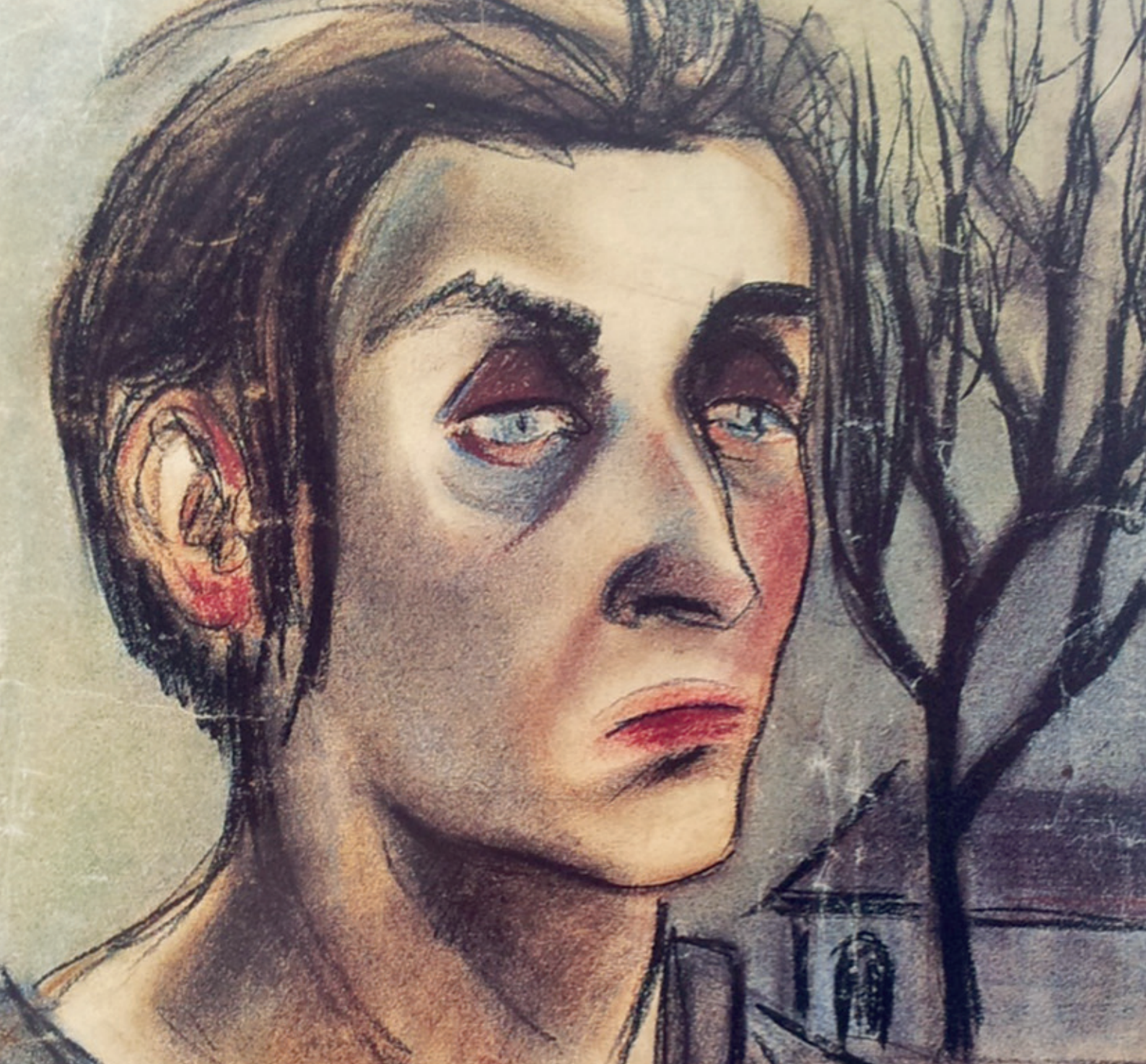




Gesundheit braucht Politik

verein
demokratischer
ärzt*innen



Zeitschrift für eine soziale Medizin

Nr. 3/2022 | Solibeitrag: 5 Euro

Zwischen Individualisierung und Emanzipation
Psychische Erkrankung im gesellschaftlichen Kontext

- 3 Editorial
- 4 Karin Mlodoch: Politische Interessen, Dekontextualisierung und koloniale Mechanismen.
Zum Wissenstransfer von psychologischen Konzepten und Praxen am Beispiel Irak
- 9 »Wir konnten kämpfen, weil wir nichts mehr fürchteten.«
Interview mit Esther Mujawayo-Keiner
- 14 Lukas Welz: Wo bleibt der Paradigmenwechsel?
- 16 Wolfgang Hien: Lohnarbeit und Psyche. Einige persönliche und zugleich systemkritische Überlegungen von über arbeitsbedingte psychische Erkrankungen
- 20 Waltraud Nagell: Die Suche nach dem Gegengift oder: Welche gesellschaftlichen Erwartungen spiegeln sich in verschiedenen psychotherapeutischen Behandlungsverfahren wieder?
- 23 Leonie Knebel: Zwischen Kontrolle, Kompensation und Emanzipation. Kritische Betrachtung der Verhaltenstherapien
- 24 Überlastung in der Potsdamer Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 27 Luna Carpinelli und Karin Mlodoch: »Die wahren Verrückten sind draußen«. Über Franco Basaglia und das italienische Gesetz zur Auflösung der Irrenanstalten 1978
- 30 Bernd Hontschik: Der Unbeugsame. Ein Nachruf auf Hans Mausbach
- 31 Erich Wulff: Psychiatrie und gesellschaftlicher Fortschritt. Marburger Kongress 1973
- 32 Andreas Heinz: Weg mit PEPP? Erfahrungen mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung und Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)
- 34 Karen Spannenkrebs: Internationales

Gesundheit braucht Politik – im Abonnement

Die Zeitschrift des vdäa* ist inhaltlich längst mehr als eine reine Vereinszeitschrift. Die vier Hefte pro Jahr widmen sich jeweils einem gesundheitspolitischen Schwerpunktthema und finden mittlerweile weit über den Verein hinaus Gehör. Vereinsmitglieder bekommen die Zeitschrift kostenfrei zugesandt.

Wer nicht Vereinsmitglied ist, hat die Möglichkeit, die »Zeitschrift für eine soziale Medizin« zum Preis von 26 Euro oder als Student*in für 10 Euro im Jahr zu abonnieren. Es gibt auch die Möglichkeit eines digitalen Abonnements: Für 26 Euro bekommen Sie zum Ende des Quartals die pdf-Datei des kompletten Hefts.

Ein Probeabo besteht aus zwei Ausgaben und kostet ebenfalls 10 Euro.

Bei Interesse wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle:
info@vdaae.de

Der vdäa*

ist bundesweit und in Regionalgruppen organisiert; er setzt sich für eine soziale Medizin, für die Demokratisierung der Gesundheitsversorgung und der Strukturen der ärztlichen Standesvertretung ein. Er nimmt Einfluss auf die Gesundheitspolitik und unterstützt den Widerstand gegen die Ökonomisierung der Medizin.

Sollten Sie von uns informiert werden wollen, so setzen Sie sich bitte mit unserer Geschäftsstelle in Verbindung. Gerne können Sie sich auch online über den vdäa*-Newsletter auf dem Laufenden halten. Die Zeitschrift »Gesundheit braucht Politik« ist die Vereinszeitung, die viermal jährlich erscheint. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Vereinsmeinung wieder.

Redaktion

Felix Ahls, Elena Beier, Thomas Kunkel, Nadja Rakowitz, Stefan Schoppengerd, Karen Spannenkrebs, Rafaela Voss, Bernhard Winter

Impressum

Gesundheit braucht Politik 3/2022
ISSN 2194-0258
Hrsg. vom Verein demokratischer Ärzt*innen
V.i.S.d.P. Felix Ahls / Thomas Kunkel / Bernhard Winter

Bilder dieser Ausgabe

Die Bilder in dieser Ausgabe stammen von der Künstlerin Elfriede Lohse Wächtler, von Wikicommons. Siehe auch Bildnachweis S. 3

Geschäftsstelle:

Kantstraße 10, 63477 Maintal
Telefon 0 61 81 – 43 23 48
Mobil 01 72 – 1 85 80 23
Email info@vdaae.de
Internet www.vdaae.de/
gbp.vdaae.de/

Bankverbindung:

Triodos Bank
IBAN: DE05 5003 1000 1076 0500 03
BIC: TRODDEF1XXX

Satz/Layout Birgit Letsch
Druck Hoehl-Druck

Editorial

Kurz vor Drucklegung hat uns in der Redaktion die Nachricht vom Tod von Klaus Dörner erreicht. Er ist am 25. September im Alter von 88 Jahren gestorben und gehörte in der Bundesrepublik zu den zentralen Personen, die sich für eine Psychiatrie-Reform einsetzten – verbunden mit der lang ausgebliebenen Auseinandersetzung mit der Geschichte der Psychiatrie im Nationalsozialismus und ihren Kontinuitäten nach 1945. Für einen ausführlichen Nachruf reichte uns die Zeit nicht mehr; wir werden das in der nächsten Ausgabe von *Gesundheit braucht Politik* nachholen. Um die Tradition zu verstehen, in der Klaus Dörner stand, empfehlen wir aber neben dem Text von Luna Carpinelli und Karin Mlodoch über Franco Basaglia und die italienische Psychiatrie-Reform (S. 27ff.) den auf S. 31 dokumentierten Artikel von Erich Wulff aus dem Buch zum Marburger Kongress von 1973 »Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt«, der u.a. von Hans Mausbach herausgegeben wurde. Mit Hans Mausbach ist eine weitere zentrale Figur der linken Ärzt*innenopposition und Mitgründer des vdä* gestorben. Einen Nachruf auf ihn von Bernd Hontschik findet sich auf S. 30.

Dass heute wie damals kritische Reflexion auf die medizinische Praxis auch bei der Behandlung psychischer Erkrankungen notwendig ist, zeigt Karin Mlodoch in ihrem Text über die Behandlung von Überlebenden von Krieg und Gewalt am Beispiel des Irak (S. 4). Sie stellt angesichts fehlender politischer Lösungen für eine Vielzahl anhaltender kriegsbezogener Konflikte eine Verschiebung der Perspektive fest: Es geht um »Resilienzstärkung«. Dies sei aber nur der schönfärberische Ausdruck dafür, dass die Menschen »fit für die Katastrophe« gemacht werden sollen, die sie dann in ihren Herkunftsländern aushalten sollen. Psychologie als Fluchtabwehr. Ähnliches weiß Wolfgang Hien (S. 16) über den Umgang mit (lohn-)arbeitsbedingten psychischen Erkrankungen hierzulande zu berichten. Nicht die sich immer weiter verschärfenden Arbeitsbedingungen die Möglichkeit, sich kollektiv dagegen zu wehren, sondern das persönliche Verhalten stehe im Vordergrund, so seine Kritik. Welche Voraussetzungen und welches Potential hier verschiedene Psychotherapieverfahren haben und haben könnten, diskutieren Waltraud Nagell (S. 20) und Leonie Knebel (S. 23).

Nicht nur, aber gerade bei der Versorgung und Therapie von nach Deutschland geflohenen Menschen braucht es drin-

gend einen Paradigmenwechsel für die psychische Versorgung, so die These von Lukas Welz (S. 14) von der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF). In einem der Mitgliedszentren der BAFF, dem PSZ Düsseldorf, arbeitet Esther Mujawayo-Keiner, mit der wir ein Interview über die Erfahrungen gemacht haben, die sie nach dem Genozid in Ruanda mit schwerst traumatisierten Frauen gemacht hat, die eine Organisation gegründet haben, die sowohl individuelle (Selbst-)Hilfe leistet als auch politische Arbeit in Ruanda macht. »Hope in Hell« heißt eine beeindruckende TV-Dokumentation über sie. Nach dem von manchen Leser*innen als zu »dystopisch« kritisierten Heft 2/2022 von GbP findet hier also Hoffnung Raum, die selbst in der Hölle noch besteht.

Die Bilder in dieser Ausgabe stammen von der Künstlerin Elfriede Lohse Wächtler.

Elfriede Lohse Wächtler (1899-1940) war eine deutsche Malerin der Avantgarde.

1929 wurde sie aufgrund eines Nervenzusammenbruchs in die Hamburger Staatskrankenanstalt Friedrichsberg eingewiesen, wo die Zeichnungen »Friedrichsberger Köpfe« entstanden, von denen wir in diesem Heft einige verwendet haben.

Später wurde bei der Künstlerin eine Schizophrenie diagnostiziert und sie wurde 1935 im Rahmen der nationalsozialistischen Eugenik zwangssterilisiert. 1940 wurde Elfriede Lohse Wächtler im Rahmen der Aktion T4 in der Tötungsanstalt Pirna-Sonnenstein ermordet. Offizielle Todesursache war »Lungenentzündung mit Herzmuskelschwäche«.

Ihr Schicksal erinnert uns daran, was für dunkle Kapitel die deutsche Psychiatriegeschichte hat.



Politische Interessen, Dekontextualisierung und koloniale Mechanismen

Karin Mlodoch zum Wissenstransfer von psychologischen Konzepten und Praxen am Beispiel Irak

Der norwegische Sozialanthropologe Fredrik Barth (zit. nach Autor*innenkollektiv 2010, S. 8) definierte Wissen als das, »was eine Person anwendet, um die Welt zu interpretieren und in ihr zu agieren«. Die folgenden Überlegungen basieren auf einem Verständnis von Wissen als Handlungskompetenz und -praxis, eingebettet in politische und soziökonomische Kontexte, produziert in und resultierend aus sozialen Beziehungen und Praxen. Die indische Feministin und Vordenkerin postkolonialer Theorie, Gayatri Spivak (1988) führt aus, dass Wissen niemals unschuldig ist, sondern immer geleitet von politischen, ökonomischen und Machtinteressen und kritisiert den eurozentristischen Wissenstransfer in die ehemals kolonialisierten Länder des Südens als Fortsetzung der Kolonialpolitik und »epistemische Gewalt«. Gespeist von postkolonialen Theorien gibt es auch in der Psychologie zunehmende Debatten um die Dekolonialisierung psychologischen Wissens und die »Wiederentdeckung« und Stärkung indigenen, lokalen Wissens in den Ländern des globalen Südens.

Der südafrikanische Psychologe Wahbie Long (2016a, 2016b) warnt in diesem Kontext vor der Neuerfindung des Rads und verweist auf die jahrzehntelange Kontroverse zwischen herrschaftstragenden Ansätzen der Psychologie und emanzipatorischen, der Überwindung von unterdrückten Verhältnissen verpflichteten Ansätzen wie der lateinamerikanischen Befreiungspsychologie und kritisiert z.B. Bestrebungen einer »Afrikanisierung« der Psychologie: Nicht das »Weiß-Sein« der Psychologie sei das Problem, sondern ihr bislang erfolgloses Ringen um emanzipatorische

Relevanz zur Umwälzung von unterdrückten Verhältnissen. Mit Bezug auf die oben angerissene Debatte und basierend auf der langjährigen Arbeits- und Forschungserfahrungen der Autorin in der psychosozialen Unterstützung von Überlebenden von Gewalt in der Region Kurdistan im Irak, beschäftigt sich der Artikel kritisch mit dem Transfer der psychologischen Konzepte Trauma und Resilienz im Rahmen der internationalen Entwicklungszusammenarbeit, gibt Beispiele lokaler Bewältigungs- und Unterstützungsstrategien für Überlebende von Gewalt und stellt Überlegungen an zur Dichotomie zwischen westlichem und lokalem Wissen und zur Intensivierung des Wissensaustausches mit lokalen Kolleg*innen.¹

■ »Resilienzstärkung« als Krisenmanagement

In den letzten 10-15 Jahren ist im Kontext der internationalen humanitären Hilfe und Entwicklungszusammenarbeit eine Schwerpunktverschiebung zu verzeichnen: Angesichts fehlender politischer Lösungen für eine Vielzahl anhaltender kriegsbezogener Konflikte und weltweit mehr als 100 Mio. Menschen auf der Flucht (UN News 2022), ist das ehemalige Leitziel der nachhaltigen Entwicklung abgelöst worden durch die »Resilienzstärkung« als eine der zentralen Kategorien der Förderung humanitärer und Entwicklungshilfe (Merk 2017). Unter dem begrifflichen Dach »MHPSS – Mental Health and Psychosocial Services« sehen wir eine rasante Zunahme der Investitionen in Trauma- und psychosoziale Projekte für Überlebende von Krieg und Gewalt in Krisen- und Konfliktregionen. Mit Slogans wie »Mind the Mind

now« engagiert sich das Deutsche Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) auf internationalen Geberkonferenzen für »die Aufstockung von langfristigen strukturellen MHPSS-Interventionen in langanhaltenden Konflikt- und Post-Konflikt-Settings« und wirbt für MHPSS als Standardkomponente der humanitären Hilfe (UNICEF & BMZ 2018, S. 17-25).

Zweifellos haben diese Plattformen zur Sensibilisierung von Akteur*innen der internationalen Hilfe für die psychosozialen Folgen von Krieg und Gewalt beigetragen und sind Trauma- und psychosoziale Projekte für zahllose Überlebende von Gewalt von immenser Bedeutung, so zum Beispiel aktuell im Irak für die Gruppe yezidischer Frauen, die vom so genannten »Islamischen Staat« verschleppt und versklavt wurden und heute mit ihren aus Vergewaltigungen geborenen Kindern gegen Stigmatisierung in ihren Herkunftsgemeinden kämpfen. Für sie sind Trauma-Zentren oft die einzigen Orte, an denen sie Schutz und Gehör finden.

Jenseits der individuellen Perspektive hat der Blick durch die MHPSS-Brille auf Krisen- und Konfliktregionen aber auch problematische Aspekte: Er diagnostiziert ganze Bevölkerungsgruppen als traumatisiert und therapiebedürftig, individualisiert und pathologisiert das durch Krieg, Gewalt und Vertreibung verursachte Leid und verstellt den Blick auf deren ökonomischen und politischen Ursachen.

Das Ziel der Resilienzstärkung ist dabei deutlich geleitet von europäischen Sicherheitsinteressen an der Eindämmung von Fluchtbewegungen. Die Fördertöpfe für psychosoziale Unterstützung und Fluchtursachenbe-



Eine alte Patientin, 1929

kämpfung sind eng verwoben. Hier geht es also nicht mehr um die Eindämmung der Ursachen von Krisen und Konflikten, sondern um deren Management, oder, wie Kolleg*innen von *medico international* es ausdrücken – darum, Menschen fit zu machen für die Katastrophe (medico international 2017).

■ Der emanzipatorische Charakter von Trauma- und Resilienz-Konzepten

Trauma und Resilienz sind zwei zentrale psychologische Konzepte im MHPSS-Ansatz. Beide Konzepte haben in ihrer historischen Entwicklung auch einen emanzipatorischen Charakter. In der Arbeit mit Überlebenden des Holocaust (z.B. Keilson 1979; Laub 1992), mit Opfern von Folter und Angehörigen von Verschwundenen in den Diktaturen Lateinamerikas (Martín-Barò 1990; Becker 1992), mit Frauen, die geschlechtsspezifische und sexualisierte Gewalt erlebt haben (Herman 1992), haben sich seit den 1970er Jahren politisch und sozio-ökonomisch kontextualisierte Traumakonzepte entwickelt, die Trauma als individuellen und sozialen Prozess verstehen und die Zentralität von stabilen und sicheren Lebensbedingungen, Gerechtigkeit und politischer und sozialer Anerkennung für die Bewältigung von Trauma unterstreichen. Praktisch übersetzen sie sich in eine Verbindung von therapeutischen und psychosozialen Hilfen für Überlebende mit menschenrechtlichem und politischem Engagement für die Veränderung von Gewaltverhältnissen.

Auch die Einführung der klinischen Trauma-Diagnose PTSD – Posttraumatische Belastungsstörung – in internationale diagnostische Manuale 1980 war eine Errungenschaft der politischen Bewegung von Vietnamkriegsveteran*innen, die um Anerkennung der psychischen Folgen des Kriegsein-

satzes und gegen ihre Stigmatisierung kämpften, markierte die bis dahin verweigerte Anerkennung der psychischen Folgen von Gewalt und öffnete Betroffenen die Tür zu medizinisch-psychologischer Unterstützung, Pensionen, Entschädigungen und strafrechtliche Schritte gegen die Verursacher ihres Leids.

Seither gibt es eine anhaltende Kontroverse zwischen politisch und sozial kontextualisierten Konzepten von Trauma auf der einen Seite und einer Vielzahl von klinischen, individuum- und symptomzentrierten, zunehmend auch neurobiologisch informierten Traumansätzen, die sich übersetzen in individuelle Therapien mit einem Fokus auf Symptombeseitigung. Im Kontext des MHPSS-Schwerpunkts in der internationalen Hilfe gehen neurologisch und evidenz-basierte Kurzzeittherapien nicht selten eine Allianz ein mit dem Interesse von Geldgebern an messbaren, kurzfristigen Ergebnissen.

Auch das Konzept der Resilienz hatte in der psychologischen Debatte ursprünglich eine emanzipatorische Note und markierte in den 1970er/1980er Jahren einen Paradigmenwechsel von der Defizitorientierung und der Viktimisierung von Überlebenden von Gewalt hin zur Ressourcenstärkung und zum Empowerment. Heute ist Resilienz das Zauberwort neoliberaler Selbstoptimierungslogik: Das Internet ist voll von Angeboten für Kurse zur Resilienzstärkung in allen Lebenslagen; Firmenchefs schicken gestresste Mitarbeiter*innen zum Resilienztraining und geben damit die Verantwortung für belastende Arbeitsbedingungen an sie zurück. Diese inflationäre Nutzung des Resilienzbegriffs suggeriert, dass Verletzlichkeit und Verwundbarkeit vermeidbar und kontrollierbar seien (Bracke 2016) und offenbart ihren ganzen Zynismus, wenn inmitten von eskalierten Kriegs- und Fluchtsituationen Betroffenen Traumahilfen und Kurse in Stress-Management angeboten werden.

Grob zusammengefasst, gibt es im Kontext des zunehmenden MHPSS-Schwerpunkts in der internationalen Hilfe eine Tendenz, die psychologischen Konzepte von Trauma und Resilienz ihrer emanzipatorischen Note zu entkleiden und als Werkzeuge von Kontrolle und Fluchteindämmung zu nutzen. Als im MHPSS-Kontext tätige Psycholog*innen befinden wir uns in dem Dilemma, einerseits die Status-quo-stabilisierende Funktion psychosozialer Interventionen zu kritisieren, und gleichzeitig Teil des Business zu sein und eben unter diesem Dach Räume zu suchen, in denen emanzipatorische psychosoziale Praxis möglich ist.

■ MHPSS in der Region Kurdistan Irak

2014 und in den Folgejahren wütete die Terrormiliz »Islamischer Staat« in weiten Teilen Syriens und des Iraks und hinterließ eine Spur von Gewalt, Zerstörung und Vertreibung. 2016 zählte der Irak 3,4 Millionen intern Vertriebene. Der Irak rückte erneut in den Fokus internationaler Hilfe. Lokale Kolleg*innen kritisierten dabei die Konzentration der Hilfe auf die Opfer des IS, das Außerachtlassen der multiplen vorherigen Gewalterfahrungen der lokalen Bevölkerung – vom Iran-Irak Krieg in den 1980er Jahren über die Giftgasangriffe und Anfal-Operationen des irakischen Regimes gegen die kurdische Bevölkerung bis hin zu den Auswirkungen zweier US-geführter Militärinterventionen 1991 und 2003 – und die

damit verbundene Förderung von Hierarchien und Konkurrenz unter verschiedenen Opfergruppen.

Mit der neuen Welle internationaler Hilfe erlebte auch die Kurdische Region Irak einen Boom an Trauma- und psychosozialen Hilfen für die Betroffenen und Überlebenden der Gewalt des IS. Internationale Organisationen richteten Traumazentren ein, investierten in die Stärkung der Traumasensibilität in staatlichen Institutionen und zivilgesellschaftlichen Organisationen und in Qualifizierungsmaßnahmen für lokale Fachkräfte. Die deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit legte ein regionales Programm zur »psychosozialen Unterstützung Geflüchteter in Irak/Syrien« auf und an der Universität Dohuk wurde in Kooperation mit der Fachhochschule Villingen-Schwenningen ein Institut für Psychotherapie und Psychotraumatologie eingerichtet, das lokale Psychotherapeut*innen ausbildet.

Grundsätzlich wird dabei angesichts der geringen Zahl von ausgebildeten Psycholog*innen und Sozialarbeiter*innen von einem Mangel an Fachkräften und Fachwissen vor Ort ausgegangen. Diese Annahme übersieht aber sowohl die vorhandene Expertise im Umgang mit Gewalt in staatlichen Einrichtungen und zivilgesellschaftlichen Organisationen als auch die in der Bevölkerung in langen Jahren gewaltvoller Konflikte entwickelten Strategien zum Umgang mit Gewalt außerhalb professioneller Kontexte.

Qualifizierungsmaßnahmen zu Trauma und psychosozialer Arbeit sind zu meist adressiert an Akademiker*innen und Professionelle und werden von internationalen Trainer*innen in englischer Sprache durchgeführt. Angeboten wird je nach konzeptioneller Verortung der Trainer*innen oder der Förderinstitutionen die ganze Palette psychosozialer und Traumaansätze: von ganzheitlichen, traumasensiblen psychosozialen Ansätzen bis hin zu neurobiologisch informierten Expositionstherapien. Dass die Anwendung letzterer in unsicheren Kontexten seit Jahren kontrovers diskutiert wird und eine Reihe von ethischen Fragen aufwirft, wird dabei vor Ort nicht thematisiert.

Teilnehmer*innen an Qualifizierungsmaßnahmen berichten über Mangel an Kenntnissen der Trainer*innen über lokale Kontexte und die komplexe Gewaltsituation, in der sich lokale Praktiker*innen bewegen. Diese sind nicht nur täglich mit komplexen Gewaltproblematiken und extremer wirtschaftlicher Not bei den Betroffenen konfrontiert, sondern bewegen sich auch selbst in einem von Gewalt geprägten Umfeld und werden zudem – wie z.B. die Mitarbeiterinnen von Frauenorganisationen, die von Gewalt betroffenen Frauen unterstützen – aufgrund ihrer Tätigkeit stigmatisiert und bedroht.

Fehlendes Kontextwissen führt dazu, dass viele Trainings am Bedarf der lokalen Teilnehmer*innen und ihrer Situation vorbeigehen und Standards vermittelt werden, die in der lokalen Arbeitssituation nicht anwendbar sind.

Lokale Kolleg*innen berichten auch von einem Überangebot an Trainings mit oft kontrastierenden Inhalten. Dies deutet auf ein grundlegendes Problem: Nur selten machen internationale Trainer*innen ihre eigene konzeptionelle Verortung transparent: die Annahmen hinter den von ihnen vorgestellten Wissensinhalten, aus welcher Schule sie kommen, welche anderen es gibt, welche Kontroversen bezüglich des Ansatzes etc. So kommt der komplexe Traumadiskurs, seine Geschichte und die Diversität von Ansätzen in bits und pieces in Kurdistan an. In diesem Wissenstransfer passiert also eine doppelte De-Kontextualisierung: Einerseits geht das vermittelte Wissen am Bedarf und den Herausforderungen des lokalen Kontextes vorbei; zum anderen wird das Traumakonzept selbst dekontextualisiert mit entmündigender und entmächtigender Wirkung auf die lokalen Kolleg*innen. Was hier NICHT stattfindet ist Austausch über Kontexte und Konzepte, also die Entwicklung gegenseitiger Lernräume, in denen lokale Kolleg*innen informiert entscheiden können, welches Wissen sie für ihren Kontext aufgreifen, nutzen und transformieren können.

Stattdessen sehen wir in den Qualifizierungsmaßnahmen eine Prävalenz westlich-geprägter, individuum-zentrierter Traumaansätze, die lokales

Wissen und Praxen ebenso überschreiben wie lokales Verständnis von Gesundheit und vom Kollektiven.

■ Beispiele

Im Folgenden sollen zwei Beispiele aus der Region Kurdistan-Irak verdeutlichen, was mit lokalem Wissen gemeint ist. Vorausgeschickt sei, dass beide Initiativen vom deutschen Verein HAU-KARI e.V. mit staatlichen Fördermitteln unterstützt werden, aber von lokalen Initiativen und Partnern getragen werden.

Beispiel 1: Familienarbeit mit von Gewalt und Ehrenmord bedrohten Frauen

Seit Ende der 1990er Jahre haben kurdisch-irakische Frauenorganisationen das Thema geschlechtsspezifischer Gewalt enttabuisiert und rechtliche Reformen durchgesetzt, so z.B. 2011 die Verabschiedung eines Familiengesetzes, das Gewalt an Frauen strafrechtlich sanktioniert. Die Kurdische Regionalregierung betreibt Zufluchtshäuser und hat ein spezielles Direktorat gegen Gewalt gegen Frauen (DCVAW) etabliert, das Beratung von Frauen mit polizeilicher Verfolgung von Tätern verbindet.

Geschlechtsspezifische Gewalt ist verbreitet. Frauen, die den herrschenden Moralkodex verletzen, vor- oder außereheliche Beziehungen eingehen, sind von Sanktionen und Ehrenmord durch Familienangehörige bedroht. Frauen werden wegen Ehebruch und Prostitution inhaftiert. Und die Zerstörung der Reputation von Frauen über soziale Medien kann zu schwerwiegenden familiären Sanktionen führen oder sie in den Selbstmord treiben.

Lokale Frauenorganisationen wie das Frauenzentrum KHANZAD in Sulaimania unterstützen Frauen in Gewaltsituationen mit einem ganzheitlichen Beratungsansatz, der psychosoziale und rechtliche Beratung mit Alltagshilfen, Bildung und Empowerment verbindet. In den oft lebensbedrohlichen Situationen der betroffenen Frauen sind Schutz und Beratung nicht zu trennen, und KHANZAD arbeitet eng zusammen mit staatlichen Institutionen, Zufluchtshäusern, Polizei und Justiz.



Winterlandschaft. Anstaltsgarten mit Hauptgebäude Staatskrankenanstalt Friedrichsberg, Hamburg, 1929

Arten von Arbeiten verrichten, um sich und ihre Kinder zu ernähren und waren dabei Prostitutionsvorwürfen, sozialer Kontrolle und Sanktionen ausgesetzt.

Gegen alle Widrigkeiten haben die Frauen überlebt. Ihre wichtigsten Ressourcen waren dabei ihre Kinder und ihre starken, kollektiven solidarischen Netzwerke. Sie unterstützten sich im Alltag, zogen die Kinder gemeinsam groß und verteidigten einander gegen soziale Anfeindung. Dabei entwickelten sie spezifische Formen des kollektiven Erzählens über Anfal, in dem eigene und die Erfahrungen anderer

In der Kurdischen Region ist es für Frauen nach wie vor ökonomisch schwierig und sozial stigmatisiert, außerhalb der Familie eigenständige Perspektiven zu entwickeln. Zudem ist die Familie zentraler Ort sozialen Geschehens. Für viele von familiärer Gewalt betroffene Frauen geht es deshalb in der Beratung vorrangig um die Entwicklung von Lösungen innerhalb ihres familiären und sozialen Kontextes. Hier haben Berater*innen von KHANZAD, DCVAW und anderen Frauenberatungsstellen komplexe und lokale kontextualisierte Strategien der frauenzentrierten Familienmediation entwickelt. Zusammen mit den betroffenen Frauen identifizieren sie potentiell unterstützende Angehörige und Schlüsselakteur*innen (Lehrer*innen, lokale Politiker*innen, religiöse Autoritäten) und handeln in oft monatelangen Mediationsprozessen Perspektiven für die Rückkehr der betroffenen Frauen in ihr soziales Umfeld aus. Der Wirkungsmechanismus ist hier, familiäre Konflikte durch eine Kombination von polizeilich/rechtlichen Maßnahmen und Mediationsangeboten in eine semi-öffentliche Sphäre zu bringen und den Bedrohern, z.B. Vätern, die ihren Töchtern Ehrenmord androhen, sozial und in ihren Peer Groups akzeptierte Wege aufzuzeigen, von Gewalt abzulassen. Nach der Deeskalation öffnen

sich dann Fenster zu weiteren Lösungen wie z.B. der Zustimmung der Familie zu dem von der Frau gewählten Partner, die Einwilligung in eine Scheidung etc. Frauenzentriert bedeutet, dass die betroffenen Frauen über jeden Schritt in dem Prozess die Kontrolle behalten. Mit dieser familienzentrierten Praxis erreichen die lokalen Kolleg*innen auch in eskalierten Gewaltkonflikten erstaunliche Lösungen.

Beispiel 2: Anfal überlebende Frauen in der German-Region, Kurdistan-Irak

Unter dem Codewort Anfal führte das irakische Regime unter Saddam Hussein 1988 eine großangelegte Militäroperation gegen die kurdischen Gebiete im Irak durch; mehr als 100.000 Menschen wurden verschleppt und ermordet, tausende kurdischer Dörfer zerstört. Die Überlebenden wurden monatelang inhaftiert und dann zwangsumgesiedelt. Für weitere 15 Jahre lebten sie in Ungewissheit über das Schicksal ihrer Angehörigen und in extremer Not. Frauen unter den Überlebenden, die ihre Ehemänner und männlichen Angehörigen verloren und mit oft zahlreichen Kindern überlebt hatten, waren zudem in einem patriarchalen Umfeld als alleinstehende Frauen stigmatisiert; sie mussten alle

Überlebender zu einer kollektiven Erzählung verwoben wurden. Dieses kollektive Erzählen ermöglichte es ihnen, im Schutz der Gruppe über ihre Erfahrungen zu sprechen, ohne sich inmitten des täglichen Überlebenskampfes der schmerzvollen individuellen Erinnerung auszusetzen.

Erst 2003 änderte sich ihre Situation. Der Sturz des Baath-Regimes brachte Gewissheit über den Tod der verschleppten Angehörigen, ein Gefühl von Sicherheit und – mit der strafrechtlichen Verurteilung und Hinrichtung der Hauptverantwortlichen für Anfal – Genugtuung und erste Schritte zu Gerechtigkeit. Die Frauen erhielten Pensionen; ihre ökonomische Situation stabilisierte sich. Eine Langzeitstudie zur Situation Anfal überlebender Frauen (Mlodoch 2014) zeigt, wie massiv diese ökonomische und politische Stabilisierung sich auf das psychische Befinden der Frauen ausgewirkt hat und erst die Voraussetzungen schaffte, gemeinsam mit ihren inzwischen erwachsenen Kindern ihre familiären und sozialen Zusammenhänge wiederaufzubauen und neue Perspektiven zu entwickeln. Heute sind sie stolz, ihre Kinder ohne gesellschaftliche Unterstützung großgezogen und der Vernichtung widerstanden zu haben und artikulieren ihre Forderungen nach Öffnung der Massengrä-

ber, Gerechtigkeit und Anerkennung.

Viele Anfal überlebende Frauen leiden bis heute unter Schlafstörungen, Albträumen, Wellen von Schmerz und Depression – alles Symptome, die zu einer PTDS-Diagnose führen könnten. Aber keine von ihnen definiert ihr Leid in psychologischen Kategorien. Sie betrachten ihre Albträume als normale Reaktionen auf das, was ihnen widerfahren ist. Therapeutische Hilfen und das damit verbundene Herauslösen aus dem kollektiven Zusammenhang lehnen sie vehement ab; die damit verbundene Vorstellung von Heilung empfinden sie als Verrat an den Toten und ihrer eigenen Identität als Anfal-Überlebende.

Einige hundert Anfal überlebende Frauen im ehemaligen Umsiedlungslager Rizgary engagieren sich seit 2009 für eine selbst gestaltetes und verwaltetes Erinnerungsforum. Es soll Gedenkort sein und die spezifische Erfahrung der Frauen während und nach Anfal repräsentieren – ihr Leid und ihre Stärken – und gleichzeitig soziales Forum sein für den Austausch untereinander und mit anderen.

Seit 13 Jahren diskutieren die Frauen Gestaltungsentwürfe für das Forum mit lokalen und internationalen Künstler*innen und Architekt*innen, tauschen sich mit süd- und nordirakischen, rwandischen, bosnischen und deutschen Erinnerungsinitiativen aus und haben einen Bauplatz und eine Zusage der Kurdischen Regionalregierung für den Bau des Forums erstritten. Durch ihre Initiative haben sie ihre kollektiven Selbstorganisationsstrukturen gestärkt und ihre Forderungen in die Öffentlichkeit gebracht und dem dominanten kurdischen Diskurs, der sie als passive und trauernde Opfer der Anfal-Operationen porträtiert, ihre eigenen Narrative von Widerstand und Stärke entgegengesetzt.

■ Kontext statt Kultur

Solche lokalen psychosozialen Praxen und von Betroffenen entwickelte Bewältigungsstrategien finden nur selten ihren Weg in die oben beschriebenen Qualifizierungsmaßnahmen. Viele der Berater*innen in Frauenprojekten sind über menschenrechtliches Engagement in die Praxis gekommen,

haben keine formale Ausbildung und sind von den meist an Professionelle gerichteten Qualifizierungsmaßnahmen ausgeschlossen. Barrieren gegenüber lokal verankertem Wissen werden verstärkt von einer lokalen akademisch-professionellen Elite, darunter eine wachsende Zahl ausgewiesener MHPSS-Expert*innen, die um Zugänge zu internationalen Fördermitteln, Austausch und Reisen konkurrieren. Auch in der Bildungspolitik der Kurdischen Regionalregierung ist der Anschluss an westliche akademische Diskurse von großer Bedeutung und assoziiert mit Fortschritts- und Modernisierungsdiskursen.

Die hier aufgemachte Dichotomie zwischen westlich importiertem und lokalem Wissen hat auch problematische Aspekte: Die damit verbundene Annahme geschlossener Wissenssysteme erscheint in einer globalisierten Welt und angesichts der Migration von Menschen und Konzepten anachronistisch. Zudem wird in dieser Gegenüberstellung lokales Wissen häufig reduziert auf traditionelles Wissen – auf aus Traditionen, kulturellen und religiösen Praxen gespeistes Wissen – und damit kulturalisiert und nicht selten auch romantisiert. Damit wird aber die Hierarchie zwischen westlichem »wissenschaftlichen« Wissen und lokalem »traditionellen Wissen« perpetuiert. Auch das aktuell steigende Interesse europäischer Psycholog*innen, die in Migrations- und Fluchtkontexten arbeiten, von Kolleg*innen aus den Herkunftsländern der Geflüchteten zu lernen, wie sie umgehen können mit Konzepten der Familienehre, Zwangs- und Kinderverheiraten etc., führt nur selten zu einem tieferen Austausch über psychologische Theorie und Praxis, sondern reduziert lokales Wissen auf kulturspezifische Aspekte und löst sie aus dem breiteren sozioökonomischen Kontext (Lanzano 2013).

Tatsächlich haben die oben beschriebenen Beispiele wenig mit Tradition und Kultur, viel aber mit sozioökonomischen Bedingungen, patriarchalen Geschlechterrollen und den ökonomischen Abhängigkeiten von Frauen zu tun.

Als eine südafrikanische Kollegin im Austausch mit kurdisch-irakischen Kolleg*innen von der Kritik südafrika-

nischer NROs an westlichen Individuum-zentrierten Traumaansätzen und der Entwicklung gemeindenaher Ansätze berichtete, bei denen auch Vorschläge lokaler Stammesältester und traditionelle Reinigungs- und Friedensrituale erfolgreich in Dialogprozesse aufgenommen wurden, stieß sie bei einigen kurdischen Kolleg*innen auf Ablehnung: Für sie sei die damit verbundene Aufwertung traditioneller Strukturen inakzeptabel; deren Schwächung sei hingegen zentrales Ziel im Engagement für Geschlechtergerechtigkeit. Daraus entwickelte sich ein spannender Süd-Süd-Austausch zu Theorien des sozialen Wandels. Das Beispiel illustriert die komplexe multi-direktionale Interaktion zwischen westlichen und lokal verankerten Konzepten und die Notwendigkeit eines vertieften Austausches über Kontexte statt »Kulturen«.

Für einen Abbau der Dominanz westlicher psychologischer Konzepte im Wissenstransfer, braucht es – neben der kritischen Reflexion der eigenen Verortung und Grenzen in einem solchen Unterfangen – langfristige Räume des gegenseitigen Austausches mit Kolleg*innen aus dem globalen Süden. Es braucht gegenseitige Transparenz über die grundlegenden Annahmen hinter psychologischen Konzepten und Praxen, ihrer historischen Gewordenheit und ihrer sozio-ökonomischen und politischen Bedingtheit und das Herausarbeiten von Gemeinsamkeiten und Unterschieden, so dass alle Beteiligten informierte Entscheidungen treffen können, welches Wissen für ihre jeweiligen Kontexte bedeutsam und nutzbar ist und hilfreich für die Entwicklung einer emanzipatorischen psychosozialen Praxis. Eine solche Denaturalisierung eigener Annahmen und Normalisierung der Perspektiven von »Anderen« (Adams et al. 2015) sind erste Schritte in einem Prozess zur Dekolonialisierung von psychologischem Wissen.

Karin Mlodoch ist Ass.Prof. für Sozialpsychologie und Interkulturelle Praxis an der Sigmund Freud Universität Berlin.

(Die Quellen und Literaturverweise finden sich auf der Homepage von Gesundheit braucht Politik: <http://gbp.vdaee.de/>)

»Wir konnten kämpfen, weil wir nichts mehr fürchteten.«

Interview mit Esther Mujawayo-Keiner

Esther Mujawayo-Keiner gründete in Ruanda die Association des Veuves du Génocide (AVEGA¹ – Organisation der Witwen des Genozids), zusammen mit anderen Frauen, die den Genozid überlebt hatten. Seit mehr als 20 Jahren arbeitet sie als Traumatherapeutin, zunächst in Ruanda und seit 2001 in Deutschland. Zurzeit arbeitet sie zusammen mit unserem Redaktionsmitglied Felix Ahls beim Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf e.V. (PSZ Düsseldorf). Für diese Ausgabe der GbP sprachen die beiden über den Völkermord, sowie ihren Werdegang und Arbeitsansatz als Traumatherapeutin sowie über eigenständige Organisation und kollektive Traumabewältigung. Wie auch in ihren Büchern wird in diesem Interview explizit über traumatische Erfahrungen mit extremer Gewalt und das Leben danach berichtet.

FA: 1995, kurz nach dem Genozid in Ruanda, hast Du gemeinsam mit anderen Witwen AVEGA gegründet. Kannst Du kurz erzählen, wie Ihr zusammengefounden habt und wie es zur Gründung kam? Was für eine Organisation war AVEGA? Wie habt Ihr gearbeitet und wie hat sich Eure Arbeit mit der Zeit verändert? Ist die Organisation immer noch aktiv?

EMK: Formell gegründet haben wir AVEGA im Jahr 1995, aber angefangen hat es schon 1994, direkt nach dem Genozid. Der hat am 7. April 1994² angefangen, im Juli war er beendet. Drei Monate lang gab es Tote, Tote, Tote. Es ging ums Verstecken und Überleben. Eine Million Menschen wurden in dieser Zeit ermordet. Wenn Du bis Juli überlebt hast, hast Du immer gedacht, Du bist die Einzige. Denn Du hast immer nur gehört, wer alles gestorben ist. Und dann plötzlich triffst Du eine Freundin auf der Straße. So hat AVEGA angefangen. Es gab so viele Freundinnen, die Witwen waren. Und wenn Du Jemanden getroffen hast, die Dich kennt, die noch lebt, Jemand mit dem Du reden kannst, Jemand bei dem Du weinen kannst, dann war das therapeutisch. Aber wir wussten nicht, dass das therapeutisch ist. So wie wir nicht wussten, dass wir traumatisiert waren. Wir haben gedacht, wir sind verrückt.

FA: Was meinst Du damit?

»AVEGA setzt sich für soziale Gerechtigkeit für die Witwen des Völkermords an den Tutsi von 1994 sowie für andere gefährdete Frauen, Kinder und Familien ein, die vom Konflikt betroffen sind. Wir tun dies, indem wir den Zugang zur Gesundheitsversorgung und zu sozioökonomischen Möglichkeiten verbessern und die Gleichstellung der Geschlechter fördern, damit die Mitglieder ihr Leben verändern und wieder aufbauen können. Die Organisation wurde am 30. Oktober 1995 als lokale gemeinnützige Organisation eingetragen. Heute zählt sie mehr als 20.000 Witwen und über 71.000 Angehörige und Genozid-Waisen zu unseren Mitgliedern. Wir arbeiten auch mit jungen Menschen, die ein generationenübergreifendes Trauma erleben, und mit Kindern, die nach einer Vergewaltigung durch den Völkermord geboren wurden. Was als Gespräch begann, hat sich zu einem landesweiten Unterstützungsnetz entwickelt, das Menschen dabei hilft, ein Unternehmen zu gründen, finanziell unabhängig zu werden, verlorenes Land und Eigentum zurückzuerlangen und Zugang zu psychologischer Hilfe zu erhalten.«

(Übersetzung von der AVEGA-Homepage)

EMK: Was Du machst, ist total bizarr: Vorher warst du eine Dame, hast z.B. als Sekretärin gearbeitet und du gehst nun auf die Straße und hast Dein Kleid falsch herum angezogen. Du schämst Dich und fragst Dich, was mit Deinem Kopf ist. Oder Du willst zum Markt gehen und weißt plötzlich nicht mehr, wo er ist, obwohl Du dort immer hingegangen bist. Dieses Konzentrationsproblem gab es sehr oft, auch bei mir.

Auch Kochen war plötzlich ein Problem. Du hast eh schon Schwierigkeiten, genug zu essen zu finden für die Kinder und dann kochst Du und weißt nicht mehr, ob Du schon gesalzen hast oder nicht. Und dann machst Du ein zweites Mal Salz rein oder sogar ein drittes Mal und man kann es nicht mehr essen.

Ganz oft passierte es jedenfalls, dass Freundinnen sich wieder gesehen und gemerkt haben, dass es hilft zu reden. Alle haben gesagt: Das ist toll. Wir sollten uns mehr treffen. Aber wir hatten kein Büro oder einen Plan, was wir machen. Zuerst haben wir uns nach Feierabend im Büro einer Freundin getroffen, die damals schon bei einer NGO gearbeitet hat, oder einfach draußen unter einem Baum oder in einem Raum der Kirche. Dann kamen wir auf die Idee, etwas zu mieten. Um an Geldgeber zu kommen, mussten wir formal eine Institution gründen. Deshalb haben wir angefangen, eine Satzung zu entwerfen.

Es gab da eine Frau, eine Britin, die in Ruanda geboren wurde, die in einer internationalen NGO arbeitete.

Ihr Bruder wurde im Genozid getötet und ihre Schwägerin war Witwe wie wir. So kannte sie solche Geschichten auch aus ihrer Familie, aber sie kannte sich auch aus mit Organisationen und stellte Kontakte für uns her zu NGOs, die uns finanzieren könnten. So kam es auch, dass unsere finanzielle Förderung aus Großbritannien kam. Dann konnten wir ein kleines Büro mieten und eine Person bezahlen. Sie konnte Leute empfangen, die tagsüber kamen, und wir setzten unsere Abendtreffen fort. Und ganz langsam wurde die Organisation größer und größer. Heute sind wir mehr als 25.000 Mitglieder und im ganzen Land verteilt. Es hat wohl geholfen, dass wir als Selbsthilfegruppe von Witwen authentisch waren.

FA: *Wie war die Zusammenarbeit mit internationalen NGOs, hatte das Einfluss auf Euch und die Organisation?*

EMK: Unser großes Problem war, dass die NGOs, die Geldgeber, ihre eigene Politik machen. Sie sagen Dir: Wir finanzieren dieses Projekt. Und Du sagst: Ja, sowas brauchen wir. Nun gibt es im Gesundheitsbereich die körperliche Gesundheit, aber auch die psychische Gesundheit. Man muss wissen: Die meisten Menschen, die überlebt haben, haben deshalb überlebt, weil die Killer gedacht haben, Du bist tot. Sie haben Dich verwundet, mit einer Machete verletzt und wähten Dich tot. Viele Überlebende mussten anschließend operiert werden. Ich erinnere mich an eine Frau, der sie ins Gesicht gehackt hatten. Sie konnte ihren Mund nicht mehr öffnen. Sie konnte nur noch Flüssignahrung zu sich nehmen. Als sie dann Malaria bekam und sich dauernd übergeben musste, ging das nicht, weil sie den Mund nicht aufmachen konnte. Also musste sie es wieder herunterschlucken. Es war Horror. Es gab viele ähnliche schreckliche Fälle. Mit all diesen körperlichen Gesundheitsproblemen haben wir zu kämpfen.

Aber wenn wir dann darüber sprachen, was passiert ist, war das Schlimmste, dass die Menschen nicht über Vergewaltigung sprachen. Langsam wurde uns klar, dass das eine Katastrophe war. Viele Frauen überlebten

diese drei Monate nur, indem sie von Mobs vergewaltigt wurden. Viele wurden mit HIV infiziert und viele starben auch daran, weil sie keine medikamentöse Behandlung bekamen. Dies war einer der größten Kämpfe mit den NGOs, weil wir ihnen sagen mussten: Wir brauchen weder Trainings noch Informationen, wir brauchen Geld für HIV-Medikamente, die Frauen sterben sonst. Das war ein großer Kampf, den NGOs klar zu machen, dass sie etwas finanzieren sollten, was nicht zu ihrem Politik-Konzept gehörte.

FA: *Gab es da Ausnahmen? Gab es NGOs, die anders agiert haben?*

EMK: Nein, eigentlich nicht. Es gab eine kleine Organisation in Holland, mit einer sehr engagierten Frau. Von ihr bekamen wir die ersten HIV-Medikamente. Ich erinnere mich an das Mädchen, dem ich mein erstes Buch³ gewidmet habe. Wir konnten sie nicht retten. Sie war 16, als sie vergewaltigt wurde und 19, als sie starb, weil die Medikamente zu teuer waren. Wir sind heute sehr stolz darauf, dass wir so lange gekämpft haben, dass HIV-Medikamente in Ruanda erst bezahlbar wurden und heute sogar kostenlos zur Verfügung stehen. Wir konnten kämpfen weil wir nichts mehr fürchteten. Wir haben alles verloren. Und wenn Du alles verloren hast, hast Du die Chance, frei zu sein. Wir sind nicht gestorben, wer soll uns noch Angst machen? (Sie lacht.) Und dann haben wir es uns zunutze gemacht, dass die Menschen Angst vor Witwen haben. Wir sind in dem Glauben aufgewachsen, dass eine Witwe so etwas Ähnliches ist wie eine Hexe. So lebten wir anfangs mit diesem Stigma: Wir können nichts verlieren. Wir konnten dann sehr wirkungsvoll zusammen auftreten, zum Beispiel als wir einmal einer Frau geholfen haben, ihr Haus zurückzubekommen, dass von jemand anders in Besitz genommen worden war.

FA: *Das klingt so, als ob Euer Kampf schließlich nicht nur Euch und anderen Witwen und ihren Familien beim Weiterleben geholfen hat, sondern auch für gesellschaftliche Veränderungen sorgte. Würdest Du das auch sagen?*

EMK: Ich denke, wir haben viel beigetragen zur Veränderung in der Gesellschaft, besonders, was die Rolle der Frau angeht. Frauen sollten z.B. nicht melken. Das Problem war, dass die traditionellen Kleider beim Melken ungünstig waren, sie verrutschen, wenn man unter der Kuh sitzt, und man ist zum Teil entblößt. Das gleiche Problem hatten wir, wenn wir irgendwo hochsteigen mussten bei der Arbeit. Also zogen wir Hosen oder Shorts an und jetzt können wir wie die Männer sitzen beim Melken. Wir hatten verrückte Ideen wie diese und begannen, sie zu propagieren. Wir nahmen auch an Treffen teil, die vorher nur für Männer waren, oder gingen zur Bank, um einen Kredit zu bekommen. Jetzt, wo es keinen Vater, keinen Bruder, keinen Ehemann mehr gab, stellte sich nicht mehr die Frage: Wer wird für Dich hingehen? Also bist Du selbst hingegangen und es war Dir egal. Immer mit dem Gedanken, dass Du ja sowieso eine Witwe bist und nichts zu verlieren hast. Ich kann nur gewinnen.

Um wieder von der psychischen Gesundheit zu sprechen: Wir haben dieser britischen Frau erzählt, wie verrückt wir sind. Daraufhin hat sie uns mit einem Arzt in Kontakt gebracht, einem Psychiater und Psychotherapeuten, der wirklich nett war, Dr. Brandon, ein alter Mann. Und er kam zu uns und sagte, was ich allen meinen Klient*innen sage:

»Frauen, Ihr seid nicht verrückt, was Euch passiert ist, war verrückt. Ihr seid nicht abnormal. Was Ihr für verrückte Reaktionen haltet, passiert, weil das, was Euch passiert ist, abnormal war. Wenn Du in drei Monaten Deine ganze Familie, alle Deine Kinder, Deine Gesundheit, Deinen ganzen Besitz verlierst, stell Dir vor, was noch übrig ist. Natürlich tut Ihr deshalb abnormale Dinge, aber eigentlich seid Ihr ganz normal.«

»Sie meinen also, dass wir nicht verrückt sind?«

»Ja, Ihr seid nicht verrückt.«

»Also kann mit uns alles wieder in Ordnung sein?«

»Ja, es kann wieder in Ordnung kommen. Sogar mehr als in Ordnung.«

FA: *Diese Sätze kenne ich von Dir. Das hast Du von ihm gelernt?*



Vier weibliche Halbporträts und gefaltete Hände, 1929

EMK: Ja, das hat Dr. Brandon gesagt. Und das ist unser berühmtes Motto. Beziehungsweise dachten wir immer, das wäre unser berühmtes Motto, aber ich habe festgestellt, dass das eigentlich eine wissenschaftlich erwiesene Theorie ist. Nicht PTBS – Posttraumatische Belastungsstörung, sondern PTG – Posttraumatic Growth, also Wachstum nach Trauma, nicht nur als Störung, sondern als Wachstum, das daraus entstehen kann. Dr. Brandon war sehr gut. Ich habe andere getroffen, die nicht gut waren. Und so bin ich Psychotherapeutin geworden, ja, ich springe jetzt etwas (Beide lachen).

Ich habe eigentlich als Soziologin gearbeitet. Ich habe in Belgien Soziologie studiert und habe dann in Ruanda bei Oxfam gearbeitet und eine Familie gegründet, geheiratet, Kinder bekommen. Während des Genozids hat Oxfam wirklich viel versucht, um mir bei der Flucht oder beim Überleben zu helfen. Nachher bin ich dann zu meiner Arbeit bei Oxfam zurückgekehrt.

Als nationale Vertreterin von Oxfam in Ruanda nahm ich an einem Treffen mit anderen großen NGOs teil, bei dem es um Trauma ging. Ich glaube, es war eine Person von UNICEF, die erzählte, was sie mit den traumatisierten Kindern machen, die alles gesehen haben, sie haben gesehen, wie ihre Eltern getötet wurden, sie mussten flie-

hen, sie mussten sich verstecken und sie waren noch so klein. Er beschrieb, wie sie den Kindern helfen, mit dem Trauma umzugehen. Und ich habe ihm gesagt: Es ist großartig, was Ihr macht, aber Ruanda ist nicht wie hier, eins der reichen Länder, wo man zur Therapie geht und zur Sozialarbeiter*in und so weiter. Wir haben nicht all diese verschiedenen Dienste. Was denken Sie also, was essen diese Kinder oder wo schlafen sie? Wer kümmert sich um sie, bei wem sind sie? Er war dann sehr unbeholfen und war kein guter Therapeut, denn er fragte mich: Warum fragen Sie das? Was ist Ihr Hintergrund? Was ist Ihr Beruf? Und ich sagte: Ich bin Soziologin, ich bin Leiterin von Oxfam. Und er sagte: Ich verstehe, dass Sie die Situation nicht verstehen. Das gehört nicht zu Ihrem Beruf.

Und ich dachte: Okay, ich habe kein Diplom für diese Frage, aber was ich sage, ist trotzdem korrekt. (Beide lachen). Warte mal ab. Ich bring' Dir ein Papier, ein Diplom und sage das gleiche nochmal. Ich bin sehr stur. (Sie lacht) Oxfam gewährte mir ein Sabbatjahr. Eigentlich war es so, dass nach dem Genozid eine Frau aus Großbritannien zu uns zu Oxfam kam, deren Begleiter im Kongo war und von den Geflüchteten im Kongo beeinflusst worden war. Es ist ihr nie in den Sinn gekommen, dass die Geflüchteten im Kongo dieselben waren, die

uns getötet hatten, bevor sie in den Kongo flohen. Diese Frau war naiv und sie erzählte nur Unsinn. Wir haben uns ständig gestritten. Also ging diese Frau zu Oxfam und sagte: »Esther ist so traumatisiert, es ist wirklich schwierig, mit ihr zu arbeiten.« Und ich sagte: »Ich bin nicht traumatisiert. Du bist dumm.« (Beide lachen.) Und wenn Du das zu einer Britin sagst, dann denkt sie, Du musst sehr traumatisiert sein.

FA: Diese Frau hat Dich pathologisiert. Ist Dir das oft passiert?

EMK: Sehr oft. Und das ist es, was man bei der Arbeit mit Traumatisierten wirklich immer beachten muss. Man darf nicht sofort denken: Das ist jetzt das Trauma, das ist jetzt das Trauma. Es ist wie mit dem Label des Psychosomatischen. Wenn Du die ganze Zeit denkst: Das ist psychosomatisch. Prüfe zuerst, ob der Magen in Ordnung ist, prüfe zuerst, ob die Muskeln in Ordnung sind, prüfe zuerst, ob das Herz in Ordnung ist. Oder mach beides. Aber dieses Label ist wirklich gefährlich!

Ich bin froh, dass ich nicht so traumatisiert war. Denn ich konnte mich wehren. Eigentlich hatte ich richtig Glück. Ich habe überlebt, ohne dass ich körperliche Verletzungen davon getragen habe, weder durch Macheten noch durch Vergewaltigung. Und alle meine drei Töchter haben überlebt. Wenn ich also sage, dass ich sehr viel Glück hatte, denken die Leute: Bist Du verrückt? Aber im Vergleich zu den anderen ist es so. Ich hatte danach meinen Job, ich hatte ein Dach über dem Kopf.

FA: Noch mal zurück zu Deinem Studium und dem Sabbatjahr. Haben Sie Dir das gegeben, um Dich da rauszuholen?

EMK: Ja, um mich da rauszuholen. Und sie haben mir wirklich grünes Licht gegeben. Ich durfte selbst entscheiden, was ich in dem Jahr mache, und sie haben mich weiter bezahlt, als ob ich arbeiten würde. Das war wirklich toll. Ich konnte auch meine Kinder mitnehmen. Wir gingen zusammen mit einer Cousine, die auch Witwe war und

einen kleinen Jungen hatte, und waren wie eine Familie mit 2 Witwen und 4 Kindern.

Ich habe an den dummen Trauma-Therapeuten gedacht und habe angefangen, nach etwas zu suchen, was ich im Bereich Trauma machen kann – und zwar in nur einem Jahr, was nicht einfach ist. Ich fand heraus, dass es eine Universität in East Anglia in Großbritannien gibt, die University of East Anglia in Norwich, nicht weit von London. Dort gab es ein sehr gutes Programm, inspiriert von Carl Rogers⁴, ein Psychotherapie-Intensivkurs. Es war wirklich toll. Die Gruppe in meinem Kurs war wirklich großartig und ich habe viel Energie aus meiner Therapie dort und aus meiner Gruppe mitgenommen. Dann ging ich zurück nach Ruanda und arbeitete mit den Witwen.

FA: *Kannst du noch mehr zum Studium erzählen? Bei wem hast Du studiert bzw. welche Ansätze und Theorien hast Du gelernt?*

EMK: Es gab dort zunächst ein langes Vorstellungsgespräch, um zu sehen, was Deine Motivationen sind, wer Du selbst bist und was Dein Hintergrund ist. Ich glaube wirklich, dass der Ansatz von Rogers die beste Schule ist. Für ihn ist es so, dass die Klient*in, obwohl sie viel, viel durchgemacht hat, immer noch am Leben ist, sie hat Ressourcen in sich, obwohl sie wirklich schwer erschüttert ist. Was die Therapeut*in mit ihrer Klient*in macht, ist, ihr die Sicherheit zu geben, den Raum, und das ganze Bla-Bla, das wir sagen – nein nicht Bla-Bla, das ist sehr wichtig (beide lachen), um ihr dann zu helfen, sich umzustrukturieren, zu reorganisieren, zu gießen, zu düngen, dies alles. Es geht wirklich vom Klienten aus. Deshalb ist es personenzentrierte Therapie.

Nach dem Bewerbungsgespräch sagte mir der Professor: Weißt du, Esther, ich zögere noch. Ich bin mir nicht sicher, ob ich Dich nehmen kann. Und ich sagte: Warum? Und er fragte mich: Ich habe Angst, dass wenn ich Dich aufnehme, wenn Du nach East Anglia kommst und im Laufe des Jahres, wenn Du auch hospitierst und zu therapieren beginnst, glaubst Du, dass

Du in den Therapiesitzungen wirklich Mitgefühl für jemanden haben wirst, der seinen Hund verloren hat?

FA: *(lacht) Ja, aber er stellte eine richtige Frage.*

EMK: Ja genau. Das ist wichtig für mich: Man kann die Probleme der Menschen nicht gegeneinander abwägen. Für manche ist der verstorbene Hund ja wirklich ein Trauma, eine Katastrophe. Aber sie haben versucht, mir keine Klient*innen zu geben, deren Probleme Haustiere waren. Wenn Du selbst Deine ganzen Leute verloren hast, dann passt das nicht so gut. Ach ja und es gab noch etwas (lacht): Ich habe ein Problem mit Hunden und Katzen. Als der Genozid begann, wurden alle weißen Menschen evakuiert. Und es gab eine Freundin in Belgien, die bereit war, meine Kinder aufzunehmen, ich hatte bereits die Pässe für die Kinder, wir waren gut vorbereitet. Also habe ich sie angefleht, meine Kinder mitzunehmen! Sie sagten, sie dürften keinen Ruander*innen, keine Tutsi evakuieren. Stattdessen haben sie die Belgier*innen mit ihren Katzen und Hunden evakuiert.

FA: *Ich dachte gerade: Am Ende bist Du hier im PSZ bei Leuten gelandet, die existenziellere Probleme haben als verstorbene Haustiere.*

EMK: Natürlich! Hier im PSZ ist es ähnlich wie in Ruanda.

FA: *Was hast Du nach dem Studium gemacht? Hast Du dieses Wissen auch an die anderen weiter geben können?*

EMK: Ja. Ich bin also zurückgegangen nach Ruanda und wir haben Therapie gemacht. Ich war weiterhin Angestellte von Oxfam mit allen Vorteilen. In der Zwischenzeit war auch das AVEGA-Programm größer geworden. Wir haben viele Häuser für die Witwen gebaut, die ihre Häuser verloren haben. Es gab auch wieder Geldgeber, die sagten: Wir finanzieren keinen Hausbau. Wir finanzieren nur die Renovierung von Häusern, die beschädigt wurden. Wir mussten also irgendwo anders ein bisschen Geld finden, um das Haus bis zu einem ge-

wissen Grad aufzubauen. Und dann haben wir Geld von den Geldgebern verlangt, damit wir ein Dach aufsetzen konnten und Fenster einbauen, also quasi renovieren. Tja, was macht man da? Die Menschen, die das Geld haben, bestimmen die Politik und schauen nicht auf deine Bedürfnisse. Am beliebtesten waren für die Geldgeber diejenigen Projekte, die auch wieder Geld einbrachten. Und so konnten sie obendrein zeigen, dass Frauen empowert werden können, dass sie kleine Unternehmen führen können. Wir haben sie ausgebildet und dann waren sie unabhängig.

Einer unserer Geldgeber für diese Programme war eine große Organisation aus Großbritannien namens Comic Relief. Für ihre Finanzierung nutzten sie diesen Red Nose Day, wo man sich diese Rote Nase aufsetzt und Comedy macht und solche Sachen. Aber dafür brauchten sie kurze Filme von Aktivitäten vor Ort. Also kamen sie und filmten unsere mutigen Frauen. Und als sie eines Tages fragten, ob sie wieder kommen und filmen dürften, habe ich sie abgewiesen, weil eine Freundin im Sterben lag: Nein, Ihr könnt nicht kommen und irgendetwas filmen. Das nächste Mal, wenn Ihr kommt, filmt ihr Gräber. Frauen sterben. Solange Ihr Euch weigert, uns antiretrovirale Medikamente zu geben, lohnt es sich nicht, Geschäftstätigkeiten zu fördern. Sie haben daraufhin den Film »Hope in Hell«⁵ (Hoffnung in der Hölle) gemacht, in dem sie Frauen interviewten, die vergewaltigt worden waren und mit HIV infiziert und die jetzt im Sterben lagen. Die Frauen fragten: Wenn ich sterbe, was passiert dann mit meinen Kindern? Es war ein beeindruckender Film! Als sie zum Red Nose Day nach Großbritannien zurückkehrten und den Film »Hope in Hell« zeigten, kam viel Geld zusammen, weil der Film so wirkungsvoll war. Wir haben dann gefordert, dass sie wenigstens die anti-retroviralen Medikamente für die Frauen in dem Film bezahlen, was sie auch taten. Das waren die ersten 14 Frauen. Sie waren wirklich kurz vor dem Sterben und dann ging es ihnen wieder gut. Darüber bin ich wirklich sehr froh.

Wir konnten uns auch beim Gesundheitsministerium für ein Pro-

gramm einsetzen, das Menschen, die HIV-positiv sind, hilft, nicht infizierte Babys zu bekommen. Wir haben also die AIDS-Sache gemacht, wir haben die Hausbausache gemacht, wir haben renoviert, wir haben Projekte zur selbständigen Lebensunterhaltssicherung gemacht, wir haben die Psychotherapie gemacht.

Und was wir auch gemacht haben im Bereich Psychotherapie, mit Dr. Brandon, worauf wir wirklich stolz waren: Wir haben gemerkt, dass wir nie genug Therapeut*innen haben werden und eigentlich ist es nicht immer notwendig, einen Therapeuten zu haben. Wenn ich das sage, sind meine Kolleg*innen nicht glücklich (lacht). Aber man kann gar nie genug Therapeut*innen finden!

Also haben wir so etwas wie psychotherapeutische Erste Hilfe gemacht. Was macht man als erste Hilfe, wenn so jemand traumatisiert ist? Wir haben also Frauen ausgewählt, die geeignet waren, die die Kapazitäten hatten, zuhören konnten. Als Menschen hatten sie Empathie, sie konnten auf eine Art zuhören, die wir helfendes aktives Zuhören (helpful active listening) genannt haben. Wir haben ihnen das Grundwissen beigebracht: Wie hört man zu? Man mischt sich nicht mit seinem eigenen Problem ein. Sag nicht: Ich auch. Bei Freund*innen sagst Du so etwas, aber diesen Frauen, die wir ausgebildet haben, haben wir beigebracht: Lassen Sie die Andere reden, hören Sie zu, ermutigen Sie sie. Und dann die Körpersprache: Wie Sie sitzen, diese kleinen Dinge. Und wenn Sie das Gefühl haben, es ist zu viel für Sie, dann leiten Sie sie weiter an die Therapeut*innen in der Organisation.

FA: *Ich habe mir gerade vorgestellt, wie eure Organisation größer wurde und neue Arbeitsfelder hat. Hast Du dafür Beispiele oder habt Ihr einfach auf die Bedarfe reagiert?*

EMK: Zu Beginn haben wir wirklich vor allem reagiert, aber dann haben wir begonnen, uns zu rekonstituieren, um unsere Finanzen besser zu strukturieren. Wir haben z.B. die Organisation dezentralisiert, denn die Reisekosten waren ein Problem.

FA: *Gab es ähnliche Organisationen, die Euch als Vorbild dienen konnten?*

EMK: Nein, die gab es nicht. AVEGA war wirklich die erste. Später haben wir Kontakt aufgebaut zu Organisation von Holocaust-Überlebenden, oder solchen die zum Genozid an den Armeniern arbeiteten. Und sie waren überrascht, wie früh wir angefangen hatte, über den Genozid zu sprechen. Wenn es nicht Gespräche unter uns, unter den Überlebenden selbst gewesen wäre, wäre das nicht so einfach gewesen.

FA: *Ein sehr starker Aspekt dieses Ansatzes von Überlebenden für Überlebende!*

EMK: Natürlich, Überlebende für Überlebende, und wir hatten Unterstützung durch Menschen, die uns wirklich zuhörten. Das taten nicht alle. Ich erinnere mich, dass eine christliche Organisation kam, die wirklich schlimm war. Sie kamen sehr menschlich daher und sagten: Frauen, was Ihr da macht, ist großartig. Jetzt wollen wir Euch finanzieren, wenn Ihr mit den Ehefrauen derer, die im Gefängnis sitzen, zusammenarbeiten wollt. Mit den Ehefrauen derer, die unsere Männer getötet haben. Und wir sagten ihnen: Ist das Euer Ernst? Das haben sie benutzt, um uns vorzuwerfen, dass wir rassistisch seien und nur für Tutsi arbeiteten, was nicht stimmt. Denn es gibt Frauen bei AVEGA, die Hutu sind und deren Ehemänner Tutsi waren und getötet wurden. Diese Organisation hat uns also Geld angeboten, aber wir haben Nein gesagt. Und wir waren stolz darauf. Und weil wir das internationale Tribunal angerufen haben wegen der Kombination von Vergewaltigung als Waffe, hat sich während des Krieges etwas im internationalen Recht geändert. Das war ein weiteres großes Thema.

FA: *Welcher Gerichtshof war das?*

EMK: Er wurde ICTR genannt – R für Ruanda, wie bei ICTY für Jugoslawien. Der ICC (International Criminal Court) kam später. Diese beiden wurden ad hoc geschaffen.

Das Gericht war in Tansania, es gehörte zur UNO. Die dort inhaftierten

HIV-positiven Täter wurden medizinisch versorgt, damit sie überlebten und dann verurteilt werden konnten. Ich folgte einer Frau dort auf Schritt und Tritt, die für das Gericht arbeitete, und sagte zu ihr: »Entschuldigen Sie, ich bin eine Witwe des Völkermordes, und ich möchte Sie fragen: Es ist großartig, dass Sie HIV-positive Menschen in Ihrem Gefängnis auf den Beinen halten, damit sie am Leben bleiben und verurteilt werden können. Aber was denken Sie über die Zeuginnen, die Frauen, die vergewaltigt wurden, die jetzt sterben, weil Sie sie nicht behandelt werden können?« Zumindest haben wir dafür gesorgt, dass die Frauen, die aussagen werden, auch behandelt werden. Ein bisschen so wie die Frauen, die von Comic Relief gefilmt wurden. Aber sie war sehr deutlich: Sie sagte, der Weg, den wir gehen, ist durch diese und jene Artikel vorgegeben. Es gibt keine Regelung für die Überlebenden, wir sind für die Gefangenen zuständig.

FA: *Haben sie es geändert? Der ICC?*

EMK: Der ICC hat das wegen uns geändert, ja. Es hat sich viel geändert. Zum Beispiel auch das Recht von Frauen zu erben. Wir haben wirklich viel Lärm gemacht und mit der Zeit auch Gesetze geändert.

FA: *Vielen Dank für das Gespräch.*

- 1 <https://avega-agahozo.org/>
- 2 Am 6. April war das Flugzeug von Präsident Juvénal Habyarimana in Kigali abgeschossen worden; dies wird als äußerer Auslöser des Völkermords in Ruanda angesehen. (Die Red.)
- 3 Esther Mujawayo, Souâd Belhaddad: *Survivantes – Rwanda, dix ans après le génocide*, 2004; dt. Ausgabe: Esther Mujawayo, Souâd Belhaddad: *Ein Leben mehr – Zehn Jahre nach dem Völkermord in Ruanda*, Wuppertal 2005
- 4 Siehe z.B. <https://www.carlrogers.de/grundhaltungen-personenzentrierte-gespraechstherapie.html>
- 5 Siehe: <https://www.youtube.com/watch?v=UuRq77nQirA> (Dies ist der Link zu Teil 1, von dort wird man weitergeleitet zu den anderen Teilen der Dokumentation.)

Wo bleibt der Paradigmenwechsel?

Von Lukas Welz

Die Bundesregierung hat sich in ihrem Koalitionsvertrag auf einen Paradigmenwechsel in der Migrations- und Flüchtlingspolitik geeinigt. Reformen und wirkliche Verbesserungen lassen aber noch auf sich warten.

So viele Menschen wie noch nie sind derzeit auf der Flucht ins Ungewisse und verlassen ihre Heimat und ihre Lieben. Das Flüchtlingswerk der Vereinten Nationen geht von über 100 Millionen Menschen aus, die im Jahr 2022 auf der Flucht sind. Menschen fliehen vor Kriegen, Terror und Gewalt, vor Ausgrenzung und Diskriminierung, Verfolgung, Hunger und Armut – kurzum, einem Versagen staatlichen Schutzes und gesellschaftlicher Verantwortung für Menschen jedweder Identität. Der russische Angriffskrieg auf die Ukraine hat die Zahl der Vertriebenen nochmals erhöht, und auch durch die Machtübernahme der Taliban in Afghanistan waren und sind weitere Menschen zur Flucht gezwungen.

Auf den Fluchtrouten sind sie weiterer Gewalt und Abwehr ausgesetzt. Durch die Menschenrecht verletzende Politik der EU und ihrer Mitgliedsstaaten sterben Menschen vielfach bei dem Versuch, über das Mittelmeer oder den Balkan nach Europa zu gelangen und um Asyl zu bitten. Dabei haben Überlebende von Krieg, Folter und Verfolgung ein Recht auf Schutz, rechtlich bindend ist dies für Deutschland seit nunmehr 71 Jahren. Mit Unterzeichnung der Genfer Flüchtlingskonvention stehen geflüchteten Menschen universelle Rechte im Asyl zu.

■ Schutz von Geflüchteten in Deutschland?

Deutschland hat sich selbst in zahlreichen Verträgen und Übereinkommen verpflichtet, geflüchtete Menschen zu unterstützen. Diese schließen weit mehr als die Aufnahme und Unterbringung der Menschen ein, es geht beispielsweise auch um eine angemessene gesundheitliche Versorgung. Und hier werden jene Menschen, die bei uns in Deutschland Schutz und Sicher-

heit suchen, häufig mit ihren Belastungen allein gelassen.

So hat sich Deutschland mit der Unterzeichnung des UN-Sozialpakts dazu verpflichtet, einen diskriminierungsfreien Zugang zur Gesundheitsversorgung sicherzustellen und mit der Unterzeichnung der UN-Antifolterkonvention zudem dazu, Menschen, die Opfer von Folter und Misshandlungen geworden sind, eine möglichst vollständige Rehabilitation zu ermöglichen.

Die EU-Aufnahmerichtlinie verpflichtet darüber hinaus die Mitgliedstaaten, besonders schutzbedürftige Asylsuchende, darunter psychisch erkrankte Geflüchtete und Überlebende von Folter, zu identifizieren und angemessen zu versorgen.

Diesem rechtlichen Rahmen gegenüber steht die Asylpraxis in Deutschland. So kann nur einem kleinen Teil der versorgungsbedürftigen Schutzsuchenden angemessene psychosoziale Unterstützung angeboten werden. Als Bundesverband der Psychosozialen Zentren für Geflüchtete und Folterüberlebende veröffentlichten wir regelmäßig Zahlen zur Versorgung von Schutzsuchenden, die Beratung und/oder Therapie in den Psychosozialen Zentren (PSZ) in Anspruch nehmen. Im Jahr 2020 wurden knapp 19.400 Klient*innen versorgt – so konnten die PSZ und ihre Kooperationspartner 2020 gerade einmal 4,6 % des potenziellen Versorgungsbedarfs abdecken (und mussten fast 10.000 Personen abweisen). Studien zur Prävalenz psychischer Folgen von Gewalt und Menschenrechtsverletzungen unter geflüchteten Menschen zufolge sind mindestens 30% der geflüchteten Menschen von depressiven Erkrankungen oder einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Steel et al., 2009; Lindert et al., 2019) betroffen.¹ Das entspricht etwa 550.000 Menschen,

die als Schutzsuchende in Deutschland leben.

Die PSZ sind dabei oftmals die einzige Anlaufstelle für Menschen mit Fluchterfahrung. Durch die Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) können sie in den ersten 18 Monaten nach ihrer Ankunft nur bei akuten Schmerzen zu Ärzt*innen und haben keinen weiteren Zugang zu Fachärzt*innen oder Therapeut*innen. Das AsylbLG diskriminiert auch durch das bürokratische und hürdenreiche Verfahren zur Ausstellung von sog. Krankenscheinen; ungeschultes Personal in den Sozialämtern bescheidet oftmals ohne medizinische Fachkenntnisse Anträge negativ und oft fehlt die Sprachmittlung im medizinischen und therapeutischen Kontext.

Fast neun von zehn geflüchteten Menschen, die in den PSZ eine Beratung und/oder Therapie in Anspruch nehmen konnten, berichten von erlebter schwerer Gewalt oder Menschenrechtsverletzungen. Diese Erfahrungen sowie die diskriminierenden Aufnahmebedingungen in Deutschland haben erhebliche psychosoziale Folgen. Bei einer fehlenden Behandlung können sich psychische Erkrankungen wie Depressionen, Posttraumatische Belastungsstörungen oder Angstzustände chronifizieren, unter anderem mit Folgekosten für das Gesundheitssystem und die gesamte Gesellschaft.

Die PSZ verfolgen einen psychosozialen Menschenrechtsansatz, d.h. Prinzipien wie Menschenwürde, Diskriminierungsfreiheit, Gendergerechtigkeit und Kultursensibilität stehen im Zentrum der Arbeit. Geflüchtete Menschen werden als Expert*innen ihres eigenen Lebens verstanden und dabei unterstützt, für ihre Rechte einzutreten und mit den psychosozialen Folgen von Flucht, Gewalt und Folter umzugehen.

Es handelt sich um ein ganzheitliches Konzept, das sozialarbeiterische



Patientin, 1929

und pädagogische Angebote, Beratung, psychologische und psychotherapeutische Angebote und ggf. medizinische Hilfe umfasst. In den PSZ erhalten schutzsuchende Menschen unabhängige, kostenfreie Beratung, Gruppenangebote und Therapien. Alle Angebote werden mit Sprachmittlung angeboten. Dadurch wird geflüchteten Menschen ohne oder mit geringen Deutschkenntnissen von Anfang an Zugang zu Information, Gemeinschafts-, Beratungs- und Therapieangeboten ermöglicht. Neben der therapeutischen und sozialen Unterstützung ist auch die rechtliche Beratung geflüchteter Menschen ein wesentlicher Unterschied zur reinen psychosozialen Gesundheitsversorgung.

Doch auch andere Faktoren sind für die psychosoziale Versorgung relevant: Die freie Wohnortwahl sowie der Zugang zu Bildung und dem Arbeitsmarkt tragen zur Integration und Gesundheit von Menschen bei. Eine BAFF-Recherche zur Unterbringung von Kindern und Jugendlichen in Sammelunterkünften hat bspw. ergeben, dass gerade Kinder und Jugendliche besonders stark unter den eingeschränkten Lebensbedingungen leiden, es kaum Rückzugsräume gibt und sich psychische Symptomatiken durch den zusätzlichen Stress verstärken können.²

Ansätze, die die Folgen von Gewalt und Folter ausschließlich als behandlungsbedürftige psychische Krankheiten konzeptualisieren und deren Behandlungsansätze sich ausschließlich an der Behandlung psychischer Erkrankungen orientieren, ohne dabei die gesellschaftlichen Bedingungen im Blick zu haben, werden diesem Ansatz nicht gerecht. Ein psychosozialer Ansatz in der Unterstützung Überlebender von Gewalt und Folter stellt sich daher solidarisch an die Seite der betroffenen Personen und bemüht sich um ein umfassendes Verständnis der individuellen Situation unter Ein-

bezug des speziellen Kontexts, in dem Gewalt entstanden ist und aufrechterhalten wird.

In den PSZ kann allerdings nur ein Bruchteil der Menschen eine Beratung und/oder Therapie in Anspruch nehmen, die Wartelisten sind lang und oft geschlossen, da die Kapazitäten bei Weitem nicht ausreichen. Auch die Finanzierung der Angebote in den Zentren ist äußerst prekär und erfolgt zum größten Teil aus zeitlich begrenzten Fördermitteln sowie aus Landesmitteln und zu kleineren Teilen aus Mitteln von Bund, Ländern und Kommunen.

Ohne das Engagement der Mitarbeiter*innen in den PSZ, die oft über die eigenen Kapazitätsgrenzen hinaus arbeiten, Spender*innen und Ehrenamtlichen könnten auch verschiedene Programme in den PSZ nicht angeboten werden, bspw. Mentor*innen-Programme für unbegleitete minderjährige Geflüchtete, durch die die Kinder und Jugendlichen beim Ankommen in Deutschland unterstützt werden.

■ Was braucht es also für einen Paradigmenwechsel?

Erfahrungen von Folter und Gewalt im Heimatland, aber auch auf der Flucht, können Menschen für ihr restliches Leben traumatisieren. Es braucht ein langfristiges Engagement von Bund und Ländern in der Finanzierung der PSZ. Die Aufstockung der Förderung durch die Bundesregierung im Zuge der Aufnahme Geflüchteter aus der Ukraine muss zu einer dauerhaften Übernahme staatlicher Verantwortung führen und für alle Geflüchteten gleich gelten.

Die Bundesregierung hat sich im Koalitionsvertrag darüber hinaus auf die frühzeitige Identifizierung und Versorgung besonders Schutzbedürftiger verständigt. Mit dem BAFF-Modellprojekt »BeSafe« zeigen wir Wege auf, wie in Aufnahmeeinrichtungen und Beratungsstellen die besondere Schutzbedürftigkeit festgestellt und den besonderen Bedarfen nach Versorgung, Unterbringung oder Anhörung nachgegangen werden kann.

Die gesetzliche Verankerung von Sprachmittlung im Sozialgesetzbuch ist ebenfalls im Koalitionsvertrag festgehalten. Diese ist zentral, um die oft ehrenamtlich arbeitenden Sprachmittler*innen besserzustellen und die Qualität der Arbeit in den PSZ zu erhöhen. Bislang fehlt dabei aber eine entsprechende Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes – nur dann kann auch ein Großteil der Klient*innen der PSZ von den möglichen Änderungen profitieren.

Von der Bundesregierung bislang unbeachtet sind die Folgen der Asylrechtsverschärfungen 2016 und 2019, die dazu führen, dass schwere Erkrankungen nicht mehr ausreichend im Asyl- und Aufenthaltsverfahren beachtet werden, da die Anforderungen an Atteste kaum noch erfüllbar sind. Derzeit sieht die gesetzliche Regelung allein die ärztliche, also psychiatrische Expertise in der Begutachtung psychischer Erkrankungen vor, was aufgrund des Mangels an Fachkräften und der zumeist fehlenden Kenntnisse über den Zustand der Betroffenen dazu führt, dass viele keine Stellungnahmen im Asylverfahren beibringen können. Damit besonders schutzbedürftige Geflüchtete nicht abgeschoben werden, müssen die Stellungnahmen psychologischer Psychotherapeut*innen im asyl- und aufenthaltsrechtlichen Verfahren wieder be-

rücksichtigt werden. Die gegenwärtige Verwaltungspraxis und gesetzliche Anforderungen an den Nachweis von Erkrankungen stehen damit fairen, zügigen und rechtssicheren Asylverfahren entgegen, wie sie der Koalitionsvertrag von SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP zum Ziel gesetzt hat.

Die Bundesregierung zeigt sich grundsätzlich offen für Verbesserungen. Die Aufnahme Geflüchteter aus der Ukraine wurde durch eine breite Unterstützung und Solidarität in Gesellschaft und Politik begleitet. Vieles, was im Asylrecht und der Versorgung geflüchteter Menschen bis dahin unvorstellbar schien, wurde möglich gemacht. Die Bundesregierung wird sich an ihren eigenen Versprechen messen lassen müssen – und nicht zuletzt an den universell gültigen Menschenrechten, denen sie sich verpflichtet fühlt.

Lukas Welz ist Geschäftsleiter der BAfF, der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Überlebende von Krieg, Folter und Flucht.

Zur BAfF: Der Bundesverband der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. (BAfF) ist der Dachverband der Psychosozialen Zentren, Einrichtungen und Initiativen, die sich die psychosoziale und therapeutische Versorgung von Geflüchteten in Deutschland zur Aufgabe gemacht haben. Seit 25 Jahren engagiert sich die BAfF für vollen Schutz und gleiche Rechte für Geflüchtete und Überlebende von Folter. Weitere Informationen unter www.baff-zentren.org

- 1 Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & van Ommeren, M.: Association of Torture and Other Potentially Traumatic Events With Mental Health Outcomes Among Populations Exposed to Mass Conflict and Displacement: A Systematic Review and Meta-analysis, JAMA: The Journal of the American Medical Association, 302(5) 2009, 537–549, <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1132>; Lindert, J., Ehrenstein, O. S. von, Wehrwein, A., Brähler, E., o Schäfer, I.: Angst, Depressionen und posttraumatische Belastungsstörungen bei Flüchtlingen – eine Bestandsaufnahme, PPM – Psychotherapie-Psychosomatik-Medizinische Psychologie, 68(01) 2018, 22–29, <https://doi.org/10.1055/s-0043-103344>
- 2 BAfF e.V. (2020). Living in a box. Psychosoziale Folgen des Lebens in Sammelunterkünften für geflüchtete Kinder

Lohnarbeit und Psyche

Einige persönliche und zugleich systemkritische Überlegungen von Wolfgang Hien über arbeitsbedingte psychische Erkrankungen

Seit der Jahrtausendwende lassen uns diese Themen nicht los: Stress am Arbeitsplatz, Mobbing, Burnout, Depression, Angst vor Arbeitslosigkeit, aber auch Angst vor Arbeit – die Liste ließe sich zwanglos fortsetzen. In praktisch allen Medien gibt es fast wöchentlich Aufmacher dazu, Fallgeschichten, Umfragen, neue Studien. Die Fülle der wissenschaftlichen Veröffentlichungen ist selbst für Fachleute unübersehbar geworden. Ich selbst habe aus kritisch-arbeitswissenschaftlicher Sicht dazu mehrere größere Übersichtsarbeiten verfasst (Hien 2010, 2016a, 2016b). Es gibt unzählige statistischen Daten und epidemiologische Studien, die zeigen, dass seit den 1990er Jahren die diagnostizierten psychischen Erkrankungen eindeutig ansteigen – in Deutschland wie weltweit – von einem noch im letzten Jahrhundert marginalen Niveau auf ein Niveau von mittlerweile 19% aller Krankheitstage (Schumann et al. 2022). Es gibt genügend Hinweise, dass dieser Anstieg recht deutlich mit den zunehmenden Arbeitsanforderungen im Kontext neoliberaler Restrukturierungsprozesse in der Arbeitswelt korreliert (einige Studien dazu werden im Folgenden noch angesprochen).

Zugleich aber mehren sich die Stimmen, die einen Unterschied zwischen der Zahl diagnostizierter Fälle und der Zahl tatsächlicher Fälle sehen. Früher, so das Argument, sei die Quote psychisch Erkrankter in der Bevölkerung genauso hoch gewesen wie heute, mit dem Unterschied, dass früher nur die schwersten Fälle vom medizinischen System erfasst wurden. Das sei heute anders, und daher sei die Aufregung über die angeblich steigende Zahl psychischer Kranker übertrieben. Dass früher viele Krankheiten nicht offiziell erfasst wurden, ist sicher richtig. Es ist eher die daraus gezo-

gene Schlussfolgerung, die mich aus Sicht eines kritischen Arbeitswissenschaftlers aufregt. Es geht einmal um die Ignoranz, was die sich verändernden Arbeitsverhältnisse und deren Bewertung hinsichtlich einer menschengerechten Arbeitsgestaltung betrifft; zum anderen geht es um das Menschenbild, das sich hinter den bagatelisierenden Urteilen verbirgt. Letztlich ist die gesamte Kontroverse durchwoben von einer Grundsatzfrage: Auf welcher gesellschaftstheoretischen Folie bewegen sich eigentlich bestimmte Beurteilungen?

Meine Beobachtungen des Diskurses lassen sich etwa so zusammenfassen: Bot vor 20 Jahren die Erkenntnis, dass uns die neoliberal orientierten Arbeitsbedingungen mit ihren Zumutungen psychisch belasten und krankmachen, noch Anlass für ein gewisses Erschrecken, wandelte sich mit der Zeit der Blickwinkel hin zu Themen wie Resilienz, Prädispositionen, Persönlichkeitsfaktoren und individuellen Verhaltensmustern. Gerade jetzt, zu Pandemiezeiten, sind die Medien voll von neuen Mitteilungen, Experteninterviews, Ratschlägen, Ratgebern und Hinweisen auf Unterstützungs- und Therapieangebote. Auch die Sozialversicherungsträger, die Krankenkassen, die Unfallversicherungen und die Rentenversicherungsträger überstürzen sich mit neuen Angeboten: Vorgesetzte sollen geschult werden, dass sie frühzeitig erkennen, wenn sich ein*e Untergebene*r unterfordert oder überfordert fühlt. Arbeitende mit psychischen Problemen sollen sich bei psychosozialen Berater*innen melden, z.B. bei den neu in Köln, Nürnberg und Berlin eingerichteten »Blaufeuern«-Beratungsstellen. Die Hansestadt Hamburg hat eine eigene Beratungsstelle *Perspektive Gesundheit und Arbeit (PGA)* eingerichtet, die hoch frequen-



Im Bett sitzende Kranke und Schwester im Gespräch, 1929

tiert wird. Die Krankenkassen schlagen Alarm, dass psychische Erkrankungen zu langen und teuren Arbeitsunfähigkeiten und langen stationären Behandlungen führen; sie fordern mehr Prävention. Doch auch hier zeigt sich: Nicht die Arbeitsbedingungen, die nach allen klassischen Kriterien der Arbeitswissenschaft zunehmend jedes menschliche Maß vermissen lassen, sondern das persönliche Verhalten steht im Vordergrund. In praktisch allen populären und wissenschaftlichen Ratgebern wird auf die Prädispositionen hingewiesen wie z.B.: hohe Ansprüche an sich selbst, der Hang zum Perfektionismus, das Problem des Nicht-Abschalten-Könnens und Ähnliches mehr. Dass all dies Faktoren sind, die wir ernst nehmen müssen, ist

nicht zu bestreiten. Doch was hier völlig ausgespart wird, ist die Tatsache, dass alle neuen Managementtechniken darauf ausgerichtet sind, genau diese Verhaltensweisen zu fördern. Sei es in der Produktion von Autos und anderen Gütern, sei es in der Entwicklung oder Verwaltung, sei es in technischen oder persönlichen Dienstleistungen: Überall und generell werden die Taktzeiten von Jahr zu Jahr verkürzt, d.h. immer mehr Dinge müssen in immer kürzeren Zeitabständen bewältigt werden. Dies hat in praktisch allen Arbeitsbereichen zu einer Arbeitsintensivierung geführt, die vor einigen Jahrzehnten – auch in der Arbeitswissenschaft – unvorstellbar gewesen ist.

Am 29. Juli 2022 berichtete der *Weser-Kurier* von Studien und Umfragen,

nach denen immer mehr Menschen krank zur Arbeit gingen. Das Phänomen wird als Präsentismus bezeichnet. Davon berichten die Gesundheitsreporte der großen Krankenkassen, aber auch Berichte der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dies sei ein ernstzunehmendes Problem: Die eigentlich kranken Erwerbstätigen könnten keine guten Leistungen erbringen, machten viele Fehler mit hohen Folgekosten und würden dadurch der Volkswirtschaft einen großen Schaden zufügen. War in früheren Jahren der Absentismus Stein des Anstoßes, ist es jetzt der Präsentismus. Eingeräumt wird, dass allorts die psychischen Arbeitsbelastungen enorm gestiegen sind; auch seien während der Pandemie die Existenzängste der Menschen angestiegen, sodass – trotz der Rede vom Fachkräftemangel – sich mehr Menschen auch krank zur Arbeit geschleppt hätten. Es gibt tatsächlich gerade bei älteren und schon gesundheitlich beeinträchtigten Menschen eine umfassende Angst davor, den Arbeitsplatz zu verlieren.

Und zu welchen Schlüssen kommt der Artikel? Es wird auf die neuen App-Angebote hingewiesen, mit deren Hilfe die psychischen Belastungen und die entsprechenden physiologischen Parameter digital registriert und ausgewertet werden können. Tatsächlich hat sich mittlerweile eine ganze Reihe von Firmen auf dem Markt etabliert, die sich den Unternehmen und Personalverwaltungen unter dem Motto »Betriebliche Gesundheitsförderung« anbieten. Die Mitarbeitenden sollen dazu angehalten werden, sich der digitalen Gesundheitsüberwachung anzuschließen. Übertreten bestimmte Marker einen Grenzwert, werden der*dem Betroffenen automatisch und gleichsam »in situ« Entspannungsprogramme angeboten, z.B. kleine Meditationsübungen, bestimmte Klänge oder Mantras, die einen wieder »zur eigenen Mitte« führen sollen und Ähnliches mehr. Was den Betroffenen selbstredend nicht angeboten wird, sind Gedanken, die unter keinen Umständen aufkommen dürfen: Wie kann ich mich gegen Zumutungen meines Chefs oder gegen Zumutungen eines anonymen Arbeitsprogramms wehren? Wie kann ich diese Zumutungen unter

den Kolleg*innen meines Arbeitsbereichs zur Sprache bringen, wo Unterstützung bekommen z.B. bei der betrieblichen Interessenvertretung oder der Schwerbehindertenvertretung? Und überhaupt: Wäre es nicht sinnvoll, erst mal zum Arzt zu gehen und vielleicht eine psychosomatische Rehabilitation zu machen?

Hilfreich ist ein Blick in den Stand der arbeitswissenschaftlich-epidemiologischen Forschung. Zur menschengerechten Gestaltung gehören ferner folgende Kriterien: möglichst viel Handlungsspielraum am Arbeitsplatz (die Arbeitspsychologie spricht von »high control«, wobei »control« als Eigenkontrolle der Arbeitenden verstanden wird), Entwicklungsmöglichkeiten und ein hohes Niveau an sozialer Unterstützung, insbesondere bei hohen emotionalen Anforderungen und Rollenkonflikten. Aufschlussreich ist eine große epidemiologische Studie mit mehr als 8.000 über 45-Jährigen Erwerbstätigen, die unter Federführung des Londoner Psychiaters Stephen Stansfeld durchgeführt und in der sehr genau gegen psychische Probleme im Kindes- und Jugendalter adjustiert wurde. Sie zeigt ein fast zweifach erhöhtes Risiko für Depressionserkrankungen und Angststörungen, wenn bei der Arbeit kein Handlungsspielraum besteht, die soziale Unterstützung fehlt oder eine hohe Jobunsicherheit besteht (Stansfeld et al. 2008). Ähnliche Ergebnisse finden sich in zahlreichen weiteren Studien, so z.B. in einer neueren dänischen Studie (Svane-Petersen et al. 2020).

Dass gerade bei Gesundheitsarbeiter*innen (healthcare workers) die hohen emotionalen Belastungen unter den gegebenen gesellschaftlichen Bedingungen zu einem signifikant erhöhten Depressionsrisiko führen, hat eine jüngst veröffentlichte – eine ebenfalls in Dänemark durchgeführte – Erhebung bei 1,6 Millionen Beschäftigten gezeigt (Madsen et al. 2022). Im gerade erschienenen Gesundheitsreport der deutschen Angestelltenkrankenkasse (Schumann et al. 2022) wird anhand der vorliegenden Krankenkassendaten der Zusammenhang von Psyche und Herz-Kreislauf-Erkrankungen genauer unter die Lupe genommen. Als besonderer Stressfaktor

werden die sogenannten Gratifikationskrisen hervorgehoben, d.h. Belastungserfahrungen, bei denen den persönlichen Anstrengungen zu wenig Anerkennung und Wertschätzung gegenüberstehen. Der Anteil von derartigen Belastungen ist in der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen am höchsten und korreliert insofern mit den in dieser Altersgruppe besonders auffälligen Quoten an psychischen und kardiologischen Erkrankungen.

■ Exkurs

Hier sei mir ein kleiner Exkurs in meine eigenen Arbeitserfahrungen gestattet. In den 1960er und 1970er Jahren arbeitete ich in verschiedenen Betriebslabors der chemischen Industrie. Dort haben in der Regel mehrere, manchmal bis zu zehn Personen ein bestimmtes Arbeitspensum, z.B. in der Analytik, zu bewältigen gehabt. Derartiges wird heute in der Regel von einer Laborantin oder einem Laboranten abgeleistet, mit dem Unterschied, dass dieser Mensch – selbstredend in einem vollkommen durchdigitalisierten Labor mit Dutzenden von Displays und Bildschirmen – eine vielmals größere Menge an Überprüfungen und Parametern zu überwachen und zu beurteilen hat. Gefordert ist eine ununterbrochen hohe Aufmerksamkeit, genauer: eine ununterbrochen hohe geistige Anspannung. Unaufmerksamkeiten werden registriert und kommen auf ein Negativkonto; und weil die nächste Rationalisierungs- oder Restrukturierungswelle ansteht, werden die Leistungen der Mitarbeitenden miteinander verglichen – in manchen Betrieben sogar auf großen betriebsinternen Displays – und auf diese Weise auch die innerbetriebliche Konkurrenz der Mitarbeitenden gnadenlos angeheizt. Ich halte derartige Betriebspraktiken für menschenfeindlich. Wer in einem Lehrbuch der Arbeitswissenschaft Auskunft sucht, was der Begriff der menschengerechten Arbeitsgestaltung, wie er sich im Arbeitsschutzgesetz findet, bedeutet, erfährt Folgendes: Die Arbeit muss für einen erwachsenen Menschen ausführbar, schädigungslos, beeinträchtigungsfrei und persönlichkeitsfördernd sein. Der erwachsene Mensch muss

kein olympiareifer »Hochleister« sein, sondern ein Mensch mit all seinen Variabilitäten. In den real existierenden Unternehmenskulturen sind aber nur »Hochleister« gewollt, und im üblichen Sprachgebrauch des Managements werden »Minderleister« als Problem angesehen, das es möglichst zu externalisieren gilt. Bei Nachfragen kommt immer der hohe globale Konkurrenzdruck ins Spiel, ein Argument, das leider fast alle Experten und Expertinnen zum Verstummen bringt, obwohl doch gerade hier eine Kapitalismuskritik angebracht wäre. Dieses Verstummen wirkt sich als innerer Zensor aus, d.h. in vielen aktuellen wissenschaftlichen und auch arbeitsmedizinischen Stellungnahmen werden nicht die unmenschlichen Verhältnisse – auch die zuweilen unmenschliche Sprache –, sondern die unzureichenden Fähigkeiten oder eben die Vulnerabilitäten derjenigen thematisiert, die aus dem System herausfallen. Der Unterschied zu den 1960er und 1970er Jahren: In unseren damaligen Labors hatten wir immer Mitarbeitende, die heute als »Minderleister«, als »nicht belastbar«, als »empfindlich« oder gar als »gestört« bezeichnet würden. Unter zehn Mitarbeitenden waren es immer ein oder zwei, die »schwierig« waren, aber sie wurden von allen akzeptiert und mitgetragen. Das war damals auch Teil der real existierenden Unternehmenskultur.

■ Agile Arbeit

Ein Wirtschaftsbereich, der bei all den Veränderungen als Vorreiter gelten darf, ist der IT-Sektor. Dazu und unter dem Blickwinkel, wie dort mit chronisch gesundheitlich Beeinträchtigten umgegangen wird, habe ich mehrere eigene Studien durchgeführt (Hien 2008; Hien/Funk 2019). Nach wie vor stehe ich mit vielen Beschäftigten in dieser Branche in Kontakt. Ein Interviewpartner, IT-Fachkraft in einem großen Unternehmen der Metallbranche in Nürnberg, berichtete über einen enorm gewachsenen Arbeitsdruck in den letzten Jahren: »Du kriegst ein Projekt auf den Tisch gelegt, sagen wir für sechs Wochen, aber dann kommen mindestens 300 Sachen nebenbei dazu, die du auch noch machen sollst,



Liegender Frauenkopf, 1929

alles parallel.« Der Konkurrenzdruck unter den Kolleg*innen sei eindeutig gewachsen, und es zeichneten sich Konturen eines intergenerativen Konfliktes ab, denn: »Da kommen neue junge Mitarbeiter, frisch von der Uni oder der Hochschule, die sind gut ausgebildet, und die springen dauernd auf neue Sachen.« Das sei insbesondere dann fatal, wenn die jungen Kolleg*innen schnell zur Team- oder Projektleitung avancieren. Zum Thema Zeitdruck käme dann die Aussage: »Sie haben genug Zeit, Sie müssen nur ein gutes persönliches Zeitmanagement lernen.«

Eingebettet sind diese Arbeitsstrategien in ein Konzept der »Agile(n) Arbeit«. Dies ist ein Konzept, das auf Teamarbeit, Teamkontrolle und kurzfristige Zeitzyklen setzt. Qualifizierte und tradiert-ganzheitliche Aufgaben werden fließbandgerecht kleingestückelt. Der Markt-Druck wird auf die Arbeiter*innen heruntergebrochen. Alle Verantwortung für die Turbulenzen und Schrecklichkeiten des kapitalistischen Marktes werden auf die arbeitenden Menschen abgewälzt. Kollektivität darf sich nur im Konsens mit den Markterfordernissen entwickeln – eine entfremdete und letztlich absurde Fehlorientierung menschlicher Ressourcen. Die Poren des Arbeitstages – eingedenk der Freude, etwas tun und auch mal etwas lassen zu können und eingedenk der kleinen Fluchten in einem sozialen Raum – werden geschlossen.

Die britische Ökonomin Phoebe Moore hat in den Niederlanden agiles Arbeiten untersucht. Sie konstatiert einen Zwang zu »dauerhafte(n) Hochleistungen«, geködert von dem Versprechen, Beschäftigte könnten ihren Arbeitsbereich autonom gestalten. Doch diese Autonomie unterliegt der Logik der Marktkonformität. »Es kommt zu einer immer stärkeren Verschränkung von Arbeit, Identität und Leben. (...) Dadurch drohen sie zu agilen Subjekten in einem ewigen Zustand der Entfremdung zu werden« (Moore 2019, S. 243 und 253).

Paradox ist daher die Rede von der Subjektivierung der Arbeit. Es ist m.E. eine Subjektivierung im Modus der Entfremdung, in der Rollenidentität die Ich-Identität überdeckt und erstickt. Der sozialpsychologischen Forschung ist seit langem das Problem der Überidentifikation bekannt (Dreitzel 1968). Überidentifikation bedeutet auch Überanpassung und Überverausgabung – ein Zug, der in die Gefahrenzone des Ausbrennens fährt; kombiniert mit der Idealisierung der eigenen Arbeit und dem Streben nach Perfektionismus kann dies ein Schnellzug ins Aus werden. Die Dynamik, mit der ein Subjekt in die Überanpassung gerät, kann als Verlust der Rollendistanz interpretiert werden. Sie führt, so Dreitzel, auf Dauer zu einer »marionettenhaften Existenz« und letztlich zu einer Depersonalisation, einem Merkmal von Burnout und Depression, d.h. einem

totalen Wahrnehmungs- und Emotionsverlust sich selbst und anderen gegenüber, in der Konsequenz zu einem Zusammenbruch der Persönlichkeit. Die übersteigerte Rede von »gute(r) Arbeit« nährt Idealisierung und Überidentifikation.

Gerade Gesundheitsarbeiter*innen werden so zu einer extremen Gratwanderung gezwungen, nämlich ihre Arbeitsqualität trotz schlechter Rahmenbedingungen hoch zu halten – was sie regelmäßig in Situationen berufsethischer Rollenkonflikte und eines moralischen Gewissens-Stresses bringt (Hien 2009, 2016c). Selbstüberforderung, Angst und Konkurrenzdruck untereinander, unterschwellige negative Bewertungen und Exklusionstendenzen – all das verbrennt die Erde, auf der »normale« Menschen in ihrer ganzen Streubreite, d.h. Menschen mit ihren Schwächen, ihren Krankheiten, ihrer Langsamkeit, vielleicht ihrer mangelnden Teamfähigkeit, d.h. durchaus auch mit ihren nicht-agilen Eigenheiten, leben könnten. Die neoliberalen Arbeitsverhältnisse fordern aber eine Anpassung an Agilität, selbst dann, wenn sich Menschen damit völlig überfordern und krank werden. Hier ist die alte Frage Erich Fromms mehr als gerechtfertigt: »Müssen wir kranke Menschen produzieren, um eine gesunde Wirtschaft zu haben?« (Fromm 1974, S. 12), genauer: eine gesunde kapitalistische Wirtschaft? Die Frage nach einer psychischen und körperlichen Gesundheit verweist zwingend auf die Frage nach einer anderen, solidarischen und dem menschlichen Maß angepassten Wirtschaftsweise und damit einer anderen Beziehungsweise der Menschen untereinander, in der Sorge, Verantwortung und das Wissen um die gegenseitige Abhängigkeit die Leitmerkmale sind.

Wolfgang Hien ist Arbeits- und Gesundheitswissenschaftler, Medizinsoziologe, Biographieforscher, Lehrbeauftragter der Universität Bremen im Studiengang Public Health, er ist Autor des Buchs: *Die Arbeit des Körpers – von der Hochindustrialisierung bis zur neoliberalen Gegenwart*, 2., korrigierte und erweiterte Auflage, Wien 2022.

(Literaturhinweise finden Sie auf der Homepage von *Gesundheit braucht Politik*, <http://gbp.vdaae.de/>)

Die Suche nach dem Gegengift

oder: Welche gesellschaftlichen Erwartungen spiegeln sich in verschiedenen psychotherapeutischen Behandlungsverfahren wieder? von Waltraud Nagell

Der Mythos des Menschen als Monade ist längst entzaubert: Philosophen von Hegel, Buber bis Habermas haben uns gelehrt, dass das personale »Ich« aus der Begegnung mit dem »Du« erwächst. Der Kern unseres (Selbst)Bewusstseins entsteht durch die Spiegelung und das Anerkanntwerden vom Anderen – was bereits die konflikthafte existenzielle widersprüchliche Grundverfasstheit des Menschen widerspiegelt, nämlich den Wunsch nach Autonomie und gleichzeitig den nach Anerkennung. So prägen individuelle Persönlichkeitsmerkmale (das Gewordensein, die psychodynamischen Vorgänge) und intersubjektive psychosoziale Bezüge (gesellschaftspolitische, ökonomische, institutionelle und arbeitsweltliche Strukturen) das Erleben von subjektiver Wirklichkeit. Identitätsbildung wird zur lebenslangen, unabgeschlossenen Aufgabe, die nie dauerhaft befriedet und von intrapsychischen und zwischenmenschlichen Konflikten und Brüchen durchzogen ist. Bohleber¹ begreift sie als psychische Arbeit an den »Schnittstellen«, vor allem der »zwischen gesellschaftlichen Erwartungen an den einzelnen und dessen psychischer Einzigartigkeit«. Sie sei ein »Produkt der ...dynamischen Balance zwischen beiden«, der soziologisch-gesellschaftlichen wie der psychologisch-individuellen Dimension.

■ Gesellschaftliche Vorgaben

Es ist zunächst nach den gesellschaftlichen Vorgaben zu fragen. Die (Arbeits-)Welt im permanent schneller werdenden Wandel birgt Chancen, aber auch Risiken in sich – zwei Seiten derselben Medaille. Die Steigerung der Komplexität von Prozessabläufen, flexiblere Arbeitsformen, permanenter Innovationsdruck, Forderungen nach unbegrenzter Erreichbarkeit

und rastloser Mobilität, die Auflösung kontinuieritäts- und sicherheitsspendender Arbeitsbezüge durch Home Office und virtuelle Begegnungen bieten die Chancen wachsender Handlungsspielräume, zeitlicher Autonomie und Eigenverantwortung, aber auch die Risiken existentieller Verunsicherung, ob man noch mithalten kann. In der Hoffnung auf ein Gegengift gegen Versagensängste wird dann die Anstrengung verstärkt, der Einsatz verdoppelt. Die Verdichtung der Arbeitsabläufe bei gleichzeitiger Entgrenzung (Arbeit und Privates gehen ineinander über) führt zu zunehmender Entsicherung.² Das Unterwerfen unter das »Diktat der Schnelligkeit und Effizienzsteigerung«³ birgt hohe Risiken für die individuelle und gesellschaftliche Homöostase. Gesellschaftlich führt der Kampf ums Gesehenwerden und Dazugehören zu Entsolidarisierung und Rückkehr zu überwunden geglaubten »Freund-Feind-« und »Gewinner-Verlierer«-Schablonen; auf der Ebene des Subjekts zu massiven Anstrengungen, den populär gewordenen Erwartungen an eine ausgewogene Work-Life-Balance gerecht zu werden (auch die Freizeit wird durchgetaktet und effektiv durchorganisiert) oder man rennt gegen die schleichende Angst eines psychischen und physischen Zusammenbruchs an, dem drohenden Burnout. Die strukturellen Bedingungen geraten nun aus dem Blickfeld, das Scheitern wird subjektiviert, der Mensch pathologisiert und zum Kranken.

Kehrseitig kann die Anpassung unter beschleunigte Arbeits- und Lebensabläufe nicht nur dem äußeren Zwang geschuldet sein, sondern dazu genutzt werden, kompensierend dem Gewährwerden innerer Leere und fragiler Selbstwertgefühle kontraphobisch zu entkommen. So wird das Agieren am Limit zum Triumph über Begren-

zung und Vergänglichkeit – mit der Gefahr des Umkippens in den Exzess. Selbstüberschreitung ähnelt häufig – im Sinne einer »*Dialektik von Selbstvervollkommenung und Selbstzerstörung*« – einem Risikoverhalten, bei dem ... die mentalen und emotionalen, temporalen und körperlichen Grenzen in der Suche nach Selbstverbesserung fortlaufend forciert und auf gefährliche Weise verschoben werde.³

Medizin und Psychotherapie können sich als Teil einer Gesellschaft diesem Trend nicht entziehen, aber: Inwieweit bedienen sie die Vorgaben oder setzen andere Lebensentwürfe dagegen? Wo und wie finden sie sich bewusst und unbewusst in den verschiedenen Psychotherapieverfahren wieder? Welchen Einfluss hat dabei das jeweils zugrundeliegende Menschenbild auf die metatheoretische Konzepte, auf die Definition von psychischer Gesundheit und Krankheit, die Bedeutungszuschreibung von Symptomen und diagnostischer Kategorisierung? Und wie schlägt sich dies in den verfahrensspezifischen Behandlungskonzepten nieder?

Schulenübergreifend, wenngleich mit unterschiedlicher Gewichtung, hat sich eine beziehungsorientierte Ausrichtung in den psychotherapeutischen Konzepten und der Behandlungstechnik vollzogen. Besonders in den psychodynamischen Verfahren (psychoanalytische Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie [TP]) spielen menschliche Beziehungen eine übergeordnete Rolle. Das entspricht einer inneren *Haltung*, die statt einer pathologisierenden Reduktion auf den mutmaßlich kranken Menschen wieder das Erleben der *individuellen Gesamtpersönlichkeit* – gleichgültig, ob Patient*in oder Therapeut*in – und ihr Zusammenspiel mit dem Gegenüber in den Blick nimmt.



Schmerzhaft-Ruhende, 1929

■ Das (unterschiedliche) Verstehen der Therapeut*innen-Patient*innen-Beziehung und ihrer Funktion

In psychodynamischen Verfahren stehen neben der Konzentration auf das intrapsychische Geschehen in der Patient*in auch die aufmerksame Beobachtung und Reflexion des Zusammenspiels der Subjektivitäten beider Beteiligten im Fokus der Arbeit. Chancen und Grenzen des Sinnverstehens liegen in der *subjektiven Verfasstheit beider* und das Verstehen der Therapeut*in ist nur eines der vielen möglichen Zugangswege. Verzichtet die Therapeut*in auf Deutungshoheit und scheinbares Wissen darüber, was mit der Patient*in los sein soll, dann setzt er/sie sich und die Patient*in den Ängsten aus, die man in sich verspürt, wenn vorübergehend Orientierungslosigkeit, Ohnmacht und Nicht-Verstehen zugelassen werden können. Diese Haltung anerkennt, dass psychische Wahrheit prinzipiell subjektiv, vorläufig, unvollständig, beunruhigend ist und vor allem nur gemeinsam kontextuell

konstruiert werden kann – nicht alleine von der Therapeut*in, aber auch nicht alleine von Patient*innen. Im intersubjektiven Verständnis liegt der Schwerpunkt therapeutischer Arbeit in der teilnehmenden Beobachtung und Reflexion der Art und Weise, wie gesprochen wird. In der Übertragung reaktualisieren sich nämlich zwangsläufig die alten, verinnerlichten, oft erstarrten dysfunktionalen Beziehungsentwürfe aller und werden im Sinne einer »interaktiven Ansteckung« im Miteinander erfahrbar. Die Therapeut*in kann dabei keine außenstehende Wissensposition einnehmen. Wenn es gelingt, die miteinander erlebten konflikthaften Szenen, die fixierten und ich-einschränkenden Verhaltensmuster wieder mit den zugrundeliegenden Konflikten und den eigenen inneren Gefühlen in Verbindung zu bringen, entstehen Sinnzusammenhänge und ein Zugewinn an kohärentem Selbsterleben.

Dem verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzept liegt ein anderes Verständnis zugrunde. Zwar gewinnt auch hier die therapeutische

Beziehung zunehmend an Bedeutung – zumal in der Psychotherapie gezeigt werden konnte, dass der Outcome vor allem vom emotionalen Erleben in der *therapeutischen Beziehung* und erst in zweiter Linie von Theorie, Technik, Wissensvermittlung und kognitivem Verstehen bestimmt wird. Dennoch wird das Verhältnis zueinander mehr durch eine standardisierte Rollenzuschreibung einer wissenden Therapeut*in und einer unwissenden Patient*in bestimmt; der eine glaubt zu wissen und der andere hofft darauf, von einem Fachmann, einer Fachfrau objektive Wahrheiten über sich zu erfahren und durch Hilfe von außen von inneren Nöten befreit zu werden. Die Therapeut*in ist zudem nicht so sehr mit ihren persönlichen, subjektiven Kompetenzen und Schwächen involviert, sondern orientiert sich an den Vorgaben eines störungsspezifischen Therapiemanuals (Ratschläge, was zu tun ist), das die Individualität der Patient*in und die Patienten- und Therapeutenvariablen weitgehend nicht berücksichtigen muss (Sulz).⁴

Vergleicht man beide Konzeptionen der therapeutischen Arbeitsbeziehung, so sind auch hier ambivalente, gegensätzliche Wünsche zu erkennen: einerseits die Sehnsucht nach einem, der weiß wie es geht und etwas »macht« – andererseits gleichzeitig der komplementäre Kampf gegen Fremddefinition. Wie auf der gesamtgesellschaftlichen Bühne begegnet man auch in Therapien dem Drang zu Idealisierung (incl. Identifizierung und Teilhabe am Ruhm) und in der Nachfolge dem Kippmoment in die Entwertung, weil die Therapeut*in Nöte und Bedürfnisse zwar anerkennen, aber sie weder »wegmachen« noch erfüllen kann. Der intrapsychische Konflikt in der Person wird dann bisweilen auf die interpsychische Bühne zwischen den Personen aufgespalten, wo einer Hilfestellungen und Ratschläge anbietet, die der Andere dann ablehnen kann. Die Suche nach dem Gegengift: Um der mit Idealisierung verbundenen Angst vor verschmelzender Identifikation zu entgehen, wird das Gegenteil davon gemacht – die Orientierung am Anderen aber bleibt unverändert, das Gegengift nicht wirklich heilsam.

■ Zur Bedeutung von Symptom, Abwehr, psychischer Störung und diagnostischen Kategorien – verfahrensspezifische Perspektiven

Die kognitivistisch-verhaltenstherapeutischen und psychodynamischen Verfahren unterscheiden sich auch grundlegend in ihrem Verständnis bezüglich der Bedeutung von Symptomen, psychischen Störungen, der Frage nach Kategorisierung in Diagnosen. Dies hat weitreichende Konsequenzen auf die Behandlungstechnik. **Psychodynamisches Denken** geht von der ubiquitären Existenz sozialer Grundkonflikte aus, die sich um die Koexistenz paradoxer, widersprüchlicher Bedürfnisse drehen; die Ambivalenz kann zu unaushaltbaren, zumeist unbewussten, namenlosen Spannungszuständen führen, dass das psychisch Nicht-Verstandene und Nicht-Integrierbare zur Symptombildung führt. Zu den menschlichen psychischen Grundbedingungen gehören der Wunsch nach befreiender Veränderung und gleichzeitig der Angst davor. Deshalb kann Veränderung nicht gegen die Abwehr des Einzelnen (Gegengift), sondern nur in Zusammenarbeit mit den Befreiungswünschen geschehen.⁵ Symptome werden als Sprache, als Ausdruck ungelöster unbewusster Konflikte verstanden – sie haben also Funktion und Sinnhaftigkeit. Mentzos⁶ spricht von der »Funktion der Dysfunktion« und verweist damit nicht nur auf die defizitären, sondern auch die resilienten Aspekte von psychischen Störungen. Sie sind nicht statisch und festschreibend, sondern funktional und dynamisch zu verstehen. So können Krankheitssymptome des Einzelnen Hinweis und Ausdruck kranker oder krankmachender sozialer Systeme sein und damit resilienter Natur. Man denke z.B. nur an psychisch auffällig gewordene Kinder in gestörten Familiensystemen (die Rolle des Symptomträgers im System). Therapeutisches Arbeiten sucht deshalb nicht primär nach den Auslösern, sondern den zugrundeliegenden Gründen und Konflikten und der mehr oder weniger gelingenden Art und Weise, wie diese Konflikte verarbeitet oder abgewehrt werden. Nach Mentzos ist nicht

primär der Konflikt, sondern die spezifische Art der Abwehr entscheidend für die Entstehung von psychischem Leiden. Persistierende dysfunktionale Erlebens- und Verhaltensmuster werden als bestmögliche, aber misslingende Pseudolösung vorbestehender Grundkonflikte verstanden.⁶ Der gewählte Verarbeitungsmodus erwies sich nicht als Teil der Lösung, sondern als Teil des Problems. Psychodynamisches Arbeiten fokussiert deshalb nicht primär auf die rasche Beseitigung von Symptomen, auch nicht auf das Wissen über, sondern *der Suche nach* der individuellen Bedeutung und der Art der Konfliktverarbeitung. Diese weist bei unterschiedlichen psychischen Krankheiten starke Ähnlichkeiten auf. Grundkonflikte sind allgemein menschlich und häufig vergleichbar – sie können depressiv, zwanghaft, phobisch, süchtig, psychosomatisch usw. verarbeitet werden, in Abhängigkeit von den stets individuell-strukturellen Möglichkeiten der einzigartigen Persönlichkeit. Insofern spielt behandlungstechnisch die kategoriale diagnostische Zuordnung eine untergeordnete Rolle.

Verhaltenstherapeutische Ansätze versuchen, sich im kognitiven Verstehen und der behandlungstechnischen Umsetzung idealerweise an ein wissenschaftlich evaluiertes störungsspezifisches Therapiemanual zu halten, vergleichbar der »Evidence Based Medicine«⁴. Man geht von Common Factors⁴ bei den einzelnen Krankheitsbildern aus, die Allgemeingültigkeit in der jeweiligen Diagnosekategorie haben. Das Übergeordnete hat Vorrang vor der Bedeutung des Subjektiven, sowohl bei der Patient*in wie der Therapeut*in. Symptome werden auf ihren Auslöser hin erforscht und nach Wegen und Praktiken gesucht, wie sie best- und schnellstmöglich reduziert bzw. beseitigt werden können. Anders als bei der nach außen hin scheinbar passiven, tatsächlich im Inneren aber hochaktiven Präsenz der psychodynamischen Therapeuten werden Verhaltenstherapeuten im Handeln aktiv; sie geben Ratschläge und konkrete Hinweise zu möglichen Verhaltenskorrekturen und Anpassungsmodalitäten. Dies bringt für Patienten häufig eine schnellere Symptombesserung und

spürbare Entlastung mit sich, die sie handlungs-, funktions- und evtl. rascher arbeitsfähig machen und ein labilisiertes Selbstwerterleben wieder stärken. Kritisch anzumerken wäre, dass zugrundeliegende gesellschaftliche Normen wie Kostendruck, Selbstoptimierung und Effizienzsteigerung bedient, zumindest vom Methodenansatz her kaum infrage gestellt und in ihrer längerfristigen Wirkung auf das individuelle Schicksal der Patient*in hin reflektiert werden.

Waltraud Nagell ist Fachärztin für Innere Medizin, Psychotherapie, Psychoanalyse und Gruppenanalyse und arbeitet in freier Praxis in Frankfurt/Main. – Es wird versichert, dass keinerlei Interessenskonflikte bestehen.

- 1 Werner Bohleber: Identität und Selbst. Die Bedeutung der neueren Entwicklungsforschung für die psychoanalytische Theorie des Selbst, in: *Psyche – Z Psychoanal* 1992, (46), S. 336 – 365
- 2 Brigitte Hausinger: Riskante Arbeitswelten-Die Expertise der Supervision, in: Rolf Haubl, Brigitte Hausinger, G. Günter Voß (Hrsg.): *Riskante Arbeitswelten. Zu den Auswirkungen moderner Beschäftigungsverhältnisse auf die psychische Gesundheit und die Arbeitsqualität*, Frankfurt 2013
- 3 Vera King: Zeitgewinn und Selbstverlust in verdichteten Arbeits- und Lebenswelten. Oder: Wie übersetzen sich Veränderungen gesellschaftlicher Praxis in psychosoziale Belastungen?, in: Rolf Haubl, Brigitte Hausinger, G. Günter Voß (Hrsg.): *Riskante Arbeitswelten. Zu den Auswirkungen moderner Beschäftigungsverhältnisse auf die psychische Gesundheit und die Arbeitsqualität*, Frankfurt 2013
- 4 Serge Sulz: Supervision in der Ausbildung zum Kognitiven Verhaltenstherapeuten, in: Wolfgang Mertens, Andreas Hamburger (Hrsg.): *Supervision – Konzepte und Anwendungen*, Band 2, Stuttgart 2017
- 5 Thea Bauriedl: Szenische Veränderungsprozesse in der Supervision, in: Bernd Oberhoff, Ulrich Beumer (Hrsg.): *Theorie und Praxis psychoanalytischer Supervision*, Gießen 2001
- 6 Stavros Mentzos: *Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen*, Göttingen 2009

Zwischen Kontrolle, Kompensation und Emanzipation

Kritische Betrachtung der Verhaltenstherapien von Leonie Knebel

Leonie Knebel diskutiert hier verschiedene Aspekte und die erkenntnistheoretischen und historischen Hintergründe der Verhaltenstherapie und ihrer Kritik. Sie kommt zu dem Schluss, dass auch Verhaltenstherapien unter bestimmten Rahmenbedingungen eine emanzipatorische Funktion haben können.

Die Verhaltenstherapie (VT) gilt als ein Kontrollinstrument, um Menschen an gegebene Bedingungen anzupassen oder sie für fremdgesetzte Zwecke zu manipulieren. Skinner, ein zentraler Vertreter der behavioralen Lerntheorie, hält Freiheit und die damit verbundenen Vorstellungen von Verantwortung und Schuld für gefährliche Illusionen, die uns davon abhalten würden, das Zusammenleben effektiv zu organisieren und Menschen zu ihrem Wohl systematisch zu manipulieren¹.

Bruder² kritisiert die VT als Instrument der Verhaltenskontrolle in Schule und Psychiatrie. Mit der kognitiven Wende und Albert Banduras Modelllernen würden zwar subjektive Prozesse wieder beachtet, allerdings nur um das Lernen effektiver zu gestalten. Die Kontrolle von außen werde durch Selbstkontrolle erweitert oder ersetzt, mit dem Vorteil für die VT, sich der Kritik als inhumane Theorie der Manipulation entziehen zu können.

Die kognitive und achtsamkeitsbasierte Wende kann aber auch als Rückkehr zum alten Idealismus der Bewusstseinspsychologie verstanden werden. Dafür steht das Gelassenheitsgebet: »Gott, gib mir die Gelassenheit, Dinge hinzunehmen, die ich nicht ändern kann, den Mut, Dinge zu ändern, die ich ändern kann, und die Weisheit, das eine vom anderen zu unterscheiden.« Ansätze innerhalb der kognitiven VT haben diesen Weg zu Weisheit und Ausgeglichenheit unter Berufung auf die Stoiker aufgegriffen.

»Einige Dinge stehen in unserer Macht, während andere das nicht tun. Uns obliegt unsere Urteilsfähigkeit, unser Antrieb,

unsere Begehren, und unsere Aversionen – kurz, alles was von unserem Handeln abhängt. Wohingegen unser Körper, unser Besitz, unser Ansehen und unsere offizielle Machtstellung nicht uns obliegen – also alles, was nicht von unserem Handeln abhängt. ... Wenn du Dinge, die von Natur aus abhängig sind, für frei hältst und glaubst, dass Dinge, die nicht dir gehören, dein sind, wirst du enttäuscht, traurig und gequält sein, und wirst an Göttern und Menschen Fehler finden.«³

Psychische Prozesse gelten als kontrollierbar, der Körper und die Außenwelt hingegen nicht. Der Stoizismus kann wie die Kognitive Therapie (KT) als idealistische Handlungstheorie charakterisiert werden, die uns mit unserem Schicksal und den gesellschaftlichen Verhältnissen aussöhnen soll, indem wir innere Freiheit einüben und das Streben nach äußerer Freiheit als nicht in unserer Macht stehend aufgeben.

Trotzdem schreibt Daiminger zur Attraktivität der VT: »Sie stand für Praxisnähe, Fortschrittlichkeit und Innovation. Zudem schien sie für emanzipatorische Ziele, die mit der Politisierung durch die Studentenbewegung bedeutsam wurden, geeignet.«⁴ So hat sich unter dem Einfluss der gesamtgesellschaftlichen Politisierung in den 1960er und 1970er Jahren in der BRD neben der technizistisch-naturwissenschaftlichen Hauptlinie auch eine humanistisch-sozialwissenschaftliche Tradition der VT entwickelt, die individuelle und gesellschaftliche Emanzipationsprozesse auf verschiedenen Ebenen förderte.

■ Zum ideologischen Hintergrund verhaltenstherapeutischer Interventionen

Die Stoa und das Christentum hätten durch ihre Lehren von der inneren Freiheit, die allen Menschen zukomme, eine Anerkennung auch der Sklaven, der Geknechteten und der Abhängigkeiten aller Art ermöglicht, so der Geschichtswissenschaftler Koselleck. Die Rechtmäßigkeit von Herrschaft sei aber bis ins 18. Jahrhundert nicht grundsätzlich bestritten worden. Koselleck sieht das Neue der Aufklärung darin, dass sie keinen Ausweg mehr zulasse, weder ins isolierte Innere noch in ein Jenseits, die bis dahin für Knechtschaft oder erlittene Schmach kompensatorisch gewirkt haben mochten. »Aus einem früher nur moralphilosophisch lesbaren Satz der Selbstbeherrschung wird ein politisches Postulat, daß nämlich innere Freiheit nur Bestand haben könne, wenn sie auch äußerlich sich verwirkliche.«⁵ Will die VT nicht wie eine Ersatzreligion eine kompensatorische Rolle einnehmen, darf sie demnach die Förderung von innerer Freiheit nicht von der äußeren Lebensrealität trennen.

In der Geschichte der VT sind verschiedene Antworten auf die Frage gegeben worden, was wir akzeptieren und was wir verändern sollten. In der behavioristischen VT werden über äußere Bedingungen innere Zustände verändert. In sozial-behavioristischen Ansätzen werden über Rollenspiele soziale Kompetenzen vermittelt, die dazu genutzt werden können, eigene Lebens- und Arbeitsbedingungen zu verändern. Die KT leitet dazu an, mittels Umwertungen und Umdenken Gefühle und Verhalten zu verändern.

Kurzmeldung

Überlastung in der Potsdamer Kinder- und Jugendpsychiatrie

Wie Carina Borzím bereits in Heft 2 GbP diesen Jahres beschrieben hat, leidet die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in Deutschland bereits seit Jahren unter chronischen Missständen, die durch die Corona-Pandemie und die steigende Zahl der psychischen Erkrankungen in diesen Altersgruppen nur noch verschärft wurden¹.

Beispielhaft für viele berichten wir hier eine Meldung aus Potsdam. Die *Potsdamer Neuesten Nachrichten* berichten von besonders ernsten Versorgungsengpässen in der Potsdamer Kinder und Jugendpsychiatrie der Bergmann Klinik²: Die Akutstation mit 10 Betten sei ständig überbelegt, junge schwer belastete Patient*innen müssten auf dem Flur schlafen. Viele hätten bereits Monate lang vergeblich auf eine elektive Aufnahme gewartet, bis sie nun in der akuten Krise aufgenommen werden mussten. Während die Wartezeit auf eine elektive Aufnahme 2018 noch zwischen 3 und 5 Monaten betragen habe, seien es aktuell zwischen 1 und 1,5 Jahren. Rund 320 Kinder und Jugendliche mit dringendem Behandlungsbedarf stünden auf der Warteliste. Ein Antrag auf Erweiterung der bislang 35 Betten um weitere 20 Betten liege der Krankenhausplanungsbehörde vor, befände sich aber noch in der Prüfung.

[1] Carina Borzím: Die Pandemie als Brennglas auf chronische Missstände in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, <https://gbp.vdaee.de/index.php/196-2022/2022-1/1373-gbp-1-2022-borzim> (zugriffen 2. September 2022)

[2] S. Schicketanz: »Notruf aus der Potsdamer Psychiatrie«, *Potsdamer Neueste Nachrichten*, <https://www.pnn.de/potsdam/wenn-die-seele-in-gefahr-ist-notruf-aus-der-potsdamer-psychiatrie/28588340.html> (zugriffen 2. September 2022)

Die Akzeptanz- und Commitment-Therapie verlangt, Gedanken und Gefühle als nicht-kontrollierbar, aber auch als nicht unbedingt relevant oder handlungssteuernd zu begreifen. Ein metaphysisches Ich soll engagiert nach selbstgewählten Werten handeln. Im Achtsamkeitsansatz soll durch meditative Übungen ein akzeptierendes Sein das verändernde Tun ablösen.⁶

Die gegensätzlichen Auffassungen werden verständlich, wenn man berücksichtigt, dass die verschiedenen verhaltenstherapeutischen Ansätze über keine gemeinsame (erkenntnis-)theoretische Grundlage verfügen. Fishman und Franks⁷ unterscheiden in der Geschichte der VT zwischen dem *Logischen Positivismus* und dem *Sozialen Konstruktivismus*.

Eine philosophische Alternative dazu wäre der *dialektische Materialismus*. Die Kritik am damaligen Materialismus und Idealismus lässt sich auch auf den Behaviorismus und den Kognitivismus der VT anwenden. »Der Hauptmangel alles bisherigen Materialismus« sei, so Marx, dass die Wirklichkeit nicht »als sinnlich menschliche Tätigkeit, Praxis; nicht subjektiv«⁸ gefasst werde. Daher sei die tätige Seite abstrakt im Gegensatz zu dem Materialismus von dem Idealismus entwickelt worden. Der Behaviorismus mit seinem Umweltdeterminismus vernachlässigt die subjektive, menschliche Tätigkeit. Kognitive Ansätze abstrahieren hingegen von der konkreten Lebenspraxis, wenn sie idealistisch subjektive Vorstellungen in den Mittelpunkt rücken.

Gegen pädagogische Ansätze wendet Marx ein:

»Die materialistische Lehre von der Veränderung der Umstände und der Erziehung vergißt, daß die Umstände von den Menschen verändert und der Erzieher selbst erzogen werden muß. Sie muß daher die Gesellschaft in zwei Teile – von denen der eine über ihr erhaben ist – sondieren. Das Zusammenfallen des Änderns der Umstände und der menschlichen Tätigkeit oder Selbstveränderung kann nur als *revolutionäre Praxis* gefaßt und rationell verstanden werden.«⁹

Diese Kritik trifft insbesondere auf die behavioristische VT zu. Sie nimmt den

blinden Fleck von Skinners »Utopie« der grenzenlosen Manipulierbarkeit von (un-) erwünschtem Verhalten vorweg, in der er die Macht zwischen Erzieher*in und zu Erziehendem ausblendet. Das Verändern der Umstände und die Selbstveränderung sind in gemeindepsychologischen Interventionen des Empowerments idealtypisch umgesetzt, obwohl es sich dabei meistens um reformerische Praxis auf lokaler Ebene handelt.

Die These, dass das »menschliche Wesen ... kein dem einzelnen Individuum inwohnendes Abstraktum« sei, sondern in seiner Wirklichkeit »das ensemble der gesellschaftlichen Verhältnisse«¹⁰, wird häufig soziologisch fehlgedeutet und der einzelne Mensch zum Ensemble der Verhältnisse erklärt bzw. durch die Umwelt determiniert verstanden. Dabei geht es Marx und im Anschluss daran auch der Kritischen Psychologie¹¹, um eine Kritik von Essenzialismen, die die menschliche Natur als so oder so (gut oder böse) definieren, und dabei von der gesellschaftlichen Verhältnissen abstrahieren.

■ Zur (Un-)Spezifik der Verhaltenstherapie

Kann bei der Vielfalt der theoretischen Hintergründe und Interventionen überhaupt noch von *der* VT gesprochen werden? Margraf und Schneider weisen in ihrem Lehrbuch der VT darauf hin, dass der Begriff eigentlich überholt sei, weil die Grundlagen und Verfahren schon lange über den Behaviorismus hinausgehen. Genauer, umfassender und zukunftsweisender sei der Begriff *psychologische Therapie*.

Eine Besonderheit der VT oder dessen, was aus ihr geworden ist, liegt in ihrer Wandlungsfähigkeit. Der Gemeindepsychologe Bergold hebt die akademische Verwurzelung der VT, welche die Erneuerung und Überprüfung des eigenen Handelns fördere, positiv hervor. So sei die VT kein so festgefügtes Lehrgebäude wie andere Therapieformen. »Entscheidend ist, dass die innovative Kraft und die verantwortungsvolle Kontrolle des eigenen therapeutischen Handelns beibehalten wird, welche die VT ausgezeichnet haben.«¹²

Unter den Bedingungen der Neoliberalisierung der Hochschulen, wodurch die Marktlogik in der Wissensproduktion und Wissensvermittlung stärker verankert



Blick in den Anstaltsgarten, 1929

werden sollte, mit ihren Steuerungsmechanismen zur Steigerung des quantitativen Outputs statt origineller Qualität und der schnellen und maximalen Verwertung von Erkenntnissen und Anwendungen ist allerdings fraglich, ob die akademische Psychologie noch ein Ort ist, der Innovation und Verantwortlichkeit des Handelns fördern kann.

Die Grundprinzipien der VT sind nach Margraf¹³ Transparenz, Problem-, Handlungs- und Zielorientierung, die nicht auf das therapeutische Setting begrenzt sind und gleichzeitig Hilfe zur Selbsthilfe sein sollen. Bergold zufolge würden Machtverhältnisse in der VT zwar nicht ausreichend be-

rücksichtigt, sie hätte im Gegensatz zu vielen anderen Therapieformen den Blick auf diese Aspekte aber auch nicht verstellt. Die VT habe eine optimistische Grundhaltung, ihr Veränderungsanspruch sei aber begrenzt, da sie keine Persönlichkeitsentwicklungen anstrebe, sondern nur dabei helfe, bestimmte Krisensituationen zu bewältigen. Die VT habe die Gemeindepsychologie in Deutschland gefördert, weil sie praktische Handlungsmöglichkeiten angeboten habe, um psychische Störungen und soziale Bedingungen miteinander in Beziehung zu setzen und gezielt zu verändern. Die wichtigste lerntheoretische Annahme sieht Bergold darin, dass menschliches Verhal-

ten sich kontinuierlich verändere, sich an die Umwelt anpasse bzw. diese nach den eigenen Bedürfnissen modifiziere, sodass nicht die Veränderung, sondern die Beständigkeit von Verhaltensmustern erklärungsbedürftig sei.

Wenn Lernen Selbstveränderung und Weltveränderung meint und Überwindung von Entwicklungsstörungen, Selbstreflexion und einer Auseinandersetzung mit Aspekten der eigenen Geschichte bedarf, könnte die Kritische Psychologie, wie sie von Klaus Holzkamp und Kolleg*innen entwickelt wurde, eine geeignete theoretische Grundlage für eine solche VT sein.

Die wichtigsten Impulse zur Weiterentwicklung der VT kamen von Personen außerhalb der VT und aus der Praxis. Das könnte damit zusammenhängen, dass unter empirischer Psychologie quantitative Forschung verstanden wird, mit der Hypothesen getestet, aber keine neuen Theorien entwickelt werden können. »Verhaltenstherapie als angewandte Wissenschaft wird maßgeblich vom methodologischen Behaviorismus ... geprägt.«¹⁴ Bergold vertritt ein anderes methodologisches Verständnis. Er schätzt zwar die Experimentierfreudigkeit bei gleichzeitiger wissenschaftlicher Überprüfung. Im Sinne einer partizipativen und qualitativen Handlungsforschung hält er jedoch die Unterstützung der Klient*innen bei der Erkundung von sich und der Lebenswelt als grundlegend für Veränderungen, wobei die Gestaltung der Situation und des Lebenskontextes auch politische Veränderungen über das therapeutische Setting hinaus nahegelegt habe. Da die Praxis lehre, dass ein sehr genaues Hinsehen im Einzelfall und Flexibilität im Vorgehen nötig sei, hält Bergold statistische Angaben für selten weiterführend und Standardmethoden für kontraproduktiv.

Von den Gründungspersönlichkeiten Wolpe, Eysenck und Skinner war nur Wolpe therapeutisch tätig. Die Übertragung der klassischen Konditionierung auf Phobien und die operante Konditionierung auf die Behandlung von hospitalisierten schizophrenen Patient*innen konnten sich nicht als effektive Behandlungen durchsetzen. Lazarus führte in der 1970ern eine pragmatische multimodale VT

Leserbrief

zu dem Artikel von Pirous Fateh-Moghadam und der Reaktion von Felix Ahls (Gesundheit braucht Politik 2/2022)

Der Krieg Putins gegen die Ukraine spaltet erkennbar die Intellektuellen in diesem Land, gerade auch die Friedensbewegten. Ich möchte der Versuchung widerstehen, auf den Artikel von Pirous Fateh-Moghadam detailliert einzugehen: Er macht mich nur fassungslos, weil da hochabstrakte Ausführungen zu Prävention neben einem einerseits / andererseits in der Frage der militärischen Unterstützung der Ukraine stehen. Felix Ahls hat auf zahlreiche der Inkonsistenzen dieses Artikels hingewiesen. Ich frage alle, die Waffenlieferungen an die Ukraine für problematisch oder obsolet halten: Was wollt Ihr den Menschen in der Ukraine denn zumuten? Dass Putins Kriegswalze bis Kiew vordringt und dort eine Marionettenregierung einsetzt? Dass alle Städte zu Ruinen zerbombt werden? Ich möchte nicht, dass das Gesellschaftsmodell des heutigen Russland sich mit diesem imperialistischen Krieg ausdehnen kann, ein Russland, in dem alle vorsichtigen Ansätze einer Demokratisierung zertrampelt worden sind. Ganz entschieden nicht. Und wer glaubt im Ernst, dass Putin und sein unsäglicher Lawrow ohne konsequente militärische Gegenwehr der Ukraine einen akzeptablen Friedensvertrag verhandeln würden?

Norbert Schmacke, Bremen
9. Juli 2022

ein, die alle Methoden, die sich empirisch bewährt hatten, aufnahm. Banduras Modellernen und Meichenbaums Selbstinstruktionstraining, die noch dem experimentellen behavioristischen Paradigma verpflichtet waren, läuteten die »kognitive Wende« ein, konnten sich gegenüber den praxisnäheren kognitiven Ansätzen von Beck und Ellis ebenfalls nicht behaupten. Bergold äußert sich skeptisch gegenüber der Rückkehr zur einseitigen Redekur, hätten doch gerade die frühen lerntheoretischen Ansätze den Veränderungsfokus auf aktuelle Lebensbedingungen als auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen in den Mittelpunkt gerückt. Die Hinwendung zu kognitiven Therapiemethoden beruhe seiner Ansicht nach außer auf fachlichen Überlegungen auch noch auf zwei gesellschaftlichen Bedingungen:

»Sie steht einerseits in einem Zusammenhang mit der Entwicklung der Technologie und der Rationalisierung im Produktionsbereich. Hochentwickelte Technologie verlangt eine ins Individuum verlagerte Kontrolle des Tuns über lange Zeiträume. Impulsive, emotionale Reaktionen müssen verhindert werden. Andererseits seien die Therapeuten aufgrund der ökonomischen Situation (... Privatpraxen usw.) gezwungen, die Therapie wieder im traditionellen Setting des Behandlungsraumes stattfinden zu lassen ... Die grundsätzliche Möglichkeit, den Einzelnen als Teil einer Welt zu sehen, ist nicht ausreichend entwickelt worden.«¹⁵

Die Verhaltenstherapie kann folglich eine emanzipatorische Funktion für Individuen, Familien und andere Gruppen haben, insbesondere wenn sie individuelle Fallkonzeptionen für sozial vermittelte Lebensprobleme gegenüber standardisierten Symptombehandlungen präferiert, neue Praxisansätze nicht nur auf ihre Wirksamkeit, sondern auch auf ihre gesellschaftliche Funktion befragt und sowohl Machtreduktion in der therapeutischen Beziehung als auch Empowerment außerhalb des Therapieraums fördert. Dafür braucht eine emanzipatorisch-intendierte VT eine kritische Handlungstheorie und gesellschaftliche Rahmenbedingungen wie öffentliche, multiprofessionelle Versorgungszentren.

Leonie Knebel ist als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Psychotherapeutin tätig, ihre Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich partizipative und qualitative Praxisforschung, Psychotherapie und Depression im gesellschaftlichen Kontext, psychische Gesundheit und Arbeit.

- 1 Skinner, Burrhus, F.: Jenseits von Freiheit und Würde, Reinbek bei Hamburg 1973
- 2 Bruder, K.-J. (1986): Lerntheorien. In G. Rexilius & S. Grubitzsch (Hrsg.), Psychologie. Theorien – Methoden – Arbeitsfelder. Ein Grundkurs, Reinbek bei Hamburg 1986, S. 497–515
- 3 Epiktet: Encheiridion, S. 59ff., in: A. A. Long (Hrsg.): *Über die Kunst der inneren Freiheit. Alte Weisheiten für ein Leben nach der Stoa*, München 2019, S. 59–147
- 4 WWW – Eine Erfolgsgeschichte mit Differenzen. Ein Beitrag zur Geschichte der Professionalisierung der Verhaltenstherapie und der DGVt in der BRD, Zugriff am 11.09.2022, Verfügbar unter: <https://refubium.fu-berlin.de/handle/fub188/9955>
- 5 Koselleck, R.: Grenzverschiebungen der Emanzipation. Eine begriffsgeschichtliche Skizze, in: R. Koselleck (Hrsg.): *Begriffsgeschichten. Studien zur Semantik und Pragmatik der politischen und sozialen Sprache*, Frankfurt am Main 2006, S. 182–202
- 6 Zur kritischen Auseinandersetzung mit diesen Ansätzen innerhalb der VT, siehe Knebel, L.: *Psychotherapie, Depression und Emanzipation. Eine subjektwissenschaftliche Studie zur verhaltenstherapeutischen Praxis*, Wiesbaden 2021, Kap. 6
- 7 Fishman, D. B. & Franks, C. M. (2003): Evolution and differentiation within behavior therapy: A theoretical and epistemological review, in: D. K. Freedheim (Hrsg.): *History of psychotherapy. A century of change*, (5. Aufl.), American Psychological Association, Washington DC 2003
- 8 Marx, K. (1845): Thesen über Feuerbach, S. 5, in: Marx Engels Werke, Bd. 3, Berlin 1973, S. 5–7
- 9 Ebd., S. 5 f.
- 10 Ebd., S. 6
- 11 U.a. Osterkamp, U.: Hat der Marxismus die Natur der Menschen verkannt oder: Sind die Menschen für den Sozialismus nicht geschaffen?, *Forum Kritische Psychologie*, 13 / 199, S. 68–85
- 12 Bergold, J.: Überdauernde Aspekte der Verhaltenstherapie aus der Perspektive eines Gemeindepsychologen, S. 29, in: H. Lieb & R. Lutz (Hrsg.): *Verhaltenstherapie. Ihre Entwicklung – ihr Menschenbild*, Göttingen 1992, S. 23–31
- 13 Margraf, J.: Hintergründe und Entwicklungen, in: J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1, Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie*, 4. Aufl., Wiesbaden 2018, S. 3–36
- 14 Ebd., S. 50.
- 15 Bergold, J., a.a.O., S. 26

»Die wahren Verrückten sind draußen«

Luna Carpinelli und Karin Mlodoch über Franco Basaglia und das italienische Gesetz zur Auflösung der Irrenanstalten 1978

Am 25. März 1973 bewegte sich ein denkwürdiger Zug durch Triest in Norditalien: 400 Insass*innen der psychiatrischen Klinik San Giovanni – gemeinhin das Irrenhaus genannt – verließen zusammen mit dem ärztlichen- und Pflegepersonal die Klinikmauern und marschierten mit Slogans wie »die wahren Verrückten sind draußen« und »Freiheit heilt« zum San Vito Festival. In ihrer Mitte befand sich ein 4 m hohes blaues Pappmaché-Pferd auf Rädern, erstellt von Insass*innen und Künstler*innen. Das Pferd trug den Namen Marco Cavallo und erinnerte an das kurz zuvor verstorbene Lastenpferd der Anstalt, das jahrelang die schmutzige Wäsche aus der Anstalt in die Reinigung und retour transportiert hatte. Viele Insass*innen hatten eine innige Beziehung zu dem Pferd entwickelt und pflegten zu sagen, Marco Cavallo sei der einzige Insasse, der regelmäßig die Anstalt verlassen und die Freiheit sehen könne. Um das überlebensgroße Pferd an diesem Tag aus der Klinik zu bringen, musste eigens eine Öffnung in die Anstaltsmauer gebrochen werden – nun symbolisierte Marco Cavallo den »Weg der Irren in die Öffentlichkeit«.

1971 hatte der Psychiater Franco Basaglia die Leitung der Klinik mit 1.200 Insass*innen übernommen. Schon in seiner Position als Leiter der psychiatrischen Klinik von Gorizia (1961 bis 1969) hatte er – zusammen mit seinen Kollegen Agostino Pirella und Giovanni Jervis – Ärztekittel und Zwangsmaßnahmen abgeschafft, Türen zwischen Abteilungen geöffnet und das Prinzip der therapeutischen Gemeinschaft eingeführt. In San Giovanni war nun sein Ziel: die Anstalt abschaffen, die Verrückten befreien!

Franco Basaglia, Franca Ongaro Basaglia und ihre Mitstreiter*innen in Triest waren mit ihrem Engagement nicht allein: Schon seit Ende

»Der Wahnsinn ist ein Zustand des menschlichen Geistes – die Vernunft ein anderer. Um sich zivilisiert nennen zu können, müsste also eine Gesellschaft den Wahnsinn genauso akzeptieren wie die Vernunft. Stattdessen wird eine Wissenschaft beauftragt, den Wahnsinn als Krankheit zu definieren, mit dem Ziel, ihn zu beseitigen. Daraus schöpft das Irrenhaus seine Daseinsberechtigung«.

(Franco Basaglia)

der 1950er Jahre hatte sich in mehreren westeuropäischen Ländern und Nordamerika massive Kritik an den menschenunwürdigen Zuständen in psychiatrischen Anstalten entwickelt, an deren Selektions- und Disziplinierungsfunktion, der totalen Entrechtung der Insass*innen und der Anwendung von Zwangsmaßnahmen wie Elektroschocks, Fixierungen etc.

Eingebettet in die anti-autoritären sozialen Bewegungen der 1960er und 1970er Jahre und die Kritik an der Herrschaftsfunktion der normativen Wissenschaft, verband sich nun ärztlich-psychiatrische mit gesellschaftspolitischer und wissenschaftskritischer Argumentation. Über die Forderung nach Schließung der Anstalten hinaus wurde die Existenz und Herleitung psychischer Störung und Geisteskrankheit in Frage gestellt.

Meilensteine in der Debatte waren das 1961 erschienene Werk »Der Mythos der Geisteskrankheit« des ungarisch-amerikanischen Psychiaters Thomas Szasz, in dem er die Willkür der Definition von Normalität und Verrücktheit und die Erzwingung von Konformität durch psychiatrischen Zwang anprangert; sowie das im selben Jahr erschienene Buch »Asyle« des britisch-kanadisch-amerikanischen Soziologen Erving Goffmann – eine ra-

dikale Kritik der entmenslichenden und krankmachenden Wirkung der totalen Institution Psychiatrie. Mit seinen Werken »Wahnsinn und Gesellschaft« (1961) und »Überwachen und Strafen« (1975) und der historischen Kontextualisierung der Vorstellungen von Vernunft und Wahnsinn bettete der französische Philosoph, Psychologe, Soziologe und Historiker Michel Foucault die Psychiatriekritischen Diskurse in eine Gegenerzählung zum Fortschrittsoptimismus und der Normativität von Wissenschaft.

In Großbritannien gründeten der britische Psychiater R.D. Laing (»Das geteilte Selbst«, 1960) und sein südafrikanischer Kollege David Cooper 1967 die *Philadelphia Association*, die Psychiatriepatient*innen in betreuten Haushalten und Wohngemeinschaften unterbrachte.

■ Anti-Psychiatrie und demokratische Psychiatrie

Was heute zusammenfassend als Antipsychiatrie bezeichnet wird, war eine breite und diverse Debatte mit einigenden Forderungen wie der nach Abschaffung der Anstaltspsychiatrie, aber auch zahlreichen Kontroversen um die daraus folgende psychiatrische Praxis oder die Radikalität der Infragestellung der Existenz psychischer Störungen. Der Begriff Antipsychiatrie wurde von David Cooper geprägt, von Thomas Szasz vehement abgelehnt und auch von Basaglia und seinen Mitstreiter*innen nie geteilt. Sie bezeichneten sich als Vertreter*innen einer anti-institutionellen oder demokratischen Psychiatrie. In der deutschen Debatte um Psychiatriereformen setzte sich hingegen der Begriff Sozialpsychiatrie durch.

Alle Vertreter*innen der Anti- und demokratischen Psychiatrie verband eine radikale Kritik an der totalen Institution Psychiatrie, ihrer Funktion

als Herrschaftsinstrument und ihren Zwangsmethoden sowie die Forderung nach der Schließung der Anstalten und dem Aufbau gemeindenaher Versorgungsstrukturen zur Reintegration der »Irren« in die Gesellschaft. Darüber hinaus wurden weitaus grundsätzlichere Fragen gestellt: Gibt so etwas wie Geisteskrankheit oder psychische Störung überhaupt, oder ist sie eine Zuschreibung der Gesellschaft, ein *Labeling* (Rosenham 1973), eine Disziplinierungsmaßnahme für non-konformes Verhalten oder gar ein Ausdruck ungebändigten, unverstellten Daseins? Kontroversen gab es zur Radikalität der Infragestellung psychiatrischer Diagnosen, zu Perspektiven auf den Wahnsinn als rebellische Lebensform und damit verbundene Betrachtungen psychisch kranker als revolutionäres Subjekt, wie sie sich zum Beispiel in der Gründung des Heidelberg *Sozialistischen Patientenkollektivs* 1972 und dessen Motto »Aus der Krankheit eine Waffe machen« ausdrückte.

Einig waren sich die Vertreter*innen der Anti- und demokratischen Psychiatrie in einem phänomenologischen Verständnis psychischer Störungen, weg von biologischen Begründungen hin zur ihrer Erklärung aus familiengeschichtlichen, sozialen und gesellschaftlichen Kontexten, als Bewältigungsstrategien unerträglicher Konflikte oder gestörte Kommunikation, als Daseinsform mit ihr innewohnendem Sinn; ein Verständnis, in dem nicht die Störung, sondern der Mensch in der Krise im Mittelpunkt stand.

Dies führte auch zu einer veränderten Perspektive auf die Therapeut*in-Patient*in-Beziehung: Mit der Abschaffung der Anstalten sollte sich der Wandel der ärztlichen Funktion vom Verwahren aufs Behandeln verschieben und somit therapeutische Arbeit erst möglich werden. In der Therapie sollten pharmakologische Behandlungen abgebaut werden und ein Fokus auf dem Verstehen, dem Aufbau vertrauensvoller Beziehungen und dem Abbau von Hierarchien liegen. Viele Vertreter*innen der Bewegung waren selbst an Pilotprojekten therapeutischer Wohngemeinschaften beteiligt. R.D. Laing und David Cooper lebten im Kontext der Philadelphia Association selbst mit als schizophren

diagnostizierten Mitbewohner*innen zusammen.

In vielen europäischen Ländern entwickelten sich aus der Psychiatriekritik Selbsthilfeorganisationen von Patient*innen und ihren Angehörigen und erste gemeindenahere Versorgungsstrukturen außerhalb der psychiatrischen Kliniken.

In der Bundesrepublik Deutschland war die Debatte um eine Reform der Psychiatrie eng verbunden mit der lang ausgebliebenen Auseinandersetzung mit der Geschichte der Psychiatrie im Nationalsozialismus und ihren Kontinuitäten nach 1945. Befürworter einer Psychiatriereform waren u.a. Erich Wulff (siehe Text in dieser Ausgabe, S. 30f., *Anm. d. Red.*) und Klaus Dörner (»Bürger und Irre«, 1969). Die Auseinandersetzung mit den menschenunwürdigen Zuständen in geschlossenen psychiatrischen Kliniken führte 1975 zur der so genannten Psychiatrie-Enquete: Ein im Auftrag des Deutschen Bundestags von Sachverständigen und 200 Mitarbeiter*innen psychiatrischer Einrichtungen erstellter »Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland«, der die Umstrukturierung der psychiatrischen Kliniken und den Aufbau gemeindenaher Versorgungsstrukturen empfahl.

Zurück nach Triest in den 1970er Jahren: Hier übersetzte Franco Basaglia die Diskurse der demokratischen Psychiatrie in die Praxis und verwandelte die Anstalt San Giovanni in eine therapeutische Gemeinschaft, in der Würde und Rechte von Patient*innen, Ärzt*innen, und Pfleger*innen im Mittelpunkt standen, Beziehungen nicht vertikal, sondern horizontal verliefen und – jenseits des »diagnostischen Blicks« – auf Augenhöhe zusammengearbeitet wurde. Zwangsmaßnahmen wurden abgeschafft, der Gebrauch von Psychopharmaka eingeschränkt. Kunst- und Theaterprojekte dienten Patient*innen zur Entwicklung von Ausdrucks- und Kommunikationsmöglichkeiten. Basaglias Beispiel machte Schule; auch andere italienische Städte wie Bologna und Arezzo wurden zu Hochburgen kritischer Psychiatriedebatten. Psychiater*innen und Psycholog*innen aus aller Welt pilgerten nach Triest.



Sitzende Frau im blauen Kittel, 1929

Anders als in anderen europäischen Ländern gelang es in Italien, den psychiatriekritischen Diskurs, die Forderung nach Befreiung der Verrückten in den sozialen, Arbeiter- und Gewerkschaftskämpfen zu verankern und mit den Zielen einer gesellschaftlichen Umwälzung zu verknüpfen. Auch die damals einflussreiche Kommunistische Partei Italiens unterstützte Bestrebungen für eine Gesetzesreform zur Auflösung der Irrenanstalten.

Fünf Jahre nachdem Marco Cavallo die Mauern von San Giovanni durchbrach, am 13. Mai 1978, verabschiedete die italienische Regierung das Gesetz 180¹, weithin bekannt als *Basaglia-Gesetz*. Dieses löste ein seit 1904 bestehendes Gesetz zur Verwahrung und Behandlung der »Geistesgestörten« ab, das den Direktoren der Irrenhäuser unbegrenzte Macht gab, Patient*innen bürgerliche und Grundrechte abzuerkennen. Das neue Gesetz unterstrich die Freiwilligkeit psychiatrischer Behandlungen, schränkte die Möglichkeiten der Entmündigung von Patient*innen ein und verschaffte damit Artikel 32 der italienischen Verfassung, der vorsieht, dass niemand zu einer medizinischen Behandlung gezwungen werden kann, Geltung. Zwangseinweisungen wurden nur unter speziellen Notfallbedingungen erlaubt. Mit der Festlegung, dass präventive, heilende und rehabilitierende Maßnahmen außerhalb der Kliniken erfolgen müsse, sah das Gesetz de facto die schrittweise Auflösung psychiatrischer Kliniken vor. Die bereits seit den

1970er Jahren im Aufbau befindlichen gemeindenahem »Zentren Mentaler Hygiene« (CIM) wurden umbenannt in »Zentren für Psychische Gesundheit« (CSM) und als psychiatrisches Basisversorgungssystem festgeschrieben. Für die temporäre Unterbringung von Menschen in akuten Krisen wurden in den Allgemeinkrankenhäusern psychiatrische Abteilungen vorgesehen. Inhaltlich und sprachlich markierte das Gesetz eine radikale Abkehr von der Verwahrung und Ausgrenzung von Menschen in psychischen Krisen zur Wiederherstellung ihrer Würde und ihrer Integration in die Gesellschaft.

■ Vom Gesetz zur langwierigen Umsetzung

Das Gesetz 180 wurde in einer politisch turbulenten und polarisierten Situation verabschiedet: Vier Tage zuvor wurde der italienische christdemokratische Spitzenpolitiker und ehemalige Ministerpräsident Aldo Moro von den *Roten Brigaden* ermordet. Sieben Tage danach wurde das Gesetz No. 194 zur Freigabe von Abtreibungen in den ersten 90 Monaten der Schwangerschaft verabschiedet.

So sehr die Verabschiedung des Gesetzes 180 weltweit gefeiert und zur Orientierung für psychiatriekritische Debatten wurde, so herausfordernd und kontrovers war seine Umsetzung. Franco Basaglia erlebte nur die Anfänge der Implementierung. Er verstarb 1980 an einem Gehirntumor.

Das Gesetz legte die Schaffung von alternativen, ambulanten Strukturen zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in die Verantwortung der einzelnen Regionen und dezentralisierte damit die Umsetzung. Während die Schließung der Anstalten in den Hochburgen der demokratischen Psychiatrie auf bereits entwickelte ambulante Strukturen und eine politisch engagierte und für die Forderungen der kritischen Psychiatrie offene Bevölkerung traf, waren andere, ländliche Regionen z.B. im Süden Italiens auf die radikale Veränderung gänzlich unvorbereitet.

Gegner*innen der Reform organisierten »wilde Entlassungen«; über Jahre und Jahrzehnte weggeschlossene, aus den Anstalten entlassene Patient*innen landeten unbetreut auf der Straße oder wurden in private Heime abgeschoben. Familienghörige verzweifelte an den Herausforderungen ihrer Betreuung. Pflegepersonal aus den Anstalten arbeitete nun in den ambulanten Zentren und war unzureichend geschult und vorbereitet auf die Herausforderungen der Betreuung im öffentlichen Raum.

Erst Anfang der 1990er Jahre wurden mit dem Gesetz 104/1992² zur Betreuung und sozialen Integration von Menschen mit Einschränkungen und dem Nationalen Plan zum Schutz der Mentalen Gesundheit³ ambulante Versorgungsstrukturen ausgeweitet. Mit dem Ziel der Reduzierung von Hospitalisierungen wurden psychiatrische Zentren integriert mit Familien- und Haushaltshilfen, medizinisch-psychosozialen Beratungsstellen für Frauen, Suchtberatungsstellen etc. und manifestierte sich ein ganzheitliches und sozial kontextualisiertes Verständnis von mentaler Gesundheit im Sinne der demokratischen Psychiatrie.

Erst 20 Jahre nach dem Gesetz 180 wurden die letzten geschlossenen psychiatrischen Kliniken aufgelöst, die geschlossenen Anstalten des Strafvollzugs (REMS) erst vor wenigen Jahren.

Heute führen die Verzögerungen bei der Umsetzung des Gesetzes 180 und die massiven Budgetkürzungen im italienischen Gesundheitswesen zu einer eher traurigen Bilanz: Während der Bedarf an Beratung und Betreuung zunimmt, nimmt die Zahl der ambulanten Zentren ab. Die bestehenden Zentren sind fragil und unterfinanziert. Sie arbeiten mit Personalmangel, Familien- und Klient*innen-unfreundlichen reduzierten Öffnungszeiten und müssen auf die Unterstützung ehrenamtlicher Helfer*innen und Projekte zurückgreifen. Die Zahl der im Gesetz 180 für Notfälle vorgesehenen Zwangseinweisungen in psychiatrische Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser, in denen vielfach auf standardisierte Therapieverfahren und Psychopharmaka zurückgegriffen wird, steigt. Das Recht von Menschen in psychischen Krisen auf ambulante Hilfen existiert nur auf dem Papier; die von Basaglia und seinen Mitstreiter*innen angestrebte Integration der »Verrückten« in die Gesellschaft ist in weiter Ferne.

Die Unzulänglichkeiten der ambulanten Versorgung werden stattdessen von einer anderen Wohlfahrtsinstitution der italienischen Gesellschaft aufgefangen: der Familie. Unzählige Menschen mit psychischen Problemen sind weiter in geschlossenen Strukturen interniert: Nicht mehr in Anstalten, sondern zurückgeworfen auf ihre eigenen vier Wände und ihre Familie. Das Basaglia-Gesetz hat den Raum für eine ganzheitliche, soziale Betreuung von Menschen in psychischen Krisen eröffnet; die Umsetzung auf gesellschaftlicher, sozialer und struktureller Ebene steht noch aus.

■ Schlussgedanken

Die Debatten, Konzepte und Praxen der demokratischen und Antipsychiatrie der 1970er und 80er Jahre haben weit über Italien hinaus Wirkung entfaltet und Psychiatrie-Reformen und die Entwicklung ambulanter, gemeindenaher sozialpsychiatrischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen befördert. Heute sind sie allerdings nur noch selten auf den Lehrplänen medizinischer und psychologischer Ausbildung zu finden. Aber angesichts der Ausweitung neoliberaler Marktlogik über den Globus und in alle Winkel der Gesellschaft, angesichts des Drucks zur Selbstoptimierung, der inflationären Nutzung psychologischer und psychiatrischer Diagnosen zur Medikalisierung von Leid und Nonkonformität und der Therapeutisierung des Sozialen sind sie aktueller denn je: Ihre kühne und radikale Infragestellung normativer Definitionen von Normalität und Abweichung, von gesund und krank, die Entdeckung des Rebellischen im »Verrücktsein«, der Hierarchie-Abbau in der therapeutischen Beziehung und nicht zuletzt ihre Kreativität und ihr Mut zur praktischen Utopie.

Luna Carpinelli ist promovierte Psychologin und Pädagogin und Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Department für Medizin und Chirurgie and der Universität Salerno, Italien. Karin Mlodoč ist Ass. Prof. für Sozialpsychologie und Interkulturelle Praxis an der Sigmund Freud Privat Universität Berlin und hat 1978/79 als Volontärin in ambulanten psychiatrischen Einrichtungen in Italien gearbeitet.

1 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/05/16/078U0180/sg>

2 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1992/02/17/092G0108/sg>

3 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1994/04/22/094A2566/sg>

Der Unbeugsame

Ein Nachruf auf Hans Mausbach – von Bernd Hontschik

Es ist gerade einmal 50 Jahre her, da herrschten in der Medizin Zustände, die sich heute niemand mehr vorstellen kann. Ärzte waren die unantastbaren Halbgötter in Weiß (Ärztinnen gab es kaum), und das Krankenhaus war ein Kasernenhof: Unter der alleinigen Befehlsgewalt des Chefarztes (Chefärztinnen gab es keine) fungierten hörige Oberärzte als ausführende Organe, um die Assistenten zu dirigieren und zu disziplinieren. Einem Chefarzt wagte niemand zu widersprechen, denn das konnte die Karriere auf der Stelle beenden. Besonders krass waren diese Herrschaftsverhältnisse in der Chirurgie.

Es waren überhaupt ganz andere Zeiten. Zwar war mit Willy Brandt 1969 erstmals ein Sozialdemokrat Bundeskanzler geworden, der »Mehr Demokratie wagen« wollte, sein Radikalenerlass aber brachte Unfrieden und Denunziantentum über das Land. Es herrschte Kalter Krieg. Spanien, Portugal und Griechenland waren faschistische Diktaturen. Zu einer Friedensdemonstration in Bonn kamen 1982 400.000 Menschen zusammen. Überall traf man auf alte Nazis, als Lehrer in der Schule, als Richter und Staatsanwälte und als Politiker. In der Medizin war das nicht anders. Die Präsidenten der Bundesärztekammer Ernst Fromm von 1959 bis 1973 und Hans-Joachim Sewering von 1973 bis 1978 waren SA- und SS-Schergen, beteiligt an Kindereuthanasie. Ein Bericht von Alexander Mitscherlich über die Nürnberger Ärzteprozesse wurde totgeschwiegen, er selbst wurde geächtet.

Dieser dumpf-konservative Zeitgeist machte auch die Diskussionen im Gesundheitswesen skurril. Ein Beispiel: Als der Hanauer Landrat Martin Woythal (SPD) sein Konzept

des »Klassenlosen Krankenhauses« vorstellte, das ein Ersetzen der Chefärzthierarchie durch demokratische Strukturen, die Abschaffung der Privatliquidation, die Vereinheitlichung der Pflegesätze sowie freie Besuchszeiten in 1- bis 2-Bett-Zimmern mit Sanitäreinrichtung, Telefon und Speisenauswahl vorsah, wüteten ärztliche Standesvertreter, das sei ein Rückschritt, asozial und der direkte Weg in die Anarchie!

In diesem Horrorszenario wagte es Hans Mausbach, Stationsarzt der Chirurgischen Klinik des Frankfurter Nordwestkrankenhauses, in einem

Wir trauern um

Hans Mausbach

29.10.1936 – 09.09.2022

Fernsehinterview zu berichten, dass es Experimente an Menschen gäbe, die davon nichts wüssten, dass kommerzielle Interessen mitunter sogar in Operationsentscheidungen einfließen würden, und dass Gefälligkeitspublizistik für die pharmazeutische Industrie mit Kranken als Versuchsobjekten ganze pseudowissenschaftliche Bibliotheken füllen würden. Er berichtete von Untertanengeist, Demütigungen und Karrieristentum.

Am nächsten Tag degradierte ihn sein Chefarzt, Professor Edgar Ungeheuer, vor versammelter Mannschaft auf eine untergeordnete Assistentenstelle. Mausbach habe die gesamte deutsche Ärzteschaft in den Schmutz gezogen, den Ärztestand insgesamt diffamiert und das eigene Nest beschmutzt. Es kam fortan zu einer langen Reihe von Versuchen, Mausbachs ärztliche Existenz zu zerstören. Er wurde beschimpft,

er wurde entlassen, er wurde aus der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie ausgeschlossen. Über Inhalte seiner Kritik wurde nicht diskutiert, stattdessen wurde der Konflikt personalisiert mit Schlagzeilen im Deutschen Ärzteblatt wie »Treibjagd auf das Ansehen der Ärzte, Schluß mit der Pogromhetze gegen Chefärzte! Schluß mit Klassenkampf am Krankenbett!«. Sogar die Landesärztekammer Hessen ermittelte gegen Mausbach wegen eines »Berufsvergehens«. Mausbach aber blieb standhaft. Er verteidigte seine Stellungnahme gegen alle Verleumdungen und gewann letztlich alle Arbeitsgerichtsprozesse. Seine chirurgische Existenz aber hatte er verloren – ein hoher Preis!

Es war aber gleichzeitig auch ein enormer Gewinn für die Medizin und für uns alle. Ein von Mausbach 1973 gemeinsam mit Erich Wulff, Hans-Ulrich Deppe und Paul Neuhöfer organisierter Kongress »Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt« in Marburg fand großen Zulauf. Es entstand mit der *Liste demokratischer Ärzte* – mit Mausbach als Gründungsmitglied – erstmals eine Opposition in den Ärztekammern, Mausbach war viele Jahre ihr Delegierter. Überall im Land wurden sogenannte »Basisgruppen Medizin« gegründet, Zeitschriften gegen die stockkonservative Dominanz des *Deutschen Ärzteblattes* entstanden, in alternativen Gesundheitszentren wurde gleichberechtigte Teamarbeit praktiziert. 1980 kamen zum alternativen »Gesundheitstag« 13.000 Menschen nach Berlin, als Gegenveranstaltung zum Deutschen Ärztetag.

(Dieser Text ist zuerst erschienen in der Frankfurter Rundschau vom 17.09.2022, <https://www.fr.de/meinung/kolumnen/der-unbeugsame-91793541.html> – Wir haben den Text leicht gekürzt.)

Psychiatrie und gesellschaftlicher Fortschritt

Erich Wulff beim Marburger Kongress 1973

Vor fast 50 Jahren am 20. und 21.01.1973 fand in Marburg der Kongress »Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt« statt. 1.800 Teilnehmer*innen (Personen aus unterschiedlichen medizinischen Fachberufen, Gewerkschafter*innen, Kommunalpolitiker*innen etc.) suchten in diesen Tagen nach Veränderungspotentialen im Gesundheitswesen. Dabei nahm auch die psychiatrische Versorgung großen Raum ein. Wir drucken hier aus dem Dokumentarband des Kongresses Teile des einleitenden Kommentars von Erich Wulff zum Psychiatriekapitel ab.¹ Er verdeutlicht sehr plastisch die damaligen Schwierigkeiten unterschiedlicher linker politischer Strömungen, gemeinsam über die Umgestaltung des Gesundheitswesens zu diskutieren. Manches findet sich auch heute noch wieder. Der Beitrag von E. Wulff zeigt aber auch, wie sich inzwischen die Themen (weiter-) entwickelt und z. T. verlagert haben.

■ Psychiatrische Krankenversorgung

Aus drei Gründen hatte der Initiativausschuß sich entschlossen, für die psychiatrische Krankenversorgung eine eigene Arbeitsgruppe zu bilden. Einmal, weil sie innerhalb der gesamten Krankenversorgung zahlenmäßig einen sehr großen Anteil hat. Zum zweiten, weil die psychiatrische Krankenversorgung in der BRD auf das in den westeuropäischen Industriestaaten niedrigste Niveau abgesunken ist, als Institution ebenso wie in der theoretischen Grundlegung und in der ärztlichen Praxis. Drittens, weil Teile der Studentenschaft in eine kritische Psychiatrie – in der Aufdeckung gesellschaftlicher Ursachen psychischer Leiden ebenso wie in die politisch mobilisierende, therapeutische Aufarbeitung dieser Ursachen bei jedem einzelnen Kranken große, zum Teil – illusionäre Hoffnungen gesetzt hatten. Das Sozialistische Patientenkollektiv Heidelberg gab ein Beispiel für solch einen Irrweg. Demgegenüber sollte der Kongreß – besonders in dieser Arbeitsgruppe – dartun, daß die in der Psychiatrie sichtbaren Mängel in den wesentlichen Zügen die allgemeinen Mängel der Krankenversorgung in einer kapitalistischen Gesellschaft sind, die nur im Bereich der Psychiatrie einerseits besonders scharf hervortre-

ten, andererseits aber auch hinter progressiv erscheinenden Theorien wie der Psychoanalyse, der Antipsychiatrie etc. sich verbergen. Deshalb hatte der Initiativausschuß diese Arbeitsgruppe auch »psychiatrische Krankenversorgung« und nicht »gesellschaftliche Probleme in der Psychiatrie« oder gar »soziale Ursachen psychischen Leidens« genannt. In dieser Betonung eher des Krankheitsschicksales als der Krankheitsursachen sollte auch etwas anderes erreicht werden: eine größere Nähe zur ärztlichen und gesellschaft-

lichen Praxis in ihrer gegenwärtigen Lage. Allzu abstrakte, allzu grundsätzliche und allzu theoretisch-deduktive Diskussionen um das »Wesen« des Kapitalismus und seine angebliche Zwangsläufigkeiten halfen in der Vergangenheit eher zu einem Umschlag ins Gegenteil: in eine begriffslose, pragmatisch-blinde Praxis, gerade wegen der praktischen Unanwendbarkeit der angebotenen globalen antikapitalistischen Theorie. Gesellschaftliche Bedingtheit ließ sich zudem – im gegenwärtigen Stadium der psychiatri-



Studien weiblicher Patienten beim Essen, 1929

schen Wissenschaft – am Krankheits-schicksal, d.h. an den Möglichkeiten und der Wirklichkeit der Krankenversorgung besser aufzeigen als im kontroversen, wissenschaftlich noch unzureichend bearbeiteten Gebiet der Krankheitsentstehung. Und ebenso lagen die Möglichkeiten zu verändertem Handeln in der Psychiatrie vor allem auf der Ebene der Gesundheitspolitik und der Krankenversorgung, und vorerst noch nicht auf dem Gebiet der allgemeinen gesellschaftlichen Prävention. ... Schließlich ließ sich am Kampf um eine den Interessen der Patienten und der Bevölkerung entsprechende Gesundheitsvorsorge und Krankenversorgung sowohl der Auftrag des Kapitals – Einsparung von unproduktiven Kosten und Konzentration der Mittel auf eine zügige Wiederherstellung der Arbeitskraft – als auch der Anspruch der Lohnabhängigen auf eine humane, die Wiederherstellung ihres seelischen Wohlbefindens anzielende Therapie aufzeigen. Die psychiatrische Krankenversorgung zum Ausgangspunkt der Arbeit zu nehmen, schien dem Initiativausschuß auch den Vorteil zu bieten, weder illusionär noch defätistisch an die Probleme der Psychiatrie heranzugehen, sondern realitätsgerecht, sachlich und politisch. ... Das hat allerdings Unzufriedenheit bei denen entfacht, die auf mehr antikapitalistische

Bekenntnisse aus waren. Das war unumgänglich und mußte in der Diskussion ausgetragen werden. Es hat aber auch Unbehagen erregt bei denen, die eine stringendere Ableitung psychiatrischer Krankenversorgung, Theorie und Praxis aus dem gesamtgesellschaftlichen Zusammenhang erwartet hatten. Hier waren wir – die Veranstalter wie die Referenten – den berechtigten Erwartungen und Ansprüchen der Teilnehmer der Arbeitsgruppe oft in der Tat nicht gewachsen, teils aus objektiven Gründen: weil diese Ableitung in Begriffen nicht einer abstrakten Kapitalismusanalyse als »System«, sondern in Begriffen des Klassenkampfes, wie dies allein angemessen gewesen wäre, ein so schwieriges Unternehmen ist, daß sie für die Psychiatrie als Ganzes vorerst von uns nicht zu leisten ist oder doch erst in jahrelanger Arbeit. Mitgespielt haben mag aber auch ein gewisser Ärger der Praktiker und Gesundheitspolitiker, die ihr schwieriges Tagwerk von den puristischen, ihnen moralisierend und dogmatisch erscheinenden antikapitalistischen Doktrinen nicht genügend gewürdigt sahen. Statt zu erklären und zu vermitteln, haben sie und vielleicht auch wir, die Veranstalter, die kritischen Impulse, die von zugespitzten, extremen Meinungen ausgehen und die oft eine kritische Praxis erst

in Gang bringen, manchmal zu schnell abgetan, haben wir uns der Diskussion nicht immer genügend gestellt. Im Bedürfnis, den neuen gewerkschaftlichen Bündnispartner nur ja nicht zu verprellen, haben wir nur die Gefahren des linksextremen Dogmatismus kritisiert und vor den Gefahren opportunistischen Reformismus die Augen vielleicht allzu sehr verschlossen. Wir haben es aber auch nicht versucht, etwa Mürles (ÖTV-Sekretär; Red.) reformerischen Ansatz und die gesellschaftskritische Perspektive, vieler Diskussionsredner konstruktiv als zwei Ebenen darzustellen, die einander bedingen. So war unser Ansatz zwar richtig – und wohl auch der einzig mögliche – aber unser Verhalten in der Diskussion teils zu starr, teils zu unkoordiniert.

Die inhaltliche Breite der Diskussionen war beträchtlich. Sie reichte von Ausbildungsfragen in der Psychiatrie über den gesamten Bereich der Krankenversorgung bis zu den gesellschaftlichen Ursachen psychischen Leidens und bezog auch eine Strategie zur Verbesserung der psychiatrischen Krankenversorgung mit ein. ...

1 H-U. Deppe u.a.: Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt, Köln 1973, S. 231-233

Weg mit PEPP?

Erfahrungen mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung und Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) – von Andreas Heinz

Anfang des Jahrtausends bestand in Deutschland ein System der stationären Krankenversorgung, das sich durch gesellschaftliche Planung der benötigten Betten und Therapien und des dafür notwendigen Personals auszeichnete. Die Rede ist von der psychiatrischen Krankenversorgung, die durch die sogenannte *PsychPV* (*Psychiatrie-Personalverordnung*) und eine Bettenzahl gekennzeichnet war, die

von den Bundesländern in Absprache mit den Krankenkassen entsprechend dem Bedarf für die Versorgung einer bestimmten Region festgelegt wurde. Die Zuteilung bestimmter Betten pro Versorgungsgebiet nahm dabei eine Idee der Psychiatrie-Reform der siebziger Jahre des letzten Jahrhunderts auf, nach der Patient:innen in ihrem Lebensumfeld behandelt werden sollten, auch wenn sie stationär im Krankenhaus aufgenommen wurden. Die

Psychiatrie-Personalverordnung legte je nach Schwerefeld der Erkrankung das notwendige Personal zur Behandlung der einzelnen Patient:innen mit genauen Minutenwerten pro individueller Schwere der Erkrankung für alle Berufsgruppen fest.

Allerdings wurde die Umsetzung vom Gesetzgeber nicht kontrolliert, insbesondere gab es keine Regelung zum Umgang mit Lohnerhöhungen, so dass sich eine zunehmende Lücke

zwischen der gesetzlichen Verordnung und ihrer Umsetzung ergab. Zudem waren die Überlegungen, die der Psychiatrie-Personalverordnung zu Grunde lagen, zunehmend veraltet. So ging diese Personalverordnung noch davon aus, dass akut schwer erkrankte Patient:innen vor allem Medikamente und kaum psychotherapeutische Gespräche benötigen, was keiner sachgemäßen Versorgung entspricht. Auch immer kürzere Behandlungszeiten und der damit verbundene, zunehmende Dokumentations-Aufwand waren nicht berücksichtigt. Von daher gab es auch in reformorientierten Bewegungen in Psychiatrie und Psychotherapie einen breiten Konsens, dass die Psychiatrie-Personalverordnung erneuert werden müsste, und dass der Gesetzgeber hier tätig werden sollte. Allerdings wurde die Rechnung ohne den neoliberalen Wirt gemacht, der sich mittlerweile eine Vielzahl gewinnorientierter Krankenhausträger an den Tisch geladen hatte. Nirgends lässt sich im Krankenhausbereich kurzfristig leichter Gewinn machen als durch Absenkung des Personals. Im Jahr 2012 wurde dementsprechend ein Psychiatrie-Entgeltgesetz beschlossen sowie im nächsten Jahr ein Krankenhausfinanzierungsreformgesetz, mit dem ein neues Entgeltsystem für den Bereich der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik entwickelt werden sollte. Zum Entsetzen vieler Betroffener, ihrer Angehörigen und professionell tätigen Personen sollte damit aber eine abgewandelte Art des DRG-Systems eingeführt werden. An die Stelle von Personalvorgaben wie in der PsychPV und einer Kontrolle der Liegezeiten durch den Medizinischen Dienst der Kassen sollte jetzt ein pauschalisiertes Entgeltsystem treten. In diesem gab es zwar – anders als im klassischen DRG-System – keinen feststehenden Betrag für die Behandlung einer bestimmten Erkrankung, aber einen mit zunehmender Behandlungsdauer abnehmenden Festbetrag pro Tag für die Krankenhausversorgung. Statt wie in der PsychPV normativ vorzugeben, welche Behandlungsqualität eine Patientin mit einer bestimmten Erkrankungsschwere erhalten sollte, sollte jetzt der Behandlungsalltag in seinem unzureichenden Ist-Zustand nach Jahrzehnten der Unterfinanzierung des Personals im stationären Bereich erhoben werden. Besonders unsinnig war das obsessive Zählen der 25- oder 50-minütigen Therapiesitzungen, die eine durchschnittliche Patientin pro Erkrankungskategorie in Anspruch nimmt – denn dabei kam wenig überraschend heraus, dass die besonders schwer kranken Personen es kaum schaffen, an solchen standardisierten Therapiesitzungen teilzunehmen. Sie wurden dann dementsprechend (sachlich falsch) als Personen mit geringem Behandlungsaufwand klassifiziert. Gegen dieses sogenannte »Pauschalisierte Entgeltsystem für die Psychiatrie und Psychosomatik« (PEPP) erhob sich ein vielfältiger Protest, der anfangs vielerorts spontan »von unten« organisiert war und dem sich nach und nach verschiedene Gewerkschaften, Organisationen von Betroffenen und Angehörigen und Berufsverbände anschlossen (»PEPP muss weg!«). Wichtig für die Leserschaft dieser Zeitung: vdää*, ver.di, attac und andere starteten bereits 2013 eine Kampagne gegen das PEPP-System. 2014 initiierte die Selbsthilfegruppe Pandora gemeinsam mit vielen anderen Verbänden eine Petition an den Deutschen Bundestag, die die nötige Unterschriftenzahl nur knapp verfehlte.

Die Proteste hatten überraschend viele Personen mobili-



Selbstbildnis mit Zigarette

siert und wurden zur Manifestation des Widerstands gegen ein Krankenhaussystem, das an den Bedürfnissen der Betroffenen, ihrer Angehörigen und der im Krankenhaus Tätigen vorbei auf Gewinnmaximierung ausgerichtet ist. Durch vielfältige Verbindungen auch in die Politik hinein hatte dieser Protest teilweise Erfolg, und es wurden mit dem »Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen« im Jahr 2017 wesentliche Änderungen eingeführt. Im Sinne eines klassischen Kompromisses wurde das PEPP-System nicht beseitigt, sondern für die Abrechnung der einzelnen Krankenhäuser weiterverwendet. Ein wesentlicher Erfolg war aber, dass die Personalausstattung für die Budgetfindung der Krankenhäuser auch weiterhin von entscheidender Bedeutung ist. Dabei trat an Stelle der Psychiatrie-Personalverordnung seit 2020 eine Personal-Mindestvorgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses, in dem Verbände der Krankenhäuser und Krankenkassen stimmberechtigt sind; Vertreter:innen der Betroffenen und Angehörigen allerdings nicht. Diese Mindestvorgabe mit dem Titel »Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie« (PPP-RL) baut auf der PsychPV auf. Zur Enttäuschung vieler Aktivist:innen erhöhte diese neue Richtlinie aber nur die Behandlungsminuten im Bereich der psychologischen Psychotherapie. Allen anderen Berufsgruppen wurde als neue Mindestausstattung ein Minutenwert unterhalb der bisherigen Werte der PsychPV zugeteilt. Hinzu kam ein wesentlicher Konstruktionsfehler: Als Mindestvorgabe sanktioniert diese Richtlinie nur eine Personalbesetzung, die medizinisch als nicht mehr verantwortlich gilt. Es fehlt also eine Sollvorgabe für eine qualitativ gute

Behandlung, die modernen Ansprüchen an psychosoziale Versorgung und Unterstützung entspricht. Eine solche Sollvorgabe müsste nach Ansicht vieler Expert:innen etwa 20 % oberhalb der bisherigen PsychPV liegen. Immerhin ist in der neuen Richtlinie ein schrittweiser Anstieg der Personalminuten vorgesehen, so dass sich hier – allerdings recht langsam – die Mindestvorgaben erhöhen. Einrichtungen, die jetzt schon eine bessere Personalausstattung haben, können diese aber nicht unter Verweis auf die Mindestvorgaben einfordern – das ist eben einer der entscheidenden Konstruktionsfehler in der neuen Richtlinie.

Ein weiteres Problem ergibt sich aus dem Personalmangel, der jetzt insbesondere nach den Corona-Jahren im Gesundheitswesen herrscht. Durch die genaue Prüfung der Personalmindestvorgaben ist es in vielen Einrichtungen zu einer deutlichen Zunahme des Personals, insbesondere im Pflegebereich, gekommen. Allerdings verschärfen sich hier Schwierigkeiten, die insbesondere Kliniken auf dem Lande schon lange betreffen. Denn da es sich um eine Mindestvorgabe handelt, deren Unterschreitung mit harten Sanktionen belegt ist, können Krankenhäuser mit chronischem Personalmangel eigentlich nur Stationen schließen oder Jahr für Jahr auf eine Sonderregelung hoffen, wie sie in den Corona-Jahren erfolgte. Bei chronischer Unterbesetzung und entsprechenden Sanktionen können Stationen

oder gegebenenfalls ganze Kliniken eigentlich zukünftig nur schließen. Damit droht erstmals seit der Psychiatrie-Reform vor 50 Jahren wieder ein Verlust an kleineren Krankenhäusern, die wohnortnah betroffene Patient:innen versorgen. Ohne entsprechende Gegensteuerung könnten neue gewinnorientierte Groß-Kliniken entstehen, die wohnortfern – ähnlich wie die früheren Landeskliniken – Patient:innen zentralisiert behandeln, auf Kosten der Kontakte zu Freund:innen, Angehörigen und Behandler:innen am Wohnort. Besonders negativ erscheint eine solche Entwicklung angesichts der zunehmenden sozialen Probleme durch Einkommensungleichheit in der Bevölkerung. So versorgen Berliner Akutstationen für Psychiatrie und Psychotherapie bereits derzeit einen Anteil von 10-30 % wohnungsloser Patient:innen! Auch unter den derzeitigen Umständen ist es äußerst schwierig, für diese Personen einen passenden Wohnraum zu finden, noch viel dramatischer wäre die Situation, wenn diese Personen auch noch wohnortfern in Groß-Kliniken versorgt werden. Eine Alternative zur stationären Versorgung bietet in vielen Fällen die stationärsersatzende Behandlung, bei der mobile Teams die Patient:innen zu Hause versorgen, was aber wiederum einen angemessenen Wohnraum voraussetzt.

Fazit: Der Protest gegen die Einführung eines DRG-artigen Systems in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik war durchaus erfolgreich.

Es gibt gültige Personalvorgaben für jede Berufsgruppe, deren Unterschreitung sanktioniert ist. Das ist für die Personalausstattung der Krankenhäuser ausgesprochen wichtig. Ungelöst sind aber die Probleme von Krankenhäusern, die – häufig auf dem Lande – trotz angemessener Bezahlung kaum Personal finden. Zudem zeigt ein Blick auf die häufig absolut unzureichende Wohnsituation psychisch erkrankter Personen, dass sich eine Reform des Gesundheitswesens nicht erfolgreich durchführen lässt ohne Bezug auf soziale Ungleichheit und Ungerechtigkeit. Der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker hat vor drei Jahren erfolgreich eine Petition an den Deutschen Bundestag durchgeführt, um einen ständigen Beirat aus Betroffenen, Angehörigen und in der psychiatrischen Versorgung Tätigen zu etablieren, der das Bundesgesundheitsministerium berät. Es ist ein Skandal, dass diese Initiative vom Gesetzgeber bis heute aufs Abstellgleis geschoben wurde. Eine Reform des bestehenden Krankenhauswesens geht nur mit Betroffenen und ihren Angehörigen auf Augenhöhe, denn nur sie haben alle Aspekte der sozialen Lebensrealität im Blick, zu der eben auch Wohnungslosigkeit, Arbeitslosigkeit, Verarmung, Diskriminierung und Ausgrenzung gehören.

Andreas Heinz ist Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Charité in Berlin.

Internationales

Von Karen Spannenkrebs

■ Großbritannien

Der britischen Regierung könnten in diesem Winter harte Arbeitskampfmaßnahmen inklusive vollständiger Streiks verschiedener Berufsgruppen des NHS bevorstehen. Im Juli wurde die Höhe der bevorstehenden Gehaltserhöhungen für die NHS-Beschäftigten angekündigt, die deutlich unter dem

liegen, was die Gewerkschaften gefordert hatten. Bei einer Rekordinflation von rund 10,1% (Stand Juli) würden die realen Einkommen der NHS-Beschäftigten damit weiter sinken.

In einer Zeit, in der der NHS ohnehin schon mit großen Schwierigkeiten wie Unterbesetzung, Arbeitsverdichtung und Medikamentenknappheit kämpft, scheint die Bereitschaft der Beschäftigten groß, dieses Angebot

nicht anzunehmen und für eine zumindest inflationsangepasste Lohnerhöhung zu kämpfen.

Während in Schottland die Gewerkschaft Unison bereits eine Abstimmung durchgeführt hat, bei der 90% für weitere Arbeitskampfmaßnahmen stimmten, bereiten nun auch in England und Wales verschiedene Gewerkschaften Urabstimmungen vor.

Das Royal College of Nursing mit

ca. 500.000 Pflegekräften und die Gewerkschaft Unison mit ca. 100.000 NHS-Beschäftigten (unter anderem Reinigungskräfte, Transportdienste und weitere therapeutische Berufsgruppen) haben bereits zu Abstimmungen im September und Oktober aufgerufen.

Auch die British Medical Association, die NHS-Ärzt*innen vertritt, gibt sich kämpferisch und kündigt Streiks für das Frühjahr 2023 an. Sie fordert 30% mehr Lohn in den nächsten fünf Jahren, will aber auch auf die desaströsen Bedingungen im NHS aufmerksam machen.

Ohnehin steht Großbritannien, das unter der größten Inflation in allen G7-Staaten leide, wohl ein streikreicher Herbst bevor. Die Hafenarbeiter am größten Überseehafen in Felixstowe, die Müllabfuhr in Edinburgh, Post und Bahn haben bereits vorgelegt, nun laufen neben dem NHS auch Urabstimmungen über Streiks bei Leihergewerkschaften, Staatsangestellten und Busfahrern.

»They are not voting for themselves but for their patients and everyone who needs a strong NHS – the service is on its knees and nursing staff have found the courage to stand up.«

Helen Whyley, Geschäftsführerin Royal College of Nursing, Wales

Quellen:

<https://www.tagesschau.de/ausland/europa/truss-aufgaben-101.html>
<https://www.nursingtimes.net/news/workforce/the-situation-with-nurse-pay-and-upcoming-strike-ballots-in-the-uk-17-08-2022/>
<https://www.theguardian.com/society/2022/jul/15/nhs-doctors-strike-is-inevitable-says-new-bma-chair>
<https://www.thesun.co.uk/health/19466224/nurses-nhs-health-workers-pay-row/>
<https://peoplesdispatch.org/2022/07/28/junior-doctors-in-the-uk-protest-government-disregard-and-demand-pay-rise/>
<https://unison-scotland.org/put-nhs-pay-right-2022-23/>

■ Brasilien

Am 5. August fand in São Paulo eine Konferenz für **freie, demokratische und Volksgesundheit** statt. Organisiert wurde die Konferenz von der

Frente pela Vida (Front für das Leben), einer zivilgesellschaftlichen Initiative, die während der Covid 19-Pandemie gegründet wurde, um den Schutz der Bevölkerung vor dem Virus zu fördern. Sie prangerte immer wieder das Leugnen der Pandemie durch die rechte Regierung Bolsonaros an.

Konsens bestand über die Notwendigkeit, das öffentliche Gesundheitssystem (*Sistema Único de Saúde, SUS*) auszufinanzieren und gegen eine Privatisierung anzukämpfen. Unter Bolsonaro war eine Ausgabenobergrenze für das SUS eingeführt worden, die die ohnehin bestehende chronische Unterfinanzierung noch weiter verschärfte.

Außerdem wurden Strategien zur Versorgung bestimmter Bevölkerungsgruppen, wie Frauen, indigene Bevölkerungsgruppen, Menschen mit Behinderung, Menschen aus der LGBTQIA+ Community und Afrobrasilianer*innen diskutiert.

Im Anschluss an die Konferenz wurde Ex-Präsident und Präsidentschaftskandidat Lula (*Arbeiterpartei, PT*) ein Schreiben überreicht, in dem die erarbeiteten Prinzipien für das Gesundheitssystem festgehalten sind, für den Fall, dass er nach der wichtigen Wahl am 2. Oktober Brasiliens neuer Präsident wird.

Quellen:

<https://cee.fiocruz.br/?q=Conferencia-Livre> (Portugiesisch)
<https://peoplesdispatch.org/2022/08/15/brazils-health-workers-vow-to-save-public-healthcare-in-the-country/>
<https://peoplesdispatch.org/2022/09/01/the-most-important-election-in-the-americas-is-in-brazil/>

■ Minnesota (USA)

Auch in den USA kämpfen Beschäftigte des Gesundheitssystems für bessere Arbeitsbedingungen und eine bessere Versorgung ihrer Patient*innen. Ungefähr 15.000 Krankenpfleger*innen der *Minnesota Nurses Association* haben am 15. September einen dreitägigen Warnstreik beendet. Bestreikt wurden 15 Krankenhäuser in zwei Metropolregionen des Bundesstaates Minnesota. Es war der wahrscheinlich längste Streik von Krankenpfleger*innen im privaten Sektor in den USA.

Hintergrund des Streiks sind die Verhandlungen der Gewerkschaft mit den Klinikbetreibern über neue Tarifverträge, die bereits seit sechs Monaten andauern. In den Verhandlungen geht es vor allem um Unterbesetzung und damit einhergehende mangelnde Versorgung der Patient*innen. Die Probleme in Minnesota klingen vertraut: Obwohl es genug ausgebildete Pflegekräfte gibt, fehlen sie in den Krankenhäusern und an den Patient*innenbetten. Denn die derzeitigen Arbeitsbedingungen treiben auch dort immer mehr Pflegekräfte aus ihren Jobs. Der Slogan auf den Plakaten der streikenden Pflegekräfte lautet: »Patients before Profits – Patienten vor Profiten!«

Eine Forderung der Gewerkschaft ist es, dass Vertreter*innen von ihnen bei Personalentscheidungen der Kliniken mit am Tisch sitzen. Obwohl die alten Tarifverträge der Krankenpfleger*innen bereits im Mai und Juli dieses Jahres ausliefen, war es bislang nicht möglich, mit den privaten Krankenhausbetreibern neue Verträge auszuhandeln. Nach dem befristeten Streik kehren die Parteien nun an den Verhandlungstisch zurück und die Gewerkschaft hofft auf ein Einlenken der Klinikbetreiber.

Die Minnesota Nurses Association hat online Namen und Gehälter der Geschäftsführer*innen der Kliniken veröffentlicht. Die betragen das 10 bis 40 fache der Durchschnittsgehälter der examinierten Pflegekräfte.

»We are the ones that are showing all the workers, all across America, how it is to fight and what it means to stand up for your contracts but not only that – stand up for the working people of America«

Mary Turner, Präsidentin der Minnesota Nurses Association

Quellen:

<https://mnnurses.org/15000-nurses-determined-to-win-a-fair-contract-to-put-patients-before-profits-after-historic-strike/>
<https://www.mprnews.org/story/2022/09/15/striking-nurses-hope-to-return-to-bargaining-table-as-strike-ends>

Verein demokratischer Ärzt*innen

**– der Berufsverband für eine soziale Medizin
und eine demokratische Gesellschaft**

Viel zu tun – und noch mehr zu verändern

Es gibt viel zu tun. Nicht nur auf Station, in der Ambulanz, in der Praxis, im Studium. Auch die Bedingungen und Umstände unserer ärztlichen Arbeit müssen angepackt und verändert werden.

Die allermeisten sind sich einig: Vieles läuft im Gesundheitswesen nicht so, wie es sollte. Auf der einen Seite steht das Ziel unserer Arbeit: das körperliche, psychische und soziale Wohlergehen der Menschen. Und als Hürden dahin erleben wir auf der anderen Seite Einsparungen am Personal, fließbandartige Abläufe und Profitorientierung privater Konzerne. Meist bleibt für alles zu wenig Zeit, für die Patient*innen, für uns selbst und erst recht dafür, sich für positive Veränderungen einzusetzen.

verein
demokratischer
ärzt*innen



Außerhalb der Versorgung erleben wir, wie die gesellschaftlichen Verhältnisse die Gesundheit prägen. Menschen leben kränker und sterben früher, weil sie arm und ggf. arbeitslos sind, weil sie psychisch und physisch krankmachenden Lebens-, Wohn- und Arbeitsverhältnissen ausgesetzt sind. Die Gesundheit vieler Menschen wird geschädigt, weil ihnen Ressourcen und Rechte, auch Gesundheitsversorgung, vorenthalten werden, weil sie rassistisch benachteiligt werden, weil sie patriarchale Gewalt erleiden oder den Folgen von Kriegen, Klimakrise und Flucht ausgesetzt sind. Statt fundierter und konsequenter Analysen und kollektiver Lösungsstrategien dominieren individualistische Erklärungsmuster, ein gesellschaftlicher Druck zur Selbstoptimierung und Resignation. Die Auswirkungen dieser sozialen Missstände sehen wir in unserer täglichen Arbeit und sind teils selbst direkt betroffen.

Voneinander lernen – gemeinsam handeln

Im vdäa* haben wir uns zusammengeschlossen, um miteinander zu begreifen, was schief läuft, uns klar zu werden, wie es besser gehen kann und wie wir da hin kommen.

All diese Probleme sind nicht vom Himmel gefallen und sie sind nicht unveränderlich. Warum sind Überstunden die Normalität, wieso müssen wir immer wieder einspringen und mehr arbeiten, teils mehr als legal ist? Warum schaffen wir es nicht, in der Weiterbildung tatsächlich strukturiert zu lernen, sind schon froh, wenn wir alle Aufnahmen, Entlassungen und Untersuchungen geschafft haben, die geplant sind? Warum gibt es so oft eine Kluft zwischen dem, was wir gelernt haben, was der Situation der Patient*innen angemessen wäre, und dem, was tatsächlich gemacht wird? Was sind wirksame Strategien gegen soziale Ungleichheit, Rassismus, Sexismus und wie helfen wir einzelnen Menschen, uns selbst oder Kolleg*innen direkt, wenn sie beleidigt werden oder im Getriebe untergehen?

Viele Fragen. Viel zu tun. Trotzdem – und gerade deswegen – schauen wir den Problemen nicht einfach zu. Wir sind Ärzt*innen aller Fachrichtungen, stationär und ambulant tätig, Zahnärzt*innen, Psychotherapeut*innen und Studierende. Uns eint die Überzeugung, dass positive Veränderungen im Gesundheitswesen und in der Gesellschaft möglich sind und gemeinsam erstritten werden müssen.

Lern uns kennen, werde Mitglied und unterstütze unsere Arbeit oder werde selbst aktiv!

www.vdaee.de | www.facebook.com/vdaee | Twitter: @demokrat_aerzte