

Widersprüche und Schwachstellen in der Sozialpsychiatrie

Prof. Dr. Klaus Dörner

(anlässlich des Landespsychiatrietages Baden-Württemberg 2006 am 15.7.)

Da mein Thema nach dem Wunsch der Veranstalter mit Wettbewerb, Kostendruck, Privatisierung und Sparappellen in Verbindung gebracht worden ist, muss ich ein wenig über den Tellerrand gucken und meine Überlegungen in einen größeren gesellschaftspolitischen Zusammenhang stellen, von wo aus ich drei Schwachstellen mit den daraus resultierenden Widersprüchen formulieren werde.

Seit 1980 leben wir in Gesundheits- und Sozialwesen in einer permanenten Kostenkrise. Das liegt einmal daran, dass wir seither kein nennenswertes ökonomisches Wachstum mehr haben, woran wir uns aber über hundert Jahre gewöhnt hatten, um daraus neue Forderungen auch aus der Psychiatrie finanzieren zu können. Jetzt ist das Wachstum in die Schwellenländer ausgewandert, während wir in Mitteleuropa vielleicht „ausgewachsen“ sind. Zum anderen liegt diese Kostenkrise in dem Auftauchen von drei menscheitsgeschichtlich neuen und zugleich kostenträchtigen Bevölkerungsgruppen: erstens die Alterspflegebedürftigen und Dementen, zweitens die (somatisch und psychisch) chronisch Kranken, die ebenfalls früher nur im Einzelfall aufgetreten sind, jetzt aber epidemisch geworden sind, und drittens die Neo-Psychisch-Kranken, worunter ich die nur relativ leicht beeinträchtigten Befindlichkeits- und Persönlichkeitsstörungen verstehe, die wir vor 40 Jahren noch fast alle zur Normalverteilung gerechnet hätten, die heute aber aufgrund des explodierenden Psychotherapie- und Psychopharmaka-Marktes als krankheitsbehandlungsbedürftig gelten und auf diese Weise dabei sind, die Alterskranken kostenmäßig zu übertreffen.

Die erste Schwachstelle besteht nun darin, dass wir all diese Neuerungen bisher nicht zur Kenntnis genommen haben, weder die Alterskranken und Dementen, obwohl wir sie doch als gerontopsychiatrische Patienten bezeichnen, noch die psychisch chronisch Kranken, insofern seit Beginn der Psychiatriereform bis heute die Zahl der Heimplätze nicht etwa sinkt, sondern permanent steigt, und auch nicht die Neo-Psychisch-Kranken, obwohl sie zunehmend unsere gemeindepsychiatrischen Ressourcen binden, die wir doch eigentlich für die chronisch Kranken erkämpft hatten.

Ebenfalls seit 1980 haben die politisch Verantwortlichen versucht, die Kostenkrise mit Hilfe von immer neuen Gesetzen in den Griff zu bekommen, die alle darin eine Gemeinsamkeit haben, dass sie alle immer radikaler die Vermarktlichung und betriebswirtschaftliche Rationalisierung unseres Hilfesystems immer mehr radikalisieren.

Die zweite Schwachstelle besteht nun darin, dass wir uns das betriebswirtschaftliche Denken und Handeln widerstandslos allzu sehr zu Eigen gemacht haben und zugleich nicht einmal zur Kenntnis genommen haben, dass nach 25 Jahren Vermarktlichung festzustellen ist, dass dieser Problemlösungsversuch bis heute nicht etwa Kosten senkend, sondern Kosten treibend gewesen ist. Dies resultiert z.B. daraus, dass man im Unterschied zur Autoproduktion bei der Rationalisierung des Helfens ziemlich schnell in die Effizienzfalle läuft, wo von einem relativ schnell erreichten Punkt an die Ergebnisse sich nicht verbessern, sondern verschlechtern. Zum anderen liegt das an den zentralen betriebswirtschaftlichen Expansionsgebot: die Betriebe der Gesundheitsbranche können nur wachsen, wenn gleichzeitig immer mehr bis dahin Gesunde in Kranke verwandelt werden. Man muss also nicht nur vom Staat-, sondern auch inzwischen vom Marktversagen sprechen, sodass man schon rein logisch Besserung nur noch vom dritten Sektor des Bürgerschaftlichen Engagements erwarten kann.

Und in der Tat gibt es ebenfalls seit 1980 – und dies nicht wahrzunehmen, ist die dritte Schwachstelle – so etwas wie eine neue solidaritätsorientierte Bürgerbewegung, die in die entstandenen Lücken springt und vom volkswirtschaftlichen Gesamthilfebedarf des Helfens

den einen oder anderen Teil den zu teuer gewordenen Profis wieder wegnimmt, dafür Zeit gibt und zum Teil - und das ist neu – dafür auch Geld nimmt; es gibt längst den neuen Typ des Bürgers als eines sozialen Zuverdieners. Hier nur ein paar Beweise für die Existenz und Wirksamkeit dieser neuen sozialen Bürgerbewegung: seit 1980 (nicht vorher!) steigt die Zahl der Freiwilligen, der Nachbarschaftsvereine, ist die Selbsthilfegruppenkultur entstanden, gibt es die Hospitzbewegung, hat uns die AIDS-Bewegung gezeigt, wie man auch schwierigstes Pflegen und Sterben in den eigenen vier Wänden begleitet, wenn man es nur wirklich will, ist das generationsübergreifende Siedlungswesen entstanden und gibt es einen Boom an ambulanten Nachbarschafts-Wohngruppen für pflegebedürftige aller Art. Einer verantwortungsbewussten Sozial- oder Gemeindepsychiatrie wäre es selbstverständlich gewesen, für eine solche Bürgerbewegung eine Sprecher- oder Moderatorenrolle anzubieten, zumal alle diese Initiativen die Gemeinsamkeit haben, den so genannten dritten Sozialraum der Nachbarschaft (zwischen privatem und öffentlichem Sozialraum) wieder zu beleben; wir jedoch haben bis heute auch diese Bewegung nicht mal zur Kenntnis genommen.

Aus solcher Schwachstellenanalyse und damit in vollständigerer volkswirtschaftlicher Wahrnehmung unserer gegenwärtigen Problemlage von jenseits unseres Tellerrandes oder unserer Nabelschau will ich im Folgenden ein paar Schlussfolgerungen ziehen und als Vorschläge zur Diskussion stellen, zumal diese ernst zu nehmen bei der jetzt auch in Baden-Württemberg drohenden Privatisierung der psychiatrischen Zentren umso mehr Anlass besteht:

Jeder gemeindepsychiatrische Verbund und durchaus auch jeder Trialog sollte sich mit folgenden Denk- und Handlungsaufgaben beschäftigen:

1. wenn wir nun schon zur „Dienstleistungsbranche“ erklärt worden sind, ist es überfällig, über diesen Begriff genauer nachzudenken: er enthält nämlich zwei Tätigkeiten, einmal das unbezahlbare Dienen und zum anderen das sehr wohl bezahlbare Leisten. Ein kleines Beispiel hierzu: eine tragfähige Beziehung mit einem psychisch Kranken oder einem Angehörigen herzustellen geht nie über das Leisten, sondern nur über das Dienen, in das dann erst sekundär das Leisten einzubetten ist.
2. ähnlich überfällig ist es, das „Qualitätssicherungswesen“ ideologiekritisch zu entlarven. Die hier gemeinte „Qualität“ hat nämlich nichts mit der Qualität zu tun, von der wir alltagsweltlich reden. Sie dient vielmehr einzig dem Zweck Qualität zu quantifizieren, zu standardisieren, vergleichbar zu machen und damit zu verbilligen. Wir haben also die Aufgabe, diesen Begriffsmissbrauch einen fachlich eigenständigen Qualitätsbegriff entgegenzusetzen, wo es gerade um den unvergleichlichen Bedarf der Einzigartigkeit eines bestimmten psychisch Kranken geht.
3. nach dem berühmten, vielfach bestätigten „Inverse Care Law“ des walisischen Hausarztes J.T. Hart gibt es gerade im marktgesteuerten Gesundheitssystem die Tendenz, dass immer diejenigen, die am meisten Hilfe brauchen, am wenigsten davon bekommen. Es ist überfällig zu prüfen, wieweit dies auch für unseren jeweiligen Gemeindepsychiatrischen Verbund gilt, wieweit wir unsere Ressourcen weniger an die chronisch psychisch Kranken und dafür mehr an die Neo-Psychisch-Kranken verausgaben, wogegen wir den kategorischen Imperativ der Solidarität zu setzen hätten: Handle so, dass du mit dem Einsatz all deiner Ressourcen beim jeweils Letzten beginnst, wo es sich am wenigsten lohnt.
4. dieser Einsicht folgend, hätten wir in unserem Verbund eine Dementen-AG zu gründen.
5. des Weiteren hätte unser Verbund ein Forum für alle oben erwähnten Initiativen Bürgerschaftlichen Engagements (auch über die Psychiatrie hinaus), soweit sie unsere Region betreffen, zur Verfügung zu stellen: es ergäben sich daraus ungeahnte Möglichkeiten des gegenseitigen Lernens.

6. auf solchem Wege würden wir dann auch ganz schnell lernen, dass zukunftsfähiges Helfen stets die Form eines Bürger-Profi-Mixes zu haben hat.
7. man kann dasselbe auch - wie Thomas Klie - „geteilte Verantwortung“ zwischen Bürgern und Profis bezeichnen. Beispiel: in Voccawind, Landkreis Haßberge im Bezirk Unterfranken konnte die Mehrzahl der 60 psychisch Kranken eines Heimes in ambulant betreutes Wohnen entlassen werden, weil 10% des dafür bewilligten Geldes an einen Bürgerbegleiter abgezweigt wurde. Der einzelne psychisch Kranke, der sich auf den Weg in die bürgerliche Freiheit macht, und nun zwei Begleiter, einen für die fachlichen Fragen und einen für die eigentliche Integration (natürlich auch mit Familienanschluss). Dies hat den Entlassungsprojekten eine sonst kaum denkbare Stabilität verliehen.
8. statt in dem fürs konkrete Helfen viel zu großen Sozialraum der Gemeindepsychiatrie, hat unser Verbund zukünftig in der Sozialraumgröße der Nachbarschaft zu denken, weil Profis nur so an bürgerschaftliche Initiativen anschlussfähig werden können. Dies ist gut von den Projekten des „Sozialraumbudgets“ der Jugendhilfe zu lernen, wovon es gelungene Beispiele in Hamburg-Eimsbüttel und Husum gibt.
9. weil für psychisch Kranke – wie für alle Menschen – noch wichtiger als die Selbstbestimmung eine hinreichende Tagesdosis an „Bedeutung für Andere“ (von Anderen gebraucht werden, notwendig sein für Andere) ist, was man sich besonders gut durchs Arbeiten beschaffen kann, sollten Sie sich in der nächsten Zeit besonders stark machen für die „virtuelle Werkstatt für Behinderte“, wie sie im Saarland erprobt worden ist und wo jemand mit dem Geld, das ihm in der WfB zustehen würde, von einem normalen Unternehmer in einem normalen Betrieb beschäftigen lässt. Das ist deswegen wichtig und auch aussichtsreich, weil gerade jetzt die Behindertenbeauftragte der SPD-Bundestagsfraktion Silvia Schmidt daraus ein Gesetz machen will und weil dies immerhin der erste Versuch wäre nicht nur Wohnheime, sondern hier auch die Werkstatt für Behinderte zu deinstitutionalisieren; Motto erst platzieren und erst dann rehabilitieren.
10. und das Wichtigste für Ihren Verbund wäre, falls es das noch nicht gibt, eine Arbeitsgruppe für Heimbewohner. Über den Kostenträger können Sie erfahren, welcher Bürger Ihrer Region sich in welchem Heim befindet. Sie könnten alle diese Bürger einmal in Ihre Heimatkommune einladen. Viele würde daran zum ersten Mal merken, dass sie gewollt werden – beste Voraussetzung dafür, sie dann auch wirklich in ihre Heimatgemeinde zu reintegrieren. Sie wissen – wenn schon nicht aus Gütersloh, dann aus Schweden und Norwegen, dass es keinen Heimbewohner gibt, bei dem das nicht möglich und sinnvoll und daher auch verfassungsmäßig geboten ist.

Abschließend sollte ich wohl noch hinzufügen, dass Sie während Ihrer Beschäftigung mit all diesen Dingen sich gleichzeitig auch noch um ein regionales Budget – wie etwa in Rostock – bemühen sollten, weil dies Vorteile für alle Beteiligten mit sich bringt und weil dafür aufgrund der Baden-Württembergischen Kommunalisierung des Helfens die Voraussetzungen dafür wesentlich günstiger geworden sind.

Abschrift Rainer Höflacher