

Sozialpsychiatrie auf dem Holzweg – am Beispiel Bremen

Mit 70 Jahren, nach 40 Jahren Psychiatrie, wird für mich am Ende dieses Jahres mein Wechsel in den bewegten Ruhestand erfolgen.

Seit 27 Jahren bestreite ich meinen Lebensunterhalt in eigener Praxis als "niedergelassener Nervenarzt" nach der Logik des Zeittaktes der Abrechnungsziffern und der Diagnoseschubladen: ständig zu viele Patientinnen und Patienten und zu wenig Zeit für Gespräche.

Zum Team gehören seit etlichen Jahren auch eine Kollegin und vier Angestellte, die für mich ein Glücksfall sind.

In diesem Jahr werde ich meine Zulassung schrittweise an eine weitere Kollegin und einen Kollegen abgeben und dann (fast) nicht mehr als Profi sondern als Bürger in der Region tätig sein.

Arzt in eigener Praxis hatte ich früher nicht werden wollen. Nur gab es 1989 für mich keine Bewegungsmöglichkeit mehr im öffentlichen psychiatrischen Gesundheitsdienst und somit keine Alternative zum Neustart in eigener Praxis. Diesen Schritt habe ich nicht bereut, auch wenn der Praxisalltag anders aussieht, als man sich *sozialpsychiatrisches* Arbeiten vorstellt.

Nach wie vor haben für mich die Ereignisse vor 35 Jahren eine zentrale Bedeutung für die Arbeit und das Leben: Der Auflösungsbeschluss der DGSP am Ende der Jahrestagung 1979 in Freiburg (Titel: "Psychiatrie: Hilfe? Ersatz? Macht?"), die Forderungen vom Mannheimer Kreis in Mannheim 1980 und dem gleichzeitigen Gesundheitstag in Berlin, die zu der Auflösungs demonstration in Bonn (ca. 10.000 Menschen) führten und anschließend die Entscheidung des Bremer Gesundheitssenators, Herbert Brückner, im Zuge der Psychiatriereform die psychiatrische Langzeitanstalt Kloster Blankenburg aufzulösen.

Wer sich noch an die damalige Aufbruchsstimmung, die Diskussionen um den Auflösungsprozess, das Einreißen von Mauern im psychiatrischen Denken, um die Deinstitutionalisierung der Psychiatrie erinnern kann, ist heute Rentner oder zumindest dem Rentenalter nahe.

Die Erwartungen an die Reform, insbesondere der in Bremen, waren groß: Außer der Auflösung der Langzeitpsychiatrie sollte hier auch mit dem Aufbau von fünf sozialpsychiatrischen Diensten in den Stadtteilen die ambulante Arbeit vor Ort ausgebaut und der stationäre Bereich (fünf Sektorstationen) abgebaut werden.

Enttäuschung über die Psychiatriereform

Die in Bremen eingeleitete Entwicklung galt lange als das Paradepferd der bundesdeutschen Psychiatriereform. So wie in Bremen haben sich die Urheber des "Bundesmodellprogramms zur Reform der Psychiatrie" die psychiatrische Versorgung der Zukunft vorgestellt. Die "Auflösung der Langzeitpsychiatrie Blankenburg" wurde vom Bremer Senat bisweilen sogar als "Jahrhundertprogramm" bezeichnet.

Doch in der Praxis machten sich bei der Umsetzung schon bald Ernüchterung und Enttäuschung darüber breit, dass an führender Stelle die Ziele anders gesteckt wurden als anfangs von vielen erwartet. Unter den in Bremen in der psychosozialen Versorgung Tätigen zog sich die Trennlinie zwischen Befürwortern und Kritikern dieser Reform genau quer zu den hierarchischen Strukturen des Psychiatrieapparates. Viele Kommentare dazu, die an Aktualität nichts verloren haben, kann man heute noch lesen.

Überraschend war allerdings, wie etliche Jahre später, nämlich im März 2014, der zu dieser Zeit amtierende Gesundheitssenator, Dr. Hermann Schulte – Sasse, in seinem Bericht an die Deputation den Zustand der Bremer Psychiatrie bewertete:

(...)

Orientierung am "Krankenhausbett" – Bettenausbau anstelle Bettenabbau

Die psychiatrische Versorgung in Deutschland und auch in Bremen ist – entgegen der Intention der Psychiatrie-Enquête – nach wie vor noch bzw. wieder zu stark am "Krankenhausbett" orientiert. So dokumentieren die Daten inzwischen erneut ein Ansteigen der teil- und vollstationären Krankenhausbetten in Deutschland. Das Land Bremen hat nach wie vor eine der höchsten Bettenmessziffern in Deutschland. (...)

Spezialisierung in der Krankenhaus-Psychiatrie

Der im Begriff befindliche Bettenausbau in der stationären Psychiatrie in Deutschland und in Bremen geht u.a. zurück auf die Tendenz zum Ausbau spezialisierter Behandlungskonzepte. Im Zuge der allgemein verbreiteten Einnahmerückgänge von Krankenhäusern sind letztere verstärkt bestrebt, lukrative Bereiche auszubauen. Im Bereich Psychiatrie wird insbesondere in den Ausbau von Spezialstationen investiert, die eine qualitativ hochwertige und eher kostenintensivere Versorgung für ausgewählte diagnosegleiche Patientengruppen versehen. Ein Beispiel dafür stellt der Ausbau von Depressionsstationen dar. Z.T. wird mit einer spezialisierten Versorgung einer Selektion der leichter erkrankten und daher erfolgreich bzw. kürzer therapierbaren Patienten und Patientinnen Vorschub geleistet. Für die Zielgruppe hingegen, die gemäß der ersten Psychiatriereform Messlatte für gute psychiatrische Versorgung sein sollte, nämlich Menschen mit schweren akuten oder chronischen Erkrankungen, verschlechtert sich häufig der Zugang, die verfügbaren Ressourcen und die Behandlungsqualität. Damit wird tendenziell einer "Zweiklassen-Psychiatrie" Vorschub geleistet...

Institutionalisierung statt Normalisierung

(...)

So konnte zwar die Verwahrspsychiatrie in Großeinrichtungen am Rande der Städte beendet werden zugunsten der "Re-Habitation" in eigenem, z.T. betreuten Wohnraum oder in kleineren Heimen in den Kommunen. Jedoch ist stattdessen heute in den Gemeinden ein System der vielfältigen institutionalisierten Versorgung quasi "von der Wiege bis zur Bahre" für Menschen mit psychischen Erkrankungen entstanden, das tendenziell alle Lebensbereiche und –vollzüge umfasst, vom Bereich Wohnen und häuslicher Betreuung/Behandlung (betreutes Wohnen, Heimwohnen, ambulante psychiatrische Pflege, Soziotherapie) über den Bereich Arbeit (Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), Ein-Euro-Jobs etc.) oder Beschäftigung (Tagesstätten) bis hin zur organisierten Freizeitgestaltung. Damit hat sich eine neue allumfassende Form des institutionell "betreuten Lebens" ausgebildet, das – entgegen seiner Intention – soziale und berufliche Integration und Teilhabe im Sinne der Inklusion teilweise erschwert.(...)

Auf dem "Markt der Psychiatriedienstleistungen" herrscht – systembedingt – konkurrierendes, gewinnorientiertes Expansionsstreben...

Die mit der Reform originär intendierte und auch heute fachlich angestrebte "personenorientierte Behandlung" von Patientinnen und Patienten... wird durch eine solche von Wettbewerbsinteressen der Träger dominierte "institutionenorientierte Behandlung" stark erschwert. In der Praxis bedeutet das, dass Patientinnen und Patienten nicht die Hilfen erhalten, die sie aktuell benötigen, sondern die Angebote, die der Träger, der sie zuerst als "Kunde" gewinnen konnte, vorhält. Darüber hinaus fehlt einem wettbewerblich organisierten Versorgungssystem der Anreiz, den Versorgungsaufwand entsprechend den Möglichkeiten der Patientinnen und Patienten, allmählich zu reduzieren und Patientinnen und Patienten aus der Betreuung in die Selbstversorgung und "Normalität" zu entlassen. Ein solches System gewinnt am Kranksein seiner Patientinnen und Patienten und verliert an ihrer Gesundheit.

Der Wandel in der Einschätzung vom "Jahrhundertprogramm" zurück zur "Zweiklassen-Psychiatrie" des vergangenen Jahrhunderts wird verständlich angesichts der seit Jahren

immer offensichtlicher gewordenen Verschlechterung der Situation in der Bremer Psychiatrie und angesichts der derzeit drohenden noch katastrophaleren Entwicklung.

So hatte sich niemand die psychiatrische Versorgung der Zukunft vorgestellt: Der Ruf der psychiatrischen Klinik-Ost verschlechtert sich seit Jahren. Ärzte laufen weg und es wird immer schwerer, freigewordene Assistenzarztstellen zu besetzen. Eine psychiatrische Führung ist seit Langem so gut wie nicht mehr zu erkennen. Stellen werden gestrichen, ambulante Leistungen zurückgefahren. Wie es heißt, seien im Zentralkrankenhaus Bremen-Ost Millionen "verballert" und die Psychiatrie vor die Wand gefahren worden. Da scheint für den Krankenhausbetreiber GeNo (Gesundheit Nord, zu der in Bremen vier Kliniken gehören), so zynisch das klingt, das PEPP-System gerade recht zu kommen, um sich auf die "leichteren Fälle" zu konzentrieren und die Finger von den "schwereren Fällen" zu lassen.

Jetzt droht der Vormarsch auf dem Weg der Spezialisierung trotz entgegen lautender Absprachen mit dem Gesundheitssenator. Zu diesem Zweck wurde den Kliniken/den Behandlungszentren und ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein neuer Zentrumsleiter vor die Nase gesetzt, von dem die GeNo erwartet, diese Richtung einzuschlagen zwecks "Geldverdienen" (mehr betriebswirtschaftliche Effizienz). Da interessiert es den Träger nicht, dass die nach Einführung von PEPP resultierenden "Klienten zweiter Klasse" noch mehr als bisher zu Lasten der steuerfinanzierten Sozialhilfesysteme gehen.

Es wird also noch mehr als bisher einen Run auf die Heimplätze/Betreuungsplätze geben, um die dann wieder die Leistungsträger konkurrieren dürfen. Dann wiederum – und für diese Vorstellung braucht man nicht viel Phantasie – wird zunehmen, was (nach Blankenburg) bereits jetzt gelegentlich vorkommt: Chronisch psychisch Kranke, psychisch kranke Behinderte, „schwierige“ Klienten werden über den Stadtrand gespült und landen in kostengünstigeren Bewahreinrichtungen im nahen oder fernen Umland.

Zusammengenommen heißt das: Alles zurück in die siebziger Jahre und in die Zeit davor.

Was ist falsch gelaufen?

Ist dies alles und das, was noch zu befürchten ist, erst der Entwicklung der letzten Jahre geschuldet? Konnten sich Sozialpsychiatrie und Politik zuletzt einfach nicht mehr wehren gegen die Verknappung personeller und materieller Ressourcen, gegen den zunehmenden Kostendruck in einer auf Leistung fixierten und zunehmend Krankheit produzierenden Gesellschaft? War die Sozialpsychiatrie schließlich gegen die Macht eines auf Effizienz getrimmten Gesundheits- und Versorgungsmarktes, in dem die Klienten/Kunden keine Lobby haben, einfach nur zu schwach?

Die beschriebene Situation ist im Wesentlichen nicht erst in den letzten Jahren entstanden sondern Teil einer kontinuierlichen Entwicklung der Psychiatrie und der Sozialpsychiatrie sowohl vor, während als auch nach der Reform.

Die Psychiatriereform der achtziger Jahre hat zu Modernisierungen geführt, die aber (bis auf ein paar Hoffnung stiftende Ausnahmen – siehe Geesthacht) keinen Sprung gemacht haben auf eine andere Ebene der Qualität des Zusammenlebens. Die Psychiatrie ist professioneller, umfassender, erfassender und gemeindenah-institutionell geworden und erfüllt auch ihre hoheitlichen Ordnungsfunktionen noch reibungsloser als vorher.

Auch in der Sozialpsychiatrie ist der Patient Objekt einer Versorgung geblieben, die besser und mehr sein wollte als vorher. Der Psychiatriezug hat in der Zeit der Reform ein paar modernere Waggons erhalten; er fährt aber weiterhin auf demselben Gleis in dieselbe Richtung. Eine Weiche für ein anderes Gleis wurde nicht gestellt.

Was ist falsch gelaufen?

In Blankenburg war von Leitungsseite von Anfang an eine Auflösung der institutionellen Strukturen nicht wirklich gedacht. Zwar sollten die angeworbenen Protagonisten etwas in Richtung der Auflösung von Blankenburg in Gang setzen. Sie sollten auch ein Konzept für die Auflösung erarbeiten. Dies beinhaltete die Zielsetzung, für (fast) alle Blankenburger Patientinnen und Patienten das Recht auf Wohnen mit der dafür notwendigen Unterstützung umzusetzen (Rehabilitation im Sinne von Wiedereinsetzung in ihre Rechte als Bürger). Dementsprechend wurden erste Wohngruppen in Bremen gebildet. Aber schon nach

wenigen Monaten wartete die Klinikleitung mit der Planung von Heimeinrichtungen auf und verfügte, dass zu diesem Zweck die Patienten in verschiedene Zielgruppen eingeteilt werden mussten. Es wurden neue Heime/Heimplätze geschaffen, die auch später ihre weitere Belegung nach sich zogen.

Auch für die im Krankenhaus Bremen-Ost verbliebenen Langzeitpatienten wurden neue Heimplätze geschaffen.

Insgesamt wurden so während und nach der Reform ständig neue "Bedarfe" geschaffen, bis Bremen in Deutschland bzgl. der Heimplätze mit an führender Stelle stand und steht.

Von Anfang an haben sich die beteiligten Verantwortlichen auf stationäre Lösungen eingelassen, die kostenträchtig Patienten zu Langzeitbewohnern von Einrichtungen werden lassen und Bürger zu betreuten Klienten machen.

Gleiches gilt für die Akut-Psychiatrie: Ein Bettenabbau wurde nie wirklich angestrebt. Die Bettenzahl in der psychiatrischen Klinik Bremen-Ost wurde nur leicht reduziert. Einweisungen und Entlassungen haben zugenommen; die durchschnittliche Aufenthaltsdauer hat abgenommen. Somit bewegt sich nur die Drehtür etwas schneller.

Die ambulante Arbeit der sozialpsychiatrischen Dienste in den fünf Stadtteilen auf Kosten der stationären Versorgung auszubauen, war ebenfalls nie ein wirkliches Ziel.

Die anfängliche Aufbruchsstimmung der Teams in den sozialpsychiatrischen Diensten wich bald der Ernüchterung, als deutlich wurde, dass die Kompetenzen nicht entsprechend verteilt wurden: Aufgaben und Verantwortung wurden weiterhin aus klinischer Sicht und der Machtposition der Klinik (über das Leitungsgremium) festgelegt. Noch mehr wurden später die Dienste/Behandlungszentren an die Klinik angebunden, als den Oberärzten der Klinik die Leitungsaufgaben in den Diensten übertragen wurden – gegen den erklärten Willen der dort Tätigen.

Von Anfang an war die Arbeit in den sozialpsychiatrischen Diensten und später in den Behandlungszentren (mit Tageskliniken) nur als komplementäre Ergänzung zur Klinik, nicht aber als sozialräumliche Alternative zu ihr gedacht. Immer galt: Sicherheit hat oberste Priorität – leider nicht nur für die Patientinnen und Patienten, sondern vorrangig für die Institution selbst: Das Krankenhaus muss die Ambulanz steuern und durch Verschiebungen zwischen den stationären, tagesklinischen und ambulanten Bereichen die Auslastung sichern.

Zunehmend frustrierend wirkte sich für die Teams in den sozialpsychiatrischen Diensten/Behandlungszentren aus, dass die ambulante Arbeit vor Ort ("Home Treatment") durch zusätzliche (Verwaltungs-) Aufgaben immer mehr an den Rand geriet und dass die Zahl der Zwangseinweisungen zunahm – dies insbesondere seit der Einrichtung des 24-stündigen Krisendienstes, wonach sie sich vervielfachten.

Inzwischen ist durch eine jährlich für den öffentlichen Gesundheitsdienst festgelegte Einsparungsquote (PEP-Quote) das Personal soweit ausgedünnt, dass der Nachtdienst ab 21:00 Uhr an die Polizei abgegeben werden muss.

Die Ambulantisierung der Psychiatrie und Home Treatment sind in weite Ferne gerückt und auch in der Ferne gab und gibt es "kein Land in Sicht" in Richtung „regionales Budget“ und „Sozialraumorientierung“.

Zwar gibt es seit ca. 1 ½ Jahrzehnten verschiedene ambulant arbeitende Träger (insbesondere die GAPSY, Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste), die Leistungen anbieten wie ambulante psychiatrische Pflege, Soziotherapie, multiprofessionelle Behandlungseinheit, integrierte Versorgung; es gibt auch sog. "Rückzugsräume", wo Menschen in psychischen Krisen betreut werden und übernachten können. Aber diese Leistungen erfolgen alle komplementär, d.h. zusätzlich zu der gegebenen bettenorientierten Psychiatrie, sodass dadurch die Betten nicht leerer bzw. überflüssiger oder gar abgebaut würden.

Der oben zitierte Gesundheitssenator meinte, für eine kostenträgerübergreifende Versorgung mit Orientierung auf den Sozialraum sei es erforderlich, regionale Kooperationsstrukturen auf- und auszubauen. Dies ist seit vielen Jahren bekannt. Die Treffen zwischen den Kooperationspartnern gibt es nunmehr seit ca. 30 Jahren und es kann sie noch weitere 30 Jahre geben, wenn nicht das entscheidende Faktum geschaffen wird: **Der verbindliche Beschluss, die Krankenhausbetten (weitgehend) abzubauen und die dadurch freiwerdenden personellen und finanziellen Ressourcen ambulant im sozialen Raum, dem Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten zu nutzen.**

Vom Krankenhausträger GeNo, für den der Patient Kunde und Wirtschaftsfaktor ist, wird jedoch freiwillig keine Initiative in dieser Richtung zu erwarten sein. Die „Kooperationspartner“, deren Entscheidung hier gefragt ist, sind die Verantwortlichen aus Politik, Klinikleitung und den Krankenkassen! Dass und wie eine wirksame Umstrukturierung der psychiatrischen Versorgung auf der Grundlage eines regionalen Budgets verlaufen kann, hat Matthias Heißler in seinem Artikel „Auf dem Weg zu einer kollaborativen Psychiatrie“ (in: Soziale Psychiatrie, 02/2015) eindrucksvoll beschrieben. Vielleicht sollten wir seine Begrifflichkeit verwenden und statt von „Sozialpsychiatrie“ von „Postpsychiatrie“, d.h. von der Überwindung der Klinik-zentrierten Psychiatrie, sprechen, wenn es darum geht, eine wirkliche Alternative zur derzeitigen Reformpsychiatrie zu schaffen.

Das Land Bremen steht mit seiner „sozialpsychiatrischen“ Entwicklung nicht allein da. In anderen Regionen Deutschlands ist die Situation im Prinzip vergleichbar.

Angesichts der 35 Jahre Reformpsychiatrie möchte man sie noch einmal auf die Straße wünschen: die vielen Menschen, Profis, Bürger mit und ohne Psychiatrieerfahrung, die für die Auflösung der psychiatrischen Kliniken und der Großheime demonstrierten. (Für eine solche Veranstaltung würde sich das Blaue Kamel sicher gerne anmelden!) Derzeit ist das kaum denkbar. Es gibt keinen „Aufschrei“.

Man bräuchte auch neue sozialpsychiatrische (oder, um mit Matthias Heißler zu sprechen: postpsychiatrische) Lichtgestalten, die allerdings möglichst noch mindestens zehn Jahre bis zu ihrer Verrentung vor sich haben sollten.

P.S.

Fragt man in Bremen, was aus der Psychiatriereform richtig Gutes hervor gegangen ist, dann kommt am ehesten die Antwort: "Das Blaumeier-Projekt." Seit 30 Jahren machen die "verrückt normalen" und "normal verrückten" Blaumeier großartige Kunst- und Kulturprojekte, werden dafür weit über Bremen hinaus geliebt und haben schon viele Preise gewonnen. Allerdings sind die Blaumeier eben kein Kind der Psychiatriereform sondern ein Kind der ersten Blauen Karawane 1985, die ein Protestzug gegen die alte und gegen die modernisierte Psychiatrie war.

Die Blaue Karawane gibt es ebenfalls noch – und seit 1998 als dauerhaftes Projekt. Auch die Blaue Karawane erfreut sich in Bremen großer Anerkennung und plant zur Zeit zusammen mit der Bremer Wohnungsbaugesellschaft GEWOBA und mit Unterstützung vieler, auch namhafter Bürger ein echtes inklusives Quartier: Das **BlauHaus-Projekt** in der neu entstehenden Bremer Überseestadt, wo sie schon jetzt zuhause ist.

Für dieses Projekt hat die Blaue Karawane jetzt den Preis der Stiftung für soziale Psychiatrie der DGSP gewonnen, der am 04.05.2016 anlässlich einer Veranstaltung zum internationalen Protesttag zur Gleichstellung der Menschen mit Beeinträchtigungen überreicht werden wird. Diese Veranstaltung in den Räumen der Blauen Karawane wird die Psychiatrieentwicklung in Bremen und ihre Alternativen andernorts zum Thema haben.

K. Pramann

Zusammenfassung

Bremen galt lange als Hochburg der Psychiatriereform. Die anfänglichen Erwartungen wichen jedoch bei den an der Basis Tätigen bald der Ernüchterung. Die institutionellen Strukturen der stationären Psychiatrie wurden keineswegs aufgelöst, wie zunächst von vielen erhofft – weder die in der Langzeit- noch die in der Akutpsychiatrie.

30 Jahre später kritisieren die verantwortlichen Fachleute und Politiker selbst die Bremer Psychiatrie wegen ihrer „Orientierung am Krankenhausbett“, wegen des „Bettenausbaus statt –abbaus“ und wegen der „Institutionalisierung statt Normalisierung“.

Allerdings ist die jetzige Situation nicht erst in den letzten Jahren entstanden sondern Teil einer kontinuierlichen Entwicklung der Psychiatrie und der Sozialpsychiatrie sowohl vor, während als auch nach der Reform.

Was gefehlt hat, war u.a. ein verbindlicher Beschluss, die Krankenhausbetten (weitgehend) abzubauen und die dadurch freiwerdenden personellen und finanziellen Ressourcen ambulant im Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten zu nutzen.

Angaben zur Person

Klaus Pramann, geb. 07.11.1946, Psychiater, Neurologe und Psychotherapeut, seit 1981 in Bremen, Mitbegründer der Blauen Karawane.

Bildunterschriften

Klaus Pramann (1)

Klaus Pramann, vor dem Eingang zur Blauen Karawane (2, 3, 4)