

# Sozialpsychiatrischer Anspruch und gesellschaftliche Realität

## Partnerschaftliches Handeln - Fiktion oder Vision?<sup>1</sup>

Vortrag bei der Jubiläumstagung: Zwei Jahrhunderte soziale Psychiatrie – 35 Jahre WGSP - „Haben wir fertig?“ am 05.05.2011 in Gütersloh

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

als spontan eingesprungene Ersatzrednerin nehme ich mir heraus, den eigentlich vorgesehenen Titel etwas abzuändern. Er lautet jetzt: „Partnerschaftliches Handeln in der Psychiatrie - Fiktion oder Vision?“ Unter diesem Titel möchte ich der Frage nachgehen: wofür die Psychiatrie heute offen sein sollte, damit eine Chance besteht, dass sie auch morgen noch als human und sozial gelten kann. Den Anstoß dazu über partnerschaftliches Handeln nachzudenken, verdanke ich der deutsch-polnischen Gesellschaft für seelische Gesundheit.

### 1

#### Offenheit für Partnerschaft

Zu jeder Partnerschaft gehört auch das Streiten, wenn das gar nicht vorkommt, stimmt etwas mit der Partnerschaft nicht. Ferner hat partnerschaftliches Handeln in der psychiatrischen Arbeit viele Ebenen. Ich werde sie künstlich auseinander nehmen und beginne mit dem Blick auf Möglichkeiten partnerschaftlichen Handelns zwischen Profis und - Profis. Denn ich bin überzeugt, wenn es Mitarbeitern nicht gelingt, sich gegenseitig zu respektieren, wenn es uns nicht gelingt die Unterschiedlichkeit der Rollen, auch der Rollen im hierarchischen Gefüge wert zu schätzen, 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 heute 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?

---

<sup>1</sup> An mehreren Stellen veränderter Vortrag, der ursprünglich im Rahmen des 15. Forums Psychiatrie und Psychotherapie und der 21. Jahrestagung der Deutsch-Polnischen Gesellschaft für seelische Gesundheit gehalten wurde

Da lässt sich alles erleben, von sublimen 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. Das lasse ich jetzt; nur auf eins sei hingewiesen: hinsichtlich partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen haben sich m. E. die Ärzte in den letzten 35 Jahren 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, Inklusion 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 z. B. in der Kooperation mit anderen Anbietern sozialer Hilfen, mit kommunalen Angeboten, mit Kirchengemeinden etc. sowie auch durch die Einbeziehung von Laien, also Bürgern der Umgebung.

Ein Modell, von dem man hinsichtlich des Letzteren viel lernen könnte, ist das betreute Wohnen in Gastfamilien, das sich, obgleich von den Hauptakteuren der psychiatrischen Szene zu wenig beachtet, langsam aber sicher weiterentwickelt.

## 2

### **Offenheit für Angehörige**

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. 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. Etwas scheint mir in diesem Zusammenhang 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. Die in Deutschland üblich gewordene stricte 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

#### **Offenheit für psychiatrie- erfahrene Menschen**

Mit dem Begriff „Psychiatrie-Erfahrung“ wurde – zu Beginn der 90er Jahre - von den Betroffenen 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.

Auch im Zusammenhang mit unterschiedlichen therapeutischen Methoden wird der Begriff Partnerschaftlichkeit bisweilen 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 wichtig für alle Formen professionellen therapeutischen Handelns und auch dafür, ob dieses Handeln auch in Zukunft sozial und human genannt werden kann. Die Antwort ist ganz entscheidend dafür, ob die Asymmetrie starr wird, ob sie entartet in etwas Standardisiertes, 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.

#### 4

#### **Sich einlassen – Balance zwischen Distanz und Nähe**

Zur Fiktion kann Partnerschaftlichkeit auch dann werden, wenn die Gratwanderung zwischen angemessener 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 wir Menschen, denen wir in beruflichen Kontexten begegnen in Worten, Verhalten und Haltung niemals mehr versprechen dürfen, als wir wirklich halten können und was unsere berufliche Rolle hergibt und das ist oft weniger als jugendlicher Überschwang sich anfangs vornehmen mag

Bei gewachsener Erfahrung 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. Ich finde es lohnend den derzeit viel traktierten Begriff Inklusion probenhalber einmal durch den Begriff Partnerschaft zu ersetzen. 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. Ich denke, das Motto des heutigen Europäischen Protesttags zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen „Inklusion beginnt im Kopf“ zielt genau darauf.

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

### **Partnerschaftliche Kooperation außerhalb von Behandlungskontexten**

Eine sehr spannende, spezielle Variante partnerschaftlichen Handelns zwischen Professionellen und Betroffenen ist die in den letzten Jahren stärker in den Vordergrund getretene Kooperation außerhalb direkter Behandlungskontexte. Die ersten Ansätze dazu, die ich mitbekommen habe, hingen bereits 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.

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 Trialog bezeichnet. Die Anfangsphase war sehr spannend und konfliktreich. Bei den Bielefelder Kooperationsgesprächen handelt es sich um 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. 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 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 wir 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 die inzwischen vermutlich überall bekannte Behandlungsvereinbarung entwickelt, die dialogisch besetzte Beschwerdestelle entstand in dieser Zeit sowie auch 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, alle 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.

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.

Zur Fiktion kann partnerschaftliche Zusammenarbeit auch 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 gewillt ist zuzuhören, 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.

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 Nordrheinwestfalen oder gar 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, Angehörige und Bürger, auf der anderen Seite der übliche institutionelle Alltag mit zunehmenden ökonomischen und bürokratischen Hürden, der sich 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, an der Peer-Beratung 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 meist 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 beobachtet wird.

Für die Pflege partnerschaftlicher Arbeit in den Diensten und Kliniken für 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 ermutigen an Projekten außerhalb des direkten Behandlungskontextes teilzunehmen oder ob sie selbst ängstlich an Standards und zu erfüllenden Fachleistungsminuten ausgerichtet sind.

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, der Personalverknappung, der Bürokratisierung und sie leiden unter dem allgegenwärtigen Effizienzdruck.

Ich zitiere Ulla Schmalz, die Leiterin und kreative Initiatorin der Kölner Hotels Plus – diese Hotels sind bekanntlich ein Angebot für die ärmsten und geplagtesten psychisch kranken Menschen überhaupt - auf die Frage, ob es etwas gibt, das sie bei ihrer Arbeit richtig wütend machen kann, antwortet sie :

„Ich finde es einfach unerträglich, dass die wesentlichen Inhalte meiner Arbeit davon bestimmt sind, inwieweit sie wirtschaftlich lohnend für den Träger sind.

Ich finde es unerträglich, einen großen Teil meiner Arbeit damit zu verbringen Exceltabellen für das Controlling anzufertigen und einen fortwährenden Plan-Ist-Vergleich zu erstellen. Ich finde es unerträglich, dass nicht entschieden wird, was für eine ordentliche sozialpsychiatrische Arbeit machbar und leistbar ist, sondern wie viel Ertrag bei wie viel Leistung zu erbringen ist. ...

Ich finde es unerträglich, dass ich mich im Fachleistungsminutentakt ständig auf andere Menschen einstellen muss und eigentlich keine Zeit mehr habe, um über

Erlebtes nachzudenken, nachzuspüren und meine eigene Befindlichkeit sowieso keine Rolle mehr spielt.“...<sup>2</sup>

Auch dies ist gegenwärtige gesellschaftliche Realität. Das was gut läuft und das was keineswegs gut läuft stößt sich hart im Raum. Auf keinen Fall sind die engagierte Arbeit in vielen Kliniken und Einrichtungen sowie die erwähnten partnerschaftlichen Aktivitäten und Projekte deshalb zu entwerten, aber es macht deutlich, dass solches Engagement an vielerlei Grenzen stößt.

Im übrigen scheint mir, dass sich die gesamte Sozialpolitik Europas in einer ziemlichen 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 - und in einer oft schwer zu erkennenden Verschränkung damit - vollzieht sich jedoch, anscheinend unaufhaltsam, die Ökonomisierung des Sozial- und Gesundheitswesens. 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. Der überall empfundene ökonomische Druck leistet der Neigung zu autoritären Leitungsstilen Vorschub. In manchen Bereichen der psychiatrischen Arbeit ist bei Mitarbeitern eine bedrohliche Resignation zu beobachten.

---

<sup>2</sup> Sozialpsychiatrische Informationen 2/2011

In einer großen diakonischen Einrichtung wurde vor einiger Zeit ein Papier verteilt, das die Inklusionsziele der UN BRK unter einprägsamen Überschriften zusammenfasste.

Einige Mitarbeiter, die ich auf die - ja in der Tat - hoch zu schätzenden Ziele der Konvention ansprach, zuckten die Achseln. Das ist, meinten sie, wie früher die Bibelsprüche an den Wänden. Mit den von ihnen erlebten Entwicklungen in der Arbeit habe das nichts zu tun. Am besten man lese es erst gar nicht, sonst rege einen die Diskrepanz zur Realität nur auf.

Und es gibt mir zu denken, wenn in einem Team, das sich um obdachlose psychisch kranke Menschen kümmert, gesagt wird: „Es kann noch so oft betont werden wie wichtig die Inklusion ist – für unsere Klienten findet sie nicht statt.“<sup>3</sup>

Diese Bemerkung macht noch auf eine andere Gefahr, die in Richtung Fiktion liegen könnte, aufmerksam, nämlich auf die Gefahr, dass in der Psychiatrie womöglich nur noch die aktiven und organisierten Psychiatrie-Erfahrenen im Zentrum des Interesses stehen, die dem heute einseitig vorgetragenen gesellschaftspolitischen Ideal des selbstverantwortlichen, autonomen Bürgers, der seine eigene Krankheit oder Behinderung managen soll, entsprechen. 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.

## 8

### **„Wir sind’s noch nicht, wir werden’s aber.“ – Schlussbemerkung**

Spätestens an dieser Stelle werde ich gefragt, was denn nun zu tun sei und ob ich denn so naiv sei zu glauben, dass das was mit dem Stichwort Ökonomisierung bezeichnet wird, zurückzudrehen sei. Dazu ist zu sagen, dass ich nach dem Fall

---

<sup>3</sup> Sozialpsychiatrische Informationen 2/2011

der Mauer und nach der derzeitigen Atomwende unserer konservativ-liberalen Regierung manches Unmögliche für möglich zu halten beginne. Was die Ökonomisierung im Sozial- und Gesundheitswesen betrifft, scheint mir die Erwartung einer schnellen, radikalen sozialpolitischen Änderung jedoch eher unwahrscheinlich. Selbst nach dem Schock der Wirtschaftskrise hat sich ja wieder vieles nach den alten Mustern eingepegelt. Ich glaube jedoch, dass es immer Spielräume gibt, manchmal im Kleinen, manchmal im Großen.

Ein neues sozialpolitisches Konzept, das im größeren Maßstab Spielräume eröffnen könnte, in denen sich in der beschriebenen Weise partnerschaftlich arbeiten ließe, ohne den erwähnten Gefährdungen all zu sehr zu erliegen, könnte z.B. die Hamburger Spielart der Integrierten Versorgung sein, allerdings nur dann, wenn es gelingt, sie mit der Eingliederungshilfe zu verzahnen und sie vor dem Zugriff privatwirtschaftlicher Anbieter zu retten, also z. B. vor den Profitinteressen der Pharmaindustrie.

Um das sozialpsychiatrische Projekt im Sinne von Partnerschaft weiterhin lebendig zu halten, kommen wir m. E. nicht umhin, politischer zu werden. U. a. scheint es mir heutzutage wieder aktuell sich Berufsverbänden – z. B. der DGSP - und ggf. Gewerkschaften anzuschließen, sofern sie für eine beziehungsorientierte, soziale Psychiatrie eintreten. Denn wie sollte sich sonst streitbare Partnerschaft zur Politik gestalten lassen?

Ich selber gebe trotz mancher Widersprüche und Gefahren, die ich sehe, die Hoffnung nicht auf, dass sich in Zukunft noch ganz andere Formen partnerschaftlicher Zusammenarbeit zwischen Profis, Betroffenen und Bürgern entwickeln lassen. In den fünf Arbeitsgruppen dieser Tagung werden ja genau dies die Themen sein.

Fiktion oder Vision? Es geht darum, sich weder naiv zum Glauben an Fiktionen verführen zu lassen, noch die in Visionen steckende Hoffnung aufzugeben. Der alte Martin Luther wusste das:

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.<sup>4</sup>

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

*Renate Schernus*  
*Bohnenbachweg 15*  
*33617 Bielefeld*  
*Renate.Schernus@t-online.de*

---

<sup>4</sup> 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