

Ist gute Psychiatrie planbar?¹

Renate Schernus

Zusammenfassung

Um die Frage, ob gute Psychiatrie planbar ist, beantworten zu können, muss erst geklärt werden, was unter guter Psychiatrie zu verstehen ist. Dabei kann nicht außer Acht gelassen werden, dass auf der Ebene der direkten Kommunikation die eigene Person des/der professionellen Mitarbeiters/Mitarbeiterin, seine/ihre Fähigkeit zur Selbstreflexion sowie seine/ihre Grundhaltung zu den wichtigsten Voraussetzungen einer guten Psychiatrie gehören. Gut Pläne müssen dies berücksichtigen und durch entsprechende Rahmenbedingungen Raum für das Nicht-Planbare lassen. An aktuellen Planungsbeispielen aus dem SGB V und dem SGB XII Bereich wird versucht, die Unterschiede zwischen guter und schlechter Psychiatrieplanung aufzuzeigen. Dabei ist der sozialpolitische Kontext zu berücksichtigen, da Marktlogiken, die auf Konkurrenz basieren, auch gute Pläne neoliberal unterlaufen können. Letztlich führt die Frage, ob gute Psychiatrie planbar ist, zu der weiteren Frage, ob und wie sie politisch durchsetzbar ist.

1. Persönliche Planungserfahrungen in der Nach-Enquete-Ära

Ein Bericht: „Ich gehöre zu der Generation, der als unverdientes Erbe zugefallen war, sich im Rahmen der von der Psychiatrie-Enquete 1975 und der Expertenkommission der Bundesregierung 1988 angestoßenen und geplanten Psychiatriereform bewegen zu können. Es gab also einen fachlich und politisch mitgetragenen Rahmen für eine Psychiatrie, an deren Gestaltung man hierarchieübergreifend mitarbeiten konnte. Die Aufgaben, die vor uns lagen hingen so eng mit den handgreiflichen, tagtäglich vor Augen stehenden Erfordernissen für die Patienten zusammen, dass Planung einfach zur normalen gemeindepsychiatrischen Arbeit dazu gehörte. Auf dieser Arbeitsebene spielte der Begriff als solcher eine untergeordnete Rolle, eher nutzten wir Begriffe wie Entwicklung und Gestaltung. U. a. ging es um eine möglichst therapeutische Strukturierung des klinischen Alltags, um Entwicklung von Orientierungshilfen für Anamneseerhebungen und Abschlussberichte, um Kontrollbögen für Medikamentenverordnungen, aber darüber hinaus immer auch um Schaffung von Arbeitsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen, um Aufbau eines ambulanten Dienstes, Rekrutierung von Wohnraum in der Stadt, allmähliche Auflösung der großen Heime, Aufbau der Familienpflege Psychiatrie, schließlich auch um die Strukturierung der Arbeit mit Betroffenen und Angehörigen, motiviert durch die damals noch verblüffend neue Erkenntnis, wie viel wir von ihnen lernen und mit ihnen gemeinsam tun können.“

2. Unter dem Primat der Ökonomie wird Planung fragwürdig

Um all dies geht es in etwa auch heute noch. Und doch hat sich vieles verändert. In dem Fragezeichen hinter dem Titel dieses Beitrags kommt der latente Zweifel der Verfasserin zum Ausdruck, ob im derzeitigen gesellschaftlichen Kontext mit einem konkurrenzbasierten Sozial- und Gesundheitssystem nicht auch die besten

¹ Leicht umgearbeiteter Vortrag, gehalten im Rahmen des 7. Niedersächsischen Aktionstags für seelische Gesundheit am 7. Oktober 2014, Akademie des Sports, Hannover „Planung in der Psychiatrie wie GEHT DAS gut?“

Planungen ständig in Gefahr sind, neoliberal unterlaufen zu werden. Denn spätestens seit den 1990er Jahren war nicht mehr zu übersehen, dass das Primat der Ökonomie in allen gesellschaftlichen Feldern immer deutlicher zunahm und in seinem Gefolge die Tendenz, auch in den sozialen Bereichen das Planen immer stärker mit dem Messen und Berechnen, mit dem Formalisieren und Standardisieren zu verbinden, dies bis in die Mikroebene der kommunikativen Prozesse hinein. Begriffe wie effizienzorientierter Ressourceneinsatz und Qualitätsmanagement gehören in den gleichen Kontext. Ausgeklügelte Qualitätssicherungs-Methoden ließen sich als Feigenblatt für Sparprogramme bestens nutzen. Fragen danach, ob bestimmte Methoden ihrem Gegenstand angemessen sind, ob zum Beispiel das Zählen und Berechnen, das auf der Makroebene kommunaler Psychiatrieplanung als Hilfsmittel durchaus Sinn machen kann, auch so ohne weiteres auf die Mikroebene zwischenmenschlichen Geschehens angewandt werden kann, wurden eher als unzeitgemäß vom Tisch gefegt.

Es darf bezweifelt werden ob eine Psychiatrie, die als Dienstleistung Produkte generiert und diese dann systembedingt so planen muss, dass sie möglichst attraktive Kunden gewinnt und lange Zeit bindet, anstatt sich vorrangig um die am schwersten beeinträchtigten Menschen zu kümmern, noch mit den Leitideen der Enquete vereinbar ist. Solche Veränderungen in der sozialen Landschaft sollten nicht als alternativlos hingenommen werden. Es ist vielmehr höchste Zeit neu und im Widerstand gegen die als alternativlos ausgegebene Systemzwänge das Nachdenken darüber zu intensivieren, wie sich denn gute Psychiatrie beschreiben ließe.

3. Was ist gute Psychiatrie?

3.1. Eine einfache Antwort, die nicht genügt

Was also ist gute Psychiatrie? Das scheint auf den ersten Blick einfach zu beantworten: Um gute Psychiatrie handelt es sich, wenn jeder einen ihm lieben Angehörigen mit gutem Gewissen den Bemühungen selbiger Psychiatrie überlassen würde, wenn diese Psychiatrie außerdem auch Sorgen der Angehörigen ernst nehmen würde und sich dann aber sobald wie möglich selbst überflüssig machen würde.

3.2. Kleiner Streifzug durch ein komplexes Arbeitsfeld

So wahr, so einfach, so ungenügend, denn dummerweise ist die Psychiatrie, die gut sein soll, extrem facettenreich: Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Forensik – und das alles irgendwie gesetzlich geregelt, in den Arbeitsfeldern, für die schwerpunktmäßig, wenn auch nicht ausschließlich, das SGB V und das SGB XII zuständig sind. Und wer auch immer psychisch erkrankt ist, ist nicht nur erkrankt, sondern hat eine mehr oder minder kränkende Geschichte, ein mehr oder minder bekömmliches soziales Umfeld, eine mehr oder minder robuste biologische Anlage, ist mit Intelligenz gesegnet oder unterdurchschnittlich schlau, ist jung, alt oder irgendwas dazwischen. All dies führt dazu, dass jeder dann auch noch seine höchst persönlich gefärbte Depression, Schizophrenie, *Borderline*-igkeit oder was auch immer hat, was die schönen diagnostischen Einteilungen zu chronischer Uneindeutigkeit verdammt. Diese geballte Komplexität, die sich noch bei weitem differenzierter auffächern ließe, ist

außerdem eingebettet in die sie umgebende gesellschaftliche Kultur, den Zeitgeist und die diesen prägenden Werte.

3.3. Das wichtigste Arbeitsinstrument in der Psychiatrie

Nicht vernachlässigt werden sollte beim Nachdenken über eine angemessene psychiatrische Arbeit auch die Tatsache, dass jeder, der in den psychiatrischen Feldern arbeitet, mit sich selbst – als der Person, die er ist – über sein wichtigstes Arbeitsinstrument verfügt; jedenfalls insofern er sich noch nicht aus dem direkten Umgang mit psychisch erkrankten Menschen hat weglocken lassen.

Der Umgang mit und die Beobachtung von Menschen setzen immer im eigenen Selbst eine Vielzahl von Empfindungen und Gefühlen in Bewegung, insbesondere Angst. Darauf macht George Devereux 1973 in seinem Buch „Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften“ aufmerksam. Nach Devereux kann die beste Methodologie nicht verhindern, dass sie „unbewusst und missbräuchlich in erster Linie als Beruhigungsmittel, als angstbetäubendes Manöver“ verwendet wird, „und in dem Fall produziert sie wissenschaftliche Resultate, die nach Leichenhaus riechen und für die lebendige Realität nahezu irrelevant sind.“(4)

Das bedeutet: Fremdwahrnehmung ohne Selbstwahrnehmung führt zu verzerrten wissenschaftlichen Ergebnissen und zu unfruchtbaren Beziehungen, die durch die ausgefeiltesten, computergestützten Dokumentationssysteme nicht heilsamer werden. Man kann sich hinter Systemen und Plänen gut verschanzen. Insbesondere für psychotherapeutische Bemühungen ist es von grundlegender Bedeutung, sich über das, was der Andere in uns auslöst, klar zu werden. „Begriffene Angst ist eine Quelle der Gelassenheit und der Kreativität und damit auch guter Wissenschaft.“ – so Devereux.(4)

Bleiben wir noch etwas bei dieser Mikroebene der zwischenmenschlichen Beziehungen. Kein noch so eifrig angestudiertes professionelles Wissen und keine noch so ausziselierte Hilfeplanung kann vorab Sicherheit geben, wie die Begegnung mit einem psychisch kranken Menschen ausgehen wird. Wenn Profis sich einbilden, schon alles über ihn aus ihren Lehrbüchern und diagnostischen Manualen zu wissen, und auch, wo es hingehen soll mit ihm, wie er sich zu ändern hat in eine vorausgesetzte Ordnung hinein, ist die Chance auf eine hilfreiche Beziehung verpasst. Sie kann nur zustande kommen, wenn dem anderen der Raum der Fremdheit, des Unbestimmbaren gelassen wird, den er braucht, um zu sich selbst zu kommen.

3.4. Merkposten einer angemessenen Grundhaltung

Diesem Unerwarteten gegenüber muss der psychiatrische Mitarbeiter – jedenfalls meistens – zunächst einmal eher empathisch, erleidend, innehaltend sein. Wer mit einer solchen Grundhaltung arbeitet, wird nicht so leicht versucht sein, den Hilfebedarf eines Menschen von vornherein mit einem zielorientiertem planbaren Trainingsbedarf gleich zu setzen. Denn es ist häufig gerade der bewusste Verzicht auf von außen definierte Erfolge, der bewirkt, dass ein Mensch von sich aus den zu ihm passenden Schritt wollen und die Widerstände aufgeben kann, die vorher für seine Selbstachtung wichtig waren.

Wer das verstanden hat, wird sich hüten, für einen psychisch kranken Menschen vorschnell einen Zeitrahmen festzulegen, innerhalb dessen dieser gefälligst Fortschritte zu zeigen hat. Denn Entwicklung kann nur mit dem je eigenen Entwicklungstempo stattfinden. Will man schlummernden Selbsthilfekräften die Möglichkeit zur Entfaltung geben, ist man oft auf ein eher indirektes, fast beiläufiges Vorgehen angewiesen.

Auch in einer guten Psychiatrie wird man in akuten Situationen bisweilen schnell, entschlossen und zupackend handeln müssen, und wenn Gefahr droht, auch gegen den derzeitigen Willen des Betroffenen. Jedoch ist in vielen psychiatrischen Handlungsfeldern ganz im Gegensatz zum Zeitgeist und zu den Wünschen vieler Leistungsträger die Langsamkeit, das Warten-Können auf den rechten Moment und das indirekte Drumherum-Reden und Drumherum-Handeln wichtig.

In einer guten Psychiatrie wird der zielorientierte professionelle Eifer sich begrenzen lassen von dem Respekt vor den für viele psychisch erkrankte Menschen notwendigen Umwegen, Umwegen, die scheinbar zunächst weg vom Ziel führen. Ein solcher Umweg kann bisweilen sogar in einer jahrelangen Verweigerung von Arbeit, Kontakten und anderem bestehen.

Wer sich an guter Psychiatrie beteiligen will, sollte sich davor hüten, solche Umwege als endgültigen Status zu interpretieren; denn dann würde er sich gleichsam an der Herstellung von Chronizität beteiligen – einmal abgesehen davon, dass er den Leistungsträgern damit auch Argumente zu etwaigen Einschränkungen von Hilfen liefern würde.

Zwar ist die Möglichkeit zu autonomer Selbstbestimmung und die Freiheit zu höchst persönlichen, ggf. auch riskanten Entscheidungen so weit wie möglich und verantwortbar zu respektieren. Bei Menschen jedoch, bei denen die Störung gerade im Bereich der Selbsteinschätzung und Selbstbestimmungsfähigkeit liegt, können Unterstützungsleistungen nicht einseitig an die Vertragsfähigkeit der Person gebunden werden.

Ferner darf nicht außer Acht gelassen werden, dass gerade beziehungsgestörte Menschen nicht nur Einzelleistungen brauchen, die ihnen selbstbestimmtes Leben ermöglichen, sondern auch Orte, Räume, Beziehungsräume, in denen mit ausreichend Zeit Distanz und Nähe erprobt werden können, die Sicherheit geben und die, insbesondere für längerfristig beeinträchtigte Menschen, die Erfahrung eines belebten Zuhauses ermöglichen.

Eine für die Unbestimmbarkeit eines Menschen offene Grundhaltung wird den Bemühungen, therapeutische Erfolge zu messen, nur einen sehr begrenzten Wert zubilligen; denn subjektiv wird von einem psychisch erkrankten Menschen häufig etwas als Fortschritt empfunden, was sich in kein Formular eintragen lässt, und objektive Fortschritte (z.B. steht pünktlich auf, wäscht sich häufiger, raucht weniger, putzt sein Zimmer, redet mit anderen etc.) werden oft eher von den Mitarbeitern genossen als von dem Klienten. Günstig für den weiteren Lebensweg eines psychisch erkrankten Menschen werden solche Fortschritte sich erst dann auswirken, wenn er sie mit seinem subjektiven Sinnempfinden verbinden kann.

Wenn keine Zeit dafür da ist, psychisch erkrankten Menschen und ihren erlebten Geschichten zuzuhören, kann die Psychiatrie nicht gut sein. "Denn", so der Philosoph Odo Marquard zu, "die Menschen: das sind ihre Geschichten. Geschichten aber muss man erzählen (...). Und je mehr versachlicht wird, desto mehr – kompensatorisch – muss erzählt werden: sonst sterben die Menschen an narrativer Atrophie." (8)

Nicht zuletzt gehört es zu einer guten Psychiatrie, die eigene Professionalität zurückzunehmen und sich selbst so weit wie möglich überflüssig zu machen. Hierzu ist paradoxer Weise eine hohe Ausprägung sicherer Professionalität unverzichtbar und eine weite Aufmerksamkeit nicht nur für die Ursprungsfamilie, sondern auch für Nachbarn, Arbeitskollegen, Freunde, Partner sowie für die Kooperationsmöglichkeiten mit anderen psychiatrischen Diensten und nicht-psychiatrischen Angeboten in der Region. Vorsichtshalber sei hinzugefügt: Dieses Thema ist keineswegs als Grundlage eines weiteren Sparversuchs geeignet. Die wohlüberlegte Einbeziehung all der genannten Personen und Instanzen, das Knüpfen von Kontakten und die ermutigende Begleitung sind zumindest zeitweilig sehr zeitaufwendig. Eine Psychiatrie, in der vorwiegend Einzelfall-orientiert, *face to face*, gearbeitet wird, kann nicht gut sein; systemisches Arbeiten ist unverzichtbar.

Perfekt in diesem Sinne wird keiner je arbeiten können. Mitarbeiter in der Psychiatrie werden immer wieder Fehler machen, Menschen etwas schuldig bleiben. Sie werden an Menschen, die aggressiv, verletzend oder sonst wie die Nerven strapazierend auftreten, scheitern. Das ist auch sonst im Leben so, aber im Umgang mit Menschen, deren Beziehungsfähigkeit früh gestört wurde und / oder mit Menschen, die ver-rückt kommunizieren ist es nahezu unausweichlich. Aber Fehler zu machen ist etwas anderes als einem grundsätzlich falschen Ansatz zu huldigen. Wie gut oder schlecht die Psychiatrie ist, beruht im höchsten Maße darauf wie menschlich sie in diesem Sinne ist oder hochtrabend ausgedrückt: Es kommt auf die ethisch basierte Fachlichkeit, der in ihrem Rahmen arbeitenden Menschen an.

4. Was sind gute Pläne?

4.1. Rahmenbedingungen für das nicht Planbare

Ist eine solche Art zu arbeiten planbar? Die Frage müsste m. E. eher lauten: Wie müssen Pläne aussehen, damit ein Rahmen gegeben ist, in dem so gearbeitet werden kann? Gute Pläne schaffen Rahmenbedingungen, die stets auch Spielraum lassen für das nicht Planbare, das Unerwartete, bisweilen sogar für das Chaotische. Gute Pläne schaffen auch Rahmenbedingungen, in denen genügend eigener Gestaltungsspielraum für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bleibt, vor allem für diejenigen, die die meiste Zeit mit den Patienten oder Klienten verbringen.

Zu berücksichtigen sind bei alledem sehr unterschiedliche Planungsebenen. Auf den Makroebenen von Bund, Ländern und Kommunen ist man, um zu angemessenen Planungen zu kommen, natürlich auch auf die Erhebung und den Vergleich von Daten angewiesen, z. B. um den Wildwuchs von überregional aufnehmenden Großeinrichtungen in bestimmten Bundesländern zu verhindern oder um den Mangel ambulanter Angebote in bestimmten anderen Regionen auszugleichen oder um die Strukturmerkmale von Kliniken zu erfassen, die zu mehr oder weniger Gewalt führen. Und wenn es z. B. stimmt, dass die durchschnittliche Verweildauer in der

forensischen Psychiatrie sich in den einzelnen Bundesländern zwischen zwei und neun Jahren bewegt, müssen die Hintergründe unbedingt analysiert und zur Grundlage von Planungen werden. Die Erhebung von Daten ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Alarmsignale, die auf vermutlich schlechte Psychiatrie hinweisen, nachzugehen. Gute Planungen auf diesen Ebenen müssen immer berücksichtigen, dass die unterschiedlichen Arbeitsfelder sich wie kommunizierende Röhren verhalten. Werden z. B. die Verweildauern in der Klinik verkürzt, hat das Auswirkungen auf die ambulanten, stationären und teilstationären Einrichtungen, sind diese mit den zu früh Entlassenen überfordert, hat das Auswirkungen auf die forensische Psychiatrie usw. Und natürlich muss man auf der Ebene von kommunaler Versorgungsplanung wissen, welche Einrichtungen und Dienste fehlen, welche vorhanden sind, wie und ob sie kooperieren und wohin womöglich Patienten, die sich nicht im gewünschten Sinne anpassen, überregional verschubt werden. Auch wenn in Deutschland die Schaffung angemessener Rahmenbedingungen durch die fragmentierte Zuständigkeit der unterschiedlichen Sozialgesetzgebungsbücher erschwert ist, kann gute Planung die Psychiatrie dennoch verbessern. Jedoch darf auch auf diesen Ebenen Planung niemals heißen, alles stromlinienförmig glatt zu ziehen. Spielraum für unterschiedliche Aufgabenwahrnehmung, Gestaltung und Entwicklung einzelner Dienste muss bleiben.

4.2. Sozialpolitischer Kontext verändert gute Pläne

Wie bereits kurz erwähnt bewegen wir uns dabei allerdings nicht in einem sozialpolitisch neutralen Raum. In den letzten Jahren sind zunehmend mehr verwirrende ideologische Zweideutigkeiten entstanden. Z. B. wurden um die 1990er Jahre herum in vielen Regionen Gemeindepsychiatrische Verbünde (GPV) geplant in der Hoffnung, damit Rahmenbedingungen für eine verbesserte Kooperation von Trägern untereinander zu setzen und zweitens, um zu verhindern, dass sich bestimmte Träger besonders schwer kranken und gestörten Personen ganz entziehen, etwa mit den Argumenten „Sie passen nicht in unser Konzept.“ oder „Sie sprengen unser Budget.“. Sozialpsychiatrisch orientierte Mitarbeiter hofften, dass der vielfältige Bedarf an Unterstützungsleistungen für den genannten Personenkreis in abgestimmter Weise durch mehrere Träger sinnvoller erbracht werden kann.

Diese Hoffnung erfüllte sich vielerorts nicht. Ein kurzer Bericht aus einer Region mag verdeutlichen, woran viele GPV's scheiterten: „ Kurz nachdem unser GPV schön geplant, zu Papier gebracht und allseitig unterschrieben war, erhielten wir von übergeordneten *Controlling*-Instanzen den Auftrag, für den ambulanten Betreuungsdienst, einen „Geschäftsfeld-Steckbrief“ zu erstellen, also für den Teil unseres Arbeitsfeldes, den wir gerade unter Versorgungsgesichtspunkten in den GPV eingebunden hatten, wobei dies nur unter Zügelung der eigenmotivierten, betriebswirtschaftlichen Interessen aller Beteiligten möglich war. Mühsam hatten sich alle Träger darauf geeinigt, dass Kooperation den Vorrang vor Konkurrenz haben sollte. Nun wurden jedoch in diesem Geschäftsfeld-Steckbrief unsres Trägers u.a. folgende Rubriken abgefragt: Marktattraktivität, Wettbewerbs- und Marktstruktur allgemein, Markttrends, Risiken, eigene Wettbewerbs-relevante Stärken, eigene wettbewerbsrelevante Verbesserungspotentiale, Marktzutritts-Barrieren usw.“ Die weitere Entwicklung bewegte sich politisch gewollt rasant weiter in Richtung Marktlogik mit Konkurrenz- und gewinnorientierten Expansionsbestrebungen. (10)

4.3. Schlecht planen versus gut planen – aktuelle Beispiele

Wie eng es für das Nicht-Planbare werden kann, wenn das Planen mit dem Berechenbaren keine freie flexible Verbindung, sondern eine Zwangsehe eingeht und zudem von Marktlogik beeinflusst wird, wurde jüngst in dem Streit rund um das neue Pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) deutlich, der u. a. darüber entbrannte, ob das Nicht- Planbare überhaupt sein darf und wie wichtig wir es nehmen müssen. Bei der öffentlichen Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages zu PEPP am 07.05.2014 sagte der Vertreter des GKV-Spitzenverbandes, Wulf-Dietrich Leber, z. B. u. a. Folgendes: „Ich möchte (...) darauf hinweisen, dass die Qualitätssicherung in Deutschland der Vergütung folgt. Differenzierte Qualitätssicherung und Transparenz waren immer erst dann möglich, wenn wir zuvor ein ordentlich differenziertes Vergütungssystem geschaffen haben.“ Ferner beklagte er „die Widerstände gegen eine medizinisch gehaltvolle Klassifikation“ von Seiten der Psychiatrie und fügte hinzu: „Die Psychiatrie scheut ein wenig das Licht.“ (3)

Was das Licht betrifft, kann eine Geschichte über den persischen Narren und Heiligen Nasrudin einiges deutlich machen: Es ist ein dunkler Abend und Nasrudin sucht verzweifelt irgendetwas rund um eine Straßenlaterne herum. Ein Vorüberkommender fragt. „Was suchst du da?“ Nasrudin entgegnet, er suche seinen Schlüssel. „Bist du sicher, dass du ihn gerade hier verloren hast?“ „Nein, keineswegs“, entgegnet Nasrudin. „Und warum suchst hier?“ „Weil es hier Licht gibt“, antwortet Nasrudin. Wenn ich meine Planungen auf dem aufbaue, was sich in Minuten-Takten und diagnostischen Klassifikationen abbilden und anschließend mathematisch berechnen lässt, dann kann ich mir selbst vormachen, dass ich im Licht mathematischer Gewissheit gesucht habe, aber ich werde nicht das finden, worauf es ankommt. Wilhelm Busch schreibt in einem Brief an eine Freundin: „Gewissheit gibt allein die Mathematik. Aber leider streift sie nur den Oberrock der Dinge.“ (Wilhelm Busch, Brief an Maria Anderson, 25.5.1875)

Die Kritik an PEPP hat viele Facetten, aber vor allem beruht sie darauf, dass nur der Oberrock der Dinge beleuchtet wird. Das System plant vorbei an dem, was psychisch erkrankte Menschen tatsächlich brauchen, um gesünder zu werden und mit ihrem Leben besser klar zu kommen. Man muss schon vor den Plänen und Berechnungen wissen, was Qualität, was gute Psychiatrie sein soll. Und die mathematisch begabten Kollegen täten gut daran, die Erfahrungen von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und professionellen Praktikern zu nutzen. Die Qualität kann nicht nachträglich den Entwürfen angedient werden. Das ist eine drastische Zweck-Mittel-Umkehrung. Dass es auch anders herum geht, hat zum Beispiel Peter Kruckenberg in einem durchkalkulierten, die Personalverordnung Psychiatrie (PVPsych) weiter entwickelnden Alternativmodell dargestellt, das nicht messen will, was nicht messbar ist, sondern das von klinischen Erfahrungswerten in Bezug auf die Schwere der Erkrankungen statt von diagnostischen Fallgruppen ausgeht, und das die Übergänge zum ambulanten System ermöglicht. (7) Auch hier ist die Mathematik, das Rechnen notwendig und möglich, aber es wird Raum gelassen für das nicht gänzlich Durchplanbare. Das ist ein Beispiel unter anderen dafür, dass der Respekt vor dem Nicht-Planbaren in der Psychiatrie zu guten Plänen führen kann. Ähnliches gilt, wie mir scheint, auch von einigen Modellen mit dem Regionalen Budget, die nicht nur erfolgreich hinsichtlich der Behandlung der Patienten, sondern auch erfolgreich hinsichtlich der Vermeidung von Kostensteigerungen sind; Modelle, die sich flexibel an die Bedürfnisse der Patienten anpassen und nicht umgekehrt die Patienten zwingen, sich dem System anzupassen. In dem Modell, das für den Kreis Steinfurt

von Arno Deister und Mitarbeitern geplant und umgesetzt wurde, scheint dies gelungen zu sein. (2)

Auch im Bereich der Eingliederungshilfe gibt es mancherorts Modelle, von denen sich Ähnliches sagen ließe. Die so genannte Personenzentrierte Steuerung der Eingliederungshilfe in Hessen (Per SEH) mit der so genannten integrierten Teilhabeplanung (ITP), basierend auf Betreuungsminuten scheint allerdings mit unübersehbar vielen Gruppierungsmerkmalen auf zehn Seiten und einem enormen Impetus auf Zielerreichung und Zielerreichungs-Indikatoren geradezu darauf angelegt, das Nicht-Planbare und Unerwartete mit extremen Dokumentationsanforderungen zu ersticken.(6) Ähnlich unangemessene Rahmenbedingungen gibt es auch anderswo, wenn auch nicht ganz so exzessiv durchgeplant. Das erinnert an Devereuxs vorhin zitierte Bemerkung: Hier werden pseudowissenschaftliche Resultate produziert, die nach Leichenhaus riechen und die für die lebendige Realität nahezu irrelevant sind.

4.4. Beschleunigung und Entfremdung – erlebte Arbeitsrealität

Aus den unterschiedlichsten Regionen gibt es Beschreibungen der Arbeitsrealität in den Diensten der Eingliederungshilfe, die alarmierend sind. Die Frage „Ist schlechte Psychiatrie planbar?“ lässt sich nicht nur für PEPP, sondern auch für Planungen in diesem Bereich schlicht mit „Ja“ beantworten.

Einige Aussagen aus der praktischen Arbeit:

„Wir müssen immer schneller, immer mehr arbeiten und haben immer weniger Gestaltungsmöglichkeiten. Dabei müssen wir uns mit einer aufgepeppten Dokumentation abgeben, die nicht für die Praxis taugt, aber viel Zeit frisst. Früher diente die Dokumentation der Reflexion der eigenen Arbeit, jetzt handelt es sich um Satzbausteine; das Denken wird einem weggenommen. Die Arbeit wird künstlich zergliedert, die Hilfen segmentiert. Beim Gespräch mit dem Menschen muss ich schon an die Dokumentation und an die Uhr denken, obwohl ich doch eigentlich Beziehungen eingehen möchte. Das erlebe ich als Entfremdung von mir selbst. Tatsächlich ertappe ich mich dabei, möglichst viel darzustellen, damit der Kostenträger das durchlässt. Man hat immer diese zweite Ebene im Hintergrund. *Die Atmosphäre suggeriert, dass man die zeitlichen und finanzierungsbezogenen Vorgaben schaffen muss. Man kontrolliert ständig sich selbst, seine Ist-Soll-Abweichungen, um alles in den Griff zu kriegen. Das führt dazu, dass ich unter einem permanenten Angstgefühl stehe, die Arbeit nicht zu schaffen, zu versagen. Die Fachleistungsstunden müssen stimmen, egal wie die Möglichkeiten oder der Bedarf sind.*“

Jemand anderes sagt: „Von den Vorgesetzten wird die Leistung immer mehr nach Geldwert, nicht nach Inhalten beurteilt. Inhaltlich wird meine Arbeit abqualifiziert. Gleichzeitig werden in Leitbildern Qualitätsfassaden aufgebaut, die der Wirklichkeit nicht entsprechen. So sind wir im Heimbereich mindestens zehn Schritte zurück, sind bereits wieder bei institutioneller Versorgung, klar strukturierter Beaufsichtigung, bloßem Krisenmanagement und Verwahrung angelangt. *Mehr gibt der reduzierte Personalschlüssel nicht her. Kein Wunder, dass inzwischen da keiner mehr arbeiten will.* Der Slogan ‚die Schwächsten zuerst‘ wird mit Füßen getreten.“

Aus einem anderen Landkreis wird berichtet: „Die so genannten Hilfeplaner in unserer Region arbeiten auf Anweisung der Verwaltung daran, dass psychisch erkrankten hilfebedürftigen Bürgerinnen und Bürgern der Zugang zu Angeboten der Eingliederungshilfe erschwert wird. Bearbeitungsfristen werden nicht eingehalten. Das Wunsch- und Wahlrecht der hilfebedürftigen und hilferechtigten Menschen wird nicht respektiert. Es wird Druck auf Menschen ausgeübt, um sie dazu zu veranlassen, ein ‚kostengünstigeres Angebot‘ aufzusuchen. Es herrscht eine Kultur des Misstrauens und der Unterstellungen. Unter zeitgemäßer Arbeit wird vor allem billigere Arbeit verstanden. Vergleiche mit billigeren Anbietern werden benutzt, um uns unter Druck zu setzen. Wenn die Verwaltung über die Vergütungen und den Zugang zu Hilfen uneingeschränkter Einfluss auf die ihr unterstellten Hilfeplaner nehmen kann, dann entsteht so etwas wie eine heimliche, primär von ökonomischen Gesichtspunkten gesteuerte regionale Psychiatrieplanung.“

5. Schlussbemerkung: Gute Psychiatrie muss auch politisch durchgesetzt werden

Solche Berichte aus der erlebten Praxis sowie auch der nahezu endlose Streit um PEPP, der schließlich mit dem PsychVVG (Gesetz zur Versorgung und Vergütung psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen) seinen vorläufigen, nur teilweise zufriedenstellenden Abschluss fand, legen nicht nur die Frage nahe „Ist gute Psychiatrie planbar?“, sondern führen zu der Frage „Ist gute Psychiatrie durchsetzbar?“ Durchsetzbar in einem politischen Klima, das der Soziologe und Politikwissenschaftler Hartmut Rosa in dem Buch „Beschleunigung und Entfremdung“ so beschreibt: „Den politischen Reformen des 21. Jahrhunderts wohnt gar nicht mehr die Intention inne, eine grundlegende *Verbesserung* der sozialen Bedingungen oder die Gestaltung des Gemeinwesens nach demokratisch bestimmten kulturellen oder sozialen Zielen zu erreichen. Stattdessen ist es das beinahe einzige Ziel politischer Gestaltung geworden, die Konkurrenzfähigkeit der Gesellschaft zu sichern oder zu verbessern, das heißt ihre Beschleunigungsfähigkeiten aufrecht zu erhalten. Folglich werden Reformen als ‚notwendige Anpassungen‘ an strukturelle Sachzwänge gerechtfertigt. Politischer Wandel wird verteidigt durch die Drohung, dass andernfalls (...) der Standort erst zurückfallen und dann abgehängt werden wird, (...). Das Versprechen politischer Autonomie, Gesellschaft jenseits ökonomischer Notwendigkeit zu gestalten, erscheint unter diesen Rahmenbedingungen nur noch als eine blasse Erinnerung.“ (9)

Etwas mehr als blasse Erinnerungen haben sich in der Psychiatrie wohl noch erhalten lassen. Dass aber das von Hartmut Rosa beschriebene politische Klima zunehmend mehr auch die Güte der psychiatrischen Arbeit beeinträchtigt, scheint unübersehbar. Für gute Psychiatrie sind nicht nur gute Beziehungsarbeit und Rahmenbedingungen notwendig, die diese ermöglichen, sondern auch politisches Engagement, das darum kämpft, solche Rahmenbedingungen zu erhalten und durchzusetzen.

Literatur

1. Damerow, Heinrich Philipp August: 1. Bd. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychischgerichtliche Medizin, 1844, 50

2. Deister, Arno: Erfahrungen mit einem Regionalen Budget für die Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
http://www.bptk.de/uploads/media/20131112_prof.deister_versorgung-psychisch-krankermenschen.pdf
3. Deutscher Bundestag, Ausschuss für Gesundheit, Protokoll-Nr.18/11 - Wortprotokoll der 11. Sitzung am 7.Mai 2014, S. 3
4. Devereux, Georges: Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften, Frankfurt 1976
5. Dörner, Klaus: Der gute Arzt – Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung, Stuttgart 2000, 114
6. Integrierter Teilhabeplan Hessen: <http://www.lwv-hessen.de/files/272/Manual>
7. Kruckenberg, Peter: Ein Alternativmodell zu PEPP- bedarfsgerecht, transparent und einfach umzusetzen – Vortrag beim Workshop am 14.Juli 2014 der Initiative „Weg mit PEPP“ und ver.di „Neues Vergütungssystem für Psychiatrie und Psychosomatik“
8. Marquard, Odo: Über die Unvermeidlichkeit der Geisteswissenschaften, in: Apologie des Zufälligen, Stuttgart 1986, 105
9. Rosa, Hartmut: Beschleunigung und Entfremdung, Berlin 2014, 119
10. Schernus, Renate: Reformkonzepte im Sog veränderter Kontexte – Suche nach neuer Balance Forum Supervision. Heft 27 / März 2006 / 14 Jahrgang (Heftthema: Strukturwandel in der Arbeitswelt)