

## Zukunftsmodelle

*Dieser Artikel erschien gekürzt im Herbst 1998 unter dem Titel „Innovative Projekte“ als Beitrag im „Hand-Werks-Buch Psychiatrie“, Psychiatrieverlag Bonn 1998*

Hans Luger

Es ist gerade nicht die Zeit für große neue Entwürfe einer sozialen, gemeindenahen, ökologischen oder sonstigen Psychiatrie. Was in diesem Land an Reform der Psychiatrie gelaufen ist, hat sich zwar schon über einen langen Zeitraum bis heute hingeschleppt, entspricht dem Denken und den Bedingungen der 70er-Jahre und war auch damals schon verspätet und längst überfällig. Die Veränderung ging damals schon Kritikern nicht weit genug oder in die falsche Richtung einer subtileren, technokratischen Form von Ausgrenzung. Dennoch sieht heute niemand ernsthaft die Chance einer neuen grundsätzlichen Strukturreform in der Psychiatrie. Es wird die nächsten Jahre genug zu tun geben, den erreichten Stand zu halten bzw. zumindest die Empfehlungen der Expertenkommission bundesweit umzusetzen. Einen Großteil der verfügbaren Energien wird es erfordern, die neuen Einrichtungen institutionell abzusichern, dem Rollback zu den großen Institutionen zu widerstehen und bei der kleinteiligen Umsetzung der Reform vielleicht etwas mehr Vernunft und Flexibilität in die Finanzierungswege zu bringen.

Einiges an Energie muss freilich noch dafür übrig bleiben, die menschenfreundlichen Inhalte und Ziele der Reform zu pflegen und weiterzuentwickeln. Ihretwegen wurden schließlich mühselig die Strukturen reformiert und neue Institutionen als notwendiges Gerüst aufgebaut, innerhalb dessen Menschen mit seelischen Problemen eine angemessenere Hilfe als früher erhalten konnten. Und auch hier wird sich der Energieeinsatz wieder aufteilen müssen.

Ein Teil geht in die Sisyphusarbeit, zu verhindern, daß der neugeschaffene institutionelle Rahmen, dem Naturgesetz von Bürokratie folgend, selbst wieder verkrustet, und die Betroffenen zum Gegenstand einer nun zeitgemäßeren Form von Entmündigung werden. Qualitätszertifizierte Aktenführung und Fallkonferenzen können auch einfach in der alltäglichen Interaktion mit den Betroffenen (bzw. über sie hinweg) als umfassende soziale Kontrolle die früheren Mauern ersetzen. Oder: Gutgemeinte, aber hochkomplexe Systeme der Ermittlung individueller Hilfebedarfe können an die Stelle der früheren Abstempelung durch psychiatrische Diagnosen und Krankheitsvorstellungen treten. In der praktischen Anwendung steht ihnen der Hilfebedürftige möglicherweise ebenso hilf- und fassungslos gegenüber.

Daneben, und darum soll es in diesem Text gehen, braucht es aber auch noch den Einsatz für die kreative Ausnutzung der neu gewonnenen Spielräume, den Einsatz für Experimente, für neue Erfahrungen an der Grenze oder außerhalb des psychosozialen Versorgungssystems. Dahinter steckt die Perspektive, den neuen Rahmen inhaltlich zu füllen, neue Erfahrungen möglich zu machen und alltäglich werden zu lassen, bis sich vor diesem Hintergrund eines Tages das heute gültige Strukturmodell, der gemeindepsychiatrische Rahmen, als zu eng und unflexibel erweisen wird.

Die Richtung dieser Entwicklung: Abspecken der Institutionen. Nur soviel und so lange institutionelle Hilfe, wie wirklich nötig ist, dafür finanziell abgesichert, qualifiziert und möglichst niedrigschwellig und dicht an der alltäglichen "Normalität". Parallel dazu eine Ausdehnung eines informellen, nicht institutionalisierten Bereichs der Auseinandersetzung mit dem Thema der seelischen Not - außerhalb des Schattens der Psychiatrie Orte, Begegnungsmöglichkeiten, Arbeitszusammenhänge, Beziehungsformen, die beim Überleben helfen.

Den Betroffenen kommt dabei als Experten in eigener Sache eine entscheidende und aktive Rolle zu: Als Kritiker und Kontrollinstanz, als Helfer und Mitarbeiter, aber auch als Macher, als nicht nur gefragtes, sondern auch sich selbst äußerndes "Subjekt" in der fachlichen Diskussion und durchaus auch vermehrt als Träger eigener Einrichtungen, im Wettbewerb der Ideen mit den herkömmlichen Versorgungskonzepten.

Diese Entwicklungsperspektive setzt an einem Grundproblem der Psychiatrie an: Der Produktion von "Patientenrollen" durch die Art der "Behandlung" und durch das Setting der Einrichtungen, die Menschen in seelischer Not Hilfe leisten. Was zum Zeitpunkt einer tiefgreifenden Verunsicherung über das eigene Selbst von außen als Rolle an jemanden herangetragen, was ihr/ihm als Kompetenz oder Inkompetenz zugeschrieben wird, entscheidet über das Drehbuch, nach dem sie/er das weitere Leben ausrichtet.

Einige bereits existierende Modelle aus verschiedenen Praxisfeldern, die in ihrem jeweiligen Bereich Institutionalität reduzieren und ausdrücklich eine vielseitigere und selbstbewußtere Rolle der Betroffenen anstreben, sollen im folgenden skizziert und diskutiert werden. Daran schließen sich Überlegungen zu gesellschaftlichen Entwicklungen an der Schwelle zum nächsten Jahrhundert an, die auch das psychosoziale Versorgungssystem und die Rolle der Betroffenen und der professionellen Helfer nicht

unberührt lassen werden.

## **Vom Patienten zum Nutzer zum Mitgestalter**

Wortklauberei: Ein "Patient" definiert sich oder wird definiert in erster Linie über sein passives Er-Leiden. Ein "Klient" darüber, daß er sich an jemanden anlehnt, der gerade stehen kann. Eine "Betroffene" über eine Art "Schicksalsschlag", der sie niedergestreckt hat. Eine "Nutzerin" über die (theoretisch) selbstbestimmte Art ihrer Auswahl der Dienstleistungen im psychosozialen Versorgungssystem, die sie bucht oder eben auch nicht, (und die sie, wenn sie so locker damit verfahren könnte, auch gar nicht mehr bräuchte....)

Alle diese Benennungen, auch die gut gemeinten, verkürzen die komplexe Realität dessen, der zur Zielgruppe der psychosozialen Versorgung gehört, auf eine eingeschränkte Rolle, und ebenen das widersprüchliche Nebeneinander von zeitweiliger sozialer Inkompetenz und gleichzeitig vielen Fähigkeiten, von Bedürftigkeit und Autonomiebestreben ein. Und ähnlich wie die Sprache reduzieren auch Institutionen gerne die Hilfesuchenden auf die offensichtlich zur Behandlung anstehenden Teile der Persönlichkeit. Allerdings nicht zwangsläufig, wie zu zeigen sein wird.

In Mosbach, einer Kreisstadt in Nordbaden, hat sich über den Zeitraum von zwei Jahrzehnten aus einer nervenärztlichen/psychotherapeutischen Praxis heraus ein ungewöhnliches therapeutisches "Biotop" entwickelt. Ehemalige oder Noch-Patienten beteiligen sich zusammen mit der niedergelassenen Ärztin an einem ausgefeilten System der Krisenintervention, mit dem ausdrücklichen Ziel, auf der Basis gegenseitiger Hilfe stationäre Aufenthalte zu verhindern. Entwickelt hat sich dieses Kriseninterventionsteam aus der langjährigen Erfahrungen der Ärztin mit therapeutischen Gruppen nach einem psychoanalytischen Konzept (angelehnt an die Vorgehensweisen von Winnicott, M. Klein, Kernberg). Der Schwerpunkt lag dabei auf die Beziehungen der Teilnehmer zur Leiterin und zu den anderen Gruppenmitgliedern, wobei jedes Gruppenmitglied mehr oder minder therapeutische Funktionen für die anderen übernimmt, womit seine gesunden und kreativen Anteile gebraucht, benutzt und bestätigt werden. Die Erfahrung, daß diese Art der therapeutischen Arbeit bei den überwiegend psychotischen Teilnehmern häufig an die Grenzen stieß, die das weiter bestehende häusliche Milieu setzte, führte letztlich zu der Konsequenz, dann eben über den rein therapeutischen Rahmen hinaus ein heilsames Milieu, einen sozialen Zusammenhang zu schaffen, der neue Lernerfahrungen ermöglichte. "Biotop" dient hier als Schlüsselbegriff: Einen Raum schaffen, in dem auf der Basis vielfältiger, unterschiedlicher Beziehungen bei den einzelnen Mitgliedern persönliches Wachstum wieder möglich wird und Eigenregulationsmechanismen wieder einsetzen können.

Im Laufe der Jahre erweiterte sich die Praxis um zusätzliche Räume, in denen die Mitglieder der verschiedenen Gruppen auch einen Teil ihres Alltags verbringen und je nach Bedürfnis aktiv sein oder sich zurückziehen können, und wo in einer Art "Tagesklinik" auch in Zeiten persönlicher Krisen für einzelne Mitglieder eine Rund-um-die-Uhr-Begleitung stattfinden kann. Finanziert wurde dieses Modell ursprünglich aus den Praxiseinnahmen. Nach Honorarkürzungen infolge der Gesundheitsreform 1994 mußten neue Finanzierungsquellen erschlossen werden, was zur Gründung eines (von den Patienten getragenen) Vereins "Zur Hilfe psychisch Kranker e. V." führte.

Waren es ursprünglich eher spontane Aktivitäten der Mitglieder der verschiedenen über Jahre laufenden Therapiegruppen, sich in Krisenzeiten umeinander zu kümmern, so hat sich in den letzten Jahren das Konzept weiterentwickelt und systematisiert. Ein Kriseninterventionsteam, bestehend aus 13 Patienten der Praxis (Stand 1996) tagt alle 4 Wochen in einer Art Seminar, um Erfahrungen auszuwerten, das Konzept weiterzuentwickeln und sich fortzubilden, und ist je nach Bedarf jederzeit einsatzbereit, sobald eines der Mitglieder einer der Gruppen die Rund-um-die-Uhr-Betreuung braucht.

Alle Vereinsmitglieder, die eine solche Krisenintervention in Zukunft benötigen könnten, bekommen eine Karteikarte, auf der die für sie wesentlichen Informationen zusammengefaßt sind: Wichtige Merkmale des akuten Krankheitsbildes, gewohnte Akutmedikamente, empfehlenswerte bzw. deeskalierende Verhaltensweisen. Außerdem werden in einem gesonderten Gespräch spezifische Absprachen für den Krisenfall herausgearbeitet, vor allem bezogen auf die individuellen Wünsche, wer Ansprechpartner sein soll, wieviel Nähe und Distanz gehalten werden soll, in welchem der Räume man sich am liebsten aufhalten möchte, was man gerne zu essen und zu trinken hat, und wie die Betreuer mit Außenkontakten umgehen sollen.

Als Basisausstattung für den Krisenfall sind ein Notfall-Medikamentenschrank (mit den auf den Karteikarten angegebenen Mitteln), ferner Hygieneartikel, Wäsche, Lebensmittel, Decken usw. vorbereitet, und auch für das Betreuungsteam sind Schlafmöglichkeiten im Gebäude eingerichtet. Den Mitgliedern

des Teams wurden von der Ärztin Basisinformationen über Krankheitsbilder, Medikamente und Herz-Kreislauf-Komplikationen vermittelt und Techniken wie Blutdruckmessen und Pulszählen beigebracht.

Einen zentralen Stellenwert nehmen beim Kriseninterventionsseminar die vorbereitenden Rollenspiele ein, eine Mischung aus Fortbildung, Supervision und Therapiesitzung: Die potentiellen Krisenpatienten spielen sich selbst in akutem Krankheitszustand, das Kriseninterventionsteam setzt übungshalber sein Wissen, seine Intuition und seine Erfahrungen ein und erfährt die Rückmeldungen der „Patienten“ (die darüber wiederum wertvolle Information über den möglichen Verlauf ihrer Krise vermitteln und auch selbst durch das bewußte Agieren mehr Abstand dazu gewinnen). Inzwischen sind auch Fachleute von außen gern gesehene Gäste, die die Helferrolle übernehmen und sich ihrerseits der Beurteilung durch die "betroffenen" Krisenexperten stellen und in diesem Prozeß eine zusätzliche Perspektive für ihre weitere Arbeit finden. Die Rollenspiele vermitteln letztlich auch Aufmerksamkeit und Routine im Umgang mit den vielen Details, die im Ernstfall zu berücksichtigen sind und für die dann nicht erst neue Lösungen gefunden werden müssen (z. B. Fenster schließen für die nötige Reizabschirmung, Autoschlüssel wegnehmen, Basisbedürfnisse befriedigen wie Wärme, Essen, Trinken, Ruhe, Berührung). Sie bestätigen den Helfern ihre mit der eigenen Person verbundenen Stärken (wie z. B. Einfühlungsvermögen, Belastungsfähigkeit) und weisen auf Schwachpunkte hin (z. B. zuwenig oder zu massiv Grenzen zu setzen, die Grenzen des anderen oder seine Signale zu mißachten).

Für die praktische Arbeit und die Vereinsaktivitäten haben sich im Laufe der Jahre Regeln herausgebildet (z. B.: Keine Zwangsmedikation; Vorrang der Betreuung durch die Gruppenmitglieder gegenüber der professionellen Hilfe; Abgrenzung der Zuständigkeiten des Kriseninterventionsteams, des Vereins und der Ärztin), die sich je nach Verlauf der weiteren Entwicklungen in diesem "Biotop" auch wieder verändern können. Als eine mögliche perspektivische Entwicklung, in Reaktion auf gesellschaftliche Mißstände wie die gegenwärtige Massenarbeitslosigkeit, die die tatsächliche Verselbständigung der "Patienten" aus der Gruppe heraus in das normale Leben erschweren, ist beispielsweise in Mosbach daran gedacht, längerfristig die Kriseninterventionsbetreuungen auch zu vergüten und damit zusätzlich aufzuwerten - was aber wiederum Auswirkungen auf das Gesamtgefüge dieses Modells haben dürfte.

Das "Biotop" in Mosbach, ausführlich dargestellt in dem Erfahrungsbericht der Projektinitiatorin (Sachse 1998), ist nur eines aus einer Reihe von Projekten, die - von sehr unterschiedlichen theoretischen Konzepten und praktischen Erfahrungen aus - alle die Kompetenz von Menschen mit eigener Erfahrung in der Rolle der Psychiatriepatienten als wesentliche Ressource der "Heilung" von Menschen in akuten Krisen nutzen. Hier seien noch kurz zwei aktuelle Beispiele aus den USA skizziert, um die Breite dieses Spektrums anzudeuten.

Das "Windhorse-Projekt", 1981 gegründet von E. Podvoll in Boulder/Colorado, organisiert therapeutische Begleitung in und nach psychotischen Krisen und zwar sowohl als Alternative zu einem Klinikaufenthalt, als auch als Nachbetreuung nach einer Klinikbehandlung. Professionelle Helfer, Praktikanten, Angehörige und ehemalige Patienten arbeiten in sich aktuell jeweils neu konstituierenden Betreuungsteams zusammen und begleiten als therapeutische Gemeinschaft einen Menschen durch seine Krise. Zwei leben in dieser Zeit als Hausgenossen mit ihm/ihr zusammen und helfen, den Alltag zu organisieren, die anderen begleiten ihn/sie in Drei-Stunden-Schichten mit einer Art therapeutischen "Basisbetreuung"

Ziel dieses Konzepts ist die tatsächliche "Gesundung von einer Psychose". Dazu braucht es authentische Beziehungen innerhalb der vorübergehenden Gemeinschaft, die es möglich machen, daß die sogenannten "Inseln der Klarheit", d. h. gesunde Momente, die mitten im psychotischen Erleben regelmäßig auftauchen, zum Ausgangspunkt des Heilungsprozesses werden. Wichtige Aufgabe der Helfer ist es dabei, sich mit eigener kontemplativer Praxis wach und offen für diesen Prozeß zu halten.

Das Windhorse-Projekt ist gekennzeichnet durch einen weiten Spannungsbogen. Zum einen bezieht es Elemente der buddhistischen Philosophie mit ein, sowohl für das Verständnis des "Krankheitsablaufs" und der Heilungsprozesse als auch bei der empfohlenen kontemplativen Praxis, angelehnt an die Lehren des Mönchs Chögyam Trungpa Rinpoche, der in Boulder eine Art buddhistischer Universität initiiert hat. Andererseits hebt es sich in einem wesentlichen Punkt deutlich ab von den zahlreichen bekannten und prominenten "therapeutischen Gemeinschaften", von Maxwell Jones bis zu Laings Kingsley Hall, und von den noch häufigeren informellen Betreuungsgemeinschaften, die sich spontan im Familien- oder Freundeskreis von Betroffenen bilden und entgegen ihrer realen Bedeutung in der Literatur und Fachdiskussion bisher viel zu wenig berücksichtigt werden. Es versteht nämlich den eigenen Ansatz als durchaus systematisch und als verträglich mit dem konventionellen Versorgungsnetz der Region, als lern- und vermittelbar, und hat auch bereits erfolgreich damit experimentiert, dieses Betreuungskonzept auf eine ganze Patientengruppe in einem Krankenhaus mit bisher tra-

ditionellem Setting zu übertragen (Podvoll 1990).

Aus einem anderen Zusammenhang, von Interesse vielleicht für diejenigen, die mehr auf eine solide sozialwissenschaftlich abgesicherte Argumentation Wert legen, ein weiteres Beispiel, die bewußt eingesetzte Mitwirkung von Betroffenen im Rahmen eines ambulanten "intensive case management"-Programms für besonders schwierige chronisch psychisch Kranke in New York (Felton, Stastny et al. 1995). Hier wurde im Rahmen eines quasi-experimentellen Forschungsdesigns ermittelt, daß die Unterstützung der professionellen Teams durch "consumer peer specialists", also Menschen, die eigene leidvolle Erfahrung mit ihren seelischen Problemen und mit der Psychiatrie hinter sich haben, es den Klienten aus der Zielgruppe des Programms wesentlich leichter machte, von dem Programm zu profitieren und an Selbstbewußtsein und Lebenstauglichkeit zu gewinnen, als wenn die Profis durch Laien ohne eigene Psychiatrieerfahrung unterstützt wurden oder alleine arbeiteten. Wie beim Windhorse-Projekt wurden die Helfer gründlich auf ihre Aufgabe vorbereitet, hier mit einem achtwöchigen Training in "case management" und einem zusätzlichen Training in "peer counseling", also speziellen hilfreichen Umgangsformen unter Betroffenen.

Die Forscher interessierten sich natürlich auch für Erklärungsmodelle: War es der wieder erwachte Optimismus der Profis angesichts von sozial kompetenten ehemaligen Patienten, der sie bei ihrer Arbeit beflügelte, oder das erfolgreiche Rollenmodell, das diese "Ehemaligen" für die schwierige Zielgruppe boten, oder das besondere Verständnis und Einfühlungsvermögen der "Ehemaligen", das ihnen einen besseren Zugang zu den Klienten erlaubte und ihnen zugleich half, bei den professionellen Kollegen mehr Verständnis für die Anliegen der Klienten zu wecken, oder alles dieses zusammen? Letztlich ist das freilich zweitrangig. Spannender erscheint mir die Frage des Wissenstransfers und des Verhältnisses zwischen „Modellen“ und normaler Versorgungsrealität: Was muß geschehen, daß solche offenbar nicht nur unter Luxus-Bedingungen möglichen und erwiesenermaßen hilfreichen "Innovationen" in den ganz normalen Alltag unseres Versorgungssystems eingehen können? Möglicherweise erfordert das ja nur zu Beginn das gewisse Quentchen mehr an Aufwand, Einsatz und Ertragen von Komplexität beim "Personal" und ein bißchen mehr an Flexibilität bei den Institutionen; das Quentchen, das den entscheidenden qualitativen Sprung bringen, aber gleichzeitig die herkömmlichen Institutionen besonders intensiv verunsichern könnte - auch wenn als Belohnung letztlich eine größere Arbeitszufriedenheit winkt.

Was unter geeigneten Bedingungen selbst in dem als eigentlich besonders veränderungsresistent geltenden stationären Bereich an Veränderungsschritten in Richtung De-Institutionalisierung möglich ist, zeigt ein anderes Beispiel, wieder aus Deutschland. Das St. Marien-Hospital in Herne ist auf einem etwas anderen Gebiet, dem Bemühen um eine "gewaltfreie Psychiatrie", dank seiner offensiven Selbstdarstellung Gegenstand heftiger Diskussionen geworden. Im Rahmen der Aktivitäten, die zu einer möglichst heilsamen Atmosphäre beitragen sollen, hat man sich dort auch Gedanken gemacht, wie der auf Ressourcenorientierung und "Normalität" ausgelegte Ansatz der Klinik sich bis hinein in den Stationsalltag konsequent umsetzen läßt und den "Patienten" die Chance gibt, sich auch im Milieu einer stationären Einrichtung mit möglichst vielen Seiten der eigenen Person zu erleben (nach Krisor & Pfannkuch 1997).

- Ein "Atelier" wurde in der Klinik eingerichtet als Forum für Begegnungen zwischen Patienten, sonstigen interessierten Herner Bürgern, Mitarbeitern und "Multiplikatoren", und bietet über Vorträge, Diskussionen, Ausflüge, Feste oder Ausstellungen Begegnungsflächen zu verschiedenen Themen, die das sonst zentrale Thema "psychische Krankheit" relativieren. "Patienten" können dort selbst als Referenten auftreten und sich entsprechend ihrem Leben draußen als Experten über ein breites Spektrum an Interessen präsentieren, von Kartenspielen bis zur Architektur. Veranstaltungen von Gruppen von außerhalb in diesem Atelier, z. B. Ausstellungen der in dieser Region weit verbreiteten Kaninchenzüchtervereine, schaffen für die Patienten wiederum vertraute Anknüpfungspunkte für Kontakte und Gespräche, die nichts mit dem Thema Krankheit zu tun haben.

- Patienten als Delegierte ihrer Stationen bilden zusammen mit professionellen Helfern das "Empfangskomitee" für Besuchergruppen, die sich über die Institution "St. Marien-Hospital" informieren wollen. In gemeinsamen Vor- und Nachbesprechungen werden die Erfahrungen ausgewertet und Verbesserungsvorschläge für den Ablauf der Führungen entwickelt, die die Patienten autonom, ohne professionelle Beteiligung, durchführen. Aus einer solchen Nachbesprechungsrunde stammte beispielsweise auch der später umgesetzte Vorschlag, daß in ähnlicher Weise auch einmal wöchentlich die neu aufgenommenen Patienten von anderen, die die Klinik schon länger kannten, mit der Einrichtung bekanntgemacht werden könnten. Inzwischen hat sich das Aufgabenspektrum der fest institutionalisierten "Delegiertenkonferenz" erweitert zu einer Interessensvertretung der Patienten gegenüber der Klinik, aber auch zu einem Gremium, das Geselligkeit, Freizeitangebote und Reisen organisiert, mit Schlüsselgewalt über Gemeinschaftsräume in der Klinik, und das sich auch gegenüber der Fachwelt

etwa bei Fortbildungsveranstaltungen oder bei Auftritten in Uni-Seminaren äußert, und auch bei kommunalpolitischen Fragen im Umfeld der Klinik mitwirkt.

- Die Delegiertenkonferenz ist auch Ausgangspunkt für eine weitere Entwicklung in der Klinik, die Einbeziehung von Patienten als "Krisenassistenten" für die Betreuung von besonders "schwierigen" Patienten auf einer Station. Im Herner Beispiel wurden für diese Initiative von vornherein strenge Kriterien angelegt: Es sollte keine (Selbst-)Ausbeutung der Krisenassistenten stattfinden, es sollte zu keiner unkontrollierten Machtausübung kommen, die Krisenhelfer sollten vor Überforderung geschützt werden, und sowohl der betreute Patient als auch dessen offizielle Betreuer mußten ihre Zustimmung geben. Regelmäßige Supervisionstreffen mit Krisenassistenten, Pflegedienstleiter und dem Leitenden Arzt wurden angesetzt, um den Prozeß der Krisenbegleitung kontinuierlich zu reflektieren. Als vorläufiges Ergebnis dieser Initiative wird auch hier berichtet, daß sich die Atmosphäre rund um einen "schwierigen" Patienten auf der Station durch die Einbeziehung der Krisenassistenten entspannte, und daß die Krisenassistenten ihrerseits durch ihre Aktivität an Selbstsicherheit gewannen und sich mehr als verantwortlich handelnde Menschen erleben konnten.

- Unter dem programmatischen Ansatz "Aufhebung der Beschäftigungstherapie in der Gemeinde" wird versucht, die Beschäftigungsangebote der Klinik weitgehend nach außen in die "Normalität" zu verlagern. Das sieht konkret z. B. so aus, daß eine Literaturwerkstatt oder ein Seidenmalkurs nicht wie gewohnt in der Klinik stattfindet, sondern in das Angebot der örtlichen Volkshochschule aufgenommen und der breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht wird, mit dreifacher Wirkung: Die Patienten werden mit der Außenwelt konfrontiert, die Mitarbeiter erweitern ihren Blickwinkel, und die Öffentlichkeit setzt sich, verlockt durch lustbetonte Angebote, mit der sonst gerne ausgeklammerten Realität der psychiatrischen Klinik der Region auseinander.

### **Modelle: Arbeit, Anerkennung, Ärger**

Einrichtungen oder Projekte, die sich als Modelle verstehen, ziehen in der Regel nicht nur Anerkennung, sondern mindestens genau soviel Ärger auf sich. Ärger bei manchen Kolleginnen und Kollegen, die in den traditionellen Arbeitszusammenhängen beschäftigt sind und befürchten, daß ihre Mühen dort nicht ausreichend gewürdigt werden, wenn wieder ein neues Vorzeigeprojekt im Rampenlicht steht. Ärger über den moralischen Druck, der von einem solchen Projekt ausgehen kann (offen oder unterschwellig), oder der von denen hineininterpretiert wird, die bei ihrer Arbeit kein gutes Gefühl haben und unzufrieden sind. Ärger bei Ämtern und Institutionen, wenn ein solches Modell die gewohnte Routine durcheinander bringt. Ärger auch bei manchen Betroffenen, die am liebsten in ihrer passiven Rolle bleiben möchten. Ärger auch bei denen, die sich radikalere Veränderungen wünschen. Ärger in der Fachwelt über die Aura der "Besonderheit" eines Modells oder das Sendungsbewußtsein mancher Protagonisten.

Nicht immer leicht auszuhalten ist andererseits auch die Anerkennung, die eine neuartige Einrichtung eines Tages nach vielen Mühen und für das Überleben nötiger Öffentlichkeitsarbeit erfährt. Die verbreitete Sehnsucht nach Erlösung, die in der Psychiatrie grassiert angesichts des dort zusammengeballten seelischen Notstands, bläst ein neues Modell möglicherweise auch ganz schnell zu einem Mythos auf, läßt ihm einen Erwartungsdruck auf, dem es nicht gerecht werden kann, und hält es mit den Heerscharen von neugierigen Pilgern, die das Projekt kennenlernen wollen, von der Arbeit ab.

Modelle können ausprobieren, was geht, unter welchen Umständen es geht, und unter welchen nicht. Solche Innovationen sind selten planbar. Eher zufällig treffen die nötigen Zutaten zusammen: Einzelne Personen, manchmal auch Gruppen, mit einer Idee; häufig eher Außenseiter ihrer Zunft, unter Umständen nicht ganz einfach im Umgang, ein bißchen Narzissmus muß dabei sein. Eine finanzielle Nische muß sich auftun, eine Modellförderung, oder zumindest die Bereitschaft und Fähigkeit einiger oder aller Beteiligten, selbst Geld und Ressourcen zuzubuttern. Eine Umbruchsituation (neue Chefin, anstehende Umstrukturierung, gesellschaftliche Aufbruchstimmung o. ä.) und das Zusammentreffen von motivierten Mitarbeiter(inne)n, motivierten Betroffenen, aufgeschlossenen Ämtern und evtl. dem einen oder anderen Sponsor erleichtern den Start und geben die nötige "zusätzliche" Energie, das Beharrungsvermögen der eingespielten Institutionen ebenso wie der lange gelernten Rollen zu überwinden. Weiterhin ist vonnöten etwas penetrantes Verhalten, sprich: Eine gewisse Realitätsblindheit - sonst könnte man die nötige Euphorie nicht so lange aufrechterhalten. Und eine hartnäckige Überzeugung, das Richtige zu tun und besser Bescheid zu wissen als andere, eine Haltung, die die Umgebung auch bisweilen nerven kann. Ohne sie könnte man aber gegen den Chor der Pessimisten nicht bestehen.

Der erhöhte Energieverbrauch fordert freilich irgendwann seinen Preis. Projekte dieser Art haben oft

eine ausgeprägte Dynamik, sind schnellen Veränderungen unterworfen. Sie regen die Beteiligten mehr an und verschleißen sie manchmal auch mehr als eine Beschäftigung im Rahmen der normalen Pflichtversorgung. Die Projekte und ihre Protagonisten haben Glück, wenn sie sich genügend etabliert und eine stabile langfristige Organisationsform gefunden haben zu dem Zeitpunkt, an dem die gemeinsame Energie eines Tages notgedrungen nachläßt, die Euphorie durch ausreichend Mißerfolge auf ein pragmatisches Niveau gedämpft ist und neue Mitarbeiter dazugestoßen sind, die die Ideen des Projekts nüchterner und mit weniger persönlichem Herzblut verfolgen und dafür ihren Teil dazu beitragen, den erreichten konzeptionellen Landgewinn zu erhalten.

## **Rollenverwirrungen**

Für die Art von Modellen, um die es in diesem Beitrag geht, gilt es neben solchen allgemeingültigen Bedingungen noch ein zusätzliches kniffliges Thema zu würdigen: Die möglichen Fallstricke im Verhältnis zwischen den Profis und den aktiv mitwirkenden Betroffenen. Wenn die eindeutige Rollenzuweisung "hier der professionelle Helfer, dort der hilfsbedürftige Patient" aufgebrochen ist, eröffnen sich viele unterschiedliche Möglichkeiten, sich zu begegnen, und entsprechende Konfliktfelder. Die konkrete Ausprägung der Begegnung hängt ab davon, welche Erweiterung des Rahmens die Institution zuläßt, in der man aufeinander trifft, und wie weit die beteiligten Personen von ihrer hergebrachten Rolle abzuweichen bereit sind:

Wieviel will ein Profi von seiner Definitionsmacht abgeben, wieviel Wertschätzung bringt er/sie dem Beitrag der Betroffenen wirklich entgegen, wie verändert er/sie sich selbst und seinen/ihren Arbeitsstil in der Zusammenarbeit? Und: Welche stimmige Rolle finden die mitwirkenden Betroffenen für sich zwischen den Haltungen "Ich bin ja so froh, daß ich ein bißchen mithelfen darf" und "Eigentlich weiß ich das alles besser als diese ahnungslosen Professionellen". Die beschriebenen Modelle zeigen, daß für die Arbeitsteilung jeweils ein klarer Rahmen, ein stabiles, aber entwicklungsfähiges Regelwerk als nötig und hilfreich empfunden wurde, um die mögliche Menge an Irritationen und Konflikten einzugrenzen.

Verwickelter wird die Angelegenheit noch, wenn betroffene Helfer und Profis eine Geschichte miteinander haben, wenn zuvor etwa ein Betreuungsverhältnis zwischen Profi und betroffenem Helfer bestand oder gar noch weiter besteht. Vertreter der reinen Lehre von der sauberen Rollentrennung heben bei diesem Thema gerne besorgt die Augenbrauen. Nur eine kleine Auswahl aus den gerne unterstellten Motiven, die in einer solchen Zusammenarbeit mitschwingen können, und aus dem Katalog der aus solchen Motiven möglicherweise resultierenden Komplikationen: Ein Patient will sich nach bis dahin gelungener Behandlung nicht von seinem Behandler trennen, vermeidet die Ablösungsschmerzen. Oder er traut sich gegenüber der Autorität des Behandlers nicht "nein" zu sagen zum Vorschlag der Mitarbeit, oder er arbeitet mit, weil sein Muster, Elternfiguren zu stützen und sich darüber selbst zu vergessen, zur Überforderung der Modellinitiatoren paßt.....Die professionellen Behandler, so die Sorge der Skeptiker, überspielen mit einem solchen Zusammenarbeitsmodell vielleicht ihre eigene Einsamkeit, vermeiden ihrerseits Trennungen, oder sie leben ihren Narzismus und ihre Machtgelüste aus, genießen es, wenn Betroffene, die nicht Konkurrenten werden können, begeisterte Jünger werden.

Ich will solche Gefahren nicht verniedlichen. Ein neues Rollengleichgewicht zwischen Profi und ehemaligem Klienten und jetzigen Helfer pendelt sich nicht automatisch optimal ein, erlebt vielleicht erst einige extreme Ausschläge, kommt manchmal auch nicht zustande. Initiatoren und Mitarbeiter solcher "gemischten" Projekte tun gut daran, sich in dieser Hinsicht immer wieder nachhaltig zu prüfen. Andererseits: Daß jemand sich in sozialer Arbeit engagiert, beruht in der Regel auf einem Bündel von höchst unterschiedlichen und im Detail nicht unbedingt nur edlen Motiven. Nötig ist sie bekanntlich trotzdem. Der Gefahr, durch das Aufweichen der vordem klaren Rollen gerade die problematischen Beziehungsmuster eines Betroffenen (oder eines Profis) zu verfestigen, stehen jede Menge Chancen gegenüber: Auf der individuellen Ebene die Gelegenheit zu der beflügelnden Erfahrung, die Krankenrolle auch verlassen zu können, sogar im gleichen sozialen Kontext wie bisher; auf einer gesellschaftlichen Ebene die Aussicht, der prekären sozialen Situation von Menschen mit schweren seelischen Problemen und auch der zunehmenden gesellschaftlichen Desintegration neue soziale Zusammenhänge entgegenzusetzen.

## **Versuche einer etwas heileren Welt**

Nicht umsonst tauchen in der Geschichte der Psychiatrie und der Psychiatriereform neben den offiziellen, professionellen Strukturen immer wieder neue Versuche von Betroffenen ebenso wie von Fachleuten auf, über die rein geschäftsmäßige einseitige Hilfebeziehung hinauszugehen und nach realen,

gut abgegrenzten und zugleich tragfähigen und die Heilung fördernden Beziehungen zu suchen, für einen längeren Zeitraum als die übliche „Behandlungszeit“, unter Umständen auch als langfristig angelegter Lebenszusammenhang. Für "Normalneurotiker" ist es in der Regel eine sinnvolle Empfehlung, den Rahmen einer Behandlung oder Therapie lediglich als Übungsfeld zu nehmen, um sich für Beziehungen "draußen in der realen Welt" fit zu machen. Bei den Menschen, deren seelische Stabilität und deren Verankerung in der „Realität“ (und damit in ihrer sozialen Umgebung) so erschüttert ist, daß sie sich ihre eigene abgeschlossene Welt schaffen mußten, ist es geboten, sich immer wieder Gedanken zu machen über die Art von sozialen Umfeld, in dem sie am besten überleben können. Unter der „Normalität“, die mit Gesundheit bekanntlich nicht viel zu tun hat, dafür viel mit Konkurrenz und Durchsetzungsvermögen, leiden sie oft eher und finden nicht den Boden unter den Füßen, den sie bräuchten, um ihre tatsächlichen Kompetenzen fruchtbar werden zu lassen. Wenn sich bestehende soziale Bezüge etwa in der Familie oder in der Nachbarschaft durch geeignete Interventionen soweit verändern lassen, daß eingeschliffene Reaktionsmuster und Rollen obsolet werden und durch ein tragfähiges Gerüst an Verständigung und Unterstützung ersetzt werden, ist das sicher am besten. Es gibt andererseits genügend Konstellationen, wo das nicht klappt, und wo soziale Isolation oder chronische Konflikte mit der Umwelt die schlechten Alternativen sind.

Unter diesem Gesichtspunkt leistet die Mitwirkung von Hilfsbedürftigen bei der Hilfe für andere Betroffene noch etwas zusätzliches: Es entsteht im günstigen Falle ein soziales Netz, in dem sich das Wissen der Profis und der „Erfahrenen“ über gesundmachende Bedingungen konzentriert, und in dem die Beteiligten dieses Wissen idealerweise nicht nur auf die hilfsbedürftige Kundschaft, sondern auch auf sich selbst anwenden. Dieses Netz kann weiterreichende Beziehungen und Freundschaften vermitteln, gegenseitige Achtsamkeit und klare Kommunikation einüben helfen, Lebenssinn und Zugehörigkeitsgefühle stiften und korrigierende Rückmeldungen über das eigene Verhalten liefern. Für die „Betroffenen“ eine bessere Verankerung in der Realität, für die professionellen Helfer eine Chance, sich mit mehr als nur ihren professionellen Anteilen zu erleben.

Eine noch weitergehende Option will ich an einem Projekt skizzieren, an dem ich selbst beteiligt bin und das versucht, etwas weniger entfremdete Lebenszusammenhänge von „Normalen“ und „Verrückten“ zu schaffen. Unter dem hoffnungsfrohen Namen „Land in Sicht e. V.“ konstituierte sich 1990 in Berlin aus dem Umfeld des Kommunikationszentrums „KommRum“ eine Gruppe von höchst unterschiedlichen Menschen als Verein. Es gehörten dazu Menschen mit eigener vorübergehender Erfahrung als Psychatriepatienten, und andere, denen das erspart geblieben war, die sich aber durchaus als zumindest zeitweise seelisch angeknackst verstanden und um ihre Schwierigkeiten wußten, unter „normalen“ gesellschaftlichen Bedingungen klaglos zu funktionieren. Dabei außerdem Leute wie z. B. ich, die als professionelle Helfer oder als Fachleute aus anderen Arbeitsbereichen nach einem Lebenszusammenhang suchten, der mehr Entfaltungsmöglichkeiten, mehr Rückhalt und mehr Verbindlichkeit als das übliche Großstadtleben bot und ein Leben mit weniger Fassade, mit weniger Konkurrenzdruck und mehr Spielraum für eigene Unvollkommenheiten und „Knackse“ erlauben würde. Mit im Konzept: die Hoffnung auf ein ökologisch bewußteres Leben und Arbeiten als gemeinsame Aufgabe und als verbindendes Thema, und die Vorstellung, außer für uns selbst auch für Menschen mit längerer Psychiatriekarriere einen Platz für ein befriedigendes Leben mit möglichst wenig institutionellem Charakter zu schaffen.

In der Umbruchzeit der Wiedervereinigung bot es sich an, dieses Projekt im Berliner Umland zu realisieren (die ländliche Idylle dabei nicht aus Prinzip, sondern wegen der persönlichen Sehnsüchte der Mitglieder und wegen der im Nachhinein gerechtfertigten Annahme, daß sich in einem solchen Umfeld mehr Gestaltungsfreiheiten ergeben). In kurzer Zeit fand sich auch im nördlichen Brandenburg ein heruntergekommener Gutshof nahe der Stadt Prenzlau, der für die arg begrenzten Mittel des Vereins erschwinglich war. Die Aufbauzeit begann und die Idee dieser „Lebens- und Arbeitsgemeinschaft von Normalen und Verrückten“ setzte bei allen Beteiligten, wie erwartet, mächtige Energien frei.

Jahre später liest sich die Bilanz der Projektentwicklung etwa so:

Der "formelle" Bereich des Vereins hat, hoffentlich nur vorübergehend, gegenüber dem ursprünglichen Konzept von möglichst wenig „Institutionalität“ einen wesentlich größeren Stellenwert erhalten als zunächst vorgesehen. Institutionen mit klar abgegrenztem Leistungsprofil werden leichter finanziert als so etwas Vages wie eine „Lebensgemeinschaft“. Für die Zielgruppe der „Langzeit-Psychiatriepatienten“ (enthospitalisiert aus den großen Einrichtungen der Umgebung) wurde eine Wohneinrichtung für bisher 7 (perspektivisch 16) Menschen und die entsprechende Betreuungsinfrastruktur geschaffen (organisiert gegenwärtig als Wohnheim, nach dem weiteren Ausbau als Verbund Wohnheim/Betreutes Wohnen). In den Arbeitsbereichen „Biogärtnerei“ und „Landschaftsgestaltung“, bisher mangels Alternative über AFG-Mittel finanziert und institutionell nicht abgesichert, finden die betreuten Bewohner tagsüber ihre Beschäftigung, helfen mit bei der Vermarktung, beim Bau einer Pflanzenkläranlage oder

bei der Sanierung ihrer Arbeitsräume. In der Kreisstadt selbst hat der Verein eine Kontakt- und Beratungsstelle und eine Therapeutische Wohngemeinschaft aufgebaut, eine Beschäftigungstagesstätte ist in der Startphase. Mit diesem Hilfsangebot ist „Land in Sicht“ einer der maßgeblichen Träger der zuvor chronisch unterversorgten Region geworden.

Wo bleibt dabei das Modellhafte? Der Verein versucht, in seinen Einrichtungen den üblichen organisatorischen Rahmen zu nutzen, um die nötigen Investitionen und Kosten der anfallenden Betreuung zu sichern, und gleichzeitig diesen Rahmen bis an die Grenzen auszudehnen, um soviel Normalität wie möglich zu erlauben, statt Leben zu simulieren. Das kann z. B. so aussehen, daß die Besucher(innen) der Tagesstätte sich beim Gemüseverkauf auf dem Markt der Öffentlichkeit stellen oder gemeinsam mit einem Naturschutzverband sich an einer ökologisch nützlichen kommunalen Aufgabe beteiligen. Oder: Die Bewohner des Wohnheims werden angeregt, sich zunehmend selbst zu versorgen und möglichst viel Verantwortung für ihr Zusammenleben zu übernehmen. Das kann reichen bis hin zu der Vorstellung, daß eines Tages, nach entsprechenden Zwischenschritten, die Bewohner das Budget, das sich aus dem mit dem Sozialhilfeträger ausgehandelten Kostensatz ergibt, beispielsweise für Verpflegung oder Betreuungsbedarf, gemeinschaftlich in der Gruppe verwalten und nur noch in regelmäßigen Abständen mit den Betreuern abrechnen. Damit kann ein Gegengewicht geschaffen werden gegen die institutionsbedingte Demütigung, als Heimbewohner nur einen „Barbetrag zur persönlichen Verfügung“ zu erhalten. Am Horizont dieser Entwicklung steht das Ziel, daß die Bewohner eines Tages selbständig leben können, als gar nicht oder nur noch minimal betreute Mitbewohner im Rahmen des Projekts - sofern wenn sie das wollen und in dem Maße, wie weiterer Wohnraum geschaffen werden kann - oder völlig unabhängig davon.

Darüber hinaus wird der „formelle“ Bereich des Projekts immer wieder relativiert durch die „informellen“ Teile des Vereins. Überwiegend wohnen die Betreuer mit im Dorf oder in der näheren Umgebung, sind zugleich Nachbarn. Daneben leben hier eine Reihe weiterer Vereinsmitglieder (manche ganz, manche teilweise), die weder als Betreuer noch als Betreute gelten, sich am sozialen Leben beteiligen und nach Kräften beim weiteren Aufbau mitanpacken. Außerdem mit dabei in diesem kleinen Mikrokosmos: Die schon vor dem Zuzug des Vereins im Ort lebenden Dorfbewohner, die beim Verein zeitweilig über AFG-Stellen in der Gärtnerei, Landschaftsgestaltung oder in Baumaßnahmen beschäftigten Arbeitnehmer(innen) aus der Umgebung, die zahlreichen Besucher (ebenfalls mit und ohne Psychiatrieerfahrung), die Nutzer der kulturellen Veranstaltungen des Vereins. Zusammen bilden sie das soziale Umfeld, in das die Institution „Heim“ sich ziemlich unauffällig einfügt und das für ihre Bewohner eine Vielfalt möglicher sozialer Bezüge herstellt. „Lebensgemeinschaft“ trifft den Kern des Projekts heute nicht mehr. Es ist eher eine „ökologisch-soziale Initiative“ mit vielen verschiedenen Ebenen der Zugehörigkeit. Die einen werden betreut, andere werden im Verein als Mitarbeiter bezahlt, wieder andere arbeiten ehrenamtlich mit, zum Teil auf der Basis ihrer „Grundsicherung“ durch eine Rente oder Sozialhilfe o.ä.. Manche, insbesondere Psychiatriebetroffene, kommen jedes Jahr zum Sommercamp und helfen mit in der Gärtnerei oder beim weiteren Ausbau des Geländes, oder schauen zwischendurch mal vorbei, wenn es ihnen nicht gut geht. Andere nutzen die (unbetreuten) Wohnmöglichkeiten vor Ort als Sprungbrett heraus aus ihrem Betreuungsverhältnis in Therapeutischen Wohngemeinschaften in Berlin. Jede/r bestimmt für sich Abstand und Verbindlichkeit selbst.

Das alles geht natürlich nicht ohne Reibungen, Konflikte und Rückschläge ab (von der Mühsal des „Aufschwung Ost“ ganz abgesehen). Daß die Idee, ein Projekt mit weniger entfremdeten Verhältnissen zu schaffen, soviel mehr an bürokratischem Aufwand mit sich bringt und soviel Kräfte verschleißt, war allerdings vorher nicht abzusehen. Alleine schon der naive Wunsch, im Interesse der „Normalisierung“ und der Auflockerung der räumlichen Situation in einem neu zu errichtenden Gebäude verschiedene Nutzungen unterzubringen (Heimwohnung, Arbeitsbereich, Mitarbeiterwohnung, Wohnraum für ganz „normale“ Mitbewohner) scheiterte nach längerem Bemühen an der Unmöglichkeit, die dafür benötigten verschiedenen Förderprogramme zeitlich mit ihrem jeweiligen Vorlauf aufeinanderabzustimmen und dabei auch noch die jeweiligen Vorgaben der Programme zu erfüllen. Ein Heim muß eben aus Gruppen von 8 Personen bestehen und diese Gruppen dürfen nicht - wegen befürchteter Folgekosten - in zwei kleine 4er-Wohnungen aufgeteilt werden. Daß es über solche Fragen innerhalb des Projekts zu Kontroversen kommt, ob man sich einem Versorgungssystem eingliedern soll, das zu solchen Einschränkungen des Konzepts zwingt, während man eigentlich Alternativen zur Psychiatrie schaffen will, ist zu erwarten. Auch der Konflikt zwischen dem (meist ehrenamtlich betriebenen) informellen Bereich und dem formellen Bereich, der das Geld einbringt und dafür Sachzwängen unterworfen ist, ist schon im Ansatz des Projekts angelegt. Die Gefahr, daß wie auf einer schiefen Ebene der nicht-professionelle Bereich mit dem geringeren Organisationsgrad und den größeren Schwierigkeiten, Finanzquellen zu finden, automatisch ins Hintertreffen gerät und schlimmstenfalls gerade noch als Alibi weiter mitgeschleppt wird, ist nie gebannt, und auch die Versöhnungsformel, der formelle Bereich schaffe erst die organisatorischen Voraussetzungen für die Aktivitäten ohne Betreuungszusammenhänge, muß letztlich immer wieder an der Realität von Entscheidungen (wohin fließen die Ressourcen



des Vereins?) geprüft werden.

Wie bei allen hoch mit Ansprüchen aufgeladenen Vorhaben gehen auch bei „Land in Sicht“ Enttäuschungen besonders tief. Wenn ein Konflikt kommunikativ nicht mehr geklärt werden kann, wenn die Krise einer Beteiligten nicht, wie das Konzept es wünschte, in der Gruppe aufgefangen werden kann, oder ein betreuter Bewohner auch in diesem netten Rahmen sein übliches destruktives Verhalten vor-exerziert, nagt so etwas mächtig an der Moral, umso mehr als der distanzierende Rückzug in diesem Rahmen schwer möglich ist - man läuft sich ja ständig über den Weg. Und auch das Spannungsverhältnis im Projekt zwischen denen, die mehr auf der Seite der Betroffenen, nicht so gut funktionierenden stehen, und den „Machern“ auf der anderen Seite erhält in diesem speziellen Setting eine besondere Qualität. Der Weg führt von der hübschen Ausgangsidee, endlich wegzukommen von den einschränkenden Rollen, über viele verästelte Nebenstraßen und gelegentliche Sackgassen. Veränderungen geschehen auch hier nicht nach Plan und Konzept, sondern sie wollen in unzähligen individuellen Erfahrungen erarbeitet und integriert sein. Ich will diese Problematik hier lediglich anhand einer Auswahl der Fragen anreißen, mit denen sich das Projekt auseinandersetzen muß.

Was muß z. B. beachtet werden, wenn Menschen mit längerer Psychiatriekarriere im Rahmen eines solchen Projektes ihre Betreuer nicht mehr nur in der beruflichen Funktion, sondern auch als Privatmenschen etwa mit einer einigermaßen heilen Familie erleben? Wie ist damit umzugehen, wenn sie dann verstärkt anfangen, sich in der eigenen Erfolglosigkeit damit zu vergleichen und sich, entgegen der gut gemeinten Absicht, noch mehr in ihrer Rolle als gescheiterte Existenzen festsetzen? Wie lassen sich mögliche Übertragungsprozesse, die in einem solchen Setting auftauchen, beherrschen? Macht es z. B. einen wesentlichen Unterschied in der Intensität dieser Übertragung, ob Betreuer und die Betreuten Wand an Wand wohnen oder 100 m auseinander? Welche Distanzierungsmöglichkeiten brauchen die Betreuer in diesem Setting, um noch so etwas wie ein Privatleben zu haben? Wie verarbeiten die betreuten Bewohner die Situation, zu sehen, wie andere freiwillig und ehrenamtlich auf dem Gelände arbeiten, während sie selbst die gleiche Arbeit im Rahmen ihrer Arbeitstherapie für eine mickrige Arbeitsbelohnung nicht unbedingt gerne erledigen und heilfroh sind, wenn sie vorbei ist? Wie ist damit umzugehen, wenn die betreuten Bewohner, die meist einen anderen kulturellen Hintergrund haben, sich betont von den ökologischen Idealen des Vereins absetzen müssen, um noch ein Gefühl der Eigenständigkeit zu haben? Wie läßt sich das Informations- und Machtgefälle zwischen den Machern, die bei so einem Projekt besonders gut funktionieren müssen, und denen im Verein, die sich nicht soviel zutrauen, zumindest vermindern; wie läßt sich gewährleisten, daß die Macher auch eine Chance haben, sich mit Schwächen und Unzulänglichkeiten zu präsentieren, und daß die weniger verwaltungstechnisch geübten und eher unsicheren Vereinsmitglieder ihrerseits Schritt für Schritt mehr Verantwortung übernehmen und sich nicht auf eingegrenzte Bereiche wie auf eine Art „Spielwiese“ abgeschoben fühlen? Welche Arten von Zwischenstufen auf dem Kontinuum „funktionierend - nicht funktionierend“ lassen sich in einem solchen Projekt herausarbeiten und leben, mit denen alle Beteiligten auch einverstanden sind und sich akzeptiert fühlen? Wie kommt man dem theoretischen Anspruch auch praktisch nach, den Wert eines Beteiligten nicht nur nach seiner möglichen verwertbaren Leistung, sondern nach den vielen verschiedenen Schattierungen des persönlichen Wertes im sozialen Gefüge zu bemessen und zu schätzen - z. B. wenn jemand nach entsprechenden Lebenserfahrungen nicht in erster Linie das Bedürfnis hat, sich innerhalb des Projekts in der Arbeit zu verwirklichen, aber dafür durch seine ruhige, verlässliche Anwesenheit das soziale Gefüge stabilisiert?

Die Antworten auf solche Fragen sind nirgendwo abzurufen, sondern ergeben sich mühsam über die Auswertung von Versuchen und Irrtümern, über möglichst viel Kommunikation, die aber auch nicht immer klappt, und auf der Basis eines eher atmosphärisch vermittelten Grundgefühls, das besagt, daß keiner von vornherein recht hat und daß es erlaubt ist, Fehler zu machen und sich dumm anzustellen - eine Erfahrung, die mich nach wie vor fasziniert und bei diesem Projekt hält.

### **Unter Gleichen - Selbsthilfe verändert die Psychiatrielandschaft**

Einen großen Teil solcher Rollenkonflikte ersparen sich die Gruppen von Menschen, die als ehemalige „Patienten“ in gleicher Weise vom Thema Psychiatrie betroffen sind und sich entschlossen haben, ohne Beteiligung von professionellen Helfern in diesem Bereich, in dem sie Experten sind, verantwortlich aktiv zu werden. In den letzten Jahrzehnten haben eine Reihe von Projekten gezeigt, daß es auch gerade ohne die professionellen Besserwisser möglich ist, sich effektiv gegenseitig zu helfen, oder anderen Betroffenen konkrete Hilfen als Dienstleistungen anzubieten, oder, was genauso wichtig ist, auf der Ebene von Öffentlichkeitsarbeit und politischer Einflußnahme die eigenen Interessen und Positionen zu vertreten.

Für jemanden, der sich als professioneller Helfer mit den seelischen Nöten anderer Menschen be-

schäftigt, ist es eine heikle Aufgabe, sich über solche Modelle zu äußern. Gönnerhaftes Schulterklopfen, kritikloses Hochjubeln, besserwisserisches Kommentieren, Aufdrängen von Zusammenfassungswünschen, voyeuristische Freude am Innenleben dieser Gruppen - das sind nur einige Varianten, mit der Verunsicherung umzugehen, die soviel Selbständigkeit der Betroffenen bei den professionellen Helfern auslösen kann. Inhaltlich ist die Richtung klar und hat ihre Logik: So wie in den letzten Jahrzehnten die Entwicklung sinnvollerweise dahin ging, den Schwerpunkt der Hilfen für Menschen in seelischer Not vom stationären Bereich auf den ambulanten zu verlagern, so wird in den kommenden Jahrzehnten sich der Charakter der Hilfeleistungen von der Fremdhilfe zur Selbsthilfe verändern. Die "Krankheits-Erfahrung", sich selbst zu verlieren, die Verantwortung für sich selbst abzugeben, braucht als Gegenstrategie den Weg, seiner selbst wieder gewahr zu werden, zu lernen, für sich selbst zu sorgen, und auch die Verantwortung für den „Heilungsprozeß“ soweit wie möglich selbst zu tragen. Zur Wiederaneignung der eigenen Person, zur „Instandbesetzung der Innenwelt“ gehört sinnvollerweise auch die Gestaltung oder Mitgestaltung des dazu gehörenden Prozesses, im Unterschied zu der Haltung, sich einer „Behandlung“ zu überlassen.

Neben den strukturellen Veränderungen, daß Menschen mit eigenen psychotischen oder sonstigen krisenhaften Erfahrungen bzw. deren Organisationen einen wesentlichen Teil der Hilfseinrichtungen werden tragen können, wird vor allem die Veränderung im Bewußtsein, die Erweiterung der „Innenräume“ den Charakter dieser Hilfen bestimmen. Über viele Diskussionsprozesse und Variationen von Psychoseminaren oder ähnlichen Erkenntnisbrutstätten entwickelt sich gegenwärtig ein neues subjektorientiertes Verständnis dessen, was eine Krise, oder ein „Symptom“ bedeutet, wie das im eigenen Lebenszusammenhang einzuordnen ist, welche Verhaltensweisen und welche Umgebung den Heilungsprozeß fördern oder behindern, in einer Sprache formuliert, die eine verständliche, eigene, subjektive ist. Dieses Verständnis wird den Schrecken der „psychischen Krankheiten“ entzaubern und das professionelle Herrschaftswissen über den heilsamen Umgang mit sich selbst transformieren und zum Alltagswissen werden lassen, wie heutzutage schon Fragen der körperlichen Hygiene oder der gesunden Ernährung Allgemeingut geworden sind.

Die Erfahrungen, die im gegenwärtigen Boom der Betroffenenzene und der daraus erwachsenen Aktivitäten der Verbände der Psychiatrieerfahrenen oder etwa der Stimmenhörer gesammelt werden, sind demnach nur ein Vorspiel, die Einleitung zu einem größeren Prozeß. Einige dieser Aktivitäten seien hier kurz skizziert, verbunden mit der Bitte an die Leserinnen und Leser, sich zur weiteren Information und zur Ergänzung des beschränkten professionellen Blicks verstärkt mit den Selbstzeugnissen der Betroffenen und ihrer eigenen Darstellung zu beschäftigen, am besten noch im persönlichen Kontakt.

Die Berliner „Irren-Offensive“ hat schon zu Beginn der 80er-Jahre ein Modell der Kleingruppen entwickelt und praktiziert (Stöckle 1983), in denen die Mitglieder dieser Organisation neben dem offensiven politischen Auftreten nach außen auch einen geschützten Rahmen hatten, sich Verständnis und Solidarität untereinander zu geben. In jüngster Zeit hat vor allem Regina Bellion mit dem von ihr dargestellten Ansatz der wechselseitigen Krisenhilfe (in diesem Buch bereits im Abschnitt „Individuelle Selbsthilfe“ wiedergegeben) bundesweit Interesse gefunden, seit sie ihre Erfahrungen auf Tagungen oder schriftlich veröffentlicht (z. B. Bellion 1996, 1997). Die Dynamik solcher Art von Hilfe liegt zum einen in der damit verbundenen Umdefinition und Aufwertung: Meine Erfahrungen sind nicht sinnlos, sondern sie haben direkten Bezug zu meiner Lebenssituation. Ich kann lernen, damit umzugehen. Ich bin in der Lage, dem anderen zu helfen, ich bin mit meinen Erlebnissen nicht alleine, sie schaffen mir sogar eine Verbindung mit anderen, denen es ähnlich geht, und wir haben in uns auch ein besonderes Wissen, das es nur freizulegen gilt. Zum anderen beruht der Erfolg dieses Ansatzes auf der absoluten Freiwilligkeit der Beteiligten, die sich füreinander entschieden haben und nicht durch den Zufall von regionalen Zuständigkeiten oder von Dienstplänen mit ihren Helfern zusammengewürfelt werden.

Als Bestandteil einer „Pflichtversorgung“ sind diese Hilfsmöglichkeiten, alleine schon aus ihrer eigenen Logik und ihrer Zielrichtung heraus, schlecht vorstellbar. Andererseits: Es fanden und finden sich natürlich nicht nur in Bremen oder Berlin Menschen, die in der Lage sind, solche Arten von Hilfesystemen aufzubauen. Oft bräuchte es nur eine Initialzündung und eine Infrastruktur, um den Schritt dazu zu tun: Räume, sich zu finden und zu treffen, ansteckende Informationen durch Vertreter bestehender Gruppen, Starthilfe durch dafür aufgeschlossene Einrichtungen. Diese braucht vielleicht nur aus einem überzeugenden Signal der bisherigen professionellen Helfer zu bestehen: Sie trauen einem diese Selbsthilfe zu und sie sind nicht darauf angewiesen, daß man alleine an ihre Hilfe glaubt. So könnte perspektivisch ein nicht unerheblicher Anteil der insgesamt gesellschaftlich notwendigen Hilfe auf dieser wenig formellen Ebene geleistet werden, sicherlich mit anderen "Heilungsvorstellungen", mit einer anderen Sprache, mit einer eher Netzwerk-artigen überregionalen Struktur, und vermutlich auch mit anderen Lebensentwürfen als die traditionelle psychosoziale Versorgung. Die tatsächliche Möglichkeiten dieser Art von Unterstützung sind bisher auch nicht ansatzweise genutzt. Sie haben mit zuneh-

mender Praxis und Reflexion der bisherigen Erfahrungen konzeptionell und auch quantitativ noch große Entwicklungssprünge vor sich, und sie werden damit auch auf das bestehende Versorgungsangebot und das Selbstverständnis seiner Mitarbeiter(inn)en zurückwirken.

Diese bekommen perspektivisch auch von einer anderen Seite Legitimationsdruck: Von Einrichtungen, die von Betroffenen initiiert und schwerpunktmäßig getragen und kontrolliert werden. In Berlin hat der "Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt", hervorgegangen aus dem Umfeld der "Irren-Offensive", angelehnt an entsprechende Modelle in den Niederlanden nach einem langjährigen zermürbenden Vorlauf inzwischen das erste "Weglaufhaus" Deutschlands geschaffen.

"Die Psychiatrie bietet viele Gründe, vor ihr wegzulaufen. Zwangseinweisung und -behandlung, Entmündigung, Verabreichung von Elektro- und Insulinschocks sowie Psychopharmaka, Einsperrung und Fixierung gehören zum Alltag in der Psychiatrie. Viele Menschen wollen psychiatrischer Gewalt entfliehen...Einigen gelingt die Flucht. Aber rechtlos, ohne Wohnung, Geld und Arbeit endet die Suche nach würdigen Lebensbedingungen meist dort, wo die Flucht begann: in der Anstalt. An diese Menschen, die sich gegen die Psychiatrie entscheiden, aber auf Grund ihrer medizinischen, psychischen, juristischen und sozialen Probleme Unterstützung suchen und benötigen und zusätzlich obdachlos sind, richtet sich das Angebot, das Weglaufhaus aufzusuchen und dort für eine begrenzte Zeit zu leben..." (Konzeption für das Berliner Weglaufhaus, 1997, S. 1).

"Zusätzlich obdachlos" als Aufnahmekriterium ist der Kompromiß, auf den man sich nach zähem Ringen, unterstützt durch eine breite Fachöffentlichkeit, letztlich mit der Berliner Senatsverwaltung einigte. Eine Sponsor hatte eine Villa für das Vorhaben zur Verfügung gestellt, unter der Bedingung, daß die laufenden Kosten von staatlicher Seite übernommen werden müßten. Obdachlosigkeit und der für dazugehörige Hilfen zuständige § 72 BSHG ("Hilfe in besonderen sozialen Schwierigkeiten") sind nun die Eingangshürden in eine Einrichtung, für deren eigentliche Zielsetzung das Bundessozialhilfegesetz (bzw. dessen aktuelle Auslegung) noch keinen Paragraphen kennt. Immerhin konnte über diesen Umweg eine Einrichtung etabliert werden, deren bloße Existenz eine Kritik an der Grundorientierung des aktuellen Versorgungsangebots bedeutet und in der Stadt Berlin ein Spannungsfeld aufbaut: Was ist, wenn sich herausstellt, daß den Nutzern dieser Einrichtung dort tatsächlich besser geholfen wird als in der Klinik? Nicht nur den kritischen, aufsässigen, die die Kliniken vielleicht noch gerne loswerden, sondern, wenn sich diese Art der Hilfe herumspricht, auch den anderen, in direkter Konkurrenz zur Klinik? Ein erster Erfahrungsbericht über dieses Modell liegt jedenfalls inzwischen vor (Kempker 1998) und lädt zur Diskussion ein.

Das Weglaufhaus bietet derzeit 13 Bewohner(inne)n Platz. Sie können sich bis zu einem halben Jahr dort aufhalten. Ein kritischer Punkt bei der Aufnahme von Hilfesuchenden ist natürlich die rechtliche Situation, angesichts der ursprünglichen Zielsetzung dieses Projekts, Menschen auf der Flucht vor der Psychiatrie Asyl zu gewähren. Die Kompromißformel lautet hier: "Wenn Informationen über eine gerichtliche Unterbringung der Aufnahmesuchenden vorliegen, kann die vorläufige Aufnahme nur in Absprache mit der Psychiatrie erfolgen. Die Aufhebung des Unterbringungsbeschlusses wird dann von den MitarbeiterInnen schnellstmöglich eingeleitet" (Konzeption S. 2 f).

Der "Verein zum Schutz vor psychiatrischer -Gewalt e. V." als Träger des Weglaufhaus-Projekts besteht etwa zur Hälfte aus Menschen, die selbst schon von Psychiatrisierung betroffen waren und sich ihren Einfluß durch ein Vetorecht in der Satzung gesichert haben. Der Verein stellt nach Rücksprache mit den Bewohner(inne)n und den anderen Mitarbeiter(inne)n das „Betreuungspersonal“ ein. "Im Team der MitarbeiterInnen werden die Kenntnisse und Fähigkeiten von Psychiatrie-Betroffenen, von 'Laien' und von SozialwissenschaftlerInnen, JuristInnen, BetriebswirtInnen und anderen Berufsgruppen kombiniert...Reflektierte Erfahrungen mit eigenen Krisensituationen, eigener Psychiatrie-Betroffenheit und Selbsthilfeprozessen sind wichtige Kriterien für die Auswahl der MitarbeiterInnen" (Konzeption S. 3). Tatsächlich bringen viele der Beschäftigten diese Doppelqualifizierung mit, haben einen der aufgeführten Berufsabschlüsse und sind gleichzeitig psychiatriebetroffen.

Der wichtigste Grundsatz des Aufenthalts im Weglaufhaus ist die Eigenverantwortlichkeit der Bewohner(innen). Sie werden nicht versorgt, beteiligen sich an der Gestaltung des Alltags, übernehmen ihren Teil der täglich anfallenden Arbeiten. Zusammen mit einer Vertrauensperson aus den Reihen der Mitarbeiter(innen) erarbeiten sie einen Plan, um ihr Leben wieder selbst auf die Reihe zu kriegen: Wohnungssuche, Geldangelegenheiten, gesundheitliche Fragen, berufliche Perspektiven, rechtliche Aspekte, soziale Kontakte - ein Berg von Aufgaben, in der Klinik gerne dem Sozialdienst überlassen, hier mit der Chance verknüpft, sich mit entsprechender Unterstützung selbst kompetent zu machen. Auf Wunsch begleiten die Mitarbeiter(innen) und kooperierende Ärzte auch den kontrollierten Prozeß des Absetzens von Psychopharmaka.

Die Mitarbeiter(innen) wollen konstruktiv mit bestehenden Einrichtungen und Diensten zusammenarbeiten, wenn es für die Bewohner(innen) nötig ist, und zugleich kritische Distanz gegenüber dem "Sozialpsychiatrischen Versorgungsnetz" bewahren - eine stete Gratwanderung mit vielen Reibungsflächen, die viel Selbstverleugnung und zugleich innere Festigkeit verlangt.

Diese Pioniererfahrungen aus Berlin, insbesondere die Zwickmühle, daß man auch bei einem Zufluchtsort, der gegen die Folgeschäden von Institutionen helfen soll, selbst viele institutionelle Elemente einbauen muß, um seine Existenz zu sichern, lassen sich die Mitglieder des Psychiatriebetroffenenvereins „Durchblick e. V.“ in Leipzig eine Warnung sein. Hier betreibt man das Prinzip „Weglaufhaus“ inzwischen ebenfalls, aber auf einem möglichst informellen Niveau, und erspart sich vor allem den Knebel „Kostensatz“. Eine Wohntage mit zwei festen Mietern, die für Kontinuität sorgen, und einige Räume für Menschen, die aus Kliniken kommen oder sich sonstwie in Not befinden und hier auf der Basis einer geringen Miete vorübergehend eine Zuflucht finden können, ohne festes Betreuungsangebot. Das geht in Leipzig, weil diese Aktivität sich einbettet in ein breites Spektrum von Hilfen des Vereins, so daß davon einige Ressourcen mitgenutzt werden können. Im Umfeld der Unipsychiatrie hatte sich hier schon in den 80er-Jahren ein Zusammenhang von Betroffenen herausgebildet, der sich nach der Wende als Verein (mit zu 90 % Psychoseerfahrenen) organisierte und Selbsthilfe, psychiatriekritische Haltung und künstlerische Aktivitäten miteinander verbindet. Inzwischen reden Vereinsvertreter(innen) in den wesentlichen Gremien der Stadt Leipzig, die sich mit Fragen der Psychiatrie beschäftigen, munter mit, und vertreten zugleich die Interessen psychiatrischer Patienten gegenüber dem psychiatrischen Versorgungssystem durch Rechtsberatung, Entgegennahme von Beschwerden, oder Besuche in Kliniken. Der Verein organisiert im Auftrag der Stadt verantwortlich das System der Patientenfürsprecher, unterhält eine eigene Kontakt- und Begegnungsstätte, von wo aus auch Krisen- und Langzeitbegleitung und Unterstützung im Umgang mit Behörden angeboten wird. Er betreibt eine Galerie, schafft darin Zuverdienstmöglichkeiten, hat die Trägerschaft für eine Integrationsfirma im Bereich Design, führt EU-geförderte Arbeits- und Ausbildungsprojekte ebenfalls in künstlerischen Arbeitsfeldern durch, veranstaltet Psychoseseminare und beteiligt sich am Aufbau eines Kriseninterventionsdienstes mit Übernachtungsmöglichkeiten. Voraussetzung bei alledem: die sorgfältig gehütete Autonomie des Vereins gegenüber dem psychiatrischen Versorgungssystem. Nur im Bereich „Betreutes Wohnen“ übernimmt Durchblick e. V. in Zusammenarbeit mit einem anderen Träger die Pflichtversorgung für zwei Leipziger Sektoren. Bedenkenswert: Ausgangspunkt dieser hier nur unvollständig wiedergegebenen Liste von zwischenzeitlich übernommenen Aufgaben waren eher die künstlerischen Aktivitäten der Mitglieder. Die damit verknüpften Möglichkeiten, sich zu äußern und sich nicht nur als „krank“ sondern auch als kreativ zu verstehen, erleichtern offensichtlich den Schritt, auch in anderen Bereichen aktiv zu werden und Verantwortung zu übernehmen.

Solche Erfolgsbilanzen und die Ausdauer dieser und ähnlicher Initiativen über Jahrzehnte hinweg dürften endgültig die alte Mär widerlegen, die „psychisch Kranken“ seien auf Grund ihrer besonderen „Störung“ nicht zu langfristigen gemeinschaftlichen Strategien und zu nachhaltiger Selbsthilfe imstande. Auch die „Irren-Offensive“, vor langen Jahren der Schrecken aller Tagungsorganisatoren, hat trotz mancher Krisen und Spaltungen bis heute überlebt, nach unvermeidlichen Erfahrungen mit den Grenzen der Solidarität auch unter denen, die sich gemeinsam als Opfer eines inhumanen Versorgungssystems verstehen. Sie ist weiterhin aktiver Teil einer Szene von Einzelpersonen und Gruppen, die sich aus ihr heraus oder parallel zu ihr entwickelt hat und parteilich die Interessen von Menschen vertritt, die mit der Psychiatrie schlechte Erfahrungen gemacht haben oder noch machen.

Ein wesentlicher Teil dieser (in sich durchaus heterogenen) Szene sind immer noch die Psychiatriebeschwerdezentren bzw. vergleichbare Initiativen, in denen Betroffene zusammen mit Angehörigen, engagierten Laien und Anwälten sich in die trockene juristische Materie einarbeiten und Menschen helfen, wenn sie gegen ihren Willen in eine psychiatrische Klinik gebracht wurden, und die auch „präventiv“ juristischen Beistand leisten, beispielsweise bei der Formulierung eines „Psychiatrischen Testaments“ (siehe Szasz 1987), dem psychiatriekritischen Gegenstück zu den üblichen eher auf Konsens und Krankheitseinsicht abzielenden „Behandlungsvereinbarungen“.

Eine der markanten Einzelpersonen, zugleich verbunden mit dem „Bundesverband der Psychiatrieerfahrenen“ und dem „Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt“ in Berlin, ist Peter Lehmann, der mit seinem eigenen Antipsychiatrieverlag und auf Tagungen unermüdlich Öffentlichkeitsarbeit betreibt und als Autor in seinen Büchern beispielsweise die Forschungsergebnisse zur Wirkung von Psychopharmaka gegen den Strich bürstet und mit profunder Kenntnis den Medizinern um die Ohren schlägt (Lehmann 1986, 1996).

Einen Überblick über diese vielschichtige psychiatriekritische Szene einschließlich ihrer europa- und weltweiten Verflechtungen gibt das Buch „Statt Psychiatrie“ (Kempker & Lehmann 1993)

An die Stelle des damals wichtigen spontanen Aufbegehrens in der Aufbruchzeit sind inzwischen langfristig angelegte Strategien getreten, der Stimme der Psychiatriebetroffenen dauerhaft und kompetent Gewicht in der öffentlichen Diskussion zu geben. In Berlin haben sich beispielsweise im „Werner-Fuß-Zentrum“ (benannt nach einem verstorbenen Mitglied der Irren-Offensive) die Irren-Offensive und der Landesverband Psychiatrieerfahrener gemeinsam niedergelassen. Von hier aus organisieren sie eine Reihe öffentlichkeitswirksamer Aktivitäten, wie etwa das „Foucault-Tribunal“ zur Lage der Psychiatrie („Macht Wahn Sinn“) zusammen mit FU Berlin und „Volksbühne am Rosa-Luxemburg-Platz“, eine monatelange „T-4-Mahnwache“ in Berlin zur Erinnerung an die von der Berliner Tiergartenstr. 4 aus organisierte Ermordung von Psychiatrieeinsassen unter der Naziherrschaft, und den Kampf um die Einrichtung eines Museums („Haus des Eigensinns“) an ebendieser Stelle, in dem die „Prinzhornsammlung“ mitten im Berliner Kulturforum, dicht an der Philharmonie, einen (denk)würdigen Platz finden soll. Die Prinzhornsammlung umfaßt rund 6000 Zeichnungen, Aquarelle, Texte und Plastiken von Insassen psychiatrischer Anstalten aus dem gesamten deutschsprachigen Raum über die Zeit von 1880 bis 1933 und lagert bis heute im Keller der Psychiatrischen Klinik der Universität Heidelberg, der Wirkungsstätte von Carl Schneider, einem der wissenschaftlichen Schrittmacher der Aktion T 4. Inzwischen vermehren die Kämpfer für das „Haus des Eigensinns“ zuversichtlich, daß eine zweckgebundene Spende für den Bau des Gebäudes zugesagt sei. Ein markanter architektonischer Entwurf für das Museum liegt vor, ebenso ein Rechtsgutachten über die (Un)rechtmäßigkeit der gegenwärtigen Besitzverhältnisse an den Werken. Grund genug für die Initiatoren des Projekts, davon zu träumen, wie Bundesverband der Psychiatrieerfahrenen das Museum präsentieren und betreiben könnte, sobald ihm von der Universität Heidelberg (die allerdings lieber eine eigene Präsentation ihrer Schätze einrichten will) die Sammlung übergeben sein sollte (siehe z. B. Talbot 1997). Immerhin war es der Redaktion eines öffentlich-rechtlichen Kultur-Fernsehmagazins einen Beitrag wert, auf dieses Tauziehen und die damit verknüpfte Diskussion um das moralische Recht an den Kunstwerken hinzuweisen, was alleine schon einen Erfolg darstellt.

## Rahmenbedingungen

### Ressourcen

Woher sollen die finanziellen Ressourcen kommen, mit denen solche Initiativen wie die hier beschriebenen aufrechterhalten und qualitativ wie quantitativ weiterentwickelt werden können? Sponsoren zeichnen sich, entgegen dem gegenwärtigen Boom um das Thema Social Sponsoring, immer noch vor allem durch ihre Singularität aus. Selbstaussbeutung, selbst zubuttern, macht sich für das Image, als Beleg für die Lauterkeit der eigenen Absichten, immer gut; aber auch der Mythos, daß neue Ideen dann zukunftsfruchtig sind, wenn ihre Protagonisten unter den Bedingungen von Verzicht und Armut erst zur Topform aufgelaufen und richtig heiß geworden sind, findet seine Grenzen schnell darin, wenn etwa zum Versenden innovativer Texte die Briefmarken fehlen.

Objektiv gesehen werden die Bedingungen noch härter: Gruppen, die eher dem „experimentellen Bereich“ zugeordnet werden, gelten in Zeiten leerer Kassen schnell als Luxus und ihre Mittel werden bereitwilliger zusammengestrichen als die Etats für fest installierte, tagessatzfinanzierte Einrichtungen. Die gegenwärtig in Anlehnung an Fertigungs- und Dienstleistungsoptimierungsprozesse aus dem gewerblichen Bereich laufende „Große Vereinheitlichung“ im Sozialwesen, das Beschneiden des in den Reformjahren entstandenen kreativen „Wildwuchses“ an Projekten, die Tendenz, ihre Einzigartigkeit in Leistungsbeschreibungen zu zwingen, ihre Qualität und Effektivität zu überprüfen, hat eine zwingende bürokratische Logik, fördert aber eher die Durchschnittlichkeit als die Originalität von Einrichtungen.

Optimisten könnten dieser düsteren Prognose Beispiele entgegenhalten, wo sich gegenwärtig im Verwaltungswesen Trends abzeichnen, die neue Spielräume eröffnen, aus der deprimierenden Erfahrung heraus, daß mit der bisherigen Logik etwa des Haushaltsrechts Ineffektivität von Verwaltung festgeschrieben wird. So richtet die Bundesanstalt für Arbeit einen Investitionstopf ein, mit dem die einzelnen Arbeitsamtsbezirke die Chance haben, in der Größenordnung von 10 % des Ausgabenvolumens für Ermessensleistungen der aktiven Arbeitsförderungen frei zu bestimmen. Die brandenburgische Sozialministerin, wegen der kreativen Auslegung des Haushaltsrechts in ihrem Hause unter Beschuß, tröstet sich mit der Hoffnung, daß inzwischen auch auf Bundesebene Regelungen diskutiert werden, die einen flexibleren, mehr am realen Bedarf als am Kriterium „Haushaltsjahr“ orientierten Umgang mit Steuermitteln vorsehen und z. B. das übliche Dezemberfieber, das hastige Verjubeln von Mitteln zum Jahresende, überflüssig machen sollen.

Die Mitwirkung von Betroffenen und das Zurückschrauben von Institutionalität kann, wie gezeigt, grundsätzlich auf so vielen verschiedenen Organisationsebenen, in dezidiert Selbstorganisation ebenso wie im Rahmen einer Klinik, stattfinden, daß eine erschöpfende Aufzählung von nötigen Ver-

änderungen der Geldströme und der Rechtsgrundlagen nicht möglich ist. Stattdessen sei eher an einigen Beispielen das Prinzip noch einmal verdeutlicht. Analoge Finanzierungs- und Umsetzungsideen kann jede/r für den eigenen Bereich entwickeln und sich ausmalen, welche Widerstände ihn/sie erwarten.

Die Krankenkassen könnten beispielsweise (sobald sie die jüngste Abstrafung wegen ihrer gesundheitsfördernden Angebote verdaut haben) bei Nervenärzten und bei ärztlichen und nichtärztlichen Psychotherapeuten heute schon Steuerungselemente vorsehen, die eine Praxis dafür belohnen, wenn sie präventiv arbeitet und über bloße individuelle Behandlungen hinaus die Kompetenzen ihrer „Patienten“ in ihre Arbeit miteinbezieht und ein soziales Netz schaffen hilft. In die gegenwärtig auszuhandelnden Modalitäten der Überprüfung der Qualität von Einrichtungen nach § 93 BSHG könnte als wesentliches Kriterium aufgenommen und praktisch operationalisiert werden, ob eine Einrichtung die Eigenverantwortlichkeit ihrer Nutzer und ihre Potentiale, sich gegenseitig zu unterstützen, fördert. Entsprechend könnten in die Manuale zur Erfassung der „Personenzentrierten Hilfen“ diese Themen noch einmal verstärkt Eingang finden und damit wieder Standards setzen (nicht nur: Welcher Hilfe bedarf jemand? Sondern auch: Welche Hilfen kann er/sie möglicherweise anderen geben, und sich damit selbst aus der Krankenrolle helfen?). Die Diskussion um die regionalen Psychriatriebudgets (z. B. Reumschüssel-Wienert 1997) könnten bereichert werden um die Forderung, einen bestimmten Prozentsatz des Finanzvolumens für „Zukunftsmodelle“ zu reservieren. Denkbar wäre auch die Etablierung eines „Huckepack-Prinzips“: Träger bzw. Einrichtungen verpflichten sich, neben ihren formellen Aufgaben zusätzlich eine informell arbeitende Initiative entweder selbst ins Leben zu rufen oder zu sponsern - aus Überzeugung oder weil der Überzeugung mit entsprechenden (finanziellen) Vorteilen von seiten der Geldgeber nachgeholfen wird.

## **Bürgergeld und Tittytainment**

Nun gibt es Propheten, die uns vorhersagen, daß angesichts der rasanten technologischen Entwicklung und der rabiaten Rationalisierungspraktiken der weltweit operierenden Konzerne in absehbarer Zukunft ohnehin nur noch 20 % der arbeitsfähigen Bevölkerung überhaupt nötig sein werden, Wirtschaft und Staat am Laufen zu halten (z. B. Rifkin 1997). Die anderen 80 % würden mit einer chronischen Reizung ihrer Triebe (Tittytainment als Wortneubildung aus „tits“ und „entertainment“) abgelenkt von der Tatsache, daß sie schlicht überflüssig sind und mit wenig Brot und viel Spielen gerade noch so mitgeschleppt werden. Während es bei der in den letzten Jahren gebräuchlichen Formel von der Zweidrittelgesellschaft statistisch gesehen für Menschen in sozialen Berufen noch einfach war, sich auch in der Zukunft als ausgebildete und gut bezahlte psychosoziale Fachfrau oder Fachmann zu sehen, wird es bei dieser künftigen Gesellschaft ohne Mittelstand eine realistische Alternative, sich über kurz oder lang an der Seite der Sozialhilfeempfänger, der Alkoholiker, der Psychriatriebetroffenen wiederzufinden und auf der gleichen Ebene mit ihnen individuelle und vielleicht eines Tages sogar kollektive Überlebensstrategien zu entwickeln: Die Kunst, billig einzukaufen, sich in der Schattenwirtschaft schwarz etwas dazuzuverdienen, seine Zeit einigermaßen sinnvoll zu verbringen und sich den Tag zu strukturieren - und um jeden Anlaß froh zu sein, der noch etwas Selbstwertgefühl vermittelt.

Rifkin und Co. haben aber schon den Trost einer neuen Vision bereit: Die Entwicklung eines gesellschaftlichen Bereichs, der unabhängig vom übermächtigen Markt und ohnmächtigem Staat funktioniert - des sogenannten „Dritten Sektors“. Nach diesem Modell (aufbauend auf der Kommunitarismus-Diskussion und der Realität des in den USA sehr viel mehr als bei uns verbreiteten ehrenamtlichen Einsatz der Bürger für ihre Gemeinschaften) würde das Prinzip des nicht mehr finanzierbaren Sozialstaats ersetzt werden durch einen neuen Gesellschaftsvertrag auf der Basis freiwilliger Bindungen und gemeinnütziger sinnstiftender Arbeit. „Man widmet seinen Mitmenschen Zeit, statt künstliche Marktbeziehungen mit ihnen einzugehen und sich und seine Dienste zu verkaufen“ (Rifkin 1997, S. 181). Der größte Teil der bisherigen sozialen Arbeit und der kommunalen Aufgaben könnte nach diesem Denkmodell aus dem Zuständigkeitsbereich der großen staatlichen und freigemeinnützigen Institutionen ausgelagert werden, zurück in die kleinen sozialen Einheiten, auf der Basis von solidarischen Tauschbeziehungen. Ein garantiertes Mindesteinkommen, gekoppelt an gemeinnützige Arbeiten im „Dritten Sektor“, könnte zwischen den gutverdienenden, aber gestreßten 20 % Arbeitsplatzinhabern und denen, die von gemeinnütziger Arbeit nichts halten und sich auf ein Leben am Existenzminimum einrichten, eine zusätzliche und für das gesellschaftliche Leben zentrale Ebene schaffen, mit weniger Arbeitsstreß, mehr Lebensqualität, mehr Zeit zur freien Verfügung....

Zufall oder nicht, diese Zukunftsvorstellungen passen nicht schlecht zu den oben diskutierten Entwicklungen, daß zunehmend mehr Aufgaben psychosozialer Hilfe von Psychriatriebetroffenen selbst verantwortlich übernommen werden können. Mißtrauen gegenüber solchen paradiesischen Visionen ist dennoch angebracht: Sollte es so einfach sein, daß der Turbokapitalismus nach der Überwindung der

sozialistischen Zwischenspiele derartig schnell auf die Zielgerade einschwenkt, ungestört durch eine Diktatur des Proletariats mit der explosionsartigen Entwicklung der Produktivität die Voraussetzungen schafft für ein Leben ohne die Last der entfremdeten Arbeit für viele, und dann auch noch ohne dramatische Verteilungskämpfe allen einen Mindeststandard an Einkommen garantiert? Ulrich Beck, der in Deutschland analog zu Rifkin die Ideen von „Bürgerarbeit“ und deren Entlohnung, dem „Bürgergeld“ propagiert (Beck et. al. 1997), geht optimistisch davon aus, daß die transnationalen Konzerne bereit sein würden, aus ihren Gewinnen die Finanzierung dieses Konzepts sicherzustellen, da sie sich in einem „Legitimationsvakuum“ befänden. Die öffentliche Diskussion, von der er sich den nötigen Druck auf die Konzerne erhofft, dürfte noch spannend werden und müßte erheblich an Niveau zulegen, wenn man sich betrachtet, wie gegenwärtig die Krise der Staatsfinanzen Politiker dazu motiviert, Arbeitslosen- und Sozialhilfeempfänger mit entsprechender Hängemattenrhetorik zu gemeinnütziger Arbeit zwangszu verpflichten und angesichts explodierender Unternehmensgewinne wirtschaftlichen Aufschwung durch Senkung der Unternehmenssteuern zu versprechen.

Es bleibt ein Dilemma. Es lohnt sich, den Sozialstaat zu verteidigen, im Interesse der Menschen, die wegen ihrer persönlichen Probleme es heute noch schwerer als früher haben, ihren Lebensunterhalt selbst zu sichern. Es empfiehlt sich Skepsis, wenn ehrenamtliche Arbeit neuerdings wieder so sehr gepriesen wird im kaum verhohlenen Zusammenhang mit der Absicht, Mittel im Sozialbereich zu kürzen. Inhaltlich ist es dennoch sinnvoll, daß gerade die, die bei einem immer enger werdenden Konkurrenzkampf auf der Strecke zu bleiben drohen, sich Lebensentwürfe jenseits des vergangenen Ideals der Erwerbsarbeit suchen und erproben, auch um den Preis relativer Armut, bei Gewinn von Sinn, Freiheit und Lebensqualität insbesondere in Form befriedigender sozialer Zusammenhänge.

### **Andere Träume braucht das Land**

Eine Utopie: Ein Treffpunkt, vielleicht zu Ehren des Arbeitslosenhilberers „Kollektiver Freizeitpark“ genannt, wird zum Geheimtip für Menschen, die keine Lust mehr haben, Asche auf ihr Haupt zu streuen und sich schlecht zu fühlen, nur weil sie arbeitslos sind, oder wegen ihrer persönlichen Probleme aus der Kurve ihrer bürgerlichen Karriere getragen wurden. Hier kann man, wenn man Lust hat, für wenig Geld im Internet surfen, ohne sich selbst einen Rechner anschaffen zu müssen. Man kann beim Aufbau einer selbstorganisierten Jobbörse mithelfen und sich ab und zu ein paar Mark dazuverdienen. Man kann über eine Tauschbörse Konsumgegenstände oder Dienstleistungen erhalten, die man sich sonst nicht leisten könnte, für den Gegenwert von Dingen aus dem eigenen Besitz, die man nicht mehr braucht, oder für den Einsatz eigener Fähigkeiten, für die sich jemand anders interessiert. Der Treffpunkt ist eine Art Börse für Tipps zur preiswerten Lebensgestaltung und auch für praktische Hilfe (Weiterreichen von Fahrkarten, die noch eine Weile gelten, kostenlose Mitreise eines „Begleiters“ für jemand, der einen entsprechenden Schwerbehindertenausweis hat, gemeinsame Großeinkäufe usw.) mit jeweiligen kreativen Weiterentwicklungen. Ab und zu nimmt sich jemand von den Besucher(inne)n eine Auszeit, wird psychotisch, weil er oder sie mit irgendwelchen Konflikten nicht zurecht kommt. Seine/ihre Bekannten organisieren die nötige Krisenbegleitung.

Eine Art heitere Weisheit liegt in der Luft. An die Stelle verstockter Trauer, nicht zur bürgerlichen Welt dazuzugehören, wie sie andere Treffpunkte bestimmt, ist hier ein Bewußtsein der Chancen getreten, die ein Leben jenseits des Normalitätsstresses bietet. Menschen, die früher in der Verweigerungshaltung den Rest ihrer Selbstachtung kultiviert und sich mit Hinweis auf ihre psychische Krankheit hartnäckig fremdbestimmten Aktivierungsangeboten widersetzt haben, finden in dieser gelassenen Atmosphäre den Freiraum, zu entdecken, daß sie vielleicht doch Lust haben, sich ehrenamtlich (weil sie das selbst wollen) zu engagieren oder eine gemeinnützige Aufgabe anzunehmen, die von hier aus organisiert wird. Jede(r) übernimmt seinen/ihren großen oder kleinen Teil der Verantwortung für den Treffpunkt. Manche sind Stammgäste, manche kommen gelegentlich. Manche freuen sich, gar nichts zu tun, andere brauchen es, auch unbezahlt wie Workoholics zu schufteln. Wieder andere wechseln von Phasen der kreativen Muße zu Zeiten mit klarer Tagesstrukturierung (in Jobs über ABM oder SAM oder § 19 BSHG u. ä, die von hier aus geschaffen werden) oder nutzen Fortbildungsangebote, um nicht einzurosten. Ab und an geistert durch die Medien das Gerücht, der „Kollektive Freizeitpark“ sei auch der heimliche Sitz der „Green Guerilla“, die nach dem Vorbild des New Yorker Originals unermüdlich ihre Samenbomben in die Brachlandschaften und grauen Hinterhöfe der Stadt schleudern und dazu beitragen, daß an den unmöglichsten Orten sich wieder eine üppige Vegetation entwickelt...

Teile dieser Spinnerei sind verstreut über die Republik schon verwirklicht. Woran es noch hapert, ist das skizzierte positive Lebensgefühl. Noch wird das Klima unserer Gesellschaft bestimmt von dem Gerede über Sozialschmarotzer, von der sinnlosen Disziplinierung der Arbeitslosen mit immer neuen Mitwirkungspflichten. Ehrenamtliche Arbeit darf von Arbeitslosen nur weniger als 15 Stunden pro Woche geleistet werden, sonst gilt man als nicht mehr verfügbar und gefährdet seine Leistungsansprü-

che. Je weniger Arbeit es gibt, desto überdrehtere Ausmaße an Arbeitsmoral werden gefordert.

Zu erwarten, daß solche irrationalen gesellschaftlichen Abwehrmechanismen und die mühsam kassierten Zukunftsängste dahinter in den bevorstehenden Umbruchzeiten vernünftigen Einsichten weichen werden, ist müßig. Ähnlich wie bei den Schwulen und Lesben oder der Irren-Offensive heißt es auch hier, sich von der Plage der Fremddefinition zu befreien und den Wert der eigenen Existenz selbst zu bestimmen - und sich z. B. gemeinnützige Arbeit, wenn man sie denn für sinnvoll hält, selbst zu schaffen und zu gestalten. Das „Manifest der Glücklichen Arbeitslosen“ (ein - möglicherweise auch nur virtueller - loser Haufen in Berlin, der sich für Muße engagiert und nach eigenem Selbstverständnis gegen die Diktatur der Ökonomie passiven Widerstand leistet) weist die Richtung.: „Immerhin verfügen alle Arbeitslose über eine preiswerte Sache: Zeit. Das könnte ein historisches Glück sein, die Möglichkeit, ein vernünftiges, sinn- und freudvolles Leben zu führen, eröffnen. Man kann unser Ziel als eine Zurückeroberung der Zeit kennzeichnen. Dabei ist der Glückliche Arbeitslose ein aktiver Mensch. Gerade deshalb hat er keine Zeit zu arbeiten“ (aus der taz vom 30. März 1998). Zieht man die üblichen Übertreibungen ab, dann zeigen sich durchaus interessante Querverbindungen zur Bedürfnislage von Menschen, die auf Grund ihrer seelischen Verfassung andere Lebensbedingungen brauchen als die chronifizierte gesellschaftliche Anforderung, zu funktionieren.

Solche Umbewertungen von Lebensentwürfen funktionieren in größerem Maßstab nur, wenn sich zugleich auch eine neue Utopie entwickelt, wie sich der gegenwärtige Trend zur sozialen Desintegration umkehren läßt und zeitgemäße soziale Zusammenhänge wachsen können. Gegenwärtig bestimmen gegenteilige Erfahrungen die Schlagzeilen: Zunahme von Gewalt vor allem bei Kindern und Jugendlichen, Verwahrlosung von Wohnquartieren, organisierte Kriminalität - die stimmige Kehrseite einer am Konkurrenzkampf orientierten Gesellschaftsordnung. Aber es wird da doch noch kreativere Rezepte geben als die Wiederbelebung der autoritären Verhaltensmodelle in Form von „Null-Toleranz“- und „broken windows“-Konzepten und das Wegsperrern von nicht strafmündigen Kindern, andere als das Ordnungs-Wahnsystem „national befreiter Zonen“, andere als die mafiosen Strukturen von Scientology und anderen Staatsersatz-Organisationen. Jene Generation, die aus gutem Grunde in den letzten Jahrzehnten sich gegen jegliche Form von äußerer oder verinnerlichter Disziplinierung gewandt und viele Freiheiten erkämpfte, hat trotz mancher Ernüchterung immer noch das inhaltliche Rüstzeug, das gesellschaftliche Vakuum an Sinn, Zusammenhalt und verbindlichen Regeln aufzufüllen. Ein Bündnis mit aktiven „Verrückten“ wäre dafür eine zusätzliche Hilfe. Denn es gilt zwar weiterhin, daß die Lebensqualität von Menschen mit Psychiatriefahrung ein sensibler Indikator für Gesundheit oder Krankheit sozialer Verhältnisse ist. Die gezeigten Beispiele belegen jedoch, daß sie über diese passive Funktion hinaus auch ein besonderes Potential haben, aktiv an der Gestaltung einer lebenswerten Gesellschaft mitzubauen.

#### **Literatur:**

Beck, U. et. al. : Bericht der Kommission für Zukunftsfragen der Freistaaten Bayern und Sachsen. Bonn 1997

Bellion, R.: Der andere Weg. In: Soziale Psychiatrie 3/1996, S. 4-7

Bellion, R.: Ich muß sehr früh merken, daß ich psychotisch werde - sonst... In: Knuf, A. und Gartelmann, A.. (Hg.): Bevor die Stimmen wiederkommen. Vorsorge und Selbsthilfe bei psychotischen Krisen. Bonn 1997

Felton, C. J., Stastny, P. et al.: Consumers as peer specialists on intensive case management teams: Impact on client outcomes. Psychiatric services. October 1995, Vol. 46, No. 10, S. 1037 - 1044

Kempker, Kerstin (Hg.): Flucht in die Wirklichkeit. Das Berliner Weglaufhaus. Berlin 1998

Kempker, K. und Lehmann, P. (Hg.): Statt Psychiatrie. Berlin 1993

Krisor, M. und Pfannkuch, H. (1997). Die Mitgestaltung der Institution durch ihre NutzerInnen am Beispiel der stationären Gemeindepsychiatrie. Sozialpsychiatrische Informationen 4/97, S. 32 - 40

Lehmann, P.: Der chemische Knebel. Berlin 1986

Lehmann, P. Schöne neue Psychiatrie. Bd. 1 und 2 Berlin 1996

Podvoll, E.: Die Verlockung des Wahnsinns. Wege aus entrückten Welten. München 1994



Reumschüssel-Wienert, Ch.: Das regionale Psychriatriebudget holt die Kuh vom Eis. In: Soziale Psychiatrie 1/1997, S. 40-42

Rifkin, J.: Das Ende der Arbeit und ihre Zukunft. Frankfurt 1997

Sachse, L.: Heilsame Erfahrungen. Das Biotop Mosbach: Eine Gruppe als Wegbegleiter durch psychotische Krisen. Neumünster 1998

Szasz, T.: Das Psychiatrische Testament. Berlin 1987

Stöckle, T.: Die Irren-Offensive. Erfahrungen einer Selbsthilfe-Organisation von Psychiatrieopfern. Frankfurt/M. 1983

Talbot, R.: Haus des Eigensinns. In: Gedenkstätten Rundbrief Nr. 78, Ausgabe 8/1997, S. 27 - 30