

# Back to the Roots: Ein Plädoyer für Einzelzimmer im psychosomatischen Krankenhaus

Matthias Vogel (Magdeburg)

Diese Übersicht befasst sich mit der strukturellen Aufstellung von Kliniken für Psychotherapie, wobei versucht wird, die häufigste Strukturvariante, die Stationäre Bündelung in Verbindung mit Mehrbettzimmern, auf ihre psychosomatisch-psychotherapeutische Relevanz zu untersuchen. Zudem wird die Frage nach der Tragweite dieser Lösung aufgeworfen, einschließlich der Visitenkultur, und die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene diskutiert, die die Normalisierung des Einzelzimmerstandards in der Medizin fordert, und zwar v.a. aus Gründen der Prävention nosokomialer Infektionen und zur Schadensbegrenzung bei endemischen oder epidemischen Geschehenslagen. In der Covid-19-Pandemie wurden Mehrbettzimmer wohl gemerkt für Patienten zur Quarantäne- und für Kliniken zur Kostenfälle.

Das Einzelzimmer könnte in stationären psychotherapeutischen Settings den Ruhe- und Rückzugsbedürfnissen der Behandelten am ehesten entsprechen und so die Motivation zur Behandlung stärken, hingegen lässt sich schwerlich konzeptuell in dem Sinne argumentieren, dass der fehlende Schutz der Privatsphäre in einem sinnvollen Bezug zu Therapiezielen stehe, denn der wahre Grund dürften doch eher wirtschaftliche Überlegungen sein, die sich aber – zumindest in somatischen Kliniken – auch als irreführend erweisen können. Zuletzt zeigen wir anhand der von Ernst Simmel im Berliner Sanatorium Schloß Tegel eröffneten stationären Urpsychosomatik auf, dass die stationäre Psychotherapie aus einer Einzelzimmer-Kultur hervorgegangen ist und schlagen daher vor, zu dieser Wurzel zurückzukehren.

Schlüsselwörter: Stationäre Psychotherapie, Einzelzimmer, Visite, Simmel, Privatsphäre

## Einleitung

Die Situation in Krankenhäusern ist überall ähnlich, was den Unterbringungsstandard und den kollektivistischen Zuschnitt der Beherbergung anlangt. Eine Station ist die Behandlungseinheit, und sie besteht aus Mehrbettzimmern, auch wenn diese Struktur gerade in psychotherapeutischen Kliniken mit sehr langen Aufenthaltsdauern dazu führen kann, dass durch die Nähe und das Fehlen einer privaten Sphäre Konflikte entstehen, sich wiederholen und zuspitzen. Leser mit Berufserfahrung aus der Kom-

plextherapie wissen ein Lied davon zu singen, wie sehr das Thema Schnarchen die Visite beherrschen und wie verlässlich die Bandbreite menschlicher Ausdünstungen und Gerüche immer wieder zu deren Gegenstand werden kann. Jede(r) in einem therapeutischen Team Arbeitende wird angesichts dessen wohl ihre/seine ehrlicher Weise gehegte, eigene und persönliche Vorliebe für ein Einzelzimmer im Krankheits- und Behandlungsfall für sich behalten, während er/sie gebetsmühlenartig die Lösung der Kohabitationskonflikte durch reifes und kommunikatives Gebaren predigt. Insoweit könnte man meinen, dass es in dieser, gerade für Stationen zwar trivialen, aber eben nicht unbedeutenden Hinsicht einen doppelten Maßstab gibt. Dieser bezieht sich auf das Gebot, die herrschenden Umstände hinzunehmen, obwohl sie vermutlich im eigenen und klarerweise im Klientenkreis als wenig hinnehmbar gelten (Bertuzzi et al. 2023), und wird durch die therapeutische Widmung dieser Akzeptanzübung als Verfahrensschritt überhöht und verbrämt.

Der Standard von Doppel- und Mehrbettzimmern ist so verbreitet und so sehr der Normalfall, dass dies kaum hinterfragt zu werden scheint. Stiller et al. (2016a, 2016b) fanden von allen Krankenhausbetten in Deutschland auf Allgemeinstationen lediglich 6,7 % in Einzelzimmern stehend vor, während es bei ITS-Betten 27 % waren. Dabei geht es neben den sich aufdrängenden subjektiven Nutzaspekten, die vermutlich alle schätzen würden, die Wert auf ihre Privatsphäre legen, auch um strukturelle, wirtschaftliche und hygienische Gesichtspunkte. Interessanterweise sprechen aber konzeptionelle Gesichtspunkte in somatischen, geschweige denn in psychotherapeutischen Kliniken nicht unbedingt für den bestehenden Standard der abgeschafften Privatsphäre. Zudem können Doppelzimmer zur Quarantänefalle für Patienten werden, und für Kliniken zur Kostenfalle, wie die Covid-19-Pandemie gezeigt hat. Indes dürfte das häufigste Argument für den Mehrbett-Standard sein, dass auf diese Weise Kosten gesenkt würden. Ob dies wirklich der Fall ist, ist aber nicht unumstritten (Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene 2021, Luchins 1989).

## Einzelzimmer als Komplikationsprophylaxe

Gerade die Corona-Pandemie führte sehr deutlich vor Augen, dass Infektionsrisiken in Mehrbettzimmern erheblich sind. Abgesehen von aufwendigen Desinfektionsprozeduren erfordert ein Infektions- bzw. epidemisches Geschehen auf einer Station die Schließung derselben, die Isolation der Patienten und den Arrest im Krankenzimmer (Deutsche Gesellschaft

für Krankenhaushygiene 2022). Hingegen zeigen Fälle, in denen sich Krankenhäuser bzw. Stationen baulich reformierten, dass die Einführung von Einzelzimmern im Gegensatz zur vorangegangenen Mehrbett-Kultur abnehmende Inzidenzen nosokomialer Infektionen nach sich zog (Hedema & van Benthem 2011). Ähnliches zeigten Lazar et al. (2016) auch für eine Kinder-ITS in Israel, wo es nach der Umrüstung von einem Saal zu mehreren Einzelzimmern zu einem Rückgang nosokomialer Infektionen, beatmungsbedingter Pneumonien sowie ZVK-assoziiierter Bakteriämien sowie der Harnwegsinfekte kam. Andere Krankenhäuser verzeichneten durch Umstellung auf Einzelzimmer Rückgänge der Norovirus-Infektionen und damit verbundener Stationsschließungen (Darley et al. 2018). Solche Befunde wurden international repliziert, wie in der Türkei (Ture et al. 2020) und in Bezug auf MRSA auch in Hongkong und Kanada (Cheng et al. 2010, Teltsch et al. 2011, Bracco et al. 2007). Diese Studien befassen sich zwar mit medizinischen, nicht primär psychotherapeutischen Settings. Jedoch weisen sie implizit auch auf die psychische Dimension der Einzelzimmer-Frage hin, wie aus der oben zitierten Übersicht der DGKH (2022) hervorgeht.

Gerade in Bezug auf die nicht primär somatische und medizinische Befindlichkeit können Einzelzimmer demnach das psychische Wohlbefinden fördern. Dies hat mit naheliegenden Vorteilen zu tun, wie z.B. der besseren Privatsphäre. Zudem ist die Vertraulichkeit in Visiten etc. gewahrt, und auch der Angehörigenbesuch erfolgt nicht in Anwesenheit Dritter. Es kommt zu weniger Beeinträchtigungen des Schlafes, zu weniger Stress und zu einer höheren Zufriedenheit (Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene 2022). Die Vorzüge des Einzelzimmers erstrecken sich aber weit über die Bedürfnisse und Wünsche in Bezug auf die Privatsphäre eines Patienten und die Unverletzlichkeit derselben hinaus, auch auf organisatorische und medizinische Belange, denn die Privatsphäre unterstützt die Genesung tendenziell. Sie reduziert Stress und Lärm (Brouqui 2016, Persson 2015), begünstigt so einen Ruhetonus und wirkt auch Infektions- und Ansteckungsgefahren entgegen. Naturgemäß fließen in die o.g. Leitlinie der DGKH vordringlich Sichtweisen und Erfordernisse einer medizinisch versorgenden Klinik ein. Dennoch erfahren die Risiken einer verzögerten organischen Heilung auch durch die destabilisierenden psychischen und ggf. konflikthafter Einflüsse eines unkomfortablen, vielleicht sogar belastenden und anstrengenden Verweilens im Doppelzimmer eine herausgehobene Würdigung. Zwischen den Zeilen kann man hier vermuten, dass

es dabei auch um die emotionalen Belastungen dieser Zimmergenossenschaften geht, die in dieser unfreiwillig geteilten Intimität und Lebensgemeinschaft recht akzentuiert ausfallen können. Der Zimmernachbar wird zum Zeugen jeglicher Ausscheidungen, zum Mitwisser privater und medizinischer Daten, zum lästigen Dritten, wenn Besucher oder Behandler an die Türe klopfen, und zum „gläsernen Patienten“, dessen Befunde in der Zimmeröffentlichkeit besprochen werden.

Aus organisatorischer Sicht kommt hinzu, dass sich die auf der Station Tätigen bei einem verbreiteten Einzelzimmerstandard weniger Gedanken über die geschlechtseinheitliche Planung der Belegung eines Zimmers machen müssen und dass es aus solchen Gründen zu keinen Verlegungen von einem Zimmer in das andere kommt (Walker 2016), was nicht zuletzt einer Entlastung der Pflege von schwerer körperlicher Arbeit entspricht.

Häufig wird ein Mehrbettzimmer aber mit geringeren Kosten in Verbindung gebracht, und das Einzelzimmer umgekehrt mit höheren, was vor allem einer intuitiven Logik zu folgen scheint. Dabei sind es nicht Kosten im Allgemeinen, die hier erhöht werden, sondern im Besonderen die Kosten für die Einrichtung pro Behandlungsplatz bzw. Bett (Townsend et al. 2024, Walker 2016, Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene 2022). Auf lange Sicht könnte ein Einzelzimmer aber möglicherweise Kosten senken helfen, da es betriebliche Erleichterungen mit sich bringt und Komplikationen (s.o.) eher verhütet. Zudem dürfte ein Einzelzimmer immer eine größere Nachfrage generieren als ein Mehrbettzimmer, zumindest wenn man davon ausgeht, dass die Mehrheit der Patienten ein Einzelzimmer bevorzugt (Verband der privaten Krankenversicherung 2015).

## Was nutzt ein Mehrbettzimmer in einer Psychosomatik?

Die therapeutische Gemeinschaft einer Station ist ein Spiegel der äußeren, z.B. gesellschaftlichen Verhältnisse. Da wie dort bewegen wir uns in einem graduierten System der Nähe- und Distanzregulation, erleben unterschiedliche Beziehungen in unterschiedlichen Kontexten und Näheverhältnissen. Gerade das Nebeneinander von Einzel- und Gruppentherapie sowie Großgruppe ist ein gutes Beispiel für diese ins Setting integrierte psychische Welterfahrung, die die Einbindung in äußere Kontexte wie Familie, Beruf oder Partnerschaft etc. aufgreift. Welche Rolle in dieser Gleichung ein Zimmernachbar spielt, dessen zumindest physische Nähe unmittelbarer und privater ist als die aller anderen, ist eine durch Konzepte

nicht zu beantwortende Frage, weil sich die Privatsphäre ja der Matrix der Gruppe und der therapeutischen Gemeinschaft eigentlich per definitionem entzieht. Leider ist hier eher zu vermuten, dass die Antwort tatsächlich unter dem Gesichtspunkt wirtschaftlicher Interessen und der traditionellen Beschaffenheit der Krankenhausorganisation gegeben wird. So wird Privatsphäre durch die Organisationsstruktur systematisch verhindert bzw. diese zu einem Erfahrungsraum für entbehrliche und unterdrückende, zum Teil eklige und beschämende Erlebensweisen umstrukturiert.

Daher könnten Einzelzimmer im Krankenhaus gerade Psychotherapiepatienten zu einem höheren Selbstwert verhelfen, eben weil das Einzelzimmer ihnen einen Wert zuweist, der überdies für alle gleich ist, die miteinander die wechselseitige Offerte und Annahme von Öffnung, Vertrauen und Empathie auf der Grundlage einer geteilten psychischen Belastung und der damit verbundenen Behandlungsmotivation vereinbaren. Je wunschgemäßer das Setting, desto respektierter fühlen sich die dort Behandelten, insbesondere bei langen Therapiedauern. Dinger et al. (2015) untersuchten die Patientenzufriedenheit in unterschiedlichen Settings (Tagesklinik, Station) und empfahlen hierbei die Berücksichtigung der patientenseitig gewünschten Settingcharakteristik, de facto oftmals explizit ohne Übernachtung. Die Autoren gehen der Frage nach Einzelzimmern gar nicht nach, doch haben sie die Erfahrung gemacht, dass Patienten über die Behandlungsart i.S. (teil-)stationärer Optionen selbst zu entscheiden wünschen, was womöglich auch mit dem Wunsche zu tun hat, die Unterbringung im Mehrbettzimmer nach Möglichkeit zu vermeiden. In vielen Studien, wie auch der Multizentrischen Effectiveness-Studie stationärer psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlung in deutschen Universitätskliniken (MEPP-Studie, Doering et al. 2023), wurde die Frage des Zimmerstatus nicht untersucht, auch wenn sich einige Gründe vermuten ließen, warum sie eine Auswirkung haben könnte (Maben et al. 2015). Eine datenbasierte Erkenntnis zum Wunsche der Behandelten nach keinem Einzelzimmer lässt sich nämlich laut Maben et al. (2015) nur insoweit erkennen, als männliche Patienten zu ca. einem Fünftel angaben, die Gesellschaft im Mehrbettzimmer als wünschenswert zu erachten, während offenbar die überwiegende Mehrheit der Frauen und 80 % der Männer dies nicht tun. Es wäre daher vermutlich hilfreich, diese Analyse nachzuholen oder sie ggf. zu initiieren.

## Visiten und Mehrbettzimmer als therapeutische Medien?

Stationäre Psychosomatik-Settings beruhen auf spezifischen Konzepten. Neben Krankenzimmern sind Visiten dabei (im Allgemeinen) ein Element jeder Krankenhausbehandlung und dienen verschiedenen Zwecken (Probst et al. 2011), z.B. der Verlaufsbeobachtung, der Beziehung, als Rahmen für wichtige Entscheidungen und dem Austausch von Informationen. Visiten finden hier meist im Stuhlkreis statt, der die zu visitierenden Personen seriell zu diesem Zwecke einschließt und ansonsten das Behandlerteam umfasst. Dies ist ein Unterschied zur Zimmervisite, die im Mehrbettzimmer ein Publikum beinhaltet, wie es offenbar in der Psychiatrie häufiger der Fall zu sein scheint (Heck 2021).

Dessen ungeachtet ergab sich (Probst et al. 2011) in einer entsprechenden Untersuchung der Visitenpraxis in der stationären Psychosomatik der Befund, dass es auch in solchen Settings (zumindest damals) auch nicht immer Visiten unter Ausschluss von Mitpatienten gab, sondern dass zu ca. einem Drittel das Gegenteil der Fall war. Dies gilt teilweise im Übrigen auch für die intendierte dynamische Therapie (Härdtle & Schneider 1999, Kant & Köhler 2016), die durch die DDR geprägt ist und die ihr eigene Achtung des Individuums eher als Teil des Ganzen widerzuspiegeln scheint. Daher kann die simultane Visite mehrerer Behandler nicht als einheitliche psychosomatische Praxis aufgefasst werden, auch wenn die Stuhlkreisvisite und die Teamöffentlichkeit in der Psychosomatischen Medizin insgesamt zu den Visiten „dazuzugehören“ scheinen, was vermutlich in erster Linie konzeptuelle Gründe hat, da der Visitenzirkel den Patienten einschließt und somit den individualisierten therapeutischen Raum absteckt, auch wenn in dieser Situation die Asymmetrie zwischen Team und visitierter Person deutlich zu spüren ist.

Dies ist auch bei integrativen Konzepten schwer zu vermeiden, sollte allerdings nicht auf die leichte Schulter genommen werden. Die Situation gleicht ja der einer Zimmervisite, bei der eine Öffentlichkeit vorhanden ist, die Augen und Ohren hat. Ein solches Szenario hat eine beschämende und auch eine übergriffige Seite, zumindest für Menschen, die sich gerne bedeckt halten und den Austausch bedingend an Vertrautheit, Ausschließlichkeit und Unmittelbarkeit des Kontaktes knüpfen und daher einer situativen „Veröffentlichung“ eigentlich ablehnend gegenüberstehen. Insoweit üben Teams hier auch eine gewisse Macht aus, denn sie tauschen sich zweifellos auch in der Abwesenheit des Patienten über diesen aus und verdeutlichen

so gerade in der Visitenzene die Asymmetrie in der Setting-Patient-Beziehung, die eine Entsprechung auch in einer Mehrbett-Zimmerkonstellation findet, welche den Behandelten ebenfalls abverlangt, die eigenen und persönlichen Bedürfnisse hintanzustellen und unterzuordnen. Gerade dieser Aspekt kann aber in einem widersprüchlichen Bezug zu Therapiezielen stehen, die oftmals das genau entgegengesetzte Vorzeichen tragen (Schneider et al. 2006). Daher ist die Tragweite der Einzelzimmer-Frage und auch der Visiten-Frage in der stationären Psychotherapie eine andere als in den somatischen Fächern, und die Visitenzene muss sich hier immer auch in Bezug auf die psychotherapeutischen Entwicklungsziele bewähren. Aus diesem Grunde liegt es nahe, diese Fragen hier auch grundsätzlich anders und aus einem spezifischen psychosomatischen Blickwinkel betrachten und zu beantworten, als dies in einer Somatik geschehen sollte, auch wenn Handlungsabläufe und die Stationsorganisation durch die angestammten klinischen und Krankenhaus-Traditionen beeinflusst worden sein könnten. Ein Einzelzimmer als Ort der Visite kann aber den Bedürfnissen psychoneurotisch erkrankter Menschen möglicherweise eher entsprechen als der große Präsentierteller, auf dem sich manche in einem Stuhlkreissetting wähen.

Angesichts all dessen könnte eine Standardinnovation ein sinnvoller Schritt sein, der nämlich Präferenzen (Dinger et al. 2015) aufgreift und im Gegensatz zum Mehrbettzimmer Heilungsfaktoren begünstigt, die mit der Privatsphäre und der Abschirmung vor Spannung und stationsimmanenten Konflikten verbunden sind. Diesen Faktoren könnten Doppelzimmer eher entgegenstehen, zumal sie Teil einer Struktureinheit (vulgo: Station) sind und sich Patienten dieser Struktur anpassen sollen, und zwar auch durch die Unterordnung ihrer persönlichen Bedürfnisse und Wünsche.

## Milieu, Moral und Macht

Die Milieutherapie war (und ist) eine Settingvariante (Burbiel 2015), die diesem Dilemma dadurch zu entgehen versucht, dass sie zumindest teilweise auf die strukturelle Bündelung verzichtet und so die Autonomie und den Selbstwert der Behandelten vermutlich schon immanent stärkt. Die Klinik Menterschwaige in München ist ein Beispiel (Burbiel 2009) für die Schaffung sozialer Räume zum Austausch sozialer Energie, worunter dort jene Spannkraft verstanden wird, die dem Individuum aus dem zwischenmenschlichen Austausch und der Kohäsion erwächst (Ammon

& Burbiel 2015). Zugleich wird das Fehlen von Stationen i. S. räumlich abgegrenzter Einheiten im Rahmen der Milieuthherapie in der genannten Klinik auch als Stärkung der therapeutischen Gemeinschaft aufgefasst, wohl weil deren Zusammenhalt als Ersatz für die strenge Güte der Struktureinheit gefestigt wird (Burbiel, Finke & Krüger 2009). Einzelzimmer gibt es aber dort auch nicht für alle Behandelten, und die Konzeption einer „therapeutischen Gemeinschaft“ als soziotherapeutischer Raum in paralleler Co-Existenz zu einem psychotherapeutischen Raum ist von den sog. integrativen Konzepten, bei denen eine Behandlergruppe im Team eine Patientengruppe „verarztet“, zu unterscheiden (Main 1949, Janssen 2014, Doering et al. 2023).

Die genannte Milieuthherapie geht im Übrigen auf eine frühe Reformbewegung der Behandlung psychisch erkrankter Menschen zurück. Auch „traitement moral“ genannt (Luchins 1989), bezog sich das reformierte „moralische“ Herangehen auf die menschliche bzw. ethische Verpflichtung, Kranke in ihrem Lebenswillen zu kräftigen, Ihnen Halt und Orientierung zu geben und sie, auch durch persönlichen Zuspruch und Ansporn, zu mehr Vertrauen und Geduld zu führen (Doneith 2008). Diese unterstützende, fast brüderliche Haltung gegenüber den Kranken trat in einen scharfen Kontrast zu der bis dato geübten Praxis der Siechen- und Irrenhäuser. Der Ansatz bedeutete schlicht, den Kranken ein freundliches, respektvolles und unterstützendes Umfeld zu bieten, zumal man begonnen hatte, die Ursachen psychischer Erkrankungen auch in negativen Erfahrungen zu sehen, die Individuen auf ihrem Lebensweg eingesammelt hatten (Luchins 1989). Auch wenn diese ersten therapeutischen Ansätze noch keineswegs methodisch hoch entwickelt waren und sich nach heutigen Maßstäben eher als eine niederschwellige Beratung darstellen, so nahmen sie doch erstmals die Dimensionen der (therapeutischen) Gemeinschaft und der Biographie einschließlich ihrer Traumata in den Blick.

Den Leitgedanken einer klinischen Familie, die ein verlässliches relationales Netz spinnt und entbehrte Beziehungsqualitäten ersatzweise offeriert, verfolgen psychotherapeutische Kliniken bis heute erfolgreich (Lees et al. 2004), und die besagte Milieuthherapie hat ihn ebenfalls aufgegriffen.

Konsequent fortentwickelt wurde er überdies in der stationären Psychosomatik, die sich in der Schaffung von Settings (Döring et al. 2023) auf die Bühnenhaftigkeit derselben fokussierte, da szenische Reinszenierungen in diesem Rahmen als relevanter Ausdruck der konflikthaften Anteile und Dynamiken betrachtet werden. Diese Konzepte konstruieren also Statio-

nen für Psychotherapie als Konflikt-Laboratorien, in denen die Auslösung und Art sowie die Wechselseitigkeit solcher Dynamiken musterhaft erkennbar werden sollen (Janssen 2012).

Dieses Vorgehen gleicht seinerseits einer Inszenierung, bei der die Kranken zu Statisten ihrer eigenen inneren Drehbücher werden, wenn auch unter fremder Regie. Ungewiss bleibt jedoch, ob diese Strategie der Konfliktinduktion an der Privatsphäre nicht eine wirksame Grenze finden sollte, da diese Sphäre sich, wie bereits gesagt, ja der therapeutischen Gemeinschaft entzieht, auch wenn sie möglicherweise im Laufe der Entwicklung stationärer Psychotherapie-Settings von der Krankenhausorganisation gewissermaßen gekapert worden sein könnte.

## Am Anfang war das Einzelzimmer

Die nach dem Krieg prägenden Entwickler der stationären Psychosomatik in Deutschland, wie der Arzt und Psychoanalytiker Paul Janssen, haben ihre Überlegungen auf jene Erfahrungen gegründet, die bereits vor 1939 in stationären Psychotherapie-Settings gemacht worden waren, sie knüpften also inhaltlich an Vorläufer an, die zwar der ausgereiften Konzepte heutiger Kliniken für stationäre Psychosomatik noch entbehrten und ihre Wirkung als eher generisch verstanden, ihren Patienten und (Kur)Gästen aber respektvoll begegneten und dies nicht zuletzt durch das Ambiente und die Unterbringung nachhaltig unterstrichen. Bereits um die vorletzte Jahrhundertwende waren sowohl hypno- als auch psycho- sowie soziotherapeutische Behandlungen zunehmend en vogue und auch verbreitet (Loewenfeld 1904).

Der historische Blick auf dieses Thema legt daher die Berücksichtigung der früheren Sanatorien nahe, denn immerhin war die erste Psychosomatik im Lande jene von Ernst Simmel in einem ehemaligen Sanatorium in Tegel eröffnete Klinik (Simmel 1928, Schultz-Venrath & Hermanns 2019). Simmel verfolgte damit das Ziel, Menschen mit Psychosen, narzisstischen Neurosen und schweren Persönlichkeitsstörungen zu behandeln (Janssen 2014), wobei er, offenbar milieuthérapeutisch denkend, das sach- und fachkundige Team für den Behandelten als „den Urtyp seiner Familie überhaupt“ wahrnahm.

Es ist anzunehmen, dass diese damalige Berliner Innovation mit einer inneren Struktur verbunden war, die ebenfalls im Sanatoriums-Stile geprägt gewesen ist. Auch wenn die Konzepte und Bedingungen dieser Kli-

nik nur lückenhaft überliefert sind (Schultz & Hermanns 1987), so scheinen sie sich doch an die besagte Tradition eines Sanatoriums angelehnt zu haben. Hierzu ist zu ergänzen, dass diese früheren Sanatorien eigentlich ihrerseits schon psychosomatisch waren, denn die Behandlungen und ihre Begründungen ähnelten im Grunde doch den heutigen Begründungen für die psychosomatische Komplextherapie bereits recht stark, weil sie multimodal waren und auch auf die oft beeinträchtigte Psyche dieser Patienten eingingen (Patriarca 2022). Es wurde seinerzeit in Bezug auf eine damals führende Indikation für Sanatoriums-Aufenthalte sogar die Frage gestellt, ob die TBC nicht eigentlich eine psychische Erkrankung sei oder zu ihr führe (Fantl 1950).

In der Blüte der Sanatorien sprachen diese oft das Bürgertum an, doch nach dem Ersten Weltkrieg gab es eine Spezialisierung auf Veteranen (Simmel 1918). In wirtschaftlich schwierigen Zeiten, so scheint es im Nachhinein, eröffnete man dann das Tegeler Sanatorium neu, um der Psychotherapie in einem innovativen Ansatz ein ganzes Sanatorium zu widmen. Offensichtlich geschah dies unter Beibehaltung der räumlichen Struktur, und somit unter Nutzung von Einzelzimmern. So bestätigte es Schultz-Venrath (2024) in persönlicher Kommunikation, und so lässt es sich aus einer im Internet auffindbaren historischen Quelle ersehen (Geschichtsforum Tegel), welche zudem die sonstigen heilenden Wirkfaktoren preist, als da wären: Ruhe, Naturnähe, Luftreinheit, Isolation und behaglicher Komfort nebst guter und reichlicher sowie voller Kost (Patriarca et al. 2022), nicht zu vergessen die typischen naturnah entschleunigenden, detonisierenden und re-kreativen Behandlungen und „Kuren“.

Die Wiege der stationären Psychosomatik ist demnach nicht nur das Tegeler Sanatorium, sondern sie wäre auch das Einzelzimmer gewesen! Dieser Ansatz würdigt die private Sphäre und bedeutet auch ein Zugeständnis an die Behandelten, die so Autonomie auch gegenüber dem Team entfalten dürfen, das die Privatheit im Einzelzimmer ebenfalls respektieren muss, und den Behandelten so einen mündigeren und weniger abhängigen bzw. verpflichteten oder gar unterworfenen Status gewährt, weil diese nicht die Mehrbettkonstellation zur Realisierung eines Behandlungswunsches in Kauf zu nehmen haben. Es kann nicht verkehrt sein, auch als Team gerade in einem entwicklungs- und autonomiefördernden Setting die Handlungs- und Entscheidungsfreiheit des/der Einzelnen zu stärken, auch wenn dies in einem strukturierten und normierten Rahmen immer eine Gratwanderung ist. Daher könnte man einen wichtigen Gradienten zwischen Freiheit und

Anpassung nicht nur an der Relation zur Zahl der Zimmergenossen ausmachen, sondern auch am Ausmaß der Freiheit vom Setting im Setting, d.h. der zugestandenen Autonomie in einer naturgemäß machtvoll autonomie-beschneidenden Struktur.

## Literatur

- Ammon, M, Burbiel, I (2015): An Interdisciplinary Team Approach of Dynamic Psychiatry. Theory and practice at Menterschwaige Hospital. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 17, 40–47. 10.12740/APP/58973
- Bertuzzi A, Martin A, Clarke N, Springate C, Ashton R, Smith W, Orłowski A, McPherson D (2023): Clinical, humanistic and economic outcomes, including experiencing of patient safety events, associated with admitting patients to single rooms compared with shared accommodation for acute hospital admissions: a systematic review and narrative synthesis. *BMJ Open* 5:13(5):e068932. doi: 10.1136/bmjopen-2022-068932. PMID: 37147093; PMCID: PMC10163491
- Bracco, D, Dubois, MJ, Bouali, R, Eggimann, P (2007): Single rooms may help to prevent nosocomial bloodstream infection and cross-transmission of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in intensive care units. *Intensive Care Med* 33(5):836-840. doi: 10.1007/s00134-007-0559-5
- Brouqui, P (2016): Should we provide acute care in single or double room occupancy? *Clin Microbiol Infect* 22:402. Doi: 10.1016/j.cmi.2016.01.020
- Burbiel, I, Finke, G, Krüger, H (2009): 30 Jahre dynamisch-psychiatrische Klinik Mentschwaige [30 years of Mentschwaige dynamic psychiatric hospital]. *Dynamische Psychiatrie* 42: 243–260
- Cheng, VC, Tai, JW, Chan, WM, Lau, EH, Chan, JF, To, KK, Li, IW, Ho, PL, Yuen, KY (2010): Sequential introduction of single room isolation and hand hygiene campaign in the control of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in intensive care unit. *BMC Infect Dis* 10:263. doi: 10.1186/1471-2334-10-263. PMID: 20822509; PMCID: PMC2944349
- Darley, ESR, Vasant, J, Leeming, J, Hammond, F, Matthews, S, Albur, M, Reynolds, R (2018): Impact of moving to a new hospital build, with a high proportion of single rooms, on healthcare-associated infections and outbreaks. *J Hosp Infect* 98(2):191–193. doi: 10.1016/j.jhin.2017.06.027. Epub 2017 Jun 27. PMID: 28666780
- Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene/ German Society of Hospital Hygiene (2022): Leitlinie der DGKH: Notwendigkeit von Einzelzimmern in Krankenhäusern. Sektion Krankenhausbau und Raumlufttechnik der DGKH. *Hygiene & Medizin* 47:36–41
- Dinger, U, Köhling, J, Klipsch, O, Ehrenthal, JC, Nikendei, C, Herzog, W, Schauenburg, H (2015): Tagesklinische und stationäre Psychotherapie der Depression (DIP-D) – Sekundäre Erfolgsmaße und Katamneseergebnis einer randomisiert-kontrollierten Pilotstudie [Day-clinic and Inpatient Psychotherapy of Depression (DIP-D) – Secondary Outcomes and Follow-up Results of a Randomized-Controlled Pilot Trial]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 65(7): 261–7. doi: 10.1055/s-0035-1545306

- Doering, S, Herpertz, S, Pape, M, Hofmann, T, Rose, M, Imbierowicz, K, Geiser, F, Bierling, AL, Weidner, K, Rademacher, J, Michalek, S, Morawa, E, Erim, Y, Teigelack, P, Teufel, M, Hartmann, A, Lahmann, C, Peters, EMJ, Kruse, J, von Boetticher, D, Herrmann-Lingen, C, Nöhre, M, de Zwaan, M, Dinger, U, Friederich, HC, Niecke, A, Albus, C, Zwerenz, R, Beutel, M, Sattel, HC, Henningsen, P, Stein, B, Waller, C, Hake, K, Spitzer C, Stengel, A, Zipfel, S, Weimer, K, Gündel, H, Kessler, H (2023): The multicenter effectiveness study of inpatient and day hospital treatment in departments of psychosomatic medicine and psychotherapy in Germany. *Front Psychiatry* 14.1155582. doi: 10.3389/fpsy.2023.1155582
- Doneith, KG (2008): Binswangers Privatklinik Bellevue 1881-1885. Dissertation, Eberhard-Karls-Universität zu Tübingen vorgelegt. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:21-opus-36630>, gesehen am 20.02.2025
- Fantl, K (1950): Psychiatry and tuberculosis. *Calif Med* 73(6):538–40. PMID: 14792351
- Geschichtsforum Tegel: Geschichtsforum Tegel | Sanatorium Schloß Tegel (geschichtsforum-tegel.berlin)/. Gesehen am 12.03.2024
- Härdtke, R, Schneider, W (1999): Die Intendierte Dynamische Gruppenpsychotherapie als Paradigma der Psychotherapie in der DDR. *Forum Psychoanal* 15: 42–57. <https://doi.org/10.1007/s004510050035>
- Heck J, Krause O, Schulze Westhoff M, Schülke R, Osmanovic A., Stichtenoth DO, Bleich S, Frieling H und Groh A (2021): Die interdisziplinäre psychiatrische Visite. Evaluation eines Pilotprojekts. *Psychopharmakotherapie* 28:63–70
- Heddema, ER, van Benthem, BHB (2011): Decline in incidence of Clostridium difficile infection after relocation to a new hospital building with single rooms. *J Hosp Infect* 79: 93–98
- Janssen, P (2012): Zur Theorie und Praxis psychoanalytisch begründeter stationärer Psychotherapie. *Forum Psychoanal* 28: 337–358, S. 37, <https://doi.org/10.1007/s00451-012-0123-y>
- Janssen, P (2014): Psychoanalytische Therapie in der Klinik. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Kant, S, Köhler, K (2016): Psychosomatisch-psychotherapeutische Tagesklinik und Ambulanz. In Frommer J. und Vogel M. (Hrsg.), 20 Jahre Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg. (S. 60–70). Pabst Publishers, Lengerich
- Lazar, I, Abukaf, H, Sofer, S, Peled, N, Leibovitz, E (2015): Impact of conversion from an open ward design paediatric intensive care unit environment to all isolated rooms environment on incidence of bloodstream infections and antibiotic resistance in Southern Israel (2000 to 2008). *Anaesth Intensive Care* 43(1):34-41. doi: 10.1177/0310057X1504300106. PMID: 25579287
- Lees J, Manning N, Rawlings B. (1989): A culture of enquiry: research evidence and the therapeutic community. *Psychiatr Q.* 2004 75(3):279–94. doi: 10.1023/b:psaq.0000031797.74295.f8. PMID: 15335230
- Loewenfeld, L (1904): Die moderne Behandlung der Nervenschwäche (Neurazthenie). Verlag JF Bergmann, Wiesbaden
- Luchins AS (1989): Moral treatment in asylums and general hospitals in 19th-century *Am J Psychol* 123(6): 585–607. doi: 10.1080/00223980.1989.10543013. PMID: 2691669

- Maben, J, Griffiths, P, Penfold, C, Simon, M, Pizzo, E, Anderson, J, Robert, G, Hughes, J, Murrells, T, Brearley, S, Barlow, J (2015): Evaluating a major innovation in hospital design: workforce implications and impact on patient and staff experiences of all single room hospital accommodation. *Health Soc Care Deliv Res* 3(3). <https://doi.org/10.3310/hsdr03030>
- Main, TF (1946): The hospital as a therapeutic institution. *Bull Menninger Clin* 10:66–70
- Patriarca, C, Lo Bello, G, Zannella, S, Agati, SA (2022): Tuberculosis: the sanatorium season in the early 20th century. *Pathologica* 114(4):342-346. doi: 10.32074/1591-951X-333. PMID: 36136904; PMCID: PMC9624135
- Persson, E, Anderberg, P, Ekwall, AK (2015): A room of one's own – Being cared for in a hospital with a single-bed room design. *Scand J Caring Sci* 29(2):340–6. doi: 10.1111/scs.12168. PMID: 25213674
- Probst, S., Mörtl, K., Kächele, H, Wietersheim, J von (2011): Von der Visite im Krankenhaus zur Visite in der psychosomatischen Klinik. *PDP* 10: 235–242
- Schneider, G, Schmitz-Moormann, S, Bär, O, Driesch, G, Heuft, G (2006): Psychodynamische Therapiefoki in einer stationären multimodalen Therapie – Zusammenhänge zu den Selbstauskunftsskalen und Individuellen Therapiezielen/ Psychodynamic therapy foci in inpatient psychotherapy – relations to self-assessment scales and individual therapeutic goals. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 52: 259–273
- Schultz-Venrath, U, Hermanns, L M (2019): Ernst Simmel oder die Psycho-Klinik der Zukunft. In A. Geisthövel & B. Hitzer (Hrsg.), *Auf der Suche nach einer anderen Medizin – Psychosomatik im 20. Jahrhundert* (pp. 124–132). Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, Frankfurt am Main
- Schultz, U, Hermanns, LM (1987): Das Sanatorium Schloß Tegel Ernst Simmels – Zur Geschichte und Konzeption der ersten psychosomatischen Klinik. *Psychother. Med. Psychol.* 37: 58–67
- Simmel, E (1918): Kriegsneurosen und „Psychisches Trauma“. Ihre gegenseitigen Beziehungen dargestellt auf Grund psychoanalytischer, hypnotischer Studien. Otto Nemnich, Leipzig
- Simmel, E (1928): Die psychoanalytische Behandlung in der Klinik. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse* 14: 352–370
- Stiller A, Schröder, C, Gropmann, A, Schwab, F, Behnke, M, Geffers, C, Holzhausen, J, Sunder, W, Gastmeier, P (2016 a): Ausstattung mit Händedesinfektionsmittelspendern und Einbettzimmern in Hinblick auf die Infektionsprävention – eine Bestandsaufnahme in Krankenhäusern in Deutschland [Analysis of contemporary hospital infrastructure pertaining to infection prevention in Germany]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 59(8): 986–91. doi: 10.1007/s00103-016-2384-x. PMID: 27376655
- Stiller, A, Salm, F, Bischoff, P, Gastmeier, P (2016 b): Relationship between hospital ward design and healthcare-associated infection rates: a systematic review and meta-analysis. *Antimicrob Resist Infect Control* 29,5:51. doi: 10.1186/s13756-016-0152-1
- Teltsch, DY, Hanley, J, Loo, V, Goldberg, P, Gursahaney, A, Buckeridge, DL (2011): Infection acquisition following intensive care unit room privatization. *Arch Intern Med* 10;171(1): 32–8. doi: 10.1001/archinternmed.2010.469. PMID: 21220658

- Towns C, Kelly M, Ballantyne A (2024): Infection, ageing and patient rights: Time for single-occupancy hospital rooms. *Aust N Z J Public Health* 48(6):100198. doi: 10.1016/j.anz-jph.2024.100198. Epub 2024 Oct 30. PMID: 39471742
- Ture Z, Ustuner T, Santini A, Aydogan S, Celik İ (2020): A comparison of nosocomial infection density in intensive care units on relocating to a new hospital. *J Crit Care Med* 6: 175–180
- Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) (2015): Mehrheit will im Krankenhaus ins Einzelzimmer – Onlineportal der PKV erleichtert die Suche. <https://www.verbaende.com/news/pressemitteilung/mehrheit-will-im-krankenhaus-ins-einzelzimmer-onlineportal-der-pkv-erleichtert-die-suche-99753/>. Gesehen am 10.9.2024
- Walker D (2016): Challenging the culture of caring of 100 years: the evidence behind single-room provision in hospitals. *Future Hosp J* 3(1):30–32. doi: 10.7861/futurehosp.3-1-30. PMID: 31098174; PMCID: PMC6465860

Der Autor hat keine relevanten finanziellen oder nicht-finanziellen Interessen offenzulegen.

**Autor:**

Prof. Dr. med. Matthias Vogel, Chefarzt, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik Dr. Barner, Fachkrankenhaus für Psychosomatik und Psychotherapie, Dr. Barner-Str. 1 • D- 38700 Braunlage/Harz; Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der OvGU, Leipziger Straße 44 • 39120 Magdeburg • E-Mail: [matthias.vogel@klinik-barner.de](mailto:matthias.vogel@klinik-barner.de)