

# **Geleitwort**

## **Hinterm Horizont geht's weiter ... Kollegiale Anmerkungen von einer »Insel des Glücks«<sup>1</sup>**

*Michael Buscher*

Klaus Hennicke bleibt Mahner und appelliert an die professionelle Gemeinde, nun doch endlich Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderungen die Unterstützung zu gewähren, die ihren Altersgenossen ganz selbstverständlich zuteilwird. Grundlage ist eine ganzheitliche und gleichwohl differenzierte Diagnostik im Miteinander – und damit eben nicht von oben herab. Es geht um die Suche nach Potentialen ebenso wie nach Bereichen, für die es spezifischer Unterstützung bedarf, und zwar sowohl individuell als auch sozialfeldbezogen. Und dann geht es darum, alle an einen Tisch zu bringen, die aufgrund ihrer Verbundenheit, ihrer Verantwortlichkeit und ihrer Expertise einen Beitrag für gute Lösungen leisten wollen.

Kaum jemand hat sich wie Klaus Hennicke in den verschiedensten professionellen Feldern bewegt: in der Psychiatrie, in einer großen Einrichtung der Behindertenhilfe, im kinder- und jugendpsychiatrischen Dienst, in der akademischen Ausbildung von Heil- und Sonderpädagogen, als Vortragender auf Fachkongressen, insbesondere auch denen der Selbsthilfe, immer wieder in engem Kontakt mit Lehrern und anderen Fachpädagogen.

Bezugspunkt bleibt die enge Zusammenarbeit mit den Familien auf der Basis von Wertschätzung und jener Form von Respekt, die erlaubt, auch Schwieriges anzusprechen, auch damit aufgehoben zu sein, und die Trauer um Nicht-Erreichtes und Nicht-Erreichbares nicht unter einem Blumengrab kaschiert.

Um ergänzende, auch kritische Anmerkungen gebeten, seien auf dem Hintergrund einer viele Jahre währenden lernenden Verbundenheit einige Gedanken

---

<sup>1</sup> »Insel des Glücks« übertitelte der Autor einen Vortrag anlässlich der Verabschiedung von Michael Buscher als Chefarzt an der LVR-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Viersen. Mit diesem Bild sollte sowohl die hervorragende Leistung der Abteilung für intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche gewürdigt, als auch grundsätzlich die besonderen diagnostischen und therapeutischen Ressourcen einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie betont werden, denen gegenüber sich ambulante Dienste – so das Bild – in einem stürmischen Meer voller unsicherer Strömungen befinden.

aus Sicht eines ehemaligen kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungsarztes dargestellt.

### **Klagen allein ändert nichts**

Zu anderen als klinisch-psychiatrischen professionellen Arbeitsfeldern vermag ich weniger zu sagen, aber das Ansehen derer, die sich in den Kliniken mit Fragen von Behinderung befassten, war nicht gerade hoch. Es gab ziemlich »normale« Vorurteile, sogar Mitleid. Irgendwie schien das Gefälle, das unsere Klienten spürten, auf die, die mit ihnen zu tun hatten, abzufärben.

Als eine Jammerkultur nicht weiterhalf, entschlossen wir uns, unser Selbstwertgefühl zu steigern. So waren wir keineswegs der Meinung, dass beispielsweise Therapie in unserem Kontext nicht möglich sei. Im Gegenteil: Sie war lediglich viel komplexer und erforderte mehr Fachwissen. Es gab also gute Gründe, auf unsere Arbeit stolz zu sein.

Folgerichtig waren immer mehr Kolleginnen und Kollegen daran interessiert, bei uns zu arbeiten – trotz des damals kaum abbildbaren Mehraufwands. Dafür war es aber auch spannender.

Wenn wir also Kinder und Jugendliche zusammen mit ihren Familien auf dem Weg zu mehr Selbstverleben unterstützen wollen, sind wir – so scheint mir – gut beraten, wenn wir auf der Basis eigener Expertise, der Freude an der Gestaltung von Verantwortungsräumen und auch Stolz innerhalb und außerhalb unserer Einrichtung aufeinander zugehen.

Dies ist fernab von Über- und Unterlegenheitsszenarien, die es, wie ich hörte, immer noch gibt, und die so wenig bewirken.

### **Es geht nur mit Mannschaftsspiel auf Augenhöhe**

Blicke verstellen sich vor allem dann, wenn sie den Anspruch auf Ausschließlichkeit haben. Unsere Klinik hatte sich systemischen Konzepten verschrieben. Im Kern lag – was unsere Aufgabe anging – der Gewinn in der Überzeugung, dass wir deutlich erfolgreicher sind, wenn wir unsere Unterschiedlichkeit nutzen. Das bedeutete auch, einen rigiden medizinischen Führungsanspruch aufzugeben, der gerade im Umgang mit Menschen mit Intelligenzminderung häufig inhaltsleer war, und anstelle dessen voneinander zu lernen. So waren es auch in den frühen Jahren nicht die Neuroleptika, die das Stationsklima änderten, sondern die Impulse von Erzieherinnen, die zusammen mit mutigen Mitarbeitenden der Pflege gegen oft erheblichen Widerstand starre Reglementierungsregimes durch einen deutlich wertschätzenderen, auf Verstehen gerichteten Umgang ersetzten. Ein weiterer Gewinn lag in der prägenden Rolle, die die meist fallführenden Psychologen und Pädagogen in der Abteilung hatten. Sie leiteten therapeutisch viele Stationen. Außerdem verfügten wir über eine engagierte Krankenhaussschule, in der Sonderpädagogen allein und zunehmend eben auch zusammen mit uns neue Wege gingen.

All das führte zu einem vertieften Verständnis dessen, was uns und die Kinder und Jugendlichen in ihren Familien oder Einrichtungen bewegte.

Bis heute ist für mich überraschend, dass all das, was an malignen Abgrenzungskämpfen zwischen Berufsgruppen beschrieben wird, in der Klinik kaum spürbar war. Ohne unser Miteinander hätten wir nichts erreicht. Die gemeinsame Kultur muss immer wieder neu erstritten, konkret gestaltet und von den Leitungen präsent unterstützt werden. Im Verlauf eines Aufenthaltes treten übrigens professionelle Teilespekte zu unterschiedlichen Zeiten sehr unterschiedlich zutage. Übergänge sind fließend. So mag bei einer floriden psychiatrischen Entwicklung zunächst eher »psychiatrisches« Denken im Vordergrund stehen. Mit zunehmender Stabilität geht es dann wieder um entwicklungsorientiert »Pädagogisches«.

Es wäre doch wunderbar, wenn in Entwicklungsfragen kompetente Pädagogen Verhalten als im Rahmen einer spezifischen Entwicklung als zwar krisenhaft, aber normal erklären könnten. Aufgrund ihrer Expertise erscheinen die »Symptome« nachvollziehbar, die vom Psychiater als Zeichen einer psychischen »Erkrankung« gewertet und schlimmstenfalls fehlgedeutet werden könnten. Umgekehrt kann der Psychiater einzuschätzen helfen, wann gezeigtes Verhalten Qualitäten annimmt, die allein durch pädagogische Maßnahmen schwer beeinflussbar sind. In einem achtsamen Miteinander können Positionen nebeneinander stehen, greifen Hilfen ineinander.

Ich gebe zu, dass hier Kliniken sehr privilegiert sind. Fallbezogene Austauschforen sind jedoch auch anderswo möglich. Diesbezüglich bin ich tendenziell optimistischer als Klaus Hennicke und würde anregen, ein nächstes Buch über die Kultur des Gelingens zu schreiben, eine Kultur, die es auch jetzt schon gibt – nicht immer, aber immer öfter.

### **Mit Humor geht's besser**

Viele Menschen sind überzeugt, dass in der Arbeit mit Menschen mit Behinderungen eine besondere Fürsorglichkeit, mehr Vorsicht, mehr Mitleid vonnöten sei.

Irgendwie ist an all dem etwas dran, aber es ist auch furchtbar und führt zu einer seltsamen Käseglockenkultur. Wir haben die Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen als durchaus kreative, teils schlitzohrige, manchmal – wie bei allen anderen Menschen auch – bösartige Menschen erlebt, Menschen mit eigenem Humor und vielen Potentialen. Wir hatten Spaß, mit ihnen zu arbeiten, besser noch Freude. Samthandschuhe waren überflüssig, auch unter uns. Es darf heftig gelacht werden, gern auch über sich selbst.

### **Mit dem Scheitern leben**

Psychosoziale Helfer begegnen sich nicht selten mit enorm hohen, moralisch unterlegten Ansprüchen. Nun ist selbstverständlich, dass man vom Anderen Leistungen erwarten kann, die seiner Professionalität entsprechen. Das schließt je-

doch Scheitern nicht aus. Häufig begegnen wir uns in extrem belastenden Problemlagen. Immer wieder werden wir scheitern, und wir sollten lernen, uns hierüber mit Professionellen ebenso wie mit Betroffenen auszutauschen. Es wäre wunderbar, wenn man von gegenseitigen überhöhten Ansprüchen (»Scheiterfählen«) wegkäme.

Viele Familien sind erleichtert, wenn sie uns und andere Einrichtungen in den gleichen Schwierigkeiten sehen, die sie selbst haben. Nicht, dass ich mir unser gelegentliches Scheitern herbeigewünscht hätte, aber ich hatte nie das Gefühl, blamiert zu sein. Im Gegenteil: Auf irgendeine Weise ging es dann doch weiter – weil sich ein neuer Blick öffnete, weil die Familien uns intensiver unterstützten, weil es ein Muss ständiger Verbesserung nicht gibt.

### **Voneinander lernen**

Auch wenn ich mich der Gefahr fehlender Seriosität aussetze: Meine Erfahrung ist, dass Lernen am besten gelingt, wenn wir uns etwas erzählen, nicht wenn wir uns belehren. Es ist ein zähes Geschäft, andere davon zu überzeugen, was in ihrem Kontext richtig ist. Zweifelsfrei kann das in manchen Fällen gelingen, nicht selten scheitert es aber. Mir schien meist hilfreicher, mich darauf zu konzentrieren, was wir bei uns differenziert beobachtet hatten, was unter unseren Bedingungen gelang und was misslang. Und natürlich ist das etwas anderes als Plauderei, weil es hier um eine Erzählung auf dem Hintergrund professioneller oder multiprofessioneller Erfahrung geht. Mein Eindruck war, dass meine Gesprächspartner viel häufiger etwas für sie Nützliches »mitnehmen« konnten als bei meinen Versuchen, sie zu beeinflussen.

Gegenseitiges Lernen gelingt auch leichter, wenn man dem Gegenüber das Gefühl gibt, dass das Aufsuchen beispielsweise der Klinik kein Zeichen von Versagen, sondern eher ein verantwortungsvoller Akt ist und Veränderung bereits durch die Art der Zuweisung in Gang gesetzt wurde.

Aus Sorge vor Missverständnissen noch eine Ergänzung: Erzählungen in psychiatrischen Kliniken sollten sich immer, wenn das hilfreich ist (für Kooperationspartner ebenso wie für Familien), eines sehr umfassenden psychiatrischen Wissens bedienen können und dieses auch anderen zugänglich machen. Dieses Wissen gerät in Dialog mit anderen Kompetenzen und Kompetenzen anderer. Die Nützlichkeit für die Kinder und Jugendlichen entscheiden dann diese und ihre Bezugssysteme aufgrund eigener Expertise.

Übrigens hatte unsere spezialisierte Abteilung nie den Impuls, die Klinik zu »verlassen«. Die Vielfalt des klinischen Angebots einer großen Versorgungsklinik ermöglichte einerseits inklusives Handeln (gemeinsame Feste und Freizeitangebote), andererseits war immer wieder hilfreich, sich auch der Kompetenzen anderer Bereiche zu bedienen. Isolierten Klinikangeboten nur für Menschen mit Intelligenzminderung stünden wir eher skeptisch gegenüber.

## Den Aufbruch nutzen

Kliniken befinden sich im Wandel. Ihre Träger erwarten regionale Netzwerkstrukturen, am liebsten auch vielfältige Kooperationsvereinbarungen. Letztere sind gut für das Image, bleiben aber nach Verabschiedung häufig hohl. Jeder kennt die Vielfalt lähmender Arbeitskreise. Es bedarf also sehr konkreter individualisierter Kooperationsformen. Nahezu überall gibt es mittlerweile aufsuchende Angebote und jetzt auch zunehmend die stationsäquivalente Behandlung im Herkunftscontext. Die Angebote sind sehr personalintensiv und müssen entsprechend honoriert werden. Uns wunderte immer wieder, mit welchem Engagement beispielsweise Sonderpädagogen an den Therapieprozessen der Klinik teilnahmen und was Einrichtungen möglich machten. Umgekehrt besuchten Kollegen Schulen und Einrichtungen; gemeinsam wurden Fälle besprochen. Vieles befindet sich noch in den Anfängen und hängt vom individuellen Engagement der Beteiligten ab.

Notwendig erscheint ein universitäres Forschungsprojekt, das neue Versorgungsprojekte begleitet und deren Fortentwicklung aktiv unterstützt.

## Herausforderungen

Die im Buch vorgenommene Akzentuierung des Umgangs mit herausfordern dem Verhalten kann zur Falle werden. Verdienstvoll ist sicherlich, sich dem schwierigsten Themenfeld zu stellen. Andererseits besteht die Gefahr der Vernachlässigung vielfältiger, nicht unter diese Etikette fallender Erscheinungsformen psychischer Not, für deren Bewältigung die Psychiatrie Hilfen anbieten kann (wie andere Disziplinen auch, aber eben basierend auf dem Hintergrund jahrzehntelanger Erfahrungen mit psychischen »Verstörungen«) und bei denen Kooperationen leichter gelingen. Herausfordernde Verhaltensweisen sind häufig mit »very« expressed emotions in den beteiligten Helfersystemen verbunden. Nun soll Menschen mit Intelligenzminderungen ein vergleichbares Krisenangebot zur Verfügung stehen, wie allen anderen auch.

Deshalb ist beispielsweise unakzeptabel, wenn Kliniken teilstationäre oder stationäre Behandlung vorenthalten mit dem Hinweis, dass ambulante Therapie sinnvoller sei. Würde man der Argumentation folgen, könnten ohne Zweifel auch viele »normal« intelligente Kinder und Jugendliche ambulant behandelt werden.

Herausforderndes Verhalten führt nun keinesfalls automatisch zur Zuständigkeit der Psychiatrie, genauso wenig, wie herausforderndes Verhalten sog. normal intelligenter Kinder und Jugendlicher nicht automatisch in die Psychiatrie führt. Leider gibt es einen erheblichen Mangel an Angeboten für die Betroffenen. Schiebereien der Verantwortlichkeit und mangelnde Plätze steigern die Belastung der Familien enorm. Die primäre Zuständigkeit der Psychiatrie ergibt sich erst, wenn herausforderndes Verhalten zusammen mit dem auftritt, was als psychiatrische Störung festgelegt ist. Alles andere ist nicht primäre Aufgabe der Krankenhäuser.

Dennoch besteht die Notwendigkeit eines frühen Austauschs. Immer wieder lag der Hintergrund der Herausforderungen in Störungen, die wir beispielsweise als Psychose oder schwere Angst- und Zwangsstörung einschätzten. Das sind zweifellos Belastungen, die von psychiatrischer Expertise profitieren.

Psychiatrische Expertise ist m. E. kein Monopol von Ärzten. Kinder- und Jugendpsychiatrie verstehe ich als multiprofessionelle Disziplin. So haben wir immer wieder erlebt, dass zu Beginn ihrer Tätigkeit gerade gut ausgebildete Psychologen und Pädagogen ein deutlich differenzierteres Wissen mitbrachten als ihre ärztlichen Kollegen. Therapeutische Leitungen wurden von denjenigen wahrgenommen, die die meiste Erfahrung hatten – unabhängig von der Berufsgruppe. Bedauerlich, dass sich multidisziplinäre Vielfalt immer noch nicht in den Leitungsgremien von Kliniken abbildet.

Andererseits müssen Kliniken sich wehren, wenn die Herausforderungen andere als psychiatrische Gründe haben. Intelligenzminderung heißt nicht per se Schuldunfähigkeit und Aggressivität fällt nicht nur deshalb in die Zuständigkeit der Psychiatrie, weil alternative Hilfen oder konsequente Einschränkung fehlen.

Nun ist die Definitionsgewalt über das, was nun ein psychiatrisches Problem sei und was nicht, eine durchaus heikle Angelegenheit; und natürlich gibt es Fälle, in denen die Zuweiser zu Recht bemängeln, dass sich die Psychiatrie für »nicht zuständig« erklärt. Wir wissen mittlerweile, wie hoch die »psychiatrische« Morbidität in vielen Einrichtungen ist. Indikationsstellungen zu psychiatrischem Tun können zu Macht- und Abgrenzungsfragen werden, und der Vorwurf, dass sich Kliniken gerade bei expansiven Störungen der Verantwortung entziehen, ist in manchen Fällen durchaus berechtigt: vor allem dann, wenn mit größter Vehemenz Anforderungen an andere Helpersysteme gestellt werden, was diese zu leisten und zu tun hätten. Hier bedarf es übergeordneter Strukturen, Schiedsstellen. Es ist allerdings zu befürchten, dass uns Spannungen insbesondere bei Entscheidungen über eskalatives Verhalten erhalten bleiben.

Wollen wir dem Anrecht auf die Verbesserung der Lebensbedingungen von Menschen mit psychischer Belastung und Intelligenzminderung gerecht werden, müssen wir unsere Elfenbeintürme verlassen und aufeinander zugehen, uns kennen lernen, uns besuchen. Durch die Sammlung von Kooperationsverträgen ist das selten erreichbar, am Ende geht es doch um die persönliche Begegnung.

## **Reklame**

Es ist zwar nicht so ganz einfach, Mitarbeitende für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderungen zu gewinnen, gelingt jedoch viel einfacher, als gemeinhin vermutet. Wir sollten uns aus der Mitleids- und Fürsorglichkeitssfalle befreien. Darum geht es nicht. Es geht vielmehr um eine hochqualifizierte gemeinsame Arbeit mit und für Menschen, die ihre Welt auf ihre Weise gestalten und die von unserem Angebot profitieren können, wenn sie und ihre Familien das wollen. In unserem Fall erwies sich ein systemischer Rahmen, der zu gegenseitigem Respekt verpflichtet, als Glücksfall. Bewährt hat sich die Balance zwischen besonders erfahrenen Mitarbeitenden und solchen, die neue Impulse einbringen.

Es würde hier zu weit führen, Fragen von Aus- und Weiterbildung darzulegen sowie von notwendigen Blicken über den Tellerrand hinweg. Wie wohl überall sind die Mitarbeitenden in unserem Bereich auf Leitungen angewiesen, die sie in ihrer Eigenverantwortlichkeit unterstützen. Es geht immer auch um einen Zugewinn von Autonomie, um verlässliche Unterstützung und die Aufforderung, das Miteinander mit Kollegen zu suchen, sich zu schützen, vor Gewalt, aber auch von Überforderung.

Zu unseren Grundhaltungen gehört die Neugier auf die Lebensentwürfe der Menschen, die zu uns kommen, auf deren Geschichten, Landkarten, Wünsche. Das ist nicht anders als in anderen Therapiebereichen. Bei aller Expertise kommen wir letztlich zu einer Haltung des Nicht-Wissens: Es gilt, den Widerspruch auszuhalten zwischen der Notwendigkeit, Familien alles Wissen zur Verfügung zu stellen, sofern sie den Bedarf danach äußert, und gleichzeitig unwissend zu sein, welcher Weg für die konkret Betroffenen der richtige ist.

Dass Mitarbeiter Eigenverantwortlichkeit und Austausch wünschten, selbstbewusst waren und sich dennoch der Selbstreflexion stellten, war immer eine große Freude.

## Inklusion

*Der verstellte Blick:* Es ist Klaus Hennickes Verdienst, immer wieder den Blick zu richten auf kaum Gesehenes, auf blinde Flecken, auf Versäumnisse. Ich verstehe sein Plädoyer als Ausdruck der Überzeugung, dass die Menschen, die wir doch meist mit großer Freude begleiten und denen wir viel verdanken, es verdient haben, als Persönlichkeiten ernst genommen und in der Vielfalt ihrer Ausdrucksmöglichkeiten geachtet zu werden.

Als Soziologe muss er kritisch auf immer noch defizitäre Versorgungsstrukturen hinweisen, als Kinder- und Jugendpsychiater auf die Notwendigkeit, Einschätzungen nicht auf der Basis von Simplifizierungen und ausschließlich einer Denkrichtung entnommenen Vorannahmen vorzunehmen.

Polarisierung kann vorübergehend reizvoll sein, sie verliert dann ihren Charme, wenn unsere Klienten zwischen die Räder unserer Standesinteressen geraten. Gegeenseitige Stigmatisierung nutzt uns wenig. Menschen mit Behinderungen mit ihren spezifischen Entwicklungswegen profitieren bei der Bewältigung seelischer Krisen von Kompetenzen verschiedenster Fachrichtungen, die idealerweise im engen persönlichen Austausch stehen. Einzelkämpfertum führt nur zu unangemessener Fragmentierung. Es geht darum, in Orientierung an den Anliegen der Betroffenen mit diesen nach Lösungsstrategien zu suchen, die nachhaltige Veränderungen im Alltag bewirken. Inklusion würde hier zunächst einmal bedeuten, dass wir uns selbst nicht exkludieren, sondern Zusammenarbeit suchen.

Das in therapeutischen Kreisen beliebte Zauberwort der Lösungsorientierung verbunden mit einer Zentrierung auf Ressourcen hat zu allerlei Trivialisierungen und Missverständnissen geführt. Es hat der Illusion Vorschub geleistet, dass Not und Einschränkungen sich allein dadurch auflösen, dass man sie umbennt. Bei Menschen mit Behinderungen würde das bedeuten, dass man sie mit ihren Ein-

schränkungen, die sie spüren und meist artikulieren können, allein lässt. Die Exklusion der Einschränkung führt nicht zu deren Behebung, im Gegenteil: Das vermeintlich »Nicht-Aussprechbare« meldet sich umso vehemente zurück. Es darf nicht als »offizieller« Teil des Selbst besprochen und auch nicht im Kontext erwähnt werden. Gerade dieser gut gemeinte Leugnungsmechanismus verhindert ein Selbstbild, in dem alle Facetten – auch die schwierigen – mit Stolz und Würde gelebt und auch kommuniziert werden dürfen. Nicht- oder nur mit Scham Aussprechbares wird zum Nährboden seelischer Not.

Ich bin unsicher, ob Psychiatern ein allgemeines Urteil über den Inklusionsprozess zusteht. In den Kliniken scheinen sich zur Zeit eher jene Therapiekontexte zu bewähren, die spezifische Kompetenzen ihrer Mitarbeitenden vorweisen und Gruppenstrukturen ermöglichen, in denen Menschen mit Behinderungen nicht am Rand stehen. Diese Angebote können in größeren Klinikverbünden realisiert werden, die neben spezialisierten Stationen über gemeinsame Angebote verfügen.

Eine generelle Beurteilung inklusiver Bemühungen ist verfrüht. Es gibt jedoch Hinweise, dass Kinder und Jugendliche im gemeinsamen Unterricht auch Schaden nehmen können. Es bedarf also in jedem Fall qualifizierter Navigationshilfen, die abgestimmt auf die individuellen Bedürfnisse Kinder und Familien während der Schullaufbahn beraten.

## **Konklusion**

Seit vielen Jahrzehnten wird auf Defizite in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Begleitung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderungen hingewiesen. Fragmentierte Betrachtungen der Phänomenologie seelischer Not führen nicht selten in Sackgassen. In Orientierung an den Anforderungen Betroffener bedarf es ganzheitlicher Konzepte, die dem gerecht werden, was Behinderung im Lebensalltag individuell und kontextuell bedeutet, pädagogische und psychologische Qualität sicher stellt und gleichzeitig den Rückgriff auf das differenzierte Wissen einer multidisziplinären Psychiatrie ermöglicht, die bereit ist, Kompetenzen ihrer Nachbardisziplinen anzuerkennen und zu integrieren.

Eine der Nagelproben für ge- oder misslingende Kooperationen wird der Umgang mit Verhaltensweisen sein, die eine Versorgungseinheit so herausfordern, dass sie an die Grenzen des Machbaren gerät. Unverstellte achtsame und gemeinsame Blicke werden Chancen eröffnen, Menschen mit Behinderungen und deren Verhalten besser zu verstehen.

Es geht um geteilte berufsgruppenübergreifende Verantwortlichkeit. Und es ist Zeit, dass wir deutlich machen, was uns gelingt, was die Bedingungen des Gelungens sind und wie faszinierend das ist, was uns verbindet.