

GEMEINDEPSYCHIATRIE UND MARKT

Vortrag am 25.9.1998
im Rahmen der Jubiläumsfeier
'25 Jahre Gemeindepsychiatrie in Mönchengladbach'
Renate Schernus, Bielefeld

Verehrte Damen und Herren,

Für mich gibt es in Mönchengladbach so etwas wie "Gemeindepsychiatrie zum Anfassen". Wenn man, wie ich, das Glück hatte, durch die Stadt gefahren zu werden, dann kann man an zahlreichen Ecken aussteigen und sinnlich erleben, was Tagesstätten, Clubs, Kontaktstellen, kleine Wohngruppen etc. hier sind, nämlich Orte, an denen sich Leben abspielt. Manchmal allerdings ziemlich geballtes, ziemlich chaotisches Leben, insbesondere, was die Klinik betrifft. Zum Anfassen bedeutet auch: viele fassen an, handeln, lernen durch Handeln. Was hier geschieht, ist nicht von praxisfernen Managern konstruiert worden.

Es vollzieht sich unspektakulär im Alltag. Normalisierung führt ja zu einer gewissen Unauffälligkeit und muß sich nicht ständig auf Kongressen beweisen und blähen.

Einen konkreten Bericht über Mönchengladbach hörte ich zum ersten Mal 1979. Eine aufgeweckte Krankenschwester aus Bethel-Bielefeld, wo sich zu dieser Zeit die Psychiatrie noch im gemeindepsychiatrischen Tiefschlaf befand, hatte in Mönchengladbach hospitiert. Sie stellte mir ihre Notizen vom 21.02.1979 zur Verfügung. Unter der Überschrift "Was fiel mir angenehm auf" schrieb sie unter anderem:

- ▶ "der Versuch, psychiatrische Störung zu verstehen, auch vom Umfeld und der Geschichte der Patienten her
- ▶ der Mut zum Wagnis und Experiment, z. B. bei Entlassungen
- ▶ dass "Gemeindenähe" tatsächlich realisiert wird – durch ein gutes Netz der verschiedenartigsten Angebote mit Verflechtungen untereinander und fließenden Übergängen ."

Unter der Überschrift "Wo stelle ich Fragen?" notierte sie:

- ▶ □ "Warum schleppt sich die Angehörigenarbeit so hin? Woran fehlt es da?"
- ▶ □ Wie steht es mit dem Modellverhalten der Therapeuten, z. B. Rauchen bei Tisch, während die Patienten essen, Rückzug ins Stationszimmer?
- ▶ □ Wie können die Behandlungsbögen besser genutzt werden? Wie können klarere Schritte und Ziele formuliert werden, wie und mit welchen Methoden begleitet, sozusagen fortgeschrieben werden?
- ▶ □ Kommt die musische Seite nicht etwas zu kurz? (Musik, Übungen zum Körperbewusstsein, Kommunikation, Dichtung, Sprache)"

So viel dazu, wie ein externer Blick damals die psychiatrische Arbeit in Mönchengladbach wahrnahm. Übrigens hatte diese Krankenschwester mir mündlich noch berichtet, dass sie besonders davon beeindruckt gewesen sei, dass die jungen Ärzte mit in die für die ehemaligen Patienten angemieteten Wohnungen gingen und sie dort gemeinsam renovierten und strichen. Da haben wir es noch mal: Gemeindepsychiatrie zum Anfassen". Vielleicht darf man ja auch das Bild: "Arzt streicht Zimmer" als Symbol für die gelungene Überwindung des rein medizinischen Modells und der Dominanz des ärztlichen Berufsstandes in der Psychiatrie gelten lassen; damals durchaus heftig und kontrovers diskutiertes Thema und nicht unwesentliche Voraussetzung für die Umsetzung der Forderungen der Enquete.

Ich fürchte, Herr Seidel schaut mich schon etwas kritisch an, denn er hat mich ausdrücklich gebeten, nicht allzu vergangenheitsorientiert zu sprechen, sondern die Zukunft ins Visier zu nehmen, die in den Vorabsprachen durch das Stichwort "Markt" dann ja auch fest und für mich unausweichlich in der Überschrift meines Beitrags verankert worden ist. Ich möchte mich im Folgenden in drei Abschnitten der Zukunft nähern:

1. Bemerkungen zu einer menschenwürdigen Psychiatrie
 2. Bemerkungen zum Thema Psychiatrie und Kosten
-

3. Bemerkungen zum Thema Markt und Gemeindepsychiatrie.

1. BEMERKUNGEN ZU EINER MENSCHENWÜRDIGEN PSYCHIATRIE

Hier greife ich – Ralf Seidel muss es mir nochmals verzeihen – mit Hilfe von Dr. Veltin tief in die Vergangenheit zurück. 1986 wagt Herr Veltin es, in den Sozialpsychiatrischen Informationen seine fortschrittsbegeisterten Psychiatriereformfreunde an nicht minder fortschrittliche Vorgehensweisen im 12. Jahrhundert bei Hildegard von Bingen zu erinnern. Ich zitiere: "Wer weiß aber, dass schon die heilige Hildegard (1098 – 1179) ein Behandlungsarrangement bei einer psychisch schwer gestörten Frau beschrieben hat, das nicht nur den Klosterkonvent, sondern auch die außerklösterliche Gemeinde in die Sorge um die Kranke einbezog? Man kann getrost von einer frühen *therapeutischen Gemeinschaft* sprechen. Eines hatte Hildegard von Bingen uns Heutigen sogar voraus: eine *patientenzentrierte Heilkunde*, die die diesseitigen und jenseitigen Lebensbezüge des Menschen umfassend berücksichtigte." (8). Ferner weist Veltin in der gleichen Nummer der Sozialpsychiatrischen Informationen darauf hin, dass es in Deutschland etwa ab 1900 sogenannte "Hilfsvereine für Geisteskranke", gab die über einen bei weitem höheren Mitgliederbestand verfügten als unser heutiger Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen. Allein der Hilfsverein Rheinland habe in seinen Listen im Jahre 1929 27.850 Mitglieder geführt. (ebd.). Und wenn Sie glauben, eine starke Selbsthilfebewegung psychiatrieerfahrener Menschen habe es erst im 20. Jh. gegeben, so irren Sie auch hier. Etwa 1830 gelang es dem jungen Adeligen John Thomas Perceval, der mehrere Jahre seines Lebens wegen eindrucksvoller psychotischer Episoden in den psychiatrischen Einrichtungen des viktorianischen Englands eingesperrt war, sich

1. dort herauszuklagen und
 2. eine sozialpolitisch sehr wirksame Selbsthilfebewegung zu gründen.
 3. Schrieb er 1838 ein Buch mit folgendem kritischen Titel: "Bericht über die Behandlung, die einem geistig gestörten Gentleman zuteil wurde: verfasst, um Ursachen und Wesen der Geisteskrankheit darzustellen und die Methoden ans
-

Licht zu bringen, mit denen man gegen die zahlreichen unter diesem Übel leidenden Unglücklichen vorgeht." (4).

Visionen und Schritte zur Verwirklichung einer menschenwürdigen Psychiatrie gab es also nicht erst seit der Enquete, nicht erst seit der Expertenkommission, nicht erst seit der Gründung des Dachverbandes psychosozialer Hilfsvereinigungen und nicht erst, seit die Aktion Psychisch Kranke energisch und zu Recht darauf hinweist, dass sich bisweilen eine unfruchtbare Einrichtungsegozentrik breit macht und den Blick darauf verstellen kann, was Menschen, die sich mit einer psychischen Krankheit herumschlagen, wirklich an Hilfestellung benötigen. Kisker bemerkt dazu bereits 1967: "Die Isolierung dieser Institutionen ist nur zu häufig Abbildung der sozialen Isolierung ihrer Insassen und umgekehrt," (3) Mit dem Ausrufen eines neuen Paradigmas "personenzentriert versus institutionszentriert" - wie heute gern in fortschrittlichen Kreisen pointiert wird - wäre ich persönlich allerdings vorsichtiger. Möglicherweise könnte eine so schroffe Konstrastierung das berühmte Kind mit dem Bade ausschütten. Menschen brauchen, so glaube ich, nicht nur "Hilfeleistungspakete", deren Zusammenstellung personenzentriert organisiert werden muss, sondern sie werden sich nach wie vor auch an Orten orientieren, die mit einem Dach versehen sind, wenn Sie so wollen, an Institutionen. Das Denken in Dienstleistungsprodukten mit genauer Beschreibung ihrer Qualität und Zeitdauer scheint mir zwar kompatibel mit der modernen ökonomischen Denkweise, aber eher inkompatibel mit einem mehr sozial-ökologischen Ansatz, für den der Oikos, das schützende Haus seinen Sinn behält. Ich hoffe, dass es mit dem angestrebten Programm der Zusammenstellung zahlreicher Komplexleistungen nicht zu solchen Problemen kommt wie mit dem Morgenstern'schen Lattenzaun. Sie kennen vielleicht die Verse:

"Er nahm den Zwischenraum heraus
und baute draus ein großes Haus."
Nur hier ist es umgekehrt. Der Zwischenraum soll organisiert werden, ganz ohne Latten!

Ich glaube, die gegenwärtig vorherrschenden und sich als zukunftsfähig verstehenden gemeindepsychiatrischen Visionen versuchen, die alten gemeindepsychiatrischen Ideale mit modernen eher marktförmigen Ideen und Berechnungen zu verbinden und zu vermitteln. Das mag einerseits verdienstvoll sein, weil sicher der Impuls dahinter steckt politisch zu retten, was zu retten ist, andererseits könnte die Gefahr bestehen, dass sich die Grenzen zwischen dem, was im Gesundheits- und Sozialwesen im ökonomischen Sinne rationalisierbar ist und was nicht, verschieben.

Das zu hohen Teilen nicht Plan- und Rationalisierbare, womit wir es im menschlichen Bereich und besonders in der Psychiatrie nun einmal zu tun haben, gerät dort leicht aus dem Blick wo all zuviel Messbarkeits -, Standardsierungs - und Rationalisierungsenthusiasmus vorherrscht.

Außerdem: "Eine sozialpsychiatrische Wandlung der psychiatrischen Praxis führt gewiss zu einer besseren und wirksameren Psychiatrie, nicht aber zu einer billigeren." (3)

Diese Feststellung Kiskers gilt meines Erachtens betriebswirtschaftlich gesehen auch heute noch.

Volkswirtschaftlich gesehen, mag es anders aussehen, aber dies läßt sich im einzelnen sehr schwer berechnen und nachweisen.

Zu einer menschenwürdigen Gemeindepsychiatrie gehört mit Sicherheit eine ausreichend akzeptierende Gemeinde. Spielt die Gemeinde nicht mit, wird jede vernünftige Versorgungsplanung schwierig. In einigen Gegenden der USA konnten wegen Bürgerprotesten rund die Hälfte aller geplanten Einrichtungen nicht eröffnet werden oder mussten auf Grund des massiven Widerstandes der Bevölkerung wieder geschlossen werden. (In Anlehnung an 5) In Deutschland gibt es, wie wir alle wissen, ähnliche Probleme. Nachdenklich wird in einer Veröffentlichung des Bundesministeriums für Gesundheit von 1996 zu diesem Punkt Folgendes formuliert: "Durch den Aufbau der gemeindenahen Versorgung wird die Bevölkerung in ihrem alltäglichen Leben weit mehr mit psychischer Krankheit konfrontiert, als es vor den Reformen der Fall war. Die ambivalente bis ablehnende öffentliche Einstellung gegenüber

psychisch Kranken hat sich jedoch nicht in gleichem Maße gebessert, wie Reformen vollzogen wurden." (5). Manche Untersuchungen weisen allerdings auch darauf hin, dass die nachbarschaftlichen Kontakte um so besser werden, je länger sie die Chance haben, anzudauern und je anziehender bzw. normaler die jeweiligen Wohnungen und Einrichtungen auf die Anwohner wirken. Urteile und Vorurteile richten sich sehr stark nach dem jeweiligen Kontext. "Sag mir, wo du wohnst und ich sag dir, wer du bist."

"Jedenfalls", so Ralf Seidel 1997, "ist die differenzierte Landschaft der Gemeindepsychiatrie ein *äußerst fragiles* und darum immer wieder neu zu gestaltendes Gebilde. Sie bedarf dauernder Pflege, gerade in härteren Zeiten." (7)

2. BEMERKUNGEN ZUM THEMA PSYCHIATRIE UND KOSTEN

Wir leben in Zeiten des Wahlkampfes. Man wird mir sicher keinen Missbrauch dieses Forums vorwerfen, wenn ich sage, was ich nicht wähle. Ich wähle nicht PDS. Ich verdanke der PDS aber eine sehr gute Frage. Sie lautet: "Geld regiert die Welt. Wer aber regiert das Geld?" Wo Geld hinfließt, ist immer auch eine Frage gesellschaftlicher Wertvorstellungen und politischer Weichenstellungen. Und ehe ich bereitwillig in Richtung Politik beteuere, dass auch mir die knapper werdenden finanziellen Ressourcen sehr wohl bewußt sind, möchte ich es mir nicht nehmen lassen, auf den gesellschaftlich-ökonomischen Kontext dieser Ressourcenknappheit hinzuweisen. Psychiatrie vollzieht sich heute im Kontext immer größer werdender Besitzunterschiede. Wir beobachten das erhebliche Auseinanderdriften von solchen, die sehr viel besitzen und solchen, die von Sozialhilfe leben. 1996 schätzte die Deutsche Bundesbank 10 Bio. Gesamtvermögen der privaten Haushalte – eine Verdreifachung seit 1980 - , 1,2 Bio. Verbrauchsvermögen und 4 Bio. Werte an Immobilien. (Forum Armut, Hg.: Caritas 1997)

Nach Oskar Negt befindet sich unsere Wirtschaft seit 15 Jahren in Hochkonjunktur, hat es noch nie eine so reiche deutsche Gesellschaft gegeben wie heute und ist es auch der Industrie

noch nie so gut gegangen wie heute. (Vortrag beim Diak. Werk.

Hannover, 10.4.96)

Das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche von Westfalen stellt 1998 Folgendes fest: "1996 zahlten Firmen und reiche Privatleute ca. 1/5 weniger Steuern als noch 1991.

Die durchschnittliche effektive Besteuerung der Gewinne von Unternehmen und Selbständigen sank in der Bundesrepublik von 37% im Jahre 1980 auf 25% im Jahre 1994. 1983 trugen Unternehmen und Selbständige noch 13,1% der Steuerlast. 1996 nur noch 5,7%." (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche von Westfalen, 1998)

Von alledem hört man bisweilen etwas, mehr aber doch von der unbedingt notwendigen Begrenzung der Sozialausgaben.

Um die Dimensionen etwas deutlicher zu machen, zum Vergleich noch einige Zahlen: 1994 betrugen die Sozialhilfeausgaben 58 Mrd. DM (einschließlich der Hilfe zur Pflege und der Krankenhilfe). Dies hört sich ziemlich gewaltig an, und Tatsache ist, dass unser Klientel nicht unbeträchtlich an dieser Kostenverursachung beteiligt ist. Allerdings sollte man zum Zurechtrücken der Maßstäbe neben den 58 Mrd. DM Sozialhilfekosten auch die ca. 130 – 160 Mrd. DM, die jedes Jahr durch Steuerhinterziehung verschwinden, nicht unerwähnt lassen. (Nachrichtendienst des Deutschen Vereins, Heft 2, 1996, S. 38)

Es kann nicht schaden, des gesamtgesellschaftlichen Hintergrundes eingedenk zu bleiben, wenn man über die Kosten menschenwürdiger Psychiatrie nachdenkt. In der erwähnten Schrift des Bundesministeriums für Gesundheit wird m. E. Folgendes sachlich richtig festgestellt: "Generell gelten in der Psychiatrie die chronischen psychischen Erkrankungen und insbesondere die schizophrenen Psychosen als die kostenintensivsten Krankheitsformen. Nach internationalen Schätzungen gehen ca. 50% der insgesamt für psychiatrische Versorgungsleistungen aufgewendeten Gesamtmittel zu ihren Lasten.

Dabei entfallen jedoch nur ca. 30% der verursachten gesellschaftlichen Gesamtkosten auf die direkte medizinische und rehabilitative Krankenversorgung, während der Rest indirekte Kosten der Erkrankung darstellen. Diese sind auf Grund des frühen Erkrankungsalters, des hohen Chronifizierungsgrades sowie der damit verbundenen hohen Rate der

Ausgliederung von Betroffenen aus dem Erwerbsleben und der starken finanziellen Sekundärbelastung von betreuenden Angehörigen überdurchschnittlich hoch." (5)

In der Tageszeitung "Die Welt" vom 19.09.1998 wusste man es noch genauer: "Die Schizophrenie ist, bezogen auf die Gesamtkosten, die mit Abstand teuerste Krankheit; 1993 betrugen die Ausgaben 9,4 Mrd. DM."

"Durch eine Untersuchung im Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung im Oberbergischen Kreis von 1988 wird deutlich, wer die Kosten für die Behandlung, Pflege, Rehabilitation und Betreuung letztlich bezahlt.

- ▶ □ 21% der Kosten entfallen auf die gesetzliche Krankenversicherung
- ▶ □ 11% auf die Rentenversicherung
- ▶ □ 1% auf die Bundesanstalt für Arbeit
- ▶ □ 6% verteilen sich auf andere Geldgeber
- ▶ □ 18% auf die Patienten oder ihre unterhaltspflichtigen Angehörigen und
- ▶ □ 43% auf die Kommunen, vor allem über die Sozialhilfe" (5)

Ca 43 % aller anfallenden Kosten werden über die Sozialhilfe, d.h. vorrangig über die Kommunen finanziert.

Da Sozialhilfe nur nach Ausschöpfung aller Selbsthilfemöglichkeiten, also aller vorhandenen finanziellen Mittel, in Anspruch genommen werden kann, bedeutet dies, dass jeder, der an einer schweren seelischen Erkrankung leidet, häufig schon in einem relativ jungen Alter ein Bekenntnis zur Armut abliefern muss, bevor er die erforderlichen Leistungen erhält. "Für die Sozialhilfeträger bedeutet dies, dass nahezu ihre gesamten Ausgaben für Rehabilitation auf Rehabilitanden mit seelischen und geistigen Behinderungen entfallen" (5). Sehr richtig wird in der Veröffentlichung des Bundesministeriums angemerkt: "Chronisch psychisch Kranke stehen deshalb mehr denn je in Gefahr, zwischen die Mühlsteine eines in die Krise geratenen Sozialstaates und eines defizitären Gesundheitssystems zu geraten." (5) Vor diesem Hintergrund sind politische Bemühungen, andere Leistungsträger neben der Sozialhilfe stärker an den rehabilitativen Ausgaben zu beteiligen, zu verstehen. Ob dies in

absehbarer Zeit gelingen wird, ist mir persönlich allerdings höchst fraglich.

Die Änderung des § 93 BSHG enthält sicher einige positive Elemente. Dennoch ist die Befürchtung nicht von der Hand zu weisen, dass der im Hintergrund stehende deutliche Sparwille sowie die Öffnung für konkurrierendes Marktverhalten der Träger die Gestaltung einer menschenwürdigen Psychiatrie letztendlich erschweren könnte. Überall dort, wo der sogenannte Gemeindepsychiatrische Verbund bereits gut vorbereitet ist und überführt werden kann, in verbindliche sektorbezogene Vereinbarungen zwischen unterschiedlichen Trägern, sollte man dies m. E. durchaus tun, u. a. um die zu erwartende Konkurrenz durch verbindliche Absprachen im Sinne einer gemeinsamen Versorgungsverantwortung so weit wie möglich einzudämmen und die Kostenträger möglicherweise dazu zu bringen, Mittel an die Einhaltung von Spielregeln in der Versorgung zu binden und nicht dem Spiel der freien Marktkräfte uneingeschränkt Raum zu geben.

3. BEMERKUNGEN ZUM THEMA MARKT UND GEMEINDEPSYCHIATRIE

Hans-Ulrich Deppe betont in seinen Arbeiten über die zu beachtenden Grenzen des Ökonomisierbaren immer wieder, dass Markt im Gesundheitswesen Selektion bedeutet. (z.B. FR vom 16.3.1998) Selektion kommt durch Wettbewerb zustande. Wettbewerb ist immer ein Bruder des Marktes. Sie kennen sicher das Gerede im Rahmen der Krankenkassenfinanzierung über die guten und die zu vermeidenden schlechten Risiken. Natürlich wird diese Mechanik, wenn keine Gegensteuerung statt findet, auch für die Gemeindepsychiatrie gelten, die ja überhaupt erst dann Gemeindepsychiatrie ist, wenn sie die längerfristig psychisch kranken Menschen, diejenigen, bei denen der Chronos – die Zeit, eine ausschlaggebende Rolle spielt, nicht ausgrenzt. Hierbei handelt es sich um Menschen, die die meiste Unterstützung und Hilfestellung benötigen, diese gleichzeitig aber nur annehmen können, wenn über lange Zeit hinweg ein geduldiger Aufbau von Beziehung zwischen ihnen

und entsprechenden MitarbeiterInnen hat statt finden können, Menschen, die sich, wenn dies geglückt ist, meist aber nur locker an Termine, Pläne und Absprachen zu halten pflegen, und die dazu neigen, dies alles lange Zeit so beizubehalten. In einer Zeit, in der bereits schlaue Artikel über die Notwendigkeit von "Entschleunigung" geschrieben werden, sollte man eigentlich erkennen, wie dringend wir diese Langsamen, diese Oppositionellen gegen die unausweichlichen Zwänge der Zeit für die eigene Seelenhygiene brauchen. Statt sich Systeme zu überlegen, wie man auch bei diesen Menschen noch die letzte Betreuungsminute standardisieren könnte, käme man ihrem Zeitempfinden sicher näher, wenn man auf Palmströms Uhr zurückgriffe. Eine Uhr, die allen Anforderungen von Subjektorientierung und Personenzentrierung gerecht wird. Ich weiß gar nicht, warum solche wahrhaft fortschrittlichen Erfindungen immer wieder verloren gehen. Ich stelle sie hier nochmals vor:

Palmströms Uhr ist anderer Art,
reagiert mimosisch zart.

Wer sie bittet, wird empfangen,
oft schon ist sie so gegangen,
wie man herzlich sie gebeten,
ist zurück- und vorgetreten,
eine Stunde, zwei, drei Stunden,
je nachdem sie mitempfunden.
Selbst als Uhr mit ihren Zeiten,
will sie nicht Prinzipien reiten:
zwar ein Werk wie allerwärts
doch zugleich ein Werk – mit Herz.

Unter ökonomisch diktierten Wettbewerbsgesichtspunkten sind gerade die Menschen, die diese Uhr am nötigsten brauchen, die die Geheimnisse und Hintergründe ihrer Lebensart nicht schnell preisgeben, die lieber zugrunde gehen als die Eigenarten ihres Lebensstils aufzugeben, höchst unattraktiv. Wenn sich ökonomische Gesichtspunkte weiter durchsetzen, werden diese Menschen entweder gar nicht erst betreut, oder in der Weise pseudoversorgt werden, dass irgendwelche Arten

von Leistungen gerade noch in die dafür vorgesehenen Bögen eingetragen werden können, Leistungen, die für sie aber nicht die wesentlichen sind. Letztlich werden solche Menschen offen oder kaschiert ihrem Schicksal, häufig der Verwahrlosung preisgegeben werden. "Freiheit statt Fürsorge". So wird es in den fortschrittlicheren Regionen aussehen. In Regionen, in denen man noch auf Großanstalten zurückgreifen kann, wird die Pseudoversorgung vermutlich in diesen statt finden – (entwürdigende) "Fürsorge statt Freiheit". Ob nun so oder so – die Gesellschaft hat die Fähigkeit, über beide Versorgungsabgründe hinwegzusehen.

Das eben Gesagte war nur zu etwa einem Drittel Gegenwartsbeschreibung und zu zwei Dritteln Horrorvision. Und – werden Sie fragen – soll denn in Zukunft die Ethik gar keine Rolle spielen? Sind nicht ethische Handlungsregeln den technisch-ökonomischen überzuordnen? Theoretisch ja. Aber, ob die Politiker, die Kostenträger und vor allem die die Politik dominierenden wirtschaftlichen Kräfte dies auch so sehen, darf bezweifelt werden. Und auch in der psychiatrischen Fachwelt denken nur wenige öffentlich dagegen an, versuchen sich dem "Einheitsdenken" zu entziehen (Forrester, 1997). Viele haben bereits das Diktat des Ökonomischen mit dem ganzen dazugehörigen modischen Sprachumfeld als quasi schicksalsgegeben, als unausweichlich hingenommen. Das ist verständlich. Denn wir mit unserem bisschen Psychiatrie sind in komplexe, wirtschaftspolitische und gesellschaftliche Zusammenhänge eingefügt, die schwer durchschaubar sind. Einer, der kräftige Worte gegen die modernen Ökonomisierungsmythen spricht, ist der Jesuitenpater und Sozialethiker Friedhelm Hengsbach. Ich zitiere: "Dass brutale Verteilungskonflikte von oben nach unten, von den privaten gegen die öffentlichen Haushalte mit Hilfe der Staatsmacht organisiert werden, gegen die jeweils Schwächeren, ist ein Skandal." Und weiter: "Wenn nur nach betriebswirtschaftlichen Kriterien entschieden wird, entlastet sich jeder auf Kosten der anderen. Die Unternehmen schrumpfen sich gesund, für den Export, auf Kosten der Arbeitslosenversicherung bzw. des Staates. Der Staat kommt in finanzielle Schwierigkeiten und

entlastet sich auf Kosten seiner schwächsten Bürger. Das ist eine permanente Abwärtsspirale, ein, wie der amerikanische Ökonom Paul Krugmann sagt, ‚Wettlauf der Besessenen‘. Am Ende stehen alle schlechter da – und keines der strukturellen Probleme hochentwickelter Industriegesellschaften ist auch nur im Ansatz gelöst.“ (1). Darüber, wo die Psychiatrie insbesondere mit den beschriebenen sehr eigenwilligen Bürgern bei dieser Abwärtsspirale ihren Ort haben wird, sollten wir uns keine Illusionen machen.

Das Problem beruht für uns letzten Endes darauf, dass die Arbeit mit Menschen, sei es im Krankenhaus, sei es in der sonstigen psychosozialen Arbeit, im Allgemeinen nicht vollständig im ökonomischen Sinne rationalisierbar ist. In Anlehnung an Heubel (2) nenne ich dafür zwei schlichte Gründe:

1. Die Natur von Gesundheit, insbesondere von seelischer Gesundheit
2. Die Art des Verhältnisses zwischen seelisch leidenden Menschen und denen die ihnen professionell zugeordnet sind.

Zu 1.:

Seelische Gesundheit kann nicht als Produkt definiert werden, mit dem sich Handel treiben lässt, das von einem Produzenten an einen Verbraucher verkauft wird. Sie ist nichts von der Person Abtrennbares, sie ist zutiefst verwoben mit der gesamten Biographie des betroffenen Menschen.

Zu 2.:

Zwischen einer Person mit psychotischen Grenzerfahrungen und einem Mitarbeiter welcher Profession auch immer kann es nicht zugehen wie auf einem normalen Markt. Es gibt hier keinen Kunden, schon gar keinen, der König ist, der nach Laune und Belieben eine angebotene Gesundheitsware kaufen kann oder auch nicht – Zurückgabe bei Nichtgefallen möglich. Nein, die Rollenverteilung ist nicht die zwischen Verbraucher und Verkäufer, sondern, wie Heubel vorschlägt, eher die zwischen einer Person und ihrem Treuhänder. Treuhandschaft ist nicht rationalisierbar. „Auf jeden neuen Patienten und auf jede neue Situation muss sich der Treuhänder einlassen und

herausfinden, was gerade bei diesem individuellen Menschen das Angebrachte ist." (2)

Für viele von Ihnen wird sich das gleichsam banal oder selbstverständlich anhören bzw. abwegig, was die Ökonomisierung betrifft. Aber wenn es so abwegig ist, warum wird dann allüberall in ökonomischen Metaphern gesprochen? "Ressourcen", "Input", "effizienter Output", "Kundenorientierung", "Output-Steuerung", "Wachstumsraten", "Serviceleistungen", "Qualitätsmanagement", "Anbieter", "Produkt" etc. Manche dieser Vokabeln verwenden wir, ohne mehr zu merken, woher sie stammen.

Vor kurzem bekam ich Einblick, wie auch diakonische Unternehmen, der Faszination einer ökonomisierenden Sprache unterliegen. Erstellt werden sollten

"Geschäftsfeldsteckbriefe" für verschiedene Arbeitsfelder, z. B. auch für das ambulant betreute Wohnen, also für den Teil der Psychiatrie, den wir gerade unter Versorgungsgesichtspunkten versuchen, in einen gemeindepsychiatrischen Verbund einzubinden, wobei dies nur unter Abstrichen und unter Zügelung des eigenmotivierten betriebswirtschaftlichen Interesses aller Beteiligten geht. Abgefragt wurde z. B. unter folgenden Rubriken: "Marktattraktivität", "Wettbewerbs- und Marktstruktur allgemein", "Leistungsentwicklung", "Wesentliche Erfolgsfaktoren", "Markttrends", "Risiken", "Eigene wettbewerbsrelevante Stärken", "Eigene wettbewerbsrelevante Verbesserungspotentiale", "Marktzutrittsbarrieren" und schließlich "Ziele, Strategien und Maßnahmen".

Erich Wulf warnt in einem kürzlich erschienen Aufsatz in der Sozialen Psychiatrie vor der "Übernahme des neoliberalen betriebswirtschaftlichen Diskurses durch die Psychiatrie". Durch diese Begriffe werden "Geschäftsbeziehungen" definiert. Wulf führt weiter aus: "Hat es sich einmal im Kopf festgesetzt, dass es sich bei der Krankenhaus-Arzt-Therapeut-Patienten-Beziehung um eine Geschäftsbeziehung handelt und sonst nichts, bei der auch das therapeutische Verhalten, ja, jede menschliche Zuwendung ökonomisch gesteuert wird und wo das Ergebnis jeder therapeutischen Tätigkeit einen puren

Warencharakter hat, dann ist es auch nicht mehr möglich, aus dieser Logik auszubrechen, einer Logik, die die Logik der Kapitalverwertung ist. Man kann sich ihr nur unterwerfen, bestenfalls Schlupflöcher suchen, bis zu denen diese Logik noch nicht ganz vorgedrungen ist, aber – indem man etwas schummelt – für eine ein bisschen gerechtere Verteilung der Ressourcen sorgen.” (9)

Ich denke, wir sollten nicht durch Übernahme der ökonomischen "New-speech" dazu beitragen, dass betriebswirtschaftliches Denken, das selbsterklärend in vernünftigen Grenzen seine Notwendigkeit und Berechtigung hat, eine alles überlagernde Dominanz gewinnt. Für den gesamten sozialen Bereich muss festgehalten werden, dass das, was sich nicht vollständig rationalisieren lässt, sich auch nicht vollständig ökonomisieren, d. h. den Prinzipien der Gewinnmaximierung unterwerfen lässt. Engagement nach diesen Prinzipien hört dort auf, wo es sich nicht lohnt. Das Motiv zu Helfen hört dort jedoch noch nicht auf, sondern häufig, geschichtlich belegbar, beginnt es vor allem dort. Vielleicht meinen Zyniker, dass dieses Motiv überhaupt nicht mehr ernst zu nehmen sei und in irgendwelche diakonischen Klamottenkisten gehöre. Ich meine dies nicht. Meine Beobachtung ist, dass gerade bei den Mitarbeitern, die die meisten Stunden des Tages mit psychisch kranken Menschen verbringen, die Hilfe, die sie leisten möchten, das erste Motiv ist, und erst danach folgt das berechnete Motiv, diese Bemühungen gesellschaftlich und finanziell auch anerkannt zu sehen. (In Anlehnung an 2) Sich auf den einzelnen Menschen einzulassen oder, neuropsychiatrisch ausgedrückt, personenzentriert zu arbeiten, ist nicht möglich ohne dieses Motiv, das nie statisch ist, sondern sich in der Begegnung mit den Menschen, um die es geht, entzündet und nur in der Begegnung erhalten bleiben kann. Es kann auch nur dann erhalten bleiben, wenn der Helfer trotz aller Probleme und Schwierigkeiten wahrnehmen kann, was er dabei seinerseits von seinem Gegenüber geschenkt bekommt. Ist letzteres nicht der Fall, würde die Abwendung der Gefahr der Verobjektivierung nach Gesichtspunkten des Warenverkehrs

die geschichtlich auch bekannte Gefahr der Verobjektivierung als Barmherzigkeitsobjekt heraufbeschwören. Letztere Gefahr scheint mit allerdings heute geringer als erstere. Wenn man die medizinischen, die pflegerischen, die sozialen Hilfen immer mehr kommerzialisiert, stärkt dies vor allem das Motiv der Helfer, auf ihre Kosten zu kommen. Sie würden sicher Anstöße zum Helfen zunächst aufgreifen, aber in der Tendenz immer nur so lange, wie es sich lohnt. Dies würde die Professionalität der Hilfe, wie wir sie bisher kennen, zerstören. Ich greife auf ein Zitat von 1844 von einem Herrn Damerow, das ich wiederum Herrn Dr. Veltin verdanke, zurück: "Der Zustand der öffentlichen Irrenpflege eines Landes gibt den nichttrügerischen Maßstab für den Grad der geistigen Kultur desselben und für die Höhe seiner sittlichen und intellektuellen Freiheit im allgemeinen."

(Damerow, 1844, 1. Bd. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin, S. 50). Es geht also bei dem bisher Gesagten um unser aller geistige Kultur in den Gemeinden, in denen wir – selbst mehr oder minder psychisch stabil – gemeinsam mit psychisch kranken Bürgern leben.

Zum Begriff "Kultur" zitiere ich einen fast vergessenen Politiker, nämlich Carlo Schmid: "Erfüllt lebendige und Leben heckende Kultur auch immer gesellschaftliche Zwecke, so ist sie doch gleichzeitig immer auch Widerstand gegen die Verzweckung des Lebens." (6)

Gemeindpsychiatrische Kultur ist Kultur der Gemeinde, eine Kultur, die nicht verarmt ist durch Ausgrenzung besonders origineller, feinfühlicher häufig auch gewaltig störender und verstörender Mitmenschen. Eine solche Kultur birgt Keime des Widerstandes in sich, die sich nicht technokratisch und stromlinienförmig beherrschen und beeinflussen lassen. Sie ist ihrem Wesen nach der Kunst und der Poesie näher als der Bürokratie - und dies so glaube ich besonders in Mönchengladbach.

Literatur

1. Hengsbach, F.: Wettlauf der Besessenen, Der Spiegel 10/97
 2. Heubel, F.: Patienten oder Kunden, Akademie für Ethik in der Medizin, Marburg 1997 (Workshop in Verbindung mit Jahrestagung)
-

3. Kisker, K. P.: Forderungen der Sozialpsychiatrie, Psychother. med. Psychol. 17, 1967
 4. Podvoll, G. M.: Verlockung des Wahnsinns, München 1994
 5. Rössler, W./Salize, H. J.: Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 77, Bayreuth 1996
 6. Schmid, C.: Politik muß menschlich sein, München 1980, S.21
 7. Seidel, R.: Wechselwirkungen - über die Tragfähigkeit gemeindepsychiatrischer Hilfen und die gemeindepsychiatrische Verantwortung der Klinik, in: Enthospitalisierung im Rheinland, Köln 1997 (Tagesdokumentation)
 8. Veltin, A.: 30 Jahre Psychiatriereform - was hat sich verändert? Sozialpsychiatrische Informationen, 4/86
 9. Wulf, E.: Mehr Qualität durch mehr Kontrolle? Soziale Psychiatrie, Heft 2/1998
-