

Im Schatten unserer Pläne geht auch mal ein Traum in Erfüllung

Eine persönliche Zwischenbilanz nach 20 Jahren in der Psychiatrie

Hermann Elgeti

Wer sich in seinem Weltbild einmauert, verplant seine Zukunft

Wenn wir über moderne Formen der Vernachlässigung in der Psychiatrie streiten, reden wir schnell aneinander vorbei. Ist Planlosigkeit der Grund für die modernen Formen der Unter-, Über- und Fehlversorgung bei psychisch Kranken? Oder verschwendet das Initiationsritual einer »Personenzentrierten Hilfeplanung« vor jeder Versorgung Ressourcen an Zeit, Geld und Motivation, ohne diejenigen zu erreichen, die die Hilfe besonders nötig hätten? Jeder möchte gerne Recht behalten in diesem Streit, sichert sein Weltbild mit seinen Erfahrungen ab und umgibt sich mit Gesinnungsgenossen. Der Mensch ist das Pläne machende Tier, und mit guten Plänen können Träume wahr werden, wenn die Ziele stur genug verfolgt werden. Neben Wunschträumen gibt es allerdings auch Alpträume, die oft ebenfalls wahr werden. An der Verwirklichung mancher Alpträume wird mithilfe systematischer Planung gearbeitet, sodass man sich gar nicht mehr vorstellen kann, diese schlimmen Pläne könnten auch scheitern. Ein großes Beispiel dafür ist die politisch betriebene Herrschaft der Marktwirtschaft in der Psychiatrie, ein kleines der Plan des Senats der Medizinischen Hochschule Hannover, ihre Abteilung Sozialpsychiatrie im Jahre 2007 abzuschaffen.

Die Avantgarde der Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK) setzt sich seit zehn Jahren vehement für den verbindlichen Einsatz des so genannten Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanes (IBRP) ein.¹ Kritik an der Form und Hinweise auf Nebenwirkungen werden dabei schnell als Verrat an der Sache angesehen. In der Sache geht es darum, dass sich die Hilfeleistung nach dem individuellen Bedarf des Patienten richten soll, statt diesem abzuverlangen, sich dem gerade verfügbaren Angebot einer Institution zu beugen. Vorbehalte gegen die Form (das Instrumentarium des IBRP und die Hilfeplankonferenz) gab es schon früh, aber sie wurden überhört, mit der Forderung nach linientreuer Fortbildung zugedeckt oder als rückständig entlarvt. Eine grundsätzlichere Kritik kam letztes Jahr in den so genannten Soltauer Impulsen² und in einigen Wortmeldungen von Klaus Dörner öffentlich zum Ausdruck. Dort heißt die Sache allerdings »Dominanz der Ökonomie im Sozialen« und »Bürokratisierung der Hilfeleistung«; die Kritiker sind vereint in der langen Unterschriftenliste der Soltauer Impulse.

Mein eigenes Selbst- und Weltbild stützt sich vermutlich ähn-

lich stark wie dasjenige der gerade erwähnten Avantgarde auf das Fortschrittsdenken der Aufklärung. Angesichts der unvermeidlichen Schattenseiten dieser Sichtweise frage ich mich gelegentlich, ob es mir und meinen Mitmenschen nicht gut tun würde, wenn meine sozusagen romantische Seite etwas mehr Gewicht hätte. Das kommt jetzt wieder hoch im Vorfeld einer fünfmonatigen Auszeit, in der ich mit meiner Frau auf einem Kreuzfahrtschiff die Welt umrunden möchte. Was für andere ein lang gehegter Traum ist, war für uns das Ergebnis spontaner Überlegungen am Frühstückstisch, wie ich meinen 50. Geburtstag feiern könnte. Da erblickte völlig überraschend ein bisher nicht vorhandener oder zumindest nicht bekannter Wunsch das Tageslicht unseres Bewusstseins. In diesem Fall mündete er in einen Plan zur Umsetzung und wird jetzt ein Traum, der in Erfüllung geht. Auf meinem bisherigen Berufsweg entdeckte ich weitere Beispiele, wie sich etwas Wichtiges abseits oder entgegen rational vorgenommener Planungen entwickeln kann. Vielleicht kommt dann vorübergehend ein Plan zu Hilfe, manchmal wird aber auch ein Traum wahr, selbst wenn lang gehegte Vorhaben nicht zum Ziel geführt haben.

Abseits meiner Berufsplanung komme ich zu einem Traumjob

Zu Beginn meines Studiums im Jahre 1974 wollte ich auf keinen Fall Psychiater werden. Diese Abneigung begründete ich mir damit, nicht dabei mithelfen zu wollen, Menschen zu befrüchten, die aus der Gesellschaft ausgegrenzt würden. Meine ursprünglichen beruflichen Ziele gingen vielmehr auf die Psychosomatik hinaus, und zwar in Form einer hausärztlichen oder internistischen Tätigkeit mit psychoanalytischer Zusatzqualifikation. Während meines Studiums an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) schrieb ich dann mit einem Studienfreund, der später übrigens tatsächlich internistischer Hausarzt wurde, bei Erich Wulff eine Doktorarbeit.³ Bei unseren Recherchen kamen wir 1978 auch in die Beratungsstelle Walderseestraße, die Poliklinik der von Wulff geleiteten Abteilung Sozialpsychiatrie. Sie ist seit 1977 in einer etwas heruntergekommenen Jugendstilvilla untergebracht, abseits der Universitätsklinik, aber nah den Menschen ihres Einzugsgebietes, für die sie auch Aufgaben eines Sozialpsychiatrischen Dienstes übernommen hat. Ich erinnere mich noch, wie ich meinem Freund bei dieser Gelegenheit und halb im Scherz sagte, der

dortige Posten eines Versorgungsassistenten wäre ein Traumjob für mich. Genau dorthin gelangte ich dann später und blieb da bis heute, trotz der zunächst aufrechterhaltenen anderweitigen beruflichen Ziele.

1984 erhielt ich eine Stelle in der Psychiatrischen Klinik der MHH, und nach vielen Jahren als Weiterbildungs- und Versorgungsassistent in der Sozialpsychiatrischen Poliklinik wurde ich im März 1994 dort Oberarzt. Es war die Zeit des Wechsels von Erich Wulff zu Wielant Machleidt. Der alte und der neue Chef erwarteten von mir neue Impulse für die Arbeit im Sektor. Auf einem Blatt Papier notierte ich mir damals drei Ziele mit jeweils einigen Teilzielen für meine neue Leitungsfunktion. Ich habe eigentlich immer das Bedürfnis gehabt, von Zeit zu Zeit meine Vorhaben aufzuschreiben und so für mich zu ordnen, sie mit früheren Planungen und dem späteren Ablauf des Geschehens zu vergleichen. So machte ich es auch damals, und fünf Jahre später markierte ich auf diesem Zettel meine Einschätzung, welche Ziele ich ganz, teilweise oder gar nicht erreicht hatte. Die Stabilisierung des Teams schien mir erreicht, das therapeutische Konzept zumindest in wichtigen Teilen weiterentwickelt, die wissenschaftliche Arbeit dagegen nur geringfügig erleichtert. Allerdings traten in diesem Zeitraum oft unversehens neue Aufgaben in den Vordergrund, die mich forderten und die ich auch nicht nach Plan erledigen konnte, wenn die Umstände dagegen waren.

Ein Dream-Team findet nicht zur systematischen Therapieplanung

1994 gehörte eine systematisch durchgeführte, individuelle Planung aller längerfristig angelegten Behandlungen noch nicht zu meinen Vorhaben. Das änderte sich in den folgenden Jahren, angestoßen vom oben bereits erwähnten Forschungsprojekt der APK. Wir beteiligten uns am zweiten Probelauf des IBRP 1995/96 und setzten das Instrument bei insgesamt 18 Patienten in Klinik, Poliklinik und Übergangswohnheim ein. Die Erfahrungen waren zwiespältig, aber wir gingen nun selbst auf die Suche nach einem angemessenen Verfahren für die systematische Planung und Überprüfung der Hilfen für psychisch Kranke. Ich entwarf ein Konzept für die Therapieplanung in unserer 1996 eingerichteten Institutsambulanz-Funktion,⁴ beteiligte mich aber auch an der Entwicklung eines Verfahrens zur Planung von Eingliederungshilfen für die Region Hannover.⁵

In den Folgejahren diskutierten wir in der Poliklinik immer wieder die Konzeptentwürfe, starteten Probeläufe, kontrollierten ihre Durchführung und tauschten unsere Erfahrungen aus. Keiner verschloss sich den vernünftigen Argumenten, die für eine klare Zielorientierung des therapeutischen Prozesses sprechen, gemeinsam mit dem Patienten entwickelt, nachvollziehbar dokumentiert und regelmäßig überprüft. Aber im Alltag blieb die formalisierte und dokumentierte Therapieplanung eine lästige, Zeit raubende Anstrengung. Keiner macht es gern, viele vergessen es am liebsten und nehmen dabei in Kauf, das sich gelegentlich ihr schlechtes Gewissen meldet oder der

Oberarzt sie ermahnt. Immer gibt es dringliche und wichtige Aufgaben in der Patientenbetreuung, die bevorzugt erledigt werden.

Gewiss gab es neben diesen und anderen Enttäuschungen auch viele Erfolgserlebnisse in der Organisations- und Personalentwicklung der Sozialpsychiatrischen Poliklinik. Das gesamte Team steht hinter dem Anspruch, psychotherapeutische und sozialpsychiatrische Hilfen zu Gunsten der Hochrisikogruppen psychisch Kranker zu integrieren. Fünfzehn gut ausgebildete, eigenständig und engagiert tätige Kolleginnen und Kollegen unterstützen sich gegenseitig in der Alltagsarbeit und äußern bei allen Belastungen durchgängig eine hohe Arbeitszufriedenheit. Alle ziehen mit, wenn es darum geht, die volle Refinanzierung der Personalstellen zu sichern und Ausfälle von Mitarbeitern zu kompensieren. Aber das Scheitern bei meinem hartnäckigen Bemühen um die Einführung einer systematischen Therapieplanung empfinde ich doch als eine Niederlage.

Ich frage mich, warum aus der theoretisch so gut begründeten Idee in der Praxis keine Gewohnheit geworden ist. Liegt es nur am Unvermögen bzw. Unwillen der Therapeuten, sich ihre Vorhaben begrifflich vor Augen zu führen und das Ergebnis ihrer Bemühungen später daran zu messen? Oder schützen die Therapeuten damit vielleicht intuitiv die Atmosphäre ihres Dialogs mit den Patienten vor dem Erfolgsdruck, der von einer dokumentierten Planung und Überprüfung der Therapie ausgehen mag? Kann es sein, dass das gleiche Hilfeplanverfahren in dem einen Fall den Spielraum für positive Entwicklungen erweitert, im anderen Fall aber genau diesen Spielraum kaputt macht? Tatsache ist jedenfalls, dass wir oft die in den Therapieplänen formulierten Ziele nicht erreicht, die vorgesehenen Befristungen der Hilfeleistung nicht eingehalten haben. Liegt das nur an den besonderen Risikolagen der Patienten, mit denen wir es zu tun haben?

Eine Therapie verfehlt ihre Ziele – und ein Lebenstraum geht in Erfüllung

Im Frühjahr 1990 übernahm ich von Station aus einen Mann in ambulante Nachbetreuung. Er ist intelligent und impulsiv, hat eine schwierige Kindheit in einfachen Verhältnissen hinter sich und sein Abitur auf einem Oberstufenkolleg nachgemacht. Im Psychologiestudium war er an der Statistik gescheitert und hatte damals nach einer Auseinandersetzung mit seiner Freundin einen Suizidversuch unternommen. Schon zehn Jahre vorher war er wegen einer Depression stationär-psychiatrisch behandelt worden, jetzt hatte man eine Zykllothymie diagnostiziert und eine Phasenprophylaxe mit Lithium begonnen. Trotz aller Unterschiede in Herkunft, Temperament und Weltanschauung gelang es uns, Toleranz füreinander zu entwickeln und eine stabile therapeutische Beziehung aufzubauen, die viele Krisen überstand.

Alle Versuche zur Befristung der Therapie, die zunächst für zwei Jahre verabredet war, erwiesen sich als undurchführbar. Er war derjenige Patient, mit dem ich selbst im Herbst 1995

eine Hilfeplanung mit dem IBRP ausprobierte, einschließlich der vorgesehenen Nachuntersuchung sechs Monate später. Seitdem habe ich bis Ende 2004 insgesamt sechs weitere Therapieplanungen mit ihm durchgeführt. Wenn ich mir im Rückblick die jetzt 15 Jahre währende psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung vergegenwärtige, kann ich mit einiger Mühe jeweils etwa vierjährige Therapiephasen abgrenzen. Sie zeigen allerdings keinen Zusammenhang mit den schriftlich niedergelegten Planungen, vielmehr ist es das Schicksal der beruflichen Anstrengungen und ein weiterer Suizidversuch, die den Wechsel von einer Therapiephase zur nächsten markieren.

Zu dem sehr stark schwankenden psychischen Befinden und den Problemen im Umgang mit psychosozialen Konflikten gesellten sich bei dem Patienten über die Jahre zahlreiche körperliche Beeinträchtigungen. Vor seiner Berentung wegen Erwerbsunfähigkeit kämpfte er mehrmals um seine Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, unterzog sich zwei anstrengenden Qualifizierungsmaßnahmen und war – zunächst auch mit großem Erfolg – bis Mitte 2000 fast drei Jahre im erlernten Beruf tätig. Im Anschluss an den zweiten Suizidversuch ein Jahr nach der Berentung entschied sich seine langjährige Freundin zur Heirat, um mit ihm eine Familie aufzubauen. Die Frau ist als gut verdienende Managerin viel unterwegs, mein Patient versorgt mit einem Kindermädchen den inzwischen zweijährigen Sohn und kümmert sich – soweit möglich – um den Haushalt der Familie. Damit ist unerwartet doch noch ein Lebenstraum in Erfüllung gegangen, und das Ehepaar wünscht sich ein zweites Kind.

Glücklicherweise hatten sich Arzt und Patient in diesem Fall ihre Freiheit im therapeutischen Dialog nicht von den selbst gesetzten Behandlungszielen nehmen lassen. Ich glaube, dass diese Freiheit in Gefahr ist. Die Erosion des Sozialen, begleitet von unserer Faszination gegenüber der Technik, betrifft auch die Therapeutik: Störungsspezifische Interventionen haben Konjunktur, exakt definiert und mit Manualen bewehrt, modular aufgebaut, sauber dokumentiert und unbarmherzig überprüft. Wenn wir uns in Beziehungsplanung und geplanter Beziehung verausgaben, nehmen wir uns die Chance der hilfreichen Begegnung.

Literatur

- 1 KRUCKENBERG P et al. (1998) Von der institutions- zur personenzentrierten Hilfe in der psychiatrischen Versorgung (Band 1). Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden
- 2 SCHERNUS R et al. (2004) Soltauer Impulse – Zu Sozialpolitik und Ethik am Beispiel psychiatrischer Arbeitsfelder. Soziale Psychiatrie 3: 34–36
- 3 BRÖER F, ELGETI H (1982) Die Bedeutung des Hausarztes bei der ambulanten Betreuung psychiatrischer Patienten. MMG (Medizin, Mensch, Gesellschaft) 7, 106–115
- 4 ELGETI H, ZIEGENBEIN M (1997) Individuelle Therapieplanung und Casemanagement im Rahmen einer Psychiatrischen Instituts-

ambulanz. In KRUCKENBERG P et al. (Hrsg) Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Rheinland-Verlag, Köln, 148–155

5 ELGETI H, SCHLIECKAU L (2004) Evaluation der Planung von Eingliederungshilfen in der Region Hannover. In SCHMIDT-ZADEL R, KUNZE H, AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.): Die Zukunft hat begonnen: Personenzentrierte Hilfen – Erfahrungen und Perspektiven. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 395–405

Anschrift des Verfassers

Dr. med. Hermann Elgeti

Medizinische Hochschule Hannover

Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie

Sozialpsychiatrische Poliklinik

Waldersseestraße 1

30163 Hannover

E-Mail: sozpsychpk@mh-hannover.de

www.mh-hannover.de/kliniken/sozialpsychiatrie



Berufsbegleitender
Masterstudiengang der FH München

„Sozialarbeit in der Psychiatrie“ (Social Work in Mental Health)

Dieses Studium qualifiziert für Planungs-, Steuerungs-, Koordinations- und Leitungsaufgaben in der Psychiatrie. Es vermittelt aus lebensweltnahen sowie spezialisierten Perspektiven die relevanten Modelle, Theorien und Verfahren zur Diagnostik, Betreuung, Beratung und Intervention. Aktuelle Wissensbestände aus (Sozial-) Psychiatrie, Sozialpolitik, Arbeits- und Sozialrecht, Kultur- und Sozialwissenschaft werden auf dem Hintergrund Sozialer Arbeit vermittelt. Das Studium kann auch Grundlage für eine wissenschaftliche Weiterqualifizierung (Promotion) sein.

Der Masterstudiengang „Sozialarbeit in der Psychiatrie“ wird als berufsbegleitender Weiterbildungsstudiengang in fünf Semestern angeboten. Er beinhaltet Selbststudium, Fernstudium und Präsenzstudium.

Studienbeginn ist **1.10.05**, Bewerbungsfrist: **15.06.05**.

Nähere Informationen sowie persönliche Beratung erhalten Sie per eMail-Anfrage an cramer@fhm.edu oder im Internet: <http://www.fh-muenchen.de/fb11/master.html>