

Interview mit Dr. med. Kurt Bachmann, ehemaligem Chefarzt Psychiatrie an der SRO AG (Spital-Region-Oberaargau, Kanton Bern) in Langenthal

Wo steht die Sozialpsychiatrie heute?

Kurt Bachmann, Karl Studer

Beim Zusammenschluss lokaler Spitäler zu Spitalzentren wurden in den letzten drei Jahrzehnten im Kanton Bern Psychiatrische Dienste in die regionale Grundversorgung integriert. Dr. Kurt Bachmann, unter dessen Leitung am Spital Region Oberaargau die Psychiatrie eingerichtet und ausgebaut wurde, berichtet über die psychiatrische Versorgung in Allgemeinspitälern sowie über ihre gesundheitspolitischen und akademischen Erfordernisse.

Karl Studer: Wie bist Du vor rund 25 Jahren zu dieser Aufgabe, der Leitung des Psychiatrie-Stützpunktes Langenthal, gekommen?

Kurt Bachmann: Ich hatte eine ausgezeichnete Ausgangslage, da der damalige Grosse Rat des Kantons Bern 1977 beschloss, als Ergänzung der Psychiatrischen Kliniken Bern, Münsingen, Bellelay und den privaten Einrichtungen in Münchenbuchsee und Meiringen fünf regionale Stützpunkte an den regionalen Spitälern einzurichten: in Thun, Interlaken, Biel, Langenthal und Burgdorf. Es entsprach damals der allgemeinen Aufbruchstimmung in der Psychiatrie (in Italien, Frankreich und auch der Schweiz), wegzukommen von den übergrossen und altmodischen Kliniken hin zu hauptsächlich ambulanten Einrichtungen in der Nähe der Bevölkerung. Als sich dann die kleinen Spitäler in den Regionen zu Spitalzentren zusammenschlossen, wie z.B. in Langenthal, war der Weg frei, hier auch eine leistungsfähige Psychiatrie einzurichten. So wurde aus einem einsamen Chefarzt mit seiner Sekretärin ein Psychiatrischer Dienst zur regionalen Grundversorgung mit 120 MitarbeiterInnen.

Neben den drei Ambulatorien in der Region bestehen nun eine Akut- und eine Rehabilitations-Tagesklinik, eine Notfall-Triage mit einer mobilen Kriseninterventions-Equipe, zwei offene Psychiatriestationen am Regionalspital Langenthal sowie, getragen von der «Genossenschaft Solidarität», ein Integrations-Hotel (Hotel Auberge), ein Übergangswohnheim und eine Tagesstätte.

KS: War das kein beschwerlicher Weg, quasi als Exot in der somatischen Medizin?

KB: Keineswegs, wir wurden im Rahmen der neugegründeten AG mit offenen Armen empfangen, und

ich erlebte nicht nur von der Spitalleitung und den Behörden, sondern besonders von der Bevölkerung und von den Grundversorgern viel Goodwill, da sie bald feststellten, dass bei uns die Optik der Patienten im Vordergrund stand, und die Verwaltung auch schnell sah, dass wir die finanzielle Verantwortung klaglos übernahmen. Meiner Meinung nach ist es wichtig, dass der, der den Auftrag und die Verantwortung hat, auch über die dazu notwendigen Mittel und deren Einsatz verfügen muss.

KS: Was ist Deiner Meinung nach der Vorzug der Psychiatrie an Allgemeinspitälern?

KB: Ich bin fest davon überzeugt, dass die psychiatrische Grundversorgung an den Allgemeinspitälern stattfinden muss. Erstens entspricht es dem Bedürfnis der Betroffenen. Zweitens wird dadurch das Behandlungsspektrum bedeutend grösser, da die anderen medizinischen Fachgebiete am selben Ort vorhanden sind. Ich bin auch ganz sicher, dass diese Einrichtungen offen geführt werden können und müssen. Wegweisungen sind nur gestattet bei Vollbelegung oder bei Demenzzkranken, die ein besonderes Setting benötigen. Hier arbeiten wir mit der Klinik St. Urban zusammen, die in nächster Nähe liegt, wenn auch im Kanton Luzern. Unsere Referenzklinik Münsingen liegt gegen 70 km entfernt, was wenig patientenfreundlich ist und Beziehungen zu Angehörigen und Arbeitgebern beschwerlich macht. Die grossen Psychiatrischen Kliniken sind Überreste der Versorgung im 19. Jahrhundert.

Psychiatrische Erkrankungen entsprechen deutlichen Einschränkungen der selbständigen Bewältigung des Alltagslebens. Dementsprechend muss psychiatrische Behandlung vor allem der Wiedererlangung der grösst-

möglichen Selbständigkeit dienen. Abteilungen am Allgemeinspital entsprechen eher dem Ziel der Normalisierung, vor allem wenn dies mit Kurzhospitalisationen und Kriseninterventionen umgesetzt wird.

KS: Wo habt Ihr diese Erfahrungen abgeholt?

KB: Wir haben die psychiatrische Abteilung am Klinikum Merzig im Saarland mit ihrer integrierten offenen Pflichtversorgung besucht und studiert. Sie hatte für uns Modellcharakter.

Es wurde schnell klar, dass bei der bisherigen stationären Versorgung die Bereitschaft notwendig ist, über die bisherige Tätigkeit zu reflektieren und Alternativen zu suchen, die sich am Patientenbedürfnis orientieren. Dies entspricht einem Verzicht auf Macht bei den grossen Institutionen. Bettenorientierung oder Finanzorientierung wie bei den modernen AG, die heute nur noch die bestehenden Einrichtungen finanziell optimieren, nicht aber bereit sind für Wagnisse und rigorose Veränderungen, orientieren sich tendenziell nicht an modernen Versorgungsprinzipien. Nur durch die Abgabe von Mitteln für Neuorientierungen sind Veränderungen möglich (wie seinerzeit im Kanton Baselland).

KS: Die Sanitätsdirektoren haben doch 2008 ausgezeichnete Vorgaben dazu gemacht. Warum ist nichts passiert?

KB: Wir konnten Pilotprojekte durchführen, die sich an diesen Vorgaben orientierten, und integrierten sie aufgrund ihrer Zweckdienlichkeit definitiv in unser Angebot.

Als Erstes führten wir eine Notfall-Triage mit erfahrenen ÄrztInnen ein, die tagsüber alle Notfälle behandeln. Dieser Notfall-Triage gliederten wir eine mobile Krisen-Equipe an, was die Einweisungen mit Führungssorgerischer Freiheitsentziehung deutlich reduzierte. Die mobile Equipe ermöglicht sehr oft den Verbleib in den familiären und häuslichen Strukturen, ohne dass eine Regression in der Vollversorgung eines Spitäles notwendig wird – im Gegenteil, bereits vorhandene Ressourcen werden so weiter genutzt.

Als Zweites erwies sich eine neue Akut-Tagesklinik als ähnlich leistungsfähig wie traditionelle Abteilungen, auch bei schwerkranken Patienten. Die Patienten, die Angehörigen und auch die Mitarbeiter wirken deutlich zufriedener mit diesem Setting. Leider bestehen hier immer noch die unsäglichen KVG-Vorgaben, wo Tageskliniken als ambulante Einrichtungen angesehen und entsprechend finanziert werden. Dabei sollten doch die langjährigen Erfahrungen damit endlich zu einer Änderung der Finanzierung gereichen. Ich denke, dass eine wichtige Aufgabe der SGPP darin besteht, statt der

ewigen Tarifdiskussionen in diesem Belang einen Weg mit den eidgenössischen Räten zu finden.

Als drittes Pilot-Projekt richteten wir ein «Intensive care management» ein für die individuelle und integrierte Behandlung Schwerkranker und Menschen mit chronifizierten seelischen Leiden, den sogenannten «Heavy users», die heute mehr und mehr vergessen gehen und in Heime abgeschoben werden. Stattdessen scheint es üblich zu sein, Privatstationen, forensische Abteilungen oder psychosomatische Dienste für Burnout-Patienten mit Wellness-Charakter anzubieten, die allesamt mehr Geld einbringen, aber wenig für die allgemeine psychiatrische Versorgung zur Verfügung stellen, insbesondere für die Versorgung unserer schwerkranken Patienten.

KS: Ich spüre bei Dir ein besonderes Patientenverständnis. Kannst Du etwas dazu sagen?

KB: Unsere Philosophie war immer, dass sich der Patient mit seinen Sorgen als Erstes angenommen und verstanden fühlen muss, und dass er erst in einem zweiten Schritt mit einer fachlichen, theoretischen Diagnostik und mit therapeutischen Aktionen konfrontiert wird. Der Aufbau einer tragfähigen Beziehung steht so im Vordergrund, was wir ja nachgerade seit Jahrzehnten aus der psychotherapeutischen Forschung wissen. Menschen sollen niederschwellig und schnell ein menschliches Verständnis und fachkompetente Unterstützung erhalten, dann aber die Verantwortung für ihre Anliegen schrittweise wieder übernehmen im Sinne von Hilfe zur Selbsthilfe oder in Kurzform: «So viel Hilfe wie nötig und so wenig wie möglich.» Im Hintergrund der Erwartung ist immer das Normalitätsprinzip: Die Patienten sollen so schnell als möglich zu Experten ihrer Behandlung werden. Therapeuten sind oft auf die Symptome und deren Behandlung fixiert, ohne zu reflektieren, wie es um die soziale Situation der Patienten steht. Am augenfälligsten wirkt sich das bei der Arbeitssituation der Patienten aus, denen es wichtig ist, einen Arbeitsplatz zu halten oder einen neuen zu finden. Arbeit ist doch ein zentrales Thema für jeden Patienten, und gerade hier fühlen sie sich verstanden. Dabei muss auch die Perspektive der Arbeitsgeber berücksichtigt werden, die oft den psychischen Leiden der Patienten ratlos gegenüber stehen. Gerade diese Sichtweise wird leider bei der Ausbildung der jungen Ärzte kaum berücksichtigt und muss in der Praxis erst gelernt werden. Es gilt auch hier die Augenhöhe mit den Arbeitsgebern, die meist sehr viel Goodwill mitbringen. Leider ist dieser Gesichtspunkt in der Schweizer Psychiatrie noch sehr vernachlässigt, bei den Patienten aber von grosser Bedeutung.

KS: Warum werden diese Erfahrungen und die anderer Länder im Rahmen von Versorgungsforschung an unseren Schweizer-Universitäten kaum mehr durchgeführt?

KB: Der SNF finanziert meines Wissens nur Grundlagenforschung (biochemisch, neuroradiologisch und genetisch), und es existiert in der Schweiz kein Lehrstuhl mehr für Versorgungsforschung und Sozialpsychiatrie. Die Erklärung dazu lautet, dass es Aufgabe der Kantone wäre, ihre Versorgung zu evaluieren. Nun haben sie allerdings diesen Auftrag privatisiert und delegiert und dadurch kaum mehr zu einer öffentlichen Sache gemacht. Dazu kommt, dass sie immer weniger Gesundheitspolitik betreiben und nur noch über die steigenden Kosten jammern. Trotz des guten Dokuments der Sanitätsdirektoren von 2008 zeigen sie kaum mehr ein Interesse daran, was fachlich passiert. Die stationären psychiatrischen Einrichtungen werden vielerorts als Milchkühe angesehen, die es zu optimieren gilt.

KS: Wäre hier nicht eine Zusammenarbeit mit den Universitäten sinnvoll?

KB: Sicherlich, aber es besteht leider von Seiten der Universitäten kein Interesse, und jede Initiative dazu wurde vom Ordinarius blockiert. Die fünf Stützpunkte im Kanton Bern haben ein erhebliches Erfahrungspotential. Aber jedes Angebot zu Praktika, Gruppenunterricht oder Erfahrungsaustausch wurde verunmöglicht. Auch hier ein seltsames Machtspiel, das den Studenten die Möglichkeit vorenthält, praxisorientierte sozialpsychiatrische Erfahrungen zu machen oder diese in ihre Ausbildung einfließen zu lassen. Die menschlich-praktische Dimension geht somit völlig verloren, und die Folgen sind verheerend, da der Nachwuchs ein sehr einseitiges und wenig praxisorientiertes Bild von der psychiatrischen und psychotherapeutischen Tätigkeit erhält. Dass er dann wenig Interesse zeigt, später in psychiatrischen Einrichtungen tätig zu werden, könnte eine logische Folge sein. Dabei war Bern früher die erste Adresse für Sozialpsychiatrie. Wir haben doch den spannendsten ärztlichen Beruf, und nirgendwo ist man so nahe am Patienten mit seinem Leiden und den psychosozialen Folgen wie in der Psychiatrie. Allerdings müssen die jungen Ärzte heute zuerst ins Lebensumfeld der Patienten «gebracht» werden, und wir müssen sie zu Partnern der Patienten machen. Es muss ihnen klar gemacht werden, dass ihr theoretisches Wissen und ihre Therapiemanuale wenig taugen, wenn ihr Einsatz nicht in einer Beziehung und auf Augenhöhe stattfindet. Sie müssen

lernen, sich auch verunsichern zu lassen, um diesen Beruf zu auszuüben. – Ich würde diesen Beruf heute wieder wählen!

Wir ersetzen derzeit die Ärzte durch Psychologen. Mit einer gezielten Weiterbildung übernehmen sie diese Aufgabe meist ausgezeichnet und auch den Notfalldienst mit Erfolg, mit einem Kaderarzt im Hintergrund. Auch die Weiterentwicklung der Pflegedienstmitarbeiter, Sozialarbeiter und Therapeuten ist einer der Schlüssel für ein kompetentes Angebot in unseren Einrichtungen.

KS: Was wäre Dein nächstes Projekt, wenn Du noch gefragt würdest, ein viertes Pilot-Projekt an die Hand zu nehmen?

KB: Als Erstes würde ich die mobilen Equipen stark ausbauen, um die Grenzen zur Hospitalisation auszuloten. Dann würde ich als viertes Pilotprojekt den «Open dialog» kennenlernen wollen, wie er derzeit in Finnland praktiziert wird. Ähnlich wie die Multisystemtherapie bei Jugendlichen werden hier mittels sofortiger individualisierter Interventionen mit dem Bezugssystem Krisen angegangen, was offensichtlich zu sehr guten Verläufen und einer deutlichen Abnahme von medikamentösen Hilfen führt. An weiteren Ideen fehlt es mir nicht.

KS: Was hast Du zum Schluss noch für Wünsche zuhänden der SGPP?

KB: Dass das Arbeitspapier der Sanitätsdirektoren (siehe auch den Bericht des Bundesrats «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz» vom März 2016) endlich als Grundlage für die weitere Entwicklung unseres Faches an die Hand genommen wird, wobei die SGPP hier eine fachlich orientierte Triebfeder spielen müsste, es zu ihrer Sache macht im Interesse der Patienten. Sie ist wohl eine Standesorganisation, aber neben den Arbeits- und Einkommensbedingungen sind wir doch auch für die fachliche Entwicklung zuständig. Dazu gehört meiner Meinung nach u.a. der dringende Anspruch, an unseren Universitäten wieder Lehrstühle für Versorgungsforschung und Sozialpsychiatrie einzurichten, wie es in der westlichen Welt sonst üblich ist.

Menschen sind doch soziale Wesen und alle Entwicklung geschieht über Beziehungen. Es ist tatsächlich erstaunlich, dass wir im Ausland Forschungsergebnisse abholen müssen, weil wir selbst nicht mehr in der Lage sind, unsere Erfahrungen zu beforschen, zu evaluieren und in die Entwicklung unseres Berufs einzubauen.

Correspondence:
Dr. med. Karl Studer
Praxis im Klosterhof
Klosterhofstrasse 1
CH-8280 Kreuzlingen
karl.studer[at]bluewin.ch