

"Wir hinken hinterher und sind trotzdem noch immer am weitesten vorne...": ein Gespräch mit MitarbeiterInnen aus Sozialpsychiatrischen Diensten

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

(1997). "Wir hinken hinterher und sind trotzdem noch immer am weitesten vorne...": ein Gespräch mit MitarbeiterInnen aus Sozialpsychiatrischen Diensten. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 21(2), 45-67. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-290693>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

»Wir hinken hinterher und sind trotzdem noch immer am weitesten vorne ...«

Ein Gespräch mit
MitarbeiterInnen aus Sozialpsychiatrischen Diensten

In der theoretischen Diskussion bleiben wir sauber, nur in der praktischen Arbeit müssen wir uns die Hände schmutzig machen? Mit dieser Frage haben wir uns im Rahmen unserer Redaktionstreffen oft auseinandergesetzt. Was passiert mit unserem Anspruch als kritische PsychologInnen in unserer alltäglichen Praxis? In solchen Diskussionen liegt es nahe, alte Fehler zu wiederholen: Das psychosoziale Feld als Ort der Revolution zu mißbrauchen und unsere Ideologien den Hilfsbedürftigen sowie den Helfenden überzustülpen. Oder zu resignieren und sich in den Feierabendkritiker und den berufstätigen Psychologen zu spalten.

Wir entschieden uns, dieses Thema in größerer Runde mit MitarbeiterInnen aus Sozialpsychiatrischen Diensten zu diskutieren. Zum einen, weil aus der Redaktion und ihrem nahen Umfeld viele PsychologInnen in diesem Bereich arbeiten, zum anderen weil die Sozialpsychiatrischen Dienste mit einem explizit kritischen Anspruch gegründet wurden, um der stationären, klassisch-medizinisch orientierten Psychiatrie ein psychosoziales Krankheitsverständnis in der ambulanten stadtteilbezogenen Arbeit entgegenzusetzen. Sozialpsychiatrische Dienste befinden sich dadurch in einem Spannungsfeld: Auf der einen Seite haben sie als funktionaler Teil der Psychiatrie deren gesellschaftliche Aufgabe zu leisten, auf der anderen Seite einen psychiatriekritischen Reformanspruch zu vertreten. In diesem institutionellen Widerspruch findet der individuelle Widerspruch des kritischen Psychologen als Berufstätiger im psychosozialen Feld seine Entsprechung.

Im Laufe des Gesprächs zeigte sich das Thema jedoch weitaus facettenreicher als von uns vorausgesehen. Unser heimlicher Wunsch, der Vermittlung von kritischer Theorie und Praxis näher zu kommen

wurde enttäuscht zugunsten einer spannenden Suche nach persönlichen Standpunkten und einer kontroversen Darstellung der aktuellen Lage der Reformpsychiatrie.

An dem Gespräch nahmen teil:

Christiane Caspary, geb. 1965, Krankenschwester und Diplompsychologin.

Tätig im Sozialpsychiatrischen Dienst und in der wissenschaftlichen Begleitforschung eines Modellprojektes.

Elisabeth Gerz-Fischer, geb. 1954, Diplompsychologin.

Arbeitete von 1982 bis 1990 im Bezirkskrankenhaus Haar im Rehabilitationsbereich. Seit 1990 arbeitet sie im Sozialpsychiatrischen Dienst und seit 1987 freiberuflich als Verhaltenstherapeutin.

Ralf Quindel, geb. 1966, Diplompsychologe.

Arbeitet im Sozialpsychiatrischen Dienst und unterrichtet Psychologie an einer Berufsfachschule.

Dr. Klaus Weber, geb. 1960, Erzieher und Diplompsychologe.

Als Erzieher und Psychologe im Bereich der Jugendhilfe beschäftigt gewesen. Aktuell tätig im Sozialpsychiatrischen Dienst und als Verkehrspsychologe; Lehrbeauftragter der Universität Innsbruck.

Thomas Wolf, geb. 1967, Student der Psychologie an der LMU München.

Derzeit einjähriges Praktikum im Sozialpsychiatrischen Dienst.

Armin Zemann, geb. 1959, Diplompsychologe.

Arbeitet in einer therapeutischen Wohngemeinschaft für Jugendliche und als Sachverständiger für Familien- und Vormundschaftsgerichte.

Das Interview

Armin: Leute, die in einem Sozialpsychiatrischen Dienst anfangen zu arbeiten, haben Hoffnungen, Ambitionen und verstehen sich

in irgendeiner Art und Weise als kritisch, jedenfalls kritisch gegenüber der Psychiatrie, wie man sie klassisch kennt. Wenn man Hoffnungen und Ambitionen hat, dann ist anzunehmen, daß ein Teil dieser Hoffnungen sich realisiert und einige der Ambitionen ausgelebt werden können und andere wiederum gar nicht. Lisa, Sie haben den größten Erfahrungshorizont von den Anwesenden. Können Sie sich erinnern, mit was Sie angetreten sind, was Sie gehofft haben oder befürchtet haben, und was sich dann in der Praxis verändert hat?

Lisa: Das gibt aber dann einen resignativen Einstieg. Ich habe zunächst 10 Jahre im psychiatrischen Bezirkskrankenhaus in Haar gearbeitet und bin dann eigentlich mit einem ziemlich großen Idealismus in den Sozialpsychiatrischen Dienst gegangen, mit der Idee, daß, nicht bloß die Arbeit mit den einzelnen Leuten freier wird, sondern, daß, sehr viel stärker als ich es dann erlebt habe, wirklich auch politische Ziele verfolgt werden. Wenn man vorher in Haar gearbeitet hat, hat man immer gedacht, die Sozialpsychiatrischen Dienste, die wären ein Stoßtrupp der Reformpsychiatrie. Kennengelernt habe ich dann neun sehr verschiedene Dienste, die sich über in meinen Augen lächerliche Fragen gegenseitig aufgerieben haben. Die sozialpsychiatrischen Ideen, die habe ich eher in kleineren Gesprächskreisen wiedergefunden, mit einzelnen Kollegen ganz verstreut über München hinweg, aber eigentlich nicht in der großen Runde der Sozialpsychiatrischen Dienste. Ja, was nicht zu verwirklichen war, was ich mir von der Teamarbeit in Sozialpsychiatrischen Diensten versprochen hatte. Wenn man aus dem stationären Setting kommt, kennen ja alle auf einer Station die einzelnen Menschen, über die gesprochen wird. Im Vergleich dazu ist die Arbeit in einem Sozialpsychiatrischen Dienst unendlich einsam. Was die Kollegen von unseren Klienten wissen ist immer nur das, was wir ihnen vermitteln, also schon gefiltert durch unseren Blick. Und das war eine Geschichte, die ich im Vergleich zur Klinik wirklich als Rückschritt betrachtet habe.

Armin: Wir kennen die Wünsche oft gar nicht, die unsere VorgängerInnen hatten. Gab es eine Utopie damals, als Sie eingestiegen sind in die Psychiatrie? Weil den Beruf haben Sie sich ja gewählt.

Lisa: Ja, aber nicht mit einer Utopie, sondern mit einer unendlichen Neugierde auf das Spektrum von Menschsein, das sich ja eigentlich gerade in den Wahnsinnigen – Konstruktionen unendlich vielschichtig und reichhaltig zeigt. Und das ist eine der schönsten Geschichten, daß diese Neugierde zumindest immer noch da ist, also sie ist nicht kaputtgegangen, was ja auch denkbar wäre.

Armin: Kritisch gefragt: Das befriedigt ein Bedürfnis beim Helfer, aber was hilft es den Leuten, wenn der Helfer befriedigt ist, weil sie so interessante Geschichten haben?

Lisa: Ich denke schon, das ist was, was Du theoretisch wiederfindest und was Dich auch bestätigt in der täglichen Arbeit. Die Bereitschaft von einem Gegenüber in diese Wahnkonstrukte mit einzusteigen, kann etwas unendlich Entlastendes sein und das ist der Weg, den ich versuche, mit den Leuten zu gehen.

Armin: Von den Erfahrenen zu den weniger Erfahrenen: Ralf, Du bist direkt aus dem Studium in den Sozialpsychiatrischen Dienst gegangen. Mit welchen Hoffnungen, Ambitionen, Befürchtungen bist Du da reingegangen?

Ralf: Ich habe eine spezielle Geschichte: Während des Studiums habe ich ein Praktikum in einem Sozialpsychiatrischen Dienst gemacht und habe den Dienst damals aus der Außenperspektive oder wissenschaftlichen Perspektive betrachtet. Seit anderthalb Jahren arbeite ich als Psychologe im Dienst und kenne nun auch die Innenperspektive. Am meisten enttäuscht hat mich tatsächlich das, was Lisa auch schon gesagt hat, das vereinzelte Arbeiten. In meiner Diplomarbeit habe ich stark den Empowerment-Ansatz verfolgt. Für mich war ganz wichtig, nicht nur Expertenabhängigkeit zu produzieren, sondern die, ich habe sie damals nicht psychisch Kranke genannt, sondern »Psychiatrie-Erfahrene« – das hat sich jetzt auch schon geändert – in ihrer Selbsthilfefähigkeit zu stärken und Expertenabhängigkeit möglichst zu vermeiden. In der Praxis sieht das jedoch ganz anders aus: Es gibt die Klientenverteilung, einmal in der Woche kriegt jeder Mitarbeiter seinen Klienten, mit dem er sich dann in sein Zimmer zurückzieht. Außer in Fallkonferenzen, wenn man selbst etwas anbringt, bekommt man wenig Rückmeldung von den KollegInnen. Es geht

eher in Richtung Therapie, was ich da mit den Leuten mache, vielleicht mit ein paar Sozialarbeitskomponenten, indem ich praktische Hilfen anbiete. Aber die Idee, mit der ich da hineingegangen bin, die Vision, die Selbsthilfefähigkeit zu stärken, auch untereinander den Zusammenhalt zwischen den Betroffenen zu stärken, die ist ziemlich untergegangen.

Armin: Wie sieht das bei Dir aus, Christiane?

Christiane: Also bei mir ist es anders. Ich bin mit der Vorstellung von bedarfsorientiertem Arbeiten hingegangen, was ich jetzt nicht nur für den Klienten oder die Klientin festmache, sondern auch bei mir. Ich mache schon gerne auch die Einzelarbeit, aber es muß auch was anderes geben, es ist z.B. möglich, Gruppen anzubieten. Ich hatte eine Zeitlang recht häufig KlientInnen mit einer Angststörung in Beratung. Jetzt biete ich eine Gruppe an, »Leben mit der Angst«, die findet reges Interesse. Oder auch das Arbeitsprojekt unseres Dienstes entstand aus dem Bedarf heraus, ebenso wie die Angehörigengruppe oder auch der Freizeitclub. Dieses flexible Arbeiten – zu gucken, was würde mir Spaß machen und was wollen die Klienten – daß das möglich ist, das gefällt mir sehr gut.

Armin: Thomas, Du hast aus dem Studium noch die Theorie über Sozialpsychiatrie ganz frisch im Kopf und bist in der aktuellen Diskussion. Du studierst Sozialpsychologie und sammelst im Sozialpsychiatrischen Dienst Deine ersten praktischen Erfahrungen. Gibt es Anknüpfungspunkte, Widersprüche, Gegensätzliches?

Thomas: Ja, da fange ich mit einem Beispiel an. Der erste Klient, der mir für eine Zusammenarbeit vorgestellt wurde, der wurde mir als hebeephren vorgestellt. Und damit war scheinbar klar, was der Mensch für ein Problem hat. Viel mehr wurde mir nicht vermittelt über diesen jungen Mann. Ich sollte ihn mir anschauen, aber die erste Information war die alte psychiatrische Kategorie, wo ich erstmal von den Socken war ...

Armin: ... daß es die im Sozialpsychiatrischen Dienst gibt?

Thomas: Ja, daß es diese Zuschreibung dort gibt. Ich habe mein Praktikum mit dem Anspruch begonnen, daß im SpDi auf die Leute eingegangen wird, die erzählen erstmal, was sie für ein Problem haben, so ganz lebensgeschichtlich wird das angeschaut, aus dem sozialen Kontext heraus. Aber nein, ich bekam einen »Hebephrenen« und mußte zunächst über diese Schwelle hinwegsteigen und mir von ihm selbst erzählen lassen, was er denn meint, warum er vor mir sitzt. Fürs erste war ich enttäuscht. Aber vielleicht vereinfacht es die Kommunikation in der Arbeit, sich an irgendwelche Kategorien halten zu können und nicht bei jedem lange Geschichten erzählen zu müssen. Ansonsten habe ich schon das Gefühl, daß die Leute sehr ernstgenommen werden und wirklich neben den Gesprächen sehr viel soziale Arbeit, praktische Alltagshilfe und ähnliches geleistet wird. Ich merke auch in der Supervision und in Gesprächen, daß die KollegInnen anders denken, als als ich es mir in der klassischen Psychiatrie vorstelle.

Armin: Ein Anspruch der Sozialpsychiatrie war, ich überspitze es jetzt, die Wahnsinnigen oder die Irren in einer gewissen Form irre sein zu lassen bzw. wahnsinnig sein zu lassen. Der Anspruch, diese etwas anderen Leute anzupassen an die gesellschaftlichen Vorstellungen, Normalbürger werden zu lassen, war ein Anspruch von dem die Sozialpsychiatrie gesagt hat, das ist nicht leistbar, die Leute haben ein Recht auf ihr Verrücktsein. Ist dieser Gedanke erhalten geblieben in den Sozialpsychiatrischen Diensten?

Lisa: Der ist sicher vorhanden, wobei ich nicht weiß, ob er aus hehren ideologischen Überlegungen entstanden ist, oder aus der schlichten Einsicht in die Notwendigkeit.

Armin: Das können wir diskutieren.

Lisa: Es gibt sicher auch in den Sozialpsychiatrischen Diensten viel Veränderungswillen, der mehr in den Köpfen der Berater stattfindet und sehr viel weniger in den Köpfen der Klienten. Es gibt ja die seit Jahren geführte Diskussion über den Versorgungsauftrag, die Übernahme der hoheitlichen Aufgaben von Zwangseinweisungen usw., was ja schon mal einen völlig anderen Blick voraussetzt. Das heißt, in dem Moment, in dem ich dazu bereit bin,

erkläre ich mich einfach auch zu einem Ordnungsinstrumentarium dieses Staates. Und diese Diskussion wird so fifty-fifty geführt. Die eine Seite ist sehr beeindruckt davon. Die anderen lehnen es nach wie vor ab. Ich finde es eine außerordentlich schwierige Geschichte, weil ich mir denke, solange ich's einfach nur ablehne und sage, mit solchen Geschichten mache ich mir die Hände nicht schmutzig, findet genau an dem zentralen Punkt für die Klienten, wenn es wirklich zu einer Einweisung gegen ihren Willen kommt, nach wie vor der größte Akt der Vergewaltigung statt, der überhaupt vorstellbar ist. Dafür andere Wege zu suchen, halte ich für eine sehr spannende Aufgabe. Angst wird mir davor, wenn man sie unter Umständen nicht findet und dann mit ein paar Anführungsstrichen und etwas sanfteren Handschuhen genau das Gleiche tut. Das sind Geschichten, denen sich Sozialpsychiatrie eigentlich stellen müßte, an die schwierige Frage: Haben wir überhaupt etwas, was wir den klassisch-psychiatrischen Diagnosen entgegenhalten können? Sozialpsychiatrie befaßt sich immer mit dem großen Umfeld, im großem Zug drumherum, aber wenn's dann um Einleitung von Betreuungen geht, dann genügt's einfach nicht, den Alltag zu beschreiben, sondern dann muß man sowohl Fähigkeiten wie auch Defizite mit einem sehr klaren Instrumentarium beschreiben, und in diese Niederungen hat sich die Sozialpsychiatrie bisher noch nicht vorgewagt.

Klaus: Ich würde sagen, daß das nicht ganz stimmt. Es gibt bei Dörner & Plog, dem wichtigsten Lehrbuch der Sozialpsychiatrie, explizit eine Beschreibung von Krankheitsbildern, die anders ist als die der klassischen Psychiatrie.

Lisa: Es sind die gleichen Krankheitsbilder!

Klaus: Dörner & Plog haben eine andere Herangehensweise. Es ist etwas anderes, ob ich von gespaltenen Landschaften schreibe oder von Schizophrenie. Das zweite ist ein Etikett, das erste ist der Versuch, ein Bild zu erzeugen, das auch den Professionellen eine Ahnung davon gibt, was kaputtgegangen und gespalten sein kann. Die eine Begrifflichkeit ist mit staatlichem Handeln und Aufträgen kompatibel, die andere erstmal nicht. Aber es stimmt

nicht, daß sich die Sozialpsychiatrie nicht in diese »Niederungen« begeben hätte.

Lisa: Dörner & Plog haben völlig die herkömmlichen schulmedizinischen Diagnosen übernommen, führen sie dann aus, versuchen Verständnis für die Formen von Gespaltensein oder depressivem Rückzug zu wecken oder zeigen, wie man sich da reinfühlen kann. Aber es sind die herkömmlichen Diagnosen der Schulmedizin.

Klaus: Gut. Was für mich dann der Kritikpunkt wäre: Jeder einzelne Klient hat ein eigenes Leben und seine eigene Landschaft, die er durchschritten hat. Dörner/Plog bieten dafür Landschaftsbilder an, die stark an die klassische Begrifflichkeit geknüpft sind, sie arbeiten nicht subjektorientiert, aber vermittelnd.

Lisa: Und diese Beschreibung, die Dörner & Plog leisten, findest Du in einer ähnlich einfühlsamen Weise bei alten Psychiatern, die vor dem Dritten Reich diese ganze, ja schon einmal dagewesene, Reformpsychiatrie vertreten. Da findest Du Beschreibungen, die mindestens genauso einfühlsam sind.

Ralf: Ich möchte das Thema von einer anderen Seite aufziehen. Es ging um Wahnsinn und wahnsinnig sein lassen. Ich denke, Sozialpsychiatrische Dienste, auch wenn sie noch keinen offiziellen Auftrag dafür haben, haben die Funktion, die Grenzen der Gesellschaft zu wahren. Wenn Nachbarn oder Vermieter sich bei uns melden, weil die Miete im Rückstand ist oder die Wohnung verwahrlost ist, dann treten wir ein. Dann sind wir die Agenten der Gesellschaft. Wir müssen vermitteln zwischen den Interessen der Gesellschaft, das heißt der Nachbarn, der Vermieter und den Bedürfnissen des Klienten. Für mich ist dabei wichtig, daß der Wahnsinn aus einer psychodynamischen Richtung begriffen wird, d. h. erklärt wird als aus der Geschichte des Klienten entstandener Versuch, die eigene Geschichte mit den äußeren Gegebenheiten in Einklang zu bringen: Der Wahnsinn macht Sinn für den Klienten. Das zu verstehen und dann zu vermitteln mit den gesellschaftlichen Grenzen, die nun mal da sind, ist meine Aufgabe im Sozialpsychiatrischen Dienst. Die Vorstellung von dem revolutionären Potential in den Wahnsinnigen, die unter Zuständen

leiden, an die ich mich längst angepaßt habe, hat sich in der Realität, wenn ich mit den Leuten konfrontiert bin, ziemlich ins Gegenteil verkehrt. Da steckt ganz viel persönliches Leid dahinter, was vielleicht theoretisch in ein Leiden an der Gesellschaft umzuwandeln wäre. Aber in der praktischen Arbeit mit den Klienten gibt es dafür keinen Anknüpfungspunkt, sondern da muß ich schauen, daß der ganz konkret in seiner Lebenswelt Unterstützung und eine Lebensform finden kann.

Christiane: Mir fällt auf, wenn wir von den Wahnsinnigen oder Irrsinnigen sprechen, dann fällt das immer im Zusammenhang mit Leiden. Ich denke, daß diejenigen, die zu uns kommen, nicht immer nur leiden. Ich wehre mich gegen diese Polarisierung von psychisch krank sein und das heißt leiden, und auf der anderen Seite sind die Gesunden. Eine Utopie von mir ist, daß diese Polarisierung zwischen gesund und krank in Zukunft nicht mehr so notwendig wäre, was auch heißen würde, daß ich als Helferin mich nicht mehr für eine Seite entscheiden muß, sondern auch mal ein bißchen »spinnen« kann, ohne daß ich gleich aus allen Bezügen herausfalle. Um nochmal auf den Wahnsinn zurückzukommen und die Frage, ob die psychisch Kranken vielleicht auch wahnsinnig bleiben dürfen: Ich habe schon einen emanzipatorischen Anspruch. Also den Wunsch, daß die Klienten selbständiger werden oder weniger leiden oder daß sie mehr aus sich heraus machen können, aus der Isolation herauskommen, vielleicht wieder Arbeit finden. Wesentlich finde ich die Frage nach der Lebensqualität der psychisch Kranken. Wenn jemand sagt, ich bin frei, mein Preis ist psychisch krank zu sein, weil ich gerne zu Hause bei Mama leben möchte und will möglichst wenig arbeiten, dann überlege ich mir schon, ist das eine Lebensform, die ich akzeptieren kann, wenn der so bleiben will, und das dann im Einzelfall zu diskutieren. Wenn jemand über sich sagt, so sieht meine Entscheidung zu leben aus, dann muß ich darüber nachdenken und sie ihr oder ihm natürlich lassen. Aber wenn die Frage im Vordergrund steht, allein sein in der Isolation bedeutet Leiden, dann habe ich schon den Anspruch, zu schauen, was ich für eine Hilfestellung zur Veränderung geben kann.

Klaus: Ist es nicht so: Wenn der Leidende, weil er einsam ist, zum Sozialpsychiatrischen Dienst geht, dann ist das schon die Veränderung? Er leidet dann weniger, weil er wen hat, zu dem er einmal in der Woche gehen kann und dort sein Häufchen lassen kann. Und das ist der Job der Sozialpsychiatrischen Dienste, nicht *mehr* und nicht *weniger*. Weil mehr geht gar nicht, die eigenen Ansprüche den KlientInnen aufzudrücken, geht nicht. Es müßte eine Verständigung darüber geben, wo der eigene emanzipatorische Anspruch auf etwas trifft. Er müßte ja auf etwas treffen, was bei dem Klienten bereits da ist. Sonst macht es keinen Sinn.

Christiane: Das könnte ich ja gemeinsam mit ihm rausfinden. Was mir zu wenig wäre, wenn jemand in Zukunft alle zwei Wochen zu mir kommt, sein Häufchen ablädt, um dann draußen wieder so recht oder schlecht weiterzufunktionieren wie bisher. Ein Beispiel: Ich sehe das Problem vieler psychisch Kranker, die leiden, ist Isolation. Weil viele Betroffene wenig aus sich heraus machen und initiieren, überlege ich: was gibt es für Möglichkeiten, einen Raum zu bieten oder ein Forum, wo sie sich treffen können. Die psychisch Kranken eines Landkreises lernen sich dadurch kennen und kommen dann aber auf eigene Ideen. Bei uns funktioniert das in der Praxis ganz gut, das neueste ist ein selbständig organisierter Kegelabend im Monat.

Ralf: Für mich ist dabei ein ganz wichtiger Punkt: Wie geht es uns als HelferInnen? Im Moment kann ich mir nicht vorstellen, daß ich die Arbeit in einem Sozialpsychiatrischen Dienst länger als ein paar Jahre machen möchte. In München gibt es viele Angebote im psychosozialen Bereich, für alle gibt es was, und diejenigen, die durch alle Netze fallen, die landen bei uns. Die Probleme dieses Menschen lasten dann wirklich nur auf mir. Und das ist für mich zeitweise eine unheimliche Belastung. Durch den Sozialabbau sind die finanziellen Probleme der Klienten manchmal so gravierend, gleichzeitig werden auch die Hilfen abgebaut, und ich habe das Gefühl, der Druck wächst ständig.

Christiane: Ich würde gerne nachfragen an dem Punkt, wo Du sagst, die haben nur Dich. Systeme wie Arbeitsprojekte, Freizeittä-

gesstätte gibt es doch auch. Da dürften die chronisch psychisch Kranken ja nicht nur Dich haben.

Ralf: Es gibt einfach viele, die da nicht hingehen, weil sie Gruppenkontakte überhaupt nicht ertragen können.

Christiane: Das heißt, das Angebot geht an denen vorbei.

Ralf: Das liegt nicht nur daran, daß diese Angebote nicht niederschwellig genug sind, sondern daß es wirklich Menschen gibt, die sich gerade auf *einen* Anderen einlassen können, und auch das ist sehr schwierig. Aber an den hängen sie sich dann. Und da kann man höchstens noch versuchen, andere Experten mit einzuschalten. Da muß erst ein bißchen was passiert sein, bis die Klienten fähig sind weitere Angebote in Anspruch zu nehmen.

Thomas: Ich denke, das ist auch ein Altersproblem. In unserer Tagesstätte sind hauptsächlich ältere Menschen. Zum Beispiel mein Klient ist um die 20 Jahre. Der sagt: Was soll ich da bei den Omis sitzen und mit denen Weihnachtsgestecke basteln?

Klaus: Es ist vielleicht auch interessant, daß diese Gruppenstrukturen aus einer Zeit stammen, wo Wohngemeinschaft, Kommune und der Gruppen- und Gemeindeansatz wichtig war. Es wäre eine Überlegung wert, ob die Angebote, die aus der 68er Bewegung, aus der kommunitären Bewegung kommen, auch *deswegen* auf Gruppen zugeschnitten sind, während wir heute in Anspruch nehmen, in Single-Haushalten zu leben, nicht mehr in WG's zu leben, unsere Ruhe haben zu wollen. Und den Menschen muten wir Gruppen zu. Das ist in vielen Fällen auch notwendig. Aber es gibt auch die Erfahrung, daß es Unmengen an therapeutischen Wohngemeinschaften gibt, wo die Leute einfach sagen: Ich habe die Schnauze voll. Ich komme aus der Familie, ich will nicht in die Wohngemeinschaft. Und es gibt ganz wenig Angebote mit Apartments oder Single-Wohnungen, die auch betreut werden. Es stellt sich für mich die Frage, ob hier eine Ideologie mittransportiert wird, der wir uns selbst nicht bewußt sind, weil wir selber Gruppen als positiv erlebt haben. Ich wäre ohne Gruppen nicht so geworden wie ich bin. Das fängt mit der Katholischen Jugend an und hört mit der Fachschaft und nach dem Studium mit der

Redaktionsgruppe auf. Das war immer etwas, was mich bereichert hat. Aber vielleicht muß man zur Kenntnis nehmen, daß viele Menschen diese Erfahrungen gar nicht hatten. Leute, die 10 Jahre jünger sind als wir und in einer borderlinigeren Zeit aufgewachsen sind, da ist das Gruppenangebot schlicht unmöglich. Ich bin nicht gegen Gruppen, aber es scheint so zu sein, daß die sozialpsychiatrische Landschaft immer der realen Entwicklung hinterherhinkt und trotzdem noch immer am weitesten vorne ist.

Lisa: Viele Besucher von unserem Dienst sagen, daß sie die Gruppen und Tagesstätten, wie niederschwellig auch immer, nicht als alleiniges Angebot wollen. Diese Angebote führen zu einer neuen Ghettoisierung, und da gibt es Karikaturfiguren, die bewegen sich nur innerhalb dieser Kreise, nutzen das aus. Und es gibt welche, die suchen eigentlich den Anschluß bei den sogenannten Normalen, und da findet Ausgrenzung statt wie eh und je.

Armin: Gibt es Erfahrungen von Leuten, die sowohl in Haar oder in anderen psychiatrischen Krankenhäusern waren und anschließend sich bei sozialpsychiatrischen Diensten beraten lassen, die zwischen der klassischen Psychiatrie und der Sozialpsychiatrie bewußt unterscheiden und dazu Rückmeldungen geben? Kann man seine eigene sozialpsychiatrische Arbeit vor dem Hintergrund anderer Erfahrungen der Patienten reflektieren oder gespiegelt bekommen?

Lisa: Das ist schwierig, weil das, worauf diese Leute in den Kliniken treffen, wird vermittelt durch die Personen, die dort arbeiten. Das sind zum Teil sehr engagierte MitarbeiterInnen, die PatientInnen genauso ernst nehmen, wie man sich es in den Sozialpsychiatrischen Diensten wünscht. Wenn die Leute auf so jemanden treffen, kriegen sie ein anderes Bild von der klassischen Psychiatrie als wenn sie auf jemanden treffen, der unter enormem Zeitdruck nach der soundsovielten Umstrukturierung nur noch mit Medikamenten und wenig Zeit durch die Gegend läuft. Insofern kriegt man die Trennlinie so nicht mehr her. Und das ist auch das, was ich von Klienten zurückgemeldet kriege. Die können sich fürchterlich über den einen Arzt, die eine Ärztin auf dieser Station, die noch geführt wird wie vor 20 Jahren, aufregen, aber beim näch-

sten Aufenthalt auch erkennen, was sich geändert hat auf dieser und jener Aufnahme-Station.

Klaus: Die Beratung ermöglicht allen Klienten das wichtige Erzählen über die große oder größte Vergewaltigung: Von der Polizei in die Anstalt gebracht zu werden und dann dort behandelt zu werden. Die Erzählungen sind meistens schrecklich und werden von den Klienten im Nachhinein als *das* schlimmste Erlebnis bezeichnet. Und dann, wenn sie in irgendwelchen Häusern sind wie in Haar, erzählen sie oft von engagierten oder einfach netten und freundlichen, sympathischen MitarbeiterInnen und sagen auch »Wenn's mir schlecht geht, ich könnte mir vorstellen, da wieder hinzugehen, auch weil ich da einen geschützten Raum habe«. Das ist auch was, was in der sozialpsychiatrischen Landschaft nicht gern gehört wird, daß Leute sagen »Ich fühle mich wohl, weil da weiß ich, da darf ich nicht raus«.

Christiane: Und die Leute, das sind meine Erfahrungen, wissen auch, wenn es ihnen schlechter geht, dann können und dürfen sie wieder in die Psychiatrie. Das ist ja, was auch ich letztlich unterstütze und gutheiße, nicht zuletzt aus dem Grund, weil wir keine Alternative dafür zu bieten haben. Ich weiß, daß es für einige entlastend ist zu wissen, wenn es mir wieder schlechter geht, wenn ich nicht mehr für mich sorgen kann, wenn bei mir das und das eintritt, wenn die Wahnvorstellungen wieder anfangen, dann gehe ich wieder in die Psychiatrie, und das ist gut so.

Ralf: Wir sind jetzt ein bißchen zu harmonisierend. Es ist schon ein deutlicher Unterschied zwischen dem Sozialpsychiatrischen Dienst, in dem ich arbeite, und wie ich die Klinik erlebe. Nach wie vor herrscht da das medizinische Krankheitsbild, wo klar ist, wenn die Leute brav ihre Tabletten nehmen, dann ist schon mal grundsätzlich alles geregelt. Wir in dem Sozialpsychiatrischen Dienst haben ein psychodynamisches Verständnis von psychischer Krankheit, und da sind Tabletten sozusagen die ultima ratio. Es gibt Menschen, die in der Klinik arbeiten, die auch diese Ansicht haben. Es gibt vielleicht auch medikamentös orientierte sozialpsychiatrische Dienste, aber ich sehe da schon einen grundsätzlichen Unterschied vom Ansatz her. Ich denke, das spiegelt

sich auch in den Reaktionen der Klienten wieder. Die Aussage über die Klinik: »Ich möchte auf keinen Fall da wieder rein«, höre ich schon oft.

Klaus: Ich habe eine praktische Frage zu den Medikamenten. Ich meine, es ist ja bekannt, vor allem durch Lehmann aus Berlin, und seine Bücher im Anti-Psychiatrie-Verlag, in denen er ganz deutlich darauf hinweist, daß diese Langzeitmedikationen durch Psychopharmaka die Menschen letztlich stark schädigen, muskulär, von der Feinmotorik, von der Grobmotorik her, und daß das zu schweren Schäden führt. Wenn man das weiß, sagt man das den Klienten, sprechen wir mit denen darüber, ist ein Ziel auch die Verringerung der Medikamentierung? Wird das mit flankierenden Maßnahmen, z.B. dreimal in der Woche Beraten unterstützt? Denn viele Leute sterben langsam durch den »chemischen Knebel«, oder sagt man das den Klienten nicht?

Christiane: Ich bin schon in schwierige Situationen gekommen, denn ich spreche auf Nachfrage mit den Betroffenen auch über ihre Medikamenteneinnahme. Ich finde es ja durchaus manchmal sinnvoll, wenn die Leute Medikamente nehmen, aber ich habe auch Bedenken, gerade bei Langzeitmedikation. Da hatte ich Streit mit verschreibenden Ärzten, die meinen, es sei nicht meine Aufgabe mit den Patienten darüber zu sprechen. Hier gilt es, Mißverständnisse auszuräumen: Ich spreche ja nicht über die Dosierung, sondern was die Einnahme von Medikamenten und auch deren Nebenwirkungen im Leben der Betroffenen bedeutet. Dazu habe ich mehr Zeit als die Psychiater.

Armin: Und die Klienten? Haben die eine Form von Überraschung, Dankbarkeit oder Ablehnung gezeigt?

Christiane: Schwierig. Also ich habe auch das Gefühl, ich als Vermittlerin der schlechten Botschaft kriege jetzt die Wut ab. Mir ist es wichtig, aufzuklären und dabei die Verantwortlichkeit und die Mündigkeit bei den Klienten zu lassen, und das ist eine Sache, wo ich wirklich an Grenzen stoße, weil das geht manchmal nicht so. Sie möchten gerne jetzt vom Arzt als Fachmann oder von mir als Psychologin, als Fachfrau, hören, was sie machen sollen. Und

ich möchte aber sagen, »sei doch mündig«, und da komme ich öfters ins Schlittern. Das gibts schon.

Lisa: Indem man eine andere Position einnimmt als der Arzt, baut man zwei Autoritäten auf, was unter Umständen psychodynamisch außerordentlich schwierig für die Klienten ist.

Christiane: Da komme ich nochmal auf den Punkt von Ralf zurück.

Armin: Welchen? Du meinst den Unterschied zwischen Klinik und Sozialpsychiatrischen Dienst?

Ralf: ... daß es unterschiedliche Grundkonzepte sind, die im Widerspruch zueinander stehen, wenn man sie ernst nimmt.

Christiane: Ich habe im letzten Jahr auf einer psychiatrischen Aufnahmestation hospitiert. Dort wurde betont, daß sich in den letzten Jahren so viel geändert hätte, so in Richtung mehr Sozialpsychiatrie innerhalb der Klinik, aber die Realität sieht nach meiner Wahrnehmung dort so aus, daß nach wie vor eine psychiatrisch-biologische Haltung dominiert. Dort wird von Krankheit gesprochen, und von Medikamenten, die die Krankheit wieder gesund machen. Natürlich gibt es inzwischen viel an Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie, das, was man so Tagesstruktur nennt. Aber ich habe das Gefühl, das ist mehr, um den ganzen Ablauf noch mehr zu ordnen und den Leuten sagen zu können, da gehen Sie jetzt hin, und die kommen gar nicht mehr zum Nachdenken oder sind völlig ruhiggestellt durch Arbeit und Medikamente. Was daran sozialpsychiatrisch sein soll, habe ich nicht gesehen. Das Wesentliche, um es auf einen Punkt zu bringen, was mir daran gefehlt hat, war das Ernstnehmen der Patienten und dessen, was sie bewegt. Dafür gibt es in der Klinik wenig Interesse und nicht den Raum. Das ist jedoch nicht einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern anzulasten, sondern das hängt mit den Strukturen zusammen.

Ralf: Ich habe während meines Studiums ein Praktikum in Haar gemacht, und ich fand's entsetzlich. Es war eine geschlossene Aufnahmestation. Ich habe mir damals gedacht: 'Ich kann das nicht. Ich schaff das nicht, wie die Patienten da leben, wie mit denen umgegangen wird. Ich halte das nicht aus'. Und jetzt arbeite ich

im sozialpsychiatrischen Dienst, und da halte ich es besser aus. Aber nur, weil das psychiatrische Krankenhaus im Hintergrund ist, kann ich auf eine Art und Weise arbeiten, die mir besser gefällt. Ich kann dem Klienten relativ viel Eigenverantwortung überlassen, weil ich weiß, daß er entweder nach Haar flüchten kann, wenn's ihm wirklich dreckig geht oder daß er dahin eingewiesen wird, wenn er total ausflippt. Ich arbeite im psychiatrischen System auf der für mich angenehmeren Seite.

Armin: Das ist eine Wahlmöglichkeit, die man hat, und die darf man auch nutzen.

Klaus: Man muß sich klar sein, daß der Ausschluß nach wie vor das Ziel der Psychiatrie ist, und auch die Sozialpsychiatrie an vielen Orten Teilausschlüsse und -ausschließungen produziert. Das ist ihr Job. Und das ist unser Job, wenn wir darin arbeiten. Und ich glaube, wir müssen nicht mehr so tun, wie vor 10 oder 20 Jahren, das nicht zu sehen. Es ist der Sinn der Sozialpsychiatrie, in einem funktionalen Rahmen die Menschen auszuschließen oder die Menschen, die noch »arbeitsfähig« oder »leistungsfähig« oder noch kompatibel mit manchen gesellschaftlichen Normen sind, im Zwischenbereich leben zu lassen, und einen Teil auch wieder in die Normalität zurückkehren zu lassen. Aber ob Tagesstätte oder Nachtambulanz oder Langzeitwohngruppen für chronisch Kranke, das sind eben kleine ausschließende Einheiten, die billiger sind als die Großambulanz, und deswegen gibt es sie. Und ich bin kein besserer Mensch als der, der in der Ambulanz arbeitet. Ich bin nur an einer anderen Stelle funktional in diesem System. Aber wo bleibt dann Hoffnung und Utopie? Das merke ich auch unterm Reden, jetzt geht mir alles verloren. Jetzt müßte ich vielleicht aufhören zu arbeiten. Aber das ist die eine Seite dieses Widerspruch, und es gibt auch die andere Seite: Jeder Klient ist ein Mensch. Jeder Mensch ist auch in der Lage, für sich, und wenn es nur ein wenig ist, zu sorgen. Ein Teil dieser Sorge ist, daß er bis heute überlebt hat in diesen schrecklichen Verhältnissen mit für ihn schrecklichen Geschichten. Und da kann ich mit ihm reden, kann ich anfangen zuzuhören, und da erlebe ich was Neues, lerne was Neues. Das ist die andere Seite. Dieses Neue führt nicht zur Revolution, aber es führt dazu, zu lernen, daß

Menschen sehr unterschiedlich sind, und daß es heute ein Fortschritt ist, daß man Menschen dazu bringt, besser zu überleben. Mehr können wir vielleicht gar nicht tun in der Sozialpsychiatrie.

Christiane: Ich glaube tatsächlich, daß auch noch etwas anders möglich ist. Und da möchte ich unser Arbeitsprojekt anführen. Das ist entstanden aus der Idee heraus, oder sicher auch aus der Notwendigkeit heraus, daß es eben nicht nur um Medikamente geben und vielleicht ein bißchen Beschäftigung geht, im Sinne von Körbchen flechten, sondern ich denke, wenn psychisch Kranke nicht arbeiten, werden sie noch kränker, egal ob sie viel Geld haben oder nicht. Arbeit ist ein ganz zentraler Aspekt von sozialer Teilhabe und auch von »was zu geben haben« oder einen Ort zu haben, irgendwas von »bewirken können«. Unser Projekt ist ein niedrigstschwelliges, wo man unter ganz einfachen Bedingungen einsteigen kann, ganz flexibel, einen Tag oder vier Tage die Woche, und der Zulauf ist enorm. Die Leute kommen und wollen arbeiten, möglichst noch zwischen den Jahren und an Fasching und sonstwann. Und da habe ich das Gefühl, da ist was, da ist plötzlich mehr Leben möglich, mehr Selbständigkeit. Es ist möglich etwas in Bewegung zu bringen und zwar nicht nur im Sinne von versorgen oder ausschließen, sondern in Form von etwas an die Hand geben.

Klaus: Ich will trotzdem darauf beharren, daß psychiatrische Arbeit immer eine Ausschließung zur Folge hat. Tatsache ist, daß die Menschen geächtet sind, wenn sie psychisch krank sind, und je stärker psychisch krank, umso geächteter und daß sie es sehr schwer haben, z.B. am normalen Arbeitsleben teilzuhaben. Und Tatsache ist auch, wenn dieser Staat keine Kohle mehr locker macht für diese Leute, dann werden die nicht mehr arbeiten. Und dann wird sich so etwas ergeben wie 1939/40, als die ersten Fragebögen in Umlauf gebracht worden sind von den Nazis, wer arbeitsfähig ist und wer nicht. Weil an der Arbeitsfähigkeit entscheidet sich im Negativen nämlich auch, ob ein Mensch ein Mensch ist oder nicht. Das heißt, aus der historischen Erfahrung heraus darf Arbeitsfähigkeit kein Kriterium dafür sein, ob ich den Menschen als Individuum ernstnehmen kann. Ich bin auch dafür, daß die Leute arbeiten können, weil viele sagen, das tut mir gut.

Und ich habe auch eine Klientin, die merkt, sie kann nicht arbeiten, und sie leidet wahnsinnig darunter, weil sie diese Struktur nicht aufbringen kann, die Voraussetzung dafür ist, um arbeiten zu können. Und auf der anderen Seite gibts eben die Schwierigkeit, daß ein Staat, der darüber befindet, wer arbeitsfähig ist und wer nicht, Menschen aus- und einschließt.

Christiane: Okay, aber ich stoße mich an der Arbeitsfähigkeit. Das ist doch kein staatlicher Begriff im Sinne, man ist entweder arbeitsfähig oder eben nicht. Also ich sehe bei unseren Klienten sehr wohl, daß die arbeitsfähig sind, vielleicht nicht so, daß es für den ersten oder auch nur für den zweiten Arbeitsmarkt reicht. Aber in einem gewissen Rahmen. Und ich denke mir, es ist halt nicht jeder fähig, so viel zu arbeiten, daß er für den eigenen Lebensunterhalt sorgen kann. Aber es ist immer noch besser, wenn er im Arbeitsprojekt 1.000 Mark verdient und dann noch 500 Mark Zuschuß kriegt vom Staat, als wenn er eine Rente kriegt von 1.500 Mark. Und dahingehend würden auch meine Wünsche gehen, daß eben diese strenge Trennung zwischen gesund und krank, arbeitsfähig, nicht arbeitsfähig ein bißchen aufgehoben werden und in die Richtung gehen »jeder wie er kann«.

Armin: Zu dem Thema »Arbeitsprojekte« gäbe es sicherlich noch viel zu diskutieren. Ich frage jetzt aber mal in Richtung positive Identifikation: Lisa, Sie sind diejenige, die am meisten weiß, was im einzelnen von KlientInnen zu erwarten ist an Veränderung, oder etwas von den Diensten zu erwarten ist. Was hält Sie aufrecht, wenn Sie immer wieder an die selben Grenzen stoßen?

Lisa: Man kann etwas finden ... Kollegen, mit denen man Projekte entwickeln kann, die mit der Erweiterung der bisherigen Wahlmöglichkeiten zu tun haben, ergänzende Angebote zu dem bestehenden Versorgungssystem, Verantwortung übernehmen, indem man an die zentralen Punkte hingeht, die man bislang immer den anderen überlassen hat. Wir planen gerade eine Krisenversorgung für eine Region in Vernetzung mit allen ambulanten und stationären Einrichtungen, die in diesem Bereich arbeiten. Da gibt es viel Rückhalt, Kollegen aus verschiedensten Einrichtungen, die Interesse am Gestalten, am anders gestalten haben.

Klaus: Etwas Wichtiges für mich liegt darin, daß wir Beratung machen. Ich finde das wichtig in Abgrenzung zu dem, was man Therapie oder Psychoanalyse oder sonstwie nennt. Beratungsarbeit ist eine öffentliche Arbeit. Und zwar nicht, weil wir öffentlich arbeiten und das auf dem Marktplatz machen, sondern weil die Leute rausgehen und zu uns kommen und wissen, daß da auch andere Leute hingehen. Und das ist ein ganz anderes Setting als wenn jemand zum Therapeuten geht und das von der Krankenkasse bezahlt kriegt. Das hat zum Beispiel den enormen Vorteil, daß die Leute nicht kommen müssen, daß die blau machen dürfen, weil sie es nötig haben und eine Woche drauf wiederkommen können, ohne ein schlechtes Gewissen haben zu müssen oder etwas bezahlen zu müssen. Ich denke, das ist noch wenig herausgearbeitet, was dieser Vorteil von Beratungsangebot im Verhältnis zu therapeutischen Settings ist. Es ist auch nicht ein Ausprobieren einer Therapie. Es ist explizit etwas anderes als Therapie zu machen. Und das ist ein Punkt, warum ich gerne arbeite: ich lerne dort viel. Ich lerne vor allem über die Klienten. Ich lerne, daß das Menschen sind, die oft wissen, was sie wollen, und ich kann ihnen manchmal zu ihrem Wort verhelfen oder zu manchen Bewegungen in ihrem Leben, die sie alleine nicht hätten ausführen können. Ich mache die Bewegungen nicht für sie, aber durch besseres Zuhören oder überhaupt durch Zuhören ist es ihnen möglich, etwas auszusprechen und dann die Bewegung oder den Schritt zu machen. Das macht mir natürlich auch Spaß als Helfer zu merken, weil ich zugehört habe und weil ich meinen Platz als Berater gut eingenommen habe, haben sie sich entscheiden können, dies oder jenes zu tun. Und sie gehen raus und sagen 'Jetzt habe ich aber das Gefühl, dieses Wochenende kann ich gut leben oder überleben'. Und es ist auch ein befriedigendes Gefühl, da muß man gar nicht besonders narzißtisch sein, um sich da wohlzufühlen.

Ralf: Das denke ich auch. Um Spaß an der Arbeit zu haben, muß man im Kleinen sehen, was sich verändert. Wenn man diesen Blick mal bekommen hat, dann verändert sich sehr viel. Aber nochmal zum Thema »Beratung oder Therapie«: Bei uns steht unten an der Tür »Beratungsstelle für psychische Gesundheit« und ganz

klein »Sozialpsychiatrischer Dienst«. Da merkt man, daß wir Angst haben, das zu sein, was wir sind, nämlich ein Teil der Psychiatrie. Wenn jemand zu uns kommt und sich beraten läßt, dann sehe ich auch den Nachteil, daß er potentiell psychiatrisiert ist. Wenn er zum Therapeuten geht, dann hat er sein Problem anders verpackt, er geht damit nicht in die Psychiatrie, und wenn es ihm hilft, dann ist es für manche der bessere Weg als zu uns zu kommen.

Thomas: Wir melden uns am Telefon mit »Beratungsstelle«. Da kommt also weder das Wort »Psychiatrie« vor, noch »Beratungsstelle für psychische Gesundheit«. Einerseits verleugnen wir damit natürlich unseren psychiatrischen Hintergrund. Andererseits finde ich es okay, da damit die Schwelle für die KlientInnen gesenkt wird. Die gehen dann halt nicht zum psychiatrischen Dienst, sondern zur Beratungsstelle oder nur zur Beratung – das macht ja jeder mal.

Armin: Zum Schluß ein Blick in die Zukunft: Wie geht es weiter mit und in den sozialpsychiatrischen Diensten? Ist ein gemeinsamer Trend feststellbar? Was habt Ihr für Befürchtungen und Hoffnungen?

Thomas: Ich wünsche mir eine stärkere Einbindung der »gesunden« Menschen im Umfeld der Sozialpsychiatrischen Dienste, daß wir einfach mehr nach außen gehen und LaienhelferInnen rekrutieren, sie mit dem psychischen Leid ihrer nächsten Umgebung vertraut machen und dazu motivieren, sich um ihre Nachbarn zu kümmern. Die Idee stammt aus unserer Supervision, wo ich immer wieder staune, was unsere LaienhelferInnen mit ihren KlientInnen alles auf die Beine stellen. Keine langen Beratungsgespräche, sondern einfach für die KlientInnen da sein, Freizeitgestaltung, mal zuhören und so weiter.

Christiane: Ich habe die Befürchtung, daß wir uns zu sehr inhaltlich mit Klientenarbeit beschäftigen und viel zu wenig mit struktureller und politischer Arbeit. Es gibt erhebliche strukturelle Veränderungen durch den Bettenabbau in den Großkrankenhäusern und durch die Planung von Institutsambulanzen. Wir bräuchten mehr Ressourcen, um uns mit solchen Zukunftsfragen zu be-

schäftigen. Da vermisste ich Initiative und Unterstützung von unserem Träger.

Lisa: Im Rahmen der Strukturveränderungen, die es in einigen Regionen gibt, baue ich auf die gemeindepsychiatrischen Verbundsysteme. Ich habe die große Hoffnung, daß die Sozialpsychiatrischen Dienste diesen Zug nicht versäumen, da werden wichtige Weichen gestellt werden. Ich würde mir den Sozialpsychiatrischen Dienst als Kernstück so eines Verbundsystems wünschen, auch mit Zuweisungskompetenzen. Dann wäre wirklich ein Schritt Reformpsychiatrie geschafft, wenn Zuweisungskompetenzen nicht mehr von den Niedergelassenen ausginge, sondern von einem Gremium von Menschen, die ein großes Wissen um ihr Einzugsgebiet und die Leute, die da leben, haben.

Ralf: Ich sehe als Entwicklung eine zunehmende Individualisierung in der Behandlung psychischer Störungen. Man kann das z.B. am »Betreuten Einzelwohnen« deutlich machen. Das ist ein neues Angebot des Sozialpsychiatrischen Dienstes, eine intensive Betreuung für chronisch psychisch Kranke mit Hausbesuchen und Gruppenangeboten. Der Klient muß einen Vertrag unterschreiben, daß er für diese Hilfen bezahlt bzw. wenn er Sozialhilfe bekommt, daß das Sozialamt dafür bezahlt. De facto ist dieses scheinbar zusätzliche Betreuungsangebot der erste Schritt zu einer Zwei-Klassen-Betreuung: Es gibt die intensiv betreuten Klienten, da wird einzeln abgerechnet, und es gibt Klienten mit Standardbetreuung vom Sozialpsychiatrischen Dienst, die pauschal finanziert wird. Dieses neue Angebot ist von den Sozialpsychiatrischen Diensten forciert worden, weil es darüber möglich ist, Gelder und vielleicht auch neue Stellen zu bekommen.

Armin: Worin besteht der Nachteil?

Ralf: Wir werden eine Art Versicherungsvertreter für diese Verträge. Wenn wir eine neue MitarbeiterIn für das »Betreute Einzelwohnen« haben wollen, brauchen wir eine gewisse Anzahl von Vertragsabschlüssen mit Klienten, um diese Stelle zu finanzieren. Es entsteht ein Widerspruch zwischen dem, was fachlich sinnvoll ist und dem, was unser Interesse als Stelle ist, nämlich möglichst viele Leute für diesen Vertrag zu kriegen, obwohl man fachlich

vielleicht sagen müßte, der Klient wäre woanders besser aufgehoben.

Klaus: Der Klient wird zum Träger eines gewissen Geldbetrags. Also wird er zum Tauschobjekt von soundsoviel Hunderten von Mark, die dann die Stelle finanzieren.

Armin: Wenn ich das richtig verstehe, scheinen mir das die Vorboten zu sein scheinen von mehr Service am Klienten oder was die Politik dann so verkauft. Dann gibt es den heiß umworbenen Klienten, der einerseits von der Institutsambulanz, andererseits vom Sozialpsychiatrischen Dienst umworben wird, weil er für Geld steht. An den entsprechenden Stellen kann man das so betrachten, als wäre das eine Dienstleistung am kranken Menschen, weil der jetzt so wahnsinnig viele Angebote hat.

Ralf: Das ist der Anfang vom Ende der Pauschalfinanzierung. Und das ist politisch gewollt: Es entsteht Konkurrenzdruck, und dann wird der Klient wie die Helfer eine ganz andere Position einnehmen. Ich sehe die Gefahr, daß wir viele Grundlagen unserer Arbeit, wie z.B. Niederschwelligkeit, Anonymität einschränken müssen.

Klaus: Ja. Und das führt letztlich zur Auflösung dieser Art von Sozialpsychiatrie, weil die Träger und vielleicht auch die Mitarbeiter zu wenig darum gekämpft haben die letzten Jahre und immer gedacht haben, sie haben einen sicheren Arbeitsplatz. Das heißt, die Sozialpsychiatrischen Dienste müssen die Kröte schlucken, daß sie hoheitliche Aufgaben übernehmen, staatliche Aufgaben, letztlich der Büttel der Polizei sind, bei deren Entscheidung, ob sie jemanden einliefern sollen oder nicht. Und in dem Rahmen besteht die Möglichkeit, andere Arbeit zu leisten, wie der Berliner Krisendienst in Charlottenburg zeigt, die mit der Polizei zusammenarbeiten: Andere Arbeit in Hinblick darauf, daß die Klienten anders in die Psychiatrie gehen, oft mit Zivilautos, das bedeutet für den einzelnen Klienten eine qualitative Verbesserung gegenüber der alten Form. Aber man muß sich darüber klar sein, daß man der Erfüllungsgehilfe staatlicher Autorität ist. Und es ist nicht zu erkennen, daß die Sozialpsychiatrie was Tolles, Feines,

Revolutionäres sein soll, wenn sie sich innerhalb dieses staatlichen Gefüges bewegt.