

Partnerschaftliches Handeln in psychiatrischen Alltag - Perspektive der stationären Arbeit*

Sehr geehrte Damen und Herren, Sehr geehrte Kolleginnen, Sehr geehrte Kollegen!

Zunächst einmal möchte ich mich bedanken bei den Organisatoren der 21. Jahrestagung der Deutsch-Polnischen Gesellschaft, bei der Leitung des Landschaftsverbands Westfalen/Lippe und besonders bei dem ärztlichen Direktor der LWL-Klinik Paderborn PD Dr. Bernward Vieten für die freundliche Einladung zu ihrer Tagung.

Diese Freude, erstmalig Kontakt mit der Deutsch-Polnischen Gesellschaft für seelische Gesundheit haben zu dürfen, entspringt sehr persönlichen Gründen. Wenn ich berichte, dass ich in Bochum im Ruhrgebiet geboren bin und dort die ersten 20 Jahre meines Lebens verbracht habe, wird daraus schon deutlich, dass ich eine besondere Beziehung zu Polen pflege. Die Großeltern meiner Familie stammen einerseits aus alten Familien Westfalens, andererseits aus Kindern von Familien, die aus dem Gebiet von Posen vor über 100 Jahren ins Ruhrgebiet umgesiedelt sind, um dort Arbeit zu finden. Daraus ergibt sich selbstverständlich, dass meine persönliche Lebensgeschichte und die Geschichte meiner Familie geprägt wurden von Deutsch-Polnischer Partnerschaft und Integration.

Aus diesem sehr persönlichen Grund beglückwünsche ich Sie besonders und von ganzem Herzen zum 20. Jubiläum der Deutsch-Polnischen Gesellschaft für seelische Gesundheit.

Die grenzüberschreitende Aktivität ist immer ein wesentliches Merkmal der Ge-

sellschaft gewesen mit dem Ziel sowohl zur Weiterentwicklung der Psychiatrie in beiden Ländern als auch zur Völkerverständigung in Europa beizutragen. Dies geschah lange bevor die Mitgliedstaaten der Europäischen Union der WHO sich 2005 in Helsinki auf einer Konferenz über psychische Gesundheit darauf verständigt haben, psychische Gesundheit in den Fokus zu setzen und durch die Annahme einer Erklärung und eines Aktionsplanes zum Thema psychische Gesundheit eine politische Selbstverpflichtung für die kommenden 5 – 10 Jahre eingegangen sind. In dieser WHO-Deklaration von Helsinki wird neben 11 anderen Forderungen auch die Partnerschaft über Sektoren hinweg gefordert.

Die europäische Kommission hat Ende 2005 das Grünbuch „Psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern - Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der europäischen Union“ vorgestellt. Ziele sind die Schaffung von Rahmenbedingungen für Austausch und Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten. Dies, liebe Mitglieder der Deutsch-Polnischen Gesellschaft für seelische Gesundheit, haben Sie pro aktiv durch intensiven persönlichen Austausch schon 15 Jahre zuvor begonnen und das ihr Verdienst!

Das Thema meines Vortrags „Partnerschaftliches Handeln im psychiatrischen Alltag – die deutsche Sicht aus der Perspektive der stationären Arbeit“ möchte ich in drei Unterthemen gliedern:

- Partnerschaftliches Arbeiten in der instituti-

onellen Psychiatrie zwischen außer stationären psychiatrischen Diensten und Kliniken

- Partnerschaft im multiprofessionellen Team der Klinik
- Partnerschaft im Dialog mit Patienten und Angehörigen

Partnerschaftliches Arbeiten in der institutionellen Psychiatrie zwischen außer stationären psychiatrischen Diensten und den Kliniken

Infolge der Psychiatrie-Enquête, die 1975 die strukturellen, fachlichen und menschlichen Missstände der Nachkriegspsychiatrie aufgezeigt hat und nach dem Bericht der Expertenkommission 1988 ist es in weiten Teilen in der Bundesrepublik gelungen, die psychiatrische Versorgung stark umzustrukturieren.

- Die Enthospitalisierung von chronisch Kranken ist erfolgt, so dass die stationären Betten von 110000 (1972) auf 54.000 (2004) inklusive 10.000 Tagesklinikplätzen reduziert werden konnte.

- Die Dezentralisierung wurde abgebaut, d. h. große Fachkliniken in ihrer Bettenzahl reduziert. Mittlerweile erfolgt die klinisch psychiatrische Versorgung durch 217 Fachkliniken, die mit wenigen Ausnahmen nicht mehr als 200 – 300 Betten vorhalten und ebenso viele Abteilungen an Allgemein-Krankenhäusern (217).

- Die Forderung nach Regionalisierung der psychiatrisch klinischen Versorgung führte dazu, dass in allen Bundesländern, die Kliniken die Pflichtversorgung für eine definierte Regionen übernommen haben.

- In den Kliniken selbst erfolgte eine Differenzierung mit Spezialstationen für Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie, Gerontopsychiatrie, Suchtmedizin und weiteren störungsspezifische Angebote.

- Parallel dazu wurden mehr als 10.000 Tageskliniken aufgebaut, so dass im Durchschnitt ca. 20 Prozent der stationären Betten in tagesklinische Plätze umgewandelt wurden.

- Alle psychiatrischen Fachkliniken und Ab-

teilungen in Allgemeinkrankenhäusern verfügen über eine Institutsambulanz, die die ambulante Behandlung von chronisch-psychisch Kranken sicherstellen und zur Kürzung bzw. Vermeidung von stationären Aufenthalten beitragen.

- Die Verweildauer reduzierte sich von über 200 Tagen (1972) auf im Durchschnitt 24 Tage (2007).

- Ein differenziertes Spektrum von außerstationären Angeboten wie therapeutische Wohngemeinschaft, betreutes Einzelwohnen, Tagesstätten, Kontakt- und Beratungsstellen, sozialpsychiatrische Dienste haben die außerklinische psychiatrische Behandlung und Betreuung übernommen.

Für die ambulante Behandlung stehen in Deutschland über 4000 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie 12000 ambulant tätige Psychologen zur Verfügung.

In der Gesamtsicht scheinen die außerstationären und stationären Angebote überaus umfassend. Leider muss betont werden, dass in einzelnen Regionen und besonders betrachtet vom einzelnen Patienten aus es weiterhin beklagenswerte Defizite gibt.

Als Ursache ist vor allem Folgendes zu nennen:

1. Es besteht ein erheblicher Unterschied zwischen Großstädten und Ballungsräumen und ländlichen Regionen sowie ein Unterschied zwischen neuen und alten Bundesländern (Ost/West-Deutschland).

2. Die differenzierten außerstationären und stationären Angebote werden in Deutschland gesetzlich bedingt und durch unterschiedliche Kostenträger finanziert. Stationäre und ambulante medizinische Angebote werden durch das Sozialgesetzbuch V geregelt und durch die Krankenkassen finanziert. So genannte außerstationäre Einrichtungen durch das Sozialgesetzbuch VII. In der Regel bedeutet dies, dass die kommunalen oder überregionalen Sozialhilfe-Träger zur Finanzierung verpflichtet sind. Rehabilitative Angebote sowohl medizinische als auch Arbeitsrehabilitation hingegen werden durch die Rentenversicherungsträger finanziert.

Dieses fraktionierte Finanzierungssystem führt dazu, dass durch Optimierung der betriebswirtschaftlichen Ergebnisse verbunden mit Ten-

denzen ständiger Kürzungen in den einzelnen Bereichen die notwendige Kooperation und Koordination in der gemeinsamen Verantwortung des psychiatrischen Hilfesystems negativ beeinflusst wird.

Trotz dieser kritischen Anmerkungen ist festzustellen, dass in den letzten 20 Jahren ein Paradigmenwechsel in der psychiatrischen Versorgung stattgefunden hat, der durch die Stichworte

- ambulante Behandlung vor teilstationärer Behandlung, teilstationäre Behandlung vor stationärer Behandlung
- Teilhabe am Leben
- Selbstbestimmung ermöglichen gekennzeichnet ist.

Gemeindepsychiatrischer Verbund

In vielen Regionen ist eine erfolgreiche Umsetzung einer integrierten Gemeindepsychiatrie vollzogen worden. Krankenhäuser und außerstationäre Einrichtungen haben gelernt, über den Tellerrand hinweg zu schauen, sich über institutionelle Interessen hinwegzusetzen und bereit zu sein, gemeinsam über sinnvolle Weiterentwicklungen nachzudenken. Die immer wieder beklagte Ressourcenknappheit erweist sich in diesem Sinne auch als Chance, da sie zu der Erkenntnis führt, eigene Interessen und gewohnte Bahnen zu verlassen. Neben Kooperationen haben sich in allen Bundesländern, wenn auch auf unterschiedliche Weise gemeindepsychiatrische Verbände entwickelt, die zu verbindlichen funktionalen vertragsfähigen Einheiten verschmelzen.

Die Betonung der gemeindepsychiatrischen Verbände liegt auf der Gemeinsamkeit des Handelns in einer definierten Region mit dem Ziel, eine möglichst schnittstellenfreie Versorgung zwischen der stationären, ambulanten außerstationären Versorgung zu gewährleisten.

In Rahmenverträgen sind

- Sozialpsychiatrischer Dienst,
- Institutsambulanz,
- Tageskliniken,
- ambulante psychiatrische Pflege,
- ambulante Soziotherapie,
- Ergotherapiepraxen,
- Werkstattplätze,
- ambulant betreute Wohnangebote

- sowie die Klinik verbindlich vernetzt.

Wichtigste Zielgruppe der gemeindepsychiatrischen Zentren sind chronisch-psychisch Kranke, besonders psychosekranke Menschen, bipolar-affektive Psychosen oder Borderline - Persönlichkeitsstörungen.

Für die Zukunft bleibt zu hoffen, dass neben fundierten fachlichen Erwägungen auch die immer knapper werdenden Ressourcen, die Träger der verschiedenen außerstationären und klinischen Einrichtungen motiviert, weitere gemeindepsychiatrische Verbände zu gründen bzw. bei den schon bestehenden schnittstellenfreie Behandlungs- und Versorgungspfade für die einzelnen Patienten zu entwickeln.

Integrierte Versorgung

Durch das mit der Gesundheitsreform 2004 eingeführte Instrument der Integrierten Versorgung besteht für die Krankenkassen gemäß § 140 a – d SGB V die Möglichkeit sektorübergreifende, d. h. ambulant stationäre Versorgungsverträge mit unterschiedlichen Leistungserbringern abzuschließen. Dazu zählen Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen,

Haus- und Fachärzte, aber auch ambulante psychiatrische Pflege, ambulante Soziotherapie. Dadurch sollen interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgungsnetze mit abgestimmten Leistungspaketen entstehen.

Die Chancen mit Hilfe von integrierten Versorgungsmodellen besonders für psychisch kranke Menschen, denen es häufig schwer fällt aus den vielen Angeboten die richtigen für sie herauszusuchen und denen vor allem auch der Antrieb fehlt, diese für sich zu nutzen, werden durch integrierte Versorgungsmodelle erhöht.

Für die Kliniken und außerstationären ambulanten Einrichtungen bietet sich die Chance, sektoren- und einrichtungsübergreifend Komplexleistungen für die psychisch Erkrankten anzubieten, die zur Optimierung der psychiatrischen Versorgung beitragen können.

Leider sind seit 2004 von über 5000 integrierten Versorgungsverträgen ca. 100 im psychiatrischen Fachgebiet geschlossen worden. Dies lag offensichtlich an der bisherigen Zurückhaltung der Krankenkassen, scheint aber mit dem zunehmenden Kostendruck vermehrt zu neuen Initiativen zu führen. Leider sind im Bereich der

integrierten Versorgung nur psy-chiatrische Angebote berücksichtigt, die von den Krankenkassen finanziert werden. Angebote, wie Betreutes Wohnen, Tagesstrukturierung sind bisher nicht vorgesehen. Dies gilt es in den nächsten Jahren weiter zu entwickeln.

Aus Sicht der Kliniken haben wir in den letzten 20 Jahren gelernt, den Auf- und Ausbau außerstationärer, komplementärer psychiatrischer Dienste anzuerkennen, unsere eigene Dominanz zu überwinden und die Versorgung unserer Patienten in partnerschaftlicher Bezugnahme aufeinander abzustimmen. Konkurrenz und Abgrenzung gegeneinander sind gewichen, Kooperation und Integration der unterschiedlichen Sektoren der Versorgung und ein grenzüberschreitendes Fallverständnis hat sich entwickelt.

Partnerschaft im multiprofessionellen Team der Klinik

Ebenso infolge der Psychiatriereform wurde 1991 die Psychiatriepersonalverordnung vom Gesetzgeber eingeführt. Ziel der Psychiatriepersonalverordnung war es, ausreichendes und qualifiziertes Personal für die psychiatrischen Kliniken sicher zu stellen und darüber hinaus erforderliche konzeptionelle, organisatorische und strukturelle Veränderungen zu beschreiben.

Die Verordnung sollte auch dazu dienen, in der Psychiatrie eine qualitätsvolle Therapie zu ermöglichen, die die Patienten befähigt, möglichst schnell außerhalb stationärer Einrichtungen ihr Leben weitgehend selbst zu gestalten, sie also wieder in die Gesellschaft einzugliedern. Auch orientierte sie sich an dem Ziel der wohnortnahen psychiatrischen Versorgung für alle psychisch Kranken, also auch für die chronisch und schwer Kranken. Psychiatrische Kliniken sollten befähigt werden, Patienten unter Berücksichtigung der individuellen Verlaufsform ihrer Erkrankung, ihrer Persönlichkeit und ihrer Biographie sowie der konkreten häuslichen und beruflichen Situation zu behandeln.

Das zugrundeliegende mehrdimensionale Krankheitskonzept, dass die Wechselwirkung von somatischen, psychisch biographischen

und sozialen Dimensionen in der Behandlung und im Krankheitsverlauf berücksichtigt, forderte deshalb eine Therapie durch ein multiprofessionelles Team.

In der Umsetzung der Psychiatriepersonalverordnung erhöhte sich die Zahl des klinischen Personals von 1991 bis 1995 um 25 %. Neben Ärzten, Krankenpflegepersonal erhöhte sich die Zahl der Diplompsychologen, Ergotherapeuten, Bewegungstherapeuten und Krankengymnasten, Sozialarbeiter und Sozialpädagogen.

Zielgerichtete stationäre psychiatrische Behandlung erfordert intensive Abstimmung. Teamarbeit in diesem Sinne ist also ein konstituierendes Merkmal klinischer teil- und stationärer Behandlung. Hilfreich bei der Entwicklung der multiprofessionellen Teams war es, dass durch Regelaufgaben, Tätigkeitsprofile jede Berufsgruppe fest umschriebene ihrer Fachlichkeit entsprechende Verantwortlichkeit in der multiprofessionellen Behandlung erhielt. Auch wenn die Art und Ausrichtung der unterschiedlichen Behandlungskomponenten auf das Behandlungsziel ärztlich verantwortlich ist, verantworten die verschiedenen Berufsgruppen mit ihrer unterschiedlichen fachlichen Expertise gleichberechtigt und auf Augenhöhe miteinander. Gemeinsame Visiten, tägliche Übergaben, Fallbesprechungen sichern die Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen im multiprofessionellen Team.

Entsprechend dem hohen Abstimmungsbedarf aber auch wegen des hohen Stellenwerts der Beziehungsebene in der therapeutischen Arbeit mit Patienten erhalten die Teams externe Teamsupervisionen und an vielen Orten auch die Möglichkeit der Teilnahme an Balintgruppen.

Krankenhausbehandlung ist aus heutiger Sicht eine multipersonale Teambehandlung. Aus den Erfahrungen der therapeutischen Gemeinschaft (Main 1946) ist das gesamte Krankenhaus als therapeutisches Setting zu sehen. Die Behandlung geschieht immer durch eine Gruppe von Therapeuten, ist also eine Teambehandlung. Die einzelnen Beziehungen und Verhaltensweisen zum Beispiel zum Arzt muss immer im Zusammenhang mit der Beziehung zu anderen Patienten gesehen werden. Daher müssen Prozesse im Team regelmäßig reflek-

tiert, eine Atmosphäre der Offenheit, ein Gefühl der Sicherheit vermittelt, aber auch Konfliktbereiche erkannt und geklärt werden.

Die Art und Weise der Interaktion zwischen den einzelnen Mitgliedern eines Behandlungsteams ist wesentliches Modell für die Interaktion mit den Patienten bzw. auch Modell für die Patienten, neue Erfahrungen in Beziehungen zu machen und neue Verhaltensweisen zu üben.

Bei der unbestrittenen Wichtigkeit eine qualitätsvolle Teamarbeit zu organisieren, stellt sich im Rahmen von Teamentwicklungen die Frage, wie sich die einzelnen Berufsgruppen zur Teamarbeit motivieren, wie sich in Teams Kooperation und Partnerschaft organisieren lassen.

Neben den in allen Kliniken eingeführten Instrumenten wie innerbetriebliche Fortbildung für alle Berufsgruppen, Fallbesprechungen, Supervisionen erscheint mir neben der individuellen Personalentwicklung eine strukturierte und geplante Teamentwicklung wesentlich. Klare Beschreibung der Aufgaben und Prozesse sowie Organisationsanweisungen geben formal zunächst eine gewisse Sicherheit. Darüber hinaus ist es wichtig, gerade auf Akutstationen, auf denen es häufig zu Aggressivität und Gewalt kommt, Maßnahmen zur Deeskalation zu trainieren und dabei krisenzeitnahe Teambesprechungen zur Analyse aber auch zur psychischen Entlastung durchzuführen. Dabei ist es wesentlich, dass Teammitglieder untereinander persönlich gleichwertig agieren können, obwohl ihre Aufgabenstellungen differieren. Freie Kommunikation untereinander und offener Austausch von Informationen und belastenden Gefühlen müssen in der Teamatmosphäre durch die Leitung gesichert sein.

Die Leiter der Teams bzw. der Klinik sollten ihre Aufgabe darin sehen, Konflikte zu begrenzen, die Integrität des Teams zu gewährleisten, damit Lernprozesse fortschreiten können. Transparenz, Offenheit, Sicherheit und Konfliktbereitschaft sollten Teamkultur – Klinikkultur werden. Vor allem ist die gegenseitige Anerkennung der Teammitglieder in ihrer Persönlichkeit und in ihrer spezifischen Fachlichkeit gleich ob sie am Anfang ihrer Ausbildung oder erfahren sind, zu fördern.

In vielen Kliniken sind mittlerweile fachlich

kompetente und selbstbewusste multiprofessionelle Teams entstanden. Besonders junge Ärzte schätzen es in der Psychiatrie in qualifizierten multiprofessionellen Teams zu arbeiten, die nicht, wie noch häufig in der somatischen Medizin, streng vertikal hierarchisch arztbetont geleitet werden. Dies gilt es in Zukunft weiter zu fördern. Das macht aus meiner Sicht das Arbeiten in der Psychiatrie besonders attraktiv. In der Zukunft werden sich Fragen stellen, wie die Delegation von Tätigkeiten, zum Beispiel ärztlich therapeutische Tätigkeiten auf anderen Berufsgruppen wie qualifiziertes Pflegepersonal, Sozialarbeiter realisiert werden kann. Auch die Akademisierung der nichtärztlichen Berufsgruppen mit Studiengängen, die als Bachelor oder Master abschließen, werden weiteren Entwicklungen der multiprofessionellen Teamarbeit Impulse geben.

Partnerschaft im Dialog mit Patienten und Angehörigen

Viele psychisch Kranke leben in ihren Familien. Für viele Angehörige ist es ganz selbstverständlich, sich um die betroffenen Familienmitgliedern zu kümmern. Häufig sind sie in dieser Situation überfordert, isoliert, allein gelassen. Seit den 80er Jahren ist eine Angehörigenbewegung entstanden, die mittlerweile in Landesverbänden und im Bundesverband organisiert ist. In den Angehörigengruppen finden die Angehörigen gegenseitige Stärkung, sie informieren über Krankheiten und Therapien, entlasten und unterstützen sich gegenseitig.

In allen Bundesländern sind die Angehörigen psychischer Kranker in Psychiatriebeiräten und setzen sich für die Verbesserung der psychosozialen Versorgung in Gremien bei den Krankenkassen in der Politik ein.

Erst in den 90er Jahren entstanden Selbstorganisationen, Selbsthilfegruppen der Psychiatrieerfahrenen. Inzwischen gibt es in jedem Bundesland Selbsthilfeverbände sowie den Bundesverband Psychiatrieerfahrener. Psychiatrieerfahrene sind akzeptierte Gesprächspartner, sie geben wertvolle Anregungen für die Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und

wirken in Beiräten, Besuchskommissionen und Projektgruppen mit, sie helfen Betroffenen mit Informationen und konkreter Unterstützung, beraten in ihrer Erkrankung, in den Therapien und in alternativen Behandlungsmöglichkeiten. Viele Bundesländer fördern die Arbeit der Organisation Psychiatrieerfahrener mit finanziellen Mitteln.

Angehörigenbewegung und Psychiatrieerfahrene sind zwei neue Kräfte, die die traditionelle Rollenverteilung im Feld der Psychiatrie von Grund auf in Frage gestellt haben. Sie fordern den partnerschaftlichen Dialog, wollen als Co-Experten mit ihren Kenntnissen, Erfahrungen, Bedürfnissen und Forderungen gehört und ernst genommen werden. Von psychiatrisch Tätigen wird eine neue Rolle erwartet: Verhandeln statt Behandeln.

In den letzten 25 Jahren sind die Professionellen in der Psychiatrie nennenswert darin vorangekommen, die Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen nicht als Objekte ihrer Tätigkeit, sondern als gleichberechtigte Subjekte wahrzunehmen. Begegnungen auf gleicher Augenhöhe, offener gleichberechtigter Umgang, wann und soweit immer möglich haben sich entwickelt. Selbstbewusste kritische Angehörige und Psychiatrieerfahrene als Gegenüber ließ eine neue Art der Beziehung entstehen, die den partnerschaftlichen Dialog einfordert.

Als einige Beispiele für eine veränderte Beziehungsqualität und Rollenverteilung in der psychiatrischen Arbeit im Sinne des Dialogs seien beispielhaft Angehörigengruppen, Angehörigenvisiten, Psychoseerfahrungsgruppen, Psychoseseminare mit Betroffenen, Angehörigen und Professionellen genannt.

Geprägt sind die neuen Angebote durch hohen Respekt vor den subjektiven Erfahrungen, Kenntnissen und Deutungen von Angehörigen und Betroffenen. Umgekehrt haben Betroffene ein Recht darauf, an dem Wissen der Experten zu partizipieren und davon zu profitieren.

Gelebte Partnerschaft mit den Psychiatrieerfahrenen zeigt sich besonders in Behand-

lungsvereinbarungen, die zwischen Behandlern und Betroffenen als prospektive vertrauensbildende Maßnahme geschaffen werden. Ziel ist es, dass ehemalige Patienten als Vertragspartner gegenüber der Klinik auftreten und aus ihren Erfahrungen von vorangegangenen Klinikaufhalten Absprachen treffen, wie sie bei einer erneuten Klinikaufnahme angemessen behandelt und begleitet werden können. Von der Projektgruppe Behandlungsvereinbarung wurde 2001 eine Studie durchgeführt, die nachwies, dass die kumulative stationäre Behandlungsdauer nach Abschließen einer Behandlungsvereinbarung um 40 % zurückging.

Psychoseminare sind erstmals 1989 in Hamburg-Eppendorf durchgeführt worden. Inzwischen sind sie in mehr als 100 Orten in Deutschland verwirklicht. An ihnen nehmen Psychiatrieerfahrene, Angehörige und Professionelle teil. Die Teilnehmer versuchen gemeinsam ihr Bild und Verständnis von Psychosen zu erweitern und zu klären, welche Hilfen und Unterstützung angemessen sind. Sie lernen von einander – Dialog im ursprünglichsten Sinne.

Zusammenfassend ist die Begegnung mit Patienten und Angehörigen auf Augenhöhe als dialogische Zusammenarbeit ein wesentliches Kennzeichen in der Entwicklung der Psychiatrie in den letzten 20 Jahren gewesen. Ebenso wie in der Gremien- und politischen Arbeit, genießen Betroffene und Angehörigenverbände einen hohen Stellenwert in der Bevölkerung und bei der Politik. Dennoch gibt es vor Ort in den einzelnen Kliniken sicher Weiterentwicklungsbedarf. Eine Psychiatrieerfahrene hat mit vor kurzem gesagt: „Ist es nicht vielleicht doch eher so, dass es den Dialog nur auf Tagungen und Seminaren gibt, während er am Alltag schlicht und ergreifend vorbeigeht?“ Für psychiatrisch Professionelle stellt gleichberechtigte Beziehung von Subjekt zu Subjekt und der Dialog eine große Herausforderung dar und ist zugleich ein Prüfstein für die Qualität der Arbeit, dem wir uns kontinuierlich auch in der Zukunft stellen müssen.