen. Es steht zu befürchten, dass die Qualität einer Klinik künftig an der Qualität der Codierung der Leistungen bemessen wird.

## Neue Spielräume

Andererseits scheint es zumindest in einigen Regionen mit der stationärsersetzenden Arbeit gem. § 64b SGB V eine förmliche Aufbruchsstimmung im Sinne neuer Möglichkeiten ambulanter Arbeit zu geben. Hier wird es entscheidend sein, ob die neuen Spielräume zur Akquise neuer Patienten mit »günstigen Risiken« missbraucht werden oder entsprechend der eigentlichen Intention gerade den schwer und chronisch Erkrankten zugutekommen. Das setzt allerdings voraus, dass die personelle Ausstattung den Schwierigkeiten angemessen ist. Grundsätzlich wird ein ambulant vernetztes Arbeiten nur funktionieren, wenn es in überschaubaren, kleinteiligen Strukturen stattfindet. Hier eröffnen sich dann erstmalig ernsthafte Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit Peer-Beratern und Angehörigen, lassen sich Krisendienstleistungen und ACT-Teams (Assertive Community Treatment) einrichten. Ob es aber dazu kommt oder die guten Ideen und Mitarbeiter sich erstmal rechnen müssen und dann im freien Markt verbrennen – das hängt von der großen Politik ab.

Die Zukunft der stationären Versorgung hat sich an den schwer Erkrankten zu orientieren. Gelingt die Restriktion der ökonomischen Einflussnahme, dann kann eine stationäre Einheit aufgrund der geballten Kompetenz als Schnittstelle in einem komplexen System eine integrierende Funktion ausüben. In der Regel setzt das wirtschaftlich stabile Einrichtungen ohne Expansionsinteresse voraus, die von fachlich kompetenten und menschlich engagierten Personen geleitet werden. Das Regionale Budget böte als gemeinsamer Finanztopf hierzu die besten Voraussetzungen. Inhaltlich ist mit der UN-Behindertenrechtskonvention eine Orientierung formuliert, die die gleichberechtigte Teilhabe von Betroffenen und ihren Angehörigen bei allen wesentlichen Dingen im System zwingend einfordert. ■

**Dr. Sebastian Stierl**, bis 2017 ärztlicher Direktor der Psychiatrischen Klinik Lüneburg

### Anmerkung

1 Eine Neuauflage des Buches ist erschienen: Schmidt, Gerhard (2012) Selektion in der Heilanstalt 1939–1945, hrsg. von Frank Schneider. Berlin, Heidelberg: Springer

rierten Versorgung gem. § 140 SGB V dar. Auf Initiative eines FDP-Gesundheitsministers wurde die flächendeckende Einführung nach einer internationalen Ausschreibung schließlich (noch vor dem Baukonzern Hochtief) an den Pharmakonzern Johnson & Johnson vergeben. Der Versuch, die psychiatrische Versorgung zur Profitmaximierung zu nutzen, ist letztlich nicht an dem politischen Skandal gescheitert, sondern an der handwerklichen Unfähigkeit bei der Umsetzung.

Was hier beispielhaft nachvollziehbar wird, ist die Durchseuchung des Gesundheits- und Sektors mit einer neoliberalen Ideologie, wie sie inzwischen für fast alle Lebensbereiche gültig ist.

Die naive Hoffnung, dass ein als »Verbund« bezeichneter Zusammenschluss aller Leistungsanbieter einer Region zur viel beschworenen patientenbezogenen Arbeit führt, erweist sich leider allzu oft als frommer Wunsch. Warum auch sollten sich Geschäftsführer kleiner und mittelständiger Unternehmen im Gesundheitssektor anders verhalten als Geschäftsführer kleiner und mittelständiger Unternehmen in anderen Wirtschaftsbereichen? Hat nicht mal jemand Kluges gesagt, dass das materielle Sein das Bewusstsein bestimmt?

Zurück zur stationären Versorgung: So wie VW & Co. ihre Profite ganz wesentlich mit panzerartigen SUVs einfahren, weil sie schlicht mehr Gewinn abwerfen – egal, wie schwachsinnig und mörderisch diese Logik ist –, genauso werden inzwischen Krankenhausbetten überall da aufgestellt, wo sie nicht verhindert werden (das gallische Dorf Geestacht sei als Ausnahme lobend erwähnt), weil sie mehr