

Haltungen, Visionen und berufliche Identitäten im Wandel

Von Jutta M. Bott

Ausgehend von der interessanten Verlagerung des Resilienzkonzeptes aus der Entwicklungs- und klinischen Psychologie in den Bereich der Mitarbeiterpflege und -führung und die Sicherheitskonzepte für städtische Sozialräume, widmet sich der Beitrag der Veränderung von Haltungen, Visionen und von beruflichen Identitäten im Bereich der Psychiatrie. Der politische Anspruch, das Ringen um die Abschaffung der ungerechten und menschenunwürdigen Verhältnisse, die zu Zeiten der Psychiatrie-Enquête bestanden, sind in den Hintergrund getreten. Die Jungen sind in eine „psychiatrische Berufswelt“ eingetreten, die äußerst differenziert, im Finanzierungssystem zersplittert und im Alltag von einem hohen Anspruch der individuellen Dienstleistungszentrierung geprägt ist. Die Visionen der Leitungsebenen drehen sich um pragmatischere, sinnvollere Finanzierungsmodelle, um die bejahenswerten Prämissen für die praktische Arbeit weiterhin umsetzen zu können.



Jutta M. Bott

Prof. Dr., Dipl.-Psychologin, Psychotherapeutin und Supervisorin (DVT), Sozialpädagogin grad., Fachhochschule Potsdam, Fachbereich Sozialwesen, Friedrich-Ebert-Str. 4, 14467 Potsdam, E-Mail: bott@fh-potsdam.de

Den Wandel von beruflichen Identitäten, Haltungen und Visionen zu beschreiben, legt nahe, einen Blick zurück und nach vorn zu werfen und das Jetzt zu skizzieren. Dies unter dem Aspekt der Resilienz für Mitarbeitende zu tun, erfordert zumindest ein kurzes Nachdenken, wieso das Konzept der Resilienz sich derzeit in der Arbeitswelt einer solchen Beliebtheit erfreut.

Eine kurze Geschichte der Resilienz

Im Englisch-Wörterbuch „The Collins“ von 1987 wird „resilience“ für Personen und Natur mit „unverwüstlich“ übersetzt. Im Fachlexikon der sozialen Arbeit des Deutschen Vereins öffentliche und private Fürsorge von 2011 lässt sich ein Bedeutungswandel nachweisen: „Resilienz ist die Fähigkeit von Individuen, erfolgreich mit belastenden Lebensereignissen und Krisen umzuge-

hen. Resilienz wird als ‚seelische Widerstandskraft‘ verstanden.“ (DV 2011, 719).

Als die Resilienzforschung vor gut 30 Jahren in der Psychologie an Fahrt aufnahm, ging man entwicklungspsychologisch der Frage nach, was Kinder aus schwierigen sozialen Verhältnissen schützt und unterstützt, eine psychisch gesunde Entwicklung zu nehmen.

Frühe Langzeitprojekte an der University of Minneapolis, Minnesota (z. B. L. Alan Sroufe & Byron Egeland et al. 2005, Ann S. Masten, Norman Garmezy 1990) untersuchten junge, meist farbige Teenager-Mütter, die ohne Ausbildung, oft ohne Schulabschluss, in Armutsverhältnissen mit den entsprechenden Indikatoren von zerbrochenen Familien, Alkohol, Drogen usw. sehr jung ihr erstes Kind

„So ist das Leben und so muss man es nehmen, tapfer, unverzagt und lächelnd – trotz alledem.“

Rosa Luxemburg

bekamen. Neben dem Faktor Bindung erwies sich – auch zur Überraschung der Forscher – der Humor in der Familie als wesentlich. Humor hatte einen enormen Einfluss darauf, ob sich die Kinder trotz instabiler Ausgangsbedingungen gut entwickelten.

Nachdem die entwicklungspsychologische Resilienzforschung ihren Zenit überschritten hat, erfährt das Konzept der „Resilienz“ in den letzten drei, vier Jahren eine andere bemerkenswerte Verbreitung. Neben der Auseinandersetzung mit der Resilienz von Mitarbeitern wird die Resilienz in Sozialräumen untersucht.

So veranstaltete z. B. der „Denksalon Revitalisierender Städtebau“ im Juni 2012 in Görlitz die Tagung „Städtische Resilienz – Zwischen Unsicherheit und Verlässlichkeit“. Im Frühling

2012 erfolgte eine Ausschreibung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung „Urbane Sicherheit“ im Rahmen des Programms „Forschung für die zivile Sicherheit II“ der Bundesregierung, wo es um „Die resiliente Stadt“, die Sicherheit städtischer Räume und im öffentlichen Nahverkehr gehen sollte. Unter anderem sollte durch diese Forschungsprojekte auf Szenarien der Bedrohung und Katastrophen vorbereitet werden, sollten Vulnerabilität und ihre soziale und räumliche Verteilung identifiziert, die Überlagerung von Belastungsfaktoren ermittelt und Typen von Resilienzstrategien definiert werden. Zielpersonen sollten identifiziert werden, die im Zweifelsfall die Resilienz in den Sozialräumen und in den Bevölkerungsgruppen stärken können. Weitere Projektausschreibungen folgen.

Wenn nun die Resilienz von Mitarbeitern im psychiatrischen Arbeitsbereich in den Fokus genommen wird, stellt sich die Frage, ob wir an einem Punkt angelangt sind, an dem die Prozesse und Strukturen als so schwierig und belastend gelten, vom Kapital- und Renditedenken so dominiert scheinen, dass wir die Individuen in häufig nicht gesunden Strukturen „unverwüstlich“ machen wollen/müssen, damit sie möglichst wenig ausfallen.

Resilienz im psychiatrischen Arbeitsbereich

Menschen wollen arbeiten und müssen auch in einer postmodernen Gesellschaft ihre Arbeitskraft gegen Geld tauschen. In einer solchen Gesellschaft sind die Rechtsansprüche von Menschen mit Handicaps etabliert und rechtsstaatlich garantiert. Das heißt, der Staat muss bestimmte Dienstleistungen für psychisch kranke Menschen ermöglichen, indem er durch Verträge Anbieter beauftragt. Ein Dienstleistungsanbieter selbst hat die Hoffnung, dass Mitarbeiter gesund, stabil, motiviert und willens sind, unter den Rahmenbedingungen, die die jetzige Gesellschaft finanziell-strukturell bietet und die er als Anbieter in seiner Art ausgestaltet, ihre Arbeit zu leisten. Werden die Rahmenbedingungen schwierig, so dass Arbeitnehmerinnen und -nehmer darauf mit erhöhten Krankheitsraten reagieren, Motivation

und Unternehmenskultur leiden, gibt es zwei Stellschrauben, denn die Klienten kann man nur wenig beeinflussen, außer für bestimmte Klientengruppen kein Angebot vorzuhalten:

1) Die Rahmenbedingungen und Strukturen, unter denen die Arbeit geleistet wird, werden geändert.

2) Die Mitarbeiterschaft wird so gestärkt, dass sie die „Gegebenheiten“ akzeptiert, durchhält und motiviert ist. Die dritte Größe in dem Dienstleistungs-dreieck hat einen anderen Status: Die Rechte und Ansprüche der Klienten sind seit der Psychiatrie-Enquête 1975 systematisch gestärkt worden. Die letzten Meilensteine heißen Wahlfrei-

heit, Servicestellen zur Klärung der zuständigen Leistungsträger, persönliches Budget – was im Psychiatriebereich nur wenig genutzt wird –, die Umsetzung der UN-Behindertenkonvention, die Forderung nach Inklusion statt Integration und die neuesten Gerichtsurteile zur Nicht-Rechtmäßigkeit von Zwangsmaßnahmen.

Wenn die Klient-/Nutzer-Seite durch unser Dienstleistungs- und Wahlverständnis, durch ethische Ansprüche gestärkt ist – sich nicht mehr alles bieten lässt, auswählen will –, die Leistungsträger meinen, durch mehr formale Anforderungen den Bereich qualitativ und finanziell unter Kontrolle zu halten, dann bleibt den Anbietern nach vielfältigen Qualitätsentwicklungs- und Optimierungsprozessen nichts anderes, als sich verstärkt den Mitarbeitern, ihrer Situation und den Arbeitsbedingungen zuzuwenden. In den Qualitäts- und Zertifizierungsprozessen der Einrichtungen der Wiedereingliederungshilfe und der Krankenhausbehandlung wurden Aspekte wie Führung und Leitung, Mitarbeiterentwicklung, Motivationsprozesse, Wertschätzung u. Ä. sicher hinreichend analysiert und Entwicklungspläne konzipiert. Was davon im Alltag, in der Praxis umgesetzt wird, ist im Einzelfall genau zu betrachten. Neben der schon bekannten Gesundheitsförderung wird Resilienzförderung als neuester Zugang gewählt, Mitarbeiter zu stärken, mit Arbeitsbedingungen konstruktiv, akzeptierend und gestaltend umzugehen.

und Unternehmenskultur leiden, gibt es zwei Stellschrauben, denn die Klienten kann man nur wenig beeinflussen, außer für bestimmte Klientengruppen kein Angebot vorzuhalten:

Sozialpsychiatrische Berufsidentität im Wandel

Berufliche Identität, gelebte Haltungen und Visionen gehören eng zusammen. Wie würde man Durststrecken durchhalten, wenn es keine Visionen gäbe? Identitäten befinden sich im Wandel, da Berufsgenerationen unterschiedlichste Ausbildungsanforderungen und fachliche und gesamtgesellschaftliche Szenarien als Ausgangspunkt und Fortentwicklung ihrer Berufstätigkeit erleben. Die Differenziertheit des heutigen psychiatrischen Systems ist für die jetzigen Berufsanfänger selbstverständlich. Wenn man heutigen Studierenden mit einer gewissen Leidenschaft erzählt, dass das Ganze gerade einmal vor gut 40 Jahren mit der Enquêtekommission seinen Ausgangspunkt genommen hat, dann schauen sie wohlwollend, freundlich, aber es ist die Leidenschaft einer anderen Generation, die das als Errungenschaft sieht. Vieles – z. B. die Zersplittertheit unseres Sozialrechts und der Finanzierungsstrukturen – muss von der jungen Generation letztlich neu gerichtet werden. Die heutigen Berufsanfänger sind hineingeboren in eine Warenhausvielfalt des sozialen Systems, und sie wachsen hinein in Dokumentationspflichten, Qualitätshandbücher und Prozessleitlinien. Absicherung, Haftung, rechtliche Ansprüche – das alles sind Selbstverständlichkeiten, die ihnen als Generation hoch entwickelt übergeben wurden. Während die „Altgedienten“ oft entnervt klagen, wie es angeblich „nur schlechter wird“, nehmen die Jungen es einigermaßen gelassen hin.

Ob es eine sozialpsychiatrische „Ausgangsidentität“ gab, mag dahingestellt sein. Es lassen sich jedoch Grundüberzeugungen zusammentragen, die die Menschen einten, die die Reform trugen. Die Ausgangsverhältnisse, dass Menschen hospitalisiert über Jahrzehnte weggesperrt waren, wurden als ungerecht und menschenunwürdig gesehen. Politische Überzeugungen und Werthaltungen, wie z. B. das Recht eines jeden, an einem Ort seiner Wahl zu leben, trotz Handicaps seinem Leben einen individuellen Stempel aufzudrücken und nicht vorrangig verwaltet oder gar gepeinigt zu werden, standen

„Unverwüstliche“ Mitarbeitende in ungesunden Strukturen?

Gesundheitsförderung und Resilienzförderung sollen Mitarbeiter stärken, mit Arbeitsbedingungen konstruktiv, akzeptierend und gestaltend umzugehen.

im Vordergrund. Die Spätschäden der zum Teil aus Unwissenheit hoch dosiert verabreichten Neuroleptika galten ebenso als menschenunwürdig und nicht akzeptabel. Wenn sich vermutlich auch die ehemals ablehnenden Einstellungen gegenüber medikamentöser Behandlung bei schweren Psychosen differenziert haben, besteht doch bei vielen folgender Anspruch: verhandeln und nicht nur behandeln, Empfindungen ernst nehmen, so viele Nebenwirkungen wie nötig, aber so wenige wie möglich.

Sich absichern, keine Risiken eingehen, tun, was im Qualitätshandbuch steht?

Die Grundeinstellung „der psychisch kranke Mensch, das andere, unbekannte Wesen“ versus „es ist nur eine Gratwanderung, dass man selbst eventuell dazugehört“ wurde von den Psychiatrieengagierten eher in die Richtung entwickelt, dass es nur eine graduelle Linie ist, die uns trennt. Der Fokus des Denkens über sich und das Klientel war anders als heute. Man kam eher vom politischen Gerechtigkeitsaspekt her: Willy Brandts „Mehr Demokratie wagen“ sollte für alle gelten, das Recht auf Teilhabe, das Leben in der Gemeinde standen im Vordergrund. Es ging nicht so sehr darum, die eigene Berufsgruppe in Szene setzen zu müssen. Heute stehen das Pochen auf Professionalität und die Abgrenzung der Berufsgruppen mehr zur Diskussion.

Zur Identität der Umbruchzeiten gehörte Learning by Doing. Das geht heute kaum noch, für alles brauchen wir ein Zertifikat, einen Abschluss, eine Weiterbildung. Sich absichern, keine Risiken eingehen, tun, was im Qualitätshandbuch steht, die Grenzen des eigenen Berufsstandes deutlicher beachten u. A. dieser Art spielt heute eine größere Rolle. Grenzen überschreiten, strukturell-planerische, administrative und praktische Phantasie, Ausprobieren, Neuland gewinnen hatten in Zeiten der Psychiatriereform etwas Lustvolles und Inspirierendes an sich. Es ist nicht so, dass es das gar nicht mehr gibt, aber es ist anders geworden, weil man sich immer ausrechnen kann, dass es vorrangig auf Seiten der Leistungsträger darum geht, zu klären, ob überhaupt eine Leistungspflicht vorliegt und wenn diese gegeben ist, die Leistung günstiger und effektiver zu bekommen.

Hilfeplangespräche sind von Zielvereinbarungen geprägt.

Mag es in einen oder anderen Falle berechtigt sein, scheinen wir doch nach vielen Qualitätseinsparprozessen oft am Ende des „Marktkonkurrenzprinzips“ angekommen zu sein.

Das, was sich in der heutigen Berufsidentität manifestiert hat, ist etwas, was in Zeiten der Reform neu war, nämlich ein individueller Behandlungs-, oft auch Verhandlungsansatz, der in den Hilfeplangesprächen eine Form der Manifestierung gefunden hat. Inwieweit Mitarbeiter hier noch große Leidenschaft mitbringen, mag abhängig davon sein, was sie in den Hilfeplangesprächen erleben, wenn die Leistungsträger – also die Kommunen oder überörtlichen Sozialhilfeträger – mit am Tisch sitzen. In den Anfängen ging es bei diesem Aspekt der beruflichen Identität eher darum, genau zuzuhören, verschüttete Lebensläufe wieder ans Tageslicht bringen zu wollen, Möglichkeiten zu schaffen, Fähigkeiten zu üben, Mut zuzusprechen, Zeit zu lassen – eben hospitalisierte Langzeitpatienten auf ein Leben in der

Für die Schwerkranken fühlt sich im Bereich der ambulanten Psychotherapie in der Regel kaum einer zuständig.

Gemeinde vorzubereiten. Heute bleibt keiner mehr in einer Klinik, dafür gibt es wieder neue „Drehtürpatienten“. Hilfeplangespräche sind von Zielvereinbarungen geprägt. Wo will ich hin, was hindert mich, das in Angriff zu nehmen, Begründungen, warum Ziele nicht oder noch nicht erreicht wurden, bringen mehr Stringenz in die Gespräche. Der Profi kann sich daran festhalten, kann den Finger in die Wunde legen, denn er weiß, dass er beim Erläutern gegenüber dem Leistungsträger, warum dieser Klient immer noch vier Stunden die Woche oder vielleicht sogar mehr für das Betreute Wohnen braucht, in die gleiche Situation kommt. Sich zu rechtfertigen, Begründungen zu suchen, damit natürlich Pathologie festzuschreiben oder gar auszuweiten – ist dies nicht sogar etwas Wesentliches der Berufsidentität geworden? Sicher nicht gewollt.

Der heutige Systemzustand lädt in der praktischen Arbeit ein, sich auf Erhebungsinstrumente der Analyse, Zielbe-

stimmung und Evaluation zu stürzen, hinter sie zurückzuziehen und in der eigentlichen praktischen Arbeit immer weniger das Wachsenlassen von Veränderungsprozessen anzunehmen und positiv „darauf zuzuwarten“. Anders ausgedrückt begünstigt die Realität des ökonomischen Drucks einen technokratischen Zugang und die Ausprägung technokratischer Kompetenzen, die z.B. in therapeutischen Settings oft im Abarbeiten von Modulen und Hausaufgaben endet. Der Mut und die Neugier, auf der Beziehungsebene offen und klar, nicht-ängstlich vor Übertragung und Gegenübertragung zu arbeiten, scheint vielen abhanden gekommen zu sein. Wie kann die beziehungsorientierte Entwicklung wieder mehr Platz einnehmen, sowohl in der sozialpsychiatrischen Betreuung als auch im Therapiescheitern?

Ein weiterer Reformgrundsatz war ferner, dass die psychisch Kranken mit den somatisch Kranken gleichgestellt und die Versorgungssysteme vor allem für die Schwerstkranken tragfähig sein sollten. Wären sie es, dann würden auch die Leichterkranken ordentlich betreut.

Dieser Aspekt wird nirgendwo mehr diskutiert. Verschiedenste Gruppen werden eher gegeneinander ausgespielt. Nicht nur gilt, dass in den psychiatrischen Krankenhäusern den Schwerstkranken vorrangig eine medikamentöse und allenfalls ergotherapeutische Behandlung zuteil wird, sondern dass im Bereich der ambulanten Psychotherapie sich für die Schwerkranken in der Regel kaum einer zuständig fühlt. Dies liegt durchaus in der Verantwortung der niedergelassenen Psychotherapeuten.

Eine neue Gruppe von Vergessenen scheint zu entstehen. Im Berliner Tagesspiegel erschien am 9. März 2013 von Christiane Tramitz der Artikel „Unter Ausschluss – Psychisch Kranke, weggesperrt in geschlossenen Abteilungen. Genannt: Geheimheime“. Junge Menschen landen „austherapiert“ in Pflegeheimen, dort ist in der Regel bis auf weiteres Endstation. Noch nicht einmal die Zahl der chronisch Kranken, geschweige denn die Anzahl dieser Heime sind dem Berliner Senat bekannt. Es dürfte nicht nur



ein Berliner Problem sein. Brauchen wir erneut den Aufbruch der jungen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, von Leidenschaft für Gerechtigkeit, Menschlichkeit und Fürsorge getrieben, einen erneuten Mannheimer Kreis, eine Demonstration, statt auf dem Bonner Marktplatz vor über 30 Jahren nun vor dem Bundeskanzleramt? Allein, die Mittel wirken alle stumpf, abgenutzt, vielfach erprobt – was ist zu tun, damit Menschen in diesem reichen Land nicht so verschwinden? Wir reden von Inklusion und trotzdem geschieht so etwas. Wenn es eine Vision gab, die die Psychiatriereformer hatten, so war es die, dass es abgeschobene, aufgegebene Menschen nicht geben sollte, dass individuell, wortortnah, ambulant vor stationär, bedarfsorientiert behandelt und gefördert werden sollte.

Visionen im Psychiatriebereich betreffen heute so etwas wie den individuellen Zugang zum Klienten, Arbeit auf Augenhöhe, Stärkung von Eigenverantwortung, frühzeitiges Bedenken von Entlassungsvoraussetzungen, Netzwerkarbeit mit dem Patienten und anderen Anbietern von Leistungen, Einbeziehung der Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen, Beiräte. Der gemeindepsychiatrische Verbund sowie integrierte Behandlungsmodelle und -verträge sind vorhanden, aber insgesamt zu wenige, und diese sind an zu viele Bedingungen geknüpft. Was von den gut und ernst gemeinten Behandlungsgrundsätzen im Arbeitsalltag auf der Strecke bleibt, ist im Einzelfall zu betrachten. Damit ist nicht gemeint, dass plattitüdenhaft alles in Leitbildern aufgelistet ist, was zwar politisch korrekt ist, aber letztlich nicht gelebt wird, sondern dass solche Behandlungsgrundsätze gutes und ausreichendes Personal brauchen. Wenn die Mitarbeiter wegen Überlastung ihre Stellen reduzieren, um ihre persönliche Situation zu verbessern, also auf Geld verzichten, und Geschäftsführer diese Stellenanteile nicht zusammenziehen und neu besetzen, dann braucht man weder von Visionen noch von Resilienzförderung zu sprechen. Es gibt keine einfachen Wahrheiten über die gelebten und sich wandelnden Visionen.

Visionen des heutigen Leitungspersonals im psychiatrischen Bereich betref-

fen im Wesentlichen die Spielräume, die aus anderen Finanzierungsmodellen resultieren könnten: Regionalbudgets, Sozialraumbudgets und damit ein Vertrauen darin, dass Profis stationäre und ambulante Versorgung angemessen verschränken, die negativen Konsequenzen des versäulten Finanzierungssystems überwinden und Verantwortung für ein gutes Behandlungssetting für die ihnen anvertrauten Klienten übernehmen. Diese Visionen sind interessanterweise oft mit systemischen Behandlungsmodellen und Ansätzen wie „need-adapted-treatment“, „home-treatment“ verknüpft. Ob dies in Deutschland die Behandlungsparadigmata für die große Mehrheit der Klienten sein werden, ist völlig offen – unter den jetzigen Finanzierungsbedingungen wird es nicht möglich sein. Man erwartet insgesamt mehr Ambulantisierung. Nach den jüngsten Ablehnungen von Regionalbudgets durch die Krankenkassen ist ungewiss, wie es funktionieren kann. ●

Anmerkung

Der Artikel ist eine stark gekürzte Fassung des Vortrags „Haltungen, Visionen und berufliche Identitäten im Wandel – Salutogenetische Perspektiven der Selbstwirksamkeit und Selbstpflege“ auf der Psychiatrie-Jahrestagung des Bundesverbandes evangelischer Behinderteneinrichtungen und des Diakonischen Werkes der EKD in Erkner (bei Berlin) am 11. April 2013. Die Tagung stand unter dem Titel „Resilienz für Profis – Psychiatrie im Wandel – Mitarbeitende im Mittelpunkt“. Der Gesamtvortrag kann bei der Verfasserin angefordert werden.

Literatur

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (Hrsg.) (2011): Fachlexikon der sozialen Arbeit. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 7. Auflage.

Masten, Ann S.; Best, Karen; Garmezy, Norman (1990): Resilience and Development: Contributions from the Study of Children Who Overcome Adversity. *Developmental Psychopathology* 2, 425-444.

Masten, Ann S.; Morison, Patricia; Pellegrini, David; Tellegen, Auke (1990): Competence under stress: risk and protective factors. In: Jon, Rolf; Masten, Ann S. et al.: Risk and Protective Factors in the Risk of Psychopathology. Cambridge: Cambridge University Press, 236-256.

Sroufe, L. Alan; Egeland, Byron; Carlson, Elizabeth A.; Collins, W. Andrew (2005): The Development of the Person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood. New York: Guilford Press.

KERBE

Forum für soziale Psychiatrie

Fachzeitschrift für Experten, Betroffene und Angehörige

Themen 2014

1 / 2014
Resilienz

2 / 2014
Klinische Behandlung

3 / 2014
Ethik in der
Gemeindepsychiatrie

4 / 2014
Inklusion

Herausgeber:
Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB) in Berlin
www.beb.info / www.kerbe.info

Bestelladresse:
Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft, Augustenstraße 124,
70197 Stuttgart, Telefon: 0711 / 60 100 - 40,
Email: vertrieb@evanggemeindeblatt.de