

Berechenbares und Unberechenbares¹

Renate Schernus, Bielefeld

Erschienen in Kerbe - Forum für soziale Psychiatrie 4/2016

„Gewissheit gibt allein die Mathematik. Aber leider streift sie nur den Oberrock der Dinge.“ (Wilhelm Busch, Brief an Maria Anderson, 25.5.1875)

Vorbemerkung

Für diesen Beitrag wurde mir folgender Arbeitstitel vorgegeben: *Vertrauen und/oder Kontrolle – Steuerungsprinzipien des psychiatrischen Systems*. Hinter dieser Vorgabe scheint mir der Gedanke zu stehen, dass die Begriffe Vertrauen, Kontrolle und Steuerung sich irgendwie aufeinander beziehen lassen. Letzteres will ich im Folgenden versuchen. Wenn ich richtig sehe, wird in der psychiatrischen Fachwelt im Nachdenken darüber, wie psychiatrische Arbeit zu gestalten sei, zwar viel über Kontrolle und Steuerung gesprochen, weniger jedoch über Vertrauen. Das Wort Vertrauen gehört einem ganz anderen Bedeutungsfeld an als die Begriffe Steuerung und Kontrolle. Instrumente, die dem Steuern und Kontrollieren dienen, kann ich tatkräftig in die Hand nehmen. Ich kann etwas machen. Vertrauen kann ich nicht machen. Vertrauen entsteht zwischen Menschen, ist nicht berechenbar, nicht messbar. Für Steuerung und Kontrolle benötige ich als Basis Daten. Dann kann ich berechnen, vergleichen, Schlüsse ziehen, kann hoffen Transparenz herzustellen – ein ebenfalls beliebter Begriff – zum Beispiel bei Kostenträgern, die kontrollieren möchten, wohin, warum und wie viel Geld in welche Hilfeform fließt, und die diese Geldflüsse steuern möchten - aus welchen Interessen heraus auch immer.

Psychiatrieplanung ist wichtig

Um zu steuern benötigt man Daten. Datensammlungen kann man wichtige Hinweise entnehmen, die dann wiederum für eine vernünftige Psychiatrieplanung eine Rolle spielen. Einem guten Psychiatrieplaner kann es zum Beispiel nicht gleichgültig sein, warum das Risiko einer zwangsweisen Unterbringung nach PsychKG in einigen Kommunen zehnmal höher ist als in anderen und auch von Bundesland zu Bundesland erheblich differiert. Ohne differenzierte Daten aus Landkreisen und Kommunen werde ich zu vielen, für eine übergeordnete Psychiatrieplanung notwendigen Fragestellungen keine Antworten finden können. So muss ich zum Beispiel zu erhellen suchen, ob die Zunahme von Zwangseinweisungen in bestimmten Regionen mit einem zu wenig von Hilfen zu tun hat oder umgekehrt gerade mit einem gut ausgebauten Angebot gemeindepsychiatrischer Dienste, ob die Art der Hilfe die dort angeboten wird angemessen ist, ob die Häufigkeit der Einweisungen überhaupt in Abhängigkeit von solchen Diensten steht und wenn ja, in welchem Grade. Ein Psychiatrieplaner wird sich ferner fragen, welche bedeutsamen Variablen – zum Beispiel demographischer oder allgemeiner gesellschaftspolitischer Art – auch noch eine, vielleicht sogar eine größere Rolle spielen oder welche Faktoren sich gegenseitig aufschaukeln – usw. und sofort.

Daten sind mit Vorsicht zu genießen

Habe ich Daten erhoben und möchte diese zum Planen und schließlich zum Kontrollieren geplanter Ziele nutzen, so fängt die eigentliche Denkarbeit allerdings erst an, denn Daten können lediglich Anstöße geben. Zwangsläufig muss ich anfangen zu interpretieren, zu kontextualisieren, Hypothesen zu bilden und nach Wegen zu suchen, die Daten mit den unterschiedlichen Lebenswelten wieder in

¹ Erschienen in: Kerbe 4/2016

Verbindung zu bringen. Dafür muss ich mit Menschen in Kommunikation treten und mir zusätzlich zu den Daten erzählen lassen, worum es für sie geht. Hier nun reicht die Mathematik nicht mehr aus. Wir geraten in ein unsicheres Feld, das mit Risiken behaftet ist. Ein Risiko besteht z. B. darin, dass sich aus Datenlagen, die sich auf den menschlichen Bereich beziehen, nur solche Erkenntnisse und schließlich Entscheidungen ableiten lassen, die sich auf den durchschnittlichen Einzelnen beziehen und nicht auf das, was dem konkreten Einzelnen gerecht wird. Ein weiteres Risiko besteht darin, dass Transparenz kein Wert an sich ist. Es kommt darauf an, welche Interessen mit der Herstellung von Transparenz verfolgt werden, und ob diese Interessen ihrerseits transparent gemacht werden. Möglich bleibt immer, dass die unter achtbaren Motiven erhobenen Daten in den Sog ganz anderer Interessen geraten und ihnen dienstbar gemacht werden sollen. Es kann zum Beispiel passieren, dass alle von sozialer Gerechtigkeit sprechen, aber etwas Unterschiedliches damit meinen. Geht es, so setze ich voraus, den Fachleuten in der Sozialpsychiatrie vornehmlich um Versorgungsgerechtigkeit und um eine Steuerung der Ressourcen unter der Maxime „die Schwächsten zuerst“, so kann das zu Unvereinbarkeit mit einem ganz anderen Gerechtigkeitsbegriff führen, zum Beispiel dem der Leistungsgerechtigkeit. Zu ihr legte vor längerer Zeit ein namhafter Politiker ein deutliches Bekenntnis ab. „Soziale Gerechtigkeit muss künftig heißen, eine Politik für jene zu machen, die etwas für die Zukunft unseres Landes tun: die lernen und sich qualifizieren, die arbeiten, die Kinder bekommen und erziehen, die etwas unternehmen und Arbeitsplätze schaffen, kurzum, die Leistung für sich und unsere Gesellschaft erbringen. Um die – und nur um sie – muss sich Politik kümmern.“ (Peer Steinbrück, die Zeit, 13.11.2003)

Erhebungen von Daten und Überlegungen zur Planung von Hilfen, sei es auf struktureller Ebene, sei es auf der individuellen Ebene, finden nicht in einem sozialpolitisch neutralen Raum statt. Mir scheint, dass im derzeitigen gesellschaftlichen Kontext mit einem marktorientierten, konkurrenzbasierten Sozial- und Gesundheitssystem auch die besten Planungen ständig in Gefahr sind, neoliberal unterlaufen zu werden.

Falls sich das in dem Steinbrück – Zitat deutlich werdende, vorrangig an Leistung orientierte Gerechtigkeitsverständnis in der Politik immer stärker durchsetzen würde, müssten sich bestimmte Personengruppen vor Datenerhebung fürchten. Ich kann also Planungen, die sich auf eine bestimmte Datenbasis stützen und den Kontrollen, die eingesetzt werden, um bestimmte Planungen zu ihrem Ziel zu bringen, nicht einfach naiv vertrauen.

Unterschiedliche Ebenen des Handelns sind zu beachten

Noch komplizierter wird es, wenn sich die Bemühungen um Planung von Hilfen und die Kontrollinstrumente, die eingesetzt werden, um bestimmte Planungsziele zu erreichen, auf die Mikroebene der zwischenmenschlichen Relationen beziehen. Hier haben wir es mit einer Ebene zu tun, bei der es sinnvoll ist, Unschärfen als vom Gegenstand her gegeben anzuerkennen. Mit dem Einsatz von ausgeklügelten Hilfeplan- und Kontrollinstrumenten kann man leicht der Suggestion erliegen, dass eine exakte Erfassung des Gegenstandes prinzipiell möglich ist.

Bei Instrumenten, die auf Datenerhebung und Quantifizierung beruhen, bewegen wir uns vornehmlich in einem Bedeutungsfeld, das Habermas als „den Typus des zweckrationalen, strategischen und instrumentellen Handelns“ beschreibt. „Instrumentelles Handeln richtet sich nach technischen Regeln, die auf empirischem Wissen beruhen“. (zitiert nach 1) Im praktischen zwischenmenschlichen Vollzug der Arbeit im Sozial- und Gesundheitswesen gerät nun dieses Bedeutungsfeld unvermeidlich und prinzipiell in Spannung mit einem anderen Bedeutungsfeld. Bei diesem geht es um einen anderen Typus des Handelns, nämlich um kommunikatives, auf Interaktion angewiesenes Handeln, das, wenn es seinen Sinn erfüllen soll, Vertrauen voraussetzt, bzw. das Entstehen von Vertrauen fördert. In jüngster Zeit hat sich Giovanni Maio, zu dieser Problematik geäußert. Er sieht die Psychiatrie und die gesamte Medizin in der Gefahr, diejenigen Aspekte der Arbeit zu entwerten, die nicht formalisierbar und „mit dem Postulat der Eindeutigkeit nicht in Einklang zu bringen“ sind. (3)

Daraus folgt, dass danach zu fragen ist, ob die jeweils angewandte Methode ihrem Gegenstand angemessen ist. Das Zählen und Berechnen, das z. B. auf der Makroebene kommunaler Psychiatrieplanung als Hilfsmittel durchaus Sinn macht, kann nur sehr bedingt auf die Mikroebene

zwischenmenschlichen Geschehens übertragen werden. Kein noch so auszisiliertes Hilfeplanungsinstrument kann uns vorab Sicherheit geben, wie die Begegnung mit einem psychisch kranken Menschen in einer therapeutischen Beziehung ausgehen wird. Wenn wir uns einbilden, planen zu können, wo es hingehen soll mit ihm, wie er sich zu ändern hat in eine vorausgesetzte Ordnung hinein, werden wir die Entwicklung einer auf Vertrauen basierenden, hilfreichen Beziehung verhindern. Ob ein Patient/Klient Vertrauen zu mir fassen kann, hängt entscheidend davon ab, ob ich von Beginn an Vertrauen, sozusagen Vorschussvertrauen, in ihn und seine mir noch unbekanntem Möglichkeiten setze, wenn ich ihm Raum lasse, zu sich selbst zu kommen. Das heißt ich muss, jedenfalls meistens, zunächst einmal eher pathisch, erleidend, inne haltend sein, muss mich von dem „Typus des zweckrationalen, strategischen und instrumentellen Handelns“, das auf anderen Ebenen sinnvoll ist, lösen können, zumindest eine kritische Distanz zu ihm einnehmen. Der so genannte Hilfebedarf eines Menschen wird viel zu oft mit einem zielorientiertem, planbarem Trainingsbedarf gleichgesetzt. Häufig ist es jedoch gerade der bewusste Verzicht auf von außen definierte Erfolge, der bewirkt, dass ein Mensch von sich aus den zu ihm passenden Schritt wolle und die Widerstände aufgeben kann, die vorher für seine Selbstachtung wichtig waren.

Vielleicht erkennen Mitarbeiter/innen, gleichgültig ob in den Kliniken oder in den Diensten der Eingliederungshilfe, in manchen ergebnis- und zielorientierten Instrumenten das Unangemessene des zweckrationalen, strategischen Handlungstyps und tun sich schwer damit, weil es ihre Bemühung um Beziehungsaufnahme stört. Heutzutage wird darin meist nur undiszipliniertes Arbeiten und Rückständigkeit gesehen. Natürlich gibt es Letzteres, aber wir müssen genauer hinsehen. So fragt z. B. Elgeti nach jahrelanger Erfahrung mit systematisierter Hilfeplanung nachdenklich: „Oder schützen die Therapeuten damit vielleicht intuitiv die Atmosphäre ihres Dialogs mit dem Patienten vor dem Erfolgsdruck, der von einer dokumentierten Planung und Überprüfung einer Therapie ausgehen mag?“ (2)

Wie eng es für das Nicht-Planbare werden kann, wenn psychiatrisch unerfahrene, dafür aber mathematisch versierte und von Marktlogiken beeinflusste Beamte Entgeltsysteme entwickeln, wurde und wird leider immer noch in dem Streit rund um das neue Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)² deutlich, ein Streit, der u. a. darüber entbrannt und noch weiter brennt, ob das Nicht-Planbare überhaupt sein darf. So ging z. B. der größte Anteil des Personalaufwands für Patienten mit schweren akuten Erkrankungen – die krankenschwangerische Behandlung rund um die Uhr – nicht in die Berechnungen ein, weil dieser Aufwand sich nicht in vorgegebenen Zeiteinheiten messen ließ. Ferner wurden (werden?) Diagnosen wie messbare Einheiten mit Preisen versehen, obwohl dies der empirisch gesicherten Erfahrung widerspricht, dass in der Psychiatrie mit der Diagnose nur ca. 20% des erforderlichen Behandlungsaufwands zusammenhängt.

Kontrollverfahren haben unerwünschte Nebenwirkungen

Hildegard Weigand³ machte 2013 darauf aufmerksam, dass die In den letzten Jahren im Zusammenhang mit der Ökonomisierung des Sozial- und Gesundheitswesens entwickelten zahlreichen Überprüfungs- und Kontrollverfahren, die eigentlich einer Qualitätsverbesserung dienen sollten, erhebliche „unerwünschte Nebenwirkungen und Spätfolgen“ haben. Von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Sozial und Gesundheit Bereiches würden solche standardisierten Überprüfungen und Kontrollen oft als ihnen entgegengebrachtes Misstrauen erlebt. Ausufernde Kontrollinstrumente würden eine Misstrauenskultur fördern sowie Angst davor, Fehler zu machen. Dadurch würden Mitarbeiter lernen Richtlinien einzuhalten und zu gehorchen, nicht aber kreativ zu gestalten. Auch

² Jetzt: Gesetz zur Versorgung und Vergütung psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen (PsychVVG), liegt seit Mai 2016 als Referentenentwurf vor und berücksichtigt die fachliche Kritik an PEPP nicht in ausreichender Weise

³ Beitrag während eines Workshops der Soltauer Initiative für Sozialpolitik und Ethik in Köln-Deutz 1.2-2.2. 2013, Hildegard Weigand war von 1999 – 2016 Qualitätsbeauftragte der LWL Klinik Paderborn Psychiatrie - Psychotherapie - Psychosomatik

Mitarbeiter brauchen eine Atmosphäre des Vertrauens, damit ihre Motivation erhalten bleibt und sie sich in der Arbeit weiter entwickeln können.

Viele der heutigen Methoden verleiten dazu, dass sich die Aufmerksamkeit der Mitarbeiter verlagert, weg von der eigentlichen Beziehungsarbeit hin zu den messbaren kontrollierbaren und dokumentierbaren Aspekten der Arbeit. Eine Mitarbeiterin aus dem Bereich Eingliederungshilfe spricht folgendermaßen über ihre Arbeit: „Wir müssen immer schneller, immer mehr arbeiten und haben immer weniger Gestaltungsmöglichkeiten. Dabei müssen wir uns mit einer aufgepeppten Dokumentation abgeben, die nicht für die Praxis taugt, aber viel Zeit frisst. Früher diente die Dokumentation der Reflexion der eigenen Arbeit, jetzt handelt es sich um Satzbausteine, das Denken wird einem weg genommen. Die Arbeit wird künstlich zergliedert, die Hilfen segmentiert. Beim Gespräch mit dem Menschen muss ich schon an die Dokumentation und an die Uhr denken, obwohl ich doch eigentlich Beziehungen eingehen möchte. Das erlebe ich als Entfremdung von mir selbst.“

Qualitative und prozessorientierte Methoden sind notwendig

Das alles heißt nicht, dass jegliche Überprüfung und Kontrolle überflüssig ist. Jedoch sind für die Ebene therapeutischer Beziehungen vorrangig qualitative, prozessorientierte Methoden notwendig und solche gedeihen am besten bei einem kooperativen Leitungsverständnis. Ein Klima gegenseitigen Vertrauens fördert die Motivation der Mitarbeiterinnen und macht ausufernde Kontrollen überflüssig. „Motivation ist kein abstraktes Persönlichkeitsmerkmal, sondern Ergebnis von Interaktionsprozessen“ formulierte Heiner Kunze 2004 in Bezug auf Patienten. Dasselbe gilt auch für Mitarbeiter. Kooperatives Leiten ermöglicht Interaktion und benötigt dafür bestimmte Rahmenbedingungen. Dazu gehören u.a. Supervision und Fallgespräche, in denen kritische Rückmeldungen gegeben werden können und auch Konfliktbearbeitung stattfinden kann. Die Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen gehört zu den prozessorientierten Methoden. Ihre Beteiligung, wirkt sich unmittelbar auf Einstellungen von Mitarbeitern aus, auch auf die Art und Weise, wie über Patienten/Klienten gesprochen wird. Unter anderem sollten Letztere so weit wie möglich auch an Abschlussberichten über Behandlungsprozesse beteiligt werden.

Planungshilfen, ja, es sollte sie geben, aber sie sollten so entwickelt werden, dass sie Spielräume für das nicht Planbare, das Unerwartete, bisweilen sogar für das Chaotische lassen. Sie sollten Möglichkeiten für kreative Beziehungsgestaltung, für gemeinsames Handeln und Aushandeln eröffnen und nicht einengen. Außerdem können Leitfäden schlicht dabei helfen, bestimmte Dinge nicht zu vergessen.

Und das, was über Menschen aufgeschrieben, dokumentiert wird, sollte eher eine „Erzählstruktur“ haben, als eine Kästchen- Ankreuz-Struktur – eine Erzählstruktur, bei der eins aus dem anderen nachvollziehbar und plausibel hervorgeht. Das bleibt vom Wesen her subjektiv gefärbt. Dazu anzuleiten, dass dies alles in respektvoller und hilfreicher Weise für den Patienten durchgeführt wird und die dazu gehörigen Prozesse zu kontrollieren, ist Aufgabe von fachlich geschulten Leitungen. Eine Aufgabe, die idealerweise interaktiv wahrzunehmen ist, gleichsam als Vorbild für die Art und Weise wie Mitarbeitende mit Patienten /Klienten umgehen sollten. Sie kann nicht durch Kontrollinstrumente ersetzt werden.

- 1) Gröning, K: Pflege in Zeiten der Fortschritts- und Konsumphilosophie – Qualitätssicherung in der stationären Altenpflege. In: Mabuse 108, Juli/August 1997, 29ff.
- 2) Elgeti, H: Im Schatten unserer Pläne geht auch mal ein Traum in Erfüllung. Sozialpsychiatrische Informationen 2/2005
- 3) Kunze, H.:Rehabilitationsplanung, in Rössler, W. (HG.):Psychiatrische Rehabilitation, Springer-Verlag, Berlin 2004
- 4) Maio, G.: Die Industrialisierung der Psychiatrie - Verstehen nach Zahlen?, in: Psychiatrie & Philosophie 34, 2016 / Vortrag bei der Eröffnungsveranstaltung des DGPPN Kongresses in Berlin, November 2015