

Homo therapeuticus im 21. Jahrhundert

Veränderte Anforderungen an Professionalität in der Psychiatrie

Von Michael Eink

Abstract

Es fehlt ein Konsens darüber, was Professionalität in der Psychiatrie kennzeichnet. Einige Merkmale werden in diesem Beitrag diskutiert. Unstrittig ist jedenfalls, dass sich die Anforderungen an Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen in den letzten Jahren drastisch verändert haben. Viele Profis erleben gegenwärtig neue Spielregeln des Marktes in Form gesteigerter Ansprüche bei schlechteren Arbeitsverträgen. An den Fachhochschulen und Universitäten werden die zukünftigen Mitarbeitenden neuerdings unter verschulden Bedingungen sozialisiert. Zu befürchten ist die Erosion integrativer Professionalisierungsentwürfe.

Die Frage nach Anforderungen an Mitarbeiter in der Psychiatrie konnte lange Zeit leicht beantwortet werden: In den alten Anforderungen, die bis zur Reform ab 1975 die Versorgung dominierten, brauchte es "zupackende Pflegekräfte", deren Selbstverständnis eher von Wärtertugenden als von therapeutischen Ambitionen geprägt war. Auf den Langzeitstationen der Landeskrankenhäuser versammelten sich mit den "unheilbaren" Patienten zumeist auch die "schwierigen" Mitarbeiter, besonders unqualifiziert (insgesamt 60% des psychiatrischen Pflegepersonals hatte damals laut Enquête keine fachlichte Ausbildung) und nicht selten wegen Untauglichkeit oder Verfehlungen zu den "Chronikern" strafversetzt. Im Zuge der Reformentwicklung wurde schnell Konsens, dass gerade die Arbeit mit längerfristig erkrankten Menschen besondere Anforderungen an die Mitarbeiter stellt, wir deshalb hier die kompetentesten, erfahrensten, fantasievollsten, einfach die "besten" und "professionellsten" Mitarbeiter brauchen.

Was müssen wir können?

Banal ist die Frage bis heute nicht, was denn Professionalität in der Psychiatrie ausmacht. Eine Orientierung an den Bedürfnissen der Klienten allein erleichtert die Beantwortung kaum. Wie unzulänglich eine Klärung über die klassischen Kompetenzen der

medizinischen Berufsgruppen wäre, haben die englischen Sozialpsychiater Watts und Bennett schon vor 25 Jahren reflektiert: Psychiatrie-Erfahrende brauchen vom Krankenpflegepersonal kaum klassisch pflegerische Hilfen, von Ärzten wenig medizinische Therapien, etc.

Die Schwierigkeit, psychiatrische Professionalität zu definieren, entsteht auch aus der Integration der Psychiatrie in die Medizin, in der sie eine randständige Sonderrolle beibehält, auch in den Jahren der Psychiatriereform, als die traditionellen Rollenentwürfe radikal hinterfragt wurden (aktuell wird aus ehemaligen Reformkliniken eine Renaissance der weißen Kittel berichtet). Im Streit um die „neue Einfachheit“ (vgl. Eink 2004 a) haben Köpfe der Reformära wie Klaus Dörner ihre Kritik an schlichter Medizinhörigkeit und Technizismus in der menschlichen Begegnung pointiert. Asmus Finzen, damals für die Notwendigkeit von Spezialistenkompetenz auch in der Psychiatrie argumentierend (vgl. ebd.), reflektiert 20 Jahre später (vgl. Finzen 2002) eher schlicht klingende, aber komplexe Einsichten in die Bedeutung unspezifischer Wirkfaktoren. Ähnlich hatten Grawe und Mitarbeiter ihre aufwändige Studie zu psychotherapeutischen Verfahren zusammengefasst.

Gerade die Beziehungsperspektive, also die Einsicht, dass die Qualität

der Beziehung zwischen professionellem Helfer und Klienten „nachweislich einen sehr großen Einfluss auf das Therapieergebnis hat“, gehört zum Grundrepertoire psychiatrischer Professionalität und fundiert zahlreiche Handlungsprinzipien wie Betreuungskontinuität, Bezugstherapeuten-system und viele andere. Aus der Kenntnis der herausragenden Bedeutung des Wirkfaktors „Beziehung“ (oder wenigstens einem Gespür dafür) bieten bisher Sozialpädagogen im Betreuten Wohnen den Klienten nicht nur Beratungskompetenz und spezialisierte Hilfen zur sozialen Grund-sicherung an, sondern auch, wann immer notwendig, Hilfen beim Renovieren, beim Einkaufen oder beim Wohnungsputz.

Wohl auch aus dem breiten Entwurf der „Beziehungsarbeit“ mag die Verunsicherung vieler Mitarbeiter entstehen, was denn genau ihre jeweilige berufsspezifische Kompetenz im Feld der „Beziehungsmedizin“ ausmacht. Die Breite des sozialpsychiatrischen Hilferepertoires und die Unschärfe des Therapiebegriffes tragen ebenso dazu bei wie die demokratische Errungenschaft einer Teamarbeit nach dem Motto „alle machen alles“, mit der eine berufsspezifische Konturierung von Professionalität erschwert wird.

Aus meiner Sicht fehlt bis heute ein Konsens darüber, wodurch sich „Professionalität“ in der psychiatrischen Arbeit auszeichnet. Notwendig erscheinen neben theoretischen Reflexionen auch Erhebungen dessen, was faktisch heute im Rahmen professioneller Hilfebeziehungen stattfindet, sowohl in Bezug auf das Selbstverständnis der professionellen Helfer (und seinen Ausdruck im Alltagshandeln) als auch auf die Wahrnehmung und Bewertung der Klienten fokussiert (Was hilft mir und warum?).



Michael Eink
Prof. Dr. rer. biol.
hum., Dipl. Päd.,
Abteilung Soziale Arbeit
der FH Hannover,
Blumhardtstr.2,
30625 Hannover
Email:
michael.eink@fh-
hannover.de

Für eine Befragung von 116 Klienten in Übergangwohnheimen, Kontaktstellen und Tagesstätten habe ich versucht, Dimensionen psychiatrischer Hilfen bewerten zu lassen, die in der Praxis vielfach mit „professioneller Kompetenz“ assoziiert werden (vgl. Eink 2004 a).

Eine überraschend deutliche Mehrheit der Klienten attestiert dabei den Profis die Förderung von Selbstständigkeit, ein flexibles Maß an Unterstützung, eine Tendenz zu Ermutigung und Optimismus, ein angemessenes Verhältnis von Nähe und Distanz, Interesse an der Lebensgeschichte sowie fachliche Kompetenz, die über Mitgefühl hinaus geht. Unterschiedliche Qualifikationen der Berufsgruppen werden allerdings von der Mehrheit der befragten Klienten nicht wahrgenommen. Vielleicht ist das ein problematischer Effekt von Teamarbeit als Nivellierung berufsgruppenspezifischer Kompetenzen.

Veränderte Praxis

Unstrittig ist, dass sich Anforderungen an Mitarbeitende psychiatrischer Einrichtungen in den letzten Jahren drastisch verändert haben. Bei einer eigenen Befragung von Kolleginnen und Kollegen gemeindepsychiatrischer Institutionen (vgl. Eink 2006) wird mehrheitlich ein deutlich gesteigerter Dokumentationsaufwand beklagt sowie vielfach das Gefühl ausgedrückt, mehr Arbeit in der gleichen Zeit leisten zu müssen. Im Rahmen einer DGSP- Tagung wurde im letzten Jahr diskutiert, wie sich die Bedingungen auch für den Berufseinstieg verändert haben (vgl. Osinski 2008). Heute fehlen demnach die markanten Vorbilder, der Anpassungsdruck sei erhöht, die fachlichen Kontroversen schwieriger auszutragen. Ein Teil der gefühlten Unübersichtlichkeit mag auch darin begründet sein, dass identitätsstiftende Feindbilder wie die alte Anstaltspsychiatrie überwunden werden konnten.

In Daniel Kehlmanns Bestseller „Die Vermessung der Welt“ (2007) heißt es: „Häufig kamen Frauen zu Besuch: Humboldt zählte die

Läuse in ihren geflochtenen Haaren... Es erfüllte Humboldt stets mit Hochgefühl, wenn etwas gemessen wurde; diesmal war er trunken vor Enthusiasmus. Die Erregung ließ ihn mehrere Nächte nicht schlafen.“ (ebd., S. 70, 39)

Die satirische Kritik dieses Romans an der Umgestaltung der Welt klingt wie eine Wortmeldung der „Soltauer Impulse“, etwa die Klage, dass die Einführung der Fachleistungsstunde zu einer Verknappung der Zeit in Kontakt zu Klienten führe, dass insgesamt Ganzheitlichkeit und Alltagsorientierung verloren gegangen seien (vgl. Schild 2008). Zwischenmenschliche Kontakte sind auch aus Sicht von Detlef Petry (2007) kennzeichnend für die veränderten Anforderungen in der psychiatrischen Arbeit. „Früher machte ich mit Patienten Ausflüge in die Umgebung, zu ihrem Geburtsort oder zu den Eltern, und das kostete viel Zeit... Das dürfte, ja muss jetzt wohl zu Ende gehen... Ein Helfer und sein jeweiliger Patient haben beide ein Band um ihren Hals hängen, woran eine elektronische Karte („Smart card“) befestigt ist. Sobald sie zu einem Gespräch oder einer pflegerischen Handlung in Kontakt treten, müssen beide erst diese Karte in einen dafür konstruierten Apparat stecken, der die gemeinsame „Kontaktzeit“ bis auf die Minute exakt registriert.“ (ebd., 9)

Abschied vom Sozialstaat

Die „Vermarktlichung des Helfens“ (vgl. Dörner 2008) ist als Teil der neoliberalen Wende verstehbar, bei der das Agenda 2010 - Prinzip des „Förderns und Forderns“ die Grundlagen des Hilfesystems und die Qualifikationsanforderungen an Helfer drastisch verändert hat.

Auf politischer Ebene hat die neue Staatsraison Peer Steinbrück, damals noch in der Rolle als sozialdemokratischer Ministerpräsident von NRW, auf den Punkt gebracht: „Soziale Gerechtigkeit muss künftig heißen, eine Politik für diejenigen 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 47, S.18, zit. nach Wohlfahrt, 2004, S.5)

Der Umbau unserer Gesellschaft „über den schrittweisen Abbau des Sozialstaatsprinzips, weg vom Prinzip der gesellschaftlichen Verantwortung für die individuellen Risiken hin zu einer Konstruktion des selbstverantwortlichen Subjektes“ (Stierl 2008, 6) wird ideologisch von einem wohlfahrtsstaatlichen Schwenk begleitet, der nicht ohne Auswirkungen auf Professionalitätswürde bleibt. Nachdem mit systemischer Rhetorik seelisch Leidende zu „Kunden“ umetikettiert wurden, erleben wir gegenwärtig eine Verantwortungszuschreibung an das „bürgerschaftliche Engagement“ und eine Individualisierung von Krankheitsrisiken. Wer raucht und kein Obst isst, gilt nun als „privat Leichtsinniger“, der bald den Anspruch auf öffentliche Unterstützung verlieren könnte (vgl. Kessl/Otto 2003).

Verschulung des Studiums

Unter dem Schlagwort „Bologna-Prozess“ findet an den Hochschulen gegenwärtig eine drastische Veränderung der Ausbildungsinhalte und der Professionalisierungskultur statt. Bis 2010 werden im Zuge europaweit beschlossener Reformen die alten Studiengänge abgelöst sein von „Bachelor“- und „Master“- Abschlüssen, zumeist zeitlich getaktet in einem dreijährigen „Bachelor“ als Regelabschluss und für einen Teil der Absolventen mit zwei zusätzlichen Studienjahren als „Master“. Einige Fachhochschullehrer verbinden mit diesem Prozess die Hoffnung, dass so die Zweiklassengesellschaft von Uni und FH ins Wanken gerät. Tatsächlich ist die Promotionsmöglichkeit für Absolventen der Masterstudiengänge Soziale Arbeit deutlich erleichtert, was für die Professionalisierung der Sozialen Arbeit eine hohe Relevanz hat (vgl. Juhnke/Eink 2004). An Universitäten dominiert eher die Kritik am dreijährigen

Bachelorstudium als „Schmal-spurabschluss“, mit dem staatlich Geld gespart werden kann (vgl. Schramm 2007).

Weitgehende Einigkeit besteht in der Einschätzung, dass die Verheißung Studiengänge europaweit zu vereinfachen, auch um Studierendenden internationale Hochschulwechsel zu erleichtern, eine Moggelpackung ist. Seit der Umgestaltung sind weniger Studenten als zuvor in der Lage bzw. motiviert, sich den „Luxus“ von Auslandssemestern zu leisten (vgl. Hirschler/Sander 2007), die Inhalte sind neuerdings rigide modularisiert, aber in Hannover anders als im benachbarten Hildesheim.

Die Kritik an den radikal veränderten Studienbedingungen wird am häufigsten mit dem Stichwort „Verschulung“ transportiert. Bei einer Arbeitsbelastung von 10 Stunden und mehr pro Tag entwickelt sich ein Paukstudium, wie es bisher eher in der Medizin als in der Sozialen Arbeit bekannt war. „Der ideale Bachelor - Student sollte ledig, finanziell unabhängig, Anfang zwanzig, Single und kinderlos sein“ bilanzieren spöttisch junge Studentinnen (Schneemann u.a. 2007, 28), die nun nicht nur erschwerte Bedingungen fürs Jobben haben, sondern in vielen Bundesländern auch noch Studiengebühren zahlen müssen. Zu befürchten ist dabei, dass so brave, disziplinierte Profis sozialisiert werden, die im Studium keine Zeit für kritische Reflexionen und die Entwicklung sozialer Kompetenzen haben. Für Arbeitsfelder gezielt qualifizierende Schwerpunktbildungen (an meiner Hochschule etwa „Sozialpsychiatrie“ drei Semester lang im Diplomstudiengang Soziale Arbeit) sind weitgehend abgeschafft (vgl. Bartosch 2007), der Praxisanteil ist an den meisten Hochschulen deutlich reduziert.

Perspektive Minijob?

Auf der anderen Seite muss auch eine Idealisierung der früheren Studienbedingungen vermieden werden. Im Bereich der Sozialen Arbeit sind mir neben der Mehrzahl kompetenter Absolventinnen auch viele begegnet, die nach

einem Studium mit viel Freiheit und minimalem Arbeitsaufwand ihr Diplom „geschenkt“ bekamen und am Ende ihres „Donnerstag-Studiums“ beklagten, sie wüssten gar nicht, was sie genau gelernt hätten. Insofern steht die sichere Bewertung, ob die auf jeden Fall anders sozialisierten Berufsanfänger besser oder schlechter ausgebildet sein werden, noch aus.

Unter gewerkschaftlichen Gesichtspunkten muss man für sie wohl Verschlechterungen befürchten. Nach der faktischen Abschaffung des BAT ist eine Abwärtsspirale bei den Löhnen und Gehältern bis hin zu Dumpinglöhnen in Gang gekommen. Der TVöD ist nur von einem Teil der Wohlfahrtsverbände übernommen worden (vgl. AG Arbeitsmarkt 2007). Im Gesundheitswesen ist die Zahl



der beschäftigten Mitarbeiter zwar weiterhin angestiegen, allerdings weitgehend zugunsten von Teilzeitstellen (vgl. ebd.)

Nicht nur der Berufseinstieg ist von diesen Verschlechterungen betroffen, sie gelten vielmehr in einem wachsenden Teil des Gesundheitswesens. Stierl (2008) berichtet von Dreimonatsverträgen (auch) in seinem Krankenhaus und von diplomierten Psychologen, die für ein Mittagessen ein Jahr lang als Praktikanten unbezahlt auf der Station arbeiten: „Die Grenzen zwischen freiwilligem Engagement, Mini- oder Midi-jobs, gering entlohnten Helfertätigkeiten und fachlicher sozialer Arbeit verschwimmen damit und werden - theoretisch und praktisch - tendenziell aufgelöst.“ (AG Arbeitsmarkt 2007, 37)

Schöne neue Welt?

Reflexionen zu veränderten Entwürfen von Professionalität in der Psychiatrie müssen berücksichtigen, dass die Berufsabschlüsse, zumindest hinsichtlich der Vergütung, einen Bedeutungsverlust erfahren. Bereits heute zeigt sich ein Trend zur Trennung von Formalqualifikationen und tariflicher Eingruppierung bei einigen großen Trägern, wie Diakonie und AWO (vgl. AG Arbeitsmarkt 2007). Eine Erzieherin, die zur Erweiterung ihrer professionellen Kompetenz später Sozialpädagogik studiert hatte, klagte kürzlich, nach dem Studium würden ihr Stellen angeboten, auf die sich Erzieherinnen und Sozialpädagoginnen bewerben sollen, die aber nach Erziehergehalt vergütet werden. Auch so können wir unter Kostendruck Deprofessionalisierung selbst betreiben, wie auch mit der Vergabe von Betreuungsaufgaben der Fachleute an ehrenamtliche Helfer („die sind so herrlich unverbildet“).

Nicht alle Veränderungen der Rahmenbedingungen, unter denen sich psychiatrische Professionalität entwickelt, sind mit Verschlechterungen gleichzusetzen. Manche Verständigung über gemeinsame Ziele mit einem Klienten und über zeitliche Grenzen der Betreuungsdauer können Klienten und Profis vor unreflektierter Dauerbelagerung schützen. In Zeiten verschlechterter Arbeitsbedingungen können wir Profis uns vielleicht erfolgreich mit distanzierterer „Management - Attitüde“ vor allzu viel Nähe und Burnout schützen.

Mit etwas Optimismus ließe sich noch vorstellen, dass sinnvolle Grundhaltungen psychiatrischer Professionalität wie Empowerment (vgl. Knuf 2006) durch die neuerdings strenge Dosierung von Zeit und personaler Zuständigkeit begünstigt werden könnten. Worin soll aber bei dem gesteigerten Legitimationsdruck der psychiatrischen Profis („Ziel immer noch nicht erreicht?“) die Geduld gründen, die Klienten für ihre langwierigen und krisenhaften Entwicklungen brauchen? Die Psychiatrie-erfahrene Autorin

Sibylle Prins befürchtet, dass in den Hilfeplanbögen der ressourcenorientierte Blick verloren geht, „weil Mitarbeiter befürchten, die beantragten Betreuungsstunden nicht genehmigt zu bekommen, wenn sie ihren Klienten zu viele Fähigkeiten und positive Eigenschaften bescheinigen“ (Prins 2008, 16).

Verschärft werden sich in naher Zukunft Klagen wie von Detlef Petry (2007, 9): „Früher saß ich nicht am Computer, sondern am Frühstückstisch der Patienten! Damals hatte ich noch Zeit, mit ihnen Ausflüge zu machen.“

Mit neuen „Spielregeln des Marktes“ wie dem „Persönlichen Budget“ wird der Wandel von Professionalisierungsentwürfen absehbar beschleunigt. Mit der neuesten Sparstrategie in Reformrhetorik werden nicht nur die Hilfebedürftigsten benachteiligt (vgl. Dörner 2008), sondern auch integrative Konzepte von Professionalität aufgelöst. Stattdessen wird zukünftig ein beträchtlicher Teil von Hilfen durch ungelernete Billigkräfte erledigt, für pflegerische, sozialpädagogische und andere Fachkräfte bleiben Einzelaufgaben, die sie mit professionsspezifischer Kompetenz den „Kunden“ in Minutentakt-Paketen anbieten werden. Dies wäre der Abschied von der diffusen sozialpsychiatrischen Helferkultur, in der scheinbar jeder alles konnte (vgl. Eink 2004 b) und ein wichtiger Schritt zur Klärung, welche Profession eigentlich was besonders gut kann. Schöne neue Welt, in der ich aber weder Klient noch professioneller Helfer sein möchte. ●

Literatur

- AG Arbeitsmarkt Soziale Dienste (2007): Der Arbeitsmarkt für Soziale Berufe. Anmerkung zur aktuellen Beschäftigungsentwicklung im Sozialsektor. Sozial Extra 3/4, 34- 37
- Bartosch,U. (2007): Qualifikation der Zukunft? Sozial Extra 3/4, 38-40
- Dörner, K. (2008) : Wa(h)re Hilfe. Soziale Psychiatrie, Heft 1, 3/-35
- Eink, M. (2004 a): Freundschaft ist zuviel verlangt. Die Bewertung gemeindepsychiatrischer Angebote durch ihre NutzerInnen. In:Krisor, M./ Wunderlich, K.: Psychiatrie auf dem Weg: Von der Anstalt zum Menschen. Lengerich,210-224
- Eink, M. (2004): Die paradoxen „10 Gebote“ der Sozialpsychiatrie. Soziale Psychiatrie, Heft 2, 10-15
- Eink, M. (2006):Zukunftsangst. Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung in psychiatrischen Einrichtungen. Soziale Psychiatrie, Heft 4, 52-53
- Finzen, A. (2002): Warum werden unsere Kranken eigentlich wieder gesund? Rasonieren über das

Heilen. Bonn.

- Hirschler,S./Sander, G. (2004): Die „Lichtgestalt“ Bologna geht um. Sozial Extra 3/4, 2/-24
- Juhnke, P. / Eink, M. (2004): Brauchen wir Psychiatrie-SozialarbeiterInnen? Ein Beitrag zur Professionalisierungsdebatte .Soziale Psychiatrie, Heft 1, 42-43
- Kehlmann, D. (2007): Die Vermessung der Welt. Reinbek
- Kessl, F./Otto,H. (2003): Aktivierende Soziale Arbeit. Anmerkungen zur neosozialen Programmierung Sozialer Arbeit, in: Dahme, H. u.a: Soziale Arbeit für den aktivierenden Staat. Opladen, 57- 73
- Knuf, A. (2006): Empowerment in der psychiatrischen Arbeit. Bonn
- Osinski, M. (2008): Worauf es heute ankommt. Berufseinstieg 1968 und 2008- ein Vergleich Soziale Psychiatrie, Heft 3, 30
- Petry, D. (2007): Beseelung und Verwaltung. Sozialpsychiatrische Informationen, Heft 3, 6- 12
- Prins, S. (2008): Sind Mitarbeiter für den Papierkram da oder für die Menschen? Wie sich in den letzten Jahren die Betreuungsbedingungen aus Sicht der Betroffenen verschlechtert haben. Soziale Psychiatrie, Heft 3, 16- 17
- Schild, F. (2008): Der Blick für's Ganze. Das Soziale ist mehr als Spezialisten wahrhaben wollen. Soziale Psychiatrie 3/2008, 30-32
- Schneemann, A. u.a.(2007):Bachelor! Und nun? Sozial Extra 3/4, 27-29
- Schramm, K.(2007): Das Unbehagen in der Bologna-Kultur. Sozial Extra 3/4, 21-24
- Stierl, S. (2008): Mitarbeiter und Klienten in der Entwürdigungsspirale. Soziale Psychiatrie, Heft 3, 4-7
- Watts F.N / Bennett, T. (1983): Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation. Chicester
- Wohlfahrt, N.(2004): Agenda 2010- das Ende des Sozialstaats? Bündnis Soziale Bewegung, NRW unter www.kolabor.de/sozialforum/ag/diskurswechsel.