

Abschied von der Kunst des Indirekten oder: Umwege werden nicht bezahlt

**- mit Bemerkungen zu Aus- und Nebenwirkungen von Pflegeversicherungsgesetz und
BSHG-Novellierung -**

**Renate Schernus, Bielefeld,
Vortrag beim Forum Rehabilitation am 24.05.1997 in Hamburg**

*Ich bin Optimist. Ich glaube an den
erlösenden Einfluss des Pessimismus.
(Jerzy Lec, Unfrisierte Gedanken)*

Vorbemerkung:

Wie bekommt man ein Gefühl für die Strömungen der eigenen Zeit? Mir fällt dazu ein Bild ein, das der Romanistikprofessor Viktor Klemperer in seinen Tagebüchern aufzeichnete. Viktor Klemperer war jüdischer Herkunft und überlebte die Nazizeit in Deutschland dank der Tapferkeit seiner Frau. Juli 1942 zeichnete er folgendes auf: "das Badezimmer hier (Judenhaus) wird vom Abgasspeicher gespeist. . . Man zündet ein winziges Flämmchen an. Läßt man dann Wasser einlaufen, so entzündet sich in einem gegebenen Moment explosiv (schlagartig) eine ganze Flammenreihe und erhitzt sehr schnell das durchströmende Wasser. - Mir geht das heute den ganzen Tag als Bild durch den Kopf. Als Einzelflämmchen ist jede Idee in fast *jeder* Zeit vorhanden. Die Rassenidee, der Antisemitismus, die kommunistische Idee, die nationalsozialistische, der Glaube, der Atheismus - jede Idee. Wie kommt es, dass plötzlich *eine* von diesen Ideen eine ganze Generation erfasst und nun dominiert? - Wenn ich Rosenbergs 'Mythos' bei seinem Erscheinen 1930 gelesen hätte, ich hätte ihn bestimmt als Flämmchen gewertet, als Irrsinnprodukt eines Einzelnen, einer kleinen desequilibrierten Gruppe. Ich hätte niemals geglaubt, dass das Flämmchen zünden - in Deutschland zünden könnte." (4)

Ob ein Flämmchen sich zusammen mit vielen anderen zu einem Flächenbrand vereinigt, dürfte mit dem Gasmisch, das in der Luft liegt, zusammenhängen. Fraglich ist, ob man als Zeitgenosse der Gegenwart die einzelnen Flämmchen seines eigenen Arbeitsfeldes hinsichtlich ihrer Entwicklungsrichtung erkennen kann und ob man ein Gespür für das Gemisch, das sich zusammenbraut, auch dann entwickeln kann, wenn man täglich diese Luft einatmet. Klemperer war in der Lage, die Frühwarnzeichen

der eigenen Zeit erstaunlich genau zu erfassen, und zwar durch das Hören auf die Art, wovon und wie gesprochen wird.

Ich will im folgenden versuchen, auf einige “Flämmchen” unserer Zeit hinzuweisen, die wir meines Erachtens im Auge behalten sollten, da sie sozialetische Dimensionen wegbrennen könnten, die uns heute noch als ziemlich selbstverständlich gelten. Diesen “Flämmchen” habe ich folgende Überschriften gegeben:

1. Kolonisation des Denkens durch Veränderung der Sprache
 2. Vom Patienten zur Person zum Kunden
 3. Zuspitzungen direkten Handelns
 4. Für's Soziale fehlt das Geld
 5. Auswirkungen von Pflegeversicherungsgesetz und BSHG-Novellierung.
- Nach diesen Umwegen, bei denen ich das, worum es mir geht, eher indirekt umkreise, komme ich in Abschnitt 6, “Umwege und die Kunst des Indirekten in der Psychiatrie” zurück zum Hauptthema.

1. Kolonisation des Denkens durch Veränderung der Sprache

1988 kam ein wenig beachtetes, höchst interessantes kleines Buch von dem Germanisten Uwe Pörksen heraus. Es trägt den Titel: “Plastikwörter - die Sprache einer internationalen Diktatur”. Unter anderem heißt es in diesem Buch: “Es schwärmt seit einiger Zeit ein Trupp neuartiger Wörter aus . . . dazu gemacht, der Zivilisation, die mit wachsender Geschwindigkeit den Erdball überzieht, die Schienen zu legen und die Bahn vorzuzeichnen.” (6) “Sie infizieren ganze Wirklichkeitsfelder und sorgen dafür, dass die Wirklichkeit sich auf sie, als ihren Kristallisationspunkt zuordnet.” (6) In den letzten Jahren schwärmte meines Erachtens ein ganz besonderer Trupp von Wörtern in die Bereiche sozialer Arbeit, und wenn man darauf beharrt, weiterhin verständliches Deutsch zu sprechen - also z. B. von der Begleitung von Menschen und nicht von *case work*, vom arm werden und nicht vom *driften*, von Hilfestellung und nicht von *Leistungsmodul* - ja dann wirkt man damit irgendwie altmodisch oder wird als Ökonomie- oder zumindest Qualitätsmuffel empfunden. Insbesondere der Begriff Qualität in Verbindung mit marktwirtschaftlichem Denken dient zur Rechtfertigung der Invasion.

Noch ein besonders prägnantes Beispiel: *clinical pathways* - so las ich in einer Zeitschrift - sind ein “potentes Instrument zur Optimierung von Verfahrensabläufen”. (9) Was in Gottes Namen sind nun aber *clinical pathways*? Nichts leichter erklärt als das: sie sind “eine integrative Wegbeschreibung zur

Koordination einer Vielzahl paralleler Aktivitäten in einem engen Zeitrahmen". (9) Was immer das heißen mag, mit der Entdeckung von Langsamkeit hat es jedenfalls nichts zu tun.

Ich habe mir die Mühe gemacht, beim Studium entsprechender, meist auf sogenannte Qualitätssicherung im sozialen Bereich bezogener Literatur Worte zu sammeln und darauf zu lauschen, in welche Richtung sie weisen. Ich teile sie vorläufig in vier Kategorien ein

- Worte mit Maximalisierungstendenz, z. B.: flächendeckend, umfassend, total, effektiv, hocheffizient, exakt, ideal, potent, oder als Hauptworte z. B.: Maximierung der Resultate, Ablaufoptimierung etc.
- Worte mit Tendenz zur Linearität, z. B.: kontinuierlicher Verbesserungsprozess (auch KVP genannt), Ablaufschritte, Schnittstellenregulierung, Betreuungsplanung, Outcome, Weiterentwicklungsoption, Sachzielorientierung, Leistungserstellungsprozess oder als verbale Wendung z. B.: Strukturen zielorientiert ausrichten.
- marktorientierte Worte, z. B.: Kaufkraft, Kunden, Nutzer, Verkaufsverhandlung, Konkurrenzfähigkeit, Wertschöpfungsprozess, arbeitsmarktrelevanter Schulabschluss, Konsumentensouveränität, Humankapital, Pflegemarkt, kostentreibende Altersentwicklung etc.
- Worte mit Atomisierungstendenz, z. B.: Modul, Baustein, Leistungspaket, Maßnahme oder auch die berühmten AEDL's im Rahmen von Pflege (soll heißen: existenzielle Alltagsverrichtungen des täglichen Lebens).

Die letztlich aufgetauchte "Wäschewechselhäufigkeit unterer Einkommensgruppen" und die "Sozialdetektive" zur Verhinderung von angeblichem Sozialhilfemissbrauch (Peter Ramsauer, sozialpolitischer Sprecher der CSU-Landesgruppe in Bonn) legen nahe, noch eine vierte Kategorie aufzumachen. Sie müsste dann wohl heißen: "Nicht mehr getarnte Entwertungen". Hier würden wir dann ohne Mühe auch Rentnerschwemme, Altenberg und soziale Hängematte unterbringen können. Begriffe, die schon längere Zeit im Umlauf sind und an die wir uns schon fast zu sehr gewöhnt haben.

Ich zitiere nochmals Uwe Pörksen: "Sie (die Wörter) sind nicht isoliert, sondern zwischen ihnen gehen Fäden hin und her wie zwischen Knotenpunkten und insgesamt ergibt sich ein Netz, das unser Bewusstsein von der Welt überwölbt und vielleicht gefangenhält." (6) Aber sind die

Wörter an sich nicht unschuldig? Das meint man gewöhnlich und macht sich nicht klar, dass Wörter äußerst wirksam sind. Wörter machen nicht nur sichtbar, sondern sie wirken auch genau in die Richtungen, die sie kennzeichnen. Je mehr wir uns an sie gewöhnen, desto mehr sind wir in Gefahr zu vergessen, dass ein Wort, ein Name, nur eine "begrenzte Sicht und Sichtung beinhaltet" und verwechseln die Bezeichnung mit der Sache. "Wörter sind Bahnungen, die der Geschichte vorauslaufen, und diese folgt ihr." (6) Auf etwas weist Uwe Pörksen bereits 1988 hin, das mir im sozialen Bereich zur Zeit in voller Blüte zu stehen scheint. Er sagt, ein Merkmal von Plastikwörtern sei, dass sie das Bedürfnis nach expertenhafter Hilfe verankern. Das scheint so zu sein, denn wer ist heute noch so selbstbewusst, ohne Projektmanager, Qualitätsbeauftragten und Zertifizierungsinstitut an die Angemessenheit seiner Arbeit und an die Kraft eigener Kreativität zur Weiterentwicklung und Erneuerung zu glauben?

2. Vom Patienten zur Person zum Kunden

Das Wort "Menschenwürde" passte noch in eine Zeit, in der man vom Patienten zur Person fand, von der Krankheitsgeschichte zur Lebensgeschichte vordrang. Wir sind jedoch inzwischen weiter fortgeschritten, und zwar - mit irgendeiner besonderen Sprungtechnik - von der Person zum Kunden, manchmal auch Nutzer genannt. Der Begriff des "Kunden" ist insofern ein nützlicher, als er die Emotionen von vornherein neutralisiert und befreit von unbequemen Beziehungs- und Begegnungsansprüchen. Diejenigen Psychiatriekollegen, die durch letzteres schon immer die Wissenschaftlichkeit der Psychiatrie bedroht sahen, bekommen jetzt üppig Hilfe von der marktwirtschaftlichen Fraktion. Und seitdem der in Klaus Dörner personifizierte kategorische Imperativ nicht mehr über uns wacht, hat sich vielleicht die Chance vergrößert, etwas von den hochgespannten moralischen Ansprüchen, die schon immer recht schwer auf uns lasteten, abzuschütteln. Auch diese ewigen Verweise darauf, dass bestimmte ideologische Verknüpfungen - z. B. die von ökonomischen und wissenschaftlichen Zielen - unseren fachlichen Vorfahren unmenschliches Handeln mit bestem wissenschaftlichem Gewissen erlaubten, begann uns allmählich zu nerven. So gesehen wird jetzt das Denk-Klima freier: der Begriff des Kunden hilft uns z. B., die soziale Misere, will sagen, die Benachteiligung bestimmter Menschen, nicht an das, was man altmodisch

Gewissen nennt, herankommen zu lassen. Kunden sind definiert über das, was sie kaufen wollen oder können, nicht über das, was sie sind. Von Kunden kann man erwarten, dass sie sagen, was sie wollen. Jede Ware bitte einzeln benennen, sonst kommt der Verkäufer durcheinander und kann am Abend dem Chefkontrolleur die Abrechnung nicht in voller Transparenz vorlegen. Bei den Kunden der Pflegeversicherung geht man offensichtlich davon aus, dass sie immer nur Teile kaufen wollen, die ihr Computersystem ergänzen, die sogenannten Module. Denn ein Modul ist nach Brockhaus immer ein Stück Hardware oder ein Stück Software, das ausgetauscht werden kann, ohne dass Veränderungen am übrigen System erforderlich werden.

Wer mehr zahlen kann, kann mehr Teile kaufen. So entstehen große oder auch ziemlich kleine Leistungspakete. Über diesen Tatbestand uns aufzuregen, haben wir uns alle schon lange abgewöhnt. Schon vor dem Zusammenbruch des Sozialismus, aber danach mit noch besserem Gewissen. Wer nichts zu brauchen meint, hat selber schuld. Wer sich im Laden nicht entscheiden kann, wird hinauskomplimentiert. Wer sich nicht benehmen kann, wird herausgeworfen. Was auf der Straße mit ihm wird, ist sein Problem.

Sehnsüchtig schauen wir nach Amerika, wo man diesbezüglich schon so viel weiter ist. Die Beziehung zum Kunden ist eindimensional und direkt. Man nennt das heute adressatengerecht. Sie kann optimiert werden, z. B. durch Zielgruppendefinition. Was wir brauchen, sind kompetente Konsumenten. Und daran kann man ebenfalls sehr direkt, effektiv und flächendeckend etwas tun, z. B. durch Kundenbefragung, Kundenaufklärung, Kundenwerbung etc. Identifikation, die dadurch entsteht, dass ich mich von menschlichen Geschichten treffen, zeitweilig in sie verwickeln lasse, ist nicht mehr gefragt. Ich wage, dem ein verbales Fossil von 1966 entgegenzuhalten. In dem Aufsatz "Erziehung nach Auschwitz" sagt Theodor Adorno: "Unfähigkeit zur Identifikation war fraglos die wichtigste psychologische Bedingung dafür, dass so etwas wie Auschwitz sich inmitten von einigermaßen gesitteten und harmlosen Menschen hat abspielen können."

3. Zuspitzungen direkten Handelns

Zuspitzungen, von welchen Handlungsweisen auch immer, fallen nicht vom Himmel. Sie erwachsen aus einem gesellschaftlichen Kontext bzw. Konsens, der sie lange Zeit tarnt. Ich glaube, jedem, der sich mit der Geschichte der Psychiatrie im Dritten Reich befasst hat, stellt sich von einem bestimmten

Punkt an die selbstreflexive angstvolle Frage, 'wie hätte ich mich verhalten'. Das Euthanasieprogramm des Dritten Reichs, das wir im Nachhinein in seiner vollen Brutalität und Menschenverachtung zu erkennen meinen, war zu seiner Zeit eingebettet in eine sich als fortschrittlich verstehende Psychiatrie, die von den bekanntesten Ordinarien ihrer Zeit vertreten wurde und keineswegs gegenläufig zu dieser. Euthanasie war als Mosaikstein in "umfassende Planungen zur Modernisierung der Psychiatrie eingebettet." (8)

Das Kernstück dieser Planungen bestand in der Trennung der Heil- von den Pflegeeinrichtungen. Für die Heileinrichtungen machte man sich im Bezug auf Rehabilitation viele Gedanken. Man wollte Arbeitsmöglichkeiten für die Patienten schaffen, Durchlässigkeit der Anstalten versus Ghettoisierung durchsetzen und hatte auch bereits erkannt, dass eine gemeindenahere Unterbringung die Verbindung zu den Angehörigen erleichterte, was für die Therapie als förderlich angesehen wurde. Für die Pflegeeinrichtungen indes wurden drei Kategorien von Patienten vorgesehen, für die sich aktiv einzusetzen nicht geplant war. Eine dieser Kategorien sollte aus nicht mehr arbeits- und behandlungsfähigen kranken und behinderten Menschen bestehen, denen, wie der Psychiater Enke sich ausdrückte, "nur noch eine begrenzte Frist ihres traurigen und lebensunwerten Daseins zugemutet werden wird." (8) Hier war die aufgeklärte Vernunft am Werke. Es scheint verführerisch, sich den Realitäten und zwischenmenschlichen Verbindlichkeiten des oft mühsamen psychiatrischen Alltags mit beflügelnden Ideen von planbaren Verbesserungen, Fortschritten und Heilungsmöglichkeiten zu entziehen.

Die sich für aufgeklärt haltende Vernunft ist aus sich heraus - d. h., mit Mitteln der Vernunft - kaum zu bremsen. Hier einige Zuspitzungen der Gegenwart: 1994 las ich in der Zeitschrift "Ethik in der Medizin", dass es richtig sei, einem schwer leidenden Menschen vom Leben zum Tode zu verhelfen, wenn man vorab seinen "festen und rationalen Willen" zu diesem Vorgehen ermittelt hätte. Ich dachte, welches eigenartige PC-Modell hier auf den Menschen übertragen wird. Hätte ich mich nicht in ganz anderer Weise mit ihm in Beziehung zu setzen? Drückt sich diese komplexe Beziehung zu einem leidenden Menschen in der Ermittlung seines festen, rationalen Willens aus? Ist nicht der Ausgang durch die Art der vorgeschlagenen Vorgehensweise vorgezeichnet? 1996 trug diese Art des Denkens weitere Früchte. "Der australische Arzt Philipp Nitschke hat einen Computer an ein automatisches Spritzensystem gekoppelt, das Sterbewilligen eine tödliche Injektion verabreichen kann. Vorher muss sich der Lebensmüde durch mehrere Programmschritte arbeiten, in denen er mit "Yes" oder "No" seine Entschlossenheit dokumentiert." "Unter dem Stichwort 'Erlösung' erscheint auf dem Laptop die ultimative Botschaft: 'wenn Sie YES drücken, werden Sie in 30 Sekunden eine tödliche Injektion auslösen und sterben. YES or NO?'" (DIE ZEIT, 23/31.05.1996, Hans Schuh) Am 27.02.1997 erschien in der

Frankfurter Rundschau die Nachricht, dass in deutschen Krankenhäusern erstmals Computer getestet werden, die berechnen, ob sich die maschinelle Lebensverlängerung eines todkranken Patienten aus medizinischer und finanzieller Hinsicht lohnt. Die Computer werden mit den Krankendaten des Patienten gefüttert und errechnen dann die Überlebenswahrscheinlichkeit sowie die Kosten einer weiteren Behandlung.

In unserer fortschrittseiligen Zeit könnte ich natürlich noch mit hunderten von Beispielen von neuen möglichen direkten Zugriffen aufwarten. Ich lasse es bei den genannten PC-Beispielen bewenden. Sie passen in unseren Zusammenhang, weil sie eine spezielle Dimension des Zum-Objekt-Machens von Menschen zeigen. In dieser Art des Verdinglichens tritt das Sich-Herausziehen aus der zwischenmenschlichen Beziehung unter dem Deckmantel wissenschaftlichen Fortschritts und der Zubilligung besonderer individueller Selbstbestimmungsrechte auf. Eins der dazu passenden Stichworte ist die sogenannte "Konsumentensouveränität".

4. Für's Soziale fehlt das Geld.

Oder mit Dieter Hildebrandt etwas genauer ausgedrückt: "Krieg den Hütten und alles bestens bei den Palästen". Zum Thema Krieg passt die Rede von Explosionen, insbesondere von einer, nämlich der Kostenexplosion im Gesundheitswesen. Jedoch - gesundheitspolitische Experten weisen nach: Seit 1980 ist der prozentuale Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt fast konstant geblieben und liegt bei etwas weniger als 9%. Das große marktwirtschaftliche Vorbild, die USA, liegen hingegen bei 14%, obgleich oder manche meinen sogar, weil ihr System nach marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten organisiert ist. Der gesundheitspolitische Experte Professor Uwe Reinhardt von der Princeton Universität in Amerika behauptet sogar, es sei nach Gesichtspunkten der Kopfgeldjagd organisiert. (7) Was Kriegstechniken betrifft, neigt der moderne Mensch auf dem Feld des Marktes offenbar zu attavistischen Rückfällen. Ebenso öffentlichkeitswirksam wie irreführend ist die Behauptung, dass es insbesondere die Altersentwicklung und der medizinische Fortschritt seien, die kostentreibend wirken. Wie ich vor kurzem las, wird diesen Faktoren selbst vom Sachverständigenrat nur marginale Bedeutung zugeschrieben. Es liegt auf der Hand, dass es vor allem die Massenarbeitslosigkeit ist, die den Anstieg der Beitragssätze in der Krankenversicherung bedingt und nichts

anderes. Dennoch wird die genannte Darstellungsweise genutzt, um einer weiteren Öffnung des Gesundheitswesens für Wettbewerb und Markt das Wort zu reden. "Als Steuerungsinstrument wirkt Wettbewerb (jedoch) sozial selektiv und polarisierend und ist damit gegen Solidarität gerichtet". (3)

Genau diesen Effekt kann man im Großlabor USA studieren.

Gott sei Dank sieht es bei uns bisher im Prinzip noch etwas anders aus.

Risiken des menschlichen Lebens wie Arbeitslosigkeit, Krankheit, Unfall, Individualität, Alter und Pflegebedürftigkeit sind in einem Versicherungssystem abgedeckt, das sich auf die sogenannte Solidargemeinschaft der Versicherten stützt. Sollte hier jemand das Pech haben, durchs Netz fallen, kann er mit einem zweiten Netz rechnen, dem Bundessozialhilfegesetz. Durch dieses wird jedem, der in Not und Armut gerät, ein Leben in Menschenwürde gesetzlich garantiert.

Bisher waren wir bisweilen stolz, dass das soziale Sicherungssystem Deutschlands im europäischen Vergleich ziemlich gut abschnitt - bisher! Ich bin nicht sicher, ob ich schon sagen muss, bis vor kurzem.

Denn leider handelt es sich bei der Rede vom "Umbau des Sozialstaates" nicht mehr um anbahnende Wörter, sondern um eine Kennzeichnung von bereits Umgesetztem oder kurz vor der Umsetzung stehendem.

Von der Gesetzgebung her gibt es Änderungen und sind Änderungen weiterhin vorgesehen, die ganz eindeutig Folgen für Menschen haben, die unter Behinderungen und Auswirkungen chronischer Erkrankungen leiden: das Pflegeversicherungsgesetz, die Novellierung des BSHG, das Arbeitsförderungsreformgesetz (ARFG), das Zweite Neuordnungsgesetz im Krankenversicherungsrecht (SGB V).

Eindeutig ist, dass hinter all diesen gesetzlichen Initiativen das Ziel steht, Kosten für soziale Belange nicht nur zu begrenzen, sondern eindeutig zu senken.

Viele von uns kommen aus der DGSP-Tradition. In dieser war es sozusagen unhinterfragter Konsens - ein Konsens, dem letzten Endes zumindest öffentlich auch nicht von der Politik widersprochen wurde - dass wir zwar in den letzten Jahren Verbesserungen in der psychiatrischen Versorgung erreichen konnten, dass wir aber längst nicht die anzustrebenden Ziele erreicht haben.

Um von solchen Zielen heutzutage überhaupt noch zu reden, muss ein Politiker schon ziemlich viel Mut haben. Bestenfalls wird er als Träumer und Utopist abgetan werden. Realisten betonen die Konkurrenz, in der der soziale Bereich im Vergleich zu anderen Aufgaben steht.

Folgendes Zitat aus dem Deutschen Bundestag über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation verdanke ich meinem Kollegen Michael Conty (2): "Andererseits sind die Pflichten der Gesellschaft gegenüber behinderten Menschen nicht unbegrenzt, insbesondere, so weit für ihre Rehabilitation und Eingliederung menschliche und finanzielle Ressourcen in Anspruch genommen werden, die dann für andere, ebenfalls wichtige Aufgaben nicht mehr zur Verfügung stehen."
(Deutscher Bundestag, BTDRs 12/7148 S. 3) Das Zitat stammt vom 24.03.1994. Da gab es - um auf das Bild von Viktor Klemperer zurückzukommen - noch vereinzelte diskrete Flämmchen wie dieses. Wir haben sie augenscheinlich nicht ernst genug genommen.

Für sehr viele psychisch kranke Menschen, insbesondere für Menschen, die sehr lange unter den Folgeproblemen ihrer Erkrankung zu leiden haben, ist es die Sozialhilfe, die immer noch die eigentliche Grundlage ihrer Absicherung darstellt, und zwar hinsichtlich ihrer Lebensführung und hinsichtlich ihres Anspruches auf notwendige Hilfen, die sich im Zusammenhang mit einer Behinderung ergeben.

Das Rütteln an dieser Absicherung ohne tragfähige Finanzierungsalternativen rückt Armut und chronische Krankheit bzw. Behinderung noch enger zusammen als bisher. Auch bisher schon sichert die Sozialhilfe lediglich das gesellschaftlich vertretbare Minimum. Schon dieses ist Grund genug, sensibel auf Veränderungen in diesem Gesetzesbereich zu achten.

5. Auswirkungen von Pflegeversicherungsgesetz und BSHG-Novellierung

Im Bezug auf die Pflegeversicherung kann ich nicht überprüfen, in wie engem Zusammenhang mit der Wirklichkeit Norbert Blüms Einschätzung steht, dass ca. 1,1 Millionen Menschen von der Pflegeversicherung profitieren, dass 53.000 Menschen erstmals einen Zuschuss zu den Kosten der Pflege bekommen und rund 700.000 Menschen mehr, zum Teil erheblich mehr finanzielle Hilfe erhalten als vorher. Ich halte in diesem Zusammenhang jedoch insbesondere drei Aspekte für sehr bedenklich:

1. Eine veränderte Wahrnehmung des Menschen, der Hilfe braucht und eine veränderte Definition von Hilfe.
2. Versuche der Kostenträger, Kosten auf den jeweils anderen Kostenträger abzuwälzen.
3. Versuche, Eingliederungshilfe entgegen ihrem eigentlichen Sinn umzuinterpretieren, um sich aus bisheriger Zuständigkeit herausziehen zu können.

Zu dem ersten Punkt ist zunächst zu sagen, dass ich, wie wohl jeder von Ihnen hier, sowohl von Betroffenen als auch von Angehörigen erschütternde Berichte darüber höre, wie wenig das System dafür geeignet ist, denen, die am Ende ihrer Kräfte sind, wirklich gerecht zu werden. Was mich wundert ist, das man sich darüber wundert. Die Art, wie in diesem Gesetz versucht wird zu definieren, was Hilfen sein dürfen und wie sie zu erbringen sind, hat einerseits ein Menschenbild zur Voraussetzung, das nur schwerlich mit dem Begriff der Würde zu vereinbaren ist und wird andererseits die Wahrnehmung des Menschen, der Hilfe benötigt, verändern, falls wir uns daran gewöhnen sollten. Die erste Voraussetzung an eine solche Gewöhnung, nämlich die Veränderung der Sprache, ist schon überall eingesickert.

Hilfeleistungen nach einem Modulsystem, berechnet nach Minutenzeittakt, Turbopflege von Billiganbietern unter Konkurrenzdruck. Das widerspricht so sehr allem, was wir bisher von fachlicher Seite über den angemessenen Umgang von Menschen, die Hilfe zur Pflege benötigen, wissen, dass die Verwunderung darüber, dass es so nicht funktioniert, mir schon zu den Symptomen des Zeitgeistes zu gehören scheint. Fast möchte man in Abwandlung eines viel zitierten Satzes von Karl Kraus sagen: "Die Pflegeversicherung ist das Unglück, für dessen Abschaffung sie sich hält."

Der zweite bedenkliche Punkt, auf den man in diesem Zusammenhang hinweisen muss, sind die Versuche der Kostenträger, die jeweiligen Kosten dem jeweils anderen Träger zuzuschieben. Dadurch entstehen für die Betroffenen Versorgungslücken und ein für alle daran Beteiligten aufreibender Zuständigkeitswirrwarr.

Die größte Gefahr sehe ich jedoch 3. darin, dass die Träger der Sozialhilfe versuchen, die Eingliederungshilfe entgegen ihrem eigentlichen Sinn und zum Teil entgegen dem Text des Gesetzes aus Gründen der Kostenverschiebung umzuinterpretieren. Entgegen der bestehenden Gesetzeslage spricht z. B. der Landschaftsverband Westfalen-Lippe in einem Positionspapier von einer zeitlichen Begrenzung der nach BSHG §§ 39/40 individuell zu gewährenden Hilfen. Ferner wird der Wille deutlich, Fortschritte erstens überhaupt zur Voraussetzung weiterer Zahlungen zu machen und zweitens ziemlich einseitig meßbar am Arbeitsverhalten festzumachen, frei nach der Wahlkampfparole "damit Leistung wieder etwas gilt". In geradezu sophistischer Weise wird in dem erwähnten Papier versucht, subjektiv empfundene Fortschritte von objektiv feststellbaren zu unterscheiden, um nur letztere als eingliederungshilfefähig ansehen zu können (LWL, Positionspapier zur Abgrenzung der Eingliederungshilfe < § 39 > von der Hilfe zur Pflege < § 68

> nach dem BSHG, 1996). Mal abgesehen davon, dass überall das Geld knapp ist, ist dieses Verhalten auf dem Hintergrund dessen, was an mechanistischer, linearer und verobjektivierender Hilfestaltung in der Pflegeversicherung möglich ist, absolut verständlich. Was dem Einen recht ist, sollte es dem Anderen nicht billig sein? Allerdings kann man zu Recht hoffen, dass diese Manöver am Gesetzestext selbst und an der bisherigen Tradition der Rechtsprechung zur Eingliederungshilfe scheitern werden.

Noch kurz etwas zum § 93 BSHG: bisher war im § 93 BSHG vorgesehen, dass eine "bedarfsgerechte Hilfe" durch den Sozialhilfeträger geleistet werden soll. Diese Formulierung wurde gestrichen. Gemäß der Neufassung des § 93 BSHG müssen die pauschalen Leistungen "ausreichen, zweckmäßig und wirtschaftlich sein, und das Maß des Notwendigen nicht übersteigen." Zusätzlich zu dieser Bestimmung wird die Steigerung der Leistungsentgelte insgesamt für die Jahre 1996, 1997 und 1998 auf 1% jährlich begrenzt. Damit wird unvermeidlich eine Reduzierung der Leistungen in ambulanten, stationären und teilstationären Einrichtungen in Kauf genommen. Schon allein die Personalkosten steigen weiter kontinuierlich und werden durch eine Steigerung der Pflegesätze nicht im Entferntesten aufgefangen. Damit ist vorgezeichnet, dass künftig alle Träger auch Einsparungen im Personalbereich vornehmen müssen, weil die Einnahmen die Ausgaben nicht mehr decken werden. Ob man im Bezug auf diese Veränderungen bereits von einer Aushebelung des Bedarfsdeckungsprinzips des BSHG reden kann, ist vermutlich juristisch zweifelhaft. Mir als juristischem Laien scheint jedoch ein indirektes Antasten dieses Prinzips durchaus vorzuliegen. Über die Art der Durchführung der im § 93 BSHG vorgesehenen Vereinbarungen (Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen) weiß man, außer dass sie weiteren Einsparungen dienen sollen, bisher noch wenig genaues.

Die neue Fassung des § 93 Abs. 2 sieht Vereinbarungen zwischen den Einrichtungen und den Sozialhilfeträgern vor, die drei Teile haben.

1. Eine Leistungsvereinbarung, die über Inhalt, Umfang und Qualität der Leistung abgeschlossen wird.
2. Eine Vergütungsvereinbarung, in der die Pauschalen für die Leistungsbereiche festgelegt werden und
3. eine Prüfungsvereinbarung, in der die Modalitäten der Überprüfung der Leistung auf Wirtschaftlichkeit und Qualität festgelegt werden.

Kein Mensch weiß bisher, in welcher Form die Sozialhilfeträger eine Beschreibung der Leistungen verlangen werden. Es wird von Seiten der Träger aller Hilfsangebote darauf zu achten sein, dass das im § 3 BSHG festgesetzte Prinzip der Bedarfsdeckung nicht weiter unterhöhlt wird.

Spannend wird es mit Sicherheit bei der Prüfung der Qualität. Obgleich die Vereinbarungen erst ab 1999 gesetzlich in Kraft treten sollen, treibt dieser Begriff und mit ihm ein ganzes Begriffsumfeld, das er, wie ein Komet seinen Schweif, hinter sich her zieht, sein Wesen oder Unwesen seit einiger Zeit auch in psychiatrischen Einrichtungen. Zunächst könnte man meinen, dass die Rede von der Qualitätssicherung eine ähnliche Funktion hat wie die von der Friedenssicherung, nämlich die Funktion einer verbalen Tarnung, die verschleiern soll, dass die Truppen längst einmarschieren. Ist nicht zu befürchten, dass unter dem Begriff Qualitätssicherung getarnt wird, dass diejenigen, die nicht schnell genug gesund werden, die dauerhaft leiden, die die Kühnheit besitzen, ziemlich alt zu werden und die keine Rückfallprophylaxe betreiben, die nicht genügend Einsicht besitzen, aktiv am Gesundwerden mitzuwirken, eine verlässliche Basis entzogen werden kann, ohne dass es so recht bemerkt wird? Qualität ist ein wichtiger marktwirtschaftlicher Begriff. Ohne den dazugehörigen Begriff des Wettbewerbs ist seine marktwirtschaftliche Relevanz nicht zu verstehen. Preiskonkurrenz erfordert über kurz oder lang, den Preis auf Kosten der Qualität zu senken. Man könnte auf den mißtrauischen Gedanken kommen, dass man, um zu vermeiden, dass dies zu genau registriert und nicht zu deutlich ausgesprochen wird, den ganzen Zauber um Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in Gang gebracht hat. Wenigstens bürokratisch kann man damit erreichen, so etwas wie ein Qualitätskontrollsystem zu installieren. Ferner kann man erreichen, dass den Mitarbeitern keine Kraft und Zeit mehr bleibt, sich sozialpolitisch einzumischen. Sie sind vollauf damit beschäftigt, Kontroll- und Sicherungsinstrumente zu entwickeln und Qualitätszirkel abzuhalten. Geht es bei alledem wirklich um Qualität? Oder vielleicht doch nur um potemkinsche Qualitätsdörfer? Nach dem Motto "die Qualitätsfassade muss stimmen"?

Wenn allerdings die Qualitätsdefinition der BAG der überörtlichen Sozialhilfeträger (Stand 02.10.1996, S. 7) wirklich ernst genommen wird, könnte wieder ein Hauch von Optimismus aufkommen. Qualität wird in dieser Definition gefasst als der Grad der Übereinstimmung zwischen den Zielen der Sozialhilfe und der von der Einrichtung erbrachten Leistung. Was die Ziele des Bundessozialhilfegesetzes betrifft, steht man mit einer solchen Definition eigentlich auf solidem Boden. Die Ziele des BSHG spiegeln ein ganzheitliches Menschenbild und entsprechen gemeindepsychiatrischen Grundprinzipien. Qualitätssicherung würde dann nichts anderes heißen als

strikte Erfüllung des Gesetzes. Das sollte man fordern dürfen, aber umgekehrt auch einfordern dürfen.

Das BSHG ist hinsichtlich seiner Ziele - und dies haben wir, glaube ich, insbesondere in der Sozialpsychiatrie - in den letzten Jahren viel zu wenig gewürdigt, geradezu ein Juwel im Rahmen der Sozialleistungsgesetzgebung. Es ist nämlich, wie Achinger, einer der bedeutendsten bundesdeutschen Sozialrechtler um 1950 formuliert, "das einzige Sozialleistungsgesetz, das ein Menschenbild entwickelt hat, nämlich die ganzheitliche Betrachtung des Menschen".

In Bethel haben wir uns mit der Geschichte des Sozialhilfegesetzes befasst. Ich zitiere meinen Kollegen Michael Conty: "Die Veränderung des § 39 BSHG in den Jahren 1961, 1969 und 1974 zeigen, dass das übergeordnete Ziel der gesellschaftlichen Integration an die Stelle der bisherigen Zielsetzung, den Behinderten *nur* die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen, trat. Ganz offensichtlich schwebte dem Gesetzgeber das Bild einer 'barrierefreien' Gesellschaft vor, auch wenn er wusste, dass die Integration von Menschen mit Behinderungen weitergehender Unterstützung bedarf. Darüber hinaus ist klargestellt, dass der Begriff Gesellschaft einen umgebenden Raum für jedwede Teilhabe (etwa im Bereich von Kommunikation und Kontakt, politischer Beteiligung oder von Arbeit und Beschäftigung) beschreibt. Im Gesetz sind Mittel zur Stützung einer gelingenden Integration angegeben und in § 40 BSHG mit einer nicht abschließenden Aufzählung von Maßnahmen ergänzt." (2)

Nach § 40 wird der Anspruch eines Betroffenen auf Eingliederungshilfe keineswegs dadurch beschränkt, wenn wegen der Schwere seiner Beeinträchtigung kein - objektiv erkennbarer - Zuwachs an Wissen, Fertigkeiten oder sozialen Fähigkeiten festgestellt werden kann. Festgelegt ist im Gesetz lediglich, dass einem Menschen, der unter Behinderungen leidet, ein Hilfeangebot gemacht werden soll, das seinen individuellen Fähigkeiten entspricht und welches ihm eine angemessene Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft eröffnet.

Auch aus § 39 Abs. 3 BSHG wird deutlich, dass es dem Gesetzgeber offensichtlich um die Sicherstellung einer umfassenden Partizipation von behinderten Menschen in allen Bereichen gesellschaftlichen Lebens geht. Ich zitiere nochmals Conty: "Die Hilfe zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft stellt eine eigenständige Maßnahme der Eingliederungshilfe dar (§ 40 Abs. 1 Nr. 8). Über § 10 SGB I als Ausformulierung der sozialen Rechte (§ 2 SGB I) wird diese Maßnahme aber auch als Ziel der Hilfe formuliert. Indem sie Weg und Ziel zugleich ist, erhält die Hilfe zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft die Funktion einer Generalklausel." (2)

In dem 1997 im Bethel-Verlag herausgegebenen Buch "Recht auf Teilhabe" (1) weist Fahlbusch darauf hin, dass auf die eindeutige Abgrenzbarkeit der Eingliederungshilfe gegenüber der Hilfe zur Pflege bewusst vom Gesetzgeber verzichtet wurde. Die Eingliederungshilfe soll so weit wie möglich unabhängig von Pflege machen. Wenn ein Eingliederungshilfebedarf vorliegt, sind die notwendigen Pflegeleistungen in der Eingliederungshilfe eingeschlossen, selbst, wenn man sie auf der Verrichtungsebene auch der sozialen Pflegeversicherung zuordnen könnte. Eine zeitliche Grenze kennt die Eingliederungshilfe nicht. Hier liegt übrigens auch die gesetzliche Grundlage dafür, dass es

von Seiten der überörtlichen Sozialhilfeträger unstatthaft ist, Einrichtungen dazu zu drängen, Menschen, die Pflegeleistungen erhalten, in eigenen Einrichtungen zusammenzufassen.

6. Umwege und die Kunst des Indirekten in der Psychiatrie

***Zwischen Scylla und Charybdis musst du dich
- vor allem - vor dir selbst hüten.
(Jerzy Lec, Unfrisierte Gedanken)***

Als Mitarbeiter in der Psychiatrie mussten wir uns schon immer mit Kostenträgern herumschlagen und die Formulierungen finden, die gesetzeskonform die Bereitschaft zu zahlen freisetzen. Dieser Kampf ist härter geworden. Mehr als je zuvor muss man die Gesetzeslage kennen, um nicht zum Nachteil betroffener Menschen für dumm verkauft zu werden. Dies ist, wie es ist.

Was aber nicht passieren darf, ist eine durch all die gekennzeichneten Strömungen bedingte Änderung auch unseres Menschenbildes. Deshalb sei folgendes quer zum Zeitgeist der linearen Effektivität festgehalten:

- Ein psychisch kranker Mensch braucht Umwege, die scheinbar zunächst weg vom Ziel führen. Ein solcher Umweg kann z. B. in einer jahrelangen Verweigerung von Arbeit, Kontakten und anderem bestehen. Es ist fatal, solche Zwischenstufen als Status zu interpretieren und Kostenträgern damit Gelegenheit zur Einschränkung der Hilfen zu geben.
- Wenn man Umwege als Status interpretiert, erzeugt man chronisch kranke Menschen.
- Hilfebedarf ist nicht mit zielorientiertem Trainingsbedarf gleichzusetzen. Gerade der bewusste Verzicht auf von außen definierte Erfolge trägt häufig erst dazu bei, schlummernden Selbsthilfekräften die Möglichkeit zur Entfaltung zu geben.
- Für viele psychisch kranke Menschen ist die Festlegung eines Zeitrahmens, innerhalb dessen sie gefälligst Fortschritte zu zeigen haben, völlig kontraindiziert. Er verhindert Entwicklung, da Entwicklung nur mit dem je eigenen Entwicklungstempo stattfinden kann.
- Die Trennung von subjektiv empfundenen und objektiv feststellbaren Fortschritten ist völlig lebensfremd. Beides steht in einem ständigen Wechselprozess miteinander.
- Gerade die psychisch kranken Menschen, die am meisten Hilfe brauchen, verfügen nicht über Konsumentensouveränität. Als Mitarbeiter habe ich ihnen nachzugehen, auch wenn ich lange Zeit keine "Leistungspakete" bei ihnen landen lassen kann.

- Sprechen und Handeln psychisch kranker Menschen müssen aus ihrem lebensgeschichtlichen und situativen Kontext heraus interpretiert werden. Dies erfordert die Bereitschaft zu einer Aufmerksamkeit für das, was hinter Worten und Handlungen steht. Hier folgt nichts einem einfachen Ja- oder Nein-Muster.
- Damit psychisch kranke Menschen Nähe zu besonders wichtigen Freunden und Verwandten leben können, ist ihnen Zeit und Raum für das Experimentieren mit erträglicher Nähe und notwendigem Abstand zu ermöglichen.
- Schnelles, direktes, zugreifendes Helferhandeln bewirkt (nicht immer, aber) häufig das Gegenteil des Intendierten.
- Langsamkeit, das Warten können auf den rechten Moment und indirektes drumherum Reden und drumherum Handeln muss weiterhin zum Handwerkszeug von psychiatrisch tätigen Mitarbeitern gehören.
- Alles dies gilt für alle Menschen, und eben darum besonders auch für psychisch kranke Menschen

Mir scheint, dass es schon lange nicht so wichtig war wie heute, Menschen, insbesondere psychisch kranken Menschen, zuzuhören, auf ihre Geschichten zu hören, das wahrzunehmen, was zwischen den Worten, zwischen den Gesten steht, was sich nicht ermitteln, messen, fördern, verbessern, ändern, drehen oder wenden lässt, auch nicht mit der allerraffiniertesten Psychoedukation, ausgeklügelten Rückfallprophylaxeprogrammen, zielorientierten Personalbemessungsinstrumenten oder akribischen Standardisierungsbemühungen.

Hiermit möchte ich keineswegs zum Ausdruck bringen, dass dies alles abzulehnen sei. Im Gegenteil: Ich bin der Ansicht, dass dergleichen seien begrenzten Sinn und Wert hat. Aber der sich in solchen Methoden fortsetzende Trend zur Versachlichung kompensiert nicht die "Modernisierungsschäden" (5), auf die hinzuweisen ich mir heute schwerpunktartig herausgenommen habe. Beim Zuhören, beim Sich-Widmen, beim Suchen nach Verstehen geht es nie einseitig um Ermittlung von Hilfebedarf, um psychiatrische Verkäufer und um psychiatrische Kunden. Ein Psychiatriemitarbeiter, der seinen eigenen Hilfebedarf, besser, seine eigene Hilfebedürftigkeit und die täglichen Geschenke, die ihm seine "Kunden" machen (trotz mancher Mühsal in solchen Beziehungen für beide Seiten), noch nicht entdeckt hat, sollte vielleicht doch lieber direkt in die Geschäftsbranche wechseln.

Ich möchte schließen mit dem Auszug aus einer Geschichte, wie ich sie 1992 von der Teilnehmerin einer Gesprächsgruppe zur Psychoseerfahrung hörte, eine Geschichte, in der zum Ausdruck kommt, was entsteht, wenn auf sehr direkte Weise ein sogenannter "Hilfebedarf", eine "Leistungserbringung" auslöst - nämlich bestenfalls ein profundes Missverständnis dessen, worum es eigentlich geht.

Frau D. erzählt, sie habe einmal während ihres Aufenthaltes in der psychiatrischen Akutklinik das Gefühl gehabt, "ganz nah an der Gesundheit" zu sein. Und zwar hatte sie, begleitet von intensivster Angst, plötzlich das Empfinden, dass vielleicht alles, was sie erlebte (die Inhalte der Psychose) doch nur Einbildung sei. Dies sei für sie so verwirrend gewesen, als wenn jetzt einer zu ihr sagen würde, dieser Tisch stünde hier nicht. Sie sei nah daran gewesen, zu erkennen, dass ihr Erleben unreal sei. Gleichzeitig habe darin aber auch die Erkenntnis gesteckt, "ich bin verrückt", und eben dies habe die furchtbare Angst ausgelöst. Sie habe laut geschrien vor Angst. Schwestern und Ärzte seien zu ihr gerannt, keiner habe gefragt, was los sei, sondern sie habe sofort eine Beruhigungsspritze bekommen. "Ja, und dann war ich noch drei weitere Monate psychotisch. Ich weiß ja nicht, ob ich wirklich hätte gesund werden können, wenn die anders reagiert hätten".

Bei einer anderen Gelegenheit berichtet Frau D. von den Inhalten ihrer Psychose unter anderem folgendes: "Zeitweilig musste ich mit dem Teufel kämpfen, aber ich hatte in der Psychose auch die Vorstellung, dass, wenn die Leute sich nur alle ihre Geschichten erzählen würden, dann würde Frieden auf Erden herrschen, wenn die Leute sich eben auf diese Weise freier geben würden . . ". Ich möchte diese "psychotische Idee" mit einem Zitat des Philosophen Odo Marquard aus einem Aufsatz mit dem Titel "Über die Unvermeidlichkeit der Geisteswissenschaften" unterstützen: "Denn 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." (5)

Literatur:

1. Conty, M. und Pöld-Krämer, S.: *Recht auf Teilhabe - Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen*
Bielefeld, 1997
2. Conty, M.: *Zukunftsorientierte Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen unter Berücksichtigung des gesetzlichen Auftrags und Rahmens*
Vortrag anlässlich der VEEMB-Tagung "Qualität bei knappen Kassen" vom 17.03. - 19.03.97 in Lobetal
3. Deppe, H.-U.: *Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen ist eine Erfindung der Politik*
FR, 18.06.1996, Nr. 139
4. Klemperer, V.: *Tagebücher*
Berlin 1996, S. 113
5. Marquard, O.: *Über die Unvermeidlichkeit der Geisteswissenschaften in: Appologie des Zufälligen*
Stuttgart 1986
6. Pörksen, U.: *Plastikwörter, die Sprache einer internationalen Diktatur*
Stuttgart, 1988
7. Reinhardt, U.: *Können vom amerikanischen Gesundheitswesen nützliche Impulse für Europa erwartet werden?* das Krankenhaus, 9/1996
8. Schmuhl, H.-W.: *Die Selbstverständlichkeit des Tötens, Psychiater im Nationalsozialismus*, aus: Geschichte und Gesellschaft 16, Göttingen 1990, S. 411 - 439
9. Thiemann, H.: *Clinical pathways, Instrumente zur Qualitätssicherung*, f&w 5/1996, 13. Jhrg.