

# Sparpolitik und Psychiatrie

■ D. Hell

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Sparen ist angesagt, gerade auch im Gesundheitswesen. Eine Kürzung der Ressourcen wirkt sich besonders gravierend in der Psychiatrie aus, die über kein finanzielles Polster verfügt, sondern in den letzten Jahrzehnten (mit wirtschaftlicher Prosperität) nur die grössten Versorgungslücken schliessen konnte.

## Historische Erfahrungen

Zwar kann ein Mangelzustand auch herausfordernd sein und zu neuen Ideen anregen, aber ein Blick in die Geschichte der Psychiatrie warnt vor illusionären Erwartungen. Die Gefahr psychiatrischer Missstände war immer dann am grössten, wenn finanzielle Knappheit mit wachsenden sozialen Schwierigkeiten einherging. Solche Zeiten verleiten zu einfachen technischen und organisatorischen Lösungen, die dem einzelnen Individuum nicht gerecht werden konnten. So ist die weite Verbreitung des eugenischen Gedankengutes zu Beginn des 20. Jahrhunderts nur auf dem Hintergrund enormer sozialer Probleme zu verstehen. Umgekehrt konnte ein medizinischer Fortschritt wie die Einführung der Neuroleptika erst grössere Akzeptanz in der Bevölkerung finden, als die Psychiatrie sich dank wirtschaftlicher Prosperität und liberalerem Denken gegen Ende des 20. Jahrhunderts tiefgehend reformierte und damit einen Teil der repressiven Gewalt verlor, die zuvor die Neuroleptika als chemische Zwangskeulen erscheinen liessen.

Ein Blick zurück macht zusätzlich deutlich, dass psychiatrische Missstände neben sozialer Not auch mit bestimmten gesellschaftlichen bzw. psychiatrischen Haltungen zusammenhängen. So verband sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts soziale Not mit den Wertvorstellungen einer hierarchisch und ordnungsorientierten «Volksgemeinschaft» bzw. einer kustodialen Psychiatrie. Heute sind die Verhältnisse anders. Die psychosozialen Schwierigkeiten treten in einer zugleich individualistisch wie global ausgerichteten Gesellschaft auf. Damit verändert sich auch die Art der Gefährdung, die eine psychiatrische Minderversorgung mit sich bringt.

## Aktuelle Stolpersteine

Die Hauptgefahr scheint mir darin zu bestehen, dass heute kurzfristig angelegte Behandlungsprogramme wegen ihrer leichter zu erfassenden Kosten-Nutzen-Rechnungen längerfristig angelegte Behandlungs- und Entwicklungshilfen (mit umständlich zu erstellenden Kosten-Nutzen-Analysen) verdrängen. Hier setzt sich die gesamtgesellschaftlich zu beobachtende Tendenz der isolierten ökonomischen Effizienzsteigerung und Flexibilisierung auch im psychiatrischen Setting fort. Dies kann zur Folge haben, dass die psychosoziale Deregulierung durch punktuelle Behandlungsmassnahmen eher gefördert als gehemmt wird. Eine kurzfristige Beseitigung von Symptomen – ohne Einbettung der Behandlung in eine tragende Beziehung – könnte nämlich mit einer längerfristigen Schädigung der Persönlichkeits- und Sozialentwicklung (mit Labilisierung von Psychosekranken, Zunahme von Borderline- und bipolaren Störungen und der Verbreitung eines Demoralisations-syndroms) erkaufte werden.

Eine solche Entwicklung dürfte durch das derzeit vorherrschende Organisationsmodell im Gesundheitswesen noch unterstützt werden. Zum einen steht mit der Einführung des Globalbudgets ein Mittel zur Verfügung, die finanzielle Verantwortung an die einzelne Institution und – in Fortsetzung dieses Prinzips innerhalb der Institutionen wiederum an einzelne Kostenträger – zu delegieren. Der an sich gute Grundgedanke der Entscheidungsdelegation macht allerdings in wirtschaftlichen Rezessionszeiten das Kürzen von Ressourcen erheblich leichter. Es ist einfacher, einen abstrakten Betrag von zig Millionen in einem Globalbudget zu streichen als den Stellen- und Betreuungsabbau den betroffenen Mitarbeitern und Patienten mitzuteilen und ihnen gegenüber zu verantworten.

Darüber hinaus werden mit der Zuteilung der Globalbudgets oft auch politisch motivierte Rahmenbedingungen vorgegeben, nach denen sich der Einsatz der (noch) vorhandenen Mitteln zu richten hat. Hohe Priorität wird dabei eher Sicherheitsaspekten der Bevölkerung sowie der stationären Akutbehandlung eingeräumt, während z.B. die geduldige Förderung von chronisch Kranken oder die engagierte Betreuung von Suchtkranken kein vorrangiges Ziel ist. Paradox mutet es auch an, wenn auf der einen Seite ein Qualitätsabbau der Versorgung hingenommen wird und andererseits mit immer höheren Ausgaben Massnahmen im Qualitätsmanagement gefördert werden,

wodurch der Betreuung weiteres Geld entzogen wird.

## Abbau und Reform

Diese gesundheitspolitische Situation kann Psychiatrieverantwortliche dazu verleiten, das Bestehende defensiv zu verteidigen, um die finanziellen Abstriche möglichst gering zu halten. Diese defensive Haltung wird z.T. mit der US-amerikanischen Entwicklung begründet, bei der eingreifende Psychiatriereformen der «Mental Health»-Bewegung dazu benutzt wurden, gesamthaft die Mittel der Psychiatrie in den USA massiv zu kürzen (was sich für die heute oft obdachlosen Schwerkranken katastrophal auswirkt hat).

Trotz der geäusserten Bedenken plädiere ich für weitere Reformen. Es scheint mir aber eine wesentliche Voraussetzung solcher Reformen zu sein, dass sie tatsächlich die gegenwärtigen Schwierigkeiten der psychisch Kranken und ihrer Angehörigen berücksichtigen. Diese Schwierigkeiten sind immer häufiger durch Isolation und Demoralisierung geprägt, die zu den manifesten Krankheitszeichen hinzukommen. Es genügt deshalb m.E. nicht, die Psychiatrie zu biologisieren und an den manifesten psychosozialen Schwierigkeiten vorbeizusehen. Es genügt wohl auch nicht, nur die äusseren Bedingungen eines Patienten ins Blickfeld zu nehmen und das innere Erleben als sekundär zu betrachten. Dies würde dazu führen, den Patienten nur als Objekt zu behandeln und die zu treffenden Entscheide allein auf rechnerischer Basis zu machen.

Es sind Reformen nötig, welche einerseits die Behandlung am Wohnort oder in den Familien erleichtern und welche andererseits die Voraussetzungen zum Aufbau einer therapeutischen Beziehung stärken. Dazu gehören unter anderem Konzepte wie mobile Equipen und Gastfamilien zur Krisenbewältigung.

Je kürzer die Klinikaufenthalte werden, desto mehr muss auch darüber nachgedacht werden, ob niedergelassene ärztliche Therapeutinnen und Therapeuten ihre Therapie stationär fortsetzen oder im stationären Rahmen bereits aufnehmen können. Wo die Kontinuität einer Behandlung durch gesellschaftliche und institutionelle Bedingungen immer schwieriger wird, sind alternative Versorgungsmodelle zu prüfen.

Es wäre aber gefährlich, auf den jetzigen Stand der psychiatrischen Versorgung zu verzichten, bevor solche Alternativen nicht realisiert werden können.

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Daniel Hell  
Psychiatrische Universitätsklinik  
Postfach 68  
CH-8029 Zürich