

Brief an einen Anfänger in der Psychiatrie

oder: Das Krankenhaus gehört den Schwestern und Pflegern

Klaus Dörner, zuerst veröffentlicht in: Krankenpflege, Jg. 1991, H. 7, Offizielles Organ der SBK

Lieber Freund, Du kommst als Arzt oder Sozialarbeiter oder Psychologe von der Universität und willst in die Psychiatrie gehen. Du gehst in ein psychiatrisches Krankenhaus oder auf eine psychiatrische Abteilung und willst Psychiatrie lernen. Wahrscheinlich wirst Du erstmal auf eine unruhige Aufnahmestation gesteckt. So fangen die meisten an. Du gehst durch die Stationen nur hindurch. Nach einer Zeit wirst Du andere Stationen kennenlernen und anschließend wirst Du außerhalb des Krankenhauses Erfahrungen in anderen Einrichtungen sammeln. Oder Du rückst in der Hierarchie auf und wirst zum Beispiel Oberarzt oder Chefarzt. Jedenfalls bist Du auf der Aufnahmestation nur Gast. Dort triffst Du aber eine Berufsgruppe, die Schwestern und Pfleger, die immer dort sind oder wenigstens eine längere Zeit. Das allein ist schon ein gewaltiger Unterschied. Wenn Du ihn in den ersten vier Wochen nicht verstehst, dann packe lieber gleich wieder die Koffer. Denn Psychiatrie lernen ist dir dann nicht mehr möglich.

Als nächstes denkst Du, man erwartet von Dir, dass Du etwas weißt. Schließlich hast Du ja ein Studium abgeschlossen. Jetzt bist Du in der Gefahr, so zu tun, als wüsstest du etwas, obwohl das ja gar nicht möglich ist. Je unsicherer Du Dich wirklich fühlst, desto sicherer gibst du Dich. Das kennt jeder von sich. So eine Art manische Angstabwehr. Entsprechend vorsichtig behandelt Dich das Pflorgeteam. Wenn sie es gut machen und Du Dich behandeln lässt (Krankheitseinsicht zeigst), holen sie Dich auf den Boden der Tatsachen zurück. Wenn sie es nicht gut machen oder Du halsstarrig, behandlungsunmotiviert bist und Dich daher immer sicherer gibst, dann kannst Du wiederum die Koffer packen, bevor Du in alle Messer läufst. Die Lernchance ist jedenfalls weg.

Das heißt, dass Du am meisten lernen kannst, wenn Du gleich von Anfang an Deine Unsicherheit zugibst und sagst, dass Du nichts weißt. Damit hast Du gleichzeitig die beste Ausgangsposition, um eine gute Grundhaltung im Umgang mit Patienten zu entwickeln. Außerdem gibt Dir das die Möglichkeit, nach Lust und Laune „dumme Fragen“ zu stellen. Denn die „dummen Fragen“ sind das einzige Gastgeschenk, was du zunächst einmal mitbringen kannst. Fragen nützen dem Pflorgeteam, weil sie die immer bestehende Gefahr der Betriebsblindheit sichtbar machen.

Der dritte Teil des „Praxisschocks“ der auf Dich wartet, ist das Ausmaß der Gewalt, das Dir auf der Aufnahmestation begegnet. Schließlich hast Du Deinen Beruf gewählt, um Menschen zu helfen. Hier wollen die meisten Patienten dabei keine Hilfe. Sie wollen vielmehr raus. Und selbst, wenn sie sagen, dass sie Hilfe wollen, und Du gibst Ihnen Hilfe dann wird der Patient meist noch hilfsbedürftiger, und es geht ihm noch schlechter. Wenn Du jetzt innerlich zwei Schritte zurücktreten könntest, würdest Du sehen, wie absurd, wie unmöglich die Situation einer psychiatrischen Aufnahmestation ist. Da sind ungefähr 20 Menschen, die bis vor kurzem aus unaussprechbarer Angst, Unsicherheit und Hilflosigkeit - jeder für sich - mindestens ein Dutzend Menschen aus Familie, Nachbarschaft oder Arbeitsplatz im Laufe von Wochen oder Monaten durch körperliche oder psychische Terrorisierung bis zur Weißglut gereizt oder bis zur Verzweiflung hilflos gemacht und ans Ende gebracht haben. Und jetzt sollen zwei Pfleger oder Schwestern - gleichsam als Ersatzspieler - allein und nur durch sich selbst diesen Hexenkessel der gebündelten Folgen misslungener zwischenmenschlicher Beziehungen, dies Unmaß erlittener und getätigter Gewalt in Gewaltlosigkeit verwandeln. Juristen müssten dies eigentlich als ständigen übergesetzlichen Notstand definieren, wenn sie dieser Situation eine Zeitlang ausgesetzt wären. Da sie dies nicht sind, sondern meist der kühlen Atmosphäre des Gerichtssaales handeln, neigen sie vielmehr eher dazu, im Stations-

team die Schuldigen zu suchen, wenn eine Selbsttötung doch nicht verhindert werden konnte oder wenn irgend jemand - aus sicherem Abstand - das Maß an Gewalttätigkeit der Station als zu hoch empfindet.

Und in diese unmögliche, jeden Menschen überfordernde Situation wirst Du hineingeworfen, der Du in der Regel ein ziemlich behütetes Elternhaus mit höherem sozialen Niveau gehabt hast und auch auf der Universität wenig vom Leben mitgekriegt hast. Die Schwester und Pfleger auf der Station haben früher als Du mit der Berufspraxis, und damit auch mit der Lebenserfahrung, angefangen, haben im Beruf und im Leben Schläge gekriegt und haben selbst zupacken müssen, sind außerdem selbst an Lebensjahren meist älter als du. Von einem Tag auf den anderen erlebst du, wie viel Brutales, Schmerzhaftes und Böses es auf der Welt gibt. Du kannst das gar nicht so schnell in dich hineinlassen, ohne selbst zusammenzubrechen. Wenn dann allein im Arztzimmer ein Patient in Deine vor Entsetzen geweiteten, gutmütigen Augen blickt, wird er manchmal der Versuchung nicht widerstehen können, Dir zu erzählen von dem ganzen Elend auf der Station, von den „brutalen, schlagenden“ Pflegern oder den „böartigen, giftigen“ Schwestern. Irgend jemand muss ja schuld, Sündenbock sein.

Und da Du dergleichen oft schon in der Zeitung oder in klugen Büchern gelesen hast, besteht abermals die Gefahr, dass der Kreis sich schließt und Du die Koffer packen kannst, wenn es Dir nicht gelingt, Dich mit Deinem Entsetzen und mit Deiner Ohnmacht sowohl den Patienten als auch den Schwestern und Pflegern zu öffnen. Nur so hast Du eine Chance, mit den anderen auf dieselbe Ebene zu kommen, zu überleben und zu lernen. Damit wir uns recht verstehen. lieber Freund - Ich bin nicht der Meinung, dass ich Dir mit dieser Schilderung und diesen Tips Deine Erfahrungen abnehmen kann. Jeder muss seine Erfahrungen selber machen. Aber vielleicht hilft mein Brief Dir, die notwendigen Anfangsfehler Dir und anderen gegenüber etwas schneller zuzugeben. Ich kann all das ja auch nur deshalb schreiben, weil ich dieselben Fehler gemacht habe. Und vielleicht habe ich auch nur deshalb in der Psychiatrie bleiben können. weil ich in meiner Anfangszeit ein paar Leute gefunden habe, die mir hilfreich sein konnten. Einer von diesen war Karl Thomsen, Oberpfleger der unruhigen Männeraufnahmestation der Psychiatrischen Universitäts-Klinik Hamburg-Eppendorf, dessen Erreichung der Altersgrenze ich zum Anlass nehme, mir diese Gedanken zu machen

Was ich am meisten von vielen anderen, aber eben auch gerade von Karl Thomsen gelernt habe, ist am schwersten zu beschreiben. Es ist die Grundhaltung bei der Begegnung mit Menschen, deren Angst für sie unaussprechbar ist, denn das ist allen Patienten, die zur Aufnahmestation kommen, gemeinsam. Die meisten Patienten kommen voller Protest gegen ihre Einweisung, sind erregt, toben, wirken bedrohlich oder sind misstrauisch. voller Stimmen und Wahnvorstellungen. Karl Thomsen ist klein, fast zierlich, wenn auch drahtig. den meisten Patienten an Körperkraft unterlegen. Bis heute ist mir seine Begrüßung des Neuankömmlings unvergesslich und vorbildlich. Die entscheidende Frage ist ihm: Wie kommen wir auf dieselbe Ebene? In der Regel ist es das schlichteste Basisbedürfnis eines Menschen: Eine Tasse Kaffee, ein wärmendes Bad, die Geborgenheit des Bettes oder „Jetzt wollen wir erstmal eine Zigarette zusammen rauchen“. Er gibt sich nie stärker, als er ist. So vermeidet er auch jede Geste des Versuchs der Unterwerfung des Gegners. Als einmal ein erregter Patient drohend auf ihn losgeht. hebt er zum Zeichen der Ergebung beide Hände, womit die Situation wortlos schon halbwegs entspannt war, eine Szene, die mir stets vor Augen steht.

Die Machtdemonstration des angreifenden Patienten ist Ergebnis nicht zugegebener Angst und Ohnmacht. Daher kann die gemeinsame Ebene nur die gemeinsame und geteilte Ohnmacht und Hilflosigkeit sein. Er gibt sich aber auch nicht scheinbar und unecht in die Hand des Gegners. Er nimmt ihn und seine Position, die nicht die seine ist, ernst. Ein Patient kann noch so eindrucksvoll von seinen Wahnerlebnissen erzählen. Karl Thomsen gibt mit ein paar Worten oder auch nur durch seinen listigen, beinahe schlitzohrigen Gesichtsausdruck zu verstehen, dass man die Wahnerlebnisse mal dahingestellt sein lassen kann. Daraus wird alsbald ein meist wortloses, augenzwinkerndes Einverständnis darüber, dass wir Menschen

alle ständig zwischen den beiden Welten der realen Situation und der Wünsche und Ängste uns bewegen. Er zeigt, wie es ihm geht und macht es gerade dadurch dem anderen leichter. zu zeigen, wie es ihm wirklich geht. Nähe ermöglicht Verständnis; Abstand erlaubt Orientierung; Stellungnahme gestattet es, dass sich die Spannung einer Beziehung zwischen Positionen wieder herstellt. In der Begegnung begegnen sich die Gegner.

Als im Mittelalter die ersten Hospitäler oder Krankenhäuser für solche Menschen errichtet wurden, die nicht mehr von ihren Familien getragen werden konnten, da waren dies Stätten für die ungeteilte Dreifaltigkeit menschlichen Leidens: körperlich, seelisch, sozial. Ordensmäßig organisierte Schwestern und Brüder, die Vorläufer unserer heutigen Schwestern und Pfleger, waren die Besitzer, Träger und Praktiker dieser Einrichtungen. Zwar nicht rechtlich, aber praktisch ist dies heute noch so. Ärzte gab es noch nicht. Der Arzt als Berufsrolle kam ins Krankenhaus erst einige Jahrhunderte später, als wissenschaftliches Interesse und Verdienstmöglichkeit bei städtischer oder später staatlicher Trägerschaft dies nahelegte. Auch dann noch kam der Arzt nur vorübergehend, konsiliarisch auf die Station. Im Prinzip ist auch das heute noch so, wie das Wort „Visite“ (auf Deutsch: Besuch) dies deutlich macht.

Scheinbar hat sich dies im 19. und 20. Jahrhundert dadurch geändert, dass die Krankenhäuser sich auf die körperliche Form menschlichen Leidens und auf eine naturwissenschaftliche Sichtweise des Menschen eingeengt haben und das technische Therapieren die Öffentlichkeit an der Krankenhausarbeit am meisten fasziniert. Der strahlende Ruhm des Arztes drückte die Bedeutung der Pflege scheinbar zu einer unwesentlichen Basisfunktion herab, andere Berufsgruppen (Techniker, Psychologen, Sozialarbeiter) schnitten sich die interessanteren Anteile aus der pflegerischen Tätigkeit heraus und machten die eigentliche pflegerische Tätigkeit zu einer Heilhilfsberufstätigkeit randständig. Aber selbst unter den technisierten Bedingungen der heutigen Medizin trägt dieser Schein

Auch heute noch finden sich auf jeder internistischen, chirurgischen oder urologischen Station Patienten, die dort hauptsächlich wegen des sozialen oder seelischen Anteils ihres Leidens sind. Auch heute noch kommt der Arzt nur vorübergehend (zur Visite) auf die Station. Auch heute noch wird das Klima, die Atmosphäre der Station vom Pflege team bestimmt. Die Ergebnisse des technischen Therapierens sind vom Pflegeklima weitgehend abhängig. Ohne Zweifel wird dies allmählich wieder deutlicher gesehen. Es scheint so, als ob die Zeit sich dem Ende nähert, in der die Spezialisten grundsätzlich ein besseres Ansehen haben als diejenigen, die nicht für das Besondere, sondern für das Allgemeine zuständig sind. Und die Pfleger und Schwestern sind - wenn man es übergangsweise so ausdrücken darf - die Spezialisten für das Allgemeine. Die therapeutische Wirkung dieser Tatsache wäre noch unendlich viel größer, wenn die Schwestern und Pfleger sich dessen bewusst wären, ein entsprechendes Selbstbewusstsein ihrer Bedeutung und Wirkung hätten. Dies ist so in der gesamten Medizin, in der Psychiatrie ganz besonders.

Hast Du die ersten Wochen auf der Station glücklich überlebt, dann kannst Du allmählich damit beginnen, Dein Interesse dafür zu zeigen, was sich auf der Station so tut. Vermutlich willst Du lernen, Menschen gesund zu machen, zu therapieren. Du wirst also besonders neugierig auf die therapeutischen Situationen sein, das Aufnahmegespräch mit dem Stationsarzt, die einzeltherapeutischen Gespräche, Gruppentherapien und ähnliches. Darauf wirst Du Deine Aufmerksamkeit richten, das wird Dich faszinieren. Nur mit einem halben Auge wirst Du wahrnehmen, dass da ein paar Schwestern oder Pfleger herumlaufen, die das Essen bereiten, die Betten machen, einen Flachmann oder ein Messer bei einem Patienten entdecken, einem Opa den Po abwischen, Blut abzapfen, Medikamente verteilen, einen störenden Patienten immer wieder aus dem Arztzimmer holen, einen anderen fixieren, einen dritten aus dem Bett holen, dem nächsten, der ständig schreit, die Bedarfsspritze geben, zwischendurch einen Patienten irgendwohin begleiten, mal mit den Patienten «Mensch ärgere Dich nicht» spielen, dann wieder Stationsbücher führen, Putzarbeiten machen und aufpassen, dass jemand nicht wegläuft. Du wirst denken, dass auf der Station übertrieben stark auf Ruhe und Ordnung geachtet wird, dass dies alles untergeordnete Handlangerdienste

sind, wichtig nur dafür, dass die therapeutischen Situationen nicht gestört werden und auf den Patienten erfolgreich einwirken.

Aber auch das scheint nur so. Wenn Du bedenkst, was ich am Beispiel von Karl Thomsen über die Grundhaltung und auch was ich über die Geschichte des Krankenhauses gesagt habe, und wenn Du die psychiatrische Faustregel beherzigst, dass man von jedem Eindruck grundsätzlich und probenhalber auch einmal das Gegenteil annimmt, dann kommst Du vielleicht auf den Gedanken, dass ein Patient bestenfalls seine therapeutische Stunde am Tag hat. Dass er aber 23 andere Stunden am Tag irgendwie anders verbringt, und dass diese vermutlich wirksamer sein werden als die eine Therapiestunde.

Dann bist Du auf dem richtigen Weg. Wenn Du Glück hast, ahnst Du eines Tages, dass das eigentliche therapeutische Angebot des Krankenhauses nicht in der einen Therapiestunde besteht, die ohnehin ambulant wirksamer wäre, sondern darin, wie der Patient die 23 anderen Stunden auf der Station verbringt. Das therapeutische Angebot des Krankenhauses besteht in dem Stil, mit dem eine Station betrieben wird. Und das ist eine Kunst, die schwer wahrzunehmen, aber noch viel schwerer jeden Tag aufs neue wieder in Gang zu setzen ist. Diese Kunst besteht in folgendem: Es ist ein Klima, eine Atmosphäre herzustellen, die es jedem Patienten erleichtert, seine Angst zuzugeben und auszusprechen. Es ist so viel Ruhe. Ordnung und Sicherheit herzustellen, dass niemand für sich oder andere gefährlich wird. Es sind verlässliche Grenzen zu setzen, an denen der Orientierungslose sich orientieren kann, der Unsichere Geborgenheit findet, der Protestierende bei Grenzüberschreitung die Folgen seines Handelns spürt. Körperliche Krankheitsanteile müssen erkennbar werden. Menschen in sozialer Not müssen das Wohltuende eines Asyls empfinden. Die Stunden des Tages und der Nacht müssen mit ihren Unterschieden wieder erlebt werden können. Bedürfnisse, gleich welcher Art, müssen zu ihrem Recht kommen. Zugleich muss so viel Freiraum sein, dass der Verrückte sich ausleben, der Protestierende protestieren kann, der Verspannte sich entspannen und zurückziehen kann. Der Isolierte soll das Zusammensein mit anderen Menschen wieder empfinden. Derjenige, der seine Grenzen nicht mehr empfinden kann, soll seine eigene Position im Unterschied zu den Positionen anderer Menschen wieder erfahren können. Jeder muss die Chance haben, sich und andere als Täter und Opfer von Recht und Unrecht zu erleben. Und das Wichtigste: Jeder soll in der Alltagsbegegnung mit anderen Menschen sich so zeigen dürfen, wie er wirklich ist, um sich selbst besser kennenzulernen, zu sich zu kommen, sich entwickeln und entfalten zu können, um seinen eigenen Sinn zu finden.

All dies soll der Pfleger oder die Schwester eigentlich nicht selbst machen. Vielmehr soll er nur für die Bedingungen, für das Milieu, für das Klima dasein, das all die unterschiedlichen Situationen, Begegnungen und Wachstumschancen ermöglicht. Diejenige Station ist die beste, bei der Du, lieber Freund die Regeln dieses Stils am wenigsten bemerkst, bei der das Pflorgeteam am unscheinbarsten ist, sich zurückhält, sich dessen bewusst ist, nur Ersatzspieler für die Beziehungen zwischen dem Patienten und seinen Angehörigen zu sein; denn eine solche Station ist am wenigsten künstlich, kommt der Normalsituation am nächsten. Hinzu kommt das taktvolle Zeitgefühl, nachdem man das Leiden der Angehörigen genauso ernst wie das Leiden der Patienten genommen hat. Zum richtigen Zeitpunkt, wenn jede Seite hinreichend wieder zu sich selbst gekommen ist, als Ersatzspieler ganz zurückzutreten und Patient und Angehörige wieder voll miteinander ins Spiel zu bringen. All dies zusammengekommen ist das Handwerk oder die Kunst der Pflege. Die therapeutischen Angebote der Spezialisten (Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten usw.) sind zusätzliche Techniken. Sie können da sein, sie können aber auch fehlen. Jedenfalls besteht das therapeutische Angebot des psychiatrischen Krankenhauses im Kern in der Pflege durch die Schwestern und Pfleger.

Der Arzt und das „Personal“ - Du verstehst es inzwischen sicher, lieber Freund, dass ich diese Bezeichnung ironisch meine. So wie der großbürgerliche Haushalt sein Haushaltspersonal hatte, so war in der bornierten, naturwissenschaftlichen Sicht der letzten 100 Jahre der

Arzt der Herr auf der Station, auf seine ärmliche Verantwortung pochend, dem das Pflege-„Personal“ zu dienen hatte. „Pflege-Personal“ ist daher ein ebenso scheußliches wie verräterisches Wort. Es hat Gott sei Dank die Gültigkeit heute verloren. Daher spreche ich in diesem Brief auch vom Pflegeteam bzw. vom Stationsteam, dem Schwester, Pfleger, Sozialarbeiter angehören, auch wenn heute noch falsche Gesetze gelten, die so tun, als könnte der Arzt überhaupt die letzte Verantwortung tragen, was doch gar nicht möglich ist. Es geht also heute darum, die falschen gesetzlichen Vorschriften von gestern abzuschalten und durch neue Gesetze zu ersetzen, die der Wirklichkeit mehr entsprechen. Wenn Du heute noch meinst, du müsstest auf Deine letztendliche ärztliche Verantwortung hinweisen, dann ist das für Dich ein Signal, dass Du dich im falschen Jahrhundert befindest, dass Du dich in etwas hineingesteigert hast. Du solltest schnell eine Kurskorrektur vornehmen oder aufgeben.

Etwas ganz anderes ist die geteilte Verantwortung zwischen Mitgliedern eines Stations-teams. Hier sind die heutigen Gesetze schon auf dem richtigen Weg. Immerhin gibt es in den meisten psychiatrischen Krankenhäusern jetzt schon die Organisationsform der kollegialen Betriebsleitung, wonach Ärztlicher Leiter, Pflegedienstleiter und Verwaltungsleiter auf der gleichen Ebene sich die Verantwortung kollegial teilen. Unsere Aufgabe besteht heute darin, dieses Prinzip auch auf alle anderen Ebenen des Krankenhauses und vor allen Dingen auf die Ebene der Station zu übertragen: Jede Berufsgruppe im Stationsteam hat ihre eigene Kompetenz und ihren eigenen Verantwortungsbereich. Ich kann mich noch gut erinnern: Wenn ich einen etwas fragwürdigen Medikamentenvorschlag einbrachte und Karl Thomsen darauf erwiderte, „wenn sie meinen, Herr Doktor“, dann war dies eine rote Signallampe für mich, durch die Thomsen mich schonend darauf hinwies, dass dieser Vorschlag noch einmal überdacht werden sollte. Es ist sicher keine Übertreibung, wenn ich sage, dass ich Karl Thomsen und anderen Schwestern und Pflegern vor allem meine kostenlose Weiterbildung nicht nur in Lebenserfahrung, sondern auch in der Grundhaltung im Umgang mit Patienten und ebenso im Umgang mit Psychopharmaka verdanke.

Das Ehepaar Fengler hat in seinem schönen Buch „Alltag in der Anstalt“ (Psychiatrie - Verlag Rehbun 1980) nachgewiesen, dass Ärzte aufgrund ihrer Ausbildung den Patienten mehr als Krankheitsfall sehen, ihn zur Krankheitseinsicht bringen wollen (obwohl für die meisten Patienten dies eine Vergewaltigung darstellt) und darauf aus sind, den Patienten - therapeutisch - zu ändern. Demgegenüber sehen Pfleger und Schwestern den psychiatrischen Patienten - aufgrund ihres wesentlich hautnäheren Kontaktes - als eine Person mit einem Charakter und einem Schicksal, der außer sich geraten ist, und bei dem es darauf ankommt, ihn wieder zu sich selbst kommen zu lassen. Sie folgen also mehr einem pädagogischen Umgangsstil mit Menschen, der mit Sicherheit weniger eingreifend und daher weniger gewaltsam ist.

Inzwischen komme ich zunehmend zu der Überzeugung, dass diesem letzten Stil die Zukunft gehört. Etwas hochtrabend, aber darum nicht unbedingt falsch, könnte man folgendes sagen: Bis vor 150 Jahren war die Medizin stets von einem philosophisch-anthropologischen Denkansatz getragen, der sie vor allzu gewalttätigem Umgang mit Patienten schützte. Durch die naturwissenschaftliche Vereinseitigung und die Verkuppelung mit der Leistungsfähigkeit eines Menschen durch die Sozialgesetzgebung verlor die Medizin ihre philosophische Basis. Sie geriet in die Gefahr, alles Machbare auch machen zu wollen - um jeden Preis, besonders extrem in der Medizin und Psychiatrie des Dritten Reiches. Während dieser 150 Jahre haben die Schwestern und Pfleger, trotz oder wegen ihrer Unterdrückung zu Dienern und Handlangern der Ärzte, den mehr philosophisch-anthropologischen Ansatz im Denken und Handeln bewahrt. Wir beginnen heute zu ahnen, dass wir es ihnen zu danken und von ihnen zu lernen haben.

Du solltest, lieber Anfänger-Freund, jede Gelegenheit nutzen, Dich mit älteren Schwestern oder Pflegern zusammzusetzen und Dir von ihren Erfahrungen aus früheren Jahren erzählen zu lassen. Mehr als einmal habe ich mit Karl Thomsen zusammengesessen. Es dauerte eine Zeitlang - und ich musste um einiges reifer werden -, bis wir genügend Vertrauen zueinander fanden. Er erzählte mir aus seinen jahrzehntelangen Erfahrungen im Umgang mit Ärz-

ten und anderen psychiatrischen Berufsgruppen Oft war die Rede von den Gefahren für die Patienten durch allzu sichere, forsche, entweder einseitig organisch oder naiv sozialreformistische Anfänger, wie ich einer war, von unfähigen Oberärzten oder von Dozenten, die sich in irgendeine Lieblingsidee verrannt hatten. (Dass es natürlich auch viele lern- und kooperationsbereite Ärzte gab, versteht sich). Oft mussten Ärzte und Psychologen behutsam mit der Wirklichkeit menschlichen Lebens vertraut gemacht werden. Oft mussten ungenügende oder gefährliche Vorschläge oder Medikation oder andere Maßnahmen korrigiert oder durch die Technik des Vergessens und des Missverstehens verhindert werden. Manchmal mussten besonders gefährliche Vorschläge sabotiert werden. Nicht selten wurden Pfleger und Schwestern mit der überlebten Waffe der letztendlichen ärztlichen Verantwortung bedroht. Manchmal musste etwas gedeckt werden, wobei man nicht immer sicher sein konnte, ob man auch selber gedeckt würde. Über lange Strecken war eine erniedrigende und entwürdigende Doppelmoral erforderlich: Man hatte als Pfleger oder Schwester offiziell anders zu sprechen, als man dachte und dabei zu entscheiden, ob man sein Handeln der offiziellen Sprachregelung oder der eigenen Erfahrung und dem eigenen Gewissen anpassen wollte. Vertrauensvolle Gegenseitigkeit zwischen Arzt und Pflorgeteam war oft nur schwer herstellbar. Wenn sie erreicht war, wechselte der Arzt und das Spiel musste von neuem beginnen.

Ich begann und beginne zu ahnen, wie unendlich mühselig die Stationsarbeit für Pfleger und Schwestern ist, wie groß die Gefahr ist, sich widerstandslos an eine immer neue Richtung anzupassen, dabei das Interesse an der Arbeit resignierend zu verlieren, das eigene Rückgrat zu verbiegen, den aufrechten Gang zu verlernen, also zu hospitalisieren oder die Geduld zu verlieren, den eigenen Standpunkt aufzugeben, den Arbeitsplatz oder gar den Beruf zu wechseln. Viele sind dieser Gefahr in der einen oder anderen Richtung erlegen. Wenn ich mit meinem Brief, lieber Freund erreiche, dass Du - durch noch so gute Absichten - diese Gefahren für Schwestern und Pfleger nicht förderst, das wäre beinahe zu schön, um wahr zu sein. Ich glaube nicht, dass mir das in meiner Anfängerzeit gelungen ist. Je mehr mir diese Zusammenhänge klar werden, desto mehr kann ich Karl Thomsen und viele andere Schwestern und Pfleger bewundern, dass sie ihren Weg weitergegangen sind, einen mittleren Kurs beibehalten haben, weder resignierend aufgeben haben, noch ihr Rückgrat verbogen haben, sie behielten vielmehr ihren aufrechten Gang.

Aus meinem letzten Gespräch mit Karl Thomsen, vor meinem Weggang von Hamburg, habe ich folgendes in Erinnerung: Er sprach davon, dass in den letzten Jahren doch manches erträglicher geworden sei, dass man offener miteinander sprechen könne, sich nicht ständig hilflos bedroht fühlen müsse und dass man mehr Freiräume habe, den Stil der Station eigenverantwortlich zu gestalten. Er endete damit: „Wenn ich 10 Jahre jünger wäre – ich wüsste soviel, was ich für die Station noch tun möchte!“ Das bringt mich auf folgende Frage: Könnte es sein, dass vieles von dem, was wir in den letzten 10 Jahren unter großartigen Überschriften wie Sozialpsychiatrie, Soziotherapie, Sozialtherapie, Milieuthérapie usw. verkünden, nichts anderes ist als die Wiederentdeckung und endliche Anerkennung dessen, was Pfleger und Schwestern ohnehin schon immer getan haben – nämlich Pflege – in dem umfassenden und allgemeinen Sinn des Wortes, wie ich dies oben versucht habe zu beschreiben. Das spräche dann glatt dafür, dass es doch so etwas gibt wie Fortschritt – und das ist tröstlich.

Ich wünsche Dir und mir, lieber Anfänger-Freund, dass dieser Brief Dich ermutigt, diese Wiederentdeckung und Anerkennung weiterzutreiben und zugleich der damit verbundenen Erkenntnis Rechnung zu tragen, dass in der Tat das Krankenhaus und die Station in erster Linie dem Pflorgeteam gehört. Für Dich brächte das den Vorteil, dass Du gleichberechtigtes Mitglied des Stationsteams werden könntest und zugleich mithelfen könntest, der Psychiatrie (auch der Medizin) ihr philosophisch-anthropologisches Fundament wiederzugeben. Dazu wünsche ich Dir alles Gute, genauso wie ich Karl Thomsen einen zufriedenen Feierabend wünsche, denn er kann mit sich zufrieden sein.