

6. Die Kunst der Erwartungslosigkeit – Brief eines niedergelassenen Psychiaters an den psychiatrischen Assistenzarzt

Matthias Stieglitz

Vorbemerkung

„Arztbrief verkehrt: Was ein niedergelassener Arzt einem Krankenhausarzt sagen möchte“ – so könnte der folgende Beitrag eines niedergelassenen Psychiaters an den jungen Assistenzarzt vielleicht auch lauten: Hier geht es uns darum, Sie zur Perspektivenverschränkung und zum Perspektivenwechsel anzuregen und sich an die Stelle eines in der Praxis tätigen Psychiaters zu versetzen. Was erwartet dieser von Ihnen in der Kommunikation zwischen Krankenhaus und Praxis? Was sind Anregungen, die Sie von einem erfahrenen Kollegen lernen können, der viele Jahre psychiatrische Praxis, auch als Klinikarzt, hinter sich hat?

Liebe Frau Kollegin, lieber Herr Kollege,

zunächst gratuliere ich Ihnen zu Ihrer ersten Assistenzarztstelle an einer psychiatrischen Klinik. Noch gut erinnere ich mich an meinen ersten Tag vor 25 Jahren. Der Bereichsleiter, ein väterlicher Kollege Anfang Sechzig, nahm sich den ganzen Vormittag Zeit, um mich durch alle Abteilungen zu führen. Damit hatte ich nicht gerechnet. Auch den Patienten begegnete er mit Respekt und Wertschätzung. Er setzte erste Maßstäbe.

Seit 15 Jahren arbeite ich als niedergelassener Psychiater und Psychotherapeut in Berlin. Zusätzlich habe ich eine analytische Ausbildung zum Gruppentherapeuten gemacht. Wenn es Ihnen Ihre Zeit erlaubt, würde ich Ihnen gern eine solche Ausbildung empfehlen. Als Psychiater haben Sie es immer wieder mit Gruppen



zu tun. *Die Weisheit der Gruppe ist größer als die Summe der Weisheit der Einzelnen.* So lautete der Kernsatz dieser Ausbildung. Genauso wichtig ist es jedoch, die destruktiven Anteile einer Gruppe zu erkennen. Sie befinden sich nun in der Gruppe der *Kliniker*, ich dagegen in der Gruppe der *Niedergelassenen*. In der Gruppentherapie gibt es den Begriff der *Großgruppe*; das können 50 oder auch schon einmal 100 Personen sein. Früher gab es die Trennung zwischen Klinikern und Niedergelassenen. Man traf sich bei Fortbildungen, blieb aber mehr oder weniger in seinem Kreis. Bilden Kliniker und Niedergelassene nicht auch eine Großgruppe – aus der Sicht des Patienten allzumal? Ist der Patient nicht unser gemeinsamer Arbeitgeber? Was würde sich jeder von uns wünschen, wenn er die Rolle des Patienten übernehmen würde, fiktiv oder eines Tages real? Heute leistet die *Integrierte Versorgung* mit dem Ausbau eines sozial-psychiatrisch konzipierten Netzwerkes einen entscheidenden Beitrag zur besseren Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Psychiatrie.

Die wichtigste Schnittstelle zwischen Klinikern und Niedergelassenen bei der Behandlung unserer gemeinsamen Patienten ist die Entlassung. In meiner Zeit als Assistenzarzt habe ich erlebt, wie ein junger Patient Mitte Zwanzig innerhalb eines Jahres fünf Mal für jeweils sechs bis acht Wochen aufgenommen wurde. Heute sind die stationären Behandlungszeiten auch unter Kostenaspekten radikal gestutzt worden. Umso wichtiger ist es, die geplanten Schritte für die Zeit nach der Entlassung bereits während der stationären Behandlung ansatzweise umzusetzen, sei es das sog. *Hamburger Modell* (stufenweise berufliche Wiedereingliederung), sei es der Erstkontakt zu einer ambulanten Psychotherapie. Die Hemmschwelle eines Alkoholkranken, eine ambulante Selbsthilfegruppe aufzusuchen, ist meistens sehr hoch. Hier wäre der Erstkontakt während des Klinikaufenthaltes von großer Bedeutung. Nach der Entlassung lässt leider oft die Motivation nach, da sich das Leben vermeintlich normalisiert hat. So gesehen ist der Tag der Aufnahme der erste Tag der Entlassung. Trotz des Zeitdrucks, unter dem Sie stehen, ist bei allen Plänen die Einbeziehung des Patienten ein elementares therapeutisches Anliegen. Viele psychische Erkrankungen verbindet das Gefühl der Ohnmacht. Zu Spontaneität, Vitalität und Selbstermächtigung gelangt der Patient nur, wenn er als zentrale Person in die Planung und Umsetzung einbezogen wird. Mit dem Patienten suchen, nicht für den Patienten etwas finden, wie es der Pionier der Gemeindepsychiatrie, Klaus Dörner, auf den Punkt gebracht hat.

Dass ich im Zusammenhang mit der Entlassung auch den Entlassungsbericht erwähne, dürfte Sie nicht allzu sehr verwundern. Sehnsüchtig von uns Niedergelassenen erwartet, von den Assistenzärzten verflucht, weil die Bereichsleiterin schon wieder Druck macht. Die Hoffnung, diese Briefe während des Nachtdienstes zu schreiben, ist aus meiner Erfahrung trügerisch. Ein gutes Zeitmanagement ist auch für den Niedergelassenen bei überbordenden Anfragen von Krankenkassen, Rentenversicherungen und verschiedenen Ämtern geradezu lebensnotwendig. Deswegen: Früh übt sich! Während der Zeit als Assistenzarzt hatte ich meine beste Phase, als ich jeden Entlassungsbericht drei Tage vor Entlassung fertig stellte und als vorläufigen Entlassungsbrief dem Patienten mitgeben konnte. Wie wohl die meisten meiner Kollegen lese ich die Entlassungsberichte zumindest bei

Patienten, die ich kenne, von hinten. Oft reicht nicht die Zeit, den gesamten Brief Punkt für Punkt durchzugehen. Was mich am meisten interessiert, ist die Planung der nächsten therapeutischen Schritte, die Sie mit dem Patienten erarbeitet haben. Jeder Entlassungsbericht sollte dieses Thema prägnant, am besten in einer Checkliste, vermitteln.

In den letzten Wochen habe ich Freunde und Bekannte gefragt, was sie an meiner Stelle schreiben würden. „Bleiben Sie neugierig!“ und „Mach dir kein Bild von mir!“ lauteten zwei der Wünsche. Ist es nicht unsere vordringlichste Aufgabe, anhand der von dem Patienten geschilderten Beschwerden und den von uns wahrgenommenen Symptomen eine Diagnose zu stellen? Ist nicht die richtige Diagnose die unerlässliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie? Könnte sich hinter einer akuten Depression, mit der ein Patient normalerweise eingewiesen wurde, eine bipolare Störung verbergen? Der Patient berichtet von sich aus nicht von seinen manischen Phasen, weil er sie als Zeichen seiner Vitalität versteht. Sie, als junger Assistenzarzt, laufen möglicherweise Gefahr, nach Phasen erhöhten Rededrangs und gesteigerter Sexualität nicht zu fragen, weil es Ihnen bei der Erstanamnese – zu Recht – unangebracht und aufdringlich erscheint. Die meisten Patienten mit einer Schizophrenie leiden unter einem Wahn, aber nicht jeder Wahn ist Ausdruck einer Schizophrenie.

Wie soll ich eine Behandlung beginnen, ohne mir ein Bild von dem Patienten gemacht zu haben? Ist jede Diagnose nur eine vorläufige? Je dramatischer die Umstände einer Einweisung und je eindrucksvoller die Symptomatik eines Patienten sind, desto größer ist die Gefahr, dass wir die Fähigkeit und Freiheit verlieren, ihn uns als gesunden und lebensstüchtigen Menschen vorzustellen. Ein depressiver Patient ist ein Mensch mit einer Depression; er denkt depressiv – auf Zeit. Im Akutstadium verlieren die Patienten oft die Perspektive eines Lebens ohne ihre Erkrankung. Umso wichtiger ist, dass wir sie in unseren Köpfen lebendig halten. Robert Musil spricht in seinem Roman „Der Mann ohne Eigenschaften“ vom „Möglichkeitssinn“ und erläutert ihn wie folgt:

„So ließe sich der Möglichkeitssinn geradezu als die Fähigkeit definieren, alles, was ebenso gut sein könnte, zu denken und das, was ist, nicht wichtiger zu nehmen als das, was nicht ist.“

Diese Haltung könnte auch als *Kunst der Erwartungslosigkeit* bezeichnet werden: *Du heute, ich kenne dich nicht.* Unser Wissen über einen anderen Menschen ist immer Wissen von gestern. Es bleibt eine Annäherung, eine Hochrechnung unserer Erfahrung. Glauben Sie immer an die Veränderbarkeit des Menschen! Das hat mit Schönfärberei oder Blauäugigkeit nichts zu tun. Viele Patienten haben aufgrund von Gewalt und Demütigungen das Vertrauen in die Welt und in sich selbst verloren. Begegnen Sie diesen Menschen mit einem Vertrauensvorschuss! Wir sind die Verbündeten der Patienten, nicht ihre Richter. Auch wenn Ihr Vertrauen das eine oder andere Mal missbraucht wird, wechseln Sie nicht auf die vermeintlich sichere Seite des Misstrauens!

Wenn wir den Patienten die Kraft zur Veränderung absprechen, sperren wir sie in das Gefängnis negativer Erwartungen. Die Kunst der Erwartungslosigkeit



bedeutet aber: *Nichts – und alles erwarten!* Auf die Frage, wie er sich in den letzten Momenten vor einem Konzert auf die Aufführung vorbereite, gab der berühmte Dirigent Sergiu Celibidache in dem biographischen Film mit dem Untertitel „Magier und Tyrann“ folgende Antwort. Er versuche, sich in einen Zustand zu versetzen, den er als „*die höchste Aktivität in der tiefsten Passivität*“ charakterisierte. Die *Kunst der Erwartungslosigkeit* ist das Gegenteil von Desinteresse. Sie gleicht einem Bogen, auf dem der Pfeil gespannt wird, ohne dass seine Richtung bereits festgelegt ist. Diese therapeutische Haltung wirkt umso überzeugender, je mehr wir uns auch in den beruflichen Beziehungen und im privaten Bereich diesem Anspruch stellen. In meinem Gedicht *Morgentau* versuche ich zum Ausdruck zu bringen, wie weit die Erwartungslosigkeit Voraussetzung für die Entdeckung der Vielfalt eines anderen Menschen ist.

Rose

*Und weckte ich dich jeden Tag
mit einer Rose, einzig zart,
so wäre sie den nächsten Tag
dieselbe nie in keiner Art.*

*Und schwiegen wir den ganzen Tag,
so wüssten wir bei Tagesend
ums gleiche Maß uns mehr vertraut,
wie auch einander wieder fremd.*

*Und schliefest du in meinem Arm,
auf einer Stirn der Morgentau,
so schenkte ich den ersten Kuss
wie damals einer fremden Frau.*

Mit diesem Gedicht möchte ich nun den Brief schließen und wünsche Ihnen schnelles Einleben, Freude und Erfüllung an Ihrer neuen Wirkungsstätte.

In kollegialer Verbundenheit

Ihr Matthias Stieglitz

Entlassmanagement

Denken Sie daran, dass Ihr Entlassungsbrief von einem Adressaten gelesen werden soll – nicht zwingend ist das, was Sie wichtig finden, auch für diesen wichtig!

Schreiben Sie kurz, bündig und zeitnah: Am besten, Sie fassen am Ende Ihres Berichts Ihre Empfehlungen, wenn möglich nicht mehr als drei, in einer Merkbbox zusammen!

Und nicht vergessen: Schreiben ist Silber, Telefonieren manchmal Gold. Rufen Sie den niedergelassenen Kollegen an, wenn Sie Fragen zur bisherigen Behandlung haben oder auch

wenn Sie wesentliche Veränderungen an seiner diagnostischen Einschätzung oder medikamentösen Behandlung vornehmen wollen.

Literaturempfehlung

- Buber M (2009) Das dialogische Prinzip. 11. Aufl. Gütersloher Verlagshaus
- Gibran K (2011) Der Prophet. 6. Aufl. Piper Verlag München (Erstveröffentlichung 1923). *Dies ist eine Literaturempfehlung für jeden Psychiater; das berühmte Kapitel „Von den Kindern“ kann man fast 1:1 auf „Von den Patienten“ übertragen.*
- Greuel M, Stieglitz M (2008) Einsatz gesundheitsökonomischer Evaluationsinstrumente im Rahmen Integrierter Versorgungsverträge in der Psychiatrie. In: Wagner K, Lenz I (Hrsg.) Erfolgreiche Wege in die Integrierte Versorgung 225–244. Kohlhammer Stuttgart
- Dörner K (2003) Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. 2. Aufl. Schattauer Stuttgart
- Dörner K, Plog U, Teller C, Wendt F (2013) Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. 22. Auflage. Psychiatrie-Verlag Köln
- Musil R (2013) Der Mann ohne Eigenschaften. Anaconda Verlag Köln (Erstveröffentlichung 1930 [1. Band] und 1933 [2. Band] Rowohlt Berlin)