

Vom Stützpunkt am Regionalspital zu den psychiatrischen Diensten der Regionalen Spitalzentren (RSZ)

Es ist uns eine grosse Freude, dass der längjährige Chefarzt der Spitäler fmi AG, Interlaken, Dr.med. Ueli Corrodi sich bereit erklärt hat, das diesjährige Jahresthema aufzugreifen und den nachstehenden, höchst lesenswerten Artikel verfasst hat:

1. Einleitung

Die Geschichte der regionalen psychiatrischen Dienste des Kantons Bern, die aufgrund eines Grossratsbeschlusses (GRB) im Jahre 1977 entstanden, ist eine Erfolgsgeschichte mit landesweiter Ausstrahlung. Gerne komme ich deshalb dem Wunsch nach, hier von den Entwicklungen und der Bedeutung der psychiatrischen Dienste zu berichten. Ich mache das um so lieber, als ich nach über zwanzigjähriger Tätigkeit als Leiter eines solchen Dienstes bald pensioniert werde, so dass dieser Bericht auch einen Rückblick auf ein faszinierendes, spannendes und auch sehr vereinnahmendes berufliches Engagement darstellt.

Zur Klärung des Titels hier so viel: Als ich 1987 meine Arbeit als Chefarzt im Regionalspital Interlaken aufnahm, sprach man vom "Stützpunkt", was doch sehr an die Feuerwehr oder ans Militär erinnerte. In der Zwischenzeit hat sich das Bild vom "Stütz-Punkt" enorm verändert, so dass es heute nicht mehr um eine "punktuelle" Tätigkeit geht, sondern um regional zuständige psychiatrische Dienste mit vielfältigen ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten. Auch war der "Stützpunkt" vor Jahren noch "am Regionalspital" angesiedelt und dort sozusagen zur Pflege oder zur Erziehung deponiert, wie ein Findelkind oder Wechselbalg mit zweifelhafter Herkunft. Es gab ja auch genügend Stimmen, die sich strikte gegen den Aufbau der psychiatrischen Dienste aussprachen, da man in ihnen Vorreiter der Staatsmedizin und Konkurrenten der Hausarztmedizin witterte. Diese eher ideologisch gefärbten Vorbehalte sind heute praktisch verschwunden, und die psychiatrischen Dienste sind nicht mehr "am Regionalspital" untergebracht, sondern willkommener und respektierter Teil der neu entstandenen RSZ, die die grosse Bedeutung der regionalen psychiatrischen Versorgung unter Führung des somatischen Spitals voll erkannt haben. Diese Entwicklung möchte ich hier nachzeichnen.

2. Der Grossratsbeschluss von 1977 und seine unmittelbaren Folgen

Die siebziger Jahre im Kanton Bern waren in bezug auf die psychiatrische Versorgung von der Suche nach neuen Versorgungsmodellen und -strukturen geprägt. Mehrere Gutachten und Berichte mit Vorschlägen zur Entwicklung lagen vor, die alle von der Tatsache auszugehen hatten, dass sich die öffentliche psychiatrische Versorgung auf drei staatliche psychiatrische Kliniken (Waldau, Münsingen, Bellelay) und eine Poliklinik in der Stadt Bern beschränkte. Ausserhalb dieser Institutionen gab es praktisch keine öffentlichen Angebote.

Mit den "zehn Grundsätzen zur psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung", die der Grosse Rat im Herbst 1977 verabschiedete, sollte sich dies nachhaltig ändern. Motor dieser Entwicklung war der damalige, im Vorjahr frisch gewählte Direktor der Kantonalen Gesundheits- und Fürsorgedirektion, Dr. Kurt Meyer, dem eine adäquate und bevölkerungsnah psychiatrische Versorgung sehr am Herzen lag. Zusammenfassend können diese zehn Punkte folgendermassen dargestellt werden:

- Bildung von Psychiatrieregionen.

Kantonal-Bernischer Hilfsverein für psychisch Kranke

- Aufbau von regionalen psychiatrischen Diensten, zugehörig zum entsprechenden Regionalspital.
- Aufbau von teilstationären Angeboten (Tageskliniken, Nachtkliniken, Werkstätten).
- Verpflichtung zur Zusammenarbeit zwischen den Institutionen einer Region.
- Wissenschaftliche Auswertung der gemachten Erfahrungen. Vom Stützpunkt am Regionalspital zu den psychiatrischen Diensten der Regionalen Spitalzentren (RSZ)
- Einleitung einer offenen Entwicklung nach Massgabe der regionalen Bedürfnisse.

In der Tat entfaltete der Grossratsbeschluss eine ungeahnte Dynamik, so dass in den Jahren danach regionale psychiatrische Dienste in Biel, Thun, Burgdorf, Interlaken, Tavannes und Langenthal entstanden. Die nachfolgenden Kartenskizzen mögen diese Entwicklung der öffentlichen psychiatrischen Versorgung illustrieren.

1977



2006



Legende

- Regionsgrenzen (streckenweise schlecht definiert)
- Psychiatrische Klinik mit Leistungsauftrag (UPD, PZM, SPJBB, PM 2006)
- Psychiatrische Klinik ohne Leistungsauftrag (Münchenbuchsee, PM 1977)
- Regionaler psychiatrischer Dienst
- Psychiatrische Universitätspoliklinik, Sozialpsychiatrischer Dienst des PZM, Services psychiatriques Jura bernois – Bienne-Seeland
- ▲ Beratungsstelle, konsiliarischer Dienst
- △ Psychiatrische Station im somatischen Spital

Abkürzungen

UPD Universitäre Psychiatrische Dienste Bern

PZM Psychiatriezentrum Münsingen

SPJBB Services psychiatriques Jura bernois – Bienne-Seeland

PM Privatklinik Meiringen

Die Skizze mit der aktuellen Situation ist unvollständig und gibt verschiedene Entwicklungen nur mangelhaft wieder. Bedeutsam ist jedoch die Tatsache, dass mit dem Grossratsbeschluss von 1977 grundsätzliche Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung in die Wege geleitet wurden, die bis heute andauern und weiterhin höchst bemerkenswerte Auswirkungen nach sich ziehen.

Folgende Merkmale kennzeichnen die eingetretenen Entwicklungen:

- Aufbau von gemeindenahen, bevölkerungszentrierten Angeboten.
- Niederschwelliger Zugang für alle Menschen mit einer psychiatrischen Erkrankung oder Behinderung.
- Gelungene Integration der psychiatrischen Dienste in die somatischen Spitäler.
- Aufbau von Tageskliniken, Wohnheimen, psychiatrischen Stationen im somatischen Spital, von aufsuchender Pflege und von Einrichtungen zur beruflichen Eingliederung.
- Vielfache Vernetzungen mit anderen Institutionen des sozialmedizinischen Umfeldes.
- Auch die folgenden Zahlen mögen den Veränderungsprozess illustrieren:

Betten in öffentlichen psychiatrischen Kliniken:

1950: 2'700

2006: 1'000 (inklusive PM und somatische Spitäler).

Stationäre Fälle pro Jahr

1950: 1'800

2006: 6'856

Eine Übersicht über die im Jahre 2006 in den regionalen psychiatrischen Diensten angestellten Personen und die erbrachten Leistungen ergibt folgendes Bild (alle regionalen psychiatrischen Dienste, inklusive Biel, Tavannes und Münsingen, ohne die Einrichtungen der UPD Bern):

| <u>Stellen</u> | <u>Personal</u> | <u>Tagesklinikplätze</u> | <u>Verrechenbare Leistungen (Std.)</u> |
|----------------|-----------------|--------------------------|--|
| 206 * | 279 ** | 68 | 40'606 *** |

* davon 33 im stationären Bereich

** davon 45 im stationären Bereich

*** in einzelnen Diensten nicht vollständig erfassbar

Kommentar 1

Die wichtigste Charakterisierung der psychiatrischen Versorgung der letzten Jahre ist der enorme Anstieg der Fallzahlen ("Aufnahmen") in den psychiatrischen Kliniken, die mit einer erheblichen Abnahme der durchschnittlichen Hospitalisationsdauer einherging. Die regionalen psychiatrischen Dienste konnten diese Entwicklung nicht verhindern. Der Patienten-"Durchlauf" in den Kliniken hat sich vervielfacht, so dass es Leute gibt, die nicht mehr nur von "Drehtür-Psychiatrie" sprechen, sondern gar von "Propeller-Psychiatrie".

Kommentar 2

Die Bettenreduktion in den psychiatrischen Kliniken kann nur zum kleineren Teil mit dem Aufbau der regionalen psychiatrischen Dienste erklärt werden. Entscheidender war die Erkenntnis, dass eine psychiatrische Langzeithospitalisation im Sinne des Hospitalismus per se krankmachende Auswirkungen hat und dass psychiatrische Patienten nicht ausgegrenzt, sondern integriert werden müssen. So ergab sich in den letzten Jahrzehnten eine ganz generelle Änderung in der Einstellung psychisch kranken Menschen gegenüber, die man unter anderem auch aus Kostengründen nicht mehr während Jahren in Kliniken "aufbewahren" wollte. Bedeutsam ist auch die Entwicklung von wirksamen Psychopharmaka, die helfen, dass Patienten nach kurzen Hospitalisationen und stationären Kriseninterventionen bald entlassen werden können, sowie die Entwicklung wirksamer sozio- und psychotherapeutischer Methoden, die aus den früheren "Aufbewahrungs-Kliniken"

psychiatrische Spitäler mit breitem therapeutischem Angebot entstehen liessen. Auch sei erwähnt, dass die reine Bettenzahl wenig über die Qualität einer psychiatrischen Versorgung aussagt, da im Rahmen des "Transinstitutionalismus" ausserhalb der psychiatrischen Kliniken Alternativinstitutionen mit einem erheblichen Bettenangebot entstanden oder bereits bestehende Institutionen vergrössert wurden, die frühere psychiatrisch hospitalisierte Langzeitpatienten aufnehmen. Gemeint sind damit Wohnheime, Pflegeheime, Hospize etc.

Kommentar 3

Wichtiger als die obigen Zahlen, welche die Verhältnisse naturgemäss immer nur vergrößernd wiedergeben, scheint mir folgendes:

Mit dem Aufbau der regionalen psychiatrischen Dienste entstand ausserhalb der psychiatrischen Klinik eine selbstbewusste, höchst effiziente und an Ort und Stelle präsenste Psychiatrie, die sich automatisch am Wohlergehen der zugeteilten Bevölkerungsgruppe orientiert.

Ein Freund umschrieb die Aufgabe des Psychiatrischen Dienstes Interlaken einmal so: "Eure Tätigkeit besteht darin, dafür zu sorgen, dass es jedem Oberländer besser geht!" Das ist zugegebenermassen ein hohes Ziel, gibt aber sehr präzise den Massstab an, der an eine regionale psychiatrische Versorgung angelegt werden soll, nämlich das Wohlergehen der anvertrauten Bevölkerungsgruppe mit ihren Menschen. Das beinhaltet schliesslich folgende Aufgaben:

- Die Ausgrenzung psychisch kranker Menschen verhindern.
- Mit sozialmedizinischen/sozialpsychiatrischen Integrationsbemühungen den Wiedereinstieg fördern.
- Mit Öffentlichkeitsarbeit und Weiterbildungsangeboten die "Funktionstüchtigkeit" gesunder Menschen verbessern.
- Mit gesellschaftskritischen Beiträgen, beispielsweise zum Umgang mit Drogen, Suchtkrankheiten, Gewalt, Arbeitslosigkeit, Alterskrankheiten etc. sensibilisieren.
- Mit der Wahrnehmung von Ordnungsfunktionen die Sicherheit der Bevölkerung verbessern.

Gerade diese letzte Aufgabe ist gelegentlich recht belastend. Es geht dabei um ärztliche fürsorgerische Freiheitsentziehungen, das heisst Einweisungen von psychisch kranken Menschen in eine psychiatrische Klinik, wenn Gefahr in Richtung Selbst- und Fremdgefährdung droht. Nach einem Gewaltverbrechen in einem anderen Kanton stand in der Zeitung die Schlagzeile "Nirgendes ein Psychiater erreichbar, nirgendes". Das dürfte hier nicht passieren, ist es doch absolute Pflicht, dass der regionale psychiatrische Dienst respektive der psychiatrische Notfall- und Pikettdienstes immer erreichbar ist und im Notfall kurzfristig beigezogen werden kann. Als Angehöriger eines solchen Dienstes lernt man rasch, dass die Polizei tatsächlich "Freund und Helfer" ist und der Regierungsstatthalter eine kompetente, hilfreiche und häufig höchst willkommene Autorität darstellt. Weiter gehören zu diesem Bereich Begutachtungen zuhanden der Gerichte, des Regierungsstatthalters, der IV, der Strassenverkehrs- und Schifffahrtsamtes (Fahrtauglichkeit) und des Militärs (Diensttauglichkeit). Diese Tätigkeiten sind emotional weniger belastend, gehen jedoch meistens zulasten der Freizeit.

Kommentar 4

In den letzten Jahren wirkten die psychiatrischen Dienste in ihren Regionen als Motor verschiedener erfolgreicher sozialmedizinischer/sozialpsychiatrischer Entwicklungen, auch wenn daraus schliesslich nicht unbedingt direkte psychiatrische Angebote resultierten, sondern solche unter anderen Trägerschaften. Zu denken ist dabei beispielsweise an das Wohnheim Mosaik in Unterseen unter der Trägerschaft der Stiftung Helsenberg der Privatklinik Meiringen, das Wohnheim des Vereins Solidarität in Langenthal, Institutionen zur Arbeitsintegration wie das TRANSfair in Thun mit über 100 Arbeitsplätzen, die Zusammenarbeit des Psychiatrischen Dienstes

Burgdorf mit den Werkstätten in Oberburg, das Contact Interlaken, die Institutionen der heroingestützten Behandlungen (HeGeBe) in Biel, Burgdorf und Thun. Diese Aufzählung ist nicht vollständig, sie soll bloss angeben, dass im Umkreis der regionalen Psychiatrie auch andere Institutionen entstanden, die sich dem sozialpsychiatrischen Ansatz (Integration statt Ausgrenzung) der Eingliederung verpflichtet wissen.

3. Vom Charme eines regionalen psychiatrischen Dienstes

Ich erlaube mir nach diesen eher theoretischen Erwägungen eine persönliche Stellungnahme zur Tätigkeit in einem regionalen psychiatrischen Dienst.

Es berührt mich immer wieder zu erleben, wie viele Menschen sich in Not mit der Bitte um Hilfe und Unterstützung an uns wenden, die sonst keine Anlaufstelle und Gesprächspartner finden würden. Es kann sich dabei um schwere psychische Krankheiten handeln, chronifizierte Paar- und Familienzwise, Suchtkrankheiten in der Familie, Todesfälle, Selbsttötungen, schwere körperliche Krankheiten wie bösartige Tumore, Gewalterfahrungen, Krisensituationen also aller Art. Die Liste liesse sich beliebig verlängern. Wenn ich in der Freizeit mit dem Fahrrad um den Brienersee radle, erinnere ich mich an viele Menschen mit ihren Geschichten und Erlebnissen, die in einem der durchfahrenen Dörfer wohnen. So verbindet sich das geografische Bild "meiner Region" mit Gesichtern, die mir lieb geworden sind. Es ist eben wie im "Der kleine Prinz", wonach man gern bekommt, wofür man Verantwortung trägt. Auch viele Menschen, die in verschiedenen benachbarten Institutionen arbeiten, sind mir nahegekommen und stehen zu unserem Dienst. Es ist wichtig, in einer Tätigkeit wie der unseren nicht allein zu sein, sondern persönliche Verbindungen zu knüpfen. So kommen mir auf meinen Rundfahrten nicht nur Patienten und ihre Angehörigen in den Sinn, sondern auch Berufskollegen, Freunde, der Regierungsstatthalter und Behördemitglieder, die mir wohlwollend begegnen und die hiesige Gegend mit Leben füllen. Dazu kommt, dass mich seit Jahren die Aufgabe in Bann schlägt, in dieser Region eine sinnvolle und menschliche Psychiatrie anzubieten. Die Menschen sind ja nicht für die Psychiatrie da, die Psychiatrie ist für die Menschen da. Die Tätigkeit in diesem Dienst, im Spital, in der Region Interlaken, im östlichen Berner Oberland nimmt mich gefangen und beflügelt mich. So ist für mich diese Gegend ein Stück Heimat geworden, für die ich mich mit aller Kraft einsetze. Das bedeutet Zugehörigkeit, Loyalität, Verpflichtung einer Region und ihren Menschen gegenüber und tiefe Befriedigung in einem.

Bäume wachsen allerdings auch hier nicht in den Himmel, gibt es doch immer wieder und ganz überraschend Gegner, die mit unsachlicher Kritik und übler Nachrede unsere Arbeit zu beeinträchtigen suchen. Doch sind solche Widerstände ja auch richtig und sinnvoll, verhindern sie doch, dem eigenen Übermut und der eigenen Selbstsicherheit zum Opfer zu fallen.

4. Bedenkenswertes

Sozialpolitisches

Als Beobachter des sozialpolitischen Umfeldes unserer Gesellschaft komme ich um eine gewisse Skepsis in bezug auf Eingliederungsmöglichkeiten nicht herum. Mir scheint, dass Integrationsbemühungen nicht nur psychisch Kranken gegenüber, sondern auch Ausländern, Arbeitslosen oder Jugendlichen zu wenig konsequent vorangetrieben werden. So erfüllt mich die eben angenommene fünfte IV-Revision mit Sorgen, über das, was hier auf psychisch kranke Menschen zukommen kann. Natürlich gibt es Missbrauch der Sozialversicherungen durch Profiteure jeglicher Couleur, doch stellt der Missbrauch durch manifest psychisch kranke Menschen eine Seltenheit dar und belasten "Scheininvaliden" das Staatswesen nicht mehr als "Scheingesunde". Die grosse Sorge besteht doch vor allem darin, dass in unserer hoch entwickelten und hoch

technisierten Wirtschaft kaum mehr Platz vorhanden ist, weniger leistungsfähige, langsamere und manchmal unpünktliche Menschen zu beschäftigen. So finden Patienten, denen von seiten eines möglichen Arbeitgebers aus Rentabilitätsgründen nur wenig Rücksicht entgegengebracht werden kann, kaum mehr Arbeitsplätze, was häufig Hoffungs- und Zukunftslosigkeit und existentielle Ängste nach sich zieht und die Ausgrenzung verstärkt. Ausgliederung ist für die Wirtschaft eben häufig kostengünstiger. Für die Folgen kommt dann der Staat mit seinen öffentlichen Institutionen auf, seien es die Sozialversicherungen oder die Fürsorge.

Psychiatrischer Nachwuchs

In den letzten Jahren ist das Interesse von jungen Schweizer Ärzten an der Psychiatrie stark zurückgegangen, so dass die vorhandenen Ausbildungsstellen kaum mehr mit Schweizern besetzt werden können. Das führt dazu, dass immer mehr ausländische Ärzte angestellt werden, die des Schweizerdeutschen nicht mächtig sind. Damit ist nichts gegen diese Personen gesagt. Ich bin im Gegenteil immer froh und dankbar, wenn sich eine kompetente und freundliche Person ausländischer Herkunft für eine Tätigkeit in Interlaken interessiert und hier arbeiten will. Doch ist es sehr bedenklich, dass die psychiatrische Versorgung einer Region praktisch nur noch mit Ärzten sichergestellt werden kann, die nicht die Muttersprache der Patienten beherrschen.

Gleichzeitig besteht das Phänomen, dass es viele arbeitslose Psychologen gibt, die liebend gerne eine Stelle hätten, die Anstellungsbedingungen aber kaum erfüllen. Die Schwierigkeit liegt vor allem darin, dass Psychologen keine Ausbildung für eine Tätigkeit im ärztlichen Notfalldienst haben, so dass es für die übrigen ärztlichen Mitarbeiter sehr eng wird, wenn Stellen an Psychologen vergeben werden. Mich persönlich berührt eigenartig, dass junge Kollegen kaum mehr an einer psychiatrischen/psycho-therapeutischen Tätigkeit in einem regionalen psychiatrischen Dienst interessiert sind, was meines Erachtens noch immer von höchster Attraktivität ist.

Die Biologisierung der Psychiatrie

Anlass zu Sorgen gibt ausserdem der unverhältnismässig grosse Stellenwert, den die biologische Psychiatrie in der Forschung und psychiatrischen Lehrmeinung einnimmt. Soziale und psychische Mitbeteiligungen sowie die Gestaltung einer therapeutischen Arzt-Patientenbeziehung finden wissenschaftlich nur wenig Aufmerksamkeit. Damit werden alte Errungenschaften der Schweizer Psychiatrie in Frage gestellt, in welcher der Miteinbezug des sozialen Umfeldes und psychotherapeutische Techniken schon früh praktiziert wurden. Das Gehirn ist für das menschliche Leben zweifellos von existentieller Bedeutung, doch ist es letztlich nicht mehr als eine komplexe und geniale Maschine. Sicher haben Gehirn und Seele etwas miteinander zu tun, doch gehören sie zu verschiedenen anthropologischen Ebenen, die nicht vermischt werden sollten. Andernfalls führt dies zur dauernden Verwechslung von Zentralnervensystem und Seele. Zum einen gehören beschreibbare und objektivierbare neurobiologische Prozesse, zum anderen beispielsweise das subjektive Wissen um die eigene Person und Einzigartigkeit, wo Neurowissenschaften nicht weiterhelfen.

5. Zur heutigen Situation der regionalen psychiatrischen Versorgung

Auch wenn die Erfolge in der psychiatrischen Versorgung der letzten dreissig Jahre unübersehbar sind, sind gewisse Vorbehalte anzubringen.

Die öffentliche psychiatrische Versorgung ist weiterhin kliniklastig, gibt der Staat vom Psychriatriebudget von 100 Millionen Franken doch den weitaus grössten Teil, nämlich 80 Millionen, für den stationären Bereich aus. Bloss 20 Millionen Franken werden für die ambulant/teilstationäre Versorgung aufgewendet. Auch psychiatrisches Fachpersonal arbeitet mehrheitlich in den stationären Einrichtungen und nur zu einem kleinen Teil ausserhalb der grossen Kliniken. Die 1977 erhofften Umlagerungen vom stationären in den ambulant/teilstationären Bereich sind letztlich nicht eingetreten, so dass mit den regionalen psychiatrischen Diensten eine Art "Parallelorganisation" zu den bestehenden Kliniken entstand. Auch die Vernetzung der

Angebote blieb eher rudimentär, so dass es nicht selten Patienten gibt, die vom Hausarzt direkt in die Klinik eingewiesen werden und von dort zum Hausarzt zurückwechseln. Das ist nicht grundsätzlich falsch, doch werden damit teilstationäre und gemeindenahere Angebote zu wenig genutzt und sind auf diese Weise die stationären Aufenthalte tendenziell zu lang. Dementsprechend ist der Bettenschlüssel im Kanton Bern mit 1.0 Psychatriebetten/1'000 Einwohner relativ hoch. Eine präzise Triage und ein überlegtes Case Management finden unter diesen Bedingungen kaum statt. Neue Entwicklungen wurden auf Initiative von Dr. med. Ph. Perrenoud, dem Gesundheitsdirektor seit Frühjahr 2006, in die Wege geleitet. Im Sinne eines Paradigmenwechsels sollen in nächster Zeit die Kooperationen zwischen regionalen psychiatrischen Diensten und Kliniken verbessert werden. Pilotprojekte und Modellversuche in den Regionen Biel, Burgdorf und Langenthal sind im Anlaufen. Im Psychiatriezentrum Biel wird geplant, mehr Mittel für die ambulant/teilstationäre Versorgung aufzuwenden, um Klinikeinweisungen zu reduzieren. Im Psychiatriezentrum Langenthal soll das gleiche Ziel mit einem verbesserten Case Management und aufsuchender Pflege erreicht werden. Und zwischen dem Psychiatrischen Dienst Burgdorf und dem Psychiatriezentrum Münsingen soll die Schnittstelle der Einweisung in die Klinik respektive des Austritts zurück in den Psychiatrischen Dienst im Sinne eines Standardverfahrens etabliert werden. Es wäre möglich, dass dieser Standard zwischen allen Diensten und Kliniken zum Tragen kommen könnte, um Patientenpfade zu vereinfachen. Schliesslich hat der Psychiatrische Dienst Interlaken einen Projektauftrag zum Thema Regionales Psychiatriebudget (RPB) erhalten, was unten näher präzisiert werden soll.

6. Anstehende Entwicklungen

Gerontopsychiatrie

Die zunehmende Alterung unserer Bevölkerung mit den spezifischen psychischen Störungen des Alters macht dringend entsprechende ambulant/teilstationäre Angebote notwendig, um Klinik- und Heimeinweisungen mit ihren hohen Kosten nach Möglichkeit zu verringern oder wenigstens kurz zu halten. Hier ginge es um die Anwendung sozialpsychiatrischer Versorgungsprinzipien im Altersbereich wie:

- spezifische ambulante Abklärungen und Triage;
- Aufbau von Alterstageskliniken;
- Angebot von Weiterbildungen, Coaching und Supervision in Heimen;
- Kurse für Angehörige im Umgang mit Alterspatienten zu Hause;
- Schulungen wie "Senioren helfen Senioren"; usw.

Hier liegt ein zunehmend wichtigeres Feld fast völlig brach, das nicht nur in der Region Bern auf universitärem Niveau bearbeitet werden kann, sondern so rasch wie möglich auch in den peripherer gelegenen Regionen zu Versorgungsangeboten führen muss.

Das Regionale Psychiatriebudget (RPB) als innovativer Ansatz zur psychiatrischen Versorgung einer Region

Abgesehen von den bereits erwähnten Pilotprojekten und Modellversuchen hat in den letzten Monaten eine Idee um sich gegriffen, die für die regionalen psychiatrischen Dienste und ihre Versorgungsaufgaben wichtig werden könnte. Das Grundproblem im Kanton Bern besteht darin, dass seit langem versucht wird, ambulant/teilstationäre und stationäre Versorgungsbereiche einer Region unter der gleichen Trägerschaft als "psychiatrischen Sektor" zu organisieren, wobei eben eine einzige Institution verantwortlich würde für die Vollversorgung der zugeordneten Bevölkerungsgruppe. Angesichts der Lage der psychiatrischen Kliniken und der den RSZ unterstellten regionalen psychiatrischen Dienste ist dies allerdings rascher gesagt als getan. Die

bisherigen Sektorisierungsmodelle vermochten bis jetzt auch nicht zu überzeugen, da weder die Bildung von Grossregionen rund um die bestehenden Kliniken noch die Bildung von Sektoren ohne stationäre Angebote praktikabel und sinnvoll ist. Der Ansatz des RPB soll es den RSZ neu erlauben, die Verantwortung für die psychiatrische Vollversorgung ihrer Region zu übernehmen, indem sie das ihnen zugeteilte Budget nach dem Bedarf der zugeteilten Region einsetzen. Damit könnten relativ rasch Umlagerungen vom stationären in den ambulant/teilstationären Bereich realisiert werden, weil die Regionen von den Kliniken diejenige Bettenkapazität einkaufen und bezahlen würden, die sie auch tatsächlich benötigten. Die Steuerung und Kontrolle der Versorgung würde damit bevölkerungsnah im RSZ und nicht in den ausserregional gelegenen Kliniken angesiedelt. Damit könnte das bisherige Übel der getrennten und fragmentierten Verantwortungen umschifft werden, die bisher rationelle und logische Versorgungsstrukturen verhinderten.

Bisher waren die regionalen psychiatrischen Dienste auch zu klein, um an Ort und Stelle genügend Kapazitäten für Kriseninterventionen aufzubringen. Das führte gelegentlich zur Ansicht, dass "die Sozialpsychiatrie versagt" habe. Dies ist indessen nicht so. Bloss die Mittelverteilung zwischen ambulant/teilstationär und stationär blieb ungenügend. Mit dem Instrument des RPB soll sich das grundlegend verändern, ginge es doch um eine Art "finanzgesteuerter Sektorisierung" unter einheitlicher Führung und Steuerung des RSZ.

7. Zur Ausbildungssituation

In den regionalen psychiatrischen Diensten wird der von der WHO postulierte "bio-psycho-soziale Ansatz" der psychiatrischen Versorgung mit Sorgfalt gepflegt. Damit soll nicht gesagt werden, dass dies andernorts nicht auch passiert, doch ist die Nähe der regionalen Dienste zu Arbeitgebern, Familien, Sozialdiensten, Gemeindebehörden und zum Spital besonders dazu prädestiniert, ärztlichen und psychologischen Ausbildungskandidaten die Bedeutung der sozialen Vernetzung und der Eingliederung in ein soziales System zu vermitteln. Von den staatlichen Kliniken weiss man, dass ein Arzt pro Woche eine knappe Stunde Zeit für einen hospitalisierten Patienten aufwenden kann. Das ist eindeutig zu wenig, da es doch um Krisenbewältigung, Konfliktverarbeitung und Ausrichtung auf neue Entwicklungen gehen müsste. Hier wäre eine Entlastung der Kliniken durch Ausbau der regionalen Angebote dringend notwendig und würde auch die Ausbildungssituation wesentlich verbessern.

8. Ausblick

Die psychiatrischen Dienste im Kanton Bern sind ein Erfolgsmodell, wie das auch die von der Gesundheits- und Fürsorgedirektion im Jahre 2003 veranlasste Erfolgskontrolle nachwies. Mit den neuesten, vom neuen Gesundheitsdirektor initiierten Entwicklungen soll die Bedeutung sogar noch steigen. Das Ziel muss darin bestehen, in jeder Region ein klinikexternes und möglichst umfassendes Therapie- und Betreuungsangebot aufzubauen. Wo das aus praktischen Gründen nur bedingt möglich ist, müssen mit den entsprechenden Kliniken adäquate Kooperationen gefunden werden. Die psychiatrische Vollversorgung soll bevölkerungsnah und unter Steuerung der RSZ angeboten werden. Stationäre Aufenthalte müssen dabei die Ausnahme bilden. Für diese Entwicklungen braucht es allerdings spezifische und kompetente Angebote, vor allem aber engagierte Menschen die sich mit Herzblut und Überzeugung für die regionale Psychiatrie einsetzen wollen.

(Im vorliegenden Text werden im Sinne einer grammatikalischen Vereinfachung nur männliche Berufs- und Rollenbezeichnungen verwendet, welche weibliche Personen miteinschliessen.)