

Neue Benachteiligung psychisch Kranker- „New Economy“ im Krankenhaus ? oder Der Zweck und das Mittel^{1,2}

Dyrk Zedlick

Die Geschichte der Medizin kann in den letzten 300 Jahren, so Klaus Dörner, in „Vernichten und Heilen - Der Nürnberger Ärzteprozess und seine Folgen“, auch als ein immer umfassender werdender Prozess der Verwissenschaftlichung aufgefasst werden, in dem „die Medizin von einem Geschäft der Erfahrungsübertragung zu einem Unternehmen wird, das aus der Anwendung der Gesetzmäßigkeiten anderer Wissenschaften besteht ...“ - und wo am derzeitigen Endpunkt die Soziologie und die Ökonomie stehen (1).

Am Anfang wird dabei auch immer die Intention bestanden haben, das Mittel Wissenschaft für den Zweck der Verbesserung der gesundheitlichen Betreuung und somit auch der Linderung des Leidens des Einzelnen einzusetzen. Kommt es aber im Verlauf dieses Prozesses zur unkontrollierten Ver selbstständigung wissenschaftlicher oder politischer und gesellschaftlicher Einzelinteressen und in Folge dessen gar zur Zweck-Mittel-Umkehr, so führt dies meist in eine humanistische Sackgasse und in der Extremform bis hin zu den uns allen bekannten katastrophalen Folgen von Psychiatriepraxis im Dritten Reich.

Wenn ich nun Ökonomie und Benachteiligung zueinander in Beziehung setze und diese auch noch mit dem Wort „Neu“, einem der sogenannten Machtworte des Zeitgeistes in der positiven Werte-Signatur der Moderne (2) versee, bedarf dies natürlich der Begründung.

Eigentlich gibt uns die Ökonomie die wissenschaftlichen Erkenntnismittel in die Hand, das ökonomische Grundgesetz, das die wichtigsten Seiten, das Wesen einer historisch bestimmten Produktionsweise und ihre grundlegenden Entwicklungstendenzen bestimmt, zu erkennen und zu unserem aller Vorteil für die Erleichterung der Lebensbedingungen zu nutzen. In einer vom privaten Kapital bestimmten Wirtschaft, ist die Produktion von Mehrwert die entscheidende Triebkraft ihrer Produktionsweise, wobei diesem privaten Gewinn der Anteil für den sozialen Gewinn immer wieder abgetrotzt werden muss, da die Erwirtschaftung des Mehrwertes nicht vordergründig Mittel für einen sozialen Zweck ist. Die einen sind nun der Meinung, dass der private Gewinn immer steigen muss, damit auch der Anteil für den sozialen Gewinn zum Nutzen vieler Menschen auf der Welt größer werden kann. Die anderen meinen, dass durch den zunehmenden privaten Gewinn, im Verhältnis dazu der Anteil des Gewinns für alle immer kleiner wird

Die zunehmende Schere zwischen arm und reich auf der Welt scheint letzteren vorerst Recht zu geben. Nun komme ich aus einem gescheiterten Wirtschaftssystem, in dem das private Kapital verbannt war und bin in diesem neuen System des Wirtschaftens angekommen, in dem es mir persönlich zwar finanziell nicht schlecht geht, aber die nicht erst seit dem 11. September immer deutlicher werdenden globalen Probleme, zeigen für mich die Notwendigkeit, dass wir nach möglichen Alternativen zum sogenannten Neoliberalismus Ausschau halten sollten. Die New Economy bei gleichgebliebenen anti-sozialem Zweck-Mittel Verhältnis scheint dies jedenfalls nicht zu sein. Und dabei verheißt uns doch die sogenannte Neue Wirtschaft laut dessen Kursbuch „...eine neue Form des Arbeitens und Lebens, gewiss mit höherem Risiko als die Elterngeneration, aber auch mit ungleich größeren Chancen (3).“ Nicht die größeren Chancen auf Ungleichheit sind dabei gemeint, sondern folgende, nur schlagwortartig genannte: zunehmende Individualisierung und Flexibilisierung des Produktions- und Konsumtionsprozesses im „Zeitalter der Krise der Institutionen“; neue Unternehmenskultur wie flache Hierarchien, Förderung von Kreativität und individueller Verantwortung, „Der Mitarbeiter als Mit-Unternehmer“; Computer, Telekommunikation und Web in einer immer globaler werdenden Welt sollen nicht nur am individuellen Bedürfnis ausgerichteten e- und m- Kommerz ermöglichen, sondern auch „Wissen für alle, ...die Macht gehört den Wissenden- ...den gut Ausgebildeten, Selbstbewussten und Couragierten, die nach Jahren tiefsten Zukunftspessimismus nun drangehen, sich die Welt nach ihren Vorstellungen zu gestalten“. Und weiter heißt es: „Kapitalist im Sinne eines New Economy-Unternehmens zu sein heißt Spielregeln zu akzeptieren, die herausfordern. Die New Economy ist die Wirtschaft vor dem Vorhang – Transparenz ist nicht länger ein Schlagwort, sondern in Zeiten kritischer Aktionäre und Analysten eine Notwendigkeit. Öffentlichkeit ist normal – sei es die Öffentlichkeit der Anleger oder aber auch jene der Massenmedien...“. Die Biotechnologie eröffnet vielverspre-

chende Chancen für die Neue Wirtschaft, „...was früher nur Konzernen vorbehalten war, ist nun die Domäne hochqualifizierter Wissenschaftlerteams, die eben darangehen, die Welt der Medizin und Biologie auf den Kopf zu stellen“.

Ja, mir wurde auch schon ganz schwindelig beim Lesen dieser neuen, hier nur unvollständig angeführten und teilweise auch sehr attraktiv klingenden Verheißungen des Kursbuches der Neuen Wirtschaft. Zwar bleiben auch die Risiken nicht unerwähnt. So z. B., dass der Übergang von der Industrie- zur Wissensgesellschaft kein Spaziergang sein werde, und dass eine entsolidarisierte Gesellschaft, die sich in New Economy- Kompatible und Nicht-Kompatible teilt, auch keine Lösung sei.

Aber trotz dieser genannten Risiken scheint der Grundoptimismus in den einschlägigen Wirtschaftspublikationen zur New Economy zu überwiegen, und er ist durch die Kurseinbrüche in letzter Zeit nicht wesentlich zu beeindrucken. Auch fundiertere kritische Analysen der Gefahren der neuen spätkapitalistischen oder neoliberalen Zumutungen an den Menschen, scheinen wenig nachhaltig zu sein. Genannt seien hier nur Richard Sennetts Buch „Der flexible Mensch“, Pierre Bourdieus „Das Elend der Welt“ und sowie das für uns Psychiatrietätige sehr lesenswerte Buch „Ökonomie ohne Menschen“, herausgegeben von Blume, Bremer und Meier.

Der „Durchökonomisierung“ gesellschaftlicher Beziehungen, oder wie Hans-Ulrich Deppe in „Neoliberalisierung und Gesundheitspolitik“ schreibt, „...die mechanistische Übertragung von Denkmodellen privaten Wirtschaftens auf alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens“ (4) und die dogmatische Erklärung zu deren Handlungsmaximen, kann sich auch das Gesundheitswesen nicht entziehen. Dies scheint aber nach der Kapitallogik auch nicht verwunderlich, da immer nach neuen Märkten für die Verwertung des Kapitals gesucht wird solange der scheinbar neue Gott „Wirtschaftswachstum“ als alleiniger Maßstab für die Beurteilung von gesellschaftlicher Entwicklungspotenz zählt. Und der Gesundheitsmarkt gilt dabei als einer der größten Wachstumsmärkte der Zukunft. Gesundheitsförderung ist hier nicht primär der Zweck, sondern sie wird zur Ware und somit als Mittel zum Zweck der Gewinnerzielung.

Für den hier zum Thema stehenden Krankenhausbereich kam es in Deutschland seit 1993 zu grundlegenden Veränderungen der Rahmenbedingungen. Simon (5) nennt 4 wesentliche Bereiche:

1. die krankenhauspolitischen Interventionen zur Neuregelung der Krankenhausfinanzierung durch die Bundesregierung (die Einführung von Basis- und Abteilungspflegesätzen, Fallpauschalen und Sonderentgelten sowie die Budgetdeckelung, erhofftes Ziel war dabei, die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser insbesondere durch Verweildauerverkürzung zu erhöhen, die Fortsetzung wird mit Einführung der DRG's erfolgen)
2. die zunehmend restriktivere Haltung der Krankenkassen in den Pflegesatz- bzw. Budgetverhandlungen (dabei ist die Ursache der Finanznot der GKV laut verschiedener Studien nicht die immer wieder fälschlicherweise als Kostenexplosion angemahnten Gesundheitskosten, sondern hauptsächlich die zunehmende Schrumpfung der Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherungen (6))
3. die wachsende Bereitschaft der Länder zu Streichung von Planbetten (allein in Ostdeutschland wurden innerhalb von 7 Jahren 30% des Bettenbestandes abgebaut) und
4. der zunehmende Rückzug öffentlicher Krankenhausträger aus der wirtschaftlichen Verantwortung (laut Krankenhausreport 2000 (7) befanden sich 1999 40 % in öffentlicher, 46 % in freigemeinnütziger und 13,1 % in privater Trägerschaft, letztere mit steigender Tendenz, in Thüringen stehen z. B. alle psychiatrischen Fachkrankenhäuser in Landesträgerschaft derzeit zum Verkauf)

Die politisch gewollte Einführung von Elementen des Wettbewerbs zwischen den sogenannten Leistungserbringern und die prospektive Krankenhausfinanzierung ging so mit einem beträchtlichen Bedeutungszuwachs ökonomischer Fragen in der Patientenversorgung einher. Es entstand in den letzten Jahren eine Atmosphäre wirtschaftlicher Verunsicherung, die den Boden bildete, auf dem die Bereitschaft wachsen konnte, patientenbezogene Entscheidungen an ökonomischen Zielen des Krankenhauses auszurichten. Simon (5) konnte in einer qualitativen Studie des Wissenschaftszentrum Berlin zum wachsenden Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen in verschiedenen somatischen Kliniken aufzeigen, dass das „...hauptsächliche Einfallstor der Ökonomisierung in ärztlich-pflegerische Handlungsorientierungen die Herstellung eines Zusammenhanges zwischen positiven Budgetergebnis des Krankenhauses und Sicherheit des eigenen Arbeitsplatzes zu sein scheint“. Diese Ergebnisse tragen nicht nur „anekdotischen Charakter“, sondern sind Ausdruck von „... Erscheinungsformen struktureller Veränderungen im Krankenhaus, die auf eine Umkehr der Zweck-Mittel-Relation

in der Institution Krankenhaus zusteuern.“ In Teilen von Krankenhausbereichen sei Geld „...nicht mehr Mittel zum Zweck der Versorgung von Kranken, sondern die Versorgung von Kranken Mittel zum Zweck der Erzielung von Einnahmen.“

In seinem Beitrag „Die Zukunft des Akutkrankenhauses“ im Krankenhausreport 2000 (7) fasst Arnold diese folgendermaßen zusammen: „... medizinische und ökonomische Gründe sprechen für eine Beschränkung stationärer Aufnahmen und stationärer Aufenthalte auf das medizinisch Notwendige, für eine Konzentration bestimmter Leistungen aus Qualitätsgründen auf ausgewiesene Zentren mit ausreichenden Fallzahlen sowie für einen Bettenabbau unter der Bedingung, dass die ambulante Versorgung gewährleistet ist Dies läuft auf eine Verringerung der Zahl von Krankenhäusern und auf eine geringere Bettenzahl pro Krankenhaus hinaus.... das Krankenhaus wäre langfristig, um ein Bild zu gebrauchen, im Vergleich zu früher eine einzige Intensivstation.

Für das Krankenhaus der Zukunft heißt das, es sollte in seinen baulichen, personellen, sächlichen Voraussetzungen so gestaltet sein, dass das medizinisch Notwendige mit möglichst hoher Effizienz erbracht werden kann das einzelne Krankenhaus muss sich in dem Wettbewerb positionieren, der mit Sicherheit in Gang kommen wird und auch gewünscht ist... Bestehen wird in dem Wettbewerb mit größerer Wahrscheinlichkeit, wer Leistungen mit hoher Qualität erbringt, für die eine Nachfrage besteht, dies erfüllt dann die Bedingung der Zweckrationalität, die heute im Krankenhaus gefordert ist.“ Doch inwieweit gilt dies auch für die psychiatrische Krankenhausbehandlung, und kann man wirklich von einer hier postulierten Gefahr der Neuen Benachteiligung psychisch Kranker in diesem Zusammenhang sprechen?

Im ersten Moment würde ich sagen nein. Als ich das Thema gestellt bekam, fielen mir zuerst die alten Benachteiligungen in der materiellen und personellen Ausstattung gegenüber den somatischen Disziplinen im stationären Bereich, dies Ost wie West, ein, wo sich heute natürlich ein anderes Bild wie noch vor 10 Jahren besonders in den ostdeutschen Bundesländern ergibt. Ja, die durch die Gesundheitsreform 2000 weiterhin gesetzlich verankerte Psychiatrie-PV, die derzeitige Ausklammerung der Psychiatrie aus der Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschale (DRG) im Krankenhausbereich und die Möglichkeit einer vom Zulassungsausschuss der KV unabhängigen Einrichtung einer Institutsambulanz, bevorteilt uns nunmehr eher gegenüber den anderen somatischen Fachdisziplinen. Und wenn ich dies gut so finde, dann meine ich nicht diese Bevorteilung, sondern dass dies ein mutmachendes Beispiel ist für die Durchsetzbarkeit von gesundheitspolitischem Sachverstand auf Bundesebene gegenüber verschiedensten Vertretern von fach- oder finanzpolitischen Eigeninteressen.

Aber trotzdem bemerke ich ein gewisses Unbehagen in mir aufsteigen, da ich spüre, dass eingebettet ins gesellschaftliche Außenklima auch das Innenklima in der stationären Versorgungslandschaft der Psychiatrie immer mehr durch die Suche nach möglichst optimaler ökonomischer Effektivität geprägt wird. Und so wird mein Nein des ersten Momentes zum Ja, doch.

In ihrem „Plädoyer gegen den Machbarkeitswahn in Psychiatrie und Gesellschaft - Die Kunst des Indirekten“ hat Renate Schernus (8) dies sehr anschaulich aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet. Die Möglichkeit der Entwicklung einer sich langsam einschleichenden Zweck-Mittel-Umkehr mit der Stärkung des ökonomischen Eigensinns von Institutionen in unseren Klinikalltag möchte ich an einigen ausgewählten Beispielen kurz schildern.

1. Die Pflegesatzverhandlungen. Jeder wird vielleicht unterschiedliche Erfahrungen in diesem jährlich stattfindendem Kampf um das Budget zwischen dem Unternehmen Krankenkasse und dem Unternehmen Krankenhaus gemacht haben, soweit man diesem als ärztlich verantwortlicher Leiter einer psychiatrischen Abteilung oder Klinik beiwohnen konnte. In den Verhandlungsabschnitten, wo ich diese Möglichkeit hatte, wurde ich jedenfalls schnell desillusioniert, dass fachliche Argumente, z. B. bei der Umsetzung verschiedener Qualitätsstandards in der stationären Behandlung in der Diskussion um eine Finanzierbarkeit dieser Leistung, gefragt waren. Ich hatte den Eindruck, es ging letztlich nur um die Einhaltung nicht transparenter ökonomischer Kennziffern und nicht um die gemeinsame Suche nach einem notwendigerweise fachlichen und finanziellen Kompromiss im Interesse des Patienten, und dies nicht nur bei dem verhandelbaren Teil der Psych-PV. Seine Fortsetzung findet diese Kampfebene derzeit bei den bundesweiten Verhandlungen um die Fallpauschalen der Institutsambulanzen.

2. Die Institutsambulanzen. Die endlich gesetzlich verankerte Möglichkeit der ambulanten multiprofessionellen Betreuung an psychiatrischen Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern mit einer Versor-

gungsverpflichtung, lässt die Chancen auf mehr Personenbezogenheit und therapeutischer Beziehungskontinuität besonders für chronisch psychisch Kranke in der psychiatrischen Versorgungslandschaft größer werden. Dieses strukturelle Mittel darf aber nun nicht von uns vorrangig zum ausjonglieren einer sogenannten Punktlandung in der prozentualen Auslastung der stationären Bettenbelegungsstatistik missbraucht werden, wie bemerkte doch kürzlich ein Geschäftsführer einer psychiatrischen Klinik im Pausengespräch: „Ist doch egal, ob wir 50 Mark mehr oder weniger in der Pauschale verhandeln, entscheidend ist doch die Möglichkeit, unkompliziert die Belegungslöcher zu stopfen“.

3. Die Psychiatrie-Personalverordnung. Ebenfalls eine Möglichkeit des internen Krankenhausmissbrauchs psychiatriepolitischer Errungenschaften besteht in der ungenügenden Umsetzung der Psychiatriepersonalverordnung, einerseits muss diese gegenüber den Krankenkassen jedes Jahr neu in den Verhandlungen durchgesetzt und andererseits aber auch wirklich in der psychiatrischen Klinik oder Abteilung personell umgesetzt werden. Hier, wie auch bei dem Beispiel der Institutsambulanzen, tragen wir, als ärztliche Leiter unserer Abteilungen, eine wichtige Verantwortung unsere Geschäftsführung oder ökonomische Leitung kritisch zu begleiten, denn ein Geschäftsführer hat letztlich die Aufgabe die Geschäfte des Krankenhauses zu führen und muss nicht eine besondere Liebe zur Psychiatrie entwickelt haben, um dies effizient tun zu können. Spätestens dann, wenn sich Psychiatrie einmal „nicht rechnen sollte“, werden die Interessenkonflikte zwischen Geschäftsauftrag und dem therapeutischen Auftrag nicht lange auf sich warten lassen. Wir müssen schon selbst versuchen darauf zu achten, dass die ökonomischen Mittel angemessen dem therapeutischen Zweck untergeordnet werden. Die neue Benachteiligung aufgrund eines ökonomistischen Denkens würde sonst in der Verminderung der persönlichen und mitmenschlichen Zuwendung im stationären Alltag bestehen und der kustudiale Charakter stationärer Einrichtungen wieder zunehmen.

4. Die Kundenorientierung im Krankenhaus. Die Förderung von Individualisierungsprozessen im Konsumtions- aber auch Produktionsbereich ist eine tragende Säule der New Economy- Philosophie und sie hat auch Einzug in das Unternehmen Krankenhaus gehalten. Das stärkere Eingehen auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten, um seine Gunst zu gewinnen, mit dem Ziel einer langfristigen Kundenbindung, kann durchaus bessere Behandlungsbedingungen für den einzelnen Patienten schaffen, aber auch zu einer zunehmenden Versachlichung der therapeutischen Beziehung führen. Der Begriff Kunde neutralisiert von vornherein die Emotionen und lässt leichter Beziehungs- und Begegnungsansprüche in den Hintergrund treten. Dies kommt natürlich der beschriebenen Zweckrationalität des zukünftigen Akutkrankenhauses entgegen, führt aber gerade in der psychiatrischen Behandlung zur Förderung einer Medikalisierung von Wahrnehmungs- und Handlungsmustern in der therapeutischen Beziehungsgestaltung und auf Seiten der Patienten möglicherweise zur Förderung einer passiven Konsumentenhaltung. Für die psychiatrische Krankenhausbehandlung ist der Kundenbegriff nicht nur kontraproduktiv sondern auch einfach falsch, da die wenigsten Patienten wirklich die freie Wahl zwischen verschiedenen therapeutischen Möglichkeiten haben, und dies nicht nur bezogen auf die Einweisungen laut richterlichem Beschluss. Herr Claußen vom Bundesverband der Betroffenen drückt klar die Bedürfnisse der Betroffenen aus wenn er schreibt: „Zum Bereich der psychiatrischen Versorgung ist zu sagen, dass wir vollwertige, ernstgenommene und gleichberechtigte Partner sein wollen und keine Konsumenten. Wir wollen eine an den Bedürfnissen des Patienten orientierte, personenzentrierte Hilfeplanung und Psychiatrie!“ (9) Damit komme ich zum letzten Beispiel:

5. Der Paradigmenwechsel vom institutionsbezogenen zum personenbezogenen Handeln. Dieses derzeit zentrale Reformprojekt der Aktion Psychisch Kranke könnte meiner Meinung nach dann in Gefahr geraten, wenn wir die zunehmenden marktwirtschaftlichen und monetären Steuerungsmechanismen im Gesundheits- und Sozialbereich nicht in all seiner Tragweite berücksichtigen. „...Markt- und Organisation als moderne Mechanismen der Koordination von Handlungen bzw. Entscheidungen machen ein gemeinsames Wert- und Regelsystem bzw. einen speziellen sinnhaften Bezug des Handelns und Entscheidens der beteiligten Akteure aufeinander weitgehend überflüssig. Der Markt orientiert sich über das Angebot und den Kauf von Leistungen am Preis und damit an der Zahlungsfähigkeit und Zahlungsbereitschaft.“ (10) Gemeinsinn wird unter den allgemeinen Konkurrenzbedingungen immer mehr zum Eigensinn, und somit auch zum institutionellen Eigensinn, erst recht, wenn der Weiterbestand einer Institution gefährdet ist. *Gestatten Sie mir hier an dieser Stelle in Gedenken an die in dieser Woche verstorbenen Brandenburger Sozialpolitikerin Regine Hildebrandt ein Zitat aus ihrem*

Vortrag auf dem Merziger Psychiatriekongress einfließen zu lassen: „Die Gesellschaft, wie wir sie jetzt erleben, vernachlässigt tatsächlich den Gemein Sinn, wie ich ihn mir vorstelle, sie macht ein Miteinander schwierig“.

In der personenbezogenen Behandlung ist gerade die Beziehungsgestaltung zwischen Bezugsperson und Patient von entscheidender Bedeutung für den Therapieprozess. Die therapeutische Beziehung darf deshalb von keiner Art von Marktlogik beeinflusst werden, dies könnte leicht zu der oben beschriebenen Zweck-Mittel-Umkehr führen. Erinnerung sei hier nur an die schon dreißig Jahre alte und immer noch aktuelle Arbeit von Erich Wulff „Der Arzt und das Geld“ (11).

Dies waren einige, aber längst nicht alle Gefahren, die sich aus meiner Sicht im Zeitgeist der zunehmenden Ökonomisierung menschlicher Beziehungen ergeben, dies natürlich nicht nur im stationären Bereich. Der Mensch und erst recht seine Gesundheit sind keine Waren und besitzen somit auch keinen Tauschwert. Sie sind ein sehr individuelles Gut. Nun mag dies vielleicht vielen als idealistische Sozialromantik gelten, aber mir kommt eben auch immer wieder meine nicht zu leugnende „Ostsozialisierung“ in meinem sozialen Wahrnehmungsmuster in die Quere. Gestatten Sie mir deshalb eine kleine ostdeutsche Nachbemerkung.

Der Soziologe Wolfgang Engler prägte den Begriff der arbeiterlichen Gesellschaft für die Ostdeutschen im Gegensatz zu der aristokratischen und bürgerlichen Gesellschaft. Die bürgerliche Zivilisation entdeckte die formale Gleichheit aller Menschen, verdankte ihre schöpferische Kraft jedoch der Konkurrenz der Märkte; die arbeiterliche Gesellschaft beruhte auf der substantiellen Gleichheit ihrer Bürger und war dann am produktivsten, wenn sie Mensch und Mensch zusammenführte (12). Dies erforderte Unmittelbarkeit und Echtheit in der mitmenschlichen Begegnung, was in den privaten Beziehungen auch häufig gelebt werden konnte.

Die in Ansätzen vorhandene Unmittelbarkeit und Nähe mitmenschlicher Beziehungen hatte aber natürlich auch ihre Kehrseite, Klaus Weise bemerkte dazu in seinem Artikel „Psychiatrie zwischen staatlicher Macht und Marktwirtschaft“: „Je dichter die sozialen Beziehungen, desto höher die Forderung nach Normalität. Die Akzeptanz und Integration ging auch auf Kosten der Achtung vor dem Anderssein, der Identität des psychisch Kranken, vor allem in seiner Verrücktheit. Solidarität und Akzeptanz war geknüpft an Bedingungen, an ein höheres Maß an Anpassung, ein Sachverhalt, der in den gesellschaftlichen Normen, der Beziehung von Individuum und Kollektiv begründet war.“ (13) Und letztlich konnte die Entfremdung des menschlichen Gattungswesens bedingende Aufspaltung des bürgerlichen Menschen in ein Wirtschafts- und ein Staatsbürgersubjekt (dem Geld- und Staatsmenschen) nicht wirklich hin zu einer bewusst agierenden Gemeinschaftlichkeit aufgehoben und überwunden werden und wurde durch die Dominanz von Staat und Gesellschaft gegenüber dem Einzelnen sogar teilweise noch verstärkt. Dadurch waren wir weit von der wirklichen Emanzipation des Menschen entfernt, denn „...erst wenn der wirkliche individuelle Mensch den abstrakten Staatsbürger in sich zurücknimmt und als individueller Mensch in seinem empirischen Leben, in seiner individuellen Arbeit, in seinen individuellen Verhältnissen, *Gattungswesen* geworden ist, ...erst dann ist die menschliche Emanzipation vollbracht. ...Alle Emanzipation ist *Zurückführung* der menschlichen Welt, der Verhältnisse, auf den *Menschen selbst*.“ (Marx 1844, (14))

Die therapeutische Beziehung aber erlebte ich in der ehemaligen DDR frei von jeglichem direkten oder indirektem marktwirtschaftlichem Kalkül, das Mittel Mensch jedenfalls nicht zum ökonomischen Zweck missbraucht. Jede Form therapeutischer und rehabilitativer als auch präventiver Angebote wurde durch die Sozialversicherung einheitlich finanziert. Es war somit eine enge Verzahnung komplementärer, ambulanter und stationärer Betreuung in konstanten therapeutischen Beziehungen, also personenbezogene Behandlung mit Beziehungskontinuität möglich.

Dies änderte sich natürlich unter den finanziellen und rechtlichen Rahmenbedingungen des bundesdeutschen Gesundheitssystems ab 1990 relativ schnell. Es kam zur Fragmentierung der therapeutischen Beziehung in verschiedene Orte und Bezugspersonen, gefragt waren in der stationären Behandlung zeitlich begrenzte Kostenzusagen. Ich weiß noch, wie ich als eine Frechheit empfand, dass sich ein mir damals noch nicht bekannter Dienst einer der nun vielen Krankenkassen sich erlaubte nachzufragen, wie lange denn noch die gerade erst begonnene Behandlung einer depressiven Krankheitsphase eines bei dieser Kasse versicherten Patienten dauern würde. Ich schickte die Anfrage mit einem kurzen Verweis auf einen psychiatrischen Lehrbuchtext zur Behandlung von depressiven Erkrankungen zurück, was ich natürlich bald sein gelassen habe und zukünftig die Anfragen brav und korrekt, jeden-

falls in dem uns gegebenen Spielraum beantwortete. Ja diese sogar heute als Leiter einer psychiatrischen Klinik auf geringst mögliche Widerspruchsgefahr durch den MDK bei meinen Assistenten kontrolliere. Alte Selbstverständlichkeiten mussten also damals binnen kürzester Zeit durch Neue ersetzt werden, aber die Erinnerungsspuren bleiben.

Ja, und was bleibt heute, ich denke Trotzdestonichts (V. Braun) noch eine ganze Menge an Möglichkeit.

Die Zukunft der Psychiatrie wird nicht im Krankenhaus stattfinden, sondern liegt in der Intensivierung außerstationärer Hilfen mit dem Ziel, der zunehmenden Selbstbefähigung psychisch Kranker, damit sie auf die von ihnen gewünschte Art und Weise unter den verschiedenen gesellschaftlichen Bedingungen leben können. Trotzdem dürfen wir die zeitweise auch notwendig werdende Krankenhausbehandlung nicht nur zur ökonomischen und medizinischen Zweckrationalität verkommen lassen. Wir sollten wach bleiben für die Wahrnehmung möglicher ökonomistischer Zweck-Mittel-Verkehrungen jeglicher Art in unserem therapeutischen Handeln und den Mut zur gegenseitigen Solidarisierung trotz oder gerade wegen unserer zunehmenden Atomisierung im beruflichen Alltag finden. Eine geeignete Plattform dafür könnte die Aktion Psychisch Kranke als überparteilicher Mediator zwischen Psychiatrie und Politik dienen.

Um sich dabei gegenseitig fachlich unterstützen zu können, ist es aber notwendig, wie Karl Beine (15) es kürzlich zur Kontroverse Abteilung/Fachkrankenhaus formulierte: „...eigene Interessen (und damit auch Zwänge) offen und vorbehaltlos in die Debatte einzubringen und zu vermeiden, dass persönliche, berufspolitische, institutionelle oder auch Trägerinteresse maskiert und unausgesprochen in vordergründig fachliche Debatten Eingang finden.“

Ich möchte nun meinen hoffentlich für sie nicht allzu zu theoretischen Vortrag schließen mit einem praktischen Imperativ von Immanuel Kant aus seiner „Kritik der praktischen Vernunft“ (16):

„Handle so, dass du die Menschen sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden anderen jederzeit zugleich Zweck, niemals bloß als Mittel brauchest“

(1) Erich Wulff zum 75. Geburtstag

(2) Vortrag auf der Tagung der APK „Mit und ohne Bett – Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund“, 30.11.2001 in Bonn

Literaturverzeichnis

- 1) Ebbinghaus, Angelika/ Dörner, Klaus (Hg.): Vernichten und Heilen. Der Nürnberger Ärzteprozeß und seine Folgen. Aufbau-Verlag, 2001
- 2) Ebert, N. Michael: Neu!, in: Hofmeister, Klaus/ Bauerochse, Lothar (Hg.): Machtworte des Zeitgeistes. Echter-Verlag, 2001
- 3) Lotter, Wolf/ Sommer, Christiane (Hg.): Neue Wirtschaft - Das Kursbuch für die New Economy, Statusreport 2001, Deutsche Verlags-Anstalt, 2000
- 4) Deppe, Hans-Ulrich: Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland, in: Kaupen-Haas, Heidrun/Rothmaler, Christiane: Strategien der Gesundheitsökonomie, Sozialhygiene und Public Health – Band 4, 1998
- 5) Simon, Michael (2001): Die Ökonomisierung des Krankenhauses, in: Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P 01-205

- 6) Kühn, Hagen: Beitragssatzsteigerung der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Erosion der Einnahmeseite – Anmerkung zu einer verfehlten Widerlegung!, in: Jahrbuch für kritische Medizin 33, Argument-Verlag, 2000
- 7) Arnold, Michael: Die Zukunft des Akutkrankenhauses, in: Arnold, M., Litsch, M. Schellschmidt, H., Krankenhaus-Report 2000, Schattauer-Verlag 2001
- 8) Schernus, Renate: Die Kunst des Indirekten. Plädoyer gegen den Machbarkeitswahn in Psychiatrie und Gesellschaft, Paranus Verlag 2000
- 9) Claußen, Hans-Jürgen: Die Markt- und Qualitätsdebatte zerschlägt die Gemeinde- und Sozialpsychiatrie, in: Blume, J., Bremer, F., Meier, J. (Hg.) Ökonomie ohne Menschen? Zur Verteidigung der Kultur des Sozialen, Paranus Verlag 1997
- 10) Witt, Frank H. (Hg.): Unternehmung und Informationsgesellschaft, Wiesbaden 2000
- 11) Wulff, Erich: Der Arzt und das Geld – Der Einfluss von Bezahlungssystemen auf die Arzt-Patient-Beziehung, in: Das Argument 13/1971
- 12) Engler, Wolfgang: Die Ostdeutschen, Aufbau-Verlag 1999
- 13) Weise, Klaus, Prof. Dr.: Psychiatrie zwischen staatlicher Macht und Marktwirtschaft, in: Sozialpsychiatrische Informationen, Heft 03/96.
- 14) Marx, Karl: Zur Judenfrage, in: Ruge, A./Marx, K. (Hg.): Deutsch-Französische Jahrbücher, Reclam-Verlag Leipzig 1981, S. 291
- 15) Beine, Karl: Von Anstalten und Stadtasylen. Fachkrankenhäuser und Abteilungen: Aktuelle Bemerkungen zu einem alten Konflikt, in: Sozialpsychiatrische Informationen 3/2001
- 16) Kant, Immanuel: Kritik der praktischen Vernunft, Reclam-Verlag Leipzig 1983, S. 246

Korrespondenzadresse:

Dr. Dyrk Zedlick
 Klinik für Psychiatrie/Psychotherapie
 Kreiskrankenhaus Rudolf Virchow Glauchau gGmbH
 Virchowstraße 18
 08371 Glauchau

E-Mail.: zedlick.kkhglauchau@t-online.de