

Partnerschaft im psychiatrischen Handeln - Fiktion oder Vision? Grundaussagen aus deutscher Sicht

Renate Schernus, Bielefeld

*Vortrag im Rahmen des 15. Forums Psychiatrie und Psychotherapie und der 21.
Jahrestagung der Deutsch-Polnischen Gesellschaft für seelische Gesundheit
30.9. – 3.10. 2010*

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Sache mit der „deutschen Sicht“ im Titel meines Vortrags muss ich relativieren. Es wäre verwegen, mir eine solche anzumaßen. Was ich darstellen kann, ist *meine* Sicht, eine Sicht, die insbesondere durch die deutsche sozialpsychiatrische Bewegung der 70er Jahre geprägt worden ist. Außerdem werde ich mich, da, wo ich praktische Beispiele bringe, vor allem auf Bielefeld beziehen. Diese Beispiele sind jedoch mit Ansätzen in anderen Regionen vergleichbar. Das war's zum Thema „deutsche Sicht“

Das übrige Arrangement des Titels mit den Stichworten Fiktion und Vision - dazwischen platziert die Partnerschaft - finde ich ansprechend, weil so von Anfang an ein kritischer Blick auf Partnerschaft induziert wird. Ich vermute, dass dadurch verhütet werden sollte, dass der Vortrag in eine Sonntags-Schönwetterrede ausartet.

1. Zank ist der Rauch der Liebe

In jeder Partnerschaft gibt es Konflikte, wenn die gar nicht vorkommen, stimmt etwas mit der Partnerschaft nicht. „Zank ist der Rauch der Liebe“, sagt der Schriftsteller Ludwig Börne. Das gilt so ungefähr auch für das Miteinander-Umgehen in der Psychiatrie. Außerdem hat partnerschaftliches Handeln in der psychiatrischen Arbeit viele Ebenen, Ebenen, die sich keineswegs klar von einander trennen lassen. Ich werde sie künstlich auseinander nehmen und beginne mit dem Blick auf Möglichkeiten partnerschaftlichen Handelns zwischen Professionellen und - Professionellen. Von Folgendem bin ich

überzeugt: wenn es Mitarbeitern nicht gelingt, den gegenseitigen kollegialen Respekt vor der Andersartigkeit der Person, der Andersartigkeit der Ausbildung und die Anerkennung der Unterschiedlichkeit der Rollen im hierarchischen Gefüge aufzubringen, werden die, auf die sich die Arbeit bezieht, also die Patienten und die Angehörigen, darunter leiden.

Wir haben uns also zunächst zu fragen, wie partnerschaftlich ist eigentlich das Handeln der Profis untereinander? Wie steht es um die Konkurrenz zwischen den Berufsgruppen? Kann es partnerschaftliches Handeln zwischen leitenden und nach geordneten Mitarbeitern geben?

Da lässt sich alles erleben, von sublimer Konkurrenz bis zu völlig verhärteten Fronten, manchmal zwischen Berufsgruppen, manchmal zwischen den hierarchischen Ebenen. Heutzutage ist es üblich, solche für alle Beteiligten letztlich unfruchtbare Konkurrenz, vornehmlich durch Änderung von Strukturen in den Griff kriegen zu wollen. Das allein reicht jedoch keinesfalls aus.

Partnerschaftlichkeit lässt sich nicht so einfach strukturell verordnen.

Am besten läuft es meiner Ansicht nach auf die gute altmodische Art dort, wo eine Leitungsperson mit weitem Horizont, den Respekt vor *allen* Beteiligten vorlebt und sich nicht mit einer Seite parteiisch macht. Im Idealfall können dann zum Beispiel in Teamgesprächen verschiedene Blickrichtungen fruchtbar aufeinander bezogen werden. In solchen – am liebsten würde ich sagen „gepflegten Kulturen“ – lässt sich beobachten, dass defensive Haltungen abgelegt werden können, und dass Mitarbeiter das Spezifikum der jeweils anderen Berufsgruppe und der jeweils anderen Person respektieren und als Ergänzung des eigenen Tuns erleben können. Das Thema „Konflikte und Konkurrenzen zwischen verschiedenen Berufsgruppen“ ließe sich endlos variieren und mit Beispielen belegen, z. B. zwischen Basismitarbeitern und Psychologen oder zwischen Schwestern und Ärzten oder zwischen Psychologen und Ärzten usw. Das lasse ich jetzt; nur auf eins sei hingewiesen: in Deutschland haben sich hinsichtlich partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen die

Ärzte erheblich gebessert– jedenfalls in den sozialpsychiatrischen Bereichen, die ich überschaue. Ich kenne noch Zeiten, in denen ein Chefarzt ernsthaft behaupten konnte, nur Psychiater seien in der Lage mit psychosekranken Menschen zu reden, mal abgesehen davon, dass Gespräche mit ihnen sowieso für eher schädlich angesehen wurden.

Noch ein Wort zu einem mir wichtigen Aspekt von Leitungsverantwortung. Ich kenne visionär begabte Leitungen, die sich auf politischer Ebene ganz großartig für Empowerment und sonstige super partnerschaftlichen Konzepte einsetzen, die sich auf Psychiatrie-Erfahrene beziehen, dabei aber vergessen, dass parallel zur Stärkung der Emanzipation der Psychiatrie-Erfahrenen auch die Emanzipation der sie begleitenden Mitarbeiter als Aufgabe erkannt werden muss. Das Eine ist m. E. ohne das Andere nicht zu haben.

Umgekehrt gehört zur Partnerschaftlichkeit aber auch, dass Mitarbeiter nicht nur mutig, sondern auch sorgfältig mit ihren Vorgesetzten umgehen und sie nicht als Projektionsfläche für Autoritätskonflikte benutzen. Ferner müssen Professionelle im Interesse ihrer Klienten ihre partnerschaftlichen Fähigkeiten über den engen Rahmen ihrer eigenen Einrichtung hinaus wirksam werden lassen. Das Stichwort hierfür ist in Deutschland der Gemeindepsychiatrische Verbund. Der kann m. E. nur dann klappen, wenn er

1. nicht nur strukturell vom grünen Tisch her verordnet, sondern kontinuierlich entwickelt wird und wenn
2. die Idee partnerschaftlicher Zusammenarbeit nicht zu sehr durch die zunehmende Wettbewerbsorientierung des Sozial- und Gesundheitswesens konterkariert wird.

2. „Freispruch der Familie“ - Entdeckung der Angehörigen

Jetzt zunächst noch einige Bemerkungen zu den Angehörigen, die selbstverständlich beim Thema partnerschaftliches Handeln in den Blick kommen müssen. Die notwendigen Konflikte, die es bei jeder Partnerschaft

geben muss, konnten zwischen Professionellen und Angehörigen erst auftreten nachdem letztere als Partner wahr- und ernst genommen wurden. In Deutschland gab es die ersten Ansätze dazu etwa ab 1982.

Davor fühlten sich Angehörige nicht selten wie Gefangene, Gefangene professioneller Ideologien. Nicht von ungefähr trug ein damals von Dörner und anderen veröffentlichtes Buch den Titel "Freispruch der Familie". Dieser Freispruch, insbesondere von Schuldzuschreibungen, war notwendig, um den Angehörigen die ihnen zustehende partnerschaftliche Rolle zu ermöglichen. In den Jahren danach wurden Selbsthilfegruppen und Angehörigenvereine gegründet und die Angehörigen wurden als Partner immer sichtbarer.

Die schlichte Tatsache, dass es meist nicht die Professionellen sind, die die längste Zeit mit einem psychisch erkrankten Menschen verbringen, sondern die Angehörigen, wurde also von den Profis relativ spät begriffen. Angehörige haben oft bereits Jahre lange Erfahrungen hinter sich, bevor Professionelle eingeschaltet werden. Zu ihnen kehren z. B. Sohn oder Tochter häufig zurück, wenn sie - aus welchen Gründen auch immer - im professionellem System nicht zurecht kommen. Professionelle wechseln, Angehörige bleiben immer Angehörige. Angehörige, die von Professionellen nicht als Partner ernst genommen werden, die entmutigt oder womöglich beschuldigt werden, können Hoffnung, die ja bekanntlich ein ganz wichtiger Heilfaktor ist, nur schwer weitergeben. Dazu, Angehörige als Partner ernst zu nehmen, gehört unter anderem auch gute Information. Manchmal kann es übrigens zeitweilig wichtiger sein, sich um die Angehörigen zu kümmern, um ihre Fragen und Probleme, als um die Patienten selbst. Ich scheue mich, hierzu all zu viel zu sagen, da mir bekannt ist, dass in Polen die familientherapeutische Arbeit weit verbreitet ist und wir uns außerdem hier auf dem Boden der LWL-Klinik Paderborn befinden, die sozusagen mit allen systemischen Wassern gewaschen ist. Aber etwas scheint mir noch erwähnenswert: ich habe den Eindruck, dass derzeit- jedenfalls in Bielefeld - die Kliniken und die Heime hinsichtlich der

Einbeziehung von Angehörigen dem ambulanten Bereich etwas voraus haben. Dafür spielt vermutlich eine Rolle, dass für den ambulanten Bereich noch keine eigenen angemessenen Konzepte für Angehörigenarbeit entwickelt worden sind. Die in Deutschland üblich gewordene strikte Ausrichtung der ambulanten Betreuung an Fachleistungsstunden, bzw. an Fachleistungsminuten scheint mir sowohl einer familienbezogenen Konzeptentwicklung als auch ihrer praktischen Durchführung im Wege zu stehen. Jedenfalls höre ich von Angehörigen immer wieder, dass sie von den ambulanten Bereichen zu wenig Hilfe bekommen, wenn ihre Angehörigen in akute Krisen kommen. Eine Option für partnerschaftliches Handeln wäre es, wenn die Profis sich bei komplizierten Situationen in die Familien hineinbewegen würden und nicht bei dem Satz stehen blieben: wenn der Klient nicht kommt, können wir nichts machen. Allerdings gäbe es auch dann keine Garantie auf eine alle Seiten zufrieden stellende Lösung. Zur psychiatrischen Arbeit gehört, dass Hilfe uns oft nicht gelingt und oft auch nicht so schnell wirksam werden kann, wie sie – insbesondere auch von Angehörigen – ersehnt wird. Und- was leicht übersehen wird - zu einer ernst zu nehmenden Partnerschaft gehört es auch, Hilflosigkeit gemeinsam auszuhalten.

3. Es kommt auf die Grundhaltung an

In Deutschland hat die Selbsthilfebewegung der Menschen, die mit der Psychiatrie in der Rolle als Patienten in Berührung gekommen sind, die Bezeichnung „Psychiatrie-Erfahrene“ für sich selbst erfunden.

Für mich steckt darin die Botschaft: ich habe zwar besondere Erfahrungen mit mir selbst, meiner Umgebung und der Psychiatrie gemacht, aber deshalb bin ich kein ewiger Patient und das, was ich erlebt habe, ist mit dem Begriff „Patient“ auch nur unzureichend – für manchen vermutlich gar nicht - erfasst.

Mit der neuen Selbst-Bezeichnung wird statt der Krankheit die Erfahrung in den Mittelpunkt gerückt und damit eine andere Wirklichkeit beleuchtet als die

medizinische. Erfahrungen macht jeder Mensch. Über den Begriff Psychiatrie- oder Psychose-Erfahrung wird es leichter möglich, das Erleben psychisch kranker Menschen als zugehörig zur Variationsbreite menschlicher Erfahrungen überhaupt zu verstehen. Je nach Kontext benutze ich diesen Begriff oder greife auf andere übliche Begriffe zurück. Wenn ich Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige gleichzeitig meine, werde ich das Wort „Betroffene“ benutzen.

Im Zusammenhang mit unterschiedlichen Therapien wird der Begriff Partnerschaftlichkeit gerne herangezogen. Dabei muss grundlegend bedacht werden, dass bei allen therapeutischen Bemühungen mehr oder minder bewusst eine asymmetrische Kommunikation im Spiel ist. Der eine gilt als gesund, der andere als krank oder zumindest als irgendwie nicht ganz im Lot. Der eine bekommt das Geld, der andere zahlt oder die Kasse, bzw. der Sozialhilfeträger tut's für ihn. Da können einem schon Zweifel kommen, ob Partnerschaftlichkeit nicht von vorneherein als Fiktion anzusehen ist. Jedenfalls ist sie keineswegs durch eine Good-Will-Erklärung oder durch irgendeine Fachausbildung bereits gesichert, auch nicht durch eine psychotherapeutische Fachausbildung.

In meinem psychotherapeutischen Handeln hat mich immer die Frage bewegt, auf welcher zwischenmenschlichen Grundfigur eines möglichen miteinander Umgehens eigentlich das, was wir Neuzeit-Menschen Psychotherapie nennen, basiert? Ich glaube, die Antwort auf diese Frage ist für alle Formen professionellen therapeutischen Handelns wichtig. Sie ist ganz entscheidend dafür, ob die Asymmetrie starr wird, ob sie entartet in etwas Schablonenhaftes oder gar in die Arroganz der angeblich Wissenden, in Machtausübung. Das Grundlegende scheint mir, dass es zwischen mir und dem Menschen, dem ich begegne, etwas gibt, das mich ihm gegenüber in eine Sorgfaltspflicht nimmt, unmittelbar und primär. Das hängt damit zusammen, dass wir als geborene Sozialwesen herumlaufen und nicht als isolierte Einzelexemplare.

Therapeutisches Wissen und therapeutisches Handwerkszeug sind etwas

Sekundäres, das nur dann positiv wirken kann, wenn es auf diesem Sorgfaltsmuster aufsetzt. Meist sagen wir einfach, es kommt auf die „Grundhaltung“ an. Da haben wir alle das Gefühl, dass wir wissen, was wir meinen.

Und noch etwas zur Asymmetrie: Im Allgemeinen herrscht die Erwartung, dass Psychiatriemitarbeiter Menschen sind, die qua Ausbildung *mehr* über seelische Krankheiten zu wissen haben als der Rest der Menschheit und als die Betroffenen selber. Aber das beschreibt die kommunikative Asymmetrie nicht exakt, denn meines Erachtens ist der Professionelle nicht der, der *mehr* weiß, sondern der, der *anders* weiß, und der auf das, was er von den Betroffenen, ihren Angehörigen, ihren Freunden, ihren Nachbarn erfahren kann, mindestens genauso angewiesen bleibt wie auf sein Fachwissen.

Eine so verstandene Partnerschaftlichkeit schließt aus, dass ich mit zweifel-losen Gewissheiten auf einen anderen Menschen zugehe, und so tue als wüsste ich schon alles über ihn aus meinen Lehrbüchern und diagnostischen Manualen, als wüsste ich, wo es mit ihm hingehen soll, und wie er sich zu ändern habe in eine vorausgesetzte Ordnung hinein. Zu einer partnerschaftlichen Grundhaltung gehört, dass ich offen für wirkliche Begegnung bleibe und die lebt davon, dass ich dem anderen seinen Raum der Fremdheit, seine Unbestimmbarkeit lasse. Jeder Mensch braucht diesen Raum, um zu sich selbst zu kommen. Auch durch übermäßiges Verstehen kann man dem Anderen zu nahe treten, manchmal zerstörerisch nahe.

4. Sich einlassen – Balance zwischen Distanz und Nähe

Zur Fiktion kann Partnerschaftlichkeit auch dann werden, wenn die Gratwanderung zwischen angemessener therapeutischer Distanz und angemessener menschlicher Nähe nicht gelingt.

In beide Richtungen können entschieden Fehler gemacht werden. Ein Beispiel für unfruchtbare Distanz: Anfang der 60er Jahre begann ich völlig unerfahren,

direkt nach der Schulbank ein praktisches Jahr in Bethel in einem geschlossenen Haus für anfallskranke Frauen. Der einzige mich anleitende Satz der leitenden Schwester des Hauses war folgender: „Erzählen Sie den Patienten nie irgendetwas Persönliches, denn das können diese eines Tages gegen Sie verwenden.“ Damit war ich zu einer starren, ängstlichen Distanz verdonnert, die mir suggerierte, dass ich mich in einem ganz gefährlichen Terrain bewegte. Das war natürlich eine völlig missglückte Anweisung. Aber möglicher Weise hatte die Leiterin etwas im Auge, was gerade junge engagierte Mitarbeiter in der Psychiatrie tatsächlich lernen müssen, nämlich, dass sie Menschen, denen sie in beruflichen Kontexten begegnen in Worten, Verhalten und Haltung niemals mehr versprechen dürfen, als sie wirklich halten können und was die berufliche Rolle hergibt und das ist meist weniger als sie im ersten Überschwang denken. Für erfahrene Mitarbeiter kann die berufliche Rolle jedoch häufig auch mehr hergeben, als der professionelle Mainstream und die Lehrbücher annehmen. Spätestens aus den Psychoseseminaren konnten wir inzwischen lernen, dass sich in den Erfahrungen aller Menschen strukturelle Ähnlichkeiten finden lassen, eine Erkenntnis, die zu einem angemesseneren Verständnis seelischer Krisen und auch psychotischer Erfahrungen beitragen kann. Natürlich bleiben die meisten von uns weit entfernt von den Himmel- und Höllenfahrten, die während mancher Psychosen erlebt werden. Ähnlichkeiten können jedoch entdeckt werden z. B. zum Traumerleben, zum Erleben existentieller Ängste oder zu religiösen Erfahrungen

.
Aus einer völlig neutralen Beobachterposition heraus können wir menschlichem Erleben, insbesondere psychotischem Erleben nicht gerecht werden.

Partnerschaftlichkeit erfordert, sich einzulassen. Im Augenblick wird der Begriff Inklusion, jedenfalls in Deutschland, recht inflationär bemüht. Ich finde es gut, dass wir es anlässlich dieser Tagung einmal mit dem Begriff Partnerschaft versuchen. Unter dem Begriff Inklusion wird ja häufig nur das verstanden, was

mit anderen zu tun ist, um ihnen die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Partnerschaftlichkeit jedoch fängt dabei an, was ich mit mir zu tun habe, wie ich mich dazu bekomme einen Schritt auf der Brücke zum anderen hin zu tun, Partnerschaft fokussiert auf Teilnehmen und nicht nur auf Teilgeben. Der Begriff Partnerschaftlichkeit lässt sich auch gut auf den beliebten Satz beziehen: Es ist normal, verschieden zu sein.

Das spricht sich leicht aus, ist aber häufig leidvoll und/oder unbequem. So gibt es Verschiedenheiten, die sozial akzeptiert sind und andere, die man öffentlich ungern bekannt gibt, die einem sehr unangenehm sind, unter denen man leidet, und hinsichtlich derer man realistischer Weise befürchtet stigmatisiert oder zu sehr darauf reduziert zu werden.

Oder, was Sie alle kennen, es gibt Menschen, die uns nerven, beleidigen, endlos bemühen, ja manchmal auch gefährden können, bei denen wir froh sind, wenn uns Pflichterfüllung und Handeln gemäß der Anerkennung auch ihrer Menschenrechte gelingt. Je nach Person und Situation wird also partnerschaftliches Handeln äußerst unterschiedlich aussehen. Es ist normal verschieden zu handeln. Es ist nicht normal standardisiert zu handeln. Partnerschaftliches Handeln in der Psychiatrie muss offen sein für Überraschungen, für das Nutzen von Zufällen. Es setzt die Aufmerksamkeit für nicht Gesagtes voraus. Es erfordert die Freiheit Umwege zu gehen und den Mut Unübliches zu tun, wenn das Sinn macht.

5. Kooperation außerhalb von Behandlungskontexten

Nun aber zu einer Variation partnerschaftlichen Handelns zwischen Professionellen und Betroffenen, die in den letzten Jahren stärker in den Vordergrund getreten ist, nämlich zur Kooperation außerhalb direkter Behandlungskontexte. Die ersten Ansätze zu einem partnerschaftlicheren Umgang in Deutschland, die ich mitbekommen habe, hingen mit der Psychiatriereform von 1970 zusammen. So etwa um 1972 begannen nicht nur

Mitarbeiter Reformen einzuklagen, sondern gemeinsam mit ihnen auch etliche Bewohnerinnen und Bewohner damaliger Langzeitbereiche. Die gesellschaftlich und politisch einflussreiche Bewegung Psychiatrie- Erfahrener, die wir jetzt kennen, begann allerdings erst Anfang der 90er Jahre - Ca.10 Jahre nach den Angehörigen - mit der Gründung von Selbsthilfegruppen und Vereinen.

Ich erinnere mich gut, dass ich selbst in den Jahren davor noch weit entfernt davon war, mir vorstellen zu können, dass Psychiatrie-Erfahrene, die damals anfangen, sich selbst so zu nennen, es schaffen würden ihre eigenen sozialpolitisch wirksamen Vereine und Verbände zu gründen.¹

In Bielefeld begannen wir uns in dieser Zeit bei regelmäßigen Kooperationsgesprächen zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Professionellen in mehr Partnerschaftlichkeit einzuüben. Inzwischen werden diese Übungen als Dialog bezeichnet. Die Anfangsphase war sehr spannend und konfliktreich. Bei den Kooperationsgesprächen handelt es sich um völlig offene Foren mit bis zu dreißig/vierzig Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Und ich war mir zeitweilig nicht sicher, dass das gut gehen oder vielleicht doch im kompletten Chaos enden würde. Einige Angehörige erlebte ich anfangs als extrem anklagend und viele, nahezu unmögliche Sicherheiten einfordernd. Und so manch einer der Psychiatrie-Erfahrenen versuchte sich in heftigen Attacken gegen die Professionellen zu profilieren. Es gab zeitweilig bei weitem mehr Rauch als Liebe. Das alles war für uns Profis eine besonders gute Chance eine neue Lektion in Sachen Partnerschaftlichkeit zu lernen. Jetzt kam es nämlich nicht mehr lediglich darauf an, geschützt durch die professionelle Rolle im therapeutischen Habitus brav zuzuhören, sondern - was mir zum Beispiel durchaus schwerer fiel - auch direkte Beleidigungen und Unsachlichkeiten zurückzuweisen. Wir Profis sind ja darauf trainiert, uns als Anwälte der Interessen anderer zu verstehen. Es gibt aber Situationen, in denen wir klar und

¹ Dabei hätten wir es längst wissen können. Denn in England gab es bereits um 1838 eine sozialpolitisch sehr wirksame Selbsthilfebewegung, gegründet durch John Thomas Perceval, der sich erfolgreich aus einer der damals sehr restriktiven psychiatrischen Einrichtungen des viktorianischen England herausgekragt hatte

deutlich unsere eigenen Interessen vertreten müssen. Wenn Interessengegensätze nicht ausgetragen werden, droht der so genannte Trialog zum Trialüg zu werden, wie eine pfiffige Psychiatrie-Erfahrene seinerzeit bemerkte.

Allmählich wurde das Klima in diesen Zusammenkünften immer sachlicher und konstruktiver. Ziele, die man gemeinsam erreichen, Projekte, die man gemeinsam entwickeln wollte, begannen im Vordergrund zu stehen.

In dem versachlichten Klima konnten die Profis dann auch erkennen, was für gute Einfälle die Angehörigen und was für kreative Ideen insbesondere die Psychiatrie-Erfahrenen mitbrachten. Letztere waren häufig die Initiatoren verschiedener Projekte, die nach und nach realisiert werden konnten.

Zum Beispiel wurde eine Behandlungsvereinbarung entwickelt, die sich dann als beispielhaft erwies und inzwischen in vielen Kliniken übernommen worden ist.

Bei dieser Behandlungsvereinbarung können Psychiatrie-Erfahrene aufschreiben, was aus ihrer Sicht bei einem nächsten Klinikaufenthalt berücksichtigt werden soll.

Die trialogisch besetzte Beschwerdestelle entstand in dieser Zeit sowie die so genannten Psychoseseminare, bei denen vor allem Raum für das Erfahrungswissen der Betroffenen geschaffen wird. Die Psychoseseminare sind die besten Fortbildungen für Psychiatriemitarbeiter, die sich denken lassen und auch wichtig für den Abbau von Vorurteilen von Bürgern, die bisher mit psychisch kranken Menschen kaum Berührung hatten oder schlechte Erfahrungen mit der Psychiatrie gemacht haben. Außerdem wurden jährliche thematische Veranstaltungen im Rathaus eingeführt, alles Projekte, die immer noch laufen und regelmäßig partnerschaftlich gemeinsam mit Betroffenen vorbereitet werden. Bei den beiden letztgenannten Veranstaltungen kommen auch die Normalbürger der Kommune als Partner in den Blick.

Ein weiteres Projekt, das in der Vorbereitungsphase von erheblichen Kontroversen zwischen allen Beteiligten geprägt war, aber dann ein für alle sehr

befriedigendes Ergebnis fand, war die Errichtung eines Gedenksteins für die Opfer der Zwangssterilisierungen in Bethel während der NS-Zeit.

Inzwischen ist es nicht mehr unüblich, dass Professionelle gemeinsam mit Psychiatrie Erfahrenen, bisweilen auch gemeinsam mit Angehörigen Fortbildungen anbieten oder Vorträge halten. Unter anderem fand ich es z. B. sehr fruchtbar, mich gemeinsam mit Psychiatrie-Erfahrenen an der Fortbildung einer Gruppe von Polizisten zu beteiligen.

6. Neue Chancen - neue Risiken

Aber natürlich entstehen beim Riskieren von mehr Partnerschaftlichkeit auch neue Probleme. Wenn z. B. Psychiatrie-Erfahrene in Veröffentlichungen und Fortbildungen selbst erklären, was sie subjektiv in ihren psychotischen Zeiten erlebt haben und was ihnen geholfen hat und was nicht, wenn sie ihre Sicht auf biographische Zusammenhänge und soziale Einflüsse selbst darstellen, wenn sie sozialpolitische Forderungen formulieren, dann dringen sie damit in bisherige Profidomänen ein und das bedeutet, wenn sie das sehr überzeugend machen, auch Konkurrenz. Mehr partnerschaftliches Handeln kann also auch dazu führen, dass Profis einen Teil ihres Jobs verlieren und lernen müssen, sich teilweise selbst überflüssig zu machen.

Probleme können sich auch daraus ergeben, dass engere Kooperationen mit bestimmten einzelnen Psychiatrie-Erfahrenen zu Eifersucht oder sogar zu Neid bei anderen führen. Im Rahmen eines rein therapeutischen Kontextes versucht man ja, als bezahlter Profi, möglichst ohne Ansehen der Person seine Zuwendung, seine Zeit gerecht zu verteilen und bleibt als Mensch mit seinen Interessen und Vorlieben weitgehend unsichtbar. In den außerinstitutionellen Kooperationszusammenhängen sind aber die Therapeuten plötzlich nicht mehr nur in ihrer therapeutischen Funktion, sondern sie reden auch schon mal so, wie ihnen der Schnabel gewachsen ist. Und wenn es um psychiatrische oder psychiatriepolitische Sachthemen und um die berühmte Kooperation auf

Augenhöhe geht, fordern Profis diejenigen Psychiatrie-Erfahrenen zur Zusammenarbeit auf, von denen sie denken, dass sie die für die gewünschte Kooperation notwendigen Fähigkeiten besitzen, Fähigkeiten, die nicht jeder hat, die er aber oft gerne haben möchte.

Umgekehrt gibt es auch eifersüchtige Profis. Es ist ja so, dass mancher Stations- oder Heimmitarbeiter noch nie in den Genuss gekommen ist, Arbeitsgruppen zu leiten, Vorträge zu halten etc. Oder vielleicht ist er auch noch nie wegen seiner Meinung zu irgendeinem Gremium hinzu gebeten worden. Es gibt aber jetzt unter den Angehörigen, insbesondere aber unter den Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung einige, die in dieser Hinsicht sehr begehrt sind, in kommunal-, landes- oder sogar bundespolitischen Gremien sitzen und von ihren diesbezüglichen Fähigkeiten her manchem Profi überlegen sind.

Zur Fiktion kann partnerschaftliche Zusammenarbeit dann werden, wenn Professionelle so tun, als könnten sie mit jedem Psychiatrie-Erfahrenen oder auch mit jedem Angehörigen gleich gut zusammenarbeiten. Dabei ist doch eigentlich ganz klar, dass mich an Betroffenen genau das stören kann, was mich auch sonst an Menschen stört. Zum Beispiel wenn jemand nicht zuhören kann, Gespräche unterbricht, immer nur über sich selbst redet, unhöflich, arrogant oder aggressiv ist usw. Meines Erachtens wäre es geradezu als Verletzung partnerschaftlicher Zusammenarbeit anzusehen, wenn Professionelle gegenüber Psychiatrie-Erfahrenen oder auch gegenüber Angehörigen diesbezüglich ganz andere Maßstäbe anlegen würden. Andererseits ist ein, leider häufig zu beobachtender, Mangel an Partnerschaftlichkeit von Profiseite zu verzeichnen, wenn Psychiatrie-Erfahrene zu Gremien oder Sitzungen eingeladen werden und ihnen keinerlei Einstiegs-Hilfe gegeben wird, wenn Fachbegriffe, Abkürzungen oder sonstige Insidervokabeln benutzt werden, die kein Neuling verstehen kann. Für Profis wird eine partnerschaftliche Zusammenarbeit dann erschwert, wenn z. B. Psychiatrie-Erfahrene ihre eigene persönliche Erfahrung und das, was für sie heilsam war, absolut setzen und meinen, sie könnten für alle anderen gleich

verbindlich mitreden. Aber Einseitigkeit und Selbstüberschätzung kommen im Prinzip auch unter Menschen, die keine Berührung mit der Psychiatrie hatten, in unterschiedlichen Schattierungen vor. Das Wagnis partnerschaftlichen Handelns erfordert von allen Seiten, sich vielmehr über die eigene Rolle in der jeweiligen Situation, über die damit verbundenen Gefühle und möglichen Fallstricke klar zu werden. Wenn man die Klassengrenzen rigide hält, gibt das mehr Sicherheit für beide Seiten. Mehr Zusammenarbeit bedeutet auch, sich auf mehr Unsicherheit einzulassen. Auf manchen Ebenen wird partnerschaftliches Handeln für Mitarbeiter Machtverzicht bedeuten, auf anderen Ebenen jedoch eine Präzisierung und deutlichere Wahrnehmung der eigenen Rolle. Letzteres bedeutet auch, dass es für Mitarbeiterinnen in den Kliniken und Diensten nach wie vor Situationen geben wird, in denen sie entschieden, Grenzen setzen müssen und ohne großes Hin- und Hergerede aufzutreten haben. Wie das dann für beide Seiten war, kann möglicherweise erst hinterher geklärt werden. Und manchmal auch nicht

Zusammenfassend kann man sagen: partnerschaftliches Handeln in der beschriebenen Art führt häufiger zu den unter Menschen auch sonst bekannten Schwierigkeiten, aber die Arbeit wird spannender, die Begegnungen werden lebendiger, an den Kooperationspartnern werden ganz neue Seiten entdeckt, und gemeinsam kommt man auf mehr kreative Ideen, die geeicht an den Wünschen und Vorstellungen der Betroffenen mehr Lebensnähe aufweisen, als die nur von Profis an Schreibtischen erdachten.

7. Fiktion oder Vision?

Ist also in Deutschland, z. B. in Bielefeld die schöne Vision partnerschaftlichen Handelns in der Psychiatrie schon Wirklichkeit geworden? Teils, teils. Meiner Wahrnehmung nach gibt es so etwas wie Parallelwelten. Auf der einen Seite einige kooperationswillige Profis und einige sowohl kooperationswillige als

auch -fähige Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige, auf der anderen Seite der übliche institutionelle Alltag, der sich weiterhin ziemlich unberührt davon vollzieht. Das, was in den Psychoseseminaren so im Vordergrund steht, die verständnisvolle Annäherung an die Erfahrungen Betroffener und die gemeinsame Erarbeitung von Sichtweisen zwischen den Beteiligten, müsste viel mehr Wurzeln schlagen im Alltag der Kliniken und Dienste.

In Bielefeld sind es weitgehend immer dieselben Profis, und dieselben Betroffenen, die sich an Projekten, am Psychoseseminar, am Trialog etc. beteiligen. Der Verein Psychiatrie-Erfahrener hat zwar eine große Mitgliederzahl, aber nur wenige können sich aus gesundheitlichen Gründen dauerhaft engagieren. Diejenigen, die sich engagieren, haben so etwas wie einen Fulltimejob, nur ohne Bezahlung. Der Angehörigenverein in Bielefeld schwächelte in den letzten Jahren und wurde vor kurzem ganz aufgelöst. Es gelang nicht, jüngere engagierte Angehörige hinzu zu gewinnen, ein Phänomen, das auch in anderen Regionen Deutschlands beobachtet wird.

Für den Erhalt partnerschaftlicher Arbeit, die Weiterentwicklung von Projekten und den Mut zu Experimenten spielen m. E. wieder mal – ich reite gern darauf herum - die jeweiligen Leitungen eine wichtige Rolle. Es ist von Bedeutung, ob sie selbst in diesen Zusammenhängen auftauchen und aktiv unterstützend wahrgenommen werden, auch, ob sie Mitarbeiter, die es besonders nötig hätten motivieren, an Projekten außerhalb des direkten Behandlungskontextes teilzunehmen.

Aber selbst aufgeschlossenen Leitungen und Mitarbeitern geht derzeit wegen der neoliberal gefärbten Sozialpolitik der letzten Jahre bisweilen die Luft aus. Sie haben mit den direkten und indirekten Folgen dieser Politik zu kämpfen, z. B. der Personalverknappung, der Bürokratisierung und unter Effizienzdruck entstehenden Managementproblemen.

Für die Praxis in Bielefeld scheint mir zu gelten, dass all die erwähnten und nicht erwähnten partnerschaftlichen Aktivitäten und Projekte, trotz der Grenzen,

an die sie stoßen, immerhin wie Hefepilze im Psychiatrie-Teig wirken und auch auf diejenigen Auswirkungen haben, die sich nicht direkt daran beteiligen wollen oder können. Es gibt jedoch zahlreiche Regionen in Deutschland, wo selbst die Hefepilze fehlen.

Außerdem scheint mir, dass sich die gesamte Sozialpolitik Europas in einer ziemlichem Zerreißprobe zwischen Fiktion und Vision befindet.

An wohlklingenden visionären Programmen von Qualitätssicherung über Personenzentrierung, individuelle Hilfeplanung, Zielvereinbarung, Persönliches Budget, Empowerment, Recovery, bis hin zu Inklusion und Disability Mainstreaming fehlt es auch in der Psychiatrie nicht. Ich bin sicher, dass all diese Programme für sich in Anspruch nehmen, partnerschaftliches Handeln zu fördern.

Parallel dazu vollzieht sich aber - anscheinend unaufhaltsam - die Ökonomisierung des Sozial- und Gesundheitswesens.² Alles dies bleibt nicht ohne Auswirkungen auf die Kultur der psychiatrischen Arbeit.

Im Gegensatz zu früher wird heute keiner mehr sagen, dass Gespräche für Menschen, die in seelischen Nöten stecken, schädlich seien. Sie werden nicht mehr aus fachlich ideologischen Gründen verhindert, jedoch nun mehr aus ökonomischen Gründen, weil häufig die Zeit fehlt. Außerdem ist vielerorts zu beobachten, dass demokratische Abstimmungsprozesse auf der Strecke bleiben. Der überall empfundene ökonomische Druck leistet der Neigung zu autoritären Leitungsstilen Vorschub.

Eine Gefahr in Richtung Fiktion, könnte man auch darin sehen, dass gesellschaftspolitisch die aktiven und organisierten Psychiatrie-Erfahrenen dem heute einseitig vorgetragenen Ideal des selbstverantwortlichen, autonomen Bürgers, der seine eigene Krankheit oder Behinderung managen soll,

² Organisationen werden nach Rationalisierungsgesichtspunkten und betriebswirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Kalkülen neu geordnet. Wettbewerb und Konkurrenz sind gesetzlich verordnet. Mechanismen greifen um sich wie: verschärftes Controlling von In- und Output, Personalkürzungen, Neustrukturierung von Verwaltungen – und Kommunikationsabläufen, Standardisierung und Quantifizierung von Hilfeprozessen, Privatisierung, Outsourcing und anderes mehr.

sehr zu entsprechen scheinen. Diese Leitvorstellung könnte aber diejenigen gefährden, die sich am wenigsten selbst helfen können. Es darf nicht passieren, dass im Zuge der Begeisterung für kooperatives Handeln mit Vertretern der Betroffenenverbände, die vielen psychisch sehr stark beeinträchtigten Menschen vergessen werden, die sich nicht so gut selbst artikulieren können.³

8. „Wir sind’s noch nicht, wir werden’s aber.“ - Schlussbemerkung

Trotz mancher Widersprüche und Gefahren sollten wir die Hoffnung nicht aufgeben, dass sich in Zukunft noch ganz andere Formen der Zusammenarbeit zwischen Profis, Betroffenen und Bürgern entwickeln lassen - vielmehr gegenseitige Ergänzungen und damit auch andere Modelle, die es ermöglichen zumindest Teile der Arbeit, die von Betroffenen geleistet wird, zu finanzieren. Die Kostenträger in Deutschland setzen neuerdings verstärkt auf die Zivilgesellschaft und auf bürgerschaftliches Engagement. Damit könnte man sich voll einverstanden erklären, wenn man sicher sein könnte, dass der politische Wille vorhanden ist, die Rahmenbedingungen für die Entwicklung einer „Kultur des partnerschaftlichen Zusammenlebens“⁴ zur Verfügung zu stellen. Allein durch Appelle und als Nebeneffekt von Sparprogrammen wird sie sich nicht einstellen.

Zum Ende kommend, reizt es mich angesichts unserer lieben polnischen Kollegen und Kolleginnen, die ja meistens gut katholisch sind, mit einem erzprotestantischen Zitat von Martin Luther zu schließen, ein Zitat, in dem eine

³ Eine fiktive Partnerschaft scheint mir ferner die modernistische Rede von den Kunden vorzugaukeln. Gerade psychisch kranke Menschen sind genau in der Phase, in der sie am meisten Hilfe brauchen, gerade nicht in der Lage, sich wie Kunden auf einem Markt zu verhalten und auf Augenhöhe Verträge auszuhandeln, mal abgesehen davon, dass ein Kunde lediglich Anspruch auf das hat, was er bezahlen kann. Partnerschaftlich wäre viel mehr, wenn wir die auf den allgemeinen Menschenrechten basierenden Bürgerrechte unserer Klienten ernst nehmen würden. Ein Bürger kann Ansprüche gegenüber Staat und Gemeinwesen geltend machen und muss sich nicht als Almosenempfänger verstehen.

⁴ 85. Arbeits- und Sozialministerkonferenz – Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen, Stand: 3.9.2008

Grundhaltung deutlich wird, die sich weder naiv zum Glauben an Fiktionen verführen lässt, noch die in Visionen steckende Hoffnung aufgibt. Es lautet:

Das Leben ist ...
nicht eine Gesundheit,
sondern ein Gesundwerden,
nicht ein Sein,
sondern ein Werden,
nicht eine Ruhe,
sondern eine Übung.
Wir sind's noch nicht,
wir werden's aber.
Es ist noch nicht getan oder geschehen,
es ist aber im Gang und im Schwang.
Es ist nicht das Ende,
es ist aber der Weg.
Es glüht und glänzt noch nicht alles,
es reinigt sich aber alles.⁵

Nun - statt der letzten Worte sollten wir vielleicht besser sagen: es gibt noch viel zu bereinigen, sowohl im psychiatrischen Alltagshandeln als auch in der Sozial- und Gesundheitspolitik. Wir können uns – jeder nach seinen Möglichkeiten - daran beteiligen.

⁵ Luther, Martin (1521): aus der Schrift: „Grund und Ursache aller Artikel Dr. Martin Luthers, die durch die römische Bulle zu Unrecht verdammt sind“, Weimarer Ausgabe 7, S. 336