

# GESUNDHEIT braucht POLITIK

verein  
demokratischer  
ärztinnen und  
ärzte



ZEITSCHRIFT FÜR EINE SOZIALE MEDIZIN Nr. 3/2013 | Solibeitrag: 5 Euro | ISSN 2194-0258



## »Es ist zum verrückt werden...«

Zur Ökonomisierung der Psychiatrie

Initiative »Weg mit PEPP!«: Das Pauschalierende Entgeltssystem geht an den Bedürfnissen der Menschen vorbei S. 7

Ingelore Fohr: »Zum Nutzen der PatientInnen« Zur Behandlung der Schizophrenie S. 14

Wolfgang Schmidbauer zum Fall Mollath: »Wahn und Wahnwitz – Gehört ein Liebeskranke in die Psychiatrie?« S. 17

---

## In dieser Ausgabe

---

- 3 Wulf Dietrich: **Markt frei für die Psychiatrie**
- 4 **Rückschritt durch Ökonomisierung. Zu den aktuellen Entwicklungen in der Psychiatrie**
- 6 Presseerklärung des vdää: **Pauschalierende Entgelte in Psychiatrie und Psychosomatik nicht einführen!**
- 7 **Das PEPP-System setzt falsche Anreize. Hintergrundpapier für die Kampagne**
- 9 **Kritik von allen Seiten. Gemeinsamer Standpunkt vieler Fachverbände**
- 11 **PEPP in der Kinder- und Jugendpsychiatrie**
- 13 **Gegen Kurzzeitversorgung und Personalabbau. Argumente von ver.di für eine gute, flächendeckende Versorgung psychisch Kranker**
- 14 Ingelore Fohr: **Zum Nutzen der PatientInnen. Über die Behandlung der Schizophrenie im Spannungsverhältnis von Patientenorientierung und ökonomischen Zwängen**
- 16 vdää: **Antrag auf Satzungsänderung**
- 17 Wolfgang Schmidbauer zum Fall Mollath: **Wahn und Wahnwitz. Gehört ein Liebeskranker in die Psychiatrie?**
- 19 Presseerklärung des vdää: **Größter Deal in der Krankenhauslandschaft**
- 20 Ernst Girth: **Offensichtlich unfähig. Zum Missbrauch der Psychiatrie im Fall von vier Steuerfahndern in Hessen**
- 21 Kirsten Schubert: **Psychiatrie in der Krise. Zum Ende der psychosozialen Versorgung in Griechenland**
- 22 Hans-Ulrich Deppe: **Stichwort: Ökonomisierung**
- 24 Klaus Dörner: **Eine Art Ausfallbürgerschaft. Über Nachbarschaft als Lebendigkeit des Sozialraums**
- 27 Wulf Dietrich: **Sparpolitik kann töten. Rezension**

---

## Termine

---

### Manifest für ein Egalitäres Europa

Diskussionsveranstaltung mit  
Karl Heinz Roth

am: 17. Oktober 2013

um: 19 Uhr

in: Frankfurt a.M., Bürgerhaus Saalbau  
Gallus, Frankenallee 111

Veranstalter: medico international, vdää,

express – Zeitung für sozialistische Betriebs-  
und Gewerkschaftsarbeit, kein mensch ist  
illegal Hanau

### Jahreshauptversammlung

am: 18.–20. Oktober 2013

in: ver.di-Bildungsstätte Berlin

verein  
demokratischer  
ärztinnen und  
ärzte



### Der vdää

ist bundesweit organisiert; er setzt sich für die Demokratisierung der Strukturen der ärztlichen Standesvertretung ein und versucht Einfluss zu nehmen auf die Gesundheitspolitik.

Sollten Sie weiterhin von uns informiert werden wollen, so setzen Sie sich bitte mit unserer Geschäftsstelle in Verbindung. Wir werden Sie dann weiterhin auf dem Laufenden halten. Die Zeitschrift »Gesundheit braucht Politik« ist das Vereinsblatt, das viermal jährlich erscheint. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Vereinsmeinung wieder.

### Redaktion

Wulf Dietrich, Thomas Kunkel,  
Nadja Rakowitz, Kirsten Schubert  
Bernhard Winter  
(info@vdaee.de)

### Impressum

Gesundheit braucht Politik 3/2013  
ISSN 2194-0258

Hrsg. vom Verein demokratischer  
Ärztinnen und Ärzte

### Geschäftsstelle:

Kantstraße 10, 63477 Maintal

Telefon 0 61 81 – 43 23 48

Mobil 01 72 – 1 85 80 23

Fax 0 61 81 – 49 19 35

Email info@vdaee.de

Internet www.vdaee.de

Bankverbindung: Kto.-Nr. 137 476 03,

Postbank Frankfurt, BLZ: 500 100 60

Satz/Layout: Birgit Letsch,

Email birgit.letsch@t-online.de

Druck: Druckerei Grube

### Bilder

Birgit Letsch, Sara Katsani



## Editorial

# Markt frei für die Psychiatrie

Ja, eigentlich müssten wir in diesem Heft über den Ausgang der Bundestagswahl sprechen. Bei der Themenplanung dieses Heftes hatten wir überlegt, dass es zu diesem Zeitpunkt noch zu früh ist, Aussagen über die künftige Gesundheitspolitik zu machen. Es war nicht vorhersehbar, dass die FDP es nicht mehr in den Bundestag schaffen würde. Ganz ohne Schadenfreude: Die Nachricht vom Scheitern der FDP war die positivste der Wahlnacht. Geht, oder besser, ging doch die größte Gefahr für die solidarische Organisation unseres Gesundheitswesens von der FDP aus. Diese Partei steht für Privatisierung, Konkurrenz und freien Markt, Ausbau der privaten Krankenversicherung, für Kostenerstattung und Selektivverträge. Nicht umsonst war Daniel Bahr der Liebling der Ärzteschaft: Nach Angaben der Ärztezeitung wollten 17 Prozent der Ärztinnen und Ärzte die FDP wählen.

Auch Entwicklungshilfeminister Niebel hat nichts dafür getan, dass »Global Health« heute eine höhere Priorität in der Bundespolitik hätte.

Gesundheitspolitisch wurde also gut gewählt. Die CDU/CSU hat kein großes Interesse an der Gesundheitspolitik, sie möchte, dass alles so bleibt, wie es ist. Natürlich und leider ist mit der Wahl auch das Thema Bürgerversicherung vom Tisch. Egal, wer das Gesundheitsministerium von der CDU oder dem kommenden Koalitionspartner erhält, die Bürgerversicherung wird es nicht geben. Es sei denn, die privaten Versicherungen geben das Geschäft wegen der steigenden Kosten mit der Vollversicherung der Privatpolicen in der Zukunft selber auf.

Aber zum Thema Psychiatrie, dem Thema dieses Heftes. Klaus Dörner hat vor vielen Jahren von der »Ausgrenzung der bürgerlichen Unvernunft« gesprochen, die zur Isolation psychisch Kranker in psychiatrischen Großanstalten führte. Diese wurden in den vergangenen Jahren tendenziell aufgelöst. Doch hatten die psychiatrischen Kliniken abrechnungsmäßig einen Sonderstatus: Das DRG-System galt nicht für sie. Psychische Erkrankungen nehmen zu oder werden heute häufiger diagnostiziert und es gibt – teure – Pharmaka zu deren Behandlung. Das macht die Abrechnung der Kosten natürlich interessant. Gegen den Widerstand praktisch aller Fachverbände – nur einige Psy-

chotherapeuten-Organisationen sind nicht dabei – und interessanterweise mit Zustimmung der Krankenkassen wurde per Ersatzvornahme das pauschalierende Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) eingeführt und soll in den nächsten Jahren umgesetzt werden. Das Hauptargument gegen die Einführung der PEPP ist, dass die Diagnosen psychischer Erkrankungen nicht unbedingt etwas aussagen über Dauer und Aufwand der Behandlung. Eine Appendizitis ist eine Appendizitis und wird, einschließlich der Komorbiditäten und Komplikationen im DRG-System abgebildet. Bei psychischen Erkrankungen ist dieser Zusammenhang nicht gegeben. Hinzu kommt die prinzipielle Kritik an den

DRGs als Abrechnungsgrundlage im stationären Bereich: DRGs führen zu unnötiger Fallzahlmehrung und der Selektion besonders günstig abzurechnender Diagnosen und Prozeduren.

Diese Ausgabe von »Gesundheit braucht Politik« setzt sich nun kritisch mit der Einführung dieser PEPPs auseinander. Speziell die potentiellen Auswirkungen auf die Patientenversorgung werden untersucht.

Das Stichwort von Uli Deppe zu »Ökonomisierung« soll die Begrifflichkeit in der Diskussion klären und zur Diskussion anregen. Zunehmend wird dieser Begriff auch von konservativer Seite zur Kritik am Gesundheitswesen verwendet. Und schließlich gibt die Presseerklärung des vda zum Kauf der Rhön-Kliniken durch Fresenius unseren Standpunkt zu dieser Fusion wider.

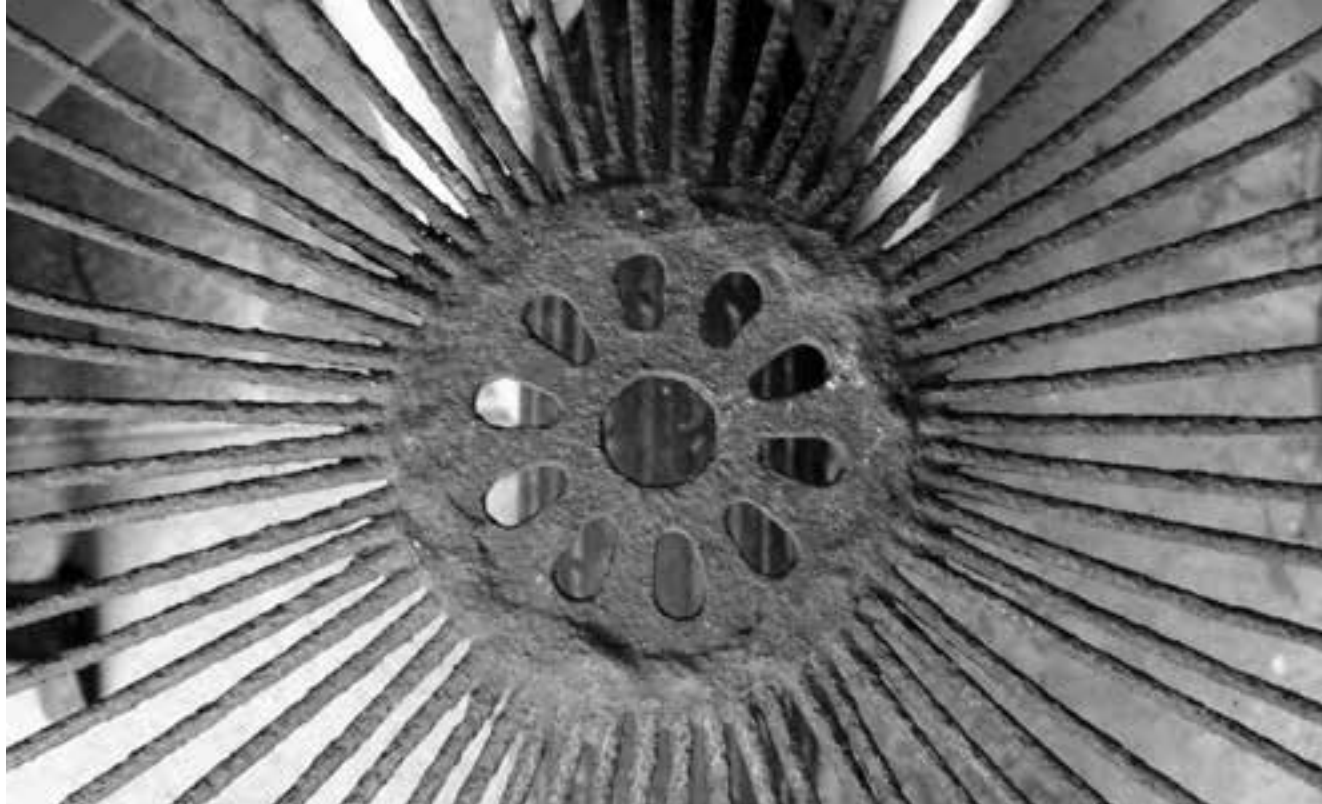
Bei allen negativen Nachrichten wünsche ich Ihnen viel Spaß beim Lesen dieser Ausgabe.

**Wulf Dietrich**



Nach langem Überlegen und noch längerem Suchen geeigneter Bilder sind wir zu dem Schluss gekommen, dass sich das Thema Psychiatrie nicht einfach illustrieren lässt – noch weniger die Ökonomisierung der Psychiatrie. Deshalb haben wir uns entschlossen, Strukturen und Durcheinander in Natur und sonstwo darzustellen. Möge jede Leserin und jeder Leser selbst Verbindungen zum Thema herstellen.





# Rückschritt durch Ökonomisierung

## Zu den aktuellen Entwicklungen in der Psychiatrie

Nachdem die somatischen Krankenhäuser mittels DRG und verschärfter betriebswirtschaftlicher Konkurrenz durchökonomisiert und in kapitalistische Fabriken umgewandelt wurden, steht nun eine ähnliche Umgestaltung in der Psychiatrie an. Nadja Rakowitz fasst einen Vortrag zusammen, den Dr. Michael Grube, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie-Psychosomatik am Klinikum Frankfurt Höchst im Rahmen einer vdä-Veranstaltung im August in Frankfurt/M. gehalten hat.

Anfang der 1970er Jahre gab es enormen Reformbedarf in der Psychiatrie in Deutschland. Mit dem nationalsozialistischen »Halbierungserlass« vom 5. September 1942 wurde den psychisch Kranken ihre Heilbarkeit abgesprochen. Sie wurden als Behinderte und chronisch Kranke eingestuft mit der Folge, dass bei Krankenhausaufenthalten im Vergleich zu somatisch Kranken nur die Hälfte der Krankenhauskosten bezahlt werden mussten. Dieser Erlass galt noch bis zum Juli 1982! Entsprechend sah die Organisation der psychiatrischen Versorgung in den alten »Heil- und Pflegeanstalten« (Fachkrankenhäusern) aus: Laut einem ersten Zwischenbericht der Psychiatrie-Enquête-Kommission von 1973, in dem 130 psychiatrische Fachkrankenhäuser untersucht wurden, waren in Deutschland ein Drittel der PatientInnen schon mehr als zehn Jahre stationär untergebracht; nur ein Drittel wies eine Verweildauer von weniger als einem Jahr auf. Mit einer äußerst dürftigen Personalausstattung waren 60 Prozent der PatientInnen in Räumen mit mehr als fünf Betten und 40 Prozent in

Räumen mit mehr als zehn Betten untergebracht.

Abschließend empfahl die Enquête-Kommission im November 1975 für die Psychiatrie in Deutschland folgendes:

- Auf- und Ausbau eines bedarfsgerechten, gemeindenahe Versorgungssystems mit ambulanten und komplementären Diensten
- Koordination und Zusammenarbeit innerhalb der Versorgungssysteme und Standardversorgungsgebiete
- Aus- und Aufbau ambulanter Dienste und psychiatrischer Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern
- Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung
- vorrangige Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher und Alkohol- und Suchtkranker
- Gleichstellung körperlich und seelisch Kranker in rechtlicher, finanzieller und sozialer Hinsicht

In der Folge verbesserte sich die Situation für Psychiatrie-PatientInnen deutlich, wenn auch die Forderungen der Enquête-Kom-

mission nie ganz umgesetzt wurden.

Finanziert wurde die Psychiatrie seitdem über tagesgleiche Pflegesätze für alle Patienten, die krankenhaushausindividuell vereinbart wurden. Dies barg – wie in der somatischen Versorgung auch – problematische Anreize für lange Verweildauern und Selektionstendenzen.

Die personelle Strukturqualität wurde gesichert durch die eine Personalverordnung, die ungewöhnlich erfolgreiche sog. Psych-PV, die im Dezember 1990 eingeführt wurde und die einen gesetzlich gültigen Personalschlüssel für psychiatrische Krankenhäuser festlegte. Gemäß der Psych-PV orientiert sich die Personalausstattung an der Diagnosestruktur und der Auslastung; sie stellte einen Rechtsanspruch auf Mindestpersonalausstattung dar. Allerdings wurde diese Regelung schon 1996 in, wie Peter Kruckenberg schreibt, in gemeinsamer (Un-)Verantwortlichkeit von Krankenhäusern, Krankenkassen und BMG regional unterschiedlich unterlaufen. Kruckenberg schätzt, dass die Psych-PV im Jahr 2009 im Schnitt nur zu

80-85 Prozent umgesetzt war, mit großen regionalen Differenzen. Es gab zwar 2009 mit dem KHRG ein neues Gesetz, in dem als eine Aufgabe der Selbstverwaltung Wiederherstellung der Psych-PV-Besetzung festgehalten wurde, dies wurde aber bis 2012 nie bewältigt.

Da das INEK bei seinen Berechnungen der neuen Finanzierungsgrundlagen für die zukünftige Bestimmung der PEPPs im Jahr 2009 den Erfüllungsgrad der Psych-PV ignorierte, wurde die Unterbesetzung im neuen System so festgeschrieben. Zwischen 2009 und 2012 werden die PEPPs entwickelt und die Form ihrer Durch- und Umsetzung breit diskutiert. Trotz der Ablehnung durch fast alle Fachverbände, Bundesarbeitsgemeinschaften, durch die Gewerkschaft ver.di, trotz öffentlicher Proteste, trotz 32.000 innerhalb einer Woche gesammelter Unterschriften von Angehörigen-, Betroffenen- und Professionellenverbänden und vielfach publizierten Kritik wurde am 19. November 2012 von Gesundheitsminister Daniel Bahr gegen den Willen der Deutschen Krankenhausgesellschaft das Gesetz in Ersatzvornahme eingeführt.

Das neue Entgeltsystem PEPP, das in den folgenden Artikeln in dieser Zeitschrift noch ausführlicher erklärt werden wird, enthält im Wesentlichen folgende Regelungen:

- ersatzlose Streichung der Psych-PV ab 2017
- Festlegung von Inzidenz- und Morbiditätsunabhängigen Landesbudgets
- Degression bis zu 75 Prozent (siehe Abbildung)
- fehlende Berücksichtigung der Erfordernisse regionaler Pflichtversorgung

Als die DRG in den somatischen Krankenhäusern eingeführt wurden, hat man ebenfalls alle Personalstandards abgeschafft, mit der Folge, dass die Krankenhäuser unter Konkurrenz- und Kostendruck als erstes dort gespart haben, wo das meiste Geld ausgegeben wird: beim Personal. Innerhalb von etwas mehr als zehn Jahren wurden in der Pflege von

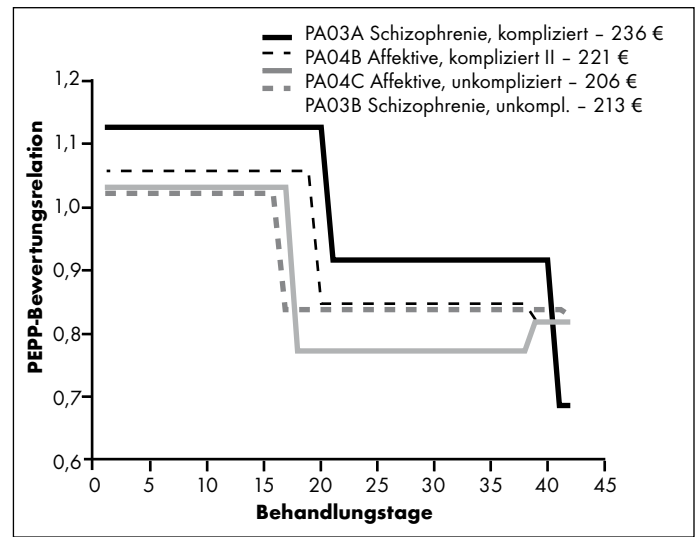
ca. 350.000 Stellen (VK) 50.000 abgebaut, während die Fallzahl erhöht und die Verweildauer der PatientInnen gesenkt wurde.

Im Ergebnis hat man einen erheblichen Personalmangel erzeugt – ver.di rechnet inzwischen mit insgesamt ca. 162.000 fehlenden Stellen in den Krankenhäusern –, der inzwischen immer stärker in der Öffentlichkeit gesehen und kritisiert wird. So gibt es inzwischen in Berlin Tarifverhandlungen um Personalmindeststandards an der Charité und in verschiedenen Bundesländern Bemühungen, die Personalstandards wieder gesetzlich zu regeln.

Anstatt aus diesen Erfahrungen zu lernen, schafft man nun auch in der Psychiatrie die gesetzlichen Personalstandards ab, um den Krankenhäusern zu ermöglichen, Personal in der Konkurrenz und nach betriebswirtschaftlichem Bedarf zu entlassen. Hinzukommt die degressive Bezahlung durch die PEPPs: In den ersten Tagen bekommt ein Krankenhaus pro Tag eine bestimmte Summe an Geld pro PatientIn, nach einer bestimmten Frist (je nach Diagnose) wird diese Summe Geld gekürzt und dann nach ein paar Tagen noch einmal – als ob es in der Psychiatrie so wäre, dass die PatientInnen am Ende ihres stationären Aufenthalts weniger versorgt werden müssten!

Die Folgen für die PatientInnen schätzt Michael Grube, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie-Psychosomatik am Klinikum Frankfurt Höchst, so ein:

- unzureichende personelle Ausstattung wegen Degression
- ab 2017 Entfallen des Rechtsanspruchs auf Personalmindestausstattung (Wegfall der Psych-PV)
- Aufgeben moderner sozialpsychiatrischer Versorgungsansätze wie Gemeindenähe
- komplexe und psychotherapeutische Ansätze gefährdet, weil personalintensiv (fehlender Leistungsbezug, da Orientierung an Hauptdiagnosengruppen und nur bei 5 Prozent der Intensivbehandlungen Ressourcenorientierung)



- Fehlanreize zur Behandlung mittelschwer Erkrankter und Benachteiligung schwerer und chronisch Erkrankter

Insgesamt befürchtet Dr. Grube, dass es wegen der Degression und der daraus folgenden Unterfinanzierung zu einer Rückkehr der Verwahrspsychiatrie, zu mehr Bürokratie und in der Folge zu einer Demotivierung der MitarbeiterInnen kommen wird. Stattdessen sei für die Zukunft einer modernen Psychiatrie eine verlässliche Absicherung der Personalausstattung und damit der Beziehungskontinuität zwischen TherapeutInnen und PatientInnen notwendig. Es brauche eine bedürfnisgerechte Variation des Behandlungssettings und es müssten Modellvorhaben nach § 64 b SGB V ermöglicht werden, mit dem Ziel einer »Ambulantisierung« der stationären Versorgung, also der Flexibilisierung der Anteile zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Behandlungen.

Viele ExpertInnen sehen diese Entwicklungen genauso. Inzwischen haben attac, medico international, der Paritätische Gesamtverband, die Soltauer Initiative, ver.di und der vdä die Initiative »Weg mit PEPP« initiiert, die zum einen Unterschriften gegen PEPP sammelt (5.300 Unterschriften bis zum 28.09.2013) und zum anderen versucht, die PolitikerInnen – vor allem jetzt nach der Wahl – zu bewegen, diese falschen Entwicklungen wieder zu stoppen.

**»Anstatt aus diesen Erfahrungen zu lernen, schafft man nun auch in der Psychiatrie die gesetzlichen Personalstandards ab.«**

*(Quellen: Dr. Michael Grube: »Zur Zukunft psychiatrischer Versorgung: Weiterentwicklung der Psychiatrie-Enquete oder Rückschritt durch Ökonomisierung«, Vortrag in Frankfurt/Main vom 21. August 2013; Prof. Dr. Peter Kruckenberg: »Ist PEPP Nepp? Das neue Pauschale Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik auf dem Prüfstand Was wird aus der Personalbemessung?«, Vortrag bei ver.di Dortmund 15. Juli 2013)*

# Weg mit PEPP und DRG!

Seit längerem wird im vdä, konkret im »Arbeitskreis Krankenhausbeschäftigte im vdä« überlegt, ob und wie man eine Kampagne zur Abschaffung der DRG organisieren könnte/müsste. Im Frühjahr haben sich VertreterInnen von vdä, attac, medico international, Soltauer Initiative und Notruf 113 in Frankfurt/M. getroffen, um die Möglichkeit einer solchen Kampagne auszuloten. Es gab Einigkeit darüber, dass das unbedingt notwendig ist, aber ordentlich nicht auf die Schnelle aus dem Boden gestampft werden könne. In diesem Zusammenhang entstand dann die Idee, zuerst einmal eine Kampagne gegen die Pauschalierenden Entgelte in Psychiatrie und Psychosomatik zu initiieren, da hier – auch

angesichts der Bundestagswahlen und möglicher politischer Veränderungen – noch die Möglichkeit besteht, etwas zu verhindern. Es entstand die Initiative »Weg mit PEPP!« (siehe: [www.weg-mit-pepp.de/](http://www.weg-mit-pepp.de/)), die einerseits Unterschriften sammelt, andererseits eine Veranstaltung plant, um die GesundheitspolitikerInnen noch einmal mit der Kritik der ExpertInnen zu konfrontieren und zur Umkehr zu bewegen.

Die DRG haben wir nicht aus den Augen verloren. Wir bleiben weiter dran an der Idee – und sind auf gutem Weg, weitere und mächtigere Mitstreiter zu finden. Wir halten die Mitglieder des vdä darüber auf der Homepage auf dem Laufenden.



## Pauschalierende Entgelte in Psychiatrie und Psychosomatik nicht einführen!

Presseerklärung des vdä

Berlin, 7. August 2013

»Weg mit PEPP!« – unter diesem Motto fordert eine breite Initiative aus Ärzten, Sozialverbänden, Gewerkschaften und sozialen Bewegungen, das Pauschalierende Entgeltsystem in Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) nicht einzuführen. Am heutigen Mittwoch hat sich die Initiative in Berlin der Öffentlichkeit vorgestellt und ihre Kritik an dem geplanten Entgeltsystem begründet.

»Vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit den DRGs (Fallpauschalen in allgemeinen Kliniken) fordern wir die kommende Bundesregierung auf, das Pauschalierende Entgeltsystem in Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) nicht

einzuführen«, heißt es in einem Aufruf, mit dem sich Frank Bsirske (Vorsitzender von ver.di), Wulf Dietrich (Vorsitzender des vdä), Thomas Gebauer (Geschäftsführer von medico international), Dagmar Paternoga (Attac Deutschland), Rolf Rosenbrock (Vorsitzender des Paritätischen Gesamtverbandes) sowie Renate Schernus (Soltauer Initiative für Sozialpolitik und Ethik) Anfang Juli an die Fachwelt gewandt hatten.

In nur wenigen Tagen schlossen sich zahlreiche ärztliche Klinikleitungen, Chefärztinnen und Chefärzte, Fachverbände sowie eine Vielzahl von Einzelpersonen dem Aufruf an;

mittlerweile sind es mehr als 2 000 Unterzeichnende.

Mit dem Aufruf wird die fundierte Kritik, die die jeweiligen Organisationen seit Beginn der Debatte vorgetragen haben, gebündelt. Das Pauschalierende Entgeltsystem werde den psychiatrischen Krankheitsverläufen und damit den Bedürfnissen der Betroffenen nicht gerecht, sind sich die Initiatoren des Aufrufs einig.

Obwohl alle Fachverbände sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft das PEPP-System ablehnen, hat das Bundesgesundheitsministerium den Katalog einseitig per Verordnung festgelegt. Seit Jahresbeginn läuft eine Testphase des neuen

Finanzierungssystems in psychiatrischen Kliniken.

Die Unterschriftenaktion der Initiative »PEPP nicht einführen!« wird bis zu den Koalitionsverhandlungen nach der Bundestagswahl fortgeführt und ist Grundlage für Gespräche mit der neuen Bundesregierung. Darüber plant die Initiative eine Fachveranstaltung, in der Alternativen zu PEPP aufgezeigt werden sollen.

Eine Übersicht aller Unterzeichnerinnen und Unterzeichner des Aufrufes findet sich auf: [www.weg-mit-pepp.de](http://www.weg-mit-pepp.de)

**Dr. Peter Hoffmann**  
(Mitglied im erweiterten Vorstand des vdä)





## Das PEPP-System setzt falsche Anreize

**Das Pauschalierende Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) geht an den Bedürfnissen psychisch kranker Menschen vorbei**

Gegen den ausdrücklichen Widerstand aller Fachverbände und trotz verweigerter Zustimmung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) läuft seit dem 1. Januar 2013 die Testphase eines neuen Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik. Dieses Vorgehen wurde einseitig per Verordnung vom Bundesgesundheitsministerium festgelegt und das, obwohl die empirische Grundlage für das PEPP-System völlig unzureichend ist.

Trotz der versorgungspolitisch und volkswirtschaftlich negativen Erfahrungen mit dem System Diagnose bezogener Fallgruppen (DRG = Diagnosis Related Groups) soll mit PEPP ein ähnliches System nun auch in allen psychiatrischen Krankenhäusern eingeführt werden. Die negativen Folgen dürften noch gravierender sein als bei den DRGs. PEPP geht an den Bedürfnissen der Menschen, die auf psychiatrische Behandlung angewiesen sind, völlig vorbei, noch schwerwiegender als die DRGs in der somatischen Medizin.

Es gibt viele Unzulänglichkeiten, deshalb hier die wichtigsten Kritikpunkte:

1. Ein diagnosebezogenes Entgeltsystem widerspricht der empirisch gesicherten Erfahrung, dass in der Psychiatrie mit der Diagnose nur ca. 20 Prozent des erforderlichen Behandlungsaufwands zusammenhängt. Es wird weder der Tatsache gerecht, dass jede psychische Erkrankung höchst individuell verläuft, noch dass die jeweils besonderen Lebensumstände von Patientinnen und Patienten, deren Familien sowie deren Arbeitsbedingungen mit einbezogen werden müssen. Bei psychischen Erkrankungen ist es nicht ausreichend, allein die Patientin oder den Patienten zu behandeln.

2. Ein gravierender Mangel bei der Zeiterfassung, die dem PEPP-System zu Grunde liegt, besteht darin, dass die Tätigkeiten unterschiedlicher Berufsgruppen nur in 25-Minuten-Einheiten erfasst werden. Dies bildet jedoch nur maximal 20 Prozent des Aufwandes ab. Das meiste spielt sich in der Psychiatrie gerade bei Schwerkranken in kürzeren Zeitintervallen ab, geht aber in das System nur als zu vernachlässigende »Restgröße« ein. Der größte Anteil des Personalaufwands

für Patientinnen und Patienten mit schweren akuten Erkrankungen – die krankenschwangerische Behandlung rund um die Uhr – konnte nicht gemessen werden und ging damit nicht in die Berechnungen ein.

3. Außerdem wurde ein gestufter, sehr erheblicher Abbau der Tagesentgelte im Zeitablauf der Behandlung eingeführt (so genannte Degression). Dies steht im Widerspruch zum gesetzlichen Auftrag, individuelle, aufwandsbezogene Tagesentgelte zu ermitteln. Degression passt nicht zu den häufig fluktuierenden Verläufen einer schweren psychischen Erkrankung, da unter anderem am Ende einer stationären Behandlung oft ein größerer Aufwand dadurch entsteht, dass die Entlassung vorbereitet und die ambulante Betreuung sichergestellt werden muss.

4. Insgesamt setzt das PEPP-System Anreize in die falsche Richtung. Dass Wiederaufnahmen vor Ablauf eines Vierteljahres mit einer Absenkung der Pauschale gleichsam »bestraft« werden sollen, folgt ebenfalls einer fiskalischen Logik, die den Besonderheiten psychiatrischer

**Anlässlich der Kampagne »Weg mit PEPP!« haben die Initiatoren Attac Deutschland, medico international, Paritätischer Gesamtverband, Soltauer Initiative für Sozialpolitik und Ethik, Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di und der vdä dieses Hintergrundpapier geschrieben zur Begründung ihrer Kritik.**



Krankheitsverläufe nicht gerecht wird und mit einer angemessenen Patientenversorgung nicht zu vereinbaren ist. Wenn noch behandlungsbedürftige Patientinnen und Patienten zu früh entlassen werden und bald darauf (oftmals dann als Notfall) wieder aufgenommen werden müssen, entsteht ein erheblicher Drehtüreffekt. Wenn es schon zu einer Verkürzung der Krankenhausaufenthalte kommen soll, sind Anreize für eine intensive Behandlung außerhalb des stationären Bereichs zu fordern. So werden durch das PEPP-System ökonomische Anreize geschaffen, schwer psychisch kranke Menschen schneller zu entlassen und Patientinnen und Patienten mit geringeren psychosozialen Beeinträchtigungen länger stationär zu behalten.

5. Darüber hinaus können durch zu frühe Entlassungen die ambulanten gemeindepsychiatrischen Dienste den Ansprüchen der Menschen mit den jetzigen getrennten Systemen nicht gerecht werden. Der Ruf nach sta-

tionären Angeboten und geschlossenen Heimen wird noch größer werden als bisher. Ein Entgeltssystem, das den besonderen Bedürfnissen psychisch erkrankter Menschen gerecht werden soll, muss ambulante Angebote flexibel ermöglichen. Beispielsweise ist die vom Krankenhausbett entkoppelte Behandlung im alltäglichen Umfeld (Home-treatment) oder eine intensiv ambulante Behandlung im PEPP-System nicht vorgesehen, obwohl sie nach aktuellen fachlichen Erkenntnissen am wirkungsvollsten für die Genesung psychisch erkrankter Menschen ist. Die stationäre Behandlung ist mit den ambulanten Angeboten zu verknüpfen.

6. Befürchtet werden muss auch, dass es zu einer vermehrten Medikalisierung, insbesondere in Form medikamentöser Ruhigstellung der Patientinnen und Patienten, und häufigeren Aufhalten in geschlossenen Stationen kommt, wenn aufwändige Therapiemöglichkeiten und personalintensive Begleitungen und Gespräche immer weniger angeboten werden können. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen Zeit für Gespräche mit den Patientinnen und Patienten haben.

7. Außerdem besteht die Gefahr, dass insbesondere profitorientierte Krankenhäuser versuchen werden, wenig lukrative, vor allem schwer psychisch Kranke, für die die Finanzierung über das PEPP-System nicht ausreicht, in öffentliche und gemeinnützige psychiatrische Krankenhäuser mit Versorgungsverpflichtung abzuschieben und sich vor allem auf erlösrelevante, gewinnträchtige Behandlungen zu konzentrieren. Eine Versorgungsverpflichtung auch für schwer kranke Menschen muss in allen Krankenhäusern bestehen.

8. Die Anfang der Neunzigerjahre erstrittene Personalverordnung Psychiatrie (Psych-PV) war neben dem Ausbau ambulanter Netzwerke ein entscheidender Schritt für die Weiterentwicklung der Sozialpsychiatrie. Sie hat vor weiterem Personalabbau geschützt. Die Psych-PV soll bis 2016 abgeschafft werden. Wie in den somatischen Allgemein-

krankenhausesabteilungen wird bei Einführung des PEPP und Abschaffung der Psych-PV der Kostenwettbewerb über Personalabbau vor allem in der Pflege, bei Therapeutinnen und Therapeuten sowie im Sozial- und Erziehungsdienst ausgetragen werden. Gleichzeitig wird der Verwaltungsaufwand (Dokumentation und Kodierung) erheblich zunehmen und damit Zeit für die eigentliche Arbeit mit den Patientinnen und Patienten fehlen. Der Druck auf die Stundenlöhne von Pflegekräften und hauswirtschaftlich Beschäftigten wie Reinigungs- oder Küchenkräfte wird sich weiter verschärfen. Die Mindeststandards der Psychiatrie-Personalverordnung müssen erhalten bleiben.

Ab 2015 soll PEPP verbindlich für alle Krankenhäuser gelten. Im Herbst soll nach Gesprächen zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) und der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) von politischer Seite entschieden werden, ob der Umsetzungsprozess fortgesetzt wird. Wenn ja, soll es bis 2016 eine erlösneutrale Einführungsphase geben, von 2017 bis 2021 dann die »Scharfstellung« des neuen Entgeltsystems auf der Grundlage eines landesweiten »Basisentgeltwerts«. 2016 ist dem Deutschen Bundestag ein Zwischenbericht vorzulegen.

Die angeführten Kritikpunkte sind so gravierend, dass der geplante Umsetzungsprozess gestoppt werden muss. Eine grundsätzlich neue politische Weichenstellung ist erforderlich. Der oder die nach der Wahl amtierende Bundesgesundheitsminister/in wäre gut beraten, eine neutrale Expertenkommission zur Bewertung nicht nur des PEPP-Systems zu berufen und einen Vorschlag zu entwickeln, der die stationäre und ambulante Behandlung verknüpft, empirische Befunde beachtet und vor allem primär an den Bedürfnissen psychisch erkrankter Menschen ausgerichtet ist.

*Berlin, 7. August 2013*

---

**»Insgesamt setzt das PEPP-System Anreize in die falsche Richtung.«**

---





# Kritik von allen Seiten

## Gemeinsamer Standpunkt von Fachverbänden zur Kalkulationssystematik der PEPPs

**Wir dokumentieren hier eine Stellungnahme vieler wichtiger Psychiatrie-Fachverbände gegen PEPP. Die unten genannten Verbände sind sich in folgenden Punkten einig:**

1. Der vom InEK 2012 vorgelegte und vom BMG gegen die Verbände und die DKG durchgesetzte PEPP Entgeltkatalog verfehlt die wesentlichen Vorgaben des §17 KHG, der ausgehend von den Behandlungsbereichen der Psychiatrie-Personalverordnung die Entwicklung eines eigenständigen, durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten vorschreibt.

2. Im Unterschied zur somatischen Medizin, die überwiegend durch die Diagnose definierte [handwerkliche und dingliche] Leistungen erbringt, ist die psychiatrische Leistungserbringung in hohem Maß nicht von der Diagnose bestimmt, sondern individualisiert auf das aktuelle Befinden und das gesamte Lebens- und Beziehungsgefüge des Patienten ausgerichtet. Ein leistungsorien-

tiertes Vergütungssystem muss dies berücksichtigen und kann sich deshalb nicht vorwiegend an der Diagnose als Kostentrenner orientieren.

3. Der vom InEK gewählte Ansatz der Fallkostenkalkulation auf der Basis diagnosebezogener Fallgruppen mit sekundär berechneten monoton degressiven Tagesentgelten bildet die individuellen Schwankungen des Behandlungsaufwandes nicht ab und setzt deshalb inadäquate Anreize zur Verweildauerverkürzung.

4. Die DKG wird aufgefordert, das InEK zu beauftragen, eine primär tagesbezogene Kalkulation durchzuführen, die den parallel zum Befinden des Patienten im Verlauf der Behandlung fluktuierenden Ressourcenverbrauch abbildet. Diese Kalkulation sollte weitgehend unabhängig von Diagnosen erfolgen und sich an einer tagesbezogenen Graduierung der psychiatrischen, somatischen und psychosozialen Aufwände orientieren. Dabei soll es nicht um die patientenindividuelle Abbildung von tagesbezogenen Einzelleistungen gehen, sondern um sachgerecht differenzierte Aufwands-

pakete, die diagnoseübergreifend nutzbar und in der Lage sind, relevante Aufwandsunterscheide tagesbezogen abzubilden.

5. Wir erwarten von der DKG, dass sie mit den Verbänden die Zielperspektive der Entgeltentwicklung für das Jahr 2021 konkretisiert. Daraus abgeleitet ist zu klären, was als Voraussetzung für den Beginn der Konvergenzphase erreicht werden muss.

### **Erläuterungen zum gemeinsamen Standpunkt der Verbände**

1. Grundlage des Entgeltsystems müssen die im §17d KHRG formulierten Anforderungen sein. Demnach muss das System eigenständig, durchgängig, leistungsorientiert und pauschalierend auf der Basis von tagesbezogenen Entgelten sein.

2. Ein »eigenständiges« Entgeltsystem muss die Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen zum Maßstab haben. Dazu gehört es insbesondere, den jeweils

---

**»Die Impulse der bisherigen Ausgestaltung des neuen Entgeltsystems müssen dringend korrigiert werden, da sie versorgungspolitisch nicht zu verantworten sind.«**

---



individuellen Versorgungsbedarf sowohl in psychischer, sozialer und somatischer Hinsicht abzubilden und zur Grundlage der Kalkulation von Relativgewichten zu machen.

3. Die durch das Entgeltsystem gesetzten ökonomischen Anreize dürfen nicht in Richtung einer systematischen, generellen Verweildauerverkürzung gehen. Deshalb sind »Sprünge« in der Finanzierungsstruktur und eine pauschale (verweildauerorientierte) Degression der Tagesentgelte strikt zu vermeiden.

4. Ein primär an der Diagnose als »Kostentrenner« orientiertes Finanzierungssystem ist für die Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik nicht geeignet, da der individuelle tagesbezogene Behandlungsbedarf in den einzelnen Diagnosegruppen nicht als ausreichend homogen anzusehen ist und damit eine diagnosebasierte Vergütung nicht als leistungsorientierte Abbildung des Kostenaufwandes anzusehen ist. Insbesondere von den Verbänden der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden bereits Kriterien für medizinisch unterscheidbare Patientengruppen vorgelegt.

5. Entgegen der Situation in der somatischen Medizin, in der zumeist diagnosespezifische Einzelleistungen zur Anwendung kommen, ist die Psychiatrie und Psychotherapie dadurch gekennzeichnet, dass weitgehend diagnoseunabhängige Maßnahmenpakete zur Anwendung kommen.

6. Ein auf der Analyse von Behandlungsfällen basierendes Finanzierungssystem ist nicht geeignet, da der individuelle Behandlungsbedarf und damit die bestehende Kostenstruktur aufgrund der individuell fluktuierenden Krankheitsausprägung eine zu große Bandbreite aufweisen.

7. Ein »leistungsorientiertes« Entgeltsystem muss den Verlauf der Erkrankung fluktuierenden im Ressourcenverbrauch sachgerecht abbilden. Dazu ist von der Realität der Krankenhausbehandlung von Patienten mit individuell verschiedener Folge von stationären, teilstationären und ambulanten Abschnitten auszugehen.

8. Die bundesweite Erfassung von Kosten- und Leistungspara-

metern zur Kalkulation des Entgeltsystems muss sich auf diejenigen Aspekte beschränken, die aufgrund empirischer Befunde geeignet sind, den tatsächlichen unterschiedlichen Ressourcenverbrauch abzubilden. Eine flächendeckende Erfassung von Leistungsparametern, die diese Anforderungen nicht erfüllen, muss beendet werden.

9. Der »Tagesbezug« des Entgeltsystems ist dahingehend zu interpretieren, dass tagesbezogen der jeweilige Aufwand pauschal, aber dennoch möglichst exakt abgebildet wird.

10. Ein »leistungsorientiertes« Entgeltsystem muss in der Lage sein, zukünftige Veränderungen in der Morbiditätsstruktur (insbesondere aufgrund demografischer, epidemiologischer und therapeutischer Entwicklungen) sachgerecht abzubilden und die dafür erforderlichen personellen und finanziellen Ressourcen zu beschreiben.

11. Im neuen Psych-Entgeltsystem werden die nicht handwerklichen, nicht Diagnose getriggerten Leistungsbereiche künftig durch Wegfall der Psych-PV, d. h. Vorgaben zur Vorhaltung von qualitativen und quantitativen Personalressourcen für diese Leistungen unternehmerisch gestaltet- und steuerbar – vor allem für Kliniken, die keine Pflichtversorgung erbringen. Der unternehmerische Steuerimpuls – eher keine Pflichtversorgung zu leisten – sondern vermehrt elektiv plan- und steuerbare Leistungen zu erbringen, ist gesetzt. Wie in der somatischen Gesundheitswirtschaft werden damit auch für die stationäre Versorgung von psychisch kranken Menschen Impulse gesetzt, vor allem plan- und steuerbarer Leistungen auszuweiten. Die Impulse der bisherigen Ausgestaltung des neuen Entgeltsystems müssen dringend korrigiert werden, da sie versorgungspolitisch nicht zu verantworten sind.

12. Im Rahmen der Vorbereitung der Konvergenzphase und der Zieldiskussion für das Jahr 2021 sind die Umsetzung der Prüfaufträge des § 17d KHRG, die ausreichende Umsetzung von Modellprojekten gemäß § 64b SGB V, die Sicherstellung

der erforderlichen Strukturqualität (insbesondere im personellen Bereich) und die Reduktion des systembedingten Misstrauensaufwandes zu gewährleisten.

**Geeignet erscheint deshalb ein Entgeltsystem, das unter gleichzeitiger Berücksichtigung der Psychopathologie (einschl. der Teilhabebeeinträchtigung und des Ausmaßes der Einschränkung beim Zurechtkommen im Alltag), des psychosozialen Kontextes und des somatischen Behandlungsbedarf seine pragmatisch zu handhabende Anzahl von tagesbezogenen Entgeltstufen (Tagescluster) identifiziert und diesen den tatsächlichen Ressourcenverbrauch zuordnet.**

*Berlin, 11. Juni 2013*

**Unterzeichnende Verbände:**

Aktion Psychisch Kranke (APK), Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefarzte psychiatrischer und psychotherapeutischer Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ackpa), Arbeitskreis der Krankenhausleitungen Psychiatrischer Kliniken (AKP), Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG Psychiatrie), Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG KJP), Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Mitarbeiter/innen des Pflege- und Erziehungsdienstes kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen e.V. (BAG PED KJPP), Bundesdirektorenkonferenz – Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK), Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie (BFLK), Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP), Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS), Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie (DGGPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Fachgruppe Psychiatrie im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD)





# PEPP in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

## Eine Zusammenfassung der kritischen Argumente der Kinder- und Jugendpsychotherapeuten

Enttäuschend für den Verband ist der *Diagnosebezug*, der so sehr an das Schema der DRGs erinnert. Der Tagessatz soll anhand einer im gesamten Aufenthalt zu führenden Diagnose einer »PEPP-Kategorie« zugeordnet werden. Innerhalb des PEPP-Systems sinkt der Tagessatz nach unterschiedlichen Zeiträumen gestuft ab und erzeugt mit dieser Abnahme die so genannte »Verweildauerdepression«. Nun gibt es aber, so der Verband, keinen wissenschaftlich belegten Zusammenhang zwischen Diagnose und Verweildauer in der Psychiatrie. In der Psychiatrie sei die Dauer der Behandlung nicht von der Diagnose sondern vom Schweregrad der Erkrankung abhängig. Die Implantation einer Hüftprothese oder die Operation eines entzündeten Blinddarms sind planbare und vorhersehbare Eingriffe. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie innerhalb der

Diagnosegruppen des PEPP ist die Varianz der Verweildauer aber sehr hoch und meist nicht vorhersagbar.

Auch sei die in manchen PEPP-Gruppen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie zugrundeliegenden Fallzahlen so klein, dass kein aussagekräftiger Mittelwert errechnet werden könne.

Damit wird die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie besonders heterogene Varianz an Verweildauern zu einem Durchschnittswert zusammengefasst, der zukünftig normativ wirken wird. Eine Klinik etwa, die eine überdurchschnittliche Verweildauer in ihrer gesamten Population aufweist, dürfte an Budget verlieren. Kliniken, die schneller arbeiten, könnten überdurchschnittlich verdienen. Dabei sind die längeren Verweildauern in vielen Fällen der fehlenden ambulanten Versorgung im Umfeld zuzuschreiben.

In der Konsequenz heißt das, dass im wirtschaftlichen Interesse ein Anreiz gebildet wird, einen Fallmix anzustreben, der vor allem viele von der psychosozialen Belastung leichter ausgeprägte Fälle, bei den gleichen PEPP-Gruppen, enthält. Ein wirtschaftliches Interesse an schweren Verlaufsfällen mit langer Liegedauer besteht hingegen nicht. Dieser Anreiz konterkariert die modernen Ansätze, möglichst viel ambulant zu behandeln und die stationäre Behandlung tatsächlich nur als ultima ratio einzusetzen, weil die stationäre Behandlung mit traumatisierender Trennung von der Familie verbunden ist.

Während also die Kurzlieger, die durchaus auch ambulant zu behandeln wären, jetzt lukrativ für die stationäre Behandlung werden und damit unnötigerweise Ressourcen verbrauchen, würden die teuren Langlieger aus

**Die Bundesregierung hat per Ersatzvornahme das vom InEK entwickelte PEPP-System eingeführt. Diese stieß bei allen Fachverbänden bis hin zur Bundesärztekammer auf einhellige Ablehnung. Nur die Bundespsychotherapeutenkammer und zwei von drei psychosomatischen Fachverbänden unterstützen deren Einführung. Für die Kinder- und Jugendpsychotherapeuten erfolgte eine detaillierte Stellungnahme, die wir hier zusammenfassend wiedergeben.**



---

**»Das bedeutet, dass aktuell evtl. die historische Chance vertan wird, in die gerade beginnende Bedarfsplanung für niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater neue Möglichkeiten der Versorgung in gemeinsamer Verantwortung zu integrieren.«**

---

finanziellen Gründen schneller in die Zuständigkeit der Jugendhilfe abgeschoben. Dies heißt, es wird zu einem Anstieg teurer und teilweise aufgrund der nicht ausreichenden psychiatrischen Behandlung evtl. auch zum Scheitern verurteilten Jugendhilfemaßnahmen kommen.

Der Verband der Kinder- und Jugendpsychotherapeuten sieht in dieser Entwicklung eine Gefährdung der über die letzten Jahrzehnte nach der Einführung des §35 a des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (SGB VIII) gewachsene Balance zwischen psychiatrischer Akutbehandlung im Kindes- und Jugendalter und psychosozialen Reha-Angeboten, inklusive erzieherischer Hilfen durch die Jugendhilfe. Eine Belastung der kommunalen Jugendhilfebudgets wird im Sinne einer Kostenverschiebung die logische Folge sein. Auch deshalb haben die kommunalen Spitzenverbände die Ersatzvornahme nachdrücklich abgelehnt.

Hiermit wird auch die Haltung der Krankenkassen verständlich: das Abschieben der schwer therapierbaren Fälle in die Jugendhilfe senkt ihre Ausgaben, da sie für diese Maßnahmen nicht mehr aufkommen müssen.

Qualitätskriterien wurden in das PEPP nicht integriert. Im Gegenteil wurde die Qualitätssicherung qua Gesetz (Psych EntgG §137 Abs. 1c) an den Gemeinsamen Bundesausschuss abgegeben.

Der Prüfauftrag zu sektorübergreifenden Finanzierungsformen wurde hintangestellt und auf einige Modelle reduziert. Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie bedeutet das, dass aktuell evtl. die historische Chance vertan wird, in die gerade beginnende Bedarfsplanung für niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater neue Möglichkeiten der Versorgung in gemeinsamer Verantwortung zu integrieren. Denn solche Möglichkeiten benötigen auch alternative Finanzierungsmodelle. Die große Spanne zwischen ambulant und stationär sowie teilstationär

bleibt also erhalten und wird sogar noch zementiert.

Mit der Ersatzvornahme wurde das Gespräch mit den Fachgesellschaften abgebrochen; darunter hat auch besonders in der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Motivation zur Mitwirkung bei der Ausgestaltung des lernenden PEPP-Systems gelitten.

Für die Zukunft sieht der Verband die Versorgungsforschung vor allem als Kalkulationsbasis für die Krankenhäuser, die aber nicht die modellhaft vernetzte Versorgung der Patienten über alle Sektoren hinweg zum Ziel hat.

Mit den PEPP wird die Chance vertan, die in Kinder- und Jugendpsychiatrie vielerorts mittlerweile gut vernetzte Zusammenarbeit mit Jugendhilfe und Reha-Trägern weiter im Sinne eines lernenden System zu entwickeln. Wenn das System fast ein Jahrzehnt nur neu kalkulieren

lernt, werden dringend notwendige Reformen in der sektorenübergreifenden Versorgung wie z. B. die Einführung von Home-treatment oder neue Formen der teilstationären Behandlung eher blockiert als gefördert.

Zu Recht kritisieren die Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, dass in einer Zeit, in der der Konsens immer größer wird, dass Kinder einer besonderen Berücksichtigung ihrer Rechte bedürfen, es für eine effektive psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in diesem Land andere Impulse braucht als nur eine veränderte Abrechnungsform der Krankenhausentgelte.

*(Zusammengefasst aus: Renate Schepker1 und Jörg M. Fegert: »Das neue Entgeltsystem PEPP als »lernendes System«, in: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 41 (3), 2013)*



# Gegen Kurzzeitversorgung und Personalabbau

## Argumente von ver.di für eine gute, flächendeckende Versorgung psychisch Kranker

### Ausbauen statt sparen

Die Zahl psychisch kranker Menschen ist in den letzten Jahren deutlich angestiegen, was nicht zuletzt auf den alltäglichen Stress und die Arbeitshetze zurück zu führen ist. Der Versorgungsbedarf psychisch kranker Menschen ist also gestiegen. Die Gesundheitspolitik der Bundesregierung reagiert darauf mit der gesetzlichen Brechstange. Gegen die Auffassung fast aller Psychiatrischen Fachverbände sowie der Gewerkschaft ver.di wurde zu Beginn des Jahres ein neues Entgelt- und Abrechnungssystem PEPP (Pauschales Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik) für Psychiatrische Kliniken eingeführt. Befürchtet wird eine deutliche Verschlechterung in der Versorgung der PatientInnen und der Arbeitsbedingungen, da das neue System die Besonderheiten in der Versorgung psychisch kranker Menschen nicht berücksichtigt.

### Gute Behandlung statt Fehlanreize

Wir wollen eine Bezahlung der Behandlung, die sich an den Bedürfnissen psychisch kranker Menschen orientiert und nicht umgekehrt. Das neue Gesetz sieht vor, die Versorgung nicht mehr wie bisher nach Tagessätzen zu bezahlen. Stattdessen soll nach einem System abgerechnet werden, das den Krankenhaus-Fallpauschalen in der Organmedizin ähnlich ist.

Das Kernproblem liegt in der sogenannten degressiven Gestaltung von Tagespauschalen. Gibt es im alten Abrechnungssystem noch »tagesgleiche Pflegesätze« pro bewilligtem Behandlungstag mit gleichbleibenden Beträgen von den Kran-

kenkassen, sinken zukünftig die Zahlungen der Kassen mit fortschreitender Behandlungsdauer. Bleibt ein Patient über einen vorab bestimmten Zeitraum hinaus krank, erhalten die Kliniken nur noch einen deutlich geringeren Prozentsatz – zum Teil nur noch 20 bis 30 Prozent – des ursprünglichen Satzes. Die Politik will damit kürzere Behandlungen und sinkende Kosten erreichen. Doch so kommt es auch zu Fehlanreizen: Gut abrechenbare PatientInnen werden bevorzugt aufgenommen oder langfristig zu behandelnde PatientInnen zu früh entlassen. Jede/r PatientIn muss auch weiterhin unabhängig von der Schwere seiner Krankheit eine individuelle und hochwertige Versorgung erhalten.

### Kontinuierliche Behandlung sicherstellen – kein vorzeitiger Abbruch

Zu befürchten ist auch, dass eine medizinisch notwendige Fortführung der Behandlung im Falle einer Wiederaufnahme hinausgezögert wird. Denn, erfolgt diese in einem Zeitraum von 21 Tagen, wird die Behandlung zu einem Fall zusammengefasst und dann nur mit dem abgesenkten Vergütungssatz bezahlt. Eine frühzeitige Entlassung könnte sich besonders gravierend auf Kinder und Jugendliche auswirken. Gerade in strukturschwachen Regionen, in denen es noch keine Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten gibt, kann ein Krankenhaus diese nicht einfach entlassen, wenn keine ambulante Anschlussbehandlung stattfinden kann.

Die bedarfsgerechte Versorgung in der Fläche muss langfristig auch für psychische und psychosomatische PatientInnen

abgesichert werden. Die Anpassung an neue Erfordernisse bei der Versorgung muss auch in einem neuen Entgeltsystem gewährleistet sein.

### Personalabbau und Qualitätsverlust vermeiden – für den Erhalt der Psych-PV

Der Gesetzgeber sieht vor, die Psych-PV aufzuheben und die Personalregelung zum bloßen Berechnungsinstrument für Budgets verkommen zu lassen. Das wird sich negativ auf die Behandlungsqualität auswirken. Die Qualität der psychiatrischen Behandlung hängt wesentlich von einer gelungenen Beziehungsqualität der PatientInnen mit qualifiziertem Personal aller Berufsgruppen ab. Dazu ist eine ausreichende Ausstattung mit Fachpersonal zwingend erforderlich. Die Erfahrungen aus der Umsetzung mit Fallpauschalen im allgemeinen Krankenhausbereich zeigen deutlich, dass ohne ein Personalbemessungsinstrument bei pauschalen Entgelten ein wirtschaftlicher Anreiz zum Personalabbau entsteht. Für die Beschäftigten würde dies eine weitere Verschlechterung der Lohn- und Arbeitsbedingungen bedeuten.

### ver.di spricht sich deshalb für die Weiterentwicklung der Psych-PV im Rahmen des neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie aus.

Die Sicherung und Qualität der Versorgung darf nicht auf dem Altar der ökonomischen Interessen geopfert werden. ver.di fordert daher die Politikerinnen und Politiker auf, sich für die **Zurücknahme des jetzt vorliegenden PEPP-Kataloges** einzusetzen und insbesondere dafür, dass die Regelungen der

Psychiatrie-Personalverordnung mit ihren Qualitätsstandards in vollem Umfang in die neue gesetzliche Regelung zur Finanzierung psychiatrischer Leistungen einbezogen wird.

*(Quelle: ver.di Landesbezirk NRW, Fachbereich 3, Juli 2013, V.i.S.d.P.: Bernd Tenbessel)*







# Zum Nutzen der PatientInnen

## Ingelore Fohr über die Behandlung der Schizophrenie im Spannungsverhältnis von Patientenorientierung und ökonomischen Zwängen

Ingelore Fohr macht am Beispiel der Behandlung der Schizophrenie mit dem Soteria-Ansatz deutlich, dass gute am Bedarf der PatientInnen orientierte Versorgung in der Psychiatrie personalintensiv ist und sein muss. Die guten Ergebnisse, die die Arbeit mit diesem Ansatz zeigen, werden, so ihre These, mutmaßlich durch die Ökonomisierung in Frage gestellt werden.

Stellen Sie sich vor, dass nach einer für Sie schweren Belastung, sei es im beruflichen oder familiären Bereich, die Ihre persönlichen Grenzen überschreitet, etwas unfassbares mit Ihnen passiert: Sie verstehen plötzlich die Welt um sich herum und sich selbst nicht mehr. Die Fähigkeit, Informationen aufzunehmen, zu ordnen, Wichtiges von Unwichtigem zu unterscheiden und das Erleben einzuordnen, ist Ihnen verloren gegangen. Sie fühlen sich völlig verunsichert und ausgeliefert. Dann entwickeln Sie die Idee, dass jemand oder etwas dafür verantwortlich ist, was Ihnen eine gewisse Orientierung gibt, Sie aber von der Außenwelt isoliert. Sie wissen nicht mehr, wer Freund und wer Feind ist. Um sich zu schützen, sind Sie jedem Menschen gegenüber erst einmal misstrauisch.

Und dann werden Sie in dieser Situation gegen Ihren Willen auf einer psychiatrischen Akutstation aufgenommen. Verschiedene Leute sprechen mit Ihnen und Sie

wissen nicht, was die von Ihnen wollen. Um Sie herum ist es laut. Menschen kommen Ihnen zu nah und Sie fühlen sich bedroht. Sie versuchen, sich verständlich zu machen, haben aber den Eindruck, dass niemand Sie versteht. Man sagt Ihnen, dass Sie hier bleiben müssen und Sie denken, dass Sie nun für immer gefangen sind. Wenn Sie versuchen, sich dagegen zu wehren, werden Sie ans Bett gefesselt und Sie fühlen sich noch stärker ausgeliefert und bedroht. Dann wird Ihnen etwas gespritzt. Vielleicht meinen Sie, dass man Sie damit töten will. Dann ordnen sich plötzlich Ihre Gedanken und Sie realisieren, wo Sie sind. Sie erleben aber weiter, dass Sie nicht frei über sich bestimmen können. Sie spüren, dass Ihre Beweglichkeit eingeschränkt ist und Sie fühlen sich weiter ausgeliefert.

Es gibt viele Berichte von Betroffenen mit Diagnose Schizophrenie, die auf eine psychiatrische Akutstation aufgenommen wurden, mit diesen oder ähn-

lichen Erfahrungen. Ob dies so sein muss, ist ein bleibendes Konfliktthema zwischen Vertretern verschiedener Ansätze der psychiatrischen Versorgung.

### Krankheitsmodelle

Es gibt verschiedene Erklärungsansätze über die Gründe, die zum Ausbruch dieser schwersten psychischen Erkrankung führen. Empirisch untersuchte quasi naturwissenschaftliche Modelle stehen systemischen oder psychoanalytischen Erklärungsansätzen gegenüber. Es gab zeitweise heftige ideologisch anmutende Auseinandersetzungen, die insgesamt aber nicht weiter führten. Inzwischen kann man einen Kern ausmachen, in dem sich verschiedene Ansätze ähneln und der in informierten Kreisen zu einem Konsens geführt hat. Vereinfacht kann man die Erkenntnisse folgendermaßen zusammenfassen: Eine angeborene Disposition führt unter bestimmten ungünstigen Sozialisationsbedingungen



zu einer Vulnerabilität für den Ausbruch einer Schizophrenie. Zum Krankheitsausbruch kommt es dann, wenn die Belastungen des Lebens die Grenzen des Individuums überschreiten. Dies kann in den üblichen kritischen lebensverändernden Situationen wie Verlassen des Elternhauses, Geburt eines Kindes etc. oder bei außergewöhnlichen Belastungen wie bestimmten Schicksalsschlägen geschehen. Die Vulnerabilität besteht nach Übereinstimmung verschiedener wissenschaftlicher Ansätze aus einer Schwäche des Systems der Informationsaufnahme und -verarbeitung. Danach werden zu viele Informationen ungefiltert aufgenommen und unzureichend zusammengefasst. Dieses kognitive Problem steht in Wechselwirkung mit dem emotionalen Befinden des Patienten. Einerseits führt die unzureichende Informationsverarbeitung zu einem Anstieg der emotionalen Erregung, andererseits beeinträchtigt zu starke emotionale Erregung ihrerseits die Informationsverarbeitung. Ein biologischer Faktor dabei ist eine zu hohe Konzentration von Dopamin im Gehirn.

### **Auswirkungen verschiedener Behandlungen auf Erleben und Krankheitsgeschehen bei Schizophrenen**

Wenn man sich nun das, was im Kopf eines Patienten passiert, auf einer üblichen psychiatrischen Akutstation vorstellt, wird meines Erachtens schnell klar, dass diese Situation für schizophrene Patienten wenig heilsam ist, sondern im Gegenteil Symptome verstärken kann und das Leiden der Patienten verschlimmert. In diesem krankmachenden Milieu setzt man fast ausschließlich auf die Wirkung der Neuroleptika, die die Symptome heilen oder lindern sollen. Dies gelingt auch in den meisten Fällen, die Patienten bleiben aber trotzdem mit der Verarbeitung der oft traumatisch erlebten Situation alleine. Viele Patienten haben auch erfahren, dass sie nicht in die Entscheidung zu dieser Behandlung einbezogen wurden.

Trotz aller berechtigten Kritik an dem immer noch vorherr-

schenden Primat der Psychopharmaka-Therapie, müssen auch die Vertreter einer Reformpsychiatrie eingestehen, dass die Erfindung der Neuroleptika dabei geholfen hat, den Patienten den Weg aus der Psychiatrie heraus zu ermöglichen. Vorher war das Schicksal der meisten Erkrankten eine lebenslange Internierung hinter den Mauern. Die Wirkung der Neuroleptika beruht auf einer Senkung des Dopaminspiegels im Gehirn über verschiedene Wirkmechanismen, je nach Medikament. Die Behandlung mit diesen Medikamenten hat aber auch ihren Preis in Form von manchmal qualenden Nebenwirkungen und Langzeitfolgen. Deshalb ist es besonders wichtig, dass die Patienten sich selbst dafür oder dagegen entscheiden können. Da das Ausmaß der Nebenwirkungen dosisabhängig ist, ist es sinnvoll, Wege zu finden, die Medikamentendosis so gering wie möglich zu halten. Dies ist nur möglich, wenn die anderen Einflussfaktoren mitberücksichtigt werden.

Milieufaktoren, die den Bedürfnissen der schizophrenen Patienten gerecht werden, können nachweislich schon ohne Medikamente Symptome reduzieren. Wie aus den Ausführungen zur Entstehung einer Schizophrenie schon hervorgeht, brauchen diese Menschen vor allem in der akuten Phase eine Abschirmung von äußeren und inneren Reizen, emotionale Sicherheit und Hilfe bei der Verständigung mit ihren Mitmenschen. Diese Aspekte werden in dem Modell der Soteria zu verwirklichen versucht.

### **Das Modell der Soteria**

Soteria (griechisch) bedeutet Rettung, Wohl, Bewahrung, Heil. Das Modell wurde ursprünglich innerhalb der antipsychiatrischen Bewegung entwickelt. Das erste Soteria-Haus wurde in den 1960er Jahren Kalifornien von Loren Mosher gegründet. Es handelte sich um ein Haus, in dem bis zu zehn ersterkrankte schizophrene Patienten aufgenommen wurden, die 1:1 betreut wurden. Die Idee wurde in Europa von dem Schweizer Psychiater und Schizophrenie-Forscher Luc

Ciampi aufgegriffen. 1984 wurde das erste Soteria-Haus in Bern eröffnet. Ciampi begründete die Übernahme des Ansatzes mit seiner ausgefeilten Schizophrenie-Theorie, die Elemente von Piagets Theorie der kognitiven Entwicklung, der psychoanalytischen Affektlehre und verschiedenen systemischen Ansätzen verband<sup>1</sup>. Auch in Bern war die personelle Ausstattung des Hauses sehr hoch und die medikamentöse Behandlung wurde eher zurückhaltend praktiziert. Die Haltung den Patienten gegenüber war geprägt durch Akzeptanz, Wertschätzung und menschliche Nähe.

Im Laufe der Jahrzehnte wurden einzelne Soteria-Häuser auch in Deutschland eröffnet. Der Prozess schreitet aber nur sehr langsam voran. Häufiger wurden Soteria-Elemente in psychiatrische Kliniken der Normalversorgung integriert. Die Entwicklung ging wohl deshalb nur langsam voran, weil dieses Modell sehr personalintensiv ist und damit hohe Kosten verursacht. Die fortschreitende Ökonomisierung des Gesundheitswesens hat die Entwicklung der Integration von Soteria-Elementen dann noch weiter behindert. Noch schlechtere Bedingungen sind mit der geplanten Einführung der pauschalen Entgelte in der Psychiatrie zu erwarten.

Anfang der 1990er Jahre wurde mit der gesetzlichen Einführung der Personalverordnung Psychiatrie (Psych-PV) die Personalsituation in der Psychiatrie vorübergehend verbessert, sodass milieutherapeutische Anstrengungen eher möglich waren, wenn sie von einzelnen Kliniken gefördert wurden. Der Tagespflegesatz wurde daran gekoppelt, dass die Klinik einen bestimmten Personalschlüssel vorhielt. Diese Koppelung wurde aber im Laufe der Jahre danach mehr und mehr aufgehört in einer von außen schwer durchschaubaren Allianz zwischen Kliniken und Krankenkassen. Bis heute scheint es keine belastbaren Daten zur Verwirklichung der Psych-PV und

## **»Gesundheit braucht Politik – Zeitschrift für eine soziale Medizin«**

### **im Abonnement?**

Der Rundbrief des vdäa ist inhaltlich längst mehr als eine reine Vereinszeitschrift. Wir machen 2-3 mal im Jahr Themenhefte zu aktuellen gesundheitspolitischen Problemen, die sich hinter anderen gesundheitspolitischen Zeitschriften im deutschsprachigen Raum nicht verstecken müssen; in der vierten Ausgabe des Jahres finden sich neben vereinsinternen Berichten ebenfalls Berichte und Dokumente des Gesundheitspolitischen Forums. Vereinsmitglieder bekommen die Zeitschrift kostenfrei zugesandt.

Wer nicht Vereinsmitglied ist, hat die Möglichkeit, die »Zeitschrift für eine soziale Medizin« zum Preis von 26 Euro im Jahr zu abonnieren.

Bei Interesse wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle:  
info@vdäae.de

---

**»Soteria bedeutet Rettung, Wohl, Bewahrung, Heil. Das Modell wurde ursprünglich innerhalb der antipsychiatrischen Bewegung entwickelt.«**

---



deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität der Patienten zu geben. In den Planungen zum neuen Psychiatrie-Entgelt-Gesetz spielt die personelle Ausstattung der Kliniken keine Rolle mehr. Die Psych-PV wird ab 2017 ersatzlos gestrichen.

Trotz dieser widrigen Umstände gibt es glücklicherweise inzwischen aber genügend Erfahrungen mit milieutherapeu-

tischen Ansätzen, sodass der Nutzen bewertet werden kann: Es hat sich gezeigt, dass die ursprüngliche Form der Soteria nicht für alle schizophrenen Patienten geeignet ist. Die intensive menschliche Nähe ist für einige Patienten eine Überforderung, die dann auch die Krankheit verschlimmern kann, wie aus den oben gemachten Ausführungen verständlich wird. Was sich aber auf jeden Fall bewährt hat, ist das individuelle Eingehen auf die Patienten und das Aushandeln einer geeigneten Behandlung. Dazu gehört heute auch die medikamentöse Behandlung, die nicht mehr als Gegensatz zur Milieutherapie gesehen wird. Allerdings wird in den entsprechenden Einrichtungen ein bewusstes und informiertes Einverständnis des Patienten angestrebt und die Dosis so gering wie möglich gehalten. Ein weiteres wichtiges Element ist die Verfügbarkeit von Rückzugsmöglichkeiten für Patienten.

Auswertungen einzelner Einrichtungen haben gezeigt, dass die Aufenthaltsdauer der Patienten unter diesen Bedingungen eher länger ist, die Wiederaufnahmerate sich aber verringert. Dies würde unter volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten einen ökonomischen Vorteil bedeuten, allerdings ist die einzelne Behandlung entsprechend teuer, weil sie auf einem hohen Personalschlüssel beruht. Deshalb ist dieses Modell v.a. bei denjenigen Kliniken nicht beliebt, die mit geringen Personalkosten hohe Renditen erzielen wollen.

## Fazit

Aus den verschiedenen Aspekten und Erfahrungen kann man gut erkennen, wie eine gute Behandlung der Schizophrenie zum Nutzen der Patienten aussehen sollte: Auch wenn eine Behandlungseinrichtung sich nicht unbedingt der Soteria-Bewegung verbunden fühlt, ist eine Ausstattung mit genügend Raum, Rückzugsmöglichkeiten und v.a. in ausreichendem Maße vorhandenem qualifiziertem Personal eine wichtige Voraussetzung für eine erfolversprechende Behandlung. Es hat sich auch gezeigt, dass Zwangseinweisungen auf ein Minimum reduziert werden können, wenn gut ausgebildete Pflegekräfte, Ärzte und Therapeuten individuell auf die Patienten eingehen können, weil sie die nötige Zeit dazu haben.

Darüber hinaus ist das langfristige Schicksal schizophrener Patienten auch davon abhängig, welche Hilfen sie bei der Lebensbewältigung nach der Entlassung haben. Dafür ist eine Vernetzung der verschiedenen stationären, ambulanten und komplementären Angebote dringend erforderlich, was aufgrund der Struktur unseres Gesundheitssystems nicht flächendeckend der Fall ist.

Viele schizophrenen Patienten gehören aufgrund ihrer Beeinträchtigungen zu den schwächsten Mitgliedern unserer Gesellschaft. Wir haben deshalb für sie eine besondere Verantwortung.

1 Vgl. Luc Ciompi: »Affektlogik«, Stuttgart 1982

## Antrag auf Satzungsänderung

Um mehr Mitgliedern des vdä die Entscheidung zu erleichtern, im Geschäftsführenden Vorstand mitzuarbeiten, schlägt der Vorstand folgende Satzungsänderung vor. Hintergrund ist die Verteilung der Arbeit auf mehr Schultern, so dass die Entscheidung, in den gf Vorstand zu gehen, potentiellen KandidatInnen leichter fällt.

### Statt: 11. Vorstand

Der Vorstand im Sinne des § 26 BGB besteht aus der/dem Vorsitzenden und den beiden stellvertretenden Vorsitzenden. Dem erweiterten Vorstand, der über die wesentlichen Angelegenheiten des Vereins beschließt, gehören

außerdem weitere Vorstandsmitglieder in einer von der Mitgliederversammlung jeweils zu bestimmenden Anzahl. Die/der Vorsitzende und die beiden stellvertretenden Vorsitzenden werden in zwei getrennten Wahlgängen vorweg gewählt, wobei die beiden stellvertretenden Vorsitzenden aus einem Wahlgang hervorgehen.

### Neu: 11. Vorstand

Der Vorstand im Sinne des § 26 BGB besteht aus der/dem Vorsitzenden und mindestens zwei stellvertretenden Vorsitzenden. Dem erweiterten Vorstand, der über die wesentlichen An-

gelegenheiten des Vereins beschließt, gehören außerdem weitere Vorstandsmitglieder in einer von der Mitgliederversammlung jeweils zu bestimmenden Anzahl. Die/der Vorsitzende und die stellvertretenden Vorsitzenden werden in zwei getrennten Wahlgängen vorweg gewählt, wobei die stellvertretenden Vorsitzenden aus einem Wahlgang hervorgehen.

Die übrigen Vorstandsmitglieder gehen aus einem einzigen Wahlgang hervor.

Gerichtlich und außergerichtlich wird der Verein von der/dem Vorsitzenden und den stellvertretenden Vorsitzenden vertreten, die jede/jeder für sich allein vertretungsberechtigt sind.



# Wahn und Wahnwitz

## Gehört ein Liebeskranker in die Psychiatrie? fragt Wolfgang Schmidbauer\* zum Fall Mollath

Die Geschichte des Falls Gustl Mollath beginnt als eine schicksalshafte Liebesgeschichte. Die späteren Eheleute hatten sich 1978 kennen gelernt. Mollath war damals 22 Jahre alt. Seine spätere Frau Petra arbeitete von 1990 an als Vermögensberaterin. Sie heirateten 1991. Zehn Jahre später, im August 2001 kam es nach Angaben der Ehefrau in der gemeinsamen Wohnung zu einer tätlichen Auseinandersetzung. 2002 zog Petra aus.

Während die Ehefrau Karriere machte, brach Mollath sein Studium ab und machte sich schließlich mit einem eigenen Geschäft selbstständig. Nach Aussage der Ehefrau musste sie ihn ständig unterstützen. Mollath beschreibt seine Ehe bis heute als absolute Vertrauensbeziehung und seine Ehefrau Petra als den wichtigsten Menschen in seinem Leben nach seiner verstorbenen Mutter. Er war eifersüchtig. Es gab Streitigkeiten, Trennungs- und Versöhnungsszenen. Erst als die Ehefrau einen anderen Mann kennen lernte und sich scheiden lassen wollte, wurde aus der intimen Dauerkrise eine öffentliche Tragödie. Mollath verfolgt seine

Frau mit Briefen und Telefonaten, bedrohte sie, schoss Fotos von ihr und ihrem neuen Partner.

Ich vermute, dass während der langen Zeit, in der beide immer wieder stritten, sich versöhnten, Projekte machten und Mollath versuchte, wirtschaftlich Erfolg zu haben, diese verschworene Gemeinschaft weitab von allen Vorstellungen über Recht und Gesetz nach ihren eigenen Regeln lebte. Mollath habe sie schon vor der Ehe geschlagen, des Weiteren habe er auch seine Mutter geschlagen. Sie sei schon in den Anfangsjahren der Ehe, während der 1990er, mehrmals wegen Gewalttätigkeiten Mollaths zu ihrer Familie geflüchtet. Dies könnten ihre Familienangehörigen und auch Zeugen außerhalb der Familie bezeugen. Sie sei trotz deren Rat wieder zu Mollath zurückgekehrt, weil Mollath immer versprochen habe, sich zu ändern und sie Mitleid mit ihm gehabt habe. Mollath habe mehrmals versucht, sich das Leben zu nehmen, erstmals noch vor dem Schulabschluss. So die Ehefrau in einem Zeitungsinterview.

Indem die Ehefrau Gewalttätigkeiten hinnimmt und ihre eige-

ne emotionale Abhängigkeit pseudosouverän als »Mitleid« auslegt, versagt sie in ihrer Aufgabe, die Beziehung vor destruktiven Übergriffen zu schützen. In solchen Ehen entwickelt sich eine Partnerschaft außerhalb der Legalität. Die Partner sind zunächst überzeugt, dass sie einander im Dienste der Liebe »alles« verzeihen müssen, auch Verhalten, über das nach einem empfindlicheren Rechts- und Realitätssinn nur ein Gericht entscheiden sollte. Im Zerfall solcher Bündnisse wird oft (und auch hier) der Partner zum Rächer. Mollath hat seine Frau erst in der Reaktion auf ihre Anzeige einer Gewalttätigkeit denunziert. Er schrieb ein Dossier über ihre Schwarzgeldgeschäfte im Dienst einer Bank, in der grandiosen Unterstellung, er müsse sie von diesem Arbeitgeber »retten«.

Vielleicht hatten es bisher die Eheleute, in diesem Punkt konform mit einem großen Teil der Bevölkerung, mit ihrer Steuermoral nicht strenger genommen als mit dem Gebot, sich stets zu lieben und zu achten. Ich kann mir gut vorstellen, dass beide in vertraulichen Stunden darüber

**Gustl Mollath ist ein schwieriger Fall – in vielen Hinsichten. Wolfgang Schmidbauer versucht, ihn zu diskutieren, ohne die gerade in diesem Fall in den Medien üblichen vorschnellen Verkürzungen und Verallgemeinerungen. Er will zeigen, dass Mollaths Geschichte alles andere als ein Beweis dafür ist, dass Personen »einfach so« für unzurechnungsfähig erklärt und weggesperrt werden.**



plauderten, mit welchen Tricks Vermögensberater ihren Kunden Steuern sparen. So gewinnt Mollath sein »Insiderwissen«, von dem der Prüfbericht der Bank spricht.

Seit sie sich scheiden lassen wollte, kämpfte Mollath mit allen verfügbaren Mitteln gegen die Verschwörung, welche er für die Verwandlung seiner Frau in eine Betrügerin und Verräterin verantwortlich machte. Es ist eine Tragödie, dass niemand in dem zuwendungsbedürftigen, hochgradig verängstigten Mann einen Liebeskranken erkannte. Diese Diagnose ist heute unmodern geworden; von den vielen und oft bizarren Versuchen, den Verlust des Liebesobjektes abzuwehren, hat jeder eine eigene Schublade im Apothekenschrank der Psychiatrie bekommen – Depression, Paranoia, Stalking, querulatorische Entwicklung, Schizophrenie.

Die weitere Dynamik kann ich mir in dieser Form in keinem anderen europäischen Land vorstellen. Nirgendwo sonst werden Liebeskämpfe mit so grausamem Ernst bis zum Letzten ausgetragen. Zuerst »gewinnt« die Ehefrau. Sie zieht die Justiz auf ihre Seite. Ihr Mann verfolgt sie mit einem Wahnsystem! Der von dem »uneinsichtigen« Liebeskranken

genervte Richter verweigert ihm eine angemessene Verteidigung und lässt ihn zwangsweise in eine geschlossene psychiatrische Abteilung verfrachten. Dort soll er »begutachtet« werden.

Wer einen Psychiater (und auch Richter) als wohlwollend anerkennt, hat viel bessere Chancen, ein freundliches Urteil über seinen seelischen Gesundheitszustand zu erhalten als der Misstrauische und Feindselige, der die gute Absicht des Doktors leugnet und in ihm einen Handlanger mafïöser Mächte vermutet. Das ist unprofessionell, aber verständlich. Der Psychoanalytiker würde vom Agieren einer negativen Gegenübertragung sprechen.

Mollath ist intelligent, extrem misstrauisch, rechthaberisch und stur. Wer mit ihm eine gute, anerkennende Beziehung aufbauen kann, wie seine Freunde und sein Anwalt, erntet auch Anerkennung, Dankbarkeit und Bemühen um Normalität. Wer ihn in Frage stellt und seine Sicht der Dinge anzweifelt, erntet Verachtung und kompromissloses Misstrauen. Staatsanwaltschaft, Gericht, psychiatrische Gutachter finden Mollath zu verrückt, um sich ernsthaft mit seiner Anzeige über die Schwarzgeldgeschäfte zu befassen.

Mollath gibt nicht auf. Er gewinnt Verbündete, die nicht an seiner Darstellung zweifeln. Vor allem aber wechselt der Zeitgeist. Die Banken verwandeln sich aus den unantastbaren Müttern des Sparbuchs in Vampire des Raubs an unseren Steuergeldern. In den Augen einer wachsenden Medien-Mehrheit wird Mollath ein Held, ein unerschrockener Sankt Georg im Kampf gegen den Drachen.

Das gelingt umso besser, als jetzt endlich ein Revisionsbericht der angeschuldigten Bank auftaucht, den diese gewissenlos zurückgehalten hat. Er bestätigt, dass Vermögensberater in der Tat (wie viele ihresgleichen) ihren Kunden geholfen habe, ihr Geld in der Schweiz vor dem Zugriff des deutschen Fiskus zu sichern.

In der folgenden Medienschelte gegen die Justiz ist Mollath nun mit einem Schlag die verfolgte Unschuld. Die Psychiater

werden zu Sündenböcken. Ist es nicht völlig unerträglich, dass sie Mollath aufgrund der *Aktenlage* für unzurechnungsfähig erklärt haben, statt mit ihm persönlich zu sprechen? An anderer Stelle steht freilich, dass Mollath sich fast durchweg einem Gespräch mit dem gutachtenden Psychiater verweigert hat. Wollte dieser seine Aufgabe erfüllen, musste er tun, was heute alle empört. Und der Psychiater *muss* gutachten; man kann sich den Lärm vorstellen, wenn er das beispielsweise bei einem Sexualtäter verweigert, weil dieser nicht mit ihm reden will.

Wer sich mit Persönlichkeitsstörungen ein wenig auskennt, wird sich nicht wundern, dass Mollath ein scharfsinniger Beobachter und gnadenloser Aufklärer jedes Unrechts ist, das ihm angetan wurde. Seine Lebensgeschichte spricht dafür, dass er an einer Störung des Selbstgefühls im Sinn einer dauernden Adoleszenz leidet und jenen Zustand schwer herstellen kann, den man »erwachsen« nennt. Er ist immer auf der Suche nach seinem Ort in der Gesellschaft, hat viele Fähigkeiten, aber zu wenig inneren Halt, um in eine normale berufliche Laufbahn zu finden.

Diese Dynamik wurde in dem einzigen Scherz deutlich, den Mollath während der Talkshow bei Beckmann (am 15. August 2013) versuchte. Während er sonst entrechtet und gequält worden sei und stets die Zwangsmedikation fürchtete, habe er sich auf der so genannten Jugendstation in der Vollzugsanstalt Straubing wohler gefühlt, weil er dorthin am besten passe. Als er die Verwirrung des Talkmasters bemerkte, setzte Mollath mit gequältem Lächeln hinzu: »weil ich mich selbst jung fühle... Das ist ein Scherz!«

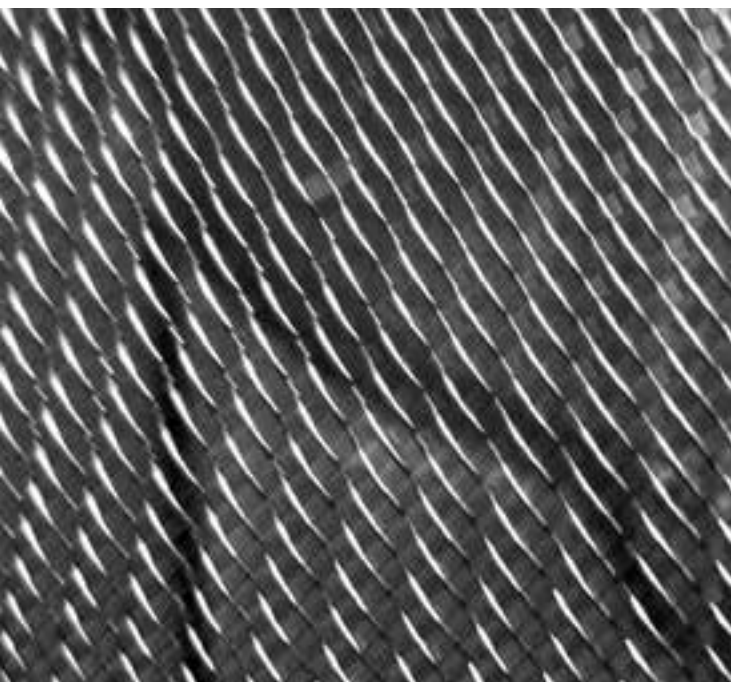
Mollath gegen seinen Willen in der Psychiatrie unterzubringen, widerspricht krass dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit. Selbst die am meisten parteiische Richterin von allen, die Ex-Ehefrau hat bestätigt, dass ihr einstiger Ehemann nur gewalttätig wurde, wenn er sich total in die Enge getrieben fühlte.

Die Freunde und Unterstüt-

---

**»Ist es nicht völlig unerträglich, dass sie Mollath aufgrund der Aktenlage für unzurechnungsfähig erklärt haben, statt mit ihm persönlich zu sprechen?«**

---



zer, die sich jetzt um Mollath versammelt haben, sollten gut auf ihn aufpassen. Es gibt keinen Sieg in einem Rosenkrieg, schon gar keinen nachträglichen. Nach dem Bericht der Ex-Ehefrau war Mollath oft suizidal. So lange er eingesperrt war, hat ihn die Hoffnung auf Freiheit beschwingt. Jetzt ist er frei, aber dem Anschein nach nicht für einen neuen Anfang, sondern für die Suche nach einem verlorenen Glück und nach dem letztlich schalen Genuss des Rechthabens und der Entschädigung für das ihm Ange-tane.

Wie Michael Kohlhaas ist auch Gustl Mollath eine deutsche Geschichte. Sie beginnt mit der grandiosen Erwartung, in einer Liebesbeziehung eine Bewegung zu zweit, eine eigene Sekte, ein soziales Gebilde zu finden, das omnipotent über dem Gesetz steht und alle Zweifel an der Festigkeit des eigenen Selbstgefühls beseitigt. Im Scheitern dieses Glaubens wächst die Überzeugung, nun auch persönlich über dem Gesetz zu stehen und daraus das Recht abzuleiten, notfalls durch Gewalt die Bösewichte daran zu hindern, in ihren kriminellen Bewegungen fortzufahren.

Deutsch ist nicht nur diese Bereitschaft zum totalen Krieg, sondern auch die Art, wie die Geschichte über sie in den Medien erzählt wird. 1945 wurde in Monatschnelle aus einem Volk von Tätern ein Volk von Opfern. Ähnlich ist in den Berichten aus dem Beteiligten an einer Schlamm-schlacht der weiße Ritter geworden, der den Bankendrachen bekämpft hat und dafür jahrelang unschuldig eingesperrt wurde.

Mollath stilisiert sich bis in seine Metaphorik hinein (»wie in Deutschlands dunkelsten Zeiten«) als Opfer von Richtern und Ärzten. Sein Fall beweise, wie rasch Unschuldige von Psychiatern weggesperrt werden. Wer zu dieser Thematik Volkes Zorn in Leserbriefen zur Kenntnis nimmt, kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass es nach wie vor ein zentrales Bedürfnis der deutschen Bevölkerung ist, sich mit Opfern zu identifizieren.

Zwischen den Medienszenarien »Wegsperrten und zwar für immer« und »Unschuldige zu Geisteskranken gemacht!« suchen fehlbare Experten ihren Weg; durch Lärm und Druck werden ihre Urteile nicht brauchbarer. Mollaths Geschichte ist al-

les andere als ein Beweis dafür, dass Personen »einfach so« für unzurechnungsfähig erklärt und weggesperrt werden. Wer nur ein wenig Informationen über die Hintergründe gewonnen hat, wird ein tragisches Geschehen wahrnehmen, in dem die Persönlichkeitsproblematik des Verurteilten und die mangelnde Professionalität der Experten unheilvolle Wechselwirkungen entfalten. Manche der Beteiligten wollten vielleicht sogar Gutes tun, aber das Resultat war erbärmlich. Das deutsche Publikum aber wünscht sich unschuldige Opfer und verwerfliche Täter. Die Unfähigkeit zur Trauer hat nicht nur den Scheidungskrieg der Mollaths ausgelöst, sie fixierte auch das »alles oder nichts« in den Beteiligten und prägt die öffentlichen Reaktionen.

*\* Dr. Wolfgang Schmidbauer arbeitet als Psychotherapeut in München. Er ist Autor zahlreicher Bücher. Sein neuester Band, »Kassandras Schleier. Das Drama der hochbegabten Frau«, wird im September erscheinen. Im nd und Die Zeit schreibt er regelmäßig Kolumnen.*

(Der Text ist zuerst erschienen in Neues Deutschland, 24. August 2013; [www.neues-deutschland.de/artikel/831143.wahn-und-wahnwitz.html](http://www.neues-deutschland.de/artikel/831143.wahn-und-wahnwitz.html))



## Größter Deal in der Krankenhauslandschaft – fast zwei Milliarden Euro werden dem Gesundheitswesen entzogen

Presseerklärung zur Übernahme von Rhön-Kliniken durch Fresenius

Maintal, 15.09.2013

Jetzt scheint es Fresenius doch geschafft zu haben: Für ca. drei Milliarden Euro kauft der Medizinprodukte-Konzern den Großteil der Kliniken und MVZ des Mitkonkurrenten Rhönklinik AG auf und wird damit zum größten europäischen privaten Krankenhausbetreiber. Finanziert werden soll das Geschäft über Schulden. Rhön dagegen will fast zwei Milliarden Euro über eine Sonderdividende an seine Aktionäre ausschütten. »Dieses Geld wird also dem Gesundheitswesen entzogen. Das Geld der gesetzlichen Krankenversicherungen fließt in die

Taschen der Aktionäre. Das Gesundheitswesen wird weiter zum Geschäftsfeld und die Gelder der Krankenkassen werden zum »Spielgeld« im Kasino der Kapitalanleger«, so Prof. Wulf Dietrich, Vorstand des vdää.

Fresenius will das Geld über den Gewinn der gekauften Kliniken wieder reinholen. Auch hier also sollen Gelder der gesetzlich Versicherten für Kapitalinvestitionen missbraucht werden. Die Beschäftigten der Kliniken, auch bisher bei Rhön nicht auf Rosen gebettet, müssen sich warm anziehen. Hier droht ein massiver Personalab-

bau. Schon jetzt haben die privaten Kliniken im Vergleich zu den öffentlichen einen deutlich schlechteren Stellenschlüssel.

Rhön will einen Teil des Gewinns in Krankenhäuser der Spitzenmedizin und in universitäre Einrichtungen stecken. Die Kolleginnen und Kollegen aus der Universität Gießen-Marburg wissen ein Lied davon zu singen, was es heißt, unter privater Trägerschaft Spitzenmedizin liefern zu sollen.

»Krankenhäuser gehören in öffentliche Hand und dürfen nicht privaten Trägern überlassen werden. Fortschritt in der

Medizin darf nicht vom Gewinndenken privater Konzerne und der Dividendenerwartung der Aktionäre abhängen«, so Prof. Wulf Dietrich weiter.

Das geplante Geschäft ist ein weiterer Schritt hin zur Kommerzialisierung des Gesundheitswesens. Der vdää lehnt diese Entwicklung entschieden ab und hofft auf breiten Widerstand von Beschäftigten, Gewerkschaften und der Politik, um diesen Zusammenschluss doch noch zu verhindern.

**Prof. Dr. Wulf Dietrich**  
(Vorsitzender des vdää)



# Offensichtlich unfähig

## Ernst Girth\* zum Missbrauch der Psychiatrie im Fall von vier Steuerfahndern in Hessen

Die Psychiatrie ist ein besonders sensibles Gebiet in der Medizin und (deshalb) auch besonders anfällig für Missbrauch durch staatliche Instanzen. Ein – im Vergleich zum Fall Mollath – ziemlich eindeutiges Beispiel von staatlichem Missbrauch der Psychiatrie spielte sich vor einiger Zeit in Hessen ab: Im Jahr 2001 hatten in Hessen vier Steuerfahnder zusammen mit zahlreichen Kollegen gegen eine Amtsverfügung protestiert, die nach ihrer Ansicht zur Schonung reicher Steuersünder führte. Daraufhin hat das Land Hessen die Steuerfahnder zwischen 2007 und 2009 aufgrund von fragwürdigen und in allen vier Fällen nahezu gleichlautenden Expertisen des Frankfurter Psychiaters Thomas H. zwangsweise in den Ruhestand geschickt. Dieser hatte allen vier Beamten unheilbare »paranoid-querulatorische« Störungen attestiert – ohne es für nötig zu halten, sie jemals wieder nachuntersuchen zu lassen.

Da die Betroffenen Schadensersatz-Klagen in Millionenhöhe gegen das Land Hessen einge-

reicht hatten, hat das Frankfurter Landgericht erneut Expertisen in Auftrag gegeben. Diese kamen 2012 zu dem Ergebnis, dass die vier geschassten hessischen Steuerfahnder aufgrund falscher psychiatrischer Gutachten zwangspensioniert worden seien. Erstellt wurden die neuen Gutachten von dem renommierten Münchner Psychiatrieprofessor Norbert Nedopil und seinen Mitarbeitern an der forensischen Psychiatrie des Universitätsklinikums. Danach sind Thomas H.s Diagnosen zum Teil »nicht nachvollziehbar und mit dem derzeitigen Wissen nicht schlüssig vereinbar«. Aus psychiatrischer Sicht habe in allen vier Fällen keine medizinische Voraussetzung für eine anhaltende Dienst- oder Teildienstunfähigkeit bestanden, urteilte Nedopil. Der Gutachter wurde mittlerweile von einem Berufsgericht wegen fehlerhafter Arbeit zu einer Geldbuße von 12 000 Euro verurteilt worden. Auch politisch hatte das Ganze noch ein Nachspiel in Form eines Untersuchungsausschusses.

Nachdem im Dezember 2012 von dem Ergebnis der neuen Gutachten in der Frankfurter Rundschau berichtet worden war, hat Ernst Girth, der als Menschenrechtsbeauftragter der Landesärztekammer Hessen dafür sorgte, dass Thomas H. auch von der LÄK Hessen verurteilt wurde, einen Leserbrief geschrieben, den wir hier dokumentieren. Er legt noch einmal ein besonderes Augenmerk auf die sensible Funktion von Ärzten in solchen Herrschaftszusammenhängen.

(Die Red.)

### Offensichtlich unfähig

Schlimm ist, dass es in einer Landesregierung Verantwortliche gibt, die Steuerfahnder im besten Lebens- und Berufsalter um fragwürdiger politischer Ziele Willen zwangspensionieren und fleißige, fähige und selbstständig denkende Mitarbeiter und deren Familien jahrelang quälen. Schlimm ist, dass das angeblich so scharfe Schwert der parlamentarischen Demokratie, der Untersuchungsausschuss, erst einen Vorsitzenden ertragen muss, der im Hauptberuf Mandanten berät, wie sie dem Staat am Besten Steuern vorenthalten, und man dann auch noch in der CDU zu dem zynischen Schluss kommt, der Ausschuss sei »erfolglos und überflüssig« gewesen.

Schlimmer, weil näher am Alltag der Bürger, ist aber für Viele, dass es Ärzte gibt, die ohne Reue ihr Fachwissen, das sie erworben haben, um Menschen in Krankheit und Not zu helfen, dafür missbrauchen, diese ins Unglück zu stürzen.

### Existenzvernichtend

Der bemerkenswerteste Satz in dem Artikel war aus meiner Sicht, dass die Münchner Gutachter für jeden Steuerfahnder einen ganzen Tag brauchten,

um festzustellen, dass er gesund sei. Der Frankfurter Psychiater Thomas H. dagegen benötigte nur wenige Stunden, um die gleichen Steuerfahnder mit der existenzvernichtenden Diagnose einer paranoid-querulatorischen Störung in die Zwangspensionierung zu schicken.

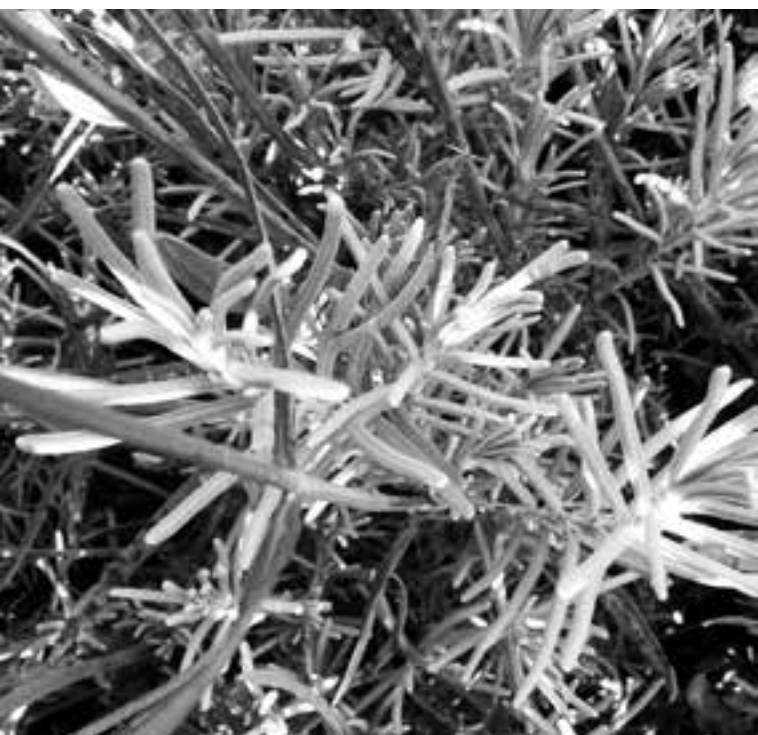
Die vielen Menschen, die täglich vor den Gerichten und die Qualität, Sorgfalt und Unabhängigkeit von Gutachtern angewiesen sind, werden erleichtert sein über neuen Gutachten über die Steuerfahnder. Aber: Wenn nicht wegen der bevorstehenden Schadensersatzklagen ein Gericht diese Gutachten in Auftrag gegeben (und bezahlt!) hätte, hätten es die Betroffenen selber machen und bezahlen müssen. Das aber können sich viele Menschen nicht leisten. Sie sind somit – wie kranke Menschen von ihrem Arzt – abhängig von ihrem Gutachter.

### Menschen schützen, die von Gutachtern abhängig sind

Die Verurteilung von Thomas H. – wenn auch nur zu einer Geldstrafe – kann nur der Anfang sein, allen ärztlichen Gutachtern schärfer auf die Finger zu schauen und Menschen vor ihnen zu schützen, die von ihnen abhängig sind. Gerade weil es bisher nicht gelungen ist, die Verantwortlichen in der Politik dingfest zu machen, fragen mich viele: Warum darf ein Gutachter weiter Gutachten machen, wenn er erwiesenermaßen falsche Gutachten erstellt hat, aber auch (angeblich) nicht in fremdem Auftrag gehandelt hat, also offensichtlich unfähig ist?

\* Dr. Ernst Girth ist Menschenrechtsbeauftragter der Landesärztekammer Hessen, Frankfurt

(Leserbrief aus der Frankfurter Rundschau vom 22./23. Dezember 2012)







# Psychiatrie in der Krise

## Kirsten Schubert zum Ende der psychosozialen Versorgung in Griechenland

Dass eine wirtschaftliche Krise Auswirkungen auf die Psyche hat, ist naheliegend. Massive Lohnneinbußen und steigende Raten an Arbeitslosigkeit hinterlassen ihre Spuren in einer Gesellschaft. Insbesondere wenn sie in kürzester Zeit stattfinden und mit einer Unberechenbarkeit, die (fast) jede und jeden treffen kann – so wie aktuell in Griechenland.

Trotzdem bilden wissenschaftliche Daten eine wichtige Grundlage für Kritik und Widerstand an solch politischen Maßnahmen in der Krise, die mehr Schaden anrichten als Nutzen. Im Gegensatz zu den wirtschaftlichen Daten stehen gesundheitswissenschaftliche Statistiken wie etwa die Mortalität, die Suizidrate oder die Prävalenz von Erkrankungen jedoch erst nach frühestens zwei Jahren zur Verfügung. Mittlerweile weiß man, dass die Rate an Suiziden in Griechenland zwischen 2007 und 2011 um 45 Prozent zugenommen hat, die Zahl der klinisch diagnostizierten Depressionen hat sich verdoppelt. In dem auch in diesem Heft (S. 27) rezensierten Buch »The Body Economic – Why Austerity Kills« gehen die Gesundheitswissenschaftler David Stuckler und Sanjay Basu auf die möglichen Hintergründe ein.

In den Dutzenden wissenschaftlicher Artikel, die sie zusammen mit anderen Wissenschaftlern, unter anderem auch in der angesehenen Fachzeitschrift *The Lancet*, publiziert haben (siehe *Gesundheit braucht Politik*, 2/2013) findet man eine Fülle von Daten und Analysen. Doch »Brücken (zu) bauen zwischen Wissen und Handeln«, wie bereits der letzte Kongress Armut und Gesundheit titelte, bleibt in Anbetracht der realpolitischen Ignoranz weiterhin schwierig.

»Die Mächtigen wissen, was sie tun«, schrieb einst Arundhati Roy. Frau Merkel, Herr Barroso oder Herr Samaras wissen was sie tun. Mitten in einer solch heftig wütenden Krise die Gelder für Gesundheit und Soziales streichen, mehrere tausend Menschen in die Arbeitslosigkeit mit all ihren Konsequenzen (in Griechenland endet die Krankenversicherung für Arbeitslose nach einem Jahr) schicken und einen Ausverkauf der öffentlichen Güter zu forcieren, dessen negative Konsequenzen nicht nur theoretisch mehrfach untersucht sind, ist – im wahrsten Sinne des Wortes – tödlich. Kollateralschäden einer Politik, die nicht nur in linken Kreisen zunehmend in Veruruf gerät.

Ihren vorläufigen – gesundheitspolitischen – Höhepunkt findet diese Politik in der geplanten Abwicklung der psychiatrischen Versorgung Griechenlands. So liegen uns Informationen vor (siehe Webseite), nach welchen im Zuge der Kürzungen von Personal und Finanzen die psychiatrischen Kliniken in Thessaloniki und Athen bis 2015 geschlossen werden sollen und schon jetzt ein Personalabbau stattfindet. Als argumentative Grundlage wird die seit über zwanzig Jahren geforderte Reform der Psychiatrien in Griechenland missbraucht, welche in Anbetracht der sehr ausgeprägten institutionalisierten Versorgung psychisch Erkrankter sicherlich notwendig ist. Solange jedoch die ambulante, wohnortnahe Versorgung nicht ausgebaut ist, können der sukzessive Abbau und die geplante Schließung der stationären Versorgung nicht sinnvoll sein. Gerade in Anbetracht des wachsenden Bedarfs. Die aufflammenden Proteste der Gewerkschaften lassen hoffen, dass der neue Gesundheitsminister, der ehemals aus der rechtskonservativen LAOS-Partei kam, mit diesem Vorhaben nicht so einfach durchkommt.

**Wie schon in den letzten Ausgaben von *Gesundheit braucht Politik* haben wir auch diesmal den Blick nach Griechenland gerichtet, wo schon vor der Krise die Versorgung psychisch Kranker alles andere als gut war. Aber die Krise wird hier nicht als Chance zur – längst überfälligen – Reform genutzt. Im Gegenteil...**



# Stichwort: Ökonomisierung

Von Hans-Ulrich Deppe

Ökonomisierung?  
Kommerzialisierung?  
Kommodifizierung?  
Privatisierung? Subsumtion unter das Kapital?  
Wie kann man das, was aktuell im Gesundheitswesen passiert, am besten auf den Begriff bringen? Wir im vdaä streiten uns häufiger. Auch bei der Programmdiskussion wurde heiß darum gerungen. Mit dem Beitrag von Hans-Ulrich Deppe wollen wir deshalb eine Debatte darüber eröffnen.

Kern der Krankenversorgung ist eine gute Medizin. Es geht dabei aber immer auch um Ökonomie. Denn nur, *was* in einer Gesellschaft erarbeitet wird, kann dann zur Befriedigung der Bedürfnisse verwendet werden. *Wie* gesellschaftlich erwirtschaftete Werte in diesem Prozess verteilt werden, darüber entscheidet Gesundheitspolitik. Und das Ziel leitende Kriterium für die Verteilung sollte der medizinisch notwendige Bedarf für eine gute Medizin sein. Ohne diesen Zusammenhang in Frage stellen zu wollen, ist allerdings genau darauf zu achten, wo die ökonomischen Grenzen anzusetzen sind und wo politische oder ethische Fragen bestimmend werden. Die um sich greifende, bruchlose und unkontrollierte Übertragung ökonomischer Gesetze und Instrumente auf außerökonomische Sachverhalte und Probleme wird als *Ökonomisierung* bezeichnet.<sup>1</sup> Ökonomisierung bedeutet die Herstellung von Gütern oder Leistungen für den Markt, ihr *Zur-Ware-Werdung* (*Kommodifizierung*). Und

noch schärfer fasst der Begriff der *Kommerzialisierung* diesen Sachverhalt. Er meint nämlich nicht nur die Herstellung von Gütern für den Markt, sondern darüber hinaus ihre Herstellung für den Handel zum Zwecke der Profitmaximierung. Mit der Kommerzialisierung wird die Rentabilität, das primär auf Gewinnerzielung gerichtete Interesse, in den Vordergrund gestellt (*Verbetriebswirtschaftlichung*). Die am weitesten fortgeschrittene Ökonomisierung bzw. Kommerzialisierung im Gesundheitswesen ist die Privatisierung öffentlicher non-profit Einrichtungen, ihre Umwandlung in Kapital, das zum Zwecke seiner Vermehrung eingesetzt wird.

Die Kritik an der Ökonomisierung und vor allem der Kommerzialisierung richtet sich nicht zuletzt auf das Menschenbild, das diesen zu Grunde liegt: das Konstrukt des *homo oeconomicus*, den egoistischen und Nutzen maximierenden Menschen, der alle Werte allein wirtschaftlichen Interessen unterordnet. Schon

Anfang der 70er Jahre machten sich Gesundheitsökonominnen Gedanken darüber, wie das Verhalten von niedergelassenen Ärzten durch unterschiedliche Honorierungssysteme – also durch finanzielle Anreize oder Sanktionen – gesteuert werden könne.<sup>2</sup>

Es geht dabei keineswegs um eine generelle Verurteilung von Ökonomie, sondern um die Kritik ihres Allmachtsanspruchs. Zu fragen ist dabei nicht nur nach dem Zuviel an Ökonomie, also dem Grad der Kommodifizierung, sondern auch danach, ob die eingesetzten Instrumente dem jeweiligen Sachverhalt angemessen sind. Die Ökonomie unterliegt nämlich der Gefahr, ihre Grenzen zu sprengen und zur Norm des menschlichen Zusammenlebens insgesamt zu werden, wenn sie das gesellschaftliche Ganze ihren Imperativen *subsumiert*.<sup>3</sup> Und unter den hegemonialen Bedingungen der Kapitalakkumulation, des Marktes und der Konkurrenz reduziert sich dann Gesellschaft auf das Konstrukt einer blanken Marktgesellschaft.



Zu beachten ist deshalb stets das spezifische Modell von Ökonomie, das den historisch vermittelten Herrschaftsverhältnissen zugrunde liegt. Insgesamt besteht stets ein Spannungsfeld zwischen der Ökonomisierung des Sozialen einerseits und der Sozialisierung des Ökonomischen andererseits.

Grenzüberschreitende wissenschaftliche Expansionen sind keineswegs singulär und neu. Und die Medizin ist davon nicht nur Betroffene, sondern wir kennen solche Wirkungsprozesse auch, die von der Medizin ausgehen. Das Stichwort lautet hier: *Medikalisierung*, der hegemoniale Einfluss der Medizin auf außermedizinische gesellschaftliche Sachverhalte. Das meint, dass soziales Verhalten, gesellschaftliche Verhältnisse, ihre Entwicklung und Kontrolle medizinisch – durch Arzneimittel, Operationen oder psychotherapeutische Interventionen – geregelt werden. Ähnlich verhält es sich auch mit dem Begriff der *Biologisierung*. Gerade in der Medizin wird niemand ernsthaft bestreiten, dass die Biologie eine notwendige und wichtige Wissenschaft ist. Gleichwohl wird die Lösung sozialpolitischer Probleme mit biologischen Methoden als *Biologisierung* bezeichnet. Eine solche Tendenz hatte sich mit der menschenverachtenden nationalsozialistischen Rassenhygiene durchgesetzt. Zu denken ist weiter an eine *Personalisierung* von Geschichte oder die *Psychologisierung* von Politik, bei der es bekanntlich um handfeste Interessen geht.

Innerhalb des heute hegemonialen Modells von Ökonomie ist deutlich zwischen einer *betriebswirtschaftlichen* und einer *gesamtwirtschaftlichen* Rationalität zu unterscheiden. Die Logik der Mikroökonomie und die der Makroökonomie werden allerdings zunehmend einander fremd. Am Ende der betriebswirtschaftlichen Rationalität steht immer die Rentabilität, der Gewinn des einzelnen Betriebs. Und die Gewinnperspektive ist umso günstiger, je schneller sich die Investitionen amortisieren. Was aber für den einzelnen Betrieb von Interesse ist, muss für die Gesamtwirtschaft noch lange nicht zweck-

mäßig und sinnvoll sein. Das bestätigt sich gerade in der stationären Krankenversorgung: Primär zählt das betriebswirtschaftliche Ergebnis, nicht mehr die gesellschaftliche Notwendigkeit. Eine Klinik muss sich »lohn«; wie erfolgreich oder notwendig die dort angebotenen Leistungen sind, ist von untergeordnetem Interesse. Nicht selten widerspricht sich sogar die Wirtschaftlichkeit dieser beiden Dimensionen, da die einzelnen Wirtschaftsakteure bei ihren Entscheidungen keine Verantwortung für deren gesellschaftliche Konsequenzen übernehmen müssen. Die Ausweitung der betriebswirtschaftlichen Rationalität bedeutet heute nicht selten eine enorme Vergeudung gesellschaftlicher Ressourcen. Besonders deutlich wurde das beim Umweltschutz. So fehlte beispielsweise den Stahl- und Chemieunternehmen zunächst jeglicher Anreiz, die von ihnen verursachte Umweltverschmutzung zu reduzieren. Die Reinigungs- und Gesundheitskosten, die durch ihre Produktionsverfahren nötig geworden sind, wurden nämlich größtenteils nicht von ihnen selbst, sondern gesamtgesellschaftlich getragen. Noch dramatischer ist es bei den Folgekosten der Atomindustrie (Bsp. Fukushima). Die so entstehenden *sozialen Kosten* können also von einzelnen Unternehmen solange ausgeklammert und vernachlässigt werden, bis das Gemeinwesen unter gesamtwirtschaftlichen, ökologischen und sozialen Aspekten interveniert.

### **Die sozialen Kosten der unternehmerischen Freiheit sind bisweilen exorbitant**

Dieser Widerspruch zwischen Mikro- und Makroökonomie, zwischen betriebswirtschaftlichem und gesamtwirtschaftlichem Handeln, wird als ein Teil des *Marktversagens* begriffen. Denn der Markt ist eine blinde Macht, der aus sich heraus nicht in der Lage ist, dieses Problem zu regulieren.

Auch im Gesundheitswesen kennen wir dieses Phänomen. So kann beispielsweise die Verschiebung von Kosten aus dem ambulanten in den stationären Sektor

und umgekehrt durchaus für die jeweilige Institution einen finanziellen Vorteil bedeuten, obwohl sie unter einer Gesamtsicht verteuert wirkt. Mit betriebswirtschaftlichen Verfahren lässt sich in der Beziehung zwischen sozialer Arbeit und ihren Adressaten allenfalls messen, »ob etwas richtig getan wird«, nicht aber, »ob auch das Richtige getan wird«. Sarkastisch könnte man sagen, dass aus betriebswirtschaftlicher Sicht unwirksame oder gar gefährliche gesundheitliche Dienstleistungen den gleichen Gewinn erbringen können, wie wirksame und nützliche.

- 1 Vgl. hierzu: Hans-Ulrich Deppe: »Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems, Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland«, 3. Aufl., Frankfurt a.M. 2005, S. 163f.
- 2 WWI-Studie zur Wirtschafts- und Sozialforschung: »Die Gesundheits-sicherung in der Bundesrepublik Deutschland – Analyse und Vorschläge zu Reform«, Nr. 20, Köln 1971, S. 92f.
- 3 Karl Marx bezeichnete bereits diesen Prozess als die reelle Subsumtion unter das Kapital.







# Eine Art Ausfallbürgerschaft

**Klaus Dörner über Nachbarschaft als Lebendigkeit des Sozialraums**

*In den letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts kam es zur Umkehr des mit der Industrialisierung beginnenden und über 250 Jahre anhaltenden Prozesses der »Aus-Gemeindung« psychisch Kranker.*

*Die »Aus-Gemeindeten« wurden langsam wieder reintegriert. Psychiatrische Großkrankenhäuser, die unterschiedlich ideologisch verbrämt oft auf der grünen Wiese abseits der Städte gebaut wurden, gerieten in die Kritik. Eine sehr heterogene internationale Bewegung mit Protagonisten wie Franca und Franco Basaglia in Italien oder Erich Wulff und Klaus Dörner in der BRD trat dafür ein, psychisch Kranke in die Städte und Dörfer zurück-zuholen. Diese Diskussionen finden auch ihren Niederschlag in der Psychiatrie-Enquête von 1975, die eine gemeindenahere Versorgung fordert (ein Prozess, der heute aus ökonomischen Gründen partiell wieder in Frage gestellt wird, siehe S. 4. in diesem Heft). Klaus Dör-*

*ner setzt sich seit vielen Jahren dafür ein, dass Gemeindenähe der oberste Grundsatz der Versorgung von psychisch Kranken sein sollte. »Seelische Schwierigkeiten oder Krankheiten werden dort bearbeitet, wo sie entstehen und gelebt werden: in Stadt, in der Gemeinde, am Arbeitsplatz, in der Familie« (Klaus Dörner: »Irren ist menschlich«, 1980) – und nicht in großen psychiatrischen Anstalten. Als Alternative zur Aufbewahrung oder auch der ökonomischen Verwertung von psychisch Kranken proklamiert er die Nachbarschaft als »dritten Sozialraum«. In Fortsetzung dieses Ansatzes wirbt Dörner in den hier abgedruckten Thesen historisch, psychologisch und soziologisch begründet dafür, der »Nachbarschaft« einen zentralen Platz bei der Integration von Alterspflegebedürftigen und Dementen zuzuweisen. Klaus Dörner stellt mit seinen Thesen die interessante Frage zur Diskussion, wie viel medizinische Betreuung für psychisch Kranke überhaupt notwendig ist.*

*(Die Red.)*

In den meisten Dörfern und in fast allen Kleinstädten und Großstadtvierteln sind seit 1980 Bürgerinitiativen entstanden, die sich vor allem um die Integration der zunehmenden Alterspflegebedürftigen und Dementen in immer neuen Formen kümmern, was aber inzwischen auch auf andere hilfe- und integrationsbedürftige Gruppen ausstrahlt, und die – zusammengefasst – sich als das seit 150 Jahren neuartige Phänomen einer Bürgerhilfebewegung darstellen lassen.

Bei meiner Feldforschung auf etwa 1500 Reisen an diese bürgerschaftliche Basis in den letzten zehn Jahren war ich bisher wegen diverser historischer Hypothesen stets skeptisch geblieben, diese neue Bürgerhilfebewegung als Nachbarschaftsbewegung zu bezeichnen.

Inzwischen registriere ich jedoch, dass diese Bürger selbst ihr soziales Tun immer häufiger als »nachbarschaftlich« bezeichnen und daher will ich hier und heute, auch geprägt davon, was sich diesbezüglich in der letzten Zeit in Hamburg tut, einige derjenigen

---

**»Nachbarschaft wird definiert als das Engagement der Bürger für fremde Andere in den Grenzen des eigenen Sozialraums.«**

---

Argumente zusammentragen, die geeignet sind, meine Titel-These zu rechtfertigen:

1. Nach unserem bisherigen Wissen brauchten alle Kulturen der Menschheitsgeschichte die Institution Nachbarschaft, hätten sonst nicht überleben können. Nachbarschaft definiert als das Engagement der Bürger für fremde Andere in den Grenzen des eigenen Sozialraums. Einzige Ausnahme dürfte die nun zu Ende gehende Epoche der Industriegesellschaft sein.

2. Nachbarn sind etymologisch diejenigen Menschen, die mir nahe bauen, leben, wohnen. Denen fühle ich mich zwar nicht wie meiner Familie verpflichtet, verantwortlich, jedoch mehr als den Anderen, jenseits der Grenzen meines Sozialraums, den »Fernbauern«. Man kann also hier von einer mittelgradigen Verantwortung sprechen.

3. Diesem mittleren Verantwortungsgrad entspricht ein mittelgroßes Territorium, nämlich der dritte Sozialraum (zwischen den Sozialräumen des Privaten und des Öffentlichen), im städtischen Bereich – je nach Nachbarschaftstradition – 5 bis 30000 Einwohner umfassend, im ländlichen Bereich 1000 bis 5000 Einwohner – jedenfalls nach der international üblichen Konvention. Nur innerhalb dieser räumlichen Grenzen bin ich Nachbar für Nachbarn, was im Übrigen historisch auch für das Territorium einer Kirchengemeinde gilt. Insofern ist dieser dritte Sozialraum der einzige, der normativ für das Gemeinwohl reserviert ist, da die Sozialräume des Privaten und des Öffentlichen – heute mehr als früher – die Orientierung an den gesund-egoistischen Eigeninteressen erlauben, zumal bei marktwirtschaftlicher Organisation einer Gesellschaft. Ein solches, offenbar menschheitsgeschichtlich bewährtes Gleichgewicht zwischen Markt und Gemeinwohl würde brüchig, wenn auch der Sozialraum für das Gemeinwohl als ganzer den Gesetzmäßigkeiten von Angebot und Nachfrage unterliegen würde, wie sich das heute bei der Organisation des professionellen

Helfens abzeichnet; denn für das Gemeinwohl bliebe dann kein Sozialraum mehr übrig.

4. Analog zum dritten Sozialraum gibt es offensichtlich auch die dritte soziale Zeit der Bürger, zwischen der arbeitsgebundenen und der freien Zeit. Zumindest stößt man darauf, wenn man die engagierten Bürger nach ihren Motiven befragt, wie ich das regelmäßig tue. Die häufigste Antwort lautet nämlich, dass man ein Minimum an sozialem Engagement, »seine Tagesdosis an Bedeutung für Andere« brauche, schon um die übrige freie Zeit von Herzen genießen zu können und um sich – weil ausgelastet – hinreichend gesund fühlen zu können.

5. Fragt man Schüler, die ja nur den privaten und den öffentlichen Raum kennen, danach, wofür denn wohl ein dritter Sozialraum notwendig sei, dann ist es immer wieder verblüffend, wie wenig Zeit sie brauchen, um die drei menschheitsgeschichtlich wichtigsten Funktionen dieses dritten Sozialraums aufzuzählen: einmal für überlastete Familien, damit sie tragfähig bleiben, zum anderen für Alleinstehende, die gar keine Familie haben, und zum dritten für alle Prozesse der Integration – nicht nur von Hilfsbedürftigen, sondern z.B. auch von Migranten. Insofern ist der dritte Sozialraum als Wir-Raum der einzige Integrationsraum; denn lasse ich die bisher Ausgegrenzten nur im öffentlichen Raum, sind sie nicht integriert; aber bis in meinen Privatraum hinein will ich die diversen Integrationskandidaten auch nicht kommen lassen, während der Sozialraum der mittleren Distanz und des mittelgroßen Engagements als Nachbarschaftsraum toleriert wird. Hier lässt sich noch hinzufügen, dass niemand von Herzen gern sich nachbarschaftlich engagiert, eher schon aus Einsicht in die Notwendigkeit, was der empirisch gesicherten Erkenntnis entspricht, dass nicht Profis, sondern nur Bürger andere Bürger im Alltag dauerhaft integrieren können. Insofern man sich – wenn auch ungern – dazu bekennt, dass irgendwie doch Gemeinwohl und Nachbarschaft

das Herzstück des Gemeinwessens sind, wird man sich nicht wundern, dass der dritte Sozialraum als Nachbarschaftsraum in die Räume des Privaten und des Öffentlichen ausstrahlt.

6. Zunächst zur Ausstrahlung in den Privatraum: Die Historiker haben uns belehrt, dass das heutige Reden von der »Großfamilie« ein nostalgischer Wunschtraum ist; denn es gab diese höchstens in den Oberschichten, während in der Mittel- und Unterschicht die Familie immer schon ähnlich klein und ähnlich brüchig wie heute war. Deshalb war Nachbarschaft immer schon eine Art Ausfallbürgschaft für die Tragfähigkeit der Normalfamilie und man kann sogar sagen, dass die kleinste tragfähige Einheit immer schon »Familie + Nachbarschaft« war, sodass die Blutsverwandten die Angehörigen ersten Grades und die Nachbarn als Wahlverwandte die Angehörigen zweiten Grades waren und sind. Insofern ist es empirisch bemerkenswert, dass innerhalb weniger Jahre Nachbarn als »Hauptpflegepersonen«, insbesondere in Single-Haushalten, sich von vier auf acht Prozent verdoppelt haben.

7. Was die Ausstrahlung in den öffentlichen Raum angeht, sei hier nur daran erinnert, dass Nachbarschaft als von unten ausgehende Selbstorganisation von Bürgern auch zu den Kernelementen demokratischer Selbstverwaltung gehört hat und in jedem Fall auch heute wieder zum Kitt der Gesamtgesellschaft beiträgt.

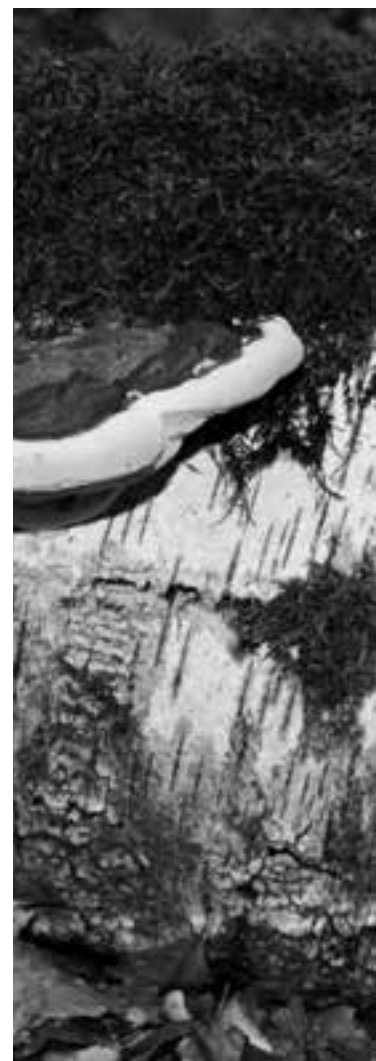
8. Bedeutsam ist der empirische Befund der Heidelberger Gerontologen, wonach bei Befragungen die emotionale Bedeutung an Sicherheit, Geborgenheit und Vertrautheit der Nachbarschaft bei den Bürgern fast genauso groß ist wie die der Familie.

9. Wenig beachtet sind bisher die psychosozialen Folgen des Wandels von der Industrie- zur Dienstleistungsgesellschaft. So lässt sich etwa ein Wandel von der strategisch-großflächigen und fabrikanalogen Organisation des Helfens zur kleinteilig-sozial-

---

**»Deshalb war Nachbarschaft immer schon eine Art Ausfallbürgschaft für die Tragfähigkeit der Normalfamilie.«**

---







sind sie am Ausgleich zwischen Nehmen und Geben aller Menschen mit und ohne Behinderung engagiert und damit an der Verzwischenmenschlichung des jeweiligen Sozialraums als einer radikal gleichberechtigten und daher inklusiven Vielfaltsgemeinschaft. Zwar können wir bezüglich der normativen Aufwertung der Zugehörigkeit gut auf unserem Begriff der Teilhabe aufbauen, haben aber gleichwohl noch zu lernen, dass der jeweilige Sozialraum erst dann vollständig inklusiv ist, wenn alle Menschen, die dort leben oder leben wollen, ihm zugehören, Nachbarn für Nachbarn sind, denn Inklusion ist ein Sozialraumkonzept. Da aber die UN-Konvention auch in Deutschland »geltendes Recht« ist, haben wir nun alle Chancen, unser aller Nachbarschafts-Seite wieder zu beleben und sie zur Lebendigkeit unseres jeweiligen Sozialraums zu machen. Es wäre für die Jugend schon hilfreich, wenn die sozialen Realitäten der »Nachbarschaft«, des »dritten Sozialraums« und der »Inklusion« in den Schul-Curricula nicht länger ausgeblendet würden, sondern dort Eingang fänden.

räumlichen und damit nachbarschaftlichen Organisation des Helfens registrieren; denn in der heutigen Dienstleistungsgesellschaft werden die Menschen nicht mehr zur Hilfe, sondern die Hilfe wird zu den Menschen gebraucht, wenn wir auch erst am Anfang einer solchen Entwicklung stehen. Diese wird durch die Altenexplosion (und Kinderimplusion) beschleunigt, durch die wir in eine Gesellschaft mit dem größten Hilfebedarf der Menschheitsgeschichte (im Gegensatz zum Leidenfreiheits-Kernversprechen der Industriegesellschaft) hineinwachsen, was die Rückverlagerung von immer mehr Dienstleistungen von den Profis auf die Bürger als Nachbarn erzwingt, schon um die Profi-Hilfen, wo sie unersetzbar sind, dauerhaft finanzierbar zu halten. Schon entwickelt sich für die Dienstleistungsgesellschaft ein neues Steuerungsprinzip des Helfens: Der Bürger-Profi-Mix, was praktisch bedeutet: so viel Nachbarn wie möglich und so viel Profis wie nötig.

10. Als weiterer Beschleuniger der Entwicklung zur Normalisierung von mehr Nachbarschaftsengagement könnte sich

die UN-Behindertenrechtskonvention mit ihrem Inklusions-Menschenbild erweisen. Denn dessen mehr angelsächsisch-skandinavische Denktradition setzte gegenüber der mehr staatlichen Organisation des Helfens in Deutschland immer schon mehr auch auf die Eigenschaft der Bürger, sich als Nachbarn für fremde Andere zu engagieren. Mit der Inklusion, so weit ich sie bisher verstehe, geht es nämlich nicht mehr so sehr wie mit der deutschen Integration um die isolierte Besonderung einzelner hilfsbedürftiger Individuen oder Gruppen, sondern mehr um das Miteinander aller Menschen mit und ohne Hilfebedarf, bezogen auf einen bestimmten Sozialraum, und normativ geht es zwar auch um das kostbare Gut von Selbstbestimmung, aber zumindest ebenso sehr um das ebenso kostbare Gut der Zugehörigkeit zu einem Sozialraum, zu einer Nachbarschaft, wo alle Menschen mit und ohne Hilfebedarf sich gegenseitig Nachbarn sind. Während die Stärke der Profis darin besteht, sich spezialisiert auf Zielgruppen zu konzentrieren, was immer auch einen Aussonderungseffekt haben kann, haben Bürger als Nachbarn primär keine Zielgruppe, vielmehr

---

**»So viel Nachbarn wie möglich und so viel Profis wie nötig.«**

---

Liebe Mitglieder

Wie Sie inzwischen sicher wissen, werden im nächsten Jahr Bankkonten auf das SEPA-Verfahren umgestellt. Statt Kontonummer und BLZ braucht man nun eine BAN und die BIC. Ein Hoch auf die Bürokratie!

Falls Sie dem vdää eine Einzugsermächtigung gegeben haben, wären wir dankbar, wenn Sie uns Ihre IBAN und BIC per Email mitteilen könnten. Dies dient uns nur noch einmal zur Kontrolle und zur Sicherheit, da wir die Einzüge elektronisch umstellen werden auf das neue Verfahren.

Nadja Rakowitz



# Sparpolitik kann töten

Rezension von Wulf Dietrich

Schon Bismarck wusste: Investition in die medizinische Versorgung der Arbeiterklasse rentiert sich für alle. Und er gründete die gesetzliche Krankenversicherung. Zwar wurden, zumindest auf den ersten Blick, die Unternehmer durch diese Einrichtung belastet, aber die Investition rentierte sich: Gesunde Arbeiter leisten mehr. Es ist also seit mehr als hundert Jahren ein ökonomischer Gemeinplatz, dass Investitionen ins Gesundheitswesen sich langfristig für eine Volkswirtschaft auszahlen – das ist freilich nicht die Perspektive des einzelnen Unternehmers. Gerade in wirtschaftlich schlechten Zeiten mit hoher Arbeitslosigkeit und sinkenden Löhnen sind öffentliche Investitionen ins Gesundheitswesen von besonderem Wert.

Den Zusammenhang von Gesundheit und Sparprogrammen in Zeiten ökonomischer Krisen untersuchen die Epidemiologen David Stuckler und Sanjay Basu in ihrem Buch »The Body Economic – Why Austerity Kills«. Sparen in der Krise, Sparen an der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung kann töten, das belegen die beiden Ökonomen an Hand trockener offizieller Statistiken von WHO, IWF und Weltbank. Sie untersuchen in ihrem äußerst lesenswerten Buch den Zusammenhang von Wirtschaftskrisen und Gesundheitsversorgung. Dabei beziehen sie sich nicht nur auf die gegenwärtige Finanz- und Wirtschaftskrise, sondern untersuchen diese Zusammenhänge im historischen Kontext der unterschiedlichen Wirtschaftskrisen des letzten Jahrhunderts. Dabei zeigen sie zwei unterschiedliche Reaktionstypen der politisch Verantwortlichen auf: Entweder soll in der Krise gespart werden, und es werden die Ausgaben für Gesundheit, Infrastruktur und Bildung radikal heruntergefahren, oder aber es wird gerade in diesen Zeiten

in diese Bereiche investiert, um dadurch die Folgen der Krise aufzufangen und gleichzeitig auch Arbeitsplätze zu schaffen.

An Hand von Zahlen zeigen die Autoren, welchen Einfluss Roosevelts New Deal-Politik Anfang der 30er Jahre auf die medizinische Versorgung hatte. In den Bundesstaaten, die diese Politik konsequent verfolgten, wuchs nicht nur die Wirtschaft schneller als in den übrigen Bundesstaaten, sondern auch der allgemeine Gesundheitszustand. Investitionen – durch Schulden – zahlten sich also in zweierlei Hinsicht aus: wirtschaftlich und gesundheitlich. Auch Großbritanniens Labour Party gründete – trotz 300 Prozent Staatsverschuldung – in der Rezession nach dem 2. Weltkrieg den National Health Service, über lange Jahre, trotz aller Unkenrufe, eines der besten staatlichen Gesundheitssysteme.

Ein negatives Beispiel ist Russland nach dem Zusammenbruch der Sowjetunion: Die Wirtschaftskrise wurde von massiver Privatisierung der früher staatlichen Wirtschaft und der Gesundheitsversorgung begleitet. Die Folge war eine eklatante Verarmung der Bevölkerung mit schweren Folgen für die medizinische Versorgung und die Morbidität und Mortalität: Der Fall des Bruttosozialproduktes war assoziiert mit einem dramatischen Anstieg der Sterberate und einem Absinken der Lebenserwartung. Diese Tendenz änderte sich in Russland erst mit Beginn des neuen Jahrtausends. Andere Länder des zerfallenden »Ostblocks«, die nicht so massiv privatisierten, wie zum Beispiel Polen, zeigten nicht diese massiven Auswirkungen der Krise auf das Gesundheitswesen und den Gesundheitszustand der Bevölkerung.

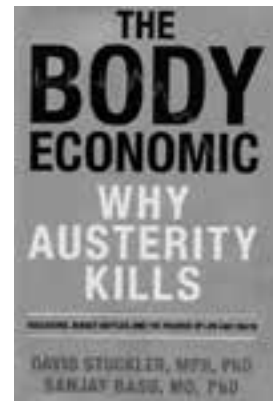
Ein lebendiges Beispiel für die beiden Politikvarianten war die Asien-Krise 1997/98: Thailand, Indonesien und Süd-Korea

folgten dem Spardiktat des Internationalen Währungsfonds und reduzierten die Ausgaben für das Gesundheitswesen drastisch. Die Folge war ein massiver Anstieg der HIV-Infektionen in Thailand. Malaysia dagegen widersetzte sich der Politik des IWF und investierte zusätzlich ins Gesundheitswesen. Die Konsequenz war eine geringere Verarmung der Bevölkerung, eine bessere Gesundheit und eine schnellere Überwindung der Krise.

## Sparpolitik kann töten

Die Auswirkungen der Finanzkrise auf die Gesundheitswesen in Europa werden von Stuckler und Basu ausführlich untersucht. Auch hier wieder die zwei Tendenzen: In Schweden wurde der Anstieg der Arbeitslosigkeit durch eine proaktive Arbeitsmarktpolitik begleitet. Diese war dann assoziiert mit einer Abnahme der Selbstmordrate, während in Italien zum Beispiel eine gegenläufige Tendenz feststellbar war. In ihrem Kapitel »Gott segne Island« beschreiben die beiden Autoren, wie das nicht-EU-Mitglied Island mit den Auswirkungen der Krise fertig wurde: Island widersetzte sich den Auflagen des IWF, der eine Reduktion der Gesundheitsausgaben um 30 Prozent gefordert hatte. Die Banken wurden nicht geschont und die radikalen Sparpläne des IWF abgelehnt. Im Gegenteil: Wegen des durch den Währungsverfall bedingten Anstiegs der Arzneimittelpreise erhöhte das Ministerium die pro-Kopf Ausgaben im Gesundheitssystem zwischen 2007 und 2009 von 380 000 Kronen auf 453 000 Kronen. Zwischenzeitlich hat sich Islands Wirtschaft überraschend schnell erholt.

Das traurigste und aktuellste Beispiel für die Folgen der Sparpolitik ist Griechenland. Die Troika hat eine Reduktion der



**David Stuckler und Sanjay Basu:** »New York – Recession, Budget Battles, and the Politics of Life and Death«, Basic Books, New York 2013, EUR 22,50

Gesundheitsausgaben von früher ca. zehn Prozent des BIP auf sechs Prozent festgelegt. Eine Forderung, die mit keinerlei Daten unterlegt wurde. Die Folge ist ein fast völliger Zusammenbruch des Gesundheitswesens. Tuberkulose, HIV und Drogensucht nehmen rapide zu, viele Menschen sind ohne Krankenversicherung und können sich einen Arztbesuch nicht mehr leisten. Alle drei psychiatrischen Kliniken Griechenlands sollen geschlossen werden, Blutspenden vor einer Bluttransfusion werden nicht mehr ausreichend getestet. Mit statistischem Material unterlegen die Autoren des Buches, was auch der vdäa in seinem Bericht über die gesundheitlichen Auswirkungen der Krise aus Griechenland berichtet hat. Eine medizinische Katastrophe wurde aktiv herbeigeführt durch die Sparauflagen der Geldgeberländer.

Engagiert belegen und vertreten die Autoren die These, dass gerade in der Krise in die Sozialsysteme investiert werden muss. Ein \$ Investment ins Gesundheitswesen bringt einen gesamtgesellschaftlichen Return von drei \$. Ihr Vorschlag an die Politik: Evidenzbasierte Politik zum Schutze von Gesundheit in schweren Zeiten. Beispiele aus der Vergangenheit haben gezeigt, dass das funktioniert. Nur, diese Politik muss anders anders aussehen als die in der EU. Und dort ist eine Wende nicht absehbar.

**Wulf Dietrich**

# Warum als junge Ärztin/junger Arzt in den vdäa?

Es ist soweit: Das Studium neigt sich dem Ende zu, Du freust Dich, dass es bald losgeht, als »richtige« Ärztin bzw. »richtiger« Arzt zu arbeiten.

Nach den ersten Monaten im Beruf sieht der Tag aber auf einmal ganz anders aus als im PJ: Statt interessanter Einblicke und steiler Lernkurve gibt es Routine, statt Zeit für ein Anamnesegespräch lästige Mehrfachdokumentation. Statt anspruchsvoller Gespräche gehst Du schnell dazu über, nur das Notwendigste von den Patienten abzufragen. Die Stationsarbeit verformt sich zu einem Getriebe, das laufen und am Laufen gehalten werden will: Aufnahmen, Untersuchungen anmelden, Entlassungen, Codieren – kurzum: Fließbandarbeit.

Und immer wieder springst Du ein, wenn mal wieder Ebbe im Wochenenddienstplan ist. Leere

Stellen in Deiner Abteilung werden nicht mehr nachbesetzt oder aus Kalkül offen gehalten, um die Personalkosten zu drücken. Der Chef bedauert, keine passenden Bewerber zu finden, ist aber vielleicht nicht wirklich traurig darüber. Ihm helfen eingesparte Personalkosten bei der Erreichung seiner Zielvereinbarungen – mehr Patienten bei weniger Kosten, so die simple Formel für die Bonuszahlungen am Ende des Jahres.

Dann steigt noch der Krankenstand des Pflegepersonals auf Eurer Station. Die Stimmung wird immer schlechter, alle sind gereizt und überarbeitet. Ein gemeinsames Frühstück, Supervision oder andere Strukturen für gegenseitiges Zuhören und Konfliktlösung – Fehlanzeige.

Eine examinierte Pflegekraft arbeitet im Spätdienst alleine mit einem Schüler. Klar, dass Du da mit anpackst bei den schwierigsten Tätigkeiten – das Umbetten adipöser immobiler Patienten, das Reinigen von Patienten während des Verbandwechsels. Das verbindet und dennoch: Bei den nächsten Tarifverhandlungen kämpft wieder jede Gruppe für sich. Die Verhandlungsposition der Ärzte ist stark – die Geschäftsführung weiß sehr wohl, was sie an Dir hat. Aber die Gelder für die Klinik sind gedeckelt – und was Deine Berufsgruppe sich erkämpft fehlt nachher den anderen...

Nach den ersten Jahren weißt Du, wie der Hase läuft, bist sicher im Klinikbetrieb und längst auch den

wichtigsten Notfällen gewachsen. Was bleibt, ist die Unzufriedenheit: Muss der Klinikalltag denn so sein? Läuft es an anderen Kliniken anders? Oder in anderen Ländern? In Norwegen soll es toll sein, aber Auswandern ist ja auch keine Patentlösung, zumal nicht in einer Lebensphase, in der Familienplanung und andere Verbindlichkeiten anstehen...



## Warum in den vdäa?

Auch wir im Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte fragen uns, warum in einem der teuersten Gesundheitssysteme der Welt für die Beschäftigten aller Berufsgruppen würdige Arbeitsbedingungen und eine hochwertige Patientenversorgung immer schwieriger werden. Wir sind Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen, in Krankenhäusern

und Praxen tätig, wir erleben die Entwicklung im deutschen Gesundheitssystem sehr kritisch und wollen kritischen Positionen im Gesundheitswesen Gehör verschaffen.

Der Dialog und Austausch der Beschäftigten aller Berufsgruppen untereinander ist uns dabei ein zentrales Anliegen. Wir versuchen außerdem regelmäßig einen gemeinsamen Blick über den Tellerrand zu wagen durch Reisen in andere Gesundheitssysteme, wie z.B. in den letzten Jahren in die Schweiz, die Niederlande oder nach Schweden.

Tendenzen der Privatisierung und Kommerzialisierung, Fragen der Medizinethik etwa zu Sterbehilfe oder PID diskutieren wir kritisch und oft auch mit komplett kontroversen Positionen. Wir sind parteipolitisch ungebunden, arbeiten aber zusammen mit anderen Organisationen zu einzelnen Themen, wie z.B. im Bündnis »Köpfe gegen die Kopfpauschale« mit ver.di/DGB und Compact!

Wir sind Medizinerinnen und Mediziner, die die Überzeugung eint, dass positive Veränderungen im Gesundheitswesen nicht von wechselnden Gesundheitsministern auf dem Silbertablett präsentiert werden, sondern mit solidarischer Zusammenarbeit aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen erstritten werden müssen.

**Es ist Zeit, sich einzumischen!**

## Information

Geschäftsstelle des vdäa | Nadja Rakowitz | [www.vdaeae.de](http://www.vdaeae.de) | [www.facebook.com/vdaeae](https://www.facebook.com/vdaeae)