

„Wohin geht die Psychiatrie?“

Deutsch-Polnische Tagung in Mönchengladbach, 16.-18.09.04

Dr. Elmar Spancken

Mit dieser Frage werden sich heute Bogdan de Barbaro und Ralf Seidel auseinandersetzen.

Als Einleitung möchte ich einen Bezug zum Tagungsort herstellen und deutlich machen, warum die Klinik ein besonders geeigneter Ort ist um darüber nachzudenken: Was wurde erreicht in der Psychiatrie und was könnte gefährdet sein. Nicht zuletzt haben wir aber auch deshalb Mönchengladbach ausgewählt, weil es die letzte Gelegenheit ist, dass Ralf Seidel, der diese Klinik seit 20 Jahren leitet, eine Deutsch-Polnische Tagung ausrichten kann, bevor er in den Ruhestand geht.

Geprägt durch die Tradition dieser Klinik und durch seine langjährige Beschäftigung mit Fragen der Ethik ist er in besonderer Weise sensibilisiert für Zeitströmungen und Tendenzen, die unsere Normen für ein humanes psychiatrisches Handeln gefährden könnten.

Erinnern wir uns: Vor gut 30 Jahren, 1973, eröffnete die Klinik Mönchengladbach mit dem Auftrag und der Vision, Vorreiter und Modell für eine konsequente gemeindenaher Psychiatrie im Sinne der großen Reformbewegung der 70er-Jahre zu werden. Ralf Seidel und ich hatten das Glück, an diesem Projekt von fast der ersten Stunde an mitzuwirken.

Der Aufbau der Klinik und des ganzen Versorgungssystems fand im Spannungsfeld der übergreifenden politisch-ideologischen Debatten der Nach-68er-Jahre statt. Für viele von uns war Psychiatrie das Feld, auf dem intensive Auseinandersetzungen auch um gesellschaftspolitische Fragen und Utopien geführt wurden.

Ich will diese Jahre nicht idealisieren, denn es lag darin auch die Gefahr, die Psychiatrie und die Kranken zu instrumentalisieren für die Klärung und Durchsetzung der eigenen gesellschaftspolitischen Vorstellungen bzw. psychiatrische Konzepte aus ideologischen Positionen heraus zu begründen und durchzusetzen. Dass wir in Mönchengladbach dieser Gefahr entgingen, lag an der großmütigen und toleranten, zugleich pragmatisch-handlungsorientierten Grundhaltung des Klinikgründers Dr. Alexander Veltin. Wie er das breite Spektrum unserer Debatten, die mitunter auch arge Zumutungen waren, einerseits zuließ, andererseits in praktische Projekte kanalisierte, ist für uns Vorbild geblieben für Leitungsqualität, um nicht zu sagen Qualitätsmanagement.

Je nach Herkunft und Neigung vertraten wir entweder betont soziale Aspekte, geisteswissenschaftlich hermeneutische Sichtweisen oder die psychotherapeutisch-analytischen Dimensionen der Psychiatrie.

Unsere Diskussionen berührten die grundsätzlichen Fragestellungen unseres Faches, also z. B. das Spannungsfeld zwischen

- dem Biologischen und dem Sozialen
- von Autonomie und Gewalt
- von Arznei oder Psychotherapie
- der Auflösung oder der Notwendigkeit von Institutionen.

In diesem Klima entstand – nicht zuletzt durch ein konkret gemeindepolitisches Handeln unseres Chefs – ein hochdifferenziertes, gemeindenahes Versorgungssystem mit Ambulanzen, Wohnheimen, Wohngruppen usw., das in jenen Jahren Vorbild für ähnliche Entwicklungen im ganzen Bundesgebiet wurde. Eingebettet war diese Entwicklung in ein umfassendes, vom Landschaftsverband Rheinland voran getriebenes Reformprogramm, in dessen Verlauf in den letzten 30 Jahren die psychiatrische Landschaft im Rheinland tiefgreifend umgestaltet wurde.

Es ist nicht nur eine nostalgisch geprägte Überidentifizierung mit den intensiv erlebten Gründungsjahren, wenn ich auch nach jahrelanger Distanz der Meinung bin, dass diese Klinik, deren Tradition Ralf Seidel weitergeführt hat, noch immer für die Ansprüche und Werte steht, die wir mit einer zeitgemäßen Psychiatrie verknüpfen.

Aber leben wir nicht in einer Zeit, in der diese Normen und Erwartungen gefährdet sind? Geraten sie, und davon wird die Rede sein müssen, in ein neues, von der Ökonomie diktiertes Spannungsfeld?

Gehen wir in die Gegenwart. Was sind heute unsere Themen, worum kreisen heute unsere Diskussionen?

Über allem steht das „**Budget**“. Das Budget teilt man uns zu. Das Budget teilen wir dann unter uns auf. Ist das Budget gerecht verteilt? Darüber lässt sich lange streiten. Sind die Zahlen richtig? Wie wurden sie berechnet? Das muss noch einmal überprüft und diskutiert werden. Ständig kommen neue Zahlen. Wie kommen sie zustande? Habe ich meine Vorgaben erfüllt und meine Leistungen erbracht?

Das Denken und Handeln in Budgets ist zweifellos ein Fortschritt. Es schafft Transparenz. Man weiß, was man hat, kann damit planen und wirtschaften. Wir sind alle kleine Betriebswirte geworden. Das ist kein Fehler, denn wir werden zu Realisten, hören auf zu träumen und zu jammern.

Das Budget hat nur einen einzigen Nachteil: Es wird von Jahr zu Jahr kleiner! Wie gehen wir damit um? Die Debatten darüber führen zwangsläufig zur zentralen Frage nach dem **Notwendigen**. Wenn wir von Jahr zu Jahr weniger Mittel haben, was ist dann noch unbedingt notwendig?

Pragmatisch gehen wir damit folgendermaßen um: Sollen wir einen Arzt oder einen Psychologen einstellen? Natürlich einen Arzt, denn er kann auch Bereitschaftsdienste machen. Sollen wir eine Krankenschwester oder einen Ergotherapeuten einstellen? Natürlich eine Krankenschwester, denn eine gute Pflege hat zweifellos Priorität vor Beschäftigung, usw. usw.

In der Fortsetzung dieses Prozesses könnten wir wieder bei den zwei Berufsgruppen landen, die immer unverzichtbar waren, nämlich den Ärzten und dem Pflegepersonal. Das **Notwendige** wird letztlich das **Medizinische** sein. Das, was uns noch am ehesten mit den Denk- und Handlungsmustern der somatischen Medizin verbindet.

Wer aus der Tradition der Mönchengladbacher Klinik kommt, würde die Frage nach dem Notwendigen vielleicht anders beantworten und als unverzichtbare Dimension gerade das Spezifische der Psychiatrie betonen. Zum Beispiel:

- Die Entwicklung von Beziehungen
- die sensible Wahrnehmung und Reflektion
- den Aufbau von Vertrauen und Zuversicht
- behutsames Erschließen der Zusammenhänge von Krankheit und Biographie
- das sorgsame Herausfinden und Vorbereiten eines individuellen Weges aus der Krankheit zurück ins Leben
- und das alles in einem Milieu, das Zeit und Raum lässt für Entwicklungen, die ein Mensch nicht in drei Wochen durchlaufen kann.

Dieses von Reduzierung bedrohte „Beiwerk“ jenseits vom somatischen Kern unseres Faches ist dann das eigentlich Notwendige.

Was aber tun, wenn das Budget nicht beide Notwendigkeiten erlaubt?

Für diese Quadratur des Kreises setzen wir nun mehr und mehr auf Strategien, deren gemeinsames Merkmal das Ziel der Effizienzsteigerung und Prozessoptimierung ist. Man wird dabei den Eindruck nicht los, dass diese Projekte ein aufwändiges Eigenleben entwickeln und die ohnehin geringer werdenden Ressourcen, zu deren optimierter Nutzung sie eigentlich verhelfen sollen, zusätzlich schmälern.

Das ist an erster Stelle das **Qualitätsmanagement**. Wir alle haben inzwischen das Zertifikat als EFQM-Manager (European Foundation of Quality-Management). In unserer Klinik haben wir ferner

- einen Qualitätsmanager
- einen Qualitätslenkungsausschuss
- einen Qualitätszirkel
- Qualitätsbeauftragte auf allen Ebenen.

Wir haben einen komplexen Prozess der Selbstbewertung durchlaufen, auf allen Ebenen unsere Schwachstellen erkannt und eine Anzahl unbedingt notwendiger Verbesserungsprojekte definiert. Aber wie setzt man diese Projekte um? Das ist schwieriger als gedacht. Wir brauchen dafür eine Qualifikation im **Projektmanagement**. Die haben wir natürlich absolviert, müssen sie aber erweitern um Kenntnisse im **Prozessmanagement**. Qualitätsmanagement geht nicht ohne Projektmanagement und Projektmanagement geht nicht ohne Prozessmanagement.

Auf den Stationen, ganz nah am Patienten, kämpfen nach wie vor gestresste Stationsärzte und Krankenschwestern mit der Erledigung des wirklich Notwendigen, wozu auch der Stapel unerledigter Krankenakten und Krankenkassenanfragen gehört. Und was steht in den Krankenakten, wenn sie denn geschrieben sind: Nicht mehr die wirklich beobachteten Krankheitsverläufe und differenzialdiagnostischen und pathogenetischen Überlegungen, sondern die von den Krankenkassen

erwarteten Formulierungen zur Genehmigung der weiteren Behandlung. Wir laufen Gefahr, eine Kernkompetenz ärztlichen Handelns den ökonomisch strategischen Überlegungen anzupassen und unterzuordnen.

Dann betreiben wir auch **Benchmarking**. Das heißt, wir gucken, wie es die anderen machen. Das sind aufwändig angelegte Leistungsvergleiche zwischen Kliniken, die zu der Erkenntnis führen sollen, wie wir mit möglichst wenig Ressourcen die besten Ergebnisse erzielen. Zu diesem Zweck haben wir jetzt

- einen Benchmarking-Lenkungsausschuss
- einen Benchmarking-Beauftragten
- Benchmarking-Verantwortliche auf allen Ebenen, usw.

Den Durchbruch zur Überwindung aller Probleme erwarten wir aber von einem umfassenden Datenverarbeitungssystem. Wir nennen es **KIS** (Krankenhaus-Informationen-System) und investieren dafür große personelle, finanzielle und zeitliche Ressourcen. Wir erhoffen uns davon, dass irgendwann einmal alles was wir tun einfacher und schneller gehen wird. Wir haben natürlich

- einen KIS-Lenkungsausschuss
- einen KIS-Manager
- KIS-Ausbildungsbeauftragte auf allen Ebenen, usw. usw.

Auf diese Weise ist es z. B. schon nach zwei Jahren intensiver Vorbereitung und Schulung von Hunderten von Mitarbeitern gelungen, den Vorgang der Aufnahme und Entlassung, bisher auf einigen Formularen mit der Hand erledigt, auf dem PC abzuwickeln. Geübte Mitarbeiter sind durchaus der Meinung, dass man für diesen Vorgang jetzt nicht länger braucht als vorher. Deshalb können wir jetzt mit einer neuen Stufe beginnen. Das nennen wir dann in unserer Sprache: „Nach erfolgreichem Kick-Off beginnt jetzt das Rolling-Out im second level.“

Nun kennen Sie einige Begriffe und Methoden aus dem Repertoire der modernen Psychiatrie. Ich will damit keinen Pessimismus verbreiten. Es wird wohl so sein, dass wir alle diese Techniken nutzen müssen. Im Prozess der Suche nach dem Notwendigen liegt ja auch eine Chance. Man kann durchaus der Meinung sein, dass eine Reduzierung des Komplexen, ein Fokussieren auf überprüfbare pragmatische Behandlungsstrategien einen Fortschritt im Sinne patientenzentrierten Handelns bedeutet.

Sicherlich ist aber ein Zeitpunkt gekommen, wo man sich diesen Entwicklungen, ihren Chancen und Risiken bewusst werden und sich den Werten und Normen unseres Faches neu vergewissern muss.

Es soll also heute darum gehen, Strömungen und Tendenzen zu bewerten, die in folgende Richtung weisen.

- Zu einer Reduktion der Komplexität psychiatrischer Theorie und Praxis im Zuge einer generellen Zentrierung auf den biologisch-naturwissenschaftlichen „Kern“
- zu einem Effizienzprinzip, das eine Reduzierung auf das Messbare begünstigt
- zu einer Atemlosigkeit und Hektik, die die Kultur der psychiatrischen Behandlung gefährdet

- und zu einer Beschränkung psychiatrischer Kliniken auf das Behandelbare und Erfolgversprechende mit der Folge einer Ausgrenzung der chronisch Kranken aus ihrem Verantwortungsbereich.

Die Auseinandersetzung mit diesen Fragen möchte ich nun den folgenden Rednern überlassen.

Ralf Seidel wünsche ich, dass in dem schönen und zweckmäßigen Neubau, den er zum Ende seiner Amtszeit noch einweihen wird, etwas vom Geist der letzten 30 Jahre bewahrt werden kann.