Kerbe

Forum für Sozialpsychiatrie

Themenschwerpunkt: Zu Risiken und Nebenwirkungen psychiatrisch-psychotherapeutischer Arbeit

Menschen, die professionell mit der Gesundung anderer Menschen beschäftigt sind, sind Risiken ausgesetzt. Die eigene Gesunderhaltung gerät leicht aus dem Blick, übermäßige berufliche Belastungen führen zu somatischen und psychischen Beschwerden.

Welche Erfahrungen, Bedingungen und Konzepte sind heute erforderlich, damit berufliche Sinnerfüllung und Belastung gleichermaßen reflektiert werden und psychiatrisch-psychotherapeutische Arbeit als ein auch Risiken einschließendes und berücksichtigendes Gut begriffen werden kann?

3 Editorial

- 4 Themenschwerpunkt
 - Ist psychiatrisch tätig sein ein Risiko oder ein prekäres Gut? Bernward Vieten, Seite 4
 - Soziale Arbeit unter veränderten Rahmenbedingungen Auswirkungen auf die Gemeindepsychiatrie Christel Achberger, Seite 8
 - Der Geist der Psychiatriereform und das Diktat der Ökonomie Renate Schernus, Seite 11
 - Burnout und besondere Belastungen in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeit
 Jörg Fengler, Seite 16
 - Jeder ist (k)eines Glückes alleiniger Schmied Die Förderung der Gesundheit ist niemals nur die Privatangelegenheit einzelner Menschen allein Peter-Ernst Schnabel, Seite 19
 - Risiken und Nebenwirkungen
 Aus der Sicht von Psychiatrieerfahrenen
 Sybille Prins, Seite 21
 - Patient, Therapeut, Familie Eine schwierige Dreierbeziehung Jutta Seifert, Seite 23
 - Qualitätsmanagement und Burnout
 Leitungskultur in sozialen Arbeitsfeldern
 Christine Morgenroth, Seite 25
 - Salutogenese und Gesundheitsförderung in der Psychiatrie Oder: "Wo man sich wohl fühlt, ist man in der Regel ja auch ganz gesund." Jürgen Lempert-Horstkotte, Seite 28

■ Gesundheitscoaching für Leitungskräfte in der Psychiatrie Matthias Lauterbach, Seite 30

20 Spectrum

- Die Magie der Begegnung Der Personzentrierte Ansatz und die Neurowissenschaften Michael Lux, Seite 32
- Klinisches und nicht-klinisches Gewaltmanagement reflektieren Anmerkungen aus gemeindepsychiatrischer Sicht Christian Zechert, Seite 36
- Borderline-Projekt in Biberach Ingrid Hüttl und Ulrich Verhoeven, Seite 38
- 41 Nachrichten
- 43 Termine

Wenn Sie Anregungen, Wünsche, Bemerkungen zur Kerbe haben, nehmen Sie Kontakt zu uns auf: Email: kerbe@beb-ev.de.

Liebe Leserin, lieber Leser

"Zu Risiken und Nebenwirkungen psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeit...".

unter diesem Titel fand vor über einem Jahr das 11.Forum Psychiatrie und Psychotherapie in Paderborn statt.

Wir haben mit der vorliegenden Ausgabe der Kerbe dieses Thema wieder aufgegriffen: Gerade eine Psychiatrie, die sich darum bemüht, den Menschen mit seinen subjektiven Sichtweisen, Bedürfnissen und seiner Betroffenheit in den Mittelpunkt zu stellen, darf die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen nicht aus dem Blick verlieren und muss sich ausdrücklich auch mit den Risiken und Nebenwirkungen der professionellen Arbeit unter den sich verändernden gesellschaftlichen und sozialpolitischen Bedingungen befassen.

Viele Studien weisen darauf hin, dass Mitarbeitende in helfenden Berufen oftmals in besonderer Weise unter ihren beruflichen Belastungen leiden und verglichen mit der Durchschnittsbevölkerung vermehrt mit entsprechenden somatischen und psychischen Beschwerden reagieren. Insbesondere die in der Psychiatrie Tätigen sind durch ihre tägliche Begegnung mit seelisch schwerst belasteten, verängstigten, desorientierten und zeitweise auch aggressiven Patienten/Klienten und durch das Zuhören bei deren Schicksalsberichten einer starken Belastung ausgesetzt. Gleichzeitig erleben viele Mitarbeitende die Tätigkeit in diesem Bereich als besonders Sinn erfüllend, sehen in ihrer Arbeit aus unterschiedlichen Gründen eine oft ihren beruflichen Lebensweg bestimmende Berufung.

00

Editorial



Die Verkürzung der klinischen Verweildauer und die Zunahme der Häufigkeit schwerer psychischer Störungen erhöhen die Belastung, verändern Aufgaben und Funktionen in der Alltagspraxis. Diese sich wandelnden Bedingungen der psychiatrischen Arbeit wirken sich sowohl auf die Lebensqualität der Betroffenen und der Mitarbeitenden und insgesamt

auf die Qualität der Arbeit in vielfältiger Weise aus.

Wachsender ökonomischer Druck auf die Einrichtungen des Gesundheitswesens und der psychosozialen Arbeitsfelder mit erheblichen strukturellen Veränderungen, Dezentralisierung, lean management, also die Reduktion von Hierarchie führen zu mehr Verantwortung bei gleichzeitiger Arbeitsverdichtung. Der Paradigmenwechsel in der Behindertenhilfe hin zu mehr Selbstbestimmung und Teilhabe der Betroffenen und weniger Fürsorge und Versorgung geht mit einer Veränderung der Berufsrollen für Mitarbeitende in der Gemeindepsychiatrie einher. Häufig sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für diese Aufgaben nur unzureichend vorbereitet. Spezifische Konzepte der Qualifizierung und Personalentwicklung sind auf unterschiedlichen Ebenen von Nöten.

Menschen, die mit der Gesundung anderer Menschen professionell beschäftigt sind, tragen offenbar ein erhöhtes Risiko. Gleichzeitig verfügen sie oft über vielfältige Kompetenzen in der Stressbewältigung und der Förderung der Salutogenese der anderen.

Burnoutprophylaxe, einrichtungsbezogene Konzepte der Salutogenese und Gesundheitsförderung, kritische Reflexion der Leitungs- und Einrichtungskultur ... in der neuen Kerbe möchten wir verschiedenste Ansätze und Erfahrungen beleuchten im Umgang mit den Risiken und Nebenwirkungen psychiatrischpsychotherapeutischer Arbeit, um die Chance zu erhöhen, dass psychiatrisch Tätig zu sein nicht nur Risiko, sondern auch ein prekäres Gut werden und bleiben kann: Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre und sind gespannt auf Ihre Reaktionen und Rückmeldungen.

Doris Biedermann Prof. Dr. Jürgen Armbruster

Ist psychiatrisch tätig sein ein Risiko oder ein prekäres Gut?

Von Bernward Vieten

Abstract

Die Tätigkeit im weiten Feld der psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung wird daraufhin untersucht, inwieweit und an welchen Stellen sie ein Risiko sein kann oder aber auch zusätzlich ein prekäres, "widerrufliches" Gut.

Die Interaktion wird einmal von der Seite der Nutzer, Kunden, Patientinnen und Patienten her betrachtet, daneben wird die Perspektive der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Bezug auf Risiken und Nebenwirkungen ihrer Arbeit untersucht. Das Ziel der Risikominimierung führt zu Betrachtungen über Setting - und Individiumbezogene Aspekte. Die Wertigkeit von Deeskalationstrainings und der bewusste Umgang mit erfolgten Übergriffen werden herausgestellt.

> gerichtet auf das gesamte Feld der Versorgung. Ist dort - in diesem Sinne - psychiatrisch tätig sein ein Risiko

oder ein prekäres Gut oder auch beides gleichzeitig? Was mit "Risiko" gemeint ist, soll weiter unten ausgeführt werden, erklärt sich jedoch zunächst einmal vom allgemeinen Sprachgebrauch her von selbst. Ist das mit dem "prekären Gut" auch so? Prekär heißt laut Lexikon vom Lateinischen abgeleitet "unsicher, schwierig, widerruflich". In den letzten Jahren wurde in diesem Zusammenhang der Begriff des Prekariats geprägt, damit sind die unsicheren Arbeitsverhältnisse auch für akademisch ausgebildete Absolventinnen und Absolventen unserer "Generation Praktikum" gemeint. Ich beschränke mich auf die ursprüngliche Bedeutung und sehe in der Zusammenstellung "prekär" und "Gut" die Spannung: Gut ist es, wenn das Tätigsein gelingt, wenn die Risiken nicht überhand nehmen und somit die eigentlich "gute Arbeit" verunsichert wird, wenn "widerrufen" wird. Mit dem Erleben von fast 30 Jahren tätig sein im gesamten Feld der Psychiatrie und Psychotherapie (Hochschulklinik, Versorgungsklinik, Tagesklinik, Sozialpsychiatrischer Dienst, Langzeitbereich, Ambulanz usw.) stehe ich nach wie vor und uneingeschränkt positiv zu dieser Berufswahl, befinde mich von daher auf der Seite des "Gut".

Das "Gut" ist jedoch in der Tat widerruflich, kann in manchen Situationen sehr brüchig und in Frage gestellt werden und dies besonders durch das bewusste Erleben der Risiken, denen wir ausgesetzt sind, zu denen wir jedoch in Bezug auf die Patientinnen und Patienten berufen sind. Der Brückenschlag zum gesellschaftlichen Auftrag der Psychiatrie, die in Extremsituationen Risiken und Gefahren der Allgemeinheit zu bewältigen helfen soll, ist nahe liegend.

Diese wenigen Gedanken weisen darauf hin, mit welch einer komplexen Fragestellung wir uns befassen. Das Ordnungs- und Strukturgefüge des Qualitätsmanagements bringt es auf den Punkt: Die zentralen Säulen des QM, wie Kundenorientierung und Mitarbeiterorientierung, sind nicht immer widerspruchsfrei gleichzeitig zur Geltung zu bringen. Zum Umgehen mit diesen Widersprüchen sind wir aufgerufen und befinden uns damit in der Reflexion über Risiken und Nebenwirkungen unserer Arbeit. Diese entstehen in der Regel in der Interaktion im Sozialraum, der Gesellschaft. der Familie und dann auch zwischen Patientinnen und Patienten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Besonders diese beiden Seiten sollen im Folgenden näher beleuchtet werden.

Risiken und Nebenwirkungen: Die Seite der Nutzer, Kunden, Patientinnen und Patienten

Hospitalisierung, verstanden als längerfristige vollstationäre Behandlung im Rahmen einer Anstalt oder eines psychiatrischen Krankenhauses, wurde lange als adäquate Methode zur Behandlung und Unterbringung chronisch psychisch kranker oder behinderter Menschen angesehen. Kritische Erfolgsbewertungen dieser Maßnahmen machten in den letzten drei Jahrzehnten immer

Ausgangspunkt der Überlegungen zum folgenden Artikel war die Vorbereitung und der Verlauf der Fachtagung 11. Forum Psychiatrie und Psychotherapie in Paderborn im November 2006 zu "Risiken und Nebenwirkungen psychiatrisch-psychotherapeutischer Arbeit...". Es ging und geht im Folgenden um psychiatrisch Tätige in den unterschiedlichen Feldern und Disziplinen der Versorgung. In der Medizin sprechen wir seit etwa 15 Jahren mit der Novellierung der Weiterbildungsordnung vom Fachgebiet "Psychiatrie und Psychotherapie" und weiten damit das berufliche Selbstverständnis und die Anwendungsgebiete der ehemals "klassischen" Psychiatrie sinnvollerweise aus. Die Versorgungslandschaft wird in der heutigen Zeit, mehr als 30 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete 1975, berechtigterweise über weit mehr als nur die medizinische Fachdisziplin definiert. Die Psychiatrie-Personalverordnung hat ab 1991 den psychiatrischen Krankenhäusern das multiprofessionelle Arbeiten dann gewissermaßen vorgeschrieben. In keinem anderen medizinischen Fachgebiet wird Multiprofessionalität derart groß geschrieben und hat eine so lange Tradition. Der Untertitel des 11. Forum wies hin auf "Nutzen und ein bewusstes (Arbeits-)Leben für die Beschäftigten im Spannungsfeld mit Angehörigen- und Pa-

tienteninteressen". Der Blick war



deutlicher, dass die künstlich gestalteten Lebenswelten in Kliniken, Heimen und Anstalten selbst krank machend und zusätzlich schädigend auf die Patientinnen und Patienten wirken können. Diese mit "Hospitalismus" oder "Institutionalismus" bezeichneten Nebeneffekte, die zum Teil Haupteffekte wurden, sind von zahlreichen Autoren beschrieben worden (Wing 1962, Wing/Brown 1970, Goffman 1973, Ciompi 1980). Dieser Rückblick soll die Möglichkeit der strukturell wirksamen Gewalt, die auch heute nicht ausgeschlossen ist, mit dem Blick auf unsere psychiatrischen Akutstationen verdeutlichen. Die öffentliche Fachdiskussion zum Thema Enthospitalisierung ist in den Jahren nach der Psychiatrie-Enquete und besonders nach den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung (1988) lebhaft geworden und hat Konsequenzen gezeitigt.

Dies trifft unter Würdigung der Fachliteratur der letzten 15 Jahre auf die Auseinandersetzung mit individuell erlittener Gewalt weit weniger zu. Wir müssen davon ausgehen, dass bei etwa 5 bis 10% der 850.000 klinischen Behandlungsfälle der Akutpsychiatrie pro Jahr in Deutschland eine oder mehrere Zwangsmaßnahmen erfolgen. Mit Zwangsmaßnahmen sind besonders Fixierungen oder Zwangsmedikationen gemeint, die einer großen Häufigkeitsspanne unterliegen (2,8-21,3%, Ketelsen, Schulz, Zechert 2004). Nach der Datenlage aus drei Kliniken, die über ein Jahr lang Anzahl und Dauer von Fixierungen erhoben haben, waren Menschen mit schizophrenen Störungen zur Hälfte bis zu Zweidrittel betroffen, bei Suchtpatientinnen und -patienten immerhin im Umfang von einem Fünftel bis mehr als einem Viertel. Es wird von den Autoren zu Recht beklagt, dass die Vermittlung des therapeutischen Umgangs mit Notfallsituationen in der Akutpsychiatrie in der Ausbildung kaum oder gar nicht stattfindet.

Psychiatrische Patientinnen und Patienten können genauso auch zum Opfer werden im Sinne von Übergriffen in psychotherapeutischen Situationen, die nicht selten mit sexualisierter Gewalt einhergehen. Dieses Phänomen ist erst in den letzten Jahren stärker ins Bewusstsein gelangt, zeitgleich mit einer vermehrten Diskussion über sexualisierte Gewalt, der Patientinnen und Patienten in ihrer Lebensgeschichte ausgesetzt waren.

Der Perspektivenwechsel von der

Opfer- zur Täterseite führt zu fol-

genden Eindrücken: Der "gewalt-

tätige Patient" (Steinert u.a. 1995) fand sich eher wieder in durch Anekdoten aus dem psychiatrischen Alltag gespeisten Diskussionen zwischen Pflegepersonal und diensthabendem Assistenzarzt, wenn einmal im Nachtdienst Zeit für eine Tasse Kaffee miteinander war. Über 50 Jahre ist es her, als Helm Stierlin seine Untersuchung über die von Geisteskranken an Ärzten und Pflegepersonen verübten Angriffe veröffentlichte (1956). Böker und Häfner (1973) kamen in einer für die Psychiatriepolitik bedeutenden Studie zum Schluss, dass "Geisteskranke und Geistesschwache insgesamt nicht häufiger, aber auch nicht wesentlich seltener zu Gewalttätern werden als sogenannte Geistesgesunde". Diese sehr pauschalierend anmutende Beurteilung wird heute insgesamt in Frage gestellt, beim Blick auf Details der damaligen Untersuchung war jedoch schon offenkundig, dass bestimmte Untergruppen unter den Menschen mit psychischen Störungen sehr wohl ein überdurchschnittliches Gewalttätigkeitsrisiko haben: Dazu zählen insbesondere Menschen mit der Diagnose einer schizophrenen Psychose vom paranoiden Subtyp, Menschen mit einer geistigen Behinderung und altersdemente Patientinnen und Patienten (Richter, Berger 2001). Für die Vereinigten Staaten wird zwischen 1980 und 1990 berichtet, dass sich die Rate vorsätzlicher Angriffe, die von Patientinnen und Patienten ausgehen, auf 100 behandelte Patienten nahezu verzehnfacht hat (von 5,5 auf 50,5). Eine ähnliche Entwicklung wird trotz des Mangels an entsprechenden Daten für die Situation in Deutschland nicht angenommen (Steinert 1998). Aus einer österreichischen Untersuchung (Haller 2001) geht hervor, dass das relative Risiko, überhaupt ein zur strafrechtlichen Verurteilung führendes Delikt zu begehen, bei schizophrenen Menschen gegenüber der Normalbevölkerung um den Faktor 1.55 leicht erhöht ist. Das Risiko für ein Gewaltdelikt liegt jedoch erheblich höher für Patienten mit einer schizophrenen Störung gegenüber der Allgemeinpopulation und zwar um das 3,7-fache. Aktuelle Übersichten aus dem übrigen deutschsprachigen Raum bestätigen diesen Trend, insbesondere wenn es sich um Menschen mit Comorbiden Störungen, z.B. paranoider Schizophrenie und Substanzmissbrauch handelt.

Die Auswahl der oben angeführten Daten legt nahe, dass ein berufsspezifisches Risiko im Umgang mit psychiatrischen Patientinnen und Patienten, dabei besonders mit einzelnen Gruppen, durchaus besteht. Diese Risiken einerseits nicht zu übertreiben, andererseits gezielt wahrzunehmen, ist die Aufgabe professionell Tätiger in den unterschiedlichen Settings der psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung, insbesondere natürlich auch unter dem Blickwinkel der Prävention.

Risiken und Nebenwirkungen: Die Seite der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Wenden wir uns den Risiken zu, die mit der Tätigkeit in Psychiatrie und Psychotherapie verbunden sind, haben wir nicht selten mit den alltäglichen Belastungen in der Arbeit zu tun, mit Zweifeln an der eigenen Professionalität und nicht zuletzt auch mit handfesten psychischen Krisen. Sibylle Prins hat diesen Übergang vom professionellen Handeln zum Betroffensein mit "Seitenwechsel" beschrieben (Prins 2006). Sie versucht ein ihrer Ansicht nach weithin tabuisiertes Thema aufzugreifen, wenn sie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über ihre erlebten Erfahrungen sprechen lässt, selbst psychischen Krisen ausgesetzt zu sein. Dies sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die die Reaktion der Umwelt fürchten und in den Ruf geraten, mit der Eigenerfahrung nicht für kompetent im Beruf gehalten zu werden. Andere haben sich aus einer psychischen

Daten belegen, dass berufsspezifische Risiken durchaus bestehen. Diese Risiken wahrzunehmen und zugelich nicht zu übertreiben, ist die Aufgabe professionell Tätiger.

Die Beschäftigung mit dem Thema "Risiko" in der psychiatrischpsychotherapeutischen Arbeit hat in den letzten 10 bis 15 Jahren den Blick geschärft für die Möglichkeiten von Gewaltprävention und Deeskalation auf der Basis einer Kultur von wechselseitigem Respekt. Krise heraus für eine berufliche Tätigkeit in der Psychiatrie entschieden und suchen eher nach dem "Gut" und sind in diesem doppelten Wortsinn Psychiatrie-Erfahrene. Klassische Hilfsmittel wie Coaching oder Supervision stehen in den Einrichtungen und Diensten im stationären und ambulanten Bereich zur Verfügung, erfahren jedoch in Zeiten knapper Ressourcen häufig weniger Beachtung, sprich Finanzierung, da ihr Wert und ihre Bedeutung unterschätzt werden. Die Arbeitsfähigkeit wird zunächst einmal als etwas Selbstverständliches angesehen, der Blick darauf, wie diese zu erhalten ist, ist in den Hintergrund geraten. Moderne Konzepte der Gesundheitsförderung greifen diesen Missstand auf und versuchen den Blick darauf zu lenken, dass eine befriedigende Berufstätigkeit, die ihren Zweck erfüllt und gleichzeitig zu einem erfüllten Arbeitsleben führt, gepflegt werden muss. Dies ist umso wesentlicher als psychiatrisch Tätige sich ständig mit psychischen Krisen anderer Menschen auseinandersetzen müssen und von daher besonderen Belastungen ausgesetzt sind.

Wie sieht es nun mit weiteren konkreten Risiken aus?

Eine Untersuchung unter Ärzten und Therapeuten (Steinert 1995) in süddeutschen Landeskrankenhäusern kommt zu dem Ergebnis, dass 55% der Befragten im Laufe der Berufstätigkeit schon einmal ernsthaft von Patienten angegriffen wurden, 33% sogar mehrfach. Es handelte sich bei den über 300 berichteten Ereignissen um 61% körperliche Angriffe, bei 39% um Bedrohungen. Die überwiegende Zahl der Ubergriffe fand nicht im Zimmer des Therapeuten, sondern im "öffentlichen Raum" statt, mehrheitlich auf der Station. Spießl berichtet in einer Längsschnittstudie über das Regensburger Bezirksklinikum in den Jahren 1989 bis 1994, dass in 13,9% der Fälle aggressive Handlungen oder bedrohliches Verhalten im Vorfeld der stationären Aufnahme registriert wurde. Hier ist davon auszugehen, dass entweder Angehörige, aber auch Mitarbeiter ambulanter Dienste die Betroffenen sind. Eine deutlich geringere Zahl, nämlich 2,7%, wird im Durchschnitt ermittelt für die Zeit während des stationären Aufenthaltes mit der Folge zumeist leichter, selten schwerer Körperverletzungen (Spießl 1998). Zu einer ähnlichen Häufigkeit kommt Richter in seiner Untersuchung über Patientenübergriffe auf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Richter, Berger 2001): 2,5% aller Aufnahmen, die im Zeitraum von sechs Monaten mit einem Patientenübergriff verbunden waren, wurden als besonderes Vorkommnis registriert. Bei den Betroffenen (insgesamt 155 Patientenübergriffe) waren nahezu ausschließlich Angehörige des Pflegedienstes oder ähnlicher Dienste (Erzieher usw.) genannt. Etwa 10% der Betroffenen waren körperlich so stark verletzt, dass sie ärztlich behandelt werden mussten. 14% zeigten psychische Symptome, welche die Kriterien für mindestens eines der drei Syndrome einer posttraumatischen Belastungsstörung, nach DSM-III-R erfüllten, keine jedoch das Vollbild einer entsprechenden Störung (Richter 1999). In einer Untersuchung in einer hessischen Klinik über knapp 500 aufgenommene Patienten wird besonders herausgestellt, dass über 78 % der aggressives Verhalten zeigenden Patienten außerhalb der normalen Dienstzeit in die Klinik kamen, knapp 73% über das Landesunterbringungsgesetz (Grube 2001).

Zusammengefasst zeigen diese Daten, dass es im Kontakt der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Patienten in einer akuten psychischen Krise häufig vorkommende Diagnosen, häufig vorkommende Situationen und häufig vorkommende Orte gibt. Die Aufnahmesituation, besonders bei bis dahin unbekannten Patienten, ist als kritische Situation für die Interaktion einzuschätzen und benötigt Aufmerksamkeit, wenn Misstrauen vorwiegt, eine psychomotorische Erregung oder Anspannung, Anzeichen eingeschränkter Selbstkontrolle, verbale Gewaltdrohungen oder gewalttätige Gestik oder Sachbeschädigungen vorliegen.

Bewusster Umgang mit Risiken jenseits von Notwehr

Die Beschäftigung mit dem Thema

psychotherapeutischen Arbeit hat in den letzten 10 bis 15 Jahren den Blick geschärft für die Möglichkeiten von Gewaltprävention und Deeskalation. Im Sinne der Prävention geht es um die Pflege von Anerkennung friedlicher Verhaltensweisen, es geht um kompetente Konfliktlösung und den Respekt vor Schwächeren und Unterlegenen. Die Kultur von wechselseitigem Respekt schafft das für eine professionelle Arbeit notwendige Grundvertrauen über die Gewissheit, dass Sicherheit für alle gewährleistet werden muss. In den Teams muss Raum geschaffen werden zur Benennung und wechselseitigen Wahrnehmung von Gefühlen wie Trauer, Wut, Ärger, Angst, Gekränkt sein, Scham und Ohnmacht, damit nicht Gewalttätigkeit zum nahezu einzigen Ventil der Gefühlsäußerungen wird, sowohl auf Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als auch der Patientinnen und Patienten (Ketelsen 2004). Neben der Milieugestaltung besonders auf psychiatrischen Akutstationen, die positiv oder negativ Einfluss nimmt, verändert sich das subjektive Erleben von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Zusammenhang mit Selbstschutzübungen eindeutig: Die Bereiche Reduktion von Unsicherheit und Angst sowie Förderung zielgerichteten Handelns werden als besonders positiv beschrieben (Grube 2001). In einer Übersicht über die Effekte von Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement berichtet Richter (2005) von zwei grundsätzlichen Trendaussagen: "Hinsichtlich der direkten subjektiven Auswirkungen auf die trainierten Mitarbeiter kann festgehalten werden, dass Trainingsprogramme zu mehr Wissen führen und zugleich zu einer verbesserten Zuversicht, aggressive Situationen bewältigen zu können. Dieses Ergebnis kann als relativ gesichert gelten, da es über verschiedene Interventionen, Studiendesigns und Einrichtungssettings hinweg repliziert wurde". Eindeutige Feststellungen bezüglich der Effekte auf die Anzahl aggressiver Vorfälle und Auswirkungen können jedoch nicht getroffen werden.

"Risiko" in der psychiatrisch-

Nach Vorarbeiten in den Jahren 2004 bis 2005 hat in der LWL-

Klinik Paderborn, einem Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie mit 240 Plätzen, ein "Leitfaden zum Umgang mit Übergriffen und Grenzverletzungen" seine Gültigkeit gefunden. Im Leitbild der Einrichtung wird auf das Wissen abgehoben, dass ein respektvoller Umgang und das kontinuierliche Bemühen um vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Patientinnen und Patienten und unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Gewalt, Grenzverletzungen und Übergriffen prophylaktisch entgegen wirken kann. Übergriffe können - neben einem "harten Kern" von Sachverhalten - auch als wesentlich vom subjektiven Erleben der Beteiligten abhängig gesehen werden. Sie sollen operationalisierbar erfasst und grundsätzlich ernst genommen werden. Allen Beteiligten wird über den Leitfaden deutlich gemacht, dass schwierige Grenzsituationen zunächst einmal bewältigt, anschließend mit Umsicht, Sorgfalt und Achtsamkeit aufgearbeitet werden müssen. Besonderer Stellenwert wird den Unterstützungsbedürfnissen von Opfern von Übergriffen eingeräumt. Jeder betroffenen Person wird eine Vertrauensperson an die Seite gestellt, die jenseits der üblichen Hierarchie ansprechbar ist und mit einer begrenzten Aufgabenstellung den oder die Betroffene begleitet. Eine Checkliste soll helfen, alle notwendigen Schritte nacheinander durchzugehen und mit Hilfe einer Nachbesprechung jeden Vorgang des Übergriffs zu reflektieren. Bei den professionellen Mitarbeitern geht es darum, aversive Stimulationen in der Beziehung zu Patientinnen und Patienten zu vermeiden, die sich niederschlagen können in willkürlichen Anordnungen, Erniedrigungen, eskalierender Zuspitzung an Stelle von Empathie, Respekt und Aufrichtigkeit.

Was ist weiter zu tun?

Wenn "prekär" in erster Linie unsicher und widerruflich bedeutet, dann ist die positive Bewertung des "Gut" in Form eines Arbeitsplatzes in der psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung kein Selbstläufer, sondern muss unter Beachtung der spezifischen Risi-

ken tagtäglich erarbeitet werden. Auf eine Kurzformel gebracht: Zufriedenheit ist möglich, sie fällt uns nicht in den Schoß. Besonders die positiven Effekte von Deeskalationstrainings, wie sie sich in den letzten zehn Jahren etabliert haben, in Verbindung mit Maßnahmen der Mitarbeiterorientierung lassen hoffen, dass es zu einer sinnvollen Verknüpfung im Rahmen eines Maßnahmenbündels kommt, das Gewaltprävention und damit Risikominimierung vereint mit sinnvollen Schritten der Bearbeitung von erlittenen Patientenübergriffen auf Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Patientinnen und Patienten selbst als Experten für ihre Situation zu erfassen und das Erleben in Situationen von Zwang und Gewalt zu reflektieren, kann dabei ein ganz wesentlicher Zugewinn sein.

Insofern stehen zahlreiche Aufgaben in der Zukunft vor uns: Wie wirken auf Seiten der Patienten Maßnahmen des "Aggressionsmanagement"? Wie spezifisch müssen Trainingsmaßnahmen in Abhängigkeit von der Diagnose oder anderer Umgebungsfaktoren auf Seiten von Patientinnen und Patienten sein? Wie nachhaltig wirken Schulungen auf Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und welche Maßnahmen sichern erst die Konstanz des einmal Erlernten? Wie wirken spezifische Deeskalationstechniken verbaler und körperlicher Art?

Antworten auf diese Fragen zu finden ist Aufgabe der Forschung, die bisher von Seiten der Hochschulkliniken kaum in diesem Bereich tätig ist. Besonders die Versorgungskrankenhäuser sind herausgefordert, weitere Anstrengungen zu unternehmen, die an vielen Zentren eingeschlagenen Wege, die bereits eine positive Wirkung nachgewiesen haben, auszuwerten und weiter zu entwickeln. Auf diese Art kann aus der unzweifelhaft risikobehafteten Berufsrolle im Feld der Psychiatrie und Psychotherapie ein weniger prekäres, also nach und nach sicheres Gut werden, mit einer positiven Identifikation von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit ihrem Arbeitsplatz. In diesem Sinne ist eine solche Identifikation auch gelebte Entstigmatisierung: Wer zu seinem eigenen Tun positiv sich bekennen kann und nicht nur hinter vorgehaltener Hand von seiner besonderen Tätigkeit spricht, bricht damit auch eine Lanze für die Betroffenen.

Literatur:

Ciompi, C. L. (1980), 1st die chronische Schizophrenie ein Artefakt? Argumente und Gegenargumente in: Fortschr. Neurol. Psychiat. 48, S. 237–248.

Goffman, E. (1972), (1973), Asyle. Grube, M. (2001), Aggressivität bei psychiatrischen Patienten, in: Nervenarzt 72, S. 867–871. Ketelsen, R., Schulz, M., Zechert, C. (2004), Seelische Krise und Aggressivität. Der Umgang mit Deeskalation und Zwang.

Prins, S. (2006), Seitenwechsel – Psychiatrie-Erfahrene Professionelle erzählen.

Richter, D. (1999), Patientenübergriffe auf Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken.

drs. (2005), Effekte von Trainingsmaßnahmen zum Aggressionsmanagement in Gesundheitswesen und Behindertenhilfe: Systematische Literatur-übersicht, unveröff. Manuskript.

Richter, D., Berger, K. (2001), Patientenübergriffe auf Mitarbeiter, in: Nervenarzt 72, S. 693–699. Spießl, H., Krischker, S., Cording, C. (1998), Aggressive Handlungen im Psychiatrischen Krankenhaus, in: Psychiat. Prax. 25, S. 227–230.

Steinert, T., Beck, M., Vogel, W. D., Wohlfahrt, A. (1995), Gewalttätige Patienten, in: Nervenarzt 66, S. 207–211.

Steinert, T., Gebhardt, R. P. (1998), Wer ist gefährlich? In: Psychiat. Prax. 25, S. 221–226. Stierlin, H. (1956), Der gewalttätige Patient. Eine Untersuchung über die von Geisteskranken an Ärzten und Pflegepersonen verübten Angriffe Vieten, B. (2001), Von der Anstalts- zur Patientenorientierung. Organisatorische Fragen im Prozess der Enthospitalisierung: Eine Fallstudie.

Wing, J. K. (1962), Institutionalism in Mental Hospitals, in: British Journal of Social and Clinical Psychology, 1, S. 38–51.

Wing, J. K., Brown, G. W. (1970), Institutionalism and Schizophrenia. A Comparative Study of Three Mental Hospitals, 1960–1968, Cambridge. Eine Maßnahme erweist sich dann als sinnvoll, wenn sie die Verknüpfung von Gewaltprävention und Bearbeitung von erlittenen Patientenübergriffen auf Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beinhaltet.

Soziale Arbeit unter veränderten Rahmenbedingungen

Auswirkungen auf die Gemeindepsychiatrie

Von Christel Achberger

Abstract

Die veränderten Rahmenbedingungen sozialer Arbeit und ihre Auswirkungen auf die Beschäftigten der Gemeindepsychiatrie werden beschrieben und es werden Handlungsoptionen für die Träger abgeleitet.

Im Folgenden soll thesenartig der gegenwärtige Diskussionsstand um die Veränderungen der Rahmenbedingungen sozialer Arbeit und ihrer Auswirkung auf die Beschäftigten der Gemeindepsychiatrie dargestellt werden. Es soll aufgezeigt werden, wie die Träger von Einrichtungen und Diensten der Gemeindepsychiatrie auf diese Entwicklungen reagieren können, um die Qualität ihrer Arbeit zu sichern und weiterzuentwickeln.

Die veränderten Rahmenbedingungen sozialer Arbeit

Die Veränderungen in den Rahmenbedingungen sozialer Arbeit sind vielfältig und vielschichtig. Änderungen im Sozialrecht, neue Leitideen und Steuerungskonzepte der Leistungsträger führen zu Reaktionen der Leistungserbringer und wirken sich auf die Mitarbeiter und Leistungsberechtigten aus. Auch beeinflussen Stimmungslagen in der Gesellschaft die soziale Arbeit.

• Halbierte Modernisierung
Dieser von Wohlfahrt (2003) geprägte Begriff beschreibt damit
die einseitige Modernisierung der
ökonomischen Funktionen der
Träger der Einrichtungen und
Dienste. Die Modernisierung findet nur auf der Mittelebene und
nicht auf Zweckebene statt. Der
Umbau berührt zwar das Leitbild
und damit die Identität der Leis-

tungserbringer, aber die Umbauprozesse werden unabhängig vom Leitbild gestaltet und diskutiert. Es besteht die Gefahr, dass das Leitbild der bloßen Legitimation der eingeleiteten Veränderungen dient. Nach Wohlfahrt ist die halbierte Modernisierung durch kurzfristige Anpassungsstrategien gekennzeichnet. Leistungserbringer reagieren mit kurzfristigen Projekten und setzen immer neue Modernisierungsschleifen in Gang. Eine Antwort, die über die stattfindende betriebswirtschaftliche Modernisierung hinausgeht und umfassende Zukunftsentwürfe entwickelt, steht noch aus.

 Infragestellung der Multifunktionalität sozialer Organisationen Soziale Organisationen verstehen sich zunehmend als Organisationen der Sozialwirtschaft. Sie betonen ihre Rolle als Dienstleister und sind in Gefahr ihre Multifunktonalität aufzugeben. Wohlfahrt (2003) stellt fest. dass "die Funktion als sozialer Dienstleister aufgewertet wird, die sozialpolitische Interessenvertretung in Frage gestellt wird und die Funktion als Agenturen des freiwilligen Engagements erheblich kritischer eingestuft wird." Auch Olk (1995) beschreibt diese Entwicklung und warnt, dass sich Wohlfahrtsverbände, wenn sie ihre Multifunktionalität aufgeben, von Wertegemeinschaften zu Dienstleistungsbetrieben entwickeln und damit ihre Chance vergeben, zu wichtigen Katalysatoren der Bürgergesellschaft zu werden. Sie sind dann nicht mehr in der Lage, ihre Rolle als intermediäre Organisationen zwischen Markt, Staat und Bürgern aktiv zu gestalten. Zimmer (2003) fordert die Wohlfahrtsverbände auf, "eine Einheit der Vielfalt zu schaffen" und nicht für eine "reine Marktorientierung die sozialanwaltschaftliche Kompetenz" aufzugeben.

Paradigmawechsel in der Behindertenhilfe

Der Paradigmawechsel in der Behindertenhilfe wurde mit dem Sozialgesetzbuch IX eingeleitet und im Sozialgesetzbuch XII fortgeführt. Mehr Selbstbestimmung und Teilhabe, weniger Fürsorge und Versorgung sind die Leitideen. Aus diesen Veränderungen in den Versorgungskulturen leiten sich nach Herriger (1997) auch neue Berufsrollen für die Mitarbeiter der Gemeindepsychiatrie ab. Er beschreibt sie mit Begriffen, wie Lebensweltanalytiker, Netzwerker und Ressourcen-Mobilsierer, intermediärer Brückenbauer oder Normalisierungsarbeiter. Auch die EX-IN-Projekte, in denen Psychiatrie-Erfahrene ihre Erfahrungen als Krisenbegleiter, Peer-Berater oder Referent für Fort- und Weiterbildung in die Gemeindepsychiatrie einbringen, führen zu einer Neubestimmung der Berufsrollen.

Vorrang ambulanter Hilfen Der Vorrang ambulanter Hilfen ist

im Sozialgesetzbuch XII verstärkt worden. Hinzu treten Hilfeplanung und Leistungsabsprache, die dem Sozialhilfeträger weitere Steuerungsmöglichkeiten im Einzelfall geben. Die Leistungen sollen bedarfsgerecht im Lebensumfeld des Leistungsberechtigten erbracht werden. Der Vorrang ambulanter Hilfen wird die Erbringung der Leistungen verändern. Mehr Teilleistungen, stärkere Einbeziehung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch V, also Soziotherapie, Ergotherapie, psychiatrische Krankenpflege, und vermehrte Beschäftigung von Hilfskräften werden u. a. die Folge sein. Diese Veränderungen werden in den Arbeitsbedingungen sichtbar werden. Teams werden einrichtungsübergreifend organisiert werden, mehr Teilzeitarbeit, flexible Arbeitszeiten

Christel Achberger
Diplompsychologin
Non-Profit-Managerin
nach dem FreiburgerManagementmodell,
langjährige berufliche Erfahrung
beim Aufbau und in
der Begleitung von
Einrichtungen der
Gemeindepsychiatrie,
zurzeit tätig in Beratung, Fortbildung und
Forschung.

und die Ausdifferenzierung der Berufsbilder werden das Ergebnis sein.

Abstiegsangst,

Angst vor Arbeitslosigkeit Die seit 2002 jährlich durchgeführte Studie "Deutsche Zustände" von Heitmeyer (2002; 2006) weist einen deutlichen Anstieg der Angst vor dem sozialen Abstieg und vor der Arbeitslosigkeit nach. Die Ergebnisse zeigen ein Konglomerat aus Angst, Unsicherheit, Orientierungslosigkeit und Machtlosigkeit.

 Menschen im Reformprozess Die Umsetzung der Reformen fördert bei den Leistungsberechtigten Einstellungen und Grundhaltungen, die gekennzeichnet sind durch ein geringes Selbstwertgefühl, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit und eine allgemein gedrückte Grundstimmung. Die Ziele der Reformen, mehr Selbstbestimmung und Teilhabe, werden damit in Frage gestellt. Stattdessen werden Risikofaktoren seelischer Gesundheit, wie sie von der WHO (2004) formuliert wurden, gefördert. Die Lebenslage psychisch Kranker Menschen im Reformprozess führt zu Demoralisierung. Mitarbeiter identifizieren sich mit ihren Klienten und sind somit indirekt ebenfalls betroffen.

Auswirkungen auf die Mitarbeiter

Es gibt nur wenige Befunde über die derzeitige Situation der Mitarbeiter in der sozialen Arbeit. Sie werden im Folgenden dargestellt:

Reaktionen der Mitarbeiter auf die Soltauer Impulse

Nachdem die Soltauer Impulse (2004) veröffentlicht wurden, erreichten die Initiatoren viele Zuschriften von Mitarbeitern. Sie berichteten von der Entfremdung und von dem Verlust der Identifikation mit ihrer Arbeit. Sie beschreiben ihre Verunsicherung und Zukunftsängste. Sie erleben eine Abwertung ihrer Arbeit und ihrer Fachlichkeit. Die Mitarbeiter berichten von einer mangelnden Offenheit im Team und von Brüchen in der Kommunikation zwischen Management und Mitarbeitern. Es wurde als entlastend und stärkend empfunden, dass auch

andere die gleichen Wahrnehmungen über die Veränderungen in der sozialen Arbeit haben.

Folgen der sozialwirtschaftlichen Transformationen für die Mitarbeiter

In einem Forschungsprojekt der Hans-Böckler-Stiftung werden die Auswirkungen der sozialwirtschaftlichen Transformationen auf die Mitarbeiter untersucht. Dahme, Kühnlein, Wohlfahrt (2005) beschreiben die Erosion des Normalarbeitsverhältnisses und die Zunahme von prekären Beschäftigungsverhältnissen. Labilisierung und Diskontinuität von Arbeitsverträgen nehmen zu und Unsicherheit wird zur Normalität. Das Berufbild sozialer Arbeit wird weiter ausdifferenziert und Fachlichkeit neu definiert. Der Arbeitsalltag wird durch Arbeitsverdichtung und Arbeitsanreicherung bestimmt.

Zukunftsangst, Verunsicherung Eink (2006) hat Mitarbeiter in psychiatrischen Einrichtungen nach Veränderungen in ihrer Arbeit befragt. Die Ergebnisse bestätigen die Aussagen von Dahme, Kühnlein, Wohlfahrt (2005). Die Mitarbeiter beschreiben Arbeitsverdichtung, sie erleben eine Verschlechterung der Bezahlung, insbesondere wenn ihnen neue Arbeitsverträge angeboten werden. In den Interviews werden massive Verunsicherungen und Zukunftsängste der Mitarbeiter deutlich. Es spiegeln sich also auch im Bereich der sozialen Arbeit, die von Heitmeyer (2002; 2006) beschriebenen "Deutschen Zustände" wieder. Eink(2006) ist es wichtig darauf hinzuweisen, dass die Beschreibungen der Mitarbeiter nicht als "Jammerkultur" abgetan werden sollte, denn sie enthalten neben kritischen Wahrnehmungen positive Darstellungen, wie das Qualitätsmanagement, die gewachsene Autonomie der Klienten und ein respektvoller, gleichberechtigter und bedürfnisorientierter Umgang mit den Klienten.

• Psychosoziale Belastungen, gesundheitliche Gefährdungen Lempert-Horstkotte (2006) beschreibt die neuen Belastungen in der Arbeitswelt der psychosozial Tätigen, wie z.B. Arbeitsintensi-

vierung, Entfremdung der Arbeitsinhalte, hoher Kostendruck, kaum noch ermutigende Reformproiekte, abnehmende Attraktivität der Helferberufe. In Befragungen berichten Mitarbeiter, dass sie sich durch die Arbeit oftmals ausgelaugt und erschöpft fühlen. Nach Lempert-Horstkotte (2006) kommen noch Belastungen, die sich aus der Flexibilisierung der Arbeitsverhältnisse ergeben, und spezielle Belastungen, die sich aus den unterschiedlichen Arbeitsfeldern ergeben, hinzu. Gesundheitliche Gefährdungen sind die

Die mittlere Leitungsebene ist besonders betroffen

Die mittlere Leitungsebene ist von den Umstrukturierungen in den Organisationen besonders betroffen. Sie muss Entscheidungen des Managements in den Einrichtungen durchsetzen, die häufig der Basiskompetenz entgegenstehen. "Die Leitenden", sind nach Morgenroth (2005) "im Spagat zwischen Patientenorientierung, Wirtschaftlichkeitserwägungen und Fürsorgepflichten für ihre Mitarbeiter in einem oftmals unauflöslichen Dilemma verstrickt". Morgenroth (2005) beschreibt die Lösungsmodelle der mittleren Leitungsebene, denen sie in der Supervision begegnet ist. Lösungsmodelle, mit denen die Leiter der Einrichtungen und die Organisationen Schaden nehmen werden.

Lösungsvorschläge

Die Befunde zu den veränderten Rahmenbedingungen sozialer Arbeit und ihre Auswirkungen auf die Beschäftigten der Gemeindepsychiatrie sollten von den Trägern der gemeindepsychiatrischen Einrichtungen und Dienste wahrgenommen werden. Im Folgenden werden einige Ansatzpunkte beschrieben, die zu Fragen an die eigene Organisation führen und aus denen sich erste Ideen für das Handeln entwickeln lassen.

 Umfassende Modernisierung Greift man den Begriff der "halbierten Modernisierung" von Wohlfahrt (2003) auf, so ist es wichtig zu prüfen, ob die Organisationsentwicklung über Fragen der betriebswirtschaftlichen Abläufe hinausgeht und auch zu einem Zukunftsentwurf führt, der Ziele, Zwecke und Leitbild der Organisation integriert. Erst ein solcher Zukunftsentwurf gibt den Mitarbeitern umfassende Orientierung und ermöglicht die Identifikation mit der Arbeit.

Wahrhaftiges Leitbild

Das Leitbild darf nicht zur bloßen Legitimationsinstanz werden. Es hat in der Organisationsentwicklung bestimmend zu sein. Sonst entstehen Brüche, die zu einem Identifikationsverlust bei den Mitarbeitern führen. Die Führung und die von ihr vertretene Politik und Strategie ist nicht mehr glaubwürdig.

 Mitarbeiterorientierung sichern Um Motivation, Identifikation und kritisches Potenzial der Mitarbeiter zu erhalten, ist es notwendig, dass Führungskräfte ein hohes Maß an Empathie für die Mitarbeiter und ihre Sorgen um den Arbeitsplatz und die Arbeitsplatzbedingungen entwickeln. Leitungskräfte benötigen nach Morgenroth (2005) eine "hohe Fähigkeit, Ängste und Sorgen der Mitarbeiter wahrzunehmen, aufzunehmen und zu verarbeiten, um sie in professionelles Handeln und Strategien umzusetzen".

Sprachlosigkeit zwischen Management und Mitarbeitern überwinden

Morgenroth (2005) fordert trianguläre Kommunikationsformen ein, offene Kommunikationsstrukturen, in denen die Kommunikation zwischen Management, Leitung und Mitarbeitern belebt werden. Hier kommt der mittleren Leitungsebene besondere Bedeutung zu. Sie stehen gegenüber den Mitarbeitern in der Verantwortung, Strategien und Vorgaben des Managements zu vertreten und durchzusetzen. Umgekehrt haben sie gegenüber dem Management die Interessen der Mitarbeiter zu vertreten. Eine Aufgabe, bei der das Management die Leitung unterstützen muss, auch durch gemeinsame, direkte Kommunikationslinien zu den Mitarbeitern.

 Mitarbeiter mit Leitungsaufgaben nachhaltig unterstützen
 Damit Mitarbeiter mit Leitungsfunktionen nicht scheitern oder im Burnout landen, brauchen sie umfassende Unterstützung des Managements. Fortbildung, Supervision und Coaching sind eine Antwort. Aber es müssen auch die Ablauforganisation und die Arbeitsplatzbeschreibungen überprüft werden, um festzustellen, wo Unterstützung und Entlastung in dem oben beschriebenen Spagat möglich ist. Auch sollten Organisationen einen Wechsel zwischen unterschiedlichen Hierarchien in der Aufbauorganisation ermöglichen, ohne dass der Wechsel mit Scheitern verbunden wird.

Fortbildungsangebote, die die Reflexion ermöglichen

Geht man von dem Konzept der Salutogenese nach Antonovsky (1997) aus, so kann die Gesundheit der Mitarbeiter gefördert werden, wenn die Veränderungen der Rahmenbedingungen sozialer Arbeit und die Auswirkungen auf den Arbeitsplatz verstehbar sind und als bewältigbar erlebt werden. Es sollten also Fortbildungen angeboten werden, die die veränderten Rahmenbedingungen und ihre Auswirkungen auf die soziale Arbeit verstehbar machen und Handlungsmöglichkeiten aufzeigen.

Betriebliche Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement anpassen

Es sollte geprüft werden, ob die betriebliche Gesundheitsförderung und das betriebliche Gesundheitsmanagement ausreichend die psychosozialen Belastungen, die sich aus den veränderten Rahmenbedingungen ergeben, berücksichtigen. Lempert-Horstkotte macht zur Gesunderhaltung der Mitarbeiter im psychosozialen Bereich vielfältige Vorschläge (vgl. den Beitrag in diesem Heft, Seite 28).

Berufsrollen und Fachlichkeit neu bestimmen

Berufsrollen und Fachlichkeit werden durch unterschiedliche Entwicklungen in Frage gestellt. Zum einen durch die sozialwirtschaftlichen Transformationsprozesse, wie sie von Dahme, Kühnlein, Wohlfahrt (2005) beschrieben werden, und zum anderen durch fachliche Entwicklungen, wie Empowerment, Experienced-Involvement oder den von Dörner (2006) geforderten "Bürger-Profi-Mix". Hier brauchen die Mitarbeiter Orientierung. Aussagen zu diesen Themen müssen sich im Leitbild wieder finden und die Konzepte der Einrichtungen müssen fortgeschrieben werden.

 Neue Gestaltungsräume eröffnen Es müssen wieder ermutigende Reformprojekte entwickelt werden. Die Entwicklungen in der Gemeindepsychiatrie, wie die Neuroleptikadebatte, wie sie von Aderholt (2007) erneut angestoßen wurde, oder die von Wienberg (2008) beschriebene "Uminstitutionalisierung" ergeben vielfältige Ansatzpunkte für Reformprojekte. Diese Reformprojekte können Management und Mitarbeiter herausführen aus kurzfristigen Anpassungsstrategien und hoffnungslosem Vermeiden von Verschlechterungen und endlich neue Perspektiven eröffnen.

Literatur:

Aderholt, V. (2007), Mortalität durch Neuroleptika. Soziale Psychiatrie 4/2007.

Antovsky, A. (1997), Salutogenese. Tübingen.

Dahme, H-J., Kühnlein, G., Wohlfahrt, N. (2005)

Die sozialwirtschaftliche Modernisierung der

bundesdeutschen Wohlfahrtspflege – ein weiter

Schritt auf dem "Holzweg in die Dienstleistungsgesellschaft". Dortmund, Beiträge zur Forschung,

Hans-Böckler-Stiftung, Band 135/2005.

Dörner, K. (2005), Ersetzt Qualitätsmanagement die psychiatrische Ethik? Alte Träume und neue Visionen. Sozialpsychiatrische Informationen 4/2005. Eink, M. (2006), Zukunftsangst – Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung in psychiatrischen Einrichtungen. Soziale Psychiatrie 4/2006.

Herrriger, N. (1997), Das Empowerment-Ethos. Sozialmagazin 11/1997.

Heitmeyer, W. (2006), Deutsche Zustände. Frankfurt.

Lempert-Horstkotte, J. (2006), Klagekultur oder ernsthafte Sorgen? – Zur Gesunderhaltung der MitarbeiterInnen im psychosozialen Bereich. Soziale Psychiatrie 2/2006.

Morgenroth, C. (2005), Zwischen Qualitätsmanagement und Burnout – Die schwierige Kultur des Leitens in sozialen Arbeitsfeldern. Sozialpsychiatrische Informationen 4/2005.

Olk, T. (1995) Zwischen Korporatismus und Pluralismus – Zukunft freier Wohlfahrtspflege im bundesdeutschen Sozialstaat. in: Rauschenbach, T. et al., Von der Wertegemeinschaft zum Dienstleistungsunternehmen. Frankfurt 1995.

Soltauer Impulse (2004) s. Homepage der DGSP. Wienberg, G.(2008), Gemeindepsychiatrie heute – Erreichtes, aktuelle Herausforderungen und Perspektiven. Sozialpsychiatrische Informationen 1/2008.

WHO, Prevention of Mental Disorders. Effective Interventions and Policy Options Summary Report. Genf 2004.

Wohlfahrt, N. (2003), Organisation und Umbau, Thesen zur Organisation der Freie Wohlfahrtspflege. Dortmund, Beiträge zur Forschung, Hans-Böckler-Stiftung, Band 135/2003.

Zimmer, A. (2000), Spagat. Sozialmanagement 3/2000.

Der Geist der Psychiatriereform und das Diktat der Ökonomie

Von Renate Schernus

Abstract

Welcher Geist wie zu regieren beginnt, wenn das Geld knapp wird, und welche Geister bestimmen, wo und bei wem der Schwerpunkt der Verknappung liegen soll, hängt von einer Fülle unterschiedlicher gesellschaftlicher und kultureller Zeitströmungen ab.

Der Schwerpunkt des folgenden Artikels liegt bei dem Versuch, deutlich zu machen, dass es keine linearen Einwirkungen eines wie auch immer gearteten Diktats der Ökonomie auf die Psychiatrie gibt. Der "Geist" der Psychiatriereform war nicht nur durch organisatorische und strukturelle Ideen bestimmt, sondern lag vor allem in einem vertieften Bewusstsein dafür, wie wir Menschen zu begegnen haben.

"Geld regiert die Welt, wer aber regiert das Geld?" (Irgendwo aufgelesen)

Kurzer historischer Rückblick

Weltwirtschaftskrise 1929. Schwerer wirtschaftlicher Einbruch in allen Industrienationen. 1932 in Deutschland 5,6 Millionen Arbeitslose. Spätestens ab 1929 war die Diskussion auch in der Psychiatrie vom "Zwang des Sparenmüssens" geprägt. So lautete z. B. die Überschrift einer Preisarbeit des Deutschen Vereins für Psychiatrie 1931: "Kann die Versorgung Geisteskranker billiger gestaltet werden und wie?" (4) Von 1930 bis 1933 wurde der Etat der Wohlfahrtspflege um 28% gekürzt. Nach Bernd Walter degenerierte die Wohlfahrtspflege in wenigen Jahren von einer Strategie individueller Hilfe zu einem Instrument standardisierter Massenversorgung auf niedrigstem Niveau. (12) Wie sich das Diktat der Ökonomie in Verbindung mit anderen Zeitströmungen auf die geistige Einstellung einflussreicher Personen, die für angemessene Lebensbedingungen kranker und behinderte Personen zuständig waren, auswirkte, zeigt folgendes Zitat: "An die Stelle einer unterschiedslosen Wohlfahrtspflege hat eine differenzierte Fürsorge zu treten. Erhebliche

Aufwendungen sollten nur für solche Gruppen Fürsorgebedürftiger gemacht werden, die voraussichtlich ihre volle Leistungsfähigkeit wieder erlangen. Für alle übrigen sind dagegen die wohlfahrtspflegerischen Leistungen auf menschenwürdige Versorgung und Bewahrung zu begrenzen. " So Dr. Hans Harmsen, Leiter der Abteilung für Gesundheitsfürsorge des Centralausschusses der Inneren Mission 1931 während der ersten Fachkonferenz für Eugenik in Treysa. (5) Harmsens weitere Ausführungen: "Träger erblicher Anlagen, die Ursache sozialer Minderwertigkeit und Fürsorgebedürftigkeit sind, sollen tunlichst von der Fortpflanzung ausgeschlossen werden", sind u. a. durchaus auch im ökonomischen Kontext zu sehen. Gegen "Euthanasie" sprach man sich bei derselben Gelegenheit zwar eindeutig, aber u. a. mit folgender Argumentation aus: "Vom Standpunkt des Gemeinwohls ist zu bedenken, dass es in unserer menschlichen Gesellschaft viel größere Schädlinge gibt als die körperlich und geistig Gebrechlichen (z.B. Bordellhalter)." (5)

Das Diktat der Ökonomie zeigt hier erheblichen Einfluss. Welcher Geist jedoch wie zu regieren beginnt, wenn das Geld knapp wird, und welche Geister bestimmen, wo und bei wem der Schwerpunkt der Verknappung liegen soll, hängt daneben immer auch noch von einer Fülle anderer gesellschaftlicher und kultureller Zeitströmungen ab.

Komme ich aber so dem Geist der Psychiatriereform und der schwierigen Aufgabe, diesen mit dem "Diktat der Ökonomie" in Zusammenhang zu bringen näher? Hätte ich nicht lieber gleich mit den "gesunden" historischen Wurzeln sozialpsychiatrischer Entwicklungen beginnen sollen? Zum Beispiel mit Wilhelm Griesinger, der bereits Mitte des 19. Jahrhunderts versuchte, die Idee der Stadtasyle als Alternative zu den abgelegenen Anstalten durchzusetzen oder mit Max Fischer, der sich um 1900 für eine "Psychiatrie außerhalb der Anstalten" und für aufsuchende Hilfen einsetzte. U. a. brachte er eine Pflegeversicherung für psychisch kranke Menschen ins Gespräch.

Zumindest hätte es nahe gelegen mit der englischen oder der italienischen Reformpsychiatrie des 20. Jahrhunderts zu beginnen. In England gelangen übrigens die Reformen in besonders vorbildlicher Weise, obwohl dort in den Reformjahren (bereits unmittelbar nach dem 2. Weltkrieg) keineswegs wirtschaftliche Prosperität herrschte. Diktat der Ökonomie? Wenig später setzten Reformen in Italien, Frankreich und den USA ein. Ob überall derselbe Geist dahinter stand? Für die USA ist dies zumindest zu bezweifeln. Hier führte die rigorose Schließung der Anstalten dazu, dass Menschen auf der Straße dahin vegetierten, und dass sich die Obdachlosenasyle und Gefängnisse füllten. Diktat der Ökonomie?

Was Deutschland betrifft, hätte ich die frühen sozialpsychiatrischen Reformbestrebungen an den Anfang stellen können, die es bereits seit Mitte/Ende der 50er in



Renate Schernus Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin. Mitinitiatorin der Soltauer Impulse. Heute vorrangig beratende, psychotherapeutische und ehrenamtliche Arbeit, Beschwerdestelle Psychiatrie, Autorin: u.a.: Tyrannei des Gelingens - Plädover gegen marktkonformes Einheitsdenken in sozialen Arbeitsfeldern. Paranus Verlag, Neumünster 2007. http://renate-schernus. kulturserver-nrw.de

Konsequenz "Ermög-

lichungsräume" für

Begegnungen öffnen

und offen halten, das war damals der Maß-

stab, nicht perfekte

gehensweisen.

sozialtechnische Vor-

der ehemaligen DDR gab und die oft vergessen werden. 1963, zwölf Jahre vor der Psychiatrieenquete, wurden sie in den Rodewischer Thesen als Programm formuliert. In diesen Thesen ging es unter anderem um die Absage an eine kustodiale Anstaltspsychiatrie, um Therapie und Rehabilitation für alle Patienten unabhängig von diagnostischen Zuordnungen, um Gleichstellung von körperlich und psychisch kranken Menschen, offene und freiheitliche Behandlung, Integration in die Gesellschaft mit Hilfe von Netzwerken komplementärer und ambulanter Angebote. Diese Reformansätze blieben bis zur Wiedervereinigung lebendig. Der Geist weht, wo er will, dass er sich in Ostdeutschland praktisch nur sehr insulär auswirken konnte, hatte weniger mit den ökonomischen Verhältnissen als mit dem vorhandenen Demokratiedefizit zu tun.

Zahlreiche Beschreibungen der positiven Veränderungen, die durch die Psychiatrie-Reformen ab Mitte des 20. Jahrhunderts erzielt wurden, liegen sowohl national als auch international vor. Ich setze ihre Kenntnis voraus. Meiner Einschätzung nach war - zumindest in Westdeutschland - in den 70er und 80er Jahren neben den organisatorischen und strukturellen Veränderungen noch etwas anderes für den Geist der Psychiatriereform bedeutsam; etwas, das diesen Veränderungen eine tiefe ethische Fundierung gab. Durch diese konnte ein Überhandnehmen technokratischer Elemente, die bei großen gesellschaftlichen Reformen leicht entstehen, abgemildert werden.

Erkennen - Trauern - Begegnen

Nach »Holocaust«: Erkennen

– Trauern – Begegnen – so lautete der Untertitel eines 1980 von Dörner und anderen herausgegebenen Buches. (2) In diesen drei Worten findet sich das, was ich meine, in verdichteter Form. Die Psychiatrie, die wir noch in den 70er Jahren vorfanden, war erschreckend brutal. Sie machte zwischenmenschliche Begegnung, Dialog, geschweige denn eine sorgfältige gemeinsame Suche nach angemessener Lebensgestaltung nahezu unmöglich. Das musste

erkannt, das musste betrauert werden. Der zündende Funke für die Reformen war der endlich wahrgenommene Anspruch der von diesen Verhältnissen betroffenen Menschen an mich, an uns. Und insofern kann man die drei Worte auch umgekehrt lesen: Begegnen - trauern - erkennen, was zu tun ist. Begegnen ist der Drehund Angelpunkt. Ob Reformen in ihrem Prozess und in ihrer Konsequenz "Ermöglichungsräume" (Fabian Kessl) für Begegnungen öffnen und offen halten, das war der Maßstab, nicht irgendwelche perfekten sozialtechnischen Vorgehensweisen.

Begegnen meinte aber auch die Begegnung mit sich selbst, die sich notwendiger Weise durch die Zurkenntnisnahme psychiatrischer Verbrechen während der Nazizeit ergab. Erkennen - trauern- begegnen. Das genaue Hinsehen unter Einschluss der gesellschaftlichen und wissenschaftsgeschichtlichen Vorgeschichte der Naziverbrechen bewirkte, dass mir - und ich denke so ging es vielen der damals in irgendeiner Weise an der Reformpsychiatrie Beteiligten mit voller Wucht die Ambivalenz des Helfens, Rettens und Heilens deutlich wurde.

In welche Helfer-ideologien sind wir verstrickt? Wie beeinflusst gesellschaftlicher Kontext unser heutiges Handeln? Was lähmt uns gegen Missstände anzugehen? Was hat die Vergangenheit mit uns selbst zu tun? Menschen die, wie wir, beruflich angetreten waren zu helfen, waren es, die vor und während des "dritten Reichs" an menschenfeindliche Ideologien zu glauben begannen, die schließlich todbringende Handlungen mitverantworteten oder durchführten

Wie auch Teile der wissenschaftlichen Elite unseres Fachgebietes sich nicht plötzlich, sondern allmählich den um sich greifenden Denk- und Einstellungsmustern ergaben, wird besonders deutlich an dem Psychiater Carl Schneider, der von 1930-1933 leitender Arzt in der Anstalt Bethel war. 1931, während der Konferenz von Treysa, gehörte er noch zu denjenigen, die sich sowohl dezidiert gegen die Euthanasie als auch gegen Sterilisationsmaßnahmen

wandten. (6) Schneider brachte wissenschaftlich begründete Bedenken vor und verwarf die Sterilisation selbst für den Fall, dass die Erblichkeit einer Erkrankung einwandfrei erwiesen sei. Der modernen Eugenik warf er vor, dass sie einseitig auf "Ausmerzung" ausgerichtet sei und bei Fixiertheit auf ungünstige Vererbungsmerkmale die positiven übersehe, die ebenfalls vererbt würden. (6) Was die Euthanasie betrifft, sah er "in der Konsequenz einer Sterbehilfe von Staats wegen die Schaffung eines ärztlichen ,Henkerstandes' und damit die Pervertierung seines Berufs." (6) Knapp zwei Jahre später befürwortete Schneider Sterilisationen "als verantwortungsvollen Versuch vor Gott, eine neue Zeit mit neuen Menschen zu versehen" (6), war später "maßgeblich an der Planung des Euthanasieprogramms beteiligt" und betrieb Forschung an ,Euthanasie'-Opfern. (10) Die Auseinandersetzung mit diesem Schillern des Gutgewollten zum Negativen - und unter den Bedingungen der Diktatur zum schlechthin Bösen - spielte für viele an der Psychiatriereform Beteiligte eine wesentliche Rolle. Das Erkennen bestand unter anderem in der bestürzenden Einsicht: Mitarbeiter in der damaligen Psychiatrie sind im Prinzip nicht als moralisch schlechter anzusehen als wir heutigen.

Die Psychiatrie - Enquete

Dass der seit 1975 vorliegende Bericht der Sachverständigenkommission zur Lage der Psychiatrie in Deutschland (Psychiatrie-Enquete) schließlich am 11. Oktober 1979 ernsthaft und unter Bezugnahme der meisten Abgeordneten auf die Ermordung kranker und behinderter Menschen diskutiert wurde, war wesentlich der Denkschrift der DGSP zum 1. September 1979 "Holocaust und die Psychiatrie - oder der Versuch, das Schweigen in der Bundesrepublik zu brechen" (in 2) zu verdanken, in der die Auseinandersetzung mit dieser schwierigen Thematik im Vordergrund stand. Dies, obgleich nach der ersten Ölkrise 1973 die bisherige Sozialstaatspolitik von konservativer Seite bereits heftig in Frage gestellt wurde. Der Soziologe Helmut Shelsky prägte damals zum Beispiel den Begriff der "Wohlfahrtsdiktatur". (1) Sozialstaatskritische Tendenzen - unter anderem wurde bereits diskutiert, ob nicht soziale Gerechtigkeit als nachrangig gegenüber Freiheit anzusehen sei - konnten die Enquete mit ihren differenzierten Vorschlägen zu einer inhaltlichen, rechtlichen und organisatorischen Neuordnung im Sinne einer rehabilitativen und gemeindenahen Psychiatrie zum Glück nicht verhindern. Denn andererseits und zeitgleich kam ihr ein gesellschaftliches Klima entgegen, das für die Probleme psychisch kranker Menschen durch verschiedene Einflüsse sensibilisiert war. Z. B. bewegte das 1973 erschienene Buch von Jan Foudraine "Wer ist aus Holz?" die Gemüter, in diesem Buch wurde die starre, "hölzerne" diagnose-fixierte Weise Patienten zu begegnen vehement angegriffen. Filmisch wurde der Umgang mit psychisch kranken Menschen 1975 u. a. durch den ZDF-Streifen "Leben des schizophrenen Dichters Alexander März" zu einem eine breitere Öffentlichkeit bewegenden Thema. Dem Film gelang es, die inhumanen Auswirkungen von Anstalten auch gefühlsmäßig zu vermitteln. Er ermöglichte mit medialen Mitteln Begegnung. Dass es alternative Lebensmöglichkeiten geben müsse, wurde zwingend deutlich. Wesentliche Einflüsse auf die Psychiatriereform kamen auch aus der 68er Bewegung. Vielfach wurde mit neuen Wohnformen, demokratischen Patientenversammlungen und Patientenclubs experimentiert, z. T. unter Einfluss marxistischer Philosophie und psychoanalytischen Gedankenguts. Der Krankheitsbegriff wurde in Frage gestellt. Viele dieser Aufbrüche kamen über das Experimentierstadium nicht hinaus, entweder weil das Anfangsengagement nicht durchgehalten wurde oder weil sie von Beginn an ideologisch als "Antipsychiatrie" überdreht waren, so z. B. das Heidelberger Patientenkollektiv 1970/71, das der Psychiater Wolfgang Huber gegründet hatte.

Bürger - Initiativen

In mehreren Regionen fanden sich Bürger, Patienten und Mitarbeiter zu Initiativen zusammen, gründeten z. B. Klubs, die sich später häufig zu Vereinen mit ehrenamtlichen Vorständen entwickelten. Viele der heutigen Dienste des Betreuten Wohnens gehen auf solche praktischen, reformorientierten Initiativen von engagierten Bürgern, Patienten und psychiatrischen Mitarbeitern zurück.

In einem Zeitungsartikel einer Bielefelder Zeitung von 1974, der die Überschrift trägt: "Bürger wollen gemeinsam die Barrieren abbauen - Verein zur Integration psychisch Leidender gegründet", wird deutlich, in welchem Geist dies geschah. In dem Artikel heißt es u. a.: "Bürger und psychisch Leidende sollen sich aufeinanderzubewegen, sollen nicht länger unter der strikten Trennung von Gesund und Krank leiden. 40 Bürger leisteten jetzt einen Schritt auf dem Weg in Richtung menschlicherem Zusammenleben! Im Winfriedhaus gründeten sie den Gemeinnützigen Verein zur Integration psychisch Leidender in Bielefeld. Was man unter Integration versteht, definierte einer der Initiatoren des Vereins und Versammlungsleiter, Dr. Hans-Christoph Schimansky, so: "Integration soll nicht bedeuten, die Kranken in die Gesellschaft .hineinzuhobeln', sondern dass sich beide -Gesunde und Kranke- aufeinanderzubewegen" (Westfalen-Blatt, 21.4.1974).

Schutzräume der Begegnung

Es gab also einen breiten gesellschaftlichen und noch ausreichenden sozialpolitischen Konsens für die Schaffung von Räumen, Strukturen und Atmosphären, in denen authentische Begegnungen zwischen unterschiedlichen Bürgern, mit und ohne psychische Leiden, stattfinden sollten. ¹ Dieser Konsens, zusammen mit damals eher günstigen (noch nicht so ausgeprägt neoliberal gestalteten) ökonomischen Rahmenbedingungen, hat die gemeindeorientierten Reformen stark befördert, aber gleichzeitig lag in diesem Erfolg vermutlich auch die Verführung zu der utopischen Annahme, das die Gemeindenähe als sozialräumliches Prinzip an sich schon gesellschaftliche Teilhabe garantiere.

Diktat der Ökonomie

Warum dies sich in unserer heutigen sozial- und gesellschaftspolitischen Situation sicher nicht von selbst ergeben wird, macht eine Rede deutlich, die unser Finanzminister Peer Steinbrück vor 600 Führungskräften aus Wirtschaft und Finanzwelt gehalten hat. Sie trägt die Überschrift "Erfolg in Gefahr": "Das Motto lautet: die Löhne dürfen kaum noch steigen, jedermann muss jederzeit flexibel sein, muss damit rechnen mal entlassen und woanders wieder eingestellt zu werden. Gleichzeitig müssen die hohen Einkommen und Vermögen weiter entlastet werden, damit diese nicht abwandern. Das alles sei hinzunehmen. Dafür - so wird weiter argumentiert - gehe es uns im Vergleich mit Ländern wie China, Indien oder Russland auch mit ein bisschen weniger sozialer Gerechtigkeit immer noch sehr gut. (...) Die Haltung ist ökonomisch und politisch hoch riskant, denn sie setzt Globalisierung gleich mit der billigenden Inkaufnahme von mehr Ungerechtigkeit und glaubt darüber die Legitimationsgrundlagen unseres Wirtschafts- und Gesellschaftssystems erhalten zu können. Das ist ein Irrtum." (11) Damit hat es Peer Steinbrück, mit einem gegenüber früheren Äu-Berungen durchaus veränderten Zungenschlag, auf den Punkt gebracht: Das Diktat der Ökonomie zu akzeptieren heißt "mehr Ungerechtigkeit billigend in Kauf zu nehmen". Dagegen muss es auch aus den sozialpsychiatrischen Arbeitsfeldern politischen Widerstand geben. Denn es hängt m. E. mit den von Steinbrück zutreffend beschriebenen Einstellungen zusammen, dass "die aus psychischen Erkrankungen resultierenden Probleme nicht nur nicht ab-, sondern sogar zugenommen haben", so jedenfalls äußerte sich vor kurzem Michael Regus (9) vom Zentrum für Planung und Evaluation sozialer Dienste. U. a. weist er auf die große Zahl psychisch kranker Menschen hin, die keine Arbeit finden oder vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden, auf die Zunahme der Arbeitsunfähigkeitstage infolge psychischer Störungen, auf die Drehtürpsychiatrie, auf den Anstieg der Zwangseinweisungen so-

Das Diktat der Ökonomie zu akzeptieren heißt mehr Ungerechtigkeit billigend in Kauf zu nehmen.

für Ressourcenorientierung, für Selbst-

Selbstverantwortung

hochgejubelt werden.

bestimmung und

wie die wachsenden Fallzahlen in der Forensik und in Gefängnissen. Fehlende Arbeit, materielle Not, soziale Isolation und mangelnde Zuwendung sind in hohem Maße kennzeichnend für die Lebenssituationen vieler in der Gemeinde lebender psychisch Kranker. Auf die Zunahme psychisch kranker Menschen in der Obdachlosigkeit haben Reker und Eikelmann schon vor einigen Jahren hingewiesen. Dies alles betrifft in besonderer Weise Menschen, die langfristig und chronisch von psychischen Problemen betroffen sind, also die Gruppe, die der Intention nach von den sozialpsychiatrischen Reformen am meisten profitieren

Ein angemessenes Ökonomieverständnis

Ein Ökonomieverständnis, das

davon ausgeht alle diese Pro-

blemfelder seien außerhalb ihres Verantwortungs- und Zuständigkeitsbereichs, ist bereits in lebensfremder Weise verengt. Ein angemessenes Verständnis von Ökonomie hat selbstverständlich die sozialen Gewinne und Verluste mit ein zu beziehen. Wenn Günter Wienberg 2008 in dem, im übrigen hervorragenden, Übersichtsartikel "Gemeindepsychiatrie heute" (13) schreibt: "Mehr Geld, das heißt überproportionale Steigerungen der Aufwendungen für die psychiatrische Versorgung, wird es angesichts des herrschenden sozialpolitischen Mainstreams und der Überschuldung der öffentlichen Hände absehbar nicht geben", so hat er damit vermutlich realistisch den derzeit bestehenden Status quo beschrieben. Der Einfluss aber, den kritische gesellschaftliche Bewegungen und sich wandelnde politische Strömungen auf die Veränderung von Rahmenbedingungen nehmen können, und historisch immer wieder genommen haben, wird damit nicht ins Auge gefasst. Wienberg schreibt ferner: "Die Wiederkehr von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen - starkes wirtschaftliches Wachstum bei)gesunder (Demografie und gleichzeitigem deficit spending der öffentlichen Hand -, die in den 70er und 80er Jahren ein historisch beispielloses Wachstum des sozialen Dienstleistungssektors ermöglicht haben, liegt heute im Bereich der Utopie." (13) Bei solchen Formulierungen besteht m. E. die Gefahr, dass sie leicht den Eindruck erwecken, der "mainstream" sei als naturgegeben, statisch und unveränderbar hinzunehmen und als müssten wir das Feld gleichsam protestlos dem Diktat der Ökonomie (einer höchst fragwürdig definierten Ökonomie) überlassen.

Institutionelle Arbeit und außerinstitutionelles Engagement

Mit sozialbürokratischen und sozialtechnischen Vorgaben, Steuerungs- und Planungsverfahren wird derzeit versucht, unter den gegebenen Rahmenbedingungen der Lage in den psychiatrischen Arbeitsfeldern irgendwie Herr zu werden. Das alles mag, je nach Art der Ausführung, mehr oder minder akzeptabel und unter pragmatischen Gesichtspunkten notwendig sein. Der Geist der Psychiatriereform, in dem es im Kern um Ermöglichungsräume für Begegnung und Teilhabe geht und um die persönliche Bereitschaft, sich auf Beziehungen - einschließlich des miteinander Scheiterns und Neubeginnens - einzulassen, ist darin immer schwerer zu erkennen. Solche Ermöglichungsräume brauchen sozialpolitisch gewollte institutionelle Absicherung. Ich halte es für eine Fiktion und politisch für gefährlich zu meinen, man könne die Beschneidung solcher Absicherung als Chance fürs Ehrenamt, für die Bürgerarbeit, für Ressourcenorientierung, für Selbstbestimmung und Selbstverantwortung hochjubeln. Die erwähnten, z. T. von großem bürgerschaftlichem Engagement getragenen, Initiativen zu Beginn der 80er Jahre wurden nicht instrumentalisiert als Sparprogramme. Sie waren nicht Ersatz, sondern Anstoß für eine sozialere Politik. Es wäre m. E. utopisch zu meinen, dass verlässliche Schutzund Lebensräume für die Betroffenen durch den Versuch, solche Aufbruchs-Engagements dauerhaft aufrechtzuerhalten zu sichern sind. Der regelmäßig zu beobachtende Übergang in institutionalisierte Formen, wird zwar oft aus prinzipiell antiinstitutionellem

Ressentiment heraus beklagt, ich

denke jedoch, dieser Übergang ist zunächst einmal positiv zu werten, da er die Überforderung aller Beteiligten verhindert und mehr Sicherheit, auch Rechtssicherheit ermöglicht.

In unserer heutigen Situation scheint es mir eher wichtig zu betonen, dass institutionelle Arbeit und außerinstitutionelles Engagement nur dann in fruchtbarer Weise aufeinander bezogen werden können, wenn genügend institutionelle Absicherung vorhanden ist. Für Sozialraumorientierung, für die Unterstützung von und die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen, für familienund netzwerkorientierte Arbeit, für die Einbeziehung von Nachbarn und interessierten Bürgern sollte es institutionell abgesicherte Stellen mit Gestaltungsfreiraum geben. Dafür vor allem sollte Fachlichkeit gefördert werden. Das heißt auch, dass die über Fachleistungsstunden geregelte, häufig ausschließlich therapeutisch verstandene Bezugnahme auf jeweils nur eine einzelne Person, wie sie im ambulant betreuten Wohnen vielerorts üblich geworden ist, nicht genügt.

Ungeist im Denken

Der Geist der Psychiatriereform müsste im Übrigen derzeit zum Entfesselungskünstler werden und sich dem Ungeist eines Denkens in Modulen, Leistungspaketen, Oualitätsrastern und abzuhakenden Fachleistungsstunden zu entwinden suchen. Alles dies hält Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zwar ununterbrochen in Atem, kreative Gestaltungsimpulse werden dadurch jedoch eher unterdrückt. Der suggestive Einfluss eines bereits internalisierten, angeblich nicht zu beeinflussenden Diktats der Ökonomie im Verbund mit einem Immer-Mehr an geforderten - in hohen Anteilen Patienten/Klienten fernen - Aufgaben demotiviert Mitarbeiter/ innen und gibt ihnen ein Gefühl der Ohnmacht. Schlimmer noch: der zunehmend eklatanter werdende Widerspruch zwischen den ethischen und fachlichen Normen und der von Strukturen und Vorgaben her gegebenen Funktionslogik fordert von Mitarbeitern/ innen subjektive Bewältigungsmuster, die die Diskrepanz für sie irgendwie aushaltbar machen. Sind andere Wege versperrt, besteht die Gefahr, dass der Weg der "Coolness" gewählt wird. Man lässt sich menschliches Leid aus Selbstschutz nicht mehr nahe gehen und versucht die Diskrepanz im Sinne geforderter (und auch belohnter) Anpassung aufzulösen. Die derzeitige Überbetonung von Selbstbestimmung und Eigenverantwortung sichert dieses Reaktionsmuster scheinbar auch moralisch ab.

Konsequenzen

Was tun? Frei nach Wilhelm Busch: "Der Sinn - und dieser Satz steht fest - ist stets der Unsinn, den man lässt."(8) Man könnte eine ganze Menge lassen und dafür anderes tun. M. E. wären z. B. Kostenträger gut beraten, deutliche Anreize für Projekte in der angedeuteten Richtung zu geben und bestehende Projekte, in denen bereits sinnvolle Verzahnungen von institutioneller und außerinstitutioneller Arbeit laufen, auszubauen und nicht durch Schwächung des institutionellen Teils gänzlich kaputt zu sparen. Das Wichtigste: Mit einem Geist, der alle menschlichen Beziehungen der Vermarktlichung unterwirft und sie in warenförmige Austauschverhältnisse verwandelt, verträgt sich ein humanes Verständnis von Beziehungsgestaltung nicht. Auf letzteres hinzuwirken ist jedoch Aufgabe aller Mitarbeiter/innen in der Psychiatrie und sollte insbesondere Aufgabe von wohl verstandener Leitung sein. Sozial-Manager, die sich hinter ihren Schreibtischen verschanzen, Stundenbögen per PC kontrollieren, linientreu -egal wie - schwarze Zahlen schreiben und für das so genannte "operante Geschäft" die ihnen neuerdings anerzogene Ignoranz zeigen, genügen dafür nicht. Es macht Sinn, wenn Leitungspersönlichkeiten, die selbst fachlich und inhaltlich engagiert sind, Impulse in Richtung solcher sozialräumlich orientierten Arbeit geben. Es macht Sinn, wenn sie selbst Präsens im Arbeitsfeld zeigen. Letzteres ist eine der effektivsten Formen von Kontrolle. Gleichzeitig würden sie so ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

zu motivieren verstehen. Dies gelingt sehr viel eher durch Vorbild und Vertrauensvorschuss als durch kleinmaschige Kontrollen, Dokumentationsraster und Minutenzählerei.

Wenn es stimmt, dass der Geist der Psychiatriereform vor allem mit einem solchen Verständnis der Arbeit zu tun hat, dann könnte er es sein, der europaweit hinter einer in den letzten Jahren immer stärker werdenden gesellschaftlichen Bewegung steht, die sich - bunt und mit unterschiedlichen (politischen) Akzenten - gegen das Eindringen des Marktdiktats in alle sozialen und gesellschaftlichen Bereiche zu wehren versucht. Ob es sich um die Initiative gegen Pflegenotstand, die Soltauer Initiative zu Sozialpolitik und Ethik, die sozialpolitische Offensive Hamburg, den Arbeitskreis kritische soziale Arbeit, die Linzer Initiative, die Wiener Erklärung zur Ökonomisierung und Fachlichkeit in der Sozialen Arbeit, das Niederländische Manifest "Macht und Gegenmacht - genug ist genug", die sozialen Initiativen bei Attac und der IPPNW² handelt oder um die praktischen Erprobungen von Modellen unter Einbeziehung bürgerschaftlichen Engagements, wie sie z. B. von Klaus Dörner (3) und der Niederländerin Doortje Kal (7) geschildert werden³ - an einem wesentlichen Punkt sind sich alle diese Ansätze einig: Menschen in der psychiatrischen Arbeit gerecht werden bedeutet auch im 21. Jahrhundert, sie gemäß ihrer Menschenrechte und ihrer Würde zu respektieren. Würde konstituiert sich nicht in zu berechnenden Austauschverhältnissen, sondern in der Begegnung.

Sicher, es ist unmöglich mit einigen einfachen Rezepten oder Handgriffen dem komplizierten Gefüge von wirtschaftlicher Macht, Politik und Zeitgeist von heute auf morgen eine andere Richtung zu geben, aber auch heute ist keiner verpflichtet, sich der Suggestion der Ohnmacht, an der jede Diktatur interessiert ist – auch die des Marktes – kampflos zu ergeben.

Anmerkungen:

- ¹ Eine nicht unwesentliche Rolle spielte auch der Geist, der hinter der 1969 vollzogenen Änderung des BSHG stand, das auch seelisch Behinderten Eingliederungshilfe zusicherte.
- ² Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges, Ärzte in sozialer Verantwortung e.V. ³ Eine Liste von Internet-Adressen verschiedener Initiativen, die sich mit den Auswirkungen zunehmender Ökonomisierung befassen, kann bei der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie angefordert werden. – www.psychiatrie.de/DGSP.

Literatur:

- (1) Butterwegge, Christoph, Krise und Zukunft des Sozialstaates, Wiesbaden 2005 (2. Aufl.).
 (2) Dörner, Klaus et al, Der Krieg gegen die psychisch Kranken Nach »Holocauste: Erkennen Trauern Begegnen, Frankfurt 1989 (2. Aufl.).
 (3) Dörner, Klaus, Leben und sterben, wo ich hingehöre –Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem, Neumänster 2007
- (4) **Faulstich, Heinz**, Hungersterben in der Psychiatrie 1914 -1949, Freiburg 1998.
- (5) Hochmuth, Anneliese, Spurensuche Eugenik, Sterilisation, Patientenmorde und die v. Bodelschwinghschen Anstalten Bethel 1929-1945, Hrsg.: Benad, Matthias, Bielefeld 1997.
- (6) Kaiser, Jochen-Christoph, Sozialer Protestantismus im 20. Jahrhundert Beiträge zur Geschichte der Inneren Mission 1914 1945, München/Oldenbourg 1989.
- (7) **Kal, Doortje,** Gastfreundschaft Das niederländische Konzept Kwartiermaken, Neumünster 2006
- (8) Marquard, Odo, Zur Diätetik der Sinnerwartung, in: Apologie des Zufälligen, Stuttgart 1986.
 (9) Regus, Michael, Gemeindepsychiatrie in der Krise: Problemfelder und Bewältigungsstrategien, Eröffnungsvortrag der Fachtagung "Wir(r) in NRW Perspektiven der Gemeindepsychiatrie" am 11./
 12. Oktober 2007 an der Universität Siegen.
- (10) **Schmuhl, Hans-Walter**, Fritz v. Bodelschwingh, die Ärzte und der medizinische Fortschritt, in: Friedrich v. Bodelschwingh d. J. und die Betheler Anstalten, Hrsg.: Benad, Matthias, Stuttgart 1997.
- (11) **Steinbrück, Peer,** Erfolg in Gefahr, Rede während der Veranstaltung "Topic of the Year", Frankfurter Rundschau 17.1.08.
- (12) Walter, Bernd, Zwangssterilisationen und Planwirtschaft im Anstaltswesen. Die Konfrontation der v.Bodelschwinghschen Anstalten in Bethel mit den rassenhygienischen Maßnahmen des NS-Regimes; in: Friedrich v. Bodelschwingh d. J. und die Betheler Anstalten, Hrsg.: Benad, Matthias, Stuttgart 1997.
- (13) **Wienberg, Günther,** Gemeindepsychiatrie heute Erreichtes, aktuelle Herausforderungen und Perspektiven, Sozialpsychiatrische Informationen 1/2008.

Burnout und besondere Belastungen in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeit

Von Jörg Fengler

Formen der Belastung

Worin bestehen die Belastungen von Ärztinnen und Ärzten, Pflegepersonal und Psychotherapeuten in psychiatrischen Institutionen, dass dem Thema 'Burnout' heute so viel Aufmerksamkeit gewidmet wird und dass von Ausbrennen und Erschöpfung soviel gesprochen wird?

Helferinnen und Helfer leiden an erster Stelle unter ihrer Selbstbelastung. Sie orientieren sich in ihrem Handeln an einem hohen Ideal, gemessen an dem die eigene Praxis unzulänglich und dürftig erscheint. Sie erfahren bei jeder Fortbildung und jedem Kongress, dass wieder neue und für Patienten und Klienten besonders aussichtsreiche Behandlungs- und Pflegekonzepte entwickelt worden sind. Sie selbst beherrschen diese - natürlich - noch nicht, wohl aber einige Kollegen, die nun die Konzepte zum Grundstock des unentbehrlichen Wissens erklären.

Viele Belastungen gehen von den Patienten aus. Schwierige, symbiotische, passiv-aggressive und demonstrativ leidende, übermäßig bescheidene, durch die Art ihrer Erkrankung besonders beeindruckende, unattraktive, uneinsichtige und unerreichbare Patienten machen Therapeutinnen, Therapeuten und Pflegepersonal das Leben scher. Oft gibt es dafür weder Regulativ noch Ausgleich.

Team, Station und Kollegenkreis können zu klein oder zu groß sein. Einige sind einseitig zusammengesetzt oder zwingen Menschen zur Zusammenarbeit, die nicht zusammenpassen. Manchmal fehlt es an gegenseitigem Respekt, oder Klienten oder Patienten spielen einzelne Kollegen gegeneinander aus. Man verweigert

sich die Rückmeldung; Leistungen werden nicht gewürdigt. Ein Team leidet unter inkompetentem und autoritärem Gehabe von Vorgesetzten. Von Seiten der Klinikleitung fehlen den Helfern, die in einer Institution arbeiten, bisweilen Unterstützung, Anerkennung und Freiräume zur selbstbestimmten Gestaltung der Arbeit.

Alle diese Vorgänge kommen in allen Bereichen des Helfens vor. Aber die psychiatrische Arbeit gibt Gelegenheit, darüber hinaus ganz spezielle Belastungserfahrungen zu machen.

Umgang mit schwerkranken Menschen

Die tägliche Begegnung mit seelisch aufs schwerste belasteten, verängstigten, desorientierten und aggressiven Patienten und das Zuhören bei deren Schicksalsberichten hinterlässt beim Personal Spuren. K.-W. Saakvitne und L.-A. Pearl Man (1996) sprechen von einer 'vicarious traumatization', also einer stellvertretenden Traumatisierung. Die Patienten sind selbst auf einer bestimmten Station sehr inhomogen; gesicherte, für alle Patienten aussichtsreiche Vorgehensweisen und Umgangsformen existieren nicht. Partiell fallen Unfreiwilligkeit des Aufenthalts und Schwere der Störung ins Gewicht. Manche Patienten erzeugen durch die Art ihrer Erkrankung beim Personal Regungen von Angst, Aversion, Ekel oder Wut; andere intrigieren, stacheln Mitarbeiter gegeneinander auf und lassen sich von einem Mitarbeiter genehmigen, was der andere gerade verboten hat. Wieder andere befolgen die ärztlichen und pflegerischen Weisungen nicht und betreiben bis zur Schmerzgrenze Obstruktion, ohne dass ein -heimlich gewünschtes- Sanktionsmittel bei der Hand wäre. In geschlossenen Stationen übt das Personal die Schlüsselgewalt aus, fühlt sich aber zugleich mit den Patienten zusammen eingesperrt.

Viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bemühen sich sehr darum, sich in die Gestimmtheit der Patienten einzufühlen, machen aber die Erfahrung, dass

- ihnen manches an deren Erleben bizarr und fremd bleibt,
- kein Rapport zustande kommt oder dass er überraschend abbricht.
- sie zwischen Flucht, Strenge, Ärger und Verbot schwanken und sich selbst dabei als unberechenbar empfinden.

So bleibt das eigene Handeln oft hinter den selbstgesetzten Ansprüchen zurück. Es gilt dann, zwischen übermäßiger Identifikation und förmlicher, die Begegnung verweigernder Distanzierung Mittelwege zu finden, die den Patienten gerecht werden und auf die eigenen Belastbarkeit Rücksicht nehmen.

Die Situation der Patientenversorgung enthält auf manchen Stationen (zum Beispiel geschlossene Akutstationen, geschlossene Langzeitstationen) ein Moment unberechenbarer Aggressivität, die das Personal zwingt, immer auf der Hut und auf dem Sprung zu sein: Ein Patient wirft zum Beispiel unerwartet mit einem Blumentopf oder er fegt dem Pfleger das Tablett mit den Pharma-Cocktails aus der Hand. Solche Ereignisse treten nicht besonders häufig auf, aber sie können jederzeit auftreten und halten das Personal in ständiger Alarmbereitschaft (Giernalczyk, 1994; Berman, 1995), zumal auch strafrechtliche Konsequenzen zu bedenken sind (Benedek, 1996).



Seelische Manifestationen der Belastung

An vielen Anzeichen lässt sich erkennen, wie belastet das Personal in Einrichtungen der psychiatrischen und psychotherapeutischen Arbeit ist. Manche Mitarbeiter versuchen, dem Kontakt mit den Patienten bzw. Klienten, soweit dies eben möglich ist, aus dem Weh zu gehen, und signalisieren dies auch. Essensausgabe und Medikamentenverteilung werden hastig absolviert; auf jedes überflüssige Wort wird verzichtet. Wenn die Mitarbeiter im Stationszimmer zusammensitzen, herrscht eine gereizte Langeweile, die von der Unterforderung mit konkreten Aufgaben herrührt; andererseits werden Handreichungen, um die Patienten bitten (z.B. Wechselgeld für ein Telefonat) als unverschämte Zumutung empfunden und nur widerwillig ausgeführt. Am Ende solchen Arbeitstages steht nicht die gute Müdigkeit nach einer anspruchsvollen Tagesleistung, sondern unzufriedene Erschöpfung in Ermangelung einer wirklichen Herausforderung. Notwendige Aufgaben werden nicht mehr spontan übernommen, sondern müssen angeordnet werden. Über Weisungen, an deren Vernünftigkeit nicht gezweifelt werden kann (Bettenmachen, Reinigung von Nachtgeschirren, Essensverteilung), wird aufwendig debattiert und länger gestritten, als die Arbeit selbst in Anspruch nehmen würde. Die Leitungsfunktion wird, ohne dass sie in der Sache Anlass zu Klagen gebe, insgesamt in Frage gestellt.

So kommt es in psychiatrischen und psychotherapeutischen Einrichtungen immer wieder zu Kündigungen, die auffallend plötzlich und übereilt erscheinen. Ich habe hier oft den Eindruck, dass Mitarbeiter die Belastungsgrenze erreicht haben, die ihnen jeden weiteren Verbleib und ein damit verbunden Fortsetzung der Arbeit mit dieser Patientengruppe ausgeschlossen erscheinen lässt. Es wirkt dann, als sei die eigene seelische Gesundheit schwer gefährdet, wenn man sich bei der Frage eines Verbleibs auf einen Kompromiss einließe. Dabei nehmen Mitarbeiter sogar eine ungewisse berufliche Zukunft in Kauf oder

die Notwendigkeit, erst nach dem Ausscheiden mit dem Aufbau einer ungesicherten freiberuflichen Existenz beginnen zu können. In milder verlaufenden Fällen wendet sich jemand an die Personalabteilung, bittet nachdrücklich um die sofortige Versetzung auf eine "leichtere" Station und droht für den Fall schleppender Behandlung seiner Angelegenheit mit mehrwöchiger Krankheit. Ärzte, Therapeuten und Pflegepersonal sind in erhöhtem Maß verschiedenen Formen der Suchtgefährdung ausgesetzt (Reimer & Freisfeld, 9184). Dass es in dieser Hinsicht bei Ärzten ein Verleugnungspotential und eine Ahnung von der eigenen Gefährdung geben mag, lässt der folgende Witz erkennen: "Ein Alkoholiker ist jemand, der mehr trinkt als ein Arzt." Untersuchungen bestätigen diese Gefährdung. D. Enzmann und d. Kleiber (1998) zitieren eine Reihe angelsächsischer Untersuchungen über Belastungen bei Ärzten. Darin wird sichtbar, dass die Alkoholprävalenz bei Ärzten etwa 2,7 mal so hoch liegt wie bei Männern mit vergleichbarem sozialen Status. Die Wahrscheinlichkeit für Drogenabhängigkeit ist ca. 30 bis 100mal höher als in der Gesamtbevölkerung der USA. Dies scheint nicht auf den leichten Zugang zu Drogen zurückzuführen zu sein, weil Zahnärzte und Pharmazeuten keine vergleichbare Prävalenz für erhöhten Drogenkonsum aufweisen. Immerhin: R.C. Green et al. (1976) sowie B.A. Harris (1986) konnten bei abhängigen Ärzten, die eine Entziehung durchmachten, eine überdurchschnittliche Heilungsrate nachweisen. Ärzte und Therapeuten haben zudem statistisch gehäuft Partnerschaftsprobleme. Die Wahrscheinlichkeit einer Psychiatrie-Einweisung oder einer Selbsttötung (einschließlich entsprechender Versuche) ist bei Ärzten in Relation zu vergleichbaren Gruppen aus dem Rest der Bevölkerung signifikant erhöht (Roy, 1985).

Burnout und Stress

Alle diese Belastungen führen zu seelischen Prozessen, die heute unter dem Begriff Burnout zusammengefasst werden. Unter Burnout versteht man einen Prozess oder Zustand seelischer Er-

schöpfung, der oft am Ende einer langanhaltenden Überforderung durch vielfältige Belastungen ohne angemessenes Korrektiv eintritt (Fengler, 1994). Das Burnout, Ausbrennen, manchmal auch Erschöpfungssyndrom genannt, ist in den letzten Jahren unter Helferinnen und Helfern ein geläufiger Terminus geworden. Es wird als schleichend beginnende oder abrupt einsetzende Erschöpfungserfahrung körperlicher, geistiger oder gefühlsmäßiger Art in Beruf, Freizeit, Freundeskreis, Partnerschaft und Familie beschrieben, oft verbunden mit Aversionen, Ekel und Fluchtgedanken.

Als klassische Anzeichen einer drohenden Burnout-Gefährdung können ferner gelten:

- 1. Bereits am Ende des Urlaub rechnet man voraus, wann der nächste Urlaub genommen werden kann.
- 2. Man geht Begegnungen mit Patienten und Angehörigen aus dem Weg.
- 3. Medikamentöse Behandlungen, die man früher für die eigenen Patienten abgelehnt hat, akzeptiert, ja fordert man nunmehr.
 4. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter reagieren mit psychosomatischen Erscheinungen wie wiederkehrende Grippe, Schlaflosigkeit, Migräne und chronische Müdigkeit.

In Medizin, Therapie und Pflege korreliert das Burnout unter anderem mit Überziehung der Arbeitspausen (Jones, 1991), Überdruss und Arbeitsunzufriedenheit (Stout et al., 1983), Konsum von Beruhigungsmitteln sowie ungünstiger Gestaltung des Arbeitsplatzes (Cronin-Stubbs et al., 1985), geringer beruflicher Eigenständigkeit, Arbeitsdruck und Fehlen von Vorgesetztenunterstützung sowie Zweifeln an der Wirksamkeit der eigenen beruflichen Tätigkeit und mangelhafter Unterstützung von seiten des Partners (Izraeli, 1988).

Das Stresskonzept des Kanadiers H. Selye sieht drei Phasen vor: Alarmphase, Aktivierungsphase und Erschöpfungsphase. Was hier beschrieben wird, ist mit dem Burnout-Konzept recht gut kompatibel. Burnout tritt unter anderem dann ein, wenn für eine langanhaltende Belastung weder

Unter Burnout versteht man einen Prozess oder Zustand seelischer Erschöpfung, der oft am Ende einer langanhaltenden Überforderung durch vielfältige Belastungen ohne angemessenes Korrektiv eintritt. Korrektur in der Außenwelt noch Ausgleich in der Innenwelt vorgenommen werden können. Das entspricht Selyes Beschreibung der Erschöpfungsphase recht gut. Das Stresskonzept eignet sich also dazu, für das Burnout-Phänomen den physiologischen Rahmen zu bilden; das Burnout-Konzept dagegen geht in der Differenzierung der seelischen Vorgänge und in der Planung von Maßnahmen über das Stresskonzept hinaus.

Schlüsselerlebnisse und Etappen der Burnout-Entwicklung

Viele Menschen haben irgendwann ein Schlüsselerlebnis, an dem sie erkennen, dass sie nun am Ende mit ihrer Kraft sind.

- Eine Krankenschwester berichtet folgendes: Sie kam abends nach Hause und hörte, als sie die Tür öffnete, dass ihr Telefon klingelte. Sie hob ab und sagte: "Bonifatius-Krankenhaus, Gynäkologie und Geburtshilfe, Schwester Susanne!" in ihrer eigenen Wohnung. Da merkte sie, dass ihre berufliche Erschöpfung einen Endpunkt erreicht hatte.
- Ein Psychiater kam nach einer Woche mit ständig wechselnden Schichtdiensten nach Hause und merkt, als er seine Frau begrüßen wollte, dass er ihren Namen vergessen hatte.
- Eine Ärztin wollte am Freitagabend gerade ihre Praxis verlassen. Da rief ein Mann an und sagte: Frau Doktor, ich brauch dringend eine Hypnose. Ich richt mich ganz nach Ihnen, also auch, wenn es 22 oder 23 Uhr wird. Sagen Sie mir einfach, wann Sie Zeit haben!" Da ließ die Ärztin zwischen Lachen und Weinen den Telefonhörer sinken.

Stufen der Entwicklung von Burnout

Es ist immer wieder versucht worden, Etappen der Burnout-Entwicklung zu beschreiben. Für mich selbst haben sich zehn Stufen als aussagekräftig erwiesen (vgl. Tabelle 1). Die Phasen folgen, wie dies in Prozessmodellen üblich ist, nicht mit unausweichlicher Zwangsläufigkeit aufeinander. Vorstellbar ist eine Rückkehr

Zehn Stufen der Entwicklung von Burnout

- 1. Freundlichkeit und Idealismus
- 2. Überforderung
- 3. Geringere Freundlichkeit
- 4. Schuldgefühle darüber
- 5. Vermehrte Anstrengung
- 6. Erfolglosigkeit
- 7. Hilflosigkeit
- **8.** Hoffnungslosigkeit ("Ein Fass ohne Boden")
- 9. Erschöpfung, Abneigung gegenüber Klienten, Apathie, Aufbäumen, Wut
- 10. Burnout

Selbstbeschuldigung, Flucht, Zynismus, Sarkasmus, psychosomatische Reaktionen, Fehlzeiten, große Geldausgaben, Unfälle, Dienst nach Vorschrift, Selbstmord, Liebschaften, Scheidung, plötzliche Kündigung, sozialer Abstieg, Aus-dem-Tritt-Kommen

Tabelle 1: Stufen der Entwicklung von Burnout

zu einer früheren Stufe von jedem Punkt aus. Jedoch fallen Umkehr und Neuorientierung nach meiner Erfahrung um so schwerer, je weiter fortgeschritten die Entwicklung ist, die zum Burnout hinzielt.

Maßnahmen der persönlichen Psychohygiene

Wie die Belastung multifaktoriell verstanden werden muss, können auch geeignete Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen. Die folgende Zusammenstellung ist im Laufe meiner langjährigen Beschäftigung mit Fragen der Helferbelastung entstanden, ist in Supervisionen und Beratungen immer wieder diskutiert worden und hat sich bewährt (Fengler 1994, 1996, 1997).

Alltägliche Lebensgestaltung: Es ist wichtig, dass Ärzte und Pflegepersonal möglichst regelmäßig ihren beruflichen und privaten Alltag betrachten und sich fragen, wie die Belastung zu mildern ist.

Gedanken-Stop:

Es ist sinnvoll, fruchtlos kreisende Gedanken abzuweisen und sich per Selbstinstruktion mit guten Bildern und Gedanken zu versorgen.

Tagesresümee:

Am Ende des Tages soll die Selbstmitteilung stehen: "Damit soll es nun für heute genug sein!"

Selbstbelohnung:

Wer mit psychisch kranken Menschen arbeitet, sollte sich nicht scheuen, regelmäßig innezuhalten und sich selbst etwas Gutes zu tun.

Selbstverantwortete Sinnstiftung: Ein Sinnfundament kann aus Familie, Religion oder einem Arbeitskonzept herrühren, von dessen Qualität der Helfer überzeugt ist.

Flow-Erlebnisse:

Erfahrungen vollständigen Hingegebenseins, in denen die Unterscheidung zwischen Selbst du Umwelt und zwischen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft, ja sogar die zwischen verschiedenen Sinngebieten aufgehoben ist., sind unvergessliche intensive Begegnungen mit sich selbst.

Lektüre:

Es ist hier an Fachbücher zu denken, aber auch an Texte, die beim Lesen spontan Gefühle von Ruhe, Frieden, Heiterkeit, Gelassenheit oder Hoffnung wecken. Manche Menschen werden in der Lektüre ausgewählter Bibelstellen oder Meditationsschriften Trost, Kraft und Orientierung finden.

Einsamkeit und Natur:

Einsamkeit und Natur sind zwei Chancen der Begegnung mit sich selbst und zugleich mit einem

Entsprechend der Individualität der Belastung und ihrer Ursachen müssen geeignete Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen. Raum, in dem wir manchmal eine Erfahrung von Geborgenheit machen.

Regulierung der Nähe:

Dies betrifft den Wohnort, die offene oder geschlossene Tür des Arbeitszimmers, die Abfolge und Länge der täglichen Gespräche, aber auch den Grad der Identifikation mit jedem Patientenschicksal.

Privatleben:

Eine tragfähige Partnerschaft, eigene Kinder, ein bereichernder zuverlässiger Freundeskreis, soziale Netze und Supervision sind gute Sicherungen gegen eine Burnout-Entwicklung.

Literatur:

Benedek, E.-P. (Ed.), Emerging issues in forensic psychiatry: From the clinic to the sourthouse. In: Ctr. For Forensic Psychiatry 1996, MI, S. 93 ff. Berman, A.-L., "To engrave herself on all our memories; to force her body into our lives": The impact of suicide on psychotherapists. In: Mishava, B.L. (Ed.), The impact of suicide S. 85-99. Washington 1995.

Cronin–Stubbs, D. & Brophry, E.B., Burnout: can social support save the psych nurse? In: Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services; 23/1985, S. 8-13.

Enzmann, D. & Kleiber, D, Helfer-Leiden. Heidelberg 1989.

Fengler, J., Süchtige und Tüchtige. Begegnung und Arbeit mit Abhängigen. München 1994. drs, Konkurrenz und Kooperation in Gruppe, Team und Partnerschaft. München 1996.

drs, Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung beruflicher Deformation. München 1997. Giernalczyk, Th., Beziehungsfallen und Gegenübertragungsverstrickungen in der Therapie mit Suizidalen. In: Schneider, V., Israel, M. & Felber, W. (Hg.): Suchtprävention und gesellschaftlicher Wandel. Regensburg 1994, S. 107-115.

Green, R.C., Carroll, G.J. & Buxton, W.D., Drug addictionamong physicians. The Virginia experimence. In: Journal of the American medical Association 236/1976, S. 1372–1375.

Harris, B.A., Not enough is enough: The physician who depent on alcohol and other drugs. In: New York journal of Medicine, 86/1986, 1, S. 2-3. Izraeli, D. N., Burning out in medicine: A comparison of husbands and wives in dual-career couples. Journal of Social Behavior and Personality 1988, 3, 4, S. 329 – 346.

Jones, J. W., Dishonesty, burnout and unauthorized workbreak extensions. In: Personality and Social Psychology Bulletin 1981, 7, 3, S. 406-409. Reimer, Ch. & Freisfeld, A., Einstellungen und emotionale Reaktionen von Ärzten gegenüber Alkoholikern. In: Therapiewoche 34/1984, 22, S. 3514ff

Roy, A., Suicide in doctors. In: Psychiatric Clinics of North America 1985, 8, 2, S. 377–387.

Saakvitne, K.-W. & Pearlman, L.-A., Transforming the pain: A workbook on vicarious traumtization. In: Ctr. For Adult & Adolescent Psychothe-

Stout, J. K. & Williams, J. M. (1983): Comparison of two measures of burnout. In: Psychological Reports, 53, 1, S. 283–289.

Jeder ist (k)eines Glückes alleiniger Schmied

Die Förderung der Gesundheit ist niemals nur die Privatangelegenheit einzelner Menschen allein

Von Peter-Ernst Schnabel

1. Einleitung

Im Kontext herrschenden neoliberalen Denkens und einer damit einher gehenden bornierten Ökonomisierung aller Lebensbereiche ist es üblich geworden, die gesellschaftliche Ungleichverteilung der Gesundheitsrisiken ausschließlich den Betroffenen selber anzulasten und ihnen infolge dessen zuzumuten, sich ihr Glück und ihr Wohlergehen gefälligst selbst zu "schmieden". Mit den Erkenntnissen der Gesundheitsforschung stimmt das nicht überein, weswegen diesem Denken widersprochen werden muss, wo immer es einem in der aktuellen versorgungspolitischen Debatte begegnet. Das Gros der Bevölkerung ist weder für ihre soziale Lage noch für ihre Gesundheit allein verantwortlich, weil die Verhältnisse, unter denen sie leben und arbeiten und die an der Entstehung von Gesundheit und Krankheit beteiligt sind (Hurrelmann 2006), sich ihrer Einflussnahme fast völlig entziehen.

2. Glück und Gesundheit knappe Güter für die meisten

Selbst in entwickelten Gesellschaften mit fortschrittlichen Sozialsytemen haben wir es mit Menschen in unterschiedlich komfortablen Soziallagen zu tun, die sich durch relative Geschlossenheit, spezielle Denkkulturen, exklusive Kommunikationsgewohnheiten und Lebensstile auszeichnen (Bauer 2005). Daraus folgt, dass den Vielen in der Unterschicht ziemlich wenig, den Angehörigen der Mittelschicht wenigstens einiges und einer kleinen Oberschicht fast alles an Bildung, Besitz und Macht gehört (Bittlingmaier 2006), was die Gesellschaft zu bieten hat. Und wir können belegen, dass allem sozialpolitischen Wunschdenken zum

Trotz nur wenigen Menschen der soziale Aufstieg gelingt, während mit zunehmender Konzentration von Besitz, und Bildung in immer weniger Händen, immer mehr Mittelschichtangehörige in die arme und politisch zunehmend machtlose Unterschicht absteigen müssen. Wie die abstiegsbedrohten Angehörigen der Mittelschicht sind auch sie als abhängige Funktionsträger einer Vielzahl von Institutionen und Organisationen ausgeliefert, die vielem, nur nicht dem Ziel dienen, sie als Individuen glücklich oder gesund zu machen (Grossmann/Scala 2001). Nur die Wenigen in gehobenen Positionen genießen das zweifelhafte, keineswegs immer durch Leistung erworbene Privileg, ihr Glück ohne fremde Hilfe, oft sogar auf Kosten des Wohls anderer zu machen.

Hohe Bildung, Besitz, politischer Einfluss, gesellschaftliche und gesundheitliche Vorteile korrelieren fast immer positiv miteinander (Mielck 2001). Sie tragen dazu bei, die sich im Lebenslauf ansammelnden Belastungen abzupuffern. Und sie helfen denen, die über besseres Wissen, entwickelte Problemlösungsfähigkeit (coping) und soziale Unterstützung (social support) verfügen, Erkrankungsrisken zu vermeiden und pfleglicher mit ihrer Gesundheit umzugehen. Diese Vorteile auch den weniger Bemittelten in der Gesellschaft zugänglich zu machen gehört zu den zentralen Aufgaben, um die sich die Gesundheitsförderung kümmert (Altgeld 2006).

3. Was Gesundheit ist und wie sie sich beeinflussen lässt

Es ist bekannt, dass körperliche, seelische und soziale Faktoren an der Entstehung von Gesundheit beteiligt sind und dass wir dar-



Peter-Ernst Schnabel, Prof. Dr., Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld, Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld. Email: peter-ernst.schnabel @uni-bielefeld.de.

unter mehr zu verstehen haben als die bloße Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen (WHO 1986). Gesundheit entsteht und vergeht im Lebenslauf und fällt um so günstiger aus, je besser es gelingt, die Ansprüche, die wir an uns selber stellen und die Anforderungen, mit denen uns die Umwelt konfrontiert, miteinander in Einklang zu bringen (Hurrrelmann 2006) Mittels Kommunikation lernen wir, was wir brauchen, um diese Koordinationsleistungen zu vollbringen. Sie ist in allen Lebenslagen und oft auch dann an Saluto- und Pathogenese beteiligt, wenn sie sich nicht auf Gesundheitsbelange bezieht. Wir können Krankheit um so eher vermeiden und Gesundheit um so besser schützen, je mehr kommunikative Kompetenz wir erwerben, im Kontakt mit anderen einzusetzen lernen und so die Fähigkeit erlangen, ein selbst bestimmtes, subjektiv befriedigendes, und Andere nicht gefährdendes Leben zu führen (Schnabel 2001).

Gesundheit setzt sich aus mehreren interventionsstrategisch verschieden wichtigen Bausteinen zusammen: den genetischen Anlagen, der körperlichen und seelischen Verfassung eines Menschen, seinem Gesundheitswissen und -verhalten, den Einflüssen der unmittelbaren Lebens- und Arbeitswelt und den im Lebenslauf akkumulierten, mehr oder weniger gut bewältigten Erfahrungen. Von ihnen gelten die genetischen Anlagen erst seit kurzem als begrenzt manipulierbar. Auf das Gesundheitswissen und -verhalten einzelner Menschen versuchen schon seit über einem Jahrhundert die Gesundheitsbildung und seit Mitte des vergangenen Jahrhunderts die risikofaktoren-orientierte Verhaltensprävention Einfluss zu nehmen. Anders das wesentlich jüngere Konzept der "Gesundheitsförderung in Settings". Es versucht unter Einschluss von Empowerment- und Vernetzungsstrategien wo immer es geht, die Förderung individuellen Verhaltens und die gesundheitsdienliche Gestaltung der von Menschen belebten Umwelt möglichst zeitgleich in Angriff zu nehmen (Schnabel 2007). Dies tut sie, weil sich nur so anhaltende Wirkungen erzielen lassen. In der Praxis

jedoch kommt sie nur in höchstens 20 v. H. Fällen zum Einsatz (Rosenbrock/Kümpers 2006) .

Verhaltensprävention funktioniert vor allem bei älteren Menschen mit Krankheitserfahrung. Ihre größten Wirkungen entfaltet sie in Früherkennung und Rehabilitation. Gesundheitsförderung ist vor allem dort erfolgreich, wo Gesundheitspotentiale in den Frühphasen der Biographie und bei denjenigen identifiziert und gestärkt werden sollen, deren Gesundheit nicht ohne gesundheitsdienliche Umgestaltung der Lebens- und Arbeitswelt verbessert werden kann (Naidoo & Wills 2003). Sie ist es auch, die nach allem, was wir bisher wissen, die nachhaltigeren Wirkungen erzielt., weil sie auf Partizipation setzt, sich an den Bedürfnissen der Adressaten orientiert, deren materiale und/oder soziale Umwelt stets mit zum Gegenstand von Interventionen macht, sich um einen Interessensausgleich zwischen Anbietern und Adressaten kümmert und versucht, die Selbstverantwortung und Selbsthilfekompetenz der Klienten zu stärken und die sozial und gesundheitlich zu kurz Gekommenen besonders zu unterstützen (Lehmann u. a. 2006, Schnabel 2007).

4. Nur durch integrierte Gesundheitsförderung sind die Bedürftigen zu erreichen

In der Präventionspolitik haben wir es gegenwärtig mit einem Akzeptanz- und Wirkungsdilemma (Bauer 2005) zu tun. Überwiegend aus der Problemsicht der Mittelschicht heraus und in Unkenntnis der wirklichen Bedürfnisse von Unterschichtangehörigen konzipiert und durchgeführt, gehen die meisten der tatsächlich eingesetzten Maßnahmen an denjenigen Bevölkerungsteilen vorbei, die ihrer wegen höheren Belastungen und fehlender oder vorenthaltener Ressourcen am dringendsten bedürfen.

Deswegen wäre es nicht nur aus Sicht der Betroffenen, sondern auch zum Vorteil der Solidargemeinschaft wichtig, die wenigen Mittel, die bei uns für die vorbeugende Versorgung ausgegeben werden, effizienter zu nutzen. Statt Maßnahmen der Risikofaktorenprävention nach dem Schema F und nach dem Zufallsprinzip zu betreiben, sollte künftig im Interesse durchgreifender und anhaltender Wirkungen vom Primat integrierter Gesundheitsförderung ausgegangen werden. Damit allein lassen sich zwar die gesundheitlichen Ungleichheitsverhältnisse nicht restlos aus der Welt schaffen. Wenn aber der politische Wille besteht, den hoch belasteten und weniger gut ausgestatteten Bevölkerungsgruppen, dadurch zu helfen, dass man ihnen neben risikobewussterem Denken und Verhalten auch noch die Fähigkeit und die Gelegenheit vermittelt, sich verstärkt in die gesundheitsförderliche Gestaltung ihrer Lebenswelten einzumischen, dann ist das nur durch Gesundheitsförderung im Sinne der WHO zu bewerkstelligen. Von der Gesundheitsförderung führen in der Praxis viele Wege zu Präventivmedizin und Verhaltensprävention. Sind Präventivmedizin oder Verhaltensprävention aber erst mal etabliert, führt von ihnen meistens kein Weg zur Gesundheitsförderung und damit zu denen, die von ihr am meisten profitieren. •

Literatur:

Altgeld T. (2006), Gesundheitsförderung: Eine Strategie für mehr gesundheitliche Chancengleichheit jenseits von kassenfinanzierten Wellnessangeboten und wirkungslosen Kampagnen. In: M. Richter/K. Hurrelmann (Hg), Gesundheitliche Ungleichheit. Wiesbaden, 389–404.

Bauer U. (2005), Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung. Wiesbaden.

Bittlingmaier (2005), "Wissensgesellschaft" als Wille und Vorstellung. Konstanz.

Grossmann R./Scala K. (2001), Gesundheit durch Projekte fördern. Weinheim/München.

Lehmann F./Geene R./Kaba-Schönstein L./Kilian H./Meyer-Nürnberger M./Brandes S./Bartsch G. (2006), Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Köln.

Mielck A. (2003) (Hg.), Sozial-Epidemiologie: Eine Einführung in Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim/München.

Naidoo J./Wills J. (2003), Lehrbuch Gesundheitsförderung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln.

Rosenbrock R./Kümpers E. (2006), Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In: M. Richter/ K. Hurrelmann (Hg.) Gesundheitliche Ungleichheit. Wiesbaden.

Schnabel P.-E. (2001) Gesundheit und Familie. Weinheim/München.

Schnabel P.-E. (2007). Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren. Weinheim/München. Richter M./Hurrelmann K. (Hg.) (2006). Gesundheitliche Ungleichheit. Wiesbaden.

World Health Organization (WHO) (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Canadian Journal of Public Health 77, 425-430.

Das Konzept der "Gesundheitsförderung in Settings" versucht, die Förderung individuellen Verhaltens und die gesundheitsdienliche Gestaltung der von Menschen belebten Umwelt möglichst zeitgleich anzugehen.

Risiken und Nebenwirkungen

Aus der Sicht von Psychiatrie-Erfahrenen

Von Sybille Prins

Welche Risiken und Nebenwirkungen psychiatrische und psychotherapeutische Arbeit auf die Patient/innen und Klient/innen hat, ist von uns Psychiatrie-Erfahrenen bereits vielfach beschrieben worden. Im Folgenden will ich mich daher auf einige Aspekte beschränken, die eher die "Nebenwirkungen der Nebenwirkungen" beschreiben – nämlich, wenn Mitarbeiter/innen Nebenwirkungen erfahren, die sich dann wiederum auf uns auswirken.

Da erinnere ich mich an eine Zeit in einer psychiatrischen Einrichtung, wo ich von den durchaus professsionell agierenden Mitarbeitern den Eindruck bekam: sie haben eigentlich keine Lust mehr auf psychisch kranke Menschen. Wir sind ihnen lästig. Sie finden uns bloß bockig, uneinsichtig, im Stillen glauben sie nicht nur, dass man uns zu unserem Glück zwingen müsse statt uns dahin zu verlocken, sie glauben auch: mit uns wird das doch nichts mehr. Vielleicht waren es auch nur speziell wir Psychose-Erfahrenen, die so auf die Mitarbeiter wirkten, denn Menschen mit anderen Diagnosen gab es auch im Hause, von denen wir aber sorgfältig getrennt gehalten wurden. Vielleicht konnte man mit denen -die auch nicht so stark mit Medikamenten abgefüllt wurden- ja interessantere, spannendere Gruppengespräche führen als mit uns.

Ich will nun nicht im Einzelnen versuchen, aus der Erinnerung herauszukramen, aufgrund welcher konkreten Anzeichen sich mir damals dieser Eindruck aufgedrängt hatte. Vielfach waren es ja Kleinigkeiten: ein barscher Tonfall, ein Lachen am falschen Platz oder ein fehlendes Lächeln, usw. Ich will nur betonen, dass die Grundstimmung, die Mitarbeiter/innen ihren Patienten/Klienten gegenüber hegen, bei diesen mehr als deutlich ankommt. Ob diese Mitarbeiter/innen irgendwie

"ausgebrannt" waren, kann ich nicht beurteilen- aber sie hatten anscheinend eine feste Meinung von uns. Mir fehlten Neugier, Offenheit, Einfühlung im Umgang mit uns Patienten. Alle diese einfachen Dinge.

Aus meiner eigenen Erfahrung, und vielfältig aus der Erfahrung anderer Psychiatrie-Erfahrener ist mir diese lange Liste der psychiatrischen Kränkungen bekannt, die den Betroffenen zugefügt wurden. Insbesondere beim Erstkontakt mit der Psychiatrie und oder einem/einer Mitarbeiter/in, sowie in Situationen, wo man sich als Betroffener hilflos fühlt. spielen solche Kränkungserlebnisse eine große Rolle. Oft wird gesagt, es bestünde ja von Seiten der Mitarbeiter/in gar keine Kränkungsabsicht oder der Psychiatrie-Erfahrene habe die Situation miß- bzw. überinterpretiert. Dagegen würde ich gern als erste und wichtigste Regel für Psychiatrie-Mitarbeiter (dazu zählen auch Ärzte!) im Lehrbuch stehen sehen: "Rechnen Sie damit, dass der Klient/Patient Ihre Worte auf die Goldwaage legen wird! Und legen Sie auf diese Waage dann bitte auch Gold, nicht irgendwelches Blech." Bei der Anwendung von offenem oder verstecktem Zwang kann aus dieser Kränkung eine wahrhaftige (Re-) Traumatisierung werden. Oder es kommt, unter dem Deckmantel einer übertriebenen bzw. unangebrachten Psychologisierung zu Gemeinheiten und Sticheleien seitens der Mitarbeiter. Wie leicht ist es doch, sich überlegen zu fühlen, wenn man die "wahren" Motive des anderen besser als er/sie zu kennen glaubt!

Was hat dies alles mit den Nebenwirkungen psychiatrischer oder psychotherapeutischer Arbeit zu tun? Nun, der Druck auf die Mitarbeiter ist oft sehr hoch, und das über Jahre hinweg. Permanenter Druck verändert das persönliche Verhalten anderen gegenüber:

vielleicht in Richtung Willkür oder Rigidität, in Richtung "Abwimmeln", d.h. sich freihalten von Anforderungen, die als unnötige Belästigung empfunden werden, für den Betroffenen vielleicht aber gerade sehr wichtig sind. In Richtung eher unfreundlich, abweisend, distanziert zu sein als zugewandt, warmherzig, unterstützend. Mitarbeiter/innen haben mitunter mit so vielen Patienten/Klienten zu tun, dass sie eigentlich für ein neues Gesicht, eine neue Lebensgeschichte, einen fremden Menschen schon gar nicht mehr aufnahmefähig sind. Oder sie haben über Jahrzehnte hinweg immer nur mit Akuterkrankten bzw. Menschen mit sehr schweren Beeinträchtigungen zu tun, sehen kaum noch positive Entwicklungen. Hier übersteigt das Problem dann auch den einzelnen Mitarbeiter und rührt an strukturelle Gegebenheiten. Wie können Mitarbeiter/innen die nötige persönliche Elastizität aufbringen, wenn sie nur noch eine bestimmte Anzahl "Fälle" abarbeiten müssen?

Und noch etwas anderes: aus der Selbsthilfearbeit kenne ich auch das Phänomen der momentanen Überforderung in persönlichen Kontakten mit Psychiatrie-Erfahrenen. Da entstehen dann auch Motivationstiefs. Nur werden diese Tiefs bei mir meistens dadurch wieder aufgehoben, dass ich ja mit den betreffenden Menschen nicht nur die schwierigen, problematischen Zeiten erlebe, sondern auch die guten und entspannten Momente. Ich frage mich oft, ob Mitarbeiter diese Momente überhaupt miterleben. In Kontaktstellen vielleicht schon noch- in Kliniken wohl eher weniger.

Hinzu kommt noch, dass ich meine Co-Erfahrenen, bis auf wenige Ausnahmemomente, ja auch nicht unter einem "therapeutischen" Blickwinkel betrachte und Zur Person:
Sybille Prins ist seit
1991 in der Selbsthilfe
Psychiatrie-Erfahrener
tätig, ist Mitbegründerin des Bielefelder
Psychoseseminars
und des 1993 gegründeten Vereines
Psychiatrie-Erfahrener
Bielefeld e.V., dessen
Vorsitzende sie seit
1999 ist.

Wenn man mit der Psychiatrie in Berüh-

rung kommt, spielt

es keine Rolle mehr.

wer man vorher war.

"psychisch Kranken",

zu einem Hilfsbedürf-

tigen: es findet "Ent-

persönlichung" statt.

Man wird zu einer Diagnose, zu einem was in dieser Hinsicht sinnvoll ist. Wenn ich mit jemandem gemeinsam lache, frühstücke, spazieren oder ins Museum gehe, ist das ja eine ganz "normale", selbstorganisierte Freizeitsituation -vielleicht anders als bei einem Mitarbeiter, der sich immer was dabei denken muss, und sich für die Gestaltung des gemeinsamen Erlebnisses vielleicht noch besonders verantwortlich fühlt. Jedenfalls habe ich in psychiatrischem Zusammenhang Situationen erlebt, wo plötzlich alles, die alltäglichsten Handlungen, zur "Therapie" werden- Eis essen gehen wird zu einer Therapie, ein Gesellschaftsspiel, ein Besuch im Schwimmbad. Alles wird überlagert von einem dicken, filzigen Belag der therapeutischen Absicht und des durchgeplanten Arrangements, anstatt einfach spontanes Leben zu sein. Wenn ich, im Bulli mit anderen Patienten ins Schwimmbad gekarrt, dort mühsam-depressiv meine Bahnen ziehe, und die junge Sozialarbeiterin am Beckenrand mich strahlend fragt, "ob es denn auch Spaß mache" (Nein!) ist mir sowieso jeder Spaß schon verdorben. Ich weiß, dass nicht alle Psychiatrie-Erfahrenen das so erleben, manche sind mit diesen Situationen auch durchaus einverstanden. Es handelt sich eben um eine besondere Idiosynkrasie von mir, dass ich mein Leben lieber ohne oder mit so wenig wie möglich berufsmäßiger Unterstützung

ständig etwas unternehmen muss,

Das hat mich vor einer weiteren.

leben will.

ältere oder sonstwie lebenserfah-

rene- Psychiatrie-Erfahrene häufig darüber, dass man sie bevormunde oder wie Kinder behandele. Ich glaube, der Wohnheim-Mitarbeiterin ist gar nicht bewusst, wie abschreckend das auf einen Außenstehenden wirkt, wenn im Laufe eines ganzen Nachmittags der intelligenteste Satz, den sie zu einer Bewohnerin sagt, lautet: "Na, hat Ihnen der Kuchen heute Nachmittag geschmeckt?" Dazu noch in einem Tonfall, in dem sie niemals mit einer Kollegin, einer Freundin, oder ihrer minderjährigen Tochter gesprochen hätte: reserviert (und leicht identifizierbar) für Klientinnen und Klienten. Ich möchte mal gern wissen, wie sich Leserinnen und Leser dieser Zeitschrift bei dieser Frage angesprochen fühlen

Damit komme ich zu einer sehr wesentlichen und sehr direkten Nebenwirkung von Psychiatrie es wird einem die Selbstdefinition genommen. Ob man ein junger Mensch ist, der gerade eine Ausbildung anfangen will, ob man Mutter von zwei Kindern ist, der Zahnarzt mit langjähriger eigener Praxis, die früher selbständige Handwerksmeisterin -welche Rollen und Funktionen man vor der Berührung mit der Psychiatrie hatte, welche Hoffnungen, Wünsche, Träume- es spielt keine Rolle mehr. Man wird zu einer Diagnose, zu einem "psychisch Kranken", zu einem Hilfsbedürftigen (unabhängig davon, ob man sich selbst als hilfsbedürftig empfindet oder nicht). Es wird zwar heute niemand mehr in Anstaltskleidung gesteckt, aber diese Form der Entpersönlichung findet immer noch statt. Man wird zu jemandem, der mit medizinischen, psychologischen, sozialpädagogischen Kategorien beschrieben wird und beschrieben werden darf. Um deutlich zu machen, wie sich dadurch der Blick auf die Person verändert, würde ich den Psychiatrie-Mitarbeiter/innen gern einmal einen Selbstversuch vorschlagen: versuchen Sie doch einmal, einen IBRP, einen Entlassungs-oder Betreuungsbericht für sich selbst zu schreiben. Mit all den Kategorien und Ausdrücken, die Sie für Klienten und Patienten verwenden. Nun, wie fühlt sich das an? Wobei ich übrigens durchaus die Zwickmühle sehe,

dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter selbst das oft gern ganz anders handhaben würden, aber der Kostenträger solche Dokumente verlangt. Meine Frage aber ist: wie weit darf man menschliches Verhalten und menschliche Probleme objektivieren, ohne den Betroffenen bzw. ihrer Würde und ihren Persönlichkeitsrechten Schaden anzutun?

Schließlich: es gibt wohl keine Behandlung, keine Heilmittel, keine Hilfe ohne Risiken und Nebenwirkungen. Ich höre und lese im psychiatrischen Bereich viel über innovative Konzepte, weise Reflexionen, hochkomplizierte neue Strukturen, spannende Projekte. Ich lese "Fallbeschreibungen", in denen eine Besserung der Situation oder des Befindens des Betroffenen beschrieben wird. Ich lese so was gern. Das macht Mut und gibt Hoffnung. Solche positiven Geschichten kenne ich auch, aus eigener Anschauung und (Mit-) Erleben. Aber ich kenne auch andere, weniger gute Beispiele. Psychiatrie scheint manchmal ein Mittel zu sein, dass zwar unter Umständen gravierende Nebenwirkungen, jedoch nichts von der erhofften Wirkung hat. Wo die psychiatrische Behandlung und Betreuung nicht nur nichts nützt, sondern alles noch schlimmer macht oder zumindest eine Verschlechterung nicht aufhalten kann. Das Versagen der Psychiatrie wird wenig thematisiert. Vielleicht gibt es ja mal ein Kerbe-Heft dazu.

sehr wesentlichen Nebenwirkung zumindest teilweise bewahrt: der Abhängigkeit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und von Institutionen. Ich weiß zwar, dass diese den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern selbst zumindest theoretisch bewusst ist, in der Praxis scheint mir aber, man wisse auch nicht, wie diese Abhängigkeit, die manchmal gegenseitig ist und in fast symbiotische Beziehungssysteme mündet, aufzulösen oder zumindest zu mildern ist. Übrigens hat auch die von vielen Psychiatrie-Erfahrenen (und ebenfalls von mir) so favorisierte Psychotherapie diese Nebenwirkung.

Nach wie vor klagen -vor allem

Patient, Therapeut, Familie

Eine schwierige Dreierbeziehung

Von Jutta Seifert

Abstract

Angehörige von psychisch Kranken sind ebenso wie diese selbst von Risiken, Mängeln und Nebenwirkungen der Therapie betroffen. Ihre erste Klage ist meist, dass es an Information und Kommunikation mangelt. Gelten sie zunächst oft als "Unperson", werden Angehörige im Bedarfsfall gern in die Pflicht genommen, wenn es zu Problemen kommt; oder man spannt sie als "Ko-Therapeuten" ein. Diese Rolle birgt Risiken für die Angehörigen und das Familienklima. Die mit einer Behandlung verbundenen Risiken sind jedoch nur eine Seite. Risiken bestehen aber auch, wenn keine Behandlung stattfindet: sozialer Abstieg für die Patienten und hohe Belastung oder gar Zerfall des familiären Systems. Mehr Transparenz, bessere Kommunikation und die Arbeit an Schwachstellen des Hilfesystems sind alte Forderungen der Familien-Selbsthilfe Psychiatrie.

"Zu Risiken und Nebenwirkungen ". Diese inzwischen zum Test für Schnellsprecher avancierte Leerformel endet mit der Aufforderung " ... und fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker". Das würden die meisten Angehörigen recht gerne; aber wie erreichen sie das geneigte Ohr eines Arztes/einer Ärztin? Mangel an Kommunikation steht ganz oben auf der Beschwerdeliste der Angehörigen. Sie fühlen sich schlecht informiert, ausgegrenzt, übergangen, angeschuldigt. Risiken und Nebenwirkungen psychiatrisch-psychotherapeutischer Arbeit haben ohne Zweifel mit dem komplexen Thema Kommunikation zu tun beziehungsweise damit, was durch fehlende oder mißlungene Kommunikation alles schief laufen kann, und das ist eine ganze Menge.

Wechselnde Allianzen

Erschwert wird die Sache dadurch, dass es sich um eine Dreierbeziehung aus Patient, Therapeut und Angehörigen handelt. Die Konfliktlinien verlaufen mal so, mal so. Oft haben Familienmitglieder, besonders Eltern, schlechte Karten. Patient wie Behandler sehen sie kritisch-distanziert (" ... kein Wunder, bei dieser Mutter!"). Dann wieder steht der Patient gegen Behandler und An-

gehörige. Und schließlich sind Patient und Angehörige immer mal wieder vereint, wenn es gegen die "bösen" Behandler geht. So wird der schwarze Peter munter herumgereicht. Da sich die Therapie oft hinzieht, Stillstand oder Rückfälle auftreten und die Kommunikation fast nirgends richtig klappt, gibt es reichlich Gelegenheit für wechselnde Allianzen.

Für Angehörige ist es wichtig, dieses Spiel nicht mitzumachen. Das Risiko, sich vereinnahmen und "zwischen den Fronten" aufreiben zu lassen, gehört für sie sicher zu den unerwünschten Nebenwirkungen, wenn sich der Patient in psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung begibt. Oft sind sich die Angehörigen dieses Risikos zu Anfang nicht bewusst. Sie sind ja froh, dass überhaupt etwas geschieht. Nicht selten haben sie auf die Behandlung gedrungen und sind nach der vorausgegangenen krisenhaften Zuspitzung selbst am Ende ihrer Kräfte. Ihre Hoffnung auf Hilfe, Heilung und Entlastung richtet sich nun ganz auf die Therapeuten. Die Ernüchterung folgt auf dem Fuße: Für viele von ihnen sind Angehörige nach wie vor lästig, wenn nicht gar Unpersonen. Das ist kränkend. Schlimmer: Es ist ein schwerer fachlicher Fehler, denn es bedeutet die Ausblendung eines für die Krankheitsprognose bedeutsamen Faktors und ist damit ein Risiko für den Erkrankten. Die Familie, allgemeiner ausgedrückt das engere soziale Umfeld, spielt eine wichtige Rolle für seine Zukunftsaussichten, sei es im positiven oder - was hin und wieder ebenfalls vorkommt - im negativen Sinn. Wenn die Familie gut informiert, vorbereitet und im Bedarfsfall wirkungsvoll unterstützt und entlastet wird, kann sie für den Erkrankten eine unschätzbare Hilfe sein. Wenn nicht, steigt die Gefahr von Rückfällen, sozialem Abstieg und dem Auseinanderbrechen der familiären Strukturen. Ein solches Ergebnis ist - nebenbei bemerkt - nicht nur ein Desaster für den Erkrankten selbst, sondern auch für die anderen Mitglieder seiner Familie. Besonders muss in diesem Zusammenhang auf das vernachlässigte Schicksal von betroffenen Kindern hingewiesen werden.

Von der Unperson zum Ko-Therapeuten?

Zum Glück haben sich diese Zusammenhänge - sicher auch durch die Aufklärungsarbeit der Familien-Selbsthilfe Psychiatrie im Lager der professionellen Helfer inzwischen herumgesprochen. Nicht immer, aber immer öfter werden Angehörige informiert und einbezogen. Doch Vorsicht: Schon werden sie hier und dort zu Ko-Therapeuten befördert. Gerade gutwillige Angehörige verkennen gern die darin versteckten Zumutungen. Ein beliebter Satz lautet: " ... und dann sorgen Sie dafür, dass er/sie regelmäßig die Medikamente einnimmt". Wer hätte da Mut genug zu antworten: "Das kann und will ich nicht. Unterstützen ja, dafür sorgen - nein!"

Es ist eben ein großer Unterschied, einbezogen und informiert oder als Ko-Therapeut "eingespannt" zu werden. Zu den Risiken und Nebenwirkungen dieser Zur Person:
Jutta Seifert, Jahrgang
1945, Journalistin,
langjährig aktiv in der
Familien-Selbsthilfe
Psychiatrie, u.a. als
stv. Vorsitzende des
Bundesverbands der
Angehörigen und als
Vorsitzende des Vereins
Angehörigengruppe
Mittelhessen e.V.

Rolle gehört für die Angehörigen, dass sie sich (noch mehr, als sie es schon zuvor getan haben) für den Erkrankten und die Fortschritte oder Misserfolge der Therapie verantwortlich fühlen und eine Aufpasser-Funktion übernehmen, die äußerst belastend für das Familienklima ist.

Kurios ist, dass Angehörige oft berichten, zunächst habe man ihnen geraten "loszulassen". Sie sollten sich zurückhalten, die Profis ihren Job machen lassen. Alles keine falschen Ratschläge, wenn sie denn nicht vorgeschoben werden, um sich die Angehörigen vom Hals zu halten. Doch wenn es zu Problemen kommt, der Patient unangepasst und "schwierig" ist, wenn die professionellen Helfer selbst nicht weiter wissen - dann wird ganz schnell die Familie entdeckt, und man ist froh, die "Nicht-Loslasser" wieder in die Pflicht nehmen zu können. Wenn die Familie bestimmte Verhaltensweisen der Erkrankten als unerträglich beklagt, bekommt sie zu hören, dies sei krankheitsbedingt und daher hinzunehmen. Werden dieselben Verhaltensweisen jedoch in einer Einrichtung oder Klinik an den Tag gelegt, ist das manchmal ein Grund, den Betroffenen vor die Tür zu setzen und in den "Schoß der Familie" zu entlassen. Wieder gehört als Angehöriger viel Selbstbewußtsein dazu, in einer solchen Situation nein zu sagen, auf die eigenen Belastungsgrenzen und - jawohl - auch die eigenen Bedürfnisse hinzuweisen. Ein solches Selbstbewusstsein - besser sollte es heißen: eine solche Achtsamkeit auf die eigenen Bedürfnisse und die der anderen Familienmitglieder fehlt vielen Angehörigen oder ist ihnen verloren gegangen. Für die eigene Gesunderhaltung ist sie aber wichtig. In der Angehörigengruppe kann man diese Achtsamkeit (wieder) lernen und sich die dringend benötigte Rückendeckung auch gegen die "Risiken und Nebenwirkungen" psychiatrisch-psychotherapeutischer Arbeit holen.

Auch Nicht-Behandeln ist ein Risiko

Angehörige sind in der Regel Laien in Sachen Psychiatrie und Psychotherapie, haben allenfalls bruchstückhafte Kenntnisse von Diagnosen, Methoden, Medikamenten, Leitlinien und Lehrmeinungen. Die Beurteilung der Risiken und Nebenwirkungen von psychiatrisch-psychotherapeutischen Interventionen überfordert sie. Warum stellt der eine Arzt diese, ein zweiter eine andere Diagnose? Warum soll es unerläßlich sein, den Kontakt einer jungen Patientin mit ihren Eltern rigoros einzuschränken? Warum fühlt sich ein Patient nach vielen psychotherapeutischen Sitzungen elender als zuvor? War die Fixierung des Patienten in der Klinik wirklich unumgänglich? Warum wird von einem bisher leidlich funktionierenden Medikament auf ein anderes umgestellt? Solche Fragen gehen den Patienten, aber auch die Angehörigen an. Je zugeknöpfter sich die professionellen Helfer und Behandler bei ihrer Beantwortung zeigen, desto größer ist das Mißtrauen, was Risiken und Nebenwirkungen betrifft. Desto schwerer wird es, die vielzitierte "compliance" und ein Minimum an Vertrauen und Verläßlichkeit herzustellen.

Die Behandlung von psychischen Erkrankungen schließt ohne Zweifel Risiken und Nebenwirkungen ein. Angehörige können jedoch umgekehrt ein Lied von den Risiken singen, wenn solche Erkrankungen nicht richtig erkannt, ernst genommen und angemessen behandelt werden, wie dies leider auch heute noch oft der Fall ist. Sie wünschen sich, dass die therapeutischen und sozialrechtlichen Defizite im Bezug auf psychische Erkrankungen energischer angegangen werden, dass sie umfassende Aufklärung über Diagnose und Therapiemöglichkeiten erhalten und Entscheidungsprozesse nachvollziehbar sind. Der Umgang mit Schwachstellen, Fehlern und mit Beschwerden muss verbessert werden. Im Einzelfall wie auch im System fehlt es an Transparenz. Aus Hilflosigkeit dieser Situation gegenüber entstanden schon vor vielen Jahren Angehörigengruppen und schließlich eine Bewegung, die heute den Namen Familien-Selbsthilfe Psychiatrie trägt. Sie versteht sich auch als Wächter und Mahner gegen Risiken und Nebenwirkungen im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich.

Literatur:

Mit psychisch Kranken leben – Rat und Hilfe für Angehörige. Hg. Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V., Psychiatrie-Verlag 2007.

Das Angehörigenbuch, hg. Jutta Seifert, Verlag Ehgart & Albohn, Bezug über angehoerigemittelhessen@t-online.de.

Zwischen Liebe und Abgrenzung – Angehörige im Zwiespalt der Gefühle, Hg. Landesverband Rheinland-Pfalz und Bundesverband der Angehörigen, Mainz 2006.

Impressum

Herausgeber und Redaktionsadresse

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB),

Postfach 330220, 14172 Berlin, Email: kerbe@beb-ev.de, Internet: www.kerbe.info

Redaktion:

Prof. Dr. Jürgen Armbruster (Redaktionsleitung), Stuttgart; Doris Biedermann, Hamburg; Jürgen Bombosch, Düsseldorf; Andreas Knuf, Konstanz; Dr. Klaus Obert, Stuttgart; Margret Osterfeld, Dortmund; Dr. Irmgard Plößl, Stuttgart; Dr. Katharina Ratzke, Berlin; Georg Schulte-Kemna, Stuttgart; Cornelie Class-Hähnel (Redaktions-assistenz), Stuttgart

Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart, Telefon (07 11) 6 01 00-0, Adressenänderungen bitte an: regina.schuller@evanggemeindeblatt.de Bezugspreis:

Jahresabonnement für vier Hefte 22,80 Euro (einschließlich Versandkosten), ISSN 0724-5165

Anzeigen

Anzeigengemeinschaft Süd, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart, Tel. (0711) 60100-41 (Frau Rössel), Fax -76. Email: kerbe@anzeigengemeinschaft.de. Internet: www.anzeigengemeinschaft.de. Zurzeit gilt die Preisliste Nr. 24 vom 1. Januar 2007

Druck

J.F. Steinkopf Druck GmbH, Stuttgart Erscheinungstermine:

Februar, 1. Mai,
 August, 1. November
 Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegt ein Flyer über das trägerübergreifende Persönliche Budget für mehr Selbstbestimmung und Selbständigkeit von Menschen mit Behinderungen des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, Bonn, bei.





Qualitätsmanagement und Burnout

Leitungskultur in sozialen Arbeitsfeldern

Von Christine Morgenroth

Soziale Arbeitsfelder und Arbeitsplätze unterliegen gegenwärtig einer besonderen Widerspruchsdynamik. Es entsteht die völlig paradoxe Situation, dass bei wachsendem Bedarf auf seiten der Kunden, Klienten, Bedürftigen die Träger der Einrichtungen aus Gründen der betriebswirtschaftlichen Rentabilität drastische Einsparungen vornehmen. Diese erzeugen besondere Spannungen: Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Arbeitsfeldern des psychosozialen Bereiches erweisen sich im Arbeitsalltag, als Experten mit weitreichender psycho-dynamischer und sozial-kommunikativer Kompetenz. Sie verfügen über emotionale Intelligenz, ausgedehntes Erfahrungswissen über Patienten und intuitives Gespür für die angemessene Intervention im Behandlungsprozess steht jedoch in einem eigentümlichen, oftmals bestürzenden Widerspruch zu den abwehrend- verleugnenden, sogar offen spaltenden Haltungen im Umgang miteinander in den jeweiligen Teams. Übervorsichtigkeit im Thematisieren von schwierigen Situationen, Enttäuschungen und Ängsten führen zu einem beunruhigenden Ausmaß an Spannung und Unbehagen. In Supervisionen ist es stets überraschend, wenn die kompetent präsentierte Fallanalyse, die exzellente Selbstreflexion und die introspektive Qualität in der Beachtung von Übertragungsvorgängen, in krasse Hemmung und Angst umschlägt, sobald es um interpersonelle Vorgänge im Team selbst geht. Dieser bemerkenswerte Widerstand gegen Veränderung entspringt offensichtlich der Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes; diese hat objektive Gründe.

Blick auf die gesellschaftlichen Voraussetzungen

Zunächst in den Unternehmen, dann in den öffentlichen Verwaltungen und unter wachsendem ökonomischem Druck auch in den Einrichtungen des Gesundheitswesens und der psychosozialen Arbeitsfelder finden erhebliche strukturelle Veränderungen statt, die als Dezentralisierung, lean management oder Reduktion von Hierarchien zugunsten von mehr Verantwortung aller Mitarbeiter beschrieben werden. Mehr Partizipation, Selbstorganisation und flexible Beschäftigungsformen sind daher auch die oft beschworenen Vorteile; Richard Sennett hat den dazu passenden, weil anpassungsfähigen Sozialcharakter als den "flexiblen Menschen" bezeichnet (1998), der die charakterlichen Deformationen der Mitarbeiter in Kauf nimmt, um in die veränderten Strukturen der psychosozialen Arbeitswelt hineinzupassen.

Auf allen institutionellen Ebenen haben diese Veränderungen eine beträchtliche Zunahme an Stress mit sich gebracht. Vorrangig Führungskräfte stehen als Verantwortungsträger unter starkem Druck, diese neuen, dezentralen Steuerungsformen auch erfolgreich zu praktizieren (vgl. Kadritzke u.a. 1996). Nach der Verinnerlichung von Geschwindigkeitsnormen führt das nun zur Internalisierung der Forderung nach Simultanität: Die Elektronik gibt die Norm vor und definiert das Ideal in Anlehnung an die hochgerüsteten Maschinen, Menschen mit ihren begrenzten Möglichkeiten können da nicht mehr mithalten. Dennoch ist der Anspruch als gesellschaftliche Leitnorm formuliert, wird zum verbindlichen Muss. Die alltägliche Verfügbarkeit der Technik, die penetrante Unausweichlichkeit führt schnell zu neuen Routinen und wird soziale Praxis. Dieser nicht-bewusste Prozess, der in einer Mischung aus sozialer Anpassung, narzißtischer Faszination und faktischem Zwang besteht, entfaltet gerade wegen seiner Unbewusstheit eine beträchtliche Wirkung.

Die Anforderung jedoch, all diesen Ansprüchen gleichzeitig und bestens zu genügen, übersteigt oft das individuelle Leistungsvermögen. Diese Anforderung wird als gültige nicht nur von äußeren Instanzen formuliert, z.B. von Vorgesetzten, sondern ist ein tief verinnerlichter Selbstanspruch geworden, der als innerer Selbst-Antreiber wie ein moderner Kategorischer Imperativ wirkt: >handele immer so, dass das Optimum aller denkbaren Ziele, Effizienzen, Geschwindigkeiten erreicht wird<!

Das Phänomen der Omnipräsenz, der zeitlichen (und mentalen) Überbeanspruchung durch permanente Verfügbarkeit am Arbeitsplatz ist gerade bei Menschen mit Leitungsverantwortung sehr ausgeprägt; Arbeitsmediziner sprechen teilweise von einer anhaltenden Erholungsunfähigkeit hochrangiger Führungskräfte. Sie sind auch in der Freizeit beständig mit beruflichen Fragen beschäftigt, vernetzt über die verschiedensten Kommunikationskanäle mit ihrem Büro und den Schaltzentralen der Macht, gedanklich nicht vom professionellen Kontext freigesetzt. (vgl genauer Morgenroth 2004).

Leitungsmenschen im psychosozialen Arbeitsfeld

Menschen in diesem professionellen Feld haben in aller Regel Ausbildungen in Berufen, die fachliches Expertentum mit einer hohen ethischen Selbstanforderung verbinden, Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen sowie alle Pflegeberufe gehören bei allen Differenzen in der Fachlichkeit in diesen Bereich. Was diese Berufe miteinander teilen, sind als Basiskompetenzen die Ethik der Hilfeleistung sowie die Haltung der Versorgung und Fürsorge gegenüber den Klienten, Hingabe an die Patienten. Dass dieser Gestus als Attitude auch eine gewisse Selbsterhöhung einschließt, wissen wir seit dem Topos der hilflosen Hel-

Zur Person:
Christine Morgenroth
Prof. Dr. phil,
APL - Professorin am
Institut für Soziologie
und Sozialpsychologie
/ Fach Sozialpsychologie der Universität
Hannover
Praxis für Psychotherapie, Beratung und
Supervision.

Ob eine Fachexpertin sich erfolgreich in ihrer Leitungsfunktion behauptet oder nicht, ist in den meisten Fällen eine zufällige Kombination aus verschiedenen Faktoren. fer wohl einzuschätzen. Leitungsqualifikationen wie betriebswirtschaftliches Denken und Personalführung als Managementkompetenzen sind in der Regel in den professionellen Ausbildungswegen nicht enthalten. Wenn eine Psychologin eine Beratungsstelle mit 18 Angestellten leitet oder eine Sozialpädagogin ein Altenzentrum mit Personalverantwortung für 80 Mitarbeitende oder ein Chefarzt letztlich 250 Menschen zu führen hat, sie sind dafür nicht ausgebildet. Ob die Fachexpertin sich als Leitung behauptet oder nicht, ist in den meisten Fällen eine zufällige Kombination aus Faktoren wie Menschlichkeit, Lernfähigkeit und Lust am Erwerb fachfremder Kompetenzen, Menschenkenntnis und ein gewisses Geschick im Umgang mit Gruppen, aber auch eine Bereitschaft, sich mit Macht auseinanderzusetzen (vgl. Schiersmann/Thiel, 1999). Learning by doing ist das vorherrschende Prinzip - mit hohem Risikofaktor für alle Beteiligten.

Oft sind Entscheidungen durchzusetzen, die der Basiskompetenz entgegengesetzt sind. Wenn eine Situation entsteht, in der aufgrund veränderter Pflegesätze entweder dem vorhandenen Personal bei gleichem Einkommen mehr abverlangt werden muss oder wenn gar ein Personalabbau ansteht – es sind Entscheidungen zu fällen und zu vertreten, die der über Jahre entwickelten Haltung der "Hingabe" an die Hilfsbedürftigen entgegenstehen.

Wie reagieren Leitungskräfte auf diese widersprüchlichen Herausforderungen? Ich sehe verschiedene Reaktionsformen, die mir in Supervisionszusammenhängen und Leitungs-Coachings begegnen. Einige Phänomene sind derart prägnant, dass ich den Versuch wage, einige "Leitungs-Typen" zu beschreiben. I Dabei sind die Betrachtungsebenen professionelle Kompetenz, subjektive Befindlichkeit und besonderer Leitungsstil zu differenzieren.

Notwendige Selbstüberforderung: Leitung durch Modellverhalten

Die Leitung war zuvor Teammitglied und genießt so den Zugewinn an Verantwortung, die Erweiterung des eigenen Horizonts. Die notwendigen Qualifikationen erwirbt sie mit Freude und erkennbarem Leistungsstolz, den sie jedoch verheimlicht. Sie ist anerkannte Expertin an Runden Tischen, in Chefetagen des Trägers wird sie gern gehört und befragt - jedoch in ihrem eigenen Team hat sie Legitimationsprobleme und verliert den Rückhalt. Sie selbst hat Schuldgefühle, den egalitären Kreis des Teams verlassen zu haben, die sie kompensiert mit immer weiterer Bereitschaft, an der Basis" dieselbe Kärrnerarbeit zu machen wie die Kollegen. Dieses Verhalten impliziert die heimliche Botschaft: "Schaut her, so muss es gehen, die Arbeit verdoppelt sich und ich schaffe es dennoch. So sollt ihr es auch tun". Die Leitung vermeidet die offene Forderung, die sie mit Konflikten assoziiert. Die Leitungsstrategie ist eine der unausgesprochenen Ansprüchlichkeit, die eine permanente Überarbeitung zur Folge hat. Familie und Beziehungen nehmen Schaden, denn berufsbezogene Aktivitäten bestimmen das ganze Leben. Oft eskalieren diese Strukturen in heftigen Teamkonflikten, manchmal ist die Ablehnung, der dieser Leitungstyp begegnet, nicht weit vom "Mobbing von unten" entfernt. "Einsame Spitze" zu sein - darunter leiden Menschen, die als professionelle Beziehungsarbeiterinnen begannen, besonders. Bittere Enttäuschung über den Mangel an Anerkennung, Überarbeitung, Bindungsverlust zu den Mitarbeitern wird der von der narzisstisch aufgewerteten Komptenzerfahrung nicht ausgeglichen.

Die Fassade von Egalitarismus – der verheimlichende Leitungsstil

Dieser Typus hat seine Wurzeln in der egalitären Einstellung, die als Ergebnis der Protestbewegung in der 70er Jahren Ausbildung und berufliche Praxis in psychosozialen Arbeitsfeldern prägte. Hierarchien und Arbeitsteilung unterlagen der Kritik, statt dessen wurden egalitäre Arbeits- und Entscheidungsprozesse befürwortet: alle sind beteiligt an allem und informiert über alles. Wenn sich solche Teams in ihrer Struktur erhalten konnten (in kleineren Einrichtungen vor allem), dann sind dennoch die formal notwendigen

Leitungsfunktionen inzwischen auch von einer Person besetzt, die jedoch im Bewusstsein, aus der Perspektive des Teams weiterhin eigentlich normales Teammitglied bleibt. Schließt sich die Leitung dieser Funktionsbeschreibung an, gerät sie automatisch in schweren Rollenkonflikt: Leitungsentscheidungen, besonders wenn sie tiefe Einschnitte erfordern, müssen mehrheitsfähig gemacht werden, damit der egalitäre Stil beibehalten werden kann. Unzählige Diskussionen sind zu führen, Begründungen zu entwickeln, persönliche Befindlichkeiten und Vorlieben zu berücksichtigen - Entscheidungsprozesse ziehen sich endlos hin, Härten sind unvermeidlich und Einigkeit in zentralen Punkten nicht zu erzielen. Der verheimlichende Leitungsstil mündet in Abspaltung und Verleugnung, die Diskrepanzen lassen sich nur mühsam verschleiern, im Team wachsen Misstrauen und Spannungen, die wiederum individualisiert, personalisiert und durch Verschiebungen delegiert werden. Die Kosten sind eine sehr weitreichende Leugnung der teaminternen Spannungen, die sich in wachsender Indifferenz und Motivationslosigkeit äußern. Gelegentliche Ausbrüche einzelner aus nichtigem Anlass stellen die Ventile dar, die solche Unaufrichtigkeit zur Folge haben muss. Für denjenigen, der den verheimlichenden Leitungsstil praktiziert, entstehen daraus beträchtliche Probleme: auch er steht unter großem Druck, gleichzeitig Teil des Teams zu bleiben und dennoch die notwendigen Vorgaben zu erfüllen - und das eigene Leitungshandeln zu verbergen. Diese große Anstrengung wird weder vom Team noch von anderen gedankt, Frustration und Enttäuschung führen nicht selten zu einem Rückzug von der Leitungsverantwortung, der oft mit dem Vorwurf der Undankbarkeit und Ignoranz an die Kollegen

Separation und Abgrenzung – der hierarchisierende Leitungsstil

verbunden wird.

Es gibt Leitende, die sich auf ihre Führungsaufgaben ganz gezielt konzentrieren, entsprechende Fortbildungen und Zusatzqualifikationen wie zusätzliche Studie-

¹Die Ebene unbewusster Verstrickungen und Kollusionen ist selbstverständlich einer besonderen und kasuistisch entfalteten Betrachtung wert und muss an dieser Stelle leider ausgespart bleiben (vgl.aber hierzu Wellendorf 1996).

nabschlüsse erwerben. Dadurch wird eine hohe Professionalität ihres Leitungsstils erzielt, oftmals verbunden auch mit Effektivität in der Planungsschritten und Effizienz in der Verfolgung und Durchsetzung der entwickelten Ziele. Oft zwingt allein die Größe der Einrichtung und die hohe Zahl der Mitarbeitenden zu einer gewissen Arbeitsteilung und Durchstrukturierung von Arbeits- und Entscheidungsabläufen. Der Mangel an Partizipation und Transparenz, der häufig mit diesem Stil verbunden ist, erzeugt bei den Mitarbeitenden oft Verdacht und Misstrauen. Die isolierte Leitungsentscheidung, mag sie in der Sache noch so gerechtfertigt sein, läßt sich nur schwer vermitteln, wenn die Mitarbeiter vor vollendete Tatsachen gestellt werden. Dieser Leitungsstil führt zu einer betonten Hierarchisierung. Verantwortungsvolle Arbeitsteilung und Delegation von Aufgaben können zweifellos zu mehr Funktionalität beitragen. Die vom Team isolierte Leitung mag ihr Selbstwertgefühl durch Erfolge stabilisieren, der Träger wird vermutlich zufrieden sein; das Team reagiert aus Mangel an Partizipation gleichwohl mit Widerständen. Dennoch ist dieser Leitungsstil vermutlich wegen der recht hohen Anerkennung mit dem geringsten subjektiven Belastungsgefühl verbunden.

Change Management und Subjektivität

Die beträchtlichen Widersprüche, denen Leitungsmenschen im Gesundheitssektor ausgesetzt sind, sind gewiss auf keine einheitliche Formel zu bringen. Die unterschiedlichen Führungsstile lassen sich jedoch unschwer als Abwehrstrategien im psychosozialen Kontext beschreiben. Ich möchte sie als institutionalisierte Abwehr fassen (vgl. Mentzos 1988): Die Logik der Einrichtung, die Reaktionen der Mitarbeiter sowie der jeweilige Leitungsstil bilden eine Formation, zu der alle Beteiligten einen bewußten und auch einen unbewussten Beitrag leisten und weil alle von der institutionalisierten Abwehr profitieren. Die Einbrüche von Taylorisierung und Arbeitsverdichtung in die entsprechenden Berufe werden

auf diese Weise abgefedert; Vermeidung von damit verbundenden Konflikten und die Vermeidung einer offenen Thematisierung der Differenz zwischen Team- und Leitungsinteressen sind leicht zu erkennen. Die Leitenden selbst, ebenfalls der Ethik des Helfens verpflichtet, sind im Spagat zwischen Patientenorientierung, Wirtschaftlichkeitserwägungen und Fürsorgepflichten für ihre Mitarbeiter in einem oftmals unauflöslichen Dilemma verstrickt: sie können aus Erwägungen der Wirtschaftlichkeit heraus kaum wirksame Schritte tun, ohne die Qualität für die Patienten zu verringern oder den Mitarbeitenden Erhebliches abzuverlangen.

Die Leitungsmenschen sind mit Anforderungen konfrontiert, denen nachzukommen der sprichwörtlichen "Quadratur des Kreises" nahekommt. Hierzu benötigen sie Kompetenzen, die oft erst zu entwickeln sind: Die nötigen Umstruktierungs- und Veränderungsprozesse, wie sie auf der organisationalen Ebene oft durch Qualitätsmanagement oder Zertifizierungsprozesse angestoßen werden, benötigen längere Zeiträume, um von den Teams angenommen und umgesetzt zu werden (vgl.z.B.Nilsson, 1999). Sie können aber als Impulsgeber genutzt werden, die auch innovative Öffnungen in kommunikative Strukturen der Teams bringen kann und, geschickt gehandhabt, dazu beiträgt, dass Abwehrstrukturen erkannt und bearbeitet werden.

Von den Leitungen, besonders in ihrer Funktion als change agents, werden besondere Fähigkeiten zu triangulären Kommunikationsformen erwartet (vgl.hierzu Tietel 2003). Gegenüber den Mitarbeitenden stehen sie in der Verantwortung, Strategien und Vorgaben der Träger, Geschäftsführungen etc. zu vertreten und durchzusetzen. Umgekehrt sind gegenüber der Trägerseite Interessen der Mitarbeitenden zu vertreten. Im Idealfall gelingt die Einführung offener Strukturen, in denen die jeweils im Dreieck ausgeschlossenen Kommunikationsstrukturen belebt werden, hier die Träger-Mitarbeiter-Schiene. Dasselbe gilt für die Dreiecksstrukturen Leitung-Team-Patienten oder TeamTräger-Patienten. Öffnungen der kommunikativen Prozesse auf der Struktur-Ebene ist gewiss der anspruchvollste, wenngleich auch effektivste Weg.

Ein ausgesprochen transparenter, nachhaltiger Umgang mit Sach-Informationen ist mindestens so wichtig und effektiv. Immer wieder erweist sich der verbal rasch kommunizierte Austausch zwischen"Tür-und Angel" als schwarzes Loch - vieles wird zwar gesagt, aber nicht aufgenommen und verstanden. Dass Transparenz von der Qualität der Informationen abhängt und dass Informationen nachhaltig kommuniziert werden müssen, wenn sie effektiv sein sollen, liegt auf der Hand. Dass alle diese Prozesse eine eigene Zeit benötigen, scheint jedoch im Arbeits-Rhythmus von Beschleunigung und Vergleichzeitigung keine Selbstverständlichkeit mehr zu sein. Genügend Zeit für Veränderungsprozesse vorzusehen, die die Mitarbeitenden einschließlich ihrer Leitungen - in ihrer Subjektivität anerkennen, ist eine Investition in mehr Effektivität und gleichzeitig in humane Arbeitsbedingungen! Es ist unvernünftig, auf diese Investition zu verzichten!

Literatur:

Bion, Winfried R. (1992) Lernen durch Erfahrung, Frankfurt/M.

Mentzos, Stavros (1988), Interpersonale und institutionalisierte Abwehr, Frankfurt/M.
Morgenroth, Christine (2004), Von der Eile, die krank macht, und der Zeit, die heilt. Freiburg.
- (2005) Subjektives Zeiterleben, gesellschaftliche Entgrenzungsphänomene und depressive Reaktionen. Ein sozialpsychologischer Versuch (im Erscheinen, Psyche Sept./Okt.2005).

Keupp, Heiner, u.a. (1999) Identitätskonstruktionen. Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne, Reinbek.

Nilsson, Arne (1999) Im Zwischen der Disziplinen - Veränderungsprozesse im Krankenhaus durch Umfassendes Qualitätsmanagement, in: Pühl (1999).

Nefiodow, Leo (1997), Der sechste Kondratieff. Wege zur Produktivität. Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information, Bonn.

Pühl, Harald 1999 (Hrsg.), Supervisison und Organisationsentwicklung, Opladen 1999. ders. (1996) (Hrsg) Supervision in Institutionen. Eine Bestandsaufnahme. Frankfurt/M.

Schiersmann, Christiane/ Thiel, Heinz-Ulrich (1996), Macht als Thema in der Supervision mit Leitungskräften. in: Pühl. 1996.

Sennett, Richard (1998), Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus, Berlin. Sievers, Burkhard (1999), Management psychosozialer Dynamik und unbewußte Prozesse, in:

Pühl, 1999.

Tietel, Erhard (2003), Emotion und Anerkennung in Organisationen. Wege zu einer triangulären

Organisationskultur, Münster. Wellendorf, Franz (1996) Überlegungen zum Unbewußten in Institutionen, in: Pühl, 1996. Die Leitenden sind -im Spagat zwischen Patientenorientierung, Wirtschaftlichkeitserwägungen und Fürsorgepflichten für ihre Mitarbeiter- in einem oftmals unauflöslichen Dilemma verstrickt.

Grete-Reich-Weg 11

33617 Bielefeld Email: juergen.lempert

@bethel.de

Salutogenese und Gesundheitsförderung in der Psychiatrie

Oder: "Wo man sich wohl fühlt, ist man in der Regel ja auch ganz gesund"

Von Jürgen Lempert-Horstkotte

Abstract

Der Beitrag geht der Frage nach, was zur langfristigen Gesunderhaltung, speziell in einem psyscho-sozialen Arbeitfeld, beiträgt. Bewusst soll nicht die Betrachtung von arbeitsbedingten Belastungen betrachtet werden. Ansatzpunkte für gesund erhaltende Arbeitbedingungen werden dabei ebenso angesprochen wie die begrenzte Wirksamkeit von Maßnahmen, die sich ausschließlich auf ein "gesünderes" Verhalten beziehen. Dargestellt werden Ergebnisse einer Studie, die sich am Konzept der "Salutogenese" orientierte und Mitarbeitende befragte: was trug dazu bei, dass sie langfristig gesund blieben und sich in der Arbeit wohl fühlten? Abschließend wird kurz auf die Notwendigkeit einer systematischen, betrieblichen Gesundheitsarbeit eingegangen.

"Was erhält Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen gesund?" Dies ist der Titel einer Studie, die im Jahr 2005 im Arbeitsfeld Psychiatrie und Sucht der v. Bodelschwinghschen Anstalten Bethel durchgeführt wurde und sich mit Ressourcen bei der Bewältigung von Belastungen beschäftigt.

Arbeitsverhältnisse und Gesundheitsverhalten

Auf die Ergebnisse wird in diesem Beitrag Bezug genommen. Zunächst jedoch einige Anmerkungen zum Hintergrund: Die zunehmenden arbeitsbedingten gesundheitlichen Belastungen und Gefährdungen werden beeinflusst durch die Arbeitsverhältnisse aber auch durch das Verhalten jedes einzelnen Beschäftigten. Gesunderhaltende Arbeitsverhältnisse können zustande kommen (insbesondere!) durch gute Führung, ein Arbeitsklima der Unterstützung, zweckmäßige Organisation der Arbeitsabläufe, angemessene Qualifizierung für die Tätigkeit sowie durch eine förderliche Qualität der sachlichen Rahmenbedingungen, ebenso durch gemeinsame Überzeugungen, Werte und Regeln. Ein gesundheitsförderliches Verhalten in Bezug auf Arbeit ist dann gegeben, wenn Mitarbeitende zum Beispiel durch Bewegung,

Ernährung, Entspannungskurse oder auch durch die Auseinandersetzung mit Selbstüberforderungen einen Weg suchen, die Belastungen in der Arbeitswelt zu bewältigen.

Krankenkassen haben in den letzten Jahren eine Vielzahl von Kursen insbesondere zu diesen letztgenannten Themen in der Arbeitswelt unter dem Titel "Betriebliche Gesundheitsförderung" angeboten. Dies ist sicherlich Ausdruck für den Bedarf, leider nicht unbedingt für die Wirksamkeit. Eine ausschließlich am Verhalten orientierte und die Arbeitsverhältnisse nicht berücksichtigende Prävention bleibt letztlich ohne nachhaltige Wirkung. Vor allem werden mit den diversen Kursen und Maßnahmen nur schwer die Personen erreicht, die gesundheitlichen Risiken in besonderer Weise ausgesetzt sind. Eine inzwischen allgemein für sinnvoll gehaltene Vorgehensweise wird in der Verknüpfung der Faktoren "Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen", "Förderung der aktiven Mitarbeitendenbeteiligung" sowie "Stärkung persönlicher Kompetenzen" gesehen.

Die Frage nach der Gesunderhaltung zielt in eine andere Richtung als die Frage nach den Belastungen in der Arbeitswelt. Dazu liegt vor allem in der traditionellen Arbeitsmedizin und im Arbeitsschutz viel Erfahrung und Wissen vor. Seit einiger Zeit rücken dabei zunehmend nicht mehr nur die sachlichen sondern auch die psychosozial vermittelten arbeitsbedingten Gesundheitsgefährdungen in den Vordergrund. Dies ist besonders in der Branche der Gesundheitsdienste und der Wohlfahrtspflege zu sehen.

Das Konzept der Salutogenese

Eine ganz andere Blickrichtung der Gesundheitsförderung wird über das Konzept der Salutogenese vermittelt. Die Beschäftigung mit Ressourcen oder Bewältigungsstrategien eröffnen neue Handlungsmöglichkeiten. Großen Einfluss auch auf das damit verbundene neue Verständnis von Gesundheitsförderung hatte Aaron Antonowsky, der das Konzept der Salutogenese entwickeltt hat (Antonovsky 1997). Demnach gibt es drei Faktoren, die eine Bedeutung haben, wenn Menschen trotz erheblicher Belastungen gesund bleiben.

Sie vertrauen darauf,

- Ereignisse zu verstehen, sie einordnen zu können (Verstehbarkeit)
- Entwicklungen und Anforderungen bewältigen zu können, ihnen gewachsen zu sein (Handhabbarkeit) und
- Anforderungen und Probleme so zu sehen, dass es sich lohnt, dass es Sinn macht, sich zu engagieren (Sinnhaftigkeit).

Diese drei Faktoren bilden das "Kohärenzgefühl", das heißt ein globales Grundvertrauen zu den Dingen der Welt.

Gesundheitsförderung im Sinne dieser Konzeption "zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein hö-



heres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen" (WHO:1986). Gesundheit wird verstanden als "Fähigkeit zur Problemlösung" (Badura: 2003), somit als ein Prozess, den Menschen (mit-)gestalten können.

Die Erfahrung von transparenten Entscheidungsprozessen und nachvollziehbaren Entscheidungen am Arbeitsplatz, dass selbst oder von außen gesetzte Arbeitspensum bewältigen zu können oder dass die Arbeitskonzepte mit eigenen Wertvorstellungen übereinstimmen können beispielsweise zu einer Stärkung des Grundvertrauens beitragen.

Studie: Was erhält gesund?

Das belegt auch die eingangs erwähnte (kleine) Studie mit dem Titel "Was erhält Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gesund?" (Bergner, Lempert-Horstkotte 2005). Sie wurde in im Arbeitsfeld Psychiatrie und Sucht (ambulante und stationäre Eingliederungshilfe) durchgeführt. Interviewt wurden zehn langjährig beschäftigte Basis-Mitarbeitende, die sich in ihrer Selbsteinschätzung für belastbar hielten, sich am Arbeitsplatz wohl fühlten und gerne in der Psychiatrie beziehungsweise Sucht arbeiteten. Es ging dabei um Antworten auf Fragestellungen wie:

- welche Faktoren in der Arbeit sind gesundheitsfördernd?
- Was ist das Besondere an den Mitarbeitenden, die langfristig zufrieden mit ihrer Arbeit sind und Wohlbefinden ausstrahlen? Über welche persönlichen "Ressourcen" verfügen sie? Wie machen sie das?
- Welche Bedeutung haben die Arbeitsverhältnisse dabei?
- Gibt es gesundheitsförderliche Teams?

Von Bedeutung sind die Gemeinsamkeiten und die gemeinsamen Erfahrungen, die mit dem Erhalt von Gesundheit und Wohlbefinden in Zusammenhang gebracht werden:

- Eine stark ausgeprägte berufliche Identität, die sich fast immer erst nach dem Eintritt in das Berufsfeld gebildet hat. Wichtig waren ein persönliches Interesse an den Lebensentwürfen der Klientinnen und Klienten, die Erfahrung kollegialer Unterstützung, der Teilhabe an konzeptionell bewegten Zeiten. Die individuelle Bereitschaft, sich mit den Themen des Arbeitsfeldes auseinander zu setzen war dabei ebenso bedeutsam wie die entsprechenden Angebote der Institution.

- Berufliches Leben konnte sinnhaft erfahren und gestaltet werden. Die InterviewpartnerInnen sehen in ihrem Beruf eine "Herausforderung, sich in schwierigen Aufgaben zu bewähren, …zu kognitiv-emotionalen Auseinandersetzungen mit Andersartigkeit" und zur Auseinandersetzung mit sich selbst.
- Unterstützung in guten Teams gestalten und erfahren können war vor allem für die Befragten verbunden mit Erfahrungen von unmittelbaren Hilfeleistungen, Verlässlichkeit und Kollegialität. Hinzu kommt die Reflexion über das professionelle Selbstverständnis. Gute Teams werden dabei nicht nur als Erbringer von sozialen Ressourcen gesehen, sondern den Interviewten ist zugleich bewusst, dass sie sich auch selbst einbringen müssen.
- Handlungsmöglichkeiten und Gestaltungspielräume erfahren können durch Freiräume bei der Ausführung der Tätigkeiten, z.B. in der Begleitung oder Gestaltung des Alltags aber auch durch das System der Arbeit als Bezugsperson, durch die Art und Weise, wie es gelingt, Fachlichkeit zu "füllen mit meiner Person", durch die Möglichkeit, zusätzliche Angebote zu initiieren.
- Berufliche Karriere ist mehr als Aufstieg. Die InterviewpartnerInnen haben berufliche Weiterentwicklung nicht im Sinne eines beruflichen Aufstiegs verstanden. Vielmehr waren formale Qualifikationen ebenso aber auch informelle Gelegenheiten zur Kompetenzerweiterung wichtig.
- Ein gutes Gleichgewicht von Arbeit und Freizeit zeigte sich u.a. darin, dass niemand der Interviewten den Eindruck vermittelte, allein für die Arbeit zu leben.

Sowohl die Fähigkeit, die Arbeit hinter sich lassen zu können als auch die Schaffung von Gegengewichten zur Arbeit waren von Bedeutung.

Welche Bedeutung haben die Ergebnisse der Studie für die praktische betriebliche Gesundheitsförderung? Selbstverständlich sind sie nicht gleichzeitig als Gebrauchsanweisung für die Schaffung gesunder Arbeit zu nutzen. Dennoch können die Ergebnisse eine Orientierung geben und eine ganze Reihe der Themen könnten im Kontext der Arbeit in den Einrichtungen zu einer "Agenda zur Gesundheitsförderung und zur grundlegenden Qualitätssicherung durch gesunde und damit leistungsbereite, leistungsfähige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter" werden.

Agenda für gute Arbeit

Eine solche institutionelle Agenda sollte sich auf folgende Aufgaben beziehen:

- bewusste Gestaltung von Entwicklungsräumen für berufliche Identität.
- darauf achten, dass Mitarbeitende ihre Arbeit sinnvoll erleben können und zwischen persönlichen Wertevorstellungen und ethischen Normen des Berufsfeldes Übereinstimmungen bestehen kann.
- Erhalt von Handlungsspielräumen für jede/n Mitarbeitenden, zum Beispiel durch Qualifizierung, klare Aufgabenbeschreibungen aber auch durch Wertschätzung des jeweiligen Könnens und Wissens.
- Beachten, dass eine angemessene Balance zwischen Arbeit und Freizeit besteht.
- in eine gute Teamkultur investieren, zum Beispiel indem die Konflikt- und Reflektionsbereitschaft und -fähigkeit gefördert und gefordert wird.
- Unterstützung der beruflichen Entwicklung durch Qualifikation, Vielfalt im Beruf aber auch durch die Möglichkeiten von Arbeitsplatzwechseln.
- Achtsamkeit bei der Bewältigung anstehender struktureller Probleme und bemühen um faire Lösungen.

Gesunderhaltende Arbeit ist nicht

Die Ergebnisse der Studie liefern eine Orientierung für eine Agenda für gesundheitsförderliche und -erhaltende Arbeitsverhältnisse. dadurch wirksam, dass allgemeine Wünsche oder eine Agenda für ein gutes und gesundes Arbeitsleben aufgeschrieben werden. Betriebliche Gesundheitsförderung ist vielmehr ein weites Stück systematischer und fachlicher Arbeit, bei der es z.B. unerlässlich ist vor jeder Maßnahme eine geeignete Diagnostik durch zu führen.

In den Einrichtungen der Gesundheitsdienste und der Wohlfahrtspflege wird die Qualität der Arbeit vor allem durch gesunde und motivierte Mitarbeitende gewährleistet. Auch anstehende strukturelle Veränderungen sind nur mit ihnen zu bewältigen. Argumente, man müsse zuerst die akuten Problem lösen und werde sich dann um die Mitarbeitenden kümmern, zeugen von einer weit verbreiteten Fehleinschätzung hinsichtlich der Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten von Institutionen.

Die Gestaltung gesunder Arbeit wird auch wegen des demographischen Wandels zunehmend eine unverzichtbare Aufgabe werden. Die Stärkung der persönlichen Kompetenzen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen für Gesunde Arbeit muss ebenso eine Rolle spielen wie die Einbeziehung ihres Wissens über arbeitsbedingte Gesundheitsgefährdungen und gesundheitsförderliche Arbeitsverhältnisse. Die Arbeit mit Gesundheitsworkshops oder Gesundheits-Zirkeln sind dafür gute Beispiele. Es gibt inzwischen eine Vielzahl von guten Erfahrungen zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeit, die zum Beispiel im Rahmen der "Initiative Neue Qualität der Arbeit" (INQA), in den Arbeitsschutzsystemen der Berufsgenossenschaft oder bei den Krankenkassen beschrieben sind. Eine Beschäftigung mit diesen Themen lohnt allemal. •

Literatur:

Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen. Badura, Bernhard; Hehlmann, Thomas (2003): Betriebliche Gesundheitspolitik . Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin/Heidelberg/New York: Springer.

Bergner, Elisabeth, Lempert-Horstkotte, Jürgen (2005): Was erhält Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gesund? – Gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen in den Arbeitsfeldern Psychiatrie und Sucht. Bielefeld (Unveröffentlichtes Manuskript). WHO / World Health Organisation(1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.

Gesundheitscoaching für Leitungskräfte in der Psychiatrie

Von Matthias Lauterbach

Abstract

Gesundheitscoaching ist ein Beratungsmodell, das für die Reflexion der Gesunderhaltung von Führungskräften in der Psychiatrie besonders geeignet ist. Das Anforderungsprofil hat sich in den letzten Jahren stark verändert und der Anspruch an die Professionalität des Leitens ist deutlich gestiegen. Damit steigen auch die Risiken für den Erhalt von Gesundheit, Lebensbalancen und Lebensqualität.

Die thematischen Schwerpunkte und das Vorgehen im Gesundheitscoaching werden angeleitet und skizziert.

Worum es im Gesundheitscoaching geht

Menschen, die mit der Gesundung anderer Menschen professionell beschäftigt sind, tragen offenbar ein erhöhtes Risiko, ihre eigene Gesunderhaltung zu vernachlässigen. Das hat sicher vielfältige Zusammenhänge, wie etwa das hohe Engagement mit der Tendenz zur Überzeichnung, die Verknappung von Ressourcen oder auch das herausfordernde Leiden der zu versorgenden Mitmenschen. Es soll hier der Frage nachgegangen werden, wie mit Hilfe der Arbeitsansätze des Coachings, im speziellen des Gesundheitscoachings hilfreiche und präventive Reflexionen angeregt werden können.

Die Bezeichnung "Coaching" wird im folgenden benutzt für die 1:1 - Beratung von Menschen, die ihre berufliche Situation und ihren persönlichen Umgang mit beruflichen Herausforderungen reflektieren wollen und sich dafür einen Fachmann / eine Fachfrau gönnen. Gesundheitscoaching fokussiert auf die Aspekte der Gesunderhaltung unter herausfordernden Arbeitsbedingungen. Dabei wird Gesundheit in diesem Arbeitsansatz umfassend verstanden: Gesundheit ist kein Zustand, sondern ein vernetzter Veränderungsprozess, der lebenslang bewusst

gestaltet werden muss. Thematisch umfasst dies die körperliche, psychische, soziale und spirituelle Gesundheit. Die "Klassiker" wie Bewegung, Ernährung, Entspannung sind ebenso Gegenstand der Betrachtung wie Lebensbalancen und Sinnfragen (Lauterbach, 2005, 2006).

Im Coaching von Führungskräften stehen natürlich -neben den persönlichen Themen- besonders auch die unterschiedlichen Facetten der Führungstätigkeit im Fokus der Reflexion, wie z.B. die Gestaltung der Rahmenbedingungen und Strukturen der Arbeitsprozesse und die Personalführung. Da das Verhalten von Führungskräften Auswirkungen auf Faktoren wie Motivation, Leistungsfähigkeit und eben auch die Gesundheit von Mitarbeitenden hat, ist ein gesundheitsorientierter Führungsstil ebenfalls Thema in einem präventiv verstandenen Gesundheitscoaching.

Letztlich kreist Coaching um die Frage, wie der einzelne Mensch mit seinen persönlichen Prägungen in einer konkreten Lebenssituation die beruflichen Herausforderungen meistern, gestalten und wie er die notwendigen Balancen erzeugen kann. Insofern hat das Erleben von Druck und Stress immer Auswirkungen auf die Gesamtperson, auf seine persön-

liche Entwicklung, seine privaten Bezüge. Dies gilt auch umgekehrt, wenn private Aufgaben und Krisen Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit und die Balancen im beruflichen Alltag haben. Andauernde Überlastungen können sich in Unzufriedenheiten, Energieverlusten, Krankheitsanfälligkeiten zeigen und damit Hinweise auf anstehende oder überfällige Veränderungsprozesse geben.

Coaching startet oft in Situationen, die für den Klienten besonders herausfordernd und brisant sind. Dieser Aspekt wird oft unterschätzt und findet nicht die angemessene Antwort in Methodik und Struktur des Coachingprozesses. Gesundheitscoaching setzt insbesondere dort an, wo mit solchen Situationen körperliche, seelische und/ oder soziale Gesundheitsrisiken verbunden sind. Die Not-wendige Gestaltung von Gesundheit und die dafür verfügbaren Ressourcen werden gezielt in den Fokus genommen.

Coachingprozesse aus der Perspektive von Gesundheit zu beschreiben heißt auch, sich Orientierungsraster und Landkarten für den Coachingprozess zu konstruieren, ohne dabei alle Lebenswelten unter die Oberaufsicht der Medizin stellen zu wollen. Die Breite und Tiefe bei der Bearbeitung des Anliegens des Klienten in Bezug auf seine grundlegenden Lebensausrichtungen, die Stimmigkeit seines Lebens, insbesondere seines Arbeitslebens. seine Balancen und seine Kosten-Nutzenrechnungen werden zum Thema (vgl. Abbildung 1).

Der Kontext von Gesundheitscoaching in der Psychiatrie

Gesundheitscoaching im Kontext der Psychiatrie hat einige Besonderheiten zu berücksichtigen, die tendenziell dort häufiger und intensiver ausgeprägt sind als in anderen Arbeitskontexten.

- oft ist ein hohes Maß an Bereitschaft zur Selbstausbeutung zu beobachten, gestützt durch den meist biografisch stark geprägten individuellen Wertekanon.
- Führungskompetenz wird noch eher selten professionell geschult
- am wenigsten im ärztlichen Bereich, am besten im Pflegeberich.
- Geltende Regeln z.B. für Entscheidungsprozesse haben oft basisdemokratische Anmutungen, mit langen Verzögerungen notwendiger Linienführung und entsprechend hohen Reibungsverlusten. Das betrifft auch Entscheidungen über Priorisierungen von Leistungen bei verknappten Ressourcen mit der Folge völliger Überlastung aller Beteiligten.
- Es besteht eine große Kompetenz zur Selbstreflexion, die manchmal die Aufgabe aus dem Blick verliert und zu Schwierigkeiten bei der Orientierung auf Wesentliches führt.
- Viele der neuen Aufgaben um die Ergebnis- und Qualitätssicherung werden als sach- ja kulturfremd erlebt und erzeugen ständige Reibungen.

Weitere spezifische Herausforderungen im psychiatrischen Kontext

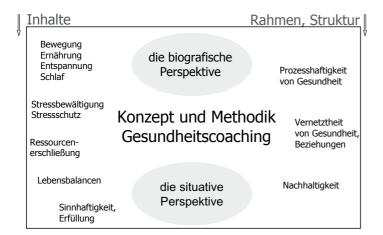
- besondere emotionale Herausforderungen z.B. durch
- "Beziehungsarbeit" als zentraler

- Lebensdramen und Leid der Kli-
- Umgang mit Gewalt und Suizid
- Balance
- zwischen Hilfsangeboten, Pflege, Therapie und sozialer Kontrolle
- zwischen Inhalten/ Behandlung, Betriebswirtschaft, Entwicklung der Organisation und Personalpo-
- zwischen Werten und Ökonomie
- Komplexe Führungsaufgaben
- mit vielen Beteiligten und
- sehr unterschiedlichen Interessen und beruflichen Kulturen
- Fluktuationen im Versorgungssystem mit Auswirkungen in den konkreten Arbeitsabläufen durch Sozialpolitik, Versicherungsrecht etc.
- Mitarbeiterführung und Teambildung
- bei emotionalen Herausforderungen
- zwischen Schutz, Qualifizierung und Grenzziehung.
- Krankenhausdynamiken
- wie z.B. Leitungsteams, Beziehungen zu Trägern und Kostenträgern
- Entwicklungen der Behandlungsmethoden
- und herausfordernden Ansätzen (Traumatherapie etc.)
- Öffentliche Aufmerksamkeit
- Forensik, Suizid, Gewalt

Neben den Besonderheiten des psychiatrischen Kontextes kommen natürlich die gesellschaftsweit in allen Arbeitskontexten zu beobachtenden neuen Risikoprofile hinzu (Verdichtungen von Arbeit mit Zeitdruck und Informationsflut, Zunahme von Verantwortlichkeiten, häufige Veränderungsprozesse mit hohen Anforderungen an die Flexibilität und die ständige Lern- und Veränderungsbereitschaft, instabile Arbeitsbeziehungen wegen hoher Fluktuationen und inkohärenten Organisationen u.a.) . All dies wiederum führt zu hohen psychischen und mentalen Anforderungen, die oft als chronische Stressoren erlebt werden und damit ein Gesundheitsrisiko darstellen können.



Matthias Lauterbach Dr. med., Jahrgang 1949, Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Lehrender Therapeut, Supervisor und Coach (SG). Bis 1989 klinisch tätig, Seit 1990 als Therapeut, Coach und Unternehmensberater, sowie in der Lehre tätig. 2000 Mitbegründer des Kompetenznetzwerks Gesundheitscoaching.



© Dr. Matthias Lauterbach Abbildung 1

Der Prozess von Gesundheitscoaching

Gesundheitscoaching greift dieses Panorama an Themen auf und setzt es in Beziehung zu den Möglichkeiten und Spielräumen der individuellen Gesunderhaltung. Dabei wird der einseitige Blick auf das Individuum riskiert, wohl wissend, dass die andere Seite der Medaille, nämlich die Rahmenbedingungen, die Situationen, die Verhältnisse nur am Rande berücksichtigt werden. Je mehr Einfluss der jeweilige Klient auf die Verhältnisse hat, um so ausgeprägter kann auch diese Thematik einbezogen werden. Das betrifft ggf. auch die Führungsaufgaben und eine gesundheitsorientierte Ausrichtung des Führungshandelns. Es gibt heute gute Leitlinien, mit denen gesundheitsorientierte Führung beschrieben werden kann.

Im Vordergrund des Prozesses im Gesundheitscoaching steht natürlich zunächst die Klärung von Zielen und die Erkundung der Ressourcen: gelingende Lebensbalancen, Aktivitäten zum Erhalt von Gesundheit, verfügbare soziale Netzwerke etc. Die Frage der Ausrichtung der eigenen Gesunderhaltung ("wozu will ich gesund bleiben?") lässt die Lebensentwürfe und Sinnfragen anklingen, die eine Gesundheitsorientierung stützen können. Aus dem Blick auf die Zukunft eines zukünftig besser gelingenden Prozesses von Gesundheit und Stimmigkeit des Lebens können die gegenwärtigen Spielräume der Gesunderhaltung erkundet werden. Dabei werden natürlich auch die Felder von Bewegung, Ernährung und Entspannung ausgelotet. Ggf. sind Fachleute wie Bewegungstrainer, Ernährungsberater etc. hinzuzuziehen, um der Entwicklung eine fachlich gesicherte Grundlage zu geben. Im Zentrum steht oft, "in Bewegung" zu kommen. Ausreichende Bewegung ist längst als der entscheidende Dreh- und Angelpunkt eines gesundheitsorientierten Lebensstils erkannt (Braumann, 2007).

Eine zentrale Bedeutung bei allen Fragen der Gesundheitsorientierung bekommt die Verbindlichkeit und die Nachhaltigkeit. Die meisten haben schon viele Anläufe versucht, die unter "wieder nicht geklappt" abgebucht wurden. Durch eine klare Struktur mit einer Zeitachse mit "Meilensteinen", Zielkriterien etc. und durch die Einbindung in die sozialen Beziehungen ("wem erzähle ich von meinen Plänen?") können die Ergebnisse deutlich verbessert werden.

Der häufigste Anlass für ein Gesundheitscoaching ist intensives Stresserleben, leidvolle Stressreaktionen oder sogar schon krankheitswertige Stressfolgen, Burnout o.ä. Die meisten Gesundheitscoaching - Prozesse sind deshalb auch um die Aktivierung der vier Säulen der Stressbewältigung organisiert: die Bewegung

(Ausdauerbewegung), die soziale Unterstützung (emotional und instrumentell), die Veränderung von Stress verschärfenden Einstellungen und die Entspannung. Es gilt für die Gesundheitsorientierung das, was ein allgemeines Phänomen in Veränderungsprozessen ist: das was als schön erlebt, das was Freude bereitet, wird wiederholt. Genuss, Glück und Zufriedenheit sind deshalb wichtige Parameter eines erfolgreichen Weges.

Literatur:

Braumann, M. (2007): die Heilkraft der Bewegung. Lauterbach, M. (2005): Gesundheitscoaching. Strategien und Methoden für Lebensbalance und Fitness im Beruf.

Lauterbach, M. (2006): So bleibe ich gesund. Was Sie für Ihre Gesundheit, Lebensenergie und Lebensbalance tun können.

Die Magie der Begegnung

Der Personzentrierte Ansatz und die Neurowissenschaften

Von Michael Lux

Abstract

Neurowissenschaftliche Befunde weisen eine hohe Kompatibilität mit den Theorien des Personzentrierten Ansatzes auf. Dies wird am Beispiel der Aktualisierungstendenz und der durch die therapeutischen Grundhaltungen geprägten Praxis der Personzentrierten Therapie und Beratung aufgezeigt. Eingegangen wird dabei auf deren Beziehungen zur Theorie der somatischen Marker, zu neurowissenschaftlichen Überlegungen zur Empathie im Zusammenhang mit Spiegelneuronen sowie zum Bindungshormon Oxytocin.

1. Einleitung

Innerhalb der Neurowissenschaften hat es in den letzten Jahren einen bedeutsamen Gewinn an Erkenntnissen gegeben. Als Personzentrierter Psychotherapeut und Neuropsychologe habe ich diese Entwicklungen mit großem Interesse verfolgt. Besonders faszinierend waren dabei für mich die engen Parallelen zwischen Aussagen von Neurowissenschaftlern und den theoretischen Positionen des Personzentrierten Ansatzes. Der Personzentrierten Ansatz geht auf Carl Rogers zurück, einem der bedeutendsten Vertreter der humanistischen Psychologie, und wurde von diesem vor mehr als

60 Jahren begründet. Er ist heute sowohl in der Psychotherapie als auch in den verschiedenste Beratungskontexten weit verbreitet. Die von Rogers (1959/1991) entwickelte Persönlichkeits-, Störungs- und Therapietheorie stellt dabei den Rahmen für die enorme Vielfalt an Ansätzen dar, die sich hieraus bis heute ergeben haben. Als Beispiele hierfür möchte ich das von Eugene Gendlin entwickelte Focusing, die störungsspezifischen Ansätze in der Psychiatrie, die Prätherapie von Gary Prouty, als Ansatz für die Arbeit mit geistig behinderten und psychotischen Menschen sowie die motivierende Gesprächsführung, in der Arbeit mit Personen mit

Suchtproblemen, erwähnen. Bereits heute lassen sich zu weiten Teilen der Theorie des Personzentrierten Ansatz Beziehungen mit neurowissenschaftlichen Konzepten herstellen. Dies war für mich der Ausgangspunkt zur Formulierung einer "neurowissenschaftlich fundierten Personzentrierten Psychotherapie" - einer Übersetzung des Personzentrierten Ansatzes in neurowissenschaftliche Begriffe (Lux, 2007). Im Folgenden möchte ich an zwei theoretischen Bausteinen des Personzentrierten Ansatzes, die mir als besonders charakteristisch erscheinen, die Möglichkeit einer solchen Übersetzung zu verdeutlichen: An der Aktualisierungstendenz und der durch die therapeutischen Grundhaltungen geprägten Praxis der Personzentrierten Therapie und Beratung.

2. Die Weisheit des Organismus

2.1 Die Aktualisierungstendenz und der organismische Bewertungsprozess

Charakteristisch für den Personzentrierten Ansatz ist zum einen die Annahme einer bei allen Lebewesen vorhandenen Aktualisierungstendenz. Unter ihr wird die motivationale Tendenz des Organismus verstanden, sich selbst zu erhalten und die in ihm liegenden Potentiale zur Entfaltung zu bringen. In systemtheoretischer Terminologie ausgedrückt, ist sie Ausdruck davon, dass der Organismus durch das Prinzip der Selbstorganisation geprägt ist. Er ist dadurch in der Lage, seine Struktur zu erhalten und an die jeweils vorhandenen Umgebungsbedingungen anzupassen. Im Personzentrierten Ansatz wird deswegen darauf vertraut, dass der Organismus die Fähigkeit zur Selbstheilung hat, wobei Heilung hier in einem sehr umfassenden Sinne zu verstehen ist. Gemeint ist damit sowohl die körperliche und seelische Gesundheit als auch die Entwicklung eines "gesunden" Umgangs mit anderen Personen oder bestimmten Lebensaspekten. Psychische Prozesse laufen in der Sichtweise des Personzentrierten Ansatzes auf zwei Ebenen ab. Die Ebene der Symbolisierungsprozesse umfasst die Erfahrungen, die im Bewusstsein repräsentiert

sind. Die symbolisierten Erfahrungen stellen jedoch nur einen geringen Teil der psychischen Prozesse dar, die im Organismus ablaufen. Unbewusste Prozesse nehmen dabei im Personzentrierten Ansatz eine herausragende Rolle ein. Sie werden nicht als etwas potentiell Gefährliches angesehen, das unter Kontrolle gehalten werden muss, sondern in ihnen kommt eine Weisheit zum Ausdruck, die weiter reichen kann als unser bewusstes Denken. Der Organismus bringt hierzu einen organismischen Bewertungsprozess hervor, der uns mitteilt, welche Bedeutung uns widerfahrende Ereignisse und Zustände im Hinblick auf die Aktualisierungstendenz haben. Er teilt uns über Körperempfindungen und Gefühle mit, was für unseren Organismus in einer gegeben Situation erhaltend und förderlich ist. Um diesen "inneren Kompass" für unsere Verhaltenssteuerung nutzen zu können, muss die Ebene der bewussten Verarbeitungsprozesse, also der Symbolisierungsprozesse, offen sein für die Gesamtheit der Erfahrungen des Organismus. Ist diese Offenheit gegeben, besteht ein optimaler Zugang zum organismischen Bewertungsprozess, was im Personzentrierten Ansatz als Kongruenz bezeichnet wird. Von neurowissentlicher Seite gibt es mittlerweile eine Reihe von Beobachtungen, die die zentrale Bedeutung unbewusster Bewertungsprozesse für unsere Lebensbewältigung bestätigen.

2.2 Unbewusste Bewertungsprozesse aus neurowissenschaftlicher Perspektive

Unbewusste Verarbeitungsprozesse werden auch als implizite Prozesse bezeichnet. Die Wichtigkeit der Nutzung der impliziten Prozesse für die Verhaltenssteuerung wird von verschiedenen Neurowissenschaftlern betont (Damasio, 1997; 2005; LeDoux, 2002; Roth, 2003). Joseph LeDoux (2002) beispielsweise sieht die seelische Gesundheit des Menschen durch eine mangelnde Verbundenheit und Integration der impliziten emotionalen und motivationalen Systeme des Gehirns mit den expliziten Verarbeitungssystemen gefährdet. Explizite Funktionssysteme sind dabei für bewusste Verarbeitungsprozesse, für vorausschauendes Denken und die willentliche Steuerung des Verhaltens zuständig. Die Bedeutung der impliziten Prozesse für die Lebensbewältigung wird auch aus dem von Antonio Damasio (1997) beschriebenen Fallbeispiel von Elliott deutlich. Bei Elliot wurde in Folge einer Gehirnoperation der ventromediale präfrontale Cortex entfernt bzw. geschädigt. Im Anschluss an die Operation war nun seine Fähigkeit Entscheidungen in persönlichen und sozialen Problemsituationen zu treffen massiv beeinträchtigt. War er vorher hinsichtlich der Alltagsbewältigung völlig unauffällig, so verstrickte er sich im Anschluss an die Operation in finanzielle Abenteuer und seine Beziehungen scheiterten. Seine mit psychologischen Testverfahren erfassbaren intellektuellen Funktionen waren dabei völlig unbeeinträchtigt, d. h. die expliziten Funktionssysteme waren intakt. Bei ihm fiel jedoch ein Mangel an emotionaler Reaktionsbereitschaft auf, er wirkte gefühlsarm und auch seine empathischen Fähigkeiten waren beeinträchtigt. Damasio schloss aus Beobachtungen an Elliott und an Patienten mit vergleichbaren Hirnschädigungen, dass unsere Emotionen und Gefühle von unverzichtbarer Bedeutung für Denk- und Entscheidungsprozesse in sozialen und persönlichen Problemsituationen sind.

Systematisch ausgearbeitet hat er diese Zusammenhänge in der "Theorie der somatischen Marker" (Damasio, 1997). Er und seine Mitarbeiter haben diese durch einfallsreiche neuropsychologische Untersuchungen überprüft. Kurz zusammengefasst besagt diese Theorie, dass somatische Marker körperbezogene Signale darstellen, die uns bei unseren Entscheidungen leiten. Sie bewerten Situationen und Handlungsalternativen auf Grund von emotionsbezogenen Vorerfahrungen, die wir im Laufe unseres Lebens gemacht haben. Auf Grund der somatischen Marker, die von Damasio auch als "Bauchgefühle" bezeichnet werden, können wir erkennen, welche Handlungsalternativen für uns in einer gegebenen Situation günstig oder ungünstig sind. Diese emotionsbezogenen Bewertungen sehen die Zukunft nicht

Unbewusste Prozesse nehmen im Personzentrierten Ansatz eine herausragende Rolle ein: in ihnen kommt eine Weisheit zum Ausdruck, die weiter reichen kann als unser bewusstes Denken.



Michael Lux Jahrgang 1969, Diplom-Psychologe, Diplom-Psychogerontologe, Gesprächspsychotherapeut (GwG), psychotherapeutische und neuropsychologische Tätigkeit in einer neurologischen Rehabilitationsklinik

Die Bedeutung einer therapeutischen Grundhaltung, die von tiefem Respekt vor den Möglichkeiten zur Selbstentfaltung und Selbstbestimmung, von Empathie und bedingungsloser Wertschätzung geprägt ist, wurde in vielen Untersuchungen nachgewiesen.

auf magische Weise vorher, sie sind aber hilfreich und notwendig für das Treffen von Entscheidungen in persönlichen und sozialen Problemsituationen. In ähnlicher Weise äußert sich Gerhard Roth. Er ist der Ansicht, dass in Emotionen eine "konzentrierte Lebenserfahrung" (Roth, 2003, 375) zum Ausdruck kommt, deren Nutzung für die Adaptivität unsere Verhaltenssteuerung von herausragender Bedeutung ist. Personzentrierte Beratung und Therapie zielt darauf ab, die Integration des organismischen Bewertungsprozesses in die Handlungssteuerung zu verbessern. Mit neurowissenschaftlichen Termini ausgedrückt geht es um eine verbesserte Integration von impliziten und expliziten Funktionssystemen. Dies wird ermöglicht durch die Realisation der therapeutischen Grundhaltungen durch die Therapeutin oder den Therapeuten, dem "Fruchtwasser", in dem die Aktualisierungstendenz die im Organismus liegenden Möglichkeiten am besten zur Entfaltung bringen kann.

3. Im Inneren des Spiegels

3.1 Die Praxis der Personzentrierten Psychotherapie und Beratung

Der Personzentrierte Ansatz ist in hohem Maß durch systemtheoretisches Denken geprägt. Es wird hier darauf vertraut, dass durch die Herstellung unspezifischer Umgebungsbedingungen, sprich der Realisation der therapeutischen Grundhaltungen, Selbstheilungsprozesse als Ausdruck der Selbstorganisation des Organismus möglich gemacht werden. Unter diesen Bedingungen bringt die Aktualisierungstendenz neue, gesündere Ordnungsstrukturen des Organismus zur Entfaltung. Es wird den Klientinnen und Klienten nicht der Weg zur Lösung ihrer Probleme gezeigt, sondern es werden Bedingungen geschaffen, unter denen sie diesen Weg mit maximaler Selbstbestimmung finden können. Das Vertrauen auf die Selbstheilungskräfte und die betonte Zurückhaltung Personzentrierter Therapeutinnen und Therapeuten hinsichtlich des Ausübens von Kontrolle entspricht dem Prinzip der Nicht-Direktivität. Eine der therapeutischen Grundhaltungen wird

als Akzeptanz bzw. unbedingte Wertschätzung bezeichnet. Diese Grundhaltung ist gekennzeichnet durch Anteilnahme und Akzeptierungsbereitsschaft gegenüber der Klientin bzw. dem Klienten. Sie bedeutet eine Art Zuneigung für sie zu empfinden, die geprägt ist durch einen tiefen Respekt vor deren Möglichkeiten zur Selbstentfaltung und Selbstbestimmung. Das Prinzip der Nicht-Direktivität steht damit in engem Zusammenhang.

Empathie, im Sinne des einfühlenden Verstehens der subjektiven Welt des Gegenübers einschließlich der angemessenen Rückmeldung des Verstandenen, ist die Bezeichnung für eine weitere Grundhaltung. Sie basiert im Verständnis des Personzentrierten Ansatzes nicht nur auf einer bewussten Perspektivenübernahme, sondern auch auf einem intuitiven Erspüren der inneren Verfassung des Gegenübers. Durch Empathie wird der Selbstexplorationsprozess auf Seiten der Klientinnen und Klienten gefördert. Dies geschieht, indem die bewussten Verarbeitungsprozesse auf die über Körperempfindungen und Gefühle zugänglichen Ergebnisse der unbewussten Prozesse ausgerichtet werden.

Voraussetzung für Empathie ist die Grundhaltung der Kongruenz auf Seiten der Therapeutin und des Therapeuten, im Sinne einer Offenheit für die eigenen Erfahrungen. Kongruenz ist dann gegeben, wenn das Bewusstsein einen Zugang zu dem hat, was in der Beziehung erlebt wird. Die in der Therapeutin und im Therapeuten ausgelösten Erfahrungen ermöglichen so einen direkten Zugang zur subjektiven Welt des Gegenübers. Kongruenz hat daneben eine Außenseite, die als Transparenz bezeichnet wird. Dies meint, dass die Therapeutin und der Therapeut sich nicht hinter einer professionellen Fassade verstecken, sondern sie der Klientin und dem Klienten als Mensch so begegnen, wie sie in Wirklichkeit sind. Dadurch wird erreicht, dass die verbale und nonverbale Kommunikation der Therapeutin oder des Therapeuten durch die Grundhaltungen des einfühlenden Verstehens und der bedingungslosen Wertschätzung geprägt ist und die Klientin bzw. der Klient in optimaler Weise von diesen Grundhaltungen profitiert. Die Bedeutung der therapeutischen Grundhaltungen für förderliche Entwicklungsprozesse wurde in vielen Untersuchungen nachgewiesen. Überlegungen von neurowissenschaftlicher Seite helfen dabei zu verstehen, weshalb diese wirksam sind.

3.2 Empathie aus neurowissenschaftlicher Perspektive

Gerade was die Erforschung der empathischen Fähigkeiten anbelangt haben die Neurowissenschaften in den letzten Jahren bedeutsame Fortschritte erzielt. Meiner Ansicht nach stehen diese Befunde völlig im Einklang mit Sichtweisen des Personzentrierten Ansatzes. Diese Fortschritte hängen vor allem mit der Entdeckung der so genannten Spiegelneurone zusammen. Eine verständlich geschriebene Einführung in diesen Themenbereich hat dabei Joachim Bauer (2005) geschrieben. Spiegelneurone werden sowohl dann aktiviert, wenn eine bestimmte Handlung ausgeführt wird als auch dann, wenn die Ausführung dieser Handlung beobachtet wird. Spiegelneurone erzeugen gewissermaßen eine Simulation des Beobachteten im Gehirn. Man nimmt an, dass sie die Grundlage für Modellernen, Gefühlsansteckung und Empathie sind.

Empathie wird aus dieser Perspektive möglich, weil Emotionen und Gefühle körperliche Reaktionen auf Emotionsauslöser darstellen und im Ausdrucksverhalten beobachtbar sind. Es wird angenommen, dass durch die Beobachtung der Gefühlsregungen einer anderen Person über die Spiegelneurone eine Resonanz im Gehirn hervorgerufen wird, durch die die emotionale Situation des Gegenübers unmittelbar erfahrbar wird. Solche Resonanzen werden in sozialen Interaktionen ständig erzeugt. Bauer weist beispielsweise auf Untersuchungen hin, die zeigen, dass bei der Betrachtung von Bildern von Personen mit einem lachenden oder verärgertem Gesichtsausdruck, automatisch Muskelgruppen aktiviert werden, die beim Lachen bzw. Ärgerausdruck beteiligt sind. Dies ist auch dann der Fall, wenn die Gesichter so dargeboten werden, dass sie nicht bewusst wahrnehmbar sind. Die automatisch erfolgenden Simulationsprozesse, die über die in verschiedenen Bereichen des Gehirns verteilten Spiegelneuronen-Systeme vermittelt werden, stehen vermutlich in engem Zusammenhang zu der im Personzentrierten Ansatz angenommenen intuitiven Komponente der Empathie. Dabei wird eine Beteiligung der Spiegelneuronen bei empathischen Fähigkeiten auch durch folgenden Befund bestätigt: Interindividuelle Unterschiede hinsichtlich der mit Fragebogenverfahren erfassbaren Empathiefähigkeit stehen in Zusammenhang mit der Aktivierbarkeit der Spiegelneuronen-Systeme der Personen (Jabbi, Swart & Keysers, 2007). Völlig im Einklang mit der Auffassung des Personzentrierten Ansatzes hinsichtlich der Bedeutung der Kongruenz für die Empathie legen die neurowissenschaftlichen Befunde damit nahe, dass die im Beobachtenden ausgelösten Resonanzprozesse einen direkten Zugang zum Erleben des Gegenübers ermöglichen. Auch bezüglich der Wirkung der Grundhaltung der unbedingten Wertschätzung lassen sich Beziehungen zu neurowissenschaftlichen Konzepten herstellen.

3.3 Unbedingte Wertschätzung aus neurowissenschaftlicher Perspektive

Eine durch bedingungslose unbedingte Wertschätzung geprägte Grundhaltung bewirkt den Aufbau eines Klimas der Sicherheit. Innerhalb der therapeutischen Situation liefern, wie ich gerade ausgeführt habe, von der Klientin bzw. des Klienten auf Seiten der Therapeutin oder des Therapeuten ausgelöste Resonanzprozesse diesen einen Zugang zur subjektiven Welt des Gegenübers. Die umgekehrte Richtung der Wirkung dieser Resonanzprozesse ist jedoch ebenso denkbar. Wenn bei der Klientin oder dem Klienten bei der Auseinandersetzung mit einem Thema starke Emotionen oder Gefühle entstehen, sie aber bei der Therapeutin bzw. dem Therapeuten beobachten können, dass diese ihnen mit unbedingter Wertschätzung begegnen, sie verstehen und trotzdem ruhig

bleiben, so kann angenommen werden, dass dadurch bei der Klientin oder dem Klienten eine Resonanz in Richtung auf mehr Ruhe erzeugt wird. Dies bietet einen zusätzlichen Erklärungsansatz dafür, weshalb durch Gespräche mit Erinnerungen und Vorstellungen verbundene Emotionen und Gefühle geändert werden können. Aus dieser Perspektive betrachtet, können von den Resonanzprozessen innerhalb der therapeutischen Beziehung heilsame Wirkungen auf die unbewussten Bewertungsprozesse ausgehen.

Diese Prozesse könnten auch

auf hormonaler Ebene verstärkt werden. So nimmt Kerstin Üvnas-Moberg (2003) an, dass durch zwischenmenschliche Interaktionen, die durch Liebe, emotionale Wärme und Empathie geprägt sind, das Bindungshormon Oxytocin freigesetzt wird. Dies kann zur Erklärung der Wirksamkeit der Therapieverfahren beitragen, bei denen eine in dieser Weise geprägte therapeutische Beziehungsgestaltung erfolgt. Oxytocin steht dabei mit Vertrauen in zwischenmenschlichen Beziehungen in Zusammenhang und hat eine deaktivierende Wirkung auf die Amygdala, der Hirnstruktur, die von entscheidender Bedeutung für die Auslösung von Furcht und Stress ist. Die angstmindernden, desensibilisierenden Prozesse, die Reinhard Tausch (2001) als wichtigen Wirkfaktoren der Personzentrierten Psychotherapie erwähnt, könnten somit auch über die Ausschüttung von Oxytocin in der therapeutischen Beziehung vermittelt werden. Aus neurowissenschaftlicher Perspektive sind emotionale Prozesse, und hier insbesondere innerhalb der therapeutischen Beziehung, für die Effektivität der Psychotherapie von größter Bedeutung. Gerald Hüther, einer der führenden deutschen Neurobiologen, betont beispielsweise, dass die Psychotherapie umso effektiver ist, je besser es "gelingt, die Patienten emotional zu erreichen" (Hüther, 2004, S. 245). Psychotherapeuten sollten sich deshalb seiner Ansicht nach darauf einlassen, den Patienten "auf Augenhöhe" zu begegnen und er spricht damit mir als Personzentriertem Psychotherapeuten aus dem Herzen.

4. Abschließende Bemerkungen

Ich habe versucht am Beispiel der Aktualisierungstendenz und den therapeutischen Grundhaltungen Beziehungen des Personzentrierten Ansatzes zu neurowissenschaftlichen Konzepten aufzuzeigen. Allerdings sollte dabei nicht vergessen werden, dass diese neurowissenschaftlichen Konzepte teilweise noch hypothetischen Charakter haben. Die hohe Kompatibilität des Personzentrierten Ansatzes mit den Neurowissenschaften ist erstaunlich, da der Erfahrungshintergrund bei beiden Ansätzen völlig unterschiedlich ist. Gerade deswegen spricht ihre Übereinstimmung sowohl für die Oualität der neurowissenschaftlichen Theorien als auch der des Personzentrierten Ansatzes. Letztere stellen meiner Ansicht nach den besten Rahmen für eine Integration neurowissenschaftlicher Grundlagenbefunde im Hinblick auf Psychotherapie und Beratung dar.

Die Entwicklungen innerhalb der Neurowissenschaften werden mit unvermindert hoher Geschwindigkeit weitergehen. Diesen Entwicklungen können diejenigen, die am Personzentrierten Ansatz interessiert sind, erwartungsvoll entgegenblicken. Mit den Worten von Carl Rogers: The facts are friendly!

Literatur:

Bauer, J. (2005). Warum ich fühle, was Du fühlst. (4. Aufl.). Hamburg: Hoffmann & Campe.

Damasio, A. R. (1997). Descartes' Irrtum. (3. Aufl.).

Damasio, A. R. (2005). Der Spinoza-Effekt. München: List.

Hüther, G. (2004). Psychotherapie und Beratung kann die Plastizität des Gehirns nutzen (Interview). Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung. 35. 243 – 245.

Jabbi, M., Swart, M. & Keysers, C. (2007). Empathy for positive and negative emotions in the gustatory cortex. Neuroimage, 34, 1744 – 1753 LeDoux, J. (2002). Synaptic Self. New York: Penguin Putnam.

Lux, M. (2007). Der Personzentrierte Ansatz und die Neurowissenschaften. München: Reinhardt. Rogers, C. R. (1959/1991). Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. (3. Aufl.). Köln: GwG-Verlag.

Roth, G. (2003). Fühlen, Denken, Handeln. Frankfurt: Suhrkamp.

Tausch, R. (2001). Wirkungsvorgänge in Patienten/ Klienten bei der Minderung seelischer Beeinträchtigungen durch Gesprächstherapie – Eine empirisch begründete Theorie. In: Langer, I. (Hrsg.). (2001). Menschlichkeit und Wissenschaft, 523 – 548. Köln: GwG-Verlag.

Uvnäs Moberg, K. (2003). The oxytocin factor. Cambridge, MA: Da Capo Press .

Klinisches und nicht-klinisches Gewaltmanagement integrieren

Anmerkungen aus gemeindepsychiatrischer Sicht

Von Christian Zechert

Nicht wenige Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und in der ambulanten sowie klinischen Psychiatrie Tätige, gelegentlich auch unfreiwillig involvierte Bürger, verfügen über schmerzhafte physische und psychische Erfahrungen von Gewalt und Zwang im Rahmen der psychiatrischen Versorgung. Hierbei können sie Opfer, Täter oder Zeuge in wechselnden Rollen sein. Nahezu immer sind diese Erfahrungen sehr persönlich und bedrückend. In seiner Einführung bezeichnet dies Eink als "Hässliche Geschichten von Zweifel, Angst und Scham" (1).

Hinter den generellen Begriffen von "Gewalt" ("fremd- und autoaggressives Verhalten") sowie "Zwang" ("richterlich/ärztlich legitimierte Schutzmaßnahmen"), verbirgt sich häufig ein komplexes, dynamisches Geschehen mit eigener Historie und mehreren Akteuren. Überforderung, Begrenzung, Demütigung, Überwältigung, Missverständnisse, Verkennung, Ängstigung, Kränkung, Beschämung und als "ultima Ratio" die Zwangsmaßnahme, sind wesentliche Merkmale solcher Situationen.

Diese "psychiatrische Gewalt" und die dabei freigesetzte Dynamik spielen sich keineswegs primär und ausschließlich in der psychiatrischen Akutklinik ab. Der familiäre Raum, das Betreute Wohnen, die Tagesstätte, die Öffentlichkeit ist vielfach der Ort, wo es zu primär auslösenden eskalierenden Situationen kommt. Oder in der Sprache der klinischen Dokumentation: Bedrohliches Verhalten im Vorfeld der Aufnahme bei 5% aller aufgenommenen Patienten (2). Die Diskussion um das Thema "Gewalt und Zwang", so wichtig der kritische Blick auf den klinischen Bereich mit seinen traditionell bekannten Maßnahmen der zwangsweisen Unterbringung,

Isolierung, Zwangsmedikation und Fixierung ist, darf nicht darauf beschränkt bleiben. In einer systemischen und dynamischen Betrachtungsweise gehört die Phase vor und nach einer klinischen Unterbringung unabdingbar dazu. Familie, Gemeinde und Gemeindepsychiatrie sind Teil dieser umfassenderen Perspektive. In der ersten von 14 Thesen über "Psychiatrie und Gewalt" spricht Wienberg (3) davon, dass Gewalt gegen psychisch kranke Menschen vor und unabhängig von psychiatrischen Institutionen" existiere. Allerdings, so muss man diese These ergänzen, existiert Gewalt auch von psychisch kranken Menschen ausgehend vor, unabhängig und nach psychiatrischen Institutionen.

Personale Gewalt – kein Spezifikum der Psychiatrie

Wenn wir davon ausgehen, dass personale Gewalt, die vom Menschen gegen einen anderen mit dem Ziel der Schädigung ausgeht, in erster Linie kein psychiatrisches sondern ein gesellschaftliches, häufig familiäres Phänomen ist, dem Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige, Professionelle und auch Menschen außerhalb des psychiatrischen Kontextes im Grundsatz gleichermaßen unterliegen, erweitert dies den Blick. Diese "allgemeine" personale Gewalt wird zu einer psychiatrischen infolge von Erkrankung und psychiatrischer Institutionalisierung. Gleichwohl Patienten der Diagnosegruppe F20 (Schizophrenie) bei den klinischen Untersuchungsgruppen signifikant höher beteiligt sind, bedeutet dies noch lange nicht, dass es sich bei "Gewalttätigkeit" nur um ein pathologisches, ausschließlich die Erkrankung begleitendes, klinisch zu isolierendes Problem handelt. Gerade bei Patienten/Klienten mit wiederholtem, häufigem fremdaggressiven Verhalten ist kaum

noch erkennbar, ob das "gewalttätige" Verhalten des Klienten ein spezifisch psychiatrischer Bestandteil seiner Erkrankung oder Teil seiner biografischen, außerpsychiatrischen Sozialisation ist oder – was wahrscheinlich ist – eine kaum noch zu differenzierende Kombination beider Aspekte.

Die Familie – kein gewaltfreier Raum

So wenig eine "gewaltfreie Psychiatrie" möglich ist, aber als Utopie und Zielvorgabe erhalten bleiben muss, genauso wenig haben wir es mit einem stets harmonischen, gewaltfreien Familien- und Nachbarschaftsleben zu tun. Auch Familie ist "kein gewaltfreier Raum". In einer Kurzbefragung von n=52 Studierenden (davon 46 weiblich) der Sozialarbeit zur biografischen Erfahrung von physischer und psychischer Gewalt (4) berichteten 82,7% der Studentinnen von häuslichen psychischen und physischen Gewalttätigkeiten mit zum Teil drastischen Erläuterungen wie "Vater schlug mit der Axt die Haustür ein", "mein Freund sprang mit den Schuhen auf meinem Rücken herum". Drei Studentinnen dokumentierten invasiv vollzogene Vergewaltigungen. Umgekehrt gaben die Studierenden an, zu 78,8% selber schon psychische und physische Gewalt ausgeübt zu haben: gegen die eigenen Kinder, gegen die Geschwister, gegen den Freund, Ehemann, Fremde. Nur eine der Befragten merkte an, bereits einmal psychiatrisiert worden zu sein.

"Psychiatrische Gewalt" – Verengte Sichtweise auf klinische Aspekte

In den letzten Jahren sind im deutschsprachigen Raum zahlreiche vorwiegend wissenschaftliche Anstrengungen im klinischen Bereich unternommen worden das



Christian Zechert, Dipl.-Soziologe, Geschäftsführer des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie.

Korrespondenzanschrift: Dachverband Gemeindepsychiatrie Oppelner Str. 130 53119 Bonn Email: zechert@psychiatrie.de Thema Gewalt "zu enttabuisieren". Damit soll anstelle der von gegenseitigen Traumatisierungen geprägten Schulddebatte eine eher handwerklich nüchterne und zugleich wissenschaftliche Bearbeitung mit dem Ziel der Reduktion von Gewalt und Zwang umgesetzt werden. Zu nennen sind vor allem die Arbeiten von Steinert (5), Richter (6), Abderhalden (5), Needham (5), Pieters (7) und Ketelsen et al. (8). Im angelsächsischen Raum wird die Diskussion bereits seit Ende der 90er Jahre mit jährlichen, über Europa hinausweisenden Kongressen geführt (9). Auf der klinischen Seite gibt es inzwischen relativ gute (zum Teil auch widersprüchliche) Daten über die Anlässe von Gewalt, über die besonders gefährdeten Patienten, den Zusammenhang von Personal, Räumlichkeiten als auch über die Art, Dauer und Unterschiedlichkeiten der Zwangsmaßnahmen sowie die Traumatisierungen bei Mitarbeitern (siehe hierzu insbesondere die obigen Autoren). Allerdings beschäftigen sich nur wenige Arbeiten mit der Frage der Traumatisierung und Re-Traumatisierung durch Zwangsmaßnahmen bei Patientinnen und Patienten.

Fehlende Untersuchungen und Erhebungen in der Gemeindepsychiatrie

Für die sog. "ambulant-komplementäre" Psychiatrie lässt sich ein wissenschaftliches und ein daraus resultierendes praxisrelevantes Engagement zu weniger "Gewalt und Zwang" hingegen kaum belegen. Die gelegentlich von massiver Gewalttätigkeit begleiteten Einsätze der MitarbeiterInnen der sozialpsychiatrischen Dienste sowie psychiatrischen Krisendienste, die Vorfälle in Familien, Nachbarschaften, Wohneinrichtungen, die Konflikte in Tagesstätten, im ambulant Betreuten Wohnen, in Werkstätten und Zuverdienstfirmen etc. sind zum Teil mit dem gleichen Phänomen von Überforderung, Missverständnissen, Verkennung, Ängstigung, Kränkung , Beschämung und "ultima Ratio" konfrontiert, wie im klinischen Bereich. Vielfach ist der Anspruch und die Professionalität auch besonders schwierige Klienten "ambulant halten zu können",

sehr hoch. Aus einer repräsentativen Umfrage bei niedergelassenen Psychiatern/Nervenärzten/ Neurologen/Institutsambulanzen und Psychiatrischen Klinken ergibt sich, dass rund 136.000 erwachsene Patienten mit der Diagnose Schizophrenie (F20) in Deutschland fachärztlich versorgt werden. 75.4% dieser Patienten werden durch niedergelassene Fachärzte und 21.3% durch Institutsambulanzen betreut. Nur 3.3% der an Schizophrenie leidenden Patienten befinden sich in längerfristiger (Verweildauer >1 Jahr) Behandlung (10). Ein erheblicher Teil dieser Patienten wird aber parallel zur ärztlichen Behandlung psychosozial begleitet. Die Gemeindepsychiatrie hat hierbei in den letzten zwanzig Jahren große Belastungen auf sich genommen und an Professionalität gewonnen. Auf der anderen Seite ist davon auszugehen, dass es im gemeindepsychiatrischen Bereich eine Reihe von Situationen gibt, die sich im Graubereich zwischen Professionalität und Überforderung bewegen. Gemeindepsychiatrie lernt zunehmend und durch drastische Vorfälle initiiert nicht immer freiwillig sich diesen Konflikten zu stellen. Allerdings mehr auf der praktischen, reaktiven alltäglichen Seite: die Teilnahme an Deeskalationstrainings, Fortbildungen zum Umgang mit Gewalt, die Kooperation mit der Polizei, die Benennung von Beauftragten, die juristische Abklärung und Absicherung etc. gehören mehr und mehr zum Alltag außerklinischer, gemeindepsychiatrischer Arbeit. Von einem bereits aktiv gestalteten umfassenden präventiven Konzept des vorsorgenden "Gewaltmanagements" auf wissenschaftlicher Grundlage bei ambulant-komplementären Anbietern ist man jedoch in der (ambulanten) Gemeindepsychiatrie weit entfernt.

Für die Gemeindepsychiatrie gibt es viel zu tun

Daher fällt es nicht schwer, Vorschläge für eine forcierte handwerkliche Beschäftigung der Gemeindepsychiatrie mit Zwang und Gewalt zu unterbreiten:

• Entwicklung trägerübergreifender quadrologischer Arbeits-

gruppen, um Standards, Daten und Dokumentationen im ambulant-komplementären Bereich zu entwickeln. Ziel könnte sein, dass alle Mitglieder der Gemeindepsychiatrischen Verbünde ein einheitliches Dokumentationssystem zum "Ambulanten Aggressionsmanagement" verwenden. Ziel solcher Standards ist die qualitätssichernde Vermeidung von Gewalt und Reduktion von initiierten Zwangsmaßnahmen. Hiervon profitieren Psychiatrie-Erfahrene und Professionelle gleichermaßen.

- Integration von klinischer und "außerklinischer" Psychiatrie mit dem Ziel der "sektorüberschreitenden Kooperation" zum Gewaltmanagement z.B. bei Patienten/Klienten, die auf beiden Seiten gut bekannt sind. Hier ist im Sinne der auch gesetzlich gewünschten stärkeren Integration des ambulanten und klinischen Sektors insgesamt sehr viel neuer Handlungsspielraum zu entwickeln.
- Erbringung des wissenschaftlichen Nachweises, dass qualifizierte Krisendienste und sozialpsychiatrische Dienste zu weniger Gewalt, Zwang und weniger unfreiwilligen Aufnahmen führen und damit den Patienten Zwang und den Krankenkassen und sonstigen Kostenträgern infolge weniger klinisch erforderlicher Aufnahmen und Sekundärkosten erhebliche Aufwendungen ersparen.
- tion von innovativen Modellen wie die Bremer Rückzugsräume (www.gapsy.de) und Berliner Krisenpension (www.pinel.de), die anstelle der klinischen Unterbringung alternativ ambulante Komplexleistungen nach SGB V im Rahmen der integrierten Versorgung auch für Patienten mit hohem Behandlungsbedarf sicher-

Im Kern lassen sich nahezu fast alle Evaluationsvorhaben und versorgungsrelevanten Forschungsfragen der klinischen Psychiatrie auf die ambulante-/ "komplementäre" Psychiatrie übertragen. Vorausgesetzt, es gibt ein integrierendes oder Gemeindepsychiatrie förderndes Forschungsinteresse

Gemeindepsychiatrie lernt zunehmend, sich Konflikten zu stellen, und zwar auf der praktischen und reaktiven Seite. Von einem umfassenden präventiven Konzept des vorsorgenden "Gewaltmanagements" auf wissenschaftlicher Grundlage ist man jedoch weit entfernt.

 Die wissenschaftliche Evaluastellen.

und die Forschungsressourcen fließen nicht so einseitig wie bisher in den klinischen Sektor. Der ambulant gesteuerte gemeindepsychiatrische Bedarf an qualifizierter Versorgungsforschung ist längst da.

Rückblick und Ausblick

In einer nunmehr zehn Jahre zurückliegenden Presseerklärung vom 9. Mai 1997 (11) erklärte der Vorstand der DGSP anlässlich einer Tagung zum Thema Gewalt, dass eine gewaltfreie Psychiatrie eine bedeutsame sozialpsychiatrische Utopie sei. In absoluter Form könne sie jedoch wegen der gesellschaftlichen Doppelfunktion von Hilfe und Kontrolle nie Wirklichkeit werden. Als wünschenswertes Ziel helfe sie allerdings Auseinandersetzungen über den weiterhin kritischen Umgang mit Zwang und Gewalt in der Psychiatrie zu initiieren.

Die DGSP forderte zur Minderung von Gewalt, vor allem für die stationäre Psychiatrie:

- Soteriaangebote nicht nur als Vorzeigemodell für wenige, sondern als Standardangebot.
- Rooming-in für Angehörige.
- Behandlungsvereinbarungen für den Fall einer Wiederaufnahme.
- Ausbau psychiatrischer Krisenund Notfalldienste.
- Wer glaubt, ohne Fixierung eines Patienten im Krisenfall nicht auszukommen, der muss eine personelle Begleitung garantieren, die mehr ist als eine "Sitzwache".
- Frauenschutzräume für Frauen, die eine von Männern unabhängige Behandlung haben wollen.
- Räumliche Entzerrungen und weitere konsequente Verkleinerung von Stationen.
- Eine ausreichende Zimmerausstattung, unbeeinträchtigter Briefund Telefonverkehr sind Grundbedingungen institutioneller, gewaltmindernder Unterbringung.
- Regelmäßige Befragungen von Psychiatrie Erfahrenen als Exper-

tinnen und Experten, um zu dokumentieren, welche Maßnahmen helfen, Gewalt zu vermeiden.

- Weiterentwicklung von Standards und Professionalisierung der Deeskalation.
- Einrichtung von Beschwerdestellen analog zu "Verbraucher"schutzbüros.
- Öffnung der Stationstüren, wann immer dies möglich ist.

Diese Empfehlungen sind erstaunlicherweise zum Teil in einigen Häusern umgesetzt, manche wie die Soteria - in ihrer Ursprungsform - von der absoluten Realisierung weiter denn je entfernt. Einiges ist völlig neu wie die Rückzugsräume (Bremen) oder Krisenpension (Berlin). Andere harren noch ihrer Verwirklichung. Unbedingt hinzukommen muss die analoge Entwicklung und Evaluation im ambulanten Bereich und ihre enge Vernetzung mit klinischen Einrichtungen unter aktiver Beteiligung kritischer und engagierter Betroffener sowie Angehöriger und, wo möglich, der Bürgerhilfe. •

Literatur

- (1) **Eink, M.** (Hg.): Gewalttätige Psychiatrie: Bonn
- (2) Künzler, N., Schmauß, M., Messer, T.: Aggressivität psychiatrischer Patienten in der Versorgungsklinik: Diagnosegruppen und Besonderheiten in der Behandlung. Psychiatrische Praxis 2007; 34: 145-147.
- (3) Wienberg, G.: Gewaltfreie Psychiatrie eine Fiktion. Begriffliches und Grundsätzliches zum Problem der Gewalt in der Psychiatrie. In: Eink, M., Gewalttätige Psychiatrie: Bonn 1997.
- (4) Zechert, C., /Löwe: Familiäre, schulische und berufliche Gewalterfahrungen Studierender der Sozialarbeit. Ergebnisse einer Befragung. Veröffentlichung in Vorbereitung. Hannover/ Bielefeld 2007
- (5) Steinert, T.; Schmid, P.; Abderhalden, C.; Needham, I.; Arbeitskreis Prävention von Gewalt in der Psychiatrie: Management von Aggression und Gewalt in psychiatrischen Krankenhäusern. Krankenhauspsychiatrie; 04, 2004.
- (6) **Richter D.** "Patientenübergriffe auf Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken: Häufigkeit, Folgen, Präventionsmöglichkeiten. Freiburg i. B. Lambertus,
- (7) Pieters, V. Macht Zwang Sinn Subjektives Erleben, Behandlungsbewertungen und Therapieerfolge bei gerichtlichen Unterbringungen schizophrener Menschen. Bonn 2003.
- (8) **Ketelsen R., Schulz, M., Zechert, C.**: Seelische Krise und Aggressivität. Der Umgang mit Deeskalation und Zwang. Bonn 2004.
- (9) The European Violence in Psychiatry Research Group (EVIPRG): www.staff.city.ac.uk/~ra917/eviprg/
- (10) Besthehorn, M., Tischer, B., Glaser, P., Mast, O., Schmidt, D.: Repräsentative Studie zur Verteilung schizophrener Patienten auf medizinische Versorgungseinrichtungen in Deutschland. Fortschritte der Neurologie Psychiatrie 1999; 67: 487–492
- (11) Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie: Presseerklärung zur Minderung von psychiatrischer Gewalt vom 9. Mai 1997, Köln 1997.

Borderline-Projekt in Biberach

Von Ingrid Hüttl und Ulrich Verhoeven

Die Bruno-Frey Stiftung (BC) ermöglichte dem Team des Gemeindepsychiatrischen Zentrums Biberach (GPZ) die Planung und Durchführung eines Projektes. Da es bisher keine speziellen Angebote für Menschen mit einer Borderlinestörung im ambulanten Setting gab, diese Klientengruppe jedoch immer mehr zunimmt, entschied sich das Team, für diese Gruppe ein spezielles Angebot zu entwickeln. Menschen mit dieser Erkrankung haben immense Schwierigkeiten ihre Gefühle zu steuern. Verantwortlich für die

Entstehung sind biologische Dispositionen, spezifische Umweltbedingungen sowie deren Wechselwirkung in der (kindlichen) Entwicklung.

Die Theorie

Inspiriert durch die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) von Marsha Linehan, (die im stationären Bereich erfolgreich angewendet wird), durch die Modelle der Transaktionsanalyse, der Methoden der sozialen Gruppenarbeit und der Erlebnispädagogik, entwickelten GPZ -MitarbeiterInnen ein projektbezogenes Konzept für den ambulanten Bereich; Ziel war die Erweiterung des Bezugsrahmens und die Förderung von Autonomie und Eigenverantwortung der Betroffenen.

Aus dem Konzept der DBT bezogen wir folgende Schwerpunktthemen als Grundlage:
Wege zur inneren Achtsamtkeit/
Entwicklung zwischenmenschlicher Fähigkeiten/ Angemessener
Umgang mit Gefühlen/
Techniken zur Stresstoleranz.

Bei der *Transaktionsanalyse* griffen wir z.B. auf folgende Konzepte zurück: Lebensskript/ Ich-Zustandsmodell/ OK-Haltung/ Strokeökonomie/ Bezugsrahmen/ Abwertungstabelle.

Die soziale Gruppenarbeit vermittelte: Informationen zur Gruppendynamik/ Soziales Kompetenztraining/ Anleitung sozialer Gruppen.

Aus der Erlebnispädagogik stammen die Erkenntnisse, dass Lernerfahrungen, die gemacht und reflektiert werden, als Erfahrungslernen in den Alltag transferiert werden können und in nächster Zukunft genutzt werden.

Ausgehend von diesem theoretischen Basiswissen, langjähriger Beratungserfahrung mit Borderlineerkrankten, gekoppelt mit begleitender Supervision und Fortbildung, entwickelten die Mitarbeiter des GPZ dieses Proiekt für den ambulanten Bereich. Sie wählten Aktivitäten aus, die die Klienten mit den vertrauten Bezugspersonen erfahren und reflektieren konnten. Die Aktivitäten sollten in kleinen Gruppen mit anschließender Auswertung durchgeführt werden. Die Mitarbeiter entschieden sich für folgende drei Einheiten:

- 1. Eindrücke und Erfahrungen in der "Sinnwelt".
- 2. Eigene Stärken und Grenzen erproben im Hochseilklettergarten.
- 3. Wahrnehmungsübungen in freier Natur und im Dunkeln, anschließend Lagerfeueratmosphäre.

Das Gruppenangebot wurde den

KlientInnen aus allen Funktionsbereichen des GPZ – dem ambulant Betreuten Wohnen, dem Sozialpsychiatrischer Dienst und der Tagesstätte für psychisch erkrankte Menschen vorgehalten. Zu allen KlientInnen bestand eine beraterische Beziehung, sodass die Vor- und Nachbereitung des sehr intensiven Erlebens in den Beratungsprozess eingebettet war und somit auch die Krisenanfälligkeit minimiert werden konnte.

Die entsprechenden Informationen wurden auf Flyern zusammengestellt und an die entsprechenden KlientInnen verteilt.

Die Reflexion der Gruppen erfolgte nach Gruppenregeln: "Sprich per ich und nicht per man".

"Sei dein eigener chairman". "Vermeide Nebengespräche". "Trage keine persönliche Dinge aus der Gruppe hinaus". "Vermeide Interpretationen".

Was geschah in der Praxis?

Einer der ersten Herausforderung bestand darin, dass die Menschen, die ihr Interesse bekundeten und sich bei uns angemeldet hatten, den Weg zu uns finden mussten. Die Folgen langjähriger psychischer Erkrankung zeigen sich in folgenden Phänomenen: Betroffene ziehen sich zurück, sind antriebslos und passiv. Dabei verlieren sie sich oft in Grübeleien und negative, abwertende Gedanken über sich, die anderen und die Welt. Viele erleben ihre Situation, ihr Dasein als wert-, nutz- und hoffnungslos. Jetzt galt es, die eigene Unsicherheit und lähmende Angst zu überwinden, aktiv zu werden, (d.h. z.B. rechtzeitig aufzustehen, sich ausgehfertig machen) um dann zum vereinbarten Zeitpunkt zum GPZ zu kommen..

Mit viel Zuspruch und Ermutigung gelang es, die Klienten zu bewegen, sich am GPZ, als Ausgangspunkt für die gemeinsamen Aktivitäten, einzufinden. Sobald sie angekommen waren, und die Zuwendung der MitarbeiterInnen erlebten, reduzierten sich die inneren Spannungen der Betroffenen. Dieses Phänomen beobachteten wir auch zu Beginn der

beiden anderen Unternehmungen.

1. Aktivität: Sinnwelt

Die Sinnwelt ist ein Ort der Stille, an dem alle Sinne: Augen, Ohren, Nase, Stimme, Tastsinnkörpergefühl angesprochen sind. Erfahrungen mit allerlei Übungsmaterial sind im Jetzt und Hier möglich. Es erfordert Mut und Experimentierfreudigkeit an den jeweiligen Stationen zu üben; da gibt es z.B. die Weltenschaukel in die man hineinklettert und sich mit geschlossenen Augen schaukeln lassen kann. Eine Erfahrung des Getragenseins, wie im Mutterleib. Dort liegt ein Stein, in dem man seinen Ur-Ton hören kann und dadurch Kontakt zu sich selbst möglich wird; oder die drehenden Scheiben, die das eigene Auge täuschen. Es gibt eine Wasserfontäne und viele verschiedene Düfte (Muskat, Zimt, Lavendel etc) zum Erraten und vieles mehr. Die Teilnehmer hatten während des Spaziergangs durch die Sinnwelt die Möglichkeit, spontan ihre Erfahrungen und Gefühle mitzu-

Förderung von Autonomie

Einander zuhören fördert das Einfühlungsvermögen des Einzelnen und erweitert dadurch den Bezugsrahmen und erhöht die soziale Kompetenz. Eine Teilnehmer äußerte sich folgendermaßen: "Ich gehöre zu dieser Gruppe- mich und andere annehmen lernen ist das Ziel." Es war uns ein Anliegen, folgendes zu vermitteln: Ich kann den anderen in seinem Anderssein lassen und erlebe mich unterschiedlich zu den anderen, dies ist kein Widerspruch. Eine weitere Intervention beinhaltet die Unterscheidung zwischen wahrnehmen und bewerten. Eine Teilnehmerin hatte ein Problem mit der Person der Klosterschwester, die uns zeitweise durch die "Sinnwelt führte" und hinterfragte immer wieder deren Rolle. Das hielt sie davon ab, sich ganz auf die einzelnen Stationen konzentrieren zu können. Die anderen Teilnehmer berichteten von Schwierigkeiten sich auf Übungen einzulassen, vor allem der Durchgang zum Dunkelzimmer war für einige nur mit "an der Hand gehen" möglich. Zwei TN konn-



Ingrid Hüttl Dipl. Sozialarbeiterin (FH)in fortgeschrittener TA-Ausbildung



Uli Verhoeven Dipl. Sozialpädagoge (FH), Transaktionsanalytiker (DGTA).

Gemeindepsychiatrisches Zentrum GPZ Biberach Email: zentrum@ gpz.biberach.de ten nur sehr kurz dabei bleiben. Sich voll und ganz einlassen und an einer Sache wirklich bleiben, stellt für den Großteil der Teilnehmer ein Problem dar. Natürliche Neugierde und Experimentierfreudigkeit ist wenig ausgeprägt. Erst nach ermutigenden motivierenden Interventionen der MitarbeiterInnen trauten sich die Betroffenen, Neues zu wagen und sich einzulassen.

2. Aktivität: Hochseilklettergarten

Außer einer Klientin, die sich entschied, von unten zuzuschauen, haben alle Teilnehmer nach einer ausführlichen Einweisung durch das Personal des Klettergartens zwei Parcours durchlaufen. Ein Klient war bei der Einweisung sehr ungeduldig und hatte auch im weiteren Verlauf die Anweisungen nicht ernst genommen. Dies führte wiederholt zu Problemen; die Mitarbeiter-Innen waren jetzt gefordert, ihn zu mehr Eigenverantwortung hinsichtlich des gewissenhaften Einhängens der Sicherungskarabiner zu bewegen. Die Herausforderung und Chance eines Klettergartens bestehen darin, die Hindernisse aus eigener Kraft zu überwinden und gestellte Aufgaben erfolgreich zu bewältigen. Die Kletterer konnten sich selbst neu erleben: kräftig aber auch ängstlich und mutig zugleich. Die Teilnehmer kamen immer wieder an Grenzen und brauchten Ermutigung ihre Ängste zu überwinden. Die Mitarbeiter gaben Hilfestellungen und Tipps zum besseren Gelingen. Alle Kletterer waren den Aufgaben des Parcours körperlich gewachsen. Am Ende waren alle stolz über ihre Leistung und froh, es wirklich geschafft zu haben. In der anschließenden Auswertungsrunde lag ein Schwerpunkt im Erfahrungsaustausch. Alle Teilnehmer waren erstaunt über sich selbst und darüber dass sie den Parcour geschafft hatten. Die Fragen: "Wie kann ich das Gelernte in meinen Alltag übertragen?" und "Und wie kann ich diese positiven Erfahrungen auch in anderen Bereichen meines Lebens nutzen?" sollte den Handlungsspielraum in der Alltagsbewältigung erweitern und Alternativen zu bisherigen Lebenserfahrungen aufzeigen.

3. Aktivität: Nachtwanderung und Lagerfeuer

Ausgangsort für die geführte Nachtwanderung war ein im Wald gelegener Grillplatz. Am Nachthimmel schien der Mond, sodass man Umrisse noch gut sehen konnte. Zwei Teilnehmer hatten ihre großen Hunde dabei; dies stellte einen zusätzlichen Schutz für alle dar. Schweigend und paarweise Hand in Hand ging die gesamte Gruppe vorsichtig, mit offenen Augen und Ohren das erste Stück des Weges. Die bewusste Wahrnehmung mit allen Sinnen war den Mitarbeitern wichtig. Den zweiten Abschnitt gingen alle in einer langen Schlange und wechselten nacheinander mit der Führerrolle ab. Eine Steigerung dieser Übung war die Anweisung alleine, hintereinander mit Abstand (3-5m) zu gehen und dabei alle Positionen (jeder läuft als erster, in der Mitte und am Ende) einzunehmen. Am Umkehrpunkt gab es Wahrnehmungs- und Atemübungen im Stehen. Den Weg zurück ließen wir bewusst ohne Anweisung offen. Nach dem gemeinsamen Grillen und Essen standen alle um das Lagerfeuer und reflektierten das Erlebte. Die Wahrnehmung der Dunkelheit und der Geräusche im Wald verbunden mit dem individuellen Empfindungen stand jetzt im Mittelpunkt. Die Gemeinschaft in der kleinen Gruppe wurde von einem Teilnehmer als etwas Besonderes im Sinne von Geborgenheit erlebt. Es war ein Erlebnis, das er in seinem Leben schmerzlich vermisste. Besonders spannend war es für eine Teilnehmerin, sich in der Rolle einer Gruppenführerin zu erleben. Einem Klienten gefiel der Platz am Ende der Schlange besser als alle andern Plätze; eine andere Frau mochte diesen Platz am Ende der Schlange nicht und war froh als der Teilnehmer nach ihr diesen Platz einnahm. Sie fürchtete sich davor, die letzte zu sein.

Projekterfahrungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Rückblickend haben alle Teilnehmer die Erfahrungen im Borderlineprojekt als Bereicherung erlebt. Die Aktivitäten wurden trotz der physischen und psychischen Anstrengungen und Anforderungen positiv erlebt. Alle Beteiligten wünschen sich neue Projekte mit ähnlichen Erfahrungsmöglichkeiten

Die Mitarbeiter waren zu Beginn davon ausgegangen, dass alleine die Art des Angebots einen so hohen Anreiz darstellen würde, dass krankheitsbedingte Hemmnisse in den Hintergrund treten. Dass Borderlineerkrankte sich nur schwer selbst motivieren können, stellt eine immense Schwierigkeit im ambulanten Kontext dar. Im stationären setting sind Klienten persönlich anwesend, im ambulanten setting müssen sie erst den Weg ins GPZ finden. Die Umsetzbarkeit stationärer Konzepte in den ambulanten Bereich stößt hier an Grenzen. Mit einem Personalschlüssel von 1:1 ist dieses Projekt nur mit einer außerordentlichen Finanzierung zu leisten.

Resumée

Die Konzepte aus DBT, TA, Erlebnispädagogik, sozialer Gruppenarbeit sind im ambulanten Bereich erfolgreich anwendbar. Die Vorbereitung und Durchführung des Projektes erfordert eine hohe fachliche Kompetenz der Mitarbeiter dies umfasst Sach-Selbst-Sozialkompetenz (Information über Borderlineerkrankung, Kenntnisse der verschiedenen Konzepte, Reflektionsfähigkeit, Teamfähigkeit). Die Frage bleibt offen, wie dieses Projekt effektiv und realisierbar weiterentwickelt und umgesetzt werden und ggf. in die ambulante Arbeit des Gemeindepsychiatrischen Zentrums integriert werden kann.

Wir freuen uns über schriftliche Rückmeldungen zu dieser Projektarbeit.

Mitgliederversammlung des BeB in Berlin

Am 17. und 18. November 2008 richtet der BeB seine Mitgliederversammlung in der Katholischen Akademie in Berlin aus. Die Veranstaltung wird voraussichtlich unter dem Motto "Grund- und Menschenrechte – Chancen der UN-Konvention" stehen.

Der Beginn ist für 13.30 Uhr vorgesehen mit Grußworten und Verbandsregularien. Ab 16 Uhr ist eine umfangreicher Block mit Arbeitsgruppen geplant, in denen aktuelle Ergebnisse aus Arbeitsgruppen des BeB oder sonstige Projekte vorgestellt und diskutiert werden. Nach der Andacht am 18. November 2008 steht das Tagungsmotto im Mittelpunkt der Veranstaltung. Mit Beiträgen aus Wissenschaft und Politik soll das Thema "UN-Konvention" mit seinen Möglichkeiten und Wirkungen erläutert und Umsetzungsstrategien vorgestellt und im Plenum diskutiert werden. Der Tagungsabschluss ist für etwa 12.30 Uhr vorgesehen. Einladungen zu dieser Veranstaltung gehen den Mitgliedseinrichtungen im zweiten Quartal 2008 zu.

2008 ziemlich eng sein dürfte, empfiehlt es sich schon heute für die Unterbringung Vorsorge zu treffen. Die Katholische Akademie (Nähe S-Bahnhof Friedrichstraße in Berlin Mitte) verfügt leider nur über ein kleines Zimmerkontingent, das bereits vom BeB für die Referentinnen und Referenten belegt wurde. Wir haben vorsorglich Abrufkontingente in folgenden Hotels bis zum 20. September 2008 bereitgestellt: Hotel Dietrich-Bonhoeffer-Haus, Ziegelstraße 30, 10117 Berlin, Telefon: 030/284 67-0 (etwa 80 Euro im Einzelzimmer), Allegra in Mitte, Albrechtstr. 17, 10117 Berlin, Tel.: 030/308 86-0 (etwa 87 Euro im Einzelzimmer), Albrechtshof, Albrechtstr. 8, 10117 Berlin, Tel.: 030/308 86-0 (etwa 91 Euro im Einzelzimmer), Ramada Hotel

Berlin Mitte, Chausseestraße 118,

Da das Zimmerangebot aufgrund

diverser Tagungen im November

10115 Berlin, 030/27 87 55-0 (etwa 109 Euro im Einzelzimmer). Bitte beachten Sie, dass die Abrufkontingente nur bis zum 20. September 2008 bestehen! Das Stichwort für die jeweilige Zimmerreservierung in allen Hotels lautet "Mitgliederversammlung"...

Jahresprogramm 2008 der Bufa/ GFO enthält eine Vielzahl interessanter Angebote

Mit neuem Layout, aber insbesondere mit einer neuen inhaltlichen Gliederung, macht die Bundesfachakademie (Bufa/GFO) gemeinsam mit der Bundesakademie für Kirche und Diakonie (BAKD), der Führungsakademie (FAKD) und dem Burckhardthaus Gelnhausen auf ihr Jahresprogramm 2008 aufmerksam. Mehr als 90 Angebote umfasst die Palette der Bufa/GFO zu unterschiedlichsten Themen und hat damit den größten Anteil in dem 300 Seiten umfassenden Programmbuch. Ihre Angebote richten sich insbesondere an Leitungs- und Fachkräfte der Behindertenhilfe, der Sozialpsychiatrie und der Suchtkrankenhilfe.

Da gibt es ein- und mehrteilige Fort- und Weiterbildungen für Fachkräfte in spezifischen Arbeitsfeldern und Arbeitsbedingungen Intensivgruppen, WfbM, Wohnangeboten für älter werdende Menschen, Nachtarbeit), zu spezifischen Qualitätsmanagementverfahren (GBM und PPQ). Veranstaltungen zu aktuellen Themen (Persönliches Budget, Doppeldiagnosen, Empowerment), zu spezifischen Herausforderungen (traumatisierte Menschen, Menschen mit Borderline-Störungen, Interkulturalität) gehören ebenfalls dazu, um nur einige Punkte zu nennen. Außerdem bietet die Bufa/GFO umfangreiche zertifizierte Weiterbildungen mit bewährten Curricula (Sozialpsychiatrische Weiterbildung, Weiterbildung für Fachkräfte zur Arbeits- und Berufsförderung), Grundlagenkurse (Sucht, Rolle der Assistenten im Betreuten Wohnen), ausdifferenzierte Angebote

zur Praxisbegleitung, zum Projektmanagement, zur Supervision, Beratung und zum Coaching. Nicht nur Themen für die Fachkräfte in der Suchtkrankenhilfe, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie werden aufgegriffen, sondern auch Themen für Mitarbeitende in Betriebswirtschaft und Verwaltung. Neben Veranstaltungen, in denen es vorrangig um die Vermittlung fachlicher Kompetenzen geht, sind auch Angebote zu finden, die die schwierige berufliche Arbeitssituation reflektieren helfen und bei der Bewältigung der Arbeitsbelastung unterstützen (Zeitmanagement, Burnout, Qi Gong, Shiatsu, Work-Live-Balance).

Der BeB, als zweiter Gesellschafter neben der BAKD, unterstützt die Bufa bei ihren Bemühungen um Qualifizierung der Fachkräfte und Entwicklung der Angebote und empfiehlt seinen Mitgliedern, regen Gebrauch von dem vielfältigen Programm zu machen.

Bei der Geschäftsführung der Bufa oder bei den drei Standorten der Bufa/GFO erhält man ausführliche Informationen und die Anmeldeunterlagen:

Bundesfachakademie (Bufa)/GFO Geschäftsstelle und Region Ost Horst Steinhilber, Heinrich-Mann-Str. 29, 13156 Berlin Tel.: (030) 49760615 | Mobil: (0172) 6204215 Fax: (030) 49916914 Email:steinhilber@bufa-gfo.de.

Bundesfachakademie (Bufa)/GFO Region Süd, Sudetenweg 92, 74523 Schwäbisch Hall Isolde Moser, Tel.: (0791) 500-282 Fax: (0791) 500-300 Email: sued@bufa-gfo.de Bundesfachakademie (Bufa)/GFO.

Region Nord,Postfach 2404, 48011 Münster, Ursula Diekmann Tel.: (0251) 2709-396 Fax: (0251) 2709-398 Email: nord@bufa-gfo.de Angefordert werden kann das Programmbuch über die Internetadresse www.bufa-gfo.de.

Kooperation von Bufa/GFO und EUCREA zum Thema "Kunst und Behinderung"

2008 führt die Bundesfachakademie / GFO erstmals gemeinsam mit EUCREA-Deutschland e.V. ein neues Fortbildungsangebot im Bereich Kunst von behinderten Menschen durch. EUCREA Deutschland e.V. fördert seit 1986 behinderte Künstler im Rahmen von Festivals und Veranstaltungen und regt die Diskussion innerhalb der Szene durch Kongresse und Publikationen an. Schwerpunkte des neuen Angebots sind zunächst die darstellenden und bildenden Künste. Dabei geht es um das Erlernen und Vermitteln künstlerischer Techniken sowie die erfolgreiche Planung und Durchführung von Ausstellungen und Veranstaltungen. Die Bufa ist für die Organisation dieser Fortbildungsangebote zuständig. Das Angebot richtet sich an pädagogische Fachkräfte im Arbeits-, Wohn- oder Freizeitbereich, die mit geistig und psychisch behinderten Menschen künstlerisch arbeiten wollen oder dies bereits tun. Die Veranstaltungen werden an unterschiedlichen Standorten stattfinden und als mehrtägige Seminare einzeln und im Block angeboten werden.

Folgende Inhalte sind geplant:

Pädagogische Grundlagen

- Künstlerische Arbeit mit Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen
- Künstlerische Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Menschen Bildende Kunst:
- Vermittlung künstlerische Techniken: Praxisübungen in den Techniken Malerei, Druckgrafik, Skulptur und Installation, Fotografie und elektronische Medien
- Präsentation von Kunstwerken, Ausstellungsorganisation Darstellende Kunst:
- Grundlagen der Schauspielkunst
- Grundlagen der Inszenierung Organisation/Management:
- Grundlagen des Kunst-Managements
- Finanzierung
- Öffentlichkeitsarbeit Informationen unter: www.bufagfo.de / www.eucrea.de.

Im Gespräch bleiben Die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe bleibt auf der Tagesordnung

Im Herbst des vergangenen Jahres hatte die Bundesbehindertenbeauftragte Karin Evers-Meyer den von ihr unter Beteiligung zahlreicher Behinderten- und Fachverbände gegründeten Arbeitskreis "Eingliederungshilfe-Reform" aufgrund "unüberwindbarer Meinungsunterschiede" nach nur

einer Sitzung eingestellt. Die Eingliederungshilfe ist für Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung die wichtigste Rechtsgrundlage für die gesellschaftliche Teilhabe und für die Telhabe am Arbeitsleben. Da die damit verbundenen Ausgaben inzwischen zum größten Kostenfaktor für die Sozialhilfeträger geworden sind, wird immer wieder über eine Reform der Eingliederungshilfe diskutiert. Mit dem Arbeitskreis wollte die Bundesbehindertenbeauftragte im Vorfeld der Reform konkrete Anforderungen formulieren, welche Leistungen wie zukünftig erbracht werden sollen, wo Verbesserungen sinnvoll und möglich und welche Mindeststandards auf jeden Fall abgesichert werden sollen. Da einige der beteiligten Verbände die Diskussion über ein schon seit langem gefordertes eigenständiges Leistungsgesetz als Grundvoraussetzung für weitere Gespräche genannt hatten, nahm Karin Evers-Meyer dies zum (willkommenen) Anlass, den Arbeitskreis einzustellen. Diese konfrontative Entwicklung ist nicht im Sinne behinderter oder psychisch kranker Menschen. Deshalb haben die Kontaktgesprächsverbände, darunter der BeB, die Initiative übernommen und sich erneut an die Bundesbehindertenbeauftragte



gewandt und um Fortführung der Gespräche gebeten. Konkret soll dies nun in einen "Fachtag Teilhabe" einmünden, der im Herbst 2009 von den Kontaktgesprächsverbänden veranstaltet wird. Zu diesem Fachtag werden neben den Kontaktgesprächsverbänden auch Betroffenenverbände sowie die Bundesbehindertenbeauftragte eingeladen werden. Die Positionierung des BeB wird auf dem Diskussionspapier "Auf dem Weg zur Inklusion" basieren, das erst kürzlich in einem Positionspapier des Fachverbandes Evangelische Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie in Bayern e.V. aufgegriffen und unterstützt wurde. Das Diskussionspapier des BeB steht unter www.beb-ev.de Rubrik "Fachthemen".

Der Weg aus dem Heim – aber wie?

Tagung des LVPE in Alzey 21.Mai 2008

Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland Pfalz e.V. in Kooperation mit der Techniker Krankenkasse und dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen.

Rheinhessen Fachklinik Alzey, Dautenheimer Landstr. 66.
Anmeldung bitte unter e-mail: f.j.wagner@gmx.net oder Telefon 0651/1707967 bis 14.05.2008.
Informationen: www.lvpe-rlp.de.

"Wenn die Patienten nicht wären …!"

13. Forum Psychiatrie und Psychotherapie Paderborn 28. und 29. Oktober 2008 Personenorientierte Behandlung versus Mitarbeiterinteressen: Bedürfnisangemessenes Handeln in der psychosozialen und psychiatrischpsychotherapeutischen Versorgung

Verantwortlich: PD Dr. Bernward Vieten Organisation: Simone Büring, Agathastraße 1, 33098 Paderborn Tel: 05251 295-118, FAX: -119

Email: simone.buering@wkp-lwl.org

Neu im Frühjahr:



ISBN 978-3-88414-435-0 ca. 540 Seiten, ca. 39.90 Euro Interdisziplinäre Psychosentherapie: Skandinavische Modelle der Behandlung und Versorgung von Psychosen gelten als vorbildlich. Cullberg verbindet neueste medizinische und psychologische Erkenntnisse und entwickelt daraus seine auf die Bedürfnisse des Einzelnen abgestimmte Therapie. Volkmar Aderhold und Nils Greve

zeigen, wie dieser ganzheitliche Ansatz auch hierzulande erfolgreich umgesetzt werden kann.

Johan Cullberg **Therapie der Psychosen**Ein interdisziplinärer Ansatz



Innovative Wege in Arbeit: Das Buch bietet eine Fülle von Informationen, Beispielen und Anregungen, um psychisch kranke Menschen in eine bezahlte Beschäftigung zu bringen.

Hermann Mecklenburg und Joachim Storck (Hg.) Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben 978-3-88414-436-7 Ca. 250 Seiten, 24,90 Euro



Neuorientierung: Ein praxiserprobtes Konzept mit detaillierten Anleitungen zur Gruppen- und Einzelarbeit, das eine Lücke füllt im psychiatrischen Therapieangebot.

»Dieses Handbuch stellt eine große Bereicherung für all diejenigen dar, die sich mit Krisen beschäftigen, von einem immensen und erfolgreichen Erfahrungsschatz profitieren und den eigenen (therapeutischen) Handlungsspielraum erweitern möchten.« Dr. med. Matthias Lindner

Marie Boden, Doris Rolke

Krisen bewältigen, Stabilität erhalten, Veränderung ermöglichen Ein Handbuch zur Gruppenmoderation und zur Selbsthilfe Psychosoziale Arbeitshilfen 25, ISBN 978-3-88414-443-5, 196 Seiten + CD, 29.90 Euro

Psychiatrie-Verlag

Alle neuen Bücher unter: www.psychiatrie-verlag.de • mail: verlag@psychiatrie.de





ALLTAG & EIGENSINN IN DER PSYCHIATRIE

2. bis 4. Oktober 2008 in Leipzig

Selbstbestimmt?

Tagungsort:

Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur Leipzig Karl-Liebknecht-Str. 145 04251 Leipzig

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) e. V.

Das Handeln psychiatrisch Tätiger kann für psychisch erkrankte Menschen eine massive Einschränkung ihrer Selbstbestimmungsrechte bedeuten und bedarf daher der kritischen Reflexion. Was ist das richtige Maß des Eingriffs in das Selbstbestimmungsrecht psychisch erkrankter Menschen? Was sind Alternativen zur gängigen Praxis, und wie lassen sich diese umsetzen? Welche rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen gilt es zu hinterfragen, und welche Notwendigkeiten einer Veränderung gilt es zu verfolgen?

Das Spannungsfeld »Fremdbestimmung versus Selbstbestimmung« wird im Rahmen der Tagung in Referaten und Foren aus den Perspektiven Psychiatrie-Erfahrener, Angehöriger psychisch erkrankter Menschen und psychiatrisch Tätiger betrachtet und diskutiert.

Programm und Anmeldung:

DGSP-Geschäftsstelle Zeltinger Str. 9 50969 Köln

Tel.: (02 21) 51 10 02 Fax: (02 21) 52 99 03

E-Mail:

dgsp@netcologne.de

Programmauszug:

■ Wir waren das Volk ... oder: Schöne neue Welt?

Alte und neue Erfahrungen mit der »Psychiatrie« in den neuen Bundesländern Prof. Dr. Beate Mitzscherlich, Dipl.-Psychologin, Westsächsische Hochschule Zwickau

■ Zur Notwendigkeit und Möglichkeit minimaler Anwendung von Neuroleptika

Vorstellung und Diskussion von Forschungsergebnissen zu Wirkungen und Nebenwirkungen der Neuroleptika und deren Folgen für die Selbstbestimmung Dr. Volkmar Aderhold, Psychiater, Universität Greifswald

■ HOFFNUNG MACHT SINN – Recovery-Konzepte in der Psychiatrie

An die Genesung glauben bestärkt und verschafft mehr Lebensqualität – Empowerment psychisch erkrankter Menschen hilft!
Prof. Dr. Michaela Amering, Psychiaterin, Universität Wien

■ Zwischen Ideologie und Markt – ostdeutsche Biografien / ostdeutsche Systemerfahrungen

Peter Melcher, Dipl.-Physiker, Leipzig Dr. Dyrk Zedlick, Psychiater, Glauchau

■ Darf ich wollen, was ich will? − Selbstbestimmung in Recht und Ethik Rechtliche Rahmenbedingungen verschaffen

Klarheit und bieten Orientierung Carola von Looz, Richterin, Amtsgericht Kerpen

■ Offener Dialog und eigene Verantwortung – Selbstbestimmung in helfenden Systemen

Was können wir von dem finnischen Dialogmodell in Hinblick auf das Thema Selbstbestimmung lernen? Nils Greve, Psychiater, Dipl.-Psychologe, Solingen

■ Sozialraumorientierung als Motor der Selbstbestimmung

Der Ansatz orientiert sich am Willen und den Selbsthilfefähigkeiten der Betroffenen, an der Mobilisierung von Ressourcen des Sozialraums und ist zielgruppen- und bereichsübergreifend. Eine Hilfe auf dem Weg zur Selbstbestimmung psychisch erkrankter Menschen? Dr. Fabian Kessl, Dipl.-Pädagoge, Politologe, Universität Bielefeld

■ Bedingungsloses Grundeinkommen – Voraussetzung für ein selbstbestimmtes Leben psychisch erkrankter/behinderter Menschen?!

PD Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn, Dipl.-Volkswirt, Universität Frankfurt a.M., Mitglied des Bundestags (angefragt)

Am Donnerstag, den 2. Oktober 2008, findet im Rahmen der Jahrestagung die DGSP-Mitgliederversammlung mit Neuwahlen des Vorstands statt.