

Benedikt Sauer

Hall: Der Wandel der großen Anstalt

Gespräch mit Christian Haring, Primar an der Psychiatrie des Landeskrankenhauses Hall

„Hall“, der Name der Kleinstadt, wird nach wie vor als Synonym für die dortige Psychiatrische Klinik verwendet, aber auch für das ‚Irresein‘. Dabei hat sich die Klinik selbst mit ihrem großen Areal grundlegend verändert, wenn auch vergleichsweise spät. Die bis in die 1990er Jahre weitgehend geschlossene Anstalt wurde nach und nach geöffnet und verkleinert und präsentiert sich heute als Krankenhaus mit Spezialeinrichtungen, in dem auch über die jüngere Vergangenheit reflektiert wird.

Der Bruch, „*die Blockade*“ durch die Zeit des Nationalsozialismus ist in den Augen von Christian Haring, Primar am Psychiatrischen Krankenhaus in Hall und in den Jahren 2011 und 2012 Vorsitzender der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, der nachhaltigste Einschnitt in der Entwicklung der Psychiatrie in Österreich im 20. Jahrhundert:

„Als sich Mitte der 1990er Jahre zur Eröffnung der Psychotherapiestation an der Psychiatrie in Hall Vertreter verschiedener psychotherapeutischer Schulen zu einer Tagung einfanden, gab es am Ende des Symposiums Konsens darüber, dass wir im Grunde dort weitermachen, wo 60 Jahre vorher, in den 1930er Jahren, in Österreich aufgehört worden ist.“

Haring erinnert daran, dass „*fast die gesamte Wiener Psychoanalytische Gesellschaft*“, mit Sigmund Freud und Alfred Adler an der Spitze, „*in der NS-Zeit Österreich verlassen musste.*“

Verdeutlicht werde die österreichische Situation etwa beim Blick in die Schweiz. Dort habe Freud früh Bedeutung erlangt, auch für die klinische Psychiatrie. Haring verweist auf die Zürcher Klinik Burghölzli, die von 1898 bis 1927 von Eugen Bleuler geleitet wurde, den ersten Klinikleiter, der sich mit Freuds Psychoanalyse befasste, und auf C.G. Jung, der Bleulers Assistent war bevor er sich in Freuds Bewegung engagierte. In Österreich hingegen habe der Einschnitt durch die NS-Zeit Jahrzehnte nachgewirkt, bis in die 1990er Jahre und danach.

Zum Zeitpunkt der Tagung in Hall im Jahr 1995 war der erste große österreichische Reformschritt, das Unterbringungsgesetz von 1991 (UbG), erst seit wenigen Jahren in Kraft. Mit diesem neuen Psychriatriegesetz, das eine mehr als 70 Jahre alte Regelung, die „Entmündigungsordnung“ über die Anhaltung in geschlossenen Anstalten von 1916 ersetzte, wurde der zwangsweise Aufenthalt in psychiatrischen Kliniken neu geregelt. Nur mehr psychisch Kranke, nicht mehr etwa „geistig Behinderte“ dürfen seither in einer psychiatrischen Klinik oder Krankenhausabteilung untergebracht werden, und dies nur dann, wenn es außerhalb der Psychiatrie keine adäquate Behandlungsmöglichkeit gibt und eine erhebliche Gefahr für die eigene Gesundheit oder die anderer besteht. Über eine Anhaltung von PatientInnen entscheidet ab nun ein unabhängiger Richter aufgrund ärztlicher Gutachten und nach Anhörung der neu geschaffenen Patientenanwaltschaft – nicht mehr der Arzt.

Das Unterbringungsgesetz 1991 und die „Vorbehalte der Ärzteschaft“

Die Reformschritte wie das UbG, das vor allem eine Öffnung der ehemals geschlossenen psychiatrischen Anstalten und einen allmählichen Abbau der stationären Betten bewirkte, kamen in Österreich spät. Haring verweist darauf, dass die ersten Reformpläne seit Mitte der 1980er Jahre am Tisch lagen, ein Jahrzehnt nach der wegweisenden bundesdeutschen Psychiatrie-Enquête 1975, die im Auftrag des Deutschen Bundestages einberufen wurde, nachdem sich der Deutsche Ärztetag 1970 erstmals seit seiner Konstituierung im Jahr 1873 mit der Situation der psychiatrischen Versorgung befasst hatte. Die Enquête-Kommission stellte fest, dass *„eine sehr große Anzahl psychisch Kranker und Behinderter in den stationären Einrichtungen unter elenden, zum Teil als menschenunwürdig zu bezeichnenden Umständen leben müssen.“* Die als Empfehlungen festgehaltenen Ergebnisse der Enquête – u.a. eine Umstrukturierung der großen psychiatrischen

Krankenhäuser, eine gemeindenahere Betreuung und eine Gleichstellung der somatisch und psychisch Kranken – fanden dann in den 1990er Jahren auch in die österreichischen Reformbestrebungen Eingang.

Der „Anstoß für europaweite Reformen“, betont Haring, kam aber schon drei Jahrzehnte vorher „aus Italien“. Ab 1961 begann der italienische Psychiater Franco Basaglia als Leiter der Anstalt in Görz/Gorizia damit, die geschlossenen Abteilungen aufzusperren, jede Form der Freiheitsbeschränkung (wie Zwangsjacken oder Gitterbetten) und auch Elektroschocks abzuschaffen. Er setzte diese Reformen ab 1971 in Triest/Trieste fort, bald mit dem Ziel der Auflösung der Anstalten, überzeugt davon, so Haring, „dass mit dem Anhalten der Patienten auch die sozialen Probleme der Gesellschaft als Auslöser, Verstärker oder auch Ursache psychischer Probleme weggesperrt werden“. Das italienische „Basaglia-Gesetz“ von 1978 schuf dann die geschlossenen Anstalten ab: „Dieser Prozess in Italien löste international ein Beben aus“.

Haring erinnert daran, dass es in Österreich große Vorbehalte gegenüber dem Reformprozess gab, der mit dem Unterbringungsgesetz von 1991 eingeleitet wurde – vor allem auf Seiten der Ärzteschaft: „Wir, die Psychiatrie, haben enorm paranoid reagiert.“ Es habe großes Unverständnis gegeben, dass nun Richter „uns Ärzten zu sagen hätten, was zu tun sei“. Man müsse diese Reaktionen auch vor dem Hintergrund des ärztlichen Selbstverständnisses betrachten, meint der Haller Psychiater: „Ein Arzt kann nicht anders als zu glauben, dass das, was er tut, gut und rechtens ist.“ Haring räumt ein, dass er selbst anfangs sich auch erst „mit dem Gesetz abfinden“ musste, „bevor ich mich in die neue Realität einfinden konnte.“ Erst aufgrund der manchmal konfliktbehafteten Auseinandersetzung mit der Patientenanwaltschaft habe er realisiert, „realisieren müssen“, dass Kontrolle wichtig und notwendig sei: „Man kann es nicht ärztlichem Fachwissen alleine, man müsste wohl sagen, man kann es nicht dem Gutdünken überlassen, ob ein Mensch einen Menschen seiner Freiheit beraubt.“ Es bedürfe unbedingt der Außenperspektive. „Wir wissen heute aus Untersuchungen: Wenn man die Entscheidung allein den Ärzten überlässt, dann werden mehr Menschen eingesperrt. Diese Erkenntnis sollten wir uns zu Herzen nehmen.“ Er halte daher auch die Novelle des UbG vom Jahr 2010, die eine Zwangsanhaltung nun bereits nach dem Vorliegen von einem statt der bisher zwei ärztlichen Gutachten ermöglicht, für einen Rückschritt. Ausschlaggebend für diese Novelle seien vor allem ökonomische Motive gewesen: die Einsparung ärztlichen Personals:

„Es ist generell aufzupassen, dass sich die Konzepte der Behandlung nicht durch ökonomische Vorgaben verändern und damit medizinische Gesichtspunkte in den Hintergrund rücken. Wir sind als Ärzte nicht dazu da, ökonomische Konzepte umzusetzen, sondern in erster Linie therapeutische.“

Für Haring besteht kein Zweifel, dass die mit dem UbG 1991 ausgelöste „*un-aufhaltsame Welle*“ und die in der Folge beschlossene Tiroler Psychiatriereform 1995–2005 zu großen Veränderungen in Tirol geführt haben. Zur plakativen Verdeutlichung nennt er eine Zahl: Die stationären Betten im Psychiatrischen Krankenhaus in Hall – das übrigens bis zum Jahr 1992 Landes-Nervenkrankenhaus hieß – sank sprunghaft: von 1200 Betten Mitte der 1980er Jahre um mehr als die Hälfte auf rund 500 bis zum Jahr 1995 und im nächsten Jahrzehnt nach Inkrafttreten der Tiroler Reform nochmals auf 250 Betten bis 2005 (dies war auch der Stand 2010). Ein regionaler Strukturplan sieht eine weitere Reduktion im Tiroler Zentralraum vor, um 40 Betten an der Psychiatrischen Universitätsklinik Innsbruck (auf gesamt ca. 100) und um weitere 60 an der Klinik in Hall (auf 190 Betten). Die durchschnittliche Verweildauer an der Psychiatrie in Hall betrug im Jahr 2009 13,1 Tage. „*Wir bauen gerne weiter Betten ab, wenn außerhalb der Klinik alternative Angebote entstehen*“, sagt der Primar.

Das Stigma – trotz „enormer“ Veränderungen

Die vor allem mit dem UbG in Gang gesetzte Veränderung ist „*enorm*“, so Haring – bedenkt man, dass das Landes-Nervenkrankenhaus noch in den 1970er Jahren zwei mal erweitert wurde (1978 wurde auch ein neues Gebäude eröffnet) und noch im Jahr 1984 praktisch alle Stationen geschlossen geführt wurden. Haring ist zudem davon überzeugt, dass durch das UbG auch eine Veränderung in der Einstellung der Psychiater gegenüber den PatientInnen und im Umgang mit diesen eingeleitet worden sei.

Ziel des Tiroler Psychiatriepfleges von 1995 war vor allem die „Regionalisierung“ der Versorgung. Neben dem Abbau stationärer Betten im Zentralraum, an der Klinik in Hall und der Universitätsklinik Innsbruck, wurden kleinere psychiatrische Abteilungen in Bezirkskrankenhäusern eröffnet (Kufstein, Lienz) sowie regionalweit an den Kliniken die ambulante Versorgung und das außerklinische Angebot erweitert bzw. geschaffen.

Haring sieht aber auch „Grenzen“ einer Regionalisierung und begrüßt daher den im Psychiatrieplan konzipierten Weg, dass sich in den Zentren wie in Hall oder Innsbruck Spezialbereiche etablieren sollten (in Hall wurden etwa Abteilungen für Gerontopsychiatrie und Forensik geschaffen, ein Neubau für Forensik ist geplant), während für die Regelversorgung das Angebot allmählich in den Bezirken ausgebaut wurde.

Zu den Haller Spezialisierungen gehört vor allem die Arbeit mit Suchtkranken. Es gibt eine Fachstation für Drogenentzug, eine für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Im Bereich der Suchtbehandlung sei es gelungen ein flächendeckendes Beratungsnetz im Land mit 12 Anlaufstellen zu schaffen: *„Wir haben verstanden, dass die Sucht in Zusammenhang mit der sozialen Problematik gesehen werden muss, mit der Arbeitslosigkeit zum Beispiel, dass Sucht zu Prostitution und Beschaffungskriminalität führen kann, dass dies Symptome einer Erkrankung sind.“* Aber nach wie vor lande eine Gruppe von PatientInnen im Gefängnis, *„so wie im 18. Jahrhundert.“*

Eine anhaltende Debatte gibt es in Tirol zur Substitutionsbehandlung. Strittig ist die Verabreichung von retardiertem Morphin, die Haring befürwortet, *„weil dadurch auch anderen Klienten ein Weg zur Substitution eröffnet wird.“* Diese Substanz ist aber nur zulässig, wenn gegenüber anderen Substanzen wie Methadon oder Buprenorphin eine Unverträglichkeit besteht. Haring kritisiert, dass in der jüngeren Vergangenheit die gesetzlichen Schwellen für den Zugang zu Substitutionsmitteln erhöht wurden und damit in Kauf genommen werde, *„dass jede Schwelle zu Toten führt. Denn das Problem ist nicht, wie behandle ich, sondern behandle ich jemanden überhaupt oder werden PatientInnen ausgeschlossen.“* Als eng und fruchtbar beschreibt der Arzt die Kooperation mit außerklinischen psychosozialen Diensten wie der Beratungsstelle für Abhängigkeitserkrankungen BIN, in deren Vorstand er sitzt, und er unterstreicht allgemein den Stellenwert des außerklinischen Versorgungsangebots für Menschen in Krisensituationen, namentlich des Psychosozialen Pflegedienstes PSP.

Großer Handlungsbedarf besteht für Haring in Tirol vor allem im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine einzige klinische Abteilung, wie sie an der Universitätsklinik in Innsbruck besteht, sei nicht ausreichend. Allein die Sprachstörungen von Kindern und Jugendlichen würden in den letzten Jahren stark zunehmen.

Der Primar betont, dass er sich entschieden habe, in seinem Primariat keine Station für „chronisch Kranke“ einzurichten, *„weil sich so eine Station, wenn sie*

einmal existiert, immer füllt: Dann braucht es eine weitere und dann die nächste.“ Die ehemals ‚chronische Station‘ wurde in eine Psychotherapiestation umfunktioniert. Er plädiert generell für das Prinzip des „einfachsten Mittels der Behandlung“:

„Es gehört niemand in den geschlossenen Bereich, wenn eine Behandlung im offenen Bereich möglich ist, niemand in den offenen, wenn es ambulant geht, niemand zum Facharzt, wenn der praktische Arzt helfen kann und niemand zum Arzt, wenn die familiäre Unterstützung ausreicht.“

Allerdings gäbe es sehr wohl PatientInnen, die jahrelang stationär in der Klinik blieben: *„Langzeitpatienten bleiben in der Regel uns“*. Von den Sozialeinrichtungen außerhalb der Klinik würden tendenziell eher Menschen mit weniger langen Krisenverläufen versorgt.

Im Zuge der Reform erhielt auch das Jahrzehnte lang von außen unzugängliche, ummauerte Areal des Krankenhauses ein neues Gesicht: 1999 wurde ein öffentlich zugängliches Café eröffnet, das auch als Schritt zur Endstigmatisierung gedacht war, *„denn Stigmatisierung ist nach wie vor ein Problem.“* Seit 2001 werden zudem die Räumlichkeiten der ehemaligen hauseigenen Wäscherei von der neu gegründeten Kulturstation Wäscherei P genutzt, seit 2003 gibt es einen Minigolfplatz und eine Turnhalle.

In jüngerer Zeit arbeitet die Psychiatrie Hall mit einem ganzheitsmedizinischem Ansatz, der neben Psychotherapie auch Homöopathie und Akupunktur inkludiert. Haring ist auch von einem interdisziplinärem Zugang überzeugt, der über die medizinischen Disziplinen hinausreicht: *„Wir haben einen Soziologen im Team und bräuchten auch jemanden, der unseren Sprachgebrauch kritisch reflektiert. Ich muss im Umgang mit Patienten eine Sprache finden, bei der die Wertungen herausgenommen sind.“* Beispielsweise stört den Primar der häufige Gebrauch des Begriffs „psychische Störung“, den er als eine unglückliche Übersetzung in der Fachliteratur des englischen „*disorder*“ sieht. Skeptisch ist Haring generell bezüglich der Erstellung von Diagnosen: *„In erster Linie steht ein Individuum vor uns, und dieses passt nicht immer in eine diagnostische Schublade.“*

Die „gesellschaftliche Verantwortung“ des Psychiaters

Ein Desiderat ist die psychiatrische Forschung, die in der Regel und bisher vor allem an der Universitätsklinik in Innsbruck stattfindet. Interessiert an Forschung in Hall zeigt sich auch der Krankenanstaltenträger Tilak, *„aber das bindet beide“*, findet der Primar, der auch aus forschungspolitischen Überlegungen für eine in erster Linie öffentlich finanzierte Forschung und Fortbildung eintritt: Die Möglichkeit der Pharmaindustrie *„sich in das Bewusstsein der Mediziner vorzuarbeiten“* werde damit eingegrenzt.

Interesse zeigt Haring auch an historischer Arbeit am Psychiatrie-Areal:

„Vor kurzem wurde am Areal ein Friedhof entdeckt. Das wirft eine Reihe von Fragen auf. Wir schauen uns nun selbstverständlich die Sterblichkeitsraten und die Todesursachen der Patienten genau an. Dafür brauchen wir kompetente unabhängige Historiker, die auch dort hinschauen, wo sich womöglich Leichen unter dem Teppich befinden.“

Christian Haring bezeichnet sich als *„Adlerianer“*. Für den Wiener Psychotherapeuten Alfred Adler, den Begründer der Individualpsychologie, galt es, die sozialen Ursachen psychischer Krisen, etwa für die Kindheitsentwicklung im Auge zu haben, er sah das *„Gemeinschaftsgefühl“* als Gradmesser für die psychische Gesundheit und angesichts der sozial misslichen Verhältnisse vieler seiner PatientInnen die Notwendigkeit sozialmedizinischer Betreuung.

Haring, der auf die Bedeutung der Soziologie für die Entwicklung der Psychiatrie hinweist (ausgehend von Émile Durkheims Studie zum Selbstmord, 1897) und sich sozialpsychiatrisch geprägt sieht, bedauert, dass es in der Psychiatrie-Debatte nach mehreren Jahrzehnten Dominanz der biologischen Richtung seit den 1950er Jahren (mit der Entwicklung der ersten Antidepressiva und Neuroleptika) heute, Anfang des 21. Jahrhunderts, zu einem ‚Entweder – Oder‘ gekommen sei: *„Aus meiner Erfahrung sind Psychopharmaka hilfreich, weil ich auf bestimmte Symptome (Schlafstörungen, Antriebstörungen, Wahrnehmungsstörungen) positiv einwirken kann. Aber ich kann damit nicht die sozialen Verhältnisse der Patienten beeinflussen.“* Ärzte seien jedoch aufgefordert, meint Haring, die sozialen Implikationen mitzudenken: *„Wir sind ausgebildet für die Behandlung von Individuen, aber wir müssen uns der gesellschaftlichen Verantwortung bewusst sein.“* Daraus ergäben sich auch Spannungsverhältnisse: *„Wenn Psychiater zum Beispiel nur*

die Aggressivität von Menschen wegbehandeln, von Menschen, die verzweifeln, nachdem sie von heute auf morgen ihren Arbeitsplatz verloren haben, beraubt sich die Gesellschaft auch eines aggressiven Potentials der Veränderung im neo-liberalen System.“

Bis heute, meint Primar Haring, in gut Hundert Jahren Psychatriegeschichte, sei es nur in Ansätzen gelungen, ein annähernd ganzheitliches Krankheitsbild psychischer Phänomene zu entwickeln, „*das die drei großen Strömungen, die biologische Psychiatrie, die Sozialpsychiatrie und die psychotherapeutischen Richtungen umfasst.*“

Prof. Christian Haring, geb. 1954 in Leutasch/Tirol, ist seit 1989 Facharzt für Psychiatrie, wurde 1994 Primar der Psychiatrie am Landeskrankenhaus (LKH) Hall in Tirol, 1995 habilitiert, erhielt 2005 den Titel „Professor“ und ist heute auch stellvertretender ärztlicher Direktor des LKH. Seit Mitte der 1980er Jahre forscht und publiziert Haring vor allem zu Abhängigkeitserkrankungen, Suizid und Suizidprävention. Haring ist Gründungsmitglied der European Society of Aesthetics and Medicine (ESAEM) und 2011-2012 Vorsitzender der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie.