

Soltauer Impulse

Zu Sozialpolitik und Ethik am Beispiel psychiatrischer Arbeitsfelder

Vorbemerkung

Die Soltauer Initiative ist ein überregionaler Zusammenschluss von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus sozialen Arbeitsfeldern, zunächst vornehmlich aus der Psychiatrie. Sie befasst sich mit Themen an der Schnittstelle zwischen Sozialpolitik und Arbeitsalltag. Beispielsweise: Wie verändert sich die Arbeit im Nebel einer ökonomisierenden Neusprache, schönen Qualitätsfassaden und unter dem Druck von Kürzungen? Wie wirkt sich das Übermaß bürokratischer Anforderungen sowie die Zunahme nicht patienten-/klientenbezogener Sekundärtätigkeiten aus? Die Initiative sucht danach, eigene Beobachtungen und Analysen, aber auch Irritationen und Zorn für angemessenes, kreatives Handeln fruchtbar zu machen.

Ein erstes Ergebnis sind die vorliegenden „Soltauer Impulse“. Sie sind zum Teil noch erkennbar an dem Arbeitsfeld Psychiatrie orientiert. Die Initiative ist sich bewusst, dass die Vernetzung weitergehen muss. Andere Arbeitsfelder und Gruppierungen sollen einbezogen werden. Schritt für Schritt - wir arbeiten daran.

Modernisierung des Gesundheitswesens, »Umsteuerung des Sozialstaates«, »Reformen« - was bewirken diese Programmatik und die ihr folgenden Gesetzesänderungen in der Gesellschaft und bei den Betroffenen? Was bei ihren Angehörigen und bei den Mitarbeitern in den entsprechenden Arbeitsfeldern? Zunächst bei vielen das Nachdenken über Hintergründe und Zusammenhänge. Keiner kann behaupten, die Lage sei einfach: Die Globalisierung der Kapital-, Waren- und Arbeitsmärkte, die gravierende Veränderung der Altersstruktur in unserer Gesellschaft, die rasante Geschwindigkeit der technologischen Entwicklung, die dadurch ausgelösten Rationalisierungsschübe, mit gigantischen Arbeitslosenzahlen im Gefolge - das sind im Wesentlichen die Faktoren, die zur gegenwärtigen strukturellen ökonomischen Krise geführt haben. Die so genannten Reformen in der Sozial- und Gesundheitspolitik sind eine Antwort auf diese Entwicklungen, gesellschaftliche Umbrüche ihre Folgen.

Aber ist es hinnehmbar, dass Reform vor allem bedeutet: Einschnitte, Verzicht, Zuzahlung, Absenkung von Behandlungs- und Betreuungsstandards? Ist es hinnehmbar, dass insbesondere dort weggenommen wird, wo die Schwächsten getroffen werden, die sich am wenigsten wehren können: gebrechliche alte Menschen, chronisch kranke und behinderte Menschen, allein lebend oder in Heimen? Von akuten Notlagen betroffene Menschen fühlen sich allein gelassen und würdelos behandelt. Die Politik verschließt im öffentlichen Diskurs davor die Ohren und will uns stattdessen einreden, es ginge nur um Modernisierung.

Beunruhigend finden wir, dass in Wechselwirkung mit ökonomischer Krise und sozialpolitischen Umbrüchen ein Mentalitätswandel in der öffentlichen Debatte hörbar und spürbar wird. Ein Beispiel: Im »Spiegel« war vor kurzem zu lesen: »Der wahre Treibsatz für die Sozialhilfeetats steckt in den Ausgaben für Schwerstbehinderte« (40/2003, S. 21). Was schwingt da mit? Welche Entwertung wird mit solcher Sprache vorbereitet? Ist das die entwertende Begleitmusik zur gegenwärtigen Politik?

Wo fängt in unseren Arbeitsfeldern die ethisch abschüssige Bahn an? Wie weit können und sollen wir uns aus rationalen Gründen und aus solchen der Loyalität ökonomischen und büro-

kratischen Vorgaben anpassen? Müssen wir die neue ökonomisierende Sprache übernehmen, um überhaupt noch verstanden und ernst genommen zu werden? Können wir es schaffen, dabei uns selbst und dem Sinn unserer Aufgabe treu zu bleiben? Sehen wir überhaupt noch Handlungsspielräume, und wo sollen wir mit unserem Zorn bleiben?

Mit diesen und ähnlichen Fragwürdigkeiten setzen sich die Soltauer Impulse auseinander.

Wahrnehmungen und Impulse

1

Wir nehmen wahr: Das Netz der Solidarität reißt weiter ein. Erosion statt Reform?

Dagegen etwas tun zu wollen, erscheint wie der Kampf eines kleinen, sensiblen Davids gegen den großen, selbstbewussten Athleten Goliath.

Wir behaupten dennoch weiterhin: Es ist und bleibt Aufgabe eines Sozialstaates, individuelle Risiken zu kompensieren und Ausgleich von Ungleichheiten herzustellen. Das wachsende Auseinanderdriften zwischen denen, die am Wohlstand teilnehmen, und denen, die davon ausgeschlossen sind, muss beendet werden.

Es ist an der Zeit, die »Davidfraktion« zu unterstützen. Wer den Glauben, dass es immer Einflussmöglichkeiten zu finden gibt, nicht verliert, kann gegen alle möglichen Athleten siegen.

2

Wir nehmen wahr: Verminderte Toleranz und Akzeptanz von Anderssein in der Gesellschaft und einen sich mehr und mehr verschärfenden Ausschluss von Randgruppen. Als einseitige Leitvorstellung gefährdet der Begriff der Autonomie diejenigen, die sich nicht selbst helfen können. Sie werden ökonomisch ausgegrenzt und zusätzlich sozial stigmatisiert.

Uns ist wichtig, dass solche Entwicklungen nicht als »Kollateralschäden« von Reformen hingenommen werden. Sie zu vermeiden, muss im Gegenteil zu den Eckpfeilern gehören, die aus ethischen Gründen nicht ins Wanken geraten dürfen. Dabei sollten Schlagworte wie Autonomie und Freiheit von der Politik nicht als Entlastung von sozialer Verantwortung missbraucht werden.

3

Wir nehmen wahr: Das gesellschaftliche Teilsystem Wirtschaft ist zum nicht mehr hinterfragbaren Schiedsrichter zwischen richtig und falsch geworden und das Zauberwort »Effizienz« dominiert inzwischen auch den gesamten Sozial- und Gesundheitssektor. Psychisch kranke Menschen werden auf Kosten ihrer Identität und Integrität gezwungen, sich dem ökonomischen, administrativen und dem an Messbarkeit ausgerichteten fachlichen Normierungsdruck zu beugen.

»Die Parteien überbieten sich ... darin, die Gesellschaft in eine Horde marktbesessener Athleten zu verbiegen.« (F. Hengsbach, Wirtschaftswissenschaftler)

Wir sind überzeugt, dass die Psychiatrie sich diesem Trend weder beugen muss noch darf. Sie sollte sich unbeirrbar und vorrangig auf den Respekt vor den subjektiven Erfahrungen der Betroffenen, ihrer Individualität und ihrer Lebenswelt gründen.

Wir möchten dazu ermutigen, die Emanzipationsbewegung psychiatrieerfahrener Menschen zu unterstützen, und zwar in folgender Hinsicht:

- Übersetzung psychiatrischen Fachwissens in verständliche Informationen
- Mitbestimmung bei der Behandlung und bei den Strukturen innerhalb derer Behandlung, Begleitung, Betreuung stattfinden
- Information über zustehende gesetzliche Rechte
- Mitwirkung in politischen Gremien
- Finanzielle Unterstützung von Selbsthilfetätigkeiten.

Außerdem sollte folgenden, von Psychiatrie-Erfahrenen formulierten, Qualitätskriterien Priorität eingeräumt werden:

- Individuelle Behandlung statt normiertes Vorgehen
- Zeit zur Verfügung stellen statt Hektik verbreiten
- Freundlichkeit, Respekt, Verständnis, Gespräche, Zuhören
- Unterstützung des selbst bestimmten Umgangs mit der psychischen Erkrankung

4

Wir nehmen wahr: Die Bevorzugung pharmakologischer und technisch gestützter Therapien im klinischen Bereich führt im Verein mit Wettbewerb und Markt dazu, dass eine neue Zweiklassen-Psychiatrie entsteht. Materielle und personelle Ressourcen werden vorwiegend für akut erkrankte Menschen verwandt, die diagnoseabhängig spezialisierten Stationen zugewiesen werden. Psychische Erkrankung wird nicht mehr als existenzielles Lebensereignis verstanden. Insbesondere kommen dabei schwer und längerfristig erkrankte Menschen zu kurz. Das führt zu Re-Medizinisierung und zur so genannten Drehtürpsychiatrie.

Wir wollen, dass diese Entwicklungen nicht tabuisiert werden. Es kann nicht hingenommen werden, dass immer mehr psychisch kranke Menschen kaum betreut in Heimen der Chronifizierung überlassen werden oder in der Obdachlosigkeit landen.

5

Wir nehmen wahr: Mitarbeiter, die sich unter Top-down-Vorgaben als fremdbestimmt, enteignet, unter ewigem Zeitdruck und ohne wirkliche Einflussmöglichkeiten erleben. Von Mitarbeitern, die in ihrer Eigenständigkeit nicht respektiert werden, kann kaum tragfähiges Engagement für die Begleitung ihrer Klienten als eigenständigen Personen erwartet werden.

Wir erinnern daran, dass parallel zur Stärkung der Emanzipation der Psychiatrie-Erfahrenen auch die Emanzipation der sie begleitenden Mitarbeiter wieder als Aufgabe erkannt werden muss. Das eine ist ohne das andere nicht zu haben.

Nur Einrichtungen, die selbst Gestaltungsspielräume behalten, können diese an ihre Mitarbeiter weitergeben. Dies ist eine der wichtigsten Quellen für dauerhafte Arbeitsmotivation.

6

Wir nehmen wahr: In Bereichen der Eingliederungshilfe wird unter Propagierung wohlklingender Maßnahmen wie Qualitätssicherung, Personenzentrierung, individuelle Hilfeplanung, Zielvereinbarung, persönliches Budget etc. der Anspruch an Mitarbeiter immer höher geschraubt, bei gleichzeitiger Kürzung von Mitteln und Verknappung von Zeit im direkten Umgang mit Patienten/Klienten. Gigantische Datenfriedhöfe, die keiner mehr handhaben kann, werden erzeugt. Plakative Selbstdarstellung wird von innerer Aushöhlung des praktisch nicht Umsetzbaren begleitet.

Wir fordern, dass Mitarbeiter von Sekundärtätigkeiten entlastet werden, um wieder mehr Zeit für Klienten/Patienten zu haben. Gute Ziele dürfen nicht missbraucht werden als Fassade für Sparprogramme. Insbesondere die an und für sich sinnvolle Einführung eines persönlichen Budgets muss wachsam beobachtet werden, damit ein Zugewinn an Freiheitsrechten nicht von dem Verlust lebensnotwendiger Sozialrechte begleitet wird, die die Frei-

heitsrechte fiktiv werden lassen. Bei Kontroversen dieser Art sollten wir uns nicht einreden lassen, dass es um konservative Mahner und Bremser auf der einen Seite und pragmatisch-optimistische Modernisierer auf der anderen geht.

7

Wir nehmen wahr: Es besteht ein hohes gesellschaftspolitisches Interesse, auch kranke und behinderte Menschen in Kunden zu verwandeln, obgleich nur allzu deutlich ist, dass sie nicht über Konsumentensouveränität verfügen.

Wir halten es für wichtig, dieser Mogelpackung keine Chance zu geben und unseren Klienten lieber zu ihren Bürgerrechten zu verhelfen, denn ein Bürger kann Ansprüche gegenüber dem Staat geltend machen. Ein Kunde jedoch hat lediglich Anspruch auf das, was er bezahlen kann. Es zeugt von dem Verfall sozialer und politischer Kultur, wenn das wirtschaftliche Subjekt höher eingestuft wird als das politische und so alle menschlichen Beziehungen zur Ware werden.

8

Wir nehmen wahr: Von der Politik wird Wettbewerb mit der Intention der »Marktberreinigung« durch Konkurrenz und Preisdruck unter Kollegialeinrichtungen gefördert. Das erschwert die Zusammenarbeit der Anbieter.

Wir haben gute Erfahrungen damit gemacht, die solidarische Zusammenarbeit der unterschiedlichen Dienste und Träger zu suchen und Konkurrenzen konstruktiv und fair zu gestalten. Dabei können und sollen die Strukturen der Zusammenarbeit in den verschiedenen Regionen unterschiedlich aussehen.

Gegenüber Kostenträgern, Politik und Öffentlichkeit ist eine gemeinsame Formulierung der Interessen unabdingbar. In diesem Sinne werden wir uns auch mit anderen Lebens- und Arbeitsfeldern der Behinderten-, Alten- und Sozialhilfe verbinden.

9

Wir nehmen wahr: Ein verwirrendes Gemisch aus politisch bedingtem Spardruck, Kontrollbedürfnissen von Leistungsträgern, Rechtfertigungsbemühungen von Leistungserbringern sowie von Seiten aller Beteiligten eine geradezu manische Neigung zur Anwendung unterschiedlichster Instrumente, die das alles regulieren sollen. Ein Begriff wie »personenzentriert« als Titel flächendeckender normierender Hilfeplanung wird zu einem Widerspruch in sich.

Wir wenden uns gegen eine flächendeckende Implementierung von Dokumentations- und Hilfeplaninstrumenten ohne regionalen Bezug. Die Zufriedenstellung von Kostenträgern darf nicht als Rechtfertigung dafür benutzt werden, sich die Auseinandersetzung mit denjenigen, die mit den Instrumenten umgehen sollen, und denjenigen, denen sie dienen sollen, zu ersparen. Instrumente können als Hilfsmittel bisweilen sinnvoll sein. Wo sie benötigt werden, sind sie unter Einbeziehung von Mitarbeitern und Betroffenen zu entwickeln bzw. auf ihre Tauglichkeit in der Praxis zu überprüfen. Von Leitungen dürfen sie nicht als Reglementierungsinstrumente missbraucht werden. Bei dem, was für Menschen an Unterstützung und Hilfen notwendig ist, ist u.E. eher auf die gesetzlich verankerten Rechte der Betroffenen zu setzen sowie auf Gespräche und Aushandlung im Einzelfall als auf zusätzliche bürokratische Instrumente.

10

Wir nehmen wahr: Im Bereich der Sozialhilfe stehen Leistungsträger und Leistungserbringer mit aufwendigen, höchst komplizierten, bisweilen diskriminierenden Hilfeplanverfahren im Widerspruch zum gesetzlich Geforderten, denn nach §9SGBX ist das Verwaltungsverfahren nicht an eine bestimmte Form gebunden; es ist lediglich einfach und zweckmäßig durchzuführen.

Wir dringen auf vereinfachte, gesetzeskonforme Verfahren, in denen berücksichtigt wird, dass Sozialhilfe nach § 5 BSHG unmittelbar nach Bekanntwerden des Bedarfs einzusetzen hat und nicht von einer positiven Empfehlung einer »Hilfeplankonferenz« abhängig gemacht werden darf.

11

Wir nehmen wahr: Zunehmende Bürokratisierung, z.T. mitverursacht durch eine Vielzahl neuer Hierarchie- und Sachbearbeitungsebenen, blockiert notwendige Kommunikation. Formalisierende und normierende Vorgaben haben sich von den Bedürfnissen der Menschen längst abgelöst. Z.B.: Jede Ebene will die Geschichte der Betroffenen mitgestalten und versucht ihre Existenzberechtigung durch immer neue Abfrageinstrumente und Quotenvorgaben zu beweisen – dies umso mehr, je weniger sie inhaltlich und fachlich informiert ist. Misstrauen zwischen allen Beteiligten ist die Folge.

Wir halten es für dringend geboten, den ausufernden Bürokratismus schnellstens herunterzufahren und die weitere Verschwendung von Geldern auf dieser Ebene zu verhindern. Mindestens 40 Prozent der Mittel werden nach Einschätzung von E. Huber (Vorstand Securivita BKK) durch solche bürokratischen Pseudobewältigungsversuche verschleudert (FR, 9.12.03). Formulärexzesse und Standardisierungsmanie, die als persönliche Abwehrstrategien benutzt werden, sind die falsche Antwort. Sie sind häufig auch ein Versuch, im Grundsatz Unbeherrschbares zu beherrschen. Sozialpsychiatrie darf sich nicht im »zwanghaften Erstellen von Strichlisten verlieren« (U. Plog, Psychologin).

12

Wir nehmen wahr: Vielen sozialpsychiatrischen Initiativen, die im Zuge der Psychiatriereform entstanden sind, geht durch die fortschreitende Institutionalisierung und Bürokratisierung sowie durch administrative Auflagen der örtlichen und überörtlichen Verwaltungen die Luft aus.

Wir möchten wieder anknüpfen an den eigentlichen Sinn sozialpsychiatrischer Arbeit, nämlich: Heraustreten aus den Einrichtungen und Diensten zugunsten des Hineingehens in die Familien, in die Arbeits- und Wohnwelt der Betroffenen, zu den Nachbarn. Dazu gehört auch Begleitung zu unterschiedlichen kulturellen und Freizeitveranstaltungen sowie Fortbildungsangeboten in der Kommune. Dies alles muss gegenüber der Flutwelle sekundärer, nicht klientenbezogener Tätigkeiten wieder Priorität gewinnen. Zu solcher Gemeinwesenarbeit gehört auch die Einmischung in die kommunale Politik, z.B. durch Anregung, regionale runde Tische zu gründen, um gemeinsam mit allen Beteiligten Lösungswege zu finden.

Schlussbemerkung

Die InitiatorInnen und ErstunterzeichnerInnen freuen sich, wenn die Soltauer Impulse dazu anregen, sich mit Kolleginnen und Kollegen in den jeweiligen Arbeitsfeldern auch über die eigenen Erfahrungen auszutauschen. Besonders spannend wird ein solcher Austausch, wenn er hierarchie- und berufsgruppenübergreifend erfolgt. Natürlich ist die Soltauer Initiative auch an weitergehenden Ideen, Anregungen und Rückmeldungen der Leserinnen und Leser interessiert.

Kontaktadresse:

Renate Schernus, Bohnenbachweg 15, 33617 Bielefeld,
Tel.: (05 21) 14 22 67, E-Mail: rena.te.schernus@t-online.de

Konto zur Unterstützung der Initiative:

Soltauer Initiative, Sparkasse Bielefeld, Kto.-Nr.: 6862312, BLZ.: 480 501 61

Initiatoren/innen und bisherige Unterzeichner/innen:

Christel Achberger, Diplompsychologin (Kiel)
Inke Asmussen, Pressesprecherin (Schleswig)
Rüdiger Bangen, Diplompsychologe/Geschäftsführer (Oldenburg)
Prof. Dr. Jürgen Bargfrede, Diplomsoziologe (Hamburg)
Jürgen Blume, Verlagsmitarbeiter (Rendsburg)
PD Dr. Thomas Bock, Diplompsychologe (Hamburg)
Jürgen Bombosch, Psychologe/Soziologe (Düsseldorf)
Horst Börner, Diplompsychologe (Bielefeld)
Dr. Jutta M. Bott, Psychologische Psychotherapeutin (Gütersloh)
Fritz Bremer, Diplompädagoge (Groß-Vollstedt)
Dorothea Buck, Bildhauerin/Fachoberlehrerin a.D. (Hamburg)
Sabine Burtzlaff, Theaterpädagogin (Kiel)
Maria Canovai, Psychologische Psychotherapeutin (Bielefeld)
Dr. Michaela Christians, Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (Bielefeld)
Dr. Veronika Christiansen, Ärztin/Familientherapeutin (Ratzeburg)
Jens Clausen, Lehrer/Gruppentherapeut (Münster)
Dr. Angelika Claußen, Ärztin für Psychiatrie u. Psychotherapie (Bielefeld)
Hans Cordshagen, Diplompsychologe (Kiel)
Sabine Debus, Diplomkulturopädagogin, Wennigsen
Dr. Stephan Debus, Wissenschaftlicher Mitarbeiter (Hannover)
Dr. Markus Dederich, Heilpädagoge, Soziologe (Dortmund)
Jörg Demand, Arzt für Psychiatrie (Walsrode)
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, Bundesverband (Köln)
Thomas Dimroth, Pädagoge (Marburg)
Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner, Psychiater (Hamburg)
Dr. phil. h. c. Günter Dörr, Jurist (Köln)
Prof. Dr. Michael Eink, Diplompädagoge (Hannover)
Andreas Elshoff, Diplomsozialarbeiter (Niebüll)
Hilde Gansel, Krankenschwester/Supervisorin (Bielefeld)
Klaus Gobes, Diplompsychologe (Asbach-Modautal)
Josef Götz, Diplompsychologe (Nürnberg)
Lutz Götzfried, Sozialarbeiter (Marburg)
Prof. Dr. phil. Katharina Gröning, Hochschullehrerin (Bielefeld)
Prof. Dr. Dieter Gröschke, Diplompsychologe (Münster)
Hartwig Hansen, Paar- und Familientherapeut (Hamburg)
Michaela Hoffmann, Diplomsozialarbeiterin/Diplompolitologin (Köln)
Gabriele Hüffmeier, Krankenschwester/Atempädagogin (Bielefeld)
Horst Illiger, Diplomsozialpädagoge (Preetz)
Prof. Dr. Heiner Keupp, Diplompsychologe/Hochschullehrer (München)
Birgit Koch, Diplomsozialpädagogin (Marburg)
Dr. Charlotte Köttgen, Psychiaterin (Hamburg)
Prof. Dr. Heinrich Kupffer, Schriftsteller/Erziehungsberater (Berlin)
Dr. Rolf Lorenz, Tübinger Initiative gegen die »Bioethik-Konvention« (Tübingen)
Horst Martin, Diplompädagoge (Riepsdorf)
Prof. Dr. Christine Morgenroth, Psychologin und Psychotherapeutin (Hannover)
Lothar Murzik, Sozialtherapeutischer Leiter Rehasentrum (Albruck-Schachen),
Prof. Dr. Oskar Negt, Hochschullehrer (Hannover)
Christian Nieraese, Psychiatriekoordinator (Darmstadt)
Thomas Niethammer, Heilerziehungspfleger, Kaufmann (Reutlingen)
Beate Pickel, Diplomsozialarbeiterin (Bielefeld)
Dr. Phil. Angelika Pillen, Philosophin (Berlin)
Prof. Silvia Pöld-Krämer, Prof. für Arbeits- und Sozialrecht, FH (Bielefeld)
Dr. Heyo Prahm, Nervenarzt, Kinder u. Jugendpsychiater (Oldenburg)
Prof. Hannelore Puchhaber, Sozialwissenschaftlerin (Bielefeld)
Sabine Radtke-Götz, Diplompädagogin (Bielefeld)
Dr. Gertraude Ralle, Psychiaterin (Reutlingen)
Peter Reibisch, praktischer Arzt/Hausarzt (Kiel)
Renate Schernus, Psychologische Psychotherapeutin (Bielefeld)
Bettina Scholz, Diplompsychologin (Riedstadt)
Ulla Schmalz, Krankenschwester (Düsseldorf)
Dr. Ralf Seidel, Psychiater (Mönchengladbach)
Hilde Schädle-Deininger, Diplompflegerwirtin (Offenbach)
Veronika Schnackenberg, Diplompädagogin (Berlin)
Prof. Dr. Reinhold Schone, Diplompädagoge (Steinhagen)
Dr. phil. Hans-Ludwig Siemen, Psychologe (Erlangen)
Rene Skischally, Diplomsozialpädagoge (Plön)
Claus Solbach, Diplomsozialpädagoge, Marburg)
Dr. Sebastian Stierl, Psychiater (Lüneburg)
Prof. Dr. Peter Stolz, Psychiater (Berlin/Potsdam)
Günter Storck, Krankenpfleger/PDL/Lehrer für Krankenpflegeberufe (Fürstenau)
Richard Suhre, Diplomsozialarbeiter (Köln)
Gabriele Tergeist, Diplomsozialpädagogin/Supervisorin (Hamburg),
Ruth Vogel, Psychologische Psychotherapeutin (Viersen)
Prof. Dr. Klaus Weise, Psychiater (Leipzig)
Hildegard Weigand, Diplompädagogin/Supervisorin (Bielefeld)
Knud Wieben, Diplompsychologe/Tischler (Bad Segeberg)
Marie Wortberg-Börner, Diplompsychologin/Supervisorin (Bielefeld)
Prof. Dr. Erich Wulff, Psychiater/Autor (Paris)
Dr. Dyrk Zedlick, Psychiater (Meerane)