

Erich Wulff

Der marktwirtschaftliche Überfall auf die Psychiatrie. Zum Vorrücken des neoliberalen Zeit- und Sprachregimes*

Seit etwa einem Jahrzehnt vollzieht sich in der Begriffssprache der Psychiatrie eine langsame, aber stetige Kurskorrektur. Sie läuft vor allem dort ab, wo es um die Beziehungen zwischen ihren verschiedenen sozialen Akteuren geht, zielt aber darüber hinaus eine Umbettung ihres gesamten Tätigkeitsfeldes an. Die therapeutischen Einrichtungen und die in ihnen beruflich Arbeitenden, die Ärzte, die Psychologen, die Pflegekräfte, die Ergotherapeuten und die Sozialarbeiter werden immer häufiger „Anbieter“ von Leistungen genannt, und aus den Patienten werden deren „Klienten“ oder „Kunden“. Diesen Kunden werden öffentliche oder, wie im Pflegebereich oder in den Arztpraxen, privatisierte therapeutische Dienstleistungen nunmehr als „Produkte“ angeboten, deren „Qualität“, sollen sie von jemand abgenommen werden, auch gesichert und kontrolliert werden muss. Und natürlich hat jedes dieser Produkte seinen Preis. Die therapeutische Beziehung zwischen Arzt bzw. nichtärztlichem Behandler und dem Patienten verschiebt sich so zu einer im Kern kaufmännischen Beziehung, die nun auch deren eigenen Gesetzen, denjenigen des Marktes, unterworfen werden soll.

Was den körperlich Leidenden von dieser neoliberalen Transformation im Krankenhaus zugemutet wird, nämlich zum „Unternehmer des eigenen Körpers“ zu werden und sich selbst ein „Menü“ medizinischer Dienstleistungen zusammenzustellen, hat Frigga Haug (2003) anhand persönlicher Erfahrungen anschaulich beschrieben. Die Menschen, die psychiatrische Hilfe brauchen, verfügen zumeist über noch weniger Mittel und haben auf diesem Markt dementsprechend keine große Wahl, ein Schicksal, das sie mit anderen Benachteiligtengruppen teilen. Sie – und viele ihrer Vertreter, aber auch ihrer wohlmeinenden Freunde unter den Psychiatrieprofessionellen – bestehen trotzdem, oder gerade deshalb, auf ihrer neu proklamierten Kundenfreiheit. Sie wollen und sollen keine geduldig vor sich hinleidenden Patienten mehr sein, sondern Kunden, die selbst entscheiden, welche psychiatrischen Dienstleistungen sie von einem „Anbieter“ ihrer Wahl in Anspruch nehmen – und das heißt, in der neuen Terminologie, sich kaufen – wollen.

Ein solches Bedürfnis ist auf den ersten Blick mehr als verständlich. Denn als Insassen psychiatrischer Anstalten haben sie bis zum Beginn

* Erweiterte Fassung eines im Jahre 2000 bei den „Marburger Psychiatrietagen“ gehaltenen Vortrages

der Psychiatriereform in Verhältnissen leben müssen, die schlimmstenfalls denen einer Sklavenhaltergesellschaft, besserenfalls denen einer paternalistischen Fürsorge wie im Feudalismus gleich kamen, und der Kampf dafür, solche Zwänge abzuwerfen, ist ja bis heute noch nicht völlig ausgestanden. Die Psychiatriereform war ihre bürgerliche Revolution, und so bestehen sie auch auf ihre neu errungenen Bürgerrechte, auf ihre neuen Freiheiten. Die aber deklinieren sich im Kapitalismus neoliberaler Prägung, in den hinein sie befreit wurden, vor allem auf der Ebene freier Käuflichkeit und Verkäuflichkeit. Gesteht man die ihnen zu, so respektiert man auch ihre neu erstrittene Bürgerwürde, meldet man Zweifel an, so müssen sie fürchten, man wolle ihnen diese Würde wieder nehmen.

Aber wir müssen doch etwas näher hinschauen: Sind es wirklich die Patienten, die hier zu Kunden geworden sind? Und sind die Angestellten der öffentlichen Einrichtungen wirklich die Eigentümer, oder wenigstens die Verfügungsberechtigten der von ihnen verausgabten, zu verkäuflichen Produkten undefinierten therapeutischen Dienstleistungen? Wer kauft hier eigentlich und wer verkauft? Kunde ist doch derjenige, der bezahlt! Und die eigentlichen Kunden sind doch gar nicht die Patienten, sondern die Krankenkassen, oder bei Mittellosen ohne Versicherungsschutz die Sozialämter, in jedem Falle also die Kostenträger, ebenso wie auch die Veräußerer nicht die Therapeuten selbst, sondern die Eigentümer bzw. Träger der stationären oder ambulanten Einrichtungen sind, in denen sie arbeiten. Zwischen diesen Kosten- und Leistungsträgern wurden ja auch, schon lange vor der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV), die Pflegesätze der stationären Einrichtungen ausgehandelt. Und die therapeutischen Produkte werden ja auch gar nicht einzeln, sondern nur, ähnlich wie Microsoft es für die Computer und deren Programme zu erzwingen versucht hat, in fertig verschnürten Paketen abgegeben, die als Ganzes erworben werden müssen und sich überdies auch bei den verschiedenen Veräußerern sehr stark ähneln. Schon das entlarvt die Verlogenheit der Anbieter-Abnehmer-, der Verkäufer-Kunden-Terminologie, so wie man sie den hilfeschuchenden Patienten andienen will.

Handelt es sich nun, was deren Benennung als Kunden und diejenige der Therapeuten als Anbieter betrifft, also um nichts anderes als um Etikettenschwindel? Nicht ausschließlich. Denn die marktwirtschaftliche Terminologie gibt gleichzeitig auch eine veränderte Wirklichkeit wieder: Therapie ist tatsächlich zu einer Ware geworden. Dazu hat, unfreiwillig, auch die PsychPV vom 18.12.1990 beigetragen. In ihr wurden erstmals verbindliche Messzahlen für die Therapiezeiten der Ärzte, Psychologen, Krankenpflegekräfte, Ergotherapeuten und Sozialarbeiter festgelegt, die den einzelnen Patientengruppen – Notfall-, Akut-, chronische, Suchtpatienten – zustehen sollen, und diese für jede Gruppe verschiedenen Zeiten waren in Arbeitsminuten pro Tag oder pro Woche angegeben. An bestimmten Stichtagen – etwa einmal im Monat – wurden nun alle Patienten

nach ihrer Zugehörigkeit zu einer Kategorie klassifiziert. Daraus konnte, durch Multiplikation mit den jeweiligen Patientenzahlen, einmal der gesamte Personalbedarf einer stationären Einrichtung errechnet werden – und für die meisten dieser Einrichtungen brachte das zunächst einen beträchtlichen Stellenzuwachs. Zum anderen ergab sich daraus aber auch, wieviel Therapiezeit der verschiedenen Therapeutengruppen jedem Patienten einer bestimmten Kategorie prinzipiell zustand. Die Kostenträger konnten nun diese gesetzlich zugestandenen Therapiezeiten einfordern und notfalls auch einklagen. Das hatte aber auch eine Kehrseite: handelte es sich dabei doch um eine Budgetierung therapeutischer Zuwendungszeiten, um eine Rationierung also, auch wenn sie, ähnlich wie die auf den Lebensmittelkarten gleich nach Kriegsbeginn 1939, vorerst noch ziemlich großzügig ausgefallen war. Und der Stellenzuwachs darf auch nicht darüber hinwegtäuschen, dass mit der PsychPV ein Instrumentarium geschaffen wurde, mit dessen Hilfe die Messzahlen je nach Finanzlage auch nach unten abgesenkt werden können.

Kontrolliert werden kann jetzt nämlich nicht nur, ob nicht zu wenig, sondern auch, ob nicht zu viel Therapiezeit an eine Patientengruppe verausgabt worden ist. So wurde der Chefarzt einer großen Klinik mit einer Klage bedroht, weil er, seinem therapeutischen Konzept entsprechend, akute und Langzeitpatienten auf der gleichen Station behandelt hatte und ihnen auch die gleichen Therapiezeiten zukommen ließ: für die einen also zu wenig, für die anderen zu viel. Das erzwang eine strikte räumliche Trennung, um wenigstens in Zukunft den Beweis zu erbringen, dass jede Patientengruppe die ihr zustehende Therapiezeit – nicht weniger, aber auch nicht mehr – empfing. Zeit wird in der PsychPV also schon eindeutig als Geld, als geldwertförmige Ware definiert, und ihre Verausgabungen an Unberechtigte als Verschwendung, Unterschlagung oder gar Betrug.

Einen Schritt weiter geht eine einzelfallbezogene Dokumentation von Therapiezeiten, wie sie 1998 vom Landschaftsverband Rheinland als Modelltest in einem seiner Großkrankenhäuser durchgeführt werden sollte. Bis hin zu beiläufigen „Kurzgesprächen“ auf der Station, auch außerhalb von formalisierten Therapiestunden oder Visiten, bis hin zu informellen Gesprächen von Teammitgliedern über einen Patienten, sollte jede zeitliche Zuwendung einzelfallbezogen chronometriert und dokumentiert werden. Taschenrechner hätten dies ohne weiteres möglich gemacht. Wie schon bei der PsychPV für eine ganze Patientengruppe, ließe sich mit Hilfe solcher Verfahren jetzt auch ausrechnen, wieviel therapeutische Zuwendung jeder Art ein einzelner Patient schon bekommen hat und wieviel ihm heute, in dieser Woche, in diesem Monat noch zusteht. Ist diese Grenze erreicht, bräuchten die Kostenträger für weitere Zuwendungen nichts mehr zu zahlen. Was darüber hinaus geht, könnte bei vollen Kassen noch wohlmeinend als „Kannleistung“ gewertet werden, bei leeren müssten es die Krankenhausträger privat von den Patienten

oder deren Angehörigen einfordern – es sei denn, das Personal arbeitete über seine Dienststunden hinaus noch umsonst weiter. Denn laut §2 Abs. 4 SGB V soll aus Dokumentationen ja hervorgehen, ob „die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden“. Mit solchen dokumentarischen Methoden ließen sich also die Kosten für jede Art therapeutischer Zuwendung errechnen und, mit einer Art Preisschild versehen, à la carte auch in Rechnung stellen. Eine Minute Arzt, eine Minute Krankenschwester, eine Minute Ergotherapie kostet eben so und soviel Euro. Für eine einfache menschliche Zuwendung wäre nirgends mehr Platz, jede einzelne Minute wäre als verkäuflicher Akt kategorisiert. Die vielen Zwischentöne im therapeutischen Geschehen, dasjenige, was sich in ärztlich-therapeutischen Akten nicht als definierbares Produkt darstellen lässt, sondern definitionstranszendent bleibt, das alles droht beim Zwang zu einer solchen totalisierenden Zeitdokumentation verloren zu gehen. Alle Zeitnischen könnten so, wenn man es wollte, mit Hilfe moderner Technologien der Datenerhebung und -verarbeitung gnadenlos ausgeräumt werden. Und außerdem verschlänge der Zeitaufwand für sie unvermeidlich auch Kontakt- und Therapiezeit für die Patienten.

So weit ist es glücklicherweise noch nicht gekommen. Die Mitarbeiter des Großkrankenhauses, das als Modell für eine solche einzelfallbezogene Dokumentation ausersehen war, haben sich erfolgreich gegen ihre Anwendung gewehrt. Aber wenn das Geld im Staatssäckel wirklich knapp wird, wenn der politische Wille dazu da ist, wenn von den Betroffenen und der öffentlichen Meinung kein Widerstand zu erwarten ist, weil sie dem Köder auf den Leim gegangen sind, das Ganze diene nur der Qualitätskontrolle im Interesse der Patienten, dann wäre es naiv zu hoffen, dass von solchen neuen Rationalisierungstechniken kein Gebrauch gemacht wird. Die geistige Vorbereitung dazu ist jedenfalls schon lange in Gang. Sie geschieht vor allem mit Hilfe des genutzten Vokabulars, durch die Übernahme des neoliberalen markt- und betriebswirtschaftlichen Diskurses durch die Psychiatrie. Qualitätsmanagement, Produktqualität, Anbieter, Kunde, Klient, alle diese Begriffe definieren sich als Geschäftsbeziehungen. Am deutlichsten zeigt sich der Jargon, wo er sogar die Transformation auch der bislang unverwerteten Zeitnischen in verkäufliche Ware noch als „Wertschöpfungsprozess“ auslegt. Selbst in den beiden Schwerpunktheften der *Sozialpsychiatrischen Informationen* zur Qualitätssicherung (H. 4/1995 u. 1/1996) wird, wohl um allzu medikalisierte Begriffe wie Arzt, Patient, Therapeut etc. loszuwerden, von „Anbietern“ und „Kunden“ gesprochen, davon, dass therapeutische Verfahren und Versorgungsmodelle „auf den Markt kommen“ und sich dort „durchsetzen“ oder zumindest „überleben“ müssen. Hat sich erstmal im Kopf festgesetzt, dass es sich bei allen therapeutischen Beziehungen um Geschäftsbeziehungen handelt, um Beziehungen, wo die therapeutische, ja wo jede menschliche Zuwendung

ökonomisch gesteuert wird und wo das Resultat jeder therapeutischen Tätigkeit als „Produkt“ einen puren Warencharakter hat, dann ist es auch kaum mehr möglich, aus solch einer Logik auszubrechen. Es erschreckt mich, wenn ich daran denke, dass ich 1971 in meinem Aufsatz „Der Arzt und das Geld“ noch die damals gängige schamhafte Verleugnung des materiellen Aspektes in der Arzt-Patient-Beziehung anprangern musste, um die dahinter stehenden Interessen überhaupt sichtbar zu machen: heute ist es hingegen nahezu selbstverständlich geworden, dass sie in ihrem Kern gar nichts anderes als ein Warenaustausch sein kann.

Denn das liegt heutzutage im allgemeinen Trend. Das Kapital ist dabei, seine Herrschaft über den ganzen Erdball auszudehnen. Durch die Mondialisierung, durch die modernen Informationstechniken kann es den letzten Winkel unseres Planeten mit Lichtgeschwindigkeit erreichen. Die von ihm bestimmte Profitlogik nistet sich im Handeln, im Denken, ja in den Empfindungen der Menschen überall ein und lässt nur das ungeschoren am Wege liegen, was sich für sie ohnehin nicht lohnt. Was vermarktetbar ist, wird vermarktet: es wird zunächst den dafür unabdingbaren Quantifizierungsprozessen unterworfen, am besten digitalisiert, dann mit Preisschildern versehen und schließlich verkauft. Nicht nur Gegenstände, auch menschliche Eigenschaften wie Anmut und Schönheit, Freundlichkeit und Geschick werden so dem Markt zugeführt. Selbst mit dem, was zunächst unverkäuflich erscheint und als Abfall und Sperrmüll eingestuft wird, als Kostenfaktor also, lässt sich schließlich noch eine gute Stange Geld verdienen, wie die florierenden Abfallbetriebe belegen. Der letzte Widerstand gegen diese Entwicklung ist, mit den sozialistischen Ländern, 1989 weggebrochen. Das ist die Realität, in der wir heute leben und aus der wir bestenfalls den engsten Nähebereich, den der Familie, der Freundschaft, der Liebe, auch dort nur mit schwindendem Erfolg, herauszuhalten versuchen.

Der Neoliberalismus ist somit nicht nur eine heute modisch gewordene Wirtschaftstheorie, die dasjenige, was tatsächlich geschieht, plausibel abbildet. Er hat die Dynamik der Kapitalbewegungen und des Profites auch zu einer neuen Ethik erhoben, zu einer Deregulierungsethik von allem und jedem, zu einer Ethik der Autonomie und der Freiheit, die aber verbirgt, dass sie diese Freiheiten nicht den einzelnen Menschen bringt, sondern dem Kapital, dessen eigengesetzliche, „spontane“ Dynamik sie so auch in den Subjekten freisetzt. Auf die Verletzlichkeit dieser Autonomie hat Sigrid Graumann (2003) schon hingewiesen. Vielleicht müsste man, diese These verschärfend, noch hinzufügen, dass die Möglichkeiten, die sie mit dem Markt eröffnet, von diesem im gleichen Atemzug auch schon wieder annulliert werden. Was sich jetzt, nach dem Sieg des Kapitals abspielt, ist die Einnistung dieses betrügerischen Autonomiediskurses in den Köpfen auch seiner ehemaligen Gegner, in unseren eigenen Köpfen. Wir situieren uns zunehmend nur noch in der Dimension von Verkäufern und Kunden und bestimmen die Welt, aber

auch uns selber dort, wo es wirklich ernst wird, nur noch als Warenwert. Und fühlen uns dadurch auch noch besonders frei.

Das aber ist eine Sackgasse. Die Kostenminimierung, die zur Profitmaximierung unerlässlich ist, wird zwar nicht die Kaufrechte, aber doch die Kaufmöglichkeiten der Psychiatriebetroffenen unnachlässig beschneiden, wie es die geplante Budgetierung von Gesundheits- und Sozialleistungen schon voraussehen lässt. Der Mythos von der Kostenexplosion im Gesundheitswesen – in Wirklichkeit ist gar nicht dessen Anteil am Bruttosozialprodukt, sondern nur der an den öffentlichen Einnahmen und Ausgaben stark angestiegen (Deppe 1996 u. 1998) –, dieser Mythos zeigt, dass der Staat, die Wirtschaft und die Medien alles tun, um uns allen den Sozialabbau als unentrinnbaren Sachzwang unterzujubeln, obwohl es in Wirklichkeit nur ein Sachzwang eines zügellosen, immer mehr neoliberal deregulierten Kapitalismus ist.

Begeben sich die Psychiatrieerfahrenen, und wir mit ihnen, auf diese gedankliche Ebene, und lassen wir auch unsere Empfindungen von der neoliberalen Ideologie der absoluten Kauf- und Verkaufsfreiheit, der universellen Vermarktbarkeit und des Profitvorrangs infiltrieren, definieren wir uns also alle als Kauf- und Verkaufsfreie, so ergibt sich daraus noch eine weitere, gefährliche Folge: wir werden dann auf längere Sicht unsere Widerstandskraft gegenüber Thesen über die parasitäre Existenz unserer Schutzbefohlenen einbüßen, Thesen gegenüber, „dass es sich für sie nicht lohnt“, weil ja im marktwirtschaftlichen Sinne nicht viel aus ihnen herauszuholen ist. Und es besteht dann auch die Gefahr, dass immer mehr von den Betroffenen das auch selber so empfinden. Renate Schernus hat dies 1999 in einem Vortrag in Krakau vor der Deutsch-Polnischen Gesellschaft für Seelische Gesundheit unnachahmlich präzise formuliert: „Ein auf ungesteuertem Wettbewerb und Gewinnmaximierung beruhendes System muss die Frage, ob es sich noch lohnt, demente alte Menschen [...] in angemessener Weise zu begleiten und zu versorgen, ehrlicher und brutaler Weise mit ‚nein‘ beantworten.“

Was bleibt uns also zu tun? Das Vordringlichste scheint mir, diesem Diskurs von vornherein entgegenzudenken, die neoliberale Ideologie überall dort, wo sie aus unserer Arbeit, aus unserer Zuwendung zu den Benachteiligten „wertschöpfend“ Profit zu ziehen sucht, aber auch da, wo sie uns mythologisierend in die Irre führt, auf ihren eigenen Nenner zu bringen und damit überhaupt erst in ihrem totalitären Geltungsanspruch erkennbar zu machen, bevor sie, wie ein Krebsgeschwür, in unsere eigenen Empfindungen und Gefühle eindringen kann.

Damit dafür eine Chance besteht, müssen wir schon bei der für die totale Vermarktung unabdingbaren Zurichtung ansetzen: verweigern müssen wir uns nicht nur ihrem Diskurs, sondern schon der restlosen Quantifizierung menschlicher Zuwendung in Zeitminuten und ihrer lückenlosen Dokumentation, wo Kosten- oder Leistungsträger dies von uns fordern: nicht ihnen, sondern den uns anvertrauten Patienten sind wir Transparenz

schuldig. Auch dann werden wir wahrscheinlich nur wenig retten können: bestenfalls einige Nischen. Aber vielleicht können wir doch durch die Verschwendung von Zuwendung auch etwas Sand in das Vermarktungsgetriebe der Psychiatrie, des Gesundheitswesens und der ganzen Gesellschaft streuen.

Ich weiß, das alles sind vorerst nur Verweigerungs- und Proteststrategien. Ein aussichtsreiches gesellschaftliches Gegenmodell habe auch ich nicht anzubieten. Dass ich mich Gruppen wie „Attac“ innerlich verbunden fühle, die gegen die Weltbank, den Internationalen Währungsfonds und die kapitalistische Globalisierung protestieren, wird nach diesen Ausführungen niemanden verwundern, selbst wenn ich einräumen muss, dass ich auch in ihren Thesen noch keine weiterführenden Horizonte erblicken kann. Aber vielleicht bleibt vorerst gar nichts anderes übrig, als mit einer radikalen Verneinung und Verweigerung zu beginnen, in der Hoffnung, dass aus ihr eines Tages doch eine neue gesellschaftliche Vision eines solidarischen Zusammenlebens aller Menschen erwächst, und damit auch einer selbstverständlichen Solidarität mit den am meisten Benachteiligten.

Literatur

- Deppe, H.-U. (1996). Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen ist eine Erfindung der Politik. *Frankfurter Rundschau* v. 18.06.1996
- Ders. (1998). Neoliberalismus und Arzt-Patient-Beziehung. In: Ders. (Hg.) *Medizin und wirtschaftlicher Wettbewerb* (S. 125-135). Frankfurt a. M.: VAS
- Graumann, S. (2003). Autonomie, ein verletzliches Gut. *Forum Kritische Psychologie* 46, S. 52-62
- Haug, F. (2003). Patientin im neoliberalen Krankenhaus. *Forum Kritische Psychologie* 46, S. 37-51
- Schernus, R. (1999). Lohnt sich das noch, die Arbeit mit schwerstgestörten und dementen alten Menschen? Vortrag auf dem X. Symposium d. Dt.-Poln. Ges. f. Seelische Gesundheit in Krakau, Okt. 1999. *Dialog*, Nr. 9 (2000). [Http://www.p-ntzp.org/fil/dialog-9/schernus-n.pdf](http://www.p-ntzp.org/fil/dialog-9/schernus-n.pdf) (14.10.06)
- Wulff, E. (1971). Der Arzt und das Geld. Der Einfluss von Bezahlungssystemen auf die Arzt-Patient-Beziehung. *Das Argument* 69, S. 965-970
- Ders. (1998). Mehr Qualität durch mehr Kontrolle? *Soziale Psychiatrie* 81, S. 26-30