

## Patientenorientierter Wettbewerb in der Psychiatrie - aus der Sicht der Betroffenen

Vielen Dank, Herr Erdenberger, für die Einführung!

Vielen Dank für die Einladung, Herr Prof. Gaebel!

Sehr geehrte Damen und Herren, ich möchte Ihnen zu Beginn etwas vorlesen:

(Einleitung: DIE Betroffenen gibt es nicht)

Lesung: Auszüge aus „Schrott“:

Die Autorin dieses Textes ist ungefähr in meinem Alter und war Internistin, bevor sie psychisch erkrankte – „Edelschrott“.

Bitte erwarten Sie jetzt nicht, dass das Vorgelesene die Sicht DER Betroffenen repräsentiert. Es ist die Sicht einer Frau, die sich nach langer Krankheitskarriere ganz klein gemahlen in den unteren Schrottschichten fühlt und die trotzdem noch versucht, in der Selbsthilfe andere vor einem System zu bewahren, das sie kleingemahlen hat.

Auch von mir werden Sie nicht die Sicht DER Betroffenen bekommen, sondern die Sicht *einer* Betroffenen, die immerhin drei Mal in ihren Leben die stationäre Psychiatrie als Patientin von innen gesehen hat: die beim ersten Mal (1975 für 7 Wochen) sehr unfreiwillig mit Beschluss dort gelandet ist. Beim nächsten Mal habe ich (1976 für abermals 7 Wochen) die Klinik auf eigenen Antrieb aufgesucht, als ich meinen 2. Schub anfluten spürte –nachträglich betrachtet als Urlaub aus der krank machenden Situation. Allerdings habe ich schnell gemerkt, dass sich die Situation durch den Klinikaufenthalt nicht veränderte und ich selbst durch die Medikamente auch nicht mehr fähig war, mich selbst oder die Situation zu verändern. Danach habe ich versucht, die Klinik, wann immer es ging zu meiden. Ein drittes Mal (1983 für 4 Wochen) ging das leider nicht, aber danach konnte ich mich trotz akuter Psychose so „normal“ verhalten, dass ich wieder nach Hause geschickt wurde.

Ich bin wieder gesund geworden, bin seit 30 Jahren medikamentenfrei ohne Psychose und habe schließlich als ET aus freiem Willen 10 Jahre lang in der stationären Akutpsychiatrie gearbeitet, davon 4 in Leitungsfunktion.

In der SH bin ich seit 20 Jahren aktiv. Fundierte Marktanalysen können Sie von mir nicht erwarten – ebenso wenig wie detaillierte Entgeltsystem-Kenntnisse.

Jeder, auch der organisierte Betroffene hat seine eigene Lebensgeschichte, innerhalb derer sich die psychische Krise Raum verschaffte und die individuelle Persönlichkeit überformte, hat je eigene Erfahrungen mit Psychiatrie, Medikation, Behandlung und Behandelnden gemacht und daraus seine eigene Sicht gewonnen.

Erwarten Sie also NIE die Sicht DER Betroffenen!

### **Gliederung:**

1. Im Folgenden werde ich mich erst einmal ausgiebig mit der Begrifflichkeit meines Themas herumschlagen,
2. mich danach mit der aktuellen Patientenorientierung im Gesundheitswesen auseinander setzen
3. und schließlich über die Wirkfaktoren psychiatrischer Behandlung einen für mich sinnvollen patientenorientierten Wettbewerb einfordern.
4. Und ich wäre nicht Frau, wenn mir nicht die frauenspezifischen Aspekte des Themas am Herzen lägen: Zu denen komme ich am Schluss, damit sie Ihnen besonders nachhaltig in Erinnerung bleiben.

## 1. Begrifflichkeit

Es lohnt sich, sich genau mit der Begrifflichkeit des Themas auseinander zu setzen:

„Psychiatrie“ schränke ich bewusst hier ein auf allgemeine stationäre Erwachsenen-Psychiatrie, weil die für viele von uns PEs (immer wieder) im Zentrum der Behandlung steht und so eine Steuerzentrale für das weitere Schicksal vieler Patienten darstellt. Da kenne ich mich auch selbst am besten aus. Es gilt aber: pars pro toto.

Als nächstes erscheint es mir sinnvoll, Patientenorientierung abzugrenzen gegenüber Kundenorientierung, Nutzerorientierung und Konsumentenorientierung. Diese Begriffe werden aktuell in babylonischer Sprachverwirrung oft synonym verwendet, obwohl sie inhaltlich sehr Verschiedenes meinen.

### Kundenorientierung

sieht den Patienten als Kunden, der mit Angeboten gelockt werden kann und soll, damit er die entsprechende Institution für seine Behandlung wählt. Folglich wird die diese mit Angeboten für sich werben, um möglichst attraktiv zu werden und möglichst viele Kunden anzuziehen. Abgesehen davon, dass der Kundenbegriff den Menschen Patient auf seine Kaufkraft reduziert, möchte ich zum „Wahlrecht“ bei psychiatrischer Behandlung als Betroffene hier nur anmerken, dass die vielen Patienten, die gegen ihren Willen in die Psychiatrie verbracht werden, es ja ohnehin nicht haben. In welcher Klinik wir landen, hängt oft nicht von unserem Wunsch ab, sondern davon, ob wir mit Beschluss kommen oder nicht, ob eine Klinik Aufnahmepflicht hat oder nicht. Wahlfreiheit erscheint hier eher als ein zynischer Begriff.

Ein zeitnahes Beispiel für Kundenorientierung:

Auf der Herbsttagung der BDK im Oktober 2014 erzählte eine Klinikchefin in der Kaffeepause, ihre Klinik habe ein leerstehendes Aldi-Gebäude aufgekauft. Das Dach werde geliftet, so dass das Gebäude als Sporthalle für die vielfältigen sportlichen Angebote der Klinik dienen könne, die sie begeistert aufzählte.

Dieselbe Klinikchefin berichtete auch, ein Privatpatient habe von ihr verlangt, ihm eine nicht haltbare Nebendiagnose zu stellen, damit er eine Reha beantragen könne. Sein Budget reiche in diesem Jahr nicht aus für einen Urlaub. Er sei total empört gewesen, als er diese Diagnose, wie offensichtlich früher gewohnt, von ihr nicht erhalten habe und habe sich sogar beim Geschäftsführer über sie beschwert. Mich hat das überhaupt nicht gewundert.

Wenn der Kunde = Patient = König ist, hat er die Macht. Seine Wünsche sind zu erfüllen – egal wie sinnvoll oder unsinnig sie sind. Der König Patient hat dann aber auch die volle Verantwortung für die Folgen seiner Wünsche. Und das widerspricht meiner Erfahrung nach sehr oft psychiatrischer Realität.

Ich bezweifle auch sehr, ob die Vielzahl solcher Angebote für die Behandlung psychischer Erkrankungen wirklich sinnvoll ist. Sie lenkt von den eigentlichen Problemen ab. Ziel muss es doch sein, den Patienten zu befähigen, sein eigenes Leben außerhalb der Klinik wieder besser weiter zu leben und nicht in ihr.

Wenn die Klinik attraktiver wird als die eigene Wohnmöglichkeit, sehe ich bei vielen, vor allem chronischen, Patienten die Gefahr, dass sie zu gerne wieder in die Klinik gehen, weil ihnen das Leben dort viel angenehmer gemacht wird. Dort ist man sich einer gewissen Aufmerksamkeit sicher, bekommt eine Pause von seinen sozialen Problemen, die dann im Zweifelsfall der Sozialpädagoge lösen muss. Und ist der Ruf erst ruiniert...

### Nutzerorientierung:

*Nutzer:= Patient „wobei Patient einen in seinen psychischen Funktionen beeinträchtigten Menschen meint. Patienten sollen keineswegs als passive Behandlungsobjekte, sondern als aktive Nutzer therapeutischer Angebote betrachtet werden, die auf der Basis intensiver eigener Erfahrung, also aus „Sach-Kennntnis“ heraus („Psychiatrie- Erfahrene“, Experten ihrer Krankheit) durchaus in der Lage sind, kompetent zu prüfen, was ihnen gut tut, und sich ein Urteil über therapeutische Maßnahmen zu bilden.“ (Sozialpsychiatrische Informationen. 1/1996, S. 21; Nutzerorientierung war damals gerade sehr „in“.)*

Nutzerorientierung im psychiatrischen Bereich? Tatsächlich sind gerade hier Patienten oft noch nicht urteilsfähig. Ihr Urteil ist oft krankheitsbedingt verzerrt bzw. nicht mit dem normalen Denken kongruent (para-noid).

Der Patient als Nutzer und der Therapeut als Dienstleister, das klingt zunächst einmal für die Patienten sehr positiv, dreht aber letztendlich das alte, paternalistische Machtgefälle fast um. Für eine gemeinsam getragene Therapieentscheidung taugt es meiner Meinung nach nicht, weil auch der langjährig erfahrene Patient nur seine eigene Krankheitserfahrung hat, aber kein Fachwissen und zeitweilig auch keine Introspektionsfähigkeit mitbringt, mit denen er die therapeutische Leistung beurteilen kann. Zusätzlich erschwert Nutzerorientierung eine tragfähige therapeutische Beziehung.

### Den Begriff Konsumentenorientierung

habe ich das erste Mal im Vorwort für dieses Symposium gefunden. Aber ich möchte den Patienten erst noch sehen, der psychiatrische Behandlung konsumiert. Es gibt schon ein paar Therapie-Hopper unter uns Betroffenen. Doch die tun das wohl eher auf Grund ihrer Erkrankung oder aus Not oder aus Beidem. Vielleicht tragen auch die so oft von Profis beschworene „gleiche Augenhöhe“ und das daraus resultierende gestiegene Anspruchsdenken dazu bei. Lustvoll dürfte dieser Konsum jedoch kaum sein. Und wie sieht eigentlich in der Psychiatrie eine Geiz-ist-geil-Mentalität aus?

### Bleibt die Patientenorientierung:

Da habe ich im Internet im Doc Check Flexikon eine Definition gefunden, die mir sehr gut gefällt:

*„Unter Patientenorientierung versteht man in der Medizin die Fokussierung der ärztlichen und pflegerischen Aktivitäten auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten. Dabei steht das gemeinsame Planen und Entscheiden aller notwendigen Maßnahmen mit dem Patienten im Vordergrund. Innerhalb dieses Prozesses werden auch Grenzen der Patientenautonomie, wie sie etwa durch Leiden, Schmerzen, Bewusstseinseintrübung, Koma bedingt sein können, in der Therapie- und Pflegeplanung berücksichtigt.“*

Für die Psychiatrie käme zu den Grenzen der Patientenautonomie noch das oft zur Erkrankung gehörige andersartige Erleben, was schlicht bedeutet, dass der Patient wahnbestimmtes und/oder krankhaft affektiv verändertes Verhalten als selbstbestimmt erlebt.

Patientenorientierung stelle ich mir - als Betroffene - so ähnlich vor wie in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Klinikum Heidenheim/ Brenz unter Chefarzt Dr. Martin Zinkler. Wenn sie andernorts ebenso praktiziert wird, freut es mich umso mehr.

Die Klinik hat ca. 80 Betten in drei Stationen, davon 2 allgemeinspsychiatrisch; Aufnahmepflicht, immer offene Stationstüren, nur 4 verschlossene Räume, Weiches Zimmer, 1 Mutter-und-Kind-Zimmer; Arztkittel sind abgeschafft, eine Therapiekonferenz im Aufenthaltsraum hat Chefarztvisite ersetzt, Peer-Beratung durch EX-INler ist selbstverständlich, 3 Stationshunde arbeiten mit, Sitzwachen werden aus der laufenden Schicht gestellt, falls doch fixiert werden muss, + obl. Nachbesprechung!; lange medikamentenfreie Zeiten, wenn Patienten die Medikamente ablehnen; Argumentieren statt Drohen, immer wieder Absprachen treffen und sich selbst auch daran halten, mit der Einsicht des Patienten und seinen Ressourcen arbeiten, die Patienten stellen sich die Tabletten z. T. selbst (der Medikamentenverbrauch hat sich übrigens ohnehin so drastisch verringert, dass keine Pharmavertreter mehr vorspricht!), aktive Werbung der Klinik bei den Patienten für eine Behandlungsvereinbarung ...

und es herrscht vor allem eine therapeutische Haltung von Wertschätzung und Respekt den Patienten gegenüber wie ich sie noch in keiner Klinik erlebt habe!

Ein heilsames Stationsklima ist die Basis für eine nachhaltige Gesundheit!

Das Modell Heidenheim wird im aktuellen ökonomischen Wettbewerbsdenken nicht punkten können. Dennoch besitzt es für die meisten Betroffenen eine ungeheuere, *goldwerte* Attraktivität, die sich *nicht geldwert* abbilden lässt. Ich bin mir sicher, dass eine psychiatrische Klinik so einen Teil ihres Schreckens verlieren kann und ebenso subjektiv sicher bin ich mir, dass nur diese Art Behandlung zu nachhaltigerem Behandlungserfolg führt.

Damit wäre ich beim Wettbewerb angekommen

Als Wirtschaftsbegriff meint Wettbewerb den ökonomischen Wettbewerb um Gewinn oder Rendite. Welches Objekt die Rendite liefert, ist im Prinzip zweitrangig - ebenso wie die Patienten, wenn dieses Objekt eine Klinik ist.

Priorität hat die Wettbewerbsfähigkeit.

Nur kommen Kliniken nicht gerne in ein schlechtes Licht, ist doch ihre eigentliche Aufgabe, nämlich die des Heilens und Behandelns letztendlich eine ethische. Das Renommée der Klinik soll *neben* dem Gewinnstreben (und für die Öffentlichkeit *vor* dem Gewinnstreben) stehen. Aber beide Ziele konfliktieren miteinander:

Die Klinik besteht im Wettbewerb mit ihren kurzfristigen Gewinnen, die sie einfährt und jährlich abrechnen kann. Das Renommée wiederum wird bestimmt von Patientenzufriedenheit und Behandlungserfolgen.

Langfristiger Behandlungserfolg stellt sich beim Patienten aber erst ein, wenn ihn das psychiatrische System nicht mehr sieht. Die Zeit nach der Behandlung arbeitet dafür, nicht mehr die Klinik unmittelbar oder die psychosoziale Versorgung, wenn diese auch den Impuls dazu gegeben haben mögen.

So entsteht ein Riesenkonflikt:

Langfristiger Behandlungserfolg ist letztlich nicht in geldwert darstellbar, sondern wird, im Gegenteil, den aktuellen Gewinn beeinträchtigen.

Und doch ist Gesundheit das Ziel jeder psychiatrischen Behandlung und nicht die Aufrechterhaltung eines noch so guten Versorgungssystems.

Gestatten Sie mir eine gute Portion Ekel, der mich befällt, wenn ich *Arbeitsplatzsicherung für die Mitarbeiter* als Argument höre - egal ob bei der Waffenindustrie, der Pharmaindustrie oder in der Psychiatrie. Hier werden unter dem Mäntelchen der Fürsorge für die Mitarbeiter letztendlich zynisch Menschenopfer auf dem Altar des Mammon dargebracht.

Das Argument geht m.E. in der Psychiatrie auch ins Leere: Es steigt doch die offizielle Zahl psychisch kranker, diagnostizierter und zu behandelnder Menschen in unserem Land - egal ob tatsächlich oder nur durch vermehrte Angebote. An neuen Patienten dürfte also kein Mangel herrschen.

Was hindert's also, nicht auf den ökonomischen Wettbewerb zu fokussieren, sondern einen Wettbewerb um die meisten langfristig gesund gewordenen Patienten in den Blick zu nehmen, sich wieder auf den eigentlichen Auftrag zu besinnen, seelisches Leid langfristig zu lindern und zu heilen?

Wäre nicht ein vernünftiger Umgang mit den Ressourcen des *gesamten* Gesundheitssystems ein besseres Wettbewerbsziel?

## 2. Patientenorientierung im aktuellen Gesundheitswesen

Seit Anfang der 1990er wurde Patientenorientierung im Gesundheitswesen als Orientierung an den Interessen von Patienten gefordert. Jede Menge Informationen über Unterstützungs- und Beratungsangebote werden gedruckt und ins Netz gestellt. Die meisten von uns sind jedoch damit überfordert, die vielen Angebote bzgl. Qualität und Neutralität zu durchschauen.

Als Verein werden wir derzeit angefragt für Patientensprechstunden in Kliniken oder Beteiligung an unabhängigen Beschwerdestellen. Wir werden in politische Gremien eingeladen, uns wird offiziell die Möglichkeit gegeben, uns an der politischen Fachdebatte um die Belange von Patienten zu beteiligen. Auch ein „Patientenbeauftragter der Bundesregierung“ steht uns theoretisch bei.

(Kleine Bemerkung am Rande:) Den Bundespatientenbeauftragten hatten wir angeschrieben, als es um unsere Petition gegen das PEPP ging. In seinem ersten Antwortschreiben stand als letzter Satz, dass er und sein Team für weitere Fragen unsererseits zur Verfügung stünden. Wir hatten weitere Fragen. Nach der zweiten Rückfrage stand im Antwortschreiben dann als letzter Satz, dass er sich ggf. wieder mit *uns* in Verbindung setzen wolle! Da hatten wir etwas gelernt!

Wie ernst wir inzwischen genommen werden, vermag ich nicht zu beantworten. Aber ich weiß aus unserer Vereinerfahrung, wie Gremienarbeit und Sich-Einbringen auf den verschiedenen Ebenen an unsere Substanz gehen können. Wer wirklich (noch) krank ist, kann dadurch noch kränker werden. Wir erleben es immer wieder, dass der Stress, den solcher Einsatz erfordert, zu neuen Krisen führt.

Und auch wenn 3 Bundesministerien (Bildung & Forschung, Gesundheit, Arbeit & Soziales), die Deutsche Rentenversicherung und die gesetzlichen und die privaten KK-Verbände eine Forschungsinitiative mit dem Schwerpunkt „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ gestartet haben, muss ich bei einer möglichen Anwendung auf psychisch Kranke schon fragen dürfen, wie die Themenfelder „gezielte Patienteninformation“ und „effiziente Schulungsprogramme für chronisch kranke Menschen“ dann aussehen sollen:

- Werden die Schulungsprogramme von den Pharmas gesponsert? Sollen die Patienten lernen, compliant und ergeben ihr Gehirn auf Dauer zu schädigen?
- Zielt die Patienteninformation auf Gesundheit und Lebensqualität der Patienten oder auf den Gewinn von Klinken und Pharmakonzernen?

Aber was ist dann patientenorientierter Wettbewerb?

Ich behaupte: Patientenorientierten ökonomischen Wettbewerb gibt es nicht.

In einer *Psychiatrie mit dem PEPP* sieht es nämlich mit Sicherheit so aus: Gewinn machen die Kliniken, wenn sie Patienten gleich nach der gut vergüteten Anfangsphase entlassen, denn der einzelne Patient mit seiner individuell einzigartigen Krise ist nur in der durch seine Diagnose pauschal vorgegebenen Zeit für die Klinik gewinnbringend. Dauert seine Behandlung zu lange, wird er zum Verlustgeschäft. Und kommt er nach der Entlassung zu früh wieder krank zurück, muss er als Anschlussfall mit den geringeren Tagesentgelten weiter geführt werden.

In der Klinik führt das dazu, dass an Personalkosten gespart wird, was zu Arbeitsverdichtung führt, es werden preiswertere Berufsgruppen eingestellt, und für die Patienten *wichtiges* Verhalten wie Zuwendung und Empathie wird ihnen aus Zeitknappheit, vorenthalten - verursacht auch von einer sinnlos überbordenden Dokumentation! Wie weit der Patient gesundet ist, wird zweitrangig. Der Mensch Patient bleibt dabei auf der Strecke - ebenso wie der einzelne Pfleger, Psychologe oder Arzt und deren Gesundheit – von den Angehörigen ganz zu schweigen!

Gereiztheit, Aggressionen und Zwangsmaßnahmen werden zunehmen. Das Diktat der Ökonomie macht die Psychiatrie als „Heilkunst für die Seele“ infaust.

*Ceterum censeo peppem esse delendum!*

Die Interessen der Patienten bestehen doch darin, wieder gesund oder mindestens gesünder zu werden. Wäre es da nicht sinnvoll, endlich bereits in der stationären Psychiatrie an *ihren* Interessen orientiert zu arbeiten, an einer Schaltstelle, dort wo eine Weichenstellung zumindest zu Beginn noch möglich ist? Und den (immer) wiederkehrenden Patienten die Erfahrung zu ermöglichen, auch in dieser Situation als Menschen ernst genommen und wertgeschätzt zu werden? An dem für die meisten von uns schlimmsten Ort, der Klinik, kann beim einzelnen Patienten so viel in die richtige oder falsche Richtung gelenkt werden! *Diese* Steuerung gilt es zu optimieren, damit nicht ein Heer von chronisch seelisch Kranken entsteht!

### 3. Wirkfaktoren psychiatrischer Arbeit

Für mich ist Psychiatrie in erster Linie „sprechende Medizin“.

Größte Wirkfaktoren bei psychiatrischen Erkrankungen sind neben einem heilsamen Stationsklima die therapeutische Beziehung und der Umgang mit den Patienten. Dafür ist es notwendig, die für den individuellen Patienten angemessene Zeit und die passenden Worte zu haben. All das ist zwar NICHT als Handlungsmodul erfassbar, quantifizierbar und abrechenbar, aber für die Gesundung von einer psychischen Erkrankung unbezahlbar!

Mit *Renate Schernus* gesprochen: „Wenn keine Zeit dafür da ist, psychisch erkrankten Menschen zuzuhören, kann die Psychiatrie nicht gut sein.“ (Vortrag: Planung in der Psychiatrie wie GEHT DAS gut?“ 2014)

Zumindest muss bei Patientenorientierung Zeit sein für ein „*gemeinsames Planen und Entscheiden aller notwendigen Maßnahmen mit dem Patienten*“ (Definition!).

Das kann in Zeiten verbotener Zwangsmedikation manchmal sehr lange dauern.

Aufklärung über den Medikamenteneinsatz gehört dazu. Diese unterbleibt schon jetzt gerne mal, angeblich aus Zeitmangel! Ich frage mich jedoch, was so schwer daran sein soll, mit einem Patienten bei der erstmöglichen guten Gelegenheit wenigstens zu besprechen, dass ihm ein bestimmtes Medikament seine Angst, Stimmen etc. nehmen könne, dass es aber unangenehme Nebenwirkungen habe und auf Dauer für das Gehirn ungesund sei, weshalb man bemüht sei, es so bald wie möglich wie-

der zu reduzieren. Nichts hören die meisten psychiatrischen Patienten lieber als „bald wieder reduzieren“. Damit können sie sich auch leichter auf die aktuelle Beeinträchtigung einlassen. (Stichwort: Informed Consent!) Aber vielleicht ist das Schwierige für die Ärzte dabei ja auch, dass sie von der segensreichen Wirkung der Neuroleptika selbst nicht so überzeugt sind.)

Solche „Psychoinformation“ halte ich für allemal besser als pharmakonzipierte biologische „Psychoedukation“ an Kliniken, die aktuell sogar als Qualitätsmerkmal gehandelt wird. Erwachsene Menschen müssen nicht erzogen werden, sie wollen informiert sein.

Voraussetzung dafür ist, dass der Behandler der Sprache mächtig ist, die der Patient spricht mit all ihren Facetten und nonverbalen Anteilen der Kommunikation wie Mimik, Tonfall und Sprachmelodie. Ich habe mir von Klinikleitern sagen lassen, dass sich in manchen Regionen kaum noch deutschsprachige Bewerber auf frei gewordene Arztstellen finden. So etwas geht in der Psychiatrie gar nicht.

Psychiatrie *muss* sprechende, um Verstehen bemühte, begleitende, Hoffnung aufrecht erhaltende und *nicht* in erster Linie Medikamente verabreichende Medizin sein! Besonders Fixierungen müssen sensibel nachbesprochen werden, damit sie nicht zu allzu großen Traumatisierungen führen.

Dass eine patientenorientierte Gesprächsführung oft gar nicht erst zustande kommt, liegt nicht nur an den gegenwärtigen organisatorischen und wirtschaftlichen Bedingungen. Auch spezielle Abrechnungsziffern für eine „sprechende Medizin“ - so es sie gibt - helfen kaum, wenn zwischen Arzt und Patient keine gemeinsame Sprachbasis besteht. Auch hier muss Barrierefreiheit hergestellt werden.

(Das gilt analog für fremdsprachige Patienten! Sie benötigen Dolmetscher.)

Patientenorientierter Wettbewerb wäre hier der Wettbewerb um des Sprechens kundige und die Sprache wie die Erkrankung verstehende Ärzte! Dafür bedarf es nicht nur höherer Gehälter, sondern auch eines Umdenkens bezüglich der Ausbildung!

Wer seinen Patienten in Ruhe zuhören kann, kann viel über deren individuelle Bewältigungsstrategien außerhalb von Medikation lernen und zu der Einsicht gelangen, dass Medikamentenapplikation eben doch nicht der Königsweg in der Behandlung seelischer Erkrankungen ist - ganz abgesehen davon, dass sie bei jahrzehntelanger Einnahme das Gehirn nachweislich schädigt.

Patientenorientierung ist dann, den Patienten Mut zu machen, sich ihrer Krise zu stellen und anzuerkennen, dass diese etwas mit ihnen selbst zu tun hat, dass sie nicht aus dem Nichts – endogen wie ein Alien - aus ihnen herausgebrochen ist. Nur so wird es ihnen möglich, selbst aktiv daran zu arbeiten statt jedwedem Stress aus dem Weg zu gehen oder anderen die Schuld dafür zu geben.

*Darin* sollten sie unterstützt werden. Sie brauchen jemanden, der ihnen verlässlich Hoffnung gibt und nicht nur Medikamente.

Mit dem gegenseitigen Ernstnehmen und Vertrauen auch auf die Selbstheilungskräfte der Patienten ist „gleiche Augenhöhe“ dann kein Etikettenschwindel mehr, sondern Ausdruck echter partnerschaftlicher patientenorientierter Behandlung.

#### 4. Frauen in der Psychiatrie

Bisher habe ich bewusst nur die maskuline Form verwendet, weil sie einfacher und kürzer ist. Dass ich Frau bin, weiß ich. Natürlich galt alles Bisherige für beide Geschlechter. Dennoch haben Frauen in der Psychiatrie einen besonderen Status oder sollten ihn wenigstens haben, denn rein statistisch gesehen ist ein sehr hoher Prozentsatz von ihnen sexueller und/oder körperlicher Gewalt ausgesetzt gewesen und traumatisiert - meist von Männern. Fixierungen können sich bei ihnen deshalb besonders leicht retraumatisierend auswirken.

Nur noch 3 weitere Aspekte:

1.) Patientinnen öffnen sich häufig keinen männlichen Behandlern, wenn sie sich ihnen gegenüber wieder in die ohnmächtige Position der Traumatisierung versetzt fühlen. Das kann übrigens auch aus ganz anderen Gründen geschehen: Ich kann mir gut vorstellen, dass eine Frau mit anderem kulturellen Hintergrund keinem Mann anvertraut, dass sie Spannung in der Brust und Milchfluss als Nebenwirkung bekommen hat. Für Frauen, die kein Vertrauen zu Männern fassen können, müssen Frauen als Vertrauens- und Bezugspersonen vorgehalten werden, ebenso Dolmetscherinnen!

2.) Dass Medikamente nur an männlichen Personen getestet werden, ist bekannt. Ebenso bekannt sollte sein, dass Frauen in der Regel eine erheblich niedrigere Dosis benötigen. Mir ist aber bisher keine Klinik bekannt, die hochdosiert anbehandelt und auf diese Tatsache konsequent Rücksicht nimmt. Ich bin über jede Nennung dankbar, damit ich sie künftig als positives Beispiel verwenden kann!

3.) Von 1993 - 98 habe ich auf der geschlossenen Männer-Aufnahmestation eines Bezirkskrankenhauses als Ergotherapeutin gearbeitet und in der Frauenstation vertreten. Ich fand die Geschlechtertrennung sehr gut, auch wenn der Aggressionspegel auf der Männerstation manchmal ziemlich hoch wurde und sich nicht in gegengeschlechtlichen Aktivitäten kanalisieren konnte. Später hielt man das Konzept für veraltet und wollte zwei gemischtgeschlechtliche Akutstationen einrichten. Wir haben als Selbsthilfeverein beharrlich interveniert, so dass jetzt auf einer der beiden Stationen der eine Gang reine „Frauenzimmer“ enthält und der andere reine „Männerzimmer“! Für Frauen mit Angst vor Männern war damit eine Schutzzone geschaffen und ich habe mir sagen lassen, dass die Frauen ihr Terrain auch gegen Männer verteidigen, die sich über den gemeinsamen Aufenthaltsraum oder einen vorhandenen Verbindungsgang in „ihr“ Territorium verirren.

Wenn ein heilsames Stationsklima die Basis jeder nachhaltigen Gesundheit ist, gehört dazu auch größtmögliche Angstfreiheit vor Mitpatienten.

Natürlich kann man argumentieren, dass im normalen Leben auch Männer und Frauen zusammenleben. Aber viele Patientinnen sind mit dem normalen Leben ja gerade nicht zurechtgekommen und deshalb in der Klinik gelandet. Sie benötigen eine Pause und zumindest anfänglich eine Schutzzone.

Es ist höchste Zeit,

in einen *Ideenwettbewerb* für ein neues, sinnvolleres, wirklich patienten- und patientinnenorientiertes Finanzierungsmodell für die Psychiatrie einzutreten, ein Entgeltsystem, das genügend Raum, kompetentes Personal und bezahlte Zeit vorhält und sich mit dem komplementären Bereich verbinden lässt, so dass den Patienten und Patientinnen die Chance auf nachhaltige Gesundheit eröffnet wird.

So sollte patientenorientierter Wettbewerb aus meiner Sicht aussehen!

Vielen Dank für Ihre - erhoffte – Aufmerksamkeit!