

Bernd Prezewowsky

Sozialpsychiatrie im Spannungsfeld von Gesundheitsökonomie und Gemeindepsychiatrie

Oder: Was ist „gute Psychiatrie in der Gemeinde“ und was sind die (neuen) Herausforderungen?

(Impulsvortrag zur Fachtagung der DGSP SH „Sozialpsychiatrie – jetzt erst recht!!!“ am 19.10.2016)

Ich will und kann keine Gewissheiten verkünden, keine gestochen scharfen Analysen, mit denen ich Ihnen das Denken ersparen könnte. Vielmehr eine hoch subjektive Auswahl an Fragen, Thesen, sicher auch Zumutungen, die weit entfernt von einer umfassenden Darstellung ist. Immerhin gibt es einige brisante Fragen und Herausforderungen, für die wir gemeinsam Verantwortung tragen, egal, in welcher Perspektive wir hier sind: ob als selbst betroffener oder mitbetroffener Mensch, als Mitarbeiter*in sozialpsychiatrischer Einrichtungen oder Dienste oder als verantwortliche Führungskraft sozialwirtschaftlicher Unternehmen. Die gemeinsame Verantwortung resultiert daraus, dass wir alle Bürger*innen sind, die unsere gemeinsamen Angelegenheiten gestalten, ob aktiv oder passiv, bewusst oder unbewusst, gewollt oder ungewollt.

Fangen wir damit an, was „neu“ ist. Neu ist, dass die Sozialpsychiatrie zum „Mainstream“ geworden ist. Die psychosoziale Bedingtheit psychischer Erkrankungen, ihre Enttabuisierung und Entstigmatisierung sind in Gesetzen und Lehrplänen angekommen, sogar an den Stammtischen. Ein großer Erfolg der sozialpsychiatrischen Bewegung, auf den viele – auch hier im Raum – stolz sein können.

Was ist noch neu? Neu ist (leider) auch die Banalisierung und Profanisierung psychischen Leidens. „Ich bin Borderline“ (oder mein Chef), „Ich glaub ich hab ´n Burnout“, „bin ich schizo?“ – es fällt zunehmend schwerer, das Besondere der Psychiatrie, nämlich das existentielle Leiden an der eigenen Psyche, klar abzugrenzen von Schwierigkeiten der Selbstverwirklichung, die zum normalen Alltag gehören. Mit anderen Worten: die Mehrheitsgesellschaft kolonisiert die Psychiatrie: „Wir sind alle Psycho“. Wenn bis zu 40% der Gesellschaft behandlungsbedürftig psychisch erkrankt sind, wie rechtfertigt sich dann der besondere Hilfebedarf des einen Prozents, das existenziell auf dauerhafte Fürsorge und Betreuung bedarf? Neben den Kampf um Inklusion und Entstigmatisierung tritt zunehmend ein Kampf um die Anerkennung „exklusiver“ Hilfebedarfe und –ansprüche, der begründet, verhandelt und durchgesetzt werden muss.

Zunächst zwei grundlegende Fragen und Thesen, die mich in letzter Zeit häufiger „anfliegen“:

1. Frage: Gibt es die „Guten“ und die „Bösen“? Gehört Sozialpolitik zum Guten, Finanzpolitik zum Bösen? Sind bürgerschaftlich engagierte Hilfevereine gut, multinationale Pharmakonzerne böse?

These: **Gute Psychiatrie** stellt sich ihren eigenen Abgründen, ihrem Eigennutz, ihrem Hang zur Stigmatisierung, ihrem Größenwahn, andere heilen zu können. Und ist stolz auf ihre ethische Orientierung, ihre Uneigennützigkeit, ihre Fähigkeit zur Selbstkritik.

2. Gibt es die „Wissenden“ und die „Ignoranten“? Diejenigen, die „durchblicken“ und anderen Orientierung geben können in einer immer komplexeren Wirklichkeit? Und diejenigen, die die Komplexitätsreduktion so weit getrieben haben, dass sie zu einem eigenen Urteil weder intellektuell noch moralisch legitimiert sind?

These: **Gute Psychiatrie** „weiß, dass sie nichts weiß“, jedenfalls nichts, was von gesicherter Bedeutung wäre. Dieses Nichtwissen gesteht sie auch anderen zu, auch wenn die diese Erkenntnis (noch) nicht teilen. Wenn es jemanden gibt, der „weiß“, was wichtig ist, ist es der betroffene Mensch.

Gleichzeitig ist gute Psychiatrie streitbar gegenüber der Ignoranz und Selbstgefälligkeit des Wissenschaftsbetriebs und gegenüber der Industrialisierung der Hilfesysteme. Gute Psychiatrie forscht und sucht nach Erkenntnis, die dem Verstehen und dem Handeln dient.

Jetzt zum Konkreten: Was ist **gute Psychiatrie**?

Eine einfache Antwort: **Gute Psychiatrie** ist bio-psycho-sozial. Sie betrachtet und behandelt den Menschen unter Beachtung seiner körperlich/physiologischen Anteile, seiner subjektiven Empfindungen und seiner wechselseitigen Beziehungen zu anderen. Klingt einfach, alle sind sich einig. Dabei handelt es sich um Spannungsfelder, die uns manchmal als Widersprüche entgegentreten. Worüber müssen wir reden, wenn wir uns über „gute Psychiatrie“ verständigen wollen?

- **Selbstbestimmung vs. Fremdbestimmung:**

Psychiatrie hat es zumeist mit Menschen zu tun, die nicht (mehr) gut für sich handeln können. Wer kann wissen, was gut für mich ist, wenn nicht ich selbst? Und was, wenn ich es selbst nicht mehr weiß?

Gute Psychiatrie lebt mit der Paradoxie, handeln zu müssen, als ob sie wüsste, was das Richtige sei – und gleichzeitig zu wissen, dass es das Richtige nur in der Selbstbestimmung gibt. Damit ist die Psychiatrie gerade kein kundenorientierter Dienstleistungsbetrieb. Sondern angewiesen auf ergebnisoffene Begegnung, in der verschiedene Menschen mit verschiedenen Perspektiven aufeinander treffen.

Wir müssen darüber reden, wie das Spannungsfeld von Selbst- und Fremdbestimmung zusammenpasst mit dem Leitbild des mündigen Konsumenten.

Die Diskussion um Zwang und Menschenrechte in der Psychiatrie lässt sich jedenfalls nicht mit einigen Verfahrensvorschriften erledigen.

- **Objektiv(ierbar)es und Subjektiv(ierbar)es:**

Pharmakologie und Hirnforschung vs. Phänomenologie und Selbsterkundung.

Gute Psychiatrie erkennt an, dass Menschen sich selbst fremd sind und fremd bleiben werden. Und dass die (pharmakologische) Reduktion des Menschen auf seine biochemischen Prozesse zur Selbstentfremdung des Menschen beiträgt. Und zu seiner „Krankwerdung“. Manchmal aber hilft sie, die Begegnung mit sich selbst auszuhalten. Wie mitunter der Weg in die Fremde notwendig ist, um ein Zuhause zu finden, ist möglicherweise die Behandlung (und Abspaltung) persönlicher Grenzerfahrungen als „Krankheit“ notwendig, um sich der Vielschichtigkeit der eigenen Existenz nähern zu können.

Wir müssen darüber reden, wie Objekt- und Subjektorientierung zusammenkommen können. Vielleicht auch darüber, wer von beiden „Koch“ und wer „Kellner“ ist.

- **Selbstverantwortung vs. Fürsorge:**

Bürgerliche Freiheit oder programmiertes Prökariat?

Gibt es eine Selbstverantwortung, die nicht für die Folgen eigener Handlungen einstehen muss? Was schuldet die Gesellschaft ihren psychisch kranken und behinderten Bürger*innen? Was schulden diese Bürger*innen dem Gemeinwohl? Was passiert, wenn die Verpflichtungen nicht eingehalten werden? Gibt es eine „Freiheit zur Verelendung?“ Wie entwickeln sich Menschen, die immer wieder vor sich selbst geschützt werden?

Wir müssen über Zumutungen und Ansprüche reden: die Zumutungen und Ansprüche des Gemeinwesens an die psychisch kranken und behinderten Bürger*innen. Und die Zumutungen und Ansprüche der psychisch kranken und behinderten Bürger*innen an das Gemeinwesen.

Das gegenwärtige System der Hilfe- bzw. Teilhabeplanung dürfte damit komplett überfordert sein.

- **Und die Gemeinde?**

Utopischer Ort der gegenseitigen Unterstützung oder „neuer Klient“?

Kaum ein Begriff wurde in den Diskursen der vergangenen Jahre so strapaziert wie der Sozialraum oder das Gemeinwesen.

Gute Psychiatrie behandelt das Gemeinwesen nicht als Patienten, der geheilt werden muss. (Das gilt übrigens auch für die kommunalen Verantwortungsträger in Politik und Verwaltung).

Gute Psychiatrie behandelt das Gemeinwesen auch nicht als kostengünstigen Helfer, der die Aufgaben übernimmt, für die die Therapeuten überqualifiziert sind. Sondern als Heimat, von der sie ein Teil ist und die sie mit ihren Klient*innen teilt. Wo findet die Gemeindepsychiatrie die Gemeinde? Im Spiegel. Oder, in Abwandlung eines berühmten Zitats von Friedrich Schelling: „In der Gemeinde schlägt die Psychiatrie die Augen auf und erkennt sich selbst“.

Wir müssen darüber reden, wie Psychiatrie zu einem Teil des Gemeinwesens werden kann. Und wie ein Gemeinwesen sich die Psychiatrie „aneignen“ kann.

Die gegenwärtigen Anreizsysteme und Trägerstrukturen bauen hier gewaltige Hürden auf.

- **Was ist mit dem Rest der Gesellschaft?**

Mit dem, was die Soziologen „Makroebene“ nennen, wo Rahmenbedingungen, Gesetze und übergreifende Bedingungen des Zusammenlebens geregelt werden? Ist unsere Gesellschaft wirklich so im Niedergang, durch Globalisierung, Ökonomisierung und Vereinzelung der „Ichlinge“ incl. der Relativierung humanitärer Werte? Oder schafft sie Chancen auf Teilhabe, die nur mit den Zumutungen der Selbstverantwortung zu haben sind? Und mutet sie ihren Mitgliedern Teilhabe zu, ob sie wollen oder nicht?

Gute Psychiatrie reflektiert die Bedingungen, unter denen sie tätig ist. Weiß, dass sie der Gesellschaft den Blick auf ihre Schattenseite schuldet.

Gute Psychiatrie wirkt auf die „Gesellschaft“ ein, kümmert sich um Gesetzgebung und Politik. Aber lässt sich nicht von ihr hypnotisieren. Und erkennt an, dass das eigene Interesse immer nur ein winziger Teil umfassender Kalküle ist, im Spiel der „Checks and Balances“.

Wir müssen darüber reden, wie die Psychiatrie(wieder) zum politischen Akteur werden kann und wie sie sich Anerkennung verschaffen kann für ihren exklusiven Beitrag zum gesellschaftlichen Zusammenleben.

Das funktioniert wie eine Parteikarriere: „Bottom Up“ vom Gemeinwesen über die Kommune zu Land, Bund und Europa. Ohne Strategie geht nichts, und politisches Denken muss gelernt werden.

- **Schließlich einige Bemerkungen zur vielbeschworenen „Ökonomisierung“:**

Ist sie neu? oder anders?

Seit die Psychiatrie eine professionelle Disziplin ist, ist sie „ökonomisiert“, also als Tauschgeschäft „Arbeit gegen Geld“ organisiert.

Haben sich die Regeln der Ökonomie verschärft? Was meinen wir, wenn wir die zunehmende Ökonomisierung der sozialen Arbeit beklagen? Dass wir weniger Gegenleistung für unsere Anstrengungen erhalten? Oder dass die „Tauschobjekte“, also das, was bezahlt wird, genauer bestimmt wird? Was würden Sie davon halten, wenn es einen Geldwert oder Preis für „Beziehung“ gäbe? Schrecklich? Es gibt ihn schon, bisher wird er nur auf dem Schwarzmarkt gehandelt. (Ich brauche einen Hilfeplan mit „smarten“ Zielen, damit ich „nebenbei“ das eigentlich Wichtige erledigen kann...)

Gute Psychiatrie erkennt an, dass sie nicht Opfer der Ökonomisierung ist, sondern selbst ökonomisch handelndes Subjekt. Und sie tabuisiert nicht die gesellschaftlichen Verteilungsfragen, also die unterschiedlichen Auffassungen darüber, wieviel Geld notwendig, angemessen und sinnvoll ist, damit gute Psychiatrie funktioniert.

Gute Psychiatrie macht sich bewusst, dass ihre ökonomische Logik keine andere ist als in allen anderen Wirtschaftsbereichen, nämlich Ressourcenknappheit als Voraussetzung von Fortschritt und Entwicklung. Ein heikles Thema, ich weiß...

Gleichzeitig weiß **gute Psychiatrie**, dass sie mit ökonomischen Mitteln Felder und Räume schaffen muss, die diesseits und jenseits ökonomischer Kalküle liegen – Felder und Räume, die „authentische“ Begegnung mit sich selbst und Begegnung mit anderen ermöglichen: Anerkennung ohne Gegenleistung, Ergriffensein ohne selbst zu ergreifen, Berühren und berührt werden.

Wir müssen darüber reden, welche Felder der Psychiatrie wir nach welcher ökonomischen Logik gestalten können. Und welche Felder eine andere, nichtökonomische Logik brauchen.

Solange die Psychiatrie sich nicht zivilgesellschaftlich und bürgerschaftlich, also außerhalb von Vergütungssystemen und bezahlten Leistungen, engagiert, werden ihr die existentiell bedeutsamen Felder diesseits und jenseits der Ökonomie verschlossen bleiben.

Als Abschluss ein Zitat vom Gründungsvater der modernen Ökonomie, Adam Smith, das eine Orientierung für die künftigen Herausforderungen sein mag:

"Für wie selbstsüchtig man den Menschen auch halten mag, es gibt nachweislich einige Grundlagen seines Wesens, die dazu führen, dass er sich für das Schicksal anderer interessiert, deren Glück ihm notwendig erscheint, obwohl er nichts davon hat außer dem Vergnügen, es zu sehen."