

Wirklichkeit und Vision -

Widersprüche und Parallelwelten in der psychiatrischen Arbeit

Vortrag im Rahmen der DGSP-N-Jahrestagung 2012, am 28.6.2012

„Die Tyrannei des Gelingens – zur Ökonomisierung der Hilfen im psychiatrischen Alltag“

Renate Schernus, Bielefeld

Vorbemerkung

Während der Vorbereitung dieses Vortrags begannen mich einige Zweifel zu quälen. Ich fragte mich, ob die Perspektive einer nordrheinwestfälischen Rentnerin, überhaupt dazu geeignet ist, etwas Vernünftiges zu dem, was in der niedersächsischen Psychiatrieszene so miteinander getrieben wird, beizutragen? Meine Informationen beziehe ich inzwischen – sozusagen altersentsprechend - alle aus freiberuflichen, bzw. ehrenamtlichen Tätigkeiten, u. a. aus Supervisionen oder sonstigen Gesprächen mit Kollegen und Kolleginnen, aus psychotherapeutischen Gesprächen, aus der Zusammenarbeit mit dem Verein Psychiatrie-Erfahrener, aus der Beratung des so genannten Peer-Counseling, aus der Mitarbeit beim Aufbau der EX-IN –Ausbildung in OWL sowie aus der Mitarbeit in der unabhängigen Beschwerdestelle Psychiatrie. Aber - viele Probleme ergeben sich ja aus der Arbeit innerhalb von Institutionen und die sehe ich jetzt mit dem Blick von außen. Und so gebe ich dem Bedürfnis nach, wenigstens darauf hinzuweisen, dass meine Sicht begrenzt und spezifisch gefärbt ist und vermutlich auch ein gewisses Lokalkolorit hat. Dass ich überhaupt zugesagt habe, lag wohl vor allem daran, dass so nette Menschen angefragt haben.

Mal sehen, ob ich aus dem widersprüchlichen Gemisch an Informationen, die mich erreichen, etwas Brauchbares herleiten kann.

Lust am Gelingen

Tyranei des Gelingens? Zunächst finde ich erwähnenswert, dass manches in der Psychiatrie richtig gut gelingt, ganz ohne Tyrannei. Wir profitieren immer noch von den Errungenschaften der 70er und 80er Jahre, in denen viele differenzierte Hilfeformen auf- und ausgebaut wurden. An meinem Wohnort Bielefeld hat sich außerdem, und das wird bei Ihnen nicht viel anders sein, eine bereichernde Kultur des Austauschs zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Professionellen entwickelt. Von den so genannten Dialog-Gesprächen, den Psychoseminaren, verschiedenen dialogisch organisierten Projekten bis hin zu kommunal- und landespolitischen Gremien gibt es eine lebendige Zusammenarbeit. Was da, etwa seit 1982 entstanden ist, ist beachtlich. Es begann mit der Entdeckung der Angehörigen und später mit der Gründung von Vereinen der Selbsthilfe psychiatrie-erfahrener Menschen und der Entdeckung ihrer Kompetenzen. Die Interessenvertretungen der Angehörigen und insbesondere die der Psychiatrie-Erfahrenen haben in einer Weise an Gewicht gewonnen, die ich mir noch 1980 nicht hätte träumen lassen. Dass es inzwischen unter dem Namen EX-IN eine Ausbildung von Psychiatrie-Erfahrenen als Genesungsbegleiter gibt, die vielerorts Nachahmer findet, zeigt, dass diese Entwicklung der Beteiligung Betroffener noch lebendig und vital ist.

Schattenseiten des Gelingenden

Gleichzeitig lässt sich in Bielefeld aber auch beobachten, dass es weitgehend immer dieselben Profis, und dieselben Betroffenen sind, 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 der beschriebenen kooperativen Kultur, für die Weiterentwicklung von Projekten und den Mut zu Experimenten spielen m. E. 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 den unter Effizienzdruck entstehenden Managementproblemen. Auch sie unterliegen einer Tyrannei des Gelingens, insbesondere des Gelingens schwarzer Zahlen.

Jedoch auch hinsichtlich der Kooperation mit Psychiatrie-Erfahrenen könnte man eine Gefährdung durch eine Tyrannei des Gelingens sehen. Denn es ist ja deutlich, dass bei den beschriebenen kooperativen Projekten insbesondere die gesellschaftspolitisch aktiven und organisierten Psychiatrie-Erfahrenen beteiligt sind, die dem heute einseitig vorgetragenen Ideal des selbstverantwortlichen, autonomen Bürgers, der seine eigene Krankheit oder Behinderung managen soll sehr gut entsprechen. Diese Leitvorstellung könnte aber diejenigen gefährden, die sich am wenigsten selbst helfen können. (Folie)

Hier ein eindrucksvoller Beitrag zum Thema Tyrannei des Gelingens, den ich einer psychiatrie-erfahrenen Frau verdanke. Er zeigt sehr schön, wie man sich fühlen kann, wenn man umkreist ist von lauter Tüchtigen, Willensstarken und Charaktervollen. (8)



Der Tyrannei des Gelingens lässt sich auch mit wissenschaftlichen Methoden nachspüren. Bei einer Umfrage der Universität Bielefeld fand fast ein Drittel der Befragten einen Satz, wie: „Menschen, die wenig nützlich sind, kann sich eine Gesellschaft nicht leisten“ zutreffend. Ebenfalls zutreffend fanden sie den Satz: „Wir nehmen in unserer Gesellschaft zu viel Rücksicht auf Versager.“ Sogar 60 Prozent stimmten dem Satz zu: „In Deutschland müssen zu viele schwache Gruppen mit versorgt werden.“ (FR 5./6. April 2012, S.12, Wirtschaft)

Wenn solche Einstellungen sich in unserer Gesellschaft ausbreiten, müssen wir in der Psychiatrie um so mehr darauf achten, dass im Zuge der Begeisterung für kooperatives Handeln mit wortgewandten Vertretern der Betroffenenverbände, die vielen psychisch sehr stark beeinträchtigten Menschen nicht vergessen werden, die sich nicht so gut selbst artikulieren können. Effektiv, kostengünstig und leitlinienkonform lassen sich bekanntlich sehr viel besser die nicht so schwer erkrankten, benachteiligten und behinderten Menschen behandeln, bzw. unterstützen.

Eine ziemlich perfide, da versteckte Tyrannei verbirgt sich natürlich auch in der interessengeleiteten Masche, psychisch kranke oder behinderte Menschen in Kunden zu verwandeln. Dabei liegt es doch auf der Hand, dass psychisch kranke Menschen genau in der Phase, in der sie am meisten Hilfe brauchen, gerade nicht in der Lage sind, sich wie Kunden auf einem Markt zu verhalten oder auf der viel beschworenen Augenhöhe Verträge auszuhandeln, mal abgesehen davon, dass ein Kunde lediglich Anspruch auf das hat, was er

bezahlen kann. Einer Demokratie würde es viel besser anstehen, wenn die auf den allgemeinen Menschenrechten basierenden Bürgerrechte psychisch erkrankter oder behinderter Menschen ernst genommen würden. Ein Bürger kann Ansprüche gegenüber Staat und Gemeinwesen geltend machen und muss sich nicht als Almosenempfänger verstehen.

Krankheit macht arm und Armut macht krank

Aber selbst diejenigen, denen es gelungen ist mit Unterstützung und eigenen Anstrengungen einen Gesundheitsstand zu erreichen, der es ihnen z. B. ermöglichen würde eine gesellschaftlich anerkannte Arbeit zu übernehmen, sehen sich oft weit entfernt davon, in einem der UN BRK entsprechenden Sinn am gesellschaftlichen Leben teil nehmen zu können. Gundula Kayser, eine Frau, die mehrere psychotische Episoden heil überstanden hat, formulierte dazu vor kurzem während eines Selbsthilfetags Psychiatrie-Erfahrener einige prägnante Sätze, die ich im Wortlaut zitiere:

„Am unbefriedigsten finde ich bei alledem meine materielle Situation, und es ermüdet mich manchmal sehr, keine Perspektive zu haben, dies zu verändern. Ich finde, auch die Bewegung der Psychiatrie-Erfahrenen müsste sich allgemein sehr viel intensiver mit der Frage der in jedem Fall demütigenden, entpersönlichenden und psychisch belastenden Armut vieler ohnehin schon beeinträchtigter Menschen befassen, denn Krankheit macht arm, und Armut macht anfällig für Krankheit. In Kombination mit der aktuellen Wirtschafts- und Armutspolitik, die im Kern behauptet, jeder sei seines Glückes

Schmied, ist das ein Teufelskreis, aus dem es keinen Ausweg geben wird, solange man nicht erkennt, dass es unter dem Strich billiger und gesünder ist, die Beeinträchtigten und Kranken zu befähigen, sich sozial in alle Bereiche der Gesellschaft zu integrieren und sie vor materieller und sozialer Armut zu schützen, anstatt sie durch materielle und damit einhergehend soziale Armut verächtlich, mundtot und handlungsunfähig zu machen und aus der wertgeschätzten und respektierten Öffentlichkeit fernzuhalten.“

Parallelwelten – ungesicherte und qualitätsgesicherte

Das, was sich augenblicklich in der Psychiatrie und eigentlich im gesamten Gesundheits- und Sozialwesen vollzieht, differenziert zu beschreiben, finde ich sehr schwierig, denn es gibt alle möglichen, oft widersprüchlichen Entwicklungen nebeneinander. Mir kommt das manchmal vor wie kaum miteinander verbundene Parallelwelten. Es gibt auf der einen Seite visionäre Ideen eines gesellschaftlichen Zusammenlebens, in dem –jedenfalls auf dem Papier - auch noch der nervtötendste Störenfried ans teilhabebereite Herz gedrückt wird. Es gibt in der UN-BRK unter dem Stichwort Inklusion wunderbare Leitideen für sämtliche Lebensbereiche. Auf der anderen Seite gibt es - davon ziemlich unberührt - den Alltag in den Kliniken und Diensten, den Sie wohl alle am besten kennen, und der trotz Personalknappheit und bürokratischer Hindernisse ja weiterhin oft tapfer und menschlich zugewandt durchgehalten wird. –Daneben gibt es in verschiedenen Regionen kleine, kooperative, auf gesellschaftliche Teilhabe ausgerichtete Projekte, die auf lokaler Ebene trotz mancher

Widrigkeiten bisweilen recht gut funktionieren. Es gibt verschiedenste Modellversuche und Erprobungen von effizienzorientierten Steuerungsinstrumenten und Entgeltsystemen auf struktureller Ebene. Nicht zu vergessen sind in diesem Zusammenhang kaum mehr zu überblickende, häufige Gesetzesänderungen, die die Praktiker verwirren und manche eher strategisch begabte Kollegen zu allen möglichen integrierten oder weniger integrierten Experimenten verführen, bisweilen mit suspekten Kooperationspartnern. Und vor allem gibt es die, von Gundula Kayser beschriebene, gerade psychisch erkrankte Menschen hart und dauerhaft ausschließende Armut in einer zwischen arm und reich immer mehr gespaltenen Gesellschaft. Im Prinzip könnten sich natürlich verschiedene Entwicklungsstränge gegenseitig herausfordern und befruchten. Dazu allerdings wäre es notwendig, dass die Widersprüche nicht verschleiert werden. Mir scheint jedoch, dass in dem Prozess, den wir unter dem Stichwort Ökonomisierung des Sozial- und Gesundheitswesens zu verstehen versuchen, vieles verschleiert wird. Insbesondere das Stichwort Qualitätsmanagement eignet sich bestens dazu. All die Mechanismen, die unter gesetzlich verordnetem Wettbewerb und Konkurrenz um sich greifen, wie z. B.: verschärftes Controlling von In- und Output, Personalkürzungen, Neustrukturierung von Verwaltungs- und Kommunikationsabläufen, Standardisierung und Quantifizierung von Hilfeprozessen, die Neuordnung von Organisationen nach Rationalisierungsgesichtspunkten und betriebswirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Kalkülen, Privatisierung, Outsourcing - all dies läuft ja immer qualitätsgesichert ab.

Was Mitarbeiter so erleben

Diese Prozesse können nicht ohne Auswirkungen auf die Kultur der psychiatrischen Arbeit bleiben. Jedenfalls scheint es mir nahe liegend, nicht nur die Kritik von Betroffenen, sondern auch die Klagen vieler Mitarbeiter damit in Zusammenhang zu bringen.

Von Mitarbeitern, die in der alltäglichen Arbeit, in Kliniken, ambulanten Diensten oder Heimen stehen, höre ich, dass sich ihrer Meinung nach die Ziele der Arbeit in beunruhigender Weise geändert hätten. Prozessorientierte Arbeit im Sinne von ›Der Weg ist das Ziel!‹ werde nicht mehr gewünscht, weil vorrangig die Ergebnisorientierung zähle. In Dienstgesprächen des so genannten Betreuten Wohnens bewege sich der Schwerpunkt weg von dem, was der Klient braucht hin zur Anzahl der geleisteten Fachleistungsstunden, was es dann schwer mache die Rede von der Personenzentrierung überhaupt noch ernst zu nehmen. Viele Mitarbeiter fühlen sich in der Spannung zwischen dem, was machbar ist und dem eigenen beruflichen Selbstverständnis allein gelassen.

Erwartungen an das eigene fachliche und ethisch vertretbare Handeln werden frustriert durch einseitig erfolgsorientierte Konzepte, durch strukturell gesetzte Einschränkungen und durch unverhältnismäßig aufgebauchte Verwaltungs- und Dokumentationsaufgaben.

Reflektionszeiten werden reduziert oder gestrichen und immer deutlicher werde signalisiert, dass die Arbeit auch von schlechter qualifiziertem Personal durchgeführt werden könne. Aus dem Bereich der stationären Pflege, insbesondere der Altenpflege höre ich sogar,

dass mancher Orts wieder personelle Rahmenbedingungen wie in den 1960er und 1970er Jahren herrschen.

Die Reduzierung von Stellen und die Prekarisierung der Anstellungsbedingungen führen zur Angst um den Verlust des Arbeitsplatzes.

Dies und der alltägliche Arbeitsstress, der kaum Raum lässt für zusätzliches Engagement, tragen vermutlich, dazu bei, dass eine breite sozialpolitische Protestbewegung von unten bisher nicht zu stande gekommen ist.

In einer großen diakonischen Einrichtung wurde vor einiger Zeit ein Papier verteilt, das die Inklusionsziele der UN BRK unter den Hauptüberschriften in einfacher Sprache 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. Da haben wir sie wieder, die Parallelwelten.

Etwas Tyrannisches könnte man auch darin sehen, dass der überall empfundene ökonomische Druck der Neigung zu autoritären Leitungsstilen Vorschub leistet.

Ich zitiere einen Sozialarbeiter, der in einem ambulanten Dienst arbeitet im Originalton:

„Ich beobachte generell eine mangelnde Kommunikation zwischen den verschiedenen Hierarchieebenen. Nach meinem Eindruck wird sehr viel mehr als noch vor einigen Jahren ohne

Rückkopplungsprozesse einfach von oben nach unten entschieden. Dabei kommen dann manchmal Dinge heraus, die schlicht nicht funktionieren oder auch organisatorisches Durcheinander produzieren. Es gibt Teamleitungen, die jede neue Anordnung einfach nur durchreichen, ob es sich nun um Personalkürzungen, Verlegungen, ... Leistungsverdichtungen etc. handelt. Manchen geht es in erster Linie um die zu erbringenden schwarzen Zahlen. Wenn ich als Mitarbeiter der Leitung gegenüber nicht sagen kann, was ich denke und fühle, wenn ich die erlebten Widersprüche nicht besprechen kann, führt das bei mir zu einem Wahnsinnsdruck und ich kann mir gut vorstellen, dass das so eine Mischung ist, die auch zu psychischen Erkrankungen führen kann.“(7)

Eine andere Mitarbeiterin formulierte:

„Früher hat die Vorgesetzten interessiert, dass gute Arbeit gemacht wird, heute muss man vor allem seine Arbeit gut darstellen.“

Exkurs zur Sprache – von Worten und Unworten

An dieser Stelle erlaube ich mir einen kleinen Exkurs zur Sprache

Wenn mein ehemaliger, durchaus geschätzter, diakonischer

Arbeitgeber Bethel in seinen jüngsten Zielvorstellungen, genannt

„Visionen“¹ unter der Überschrift „Den Markenauftritt Bethels

stärken“ postuliert, dass „das gute Image Bethels gezielt“ genutzt

werden solle „um die Chancen unserer Dienstleistungen und Produkte

im Wettbewerb zu verbessern“, wird hiermit nicht nur deutlich wie

¹ Bethel – Gemeinschaft verwirklichen - Unsere Visionen und unsere Strategischen Entwicklungsschwerpunkte 2011-2016

stark das Darstellen in den Vordergrund gerückt ist, sondern auch wie selbstverständlich die ökonomisierte Sprache übernommen wird und in und mit ihr das dazugehörige Denken.

Wie wir sprechen, spiegelt unser Denken, Fühlen und Wahrnehmen, auch unsere Haltung wieder.

In seiner Analyse der Sprache des Dritten Reichs formulierte Viktor Klemperer 1946 „Sprache dichtet und denkt nicht nur für mich, sie lenkt auch mein Gefühl, sie steuert mein ganzes seelisches Wesen, je selbstverständlicher, je unbewusster ich mich ihr überlasse.... Worte können sein wie winzige Arsendosen: sie werden unbemerkt verschluckt, sie scheinen keine Wirkung zu tun, und nach einiger Zeit ist die Giftwirkung doch da.“ (6)

Als ich begann, mich für diesen Vortrag vorzubereiten. Wurde gerade das Unwort des Jahres 2011 gekürt. Bekanntlich heißt es „Dönermorde“. Ein Wort, das „unbemerkt verschluckt“ wurde und jahrelang unbehelligt in unserer Sprache wohnen konnte, ohne dass es jemandem auffiel, in welcher perfider Art es diskriminierend, verschleiern und mit dem Bezug auf die beliebten Döner verharmlosend ist.

Auf dem zweiten und dritten Platz rangierten 2011 „Gutmensch“ und „Marktkonforme Demokratie“. Das ließ mich deshalb aufhorchen, weil mir schon mal angedeutet wurde, dass ich in der Gefahr stünde, mich als „Gutmensch“ zu disqualifizieren. Da lag ich doch immerhin endlich mal im Trend. Und hinsichtlich „marktkonformer Demokratie“ fragte ich mich, ob in einer solchen von den Verantwortlichen im Sozial und Gesundheitswesen überhaupt noch

erwartet werden kann, sich anders als marktkonform zu verhalten. Dies sieht der Betriebswirtschaftsprofessor Urs Jäger, in einem Beitrag im Hephata-Magazin, der Zeitschrift eines Diakonischen Trägers, wohl auch so, wenn er schreibt: „Ein funktionierender Kapitalismus braucht soziale Sicherheit. Deshalb leistet eine diakonische Einrichtung einen Beitrag zur Grundlegung einer kapitalistischen Gesellschaft.“ (3) Dass in einer marktkonformen Demokratie erhebliche Probleme für die Verantwortlichen im Sozial- und Gesundheitswesen entstehen, finde ich verständlich, eine so nahtlose und widerspruchslose Identifizierung scheint mir allerdings höchst bedenklich.

Jedenfalls brachte mich das Unwort 2011 auf die Idee, mich mit weiteren so genannten Unworten zu beschäftigen und zu schauen, ob sie einen Bezug zu unserer Arbeit haben. Da sprangen mir sogleich mehrere Unworte aus den Jahren 1996, 1997 und 1998 in die Augen. Sie hießen: „sozialverträgliches Frühableben“, „Wohlstandsmüll“ als Umschreibung für arbeitsunwillige ebenso wie arbeitsunfähige Menschen und „Rentnerschwemme“. 2002 hielt die „ICH-AG Einzug“ und 2004 und 2005 folgten dann „Humankapital“ und „Entlassungsproduktivität“. Alles Begriffe, die in unterschiedlicher Art und Weise auf die - wodurch auch immer - benachteiligten Menschen unserer Gesellschaft zu beziehen sind. 2008 folgte dann mit „Not leidende Banken“, eine bemerkenswerte Akzentverschiebung, was die Subjekte des Erleidens von Not betrifft. 2009 kamen die Begriffe „betriebsratsverseucht“ und 2010 schließlich „alternativlos“ auf die Agenda, die deutlich anzeigen, dass unbequeme Betriebsräte

wie eine ansteckende Krankheit erlebt werden, und Widerstand zwecklos sei, da die weisen Entscheidungen der Politik als „alternativlos“ anzusehen sind.

Manch einer wird vielleicht solche Worte, die ja häufig von exponierten Persönlichkeiten, u. a. von Politikern, in die Welt gesetzt worden sind, für zufällige Markierungen oder Entgleisungen halten, ich halte sie für entlarvend.

„Sprache“, so Ulrich Beck „ist der Ort und das Medium der Herstellung des Sozialen. Wir wohnen in der Sprache. Und wer möchte schon in Politikersätzen wohnen. Ich fürchte die Politiker selbst nicht.“ (1) Und ich ergänze: Wer möchte schon in einem modernistischen sozialtechnokratischen Jargon wohnen.

Auch wir in der Psychiatrie müssen aufpassen, dass wir uns nicht verführen lassen, Worte „unbewusst zu schlucken“ oder uns von einem inflationären Wortzauber blenden zu lassen, der nicht mehr der Veränderung der Zustände , sondern ihrer Verschleierung, ihrer Euphemisierung dient.

„Unbewusst verschluckt“ hatte ich z. B. den „Begriff „Dienstleistung“ als Kennzeichnung für all das, was wir so im Sozial- und Gesundheitsbereich tun. Diesbezüglich hat mir Raimund Hassemer in einer prägnanten Arbeit mit dem Titel „Soziale Arbeit im Würgegriff von Ökonomisierung und Technisierung“ die Augen geöffnet.

Hassemer ist Professor an der Fachhochschule Ludwigshafen. Was er für die Soziale Arbeit ausführt, lässt sich auf die meisten Facetten der psychiatrischen Arbeit beziehen. Wenn wir erst einmal geschluckt hätten, dass wir Dienstleistungen produzieren, erhielten wir, so

Hassemer „Einlass in ein technisierte Wunderland.“ Dann ließe sich der Einsatz von Techniken, die sich in anderen Dienstleistungssektoren längst bewehrt hätten, mühelos auf unsere Arbeit übertragen. Ich zitiere Hassemer: „Qualitäts- und Case-Management mit ihren unterschiedlichsten Verfahren und Instrumenten, Wirkungs- Kunden- und Kennzahlorientierung, die Bemessung von Fachleistungsstunden und persönlicher Budgets, die Definition und Evaluation spezifischer Produkte - all dies und noch viel mehr wächst und gedeiht auf dem Humus der Dienstleistungskonzeption.“(2) Soweit der Exkurs zur Sprache

Widersprüche

Zurück zum Thema Widersprüche und Parallelwelten. Mir scheint, dass sich die gesamte Sozialpolitik Europas derzeit in einer ziemlichen Zerreißprobe zwischen realem Abbau sozialer Errungenschaften und hehren Visionen befindet. An verheißungsvollen Konzepten fehlt es nicht. Viele dieser Konzepte könnten im Prinzip als wichtige Ergänzungen bisheriger Praxis dienen, könnten kreatives Handeln anregen. Skepsis scheint mir dann geboten, wenn solche Konzepte durchsetzt sind vom Marktjargon, von der technisierten Dienstleistungssprache und von der Verheißung größerer Effizienz und messbarem Erfolg. Letzteres erleichtert es erheblich, die Konzepte kompatibel zu machen mit Kosteneinsparungen und so verändert sich dann unter der Hand die primäre Zielsetzung. Dieser Zusammenhang bringt auch Konzepte, die wir im Prinzip wert zu schätzen geneigt sind – ich nenne als

Beispiel nur die Stichworte „Recovery“ und „Empowerment“ - in die Gefahr, den Prozess des Gesünderwerdens und des Zugewinns an Autonomie unter Erfolgsdruck zu bringen und die notwendige Begleitung sowie den Schutz der mehr oder weniger Erfolglosen zu vernachlässigen. Und noch etwas:

nachdem unter dem Stichwort „Personenzentrierung“ die Entdeckung der Person endlich statt gefunden haben soll – gibt es nun auch – wer hätte das gedacht - die Entdeckung, dass zum Menschen auch andere Menschen und eine Umwelt gehören. Und jetzt wird also der Sozialraum entdeckt. Seine angemessenen Pflege gerät allerdings in erheblichen Widerspruch zur Fachleistungsstundensystematik.

Hochaktuell ist zur Zeit auch das Stichwort „Vernetzung“, ein neues Wort für den altbekannten Tatbestand, dass es vernünftige Zusammenarbeit im Interesse der Patienten geben muss, was allerdings wiederum in Widerspruch gerät mit dem politisch gewollten Wettbewerb.

Auf der Suche nach einer besseren Psychiatrie

Nun, aber einmal ohne Ironie. Ich finde Skepsis in Zeiten von Ökonomisierung und Technisierung wichtig. Sie sollte uns aber auf keinen Fall von der Suche *nach* einer und dem Engagement *für* eine bessere Psychiatrie abhalten. Die Bemühungen, auf Bedürfnisse von Patienten frühzeitig und flexibel zu reagieren und mit Ihnen und der für sie wichtigen Umgebung in einen offenen Dialog zu treten, den Neuroleptikaverbrauch so weit als irgend möglich zu reduzieren, unnötige Klinikaufenthalte zu vermeiden sowie psychotherapeutischer

Begleitung viel mehr Raum zu geben als bisher bei uns üblich – all dies verdient Hochachtung und Anerkennung. Sie kennen solche Bemühungen unter dem Titel „finnisches Modell“ oder „bedürfnisorientierte Behandlung“. Sicher, viele Praktiker bemühen sich alltäglich um solche Elemente im Rahmen ihrer begrenzten Möglichkeiten. Diese Möglichkeiten zu erweitern, darum geht es vielen unserer DGSP – Kollegen - von Volkmar Aderholt über Nils Greve bis Thomas Bock. Es geht ihnen um Veränderung von Rahmenbedingungen, um besser in der beschriebenen Weise arbeiten zu können, und es geht ihnen wohl auch darum, eine Form der Integrierten Versorgung zu gestalten, die dem in diesem Begriff enthaltenen Anspruch gerecht wird. Dabei knüpfen sie m. E. erkennbar an die humanistischen, anthropologischen Traditionen der Psychiatrie an, deren Bedrohung sich mir nicht zuletzt in den zitierten Berichten der Mitarbeiter abzuzeichnen scheint. Traditionen, die im psychisch erkrankten Menschen nicht erst seit gestern die Person sehen, eine Person, die sowohl durch den Bezug auf sich selbst, auf ihre Erfahrung, ihre Subjektivität zu verstehen ist als auch in ihren Beziehungen zu anderen Menschen. Beides gehört ja zu der jeweiligen Geschichte des Menschen, einer Geschichte, die zu dem Zeitpunkt, an dem wir ihm begegnen nicht abgeschlossen, sondern immer offen ist. Nur wenn wir Menschen so begreifen und nicht als Opfer entgleister Gehirnfunktionen, die vorrangig durch Medikamente zu reparieren sind, können wir heilsam mit ihnen umgehen. Nur dann können wir unseren Blick offen halten für das, was ein Mensch wirklich braucht, sei es auf subjektiver, sozialer oder biologischer Ebene.

Ich glaube all diese, absolut nicht neuen Erkenntnisse können im wohlverstandenen Sinne hinter den Begriffen „Integrierte Versorgung“ und „bedürfnisorientierte Behandlung“ stehen. Die Versuche Rahmenbedingungen in diesem Sinne zu verändern, verdienen Respekt, denn aus den Klagen der Mitarbeiter geht ja hervor, dass derzeit vielerorts Rahmenbedingungen im Alltag der Kliniken und Dienste verhindern, dass das, was z. B. in den Psychoseseminaren so im Vordergrund steht, verwirklicht werden kann, bzw. mancherorts überhaupt erst Wurzeln schlagen kann, nämlich die verständnisvolle Annäherung an die Erfahrungen Betroffener und der Versuch Sichtweisen zwischen allen Beteiligten gemeinsam zu erarbeiten. Die Formulierung „gemeinsame Erarbeitung von Sichtweisen“ weist noch mal darauf hin, dass dieser Vorgang keine Dienstleistung ist, bei der ein Kunde bedient wird wie etwa beim Friseur. An den Grenzbereichen, in denen notwendige Hilfe abgelehnt wird oder gar Zwang angewendet werden muss, wird dies besonders deutlich.

An dem – jedenfalls für mich – undurchsichtigen Gerangel um die Integrierte Versorgung kann man allerdings wieder beobachten, wie sehr solche vernünftigen Bemühungen von wirtschaftlichen und Profitinteressen bedroht sind, und, wie mir scheint, auch von einer Politik, die den Wettbewerb im Sozial- und Gesundheitswesen hochhält, und die durch Ihre jahrelange ungerechte Steuerpolitik die Handlungsspielräume der Kommunen extrem eingeschränkt hat.

Neue Behandlungsmodelle lassen sich in vielen Bundesländern und Kommunen mit der Politik eigentlich nur noch verhandeln, wenn sie versprechen „effektiver“ und „kostengünstiger“ zu sein. Auch durch Vernetzung soll nunmehr Effektivität und Kostensenkung erreicht werden. Ob weitere Einsparungen sich realisieren lassen ohne die Qualität der Arbeit zu beschädigen, wage ich jedoch zu bezweifeln. Mir scheint eine Warnung von Karl-Peter Kisker aus dem Jahr 1967 immer noch Geltung zu haben „Eine sozialpsychiatrische Wandlung der psychiatrischen Praxis führt gewiss zu einer besseren und wirksameren Psychiatrie, nicht aber zu einer billigeren.“ (5)

Schlussbemerkung

Ich sehe also Laufendes und Gegenlaufendes. Ich sehe Kollegen, die den Freiraum dafür haben und ihn nutzen Umgangs- und Behandlungsansätze zu entwickeln, die den Bedürfnissen psychisch erkrankter Menschen und ihren Angehörigen besser gerecht werden wollen. Ich sehe Kollegen, die sich um eine gerechtere und bessere Versorgung ganzer Regionen Gedanken machen, und die sich politisch einmischen. Ich sehe Kollegen, die im Rahmen Ihrer institutionellen Arbeit mit viel Fantasie trotz manchem Gegenwind Teilhabeprojekte entwickeln oder Arbeitsgelegenheiten schaffen und die dafür kämpfen bewährte und gut angenommene Angebote, z. B. Kontaktstellen zu erhalten. Und ich habe viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor Augen, die Tag für Tag versuchen in ihren jeweiligen Diensten und Einrichtungen trotz erheblich erschwelter Arbeitsbedingungen Vertrauen aufzubauen zu verstörten, ängstlichen,

verrückten, behinderten, verwahrlosten, manchmal aggressiven Menschen, Vertrauen, das notwendig ist, um herauszufinden, was für den jeweiligen Menschen Sinn machen könnte, was ihn verlocken könnte, gesünder zu werden. Ich sehe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die sich mit originellen, eigensinnigen, oft sehr anstrengenden Klienten Tag für Tag auseinander setzen, Mitarbeiter, die obwohl - manchmal am Rande der Verzweiflung - nicht locker lassen, die den langen Atem behalten, auch wenn ein Klient keinerlei Veränderungswünschen entgegenkommt und das nicht Gelingende auszuhalten ist.

Nein - keineswegs ist alles schlecht in der Psychiatrie.

Ich sehe aber auch neben Mitarbeitern, die noch in der Lage sind, ihre Kritik und ihr Leiden an dem, was die Arbeit behindert, zur Sprache zu bringen, viele Kollegen und Mitarbeiter auf allen Ebenen, die einfach unreflektiert mitziehen oder die selbst überzeugt sind von dem modernen, pragmatisch verkürzten Erfolgsdenken und den technologischen, mit ökonomischen Prioritäten höchst kompatiblen Vorgehensweisen. Zu einer solchen Haltung tragen entsprechend normierte Ausbildungspläne an manchen Lehrinstituten bei.

Ich sage das alles, um mir den Boden zu bereiten für eine Frage, die ich fürchte. Nämlich die, was kann man denn nun tun, um der Ökonomisierung des Sozial und Gesundheitswesens mit seiner fantasielosen Exekutierung von Sachzwängen und alternativlosen Notwendigkeiten etwas entgegen zu setzen.

Ich habe kein Rezept. Ich glaube nicht, dass sich auf sozialpolitischer Ebene in der nächsten Zeit die Lage entscheidend verbessern lassen

wird – aber vielleicht in der übernächsten Zeit. Und deshalb bin ich trotz allem überzeugt, dass es erstens notwendig ist, weiter an Ideen zu einer breiteren sozialpolitischen Protestbewegung zu arbeiten - diesbezüglich macht Hoffnung, dass es inzwischen viele kritische Initiativen in dieser Richtung gibt. Unter anderem gibt es auch eine Gruppe von Ökonomen und Wirtschaftsethikern, die der „grassierenden Marktgläubigkeit“ und dem „ökonomischen Imperialismus“ entgegenwirken will. Dem im März dieses Jahres erschienenen Memorandum „Für eine Erneuerung der Ökonomie“ haben sich inzwischen über hundert Wissenschaftler angeschlossen. (www.mem-wirtschaftsethik.de/memorandum-2012/) In der Arbeitsgruppe von Fritz Bremer und mir wird unter anderem davon die Rede sein. – Zweitens bin ich auch überzeugt, dass jeder, auf welcher Ebene der Hierarchie auch immer, sei es in seinem alltäglichen Umgang, sei es in Leitungsverantwortung, Spielräume finden kann, um die psychiatrische Arbeit nicht verkommen zu lassen zu einem Bündel von messbaren Leistungspaketen eines wie auch immer gearteten Dienstleisters. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist, die kleinen Arsendosen der Marktsprache und die in ihnen verborgenen unangemessenen Konzepte nicht einfach zu schlucken. Dazu greife ich nochmals auf Raimund Hassemer zurück und zitiere ihn in leichter Abwandlung: Die Antwort auf den ökonomischen Druck, dem auch die psychiatrische Arbeit ausgesetzt ist, darf und kann jedenfalls keine technologische sein, weil sich jede Technologie

an dem jeweils einmaligen, eigen- sinnigen Gegenüber bricht, dem wir uns zu widmen haben. (nach 2)

„Es ist vielmehr an der Zeit ... den internen wie externen Technizisten deutlich zu machen, dass es Felder gibt, auf denen ihre reduktionistischen Modelle versagen.“ (2)

Oder, um mal wieder mit dem - seinerzeit recht klarsichtigen - Erich Kästner zu sprechen:

Was auch immer geschieht:

Nie dürft ihr so tief sinken,

von dem Kakao, durch den man euch zieht,

auch noch zu trinken! (4)

Literatur

1. Beck, Ulrich (1997): Kinder der Freiheit – wider das Lamento über den Werteverfall, Edition Zweite Moderne, Frankfurt /M , S.30/31
2. Hassemer, Raimund (2011): Soziale Arbeit im Würgegriff von Ökonomisierung und Technisierung- wider eine „Soziale Arbeit als Dienstleistung“, www.Ethik-und-Gesellschaft.de
3. Jäger, Urs: (2010) Diakonie vor neuen Zeiten, Hephata-Magazin, Ausgabe 42, Juli 2010, S. 6 ff
4. Kästner, Erich: (1932) Was auch geschieht! In: Gesang zwischen den Stühlen, dtv München 1999, 4.Auflage, S. 7
5. Kisker, Karl Peter: (1995) Forderungen der Sozialpsychiatrie, in: Was ist Sozialpsychiatrie, Hg.: Finzen, A, /Hoffmann-Richter, U., Bonn, S. 39/40/42 , Neuabdruck von: Karl Peter Kisker: Forderungen der Sozialpsychiatrie. Psychther.med. Psychol. 17(1067), S. 5-9
6. Klemperer, Viktor: (1946) LTI – Notizbuch eines Philologen, Reclam Verlag Leipzig, 16 Auflage 1996, S.26/27
7. Schmidt, Joachim/Schernus, Renate: (2012) Das Ganze hat nicht nur eine materielle Seite- Soziale Arbeit heute- ein Interview, in: Sozialpsychiatrische Informationen 1/2012
8. Karin Baetz, Firma Rannenber & Friends, Postkarte

Renate Schernus, Bielefeld