

NAPPO



16

Mitgliederrundbrief der Norddeutschen
Arbeitsgemeinschaft Psychodynamische
Psychiatrie e.V. – Herbst 2008

Wenn du denkst, du denkst, dann denkst du nur du denkst...*

(* die NAPP mentalisiert in Bremen)

Thesen zum Spannungsfeld zwischen Ökonomie, Versorgungsauftrag und Ethik in der Suchtkrankenversorgung (von Rudolf Heltzel)	Seite 3
Mental Mumin. Ein kindgerechter Ausblick auf die NAPP-Tagung am 31.10. und 1.11. 2008 in Bremen (von Ingo Engelmann).....	Seite 9
„Unsere Privatpatienten haben eine Minibar“ (Dokumentation).....	Seite 15
Als-ob oder Äquivalenz. Zwei Beispiele?.....	Seite 17
Vermischtes	Seite 19

NAPPO ist der Mitgliederrundbrief der NAPP und erscheint unregelmäßig ein- bis zweimal im Jahr.
Redaktion: Ingo Engelmann, klangengel@t-online.de, Friedrichstraße 66a 21244 Buchholz
NAPP-Geschäftstelle - www.napp-info.de / napp-info@t-online.de / Maria-Louisen-Str. 57, 22301 Hamburg
Tel. 040 / 46 774 888 - Fax 040 / 41 357 733 - Frau A. Kirchoff-Walther, Sprechzeiten Dienstag 10-14 Uhr + Donnerstag 10-12 Uhr

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Wenige Wochen vor unserer nächsten NAPP-Tagung in Bremen (der achten insgesamt) kommt ein NAPPO zu Ihnen, das hauptsächlich aus zwei Beiträgen besteht.

Der Aufsatz von Rudolf Heltzel befasst sich mit den spezifischen Bedingungen, unter denen Suchtarbeit heute stattfindet und wie neue Konzepte von Qualitätssicherung und institutioneller Ethik hier zusammenfinden sollten, um dem Arbeitsfeld gerecht zu werden. Es wird nicht zu oft über Suchtarbeit und –therapie gesprochen bzw. geschrieben, daher ist es immer erfreulich, dazu Zukunftsweisendes präsentieren zu können.

Im Namen der Redaktion darf ich im zweiten Beitrag auf die 8. Tagung der NAPP hinweisen und ein wenig Appetit auf das Thema „Mentalisierung“ machen – nicht mit Hilfe theoretischer Feinheiten und empirischer Appetizer, sondern mit einigen Passagen aus den Kinderbuchklassikern über die Mumins. Dabei fällt auf, dass die Psychologie der Trolle (denn Mumins sind Trolle) sich von der bei uns Menschen nicht grundlegend unterscheidet, und das macht das Ganze interessant.

Ergänzend findet der Leser Ausschnitte aus einem Interview mit dem Chef der Helios-Klinik GmbH sowie vermischte Mitteilungen über dies und das sowie eine Glosse über steuerrechtliche Varianten der Mentalisierungstheorie.

Viel Spaß beim Lesen!

Ingo Engelmann
(Redaktion)

P.S. Mittlerweile ist die Druckvorlage auf dem Postwege zum Drucker verloren gegangen. Sabotage? Schluderei? Privatisierungsfolgen? Ob die nunmehr neu ausgedruckte Version noch rechtzeitig vor der Bremer Tagung an den Leser / die Leserin kommt, ist nicht vorauszusagen. Gegebenenfalls sorry.

-ie

Thesen zum Spannungsfeld zwischen Ökonomie, Versorgungsauftrag und Ethik in der Suchtkrankenversorgung*

von
Rudolf Heltzel

These 1: Das letzte Jahrzehnt war durch die zunehmende Dominanz ökonomischen Denkens und Handelns in nahezu allen gesellschaftlichen Feldern und Institutionen gekennzeichnet. Dabei wurden auch Bereiche marktwirtschaftlich durchdrungen und umgestaltet, deren Handlungslogiken bisher noch von anderen (fachlich-inhaltlichen) Paradigmen beeinflusst waren.

Ökonomisches, betriebswirtschaftlich ausgerichtetes Denken bestimmt heute nicht nur die Logik gewinnorientierter Unternehmen, sondern auch die nicht gewinnorientierter Institutionen. Ob Bildungs- und Kultureinrichtungen, soziale Organisationen oder das Netz kirchlicher und diakonischer Institutionen, ob Forschungseinrichtungen, Kliniken und sonstige Organisationen der medizinischen und psycho-

**Impulsvortrag am 25.10.07 anlässlich des 10jährigen Bestehens der Soteria Klinik Leipzig GmbH. Ich danke Hermann Knobbe-Frahm und Susanne Müller-Thiel für informative und anregende Gedanken zur Thematik.*

sozialen Versorgung – sie alle haben einen im Wortsinn atemberaubenden Umgestaltungsprozess durchgemacht oder durchlaufen ihn noch. Dieser Wandel brachte einen **Paradigmenwechsel** entweder bereits mit sich und setzte ihn durch, oder er kündigt ihn als Verheißung an. Im Rahmen dieses Paradigmenwechsels sind vielerorts nicht mehr inhaltliche (z. B. pädagogische oder therapeutische) Konzepte vorrangig, sondern Grundlegungen, die sich vorrangig am wirtschaftlichen Erfolg orientieren. Wenn eine sog. „Non-Profit-Organisation“ dabei ganz offiziell auf die gewinnorientierte Seite wechselt (indem sie Teil eines überregional agierenden, gewinnorientierten Konzerns wird), ist dies nur der unübersehbare Aspekt einer Entwicklung, der sich anderswo weniger augenfällig abspielt: Überall dringen **der Markt und seine Implikationen** in die Köpfe der beteiligten Professionellen und in die institutionellen Strukturen ein. Ökonomisch ausgerichtetes Handeln ist Handeln im Hinblick auf Markterfolg. Diesen letzteren unter Vernachlässigung anderer Aspekte ins Zentrum zu stellen, macht jenen **Ökonomismus** aus, der noch in die entlegensten Winkel und Nischen gesellschaftlicher Arbeit eindringt (Thielemann 2004; Ulrich 2004).

These 2: Die Arbeit ambulanter und klinisch-therapeutischer, speziell suchtt therapeutischer Einrichtungen findet in einem komplexen Umfeld statt, das selbst unter dem Einfluss ökonomischer Zwänge und gesetzlicher Vorgaben steht. Welche dieser Faktoren die größten Auswirkungen auf die Arbeit der Institution haben, hängt von verschiedenen Umständen ab.

Der aus ökonomischen Zwängen resultierende Druck stellt einerseits eine gemeinsame, Deutschland weit geteilte Erfahrung in suchtt herapeutischen Einrichtungen dar. Andererseits sind je nach Lage höchst spezifische oder regional ganz unterschiedlich beschaffene Einflussfaktoren erkennbar: Der ökonomische Druck kann verschieden erlebt werden, je nachdem, ob es sich z. B. um eine kleinere Klinik handelt, die einem Monopolisten gegenüber steht oder um eine größere Klinik, bei der sich mehrere Leistungsträger die Kosten (und die Auflagen) teilen. **Kleinere Kliniken** sind gezwungen mit anderen zu fusionieren und

müssen dabei beachtliche Investitionsvorhaben realisieren (sie resultieren aus baulichen u. a. Auflagen der Leistungsträger). Zur Kostendeckung müssen Kreditverpflichtungen eingegangen werden, ohne dass eine Belegungsgarantie seitens der Leistungsträger zur Sicherung der Risiken heran gezogen werden könnte. Die Kreditgeber (Banken) verlangen Zertifizierungen der Einrichtung als Vorleistung zur Kreditvergabe, woraus zusätzliche Kosten resultieren (über die sonstigen Folgen für die therapeutische Arbeit spreche ich weiter unten). Während unabhängige Gutachten für die nächsten Jahre beachtliche Kostensteigerungen durch steigende Personal-, Medikamenten- und Energiekosten prognostizieren, kündigen die Leistungsträger noch beachtlichere Kürzungen der Tagessätze an. – **Größere Kliniken** mögen durch diese Einflussfaktoren nur teilweise in der Arbeit berührt werden, hängen in Bezug auf ihre Wirtschaftlichkeit aber doch von Belegungskennzahlen und der Bereitschaft von Verhandlungspartnern ab, neben betriebswirtschaftlichen Kriterien und verwaltungsrechtlichen Vorgaben auch fachliche Argumente aufzunehmen und anzuerkennen, die sich etwa aus der problematischen Entwicklung der Klientengruppen und aus der Sichtweise eines beziehungsorientierten Therapieansatzes ergeben. Auch die Abhängigkeit von einweisenden Beratungsstellen (die erheblichen Einfluss auf Belegungsgrößen haben) ist regional höchst unterschiedlich und spezifisch verteilt.

These 3: Die einflussreichsten Managementformen innerhalb therapeutisch arbeitenden Organisationen sind aus der Wirtschaft entlehnte Qualitätsmanagement-Programme, wie sie inzwischen überall eingeführt sind und weiter ausgebaut werden. Obwohl sie die „Produktqualität“ verbessern und sicherstellen sollen, können sie langfristig das Gegenteil bewirken, da sie in Verbindung mit anderen formalen Auflagen und bürokratischen Pflichten die Arbeit zusätzlich verdichten und Beziehungsarbeit erschweren.

Die Omnipräsenz des Marktes erfordert es, sich rückhaltlos dem Wettbewerb zu stellen und die „Kundenorientierung“ zu optimieren. Diesem Ziel dient systematisches Qualitätsmanagement, wobei die Qualitäts-

spezialisten nicht mehr nur die Qualität des „Produktes“ kontrollieren, sondern darüber hinaus die Selbstkontrolle der Produzenten (Bröckling 2000). Die Anwendung standardisierter Verfahren der Qualitätsplanung, -lenkung und -kontrolle führt dabei – nach Beurteilung durch externe Auditoren – zur **Zertifizierung** der Einrichtung, die sich damit besser vermarkten lässt. Dieser Entwicklung kann sich keine Organisation entziehen, wenn sie wirtschaftlich überleben will. Nun lässt sich die Qualität therapeutischer, rehabilitativer oder beratender Arbeit (z. B. mit abhängigkeitskranken Menschen) mit den formal ausgerichteten Methoden und Werkzeugen des Qualitätsmanagements nur sehr ungenügend bestimmen. Vor allem aber entzieht systematische Durchführung des Qualitätsmanagements den beteiligten Professionellen große Mengen an Zeit – auch wenn das Gegenteil bezweckt werden soll. Die inzwischen überall gängige QM-Praxis trägt damit – in Verbindung mit anderen, ständig zunehmenden Dokumentationspflichten und bürokratischen Auflagen – maßgeblich zu jener **Arbeitsverdichtung** bei, die nahezu alle Arbeitsplätze in der ambulanten, teilstationären und stationären Suchttherapie kennzeichnet. Während also die **dokumentierte** Qualität der Arbeit eine ständige Optimierung erfährt (was sich in immer perfekter werdenden Außendarstellungen spiegelt), leidet die **tatsächliche** Qualität der Beziehungsarbeit vielerorts so sehr, dass Supervisionsprozesse dieses Problem zunehmend thematisieren. Erfahrene Supervisoren können diese bedenkliche Entwicklung in den Einrichtungen der Psychiatrie und der Suchtkrankenversorgung mit den Händen greifen. Sie untergräbt nicht zuletzt die Motivation der beteiligten Professionellen und trägt erheblich zum Spannungsfeld zwischen Ökonomie, Versorgungsauftrag und Ethik bei.

These 4: Obgleich QM-Konzepte eher einen „partizipativen Führungsstil“ propagieren als die Kommandovariante des Führens, wird die Seite der Ökonomie mancherorts durch Manager vertreten, die betriebswirtschaftliche Grundanschauungen auf dem Anordnungswege (monologisch) übermitteln. Wenn diese Kultur der „smarten Rambos“ die gelebte therapeutische, auf Beziehung und Austausch basierende Kultur unterwirft und zerstört, ist der Schaden groß.

Ich habe mehrmals erlebt, wie relativ junge Betriebswirte bzw. Sozialmanagerinnen neu in eine Organisation eintraten und mit dem Selbstbewusstsein betriebswirtschaftlich geschulter „Rambos“ – möglicherweise auftragsgemäß – mit dem „Aufräumen“ begannen. Das betraf hauptsächlich die betreffenden Mitarbeitenden, am Rande auch mich als in der Organisation tätigen Supervisor und Berater. Diese Manager sind so etwas wie Vertreterinnen und Vertreter eines aktuellen **Sozialtypus bzw. Sozialcharakters** (sie repräsentieren eine bestimmte Form der Dominanz des Ökonomischen über das Soziale bzw. Psychosoziale), daher erlaube ich mir hier eine kurze Skizze: Das Auftreten ist betont selbstbewusst, wenn nicht forsch und brüskierend. Das Outfit ist smart, die Performance durchaus gekonnt, d. h. kurzfristig beeindruckend. Die Langzeitwirkung wird durch den Gebrauch vieler „Plastikwörter“, die ihre Kontakte prägen, in Frage gestellt. Es bleibt aber nicht dabei, dass sich die Sprache von der bisher gelebten Kultur abhebt (das wäre vielleicht noch zu verschmerzen). Darüber hinaus werden Sitzungen ohne Rücksprache kurzfristig anberaumt oder schnell getroffene Entscheidungen als nunmehr verbindlich angeordnet – mit anderen Worten: Es wird ein **Kulturbruch** inszeniert, der manchmal unreflektiert in Kauf genommen, mitunter auch wissentlich herbeigeführt wird. Geschieht dies im Auftrag der Geschäftsführung und bleibt es unkorrigiert, wird gezielt eine schwere Belastung der Organisation bzw. der dort tätigen Professionellen gesetzt. Geschieht es im Alleingang und in missverständlicher Aufgabenerfüllung, wird ebenfalls Schaden angerichtet, nach kritischer Beurteilung aber noch rechtzeitig korrigiert bzw. behoben (z. B. durch Kündigung des Managers und durch Änderung des Managements). Zum Schaden kann auch sein, dass unumstritten anstehende Veränderungen in der Organisation nach dem Einsatz dieses Managertyps nun um so schwerer auf den Weg zu bringen sind. Vielleicht wurden die „smarten Berserker“ sogar eingestellt, weil sich in Wahrheit doch nichts ändern soll (Systemwiderstand)?

These 5: Ungeachtet der spezifischen therapeutischen Methode, der spezifischen Form der Abhängigkeit und des besonderen Formats der professionellen Unterstützung (Beratung, Entgiftung, Entwöhnung, Rehabilitation, Adaptation) ist professionelle Behandlung von Abhängigkeits-

erkrankungen immer persönliche Beziehungsarbeit mit einzelnen und Gruppen in komplexen institutionellen Zusammenhängen.

Sie ist eine Form der therapeutischen Hilfe, die psychodynamisches Verständnis komplexer Persönlichkeiten und Lebensgeschichten, empathische Präsenz, Bereitschaft zur persönlichen Begegnung, Fähigkeit zur Gestaltung entwicklungsfördernder Beziehungen in komplexen Behandlungsprozessen sowie zum Containment tiefer Affekte und unbewusster Ängste auch unter erschwerten Bedingungen erfordert. Zum Versorgungsauftrag gehören immer die Zusammenarbeit mit Betroffenen und Angehörigen, die Reflexion institutioneller Zusammenhänge der Behandlung und nicht zuletzt ein waches Verständnis von Menschen in zunehmend schwieriger werdenden sozialen bzw. interkulturellen Lebenszusammenhängen. Was ich hier ziemlich sachlich und nüchtern zusammenfasse, gibt noch nicht angemessen wieder, wie es sich wirklich anfühlen kann, einem verzweifelten, hoffnungslosen, sozial depravierten, durch eine traumatisierende Lebensgeschichte belasteten und entsprechend schwierigen, womöglich hoch aggressiven oder selbstdestruktiven, abhängigkeitskranken Menschen in einer länger anhaltenden therapeutischen Beziehung zur Verfügung zu stehen. Professionelle, die sich dieser Aufgabe stellen, benötigen selbst zu allererst und unverzichtbar **ausreichend Zeit**. Sie benötigen Zeit, die sie ihren Klienten zur Wahrnehmung der eigenen Situation, zur allmählichen Stabilisierung und zur nachhaltigen Entwicklung (Rückfälle inklusive) zur Verfügung stellen können. Sie benötigen Zeit, um eine persönliche Begegnung gestalten und für förderliche Entwicklung der Betroffenen nutzen zu können. Und sie benötigen Zeit, um sich selbst immer wieder darüber Klarheit verschaffen zu können, wie das, was in der therapeutischen Beziehung geschieht, verstanden und weiter entwickelt werden kann. Ohne ein Mindestmaß an Zeit ist dies alles nicht zu bewerkstelligen. Darüber hinaus braucht es „**Räume**“ des **gemeinsamen Austausches** um hoch komplexe dyadische und gruppale Beziehungen reflektierend zu verstehen und therapeutisch günstig zu gestalten.

These 6: Beide Voraussetzungen einer qualitativ angemessenen Krankenversorgung (Zeit und Raum) werden durch

die aktuelle Entwicklung in der institutionellen Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen angegriffen. Dabei wirken ökonomische Faktoren mit anderen Einflussgrößen (gesetzliche Vorgaben und Umsetzungsbestimmungen, Auflagen der Leistungsträger) auf komplexe Weise zusammen.

Die schrittweise Verkürzung der Behandlungsdauer und die anwachsenden Verpflichtungen zur Behandlungsdokumentation sowie zum Qualitätsmanagement wirken unmittelbar verdichtend auf den Arbeitsprozess ein und stellen einen fortlaufenden und stetig intensiver werdenden Angriff auf Zeitressourcen dar, die ursprünglich dem direkten Klientenkontakt zur Verfügung standen. Dort werden sie zwangsläufig entzogen, was sich spürbar auf Dauer und Frequenz von Klientenkontakten auswirkt (das betrifft nicht nur Gespräche, sondern auch andere, ebenso wichtige Angebote wie etwa Hausbesuche oder Besuche im Praktikum, in der Arbeitserprobung usw.). Die nachhaltigen Kostensteigerungen z. B. für stationäre Entwöhnungstherapie, wie sie durch steigende Energie-, Personal und Arzneikosten sowie auferlegte Investitionslasten (Baumaßnahmen) anfallen, erzeugen (wenn sie nicht durch entsprechende Erhöhung der Tagessätze aufgefangen werden) einen massiven Druck zur Absenkung v. a. der Personalkosten: Der akademisch trainierte Bewegungstherapeut wird dann durch einen arbeitslosen Sportlehrer auf „Ein-€-Basis“ ersetzt, die qualifizierte Pflegerin durch eine Aushilfe, die mit Niedriglohnvergütung befristet aushelfen darf. – Was die gesetzlich auferlegten Zwänge angeht, ist das Europäische Arztrecht mit seinen Folgen das beste Beispiel: Weil Ärzte nach Bereitschaftsdiensten unbezahlt frei bekommen (also oft fehlen), die Einstellung zusätzlicher Mediziner aber aus Kostengründen nicht erfolgt, gehören unbezahlt arbeitende Psychologen im Praktikum im Krankenhaus inzwischen zu den Berufsgruppen mit der verlässlichsten persönlichen Präsenz. Diskontinuierlich anwesend sind nicht nur die Ärzte, sondern oft auch die Pflegenden. Schwestern und Pfleger arbeiten in der Regel im Schichtdienst und (persönlich gut begründet) häufig auch in Teilzeitverträgen. Dies hat zur Folge, dass auf relativ wenige Anwesenheitstage beachtliche Phasen der Abwesenheit (durch dienstfreie Tage) folgen. Von „Behandlungskontinuität“ kann daher vielerorts immer weniger die Rede sein, und die Integration der verschiedenen Beiträge aller Berufsgruppen wird schwieriger. Nicht

ganz selten sind Supervisionssitzungen die einzig verbliebenen Gelegenheiten, wo alle Mitwirkenden miteinander ins Gespräch kommen können.

These 7: Auch die dritte Voraussetzung einer qualitativ angemessenen Krankenversorgung (die Existenz leitender Konzepte für verantwortliche Beziehungsarbeit in Behandlungskontinuität) erodiert: Statt kohärenter Konzepte boomen „modularisierte“ Formen der Therapie, in denen Klienten in schwer überschaubaren Zusammenhängen zwischen verschiedenen Beziehungspartnern und Behandlungsorten wechseln.

Die zugehörigen Integrationsanstrengungen in regionalen Verbänden werden dabei zwar **theoretisch** bedacht, die erforderlichen Ressourcen an Zeit und Geld jedoch **in der Praxis** abgelehnt, so dass extrem aufwendige Vernetzungsarbeit ohne Kostenerstattung des Zeitaufwandes und mit der vorhandenen Kopfzahl an Personal im ohnehin verdichteten Arbeitsalltag bewerkstelligt werden muss. Die Folgen solcher „Innovationen“ sind mir aus Supervisionen und Beratungen bestens bekannt: Wenn komplexe, auf Vernetzung und fortlaufende Integration basierende Behandlungsprogramme auf diese Weise gestartet werden, kommt trotz bester Absichten das Gegenteil von dem heraus, was ursprünglich gewollt war – also nicht die Zusammenführung der unterschiedlichen Therapiebestandteile, sondern Desintegration, therapeutisches Chaos und der Verlust gemeinsamer Behandlungsziele. Leidtragende sind die Patienten, die sich in kurzen Zeitintervallen zwischen wechselnden Behandlungsverantwortlichen hin und her geschoben und dadurch mehr schlecht als recht behandelt fühlen. – Die bedenkliche Entwicklung spiegelt sich auch in den Supervisionsprozessen wider: Während Supervisionssitzungen früher mehrheitlich dem psychodynamischen Verständnis des „Falles“ bzw. dem szenischen Verstehen unbewusster Beziehungsdynamiken gewidmet waren (was der Behandlungsqualität zugute kam), mutieren sie in der letzten Zeit immer mehr zu einer Art Fallbesprechung mit einem erfahrenen „Konsiliararzt“ (dem externen Supervisor), da es an Zeit und Orten für die verlässliche, ungestörte Reflexion der therapeutischen Arbeit in der Institution mangelt. Oder die Sitzungen thematisieren

chronische Kooperations- und Vernetzungsprobleme, also den dauernden Bedarf an konzeptioneller Zusammenführung dessen, was von immer wieder wechselnden, an verschiedenen Orten tätigen Behandlungsverantwortlichen in engagierter, aber hektischer Arbeit geleistet wird.

These 8: Die Spannungen zwischen Ökonomie und Versorgungsauftrag konfrontieren Professionelle in der Arbeit mit ethischen Dilemmata, zu deren Bewältigung es Verantwortungsbewusstsein, Mut zum Widerspruch und die Bereitschaft braucht, innere Spannungszustände auszuhalten.

Um bei dem letzteren Erfordernis anzufangen: Wenn Professionelle in der Berufstätigkeit fortlaufend damit beschäftigt sind, das Quantum und die Qualität der geleisteten Arbeit zu dokumentieren, während sie zunehmend mit dem Gefühl nach Hause gehen, ihre Pflichten nur ungenügend erfüllt zu haben; wenn sie trotz erfolgreicher Zertifizierung und ungeachtet blendender Außendarstellung der Arbeit immer häufiger unzufrieden mit sich und ihrer Arbeit bleiben; wenn sie Klagen ihrer Patienten und Beschwerden von Angehörigen nicht mehr einfach als zur Arbeit gehörig abtun können – dann brauchen Sie ein gehöriges Maß dessen, was Soziologen „Ambiguitätstoleranz“ nennen: Sie müssen sich darin üben, in ihrem Inneren Zustände, Stimmungen und Einstellungen auszuhalten, die sich gegenseitig ausschließen oder jedenfalls nicht harmonisch ergänzen, sondern sich spannungsvoll gegenüber stehen. Das gilt auch für die grundsätzliche Einsicht in die Notwendigkeit wirtschaftlichen Arbeitens (die heute allgemein vorausgesetzt werden kann) und die vielfache Erfahrung, dass sich Ökonomie und Versorgungsauftrag beißen, dass sie sich gegenseitig in Frage stellen können. Professionelle sind in der Regel gut geübt darin, diese Spannungen angemessen wahrzunehmen und in sich zu „halten“, zu balancieren. Darin sind sie übrigens ihren Klienten ein gutes Vorbild, die in ihrem Lebensalltag mit vergleichbaren Ambivalenzen konfrontiert sind, damit aber weniger angemessen umgehen (indem sie sich nämlich Suchtmittel zuführen, damit sie die inneren Spannungen möglichst wenig spüren). Die größten inneren Spannungen der Professionellen resultieren aus **ethischen Dilemmata**, denen sie nicht ausweichen

können – es sei denn, sie lassen ihr Gewissen zuhause. Solche Dilemmata sind Zwickmühlen, für die es keine Auflösung gibt. Wir können sie nur **aushalten**, aber das ist sehr schwer, dafür benötigen wir Unterstützung. Eine solche Unterstützung können bestimmte Formen des Austausches sein, die ich kurz darstellen will.

These 9: Um die Spannungen zwischen Ökonomie, Versorgungsauftrag und Ethik zu bewältigen, benötigen Professionelle eine Unterstützung, die sie sich am besten gegenseitig in der Form des extern moderierten, aber freien Austausches geben. Die dafür erforderlichen Investitionen in Zeit und Geld lohnen sich sehr.

Diese Form der Unterstützung kenne ich aus Kliniken, in denen ich in größeren Abständen (also etwa zweimal im Jahr) einen Block von drei Supervisionssitzungen durchführe (Heltzel 2007). Alle in der Abteilung abkömmlichen Professionellen nehmen an der **Großgruppe** teil, also auch die ärztliche und pflegerische Abteilungsleitung, insgesamt sind es jeweils etwa 30 bis 40 Personen. Für die Sitzungen gibt es keine Tagesordnung, so dass spontan kommuniziert werden kann. Auf diese Weise können alle Themen, Problemstellungen, Einstellungen, Meinungen, Gefühle und Affekte angesprochen bzw. eingebracht werden, die einen Zusammenhang mit der Arbeitssituation haben. Für das in meinen Thesen diskutierte Spannungsfeld zwischen wirtschaftlichen Erfordernissen, versorgungsbezogenen Sichtweisen und ethischen Erwägungen ist dies der passende Raum, denn er eignet sich besonders zur Reflexion von Ambivalenzen, Paradoxien und Dilemmata. Die Rahmenbedingungen wirtschaftlicher Betriebsführung werden in der Regel von der anwesenden Führung eingebracht und vertreten, nicht selten aber auch von anderen Beteiligten. Den Gruppenteilnehmerinnen und -teilnehmern ist es frei gestellt, ihre spontanen Einfälle dazu auszudrücken. Das beginnt häufig mit dem Ausdruck von Erschöpfung und Belastung; auch Resignation, Enttäuschung, Ärger und Wut über die Verhältnisse können vorkommen. Wenn dies der Fall ist dauert es meist nicht lange, bis andere kämpferisch, tatkräftig, zuversichtlich, vielleicht sogar hoffnungsvoll und optimistisch intervenieren. So kommen die Ambivalenzen in Bezug auf die Aufgabenstellung in der Gruppe zum Ausdruck, können nebeneinander bestehen und gleichberechtigt gelten. Die externe

Moderation trägt wesentlich dazu bei, dass dieser Austausch konstruktiv verläuft und von den beteiligten Professionellen als wichtige Unterstützung ihrer schwierigen, komplexen Zusammenarbeit erlebt wird. Die Gruppe ist ein „Übergangsraum“ im Sinne Winnicotts, in dem sowohl die Belange der objektiven Realität, als auch die subjektiven Phantasien der Beteiligten zu ihrem Recht kommen. Die Existenz der Gruppe verdeutlicht, dass Verantwortung für die gemeinsame Arbeit und für die Zukunftssicherung übernommen wird.

These 10: Um das Spannungsfeld zwischen Ökonomie, Versorgungsauftrag und Ethik zukunftsfähig zu entwickeln, bedarf es schließlich konstruktiver Dialoge zwischen den Verantwortlichen (Klinikführung, Leistungsträger, Behörde), aber auch des Mutes zum Widerspruch, wo dies unumgänglich scheint.

Was ich in meinen Thesen dargestellt und diskutiert habe, unterliegt der permanenten Weiterentwicklung in einem gemeinsam gestalteten Prozess. Dazu braucht es kritische, aber vertrauensvolle und von dem gemeinsamen Interesse an einer Problemlösung getragene **Diskussionen**. Mit Schubladendenken und bürokratischer Paragraphenauslegung sind da keine substanziellen Fortschritte zu erzielen. Dazu sind die Problemstellungen zu ernst, die Ausgangslagen zu verwickelt, die Lösungen zu unsicher. Für Sparmaßnahmen hat heute jeder vernünftige Organisationsverantwortliche Verständnis, nur müssen die Vorgehensweisen den konkreten Menschen und ihren spezifischen Schwierigkeiten gerecht werden. Für manche Fehlentwicklung ist kritische Dialog nicht mehr die angemessene Form der Stellungnahme. Manche Umstände sind so unerträglich, vielleicht sogar skandalös, dass sie unmissverständlich angesprochen werden sollten. Vielleicht muss die Führung oder müssen die Mitarbeitenden die Mitverantwortung daran ablehnen? Oder besser noch alle Beteiligten, die Leistungsträger eingeschlossen? Vielleicht brauchen wir in fünf oder zehn Jahren eine **Neuaufgabe der Psychiatrie-Enquete**, die dann – in der Allgemeinpsychiatrie und in der Suchtkrankenversorgung – die aktuellen, in der Vergangenheit noch unbekanntem Notstände untersucht und offen legt? Manchmal wünsche ich mir eine solche Entwicklung, weil darin eine Chance zur Veränderung liegen könnte.

Literaturangaben:

- Bröckling, U. (2000): Totale Mobilmachung. Menschenführung im Qualitäts- und Selbstmanagement. In: Bröckling, Krasmann, Lemke (Hrsg.): Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen, Frankfurt/M., S. 131-167.
- Heltzel, R. (2007): Supervision und Beratung in der Psychiatrie. Bonn.
- Thielemann, U. (2004): Integrative Wirtschaftsethik als Reflexionsbemühung im Zeitalter der Ökonomisierung. In: Mieth, Schumann, Ulrich (Hrsg.): Reflexionsfelder integrativer Wirtschaftsethik. Tübingen und Basel, S. 69-102.
- Ulrich, P. (2004): Sich im ethisch-politisch-ökonomischen Denken orientieren – Der St. Galler Ansatz der integrativen Wirtschaftsethik. In: Mieth, Schumann, Ulrich (Hrsg.): Reflexionsfelder integrativer Wirtschaftsethik. Tübingen und Basel, S. 11-28

Angaben zum Autor:

Dr. Rudolf Heltzel, Arzt für Psychiatrie und Neurologie, Arzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalytiker (DGPT), Gruppenlehranalytiker (DAGG), Gruppenanalytischer Supervisor und Organisationsberater (DAGG), Supervisor (DGsV). – arbeitet als Psychotherapeut, Supervisor, Berater und Coach in freier Praxis.

Mental Mumin

**Ein Ausblick auf die NAPP-
Tagung am 31.10. und
1.11. 2008 in Bremen**

**von
Ingo Engelmann**

Die Mentalisierungswelle rollt. Nach der Metholwelle mit After Eight (1962), Tempo Menthol (1971 im Zehner-Pack) und der Mentholzigarette Reyno (1976) wurde es Zeit für einen etwas anderen Geschmack. Durch alliterativen Anklang suchte man nach Produkten aus dem Bereich „Mental“ (lat. „zum Kinn gehörend“). Die Mental Health Bewegung entstand, Ipuro entwickelte den Raumduft Mental Balance (100 ml 11,99), und aus England erreichten uns die mentalisierungs-basierten Therapiekonzepte.

Wie geht es Ihnen mit diesem Anfang des Aufsatzes? Was ist das für ein Gefühl, können Sie es näher beschreiben? Sie fühlen sich verschaukelt? Sie fragen sich, was der Autor damit erreichen will? Aber hier sind wir doch mitten im Thema: gerade sind Sie am Mentalisieren.

Auf der bevorstehenden öffentlichen Arbeitstagung der NAPP geht es um Mentalisierungskonzepte. Es geht dabei um eine immer weiter ausdifferenzierte Entwicklungspsychologie und um einen zentralen Entwicklungsschritt, dessen Fehlen die gesamte weitere Lebensgeschichte des betreffenden Menschen tiefgreifend beeinflussen wird – nämlich den Erwerb der Fähigkeit, über sich und andere als subjektiv denkende und erlebende Wesen nachzudenken. Die neuen Erkenntnisse dazu sind interessant, hilfreich für den

psychiatrischen Alltag und ein großer Schritt auf dem Weg zur (empirisch-)wissenschaftlichen Anerkennung psychodynamischer Vorgehensweisen in der Psychiatrie. Deswegen ist es ein zentrales Thema für die NAPP.

Aber auch andere haben schon gewusst um die Bedeutung seelischer Kräfte und Bewegungen und sich in vielerlei Form damit befasst. Es gibt dafür prominente Vertreter in der Literatur: Marcel Proust, James Joyce und andere. Ihre Werke sind fast genauso schwer zu lesen oder gar zu verstehen wie die von Bateman und Fonagy. Es gibt aber auch die kleinen Geschichten, die einfachen Leute, deren Erleben unmittelbar einleuchtet und viel über mentale Vorgänge verrät. Als eine Art Einführung in die Mentalisierung können uns zum Beispiel die Mumin's dienen.



Die Mumin's sind eine Trollfamilie aus Finnland. Tove Jansson hat zwischen 1945 und 1970 neun Bücher über sie geschrieben. Die Mumin's sind rund und grau und haben eine Schnauze wie ein Nilpferd, sie sehen etwas plump aus und irgendwie auch sehr gemütlich. Außer Vater und Mutter Mumin gibt es den nur „Mumin“ genannten Sohn, ein Einzelkind, und eine Schar sehr unterschiedlicher Freunde: das kleine Schnüferl, immer ängstlich-neugierig und auf der Flucht vor jeglicher Verantwortung, den musikalischen und eigenbrötlerischen Schnupferich, ein Wesen von tiefer Einsicht und wechselhafter Laune, den Hemul, die Kleine Müh, das Snorkfräulein und wie sie alle heißen.

Eigentlich sind Trolle als Gegenpart zu Elfen und Feen männlich, aber hier haben wir eine ganze Trollfamilie. Das ist im schwedisch-finnischen Grenzgebiet (borderline!) nicht ganz ungewöhnlich, auch die kleinen unter dem Rasen lebenden Trolle in „Ronja Räubertochter“ treten im Familienverband auf („Was macht sie da? Darf sie das?“ – wer den Film gesehen hat, weiß was ich meine). Also eine Trollfamilie aus Finnland sind die Mumin's, und die Geschichten, die in den Büchern erzählt werden, sind Geschichten von Wegen, von Entwicklungen oder Einsichten.



„Ich habe einen Weg gefunden, den ich gehen möchte. Wo er hinführt, weiß ich noch nicht sicher. Aber ich weiß, dass da jetzt gehen will.“ Das sagte kürzlich ein Patient zu mir, der nach längerer Behandlung ziemlich grundlegende Entscheidungen traf und sich auf seine Entlassung vorbereitete. Er hatte in der Musiktherapie die Entdeckung gemacht, dass er nicht nur sich selbst sehen und hören konnte, sondern auch die Anderen, und dass er dabei zu seiner Überraschung nicht unterging. Das war ein richtig krass gutes Gefühl, fand er.



An dem Morgen, als der Muminvater die Brücke über den Fluss fertig gebaut hatte, machte Schnüferl, das kleine Tier, eine Entdeckung. Es entdeckte einen ganz neuen Weg. Der Weg schlüpfte an einer dunklen Stelle in den Wald und das Schnüferl blieb lange stehen und schaute hinter ihm her.

Das muss ich Mumin erzählen, dachte es. Diesen Weg müssen wir gemeinsam erforschen, allein riskiere ich das nämlich nicht.

Als das Schnüferl nach Hause kam, war Mumin gerade damit beschäftigt, eine Schaukel aufzuhängen.

„Hallo“, sagte das Schnüferl. „Ich hab ganz allein einen eigenen Weg entdeckt. Er sieht gefährlich aus.“

„Wie gefährlich?“, fragte Mumin.

„Ich würde sagen, enorm gefährlich“, antwortete das kleine Schnüferl ernst.

„Dann müssen wir belegte Brote mitnehmen“, sagte Mumin.

„Und Saft.“ Er ging zum Küchenfenster und sagte: „Mutter, wir essen heute unterwegs.“

„Aha“, sagte die Muminmutter. „Kein Problem“. Sie legte die Brote in den Korb, der neben dem Spültisch stand.

Dann holte sie eine Pfote voller Bonbons aus einer Büchse und zwei Äpfel aus einer anderen, tat vier Würstchen von gestern dazu und eine Flasche Saft, die immer fertig gemischt auf dem Bord über dem Herd stand.

„Prima“, sagte Mumin. „Bis später. Wir kommen, wenn wir kommen.“

„Macht's gut“, sagte die Muminmutter.

Das Einzelkinddasein kann von Vorteil sein: in der überschaubaren Dreierkonstellation haben Mutter, Vater und Sohn Mumin eine weitgehende Einigung herstellen können darüber, dass jeder seinen eigenen Weg geht und sie sich umeinander keine überflüssigen Gedanken machen („Sie hatten beschlossen sich nie umeinander Sorgen zu machen. Dadurch gaben sie sich gegenseitig ein gutes Gewissen und so viel Freiheit wie möglich“). Wenn Mumin und Schnüferl einen Weg erkunden und dabei ein Picknick halten wollen, ist das der Mutter recht: er wird schon wissen, wozu das gut ist. Vielleicht auch sogar: na endlich erforscht er seinen Weg, wird ja auch Zeit, der Junge wird ja auch größer!

Mumin und Schnüferl erforschen den Weg, trotz aller unwägbaren Gefahren, die ihrer dort harren könnten, und als der Weg immer schmaler geworden und fast verschwunden ist, finden sie das Meer. Mumin springt hinein und taucht, bis das Schnüferl Sorge hat, er könne ertrunken sein. Aber Mumin hat keine Zeit für Sorgen:

„Übrigens ist mir eine Idee gekommen, während ich dort unten war. Eine ausgezeichnete Idee, aber die ist ein Geheimnis.“

„Wie groß?“, fragte das Schnüferl. „So groß wie ‚Möge der Abgrund mich verschlingen‘?“

Mumin nickte.

„Möge der Abgrund mich verschlingen“, haspelte das Schnüferl herunter. „Mögen die Geier meine dürren Gebeine fressen und möge ich nie mehr Eis essen, wenn ich das Geheimnis aller Geheimnisse nicht bewahren kann. Und?“

„Ich werde Perlenfischer und verstecke meine Perlen in einer Kiste“, sagte

Mumin. „Alle weißen Steine sind Perlen.
Alle, die sehr weiß und sehr rund sind.“
(Seite 5 ff)

Wo ein Weg ist, wird ein Wille werden. Das beginnt mit der Ängstlichkeit, die Schnüferl angesichts seiner Weg-Entdeckung überfällt, und die er mit Mumin teilen möchte. Es geht weiter mit der unerschütterlichen Muminmutter, die keinen Augenblick daran zweifelt, dass ihr Sohn ein wichtiges Vorhaben umsetzen will, in dem er nicht irritiert werden sollte. Also besorgt sie das Catering und fragt nicht lange. Das ist überhaupt ihr Wesen:

„Der Bisam hat gesagt, der Komet fällt heute Abend ins Gemüsebeet“, erzählte die Muminmutter. „Und das ausgerechnet jetzt, wo der hässliche graue Staub endlich vom Gemüse weggepustet worden ist...Naja. Da habe ich eben das Jäten bleiben lassen...“ (S. 162)

Die Unerschrockenheit der Mutter kann am Sohn nicht spurlos vorbeigehen. Und so wagt er sich auf den Weg, Seite an Seite mit dem kleinen Schnüferl (wie Männer eben ihre Erlebnisse gestalten: Männer mit Männern (er-)leben *side by side*, wie ich aus *gender studies* erfahre, während Frauen mit Frauen *face to face* leben und sich austauschen). Und Mumin und Schnüferl entdecken das Meer, das die Phantasie unmittelbar in Gang setzt und neue Abenteuer ohne Ende verspricht.



In einer der „Geschichten aus dem Mumintal“ berichtet Tove Jansson vom Schnupferich und seinem ungebetenen Besuch. Es ist eine Geschichte von Ich-Werdung und Subjektivierung und wie sich das auf die Bindungen auswirkt – nicht nur festigend, auch Enttäuschungen muss man einkalkulieren: das zum individuellen Ich gewachsene Wesen geht seinen eigenen Weg, und manch einer steht plötzlich wieder allein da, wenn die Jugend sich aufmacht.

Und so fängt es an: Der Schnupferich ist auf seiner Wanderung einer Melodie auf der Spur, die er umschleicht, sie einkreist, ohne sie vorschnell packen zu wollen. Dieser Abend wird gut sein, sie so vertraut zu machen, dass sie bei ihm bleibt. Da besucht ihn zu seinem

Leidwesen an seinem einsamen Lagerfeuer ein kleines Tier,

„zwei schüchterne Augen unter einem wirren Haarschopf. So wie bedeutungslose Leute eben aussehen.“ (11)

Bedeutungslos also wirkt das kleine Tier (das wird später übrigens noch näher ausgedeutet werden). Der Kleine möchte den Schnupferich spielen hören auf seiner Mundharmonika (aber der ist nur vergrätzt, weil ihm die geahnte Melodie inzwischen längst entflohen ist), der Kleine möchte die Geschichten von Schnupferichs Wanderungen hören, aber der denkt nur verbittert:

„Warum können sie mir meine Wanderungen nicht lassen? Begreifen sie denn nicht, dass ich alles kaputt rede, wenn ich darüber erzählen muss. Dann ist es verschwunden, und wenn ich daran zurückdenke, erinnere ich mich nur noch an meine Erzählung.“ (15)

Wir wissen ja: Die Narration ist nicht das Erleben selbst. Viele andere wissen davon zwar nicht, aber der Schnupferich weiß um derartige Dinge. Und weil er so viel weiß, möchte das kleine bedeutungslose Wesen von ihm einen Tip haben, wie es sich nennen sollte. Das ist nur recht und billig, denn Auslöser zu diesem Bedürfnis war eine harmlose Frage des Schnupferich, als der kleine Gast ungebetenerweise auftaucht: „Na, wie heißt du denn?“ hatte er gefragt, und das kleine Tier hatte erklärt, dass es so klein sei, dass es bisher nicht einmal einen eigenen Namen habe. Eigentlich hat der Schnupferich überhaupt keine Lust, Namen zu erfinden. Aber dann schlägt er ihm doch einen vor, damit eine Ruhe ist:

„Ti-ti-uu, mit einem fröhlichen Anfang und vielen traurigen U am Ende“. (15)

Mit diesem Namensvorschlag verlässt das Wesen den Schnupferich, und nun ist er allein und das nützt ihm nun auch nichts mehr. Die Melodie ist weg, die Laune mies, am nächsten Tag wandert Schnupferich durch eine öde Gegend, bis er merkt, dass er es bedauert, Ti-ti-uu weggeschickt zu haben, und nach ihm sucht.

„Ti-ti-uu“, rief der Schnupferich leise.
„Ich bin gekommen, um mit dir zu reden.“

„Oh, hallo“, sagte Ti-ti-uu und tauchte aus dem Gebüsch auf. „Wie gut, dann kann ich dir zeigen, was ich gemacht hab. Ein Namensschild! Schau mal! Mein eigener neuer Name, der darf über der Tür hängen, wenn ich ein eigenes Haus hab.“

Es hielt ein Rindenstückchen hoch, in das ein Namenszug eingeritzt war, und fuhr mit wichtiger Miene fort: „Sieht gut aus, was? Alle haben es schon bewundert.“

„Sehr schön!“, sagte der Schnupferich.
„Und du kriegst also ein eigenes Haus?“

„Ja klar!“, strahlte das kleine Tier. „Ich bin zu Hause ausgezogen und hab angefangen zu leben! Das ist unglaublich spannend! Weißt du, bevor ich einen Namen hatte, bin ich bloß durch die Gegend gerannt und hab so allgemeine Gefühle gehabt und alles, was passiert ist, flatterte um mich herum, manchmal war es gefährlich und manchmal ungefährlich, aber nichts war richtig, verstehst du?“

Der Schnupferich versuchte etwas zu sagen, doch das Tierchen fuhr sogleich fort: „Jetzt bin ich eine eigene Person und alles, was passiert, hat eine Bedeutung. Es passiert nämlich nicht nur so ganz allgemein, sondern es passiert mir, Ti-ti-uu. Und Ti-ti-uu denkt dies oder das – wenn du verstehst, was ich meine?“ (18f)

Und zum Klöhnen und Mundharmonika anhören (was der Schnupferich sich jetzt so vorgestellt hatte) bleibt ihm gar keine Zeit, schon schlüpft er weiter:

„Tschüss, und grüß mir Mumin! Ich hab's eilig, muss leben, weil ich schon so viel Zeit verloren hab!“

Auch hier wird ein Weg beschritten. Das kleine Tier ist sich ganz sicher: der andere, Schnupferich also, der kann so viel, von dem werde ich profitieren können. Der sperrt sich zwar, hat gar keine Lust, dem kleinen Wesen auf seinem Weg zu Subjekt-Sein und Individualität zu helfen, aber er sperrt sich nicht dauerhaft, sondern schlägt ihm einen Namen vor. Er greift also das Bedürfnis des kleinen Tieres auf und benennt es. Nun hat es einen eigenen Namen, Ti-ti-uu, und nichts ist mehr so wie vorher: es ist nicht mehr so klein, es ist nicht mehr bedeutungslos, und es hat keine Zeit mehr, weil es so viel erleben muss. Irgendwie kenne ich all das aus vielfacher Beobachtung: bei unserem Sohn, in meiner eigenen Erinnerung, aus der Klinik. Eine Patientin hat mir vor längerer Zeit mal gesagt, es sei ihr sehr aufgefallen, dass ich sie (mit deren Behandlung ich nicht so viel zu tun hatte) jedesmal, wenn ich sie auf dem Flur oder auf der Treppe getroffen habe, mit ihrem Namen begrüßt habe. Dadurch gewannen diese kleinen Begegnungen ein bisschen Bedeutung, glaube ich.



Eine letzte Episode aus dem Band „Winter im Mumintal“ will ich noch aufgreifen. Sie handelt von einem Eichhörnchen, das nicht viel denkt, aber immer viel spürt, das die Welt erkundet und dabei immer wieder an seine Grenzen stößt, und von der Kleinen Müh, Tochter der Großen Mymla (es wird aber nie irgendwie weiter erklärt, wer das gewesen sein mag).

Das Eichhörnchen bewegt sich auf der Stufe primärer Repräsentation. Es nimmt also seine Welt körperlich und kognitiv wahr, registriert Lust- und Unlustgefühle, ist aber befangen im körperlich-viszeralen Erleben seiner Gefühle, ohne sie bedenken zu können. Eine Validierung der eigenen Gefühle an einem Gegenüber ist (noch) nicht möglich, die aber nach Fonagy und seinen KollegInnen die einzige Chance bietet, die eigenen Gefühle so kennen zu lernen, dass man sie nicht nur als inneren Zustand erlebt, sondern einordnen und sich auch notfalls davon distanzieren kann.

Etwas weiter im Westen, am Meeresufer, hüpfte ein kleines Eichhörnchen planlos auf dem Schnee hin und her. Es war ein sehr törichtes, kleines Eichhörnchen, das sich gern als

„das Eichhörnchen mit dem schönen Schwanz“ bezeichnete, wenn es an sich selbst dachte.

Übrigens dachte es weder oft noch lange, sondern fühlte oder spürte meistens etwas. Jetzt hatte es gerade gefühlt, dass die Matratze in seinem Nest allmählich hart wurde, und war daher unterwegs, um eine neue zu suchen. (16)

Es findet einen Karton.

„Eigenartig“, sagte das Eichhörnchen erstaunt. „Dieser Pappkarton war vorher nicht da. Der ist irgendwie falsch. Oder es ist die falsche Höhle. Vielleicht bin ich auch das falsche Eichhörnchen, aber das will ich dann doch lieber nicht glauben.“ Es schob eine Ecke des Deckels hoch und steckte den Kopf in den Karton.

Drinnen in der Wärme lag etwas, das fühlte sich weich und angenehm an, und plötzlich erinnerte das Eichhörnchen sich wieder an seine Matratze. Seine kleinen, scharfen Zähne bissen ein Loch in das Weiche und zerrten einen Wollebausch heraus.

Dann zog es einen Bausch nach dem anderen heraus, ganze Berge von Wolle, es arbeitete wie besessen mit allen vier Pfoten und war sehr froh und zufrieden.

Doch plötzlich war da jemand, der dem Eichhörnchen ins Bein zu beißen versuchte. Es fuhr blitzschnell aus der Pappschachtel, zögerte kurz und beschloss dann, lieber neugierig als erschrocken zu sein.

Nach einiger Zeit tauchte ein wütender Kopf mit strubbeligen Haaren aus dem Karton auf.

„Bist du noch ganz bei Trost?!“ fragte die Kleine Müh.

„Nein, glaub ich nicht“, antwortete das Eichhörnchen.

„Jetzt hast du mich geweckt“, teilte die Kleine Müh streng mit, „und meinen Schlafsack aufgefressen. Was willst du überhaupt?“

Doch das Eichhörnchen war so verwirrt, dass es die Matratze schon wieder vergessen hatte.

Die Kleine Müh schüttelte ärgerlich den Kopf, kam ganz und gar aus dem Karton geklettert und schloss den Deckel (...). Dann trat sie vor und fasste den Schnee an.

„Aha, so sieht der also aus“, sagte sie. „Was die sich alles einfallen lassen.“ (17f)

Das Eichhörnchen wird durch den Ärger und die Fragen der Kleinen Müh so durcheinander gebracht, dass es seine ursprünglichen Ziele (ein neues Bett, das weniger hart ist) völlig aus den Augen verliert und nicht einmal mehr selbst glaubt, dass es ganz richtig im Kopf ist, (also vielleicht doch „das falsche Eichhörnchen“ ist?). Ein Mentalisierungsprozess wird hier zunächst nicht angestoßen, die Kleine Müh bringt keine ausreichende Empathie auf und so kommt es zu keiner emotionalen Abstimmung. Das Eichhörnchen erfriert dann auch kurze Zeit später, aber es kommt zu einer mysteriösen Wiedergeburt im nächsten Frühjahr, die unseren Rahmen hier sprengt.

Die Irritation, die bei unerwarteter Begegnung oder gar Auseinandersetzung Menschen ganz wirr macht und sie ihre Ziele vergessen lässt, kennen viele von uns aus klinischer Erfahrung mit Patienten. Sie haben wenig Sicherheit in ihrer Identität, kennen sich in ihren eigenen Gefühlen nicht gut aus und können nicht ermessen, was sie im Gegenüber auslösen oder wie sie bestimmte Ziele erreichen können (auch durch Beeinflussung anderer). Das trifft auf die meisten Menschen zu, mit denen wir in der Psychiatrie zu tun haben. Die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) ist ein mittlerweile schon gut ausgearbeitetes, neues Konzept, das Wurzeln in psychoanalytischen, neurophysiologischen und psychotherapeutischen Modellen hat, die aus unterschiedlichem Kontext stammen. Viele Vertreter dieser neuen Vorgehensweise sind Mitglieder der NAPP oder stehen ihr nahe. Wird die MBT das „neue NAPP-Konzept“? Wie ist das Verhältnis zu anderen Konzepten und Erfahrungen, und wie kombiniert sich das Ganze?

Nicht nur theoretisch, sondern auch ganz konkret - im Leben, im Mumintal und auch in Bremen. Viel Spaß auf der Tagung!

Die Texte sind folgenden Büchern von Tove Jansson entnommen:

Geschichten aus dem Mumintal (1962, Arena Verlag 2007)

Komet im Mumintal (1968, Arena Verlag 2002)

Winter im Mumintal (1970, Arena Verlag 2006)



„Unsere Privatpatienten haben eine Minibar“

Dokumentation

In der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung stand am 14.09.2008 ein Interview mit dem Leiter der Privatklinikette Helios. Herr De Meo erzählte über Privatisierung und seine Angst der Partei Die Linke. Das alles geschah in bemerkenswerter Sachlichkeit, die mancher als zynisch versteht, aber das ist Geschmackssache. Hier wesentliche Auszüge aus diesem Interview, weil es gut ist, die Gegner (Partner?) im Geschäft mit der Gesundheit zu kennen. Zur Helios-Kette gehören 61 Kliniken, in Schwerin und Erfurt beispielsweise mit großen psychiatrischen Bereichen.



Francesco De Meo

Herr De Meo, sind Krankenhäuser ein gutes Geschäft?

Krankenhäuser sind ein interessantes Geschäft. Und wenn man sie gut führt, sind sie auch ein ganz gutes Geschäft. Nicht so gut, wie man es sich im Vergleich mit anderen Industrien wünscht. Aber da die Erlöse sehr stabil sind, sind Kliniken ein sicheres Geschäft. Außerdem wird es weiter wachsen, weil es mehr alte Menschen in Deutschland gibt.

Helios wächst auch. Nämlich indem sie Kliniken zukaufen. Wie viele haben Sie im vergangenen Jahr erworben?

2007 haben wir sechs Kliniken gekauft, darunter zwei in Krefeld und Mariahilf in Hamburg, das uns aber erst seit diesem Jahr gehört. (...)

Wie lange braucht Helios, bis eine Klinik, die Sie übernehmen, Gewinn macht?

Wir gehen davon aus, dass man nach einem Jahr Sanierung einen Gewinn vor Steuern, Zinsen und Abschreibungen in Höhe von drei Prozent des Umsatzes erreichen kann. Im zweiten Jahr sechs Prozent, dann neun, zwölf, fünfzehn.

Sie drehen die Kliniken schon im ersten Jahr in die Gewinnzone?

Ja, achtzig Prozent der neu gekauften Kliniken schaffen das. (...)

Wie macht man das eigentlich, ein Krankenhaus sanieren?

Die Einnahmen steigern durch eine bessere Medizin, die Personal- und die Sachkosten senken.

Am schnellsten spart man sicher bei Sachkosten.

Ja, durch die Größe von Helios können wir günstiger einkaufen als die einzelne Klinik. Innerhalb eines Jahres können wir die Sachkosten um zehn bis zwanzig Prozent senken. Damit verbessern wir das Ergebnis um zwei bis drei Prozent.

Viel problematischer ist es, die Personalkosten zu senken, also Mitarbeiter zu kündigen. Ist das denn immer notwendig?

Nein, wir versuchen ohne Kündigungen auszukommen. Aber wir verkürzen die Wege im Krankenhaus, organisieren die Abläufe straffer, legen kleine Stationen zusammen. Deshalb brauchen wir weniger Personal für die gleiche Leistung. Wir können das Personal, das übrig ist, dafür einsetzen, mehr Patienten zu betreuen. Aber wenn es nicht mehr Patienten gibt, dann müssen wir die Zahl der Mitarbeiter reduzieren, meist durch Fluktuation oder Abfindungen.

Wie viele Stellen gehen normalerweise verloren?

Manchmal bauen wir fast gar nicht ab. In Wuppertal haben wir nur 16 Mitarbeiter von fast 2000 betriebsbedingt gekündigt. In Berlin-Buch haben wir uns von knapp 500 von 3000 Mitarbeitern getrennt.

Wer wird zuerst entlassen?

Meist Menschen in Küche, Lager, Wäscherei und Fahrdienst.

Wie sieht es für Ärzte und Krankenpfleger aus?

In der Pflege kündigen wir betriebsbedingt, wen wir aus kleinen Stationen größere machen. Ärzte tauschen wir aus, wenn es

Qualitätsprobleme gibt. In der Regel stellen wir aber eher mehr Ärzte ein.

Das klingt wie eine einfache Mechanik. Wieso müssen Sie kommen, um eine Klinik zu drehen?

Die Kommunen betreiben viele Einrichtungen, eine davon ist das Krankenhaus. Wir betreiben viele Einrichtungen, aber nur Krankenhäuser. Wir verstehen von dem Geschäft einfach mehr. Außerdem haben wir den Vorteil, dass wir sachorientierter arbeiten können als viele kommunale Krankenhäuser, wo das Netzwerk zwischen Chefsärzten und Politikern eng ist.

Sie machen noch etwas anders als viele kommunale Kliniken. Sie behandeln Privatpatienten besser. Was bieten Sie ihnen?

Medizinisch bekommen Privatpatienten die gleiche Leistung wie gesetzlich Versicherte. Es gibt aber Unterschiede im Service. Das ist wie Zugfahren in der ersten und zweiten Klasse. Die Patienten kommen zum gleichen Zeitpunkt am gleichen Ziel an. (...)

Welchen Service bekommt der Privatpatient bei Ihnen?

Er liegt auf einer völlig anderen Station. Das Zimmer ist größer, es ist anders ausgestattet. Es gibt einen Holzboden und eine Minibar, die der Patient kostenlos nutzen kann. Er bekommt eine Auswahl an Zeitungen. Und wenn er uns verlässt, bekommt er ein Geschenk. (...)

Wie viele Kliniken wollen Sie mit ihrem Konzept noch übernehmen?

Wir bieten derzeit für fünf Kliniken. Und wir wollen jedes Jahr ungefähr 150 Millionen Euro an Umsatz dazukaufen.

Gerade kommen nicht so viele Krankenhäuser auf den Markt. Wann wird ihr Geschäft wieder anziehen?

Das ist eine Frage der Zeit und des politischen Umfelds. Die Zeit spricht dafür, dass es bald so weit ist, weil viele Häuser weiter rote Zahlen schreiben und ohne Subventionen nicht bestehen können. Dagegen spielt die Politik.

Sie sprechen von der Linkspartei.

Ja, die Linken in Hessen zum Beispiel. Sie fordern, dass Frau Ypsilanti das privatisierte Uni-Klinikum Gießen-Marburg zurückkauft. Wenn so etwas ernsthaft diskutiert wird, ist das Klima sehr viel härter für uns. Die Linkspartei beeinflusst nämlich auch die anderen. Leute, die früher Themen wie Privatisierung verfochten haben, halten auf einmal ganz vorsichtig die Klappe. (...) Es wird sich zeigen, ob diese Mutlosigkeit weiter anhält.

(Die Stichworte in Frageform gab Hofberichterstatterin Frau Nienhaus)

Kommentar

Die Tochter von Helios, dem Sonnengott, war Kirke, die große Verführerin. Auch Odysseus „bezirzte“ sie und verwandelte seine Leute (bis auf einen) in eine Schweineherde, aber diese Geschichte soll hier jetzt nicht weiter erzählt werden.

Der Chef der Helios-Kliniken GmbH bezirzt hier alle, die bisher in der Institution Krankenhaus einen Dienstleistungsbetrieb mit öffentlicher Aufgabe (Sicherung der Gesundheit) sahen. Das geht viel besser, sagt er, wenn man es den Fachleuten überlässt, die wirklich rechnen können. Dann wird das gute alte Lazarett stromlinienförmig umgebaut und gewinnt ein Profil, das marktgängig und rentabel ist.

Die Helios GmbH ist nicht berüchtigt als besonders unfreundlich oder autoritär, da gibt es private Trägerfirmen mit erheblich schlechterem Ruf. Die Aufmerksamkeit gilt aber nicht allein einzelnen schwarzen Schafen (denen das Handwerk gelegt werden sollte), sondern dem ganzen Privatisierungsclan. Man soll sich nicht durch Blauäugigkeitsvorwürfe davon abhalten lassen, weiterhin gültige Mindeststandards zu propagieren (auch wenn sie schon auf weiter Front bröckeln): Uni-Kliniken gehören nicht in private Hände, damit nicht die medizinische Forschung mittelfristig nur noch von den Pharma-Konzernen diktiert wird. Forensische Kliniken zu führen ist Aufgabe des Staates (so wie auch eine Privatisierung der Knäste abzulehnen ist). Und Patienten sollten darüber Bescheid wissen, wie mit ihren Sorgen, Nöten und Erkrankungen die Konten der Anteilseigner privater Kliniken gefüllt werden.

Insofern machen die Äußerungen von Herrn de Meo denn auch wieder Mut: er hält ein härteres Klima für die Privatisierer nicht für ausgeschlossen. Er sollte nicht enttäuscht werden, oder?

-ie

Als-ob oder Äquivalenz

Zwei Beispiele?

Im Alltag begegnen uns Episoden, die uns nachdenklich machen. Ist das richtig? Stimmt das, oder muss man das ganz anders sehen? Sich so in die Materie einzudenken ist ein Mentalisierungs-Vorgang. Fonagy und seine Mitmentalierer beschreiben die Vorstufen eines erwachsenen, reflektierten Umgangs mit der Welt in den beiden Kategorien „Als-ob-Modus“ und „Äquivalenz-Modus“. Nur zwei Kategorien – das muss doch einfach sein! Der Versuch, dieses Schema auf Alltagsereignisse anzuwenden, zeigt aber auch Tücken. Ich nehme zwei beliebige Mitteilungen aus dem Internet, die mir bei Erstellung der jährlichen Steuererklärung auffielen und die mich beschäftigt haben. Was ist da los?

Ein Manisch-depressiver, der in seinen manischen Phasen einem Kaufzwang folgen muss, kann die Kosten in seiner Steuererklärung nicht als außergewöhnliche Belastungen geltend machen. Die Richter begründeten ihr Urteil mit dem **Argument:** Der manisch-depressive Steuerpflichtige bekommt ja mit der gekauften Ware einen Gegenwert für sein Geld (FG München, Urteil vom 10.3.2008, Az. 13 K 2392/05).

Ist da irgendeiner der Beteiligten im reflektierten Erwachsenen-Denken angekommen? Der Patient scheint irgendwie dem Äquivalenz-Modus zu erliegen. Ich bin

gezwungen, das und das zu machen, da komm ich gar nicht gegen an, also muss die Welt sich doch darauf einstellen, und das muss doch auch steuerlich berücksichtigt werden! Oder befindet sich der manische Mensch in einer speziellen Version des Als-Ob-Modus, in der er der Welt weiszumachen versucht, er steuere in allmächtiger Weise die Geschicke dieser Welt, und sie solle das gefälligst akzeptieren? Das entspräche dann dem reizenden Gedicht von Robert Gernhardt:

*Lieber Gott, nimm es hin, dass ich was
Besond'res bin.
Und gib ruhig einmal zu, dass ich klüger bin als
du.
Preise künftig meinen Namen, denn sonst
setzt es etwas. Amen*

Da ist dann doch die Grenze des Als-ob-Modus deutlich überschritten, denn dazu würde ja das Bewusstsein davon gehören, dass da eine gewisse Verschiebung der Ebenen im Spiel ist, also dass die eigene Allmacht nicht dem tatsächlichen Gewaltverhältnis im Kosmos entspricht.

Aber auch die Richter sind nicht so eindeutig jenseits vom Gut-Bösen der Modi. Ihre Argumentation enthält ja eine Portion materieller Naivität. Man kann nicht wirklich behaupten, dass sich die mächtige Realität mit ihrem Facettenreichtum in dieser Position wiederfindet. Es hat den Anschein, als schütze juristische Wahrheit nicht vor Äquivalenz.

Der Fall: Eine Mutter erhielt Kindergeld für ihre Tochter. Im Mai 2007 wurde sie aufgefordert, Nachweise über die Fortdauer oder das Ende der Schulausbildung der Tochter vorzulegen. Zwei Wochen hatte sie dafür Zeit. Da sie jedoch nicht innerhalb dieser Frist antwortete, wurde die Kindergeldfestsetzung ab September 2005 aufgehoben - der letzte vorliegende Ausbildungsnachweis datierte nämlich auf den Monat Juli 2005. Rückforderung der Kindergeldkasse: 2.926 Euro.

Nach Ablauf der Rechtsbehelfsfrist von einem Monat schickte die Mutter einen Einspruch und die angeforderten Unterlagen an die Kindergeldstelle.

Auf den Hinweis der Kindergeldstelle, dass der Einspruch verspätet sei, teilte die Mutter mit: sie habe eine Phobie gegen amtliche Schreiben. Ihr seien schon sehr viele finanzielle Nachteile dadurch entstanden, dass sie amtliche Schreiben nicht geöffnet habe, sondern liegen gelassen oder entsorgt habe, weil sie panische Angst vor dem Inhalt der amtlichen Schreiben gehabt habe und weiterhin habe.

Die Mutter reichte **Klage** ein. Sie leide unter Angstzuständen, die durch amtliche Schreiben ausgelöst würden. Um dies zu verhindern, lasse sie zugehende Post auf Wochen, ja sogar monatelang im Briefkasten. Sie habe sich wiederholt in psychologische Behandlung begeben wollen, schäme sich jedoch ihres Leidens zu sehr.

Die Richter: Eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand ist nur zu gewähren, wenn eine Verfahrensfrist schuldlos versäumt wurde. Eine Krankheit ist aber nur dann ein entschuldbares Hindernis, wenn es sich um eine schwere und plötzliche Erkrankung handelt, die den Kranken daran hindert, seine steuerlichen Angelegenheiten selbst zu besorgen und die ihn in eine Lage versetzt, in der er keinen Vertreter bestellen kann. Das war bei der ängstlichen Mutter jedoch nicht der Fall (FG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 23.4.2008, Az. 1 K 2525/07, nicht rechtskräftig).

Ich verstehe auch, dass die Richter fanden, das gehe nun zu weit. So geht es ja nicht. Äquivalenz hin, Als-ob her.

-ie

Film und Psychoanalyse

Seit Jahren führt die Arbeitsgemeinschaft Psychotherapie, Psychosomatik und Psychoanalyse Hamburg (APH) ihre Filmabende durch, auf denen Filmklassiker und aktuelle Werke gezeigt und psychoanalytisch reflektiert werden. Einer der Hauptakteure dieser Veranstaltungen ist Theo Piegler, Chef der Psychiatrischen Abteilung in Bergedorf. Dreizehn Filme hat er ausgesucht und sie unter psychoanalytischen Aspekten interpretiert. Von „Moby Dick“ über Bergmanns „Wilde Erdbeeren“ geht die kulturelle Zeitreise bis zum Szene-Kult-Film „Wie im Himmel“ und einem der letzten Streifen von Woody Allen, „Match Point“. Ein wunderbares Mitbringsel für Cineasten, aber auch zum Studieren einzelner Kapitel, um dann den entsprechenden Film endlich mal anzusehen („muss man doch gesehen haben!“).

Theo Piegler (2008): Mit Freud im Kino. Psychosozial - Verlag, 262 Seiten, € 29,90

Ab Sommersemester 2009: Psychotherapie-Studium

An der Hochschule Magdeburg-Stendhal wird ein Masters-Studiengang eingerichtet, der für Sozialarbeiter, Musik- oder Ergotherapeuten und andere Berufsgruppen mit mindestens einem Bachelor-Abschluss offensteht. Hier können psychiatrische Mitarbeiter, die durch das Psychotherapeutengesetz aus dem Bereich psychotherapeutischer Praxis ausgeschlossen sind, in 6 Semestern berufsbegleitend studieren. Der Studiengang heißt „Interdisziplinäre Therapie psychiatrischer Störungen auf psycho-dynamischer Grundlage“ und stammt von dem früheren NAPP-Mitglied Prof. Dr. Susanne Metzner sowie vom NAPP-Mitglied Dr. Michael Dümpelmann. Mit der Einrichtung eines Master-Studiengangs für einen großen Teil der psychiatrischen Mitarbeiter, denen nicht wie Ärzten oder Psychologen ein breites Qualifikationsangebot im Bereich Psychotherapie zur Verfügung steht, finden zentrale NAPP-Anliegen erstmals Eingang in ein offizielles Curriculum einer deutschen Hochschule. Offen bleibt leider bis jetzt, ob es auch einen Zugang für Pflegemitarbeiter geben wird bzw. welche Voraussetzungen diese erfüllen müssen.

